

L'empowerment, accroissement du pouvoir d'agir, est-il éthique ?

Olivia Gross,
chercheuse associée
au laboratoire Éducatifs
et Pratiques de santé
(LEPS), UR 3412,
université Sorbonne-Paris
Nord.

L'empowerment est un concept difficile à appréhender [1] malgré le fait qu'il soit plutôt bien défini : « un processus social de reconnaissance, de promotion et d'augmentation des capacités des personnes à rencontrer leurs propres besoins, résoudre leurs propres problèmes et pouvoir mobiliser les ressources nécessaires [2] ». Il est mis en évidence dans la promotion de la santé, définie comme : « le processus qui permet aux personnes d'accroître leur contrôle sur leur santé et de l'améliorer ». On ne peut qu'être frappé par la proximité des deux définitions, ce qui souligne la proximité conceptuelle entre la promotion de la santé et l'empowerment. En fait, si la promotion de la santé en a fait un concept central, c'est pour des raisons à la fois pratiques et morales.

L'empowerment : un concept favorable à la promotion de la santé

Sur le plan pratique, le développement de l'empowerment des personnes en situation de vulnérabilité est largement promu, car cela découle du triple constat que le maintien de soi en vie, l'accès équitable aux ressources et le bien-être personnel en dépendent [3]. Et l'empowerment découlant sur une plus grande participation des personnes et des communautés aux décisions et aux actions en santé qui les concernent, il permet de faire en sorte qu'elles se les approprient ; d'autant que ces actions seront plus pertinentes si elles ont été conçues avec ces personnes.

Sur le plan moral, si l'empowerment est réputé réduire les inégalités de santé [3], c'est dû au fait qu'il donne des moyens d'action aux personnes, y compris à celles en étant initialement les plus dépourvues. Il permet de rééquilibrer les rapports de pouvoir, ce qui en fait un levier de la démocratie en santé et du partenariat de soins. À condition toutefois de ne pas oblitérer la notion de pouvoir qui est centrale dans le terme anglais « empowerment ». Aussi, afin d'éviter de surinvestir « l'agir » – et de redonner sa place aux enjeux de pouvoir –, certains auteurs trouvent qu'il est plus pertinent d'utiliser la traduction québécoise de l'empowerment : « appropriation du pouvoir » plutôt que celle de « pouvoir d'agir » [4]. Trois facteurs facilitent cette appropriation : l'esprit critique, l'estime de soi et la participation [5].

L'empowerment : une source de questionnements éthiques

Tout d'abord, force est de souligner une tension inhérente à ce concept qui a conduit d'autres champs que la santé à s'en dessaisir. Il s'agit du risque de dérive vers l'archi-responsabilisation des personnes. En effet, les deux définitions de l'empowerment les plus reprises dans la littérature en santé renvoient à une conception qui l'inscrit dans le seul rapport individuel aux soins [6], ce qui conduit alors à éduquer les patients à la gestion de leur maladie.

Or le souci avec cette conception individuelle de l'empowerment, c'est qu'elle revient à faire porter aux individus la responsabilité de leurs carences comme celle de problèmes structurels [7]. Ceci renvoie à une idéologie néolibérale, selon laquelle ce sont les individus qui ne sont pas

L'ESSENTIEL

■
L'empowerment, c'est-à-dire le développement du pouvoir d'agir, ainsi que la participation des populations sont des concepts favorables sur un plan éthique, dans une perspective de promotion de la santé. En théorie, car en pratique tant l'empowerment que la participation ne sont pas forcément favorables à la santé des personnes et des populations concernées. Face à ces risques, Olivia Gross en appelle à la vigilance et au respect de quelques règles fondamentales.

adaptés au système, et conduit dès lors à vouloir développer leurs compétences et leur autonomie. Idéologie qui serait non seulement néolibérale, mais aussi masculine, au vu de ses déterminants : « compétences », « contrôle de soi », « maîtrise de soi » [7].

En revanche, pour les partisans d'un empowerment défini sur des fondements complètement différents, c'est le système qui n'est pas adapté aux besoins des personnes – et non le contraire –, ce qui convoque des transformations structurelles et un empowerment communautaire ou collectif pour que les personnes concernées provoquent ces transformations. À ce niveau, il s'agit de concevoir des actions participatives afin de viser des changements structurels pour que les personnes, les groupes, les communautés, les organisations acquièrent la maîtrise de tout ce qui les concerne [8].

En conséquence de ce qui précède, le concept d'empowerment est tout autant invoqué à gauche et à droite

de l'échiquier politique [9], selon qu'il est vu comme un moyen pour bouleverser l'ordre social – ce qui renvoie à un *empowerment* collectif ou « pour la collectivité » – ou comme un moyen de s'y adapter – ce qui invite à développer l'*empowerment* individuel. D'où le fait aussi qu'il ait beaucoup d'opposants.

Prise en compte des ressources accessibles aux individus dans l'appropriation de leur pouvoir

Quand l'*empowerment* renvoie à la « capacité à agir », cela peut être pris dans le sens de « l'homme capable », avec l'acception « l'homme compétent [4] », dont les limites ont été rappelées. Cependant, dans une visée plus éthique, cela peut être pris comme « l'homme en capacité de », dans le sens où il a le « pouvoir de » réellement accéder aux biens et aux valeurs auxquels il aspire.

Autrement dit, la seule voie éthique est de compléter les approches *via* l'*empowerment* avec les approches *via* les « capacités » [10], lesquelles prennent en compte les ressources accessibles aux individus dans l'appropriation de leur pouvoir. En effet, c'est une chose d'être capable, c'en est une autre d'avoir envie d'agir ou d'avoir la possibilité de le faire.

Les approches par les capacités permettent de faire ces distinctions. Elles invitent à questionner le rôle « capacitant » du système de santé et sa responsabilité dans les situations individuelles. Le concept récent de *health system responsiveness* (si récent qu'il n'a pas encore de traduction satisfaisante en français¹) illustre parfaitement ce dont il est ici question. Il conduit à déplacer le regard et les efforts sur les accès effectifs aux ressources en santé ou encore sur l'intelligibilité des interventions – *versus* la seule littérature des personnes par exemple. Par conséquent, à compléter les approches *via* les compétences par le souci de l'offre de soins.

De plus, il reste nécessaire de rappeler que l'*empowerment* ne se prescrit pas : il se favorise [5] ou se conquiert [8]. Autrement dit, on peut accompagner son développement, mais on ne peut maîtriser les formes qu'il prendra. Ainsi, l'objectif des approches en santé qui invoquent

leur adossement aux théories de l'*empowerment* ne peut être l'observance du traitement [11], mais le sentiment de contrôle et le bien-être [12], qui sont bien plus difficiles à objectiver. En outre, l'*empowerment* s'analyse principalement sur le plan relationnel [13] et sous certains aspects, il peut rester invisible à un observateur extérieur [14] ; d'autant plus que l'*empowerment* recouvre des formes diverses, qui plus est sans cesse en transformation [13]. Aussi, le projet de développer un instrument de mesure de l'*empowerment* se heurte à la diversité des changements opérés [15]. L'*empowerment* « ne peut se réduire à des objectifs et des mesures standards des outils et des indicateurs standards "décidés du haut" et applicables à tous [16] ».

Respect de l'autonomie, rééquilibrage des pouvoirs

Enfin, l'*empowerment* doit être impérativement fondé sur une éthique relationnelle ayant pour bases le respect de l'autonomie des personnes et le rééquilibrage des relations de pouvoir. Or, le transfert de compétences et de pouvoir peut susciter la crainte d'être dessaisi de ses propres prérogatives, ce qui traduit une vision selon laquelle le pouvoir n'existerait qu'en quantité limitée [17]. Au contraire, il convient de considérer les démarches de soutien à l'*empowerment* comme un moyen de maximiser la quantité de pouvoir disponible pour tous.

Empowerment et participation, un double enjeu : respecter les fondements pour des processus de participation éthiques et favorables à la santé des individus et déjouer les pièges détournant la participation de sa finalité

Les acteurs du champ de la promotion de la santé soutiennent l'*empowerment* des habitants, parce qu'il :

- développe les compétences individuelles ;
- agit au niveau systémique ;
- soutient le pouvoir des plus vulnérables sur leur santé.

Ces acteurs développent donc des occasions de participation auxquelles il faut fixer des objectifs précis, ce qui est le seul moyen d'éviter des

participations-alibis et des insatisfactions de part et d'autre, parce que les attentes divergeraient. Quatre logiques coexistent, qui doivent être clarifiées avant le lancement des projets :

Une logique consumériste

Dans le champ de la consommation, depuis les années 1990, les consommateurs sont associés à la conception des produits de manière à s'assurer de leur valeur d'usage. Les raisons d'agir ainsi renvoient « aux trois E : efficacité, économie, efficacité [18] ». Les mêmes raisons d'agir se retrouvent en santé au niveau des actions participatives. Selon cette logique, la participation vise à améliorer la pertinence et l'acceptabilité des interventions (donc leur faisabilité et leur efficacité). Certains contextes sociopolitiques favorisent cette logique, notamment quand les recherches ou les interventions visent à contribuer à corriger des inégalités de santé et à atteindre des populations difficiles d'accès.

Une logique épistémique

Selon cette logique, des acteurs étrangers à un milieu peuvent questionner des pratiques établies [19] insuffisamment remises en question. De plus, ils ont une perspective unique [20] qui permet de s'assurer que ce qui est fait et ce qui est évalué est bien ce qui compte pour les personnes qui bénéficient de ces interventions.

Une logique utilitariste

Selon cette logique, le recours à la participation et, en particulier, les alliances entre chercheurs, acteurs de la santé publique et associations servent aux chercheurs ou aux acteurs de terrain pour étendre les réseaux d'influence et pour obtenir des financements. En ce cas, les alliances restent plutôt opportunistes.

Une logique démocratique

L'origine de cette logique est à rechercher du côté des associations de malades du sida, qui ont réclamé et obtenu que les personnes concernées aient leur mot à dire sur les décisions qui affectaient leur vie (Principes de Denver, 1983²). Selon cette logique, les

raisons d'agir sont morales et renvoient à des fondements démocratiques et à une visée de redistribution du pouvoir.

Une promotion de la santé avec « développement de l'empowerment » implique le respect impératif de principes éthiques

En conclusion, l'empowerment n'est qu'un moyen au service de fins qui doivent rester imprévisibles (puisqu'on ne peut maîtriser complètement les formes qu'elles prendront). En ce sens, l'empowerment doit être considéré comme une fin en soi et pas seulement comme un moyen. Par ailleurs, si le principe d'autonomie y tient de toute évidence une place prépondérante, c'est également le cas des autres principes éthiques. Peut-être faut-il quand même relever une certaine tension avec le *care* (« prendre soin ») qui reste une démarche de sollicitude, vraiment nécessaire mais peu émancipatrice ? Le concept du *care* peut être complété par celui du « *heal* » [21], plus centré sur le pouvoir du sujet à trouver ses propres solutions. En fait, il y a des temps pour le *care* et des temps pour le « *heal* ».

Enfin, pour compléter ce qui précède, l'empowerment diffère de l'adaptation individuelle, à moins de la considérer comme une adaptation réciproque entre un individu et son environnement. Il s'agit, pour les personnes, de prendre conscience des déterminants de santé autres qu'individuels qui pèsent sur leur situation et de s'engager pour lutter contre ceux-ci. Lorsqu'elles bénéficient de conditions facilitatrices, les personnes peuvent acquérir les ressources nécessaires pour défier tous les déterminismes qui pèsent sur elles (manque de littératie, conditions sociales difficiles...). ■

1. En français, ce concept est traduit par : « réactivité du système de santé », mais cette dénomination et la réalité qu'elle recouvre restent insuffisamment connues.

2. Il s'agit d'une charte émise par les malades du sida, qui énonçait une série de principes, parmi lesquels ils demandaient d'être impliqués à chaque niveau des prises de décision sur le sida et tout particulièrement d'être membres des comités de direction des organisations de soutien, d'être inclus dans tous les forums sur le sida, à statut égal avec les autres participants, afin de partager leurs propres expériences et connaissances.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Cantelli F. Deux conceptions de l'empowerment. *Politique et Sociétés*, 2013, vol. 32, n° 321 : p. 63-87. En ligne : DOI: 10.7202/1018721ar
- [2] Gibson C. H. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 1991, vol. 16, n° 3 : p. 354-361. En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>
- [3] Wallerstein N. *Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé ?* Copenhague : Organisation mondiale de la santé (OMS), bureau régional de l'Europe [Rapport du réseau d'information sur la santé], 2006 : 37 p. En ligne : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/76479/E92919.pdf
- [4] Goudéard C., Rabardel P. Pouvoir d'agir et capacités d'agir : une perspective méthodologique ? *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 14 février 2012. [En ligne], <http://pistes.revues.org/2808>. [Dernière consultation le 19 mars 2017].
- [5] Ninacs W. A. Empowerment et service social : approches et enjeux. *Service social*, 1995, vol. 44, n° 1 : p. 69-93. En ligne : <https://core.ac.uk/download/pdf/59612857.pdf>
- [6] Bravo P., Edwards A., Barr P. J., Scholl I., Elwyn G., McAllister M., et al. Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 2015, vol. 15, n° 252. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/279736081_Conceptualising_patient_empowerment_A_mixed_methods_study/link/559a9b2108ae5d8f3937e01c/download
- [7] Riger S. What's wrong with empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 1993, vol. 21, n° 3 : p. 279-292. En ligne : <https://online.library.wiley.com/doi/abs/10.1007/BF00941504>
- [8] Rappaport J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 1987, vol. 15, n° 2 : p. 121-148. En ligne : <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00919275>
- [9] Rowlands J. *Questioning Empowerment: Working with Women in Honduras*. Oxford: Oxfam, 1997 : 192 p. En ligne : [bk-questioning-empowerment-honduras-010197-en.pdf](http://www.oxfam.org.uk/what-we-do/our-work/questioning-empowerment-honduras-010197-en.pdf)
- [10] Sen A. *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press, 1999 : 366 p.
- [11] Anderson R., Funnell M. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Education Council*, 2010, vol. 79, n° 3 : p. 277-282.
- [12] Aujoulat I. *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique*. [Thèse de doctorat], Louvain : université catholique de Louvain, 2007. En ligne : <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/Aujoulat%20THESE%20Empowerment%20UCL.pdf>
- [13] Ferreira M. S., Castiel L. D. Which empowerment, which Health Promotion? Conceptual convergences and divergences in preventive health practices. Rio de Janeiro : *Cadernos de Saúde pública*, 2009, vol. 25, n° 1 : p. 68-76. En ligne : <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/07.pdf>
- [14] Luttrell C., Quiroz S. Understanding and operationalising empowerment. [Working Paper], Londres : *Overseas Development Institute (ODI)*, 2008, n° 308 : 33 p. En ligne : <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/5500.pdf>
- [15] Zimmerman M. A. Psychological empowerment: issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 1995, vol. 23, n° 5 : p. 581-599.
- [16] Calves A. E. L'empowerment des femmes dans les politiques de développement : Histoire d'une institutionnalisation controversée. *La Découverte*, 2014, vol. 2, n° 15 : p. 306-321. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/280964225_L%27empowerment_des_femmes_dans_les_politiques_de_developpement_Histoire_d%27une_institutionnalisation_controversee
- [17] Charlier S., Caubergs L. *L'Approche de l'empowerment des femmes : un guide méthodologique*. Bruxelles : Commission Femmes & Développement, 2006 : 40 p. En ligne : https://www.genreenaction.net/IMG/pdf/FAITapproche_empowerment_femmes_CFD.pdf
- [18] Beresford P. User involvement in research and evaluation: liberation or regulation? *Social Policy and Society*, avril 2002, n° 1 : p. 95-105. En ligne : https://www.academia.edu/3604160/User_involvement_in_research_and_evaluation_liberation_or_regulation
- [19] Locock L., Boylan A.-M., Snow R., Staniszewska S. The power of symbolic capital in patient and public involvement in health research. *Health Expectations*, 2017, vol. 20, n° 5 : p. 836-844. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5600212/>
- [20] Hutchison K., Rogers W., Entwistle V. A. Addressing deficits and injustices: The potential epistemic contributions of patients to research. *Health Care Analysis*, 2016, vol. 25, n° 4 : p. 386-403. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27277736/>
- [21] Gross O., Morin P., de La Tribonnière X., Carrier S. De l'évolution du *care*. In (dir. Carrier S., Morin P. Gross O., de La Tribonnière X.) *L'Engagement de la personne dans les soins et services sociaux*. Montréal : Presses Universitaires du Québec, 2017 : p. 253-260.