

Développer des liens entre l'intervention de groupe orientée vers l'empowerment et le développement des communautés

par

Nicole Dallaire, Ph. D.

Professeure

Département de service social

Université de Sherbrooke

Courriel : nicole.dallaire@usherbrooke.ca

A few reminders on community development and citizen participation. Results of a study with parents living in poverty in two Montreal neighbourhoods (Saint-Michel and Hochelaga-Maisonneuve).

Quelques rappels sur le développement communautaire et la participation des citoyens. Résultats d'une expérience de recherche avec des parents en situation de pauvreté de deux quartiers pauvres de Montréal (Saint-Michel et Hochelaga-Maisonneuve).

L'objet de cet article est d'explorer les liens entre l'intervention de groupe orientée vers l'empowerment et les pratiques de développement des communautés (DC), cela dans une perspective d'intégration de deux méthodes d'intervention en travail social, soit le travail en petit groupe et l'action communautaire. D'un côté, les groupes d'empowerment réunissent un petit nombre de participants aux prises avec des difficultés semblables causées en bonne partie par des conditions environnementales nuisant à leur bien-être. Bien qu'une partie de l'intervention soit d'ordre clinique, ces groupes mobilisent les participants afin qu'ils définissent et réalisent des changements dans leur environnement à partir d'une lecture critique de leur réalité, dont la reconnaissance des manifestations d'oppression qu'ils subissent (Lee, 2001; Mullaly, 2002). Ainsi, ces groupes favorisent

simultanément la guérison des blessures causées par cette oppression (Donaldson, 2004), la reconstruction d'une identité personnelle et collective positive ainsi que la redistribution du pouvoir permettant un meilleur accès aux ressources et le développement de ressources nouvelles (Lee, 2001; Mullaly, 2002). De l'autre côté, les pratiques de développement des communautés (DC) font référence à « toutes formes d'action communautaire structurée dans un territoire local qui, par la mobilisation démocratique des citoyens et des acteurs sociaux, ciblent des problèmes collectifs et améliorent les conditions de vie et la qualité de vie » (Bourque et Favreau, 2003 : 300). Ainsi, les buts de ces deux types de pratique, l'une issue de la tradition de l'intervention sociale auprès des groupes et l'autre de l'action communautaire se rejoignent, puisque les changements recherchés par les participants des groupes d'empowerment concernent en général l'amélioration de leurs conditions de vie et l'accès aux ressources dans leur communauté, et cela dans la perspective d'une plus grande justice sociale (Cox, 2001; Deslauriers et Bourget, 1997; Lee, 2001; Miley et Dubois, 1999).

Plus important encore, dans ces deux types de pratique, les citoyens sont encouragés à être actifs dans la détermination de leurs propres préoccupations et dans la recherche de solutions appropriées pour eux (Bourque et Favreau, 2003; Cohen et Mullender, 2005; Drysdale et Purcell, 1999). Nombreux sont ceux qui soutiennent cependant que le contexte de groupe est un environnement particulièrement favorable aux pratiques de travail social orientées vers l'empowerment (Miley et Dubois, 1999). Par ailleurs, les textes qui établissent des liens entre l'intervention de groupe et le DC semblent rares (Drysdale et Purcell, 1999; Jennings, Parra-Medina, Hilfinger-Messias et McLoughlin, 2006; Moore, 1987). Drysdale et Purcell (1999) apportent une contribution originale en proposant d'utiliser la méthode de travail de groupe orienté vers l'empowerment dans les pratiques de DC. Pour ces auteurs, ce lien explicite entre

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 133, (2010.2) : 75-84.

les théories du travail social en groupe et le DC permet de renforcer la place du développement de la conscience critique dans les pratiques de DC (Drysdale et Purcell, 1999).

Cette réflexion sur les rapports entre l'intervention de groupe orientée vers *l'empowerment* et le DC se situe au carrefour de deux expériences de recherche. La première est une recherche participative menée avec des groupes de parents en situation de pauvreté, invités à partager leur expérience sociale et à se projeter dans l'action sociale au sein de leur quartier (Laurin, René, Dallaire et Ouellet, 2007). Ces récits invitent à tenir compte de la façon dont un groupe se représente sa communauté, son inclusion, ses conditions de vie, ses rapports avec d'autres groupes sociaux et les changements souhaités. De même, l'expérience sociale des parents plus vulnérables au sein de ces petits groupes est apparue comme une étape pouvant faciliter leur implication citoyenne dans des activités de DC qui les interpellent sur leur territoire. La deuxième recherche présente l'analyse de sept projets estriens de DC. Les résultats indiquent que, malgré l'importance théorique accordée à *l'empowerment* en DC, cette perspective demeure embryonnaire dans les projets étudiés (Caillouette, Garon, Dallaire, Boyer et Ellyson, 2008). Un potentiel de renforcement mutuel entre l'intervention sociale en petit groupe orientée vers *l'empowerment* et les pratiques DC se dégage de l'ensemble de ces résultats, c'est cette réflexion qui est développée dans cet article.

Après avoir exposé en quoi consiste le DC et comment l'intervention de groupe orientée vers *l'empowerment* pourrait s'y relier, nous présenterons la recherche participative impliquant deux groupes de parents pauvres, la richesse de leurs témoignages dans un contexte de liberté de parole et d'ouverture aux sujets tabous, les bénéfices d'un tel groupe et certains liens avec le DC. Enfin, nous analyserons comment la collectivité territoriale pourrait faire place aux citoyens marginalisés regroupés au sein de petits groupes *d'empowerment*.

Le développement des communautés et le travail de groupe orienté vers *l'empowerment*

Au Québec, le DC connaît un essor en santé publique depuis qu'il constitue l'une des straté-

gies mises de l'avant par le Programme national de santé publique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Rappelons toutefois que le DC n'est pas nouveau, mais qu'il est plutôt redécouvert. Redécouvert par exemple à la fin des années 1990, au Royaume-Uni, à la faveur d'un mouvement national pour une nation en santé (Drysdale et Purcell, 1999) et au Québec dans le cadre d'une vaste initiative nationale également (Bourque et Favreau, 2003).

Toutefois, le DC tire son origine des pratiques d'organisation communautaire développées dans les « settlements » britanniques et américains au début du XX^e siècle. Ces pratiques se sont radicalisées dans les années 1960, s'appuyant sur une critique économique, politique et structurelle de la pauvreté. Elles ont été davantage associées aux initiatives de gouvernements locaux dans les années 1970 et 1980. Le fait de se couper des origines historiques du DC en lui donnant un « visage de nouveauté » n'est pas neutre. Il y a un risque de gommer la préoccupation pour l'oppression portée par les mouvements issus de la base (*grass roots*) qui s'appuyaient sur une critique du modèle de développement de nos sociétés.

La communauté, à laquelle fait référence le concept de DC, est une communauté territoriale, c'est-à-dire qu'il y a prise en compte d'un groupe humain et d'une organisation sociale donnée par rapport à un territoire. Lorsque nous parlons des pratiques de DC, nous entendons par « pratiques » des stratégies, des processus et des dispositifs déployés par les acteurs afin de construire leurs actions selon le passage d'une rationalité individuelle, institutionnelle ou organisationnelle à une « relationalité » territoriale (Caillouette et al., 2008 : 17). C'est cette activité relationnelle qui contribue à l'émergence d'un acteur local collectif sujet de son développement, favorisant le déploiement de ressources et de services pour la population, et ce, en regard tant du développement social, économique, culturel que politique.

Le DC implique la participation d'une diversité d'acteurs (citoyens, institutions, entreprises privées, associations) œuvrant sur un territoire donné. À l'intérieur même de ces catégories d'acteurs, la diversité continue de se déclinier. Pensons simplement aux multiples appartenances des citoyens susceptibles de se regrouper.

Les petits groupes d'*empowerment* pourraient faire partie de cette diversité d'acteurs.

Parlant du DC, Chavis (2000, cité par INSPQ, 2002a : 16), chercheur en santé publique, insiste sur sa dimension relationnelle. Le DC est « un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur les plans physique, social et économique ». De son côté, la définition du DC mise de l'avant par l'Institut national de santé publique (INSPQ) permet d'englober la perspective définie ci-dessus et renvoie ainsi à l'ensemble des « approches d'action communautaire fondées sur la participation des membres d'une communauté et sur le développement de leur emprise collective sur leurs ressources et leurs institutions locales » (INSPQ, 2002a : 26).

Un concept presque synonyme, utilisé en psychologie communautaire, est celui de construction des communautés qui se rapporte aux transformations économiques, sociales et physiques d'un territoire géographique. Dans les écrits scientifiques, ce concept est très étroitement relié à celui d'*empowerment*. On cherche à nourrir les partenariats entre les résidents des quartiers et les organisations et les institutions locales, d'une part, et à engager, d'autre part, les résidents dans l'action et à construire la capacité de la communauté locale de régler des problèmes (Foster-Fishman, Cantillon, Pierce et Van Egeren, 2007 : 91).

L'une des clefs de la construction d'une communauté en santé réside dans l'accès à un bassin de citoyens engagés. Les raisons de faire appel à la participation citoyenne sont nombreuses : les solutions développées en collaboration avec les résidents tiennent compte des préoccupations et de la culture locales; les changements auxquels les résidents participent sont mieux acceptés; les approches partenariales contribuent à former des citoyens actifs et informés capables de soutenir la création d'une communauté en santé et qui contrôle son destin (Foster-Fishman et al., 2007).

Les résidents sont prêts à l'action quand ils croient au changement, reconnaissent le rôle qu'ils peuvent jouer dans la possibilité de changement et lorsqu'ils croient que les programmes à travers lesquels ils sont mobilisés

soutiennent leurs rêves et leurs aspirations (Foster-Fishman et al., 2007). Cela implique que le territoire concerné dispose des moyens pour soutenir l'implication citoyenne (Foster-Fishman et al., 2006). Il est parfois judicieux de soutenir les résidents dans la réalisation d'initiatives modestes au départ (ex. : s'assurer de l'accès à des parcs propres et sécuritaires pour les enfants du voisinage), ce qui aide à surmonter le sentiment d'impuissance, avant de s'attaquer à des questions de plus grande envergure. Il reste que la mobilisation des citoyens est un défi très difficile à relever et les communautés doivent développer un savoir-faire en cette matière. Or, nous croyons que le fait de relier les pratiques de groupe orientées vers l'*empowerment* et les pratiques de DC constitue un moyen de soutenir et d'accroître cette mobilisation, surtout celle de groupes plus marginalisés et moins outillés, qui peuvent avoir besoin d'une préparation avant de faire le saut sur les scènes communautaire et politique. Tout comme l'intervention individuelle peut conduire une personne à joindre un groupe d'*empowerment* pour développer un meilleur contrôle sur les situations d'oppression vécues (Mullaly, 2002; Lee, 2001), la participation à un groupe orienté vers l'*empowerment* peut à son tour mener à une participation citoyenne au sein de pratiques de DC qui augmentent le contrôle de cette communauté territoriale sur son propre développement (Jennings et al., 2006). Dans cette veine, l'INSPQ souligne que, pour intervenir en développement social, l'action sur les déterminants de la santé doit être appuyée par des mesures d'insertion et de soutien à la participation sociale à l'intention des citoyens éprouvant des difficultés à exercer des rôles sociaux significatifs (INSPQ, 2002b).

« Une bonne santé dépend aussi d'espaces sociaux offrant des lieux d'apprentissage, de participation, d'intégration et de développement de l'estime de soi, de la confiance en soi et du pouvoir d'action sur son milieu (INSPQ, 2002b : 15). »

Il ne fait pas de doute que la participation à de petits groupes contribue à créer de tels espaces sociaux d'apprentissage et de soutien à la participation.

Ainsi, le DC consiste en un processus vécu au travers d'une multitude de pratiques permettant d'accroître les liens et les engagements

communautaires entre les acteurs vivant ou intervenant dans une communauté territoriale donnée. Sous cet angle, l'accueil par la communauté de la parole et des projets issus de la réflexion de groupes orientés vers *l'empowerment* apparaît comme une façon d'accroître la solidarité territoriale tout en répondant à des besoins spécifiques dans la communauté.

L'expérience sociale de groupes de parents en situation de pauvreté

Nous puisons à une recherche ayant pour objectif principal de documenter l'expérience sociale de parents en situation d'extrême pauvreté (Laurin et al., 2007) pour illustrer et clarifier ce lien possible entre l'intervention sociale en petit groupe et le DC. Cette recherche participative réalisée avec des parents de deux quartiers pauvres de Montréal a été développée en soutien à l'intervention, dans le cadre du programme des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, un programme national à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) (MSSS, 2004). Théoriquement, un volet de ce programme vise *l'empowerment* et la participation communautaire des familles ciblées bien que, dans les faits, ce volet semble peu actualisé.

« La participation des familles aux tables de concertation et au développement de l'action locale est essentielle. Les familles sont les mieux placées pour parler de ce qu'elles vivent, de leurs besoins, de leurs désirs et elles sont donc une source importante de créativité pour réaliser des projets collectifs. De plus, la participation aux regroupements intersectoriels permet aux familles de renforcer leur pouvoir d'agir (MSSS, 2004 : 23). »

Nous avons ainsi recruté deux groupes de parents montréalais, un premier formé de neuf résidents (trois hommes et six femmes) du quartier Hochelaga et un second composé de sept femmes vivant dans le quartier Saint-Michel. Tous étaient bénéficiaires de la sécurité du revenu, n'avaient pas obtenu de diplôme de secondaire V et la plupart participaient au programme SIPPE. Les participants potentiels ont d'abord été rencontrés individuellement et invités, à titre de citoyens, à participer à une démarche de recherche réalisée en petit groupe dans laquelle ils pourraient partager leur expérience sociale de parents et, éventuelle-

ment, expérimenter un passage à l'action dans leur milieu (Laurin et al., 2007). Les deux groupes se sont réunis hebdomadairement à dix reprises. Lors de ces rencontres animées par une chercheuse et une intervenante du quartier, nous avons particulièrement tenté de comprendre quelles étaient leurs conditions de vie, dans quel environnement grandissaient leurs enfants et quelles étaient leurs perceptions des politiques et des programmes qui leur étaient tout particulièrement destinés (René, Laurin et Dallaire, 2009). Des outils d'animation divers ont été utilisés, comme le photolangage, des vidéos et des mises en situation dans le cadre d'une animation très souple.

Au départ, nous n'avions pas en tête ce lien entre l'intervention de groupe et le DC. Ce que nous voulions favoriser c'était *l'empowerment* collectif des parents. Nous étions conscients du fait que les données qualitatives et quantitatives sur la pauvreté et ses effets sur les familles appauvries ne cessent de s'accumuler, justifiant pleinement des actions sur les déterminants sociaux que sont les conditions de vie. Mais nous étions conscients également que les programmes continuent malgré tout de cibler les effets de la pauvreté, de protéger contre ces effets plutôt que de la contrer. Nous étions ainsi interpellés par la recherche intervention, permettant de jumeler une cueillette de données approfondie sur l'expérience sociale des parents en situation de pauvreté à une opportunité pour eux, si tel était leur choix, de s'insérer dans une démarche d'action sociale dans leur milieu, concrétisant ainsi l'ambition du programme SIPPE. Notre projet était pensé en collaboration étroite avec des ressources du milieu, de façon à faciliter ce passage à l'action grâce à un accompagnement des parents par d'autres ressources au terme de la recherche. Malheureusement, le manque de temps et de ressources a fait en sorte que cette mobilisation ne s'est pas produite, bien que les participantes aient pu expérimenter des contacts avec des ressources du milieu autour de préoccupations communes, comme la prostitution dans le quartier et les rapports difficiles avec l'aide sociale (Laurin et al., 2007).

Ce lien entre l'intervention de groupe et le DC est apparu plus clairement à la lumière des témoignages spontanés soulignant le regard

critique de ces parents sur leur quartier, que ce soit en matière d'accès au transport, de sécurité des piétons, de violence dans le quartier ou à l'école, de prostitution, d'accès aux garderies, aux soins de santé ou à une alimentation saine. En somme, des préoccupations fréquemment au cœur des pratiques de DC, de développement social (St-Germain et Ulysse, 2007) et également de celles connues sous les vocables de « revitalisation de quartier » (Laurence, 2007).

Une synthèse plus complète des préoccupations discutées par les participants des deux groupes fait ressortir la trajectoire de vie des parents, leur vécu familial quotidien, leurs rapports avec les institutions, la perception de leurs liens avec les intervenants, en plus de leur perception de la qualité de vie dans le quartier. Cette vision holistique permet de mieux saisir le défi que *l'empowerment* et la participation au DC représentent pour ces personnes.

Des participantes ont évoqué des trajectoires de vie très douloureuses au sein de familles d'origine en détresse (pauvreté, violence, instabilité, privations affectives, placements, consommation de drogue, prostitution). Elles ont témoigné aussi du stress de leur vie quotidienne (tensions conjugales et familiales, enfants malades ou difficiles à contrôler, dettes) et de leur désir de favoriser le bien-être et la sécurité de leurs enfants. Un grand nombre des participantes vivent des relations dévalorisantes avec les institutions. À leurs yeux, les rapports de pouvoir avec celles-ci les privent de leur dignité et d'un accès équitable aux ressources. Elles relèvent avec force l'impact négatif de la structure administrative et de la culture de la sécurité du revenu. Selon elles, les détenteurs de pouvoir sont difficiles d'accès (Laurin et al., 2007). Elles relèvent aussi la présence de multiples intervenantes qui gravitent dans leur vie, sans qu'elles-mêmes se perçoivent en mesure d'exercer un contrôle sur le déroulement de ces interventions (agent d'aide sociale, travailleur social, psychologue, infirmière). L'impression d'être violées dans leur intimité est souvent présente.

Enfin, l'ensemble des participants nous trace un portrait des difficultés reliées aux caractéristiques et aux ressources du quartier. L'accès aux logements adéquats pour des familles à faible revenu avec de jeunes enfants est insuffisant.

Il est difficile de jouer dehors, car les espaces verts sont perçus comme non sécuritaires. Plusieurs stress concernent la fréquentation des écoles primaires : la circulation est mal contrôlée, des enfants ont été abordés par des inconnus, d'autres sont victimes d'intimidation dans la cour d'école. En fait, plusieurs mères se sentent menacées, ainsi que leurs enfants, par différentes formes de violence, que ce soit l'effroi lié au meurtre d'un résident de leur immeuble, la peur que leur enfant soit agressé, l'inquiétude concernant la présence de prostituées sur la rue adjacente à leur domicile, la présence de la drogue. Les places en garderie sont aussi nettement insuffisantes. Ce dernier point est au cœur des préoccupations des mères du quartier Saint-Michel puisqu'il est relié à la difficulté de retour aux études et à l'insertion au travail. En ce domaine, ces dernières font état avec amertume de l'absence de concertation entre les CPE, la sécurité du revenu, les programmes d'employabilité et les services d'aide aux immigrants. Tout cela constitue un défi intéressant pour l'action intersectorielle en DC.

Bénéfices du groupe orienté vers *l'empowerment*

Comme nous venons de le voir, ces parents doivent composer avec les blessures du passé, la précarité du présent, les difficultés identitaires, les rapports de classe, le sentiment d'être écartés par les institutions et de ne pas avoir accès aux ressources nécessaires pour soutenir adéquatement leur famille. C'est à partir de cette réalité qu'il leur faut trouver l'espoir et l'énergie pour s'investir dans leur communauté et c'est avec cette compréhension de l'ensemble de leur réalité qu'il faut approcher ces citoyens pour qu'ils trouvent les modalités leur permettant, s'ils le souhaitent, d'apporter leur contribution à l'amélioration de leur milieu de vie. Cependant, pour un citoyen vulnérable (pensons par exemple à une mère colombienne de trois jeunes enfants, d'immigration récente, peu éduquée et victime d'un choc post-traumatique), lorsque le simple fait de se présenter dans un groupe relève de l'exploit et que le manque de confiance en soi l'empêche d'exprimer ses besoins et ses convictions, l'écart est grand entre l'appartenance à un petit groupe dans lequel on se sent en confiance, comme les

groupes constitués dans notre recherche, et la participation citoyenne et politique. Entre les deux, une préparation est requise et peut-être plus encore, une transformation de l'image de soi et une réappropriation de son expérience collective. À cet égard, l'appartenance à un petit groupe peut constituer un premier jalon. D'ailleurs, ce qui fait la force de l'intervention de groupe orientée vers *l'empowerment* est son potentiel de guérison (Donaldson, 2004), sa capacité de susciter un sentiment d'appartenance à un groupe et à une communauté, mais aussi d'accroître la connaissance, l'accès et le réseautage à d'autres ressources (Gitterman et Shulman, 2005; Hardina, 2004; Moore, 1987).

Sur ce point, notre recherche nous a permis d'observer plusieurs bénéfices importants associés à la participation à un groupe orienté vers *l'empowerment*, en tant qu'espace d'appartenance et d'apprentissage. Le groupe constitue un lieu d'accueil de la personne avec son histoire, ses blessures, ses difficultés, ses rêves, tout en la considérant comme citoyenne et « acteur social », et non comme membre d'un groupe à risque ou bénéficiaire d'un programme. Les participants y ont risqué une expression « authentique » de ce qu'ils sont et vivent, tout en se sentant acceptés. Ils ont aussi accepté de se remettre en question dans leurs certitudes, de s'ouvrir à d'autres perspectives. Ce fut particulièrement vrai dans le cas des échanges entre les femmes et les hommes incitant à une compréhension de leur univers réciproque et à une remise en cause de leurs préjugés. Sur un autre registre, cet espace a favorisé la prise de conscience de l'oppression intériorisée et du désir de combattre les images négatives qui circulent sur leur groupe d'appartenance, soit des parents très peu éduqués et bénéficiaires de la sécurité du revenu. Les participants ont pu approfondir leur compréhension de leur environnement économique, social et politique, et saisir des obstacles structurels et culturels qui bloquent leur capacité individuelle et collective de réaliser des aspirations profondes. Par exemple : être reconnus dans leur rôle de parent et concernant la valeur qu'ils y accordent, reprendre des études ou retourner au travail dans des conditions acceptables en regard de leur capacité et du bien-être des enfants, recevoir de l'aide financière dans le respect de leur réalité et de leur dignité, réduire

la violence dans leur quartier pour assurer la sécurité de leurs enfants. Ce contexte a encouragé des idées de projets d'action sociale qui peuvent concerner aussi toute la communauté, par exemple l'accès adéquat à une nourriture de qualité pour les enfants quand il est difficile pour la mère de se déplacer ou qu'un enfant malade cloue la famille à la maison. En somme, le groupe orienté vers *l'empowerment* a constitué un lieu d'insertion sécuritaire dans un espace de parole qui les a conduits à se projeter dans la participation sociale et l'action citoyenne et qui les y a préparés.

Enfin, des situations difficiles dans la vie des participants sont source d'émotions intenses qui peuvent s'exprimer librement dans un petit groupe, car ce dernier ouvre un accès sécuritaire à cet univers émotionnel (Lee, 2001; Mullaly, 2002). Selon Mullaly (2002), à travers ce processus de reconstruction des forces, il faut reconnaître et exprimer les nombreux sentiments négatifs associés à l'oppression, comme la honte, l'humiliation, la culpabilité, la colère, la révolte, la peur, l'indignation, l'impuissance, la frustration et la haine de soi, sinon ces émotions peuvent se diriger contre la personne opprimée et être à la source de « blessures » physiques ou émotionnelles ou peuvent être dirigées vers les membres de la famille ou d'autres personnes aimées. Reconnaissons que l'espace pour l'expression collective de ces émotions, qui concourt au développement de *l'empowerment* des personnes et des groupes, nécessite des habiletés cliniques et ne fait pas d'emblée partie des pratiques de DC. Les groupes orientés vers *l'empowerment* qui vont à la rencontre de ces espaces de grande fragilité intérieure et d'expression de la souffrance sociale sont précisément à la frontière entre le travail clinique et l'action sociale.

L'articulation entre l'intervention de groupe orientée vers *l'empowerment* et le DC

Les petits groupes orientés vers *l'empowerment*, comme nous l'avons vu, sont des lieux qui préparent à la participation sociale et à la citoyenneté active (capacité d'accepter les différences, d'exprimer ses opinions, de créer des liens avec d'autres groupes; capacité de se voir comme co-constructeur du social). Théoriquement, bien sûr, les groupes *d'empowerment* conduisent à l'action sociale

(Cox, 2001; Jennings et al., 2006; Vinik et Levine, 1992). Or, dans les faits, ce n'est que rarement le cas selon nos observations. Dans notre recherche, nous avons rencontré des limites que nous n'avons pas réussi à franchir quant aux actions collectives qui auraient pu être entreprises par les parents en vue d'améliorer la qualité de vie dans leur quartier (Laurin et al., 2007).

Chose certaine, le passage dans un groupe orienté vers *l'empowerment*, qui stimule donc une réflexion critique, pourrait constituer une étape préalable à l'engagement dans des projets de DC favorisant ce meilleur accès aux ressources pour le groupe, mais aussi pour l'ensemble de la communauté. L'établissement de passerelles entre les petits groupes orientés vers *l'empowerment* et les dynamiques de DC sur un territoire serait l'une des façons de faire place aux personnes marginalisées, vulnérables qui, après avoir vécu une expérience de reconnaissance sociale dans un petit groupe, pourraient se sentir interpellées et capables de s'investir dans le développement de leur communauté. En effet, les groupes *d'empowerment* mis sur pied par des intervenants cliniques rassemblent des citoyens très isolés, souffrants et absents de la vie communautaire de leur quartier. Ils y sont accueillis en tant que sujets et acteurs et non comme clients membres d'un groupe à risque. En ce sens, ils contribuent à élargir l'identité des personnes qui peuvent se voir davantage comme un groupe d'acteurs porteurs de revendications collectives, mais également comme citoyens membres d'une communauté plus large, le « nous » de la communauté. Nous avons d'ailleurs noté un vif intérêt de la part des participants dans nos groupes au sujet de la structure et du fonctionnement des institutions, des programmes et des services accessibles dans le quartier, comme si le contexte de groupe avait fourni une opportunité de s'ouvrir davantage aux dimensions de l'organisation bureaucratique et sociale. Les groupes de parents, comme acteurs collectifs, ont participé intensément lorsqu'ils ont eu l'occasion de se prononcer « comme expert » sur des outils, des programmes ou des services leur étant destinés, ou encore sur les forces et les lacunes dans leur quartier (Laurin et al., 2007), ce qui confirme l'intérêt d'inclure leur savoir à l'étape d'élaboration des services et des programmes conçus à leur intention

(Andrews, Guadalupe, Bolden, 2003; Beresford et Croft, 2004).

Du côté du DC, la cible d'analyse et d'action est la communauté, le territoire vécu. Nous faisons référence aux efforts de la communauté territoriale pour assurer une meilleure santé et un plus grand bien-être à sa population et répondre aux aspirations de la communauté. Toutes les dimensions de la santé et du bien-être sont prises en considération (sociale, économique, culturelle). L'enjeu est de constituer un « nous », de développer une identité territoriale, englobant l'ensemble des acteurs et une capacité de susciter et d'appuyer les initiatives émergentes de la base (Caillouette et al., 2008). Dans ce cadre, tous les groupes d'acteurs devraient avoir la possibilité de se faire entendre, surtout de se sentir entendus : les parents de nos groupes auraient eu beaucoup à dire. Mais, pour faciliter la construction des rapports entre les divers groupes d'acteurs impliqués en DC, il peut être important de bien cerner la nature des relations entre des groupes vulnérables et leur communauté territoriale. Ces relations influencent la façon dont les participants pensent être perçus et veulent l'être de l'extérieur, de même que celle dont ils perçoivent les acteurs du milieu, en somme, le « nous » par opposition au « eux ». Dans nos groupes, les participants se croyaient perçus entre autres comme des parents incompetents, ignorants, des « démunis ». On sait que l'oppression peut se manifester par un simple regard où se cache du mépris ou par l'absence de reconnaissance de l'autre (Mullaly, 2002). Les parents étaient conscients d'images négatives projetées sur eux. Ils exprimaient aussi un fort sentiment de ne pas être reconnus dans leur réalité. En ce sens, leurs réactions à certains propos et images véhiculés dans les programmes et les documents audiovisuels leur étant destinés en témoignent avec force. D'autre part, les représentations qu'avaient les parents des membres des groupes favorisés (politiciens, représentants du réseau de la santé, chercheurs) étaient aussi de nature à créer des distorsions dans les efforts de coopération. Or, en DC, les groupes d'acteurs appelés à travailler ensemble doivent apprendre à remettre en question leurs préjugés respectifs. Ainsi, le DC convoque à une même table des acteurs qui ont une identité propre, qu'il leur faut parfois défendre

lorsqu'ils la sentent menacée. Ce travail de médiation et de reconnaissance de l'altérité doit être pris en compte par ceux qui pilotent les pratiques de DC.

De la même façon que les intervenants cliniques pourraient se positionner en faveur du développement de groupes *d'empowerment* dans leur institution, les acteurs du DC pourraient aussi intégrer dans leurs stratégies la promotion de groupes *d'empowerment* lancés par des intervenants cliniques. La liaison entre ces deux modes d'intervention constituerait une dynamique alimentant le DC et soutenant l'engagement social des intervenants cliniques, entre autres en suscitant des initiatives citoyennes dans et par la communauté. Grâce à la dynamique de DC sur un territoire, les idées de projets issus de petits groupes de la communauté et collés à leurs besoins pourraient plus facilement être entendues par une instance susceptible d'en faire un projet que toute la communauté pourrait s'approprier.

En DC, l'approche territoriale va à l'encontre d'une vision fragmentée des problèmes et des territoires, avec des populations ciblées renvoyant à des logiques institutionnelles de programme (Caillouette et al., 2008). Les passerelles que nous évoquons favoriseraient une liaison étroite entre les dimensions clinique et communautaire, pouvant ainsi contribuer à réduire les tensions entre les porteurs d'une logique de programme (centrés sur la nécessité de services spécialisés) et les porteurs d'une logique communautaire, centrés sur les facteurs structurels ou les déterminants sociaux qui sont à l'origine de multiples formes de problèmes, de détresse et de maladies (Dallaire, Lévesque et Caillouette, à paraître). Enfin, ces passerelles pourraient constituer une facette de politiques publiques « favorables à la création de réseaux sociaux et à la cohésion sociale, et ce, à l'échelle des communautés où vivent les personnes » (Poirier, 2005 : 9), ainsi que le prône le directeur de la santé publique au Québec dans son rapport *Produire la santé*.

Actualiser cette articulation

En DC, des instances territoriales devraient être en mesure d'assurer la médiation entre les petits groupes de la communauté et la communauté elle-même (l'ensemble des acteurs du

territoire). L'essence du DC, rappelons-le, est d'appuyer les dynamiques communautaires sur un territoire afin d'accroître la santé et le bien-être de sa population. Dans cette perspective, le programme SIPPE (services intégrés en périnatalité et petite enfance) par exemple, offre de belles possibilités de passerelles entre l'intervention de groupe et le DC. L'intervention de groupe avec les parents bénéficiant de ce programme, lequel s'inscrit théoriquement dans une perspective *d'empowerment*, pourrait permettre aux parents d'exprimer leur souffrance, de s'appuyer du soutien, tout en portant un regard critique sur la réalité de leur quartier et sur leur propre agir en tant que citoyens de ce quartier ou de ce territoire. De même, il serait beaucoup plus facile de concrétiser le volet du programme portant sur la création d'environnements favorables dans lesquels les parents seraient conviés à s'impliquer avec les autres partenaires de leur milieu. Une initiative en DC menée dans la ville de Sherbrooke permet aussi d'imaginer ces espaces de médiation. C'est le cas du projet Ascot en santé, dont la mission est de développer et de promouvoir des projets visant l'amélioration de la santé, de la qualité de vie et de l'environnement des citoyens et citoyennes, particulièrement en soulageant la pauvreté (Ascot en santé, 2003). Il s'agit en quelque sorte d'un « dispositif de développement territorial » ou encore d'une « instance de concertation de quartier » en DC. Une étude de cas réalisée en 2005 fait état du constant suivant :

« On constate que la façon de fonctionner de l'organisme ouvre des espaces aux initiatives citoyennes. Le fait que les projets individuels ou d'organismes particuliers deviennent les projets de l'ensemble des membres d'Ascot est sans doute ce qui explique la force de cet organisme voué au développement de sa communauté. En plus d'encourager l'esprit d'initiative, les processus délibératifs mis en branle, selon une logique "bottom up" et de projets émergents, contribuent à créer une structure de leadership provenant de la base, ce qui en soi est pour l'organisme constitutif d'un *empowerment* démocratique (Caillouette et Ellyson, 2006 : 36). »

L'organisme planifie ses actions selon trois dimensions : « le cadre de vie (embellissement, parc, loisirs, etc.), les conditions de vie (revenu, travail, logement, etc.) et la concertation

(information, collaboration). Il est clair que nombre de préoccupations exprimées par les participants des groupes de discussion de notre recherche pourraient être considérées par un tel organisme : violence, prostitution, sécurité routière, sécurité alimentaire, etc.

Conclusion

Les parents en situation de pauvreté veulent une reconnaissance de leur engagement à survivre dans des conditions difficiles et à donner le meilleur d'eux-mêmes à leurs enfants, souhaitant vivement que les gens qui détiennent le pouvoir se mettent vraiment à leur place. Les groupes que nous avons rencontrés dénoncent avec virulence leurs conditions de vie difficiles et les institutions qui leur renvoient une image dévalorisante d'eux-mêmes ainsi que l'incompréhension généralisée de leur situation sociale par les citoyens mieux nantis. Nous avons ainsi recueilli des propos parfois très chargés sur le plan émotionnel et manifestant l'expression d'une grande souffrance sociale qui, aussi précieuse soit-elle, pourrait par ailleurs être difficile à recevoir dans un espace public plus vaste comme c'est souvent le cas en DC. Cependant, l'expérience vécue dans de tels groupes par des citoyens de tous âges servirait d'espace de guérison et d'incubateur de projets d'action sociale, tout en étant une étape préalable à une implication sociale et politique plus poussée.

Par cet article, nous nous sommes efforcée de démontrer tant l'importance des groupes d'*empowerment* pour les citoyens vulnérables que le potentiel d'une articulation étroite entre ces groupes et la dynamique de DC, et ce, pour le bien-être de l'ensemble de la communauté. C'est beaucoup demander aux petits groupes d'*empowerment* de porter seuls des projets de transformation de leurs conditions de vie. Le relais avec la dynamique de DC sur leur territoire constituerait un véritable levier d'action ainsi qu'une reconnaissance, dans un esprit de solidarité, de leurs besoins au sein de leur communauté. Du même coup, cette articulation constituerait l'une des facettes pour relever le défi de la mobilisation citoyenne des personnes les plus désavantagées de la collectivité.

Descripteurs :

Participation des citoyens // Développement des communautés // Service social des groupes // Appropriation psychosociale // Pauvreté
Citizen participation // Community development // Social group work // Empowerment // Poverty

Références

- Andrews, A., Guadalupe, J. L., & Bolden, E. (2003). Faith, hope, and mutual support: Paths to empowerment as perceived by women in poverty, *Journal of Social Work Research and Evaluation*, 4 (1), 5-18.
- Ascot en santé (2003). Présentation sommaire d'Ascot en santé. André Lamarche, président.
- Beresford, P., & Croft, S. (2004). Service users and practitioners reunited: the key component for social work reform, *British Journal of Social Work*, 34, 53-68.
- Bourque, D., et Favreau, L. (2003). Le développement des communautés et la santé publique au Québec, *Service social*, 50 (1), 295-308.
- Caillouette, J., et Ellyson, A. (2006). *La pratique de développement des communautés d'Ascot en santé dans son interface avec le CSSS de Sherbrooke*, (non publié).
- Caillouette, J., Garon, S., Dallaire, N., Boyer, G., et Ellyson, A. (2008). *Étude de pratiques innovantes de développement des communautés dans les sept centres de services de santé et de services sociaux de l'Estrie*. Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
- Cohen, M. B., & Mullender, A. (2005). The personal in the political: Exploring the group work continuum from individual to social change goals, *Social work with groups*, 22 (1), 187-204.
- Cox, E. O. (2001). Community practice issues in the 21st century: Questions and challenges for empowerment-oriented practitioners, *Journal of Community Practice*, 9 (1), 37-55.
- Dallaire, N., Lévesque, N., et Caillouette, J. (à paraître). *Le lien clinique-communautaire et l'articulation des méthodes d'intervention comme composantes significatives des pratiques intégrées en développement des communautés (DC)*. Rapport de recherche subventionné par le programme de soutien à l'enrichissement des programmes d'études existants, Université de Sherbrooke.
- Deslauriers, J.-P., et Bourget, M. (1997). Groupes et organisation communautaire. Les passerelles de l'intervention, *Service social*, 46 (2-3), 77-100.
- Donaldson, L. P. (2004). Toward validating the therapeutic benefits of empowerment-oriented social action groups, *Social Work with Groups*, 27 (2/3), 159-175.

- Drysdale, J., & Purcell R. (1999). Breaking the culture of silence: Groupwork and community development, *Groupwork*, 11 (3), 70-87.
- Foster-Fishman, P. G., Fitzgerald, K., Brandel, C., Nowell, B., Chavis, D., & Van Egeren, L. A. (2006). Mobilizing residents for action: the role of small wins and strategic supports, *American Journal of Community Psychology*, 38, 143-152.
- Foster-Fishman, P. G., Cantillon, D., Pierce, S. J., & Van Egeren, L. A. (2007). Building an active citizenry: the role of neighborhood problems, readiness, and capacity for change, *American Journal of Community Psychology*, 39, 91-106.
- Gitterman, A., & Shulman, L. (Ed.) (2005). *Mutual aid groups, vulnerable & resilient populations, and the life cycle*. New York: Columbia University Press.
- Hardina, D. (2004). Linking citizen participation to empowerment practice, *Journal of community practice*, 11 (4), 11-38.
- Institut national de santé publique (2002a). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, rédigé par R. Leroux et W. A. Ninacs. Québec : Institut national de santé publique, avril.
- Institut national de santé publique (2002b). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, revue de littérature rédigée par R. Leroux et W. A. Ninacs. Québec : Institut national de santé publique.
- Jennings, L. B., Parra-Medina, D. M., Hilfinger-Messias, D. K., & McLoughlin, K. (2006). Toward a critical social theory of youth empowerment, *Journal of Community Practice*, 14 (1), 31-55.
- Laurence, P. (2007). *Pour des approches intégrées de développement urbain durable*. Mémoire présenté dans le cadre des programmes conjoints en études urbaines INRS-UQAM.
- Laurin, I., René, J.-F., Dallaire, N., et Ouellet, F. (2007). Mères et pères en contexte de vulnérabilité : une démarche de recherche participative visant à favoriser une prise de parole en tant que parents et citoyens, dans H. Dorvil, (dir.), *Problèmes sociaux, Tome III, Théories et méthodologies de la recherche* : 491-520. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lee, J. (2001). *The empowerment approach to social work practice: Building the beloved community* (2nd Ed.). New York: Columbia University Press.
- Miley, K., & Dubois, B. (1999). Empowering processes for social work practice. In W. Shera et L. Wells, (ed.), *Empowerment practice in social work*: 2-12. Toronto: Canadian Scholars'press Inc.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : cadre de référence*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux (résumé du cadre).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Programme national de santé publique, 2003-2012* (mise à jour 2008). Gouvernement du Québec.
- Moore, E. E. (1987). The Group-in-Community as the Unit of Attention in Conceptualizing Social Work with Groups. In J. Powell, & E. Finnegan. *Social Group Work Competence and Values in Practice*. New York: The Haworth Press.
- Mullaly, B. (2002). *Challenging oppression*. Oxford: University Press.
- Poirier, A. (2005). Produire la santé. Rapport national sur l'état de santé de la population au Québec, entrevue réalisée par M. Morel, *Développement social*, 6 (1), 10-13.
- René, J.-F., Laurin, I., et Dallaire, N. (2009). Contribution de la recherche qualitative à l'émancipation des populations négligées. *Recherche qualitative*, 28 (3), [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/volume28\(3\).html](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/volume28(3).html).
- St-Germain, L., et Ulysse, P.-J. (2007). Pratiques et initiatives de lutte contre la pauvreté par le développement social intégré au Québec. *Développement social, supp.* 8 (2), 1-15.
- Vinik, A., & Levine, M. (1992). *Social action in group work*. New York: The Haworth Press.