

**DANS QUELLE MESURE, SELON LES BASES FACTUELLES DISPONIBLES,
L'AUTONOMISATION AMELIORE-T-ELLE LA SANTE ?**

*Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2006 under the title **What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ?***

© World Health Organization 2006

Référence du rapport original :

Wallerstein N (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report ; <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, accessed September 15, 2009).

Traduction française : © IREPS Bretagne 2009.

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.

Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé ?

Position du problème

Ces dernières décennies, l'exclusion sociale, les disparités et la pauvreté absolue (près de 3 milliards de personnes doivent subsister avec moins de 2 dollars des États-Unis par jour) ont progressé malgré la mondialisation et l'augmentation du revenu par habitant dans un grand nombre de pays en développement. Le rapport de revenus entre la tranche de 20 % la plus riche de la population et la tranche de 20 % la plus pauvre est maintenant de 82 à 1, contre 30 à 1 en 1960. Les disparités de santé augmentent dans le monde entier en raison d'une vulnérabilité à la maladie due à une grave malnutrition, à la réapparition rapide de maladies infectieuses transmises par l'eau et le sang, à la dégradation de l'environnement, au désinvestissement dans les infrastructures de santé et à la violence. Pendant cette même période, les stratégies d'autonomisation, la participation et d'autres démarches ascendantes ont pris une grande importance en matière de santé publique et d'aide au développement pour la réduction de ces disparités. Comme il est de plus en plus question d'autonomisation, ceux qui utilisent cette notion doivent clarifier sa définition, ses dimensions et les résultats des diverses interventions qui relèvent d'elle.

Constatations

Les études consacrées à l'efficacité des stratégies d'autonomisation ont défini deux voies principales : les processus par lesquels l'autonomisation est engendrée et ses effets sur les plans de l'amélioration de la santé et de la réduction des disparités de santé. Il est reconnu que l'autonomisation est non seulement un résultat en soi mais également un stade intermédiaire influençant les bilans de santé et les disparités à long terme. Selon la première optique, une série de résultats ont été recensés à des niveaux multiples et dans un grand nombre de domaines : niveaux psychologique, organisationnel et communautaire d'une part, et domaines du ménage et de la famille, économique, politique, de programmes et de services (tels que la santé, les systèmes d'approvisionnement en eau et l'éducation), et juridique. Seuls quelques chercheurs ont eu recours à des types d'études qui produisent des bases factuelles jugées solides selon les systèmes traditionnels d'évaluation. Cependant, selon des bases factuelles reposant sur des études à plusieurs niveaux, les initiatives d'autonomisation peuvent produire des résultats au niveau de la santé et l'autonomisation est une stratégie de santé publique viable.

Un grand nombre d'études ont porté sur l'autonomisation des populations socialement exclues (par exemple, les femmes, les jeunes, les personnes risquant de contracter l'infection à VIH et le sida, et les pauvres), bien que le recours à l'autonomisation convienne également pour d'autres populations et d'autres questions de santé publique. Les interventions d'autonomisation des jeunes ont produit de multiples résultats d'autonomisation et de santé : efficacité personnelle perçue et collective, renforcement de la cohésion du groupe, formation de groupes de jeunes viables, accroissement de la participation à des activités structurées, y compris l'action sociale en faveur de la jeunesse, et changements de politique, qui entraînent une amélioration de la santé mentale et des résultats scolaires. Les stratégies d'autonomisation à plusieurs niveaux en faveur de la prévention de l'infection à VIH et du sida qui s'attaquent aux manques d'équité liés au sexe ont amélioré l'état de santé et réduit les taux d'infection à VIH. Les interventions d'autonomisation des femmes, intégrées dans les secteurs économique, éducatif et politique, ont eu les effets les plus importants sur la qualité de la vie, l'autonomie et l'autorité des femmes et sur les changements de politiques, ainsi que sur l'amélioration de la santé des enfants et des familles. Les stratégies d'autonomisation des patients et des familles ont augmenté l'aptitude des patients à prendre en charge leur maladie, à adopter des comportements plus sains et à utiliser plus efficacement les services de santé, et ont renforcé l'efficacité des aidants et leurs aptitudes d'adaptation aux problèmes. Des coalitions et des partenariats interorganisations qui favorisent l'autonomisation grâce à une participation accrue et à des changements de l'environnement et des politiques ont engendré divers résultats sur le plan de l'état de santé.

Considérations concernant la politique à mener

Compte tenu des bases factuelles et d'autres informations disponibles jusqu'à présent, il est nécessaire de mettre en œuvre des stratégies efficaces d'autonomisation au bénéfice des populations socialement exclues. Les processus participatifs sont à la base de l'autonomisation, mais la participation à elle seule n'est pas suffisante si les stratégies exécutées ne renforcent pas également les capacités des groupements de citoyens et des individus en matière de prise de décision et de sensibilisation. Sur la base du présent compte rendu de la littérature, il est possible de définir les considérations suivantes concernant la politique à mener.

- Des interventions réussies d'autonomisation ne peuvent être intégralement mises en commun ou " standardisées " dans diverses populations, mais doivent être créées dans les contextes locaux ou adaptées à ces derniers (par exemple, eu égard à la culture et au sexe).
- Il faut concevoir et évaluer de façon plus approfondie des programmes spécifiques à mettre en œuvre au niveau de la population pour surmonter les forces politiques, sociales, raciales et économiques qui produisent et maintiennent les problèmes d'équité.
- Il faut repérer sur le plan local les barrières structurelles aux interventions d'autonomisation et les facteurs qui facilitent ces dernières.
- Il semble utile d'intégrer des stratégies d'autonomisation, y compris une participation de l'ensemble de la population, aux politiques locales, régionales et nationales et aux initiatives économiques, juridiques et relatives aux droits de l'homme.
- La promotion de la santé doit comprendre des stratégies efficaces d'autonomisation telles que les suivantes :
 - accroître les aptitudes des citoyens, leur maîtrise des ressources et leur accès à l'information en matière d'amélioration de la santé publique ;
 - utiliser les efforts de petits groupes qui renforcent la conscience critique concernant des questions de santé publique, en vue de mettre en place des environnements favorables et renforcer le sentiment de faire partie d'une communauté ;
 - promouvoir l'action de proximité en donnant à tous la possibilité de jouer un rôle dans la prise de décision et de participer à toutes les phases de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la santé publique, à l'utilisation de contributions de bénévoles et de notables, à la formation en matière de sensibilisation et d'exercice de fonctions de direction, et au développement des capacités organisationnelles ;
 - renforcer les politiques publiques favorables à la santé grâce à des actions organisationnelles et interorganisations, au transfert de pouvoirs et de compétences de décision aux participants à des interventions et à la promotion de la responsabilité et de la transparence dans les organismes publics et les institutions ;
 - être soucieux des besoins relatifs aux soins de santé tels qu'ils sont définis par les membres de la communauté eux-mêmes.
- Les stratégies d'autonomisation les plus efficaces sont celles qui reposent sur une participation authentique et renforcent cette dernière, en assurant l'autonomie en matière de prise de décision, en donnant le sentiment de faire partie d'une communauté, en établissant des liens au niveau local et en réalisant l'autonomisation psychologique des membres de la communauté eux-mêmes.
- Il faut que les pouvoirs publics investissent dans des études et des évaluations recourant à plusieurs méthodes, en vue de recueillir des bases factuelles sur les effets des stratégies d'autonomisation dans le temps.

Ont contribué à ce rapport :

Auteur

Nina Wallerstein, Dr.P.H.
Professeur et Directrice
Masters « Programmes de santé publique »
Faculté de Médecine
Université de New Mexico
MSC 09 5060
Albuquerque, New Mexico 87131
Tél : +1-505-272-4173
nwallerstein@salud.unm.edu

Editeurs techniques

Dr. Leena Eklund et Professeur Alicia Granados, Health Evidence Network, World Health Organization Regional Office for Europe.

Relecteurs

Professeur Ronald Labonte, Titulaire d'une Chaire de Recherche, Université d'Ottawa, Ottawa, Canada ;
Professeur Susan Saegert, Département de Psychologie, Center for Human Environments, City University of New York (CUNY).

Remerciements

L'auteur adresse ses remerciements aux relecteurs, aux Drs Meredith Minkler et S. Leonard Syme de l'Université de Californie à Berkeley, et au Dr Erio Ziglio du WHO Regional Office for Europe, programme « Investment for Health and Development », pour leurs commentaires perspicaces et leurs contributions fondamentales.

QUELLES SONT LES PREUVES DE L'IMPACT POSITIF DE L'EMPOWERMENT SUR LA SANTÉ PUBLIQUE ? (© IREPS Bretagne 2009)

Introduction

Au cours des trois dernières décennies, les professionnels de santé, les agences non-gouvernementales, les agences d'aide multilatérale et bilatérale, les fondations et les agences gouvernementales se sont tournés de plus en plus vers l'empowerment et la participation communautaire considérés comme des stratégies cruciales pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, et pour réduire les inégalités de santé. Dans le monde associatif, l'empowerment et les autres approches ascendantes sont devenues le principal paradigme du développement communautaire (1), en opposition avec les stratégies descendantes des années 60 et 70 (2).

Près de trois milliards de personnes dans le monde vivent avec moins de deux dollars par jour, et 1,1 milliard avec moins d'un dollar par jour, le seuil de pauvreté absolu établi par la Banque mondiale. En 2000, les femmes représentaient 70% des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté absolu (3). Trois sur cinq des 4,4 milliards de personnes vivant dans les pays émergents n'ont pas accès à un système sanitaire de base, et plus d'un milliard vivent sans eau potable (4). La pauvreté n'est pas l'apanage des pays émergents. En 2003, les Etats-Unis comptaient 36 millions de personnes vivant sous le seuil de pauvreté américain de 14 680 \$ par an pour une famille de trois personnes. Les investissements destinés améliorer l'économie de marché et le revenu par habitant ne se sont pas traduits par des améliorations dans le champ de la santé, en partie à cause des ajustements structurels et des exigences de remboursement de dettes qui ont empêché l'utilisation de l'argent disponible à des fins sociales et sanitaires (4, 5). Les accroissements de revenus par habitant peuvent améliorer des indicateurs de santé comme l'espérance de vie, mais tendent à masquer l'augmentation des inégalités de santé (4, 6, 7). La pauvreté, qu'elle soit absolue ou relative, crée une vulnérabilité accrue à la maladie, due aux mauvaises conditions d'hygiène et d'alimentation, aux infrastructures de santé publique inadaptées, aux violations des droits de l'Homme, à la faim et au stress psychologique lié à l'impuissance et au désespoir (8-11).

Ce document présente une vue d'ensemble des processus générant l'empowerment et des effets des stratégies favorisant l'empowerment, sur la santé publique et les inégalités de santé. De plus, il décrit les caractéristiques et contextes spécifiques des approches pluridimensionnelles développant efficacement l'empowerment, qu'il s'agisse de politiques gouvernementales ou d'actions dans les champs législatifs, économiques et politiques.

Sources de la revue

Ce rapport est basé sur une analyse de la littérature publiée en anglais dans des revues à comité de lecture, dans les champs de la santé publique et de la psychologie communautaire. Les recherches, méta-analyses et revues ont été tirées des bases de données PubMed, PsycInfo, Cochrane, DARE et Campbell Collaboration, auxquelles ont été ajoutées des recherches documentaires additionnelles basées sur des informations bibliographiques issues d'articles identifiés. De plus, la littérature grise a été analysée à partir des sites Internet suivants, appartenant à des agences humanitaires, fondations, associations professionnelles et agences gouvernementales adoptant des stratégies visant

* Considérant la majorité des lecteurs francophones comme familiarisés avec la notion d'« empowerment », nous avons choisi de préférer ce terme à celui d'« autonomisation » utilisé dans la traduction française du résumé réalisée par l'OMS. Nous invitons les lecteurs non familiarisés avec le concept d'empowerment à se reporter à ses définitions rappelées en Annexe 1. De même, nous avons préféré le terme de « preuves » à celui de « bases factuelles », moins connu des lecteurs francophones (NDT).

l'empowerment ou l'équité : la Banque Mondiale, l'Organisation Mondiale de la Santé, les Centres de Contrôle des Maladies et de Prévention, la Fondation Rockefeller, la Société Internationale pour l'Équité en Santé, l'Organisation Pan Américaine de la Santé, l'UNICEF, Santé Canada, et plusieurs associations non gouvernementales comme l'Association des « Self Employed Women » (SEWA) (les femmes qui sont leur propre employeur).

La recherche d'articles sur la participation communautaire dans le cadre de projets sur l'eau et l'assainissement a suscité une revue complémentaire de la littérature, du fait de l'impact direct de l'eau sur la santé et de la place de l'empowerment des femmes dans ces projets (les femmes étant très souvent responsables de la corvée d'eau). Le développement rural pointe également l'importance de la participation communautaire pour changer les conditions de vie liées à l'environnement (12-14).

Dans cette revue narrative du « Réseau des bases factuelles en Santé » (Health Evidence Network, HEN), l'attention est centrée sur les approches de la santé qui génèrent de l'empowerment. Les termes de la recherche incluent : empowerment, santé, résultats, participation communautaire, inégalités de santé, coalitions, évaluation, et intervention visant l'empowerment. Les recherches documentaires ont produit près de 4000 articles dont 500 ont fait l'objet d'une analyse approfondie. Ont été inclus les études comparatives quasi-expérimentales, les descriptions qualitatives de changements communautaires, les méta-analyses, les résultats d'évaluations, les études de cas, les revues de la littérature et les études de corrélations entre les données d'observation et les informations issues de programmes, dans le cadre d'une revue globale de la littérature (15).

Les articles sélectionnés pour la revue reprenaient une définition large de l'empowerment intégrant l'empowerment psychologique aux changements induits au niveau de communautés ou d'organisations, et dans de multiples domaines de la vie. La littérature sur l'empowerment au niveau individuel, incluant la compliance des patients, l'auto-soin et l'éducation, ainsi que les changements de comportements, est également présentée dans une section spécifique (à partir d'articles de la Collaboration Cochrane et d'autres bases de données). En résumé, les articles inclus définissent clairement le champ de l'empowerment et présentent les données probantes concernant les résultats de l'empowerment, ainsi que les résultats en termes de santé et de développement issus d'initiatives d'empowerment communautaire.

Hormis les articles fournissant des apports conceptuels de base, les articles centrés exclusivement sur la théorie ou ne cherchant pas à relier les interventions avec des résultats d'évaluation ont été exclus de l'analyse.

Il n'était pas approprié d'appliquer des critères de comparaison spécifiques comme on le ferait dans une revue systématique de la littérature, parce que les interventions d'empowerment communautaire sont par nature complexes, dynamiques et globales. Ces interventions qui concernent simultanément plusieurs populations cibles aussi bien que des effets en termes d'empowerment et de santé à de nombreux niveaux (individuel, organisationnel et communautaire) sont presque impossibles à évaluer de manière traditionnelle (voir l'annexe 1 pour les définitions et différentes dimensions de l'empowerment, et l'annexe 2 pour la discussion sur l'évaluation des interventions visant l'empowerment).

Résultats

Données probantes concernant les stratégies d'empowerment participatives

La participation des citoyens est fondamentale pour réduire leur dépendance vis-à-vis des professionnels de santé, pour assurer l'adéquation des programmes aux spécificités locales et culturelles, pour soutenir et pérenniser les changements, pour impliquer les décideurs locaux dans l'amélioration des programmes, pour accroître la productivité, l'efficacité et l'efficience des programmes, et améliorer directement la santé (16-20). Les facteurs favorisant les plus importants sont l'implication de leaders d'opinions locaux (c'est-à-dire, des chefs de village, des guérisseurs traditionnels, des leaders religieux), d'acteurs de terrain (21-23) et de militants (24, 25), de décideurs politiques (c'est-à-dire, les représentants gouvernementaux susceptibles de soutenir ou commanditer des mobilisations de masse) (26, 27), ainsi que la mise en œuvre d'interventions adéquates sur le plan culturel (28-31). Les études sur les partenariats et coalitions intersectoriels, entre les organismes de formation, les agences gouvernementales, les associations et les communautés, ont mis en évidence un ensemble de facteurs favorisant une participation efficace (32-43). Un leadership efficace, favorisant des processus de prise de décision participatifs et disposant d'une vision d'ensemble, apparaît comme la caractéristique la plus significative de la capacité d'une communauté à promouvoir la participation (44).

La participation est un processus complexe et répétitif, qui peut évoluer, se développer ou décroître à partir de la révélation d'enjeux de pouvoir et du contexte socio-historique du projet. Les résultats de ce processus ne sont pas contrôlables ou prévisibles, et peuvent se produire avec ou sans l'appui de professionnels. Par conséquent, le rôle de ces derniers devrait passer de la domination au support ou à la facilitation (45).

Seules quelques études ont examiné les obstacles psychosociaux à la participation, comme la faible valeur accordée à celle-ci, ou un leadership défaillant (46), tandis que la plupart des études se sont intéressées aux obstacles structurels et culturels. Les barrières culturelles correspondent à des dynamiques de pouvoir telles que l'action collective est rendue difficile pour les populations marginalisées comme le sont parfois les jeunes, les femmes ou les usagers de drogues (47-50). Les barrières institutionnelles restent saillantes : régimes autoritaires (51, 52), stratification sociale rigide (53), gouvernements ayant une expérience limitée de la participation ou des démarches ascendantes (46), racisme (54), ainsi que manque de représentativité des participants (16), gestion défaillante, manque d'expertise dans la mobilisation et l'organisation des ressources, ou manque de connaissance des conditions favorisant la participation (17, 55). Beaucoup de ces obstacles ne sont pas clairement apparents. Les relations de pouvoir dans les communautés peuvent être implicites, comme celles qui sont basées sur l'ethnie, le genre, la caste ou l'âge, ou entre les organisateurs et les participants, ou encore entre les donateurs et les bénéficiaires (56). La participation peut être limitée par la réticence des experts à remettre en cause ces relations de pouvoir internes, ou par leur manque de connaissance sur l'empowerment, ou par leur réticence à étendre la participation au-delà des informateurs-clés, pour faciliter réellement la prise de décision communautaire (48, 57).

Si la participation forme la colonne vertébrale des stratégies d'empowerment, elle est à elle seule insuffisante et peut relever de la manipulation et encourager la passivité, au lieu de favoriser l'activité, l'empowerment et le contrôle communautaires (58, 59). Elle peut être perçue comme utilitariste, c'est-à-dire servant l'efficacité d'un programme (60), plutôt que renforçant l'empowerment dans le but de réduire l'exclusion sociale (61). Au niveau local, les méthodes participatives elles-mêmes peuvent être limitées – impliquant les membres de la communauté comme de simples informateurs (61) – ou faire écran au besoin d'analyser des politiques ou fonctionnements institutionnels plus larges susceptibles de surpasser les déterminants locaux du bien-être (62). Les questions à poser sont les suivantes : qui sont les représentants officiels, qui sont

ceux dont les voix restent inaudibles, et quelles sont les inégalités de pouvoir qui empêchent la participation de certaines composantes de la communauté ? (63)

La Banque mondiale a identifié quatre caractéristiques des actions participatives générant de l'empowerment : l'accès des populations aux informations sur les questions de santé publique, leur implication dans les processus de décision, la capacité de l'organisation locale à formuler des demandes envers les institutions et les structures décisionnaires, et le fait que ces dernières aient des comptes à rendre aux populations (64). Rifkin y a ajouté un facteur central, les droits de l'Homme (45, 65). Une stratégie efficace pour lutter contre l'exclusion et promouvoir une participation accroissant le pouvoir des populations est le contrôle du financement du projet par les communautés elles-mêmes (29). Dans les communautés de minorités, en particulier, les interventions visant l'empowerment devraient soutenir un leadership issu de ces minorités, reconnaître la potentialité d'un conflit transculturel, et s'appuyer sur les forces existantes (66).

S'il existe différentes méthodes pour agir spécifiquement sur l'empowerment des populations, la majorité des interventions à travers le monde soutiennent des stratégies participatives basées sur les discussions en groupe, l'action collective, l'advocacy et l'entraînement au leadership, le développement des organisations, et le transfert de pouvoir aux participants.

Les résultats en termes d'empowerment

Une grande partie de la littérature sur l'empowerment met l'accent sur les stratégies participatives conduisant à des résultats en termes de participation comme une fin en soi, mais la participation peut également être considérée comme une étape intermédiaire vers d'autres objectifs en termes de santé et de développement. La plupart des études sur l'empowerment se sont centrées sur l'empowerment psychologique (67), mesuré par l'intermédiaire de l'efficacité collective (c'est-à-dire la croyance selon laquelle les gens peuvent avoir un impact significatif dès lors qu'ils agissent ensemble) (68), l'efficacité du résultat (c'est-à-dire la croyance selon laquelle les actions de chacun peuvent produire des résultats) (69), l'efficacité politique (c'est-à-dire la croyance selon laquelle chacun peut avoir une influence sur les politiques qui sont menées, y compris au sein des organisations et des communautés) (70-72), la capacité à avoir une pensée critique (73), et le comportement participatif.

Beaucoup de recherches ont validé l'interaction entre l'empowerment psychologique, le niveau de participation et le sens de la communauté (c'est-à-dire, l'identification et l'attachement des gens à leurs réseaux sociaux ou à leur lieu de résidence). La participation communautaire est facilitée par le sens de la communauté existant et par l'empowerment psychologique ; l'empowerment psychologique et le sens de la communauté sont, en retour, promus par la participation. Le sens de la communauté est un prédicteur particulièrement robuste de l'implication dans le quartier et l'action communautaire (74-76). D'autres variables socio-psychologiques facilitent également une participation accrue. Dans une action de promotion de la santé cardio-vasculaire destinée à des jeunes, la participation était significativement associée au sens de la communauté identifié chez les jeunes, à la valeur qu'ils accordaient à la santé, à leur niveau d'empowerment psychologique et à leur perception de leur propre capacité à exercer un contrôle sur les politiques (77). Dans des actions communautaires de lutte contre le tabagisme des jeunes, l'empowerment psychologique était significativement associé à une participation accrue, à un sens aigu de la communauté et à une organisation créant un climat positif (78-79).

Une étude des actions destinées à améliorer les conditions de logement dans des communautés défavorisées a démontré que la participation et la perception de la participation des autres prédisaient l'empowerment à la fois des individus et des groupes (80). Une étude néo-zélandaise portant sur les facteurs prédictifs de la participation des résidents d'une communauté à des groupes de résidents actifs a identifié, parmi ces facteurs, l'augmentation des bénéfices perçus, de la

satisfaction vis-à-vis du travail du groupe et du sens de la communauté, ainsi que la diminution des coûts perçus de la participation (81). Une étude menée dans un centre urbain de soins primaires, avec des femmes du Honduras vendant des produits sur le marché, a montré que des variables démographiques, contextuelles et psychologiques – incluant leur perception de leur propre influence et leur sens de la communauté – avaient un impact important sur leur participation (82).

Une grande partie de la littérature a mis l'accent sur les corrélations entre les stratégies participatives visant l'empowerment et l'efficacité des projets en termes d'empowerment des organisations, grâce à une accessibilité des services plus efficace, plus durable et plus équitable (64, 83-86), en particulier dans les projets concernant l'eau et le développement du système sanitaire. Dans une méta-analyse de programmes de prévention de la maltraitance des enfants, il a été démontré que les approches d'empowerment basées sur l'implication des participants et le support social accroissaient l'impact des programmes (87). Une étude des comités villageois sur l'eau a montré que la transparence et la responsabilité institutionnelles, ainsi que l'accès à l'information et la participation, s'avéraient particulièrement importants pour l'accès équitable aux services et l'efficacité des comités (88).

L'évaluation de l'empowerment communautaire comprend la mesure des liens communautaires – le capital social (89-91), la cohésion de voisinage (92), l'influence de voisinage (93), le sens de la communauté (94), les ressources ou atouts de la communauté (95, 96) – et la mesure de la participation communautaire, avec l'importance des organisations communautaires, mais aussi l'évolution objective des politiques de santé publique, les changements de normes, l'accroissement de l'équité, et l'amélioration des conditions matérielles (73). Les variables d'empowerment identifiées au niveau local et national dans les secteurs politique, économique, législatif, et intégrées aux droits de l'Homme, comprennent la bonne gouvernance, la responsabilité institutionnelle, et l'empowerment des femmes (64, 97, 98). La bonne gouvernance inclut la responsabilisation des décideurs et des gestionnaires par la transmission d'informations au public, l'accroissement des libertés civiles, la diminution de la corruption, et une sensibilité accrue des institutions aux besoins et problèmes de santé de la population, ainsi que l'établissement de relations réciproques avec un public en charge de sa santé, disposant d'un meilleur accès à une information transparente et au contrôle des ressources. Les libertés civiles et la participation communautaire, qui favorisent la transparence, ont par exemple eu un impact positif sur le développement (86), les dépenses pour les écoles (64, 99), et la réorientation des services de santé, notamment en accroissant la fréquentation des centres de santé (45, 100, 101). L'empowerment des femmes est mesuré à un niveau national par le pourcentage de femmes investies dans la politique ou occupant des postes d'encadrement ainsi que la part de revenus détenue par les femmes (102) ; au niveau d'un foyer, leur empowerment sera mesuré par leur possession de la terre, leur autonomie et leur autorité dans la prise de décision, leur mobilité et le degré de violence domestique (103).

En dépit de leur intérêt à des fins comparatives, les données régionales et nationales doivent être utilisées avec prudence en tant que mesures des résultats de l'empowerment. Tandis que l'analyse d'une intervention à visée d'empowerment peut être faite à plusieurs niveaux (au minimum, les changements mesurés chez les participants et dans l'organisation locale), la capacité à créer les changements régionaux ou nationaux, comme le pourcentage de femmes investies politiquement, dépend de la mise en œuvre de nombreuses actions, bien au-delà d'une intervention unique. Se reposer exclusivement sur les données régionales ou nationales peut aussi conduire à des interprétations erronées de la réussite ou de l'échec d'une initiative visant à accroître l'empowerment, qui peut rencontrer une bureaucratie nationale et des structures politiques intransigeantes. Par conséquent, si l'on veut s'en faire une idée correcte, les résultats en termes d'empowerment doivent être évalués simultanément à plusieurs niveaux et sur une longue durée.

Les résultats en termes de santé et de développement

Établir un lien entre l'empowerment communautaire et psychologique, et la santé, s'est avéré plus difficile. Cependant, une importante étude menée à Detroit a permis de montrer qu'un sens élevé de la communauté (la plus importante variable prédictive), la perception du contrôle de la communauté par les habitants eux-mêmes, et la participation à la vie du quartier, étaient des facteurs prédictifs indépendants d'une meilleure santé déclarée et de symptômes dépressifs moins marqués (93).

Seules quelques études disponibles ont explicitement testé l'hypothèse selon laquelle la participation communautaire à la prise de décision pouvait entraîner un gain en matière de santé ou de soins de santé. À la fin des années 80, une étude quasi-expérimentale sur l'accès à l'eau au Togo ou en Indonésie comparant des villages où était proposée une participation active à des groupes, des villages où était mise en place une intervention descendante consistant à installer les systèmes hydrauliques sans participation, et un groupe de villages témoins (104), a montré que le taux de vaccination des enfants était 25 à 30 % supérieur dans les villages où les habitants avaient participé activement à des groupes. Cette étude a donc montré qu'une participation communautaire à des projets portant sur l'accès à l'eau, était corrélée avec une amélioration des stratégies de protection de la santé des enfants. Une étude comparative de deux projets d'accès à l'eau potable et d'assainissement (l'un avec une participation active des villageois, et l'autre sans) a mis en évidence toute une série de résultats positifs dans les villages participatifs : une meilleure qualité de l'eau, un pourcentage plus élevé de personnes ayant acquis une compréhension des risques et se fournissant en eau saine (40% vs 25%), une meilleure gestion du fonctionnement et de l'entretien de la plomberie, de meilleures habitudes d'utilisation des latrines et de filtrage de l'eau potable, et une satisfaction globale plus élevée (75% vs 30%) (85). Au Ghana, un programme de contrôle des schistosomiasis a comparé les effets de la distribution de médicaments au sein de trois villages ayant bénéficié de trois options différentes en termes d'éducation pour la santé : une approche basée sur une action participative, une approche passive, et pas d'éducation pour la santé du tout. Sur la base partagée d'une connaissance limitée de la maladie et de sa prévention dans tous les villages, on a constaté après l'intervention que les villages participatifs avaient rencontré plus de succès dans la construction de latrines scolaires et le désherbage des berges des rivières ; en revanche, des pompes manuelles avaient été construites dans tous les villages (105, 106). Une étude quasi-expérimentale conduite en Norvège, comparant un village de pêcheurs où avait été menée une intervention à visée d'empowerment, à trois villages contrôles, a permis d'attribuer les améliorations dans la gestion des facteurs de risque cardio-vasculaire à une implication importante des pêcheurs dans de nombreux secteurs, comme les écoles, les lieux de travail, le système de soins et la politique locale (107).

Les preuves des effets, en matière d'empowerment et de santé, des interventions participatives menées dans différentes sous-populations, concernent également les patients et les usagers du système de santé ; ainsi que les populations présentant un risque particulier d'exclusion sociale et de perte de pouvoir sur leur santé, c'est-à-dire les jeunes, les personnes à risque de contamination par le VIH, et les femmes.

Les stratégies d'empowerment des patients ou des usagers

Au cours des dernières décennies, l'empowerment des patients ou des usagers s'est affirmé comme une initiative partenariale et une stratégie d'autonomisation des patients, destinées à améliorer la santé et la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique (108, 109). Les interventions participatives, centrées la plupart du temps sur des groupes de soutien, sur des actions éducatives, d'empowerment des soignants et d'encouragement à la prise de décision des patients, sur la réorientation des services de santé et sur des actions de plaidoyer, ont été menées activement en diabétologie et autres spécialités relatives à des maladies chroniques (110-115), telles que la BPCO (116), la maladie rénale terminale (117), l'ostéoporose (118), les handicaps (119), le cancer (120-122)

et les troubles mentaux (109, 123-125). Deux revues exhaustives de la littérature ont montré que l'éducation à l'autonomie appliquée à des patients diabétiques avait un impact ; onze études portant sur une approche collective d'éducation pour la santé ont montré une amélioration du contrôle du diabète, des connaissances et de l'usage des médicaments, associée à un empowerment accru, un renforcement des compétences à se prendre en charge et une meilleure satisfaction vis-à-vis du traitement (126). Soixante-douze études ont montré des effets positifs à court terme sur la capacité à se prendre en charge, les habitudes alimentaires et le contrôle de la maladie, associés à des caractéristiques liées à l'empowerment, comme la capacité des patients à prendre des décisions ; les discussions en petit groupe se sont avérées plus efficaces que les sessions didactiques (127).

En plus de l'empowerment personnel du patient, les stratégies visant l'empowerment des familles ont amélioré l'efficacité des soins, les capacités de coping des personnes concernées et l'utilisation des services de santé. Les stratégies familiales se sont montrées particulièrement efficaces dans le champ de la santé mentale (128, 129), entraînant une réduction de l'anxiété et de la dépression dans les familles prenant soin d'enfants porteurs de maladies chroniques (130). Les interventions basées sur l'animation de groupes de soutien incluant des grands-parents, et une revue de la littérature citant 20 études portant sur l'efficacité d'un programme destiné à améliorer la santé psychosociale des mères, ont montré une diminution de la dépression et de l'anxiété, ainsi qu'un empowerment accru (131-132).

Il existe des données probantes démontrant que l'impact des stratégies d'empowerment des patients, sur la santé, peut se manifester de différentes manières :

- Directement, au travers d'une amélioration de l'efficacité des prises de décision individuelles et de la gestion des complications de la maladie, et de l'adoption de comportements plus favorables à la santé (111-113, 117, 133) ;
- Indirectement, grâce au renforcement des groupes de soutien, à l'empowerment par rapport aux soins, à une satisfaction accrue vis-à-vis des relations soignants-soignés, ainsi qu'à un meilleur accès aux soins et une utilisation plus efficace (et moins fréquente) des services de santé (111-113, 116), à un niveau d'éducation personnelle plus élevé (134) et à un meilleur état de santé mentale (130-135). Les programmes de promotion de la santé mentale visant l'empowerment au travers d'actions de plaidoyer placent les patients dans des rôles d'aidants qui renforcent leur support social et leur qualité de vie, et peuvent générer des changements de politiques et de pratiques comme l'amélioration de la qualité des services de loisirs (136), la création de nouveaux espaces de répit, l'émergence de mouvements contre la stigmatisation des personnes atteintes, et le développement de politiques de droits des usagers (137).

En résumé, on a montré que les interventions visant l'empowerment du patient et prenant en compte les familles entraînaient une meilleure gestion de la maladie par l'autorégulation, un meilleur usage des services de santé et une meilleure santé mentale. Si toutes les études n'ont pas fait apparaître de résultats en termes d'empowerment individuel, les interventions comportant une dimension d'empowerment, telles que la promotion du partenariat avec le patient ou la maîtrise de sa condition, et la mise en œuvre de sessions d'éducation collective favorisant le dialogue et créant un environnement soutenant, ont eu pour effet un impact significativement positif sur la santé et la qualité de vie des patients porteurs de maladie chronique. Les interventions d'advocacy présentent des bénéfices additionnels.

Les stratégies d'empowerment des jeunes

Les stratégies d'empowerment dans le champ de la santé des jeunes, qui promeuvent les jeunes en tant que participants dans tous les aspects de la conception du programme et en tant que défenseurs du changement des politiques et des normes en vigueur dans la communauté, sont en plein

développement (138-140). Les stratégies d'empowerment (à distinguer des approches visant l'épanouissement des jeunes) mettent l'accent sur les ressentis de pouvoir ou d'impuissance (49), sur les modalités de la participation, et sur la croyance des jeunes concernant leur capacité à exercer une influence sur les problèmes et politiques de santé publique. Ce n'est pas seulement la fréquence de la participation à une activité structurée, mais aussi la qualité et l'intensité de l'implication active des jeunes (141, 142) qui ont un impact significatif, tout comme l'implication des participants en tant que décideurs et promoteurs du changement social.

Il existe des données probantes montrant qu'engager les jeunes dans des activités structurées et organisées renforçant leurs liens entre eux et avec les institutions développe leur conscience d'eux-mêmes et leur réussite sociale, améliore leur santé mentale et leur réussite scolaire, réduit les taux d'abandon scolaire, de délinquance et d'usage de drogues (77, 143, 144). De nombreux programmes ont démontré que les composantes de l'empowerment, telles que la représentation des jeunes comme une ressource, leur engagement dans des liens sociaux par le dialogue, et leur implication comme décideurs dans les actions qu'ils mènent sur le plan social, produisaient une série d'effets positifs : « Adolescent Social Action Program » (145-147), « Youth Empowerment Strategies » (148), Youth Link » (149, 150), « Youth Empowerment and Support Program » (151), « HOPE » (152) et un projet péruvien centré sur un club de jeunes (153). Une initiative visant l'empowerment global des jeunes à des fins de prévention du tabagisme, menée dans 17 Etats américains, a montré un renforcement de leur empowerment psychologique et de leur participation aux changements politiques (154) ; elle a également suggéré l'importance du climat existant au sein du groupe, et du soutien apporté aux jeunes par les adultes et la communauté toute entière (140, 155).

En résumé, les interventions visant l'empowerment des jeunes sont corrélées à plusieurs types de résultats en matière d'empowerment : une efficacité individuelle et collective renforcée, une consolidation des liens au sein du groupe, la constitution de groupes durables, une participation accrue aux actions sociales et des changements réels de politique. Réciproquement ces résultats en matière d'empowerment ont été reliés à des améliorations sur le plan scolaire et de la santé.

L'empowerment des personnes à risque de contamination par le VIH

Les programmes de prévention du sida ont progressivement évolué vers des stratégies d'empowerment centrées sur les groupes à risque : prostitués, usagers de drogues injectables, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, y compris ceux qui ne s'identifient pas comme homosexuels. La recherche participative, utilisant les savoirs profanes et les pairs issus de la communauté, a amélioré l'accès à ces populations et l'appropriation des programmes par les communautés (156, 45). Les programmes comme le projet « Mpowerment » destiné aux jeunes hommes homo ou bisexuels (157) ont montré que l'empowerment psychologique et les effets du programme en termes de lien social pouvaient influencer le contexte social des relations de genre. Par exemple, un programme destiné aux immigrantes originaires d'Amérique latine à San Francisco est parvenu à influencer positivement leur capacité de communication, à faire évoluer les rôles traditionnels liés au genre et leur pouvoir de décision (158) ; un projet de prévention du sida visant l'empowerment chez des homosexuels Mexicains Américains a augmenté l'utilisation des préservatifs (159). Plus de vingt études à travers le monde, portant sur l'utilisation de préservatifs féminins, ont montré l'impact positif de l'empowerment psychologique des femmes, qui deviennent capables de négocier des rapports sexuels protégés conduisant à une diminution de l'incidence des IST et du sida. Les interventions centrées sur l'empowerment des femmes dans le contexte plus large de l'autonomie en matière de reproduction sont apparues plus efficaces que les approches se limitant à fournir des préservatifs féminins (160).

L'évaluation d'un programme de deux années centré sur la réduction de la demande de drogue et destiné à accroître le pouvoir du gouvernement local et communal dans des villages du nord de la

Thaïlande, a conclu à la réussite de la mise en œuvre du programme et à une diminution du nombre d'usagers de drogue. Cependant, une évaluation menée six mois après la fin du programme a montré un manque de pérennisation de ces résultats, attribué à un empowerment insuffisant des chefs de village (161). Il est possible aussi que la durée du programme ait été bien insuffisante pour permettre cette pérennisation, et que les « catalyseurs » externes ne soient pas restés assez longtemps (42). La durabilité a également été évaluée dans le projet Sonagachi qui a duré 12 ans ; cette intervention est parvenue à réduire les infections par le VIH et à accroître l'utilisation du préservatif chez les prostituées de Calcutta (162, 163). Son succès a été attribué à un modèle d'empowerment évolutif, incluant l'implication de pairs pour rejoindre la population concernée, la prise en compte de larges préoccupations de la communauté au démarrage du projet, le développement du leadership des femmes, et le soutien de professionnels de santé, ainsi que la transmission ultérieure du leadership à une nouvelle association de prostituées. La reproduction de cette étude a mis en évidence les mêmes résultats en termes d'évaluation (164).

En résumé, les stratégies d'empowerment visant la prévention du sida en ciblant les inégalités de genre ont amélioré l'état de santé en accroissant l'utilisation du préservatif et en réduisant les taux de contamination.

L'empowerment des femmes

Il existe de nombreuses recherches sur les influences sociales et contextuelles qui contribuent à la discrimination et à l'exclusion sociale des femmes. Par conséquent, il est nécessaire d'incorporer les questions concernant les femmes dans les interventions visant l'empowerment (165). Améliorer l'éducation des femmes, y compris en termes de lutte contre l'illettrisme à l'âge adulte, et d'empowerment, a un impact positif sur la santé des enfants (166, 167) et le contrôle des naissances (168). Bien que l'accroissement du niveau d'éducation des femmes soit extrêmement important, on considère que les micro entreprises sont un moyen plus rapide d'améliorer la santé, les femmes disposant d'un pouvoir lié à un revenu étant censées dépenser leurs ressources financières pour améliorer la santé de leur famille et de leurs enfants. Cependant, les micro entreprises ne suffisent pas à augmenter l'implication des femmes dans la gestion des revenus du foyer (169) ; pour cela, il faut aussi accroître l'autonomie des femmes, leur mobilité, leur autorité dans la prise de décisions et leur pouvoir au sein du foyer. Les micro entreprises et autres stratégies d'accroissement des revenus peuvent aussi imposer aux femmes des charges de travail supplémentaires, dans la mesure où le travail domestique non rémunéré ne diminue pas (170). Bien que difficile à évaluer pour cause de biais de sélection et de superposition des effets de campagnes nationales, une série d'études portant sur la Bangladesh Grameen Bank et le Comité de Progrès Rural du Bangladesh a montré un accroissement de l'empowerment des femmes (171) se manifestant par des demandes plus importantes de prise en charge sur le plan de la santé (172), une meilleure alimentation et une utilisation plus importante de contraception (173), ainsi que des taux de couverture vaccinale plus élevés et une baisse de la mortalité infantile (174, 175). À un moindre degré, ces bénéfiques ont aussi profité à des femmes non participantes dans des villages offrant des opportunités de micro crédits, montrant l'importance des normes communautaires pour l'accroissement de l'empowerment des femmes et la santé des familles (103). Une méta-analyse de 40 projets visant l'empowerment des femmes a mis en évidence toute une série d'améliorations en termes de qualité de vie, incluant une augmentation de la capacité des femmes à s'organiser et à défendre leur cause, une amélioration des services, et des changements politiques et gouvernementaux produits par la mobilisation des femmes (176), certaines organisations entraînant une transformation radicale des conditions économiques faites aux femmes (177, 178).

Une évaluation (179) d'une action menée par une association durant quatre années pour réduire la mortalité maternelle a montré que le développement communautaire de programmes de transport d'urgence dans 80% des villages participants, multipliait par cinq la prise en charge par les femmes

de la prévention des grossesses précoces, la reconnaissance des signes d'alerte, la participation de la communauté et la création de nouvelles associations employant des acteurs de terrain. Les résultats attendus de ces programmes sont la réduction de la morbidité et mortalité maternelles tant que le niveau de participation est maintenu. Les actions globales intégrant la santé de la reproduction, le planning familial, la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi les activités génératrices de revenus, la lutte contre l'illettrisme et les soins de santé primaire, ont favorisé la mise en œuvre des projets dans les villages (180). Un programme global de nutrition infantile donnant aux femmes la capacité de partager des informations, de résoudre des problèmes et de prendre soin des enfants, dans des environnements soutenant, a amélioré l'alimentation des enfants et réduit la malnutrition grave (181-183).

Certaines études ont examiné l'impact du leadership politique féminin sur la vie des femmes. En Inde, un amendement constitutionnel qui a donné aux femmes le droit d'être élues aux conseils villageois plutôt que nommées, a conduit dans neuf villages à l'élection de listes de femmes (184). Quatre ans plus tard, les effets de cette décision ont été la réalisation dans trois villages d'actions conjointes par des hommes et des femmes pour améliorer la distribution de fuel, d'eau et de fourrage aux foyers. Les effets ont inclus également un accroissement de la mobilité des femmes et de leur capacité à prendre des décisions, ainsi que la fermeture des débits de boissons – qui a résulté en une baisse de la violence envers les femmes – et une augmentation du nombre de filles scolarisées. Une étude portant sur l'empowerment des femmes dans les fermes laitières a montré une augmentation de leur participation à la gestion des fermes et de leur sentiment d'efficacité dans les décisions prises au sein du foyer, mais aussi un accroissement de la production de lait et des fonds détenus par la famille, ainsi qu'une amélioration de l'impact des campagnes de lutte contre l'alcoolisme (185).

Les interventions menées sur le terrain par des professionnels de santé, dans des villages ou des communautés, constituent des stratégies d'empowerment fondamentales, qui engagent en priorité les femmes dans une évolution continue : d'aidantes naturelles, à des extensions semi-professionnelles des services de soins de santé primaires, à des assistantes en éducation pour la santé, puis à des défenseuses de la santé communautaire (23). Bien qu'il y ait une abondante littérature décrivant des activités d'acteurs de terrain communautaires destinées à rejoindre les habitants, il existe peu de mesures d'impact sur la santé (31, 186, 187). Ces activités ont montré leur efficacité dans l'accès aux soins de santé, particulièrement en ce qui concerne

- Les dépistages comme la mammographie (188) ;
- Les comportements des patients, comme le suivi de programmes d'éducation pour la santé (189) ;
- L'amélioration de certaines données de santé, comme la couverture vaccinale, meilleure et moins coûteuse (190), et le déclin de la morbidité due à la malaria (191).

Une méta-analyse de 15 études (sur 43 études analysées) a montré une amélioration de la couverture vaccinale et des résultats positifs en termes de maladies respiratoires et de malaria (192). Quelques études ont aussi inclus l'empowerment des acteurs de terrain eux-mêmes : accroissement du support social, leadership et développement de l'advocacy (193).

En résumé, les interventions les mieux intégrées aux secteurs économique, éducatif ou politique, ont généré dans les populations concernées un plus grand empowerment psychologique, une meilleure autonomie et une plus grande autorité, et ont affecté substantiellement tout un ensemble d'indicateurs de santé.

L'empowerment obtenu grâce à des efforts de coalition et d'organisation intersectorielle

Les stratégies des interventions visant l'empowerment des populations socialement exclues s'appuient de plus en plus sur des coalitions et des organisations intersectorielles. Dans les exemples

étudiés ici, les efforts conjugués de plusieurs organisations visaient des objectifs de santé extrêmement spécifiques et se sont fondés sur des interventions destinées à agir directement sur le problème identifié (194, 195). Citons par exemple : les pratiques polluantes de l'industrie porcine, les conditions de travail des employés d'hôtel sur le plan de la santé et de la sécurité (197), les conditions de logement (198), les risques environnementaux (199), les taux de couverture vaccinale (200, 201), la mortalité infantile (202), les disparités dans la prise en charge du diabète (203, 204) et la sécurité dans les quartiers (205). Sur le plan international, les interventions ont utilisé des stratégies de mobilisation communautaire (5) pour améliorer l'efficacité des services et l'équité de leur répartition, surmonter les obstacles institutionnels, accroître la participation aux instances locales, renforcer les associations issues de la société civile et créer des politiques publiques favorables à la santé ayant par elles-mêmes un impact positif sur la santé. Certaines de ces actions ont par exemple consisté en des campagnes d'ensablement de rivières (206) et en un renforcement des systèmes de santé districaux, entraînant une amélioration de la santé mère-enfant (207).

Discussion et Conclusions

L'analyse de la littérature montre clairement que les stratégies visant l'empowerment sont prometteuses dans leur capacité à produire de l'empowerment et à avoir un impact en termes de santé. Avec une grande constance, la littérature montre que ces stratégies produisent des résultats aux niveaux psychologique, organisationnel et communautaire, et dans toutes les populations, même si les résultats peuvent présenter des spécificités en fonction de la nature des problèmes et des contextes sociaux. Quelques articles, peu nombreux, témoignent de l'application d'un protocole comparatif rigoureux destiné à vérifier la valeur ajoutée de la participation et des processus d'empowerment. Ces articles font la démonstration que l'empowerment est effectivement une stratégie de santé publique pertinente. La capacité à soutenir ces impacts positifs et à les généraliser au-delà des contextes locaux représente un défi important. Il existe des limites claires à la capacité des programmes mis en œuvre localement ou auprès de populations spécifiques, à vaincre les forces politiques, socio-économiques ou institutionnelles qui maintiennent les inégalités.

Les stratégies visant l'empowerment sont plus susceptibles de réussir si elles s'intègrent dans des stratégies macro-économiques ou politiques destinées à réduire les inégalités de santé. Par exemple, le déclin impressionnant de la mortalité infantile au Bangladesh illustre l'importance de cette intégration au niveau national, incluant des politiques gouvernementales pour réduire la pauvreté, l'empowerment des femmes, la production de revenus, des campagnes agressives sur la santé mère-enfant, et l'appui de programmes associatifs fournissant des opportunités pour des prises de décision et des implications locales (208). Des études de cas ont montré que la synergie entre tous les éléments (stratégies anti-pauvreté, collaboration entre le gouvernement et les associations, développement de l'empowerment et de la participation, et programmes de santé publique volontaristes) est probablement le facteur le plus important pour favoriser une amélioration de la santé et des résultats en termes de développement (6). Des études portant sur la place des femmes dans la politique ont donné des preuves supplémentaires de l'importance cruciale de la politique législative nationale. Par exemple, l'obligation d'élire des femmes dans les conseils de village a accru la participation locale à l'amélioration de la qualité de vie des femmes, des filles et de leurs familles tout entières (184).

À la lumière de ces données probantes et des autres informations, on peut considérer que les stratégies d'empowerment sont prometteuses pour le travail avec les populations socialement exclues. Mais bien que les processus participatifs soient à la base de l'empowerment, la participation seule est insuffisante et les stratégies doivent aussi contribuer à développer la capacité à mettre en cause l'indifférence ou l'oppression des institutions, et à rétablir l'équilibre des pouvoirs.

Le message-clé de cette revue de la littérature est que l'empowerment est une stratégie complexe qui prend place dans des environnements complexes. Les stratégies d'empowerment efficaces peuvent dépendre aussi bien du fonctionnement et du leadership des personnes impliquées, que du contexte global dans lequel elles prennent place. Les actions futures devraient donc prendre en considération les points suivants :

1. Intégrer les stratégies d'empowerment suivantes, dont l'efficacité a été prouvée, dans les stratégies globales de promotion de la santé :
 - a. Accroître les compétences des citoyens, leur accès aux informations et aux ressources,
 - b. Utiliser les approches en petit groupe pour accroître la conscience critique, construire des environnements favorables à la santé et un sens accru de la communauté,
 - c. Promouvoir l'action communautaire à travers l'implication collective dans la prise de décision et la participation à toutes les étapes de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation, l'utilisation de leaders issus du terrain, l'advocacy et l'entraînement au leadership, ainsi que le développement de la capacité d'organisation et de coalition,
 - d. Renforcer les politiques publiques favorables à la santé au moyen d'actions organisationnelles et inter-organisationnelles, le transfert de l'autorité des prises de décision aux participants aux interventions, la valorisation de la transparence et la demande de transparence, ainsi que la responsabilisation du gouvernement et des autres institutions,
 - e. Amener les membres de la communauté à définir les besoins communautaires et à agir pour satisfaire ces besoins, également en tant qu'usagers des services de santé.
2. S'appuyer sur des stratégies dont la littérature a démontré l'efficacité pour les populations marginalisées (notamment les jeunes, les personnes à risque de contamination par le VIH, les femmes, et les pauvres), et à partir de partenariats et de coalitions qui ont marché avec ces populations ; ces stratégies encouragent la participation promotrice d'autonomie et d'autorité dans la prise de décision, le sens de la communauté et les liens sociaux, l'empowerment psychologique et l'action qui conduit au changement du contexte local.
3. S'appuyer sur des stratégies efficaces avec les patients et leur entourage pour réorienter les services de santé afin de rendre les patients et les familles capables d'être des ressources dans l'amélioration de leur santé.
4. Renforcer les connections entre les trois composantes préalables à l'empowerment : la participation, l'empowerment psychologique et le sens de la communauté, dont le développement est favorisé par des stratégies s'appuyant sur le sens de la communauté existant et les réseaux culturels.
5. Investir dans des recherches utilisant des méthodes mixtes et des évaluations comparatives : les protocoles quasi-expérimentaux peuvent être utilisés pour des interventions définies avec des populations spécifiques, mais les initiatives larges visant l'empowerment requièrent un ensemble de méthodes examinant les programmes au sein de leur contexte sociopolitique ; en particulier, les modèles multivariés permettent d'examiner les interactions entre les niveaux psychologique, organisationnel et communautaire.
6. Investir dans des protocoles de recherche testant l'hypothèse de la valeur ajoutée des stratégies participatives visant l'empowerment pour promouvoir des résultats en matière de santé : les décideurs politiques doivent comprendre que les changements en termes

d'empowerment, tels que l'empowerment psychologique, la responsabilisation des institutions ou les politiques de santé communautaire, peuvent constituer des preuves suffisantes du succès d'un programme, même si les changements de l'état de santé ne se sont pas encore produits, en particulier au niveau national ou régional.

7. Encourager le développement d'outils fins de mesure des domaines et niveaux d'empowerment : les instruments universels pourraient néanmoins s'avérer insuffisants ; il faudrait alors requérir des indicateurs basés sur la culture, la langue et le contexte locaux, s'ajoutant à des méthodes qualitatives pour appréhender les facteurs favorisant le changement ou au contraire s'y opposant.
8. Favoriser la formation des professionnels de la santé et du développement, des prestataires de services de soin ou de prévention, des décideurs politiques et des leaders communautaires, aux stratégies d'empowerment communautaire, à la recherche et à l'évaluation participatives, incluant les pratiques partenariales de prise de décision, les principes éthiques, les dynamiques de pouvoir, les compétences intersectorielles et le soutien d'une véritable participation communautaire.
9. Soutenir les interventions multi-niveaux intégrant l'empowerment communautaire aux politiques nationales et régionales afin d'accroître les opportunités économiques, politiques et relatives aux droits de l'Homme, pour avoir un impact plus significatif sur la réduction des inégalités de santé et de l'exclusion sociale.

Annexe 1. Empowerment et concepts associés : définitions et dimensions

Exclusion sociale et inéquité

L'exclusion sociale comporte plusieurs dimensions : le fait de vivre dans des conditions de privation et de vulnérabilité générées par la pauvreté ; l'accès limité à l'éducation, à la santé et aux autres services publics ; le manque d'influence politique, de libertés civiles et de droits ; l'isolement géographique ; l'exposition à des environnements nocifs ; le racisme ou le traumatisme historique ; l'absence de capital social et l'isolement social ; l'exposition aux guerres et aux conflits ; l'aliénation ou l'impuissance. La Société Internationale pour l'Équité en Santé définit les inégalités ou disparités de santé comme « les différences systématiques (auxquelles il est possible de remédier) concernant un ou plusieurs aspects de la santé dans des groupes de population définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement » (209).

Dès lors que de nouvelles opportunités leur sont offertes, les populations exclues socialement acquièrent la capacité à surmonter leurs conditions de vie limitantes (210). La pratique et la transmission culturelles sont des processus historiques dans lesquels « les points de vue et les pratiques des personnes sont affectés de façon dynamique par les transformations sociales, les conflits sociaux, les relations de pouvoir et les migrations » (211). Les personnes donnent continuellement du sens à leurs interactions sociales, à leur identité (212) et à la façon dont ils redéfinissent leurs relations aux autres en fonction des contraintes structurelles (213, 214). Par conséquent, les stratégies d'empowerment doivent se focaliser sur le renforcement de la capacité des groupes marginalisés à créer et recréer leurs normes sociales, à rechercher le changement de leurs conditions inéquitables, à développer des identités culturelles et transfrontalières, et à gagner l'accès aux ressources sociales promotrices de santé.

L'empowerment

En 1978, la déclaration d'Alma Ata de l'Organisation mondiale de la santé a fait pour la première fois le lien entre les objectifs de la participation communautaire et l'équité, puis la notion d'empowerment a été développée dans la Charte d'Ottawa et la déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé (215-217). Le rapprochement entre la santé et le développement socio-économique est un phénomène relativement récent, apparu dans les Objectifs de Développement du Millénaire des Nations Unies qui datent de l'an 2000 et incluent des interventions visant l'empowerment des femmes et la santé (218), dans le Schéma Stratégique de la Banque Mondiale et sa stratégie de réduction de la pauvreté, qui a identifié l'empowerment des pauvres comme l'une des deux stratégies prioritaires pour améliorer l'efficacité du développement (64), et dans les travaux de la Commission sur la Macroéconomie et la Santé, qui a plaidé pour des investissements dans le secteur de la santé destinés au développement économique des nations en voie de développement (219). Parce que l'empowerment a pénétré les discours des principales agences multilatérales, bilatérales et gouvernementales (avec sans doute des significations différentes), il est important de clarifier les différentes dimensions de ce concept.

L'empowerment communautaire trouve ses racines dans la psychologie communautaire, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé, la pédagogie de l'opprimé, l'organisation communautaire, le développement rural et communautaire, et le travail social (220). L'empowerment a été défini comme « un processus par lequel les personnes, les organisations et les communautés accroissent la maîtrise des questions qui les concernent » (221) ; l'empowerment communautaire étant un « processus d'action sociale par lequel les individus, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leurs vies en changeant leur environnement social et politique pour accroître l'équité et améliorer la qualité de la vie » (73).

La Banque Mondiale a défini l'empowerment comme « l'accroissement de la capacité des individus ou des groupes à faire des choix et à transformer ces choix en actions ayant un impact sur la santé », pour « renforcer les ressources individuelles et collectives, et pour améliorer l'efficacité et l'équité du contexte organisationnel et institutionnel qui pèse sur l'utilisation de ces ressources » (222). Il s'agit aussi de « développer les ressources et compétences des pauvres, pour leur donner les moyens d'intervenir dans les institutions qui gouvernent leurs vies, de négocier avec ces institutions, de les influencer, de les contrôler et de les responsabiliser » (64). Les stratégies de promotion de la santé de l'OMS décrivent l'action communautaire et l'empowerment comme des pré-requis pour la santé (215, 216).

L'empowerment est un concept orienté vers l'action qui met l'accent sur la suppression des barrières formelles ou informelles et sur la transformation des relations de pouvoir entre les communautés, les institutions, et le gouvernement. Ce concept se base sur l'affirmation des atouts culturels des communautés qui peuvent être renforcés par le dialogue et par l'action (223). Il s'exerce dans des domaines variés, de l'action personnelle à l'action collective et politique (224, 225). Le concept d'empowerment a parfois été utilisé en lieu et place des notions de compétence communautaire ou de capital social (226), cependant, l'empowerment se centre sur les relations de pouvoir et les stratégies d'intervention. C'est à la fois un processus et un résultat : par exemple, l'empowerment des personnes marginalisées est un important objectif en soi, mais aussi une partie d'un processus qui conduit à la réduction des inégalités de santé et de l'exclusion sociale.

L'empowerment est propre à une culture, une société et une population, par conséquent, il suppose une action respectueuse du contexte local. De nombreux écrits décrivent l'empowerment comme une construction à plusieurs niveaux : l'empowerment psychologique correspond à l'efficacité perçue et au contrôle des gens sur leur propre vie, l'empowerment organisationnel recouvre la capacité d'une agence ou d'une institution à promouvoir le changement, et l'empowerment communautaire est la capacité d'une communauté à le réaliser (67, 227). L'empowerment ne doit pas être vu comme une stratégie en soi, mais comme une composante d'une approche globale, engageant les décideurs à promouvoir des changements structurels ou réglementaires destinés à soutenir l'investissement de la communauté. En fin de compte, l'empowerment est le résultat d'une interaction dynamique entre des gains en compétences internes et le dépassement de barrières structurelles externes, afin d'accéder aux ressources (228). (les figures 1 et 2 mettent en évidence la structure des stratégies d'intervention visant l'empowerment, des effets en termes d'empowerment, et leur impact potentiel sur les inégalités de santé et l'efficacité du développement)

La notion de pouvoir est centrale dans l'idée de l'empowerment communautaire, avec deux dimensions cruciales relatives aux relations avec les autres : le contrôle des ressources (matérielles, humaines, financières) et le contrôle idéologique (valeurs, attitudes, croyances) (2). Le pouvoir sur les autres peut s'exercer au travers d'un contrôle direct ou indirect de leur accès à l'éducation, à l'emploi et à de bonnes conditions de vie, ou au moyen de systèmes politico-économiques favorisant les intérêts de certaines catégories de personnes. Le contrôle idéologique agit en profondeur pour exclure certains des circuits et du contrôle sociaux ; il agit également de manière insidieuse, en plongeant les personnes dans une passivité qui les conduit à restreindre d'elles-mêmes leur capacité d'agir (229, 230). En plus du pouvoir répressif, Michel Foucault a décrit une autre forme de pouvoir, productive celle-là, laissant ouverte la possibilité d'une résistance (231). Le pouvoir est conceptualisé comme un maillage de discours et de pratiques existant dans les institutions, les communautés et les familles, concrétisés par des actions s'inscrivant dans une multiplicité de relations sociales. Ces relations de pouvoir sont par nature instables, et peuvent donc être remises en cause. Le féminisme a décrit d'une part un pouvoir intrinsèque, un « pouvoir interne » à faire entendre sa voix ; et d'autre part un « pouvoir avec les autres », une ressource extensible à l'infini qui conduit à l'empowerment des communautés, au fur et à mesure de l'empowerment des individus.

Par conséquent, les stratégies visant l'empowerment vont remettre en cause le contrôle social et l'injustice sociale, au moyen de processus politiques, sociaux et psychologiques révélant les mécanismes du contrôle, les barrières institutionnelles ou structurelles, les normes culturelles et les biais sociaux, et ainsi rendre les gens capables de remettre en question l'oppression internalisée et de développer de nouvelles représentations de la réalité. L'empowerment peut être décrit comme une interaction dynamique entre un gain en termes de contrôle ou compétence internes (transformation personnelle / empowerment psychologique) et le dépassement des barrières structurelles externes s'opposant à l'accès aux ressources (transformations communautaires ou institutionnelles) (228). Comme le dit Gita Sen, il se peut que disposer d'un pouvoir interne ou intrinsèque ne conduise pas à un plus grand contrôle des ressources par la communauté, ou vice-versa, mais il existe de nombreux cas où les changements politiques ou les mouvements sociaux ont permis aux populations d'acquérir un empowerment psychologique, ou des situations où la prise de conscience des causes profondes de certains problèmes a conduit à des changements structurels (2). Les deux doivent se produire pour qu'on assiste à une pérennisation des évolutions obtenues.

À travers le monde, les processus d'empowerment ont bénéficié de la philosophie de l'éducation libératrice du Brésilien Paolo Freire, qui a élaboré une démarche de prise de conscience à partir d'un cycle continu de dialogue et d'action (223). Le dialogue, ou la réflexion critique participative en interaction avec les autres, sur des sujets comme les barrières, les normes et les institutions, permettent le développement d'actions collectives, qui elles-mêmes enrichissent la réflexion, menant à de nouvelles actions, dans un cycle permanent. Trouvant ses sources dans l'alphabétisation des habitants des bidonvilles et des paysans brésiliens, le travail de Freire a été adapté dans le monde entier pour être appliqué dans différents domaines comme l'éducation des adultes (232-235), l'anglais pour étrangers (236), la formation des travailleurs et des syndicalistes (237, 238), la santé et le développement communautaires (239-241). Le dialogue, tel qu'il est conçu par Freire, est utilisé par les populations marginalisées pour examiner leur exploitation dans toute sa complexité, à l'intérieur des différents systèmes formels et informels. Par exemple, la situation des femmes par rapport au pouvoir peut s'avérer considérablement différente dans la sphère publique ou la sphère privée. Elles peuvent représenter une source importante de revenus pour le foyer, mais n'avoir pas grand-chose à dire dans les processus de prise de décision au sein du foyer.

Deux concepts associés à l'empowerment ont été élaborés par les professionnels de santé : la compétence communautaire et le capital social. La compétence communautaire comprend dix dimensions : la participation, les réseaux de support social, le sens de la communauté et l'accès au pouvoir (95), ainsi qu'un ensemble de processus et d'outils pour mesurer les compétences en cours de développement (38, 44, 93, 242). Le capital social, ou les normes et réseaux sociaux qui facilitent la coordination des actions pour un bénéfice mutuel, ont capturé l'imagination des professionnels de santé, en grande partie parce que des études épidémiologiques ont fait apparaître des corrélations entre des variables telles que la confiance, la réciprocité et l'engagement communautaire, et des données de morbidité et mortalité (68, 89-91). Compétence communautaire et capital social ont tous deux des définitions qui se recoupent et peuvent être utilisés de manière interchangeable, bien que le capital social soit plus un attribut des communautés qu'une stratégie.

Deux composantes de l'empowerment ont été bien analysées par la Banque Mondiale : le rôle de l'organisation des populations marginalisées dans leur capacité à exercer des choix et à transformer leurs vies, et le rôle de l'environnement (le contexte institutionnel, politique, économique et gouvernemental) qui autorise les acteurs ou au contraire les empêche de mettre en œuvre des actions efficaces. Parler de l'organisation des populations signifie que l'empowerment ne peut pas être conféré aux personnes ou transféré à quelqu'un, mais provient d'un processus par lequel les personnes s'attribuent du pouvoir (2, 225). Les avocats de ce changement, ou les agents extérieurs qui le favorisent, peuvent jouer le rôle de catalyseurs des actions ou aider à créer des espaces pour que les personnes acquièrent les compétences nécessaires, mais la pérennisation du changement et

l'empowerment ne peuvent se produire que lorsque les populations se donnent un nouvel élan, développent leurs compétences et plaident leur propre cause. Leur action collective en vue de réaliser les changements qu'elles désirent dépend de trois éléments : les bases sociales existantes (politiques, économiques, sociales, morales, niveau d'information), les compétences individuelles des membres de la communauté et la capacité de celle-ci à mettre en œuvre une action collective, et les résultats que les personnes sont en mesure d'obtenir (243). Les professionnels de santé ont soutenu le concept d'organisation des populations en reconnaissant l'importance de travailler à partir des ressources de celles-ci plutôt que de leurs faiblesses, pour renforcer leur motivation à s'engager dans l'action communautaire (96).

À présent que le concept d'empowerment a gagné en crédibilité auprès des gouvernements et des agences en charge de l'aide multilatérale, il est important de ne pas revenir à la croyance selon laquelle les gouvernements peuvent fournir de l'empowerment comme un service ou une aumône. Le processus d'empowerment se distingue par son attachement à la prise de décision par la population elle-même et à son engagement dans la démarche, qui peuvent conduire à remettre en cause les instances détentrices du pouvoir et de la force, y compris les institutions gouvernementales. En tant que composantes fondamentales des environnements, les gouvernements locaux, régionaux et nationaux deviennent des objectifs prioritaires des stratégies d'empowerment qui vont les forcer à être plus à l'écoute des besoins de leurs administrés, à agir de manière plus transparente, à lutter contre la corruption, et à améliorer l'efficacité et l'équité de la distribution des ressources et des services aux communautés.

En résumé, l'empowerment influence la capacité des populations à agir de façon collective et participative en renforçant leurs compétences organisationnelles, en luttant contre les inégalités de pouvoir et en obtenant des résultats interdépendants dans différents domaines : l'empowerment psychologique, les relations au sein du foyer, la valorisation de la cohésion et du capital social, la transformation des institutions, l'amélioration de l'accès aux ressources, une gouvernance ouverte et des conditions de vie communautaires de plus en plus équitables.

Annexe 2. Évaluation de l'empowerment

Bien que la compréhension du rôle des interventions visant l'empowerment dans la réduction de l'exclusion sociale et des disparités de santé soit un objectif louable, les projets basés sur l'empowerment au niveau d'un quartier, d'un village, d'une ville ou d'un pays, sont difficiles à évaluer. La littérature comparative est peu abondante et les projets centrés sur l'empowerment, très complexes par nature, se prêtent mal aux études expérimentales (5, 244-247). Quand des groupes au sein d'un quartier, ou des associations, endossent des missions larges en vue de développer les compétences et l'empowerment communautaires, il n'y a généralement pas qu'un seul programme à évaluer. Par exemple, l'empowerment des femmes peut être construit au moyen d'un projet de microcrédit combiné avec des stratégies éducatives dans le domaine de la nutrition, de la vaccination ou du contrôle des naissances. Par conséquent, les résultats obtenus ne sont que partiellement attribuables aux stratégies d'empowerment. Les attentes relatives à l'état de santé des individus sont le plus souvent irréalistes sur de courtes périodes, les projets visant l'empowerment peuvent reposer sur des forces ou compétences initiales insuffisantes pour une réalisation effective des tâches nécessaires, ou les relations causales peuvent s'avérer trop complexes à éclaircir dans un environnement social en évolution. De plus, il est difficile d'établir des corrélations entre les systèmes de surveillance de la morbidité ou de la mortalité, locaux ou nationaux, et des interventions spécifiques.

Les prémisses de la plupart des évaluations des interventions visant l'empowerment sont semblables à ceux de la promotion de la santé : le contexte local compte dans la mise en œuvre et la détermination des résultats, les processus dynamiques sont reconnus, et la participation est à la base du processus continu d'évaluation et de reformulation des stratégies. Dans la mesure où les objectifs et les activités visant l'empowerment changent au cours du temps afin de répondre aux besoins et priorités des acteurs impliqués, l'intervention peut s'avérer partiellement évaluable voire inévaluable en utilisant des méthodes traditionnelles (249). Les stratégies de recherche basées sur la participation de la communauté sont venues s'ajouter aux principes de l'action participative. À présent, les chercheurs ne se contentent plus d'impliquer les participants de la communauté dans la mise en œuvre des interventions, ils les engagent aussi à participer à la planification, à l'élaboration et à la réalisation de l'évaluation et des stratégies de recherche (42, 43, 250).

En définitive, puisque les processus d'empowerment prennent place au niveau psychologique, organisationnel et communautaire, et opèrent le plus souvent de façon conjointe avec d'autres interventions, les résultats doivent également être recherchés à différents niveaux et dans différents domaines (251, 252). Cependant, si une communauté peut être identifiée comme ayant gagné du pouvoir ou comme produisant certains effets, on ne peut pas pour autant en déduire que ces effets vont durer. Les résultats en termes d'empowerment ne sont pas statiques, ne sont pas forcément transférables à toutes les situations, ou sont susceptibles d'évoluer avec le temps au fur et à mesure des changements du contexte politique ou économique ; une communauté peut parvenir à empêcher l'installation d'une usine de traitement de déchets toxiques, mais s'avérer incapable d'obtenir l'année suivante plus de fonds pour les écoles locales, ou de changer les normes concernant les rôles dévolus aux femmes. Ces constats renforcent le besoin d'une évaluation continue des changements dans l'environnement, des cibles du changement, aussi bien que des évolutions dans l'organisation des associations destinées à atteindre ces cibles.

Du fait de la complexité de la promotion de la santé et de l'empowerment, plusieurs groupes de travail internationaux sur l'évaluation ont été convoqués pour élaborer des recommandations, incluant le Programme international sur l'efficacité de la promotion de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (<http://www.who.int/hpr/ncp/hp.effectiveness.shtml>) et un manuel de l'évaluation participative pour les municipalités en santé élaboré par un groupe de travail de l'Organisation panaméricaine de la santé (253). Dans un rapport incisif sur l'évaluation de la

promotion de la santé destiné aux décideurs politiques, l'OMS a publié cinq conclusions : l'évaluation devrait être participative, basée sur des ressources adéquates, examiner à la fois les processus et les résultats, utiliser une variété de méthodes et de protocoles – plutôt que les études cas témoin randomisées qui sont « dans la plupart des cas inappropriées, trompeuses et inutilement coûteuses » - et une expertise en évaluation approfondie devrait être sollicitée en vue de la mise en œuvre d'un protocole complexe (254, 255). La Banque mondiale a mis en place en février 2003 un atelier pluridisciplinaire sur l'évaluation qui a produit récemment deux documents fournissant un cadre pour la mesure et les indicateurs de l'empowerment (256, 257).

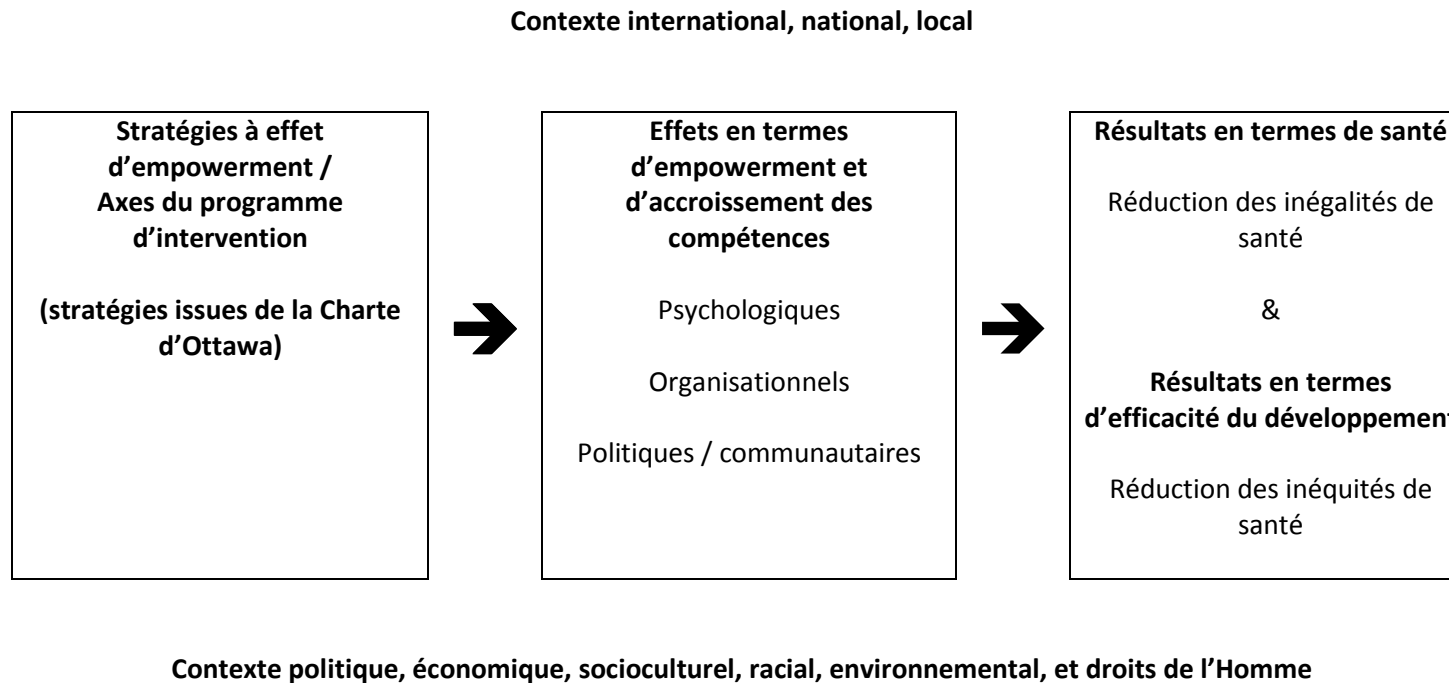
Afin de passer des résultats aux différents niveaux de l'empowerment, à leur influence en termes de santé et de développement, S.B. Rifkin a proposé le sigle CHOICE pour représenter six domaines cruciaux de l'évaluation : « **C**apacity building » (le développement des compétences), « **H**uman rights » (les droits de l'Homme), « **O**rganizational sustainability » (la durabilité de l'organisation mise en place), « **I**nstitutional accountability » (la responsabilité des institutions), « **C**ontribution » (la contribution apportée par les populations concernées) et « **E**nabling environment » (un environnement soutenant) (45). Cette approche est construite à partir des quatre processus facilitateurs identifiés par la Banque mondiale (64) : l'accès des gens à l'information (qui fait partie du développement de leurs compétences) ; leur inclusion et leur participation au processus de décision (qui correspond à leur contribution à la démarche), la responsabilité des institutions et les compétences des organisations locales (et leur pérennité), auxquels elle ajoute les domaines cruciaux des droits de l'Homme et de l'environnement soutenant.

La figure 1 combine les multiples dimensions et mesures de l'empowerment présentées dans ce rapport au sein d'un modèle conceptuel logique conçu en vue d'une exploration future de cette notion.

Figure 1 : Les axes de développement de l'empowerment

<p>Les composantes et stratégies d'un programme visant l'empowerment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compétences personnelles <ul style="list-style-type: none"> ○ Planification et actions ○ Accès aux informations • Environnements soutenant <ul style="list-style-type: none"> ○ Groupes de support ○ Approche centrée sur le dialogue ○ Appui sur les connaissances des populations • Action et participation de la communauté <ul style="list-style-type: none"> ○ Pleines de sens ○ Prise de décision ○ Utilisation des leaders de la communauté ○ Leadership et advocacy ○ Compétences de l'organisation • Politiques publiques favorables à la santé <ul style="list-style-type: none"> ○ Actions collectives ○ Cadre et organisation efficaces ○ Transfert de pouvoir ○ Promotion de la transparence • Réorientation des services de santé <ul style="list-style-type: none"> ○ Implication des usagers 	<p style="text-align: center;"><u>Effets en matière d'empowerment</u></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p>Psychologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Changements interpersonnels <ul style="list-style-type: none"> ○ Efficacité politique ○ Efficacité collective ○ Croyance dans l'action de groupe ○ Motivation à agir ○ Contrôle perçu • Sens de la communauté <ul style="list-style-type: none"> ○ Identité communautaire ○ Capital social générant du lien social ○ Confiance ○ Réciprocité • Participation • Conscience critique de la société </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;">Organisationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des services qui fonctionnent bien <ul style="list-style-type: none"> ○ Ayant des comptes à rendre publiquement ○ Distribués de manière équitable ○ Efficaces ○ Intégrés ○ Appropriés sur le plan culturel ○ Durables • Efficacité et compétences des organisations <ul style="list-style-type: none"> ○ Pérennité ○ Ralliant des suffrages ○ Produisant des effets ○ Un leadership efficace ○ Attribuant du pouvoir à leurs membres ○ Construisant du capital social • Des réseaux et partenariats inter-organisationnels efficaces </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;">Communautaires / politiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une mise en avant de la société civile <ul style="list-style-type: none"> ○ Des cadres favorisant la participation ○ Un capital social accru • Une bonne gouvernance <ul style="list-style-type: none"> ○ Une corruption en déclin ○ Une transparence accrue ○ Des responsabilités claires • Droits de l'Homme <ul style="list-style-type: none"> ○ Des libertés civiles accrues ○ Des politiques de lutte contre la discrimination • Un développement en faveur des plus pauvres <ul style="list-style-type: none"> ○ Davantage de micro-entreprises ○ Plus de possessions matérielles ○ Des politiques économiques soutenantes • Une transformation des conditions et politiques socio-économiques et environnementales </td> </tr> </table>			<p>Psychologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Changements interpersonnels <ul style="list-style-type: none"> ○ Efficacité politique ○ Efficacité collective ○ Croyance dans l'action de groupe ○ Motivation à agir ○ Contrôle perçu • Sens de la communauté <ul style="list-style-type: none"> ○ Identité communautaire ○ Capital social générant du lien social ○ Confiance ○ Réciprocité • Participation • Conscience critique de la société 	<p style="text-align: center;">Organisationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des services qui fonctionnent bien <ul style="list-style-type: none"> ○ Ayant des comptes à rendre publiquement ○ Distribués de manière équitable ○ Efficaces ○ Intégrés ○ Appropriés sur le plan culturel ○ Durables • Efficacité et compétences des organisations <ul style="list-style-type: none"> ○ Pérennité ○ Ralliant des suffrages ○ Produisant des effets ○ Un leadership efficace ○ Attribuant du pouvoir à leurs membres ○ Construisant du capital social • Des réseaux et partenariats inter-organisationnels efficaces 	<p style="text-align: center;">Communautaires / politiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une mise en avant de la société civile <ul style="list-style-type: none"> ○ Des cadres favorisant la participation ○ Un capital social accru • Une bonne gouvernance <ul style="list-style-type: none"> ○ Une corruption en déclin ○ Une transparence accrue ○ Des responsabilités claires • Droits de l'Homme <ul style="list-style-type: none"> ○ Des libertés civiles accrues ○ Des politiques de lutte contre la discrimination • Un développement en faveur des plus pauvres <ul style="list-style-type: none"> ○ Davantage de micro-entreprises ○ Plus de possessions matérielles ○ Des politiques économiques soutenantes • Une transformation des conditions et politiques socio-économiques et environnementales
<p>Psychologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Changements interpersonnels <ul style="list-style-type: none"> ○ Efficacité politique ○ Efficacité collective ○ Croyance dans l'action de groupe ○ Motivation à agir ○ Contrôle perçu • Sens de la communauté <ul style="list-style-type: none"> ○ Identité communautaire ○ Capital social générant du lien social ○ Confiance ○ Réciprocité • Participation • Conscience critique de la société 	<p style="text-align: center;">Organisationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des services qui fonctionnent bien <ul style="list-style-type: none"> ○ Ayant des comptes à rendre publiquement ○ Distribués de manière équitable ○ Efficaces ○ Intégrés ○ Appropriés sur le plan culturel ○ Durables • Efficacité et compétences des organisations <ul style="list-style-type: none"> ○ Pérennité ○ Ralliant des suffrages ○ Produisant des effets ○ Un leadership efficace ○ Attribuant du pouvoir à leurs membres ○ Construisant du capital social • Des réseaux et partenariats inter-organisationnels efficaces 	<p style="text-align: center;">Communautaires / politiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une mise en avant de la société civile <ul style="list-style-type: none"> ○ Des cadres favorisant la participation ○ Un capital social accru • Une bonne gouvernance <ul style="list-style-type: none"> ○ Une corruption en déclin ○ Une transparence accrue ○ Des responsabilités claires • Droits de l'Homme <ul style="list-style-type: none"> ○ Des libertés civiles accrues ○ Des politiques de lutte contre la discrimination • Un développement en faveur des plus pauvres <ul style="list-style-type: none"> ○ Davantage de micro-entreprises ○ Plus de possessions matérielles ○ Des politiques économiques soutenantes • Une transformation des conditions et politiques socio-économiques et environnementales 				
<p style="text-align: center;"><u>Exemple :</u> <u>l'empowerment des femmes</u></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Autonomie : liberté de mouvement • Autorité : prise de décision au sein du foyer • Sens de la communauté / participation avec d'autres femmes • Efficacité collective </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Des organisations de femmes efficaces </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Des droits politiques accrus et des possibilités de développement économique plus importantes pour les femmes </td> </tr> </table>			<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie : liberté de mouvement • Autorité : prise de décision au sein du foyer • Sens de la communauté / participation avec d'autres femmes • Efficacité collective 	<ul style="list-style-type: none"> • Des organisations de femmes efficaces 	<ul style="list-style-type: none"> • Des droits politiques accrus et des possibilités de développement économique plus importantes pour les femmes 	
<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie : liberté de mouvement • Autorité : prise de décision au sein du foyer • Sens de la communauté / participation avec d'autres femmes • Efficacité collective 	<ul style="list-style-type: none"> • Des organisations de femmes efficaces 	<ul style="list-style-type: none"> • Des droits politiques accrus et des possibilités de développement économique plus importantes pour les femmes 				

Figure 2 : De l'empowerment à la santé



Références

1. Zenz A. Evaluating Empowerment: The world vision area development programme. Washington, World Bank, 1–7, (<http://www.devnet.org.nz/conf/Papers/zenz.pdf>, accessed 30 November 2005).
2. Sen G. Empowerment as an approach to poverty. Geneva, World Health Organization, 1997 (Working Paper).
3. Schuftan C. The decade of the African child. *Development Practice*, 1995, 5(4):334–338.
4. Kim JY et al. Dying for growth: global inequality and the health of the poor. Becerra M et al., eds. 2000, Monroe, Common Courage Press, 2000 (Series in health and social justice).
5. Macfarlane S, Racelis M, Muli–Musiiime F. Public health in developing countries. *The Lancet*, 2000. 356(9232):841–846.
6. Evans T, et al. Challenging inequities in health: from ethics to action. Oxford, Oxford University Press, 2000:348.
7. Views from the Pan American Sanitary Bureau. Vol. 8., Washington, Pan American Health Organization, 2001.
8. Garrett L. Betrayal of trust: the collapse of global health. Oxford, Oxford University Press, 2001.
9. Narayan D et al. Voices of the poor: Can anyone hear us? Oxford, Oxford University Press, 2000.
10. Farmer P. Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor. Berkeley, University of California Press, 2003.
11. Hofrichter R, ed. Health and social justice: Politics, ideology, and inequity in the distribution of disease. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 2003.
12. Cohen J, Uphoff N. Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. *World Development*, 1980, 8:213–235.
13. Uphoff N, Esman M, Krishna A. Reasons for Success. Bloomfield, Connecticut, Kumarian Press, 1998.
14. Krishna A, Uphoff N, Esman M. Reasons for Hope. Bloomfield, Connecticut, Kumarian Press, 1997.
15. Brownson RC et al. Evidence-Based Public Health. Oxford, Oxford University Press, 2003.
16. Jewkes R, Murcott A, Community representatives: representing the "community"? *Social Science & Medicine*, 1998, 46(7):843–858.
17. Rifkin SB, Muller J, Bichmann W. Primary health care: on measuring participation. *Social Science & Medicine*, 1988, 26:931–940.
18. Chambers R. Whose reality counts? London, Intermediate Technology Publications, 1997.
19. Springett J. Issues in participatory evaluation. In: Minkler M, Wallerstein N, eds. Community-based participatory research for health. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 2003:263–288.
20. Fetterman DM. Empowerment evaluation: building communities of practice and a culture of learning. *American Journal of Community Psychology*, 2002, 30(1):89–102.
21. Jacobs B, Price N, Community participation in externally funded health projects: lessons from Cambodia. *Health Policy & Planning*, 2003, 18(4):399–410.
22. Ndiaye SM et al. The value of community participation in disease surveillance: a case study from Niger. *Health Promotion International*, 2003, 18(2):89–98.
23. Eng E, Parker EA, Harlan C, eds. Lay health advisors: a critical link to community and capacity building. *Health Education & Behavior*. 1997, 24 (4).
24. Kapadja K. Housing Rights of Urban Poor: battle for Mumbai's Streets. *Economics and Politics Week*, 1996:1436–1440.
25. Piven FF, Cloward RA. Poor people's movements: why they succeed, how they fail. 1st ed. New York, Pantheon Books, 1977.
26. Yassi A et al. Community participation in a multisectoral intervention to a determinants in an inner-city community in central Havana. *Journal of Urban Health*, 2003, 80(1):61–80.
27. Sleight A et al. Eradication of schistosomiasis in Guangxi, China. Part 1: Setting, strategies, operations,

- and outcomes, 1953–1992. *Bulletin of the World Health Organization*, 1998, 76(4):361–372.
28. Marin BV. HIV prevention in the Hispanic community: sex, culture, and empowerment. *Journal of Transcultural Nursing*, 2003, 14(3):186–192.
29. Duran BM, Duran EF. Assessment, program planning, and evaluation in Indian country: toward a postcolonial practice. In: Huff RM, Kline MV, eds. *Promoting health in multicultural populations: a handbook for practitioners*. Thousand Oaks, Sage Publications Inc., 1999.
30. Groth-Marnat G, Leslie S, Renneker M. Tobacco control in a traditional Fijian village: indigenous methods of smoking cessation and relapse prevention. *Social Science & Medicine*, 1996, 43(4):473–477.
31. Setting the agenda for research on cultural competence in health care. Washington, United States Department of Health and Human Services, Office of Minority Health, Center for Linguistic and Cultural Competence in Health Care, 2005.
32. Weiss ES, Anderson RM, Lasker RD. Making the most of collaboration: exploring the relationship between partnership synergy and partnership functioning. *Health Education & Behavior*, 2002, 29(6):683–698.
33. Mattessich PW, Murray-Close M, Monsey BR. *Collaboration: what makes it work*. 2nd ed., St. Paul, Amherst H. Wilder Foundation, 2001:1–82.
34. Thompson M. et al. Facilitators of well-functioning consortia: national Healthy Start program lessons. *Health & Social Work*, 2003, 28(3):185–195.
35. Butterfoss FD, Goodman RM, Wandersman A. Community coalitions for prevention and health promotion: factors predicting satisfaction, participation and planning. *Health Education Quarterly*, 1996, 23(1):65–79.
36. Granner ML, Sharpe PA. Evaluating a community coalition characteristics and functioning: a summary of measurement tools. *Health Education Research*, 2004, 19(5):514–532.
37. Kegler MC et al. Factors that contribute to effective community health promotion coalitions: a study of 10 Project ASSIST coalitions in North Carolina. *Health Education & Behavior*, 1998, 25(3):338–353.
38. Fawcett SB et al. Using empowerment theory in collaborative partnerships for community health and development. *American Journal of Community Psychology*, 1995, 23(5):677–697.
39. De Koning CM et al. *Participatory research in health: issues and experiences*. London, Zed Books, 1996.
40. Schulz AJ, Galea S, Krieger J, eds. *Community-based participatory research – addressing social determinants of health: lessons from the urban research centers*. *Health Education & Behavior*, 2002, 29(3).
41. Giachello AL et al. Reducing diabetes health disparities through community-based participatory action research: the Chicago Southeast Diabetes Community Action Coalition. *Public Health Reports*, 2003, 118(4):309–323.
42. Israel BA et al., eds. *Methods in community-based participatory research*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 2005.
43. Minkler M, Wallerstein N, eds. *Community based participatory research for health*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 2003.
44. Goodman RM Et al. Capacities of community-based initiatives that most influence desired outcomes: a cross-case research study. *Health Education & Behavior*, under review.
45. Rifkin SB. A framework linking community empowerment and health equity: it is a matter of CHOICE. *Journal Of Health, Population and Nutrition*, 2003, 21(3):168–180.
46. Ndekha A et al. Community participation as an interactive learning process: experiences from a schistosomiasis control project in Zimbabwe. *Acta Tropica*, 2003, 85:325–338.
47. Asthana S, Oostvogels R. Community participation in HIV prevention: problems and prospects for community-based strategies among female sex workers in Madras. *Social Science & Medicine*, 1996, 43(2):133–148.

48. Campbell C, MacPhail C. Peer education, gender and the development of critical consciousness: participatory HIV prevention by South African youth. *Social Science & Medicine*, 2002, 55(2):331–345.
49. Valaitis R. "They don't trust us; we're just kids:" views about community from predominantly female inner-city youth. *Health Care For Women International*, 2002, 23(3):248–266.
50. Campbell C, Mzaidume Z. Grassroots participation, peer education, and HIV prevention by sex workers in South Africa. *American Journal of Public Health*, 2001, 91(12):1978–1986.
51. Boyce WF. Disadvantaged persons' participation in health promotion projects: some structural dimensions. *Social Science & Medicine*, 2001, 52:1551–1564.
52. Tadele F. Sustaining urban development through participation: an Ethiopian case study. *Gender and Development*, 1996, 4(1):45–52.
53. Woelk GB. Cultural and structural influences in the creation of and participation in community health programmes. *Social Science & Medicine*, 1992, 35(4):419–424.
54. Campbell C, McLean C. Ethnic identities, social capital and health inequalities: factors shaping African-Caribbean participation in local community networks in the UK. *Social Science & Medicine*, 2002, 55:643–657.
55. Zakus JD, Lysack C. Revisiting community participation. *Health Policy & Planning*, 1998, 13(1):1–12.
56. Cooke B et al. *Participation: the new tyranny?* London, Zed Books, Ltd., 2003.
57. Tandon R. Social transformation and participatory research. *Convergence*, 1988, 2(2/3):5– 15.
58. Rifkin SB. Community participation in maternal and child health/family planning programmes: an analysis based on case study materials. Geneva, World Health Organization 1990.
59. Arnstein, SR. A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 1969, 35:216–224.
60. Morgan LM. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy & Planning*, 2001, 16(3):221–230.
61. Cornwall A, Jewkes R, What is participatory research? *Social Science & Medicine*, 1995, 41(12):1667–1676.
62. Francis P. Participatory development at the World Bank: the primacy of process. In: Cooke B, Kothari U, eds. *Participation: the new tyranny*. London, Zed Books, 2001.
63. Wallerstein N. et al. Initiating and maintaining partnerships. In: Israel BA et al., eds. *Methods in community based participatory research*. San Francisco, Jossey/Bass, 2005.
64. Narayan D. *Empowerment and poverty reduction: a sourcebook*. Washington, World Bank, 2002.
65. Sen A. *Development as freedom*. New York, Oxford University Press, 2001.
66. Gutierrez LM, Lewis EA. Education, participation, and capacity building in community organizing with women of color. In: Minkler M, ed. *Community organizing and community building for health*, 2nd edition. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 2005:240– 253.
67. Zimmerman MA. Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis. In: Rappaport J, Seidman E, eds. *Handbook of community psychology*. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000:43–63.
68. Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*, 1997, 227:918–924.
69. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York, WH Freeman, 1997.
70. Yeich S, Levine R, Political efficacy: enhancing the construct and its relationship to mobilization of people. *Journal of Community Psychology*, 1994, 22:259.
71. Israel BA et al. Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational and community control. *Health Education Quarterly*, 1994, 21(2):149–170.
72. Becker AB et al. Predictors of perceived control among African-American women in Detroit: exploring empowerment as a multilevel construct. *Health Education & Behavior*, 2002, 29(6):699–715.

73. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 1992, 6(3):197–205.
74. Chavis D, Wandersman A. A sense of community in the urban environment: a catalyst for participation and community development. *American Journal of Community Psychology*, 1990. 18(1):55–81.
75. Prestby J et al. Benefits, costs, incentive management and participation in voluntary organizations: a means to understanding and promoting empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 1990. 18(1):117–149.
76. Chavis DM et al. The role of block associations in crime control and community development: the Block Booster Project, final report to the Ford Foundation, 1987.
77. Altman DG et al. Psychosocial factors associated with youth involvement in community activities promoting heart health. *Health Education & Behavior*, 1998, 25(4):489–500.
78. Holden DJ et al. Quantifying the impact of participation in local tobacco control groups on the psychological empowerment of involved youth. *Health Education & Behavior*, 2004, 31(5):615–628.
79. McMillan B et al. Empowerment praxis in community coalitions. *American Journal of Community Psychology*, 1995, 23(5):699–727.
80. Saegert SW, Winkel G. Paths to community empowerment: Organizing at home. *American Journal of Community Psychology*, 1996, 24(4):517–550.
81. Butler C, Rissel C, Khavarpour F. Factors associated with participation in resident action groups in metropolitan Sydney: a cross-sectional survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 1999, 23(6):634–638.
82. Janowsky EG. Sense of community and participation in urban primary health care: a preliminary investigation from city markets in Tegucigalpa, Honduras. New Orleans, Tulane University, 2003 (doctoral dissertation).
83. Turan JM et al. Community participation for perinatal health in Istanbul. *Health Promotion International*, 2003, 18(1):25–32.
84. Narayan D. The contribution of people's participation to rural water supply: findings from 122 projects. Washington, World Bank, 1992.
85. Manikutty S. Community participation: so what? Evidence from a comparative study of two rural water supply and sanitation projects in India. *Development Policy Review*, 1997, 15(2):115–140.
86. Isham J, Narayan D, Pritchett L. Does participation improve performances? Establishing causality with subjective data. *The World Bank Economic Review*, 1995, 9(2):175–200.
87. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24(9):1127–1149.
88. Stalker L, Abhyankar GV, Iyer P. Why some village water and sanitation committees are better than others: a study of Karnataka and Uttar Pradesh (India). New Delhi, Water and Sanitation Program – South Asia, 2001:1–12.
89. Kreuter MW, Young LA, Lezin NA. Measuring social capital in small communities. *St. Louis University School of Public Health*, 1998:1–74.
90. Kawachi I et al. Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health*, 1997, 87:1491–1498.
91. Sreter S, Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 2004:33.
92. Buckner JC. The development of an instrument to measure neighbourhood cohesion. *American Journal of Community Psychology*, 1988. 16(6):771–791.
93. Parker EA et al. Disentangling measures of individual perceptions of community social dynamics: results of a community survey. *Health Education & Behavior*, 2001, 28(4):462–486.
94. Chavis D, Pretty GMH. Sense of community: advances in measurement and application. *Journal of*

Community Psychology, 1999, 27(6):635–642.

95. Goodman RM et al. Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Education & Behavior*, 1998, 25(3):258–278.

96. Kretzmann JP, McKnight JL. Building communities from the inside out: a path toward finding and mobilizing a community's assets. Chicago, ACTA Publications, 1993.

97. Malena C. Measuring empowerment at the national level: the case of the CIVICUS Civil Society Index (CSI). in *measuring empowerment: cross-disciplinary perspectives*. Washington, World Bank, 2003:1–5.

98. Grootaert C. Assessing empowerment in the ECA region. Washington, World Bank, 2003.

99. Reinikka RS. Public expenditure tracking surveys, in World Bank, Development Economics Research Group. Washington, World Bank, 2001.

100. Cornwall A, Lucas H, Pasteur K. Introduction: accountability through participation. *IDS Bulletin*, 2000, 31(1):1–13.

101. Deigle G, Sameoun M. The experience of the Catholic relief services community-based primary health care programme. *IDS Bulletin*, 2000, 31:74–77.

102. UNDP, Human Development Report. New York: United Nations Development Program, Oxford University Press, 1993.

103. Mason KO. Measuring empowerment: a social demographer's view. Washington, World Bank, 2003.

104. Eng E, Briscoe J, Cunningham A. Participation effect from water projects on EPI. *Social*, 1990, 30(12):1349–1358.

105. Aryeetey ME et al. Health education and community participation in the control of urinary schistosomiasis in Ghana. *East African Medical Journal*, 1999, 76(6):324–328.

106. Nsoah-Nuamah NNN et al. Urinary schistosomiasis in southern Ghana: a logistic regression approach to data from a community-based integrated control program. *American Journal Of Tropical Medicine And Hygiene*, 2001, 65(5):484–490.

107. Lupton BS, Fonnebo V, Sogaard AJ. The Finnmark Intervention Study: is it possible to change CVD risk factors by community-based intervention in an Arctic village in crisis? *Scandinavian Journal of Public Health*, 2003, 31(3):178–186.

108. Neuhauser D. The coming third health care revolution: personal empowerment. *Quality Management in Health Care*, 2003, 12(3):171–84; discussion 185–186.

109. Rosenfield S. Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill. *Journal Of Health and Social Behavior*, 1992, 33(4):299–315.

110. Howorka K et al. Empowering diabetes outpatients with structured education: short-term and long-term effects of functional insulin treatment on perceived control over diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 2000, 48:37–44.

111. Lorig KR, Ritter PL, Gonzalez VM. Hispanic chronic disease self-management: a randomized community-based outcome trial. *Nursing Research*, 2003, 52(6):361–369.

112. Lorig KR et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 2001, 39(11):1217–1223.

113. Lorig KR et al. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective clinical practice : ECP*, 2001, 4:256–262.

114. Mayer-Davis EJ et al. Pounds off with empowerment (POWER): a clinical trial of weight management strategies for black and white adults with diabetes who live in medically underserved rural communities. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(10):1736–1742.

115. Cooper HC, Booth K, Gill G. Patients' perspectives on diabetes health care education. *Health Education Research*, 2003, 18(2):191–206.

116. Endicott L et al. Operating a sustainable disease management program for chronic obstructive pulmonary disease. *Lippincotts Case Management*, 2003, 8(6):252–262; quiz 263–264.

117. Tsay SL, Hung LO. Empowerment of patients with end-stage renal disease – a randomized controlled

- trial. *International Journal of Nursing Studies*, 2004, 41(1):59–65.
118. Groessl E. Participation and empowerment: factors related to positive outcomes in a health intervention with older people with osteoarthritis. In: *Sciences and Engineering*. San Diego, University of California, 2000.
 119. Stewart R, Bhagwanjee A. Promoting group empowerment and self-reliance through participatory research: a case study of people with physical disability. *Disability and Rehabilitation*, 1999, 21(7):338–345.
 120. Golant M, Altman T, Martin C. Managing cancer side effects to improve quality of life: a cancer psychoeducation program. *Cancer Nursing*, 2003, 26(1):37–44; quiz 45–46.
 121. Mishra SI et al. Improving breast cancer control among Latinas: evaluation of a theory-based educational program. *Health Education & Behavior*, 1998, 25(5):653–670.
 122. Davison BJ, Degner LF. Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. *Cancer Nursing*, 1997, 20(3):187–196.
 123. Frame K. Empowering preadolescents with ADHD: demons or delights. *Advances in Nursing Science*, 2003, 26(2):131–139.
 124. Malm U et al. Integrated care in schizophrenia: a 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, 107(6):415–423.
 125. Lecomte T et al. Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1999, 187(7):406–413.
 126. Deakin T et al. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, 2(Art. No: CD003417, DOI: 10.1002/14651858.CD003417.pub2.).
 127. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. (*Database of Abstracts of Reviews of Effects*, 2005, Issue 2) *Diabetes Care*, 2001, 24(3):561–587.
 128. Sherman MD. The Support and Family Education (SAFE) program: mental health facts for families. *Psychiatric Services*, 2003, 54(1):35–37.
 129. Dixon L et al. Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program. *Psychiatric Services*, 2001, 52(7):965–967.
 130. Melnyk BM et al. Creating opportunities for parent empowerment program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatrics*, 2004, 113(6):e597–607.
 131. McCallion P, Janicki MP, Kolomer SR. Controlled evaluation of support groups for grandparent caregivers of children with developmental disabilities and delays. *American Journal of Mental Retardation*, 2004, 109(5):352–361.
 132. Barlow JH, Coren E. Parent training for improving maternal psychosocial health. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, 4(Art. No: CD002020. DOI: 10.1002/14651858.CD002020.pub.2.).
 133. Roberts KJ. Patient empowerment in the United States: a critical commentary. *Health Expectations*, 1999, 2:82–92.
 134. Collins ME, Bybee D, Mowbray CT. Effectiveness of supported education for individuals with psychiatric disabilities: results from an experimental study. *Community Mental Health Journal*, 1998, 34(6):595–613.
 135. Taub J. The effects of parent empowerment on adjustment for children receiving comprehensive mental health services. *Children's Services: Social Policy, Research and Practice*, 2001, 4(3):103–122.
 136. Gammonley D, Luken K. Peer education and advocacy through recreation and leadership. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, 25(2):170–178.
 137. Hess RE et al. Empowerment effects of teaching leadership skills to adults with a severe mental illness and their families. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, 24(3):257–265.

138. Chinman MJ, Linney JA. Toward a model of adolescent empowerment: theoretical and empirical evidence. *The Journal of Primary Prevention*, 1998, 18(4):393–413.
139. Kim S et al. Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 1998, 28(1):1–17.
140. Holden DJ, ed. Application of youth empowerment theory to tobacco control. *Health Education & Behavior*, 2004, 31 (5).
141. Winston RB, Massaro AV. Extracurricular involvement inventory: an instrument for assessing intensity of student involvement. *Journal Of College Student Personnel*, 1987, 28:169–175.
142. Holden DJ et al. Conceptualizing youth empowerment within tobacco control. *Health Education & Behavior*, 2004, 31(5):548–564.
143. Lerner RM, Thompson LS. Promoting healthy adolescent behaviour and development: issues in the design and evaluation of effective youth programs. *Journal of Pediatric Nursing*, 2002, 17(5):338–344.
144. Roth J, Brooks-Gunn J. Promoting healthy adolescents: synthesis of youth development program evaluations. *Journal of Research on Adolescence*, 1998, 8(4):423–459.
145. Wallerstein N, Sanchez-Merki V. Freirian praxis in health education: qualitative research on adolescent alcohol prevention. *Health Education and Research*, 1994, 9(1):105–118.
146. Velarde LD, Starling RG, Wallerstein NB. Identity in early adolescence via social change activities: Experience of the Adolescent Social Action Program. In: Brinthaupt TM, Lipka RP, eds. *Understanding early adolescent self and identity: applications and interventions*. Albany, State University of New York Press, 2002.
147. Wallerstein N, Sanchez-Merki V, Dow L. Freirian praxis in health education and community organizing: a case study of an adolescent prevention program. In: Minkler M, ed. *Community organizing and community building for health*. New Brunswick, Rutgers University Press, 2004.
148. Wilson N et al. Training students as partners in community-based participatory research: The Youth Empowerment Strategies (YES!) Project. *Journal of Community Practice*, 2006, 14 (1-2).
149. Blackwell AG, Minkler M, Thompson M. Using community organizing and community building to impact policy. In: Minkler M, ed. *Community organizing and community building for health*, 2nd edition. New Brunswick, Rutgers University Press, 2004.
150. Wallerstein N. Empowerment to reduce health disparities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2002, Suppl 59:72–77.
151. Moody KA, Childs JC, Sepples SB. Intervening with at-risk youth: evaluation of the youth empowerment and support program. *Pediatric Nursing*, 2003, 29(4):263–270.
152. Cheatham A, Shen E. Community-based participatory research with Cambodian girls in Long Beach, California: a case study. In: Minkler M, Wallerstein N, eds. *Community-based participatory research for health*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 2003.
153. Ramella M, Bravo De La Cruz R. Taking Part in Adolescent Sexual Health Promotion in Peru: Community participation from a social psychological perspective. *Journal of community & applied social psychology*, 2000, 10:271–284.
154. Ribisl KM et al. The North Carolina youth empowerment study (NC YES): a participatory research study examining the impact of youth empowerment for tobacco use prevention. *Health Education & Behavior*, 2004, 31(5):577–596.
155. Altman DG, Feighery EC. Future directions for youth empowerment: commentary on application of youth empowerment theory to tobacco control. *Health Education & Behavior*, 2004, 31(5):641–647.
156. Sanstad KH, Stall R, Doll LS, eds. *Collaborative community research: partnerships between research and practice*. *Health Education & Behavior*, 1999, 26(2).
157. Hays RB, Rebchook GM, Kegeles SM. The Mpowerment Project: community-building with young gay and bisexual men to prevent HIV1. *American Journal of Community Psychology*, 2003, 31(3–4):301–312.
158. Gomez CA, Hernez M, Faigles B. Sex in the new world: an empowerment model for HIV prevention

- in Latina immigrant women. *Health Education & Behavior*, 1999, 26(2):200–212.
159. Zimmerman MA et al. An HIV/AIDS prevention project for Mexican homosexual men: an empowerment approach. *Health Education & Behavior*, 1997, 24(2):177–190.
160. Gollub EL. The female condom: tool for women's empowerment. *American Journal of Public Health*, 2000, 90(9):1377–1381.
161. Barrett ME, de Palo MP. Community-based intervention to reduce demand for drugs in Northern Thai tribal villages. *Substance Use & Misuse*, 1999, 34(13):1837–1879.
162. Jana S et al. The Sonagachi Project: a sustainable community intervention program. *AIDS Education and Prevention*, 2004, 16(5):405–414.
163. Nagelkerke NJD et al. Modelling HIV/AIDS epidemics in Botswana and India: impact of interventions to prevent transmission. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:89–96.
164. Basu I et al. HIV prevention among sex workers in India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2004, 36(3):845–852.
165. Fleury J, Keller C, Murdaugh C. Social and contextual etiology of coronary heart disease in women. *Journal of Womens Health Gender Based Medicine*, 2000, 9(9):967–978.
166. Leuning CJ, Ngavirue B. Safe child care and women's empowerment in the developing world. *Health care for women international*, 1995, 16(6):537–550.
167. Sandiford P et al. The impact of women's literacy on child health and its interaction with access to health services. *Population Studies*, 1995, 49(1):5–17.
168. Al-Riyami A, Afifi M. Determinants of women's fertility in Oman. *Saudi Medical Journal*, 2003, 24(7):748–753.
169. Berman P et al. Does maternal employment augment spending for children's health care? A test from Haryana, India. *Health transition review : the cultural, social, and behavioural determinants of health*, 1997, 7(2):187–204.
170. Regmi S, Fawcett B. Integrating gender needs into drinking-water projects in Nepal. *Gender and development*, 1999, 7(3):62–72.
171. Amin R, Becker S, Bayes A. NGO-promoted microcredit programs and women's empowerment in rural Bangladesh: quantitative and qualitative evidence. *Journal of Developing Areas*, 1998, 32(2):221–236.
172. Nanda P. Women's participation in rural credit programmes in Bangladesh and their demand for formal health care: is there a positive impact? *Health Economics*, 1999, 8(5):415–428.
173. Schuler SR, Hashemi SM. Credit programs, women's empowerment, and contraceptive use in rural Bangladesh. *Studies in family planning*, 1994, 25(2):65–76.
174. Amin R, Li Y. NGO-promoted women's credit program, immunization coverage, and child mortality in rural Bangladesh. *Women & Health*, 1997, 25(1):71–87.
175. Rahman M, Davanzo J, Sutradhar SC. Impact of the Grameen Bank on childhood mortality in Bangladesh. *Glimpse*, 1996, 18(1):8.
176. Kar SB, Pascual CA, Chickering KL. Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 1999, 49:1431–1460.
177. Chatterjee M. Women's struggle against poverty: the SEWA story. *Health for the millions*, 1998, 24(6):12–15.
178. Nanavaty R et al. Transforming water into money: an assessment of gender-specific impacts from improved water supply in Banaskantha District, Gujarat, India. Ahmedabad, Self Employed Women's Association (SEWA), 2001:1–83.
179. Ahluwalia IB et al. An evaluation of a community-based approach to safe motherhood in north-western Tanzania. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 2003, 82(2):231–240.
180. Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning. JOICFP's 4-year plan

embodies spirit of Cairo. *JOICFP News*, 1996(266):4.

181. Pachon H et al. Effect of an integrated child nutrition intervention on the complementary food intake of young children in rural north Viet Nam. *Food and nutrition bulletin*, 2002, 23(4):62–69.

182. Schroeder DG et al. An integrated child nutrition intervention improved growth of younger, more malnourished children in northern Viet Nam. *Food and nutrition bulletin*, 2002, 23(4):53–61.

183. Hendrickson JL et al. Empowerment in rural Viet Nam: exploring changes in mothers and health volunteers in the context of an integrated nutrition project. *Food and nutrition bulletin*, 2002, 23(4):86–94.

184. Gala C Empowering women in villages: all-women village councils in Maharashtra, India. *Bulletin of concerned Asian scholars*, 1997, 29(2):31–45.

185. Shefner-Rogers CL et al. The empowerment of women dairy farmers in India. *Journal of applied communication research : JACR*, 1998, 26:319–337.

186. Nemcek MA, Sabatier R. State of evaluation: Community health workers. *Public Health Nursing*, 2003, 20(4):260–270.

187. Swider SM. Outcome effectiveness of community health workers: An integrated literature review. *Public Health Nursing*, 2002, 19(1):11–20.

188. Burhansstipanov L et al. Native American recruitment into breast cancer screening: The NAWWA project. *Journal of Cancer Education*, 2000, 15(1):28–32.

189. Corkery E et al. Effect of a bicultural community health worker on completion of diabetes education in a Hispanic population. *Diabetes Care*, 1997, 20(3):254–257.

190. San Sebastian M et al. Improving immunization coverage in rural areas of Ecuador: a cost-effectiveness analysis. *Tropical doctor*, 2001, 31(1):21–24.

191. Delacollette C, Van der Stuyft P, Molima K. Using community health workers for malaria control: Experience in Zaire. *Bulletin of the World Health Organization*, 1996, 74(4):423–430.

192. Lewin SA et al. Lay health workers in primary and community health care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, 4(Art. No.: CD004015. DOI: 10.1002/14651858.CD004015.pub2.).

193. Booker V et al. Changes in empowerment: Effects of participation in a lay health promotion program. *Health Education and Behavior*, 1997, 24(4):452–464.

194. Minkler M, Wallerstein N. Improving health through community organizing and community building. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer B, eds. *Health behavior and health education: theory, research and practice*, 3rd edition, 2002:241–269.

195. Minkler M ed. *Community organizing and community building for health*, 2nd edition. New Brunswick, Rutgers University Press, 2005.

196. Farquhar SA, Wing S. Methodological and ethical considerations in community-driven environmental justice research: two case studies from rural North Carolina. In: Minkler M, Wallerstein N, eds. *Community-based participatory research for health*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 2003.

197. Tau Lee P, Baker R. Las Vegas hotel workers find a voice: the power of a popular education approach to health and safety. In: Delp L et al., eds. *Teaching for change: popular education and the labor movement*. Los Angeles, University of California Center for Labor Research and Education, 2002.

198. Itzhaky H, York A. Showing results in community organization. *Social Work*, 2002, 47(2):125–131.

199. Rich R et al. Citizen participation and empowerment: the case of local environmental hazards. *American Journal of Community Psychology*, 1995, 23(5):657–676.

200. Butterfoss FD et al. CINCH: an urban coalition for empowerment and action. Consortium for the Immunization of Norfolk's Children. *Health Education & Behavior*, 1998, 25(2):212–225.

201. Findley S et al. Community empowerment to reduce immunization disparities in New York City. *Ethnicity & Disease*, 2004, 14(3 Supplement 1):S134–141. 34

202. Plough A, Olafson F. Implementing the Boston Healthy Start Initiative: a case study of community empowerment and public health. *Health Education Quarterly*, 1994, 21(2):221–234.

203. Jenkins C et al. Reducing disparities for African Americans with diabetes: progress made by the REACH 2010 Charleston and Georgetown Diabetes Coalition. *Public Health Reports*, 2004, 119(3):322–330.
204. Massaro E, Claiborne N. Effective strategies for reaching high-risk minorities with diabetes. *Diabetes Education*, 2001, 27(6):820–828.
205. El-Askari G et al. The healthy neighborhoods project: a local health department's role in catalyzing community development. *Health Education & Behavior*, 1998, 25(2):146–159.
206. Boussinesq M, Hougard J. The campaign against onchocerciasis in Africa: update. *Med Trop (Mars), Medecine Tropicale: Revue du Corps de Sante Colonial*, 1998, 58(285–296).
207. Binka F, Nazzar A, Phillips J. The Navrongo community health and family planning project. *Studies in Family Planning*, 1995, 26:121–139.
208. Bhuiya A et al. Bangladesh: an intervention study of factors underlying increasing equity in child survival. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press, 2001:348.
209. Macinko JA, Starfield B. Annotated bibliography on equity in health. *International Journal For Equity in Health*, 2002, 1(1):1–20.
210. Brown PJ, Barrett RL, Padilla MB. *Medical Anthropology: an introduction to the fields. In: Understanding and applying medical anthropology*. Brown PJ, ed. Mountain View, CA, Mayfield Publishing Company, 1998.
211. Guarnaccia P, Rodriguez O. Concepts of culture and their role in the development of culturally competent mental health services. *Hispanic journal of behavioral sciences*, 1996, 18(4):419–443.
212. Hall N, Best JA. Health promotion practice and public health: challenge for the 1990s. *Heart Health Think Tank Group. Canadian Journal of Public Health*, 1997, 88(6):409–415.
213. Frankenberg R, Mani L. Crosscurrents, crosstalk: race, "postcoloniality" and the politics of location. *Cultural Studies*, 1993, 7(2):292–310.
214. Grossberg L. The formation of cultural studies: an American in Birmingham. *Strategies*, 1989. 2:114–149.
215. Canadian Public Health Association, Health and Welfare Canada, World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Adopted at an international conference on health promotion, The Move Towards A New Public Health, Ottawa, 17–21 November, 1986 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, accessed 15 November 2005).
216. World Health Organization. *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Fourth International Conference on Health Promotion. Jakarta, 1997 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf, accessed 15 November 2005).
217. Restrepo HE. *Increasing community capacity and empowering communities for promoting health. Technical report 4. Fifth Global Conference On Health Promotion*. Mexico City, Ministry of Health of Mexico, 2000.
218. United Nations Millennium Declaration. New York, United Nations General Assembly, 2000 (<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>, accessed 15 November 2005).
219. Sachs JD. Health in the developing world: achieving the Millennium Development Goals. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82(12):947–949.
220. Wallerstein N, Bernstein E. Introduction to community empowerment, participatory education and health. *Health Education Quarterly*, 1994, 21(2):141–148.
221. Rappaport J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 1987, 15(2):121–148.
222. What is empowerment? The World Bank, 2005, (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTEMPOWERMENT/0>, content accessed 30 November 2005).

223. Freire P. *Pedagogy of the oppressed*. New York, The Seabury Press, 1970.
224. Laverack G. *Health promotion practice: power and empowerment*. London, Sage Publications, 2004.
225. Labonte R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Education Quarterly*, 1994, 21(2):253–268.
226. Putman R. Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 1995, 6(1):65–78.
227. Blankenship KM, Bray SJ, Merson MH. Structural interventions in public health. *Aids*, 2000, 14 Suppl 1:S11–21.
228. Speer PW, Hughey J. Community organizing: an ecological route to empowerment and power. *American Journal of Community Psychology*, 1995, 23(5):729–748.
229. Lukes S. *Power: a radical view*. London, Macmillan 1974.
230. Gaventa J. *Power and powerlessness: quiescence and rebellion in an Appalachian valley*. Chicago, University of Illinois Press, 1980.
231. Foucault M. *Power and knowledge: selected interviews and other writings, 1972–1977*. Gordon C, ed. New York, Pantheon Books, 1980.
232. Horton M, Freire P. *We make the road by walking: conversations on education and social change*. Philadelphia, Temple University Press, 1990.
233. Shor I, Freire P. *A pedagogy for liberation: dialogues on transforming education*. South Hadley, MA, Bergin and Garvey, 1987.
234. Wallerstein N, Auerbach E. *Problem posing at work: popular educators' guide*. Edmonton, Grassroots Press, 2004.
235. Nash A. *Civic participation and community action sourcebook, a resource for adult educators*. Boston, New England Literacy Resource Center, 1999.
236. Auerbach E, Wallerstein N. *Problem-posing at work: English for action*. Edmonton, Grassroots Press, 2004.
237. Burke B et al. *Education for changing unions*. Toronto, Between the Lines Press, 2002.
238. Delp L et al., eds. *Teaching for change: popular education and the labor movement*. Los Angeles, University of California Center for Labor Research and Education, 2002.
239. Hope A, Timmel S. *Training for transformation, volumes I–III. (revised edition)* Kleinmond, South Africa, Training for Transformation Institute, 2002.
240. Arnold R et al. *Educating for a change*. Toronto, Between the Lines Press, 1991.
241. Nadeau D. *Counting our victories: popular education and organizing, a training guide on popular education and organizing*. New Westminster, British Columbia, Repeal the Deal Productions, 1996.
242. Lasker RD, Weiss ES, Miller R. Partnership synergy: a practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *Milbank Quarterly*, 2001, 27:179–205.
243. Uphoff N. Some analytical issues in measuring empowerment for the poor, with concern for community and local governance. Washington, World Bank, 2003.
244. Goodman RM. Evaluation of community-based health programs: an alternative perspective. In: Schneiderman N et al., eds. *Integrative behavioral and social sciences with public health*. Washington, American Psychological Association Press, 2000.
245. McQueen DV. Strengthening the evidence base for health promotion. *Health Promotion International*, 2001, 16(3):261–268.
246. Schorr LB. *Common purpose: strengthening families and neighborhoods to rebuild America*. New York, Anchor Books, 1997.
247. Kreuter M, Lezin NA, Young LA. Evaluating community-based collaborative mechanisms: implications for practitioners. *Health Promotion Practice*, 2000, 1(1):49–63.
248. Rychetnik L et al. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:119–127.
249. Kellogg Foundation *Evaluation Handbook*. Battle Creek, Michigan, WK Kellogg Foundation, 1998.

250. Blumenthal DS, DiClemente RJ. Community-based health research: issues and methods. New York, Springer Publishing, 2004.
251. Cook C. Faith-based health needs assessment: implications for empowerment of the faith community. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 1997, 8(3):300–302.
252. Connell JP et al., eds. New approaches to evaluating community initiatives: concepts, methods, and contexts. New York, Aspen Institute, 1995.
253. Participatory evaluation of healthy municipalities: a practical resource kit for action (Field– testing version). Washington, Pan American Health Organization, 2005.
254. Report on recommendations for health promotion effectiveness. Geneva, World Health Organization, 1999.
255. Rootman I et al. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Geneva, World Health Organization Regional Publications, 2001 (European Series).
256. Alsop R. Heinsohn N. Measuring empowerment in practice: structuring analysis and framing indicators. In: Policy Research Working Paper Series, 3510. Washington, World Bank, 2005.
257. Narayan D, ed. Measuring empowerment: cross-disciplinary perspectives. Washington, World Bank, 2005 (http://publications.worldbank.org/e-commerce/catalog/product?item_id=3839257, accessed 15 November 2005).