

Chapitre 3

La mesure de l'empowerment en santé sexuelle : réflexion critique sur les indicateurs

Andrainolo Ravalihasy¹, Karna Coulibaly¹ et Marwân-al-Qays Bousmah¹

Introduction

Bien des travaux ont fait état de l'influence des facteurs sociaux et structurels sur la santé des populations [1, 2]. Au-delà des facteurs agissant au niveau individuel, les inégalités sociales et structurelles entravent l'accès aux ressources de santé des plus vulnérables. Accompagner les personnes pour qu'elles se saisissent des dispositifs et ressources existants, ou tout simplement faciliter leur pouvoir d'agir, est une réponse logique à cette problématique. Bien que cette réponse semble évidente, la mettre en œuvre à travers des programmes de santé publique implique des défis complexes. De nombreux chercheurs issus de différents champs, de la psychologie communautaire, à l'instar de Rappaport [3], à la santé publique, comme Wallerstein [4], se sont penchés sur la question du pouvoir d'agir ou empowerment sans réussir à définir précisément le concept ni le mesurer. Les seuls traits invariables au concept résident dans le fait qu'il est à la fois un processus et un résultat, et dans le fait qu'il s'opère à la fois au niveau individuel et de manière collective à travers les communautés, les organisations et les systèmes politiques. Sa nature complexe implique ainsi des défis dans sa mise en œuvre, mais qui ne doivent pas décourager son usage. Sa mobilisation pour répondre à des problèmes de santé a démontré son potentiel salutaire pour répondre aux besoins de santé des populations et a permis d'améliorer les connaissances sur le sujet [5]. Ainsi, on recense plusieurs exemples illustrant l'impact des stratégies basées sur l'empowerment et légitimant sa mobilisation [5]. Parallèlement, on constate la diversification des modèles théoriques, accompagnée de la diversité des approches mobilisées pour dresser les contours des activités à mettre en œuvre en fonction du contexte des programmes. Dans le cas de l'évaluation, cela s'illustre notamment par une hétérogénéité des indicateurs utilisés pour mesurer l'empowerment. Ces indicateurs bénéficieraient pourtant d'un minimum de standardisation étant donné leur importance pour développer les programmes de santé, assurer la collecte de données nécessaire pour en illustrer les effets et les comparer à d'autres interventions [5]. En attendant qu'une telle standardisation advienne, la mesure de l'empowerment renvoie à l'utilisation de méthodes mixtes, d'approches participatives et réflexives pour mettre en perspective les résultats de recherche disponibles [6].

Le contexte d'évaluation du projet Makasi est également sensible à ces enjeux. Tel que précisé dans le premier chapitre, l'évaluation de l'impact de l'intervention sur l'empowerment en santé sexuelle des bénéficiaires a été prévue à tra-

¹ Ceped, Université Paris Cité, IRD, Inserm, Paris, France.

vers le dispositif de collecte de données quantitatives. L'empowerment en santé sexuelle étant au cœur de l'intervention, des indicateurs permettant de s'en saisir ont été pensés en amont pour être cohérents avec le contexte de mise en œuvre du programme. Pour ce faire, il a été nécessaire de voir généralement comment de tels indicateurs sont utilisés dans d'autres études avant de les adapter au contexte de l'intervention Makasi. Dans ce chapitre, nous nous intéressons à la mesure de l'empowerment en santé sexuelle (ESS) en général et dans Makasi. Il se compose de quatre parties : premièrement, nous faisons un état des lieux des indicateurs utilisés pour mesurer l'empowerment, avant d'indiquer comment ils ont été définis dans Makasi, et d'aborder la difficulté particulière de mesurer un phénomène qui est à la fois un processus et un résultat et de revenir sur la manière dont ces outils ont été adoptés sur le terrain.

Mesurer l'empowerment en santé sexuelle : des indicateurs divers, mais des domaines bien identifiés

Une revue de la portée² de la littérature [7] a été effectuée pour décrire comment l'empowerment en santé sexuelle est défini et mesuré dans les études scientifiques. On constate que les études qui se penchent spécifiquement sur la santé sexuelle font face à certains défis déjà observés dans la mobilisation du concept d'empowerment de manière globale. Ainsi, les auteurs ne trouvent pas de consensus quant à sa définition, celle-ci étant souvent tributaire du contexte, du type de population étudiée (comme les couples, les femmes, les adolescents et jeunes adultes) ou les problématiques abordées (comme la contraception, le dépistage du VIH) dans ces études. Alors que l'empowerment global s'opère aux niveaux individuel, collectif et structurel, lorsque l'effort est fait de définir spécifiquement l'empowerment en santé sexuelle, les dimensions collective et structurelle semblent s'effacer au profit d'une opérationnalisation au niveau individuel : l'empowerment en santé sexuelle peut être en pratique défini comme la liberté de décider de sa vie sexuelle, c'est-à-dire la liberté de décider quand, avec qui et comment avoir des relations sexuelles et que celles-ci soient sans risque [7, 8]. Une conséquence de l'aspect contextuel de l'empowerment est l'hétérogénéité des indicateurs utilisés pour le mesurer. De la revue de la littérature réalisée émergent cinq types d'indicateurs qui correspondent à cinq aspects de l'ESS [7] : i) la participation sociale, ii) la prise de décision dans le couple, iii) le pouvoir d'action, iv) les connaissances en santé sexuelle, et v) les normes de genre (figure 1). Parmi ces indicateurs, certains sont spécifiques à la santé sexuelle et d'autres non. Les aspects non spécifiques à la santé sexuelle, que sont la participation sociale, la prise de décision dans le couple et le pouvoir d'action, permettent de rappeler que ce concept met en lien des problématiques spécifiques (ici la santé sexuelle) avec des problématiques structurelles globales : l'accès et l'engagement des individus aux décisions collectives les impliquant (par exemple une participation citoyenne par le vote), mais également à des décisions de la sphère intime (telles que celles au sein du couple), la capacité

² La revue de la portée ou *scoping review* en anglais fait référence à une méthode de revue systématique de la littérature. Elle permet de recenser et/ou décrire globalement et de manière exhaustive les concepts d'intérêts et les études qui abordent ces concepts (Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 1^{er} fév 2005 ; 8 (1) : 19-32).

à exercer ses droits et à mobiliser des ressources pour atteindre ses objectifs. Ces différents aspects de l'empowerment interagissent et s'imbriquent avec des aspects plus spécifiques de la santé sexuelle : pouvoir d'action, connaissances en santé sexuelle et normes de genre. Ces derniers indicateurs prennent en compte l'accès à l'information et la possibilité d'expression et d'exercice des choix des individus pour se protéger, notamment à travers l'accès aux outils et services de santé sexuelle, lors des interactions relationnelles et sexuelles. Ces aspects spécifiques à la santé sexuelle se manifestent différemment entre les hommes et les femmes du fait des représentations des rôles, responsabilités et fonctions attribués à chaque sexe dans la société et dans les couples, et concernant la santé reproductive et les pratiques sexuelles. On observe ainsi une forte asymétrie de genre dans la manière d'aborder le concept dans les programmes de santé. Le fait qu'on observe peu d'études d'ESS chez les hommes en est le premier signe. Lorsque les hommes sont impliqués, l'empowerment est souvent mesuré *via* leur participation sociale alors que chez les femmes l'empowerment est mesuré par la prise de décision au sein du couple, notamment concernant la santé reproductive.

On observe néanmoins l'utilisation récurrente d'indicateurs pertinents quel que soit le sexe ou le type de population : les prises de décision en général et celles spécifiques à l'utilisation d'outils de prévention du VIH et de contraception, la perception des risques liés aux infections sexuellement transmissibles, et la capacité de s'exprimer et agir lors des interactions relationnelles et sexuelles. Cette revue portée pointe ainsi l'hétérogénéité des indicateurs, selon les populations et les contextes, ce qui reflète l'adaptation de la notion d'ESS par les différentes études. Elle invite dès lors à se poser la question de l'adaptation de l'ESS dans une autre population, de sa définition et de sa mesure.

Mesurer l'empowerment en santé sexuelle chez les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne en France : comment concilier théories et pratiques ?

Comment peut-on mesurer l'empowerment en santé sexuelle chez des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne vivant des situations de précarité en France ? Les premiers concernés détiennent sans doute une partie de la réponse. Si les assises théoriques propres à l'intervention ont été propices pour en dessiner les contours, son adaptation au contexte spécifique des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne face à la difficulté d'installation a bénéficié de l'approche participative dans son élaboration et sa mise en œuvre, y compris concernant les indicateurs [9]. Le cadre théorique choisi pour mesurer l'empowerment a été celui proposé par William Ninacs [10] (figure 2) pour qui quatre dimensions sont nécessaires pour promouvoir la participation et la capacité d'agir des personnes au niveau individuel³ : la participation, l'estime de soi, la conscience critique et les compétences techniques. En nous appuyant sur

³ Selon William Ninacs, le processus d'empowerment s'opère selon quatre dimensions imbriquées : 1) la participation qui correspond à l'exercice du droit à participer aux décisions, 2) les compétences techniques qui correspondent aux connaissances et habiletés mobilisées pour agir, 3) l'estime de soi qui renvoie à la perception de l'individu quant à sa capacité d'agir pour atteindre ses objectifs et 4) la conscience critique qui consiste au développement d'une conscience collective qui permet de distinguer les responsabilités individuelles et collectives.

Figure 1

Dimensions et indicateurs utilisés pour mesurer l'empowerment en santé sexuelle

Dimensions	Indicateurs	
La participation sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Leadership dans les activités de groupe • Participation aux activités politiques (vote aux élections...) 	Indicateurs non spécifiques à la santé sexuelle
La prise de décision dans le couple	<ul style="list-style-type: none"> • Participation à la prise de décision dans le mariage 	
Le pouvoir d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Le pouvoir personnel: estime de soi, efficacité perçue dans la limitation des comportements sexuels à risques • Le pouvoir sur les ressources: réalisations de tests de dépistages VIH • Le pouvoir interpersonnel: négociation des rapports sexuel, la violence perçue ou subie du partenaire sexuel 	Indicateurs spécifiques à la santé sexuelle
Les connaissances en santé sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Perception du risque d'infection au VIH • Connaissances des méthodes contraceptives • Connaissances de la santé des femmes 	
Les normes de genres	<ul style="list-style-type: none"> • Croyances liées aux pratiques sexuelles selon le sexe • Le statut matrimonial 	

Source : Coulibaly *et al.*, 2022 [7].

des études précédentes, nous avons tout d'abord traduit ces concepts théoriques en indicateurs pratiques dans le champ de la santé sexuelle, en matière de communication sexuelle [11], de contrôle perçu [12], de ressources sociales et de soins [13], ou d'utilisation des informations permettant d'accéder à ces derniers [14, 15].

Néanmoins, la réadaptation de ces questions au contexte de l'intervention n'a été rendue possible que grâce au concours des personnes concernées par l'intervention, c'est-à-dire un groupe de pairs provenant de la population bénéficiaire recruté pour aider à sa mise en œuvre, mais aussi celles qui travaillent au quotidien auprès de ces personnes à travers des actions sociales (intervenants de l'association Afrique Avenir et de l'association Arcat). La participation de ces personnes a été particulièrement constructive pour repenser l'intervention de manière à prendre en compte les besoins matériels, financiers et administratifs des individus précaires [9]. En conséquence, des questions concernant l'accès aux droits et aux ressources sociales, telles que l'accès à une protection sociale, ont été intégrées parmi les indicateurs utilisés pour explorer la conscience critique. Les indicateurs sont donc choisis pour transcrire les processus que veut faciliter l'intervention. Ainsi, de la même façon que l'intervention aborde des problématiques larges avant de se focaliser sur la santé sexuelle, les questions utilisées pour mesurer l'empowerment en santé sexuelle concernent d'abord des problématiques globales en lien avec l'accès aux soins et aux ressources sociales, ou l'isolement, puis des problématiques spécifiques à la santé sexuelle comme le dépistage VIH et l'utilisation de contraception.

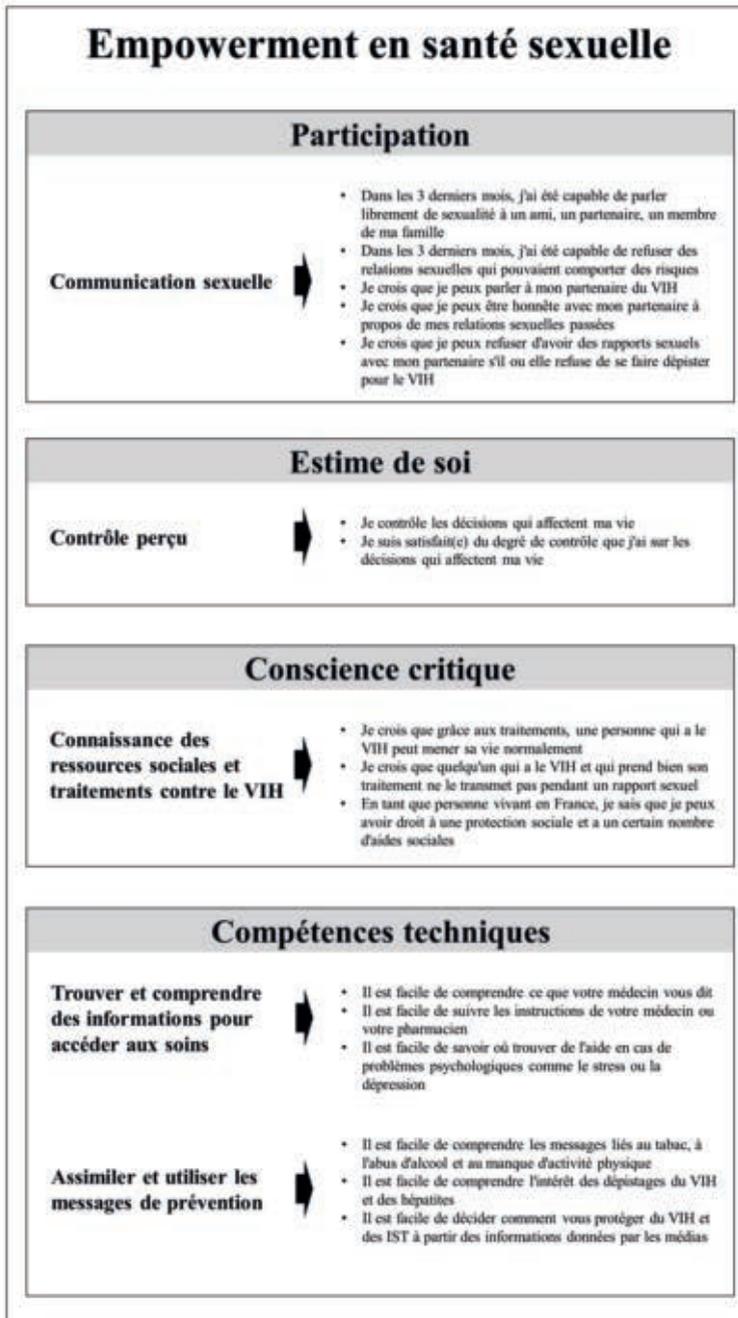
Finalement, l'usage combiné de ces indicateurs nous a permis de construire un score en 16 items (figure 2). Pour chaque item, une valeur allant de un à quatre représente à quel point la personne enquêtée est d'accord avec l'affirmation présentée. Il en résulte un score additif d'ESS dont la somme des valeurs obtenues sur l'ensemble des items varie de 16 (si la personne est complètement en désaccord avec chaque affirmation) à 64 (si la personne est tout à fait d'accord avec chaque affirmation). Les indicateurs choisis présentent les qualités statistiques requises pour être utilisées ensemble dans le cadre d'une échelle de

mesure [16]. C'est-à-dire que chaque indicateur apporte des informations qui sont à la fois spécifiques vis-à-vis de l'ESS, mais assez homogènes les unes par rapport aux autres pour être utilisées ensemble. De plus, l'ensemble des indicateurs de mesure de l'ESS sont associés aux situations sociales sur lesquelles l'intervention entend agir, comme l'accès aux soins et aux ressources sociales, ou l'isolement, mais également des questions spécifiques à la santé sexuelle (tableau 1).

Une évaluation entre processus et résultats

Le fait de disposer d'une échelle de mesure peut engendrer la tentation de considérer l'empowerment comme une somme linéaire de ses différents aspects sans considérer la nature plus complexe des processus sous-jacents. Les procédures statistiques mises en place pour valider ce type d'échelle posent en effet l'hypothèse d'une graduation linéaire du niveau d'empowerment, la plus basse valeur étant le niveau le plus bas et la plus haute valeur étant le niveau le plus haut mesurables [17, 18]. Aux deux extrêmes, il est possible d'affirmer que les personnes sont démunies de pouvoir d'agir ou au contraire, les mieux loties. Entre ces valeurs réside cependant une incertitude quant à l'état d'empowerment d'un individu, le résultat étant tributaire des processus en jeu au moment de l'évaluation, qui prennent du temps et ne sont pas toujours linéaires. En fonction des aspects de l'empowerment qu'on souhaite appréhender, certains processus peuvent en effet être plus longs que d'autres [5, 19], par exemple l'acquisition d'informations nécessaires pour effectuer une démarche et la mise en œuvre des stratégies pour mettre à profit ces informations peuvent s'inscrire dans des temporalités différentes. Considérer les différents processus et leur temporalité est donc impératif lorsqu'on souhaite mesurer l'empowerment (cf. chapitre 10). Par ailleurs, une diminution du niveau de score qui s'interpréterait dans une échelle statistique comme une diminution du niveau d'empowerment pourrait au contraire être une étape logique d'acquisition du pouvoir, l'empowerment pouvant suivre des processus non linéaires. Par exemple, il serait tout à fait raisonnable de penser que le processus de conscientisation des problématiques structurelles auxquelles font face les individus pourrait se manifester par une baisse de l'estime de soi ou du contrôle perçu à un moment donné (par exemple, prendre conscience que le fait de ne pas avoir de titre de séjour n'est pas lié à un déficit personnel, mais aux barrières structurelles très fortes à l'accès au titre de séjour aujourd'hui en France). Serait-ce une baisse du pouvoir d'agir pour autant, ou plutôt une acquisition des éléments nécessaires pour exercer ses droits et s'engager dans les décisions qui peuvent améliorer sa situation personnelle ? La réponse à cette question est propre à l'individu considéré ; la question, quant à elle, illustre indéniablement la non-linéarité des processus en jeu. Mesurer l'empowerment en tant que résultat nécessite donc une anticipation fine des processus, et surtout de l'entrelacement de ces processus qui se renforcent ou se contrarient [20]. Les qualités statistiques de l'échelle retenue dans Makasi témoignent du fait qu'il est possible de disposer d'indicateurs quantitatifs pour refléter l'empowerment dans le contexte spécifique d'une intervention. Mesurer l'empowerment en termes de niveaux à partir de ce type d'échelle ramène à trois questions incontournables : à quel moment on mesure ? que mesure-t-on ? et comment les différents aspects s'imbriquent et s'influencent mutuellement ? La question du processus est donc intimement liée au résultat.

Figure 2
Résumé des questions et dimensions utilisées pour mesurer l'ESS
dans le projet Makasi



Source : Ravalihasy *et al.*, 2021 [16].

Tableau 1

Probabilité d'être dans une situation sociale donnée en fonction du score calculé à l'aide de l'échelle de mesure de l'empowerment en santé sexuelle dans Makasi

	OR
Avoir effectué une démarche santé/sociale	1,07**
Avoir été aidé pendant les démarches	1,01
Prise de parole devant un professionnel sur les problèmes de santé	1,07**
Prise de parole devant un professionnel sur les problèmes sociaux	1,05**
Renoncement aux soins	0,95**
Faire partie d'un groupe	1,04*
Utilisation de contraceptifs	1,06**
Être informé et avoir accès à une interruption de la grossesse	1,04
Avoir effectué un test de dépistage VIH au cours de la vie	1,07**

Légende : *Champ* : 433 hommes et femmes de l'échantillon du projet Makasi dont les informations étaient disponibles au moment de la validation de l'échelle ; *OR* : odds ratios (rapport de risque) ; *Lecture* : un OR supérieur (respectivement inférieur) à 1 indique que la probabilité d'être dans une situation sociale donnée augmente (respectivement diminue). On peut donc dire que la probabilité d'effectuer une démarche sociale augmente (est multipliée par 1,07) et que la probabilité de renoncer aux soins diminue (est multipliée par 0,95) lorsqu'une personne gagne un point sur l'échelle de mesure de l'ESS ; *Significativité (probabilité que la valeur observée de l'OR soit due au hasard)* à * : 5 %, ** : 1 %.

Source : Ravalihasy *et al.*, 2021 [16].

L'adoption des outils de mesure sur le terrain

Il est essentiel de se rappeler que les informations contenues dans ces indicateurs résultent avant tout d'une interaction entre les personnes concernées et celles qui recueillent ces informations durant l'intervention. Le contenu des questions posées ne peut apporter qu'une approximation du vécu des personnes d'autant plus que l'ordre des questions posées, les choix de réponses à donner, ou la formulation des questions influencent forcément les réponses données [21-23]. Ces biais liés à la compréhension des questions, fréquents chez les enquêtés, sont également observables chez les intervenants de terrain. La perception de la pertinence des outils par rapport au contexte du terrain peut être déterminante dans la mise en œuvre d'une stratégie de santé publique [24]. Dans le cas de l'intervention Makasi, deux questions de l'échelle relatives à l'estime de soi (figure 2) ont été perçues par les médiatrices comme peu pertinentes dans leur formulation. Ces questions, malgré leurs qualités statistiques, se sont avérées difficiles à poser, amenant à être plus vigilant quant à l'applicabilité des outils de recueil de données sur le terrain. Le processus participatif a cependant permis aux intervenants du projet Makasi de revenir sur les conditions pratiques d'administration de l'échelle sur le terrain pour en améliorer la compréhension et l'utilisation lors de la mise en œuvre de l'intervention.

Conclusion

Mesurer l'empowerment revient peut-être à débattre préalablement de la notion de mesure. Disposer d'indicateurs est certes nécessaire pour suivre l'évolution

de nos activités dans le cadre des programmes de santé, mais tels que mobilisés actuellement ils ne peuvent refléter que partiellement la complexité de la notion d'empowerment. L'exercice lié au développement et la validation de l'échelle de mesure de l'empowerment en santé sexuelle dans le projet Makasi a permis de constater qu'il était possible de s'inspirer d'indicateurs existants et issus de différentes études à condition de les recontextualiser. Ce type d'indicateurs peut donner une idée de l'état d'empowerment, mais suppose cependant une mesure linéaire du niveau d'empowerment et souligne la nécessité d'anticiper la nature et la temporalité des processus en jeu. Enfin, la pertinence de la mesure de l'empowerment à travers ces indicateurs est tributaire de leur cohérence avec la manière dont sont pensés les programmes et les dispositifs prévus dans leur mise en œuvre, ainsi que de leur adoption par les différents acteurs impliqués dans ces programmes. La question de la mesure est donc une question complexe qui englobe les aspects théoriques, relevant par exemple des concepts mobilisés, et pratiques, relevant par exemple des dispositifs mis en place lors de la mise en œuvre. La mesure constitue un indice pertinent de l'efficacité du programme envers les bénéficiaires à condition qu'elle soit cohérente en termes théoriques et pratiques avec les programmes mis en place.

La mesure de l'empowerment dans le projet Makasi fait écho aux constats observés dans la littérature : l'empowerment se définit et se mesure dans son contexte et au niveau individuel. Les indicateurs utilisés pour s'en saisir mêlent ceux spécifiques au contexte de l'étude et ceux qui permettent de faire le lien avec les problématiques globales pouvant affecter les objectifs spécifiques des études. Bien que ce soit un exercice difficile, étudier la mesure de l'empowerment n'est pas vain, mais nécessite l'appropriation des concepts et des outils par l'ensemble des acteurs pour exploiter toute la richesse de la notion.

Références bibliographiques

1. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Arbetsrapport [Internet]. 1991 [cité 2 févr 2023]. Disponible sur : https://ideas.repec.org//p/hhs/ifswps/2007_014.html
2. Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*. 2021 ; 199 : 20-4.
3. Rappaport J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *Am J Community Psychol*. 1987 ; 15 : 121-48.
4. Wallerstein N. Powerlessness, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion Programs. *Am J Health Promot*. 1992 ; 6 : 197-205.

5. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; Health Evidence Network report [2006 Feb; cited 2011 Feb 15]. *World Health Rep 2008 Prim Health Care More Ever*. 2006.
6. Lindacher V, Curbach J, Warrelmann B, Brandstetter S, Loss J. Evaluation of Empowerment in Health Promotion Interventions: A Systematic Review. *Eval Health Prof*. 2018 ; 41 : 351-92.
7. Coulibaly K, Gosselin A, Carillon S, Ravalihasy A, Melchior M, Ridde V, *et al*. Is empowerment in sexual health measurable? A scoping review of definitions and measurement indicators. *Health Promot Int*. 2022 ; 37 : daac139.
8. Crissman HP, Adanu RM, Harlow SD. Women's Sexual Empowerment and Contraceptive Use in Ghana. *Stud Fam Plann*. 2012 ; 43 : 201-12.
9. Gosselin A, Carillon S, Coulibaly K, Ridde V, Taéron C, Kohou V, *et al*. Participatory development and pilot testing of the Makasi intervention: a community-based outreach intervention to improve sub-Saharan and Caribbean immigrants' empowerment in sexual health. *BMC Public Health*. 2019 ; 19 : 1646.
10. Ninacs WA. Empowerment : cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire. *Clé Coop Consult En Dév*. 2003 ; 26.
11. Romero L, Wallerstein N, Lucero J, Fredine HG, Keefe J, O'Connell J. Woman to Woman: Coming Together for Positive Change-using empowerment and popular education to prevent HIV in women. *AIDS Educ Prev Off Publ Int Soc AIDS Educ*. 2006 ; 18 : 390-405.
12. Israel BA, Checkoway B, Schulz A, Zimmerman M. Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational, and Community Control: Health Educ Q [Internet]. 2016 [cité 1^{er} juill 2020]. Disponible sur : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019819402100203>
13. Santé Publique France, Afrique Avenir. Conférence de mobilisation des communautés immigrantes originaires d'Afrique subsaharienne contre l'épidémie de VIH. Remaides N° 106 Cah Gingembre. *RAAC SIDA*. déc 2018 ; 3-6.
14. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, *et al*. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012 ; 12 : 80.
15. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, *et al*. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 2013 ; 13 : 948.
16. Ravalihasy A, Rude N, Yazdanpanah Y, Kardas-Sloma L, Desgrées du Loû A, Gosselin A, *et al*. Development and Validation of an HIV/AIDS Empowerment Scale for Impact Intervention Evaluation. An Example from the MAKASI Intervention. *Am J Health Educ*. 2021 ; 52 : 296-306.
17. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quiñonez HR, Young SL. Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Front Public Health* [Internet]. 2018 [cité 7 mars 2023] ; 6. Disponible sur : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2018.00149>
18. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol*. 1932 ; 22 (140) : 55-55.
19. Ninacs W. Empowerment et service social : approches et enjeux. *Serv Soc*. 1995 ; 44 : 69-93.

20. Ninacs W. Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec. 2002.
21. Chong D, Druckman JN. Framing Theory. *Annu Rev Polit Sci.* 2007 ; 10 : 103-26.
22. Holbrook AL, Krosnick JA, Moore D, Tourangeau R. Response Order Effects in Dichotomous Categorical Questions Presented Orally: The Impact of Question and Respondent Attributes. *Public Opin Q.* 2007 ; 71 : 325-48.
23. Moore DW. Measuring New Types of Question-Order Effects: Additive and Subtractive. *Public Opin Q.* 2002 ; 66 : 80-91.
24. Ballard A. Framing Bias in the Interpretation of Quality Improvement Data: Evidence From an Experiment. *Int J Health Policy Manag.* 2019 ; 8 : 307-14.

COLLECTION
SCIENCES SOCIALES
ET SIDA

Vers l'empowerment en santé : recherches communautaires autour du projet Makasi

Sous la direction de
Annabel Desgrées du Loû et Anne Gosselin

Conception : EDP Sciences
17, avenue du Hoggar
91944 Les Ulis Cedex, France
Tél : 01 69 18 75 75

© EDP Sciences, 2023
ISBN : 978-2-7598-3476-1

ANRS | Maladies infectieuses émergentes – Collection Sciences sociales et sida
Copyright ANRS | Maladies infectieuses émergentes – Paris – Novembre 2023
ISBN : 978-2-910143-30-5
ISSN : 1262-4837

Service Communication et information scientifique – ANRS | Maladies infectieuses émergentes
PariSanté Campus, 2 rue d’Oradour-sur-Glane 75015 Paris
www.anrs.fr

Les articles de cet ouvrage sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs