



Master 2

Promotion de la santé et prévention

Promotion : **2018-2019**

Les approches participatives :
perspective des promoteurs de santé sur les
facteurs de mise en œuvre

CINDY ROMERO-PORTIER

Juillet 2019

Sous la direction d'Emily Darlington

S O M M A I R E

REMERCIEMENTS	p. 1
LISTE DES SIGLES UTILISES	p. 2
INTRODUCTION	p. 3
I. REVUE DE LITTÉRATURE	p. 6
1. Cadre législatif	p. 6
2. Clarifications terminologiques	p. 7
2. 1. La participation	p. 7
2. 2. La co-création : une démarche de participation active	p. 11
2. 3. Illustration : démarche participative en milieu scolaire	p. 13
3. La participation : une démarche de promotion de la santé	p. 14
3. 1. La promotion de la santé	p. 14
3. 2. Les stratégies en promotion de la santé	p. 15
3. 3. Les promoteurs de santé	p. 16
3. 4. La participation comme moyen ou finalité	p. 17
4. Les effets des démarches participatives	p. 18
4. 1. Domaine marketing et commercial	p. 18
4. 2. Domaine des services à la collectivité	p. 18
4. 3. Le domaine de la promotion de la santé	p. 19
5. Les pratiques de participation en promotion de la santé	p. 22
5. 1. Enjeux autour des pratiques de participation	p. 22
5. 2. Identifier les facteurs de mise en œuvre et de diffusion	p. 23
6. Problématisation et question de recherche	p. 26
II. MÉTHODOLOGIE	p. 28
1. Cadre et terrain de recherche	p. 28
1. 1. Présentation du stage et du projet Co-Creating Welfare	p. 28
1. 2. Articulation entre projet, mission et recherche	p. 28
2. Recueil des données : méthodes	p. 29
2. 1. Technique de co-création : le Cube	p. 29
2. 2. Entretiens individuels	p. 30
2. 3. Observation participante	p. 31
3. Traitement des données	p. 32
4. Déroulement effectif de la recherche et échantillon	p. 32

III. RÉSULTATS	p. 35
1. Données issues de la méthodes du Cube	p. 35
2. Données issues des entretiens	p. 36
2. 1. Perceptions et expériences de la participation	p. 36
2. 2. Facteurs de la participation identifiés spontanément	p. 39
2. 3. Facteurs relevés en hétéro-confrontation	p. 40
3. Données issues de l'observation participante	p. 41
IV. DISCUSSION	p. 43
1. Analyse des perceptions et pratiques de la participation	p. 43
2. Analyse des facteurs de la participation identifiés	p. 45
2. 1. Catégories de facteurs issus du corpus de données	p. 45
2. 2. Confrontation à la littérature	p. 47
2. 3. Classification par phases et par niveaux écologiques	p. 48
2. 4. Statut des hypothèses	p. 50
3. Implications pratiques	p. 50
3. 1. Favoriser l'adoption de démarches participatives	p. 50
3. 2. Favoriser le déroulement des démarches participatives	p. 51
4. Limites de la recherche	p. 52
CONCLUSION	p. 54
BIBLIOGRAPHIE	p. 56
LISTE DES ANNEXES	p. 62

R e m e r c i e m e n t s

Tout d'abord, je remercie Emily Darlington, Maître de Conférence à l'Université Claude Bernard Lyon 1, directrice de ce mémoire et tutrice de mon stage de M2 à l'ESPE de Saint-Étienne. Elle s'est montrée remarquable dans ces deux fonctions. Malgré des délais très courts, elle était toujours disposée à répondre à mes interrogations et m'a fait des suggestions extrêmement utiles pour ce mémoire. Je lui adresse toute ma gratitude pour le temps qu'elle aura consacré dans cet accompagnement. Mes remerciements s'adressent également à Julien Masson, également Maître de Conférence à Lyon 1 et tuteur de mon stage, qui comme Emily, s'est montré très soutenant et bienveillant à mon égard.

Je remercie également Marie-Renée Guével, Maître de Conférences et responsable pédagogique du Master Promotion de la Santé et Prévention à l'EHESP, d'une part pour l'opportunité qu'elle m'a offerte d'effectuer mon stage avec Emily et Julien, d'autre part pour son dévouement auprès de notre promotion. De manière générale, merci à toute l'équipe pédagogique qui s'est montrée compréhensive, disposée à nous soutenir dans nos projets, et dont les enseignements m'ont personnellement beaucoup apporté en termes de connaissances et me seront très utiles pour mon avenir professionnel.

Ma gratitude va également à tous ceux ayant participé à ma recherche, en particulier aux quatre personnes avec lesquelles j'ai conduit les entretiens.

J'adresse par ailleurs mes remerciements à mes collègues de l'ESPE, en particulier Anne-Sophie, Cécile et Julienne d'Unirés, qui étaient présent.e.s dans mon quotidien, m'ont soutenue et ont contribué d'une certaine manière à faire avancer ma réflexion.

Ma reconnaissance s'étend enfin à mon entourage personnel. Je remercie en particulier mon mari, Andrés, dont le soutien a été infaillible depuis le début de la rédaction du mémoire. J'adresse aussi mes remerciements à ma famille et à mes ami.e.s, avec qui j'ai pu partager ces moments de bonheur qui ont contribué à maintenir mon bien-être, ainsi qu'à mes collègues de promotion, dont la démonstration d'ouverture et de compréhension mutuelle a permis de réguler la pression tout au long de cette année de Master 2.

Liste des sigles utilisés

BAFA : Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur

CCW : Co-Creating Welfare

CFIR : Consolidated Framework for Implementation Research

CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CSBM : consommation de de soins et de biens médicaux

CVS : conseil de vie sociale

DCS : dépense courante de santé

DITP : direction interministérielle de la transformation publique

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

ESPE : École supérieure du professorat et de l'éducation

ETP : éducation thérapeutique du patient

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION

La crise des Gilets Jaunes ayant eu cours depuis la fin de l'année 2018 reflète une volonté populaire de prise en compte de la parole des citoyens, et questionne sur la possibilité de participation active de ces derniers dans le processus politique. La participation est donc au cœur des préoccupations sociétales, « pierre angulaire de la démocratie » qui serait une « condition à l'exercice effectif de la citoyenneté démocratique par tout un chacun » (Conseil de l'Europe, 2015).

La recherche d'un ancrage plus important dans les principes de la démocratie n'est pas l'unique motivation à la participation, parce que celle-ci peut être une méthode pour améliorer les services, entre autres bénéfiques. Ainsi, dans un contexte de restrictions budgétaires, mais aussi d'attentes de plus en plus fortes de la part des citoyens, le secteur public a amorcé de nouvelles stratégies pour trouver des solutions innovantes aux problèmes de la société (Torfing, Sørensen et Røiseland, 2016). Le domaine marchand devait aussi rester compétitif et s'adapter à un public de plus en plus informé et connecté (Prahalad et Ramaswamy, 2004). C'est ainsi que les approches participatives, à travers la co-création notamment, ont progressivement intégré leur mode de fonctionnement.

Mais c'est surtout comme démarche promotrice de santé que la participation nous intéresse. Elle fait partie des cinq grandes stratégies de promotion de la santé présentées dans la Charte d'Ottawa (Organisation Mondiale de la Santé, 1986) et peut être définie dans ce cadre comme « un processus politique de mise en tension du pouvoir des acteurs du champ de la santé publique dans une perspective de démocratie et de justice sociale » (Campagné, Houéto et Douiller, 2017). Il existe différents niveaux et formes de participation. Une participation « symbolique » implique les citoyens de façon limitée, tandis qu'une forme « active » de participation induit une transformation des relations de pouvoir. Les effets sur la santé dépendent de ce degré d'implication (Popay, 2010).

Outre l'intérêt issu des implications sociétales et en promotion de la santé de la participation, cette question éveille ma curiosité depuis plusieurs années. Il s'agit d'un thème abordé plusieurs fois au cours de mon parcours académique. Au cours de ma formation en éducation spécialisée, nous avons été sensibilisés à l'importance de la participation des usagers des services sociaux et de santé auxquels ils ont recours. Cette démarche était justifiée comme vertueuse en soi, en tant que droit des personnes avec lesquelles nous serions amenés à travailler.

Dans le cadre du Master 2 Promotion de la Santé et Prévention délivré par l'EHESP, j'ai eu l'occasion d'avoir une perspective un peu plus élargie des approches participatives et communautaires. Toutefois, à l'issue de ces enseignements, j'avais encore des difficultés à concevoir la manière concrète dont je pourrais faire participer les bénéficiaires dans ma future pratique en promotion de la santé et les enjeux de la participation sur le terrain.

Or, le stage que j'effectue avec l'équipe de recherche en promotion de la santé de l'Université Claude Bernard Lyon 1, à l'ESPE de la Loire, s'est révélé être une opportunité pour approfondir cette thématique. J'ai eu la possibilité d'étudier et d'expérimenter la co-création, une démarche favorisant une participation active. Elle constitue le thème d'une formation destinée aux professionnels du secteur du « bien-être » (welfare) développée par le projet européen Co-Creating Welfare. L'évaluation et la valorisation de ce travail sont l'objet de mes missions de stage.

Je me suis questionnée sur ce que la co-création pouvait apporter concrètement sur la plan de la santé. Mais c'est surtout le niveau pratique qui m'a interrogée en tant que future professionnelle : comment ces approches sont-elles mises en œuvre dans les projets de prévention et promotion de la santé que je serai amenée à élaborer ? Je restais également dans l'interrogation sur les raisons d'une mise en œuvre limitée sur le terrain des démarches participatives, ce que j'avais observé dans ma pratique professionnelle. Ce constat est aussi partagé dans la littérature : en dépit des préconisations des textes fondateurs de la promotion de la santé et la présence de la participation dans la législation, la réalisation effective des démarches participatives en France reste peu développée (Bascou et al., 2016) ou se limite à des formes symboliques comme la consultation (Carrel, 2017).

C'est pourquoi j'ai choisi d'explorer dans ce mémoire, qui vient clôturer mes études de Master, la problématique de la mise en œuvre réduite d'approches participatives par les promoteurs de santé. J'ai initié une exploration des actions conduites par les professionnels qui contribuent, dans leur travail, à la promotion de la santé de façon directe ou via une influence sur les déterminants de la santé. Je me suis intéressée en particulier aux facteurs qui influencent l'intégration des démarches participatives dans les pratiques, en mobilisant plusieurs types de méthodes qualitatives afin de recueillir les perspectives de ce public de professionnels. Ce travail aura pour objectif d'apporter un éclairage sur la mise en œuvre de la participation et les leviers potentiellement mobilisables, afin de pouvoir proposer des recommandations pour introduire du changement dans les pratiques.

Dans cette perspective, ce mémoire sera constitué d'une revue de la littérature qui précisera les concepts, l'intérêt sociétal de la co-création, ainsi que les pratiques en promotion de la santé. Cette première partie sera suivie d'une présentation de la méthodologie employée et du terrain de recherche. Puis une troisième section sera constituée des résultats de cette recherche. Enfin, ces derniers seront analysés dans une partie discussion, qui en exposera également les implications.

I. REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. Cadre législatif

En France, la participation des citoyens pour l'élaboration des politiques sociales est mise en avant dans divers textes, et certaines instances se positionnent en faveur de l'implication des usagers dans une approche s'apparentant à de la co-création. Ainsi, depuis 2017, la direction interministérielle de la transformation publique (DITP) est chargée de coordonner le programme Action Publique 2022 et d'accompagner des projets ministériels. Dans ce cadre, elle privilégie des « méthodes centrées sur l'écoute des usagers, la co-construction et le design » (DITP, 2017).

Dans le domaine de la santé, la législation soutient également la participation comme moyen d'affirmation des droits des personnes. Les services et institutions sanitaires et sociales sont chargés de favoriser la participation des usagers depuis la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale : celle-ci impose que « les personnes bénéficiaires des prestations [soient associées] au fonctionnement de l'établissement ou du service » par une forme de participation (Legifrance, 2019a), le plus souvent un Conseil de Vie Sociale (CVS). L'utilisateur doit également être impliqué dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'accueil.

Plus récemment, cette volonté d'affermir les processus participatifs s'est traduite par le renforcement au niveau régional de la « démocratie sanitaire » inscrit dans la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 (Legifrance, 2019b). Il s'agit d'une démarche qui associe « l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé » (Agence Régionale de Santé, 2018).

Concernant l'éducation à la santé et à la citoyenneté des enfants, la circulaire n°2016-092 du 20 juin 2016 souligne que le parcours citoyen doit prendre « appui sur la participation de l'élève à la vie sociale et démocratique de la classe et de l'école » au sein d'instances locales (Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse, 2016)

La participation est donc largement mise en valeur et prend diverses formes dans la législation française, en fonction des secteurs concernés. La multiplicité des manières d'appréhender la participation se manifeste également dans la littérature scientifique et les nombreuses appellations qui renvoient à des démarches similaires.

2. Clarifications terminologiques

2.1. La participation

2.1.1. Définitions

Dans la littérature, la participation n'est que rarement définie de façon explicite. Mais de manière récurrente, elle est évoquée en lien avec le processus politique. Le modèle proposé par Arnstein (1969) constitue l'une des approches les plus connues, associant la participation au contrôle citoyen (p. 216) :

It is the redistribution of power that enables the have-not citizens, presently excluded from the political and economic processes, to be deliberately included in the future. It is the strategy by which the have-nots join in determining how information is shared, goals and policies are set, tax resources are allocated, programs are operated, and benefits like contracts and patronage are parceled out.

Arnstein met ainsi l'accent sur le pouvoir et associe la participation au degré d'implication des citoyens aux prises de décisions, évoquant une évolution dans la place qui leur est accordée dans ces processus. Ohmer (2007) précise et élargit cette approche en définissant la participation citoyenne comme un engagement « actif et volontaire » des citoyens, dans une démarche locale pour « changer des conditions problématiques dans les communautés », et/ou plus globale pour exercer une influence sur les politiques qui ont une incidence sur leur qualité de vie.

Après avoir recensé les références à la participation et retracé son historique en lien avec le champ de la santé, Campagné, Houéto et Douiller (2017) proposent de définir la participation en promotion de la santé de la manière suivante :

Un processus politique de mise en tension du pouvoir des acteurs du champ de la santé publique [i.e. les citoyens, institutions, professionnels, représentants, toutes les formes individuelles et collectives qui agissent pour la santé] dans une perspective de démocratie et de justice sociale.

2.1.2. Les niveaux de participation

Arnstein (1969) développe une échelle de la participation en 8 niveaux (figure 1), qui permet d'évaluer le degré d'implication des citoyens dans un processus politique donné.

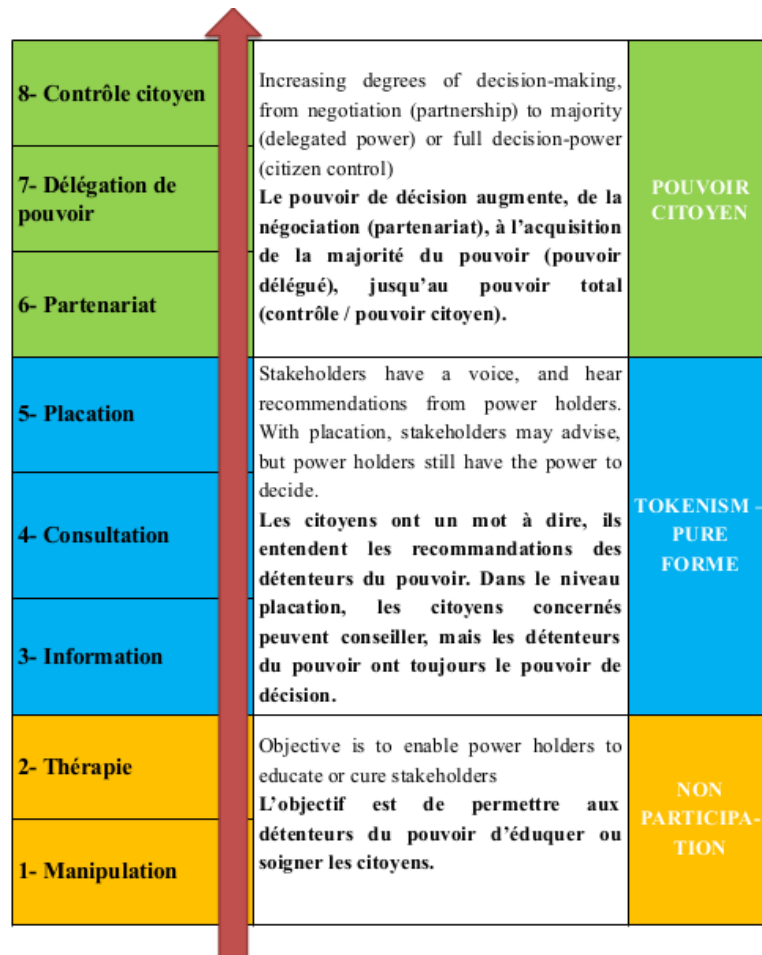


Figure 1. L'échelle de participation citoyenne d'Arnstein (schéma produit par Darlington et al., 2017)

L'échelle d'Arnstein sera l'objet de diverses critiques, mais constitue un outil auquel de nombreuses institutions font encore référence, comme le Conseil de l'Europe (2015).

Le niveau de participation peut être apprécié de manière plus détaillée, selon trois dimensions (Harder, Burford & Hoover, 2013) :

- *la profondeur* constitue le degré de contrôle dans les décisions par l'ensemble des parties prenantes, dimension dans laquelle peuvent s'inscrire les descripteurs de l'échelle d'Arnstein. Elle caractérise les relations de pouvoir qui peuvent être du dénigrement (niveau -1, le plus bas), de la négligence, de la reconnaissance, de l'engagement, de l'interculturalité ("apprendre ensemble") ou du partenariat complet (niveau 4, le plus élevé) ;
- *l'étendue* représente la diversité des acteurs invités à participer (leaders, techniciens, bénéficiaires ou citoyens) ;
- *la portée* fait référence aux étapes d'un projet (initiation, conception, mise en œuvre, réflexion et communication) dans lesquelles la participation est évaluée.

Dans le domaine sanitaire, on distingue une participation individuelle du patient, qui fait référence aux droits et opportunités de ce dernier d'influencer et d'être impliqué dans les décisions qui concernent ses soins, et une participation collective, qui est la contribution des patients ou d'organisations qui les représentent à l'élaboration des services sociaux et de santé (Castro et al., 2016).

En promotion de la santé, la participation individuelle et collective sont toutes deux souhaitables. Ce sont des hauts niveaux participatifs qui sont recherchés, en particulier avec un degré de profondeur important et qui incluent les premiers concernés par les décisions sur le plan de la santé. Ces formes de participation, qu'on peut qualifier de « réelle » ou « active », sont assimilables au stade de pouvoir citoyen et s'opposent à ce que l'on peut nommer une participation « symbolique » ou tokenisme (cf. Figure 1.). L'une des stratégies traditionnellement recommandée pour promouvoir la santé, et qui repose sur de la participation active, est l'action communautaire.

2.1.3. L'action communautaire

L'approche communautaire est explicitement évoquée et associée à la participation dans les 5 axes de la Charte d'Ottawa (Organisation Mondiale de la Santé, 1986), qui la décrit comme « la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions ». Hyppolite et Parent (2017) fournissent une définition plus précise et intégrative de l'action communautaire en promotion de la santé (p. 180) :

Toute initiative de personnes, d'organismes communautaires, de communautés (territoriales, d'intérêts, d'identité) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun, contribuant à exercer un plus grand contrôle sur les déterminants de la santé, à améliorer leur santé et à réduire les inégalités sociales de santé.

La communauté renvoie pour eux à « un ensemble de personnes qui ont un sentiment d'appartenance commun » (p. 182) du fait qu'ils partagent un territoire géographique, des problèmes sociaux ou une identité.

Le terme « participation communautaire » est aussi régulièrement utilisé dans la littérature. Preston et collaborateurs (2010) la définissent comme la participation des individus d'une communauté dans des groupes consultatifs, collectes de fonds, consultations,

planification ou d'autres activités, afin de prendre part dans l'évaluation de leurs besoins et l'organisation de stratégies pour répondre à ces besoins. « Community engagement » est aussi un mot qu'on trouve de manière récurrente et défini comme tel : « involving communities in decision-making and in the planning, design, governance and delivery of services » (Swainston & Summerbell, 2008, cité par O'Mara-Eves et al., 2015).

L'action communautaire repose sur une participation de niveau élevé des individus et communautés concernés. En favorisant cette participation et pour s'assurer d'un véritable pouvoir d'influence de ces acteurs, les professionnels promoteurs de santé engagés dans une démarche communautaire vont chercher à développer leur pouvoir d'agir.

2.1.4. L'empowerment

L'empowerment correspond à un processus de « développement des capacités de choisir, de décider et d'agir en fonction de ses propres décisions » (Hyppolite & Parent, 2017, p. 189), qui se décline en plusieurs niveaux :

- *L'empowerment individuel* : il consiste à « l'appropriation du pouvoir » par les individus ou les groupes (Ninacs, 2008, cité par Hyppolite & Parent, 2017, p. 189), à développer sa capacité à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur sa vie personnelle (Nutbeam, 1998), et donc sur sa santé et ses déterminants.

- *L'empowerment communautaire* : il s'agit pour un milieu donné de se « prendre en charge » de manière à soutenir le pouvoir d'agir des acteurs qui le constituent (Ninacs, 2008, cité par Hyppolite & Parent, 2017, p. 189). Cela implique une action menée collectivement pour exercer une influence et un contrôle sur les déterminants de la santé et la qualité de vie dans la communauté (Nutbeam, 1998).

- *L'empowerment organisationnel* : il consiste à donner aux individus les moyens d'exercer un contrôle sur l'efficacité de la prestation des services et dans les orientations stratégiques dans les organisations (Zimmerman, 2000, cité par Cyril, Smith, & Renzaho, 2015).

L'empowerment est rendu possible par le développement de capacités individuelles, et en particulier, le niveau de littératie. La littératie en santé représente les « compétences cognitives et sociales qui déterminent la motivation et capacité d'un individu à accéder, à comprendre et à utiliser l'information de manière à promouvoir et à maintenir une bonne santé » (Nutbeam, 1998, p. 357, traduction libre). Cependant, cette dimension individuelle est insuffi-

santé à l'empowerment, puisque le pouvoir est imbriqué dans des rapports sociaux sur lesquels il faut également agir. Favoriser l'empowerment implique donc des « changements profonds de l'environnement sociopolitique » et de contrer les « inégalités de pouvoir » (Hypolite & Parent, 2017, p. 189). Un moyen d'y parvenir est de soutenir un niveau élevé de participation des citoyens.

Les opportunités d'empowerment et de participation active peuvent être fournies à travers l'usage de méthodes de co-création par les professionnels.

2.2. La co-création : une démarche de participation active

2.2.1. Evolution de la définition de la co-création

Le concept de co-création a été défini initialement dans le domaine commercial. Cette démarche est venue en rupture avec la conception du marché traditionnel, pour lequel la valeur est décidée par l'entreprise, car celle-ci est engagée seule dans la production de biens et services (Prahalad et Ramaswamy, 2004). Or, la nécessité d'un nouveau modèle de création de valeur conjointe par le consommateur et l'entreprise s'est imposée pour les raisons évoquées précédemment. Dans cette perspective, la compagnie propose « un environnement d'expérience » dans lequel les consommateurs peuvent dialoguer et co-construire le service afin qu'il réponde à leurs besoins, en prenant part à la définition et à la résolution des problèmes. Ainsi, la co-création met au centre la relation entre la compagnie et le client, qui va bénéficier d'une forme d'empowerment, permettant à ces deux parties prenantes d'occuper une place décisive dans le processus de création de valeur.

Depuis la description proposée par Prahalad et Ramaswamy, les articles se sont multipliés sur le sujet, faisant référence à des conceptualisations et des pratiques non consensuelles, voire contradictoires de la co-création. Leclercq, Hammedi et Poncin (2016) ont dégagé une définition intégrative de la co-création, qui constitue « un processus conjoint durant lequel la valeur est créée réciproquement pour chacun des acteurs (individus, organisations ou réseaux) » (p. 6). Ces acteurs sont en interaction sur une *plateforme d'engagement*, où a lieu un partage des ressources de chacun, avec la possibilité d'en développer de nouvelles grâce à un processus d'apprentissage.

Il est difficile de trouver une définition de la co-création dans le contexte spécifique de la promotion de la santé. Cependant, elle est explicitée dans le domaine des services publics par Torfing, Sørensen et Røiseland (2016) comme un processus qui consiste à « un échange

constructif » de ressources, compétences, connaissances et idées, pour résoudre un problème de manière conjointe entre les différents acteurs concernés. Cet échange doit favoriser « la production de valeur publique » en termes d'élaborations politiques ou de services, dans l'objectif d'une amélioration continue de leurs résultats, avec une évolution de la compréhension du problème et des manières de l'appréhender. De manière plus concise, on peut considérer la co-création comme « le processus de création de nouvelles politiques et services publics avec les gens, et non pour eux » (Commission européenne, 2016).

Le terme de co-création tend à être employé indistinctement d'autres concepts, sur lesquels nous allons tenter d'apporter quelques précisions.

2.2.2. Distinctions conceptuelles

- ***Co-création et innovation sociale***

La co-création peut être associée à une démarche d'innovation sociale (Voorberg, Bekkers & Tummers, 2013) : il s'agit de la participation à la conception et au développement de nouveaux biens et services de l'ensemble des parties prenantes, dont les bénéficiaires de ces services. Néanmoins, Torfing, Sørensen et Røiseland (2016) estiment que l'innovation sociale est constituée des initiatives privées mises en place pour pallier les lacunes du service public, tandis que la co-création engage l'ensemble des acteurs publics et privés pour résoudre des problèmes communs et implique des « processus d'apprentissage mutuel et transformationnel ».

- ***Co-création et co-production***

Le terme de co-production est aussi largement employé en lieu et place de la co-création dans la littérature. Cependant, en co-production de services, ces derniers sont décidés et définis en amont, tandis que la co-création permet l'innovation, c'est-à-dire le « development and realization of new disruptive ideas » (Torfing et al., 2016, p. 8).

Osborne (2017) va dans ce sens en affirmant que, dans ces approches, le niveau du lieu de création de valeur, et la nature des relations entre les organisations de services publics et leurs destinataires, sont différents. La co-production supposerait effectivement que les services publics occupent une position dominante, avec une logique linéaire et un processus centré sur les produits. La co-création, à l'inverse, implique « une relation interactive et dynamique où la valeur est créée au niveau de l'interaction ».

Voorberg et collaborateurs (2013) relèvent que cette distinction conceptuelle n'est pas effective dans la littérature. Le concept de co-production est employé de manière interchangeable avec la co-création, les deux visant « the active involvement of citizens in public service delivery by creating sustainable partnerships with citizens ».

- ***Co-création et participation***

La co-création est mentionnée comme une « action typique » conduite dans le cadre des niveaux de profondeur les plus élevés (3 et 4) de participation, où l'apprentissage est partagé entre l'ensemble des parties prenantes (Harder et al., 2013, p. 45). Cela correspond aux échelons les plus hauts (à partir du 6ème : « partenariat ») de l'échelle d'Arnstein illustrée plus haut, ou encore à la participation active. La co-création est une démarche opérationnalisée de participation que l'on souhaite profonde, qui ne se cantonne pas au domaine politique, mais s'étend à tout processus de production de biens, de services ou d'action collective.

2.2.3. Illustration : démarche participative en milieu scolaire

Pour mettre en lumière la manière de conduire des démarches participatives en promotion de la santé et rendre plus concrets les concepts décrits précédemment, nous pouvons nous intéresser à un programme conduit en milieu scolaire par Brooks et Magnusson (2006). Dans cette étude, les étudiants ont été invités à prendre une part active à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un programme visant à promouvoir l'activité physique dans un établissement d'enseignement secondaire. Il s'agissait de repenser les leçons d'éducation physique en donnant un pouvoir de décision aux élèves. Ceux-ci ont eu la possibilité de proposer de nouvelles activités, et leurs avis ont été pris en considération pour initier des améliorations matérielles (distributeur de savon, par exemple) pour rendre leur expérience plus agréable. Par ailleurs, le fonctionnement a été changé : on proposait aux étudiants de choisir leurs activités et leur tenue plutôt que d'imposer. Enfin, les enseignants ont récompensé la participation aux activités sportives à la place de la performance.

Cet exemple de programme a impliqué une forme de co-création entre les professionnels de l'établissement scolaire et les élèves, puisqu'ils ont partagé leurs idées et connaissances pour développer un nouveau programme d'éducation physique. La place des élèves a été repensée dans une forme de partenariat dans l'élaboration. Le choix laissé pour les autres dans les activités peut relever davantage de la co-construction, puisque le panel d'options est décidé à l'avance.

Si nous avons vu que des différenciations peuvent être faites entre participation, co-création, co-production, etc., ces notions restent souvent utilisées indistinctement pour se référer à une démarche semblable. De plus, le terme co-création reste assez peu employé en promotion de la santé, à l'inverse de l'engagement citoyen, de la participation communautaire ou de l'empowerment. Cela nous amène à prendre en compte l'ensemble de ces expressions pour appréhender les enjeux des démarches participatives en promotion de la santé. Pour notre étude, nous nous référerons plus simplement aux *démarches de participation active* (incluant la co-création), par opposition à la *participation symbolique*. Nous allons voir que toute forme de participation active s'intègre aux principes qui sous-tendent la promotion de la santé, et constitue l'une des stratégies préconisées pour favoriser la santé des populations.

3. La participation : une démarche de promotion de la santé

Il existe une relation affirmée entre les questions de santé et de participation. Mais si cette dernière a été mise en avant dans la législation française assez récemment et concerne surtout les institutions sanitaires, elle est préconisée dans les textes fondateurs de la promotion de la santé depuis déjà plusieurs décennies.

3.1. La promotion de la santé

La participation s'inscrit pleinement dans les principes et la définition même de la promotion de la santé. Celle-ci est présentée dans la Charte d'Ottawa comme un processus qui « a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer » (Organisation Mondiale de la Santé, 1986). Elle consiste à agir sur les déterminants, c'est-à-dire l'ensemble des facteurs environnementaux et sociétaux qui interagissent avec des caractéristiques individuelles telles que la génétique et les comportements, et qui influencent l'état de santé des personnes. La promotion de la santé est donc associée à la recherche d'équité en santé, puisqu'elle cherche à réduire les inégalités qui découlent « des conditions dans lesquelles on naît, grandit, vit, travaille et vieillit, notamment les premières années de la vie, l'éducation, le statut économique, l'emploi, les conditions de travail décentes, le logement et l'environnement, et les systèmes efficaces de prévention et de traitement des problèmes de santé ». (OMS Europe, 2012, p. 12).

La démarche de promotion de la santé, si elle permet de prévenir la survenue de maladies transmissibles ou non-transmissibles en agissant sur les déterminants de la santé, se dis-

tingue de la prévention en raison de sa perspective salutogénique (Bauer, Davies & Pelikan, 2006). La salutogénèse est une vision positive de la santé, qui consiste à focaliser l'attention sur les ressources potentiellement mobilisables pour préserver la santé des individus ou des populations. A l'inverse, les approches classiques sont fondées sur une approche pathogénique de la santé : on se centre sur la maladie, qu'on traitera par les soins médicaux ou qu'on cherchera à éviter grâce à des actions de prévention (niveau individuel) ou de protection (niveau environnemental) face à des facteurs de risques. La promotion de la santé intervient relativement à l'état de santé d'une personne à un moment donné, et considère que la santé peut être favorisée sans qu'une pathologie soit complètement évitée (Silverman, 2014).

C'est donc une perception différente de la santé qui est impliquée. L'approche pathogénique s'apparente à une « définition à valence négative de la santé », qui se résumerait à l'absence de maladie (Sherlaw & Lacouture, 2017). Le plus souvent, y compris dans la Charte d'Ottawa, on se réfère à la vision holiste, plus positive de la santé comme « état de complet bien-être physique, mental et social » comme définie par l'OMS en 1946. Néanmoins, elle a fait l'objet de nombreuses critiques, et de nombreux auteurs en promotion de la santé préfèrent caractériser la santé comme un processus issu de l'interaction de diverses dimensions individuelles et socio-environnementales, et qui implique une capacité d'adaptation (Huber et al., 2011, cité par Sherlaw & Lacouture, 2017). De ces diverses manières d'appréhender la santé, vont découler des stratégies spécifiques.

3.2. Les stratégies en promotion de la santé

La stratégie classiquement employée pour améliorer la santé des populations, dans une approche « pathogénique », consiste à se concentrer dans le développement des systèmes et prestations de soins. La France semble accuser un certain retard dans le domaine de la promotion de la santé et la prévention, par rapport à ses voisins européens et à l'Amérique du Nord (Cherubini, 2011). Cela se reflète en particulier dans les dépenses consacrées à la santé : en 2017, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élevait à 199,3 milliards d'euros, soit près des trois quarts des 270,8 milliards d'euros de DCS (dépense courante de santé). En comparaison, seulement 2,2 % de cette somme était consacrée à la prévention, dont une grande partie concernant des actes techniques ou médicaux : vaccins, dépistages, prise de médicaments préventive notamment (DREES, 2018). Les termes « promotion de la santé » ou « déterminants » ne font aucune apparition dans le rapport.

Les actions en promotion de la santé, qui peuvent être associées à une forme de prévention, diffèrent sensiblement de ces approches centrées sur les soins et les actes biomédicaux. La prise en compte de la nature diversifiée des déterminants de la santé implique effectivement une action plurisectorielle, non restreinte au domaine sanitaire. Ainsi, la Charte d'Ottawa propose une stratégie en 5 axes (Organisation Mondiale de la Santé, 1986) que sont : l'élaboration de politiques pour la santé ; la création d'environnements favorable ; le renforcement de l'action communautaire ; l'acquisition d'aptitudes individuelles ; la réorientation des services de santé. La promotion de la santé engage donc l'ensemble des acteurs de la société : politiques, professionnels de divers secteurs, mais aussi et surtout les citoyens.

L'implication citoyenne était déjà mise en exergue pour promouvoir la santé de tous dans la déclaration d'Alma Ata, revendiquant que « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés » (Organisation Mondiale de la Santé, 1978, axe IV). Cette volonté se traduit dans la Charte d'Ottawa par la préconisation d'approches participatives et communautaires. Il s'agit pour les communautés de prendre une part active « à la prise des décisions, à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé » (Organisation Mondiale de la Santé, 1986, p. 4). Plus récemment, le document Santé 2020, qui pose un nouveau cadre politique pour la santé en Europe (OMS Europe, 2013), précise le niveau de participation à engager, en affirmant qu'une stratégie de « création conjointe et un partenariat avec les personnes touchées, la société civile et une série de partenaires citoyens » est à privilégier afin de lutter contre les inégalités dans les déterminants de la santé.

Par ailleurs, la déclaration de Jakarta souligne également que la participation des personnes est une condition nécessaire pour que les actions de promotion de la santé soient efficaces, et que ce type d'approche requiert des compétences de la part des individus, qui doivent donc être « éduqués » et « bénéficiaires de ressources et de moyens » (Organisation Mondiale de la Santé, 1997). C'est pourquoi la question de l'empowerment individuel et communautaire est définie comme une priorité pour promouvoir la santé.

3.3. Les promoteurs de santé

Les principes de la promotion de la santé amènent à s'interroger sur l'identité des acteurs de la promotion de la santé : la perspective pluri-sectorielle de cette approche conduit à ne pas restreindre les promoteurs de santé aux seuls professionnels du soin.

Walters, Sim et Schiller (2002) ont développé un outil de classification de la *public health workforce*, et le fait d'y appartenir semble d'abord une conception individuelle de son travail comme ayant un impact ou non sur la santé des communautés. Trois catégories de la « Public Health Workforce » ont été définies par le Department of Health anglais (1998, cité par Walters et al., 2002) :

- les spécialistes en santé publique : ils sont caractérisés par un niveau élevé de connaissances, compétences et expérience dans la conduite du changement et le management d'initiatives en santé publique ;

- les praticiens en santé publique : ce sont les professionnels qui consacrent une part importante de leur pratique à l'amélioration de la santé en travaillant avec les communautés et les groupes, par exemple les infirmières en santé publique, les spécialistes de la promotion de la santé, ou encore les intervenants en développement communautaire ;

- les acteurs de la « santé publique élargie » (*wider public health workforce*) : ce sont tous les individus qui ne sont ni praticiens, ni spécialistes en santé publique, mais qui ont la capacité ou l'opportunité d'agir positivement sur la santé et le bien-être dans le cadre de leur travail, rémunéré ou non (Centre for Workforce Intelligence, 2015, p. 18, traduction libre). Il serait bénéfique que les membres de cette catégorie disposent d'une certaine connaissance de la santé publique : cela soutiendrait les principes de la promotion de la santé comme démarche globale et multisectorielle. Peuvent être inclus ici les professionnels dont l'action influence un ou des déterminants, comme les acteurs de l'éducation et les travailleurs sociaux.

3.4. La participation comme moyen ou comme finalité

En promotion de la santé, la participation peut donc représenter une fin en soi, mais on peut également la considérer comme un moyen pour obtenir des effets particuliers (Campagné et al., 2017). Dans le premier cas, la participation sera soutenue pour ce qu'elle représente en tant que processus et pour son « caractère politique » de rééquilibrage des pouvoirs. Cette valeur intrinsèque de la participation est liée aux principes de la promotion de la santé décrits précédemment : équité, justice sociale, mais aussi empowerment et émancipation peuvent constituer des valeurs associées à la participation.

Dans le cas d'une participation-utilitariste, on visera des objectifs spécifiques au domaine dans lequel elle a lieu, que l'on pourra atteindre grâce à la démarche participative. Nous verrons par la suite quels sont les résultats que l'on peut en attendre.

4. Les effets des démarches participatives

Les résultats escomptés de la participation seront différents selon qu'on la mette en place dans le cadre d'une entreprise, au sein des services publics, ou en promotion de la santé. Nous distinguerons donc ces domaines pour présenter les effets de la participation.

4.1. Domaine marketing et commercial

Dans un premier temps, la co-création avec les clients peut amener une valeur ajoutée pour rendre l'entreprise plus compétitive en s'adaptant aux consommateurs (Prahalad et Ramaswamy, 2004). L'entreprise serait alors la première à bénéficier de l'usage de la co-création, génératrice de productivité et de croissance, et donc de profits (Ramaswamy & Guillard, 2010). Ces avantages sont liés au fait que la co-création permet de puiser dans les « idées novatrices » de l'ensemble des parties-prenantes (p. 9), tout en réduisant les besoins d'investissement et les risques grâce à l'appui sur les communautés. Mais la co-création est aussi avantageuse pour l'ensemble des individus impliqués (clients, employés, fournisseurs ou partenaires). En somme, 4 « pouvoirs » (p. 15) sont attribués à la démarche co-créative :

- l'accroissement du capital stratégique et des rendements de l'entreprise ;
- la réduction des coûts et des risques pour l'entreprise ;
- la possibilité faire de nouvelles expériences créatrices / de valeur pour les individus ;
- la baisse des risques et des coûts pour les individus.

Si les résultats de la co-création semblent relativement mesurables au niveau des activités commerciales, il est plus complexe de quantifier des variables telles que la valeur expérientielle. Cette difficulté est d'autant plus grande dans les domaines sans but lucratif comme l'est majoritairement la promotion de la santé. Pourtant, nous allons voir que de nombreux avantages sont attribués à l'usage de méthodes participatives dans ce cadre.

4.2. Domaine des services à la collectivité

La co-création représente souvent une fin en soi dans les services publics (Voorberg et al., 2013). Cependant, l'engagement de ces organisations dans une démarche de participative est de plus en plus justifié par les nombreux bénéfices qui en sont attendus, dans une logique de participation-utilitariste.

Tout d'abord, les quatre pouvoirs de la co-création décrits pour le domaine commercial intéressent également le secteur public ou non lucratif. D'une part, bien que la recherche de

profit ne soit pas une priorité incarnée par ce secteur, la question économique demeure cruciale, en particulier dans un contexte où les organisations se voient de plus en plus contraintes sur le plan budgétaire (Torfing, Sørensen et Røiseland, 2016). La perspective d'une réduction des dépenses grâce à l'usage de la co-création représente un intérêt pour tout type de structure. D'autre part, les effets positifs cités pour les individus dans la co-création en entreprise s'accordent avec les aspirations des diverses organisations visant l'intérêt général. La possibilité d'offrir de nouvelles expériences enrichissantes pour les individus peut effectivement constituer un moyen pour répondre aux objectifs des institutions éducatives, sanitaires ou sociales et autres collectivités et services publics.

Baptista, Alves et Matos (2019) énumèrent les objectifs régulièrement posés à la co-création en les classant en trois catégories :

- innovation : la co-création permettrait de surmonter les difficultés rencontrées par ces services, car elle permettrait de générer de nouvelles ressources, d'améliorer la perception de ces organisations par les citoyens et de « réconcilier » les bénéficiaires directs de ces services avec le reste des citoyens.
- prise de décision améliorée : la co-création favoriserait l'émergence d'idées nouvelles, des décisions plus éclairées, et la délivrance de services plus efficaces (car plus orientés vers les besoins du citoyen) et plus efficaces ; elle pourrait aussi avoir des effets positifs sur la santé.
- bénéfices symboliques : la co-création favorise la démocratie, l'empowerment des populations et la « stabilité sociale », en développant un « sens de la communauté » (p. 12),

4.3. Le domaine de la promotion de la santé

4.3.1. Les attentes sur le plan de la santé

Si l'évaluation des effets reste encore à développer, on observe dans la littérature que les diverses démarches de participation de niveau élevé sont pourtant susceptibles d'apporter de nombreux bénéfices sur la santé des populations.

En se référant plus particulièrement à la co-création, celle-ci peut théoriquement avoir un effet préventif, si elle permet de réduire les risques pris par les individus tel que l'évoquent Ramaswamy et Guillard (2010), puisque les stratégies de prévention majoritairement à éviter l'exposition à des risques pour la santé.

En promotion de la santé, les résultats espérés de la participation sont l'amélioration du bien-être et de la santé des personnes. Mais de manière plus spécifique, le choix d'engager une démarche de participation utilitariste est souvent justifié par les finalités suivantes (Rifkin, 1996, cité par Campagné et al., 2017) :

- favoriser la fréquentation et la pertinence des services de santé ;
- réduire les coûts induits par les institutions et professionnels en mobilisant davantage les communautés à leur place ;
- soutenir le changement comportemental des personnes en faveur d'habitudes de vie saines ;
- renforcer la responsabilité des individus dans la prise en charge de leur propre santé.

Mais quels sont les résultats effectifs de la co-création en promotion de la santé ?

4.3.2. Résultats effectifs des démarches participatives

La participation des groupes cibles à la conception et à la mise en œuvre des actions de promotion de la santé est régulièrement posée comme un déterminant de leur efficacité, en particulier pour améliorer la santé des populations, et de leur durabilité (Nutbeam, 1998 ; Griebler, Rojatz, Simovska, & Forster, 2017).

Des résultats positifs des démarches participatives mises en œuvre dans le cadre des services de santé sont recensés dans la littérature. La co-production permettrait tout d'abord d'améliorer ces services (Palumbo, 2016), en particulier l'expérience des soins par les patients, avec l'accroissement de leur satisfaction, mais aussi l'augmentation de l'efficacité de ces services et de l'innovation, la réduction des risques qui y sont liés et des coûts. La co-production (co-design et co-délivrance) des services amènerait également à une amélioration directe de la santé des usagers impliqués (Farmer, Taylor, Stewart & Kenny, 2017 ; Palumbo, 2016). Cela serait rendu possible par le fait que ces démarches permettent d'augmenter le niveau de littératie en santé et la connaissance du système de santé par les individus, influençant l'adoption de comportements favorables à la santé et l'usage profitable des services. Le bien-être serait favorisé par ces démarches grâce au développement du pouvoir citoyen et du lien social qu'elles peuvent offrir (Farmer, Taylor, Stewart & Kenny, 2017).

La participation communautaire et l'empowerment ont montré des effets sur la santé des personnes impliquées. Il convient d'en faire état quand on sait que les mécanismes sous-jacents restent encore mal compris (Rifkin, 2014 ; Chuah et al., 2018) et que les démarches de participation, d'action communautaire et d'empowerment tendent à être opérationnalisés dans

des actions similaires. La participation communautaire est associée à une amélioration directe de la santé de la population, mais aussi un plus grand accès aux services et une plus grande pertinence de ces derniers (Preston et al., 2010). Elle est reconnue comme un facteur favorisant l'amélioration et le maintien d'interventions en santé publique (Rifkin, 2014). Les résultats de ce type de démarche dépendraient de divers facteurs contextuels, mais aussi du degré d'implication et de pouvoir accordé aux communautés (Rifkin, 2014 ; Chuah et al., 2018). En effet, la participation passive (information et consultation) pourrait certes améliorer les services de santé, mais plus la participation engagée se rapproche du contrôle citoyen, plus les effets positifs sur le capital social, les conditions de vie et donc sur la santé et les inégalités sociales de santé sont significatifs (Popay, 2010). Quant à l'empowerment, il permet l'augmentation des compétences et capacités d'adaptation et une utilisation plus efficace des services de santé par les individus, mais aussi de réduire les disparités dans l'accès aux ressources et d'améliorer la mise en œuvre des politiques de santé publique (Cyril, Smith, & Renzaho, 2015).

Les inégalités sociales pourraient être améliorées en utilisant les stratégies d'engagement communautaire (O'Mara-Eves et al., 2015). Les interventions de santé publique basées sur ce type d'approches sont particulièrement efficaces auprès des populations défavorisées au niveau des comportements, des conséquences sur la santé, de l'auto-efficacité et du soutien social. Les résultats de ces interventions sont également plus importants quand elles engagent les membres de la communauté en phase de mise en œuvre et qu'elles impliquent le développement de compétences ou de la formation (O'Mara-Eves et al., 2015).

Mais il existe des résultats positifs de la participation en promotion de la santé qui sont spécifiques au domaine dans lequel elle est mise en place, par exemple en milieu scolaire.

4.3.3. Les effets de la participation des élèves à l'école

Dans l'étude de Brooks et Magnusson (2006) présentée plus haut, les jeunes ont exprimé des effets positifs en lien avec leur santé suite aux changements opérés. Les filles ont dit se sentir moins complexées par leur corps avec une tenue de leur choix. Les incitations à participer plutôt qu'à la performance et l'attitude soutenante des enseignants ont amené les élèves à se sentir plus confiants et capables dans le domaine de l'activité physique. Un changement culturel s'est opéré, passant d'une atmosphère compétitive à plus de coopération, où l'agressivité est moindre entre garçons. Les nouveaux choix d'activités ont révélé des habiletés physiques jusque là méconnues pour certains. Les élèves ont également rapporté être plus motivés

pour faire une activité sportive hors de l'école. Enfin, les enseignants ont exprimé un sentiment de réussite, parce qu'en une année, ils sont passés d'une situation où presque aucun étudiant ne participait aux leçons d'éducation physique, à des leçons avec seulement 3-4 qui ne prenaient pas part à l'activité.

Cette illustration montre que les actions de promotion de la santé en milieu scolaire peuvent donner des résultats très encourageants, grâce aux stratégies de participation active des élèves. Griebler et collaborateurs (2017) le confirment dans une revue systématique, rapportant des effets significatifs de ces interventions participatives sur les élèves participants en particulier (amélioration de leur motivation, des compétences susceptibles d'influencer leur santé, de la littératie, de l'estime de soi, des comportements de santé notamment), mais aussi sur l'école (environnement plus propice au travail collaboratif, climat scolaire), les interactions entre élèves et avec les adultes, ainsi que sur les autres acteurs en lien avec l'école (allègement de la charge de travail des enseignants, plus d'engagement des parents).

En somme, les approches participatives détiennent un potentiel non négligeable pour promouvoir la santé des plus jeunes, mais aussi de toute la population. En raison de ces bénéfices potentiels sur la santé des personnes, mais aussi parce qu'elle correspond aux principes fondamentaux qui sous-tendent la promotion de la santé, la participation constitue une stratégie presque indispensable à cette dernière. Mais quelles sont les pratiques sur le terrain ?

5. Les pratiques de participation en promotion de la santé

5.1. Enjeux autour des pratiques de la participation

Sur le plan international, le constat d'une faible généralisation des pratiques théoriquement efficaces en promotion de la santé est relevé (Ridde, 2016). Les approches participatives font partie de ces stratégies dont l'intérêt est souligné dans de nombreuses sources scientifiques et qui sont recommandées pour promouvoir la santé. Cependant, bien qu'une amélioration des services et un impact positif sur la santé des usagers puissent être attendus dans une approche de participation active comme la co-création, il reste difficile de garantir des résultats effectifs, car leur évaluation reste assez peu étudiée (Voorberg et al., 2013), en particulier lorsqu'on veut distinguer des niveaux d'implication.

De plus, nous avons vu que la participation était une notion aux contours mal définis, ce qui peut amener à des interprétations variables de ce qu'elle implique. Cela se traduit par une rare mention à la co-création dans le champ de la promotion de la santé, et des pratiques très variées sur le terrain. Les démarches de participation de niveau élevé ou active viennent bouleverser les places de l'ensemble des parties prenantes impliquées dans les services publics. Leur mise en œuvre requiert des « changements systémiques » profonds au sein des processus politico-administratifs en vigueur (Torfing et al., 2016). Ces changements n'ont pas lieu dans de nombreux projets qui se revendiquent dans une démarche participative. Ils relèvent dans le meilleur des cas de la co-production, car l'institution qui le déploie reste dans une position dominante (Osborne, 2017).

En France, la participation citoyenne se traduit le plus souvent par de l'information, éventuellement de la consultation ou par des « injonctions participatives » où l'implication ou co-production avec le citoyen sont encadrées et déjà pensées (Carrel, 2017). Dans le cas des services de santé, la France a axé son approche de la participation sur le droit de usagers à être entendus ; les pratiques de collaboration patients-soignants qui impliqueraient de co-créer ou co-produire les services restent quant à elles très peu investies (Bousquet & Ghadi, 2017). Cela s'explique par un éloignement des objectifs d'empowerment ou d'amélioration des politiques et services publics, au profit d'une instrumentalisation pour gagner en légitimité auprès de la population (Carrel, 2017). Or, la participation constitue réellement une démarche promotrice de santé, à condition d'impliquer un partage de pouvoir des décideurs, des services et des professionnels avec la population ou les groupes ciblés (Popay, 2010). La forme habituellement pratiquée en France ne correspond pas à ce type d'approche participative.

Mais comment peut-on expliquer cette faible dissémination des pratiques de participation active ? Nous nous interrogerons donc sur les processus qui entravent le passage à la dissémination et à l'adoption de ces formes de participation, dans une perspective de recherche translationnelle (Dankwa-Mullan, 2010).

5.2. Identifier les facteurs de mise en œuvre et de diffusion

5.2.1. Modèles issus de l'*implementation science*

L'explication de la mise en œuvre limitée des stratégies reconnues comme efficaces en promotion de la santé, dont fait partie la participation, résiderait dans les facteurs contextuels (Ridde, 2016). Ils sont au cœur de la science de l'implémentation, qui est la « mobilisation de

théories, concepts et méthodes pour mieux comprendre quelles interventions, pourquoi, et comment elles fonctionnent dans les conditions du monde réel » (Peters, Tran et Adam, 2013, cités par Ridde, 2016, traduction libre). Mettre en avant les facteurs d'implémentation consiste à identifier les éléments qui entourent une intervention donnée et qui ont une influence sur l'effectivité de sa mise en pratique comme prévu et la mesure dans laquelle elle permet d'obtenir les résultats visés (Bejarano et al., 2019). Repérer et prendre en compte la diversité de ces facteurs est une démarche importante pour mettre en place des programmes de promotion de la santé efficaces dans un contexte donné.

Divers outils ont été développés en implementation science, qui permettent d'évaluer la mise en œuvre de programmes et leurs facteurs, comme le CFIR pour les services de santé (Damschroder et al., 2009). Aarons, Hurlburt et Horwitz (2011) ont développé un modèle conceptuel de mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes dans les secteurs publics. Leur approche consiste à distinguer des facteurs internes et externes à l'organisation, selon les différentes phases de la mise en œuvre : exploration, préparation, implémentation active et maintien. Ce modèle et les facteurs qu'ils ont identifiés pour les services publics apparaissent en figure 2. La distinction de ces phases rend leur modèle particulièrement intéressant pour notre recherche.

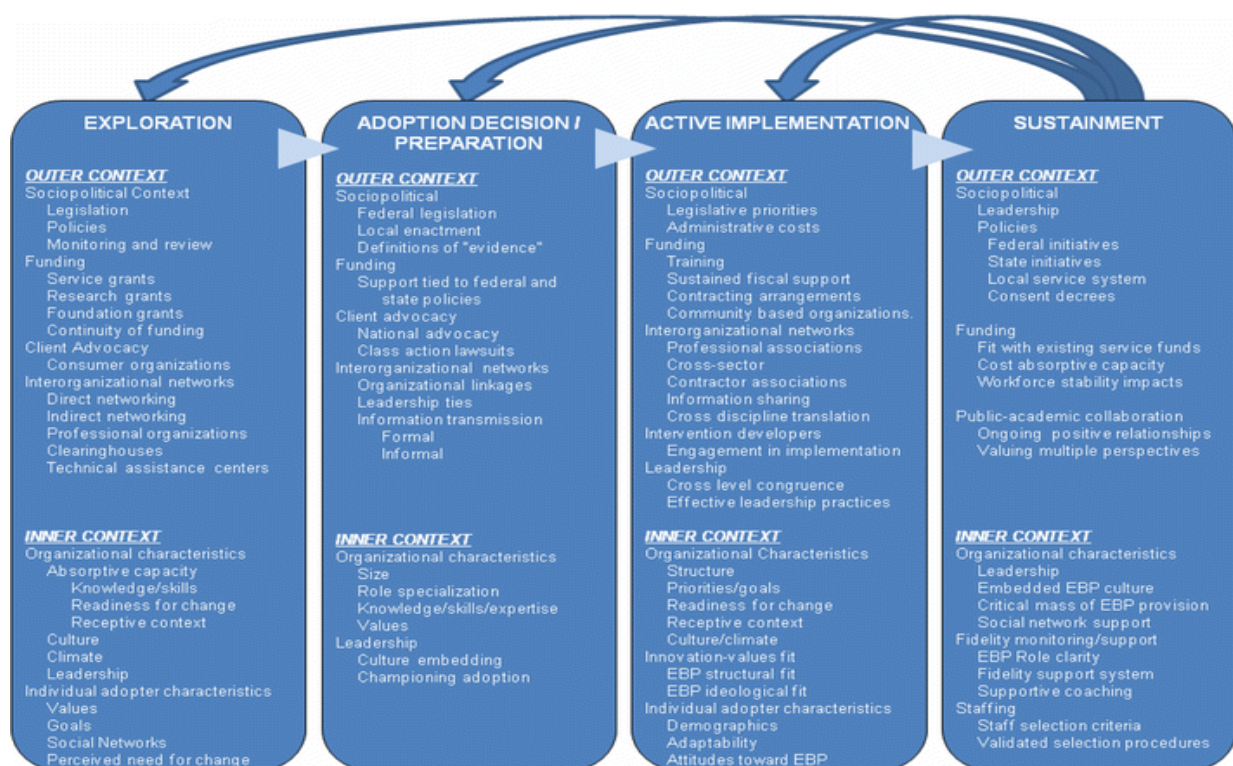


Figure 2. Modèle conceptuel des phases de mise en œuvre et des facteurs affectant la mise en œuvre dans les secteurs des services publics (schéma produit par Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011)

5.2.2. Facteurs des actions de promotion de la santé

Divers articles mettent en avant les facteurs de mise en œuvre de stratégies et actions qui relèvent spécifiquement de la promotion de la santé. Darlington, Simar et Jourdan (2017) les classent selon les catégories suivantes :

- les caractéristiques des personnes mobilisées pour exécuter et/ou recevoir le programme, dont la motivation ;
- les caractéristiques du cadre (vision commune, charge de travail, etc.) ;
- les caractéristiques de la collectivité (politiques, financement, intersectorialité, contexte culturel et historique, etc.) ;
- le contexte macro-national (organisation politique, systèmes de financement) ;
- les caractéristiques du programme (utilisation d'une approche écologique, ascendante ou descendante, durée, formation, compatibilité avec la culture du milieu, etc.).

Ces catégories de facteurs concernent l'implémentation de programmes spécifiques de promotion de la santé, qui peuvent, ou non, inclure une approche participative.

5.2.3. Facteurs de la participation et de la co-création

Les déterminants de la mise en œuvre de démarches participatives actives ont été étudiés pour le domaine des services publics. Voorberg et collaborateurs (2013) relèvent notamment des facteurs de la co-création au niveau :

- de l'organisation : compatibilité, ouverture des acteurs politiques, culture et tradition institutionnelle favorable ou non à ce type de démarche, connaissance des avantages associés ;
- du citoyen : volonté, valeurs, éducation, conscience du pouvoir d'influence, capital social.

En promotion de la santé, cinq barrières à une pratique plus efficace de *community engagement* sont identifiées par Pickin et collaborateurs (2002, cité par Popay, 2010) :

- la capacité et la volonté des communautés à s'engager ;
- les aptitudes et les compétences du personnel des professionnels de la santé ;
- la prédominance des cultures et des idéologies professionnelles ;
- l'éthique et la culture organisationnelle ;
- la dynamique du système politique local et national.

6. Problématisation et question de recherche

En somme, les démarches de participation active apparaissent comme une stratégie pertinente pour promouvoir la santé des populations, comme stratégie qui permet d'agir sur les inégalités sociales de santé, et le bien-être des populations, de manière directe ou par le biais de l'empowerment ou de l'amélioration des services. La diversité des bénéficiaires qu'elle peut apporter justifie la valorisation croissante de ces approches dans les textes internationaux et la législation. Pourtant, la diffusion de cette stratégie dans les actions mises en œuvre par les personnes impliquées dans la promotion de la santé reste limitée. Plusieurs points émergent de notre revue de la littérature à propos de cette implémentation.

Tout d'abord, la participation ne fait pas l'objet d'une conception commune, ce qui se manifeste par des activités sur le terrain très hétérogènes et aux appellations variées. Cela est important à considérer puisque l'on ne pourra espérer de tous les types d'actions dites participatives de correspondre à la démarche de promotion de la santé et d'avoir des effets significatifs sur le bien-être des populations : ce sont les niveaux les plus élevés qui le pourront. Or, caractériser les pratiques de participation et faire la différence entre des méthodes participatives symboliques, et celles qui impliquent vraiment les personnes, se révèle difficile. Ceci constitue une première difficulté probable pour la mise en œuvre de la participation, à laquelle s'ajoute l'hétérogénéité du domaine de la promotion de la santé, qui par sa nature intersectorielle, concerne une grande diversité de publics, professionnels, et contextes avec des contraintes spécifiques.

Ensuite, l'implémentation des démarches de promotion de la santé et de participation dépend de facteurs, dont l'identification fait l'objet de diverses recherches. Celles-ci apportent un éclairage intéressant pour appréhender les raisons d'une frilosité dans l'utilisation de méthodes participatives, mais s'intéressent principalement à l'efficacité des programmes. Nous n'avons pas été en mesure de trouver de référence traitant des facteurs qui conditionnent les initiatives de démarches participatives actives en général ou distinguant des phases comme dans le modèle d'Aarons, Hurlburt & Horwitz (2011).

De plus, l'analyse des facteurs est en général abordée sous l'angle d'un milieu particulier, comme l'école, ou d'une profession : sont identifiés des facteurs à la mise en place d'activités de promotion de la santé par les infirmières (Nekaa & Berger, 2018) et les enseignants (Miglioretti et al., 2012), ou encore les freins à l'action participative et à l'empowerment par les travailleurs sociaux (Carrel & Rosenberg, 2014). La difficulté à

circonscrire le groupe des « promoteurs de santé » et le caractère parfois non évident de leur action sur la santé, amènent à une exploration limitée des facteurs de mise en œuvre d'interventions participatives par l'ensemble de la *public health workforce*.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, ce mémoire consistera en une recherche exploratoire pour mettre en avant les facteurs qui conditionnent la mise en œuvre de la participation par les promoteurs de santé. Comme suggéré par Bejarano et collaborateurs (2019), nous adopterons une approche participative, où les perspectives des acteurs de la *health promotion workforce* seront recueillies, parce que ces professionnels sont les porteurs (potentiels) de la participation, et sont confrontés quotidiennement à la réalité du terrain.

Si nous ne nous engageons pas dans une recherche d'évaluation ou d'*implementation research* sur la mise en œuvre d'une intervention particulière, nous nous inspirerons de cette approche pour notre étude. Notre approche consistera à recueillir le point de vue des professionnels sur les facteurs qui influencent leurs pratiques de la participation, en tentant d'identifier des enjeux communs dans la diversité de leurs actions et contextes de travail. La finalité est de pouvoir dégager des pistes de réflexion pour mieux cerner les enjeux pour le public de la *health promotion workforce*, et favoriser la diffusion des méthodes de participation active dans leurs actions, afin de pouvoir, in fine, contribuer à promotion de la santé des populations. Ainsi, ce mémoire traitera la question de recherche suivante :

Quels sont les facteurs qui influencent la mise en œuvre de démarches participatives, identifiés par les professionnels de la *health promotion workforce* ?

Nos hypothèses sont les suivantes :

H1 : il existe des facteurs qui sont identifiés communément par les professionnels de la *health promotion workforce* malgré leur diversité, qui favorisent ou freinent la mise en œuvre d'actions participatives.

H2 : les facteurs identifiés dans le discours de ces professionnels se situent au niveau des individus, de l'organisation et du contexte socio-politique élargi, en particulier : la motivation des professionnels et des participants, la formation et les compétences du personnel, l'ouverture de la culture professionnelle et de l'organisation, des politiques qui font mention de la participation.

II. MÉTHODOLOGIE

Notre recherche est de nature exploratoire, puisqu'elle vise à circonscrire les facteurs des phases précoces de mise en œuvre des démarches participatives pour le public des promoteurs de santé spécifiquement. L'idée est d'aboutir sur des axes de réflexion qui offriront la possibilité de poursuivre sur une recherche de type explicatif-diagnostic (Trudel, Simard & Vornax, 2006) pour comprendre de façon plus générale pourquoi la participation active est limitée dans les pratiques de ces professionnels.

1. Cadre et terrain de recherche

1.1. Présentation du stage et du projet Co-Creating Welfare

La recherche s'est déroulée dans le cadre de mon stage effectué à l'ESPE de Saint-Etienne (Université Claude Bernard Lyon 1), avec l'équipe de recherche qui travaille sur des thématiques autour de la promotion et d'éducation à la santé. Ma mission consistait principalement à participer à la finalisation du projet Co-Creating Welfare (CCW), porté par le programme européen Erasmus+.

L'objectif global du projet Co-Creating Welfare tel que décrit sur le site internet (Co-creating Welfare Project, 2017a) est d'améliorer la mise en œuvre de la co-création dans le secteur du *welfare* au niveau local, par le développement et l'expérimentation d'un ensemble européen commun de matériel de formation pour les professionnels de ce secteur. Il s'agit des praticiens exerçant dans le domaine des soins de santé, du social, de l'éducation et de la jeunesse. L'ambition est de promouvoir la réorganisation des services et l'efficacité nécessaires dans le secteur du *welfare* en Europe.

1.2. Articulation entre projet, mission et recherche

De manière similaire aux résultats notre revue de littérature, le projet fait le constat d'une diffusion réduite des démarches participatives sur le terrain. La description de ce que le projet désigne comme les praticiens du *welfare* peut correspondre à ceux que nous avons dénommés les promoteurs de santé, parmi lesquels les professionnels de la *wider health promotion workforce* (Centre for Workforce Intelligence, 2015). Notre recherche cible donc le même public et la même problématique, mais le projet propose une solution sur la base du postulat que le facteur explicatif de ce problème réside dans la formation des professionnels.

Malgré cela, la proximité des caractéristiques du projet et de notre recherche a permis d'offrir un terrain d'enquête très opportun.

Ce terrain était d'autant plus favorable qu'une partie de ma mission consistait à organiser une journée de dissémination du projet. Il s'agissait de convier un maximum de promoteurs de santé à participer à des ateliers qui leur permettrait de connaître des outils de co-création développés dans le projet, tout en élaborant une réflexion collective sur des sujets liés à la participation et à la co-création. J'ai travaillé avec mes collègues et tuteurs chercheurs sur l'organisation de ces journées et le contenu des ateliers, et co-animé ces derniers. J'ai en particulier utilisé l'outil dénommé le Cube pour soutenir la réflexion autour des obstacles à la mise en œuvre de la co-création.

Ces éléments m'ont permis de faciliter le recueil de données pour plusieurs raisons : je pouvais accéder facilement au public ciblé par la recherche ; je pouvais collecter des informations qui étaient le fruit de réflexions issues de méthodes de participation active du public d'intérêt et sur mon sujet de recherche ; enfin, je pouvais personnellement expérimenter la mise en œuvre de démarches participatives.

C'est pourquoi j'ai pu articuler trois méthodes qualitatives pour ma recherche.

2. Recueil des données : méthodes

La recherche qualitative a paru évidente à ce stade exploratoire, les facteurs ne devant pas être quantifiés, mais identifiés, pour tenter de comprendre le phénomène d'une dissémination réduite des pratiques de co-création. Trois types de recueil de données qualitatives ont été choisis. La triangulation des méthodes et des sources devait permettre de contrôler les biais a minima et d'avoir une connaissance plus complète du milieu et du phénomène (Berger et al., 2010).

2.1. Technique de co-création : le Cube

Le Cube est un outil qui permet de « capture ideas from everyone in an idea generation session even those who might not normally be able to project their thoughts » (Co-Creating Welfare Project, 2017b). Il s'agit d'un cube en papier, sur lequel les participants peuvent écrire ou dessiner librement. Un thème de discussion leur est proposé, et le Cube circule parmi les participants, servant de bâton de parole. Après un temps déterminé, l'activité est

stoppée par l'animateur, puis le Cube est déplié afin d'observer ce qui a été écrit et de faire une synthèse sur ce qui a été abordé.

Nous avons eu recours à un échantillonnage opportun dans ce cas. Pour les journées de dissémination du projet, le public attendu était des professionnels correspondant au public des promoteurs de santé en raison de leurs professions ou secteur d'activité (infirmiers.ères scolaires, assistant.e.s sociaux.les, agents dans les services de santé des collectivités, enseignants, etc.). La question devant alimenter nos données et présentée par écrit aux groupes est la suivante : *Quels sont les problèmes et les obstacles à l'utilisation de la co-création dans une organisation ?* Dans ce cadre, cette formulation par « obstacles » nous a paru plus simple à traiter que d'évoquer le terme « facteurs ». Le thème des journées étaient la co-création, d'où la focalisation sur cette démarche plutôt que les approches participatives, mais elle permet de faire référence à la participation active. En tout, trois ateliers Cube par jour étaient prévus, sur trois journées.

2.2. Entretiens individuels

Si les méthodes de co-création favorisent l'émergence des idées grâce à l'intelligence collective, elles ne permettent cependant pas de recueillir le contenu détaillé de l'expérience personnelle. Le recours à l'entretien vient compléter les autres données, parce qu'il devait permettre d'explorer de manière profonde les perceptions des promoteurs de santé. Nous avons fait le choix de l'entretien semi-directif, pour laisser suffisamment d'espace à la personne pour s'exprimer et partager les détails de ses expériences, tout en restant ciblés sur les thèmes à aborder.

L'échantillonnage a été opéré sur la base du critère d'appartenance a priori au public d'intérêt de promoteurs de santé (dont la *wider public health workforce*), du fait de leur secteur d'intervention ou de leur profession, avec une volonté d'avoir des personnes interrogées qui exercent des fonctions très différentes les unes des autres. Nous avons rédigé un guide d'entretien qui fait apparaître les questions à poser, d'éventuelles questions de relance et les objectifs associés (consultable en Annexe 2). Il devait offrir la possibilité d'aborder la question de recherche et de répondre aux hypothèses. L'ordre et la forme des questions ont été pensés de manière à rendre l'ensemble logique et en lien avec les objectifs. Le guide se présente sous la forme de 7 rubriques :

- La première devait permettre d'identifier si la personne appartenait effectivement à la *public health workforce* et à quelle catégorie. Elle se réfère au diagramme de décision de Walters, Sim et Schiller (2002).

- La deuxième et la troisième visaient à comprendre la perception générale sur la participation et si elle avait déjà été expérimentée et de quelle manière. L'objectif était de savoir si la personne avait déjà initié des démarches participatives, et de cerner ce qu'elle considérait comme participation, en interrogeant plus particulièrement sur la portée, l'étendue et la profondeur (Harder, Burford & Hoover, 2013) des actions mises en œuvre.

- La quatrième offrait la possibilité de faire parler les sujets sur leurs perceptions de facteurs à la participation dans leur travail sans introduire de biais, avant de les confronter aux observations d'autres personnes sur ce même sujet dans la cinquième rubrique. Cette hétéro-confrontation s'inspire des méthodes d'auto-confrontation (Clot et al., 2000) et consistait à présenter en liste brute les traces recueillies dans l'activité du Cube. Le sujet était invité à acquiescer et à faire part de ses commentaires lorsqu'il entendait un élément qui lui paraissait un facteur important de la mise en œuvre des démarches participatives. L'objectif était d'identifier les points qui font consensus entre les professionnels, mais aussi de stimuler la réflexion du participant sur des facteurs qu'il n'aurait pas pensé à mentionner spontanément.

- Enfin, la sixième question réinterroge de manière plus générale les facteurs, où l'on attendait d'éventuels autres apports dans un processus de réflexion spiralaire.

Les entretiens seront enregistrés et retranscrits pour être sous une forme textuelle plus facilement exploitable.

2.3. Observation participante

La fonction de stagiaire chargée d'organiser et d'animer les journées de dissémination du projet CCW a permis de recueillir des données par le biais d'une forme d'observation participante. Cela rend possible l'expérimentation en tant que membre de la *public health workforce* de la possibilité de mettre en œuvre des méthodes participatives et ses facteurs. L'intérêt de cette méthode est de mieux comprendre le vocabulaire employé par les sujets interrogés, d'aborder des éléments dont ils ne voudraient ou ne pourraient pas parler, ou encore de se rapprocher du factuel en constatant les distorsions perceptives des individus (Becker & Geer, 1957).

Dans cette démarche, j'ai tenu un carnet de bord sur mon expérience depuis le début du stage et en particulier sur les journées de dissémination du projet CCW. Je devais prendre des notes sur les tâches et le travail de notre équipe autour du projet, les leviers et difficultés rencontrés pour les effectuer, les échanges, les comportements, mais aussi mes ressentis et mes idées éventuelles dans une forme d'introspection, qui s'ajouteraient aux perceptions des acteurs de terrain recueillies par les autres méthodes.

3. Traitement des données

Les éléments textuels issus des traces sur les Cubes, de la retranscription des entretiens et du carnet de bord ont été répertoriés par mode de recueil pour présenter les résultats, de manière synthétisée avec verbatims pour les entretiens et l'observation. Nous avons aussi fait un tableau sur la validation des items du Cube lors de l'hétéro-confrontation en entretien. Nous avons également attribué une catégorie de promoteurs de santé pour les divers participants en fonction de leur travail et/ou de leur réponse à ce sujet dans les entretiens (praticiens, experts ou membres de la *public health workforce* élargie).

Chaque groupe de données a fait l'objet d'une analyse de contenu centrée sur la nature des facteurs à la mise en place de la participation. Nous avons fait émerger des catégories parmi eux en procédant en 3 étapes :

- identification progressive de thèmes par lecture continue de la synthèse des résultats des entretiens et de l'observation, notés à côté des paragraphes concernés ;
- regroupement des éléments des Cubes au sein de catégories ;
- croisement des données en ajoutant ou en incluant les thèmes de la lecture dans les catégories ayant émergé de l'analyse des Cubes.

Enfin, cette analyse transversale des facteurs a été confrontée aux résultats de la littérature et aux critères de modèles de classification issus des sciences de l'implémentation.

4. Déroulement effectif de la recherche et échantillon

Concernant le recueil via l'outil Cube, nous avons finalement animé cinq ateliers Cube, avec pour chacun entre 6 participants, sur trois jours consécutifs (premier jour : Cubes 1 et 2 ; deuxième jour Cubes 3 et 4 ; troisième jour : Cube 5). Une photo du Cube n°1, pour exemple, est visible an Annexe 1. Les personnes étaient invitées à se mettre en rond, puis les

règles leur étaient expliquées. La question était présentée à l'oral et sur une feuille mise au centre. Il fallait rappeler régulièrement à chaque groupe de bien faire circuler le Cube (et la parole) et d'écrire dessus l'idée qu'ils étaient en train de développer. Comme le contexte invitait à l'échange, il est arrivé que ce soit une autre personne qui résume une idée discutée dans le groupe sur le Cube. Le déroulement un peu précipité des activités prévues et la responsabilité de l'organisation et de l'animation des journées ont parfois pris le pas sur l'objectif de recueil de données pour la recherche, c'est pourquoi ces dernières ne sont pas aussi complètes qu'on aurait pu l'espérer (par exemple, le récapitulatif écrit au tableau durant la phase de synthèse après avoir ouvert le Cube n'a été pris en photo qu'une seule fois).

Les entretiens ont été conduits auprès de quatre personnes et se sont déroulés par téléphone et au domicile d'une des répondantes. Les sujets appartenaient à notre réseau amical et professionnel. Au cours de l'entretien, des notes précises ont été prises par ordinateur, de manière aussi fidèle que possible au vocabulaire employé par les sujets. Par ailleurs, ils ont été enregistrés, sauf pour l'un d'entre eux en raison d'un problème technique, puis retranscrits partiellement (voir Annexes 3 à 6). Nous avons ajusté nos questions selon le cours des entretiens, quand nous avons besoin de plus de précisions sur un sujet abordé, ou par exemple concernant le mot *communauté* dans la question proposée par Walters, Sim et Schiller (2002), qui a induit du doute chez les sujets. Il n'est pas défini de manière consensuelle dans la littérature (Hyppolite & Parent, 2017), ni dans la Charte d'Ottawa, bien qu'elle y fasse référence. Cependant, rappelons que cette Charte décrit la promotion de la santé comme ayant pour objectif de « donner aux *individus* davantage de maîtrise de leur propre santé ». C'est pourquoi nous avons estimé pertinent de valider l'appartenance à la *health promotion workforce* lorsque les personnes répondaient par l'affirmative à la question sur leur contribution au maintien de la santé des *personnes* (à la place de *communautés*).

Au total, 34 personnes ont participé à la recherche à travers leurs contributions durant les ateliers Cube et les entretiens individuels. La majorité étaient des femmes (31). Les participants représentaient un panel très varié de secteurs et de professions : professionnels de santé, travailleurs sociaux, autres salariés du secteur de l'éducation nationale, de l'animation, de la formation et de la recherche. Bien que nous ne recherchions pas de représentativité statistique étant donnée la nature de la recherche, les participants présentent une diversité de profils intéressante pour recueillir les perceptions de multiples acteurs de la *public health workforce*. Les profils sont résumés dans le tableau 1 ci-dessous.

Recueil	Nombre et sexe	Professions / postes / secteurs d'activité	Catégorie de public health workforce (hypothétique / testée)
Cube 1	11F	Infirmier.ères de l'Education Nationale ;	<i>Praticiens</i>
Cube 2	1H	Infirmière de prévention en collectivité locale.	
		Assistant.e.s sociaux.les de l'Education Nationale ;	<i>Élargie</i>
Cube 3	11F	Infirmier.ères de l'Education Nationale ;	<i>Praticiens</i>
Cube 4	1H	Assistant.e.s sociaux.les de l'Education Nationale.	<i>Élargie</i>
Cube 5	2H	Infirmière de l'Education Nationale	<i>Praticiens</i>
		Psychologue clinicien	
	4F	Chargée de mission réseau d'éducation à la santé	<i>Élargie</i>
		Inspecteur de l'Education Nationale	
		Artiste-clown en hôpital	
	Cadre de santé formateur		
Entretiens	4F	Coline : chargée de mission réseau d'éducation à la santé	<i>Élargie</i>
		Alice : éducatrice spécialisée en CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale)	
		Fantine : animatrice / assistante d'éducation	
		Sarah : infirmière conseil pour un prestataire de santé	<i>Praticienne</i>

Tableau 1. Profils des participants à la recherche (méthode du Cube et entretiens).

- La colonne « nombre et sexe » rapporte le nombre d'hommes (H) et de femmes (F) participants.
- La colonne « catégorie de la public health workforce » classe les participants selon les trois catégories décrites dans la revue de littérature (experts / praticiens / acteurs de la santé publique élargie) à partir des réponses des personnes au diagramme de décision de Walters, Sim et Schiller (2002), ou sur nos suppositions établies à partir du type de profession (en italique).


Enfin, pour l'observation participante, les notes étaient prises a posteriori, en général en fin de journée. Le temps parfois contraint, surtout le mois précédant les journées de dissémination, a sans doute réduit le nombre d'informations qu'elles auraient pu contenir. De plus, mon travail était effectué la plupart du temps en autonomie, quelques fois à distance, et les échanges avec les autres professionnels qui travaillaient sur le projet n'étaient pas quotidiens. C'est pourquoi mes notes contiennent plus d'informations sur ma propre perspective que d'observations sur celle des autres.

De manière globale, le temps imparti pour l'ensemble de la recherche était réduit et celle-ci était imbriquée dans nos missions de stage : cela a conduit à quelques oublis lors du recueil des données, et des imprécisions probables dans l'analyse des résultats.

III. RÉSULTATS



1. Données issues de la méthode du Cube

Nous présentons ici, sous forme de tableau, par faces successives et par cube (ordre chronologique), le contenu des traces laissées par les participants suite aux échanges autour de la question : *Quels sont les problèmes et les obstacles à l'utilisation de la co-création dans une organisation ?* Les traits et dessins éventuels sont reproduits au même titre que le texte.

Jour 1 (27/05)	
Cube 1	Cube 2
Laisser la place au vide pour permettre la réflexion pour rebondir, réévaluer, réajuster	Réunir et trouver les partenaires Les enjeux institutionnels !
Il faut pouvoir débattre autour de valeurs communes Temps/Membres Proximités des membres	Perceptions et croyances concernant ses propres missions / compétences et celles des autres
Moyens de communication Préparation en amont Charte/règlement	S'éloigner de notre intérêt commun
Co-création, une fin en soi ? effets pervers Adhésion des participants. Équilibre	Peu de lien avec les partenaires
Définition idem pour tous. Δ à la manipulation. Honnêteté enfer pavé de bonnes intentions	Les échanges d'information Arriver à faire participer les gens
Nombre Entente Valeurs communes  égalité des membres	Le désir de participation du public Le temps

Jour 2 (28/05)	
Cube 3	Cube 4
Sécurité Règles institutionnelles hygiène sécurité - Aspect pécunier	Acceptation de l'égalité de savoir. Représentations sociales des acteurs
- Garder l'envie de l'implication du projet - La dynamique de groupe - Temps	Manque de malléabilité Contraintes de temps Contrainte d'objectif – Quel objectif ?

(case vide)	L'Institutionnelle mammoth (<i>dessin représentant un mammoth</i>) L'implication en temps des personnes Manque de culture de la co-création
Manque de règles Penser à la dynamique du groupe avec modérateur bienveillant	A priori... +++ projet co-création limité par l'institution au niveau des budgets.
Personnes qui aiment le pouvoir Doute des gens	Difficulté de mettre en lien co-création et les demandes de budget « PEUR » Ne pas être dans la maîtrise
Remarques méprisantes à l'égard de nouvelles idées.	(case vide)

Jour 3 : Cube 5	
L'organisation de l'organisation. Temps - Face à face	Adhésion et mobilisation des usagers Domination et prise de pouvoir
Poids institutionnel Décision – Consensus - Dire et faire quel équilibre ?	Dilution et épuisement. Désillusion. Fantasme Représentation.
Cadre défini et souple Valeurs- Repères L'entre soi 	Niveau d'éducation Respect de l'individualité discrimination 

2. Données issues des entretiens

Les retranscriptions des entretiens sont consultables en Annexes 3 à 6. Nous avons synthétisé leur contenu et présentons ci-dessous, les perceptions et les facteurs que nous avons retenu dans le discours de chaque personne.

2.1. Perceptions et expériences de la participation

La façon d'appréhender les démarches participatives et leurs expériences par rapport à elles étaient très variables entre les quatre personnes.

Coline dit avoir été formée à la participation, et associe d'abord celle-ci à l'intelligence collective : elle estime que ces démarches reposent sur « l'idée que c'est pas une personne qui détient la connaissance, en fait c'est un processus d'émergence en fait au sein

d'un groupe donné ». Elle a dans son travail eu recours à des « techniques d'animation » qui visaient à « faire participer » des « acteurs de différents secteurs » afin de « les faire travailler sur des enjeux de santé ». Les démarches participatives étaient proposées à différentes phases, du début des projets pour « identifier les problématiques » mais aussi en phase d'évaluation. Les acteurs étaient quelquefois impliqués dans les décisions comme membres du comité de pilotage. Ce n'était pas le cas lorsque des citoyens ont été invités à participer.

Sarah lie participation et éducation thérapeutique du patient (ETP) : « dans ce que je fais moi, je dirais que c'est tout ce qui peut rendre mon patient acteur de son éducation thérapeutique ». Elle dit ne pas y avoir été formée, mais c'est ce qu'elle fait au quotidien dans son travail d'infirmière conseil pour un prestataire de santé à domicile, même si « normalement l'éducation thérapeutique elle est faite par l'hôpital ». L'objectif de la participation du patient pour elle est donc qu'il « puisse de lui-même avoir une gestion optimum de son diabète, entre guillemets que je serve plus à rien », en d'autres termes son « autonomisation ». Elle explique que pour cela, elle va « suggérer » aux patients « ce qui serait bien de faire pour améliorer leur prise en charge ». Son rôle est d' « apporter des outils » que le patient n'a pas, afin de « pouvoir analyser ses glycémies » par exemple, et donc « qu'il puisse de lui-même avoir le raisonnement de dire ah oui il faudrait peut-être mieux que je fasse comme ça ». Dans ces postes précédents en service d'urgence à l'hôpital et en libéral, elle n'a pas eu l'occasion de s'engager dans une approche participative, mais elle l'aurait souhaité parce qu'elle constate aujourd'hui que « quand on fait participer le patient, il comprend beaucoup mieux et surtout il est capable de retrouver le raisonnement logique » pour gérer différentes situations.

Fantine n'a pas été formée théoriquement sur la participation, mais a appris sur le terrain. Elle relate trois expériences, en s'interrogeant à chaque fois sur le caractère participatif de son action. La première était un stage, au cours duquel elle a élaboré « un travail d'enquête » pour pouvoir élaborer une proposition sur comment des « instances de participation citoyenne », vues comme concurrentes, pouvaient être complémentaires. Elle a interrogé divers acteurs des deux parties pour cela, et a organisé dans ce cadre un débat. La deuxième expérience est comme animatrice de colonie de vacances, au cours de laquelle étaient organisées chaque soir des agoras : « le principe c'était que les enfants décidaient de leur programme du lendemain ». Ces deux expériences ont été pour elle un « échec » car le

débat de la première « a juste été une engueulade généralisée » et « l'agora ressemblait à plus grand chose de démocratique à la fin » parce que les animateurs ont dû se montrer « beaucoup plus directifs ». La troisième, « la plus réussie » et celle où elle a « été formée pour la première fois à une vraie méthode de participation » selon elle, a eu lieu dans le cadre d'une formation BAFA qu'elle co-encadrait, où a été utilisée une méthode appelée « la grille ouverte », qui consistait à proposer aux jeunes de « créer eux-même leur formation » sur la base de ce qu'ils pensaient « avoir besoin en tant qu'animateurs ». Les jeunes ont donc créé, participé librement et parfois mis en œuvre en autonomie les modules de formation selon leur choix. Les animateurs les ont « accompagnés » et ont évalué les futurs animateurs : « on leur donne pas le BAFA si on considère qu'ils n'ont pas joué le jeu ». L'objectif de la démarche participative était, pour Fantine, « de rendre le stagiaire acteur de sa formation », pour lui permettre d'être « mieux formé », mais aussi d'« épanouir des adultes et futurs citoyens » dans une perspective d'« éducation populaire ». La participation consiste pour elle à « construire quelque chose en collectif et donner [son] avis », et peut prendre deux formes : soit elle cherche « une diversité d'opinions » et à savoir « ce que les gens veulent » avec un résultat non planifié, soit elle a un objectif qui « est presque un peu dans le moyen » et qui est de « faire prendre conscience », l'« autonomisation », la « responsabilisation ».

Alice inclut toutes ces dimensions dans sa perception de la participation, qu'elle associe dans un premier temps aux « méthodologies d'animation collective auprès des professionnels » visant à faire « émerger les idées », auxquelles elle a été formée récemment. Elle décrit par ailleurs une « participation individuelle » qui est une certaine « posture » du professionnel où les ressources de la personne accompagnée sont considérées, dans un travail mené « ensemble ». Cela se distingue pour elle d'une « participation collective » où ce sont les « pairs » qui amènent des solutions. Elle n'a pas encore eu l'occasion de mettre en œuvre des démarches participatives, mais va pour le faire dans le cadre d'un projet sur le bien-être auprès des hommes accueillis au CHRS où elle exerce. Elle a déjà « proposé un questionnaire pour recueillir les représentations sociales du bien-être par les résidents », sur ce qu'ils mettent en œuvre au quotidien, leur idéal, et comment les professionnels peuvent y aider. Elle prévoit d'organiser une séance collective où seront conviés tous les hommes, avec « une méthodologie de participation [...] favoriser les échanges ». Elle estime que les résidents seront impliqués dans la conception et la mise en œuvre du projet. Même si les objectifs ont déjà été pensés par l'équipe, ils ne savent pas vraiment sur quoi ça va aboutir, puisque lors de

la réunion collective, sera demandé aux hommes « s'ils veulent une action collective ». Une évaluation est prévue à laquelle les résidents vont « répondre », mais pas la concevoir.

2.2. Facteurs de la participation identifiés spontanément

Alice parle en premier lieu du « projet d'établissement », puis du « référentiel de compétences » de l'éducateur spécialisé : la mention de la participation dans ces documents peut être un facteur pour la mise en place de démarches participatives, selon elle. Elle poursuit avec « la motivation du professionnel » en lien avec celle de l'équipe. Elle parle aussi du CVS qui peut permettre aux personnes de « faire des retours ». Elle évoque en fin d'entretien une différence selon les « pays » et leur culture, ainsi qu'entre les « secteurs d'interventions », par exemple entre la « participation citoyenne demandée par élu municipal » et celle au sein d'un « centre de santé communautaire » ou en ETP : les « niveaux » de participation varient (simple « consultation » ou « influence sur le fonctionnement même d'un système »).

Coline mentionne en premier lieu « une volonté ou en tout cas une ouverture au niveau des décideurs » mais aussi « des acteurs plutôt opérationnels » et leur « motivation, intérêt ». Elle ajoute que la démarche doit être bien comprise et expliquée : « les règles du jeu doivent être claires dès le départ, si l'on décide de mettre en place une démarche participative il faut que tout le monde joue le jeu, soit d'accord ». A la fin de l'entretien, elle identifie comme levier la « communication, valorisation, vulgarisation » ou encore la « capitalisation », en expliquant l'intérêt de la démarche d'« evidence-based » : « le fait qu'il y ait des initiatives qui aient été évaluées et qui sont valorisées peut être un levier dans la mesure où ça permet de montrer aux gens que ça fonctionne ». Elle ajoute enfin que « la démarche [participative] en elle-même peut-être un frein », car « même s'il y a un cadre, en fait on n'est jamais sûr à 100 % de ce qu'on va avoir à la fin ».

Sarah évoque à diverses reprises le manque de temps comme explication au fait de ne pas mettre en place d'approche participative avec les patients, or dans son travail actuel, « organisationnellement [...] a des temps de suivi qui sont vraiment définis » pour faire participer. Un autre facteur évoqué en filigrane est la définition réglementaire des missions selon le métier ou l'organisation : « la législation définit pas mon rôle comme ça », « je suis pas un médecin je suis qu'infirmière, donc j'ai pas le droit de prescrire ou de dire vraiment des choses qui ne sont pas prescrites par un médecin », elle dit également que le cœur de sa

mission c'est « cibler sur l'éducation et sur l'amélioration de la prise en charge » car c'est le rôle de l'infirmier conseil « tel que pré défini par la réglementation ». Comme leviers, elle évoque la régularité des contacts avec les patients qui crée « une certaine promiscuité », mais aussi une attitude de « se mettre à leur hauteur » et faire preuve d'empathie, qui fait partie des « compétences de l'infirmière ». Elle évoque aussi l'existence d'« environnement propice », opposant les urgences où l'on « est scotché » sur les problèmes aigus, et le domicile des patients plus favorables car c'est « l'environnement de vie ». Elle soulève enfin la nécessaire « adaptabilité » qui s'oppose au respect strict des « protocoles » : « quand on essaye d'amener l'éducation et la participation [...] il faut vraiment que ce soit adapté au cas par cas ».

Enfin, Fantine laisse apparaître divers facteurs dans son discours. Tout d'abord, elle a présenté un conflit entre une structure associative et une collectivité locale qui « d'un coup [...] a voulu créer ses propres comités de quartier » alors que des instances similaires pour développer la « participation des habitants » étaient déjà soutenues par l'association depuis longtemps. D'autre part, ses expériences lui ont montré que « le manque de formation » était un frein important à la participation : « si on n'a pas de technique on est à peu près sûr de se planter ». Réciproquement, elle estime que la réussite de la démarche participative tient en premier lieu au fait d'avoir « rodé une méthode hyper précise ». Un autre frein pour elle consiste à « ne pas rendre des comptes aux participants » : il faut « prendre en compte leur avis ». Les leviers qu'elle identifie sont « des moyens autant matériels qu'intellectuels pour préparer » la participation. Elle ajoute qu'il faut « savoir [exactement] où on va », ou se montrer « le plus ouvert possible » sur les résultats possibles de la participation, selon la visée de la démarche. Dans cette deuxième perspective, elle estime que certains publics peuvent ne pas être « assez préparé[s], éduqué[s] pour qu'on leur demande aussi frontalement leur avis ». Elle finit en soulignant que si l'on veut « un panel large », il faut « susciter l'intérêt sur le sujet » et expliquer aux gens « qu'ils ont intérêt à participer ».

2.3. Facteurs relevés en hétéro-confrontation

Nous avons réuni dans un tableau en Annexe 7 un tableau synthétique des facteurs de la mise en œuvre de la participation présentés aux personnes lors de la phase d'hétéro-confrontation aux traces du Cube, et indiqué les verbatims associées qui les expliquent. Quatre facteurs font l'objet d'au moins 3 validations : le temps et les moyens des personnes, la culture de la participation, l'adhésion des participants et le cadre défini et souple.

Malgré les validations, les interprétations des items sont variables. Globalement, les réponses sont très hétérogènes, même s'il semble, dans les explications, certaines parlaient de notions proches en les nommant différemment. A cette proximité des termes s'ajoutent les intrications entre les facteurs, les personnes disant régulièrement « ça renvoie à telle autre chose » : la complexité n'est donc pas vraiment appréhendée dans toute sa mesure à ce stade de présentation des résultats.

3. Données issues de l'observation

Nous présenterons, dans cette partie, les éléments du carnet de bord qui indiquent des facteurs de mise en œuvre des méthodes participatives, de manière chronologique.

4 Avril : à propos de l'organisation des journées de dissémination du projet CCW :

- « il nous faut 50 signatures » : le projet est effectivement soumis à des contraintes posées par le financeur.

- « bien dire que s'ils s'inscrivent, ils viennent ». En effet, les chercheurs ayant mis en œuvre la co-création de la formation dans le cadre du projet ont répété que beaucoup de personnes s'inscrivaient mais ne venaient pas quand elles étaient sollicitées. Dans le cadre d'une formation, le fait qu'elle soit gratuite serait moins engageant pour ces personnes.

5 avril : une réunion Skype a lieu avec les autres acteurs du projet CCW, de pays divers. Les échanges sont en anglais et la qualité de la communication est fluctuante : nous ne comprenons pas toujours ce que disent nos interlocuteurs, ce qui peut induire une prise de parole limitée. Les collègues ont évoqué que la collaboration entre acteurs de nationalités variées pouvait amener des difficultés sur d'autres plans, liées aux différences culturelles.

10 avril : nous assistons à une réunion de comité de pilotage sur un autre projet qui débute. Divers acteurs sont présents et sont invités à débattre sur le sujet de l'inclusion : « en fait chacun parle de son action ». Nous ne comprenons pas le rapport entre l'objet de la réunion et beaucoup des choses expliquées autour de la table. Une collègue estime que c'est souvent comme ça au début des projets.

11 avril : « je vois [] et lui rappelle qu'il doit m'envoyer les contacts des structures » ; « [] m'indique 2-3 points importants pour l'organisation de la journée de formation ». A plusieurs reprises, les ressources des collègues en termes de connaissances et de contacts se sont révélées précieuses pour notre travail.

26 avril : « je lis des contenus sur la co-création » : la littérature sur ce sujet a permis de mieux cerner de quoi il s'agissait, utile pour la préparation des journées de dissémination.

16 mai : « envoi du mail d'invitation à tous ceux dont j'ai l'adresse... J'y passe la journée » : globalement, la logistique pour réunir des gens autour d'un événement participatif a été chronophage.

22 mai : « préparation atelier évaluation » : l'ensemble des ateliers participatifs ont été préparés en amont des journées de dissémination.

27 mai : « les ateliers ne se sont pas déroulés comme prévu : retard des participants, temps pris par les collègues... » ; « [] dit que c'est parce que tout a été bien cadré avant » que tout s'est bien passé pendant ces journées, même si le programme s'est déroulé différemment.

« [] n'a imprimé que 9 cubes, a mal compris mon mail, on se fritte un peu » : les incompréhensions mutuelles ont plusieurs fois été sources de tensions.

« Je choisis bien mes mots, des formules où je nous mets en positions égales » : nous avons fait attention à la façon de communiquer avec les participants.

28 mai : « on a changé car on a vu la veille que pas le temps pour tourner sur 3 [ateliers] » : nous avons ajusté le programme au fur et à mesure.

« Cube : débriefing amélioré » : au fur et à mesure des expériences avec les méthodes de co-création, nous avons acquis en maîtrise de ces dernières.

« J'interviens le moins possible pour pas sauf quand je sens que ça bloque » sur l'animation des ateliers.

29 mai : « on fait les story cubes en anglais pour que [] comprenne »

A propos de l'animation d'un atelier : « il fallait plus intervenir que les autres jours, surtout parce qu'une personne mobilisait la parole »

« On me demande partage de contacts » : nous y avons répondu et avons créé un document partagé où les participants peuvent s'échanger leur contact. Fin juin, seules 8 personnes y avaient indiqué leurs coordonnées.

Afin d'apporter un éclairage plus structuré sur les facteurs de mise en œuvre de la participation dans les pratiques des promoteurs de santé, il est nécessaire d'établir des catégories sur les données que nous venons de présenter. C'est de cette manière que nous analyserons l'ensemble de ces résultats et que nous pourrons les discuter dans la partie suivante.

IV. DISCUSSION

1. Analyse des perceptions et pratiques de la participation

Les résultats des entretiens nous permettent de faire le constat d'une forte hétérogénéité dans la manière d'appréhender et les expériences des démarches participatives parmi les promoteurs de santé. En analysant les éléments présentés par les personnes au regard des dimensions décrites par Harder, Burford et Hoover (2013), on observe des formes et niveaux très divers de la participation dans les conceptions et/ou les pratiques effectives ou projets à venir. Le tableau suivant présente le détail de nos analyses.

	Coline	Alice	Sarah	Fantine
Forma- tion théo- rique	Oui	Oui	Non	Non
Expé- riences et pratiques	++ A expérimenté des méthodes participatives à plusieurs reprises mais plus actuellement	- N'a pas encore eu l'occasion de mettre en place ces démarches	+ Seulement dans son travail actuel qu'elle vient de commencer	++ A trois reprises au moins
Profon- deur	+ Implication des partenaires dans les décisions mais pas pour les citoyens	++ Implication relative dans des résidents dans le choix des actions, décision finale par la structure	++ Implication du patient dans la gestion de ses soins	++ Implication importante des destinataires dans les décisions, mais pas de contrôle complet de leur part
Étendue	+++ Professionnels, partenaires et parfois des citoyens	++ L'équipe et une catégorie des bénéficiaires du CHRS	+ L'infirmière et le patient : nature du travail « en duo »	++ Formateurs et stagiaires ; animateurs et ados ; techniciens et élus de la Mairie / de l'association
Portée	++ Phase d'identification des besoins, élaboration et évaluation	++ Phase d'identification des besoins, élaboration et mise en œuvre	+ Mise en œuvre des soins seulement, a priori pas dans l'élaboration d'objectifs ou l'évaluation	++ Phase d'identification des besoins, élaboration et mise en œuvre

Niveau et type de participation	Participation active collective dans un réseau de partenaires seulement	Participation individuelle et collective active	Participation individuelle du patient (Castro et al., 2016), active pour la mise en œuvre seulement	Participation collective active
Méthodes	Techniques d'animation collective	Techniques d'animation collective, questionnaires	Suggestion, discussion en face à face, faire manipuler	Débat, agora, co-création (grille ouverte)
Principes sous-jacents et objectifs	Intelligence collective : faire émerger la connaissance au sein d'un groupe, faire travailler sur un thème	Une posture professionnelle Faire émerger les idées, les représentations, les besoins sur un sujet et favoriser les échanges	Éducation thérapeutique du patient, autonomisation, forme d'empowerment individuel (Nutbeam, 1998)	2 types : - recueillir des avis - faire expérimenter la démarche dans une perspective d'éducation populaire

Tableau 2. Caractérisation des pratiques de participation des personnes interrogées .

Légende : (-) absence ; (+) présence mais degré réduit ; (++) degré important ; (+++) degré très élevé.

Ces analyses nous renvoient à des éléments identifiés dans la littérature.

D'une part, en cohérence avec ce qu'affirment Campagné et collaborateurs (2017), on observe des conceptions de la participation comme finalité, c'est le cas dans l'approche de Fantine qui consiste à ce que les participants fassent l'expérience d'être acteurs, ou comme moyen pour atteindre certains objectifs. Ceux exposés par les répondantes sont à rapprocher de ceux décrits par Baptista, Alves et Matos (2019) en termes de « prise de décision améliorée » : favoriser l'émergence d'idées nouvelles (dans le cadre de démarches collaboratives entre partenaires professionnels ou avec des usagers des services), amener des décisions plus éclairées (de la part du patient dans le cadre de ses soins ou pour planifier des actions sur le bien-être dans un collectif par exemple) et délivrer de services plus efficaces (favoriser l'apprentissage des gestes par le patient par exemple). Les objectifs de la participation selon Fantine se distinguent des autres, se confondant plus avec les « bénéfiques symboliques » de démocratie.

D'autre part, si les démarches entreprises par les participantes peuvent être plus ou moins assimilées à de la participation active, leur portée et leur profondeur restent moyennes, parce que l'institution ou les acteurs qui les portent restent au contrôle du processus global et donc dans une position dominante (Osborne, 2017).

2. Analyse des facteurs de la participation identifiés

2.1. Catégories de facteurs issus du corpus de données

7 catégories de facteurs ont émergé de notre analyse des Cubes, des entretiens et de l'observation participante. Un tableau réunissant l'ensemble des facteurs dans ces catégories et explications associées, et qui distingue les sources de ces analyses, est visible en Annexe 8.

- **Communauté entre les acteurs**

Il s'agit de tout ce que les individus et groupes impliqués dans le processus participatif peuvent avoir en commun et qui peut constituer un levier pour sa mise en œuvre. Les promoteurs de santé interrogés dans notre étude relèvent en particulier l'importance de partager des valeurs en adéquation avec ce type de démarche (sans préciser lesquelles), une certaine culture et des conceptions sur la participation, mais aussi un territoire, l'échelon local étant jugé favorable.

- **Caractéristiques du public**

Les participants ont mentionné à plusieurs reprises des attributs du public qui peuvent jouer un rôle dans leur participation. Sont évoqués la dynamique du groupe (sans qu'elle soit vraiment spécifiée), la culture de la participation et le niveau d'éducation. Les compétences, connaissances et l'aisance des individus pour s'exprimer sont aussi des facteurs importants, tout comme leur adhésion, liée à leurs représentations et à leur conviction de l'utilité de la participation.

- **Caractéristiques personnelles du professionnel, de l'équipe et des décideurs**

Un certain nombre d'attributs personnels du côté des (potentiels) initiateurs de démarches participatives pourraient jouer un rôle dans la mise en œuvre de celles-ci : les représentations sur ses missions, les compétences relationnelles et professionnelles et l'adaptabilité, mais aussi l'intérêt et l'ouverture à ce type d'approches, qui influencent la motivation à s'y engager. Par ailleurs, la maîtrise des méthodes participatives et l'expérience de celles-ci sont des facteurs importants. Mais il y a aussi les représentations de la participation et de ces risques : la crainte d'être dans la manipulation ou l'incertitude des

résultats peuvent dissuader les professionnels de s'engager. La désillusion, la perte d'envie ou l'épuisement peuvent aussi affecter une démarche en cours.

- **Relations entre les professionnels et le public / entre les collaborateurs**

La nature des relations interpersonnelles entre les différents acteurs gravitant autour du projet participatif semble également jouer un rôle dans la réussite de sa mise en place. En effet, la participation implique une modification des rôles où le fait de considérer le public « cible » comme détenteur d'un savoir est déterminant. La posture des professionnels à travers l'ouverture, l'écoute, la bienveillance et la place qu'ils laissent aux personnes est donc un facteur important de la participation, car ces éléments vont les soutenir pour s'exprimer. Il s'agit également de s'adapter aux personnes et à leurs caractéristiques. De manière générale, la qualité de la communication, la compréhension mutuelle et la construction et le maintien d'un lien avec le public et avec les partenaires – qui peuvent se confondre – sont des facteurs relevés par les promoteurs de santé interrogés. Enfin, l'impression de manipulation peut freiner l'engagement dans ces démarches.

- **Modalités et forme de la démarche**

Cette catégorie renvoie aux éléments pratiques, à l'organisation et aux techniques employées dans les démarches participatives et qui sont susceptibles d'influencer l'effectivité de ces dernières. Les personnes enquêtées évoquent l'importance de la préparation et de la définition des objectifs et des règles en amont. Si le cadre est jugé important, la démonstration d'une certaine flexibilité et le fait de laisser du temps pour la réflexion sont perçues comme favorables à la participation. L'adaptation à la situation existante sur le territoire et au public le sont également. Enfin, parvenir à mobiliser un public large est au cœur des interrogations des professionnels interrogés, qui estiment que cela dépend de l'usage de méthodes précises, de l'intérêt suscité et des moyens de communication, et dans une moindre mesure de l'utilisation ou non d'incitatifs et de contraintes pour l'engagement.

- **L'organisation locale et ses missions**

Les politiques institutionnelles locales, à travers notamment les règlements, chartes et projets d'établissements, sont aussi considérées comme facteurs de la participation. Les personnes interrogées parlent également de lieux et de conditions plus ou moins propices. Le

secteur d'activité dans lequel ces organisations s'inscrivent et l'objet de leur mission vont aussi conditionner la possibilité de faire participer ou non les populations.

Disposer de temps et de moyens suffisants pour mettre en œuvre la participation est un facteur de celle-ci qui est partagé par presque toutes les personnes interrogées. Cela concerne en premier lieu le temps de travail des professionnels et les budgets alloués aux projets, mais aussi le temps et moyens qu'il est possible de donner au public qu'on veut faire participer et qui sont nécessaires pour permettre leur réflexion et leur implication.

- **Contexte national**

L'environnement socio-politique à l'échelle nationale est également perçu comme levier ou frein possible de la participation. Est évoquée la lourdeur institutionnelle, particulièrement par des acteurs de l'Éducation Nationale, administration nationale dont le poids peut affecter la mise en œuvre de la participation. Diverses règles de sécurité et autres contraintes institutionnelles sont aussi mentionnées comme obstacles. A l'inverse, le soutien explicite au niveau national de ces démarches, l'existence d'instances participatives, l'inscription de la participation dans les référentiels de compétences des métiers et la diffusion des résultats de l'évaluation d'interventions participatives sont des leviers mis en avant. Enfin, le pays et la culture sont aussi vus comme des facteurs à l'implémentation de ces démarches.

2.2. Confrontation à la littérature

Les catégories que nous avons dégagées de notre recherche sont relativement proches de celles proposées par Darlington, Simar et Jourdan (2017) concernant les facteurs d'implémentation d'interventions de promotion de la santé, mais avec des séparations et des regroupements en fonction de l'importance donnée à certaines catégories de facteurs par les personnes que nous avons rencontrées. Pour cette raison, nous abordons les caractéristiques des personnes mais séparons le public et les professionnels. Pour ces derniers, nos analyses corroborent celles d'Hyppolite et Parent (2017), qui affirment que la conviction de la nécessité de la participation, et la capacité à sortir de sa position d'expert, sont des déterminants d'une action communautaire ou participative efficace en promotion de la santé.

D'autre part, dans le côté « organisation » décrit par Voorberg et collaborateurs (2013), nous distinguons des facteurs issus de l'environnement institutionnel local, où a lieu la

démarche, et ceux du cadre national plus large. Nous séparons également les acteurs comme individus du fonctionnement même de la structure. La « connaissance des avantages associés » et son pendant, les risques perçus, sont davantage associés au public cible dans notre étude, mais est aussi en filigrane pour l'organisation (comme stimulant la motivation des acteurs institutionnels à s'engager dans la participation).

Par ailleurs, les facteurs que nous avons mis en avant sont aussi en cohérence avec ceux présentés par Pickin et collaborateurs (2002, cité par Popay, 2010) sur les démarches participatives, mais plus concrets et précis car centrés sur les pratiques des promoteurs de santé. Cependant, nous ajoutons des catégories aux interfaces : entre professionnels et public sur les relations, et entre l'individu et le collectif en général dans la catégorie « communauté ». Cette dernière nous amène à considérer qu'une forme d'approche communautaire peut être un levier pour la participation, ce qui n'est pas sans rappeler l'association forte entre ces deux notions déjà soulignée par Hyppolite et Parent (2017).

2.3. Classification par phases et par niveaux écologiques

La classification par niveaux écologiques est souvent utilisée dans la littérature, et nous la trouvons pertinente parce qu'elle renvoie aussi aux niveaux de déterminants de la santé, concept central en promotion de la santé. Par rapport à nos travaux, nous distinguons le niveau des individus (incluant tous les acteurs impliqués dans la participation), organisationnel local (incluant la structure susceptible de porter la démarche et l'organisation de cette dernière) et le contexte macro-national (expression employée par Darlington, Simard et Jourdan, 2017) qui inclut les textes et réglementations nationales. Notre catégorie « communauté » recoupe l'ensemble parce que la partage de valeurs ou de conceptions peut avoir entre des acteurs, mais aussi entre acteurs et institutions ou culture nationale.

Par ailleurs, il nous semble que les facteurs peuvent être distingués entre ceux qui agissent sur les phases précoces de la mise en œuvre de la participation (étapes d'exploration et décision d'adoption du modèle d'Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011) et ceux qui facilitent ou entravent les phases tardives d'implémentation effective et de maintien. Nous avons réparti les facteurs identifiés selon leur implication dans chacune de ces phases à partir du discours des acteurs ou d'une déduction logique de notre part.

Ainsi, nous estimons que les caractéristiques du public jouent un rôle avant tout dans le déroulement, c'est-à-dire dans le fait qu'ils se mobilisent ou pas dans une démarche déjà initiée. On peut néanmoins supposer qu'un public acculturé à la participation peut être à l'origine d'une telle démarche. Les caractéristiques des professionnels vont agir sur les deux plans : une capacité d'ouverture par exemple sera favorable à la décision de s'y engager, et les compétences au bon déroulement du projet. Les missions et politiques de l'organisation portent plus de facteurs qui conditionnent la décision, même si les moyens alloués déterminent également le maintien. Les relations et la forme de la démarche vont quant à elle impacter surtout la mise en œuvre effective et également, le niveau de participation (active ou symbolique). Enfin, le contexte national et la communauté des acteurs peuvent influencer toutes les phases : initier la participation est plus automatique si cela est préconisé dans les lois, son déroulement sera difficile si les contraintes institutionnelles sont fortes ou si les acteurs sont éloignés les uns des autres ou ont une conception différente de la participation.

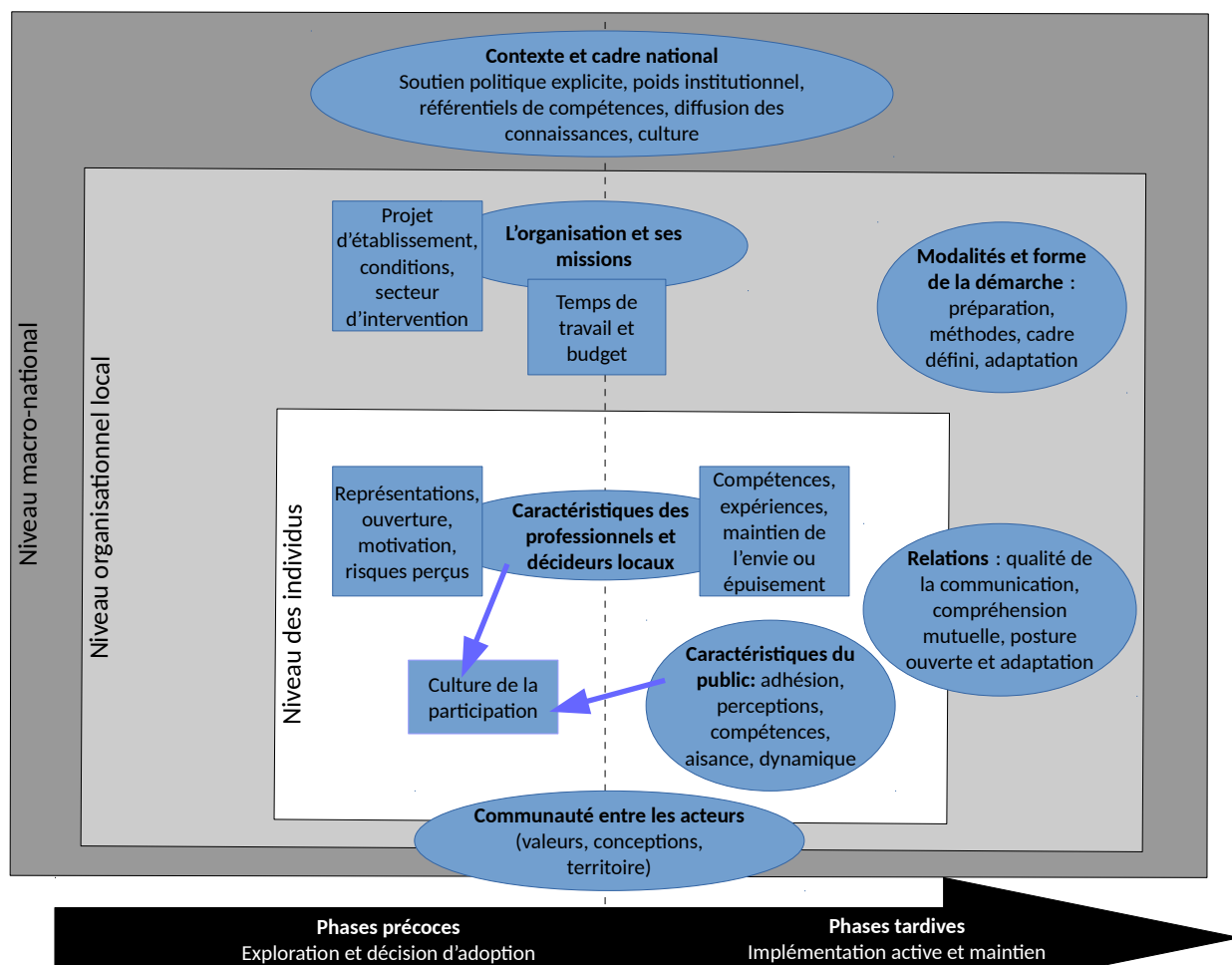


Figure 3. Schéma des facteurs de l'implémentation de démarches participatives définis par les promoteurs de santé, catégorisés par niveaux écologiques et phases impactées.

2.4. Statut des hypothèses

Nos recherches ont validé partiellement nos hypothèses. En effet, elles ont pu mettre en avant des éléments qui sont perçus comme des facteurs de la participation par la quasi totalité des professionnels interrogés (notamment le temps et l'adhésion du public). Cependant, il y avait aussi beaucoup de points de divergences et d'interprétations variables. Quant à H2, elle est non infirmée parce que nous avons effectivement différents niveaux de facteurs, et ceux attendus sont tous apparus, hormis l'ouverture de la culture professionnelle et de l'organisation. Cependant, le poids de ces facteurs est très variablement dépeint et l'importance de certains dans les discours, comme le temps, n'avait pas été prédite.

3. Implications pratiques

L'étude des facteurs d'implémentation des démarches participatives par les promoteurs de santé ont permis d'apporter un premier éclairage pour construire des stratégies pertinentes et adaptées au domaine élargi de la promotion de la santé afin que la mise en œuvre de la participation soit améliorée. La distinction entre les différentes phases nous paraît importante car elle permettra d'adapter les stratégies en fonction des objectifs : augmenter la diffusion en agissant sur les facteurs ayant un effet sur les décisions d'adoption en particulier, ou maintenir ou améliorer des initiatives existantes en ciblant alors davantage les facteurs qui agissent sur les phases tardives de déroulement. C'est pourquoi nous pouvons déjà avancer quelques pistes de réflexion ou recommandations en fonction de ces objectifs.

3.1. Favoriser l'adoption de démarches participatives

- **Soutenir les démarches participatives au niveau national**

La participation occupe une place croissante dans les secteurs de la santé et du social sur le plan législatif. Cependant, elle n'est que rarement définie clairement dans les textes. Il serait pertinent, pour diffuser une perception partagée, de détailler la notion dans les écrits. Par ailleurs, certains métiers sont davantage sensibilisés (travailleurs sociaux) grâce à une présence de la participation dans les référentiels de compétences. Elle devrait être inscrite dans ces documents pour tous les métiers de la santé publique et ceux qu'on peut associer à la *wi-*

der *Public Health workforce*. En outre, faire davantage la promotion de ces démarches dans les discours officiels et vulgariser les effets dans les médias peut aussi soutenir leur adoption.

- **Développer l'inscription de la participation dans les politiques des organisations**

La participation pourrait être incluse dans les stratégies développées dans les projets d'établissements, mais aussi figurer dans les fiches de postes. Un budget alloué et un temps consacré spécifiquement à ce type de démarche pour les professionnels seraient favorables. La disponibilité des travailleurs, permise par des effectifs plus importants dans les équipes, devraient aussi faciliter ces initiatives.

- **Faire davantage connaître la participation par les professionnels**

Afin de renforcer l'ouverture et la motivation pour entreprendre des actions participatives, professionnels de terrains mais aussi et surtout les cadres devraient être sensibilisés à la pertinence de ces démarches. Cela peut passer par la formation, qui devra présenter les bénéfices possibles de ces démarches en fonction de l'intérêt des acteurs et institutions, et travailler sur les représentations et perceptions des risques qui sont associés, en les outillant pour qu'ils se sentent préparés à les gérer ou les prévenir.

3.2. Soutenir le déroulement des démarches participatives

- **Donner un cadre institutionnel particulier à la participation**

Comme pour favoriser l'adoption, la mention de la participation dans les textes officiels des institutions nationales pourrait contribuer à améliorer ces démarches. Elles devraient en particulier préconiser les approches plus actives et les décrire de manière suffisamment détaillée. Au niveau des organisations, assurer les moyens et le temps pour faire participer est aussi recommandé.

- **Poursuivre les efforts pour l'élaboration et la diffusion des connaissances**

La recherche en *implementation science* doit continuer, afin d'accumuler du savoir pertinent pour rendre la participation en promotion de la santé plus efficace. L'évaluation des interventions doit aussi se systématiser. Les résultats de ces recherches doivent être compilés

dans des documents accessibles de type *guidelines*, qui seront toujours réactualisés, pour pouvoir développer et choisir les méthodes qui ont fait preuve de leurs effets.

- **Développer la maîtrise de la participation dans les formations**

La mise en œuvre de la participation dépend en grande partie de ce que les professionnels en connaissent et savent faire, puisque cela va agir sur différents niveaux de facteurs que nous avons présentés : prendre en compte les caractéristiques du public et s’y adapter, soutenir le développement des relations interpersonnelles favorables avec le public grâce à une certaine posture, et utiliser des méthodes pertinentes et validées scientifiquement. C’est pourquoi il nous semble essentiel de former les professionnels de la promotion de la santé à ces éléments. Cela va dans le sens du renforcement des capacités de la *Public Health workforce*, placé au cœur des stratégies internationales pour atteindre les ambitions de la promotion de la santé (Allegrante et al. 2009). Nous précisons que cette formation doit pouvoir donner l’opportunité aux participants d’expérimenter ces méthodes en plus des apports théoriques.

4. Limites de la recherche

Notre recherche comporte un certain nombre de limites. Tout d’abord, elle présente des ambiguïtés sur la définition du public des promoteurs de santé, puisque l’outil utilisé pour les catégoriser a dû être réadapté ou n’a pas été utilisé. Il est donc difficile de généraliser nos conclusions à l’ensemble de ce public, d’autant plus que les méthodes employées ne le permettent pas. Il faudrait mener en complément une étude quantitative qui compareraient les membres de la *health promotion workforce* à d’autres professionnels pour voir si les facteurs sont réellement propre à la participation dans le cadre du travail des promoteurs de santé.

Par ailleurs, il y a des limites méthodologiques à souligner, en particulier concernant l’hétéro-confrontation. Celle-ci n’a pas vraiment permis de montrer les éléments consensuels entre les différents participants. Néanmoins, elle a permis d’étayer la réflexion des participants. La présentation des éléments bruts n’était peut-être pas le plus judicieux, en raison des recoupements que l’on peut faire entre certains termes, et ce malgré un tri minimal

au préalable pour éviter les répétitions. Bien que l'intention était d'éviter d'amener trop tôt notre interprétation des traces sur le Cube, pour une future utilisation de cette méthode, il nous semble plus pertinent et opérant de présenter en entretien une liste des catégories issues d'une première analyse des Cubes, ou de montrer ces traces pour faire une co-analyse en face à face.

Enfin, notre étude a seulement permis d'identifier des facteurs, mais pas d'appréhender l'ensemble des mécanismes et le lien avec les résultats des démarches participatives. Pour mieux comprendre les enjeux de la participation en promotion de la santé et affiner nos recommandations, il peut être intéressant, dans des recherches futures, d'appréhender l'étude de la mise en œuvre des démarches participatives au regard de leurs effets dans une approche réaliste, afin de préciser les mécanismes en jeu et de dégager les facteurs clés d'un point de vue plus objectif.

CONCLUSION

Ce mémoire constitue un travail de recherche intéressant à exploiter pour qui souhaite proposer des interventions en promotion de la santé et développer le recours aux démarches de participation et leur mise en œuvre.

En effet, nous avons dans un premier temps conduit une revue de la littérature, qui nous a confirmé l'intérêt de la participation lorsque l'on veut efficacement promouvoir la santé en congruence avec les principes de la Charte d'Ottawa. Elle a permis de mieux comprendre les différences entre des concepts souvent confondus, d'identifier les formes de participation les plus intéressantes pour un acteur de promotion de la santé – les formes actives, mais aussi de souligner le besoin de les développer dans les actions de terrain. Sur la base du théorique de *l'implementation science*, nous nous sommes donnés pour ambition d'initier l'identification de facteurs communs au public diversifié de promoteurs de santé ou *public health workforce*.

Pour ce faire, nous avons eu l'opportunité de recourir à une méthodologie diversifiée et assez innovante, grâce au terrain de stage très favorable et l'intégration de la recherche à nos missions. Une partie de ces dernières consistaient à organiser et animer des ateliers autour d'une forme active de participation : la co-création. Dans ce cadre, il a été possible de recueillir des données issues directement de l'utilisation d'un outil de co-création : le Cube, mais aussi d'effectuer une forme d'observation participante. En complément, nous avons mené des entretiens au cours desquels nous avons testé une approche méthodologique peu commune : l'hétéro-confrontation. Celle-ci a révélé des limites dès sa conception, car peu documentée, encore moins sous cette forme, et nous a aussi fait éprouver des difficultés durant les entretiens, pour présenter les résultats et pour les analyser. Néanmoins, expérimenter cette méthode de recueil a été enrichissant et nous permettra de l'utiliser plus efficacement dans l'avenir.

Les résultats et nos analyses ont permis de mettre en avant l'hétérogénéité et les points communs dans les conceptions et les expériences de différents acteurs de la promotion de la santé. En outre, nous avons pu en dégager 7 catégories qui regroupent divers facteurs identifiés par l'ensemble de notre échantillon et impliqués dans l'effectivité de la mise en place des démarches de participation : les caractéristiques du public, les caractéristiques

individuelles des professionnels et des décideurs, les relations entre les professionnels et le public / entre les collaborateurs, les modalités et forme de la démarche, l'organisation locale et ses missions, et le contexte national. Ces catégories sont plutôt cohérentes avec ce que l'on retrouve dans la littérature. Nous avons ensuite procédé à une classification de ces facteurs par niveaux socio-écologiques et par phases. A partir de cela, nous avons pu formuler des recommandations selon qu'on cherche à développer l'adoption d'approches participatives par les promoteurs de santé, ou qu'on veut améliorer le déroulement de projets participatifs existants. Nous avons terminé en mentionnant les limites de notre recherche et des perspectives de recherches futures.

A l'issue de ce mémoire, nous nous interrogeons particulièrement sur la question de l'identité des « promoteurs de santé » : ceux-ci ont théoriquement en commun de promouvoir directement ou indirectement la santé des populations. Mais la plupart ont-ils conscience de l'impact de leur travail sur la santé ? Le prennent-ils en compte ? N'a-t-on pas davantage de divergences entre eux, qui font que les tentatives de les considérer comme une communauté, comme dans cette recherche, resteront vaines ?

Pour conclure, je peux considérer qu'une de mes premières missions comme future jeune diplômée en santé publique et professionnelle de la promotion de la santé, sera certainement de faire prendre conscience à ces professionnels, mais aussi à n'importe quel citoyen, que toute action peut avoir un impact indirect ou immédiat sur la santé d'autrui ou sur la sienne.

Bibliographie

- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23.
- Agence Régionale de Santé (2018). Qu'est-ce que la démocratie sanitaire ? Repéré à : <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-democratie-sanitaire-10>
- Allegrante, J. P., Barry, M. M., Airhihenbuwa, O., Auld, M. E., Battel-Kirk, B., & Collins, L. (2009). Toward Domains of Core Competency for Building Global Capacity in Health Promotion: The Galway Consensus Conference Statement. Galway Conference, Draft April 2009.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of planners*, 35(4), 216-224.
- Baptista, N., Alves, H., & Matos, N. (2019). Public Sector Organizations and Co-creation With Citizens: A Literature Review on Benefits, Drivers, and Barriers. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 1-25.
- Bascou, S., Gousseff, G., Jarade-Pieniek, T., Lesueur-Elineau, L., Mornet, C. & Raux, C. (2016). La participation des usagers dans les politiques sociales : étude DGCS/INET promotion Hannah Arendt. Repéré à : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/lutte-contre-l-exclusion/article/rapport-inet-la-participation-des-usagers-dans-les-politiques-sociales>
- Bauer, G., Davies, J. K., & Pelikan, J. M. (2006). The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*, 21(2), 153–159. <https://doi.org/10.1093/heapro/dak002>
- Becker, H., & Geer, B. (1957). Participant observation and interviewing: A comparison. *Human organization*, 16(3), 28-32.
- Bejarano, C. M., Snow, K., Lane, H., Calvert, H., Hoppe, K., Alfonsin, N., ... Carlson, J. A. (2019). Development of a novel tool for assessing coverage of implementation factors in health promotion program resources. *Preventive medicine reports*, 15, 100909. doi:10.1016/j.pmedr.2019.100909

- Berger, E., Crescentini, A., Galeandro, C., & Crohas, G. M. (2010). La triangulation au service de la recherche en éducation. Exemples de recherches dans l'école obligatoire. *Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF)*, 1-8.
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *Jama*, 289(15), 1969-1975.
- Bousquet, F. & Ghadi, V. (2017). La participation des usagers aux systèmes de santé : un tour d'horizon international. *Revue française des affaires sociales*, 116-127. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-116.htm>.
- Brooks, F., & Magnusson, J. (2006). Taking part counts: adolescents' experiences of the transition from inactivity to active participation in school-based physical education. *Health education research*, 21(6), 872-883.
- Campagné, Houéto et Douiller (2017). Enjeu démocratique de la participation en promotion de la santé. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier, & W. Sherlaw (Eds.), *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp. 331-362). Rennes: Presses de l'EHESP.
- Carrel, M. (2017). Injonction participative ou empowerment ? Les enjeux de la participation. *Vie sociale*, 19(3), 27-34. doi:10.3917/vsoc.173.0027.
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. *Patient education and counseling*, 99(12), 1923-1939.
- Centre for Workforce Intelligence (CfWI). (2015). Understanding the Wider Public Health Workforce. Repéré à : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/507752/CfWI_Understanding_the_wider_public_health_workforce.pdf
- Cherubini, B. (2011). Introduction. Des évolutions attendues en promotion de la santé. Dans *Agir pour la promotion de la santé: Une politique ouverte à l'innovation ?* (pp. 9-28). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.cheru.2011.01.0009.
- Chuah, F. L. H., Srivastava, A., Singh, S. R., Haldane, V., Koh, G. C. H., Seng, C. K., ... & Legido-Quigley, H. (2018). Community participation in general health initiatives in high and upper-middle income countries: A systematic review exploring the nature of participation, use of theories, contextual drivers and power relations in community participation. *Social Science & Medicine*, 213, 106-122.

- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée: une méthode en clinique de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (2-1).
- Co-Creating Welfare Project (2017a). About the project. Retrieved from : <http://www.ccw-project.eu/>
- Co-Creating Welfare Project (2017b). First draft of the CCW training course material : CUbe Activity Worksheet. Repéré à : <http://www.ccw-project.eu/wp-content/uploads/2018/07/CCW-Training-course-material-draft-3-18.01.25.pdf>
- Commission européenne (2016). Fonds Social Européen: The three essential steps to co-creation. Repéré à : <https://ec.europa.eu/esf/transnationality/content/three-essential-steps-co-creation>
- Conseil de l'Europe (2015). Repères: Manuel pour la pratique de l'éducation aux droits de l'homme avec les jeunes : Citizenship and Participation. Repéré à : <https://www.coe.int/fr/web/compass/citizenship-and-participation>
- Cyril, S., Smith, B. J., & Renzaho, A. M. (2015). Systematic review of empowerment measures in health promotion. *Health promotion international*, 31(4), 809-826.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science* : IS, 4, 50. doi:10.1186/1748-5908-4-50
- Dankwa-Mullan, I., Rhee, K. B., Stoff, D. M., Pohlhaus, J. R., Sy, F. S., Stinson Jr, N., & Ruffin, J. (2010). Moving toward paradigm-shifting research in health disparities through translational, transformational, and transdisciplinary approaches. *American Journal of Public Health*, 100(S1), S19-S24.
- Darlington, E. J., Simar, C., & Jourdan, D. (2017). Implementation of a health promotion programme: a ten-year retrospective study. *Health Education*, 117(3), 252-279.
- Darlington, E., Bernard, S., Hansen, H., Zohou, A., Masson, J., Poyet, F., Berger, D. and the Ccw Project partners (2017). Co-Creating Welfare Project : State of Play and Needs analysis report. Retrieved from : http://www.ccw-project.eu/wp-content/uploads/2018/02/IO1_Needs-Analysis-Report.pdf
- DITP (2017). Qui sommes-nous ? Repéré à : <https://www.modernisation.gouv.fr/qui-sommes-nous#MoyensDaction>

- DREES (2018). Les dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé. Repéré à : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns18.pdf>
- Farmer, J., Taylor, J., Stewart, E., & Kenny, A. (2018). Citizen participation in health services co-production: a roadmap for navigating participation types and outcomes. *Australian journal of primary health*, 23(6), 509-515.
- Griebler, U., Rojatz, D., Simovska, V., & Forster, R. (2017). Effects of student participation in school health promotion: a systematic review. *Health promotion international*, 32(2), 195-206.
- Harder, M. K., Burford, G., & Hoover, E. (2013). What is participation? Design leads the way to a cross-disciplinary framework. *Design Issues*, 29(4), 41-57.
- Hyppolite, S. R. & Parent, A.-A. (2017). Stratégies d'action communautaire. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier, & W. Sherlaw (Eds.), *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp. 177-208). Rennes: Presses de l'EHESP.
- Leclercq, T., Hammedi, W., & Poncin, I. (2016). Dix ans de co-crédation de valeur: une revue intégrative. *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 31(3), 29-66.
- Legifrance (2019a). Code de l'action sociale et des familles - Article L311-6. Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797380&dateTexte=>
- Legifrance (2019b). LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=20190617>
- Miglioretti, M., Velasco, V., Celata, C., & Vecchio, L. (2013). Teachers' ideas about health: Implications for health promotion at school. *Health Education Journal*, 72(6), 695-707.
- Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse (2016). Bulletin Officiel : circulaire n° 2016-092 du 20-6-2016. Repéré à : https://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=103533
- Nekaa, M. & Berger, D. (2018). Les infirmières de l'Éducation nationale en France : une étude mixte sur les pratiques en éducation et promotion de la santé. *Recherche en soins infirmiers*, 135(4), 14-29. doi:10.3917/rsi.135.0014.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4), 349-364.

- Ohmer, M. L. (2007). Citizen participation in neighborhood organizations and its relationship to volunteers' self-and collective efficacy and sense of community. *Social Work Research*, 31(2), 109-120.
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., & Thomas, J. (2015). The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC public health*, 15(1), 129.
- Organisation Mondiale de la Santé (1978). Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires. Repéré à : https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé (1986). Charte d'Ottawa. Repéré à : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé (1997). Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème Siècle. Repéré à : https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_fr.pdf
- OMS Europe (2012). Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique (No. EuR/RC62/12). Copenhague: Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Repéré à : www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/171771/RC62wd12rev1-Fre.pdf
- OMS Europe (2013). Santé 2020 : cadre politique et stratégie. Copenhague: Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Repéré à : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/215258/Health2020-Long-Fre.pdf
- Osborne, S. (2017). From public service-dominant logic to public service logic: are public service organizations capable of co-production and value co-creation?. *Public Management Review*, 20(2), 225-231. doi: 10.1080/14719037.2017.1350461
- Palumbo, R. (2016). Contextualizing co-production of health care: a systematic literature review. *International Journal of Public Sector Management*, 29(1), 72-90.
- Popay, J. (2010). Community empowerment and health improvement: the English experience. In *Health assets in a global context* (pp. 183-195). Springer, New York, NY.
- Prahalad, C. K., & Ramaswamy, V. (2004). Co-creation experiences: The next practice in value creation. *Journal of interactive marketing*, 18(3), 5-14.

- Preston, R., Waugh, H., Larkins, S., & Taylor, J. (2010). Community participation in rural primary health care: intervention or approach?. *Australian journal of primary health*, 16(1), 4-16.
- Ramaswamy, V., & Gouillart, F. J. (2010). *The power of co-creation: Build it with them to boost growth, productivity, and profits*. Simon and Schuster.
- Ridde, V. (2016). Need for more and better implementation science in global health. *BMJ Global Health* 2016;1:e000115. doi:10.1136/bmjgh-2016-000115
- Rifkin, S. B. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health policy and planning*, 29(suppl_2), ii98-ii106.
- Sherlaw, W., & Lacouture, A. (2017). Santé ou santés ? In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier, & W. Sherlaw (Eds.), *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp. 47-79). Rennes: Presses de l'EHESP.
- Silverman, M. M. (2014). Theories of Primary Prevention and Health Promotion. In T. P. Gullotta & M. Bloom (Eds.), *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion* (pp. 48–68). Boston, MA: Springer US. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-5999-6_335
- Trudel, L., Simard, C., & Vonarx, N. (2006). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire?. *Recherches qualitatives*, 5, 38-55.
- Torfin, J., Sørensen, E., & Røiseland, A. (2016). *Transforming the Public Sector Into an Arena for Co-Creation*. *Administration & Society*, 009539971668005. doi:10.1177/0095399716680057
- Voorberg, W., Bekkers, V. J. J. M., & Tummers, L. (2013). Co-creation and co-production in social innovation: A systematic review and future research agenda. In *Proceedings of the EGPA Conference* (pp. 11-13).
- Walters, R., Sim, F., & Schiller, G. (2002). Mapping the public health workforce I: a tool for classifying the public health workforce. *Public health*, 116(4), 201-206.

Liste des annexes

Annexe 1 : photo du Cube n°1

Annexe 2 : guide d'entretien

Annexe 3 : notes issues de l'entretien avec Alice

Annexe 4 : retranscription de l'entretien avec Coline

Annexe 5 : retranscription de l'entretien avec Sarah

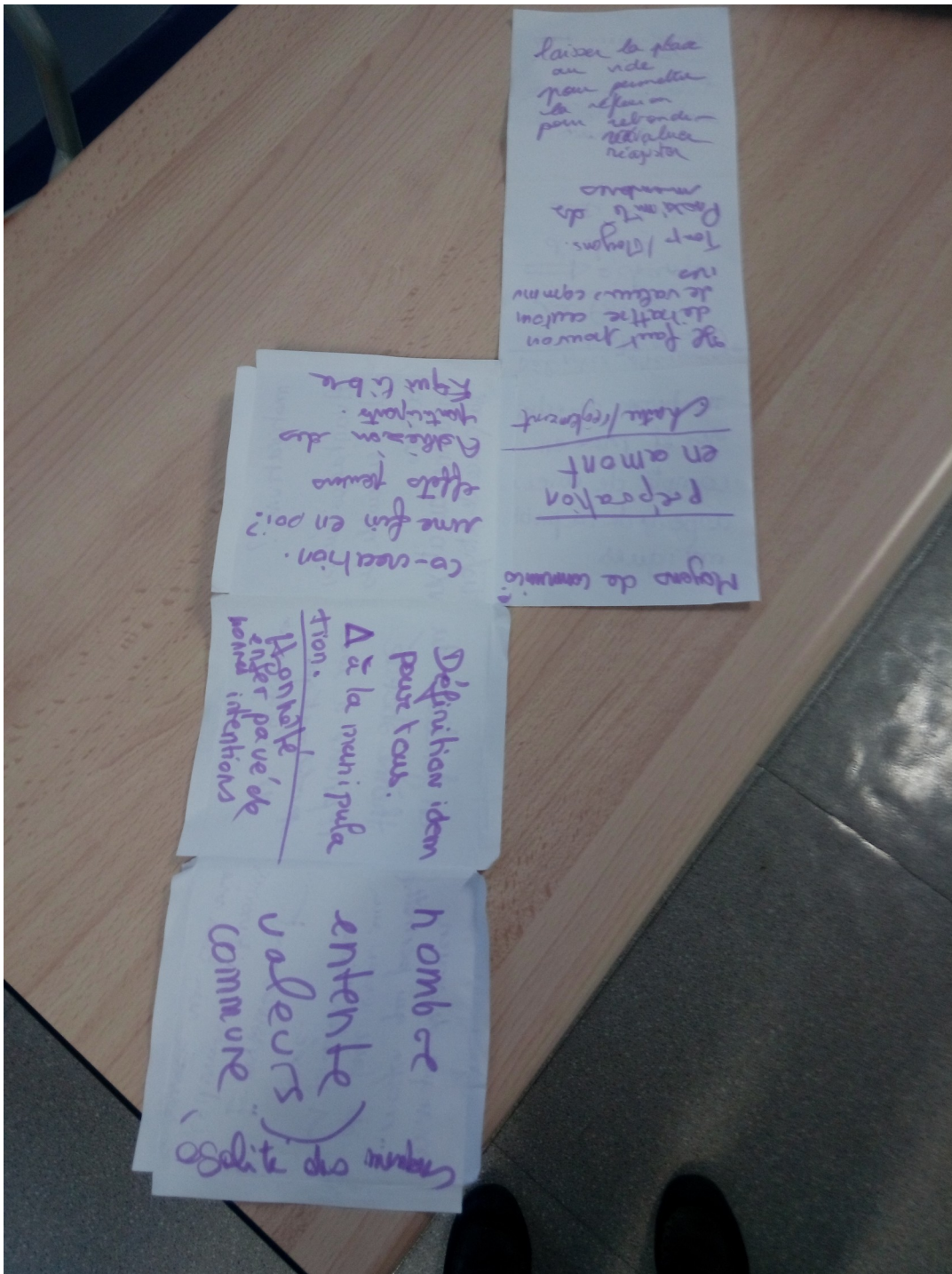
Annexe 6 : retranscription de l'entretien avec Fantine

Annexe 7 : résultats de l'hétéro-confrontation sur les facteurs de la participation

Annexe 8 : catégories dégagées de l'analyse des données

ANNEXE 1

Photo du Cube n°1



ANNEXE 2

Guide d'entretien

Questions	Objectifs de la question
<p>1. Pouvez-vous vous présenter ?</p> <p>Répondre par oui ou par non : Est-ce que votre travail contribue au maintien ou à l'amélioration de la santé de communautés ?</p> <p>Si oui : est-ce que c'est l'objectif principal de votre fonction ? Si oui : suite questions schéma Walters et al.</p>	<p>Introduire l'entretien Son travail, ses missions, son organisation</p> <p>Catégorie PH workforce</p>
<p>2. Avez-vous déjà été formé(e) ou sensibilisé(e) aux méthodes participatives ?</p> <p>- Si oui : pouvez-vous me les présenter ? - Si non : savez-vous de quoi il s'agit ?</p>	<p>Comprendre la perception de l'acteur sur la participation. Expliquer la démarche si les personnes ne savent pas ce que c'est, pour qu'ils puissent identifier par la suite ce qui relève de la participation.</p>
<p>3. Avez-vous déjà utilisé des méthodes de participation dans le cadre de votre travail ?</p> <p>- Si oui : pouvez-vous me les expliquer ? > Quel était l'objectif ? > Qui était impliqué ? > Sous quelle forme ? > A quelles étapes du projet ?</p> <p>- Si non : pour quelles raisons ? Le souhaiteriez-vous ? Avez-vous déjà une idée ? Si oui mêmes questions que ci-dessus.</p>	<p>Usage effectif ou non de la participation, et à quel degré.</p> <p>Promotion de la santé ou non Étendue Profondeur Portée</p>
<p>4. Dans le cadre de votre travail, qu'est-ce qui a ou peut constituer des facteurs pour la mise en place de la participation ?</p> <p>Qu'est-ce qui freinerait cette démarche, et qu'est-ce qui la faciliterait ?</p>	<p>Facteurs identifiés</p> <p>Leviers Obstacles</p>
<p>5. D'autres professionnels ont mis en avant un certain nombre de facteurs qui influencent la mise en place de la participation et de la co-création. Je vais vous en présenter une liste brute. Vous m'arrêtez quand vous pensez que c'est un facteur important pour initier une démarche de participation et partager vos commentaires.</p> <p>- l'institution, ses enjeux - règlement - règles de sécurité - manque de règles - les budgets - le temps et les moyens des personnes - proximité</p>	<p>Hétéro-confrontation avec les traces du Cube. Identifier les points qui font consensus</p> <p>Stimuler la réflexion du participant</p>

<ul style="list-style-type: none"> - la culture de la co-création/participation - les objectifs (manipulation possible) - perception égalité des savoirs - représentations sociales - peur de ne pas maîtriser - valeurs communes - définition communes - adhésion des participants - moyens de communication - préparation - place au vide pour permettre la réflexion - garder l'envie - la dynamique de groupe et modérateur bienveillant - goût du pouvoir - le doute - mépris des nouvelles idées - réunir les partenaires, lien avec eux - perceptions de ses missions - compétences - intérêt commun - échanges d'information - arriver à faire participer - désir de participation du public - organisation de l'organisation - face à face - décision, consensus - équilibre entre dire et faire - cadre défini et souple - repères - entre-soi - mobilisation des usagers - domination et prise de pouvoir - dilution et épuisement - désillusion - fantasme - niveau d'éducation - respect de l'individualité - discrimination 	
<p>6. Pensez-vous encore à d'autres facteurs qui pourraient influencer l'implémentation d'une démarche participative ?</p>	<p>Itération suite à nouvelle réflexion du sujet</p>

ANNEXE 3

Notes issues de l'entretien avec Alice

Questions	Réponses
<p>1. Pouvez-vous vous présenter ?</p> <p>Répondre par oui ou par non : Est-ce que votre travail contribue au maintien ou à l'amélioration de la santé de communautés ?</p>	<p>Educ spé CHRS public SDF Formation promotion de la santé pour prise en compte de la santé des personnes en précarité.</p> <p>Oui, mais des communautés je sais pas. Des personnes oui, logement, faire valoir leurs droits, couverture maladie, accès aux soins gratuits, meilleure prise en charge. Ex : lien avec médecin généraliste, repérer les problèmes de santé.</p> <p>Non : c'est l'accompagnement au logement autonome, même si ça comprend d'autres facteurs dont la santé.</p>
<p>2. Avez-vous déjà été formé(e) ou sensibilisé(e) aux méthodes participatives ?</p> <p>- Si oui : pouvez-vous me les présenter ?</p> <p>- Si non : savez-vous de quoi il s'agit ?</p>	<p>Oui Formée récemment sur méthodo d'animation participative auprès des professionnels : comment faire avec, faire émerger les idées, les représentations dans un groupe. World café, débat mouvant issus de l'éducation populaire. Personnes accompagnées : une posture : écouter la demande, comment elle perçoit la situation, cerner ses ressources et compétences. Ensemble, comment elle peut agir seule ou si elle a besoin d'aide = participation individuelle Collective : entraide entre les pairs, l'éduc n'est plus là pour donner des billes, comment les pairs vont apporter des solutions, nouvelles perspectives. Ex une personne qui partage sa recette, permet d'augmenter l'estime des personnes.</p>
<p>3. Avez-vous déjà utilisé des méthodes de participation dans le cadre de votre travail ?</p>	<p>Non car les méthodologies je les ai apprises récemment. Mais je vais les mettre en œuvre dans un projet sur le bien-être. Contexte : 2 ES développent un espace de bien-être auprès des femmes du CHRS. Organisé une sortie au hammam. Directeur a validé le projet mais a aussi demandé à élargir aux hommes. Je dois porter ce projet. C'est là que j'ai proposé un questionnaire pour recueillir les représentations sociales du bien-être par les résidents : ce qu'ils mettent en œuvre au quotidien, leur idéal, et comment les pros du CHRS peuvent y aider. Rencontre avec l'IREPS prévue pour créer le contenu d'une séance collective pour développer une méthodo de participation et favoriser les échanges entre les personnes. Visées du projet : - pouvoir accompagner individuellement pour améliorer le bien-être - rencontre pour favoriser les échanges, où l'on demandera aux personnes si veulent une action collective Questionnaires et réunion : tous les hommes du CHRS. Formes pas encore définies. Impliqués dans la conception et la mise en œuvre. Une évaluation à laquelle ils vont répondre, pas la concevoir.</p>

<p>4. Dans le cadre de votre travail, qu'est-ce qui a ou peut constituer un facteur pour la mise en place de la participation ?</p>	<p>Le projet d'établissement, car il va définir si le bien-être est un axe de travail à développer. Référentiel de compétences professionnelles de l'ES : participation en fait partie. Motivation du professionnel : contexte de travail, équipe qui partage la même conception et motivation de la participation. CVS : instance de participation qui permet aux personnes de faire des retours, pour proposer de nouvelles choses. ES : la participation est plus individuelle.</p>
<p>6. D'autres professionnels ont mis en avant un certain nombre de facteurs qui influencent la mise en place de la participation et de la co-création. Je vais vous en présenter une liste brute. Vous m'arrêterez quand vous pensez que c'est effectivement un facteur de la mise en œuvre de la participation et partager vos commentaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - temps, plutôt des professionnels : nécessaire pour développer la participation collective - des moyens pour développer un espace, se poser, construire le projet avec les personnes - la culture : ça relève aussi de la motivation et des valeurs du pro, culture du métier et de l'équipe - perception de l'égalité des savoirs : posture des pros, maître-élève quelque part, comment échange réciproque, comment transmettre, comment la personne va aussi partager ses connaissances. Quelle place on va laisser dans cette relation. - représentations sociales : ça peut être l'objet de la participation - valeurs : la participation découle d'une valeur du pro - la dynamique de groupe - cadre favorise ou pas la participation, si certaine souplesse pour émettre des demandes mais en même temps consignes claires - la participation c'est dur d'en parler parce qu'elle peut prendre plusieurs formes - niveau d'éducation : pour tout le monde, pour pouvoir participer, il faut recevoir une certaine éducation pour être à l'aise. Dans les instances, il faut travailler quelque chose en amont, pour pouvoir prendre la parole. Transmission de connaissances. Sensibiliser la personne. Si la personne a envie, et est intéressée, si elle est à l'aise dans un groupe. - individualité : participation c'est la prendre en compte, la favoriser dans un groupe, tendre vers une démarche égalitaire.
<p>7. Pensez-vous encore à d'autres facteurs qui pourraient influencer l'implémentation d'une démarche participative ?</p>	<p>La question du ??? Selon les pays, les communautés, la culture du pays Selon les secteurs d'intervention : ex participation citoyenne demandée par élu municipal vs. Centre de santé communautaire vs. ETP etc. Différents niveaux : consultation, prise de décision, influence sur le fonctionnement même d'un système (eg. Faire partie d'un CA).</p>

ANNEXE 4

Retranscription de l'entretien avec Coline

voilà c'est bon alors on va faire comme si on se connaissait pas. Est ce que tu peux te présenter?

oui je suis [REDACTED] et je travaille en tant que chargée de mission pour le réseau [REDACTED]

ok je vais te poser des questions tu vas me répondre par oui ou par non.

Est ce que ton travail contribue au maintien ou à l'amélioration de la santé des communautés?

Oui

ok est-ce que c'est l'objectif principal de ta fonction ?

Heu non

[...] deuxième question: as-tu déjà été formée ou sensibilisée aux méthodes participatives?

oui

est ce que tu peux me présenter ce que c'est pour toi?

alors pour moi en fait on avait utilisé les méthodes participatives... en fait pour moi c'est en lien avec la notion d'intelligence collective où l'idée c'est que c'est pas une personne qui détient la connaissance, en fait c'est un processus d'émergence en fait au sein d'un groupe donné.

[...] est ce que tu as déjà utilisé des méthodes de participation dans le cadre de ton travail ou ailleurs?

oui ça m'est déjà arrivé

Est-ce que tu peux m'expliquer ? Le premier exemple qui devient en tête par exemple?

En fait j'ai beaucoup plus utilisé des outils ou des méthodes quand je travaillais à Paris, ou en fait on travaillait avec des acteurs issus de différents secteurs et on trouvait que l'intelligence collective permettait de rassembler les gens et de ?? On avait soit des techniques de réunion, Est-ce que je peux donner un exemple concret heu... des méthodes type Paralax ou bien, en fait c'est des méthodes de brainstorming mais qui favorisent la participation de tous. C'est plutôt une animation de réunion après on avait tout ce qui touchait le forum ouvert aussi. On a organisé quelques uns, après on a d'autres ateliers type fishbowl. En fait, c'étaient différents outils avec formats un peu différents mais qui visaient tous la participation des gens. Donc c'était assez varié.

et est-ce que du coup l'objectif tu l'as formulé, c'était viser la participation des gens, et qui étaient ces gens les personnes impliquées?

en général les gens avec qui on travaillait c'était soit des acteurs issus du monde syndicaliste ou bien des acteurs issus de la mutualité. C'était un public assez spécifique et l'objectif était les faire travailler autour des enjeux de santé... promotion de la santé dans les écoles

est-ce que c'était dans une perspective de mise en place d'un projet?

oui oui il y avait de ça, et peut-être aussi plus... plus le démarche de lobbying aussi, de plaider

si on rapporte ces démarches participatives a un projet, à quel moment on peut dire que la participation a eu lieu, à quelle étape du projet la participation a eu lieu ? plutôt en phase de conception en phase d'implémentation en phase d'évaluation?

Tout dépendait du projet, en fait moi je suis arrivée, pour certains projets je suis arrivée en cours de route et donc on a implanté par exemple des ateliers participatifs au moment de l'évaluation et sur un autre projet, on visait une démarche participative de tout au long du projet avec nos partenaires et en fait on avait plutôt mis par exemple une démarche un forum ouvert en début de projet pour identifier les problématiques pour ensuite mettre en place un projet plus concret autour de ce qu'on aurait pu identifier avec les partenaires donc tout dépendait du partenariat, des gens avec qui on travaillait et du projet

Est-ce qu'ils étaient impliqués dans les décisions?

Ben j'ai un projet notamment où oui parce que on avait des partenaires qui était membre du comité de pilotage, dans le cadre d'un projet franco haïtien où toutes les organisations qui étaient représentées et les membres du comité de pilotage donc ils étaient aussi oui, mais c'était pas évident

Est ce que on peut dire qu'il y avait des moments il y avait des citoyens qui étaient impliqués?

dans certains projets oui on a essayé d'impliquer les parents d'élèves et c'était les membres de la communauté éducative, mais ils n'avaient pas un rôle décisionnel

c'était quoi leur rôle?

est bien c'était de contribuer aux activités et par exemple de participer aux forums ouverts mais au final la décision était plutôt prise en restreint

c'était plutôt pour identifier certains besoins?

Oui

Dans le cadre de ton travail qu'est ce qui peut constituer un facteur pour la mise en place de la participation?

Un facteur heu y en a plusieurs. Premier qui me vient c'est que il y a une volonté ou en tout cas une ouverture au niveau de décideurs et qu'il y a aussi une ouverture au niveau des acteurs plutôt opérationnel

Les décideurs tu parles de quel niveau des décideurs?

les responsables tout ce qui est de l'ordre de la gouvernance. Par exemple dans une association les membres du bureau, le directeur, responsable hiérarchique, ou peut être aussi des financeurs ou des bailleurs

et pour les acteurs opérationnels?

oui, ouverture, motivation, intérêt ... il faut quand même que ce soit une démarche qui soit bien comprise donc qui dit bien compris dit bien expliqué au préalable

et du coup si c'est bien expliqué au préalable, c'est expliqué comment par qui, à qui?

c'est à dire que les règles du jeu doivent être claires dès le départ, si l'on décide de mettre en place une démarche participative il faut que tout le monde joue le jeu, soit d'accord et après... par exemple une réunion de départ où là on décrit un peu les procédures les modes de fonctionnement au sein du projet de l'équipe ou autre. Je pense que ça peut être déjà un premier un premier pas

donc maintenant je vais de parler du point de vue d'autres professionnels qui ont mis en avant un certain nombre de facteurs qui influencent la mise en place de la participation. en fait je vais te présenter une liste brute et tu m'arrêtera quand tu me dis oui ou ok quand tu penses que c'est un facteur qui effectivement impacte la mise en oeuvre de la participation et si tu veux ajouter des commentaires sur ce facteur ok alors je commence

l'institution ces enjeux règlement règles de sécurité manque de règles les budgets le temps et les moyens des personnes

oui

donc le temps et les moyens des personnes?

Oui et les budgets aussi..

et tu peux expliquer comment ça peut impacter la participation sa mise en oeuvre ?

Par exemple tu prends un chargé de projet est impliqué et ce temps et disponibilité s'il est déjà surchargé ... il sera moins facile à mobiliser sur ce type des démarches ... et c'était n'importe quel type de professionnels au niveau du budget aussi il faudrait des moyens qui suivent parce que qui dit participation par exemple organisation de réunions, prise en charge de frais de déplacement ou autre il faut que cela soit pris en compte.

Je peux te donner un exemple concret tu vois en Haiti lorsqu'on avait essayé de mobiliser des parents donc leur repas été payé mais par contre il y en avait beaucoup qui devaient prendre une journée de congé et pour le coup ils étaient moins facilement mobilisables que d'autres acteurs alors que pourtant ils étaient essentiels au projet

la participation en elle même elle engage plus de frais qu'une démarche qui serait similaire sans forcément faire participer?

pas forcément, mais je pense que quand il y a des moyens c'est plus facile.

alors je poursuis ma liste: proximité

oui, je pense que les méthodes participatives à un niveau ou échelon local est plus facile à mettre en oeuvre

ok la culture de la co création et de la participation

oui

ça veut dire quoi pour toi

C'est sûr que si tu as des personnes qui partagent les mêmes conceptions ou les mêmes valeurs autour de la co-création, je pense que ça facilite la mise en oeuvre de démarches.

ok les objectifs, la perception d'égalité des savoirs, les représentations sociales, la peur de ne pas maîtriser, les valeurs communes

oui, ça rejoint un petit peu ce que j'ai dit tout à l'heure

définitions communes, l'adhésion des participants

l'adhésion des participants c'est essentiel

ok. les moyens de communication, la préparation, la place au vide pour permettre la réflexion, garder l'en- vie, la dynamique de groupe et un modérateur bienveillant, le goût du pouvoir, le doute

en fait pour moi tout est important

après c'est mettre en avant ce que toi tu penses soit par l'expérience soit par opinion personnelle comme ça qui te paraît le plus important aussi

ok

mépris des nouvelles idées, réunir les partenaires et le lien avec eux

liens avec eux oui

oui oui c'est quoi alors ce lien?

Ça rejoint la notion de communication tout à l'heure et je pense que c'est important de tout au long d'une démarche participative en fait de maintenir ce lien avec les gens pour garder la motivation

Perception de ses missions, compétences, intérêts communs, échanges d'informations

intérêts communs, ça rejoint pour moi les valeurs communs, objectifs, etc que tu as mentionné avant.

échanges d'informations, arriver à faire participer, désir de participation du public, organisation de l'or- ganisation, face à face, décision consensus, équilibre entre dire et faire, cadre défini et souple repères

oui, je rejoins le cadre défini et souple. C'est à dire comme je te disais tout à l'heure il faut que si tu veux mettre en place des démarches pour moi donc il faut qu'il y ait des règles établies de le départ mais il faut quand même que ça soit assez souple, pour permettre la participation des gens, arriver à faire participer les gens et dans en moment donné on peut pas non plus les forcer à participer, faut respecter ça. Donc je suis assez d'accord avec l'idée de cadre mais heu

Ok entre soi, mobilisation des usagers, domination et prises de pouvoir, dilution et l'épuisement, désillu- sion, fantasme, niveau d'éducation, respect de l'individualité et discrimination

Je reviens sur le pouvoir, ça peut être un facteur dans la mesure où lorsqu'on est dans une démarche participative en fait on inverse un petit peu les rôles bien, c'est à dire que les personnes qui font maîtrise du pouvoir ou de connaissances en fait là, se retrouvent dans une situation de... heu et bien que les non experts dans une démarche participative sont mis au même niveau que l'expert, et en fait ça peut des fois créer des crispations. Il ya des gens qui vont pas forcément jouer le jeu parce que ils ont le sentiment de perdre cette notion de pouvoir en fait. J'ai déjà vu arriver ça effectivement.

d'accord et est-ce que du coup tu penses que ces choses ça peut freiner l'entrée dans une démarche partici- pative?

Ça peut freiner oui oui enfin ... sur notre projet franco-haitien en fait on avait donc les différents partenaires qui étaient représentés au sein du copil et on avait donc celui qui présidait le copil qui était un français qui était pour- tant très compétent mais qui dans le fond du discours se disait être dans un démarche participative mais par contre dans sa manière de faire dans sa manière d'interagir avec les gens il était vraiment dans une démarche plu- tôt autoritaire et faites ce que je dis, voilà. Donc en fait, même si le projet cet estampillage de démarches partici- patives mais en interne dans le fonctionnement en fait on n'était pas encore là

et du coup dernière question penses tu as d'autres facteurs qui pourraient influencer donc l'implémenta- tion d'une démarche participative, en termes d'obstacles ou de leviers?

je pense que ta liste était assez complète, après si y a des choses qui me viennent... tu parlais d'institution, je pense que si dans le contexte national il y a une volonté de favoriser ce genre d'initiative oui ça peut être un le-

vier intéressant c'est à dire que les gens qui vont mettre en place ce type de projet ils peuvent aussi s'appuyer sur ce cadre ou ce contexte national pour justifier de la mise en place d'une telle démarche

Il y a aussi bien évidemment toutes les evidence-based, le fait qu'il y ait des initiatives qui étaient évaluées en tout cas et qui sont valorisées fait peut être un levier dans la mesure où ça permet de montrer aux gens que ça fonctionne

je pense que... la communication et avec le capitalisation, le fait de valoriser le travail fait autour de démarches participatives, Le fait de communiquer ou plutôt de diffuser, je rejoins, je radote un petit peu. Donc de diffuser en fait c'est à dire, il y a une notion de capitalisation à la fois scientifique à la fois professionnelle en termes d'analyse de pratique, mais je pense que si en termes de plan de communication, valorisation, vulgarisation je pense que c'est plutôt ça, je pense que ça peut être intéressant

... freins, le budget ...en fait, des fois, je ne sais pas si je vais chercher trop loin mais les démarches participatives en elles-même peuvent constituer un frein, c'est à dire que dans ce genre de projet, je fais le lien avec la démarche de recherche action, ça prend plus de temps que dans d'autres démarches et en fait on n'est jamais sûr du résultat final, donc quand on commence un projet comme c'est une démarche participative, même s'il y a un cadre, en fait on n'est jamais sûr à 100 % de ce qu'on va avoir à la fin même si on peut avoir avoir une idée et je le constate que la démarche en elle même peut-être un frein, mais peut être il faut développer un peu plus, mais c'est quelque chose à ce niveau là.

En off :

elle fait la remarque qu'il y a plein de formes de participation, qu'on ne sait plus la différence avec d'autres concepts comme l'intelligence collective

Effet de mode ou grosse manipulation ? Utilisée pour faire quoi ? Les règles doivent être mises au clair, ça dessert une autre ambition, ça peut être un frein pour les professionnels ou des citoyens, authenticité, communication

ANNEXE 5

Retranscription de l'entretien avec Sarah

tout d'abord peux-tu te présenter?

je suis infirmière depuis maintenant sept ans, je travaille depuis un mois et demi dans une entreprise qui s'appelle orkin, je fais du suivi de patients sur des patients diabétiques et parkinsoniens

je vais poser des questions il faudra juste me répondre par oui ou par non.

Est ce que ton travail contribue au maintien ou à l'amélioration de la santé des communautés les communautés?

La santé des gens

Des gens oui

Est-ce que l'amélioration de la santé est l'objectif principal de ta fonction?

oui

Est ce que la majorité ton travail concernent des patients ou des membres de la communauté?

Oui

Est ce que ça implique une proportion de prévention santé et d'éducation à la santé?

Oui , c'est le coeur de mon travail

deuxième question as-tu déjà été formés ou sensibilisés aux méthodes participatives?

Pas vraiment, rires, pas vraiment

Et est ce que tu sais de quoi il s'agit?

Pas vraiment, c'est vraiment, dans l'éducation thérapeutique?

De façon général dans ta pratique, comment tu définirais ça?

moi si je veux le transposer dans ce que je fais moi, je dirais que c'est oui c'est tout ce qui est rendre mon patient acteur de son éducation thérapeutique quoi, après enfin c'est ce qu'on essaye de faire parce que on a des suivis qui sont larges donc il faut qu'ils le fassent eux-mêmes qu'ils continuent ce qu'on a lancé au suivi seuls, donc pour moi c'est un peu ça mais je sais pas si ça correspond vraiment la définition que tu en fais.

en fait il ya des définitions mais c'est aussi beaucoup des perceptions c'est pour ça que ...

Dans ce que tu viens de me décrire est ce que toi tu as eu l'occasion de mettre en oeuvre des actions particulières qui peuvent rendre le patient acteur par exemple?

Oui, c'est ce que j'ai fait aujourd'hui

Est-ce que tu peux me décrire un petit peu ça?

en fait moi le fait d'être dans une entreprise privée qui est un prestataire de santé au niveau de la démarche santé globale on va dire que je peux pas avoir un rôle d'éducation pur dans le sens où la législation définit pas mon rôle comme ça. Parce que parce que normalement l'éducation thérapeutique elle est faite par l'hôpital, sauf qu'en l'occurrence dans la réalité des choses c'est pas fait comme ça, c'est pas possible donc l'éducation thérapeutique elle est quand même très très orientée par les prestataires, c'est à dire que moi aujourd'hui j'ai expliqué à mes patients qui j'ai comment dire, j'ai suggéré fortement à mes patients ce qui serait bien de faire pour améliorer leur prise en charge. Sauf que j'ai pas le droit de leur dire il faut faire ça il faut faire ça c'est pas mon rôle déjà je suis pas un médecin je suis qu'infirmière, donc j'ai pas le droit de prescrire ou de dire vraiment des choses qui ne sont pas prescrites par un médecin, par contre je peux suggérer aux patients parce que moi je suis dans les prises en charge le patient est vraiment acteur de son soin. Les patients diabétiques ils sont suivis par eux mêmes c'est eux qui modifient leur dose d'insuline c'est pas c'est pas que de la prescription donc moi je fais de la suggestion on va dire.

d'accord et du coup pour toi si tu dis il faut faire ça la différence entre suggérer et il faut faire ça c'est où la participation c'est plutôt dans le suggérer ou plutôt...?

c'est plutôt dans le suggérer parce que du coup moi je vais j'essaie de lui faire comprendre par lui même ce qui peut clocher et mon rôle en fait il est d'amener à ce que la modification ou qui viendra améliorer son état elle

viens un peu lui je lui apporte des pistes pour tracer un peu les chemins, j'apporte les outils qui font qu'il peut les trouver qu'il peut les comprendre par lui-même, parce que j'ai des outils que lui n'a pas de manière seule pour pouvoir analyser ses glycémies, pour pouvoir pour analyser ce que fait sa pompe à fait fin voilà et du coup ça le guide pour qu'il puisse de lui-même avoir le raisonnement de dire ah oui il faudrait peut-être mieux que je fasse comme ça ça pourrait peut-être améliorer ma glycémie, ça peut me rapprocher de l'objectif. Dans le diabète c'est des notions d'objectifs donc le but du traitement il est de se rapprocher de l'objectif glycémique

ok. dans ta pratique antérieure d'infirmière est ce que tu as déjà eu l'occasion de mettre en oeuvre de la participation ?

beaucoup moins beaucoup moins. Avant je faisais du libéral sincèrement on n'a pas le temps de le faire on va faire de l'éducation basique en disant il faut faire ça pour avoir un tel résultat il faut faire ça pour avoir tel résultat on va pas prendre le temps de d'avoir cette démarche de faire vraiment participer le patient ou ça doit être lui qui doit avoir son propre raisonnement. On va être plutôt dans la chose automatique c'est plus par manque de temps que par mon envie parce que l'on a tous envie de faire correctement les choses mais on ne peut pas et avant quand j'étais à l'hôpital j'ai été dans un service d'urgence l'éducation thérapeutique ça reste un peu basique. C'est on a fait pas beaucoup.

D'accord et à l'hôpital, est-ce que tu as participé par exemple à des projets collectifs ou peut-être entendu parler de projets collectifs ?

bon après des projets collectifs y en a toujours tout plein mais pas vraiment sur la promotion de la santé ou des choses comme ça moi j'ai travaillé mon service entre guillemets services techniques ou les gens ils ont des passages courts on fait pas de la prise en charge globale on fait de la prise en charge à l'instant T, donc on n'a pas cette démarche

ok et est ce que tu aurais voulu à ce moment là ou maintenant développer plus de participation?

et ben après coup là on ayant commencé mon nouveau travail qui fait vraiment, ça m'a vraiment montré l'impact vraiment sur le patient de la participation, ouais j'aurais aimé pouvoir faire ça tous mes patients un par un parce que c'est vrai que quand on fait participer le patient, il comprend beaucoup mieux et surtout il est capable de retrouver le raisonnement logique parce qu'il a déjà eu donc il peut le transposer à plein de situations, ce qu'il ne peut pas faire si on lui dit que des choses automatiques : quand il se passe ça, vous faites ça. Oui mais s'il se passe ça mais que à peu près, eh bien ils vont pas avoir le réflexe de faire l'action comme ils l'auraient fait s'ils avaient eu le raisonnement complet

donc oui je l'aurais fait après sincèrement je suis pas sûre que j'aurais pu le faire dans la pratique parce que j'étais pas dans un service où l'on laissait beaucoup de place à la participation du patient, mais oui après coup c'est toujours bien de dire qu'on aurait pu faire ça, rire

ok et du coup si je reformule tu penses que la participation du patient ça permet d'améliorer finalement toute ta pratique quoi ou ça te permet d'atteindre mieux tes objectifs. Du coup si on veut formuler des objectifs dans la pratique ce serait quoi?

par exemple dans ton travail maintenant?

Que le patient puisse de lui-même avoir une gestion optimum de son diabète, entre guillemets que je serve plus à rien sincèrement, c'est que j'arrive au suivi bon tout va bien merci au revoir. enfin voilà après ce serait moins rigolo pour moi, rire. l'objectif ce serait ça même si je je suis pas sûre que ça soit possible de l'atteindre. Parce qu'on parle toujours de l'environnement de vie, moi je suis dans des pathologies qui sont tellement ancrées dans la vie quotidienne que c'est le moindre la moindre chose qui se passe dans la vie c'est forcément un impact sur la maladie et vice versa mais du coup c'est difficile d'atteindre une prise en charge optimale ou alors c'est à un instant T parce que tout va bien dans ta vie et puis trois mois plus tard elle est un événement qui se passait il ya tout qui se dérègle même si tu fais les choses correctement comme ont t'appri à le faire

ok. Alors question suivante c'est un peu lié à ce que tu as dit avant et on va approfondir : dans le cadre de temps de travail qu'est ce qui est ou peut constituer des facteurs pour la mise en place de la participation?

Moi, dans le cadre de mon travail que je fais aujourd'hui c'est que organisationnellement on a des temps de suivi qui sont vraiment définis, on a un temps assez long à consacrer à un seul patient mais on est pleinement de temps avec lui en a rien d'autre à faire enfin c'est contrairement à ce qui peut être fait à l'hôpital, moi je vais chez le patient déjà en plus, je suis dans son environnement à lui, je suis chez lui il a le temps j'ai le temps, en général la discussion peut s'installer c'est ça c'est ouais c'est le fait d'être pas pas trop pris par le temps, bon bien sûr je

ne peux pas à tailler le bout de gras pendant six ans d'accord mais mais voilà je fais des suivis qui dure aux alentours de 1h c'est déjà un temps ou on peut aborder beaucoup beaucoup de choses et surtout moi je cible vraiment ça le l'objectif c'est vraiment de cibler sur l'éducation et sur l'amélioration de la prise en charge

Tu veux dire que par définition ta mission c'est ça

ok même c'est ma mission principale

ok donc en fait c'est écrit

que ouais, ça se trouve tout de même écrit sur ma fiche de poste je n'ai même pas lu, mais oui le rôle tel qu'il est pré défini par la réglementation de l'infirmier conseil c'est vraiment un je suis infirmier conseil déjà dans le mot c'était là pour apporter du conseil était là pour faire du suivi donc il était forcément dans le l'objectif de l'amélioration et l'autonomisation du patient

ok et du coup par exemple dans ta pratique libérale ou à l'hôpital ça aurait été quoi les facteurs de la participation les facteurs pour la mise en place de la participation ?

Dans le libéral c'est le fait que les patients on les voit tous les jours on fait partie de leur vie donc il ya une certaine promiscuité qui se crée on est vraiment, ils nous considèrent pas comme des infirmiers ont fait partie de la vie on est une partie intégrante et du coup on a la possibilité de faire passer beaucoup de choses ils nous écoutent sur beaucoup de choses beaucoup de sujets on est vraiment un conseil. Il ya beaucoup de ça surtout après surtout les personnes âgées mais même des plus jeunes qui vont plus se fier à la parole de l'infirmier libéral qu'à celle de leur médecin traitant qu'ils voient une fois tous les six mois. L'infirmier libéral il est vraiment c'est vraiment c'est une espèce de socle sur lequel leurs croyances médical reposent. Pour eux c'est le premier lien et en général ils aiment beaucoup poser des questions aux infirmiers, être pris en charge par les infirmiers parce qu'en général, on essaye d'expliquer les choses pour se mettre à leur hauteur ce qui n'est pas forcément fait par les médecins. L'empathie aussi ça aide dans ce genre de démarche, ça non plus ce n'est pas très médical

et du coup l'empathie c'est ça vient de quoi ?

il ya le facteur je dirais un triple facteurs en général quand tu veux devenir infirmier tu as quand même base un petit peu empathique parce que si tu l'aies pas tu tiens pas longtemps

donc c'est une un trait de personnalité ?

il ya ça et il ya aussi on est très très sensibilisés à ça pendant les années de formation. l'empathie travaillé et recherché, ça se travaille l'empathie ya des gens qui sont pas très empathiques qui arrivent à le devenir parce qu'ils le travaillent, mais oui c'est une notion très importante dans les compétences de l'infirmière

d'accord et et à l'hôpital du coup ça aurait été quoi le les leviers les freins ?

je vois plus de freins que de leviers (rires) moi parce que j'étais un service où les gens ils restent une journée, c'est un service d'urgence les gens ils sont dans une situation aiguë ils sont pas dans un environnement propice à entendre des conseils et surtout pas du tout à les digérer, enfin quand on a un problème aigu n'est en général vraiment scotché dessus et si on veut essayer d'avancer le c'est pas calme, pas le temps... beaucoup de freins. et trop de patients (rires) j'aimais beaucoup mon travail aux urgences mais j'ai une overdose dont je préviens je vois plus la négative

d'autres professionnels ont mis en avant un certain nombre de facteurs qui influencent la mise en place de la participation comme tu viens de le faire donc j'ai répertorié ces facteurs sous la forme d'une liste brute et je vais te présenter cette liste parlant doucement et j'aimerais que tu m'arrêtes quand tu penses que c'est un facteur qui est important et ou que tu as expérimenté comme étant un facteur de la participation, de la mise en place de la participation :

l'institution, ces enjeux règlement règles de sécurité manque de règles

manque de règles ça me perturbe, c'est vrai qu'en général on me fait plutôt un truc et on essaye de faire un truc cadré. le fait qu'il manque des règles qu'il y ait pas de cadre fixe pour moi ça ça fait partir un peu dans tous les points on va dire, et je pense que c'est compliqué d'essayer d'apprendre 50 choses à la fois surtout si on veut faire dans la participation je pense qu'il faut faire un déroulé une fois qu'il est acquis un autre déroulé enfin voilà si on veut essayer d'induire des démarches mentales pour que les gens puissent les avoir seuls, faut pas en avoir 50 à la fois parce que sinon si ça part dans tous les sens je pense que c'est un frein plutôt. Tu as dit au début l'institution, ça ça peut être cadrant donc du coup pour moi ça me semble un facteur favorisant

ok alors les budgets

(rires) c'est un facteur pas favorisant, il n'y a pas beaucoup de budget pour l'éducation thérapeutique qui est mise en place à l'hôpital. la plupart des infirmiers d'éduc qui étaient très utiles sont déplacés, leur poste est supprimé. Après c'est l'adage des hôpitaux (rires)

ok le temps et les moyens des personnes

ça c'est favorisant moi c'est ce que j'ai pour ça que je peux faire les choses correctement c'est parce que j'ai du temps et des moyens

la culture de la participation

la culture c'est si la personne qui essaie d'induire cette participation si elle est sensibilisée déjà à ça, si elle a envie d'aller là dedans forcément elle va être plus encline à emmener le patient, parce que quand on croit en quelque chose ça se ressent

ok les objectifs, la manipulation possible

oui bah enfin moi aussi moi je fais beaucoup par la manipulation mais après c'est parce que dans le domaine enfin moi de mes patients ils ont tous des pompes donc je les fais beaucoup manipuler eux

ok perception de l'égalité des savoirs, représentations sociales, peur de ne pas maîtriser, valeurs communes, définition commune, adhésion des participantes

c'est en récoltant l'adhésion qu'il peut y avoir une réelle participation parce que les gens s'ils sont pas sont pas convaincus à la base que ça leur est utile n'est pas participation elle est juste pour faire plaisir et du coup si elle est pas si la personne n'y croit pas... ce sera effectivement pas efficace

moyens de communication, préparation

ben faut avoir des objectifs quoi après je peux je suis enfin personnellement je prépare pas complètement, j'ai des items que je veux aborder mais j'essaye de suivre la discussion puisque si tu te calques trop sur un plan après tu tu suis moins la discussion et l'échange est moins interactif donc tu récoltes moins d'adhésion. Si les gens n'ont pas l'impression que t'écoutes ce que tu dis de ce que tu disais que tu vas que tu vas vers où ils veulent aller ils ont l'impression que tu t'intéresses pas à ce que eux ils ont envie. Il faut avoir des objectifs mais juste dans un coin de la tête

place au vide pour permettre la réflexion, garder l'envie, la dynamique de groupe et un modérateur bienveillant

je fais du fait du duo alors

goût du pouvoir, le doute, le mépris de nouvelles idées, réunir les partenaires les liens avec les partenaires, perception de ces missions, compétences

dans ma condition c'est important. Dans le milieu médical le prestataire il est mal vu parce que soit disant c'est juste le distributeur des machines donc il y a vraiment besoin de prouver que tu as les compétences pour faire l'accompagnement des patients et aux médecins et aux patients parce qu'il y en a ils suivent quand même un peu si le le médecin il leur a vendu comme quoi il y avait un marchand de tapis qui allait venir leur régler leur pompe de temps en temps, forcément on part avec un handicap donc c'est vraiment important de montrer sa compétence dans le domaine voulu, pour qu'après la personne puisse avoir confiance dans ce que tu dis quoi ouais c'est ça c'est après c'est vrai que c'est une question de confiance dans les compétences

intérêts communs, échanges d'informations

Si c'est donnant-donnant c'est bien

arriver à faire participer

il faut que ce soit un échange faut que la personne, l'adhésion ça rejoint là les échanges d'informations, faut que la personne ait envie de participer parce que si c'est juste une simple explication c'est pas de la participation

désir de participation du public, organisation de l'organisation

ça rejoint ce qu'on disait, qu'il ya quand même un cadre, tu à tes objectifs pour organiser un truc, faut rester dans ton cadre mais pas être non plus trop strict

face à face

pour moi c'est là que tu as une meilleure discussion

décision consensus, équilibre entre dire et faire

juste je suis d'accord

cadre défini et souple

je suis d'accord aussi

repère, entre soi, mobilisation des usagers, domination et prises de pouvoir, dilution et épuisement, désillusions, fantasme, niveau d'éducation

c'est à prendre en compte le niveau d'éducation, c'est que tu peux pas expliquer la même chose à quelqu'un qui va avoir aucune connaissance médicale que à quelqu'un qui va avoir travaillé dans le milieu et connaître des termes différents. Il faut prendre en compte les notions de base qu'on de la personne pour que l'explication soit la plus judicieuse. [...] Faut s'adapter, l'adaptabilité

respect de l'individualité

ça rejoint un peu ça, tu restes en concordance avec la personne que tu as en face de toi

discrimination

jamais

alors c'est la dernière question penses tu as d'autres facteurs qui pourraient influencer l'implémentation d'une démarche participative ?

ben comme je dis l'adaptabilité enfin c'est vraiment pour moi c'est important ça fait vraiment être enfin on a tous un peu une démarche mentale de ce qu'on aimerait faire quand on essaye d'amener l'éducation et la participation mais après voilà il faut vraiment que ce soit adapté au cas par cas. On ne peut pas faire une éducation pareille même si c'est exactement le même sujet tu pourras jamais dire exactement la même chose à chaque personne, surtout pour des choses qui dans le milieu qui sont tellement imbriquées dans la vie des gens, il ya personne qui a une vie pareille donc personne qui voit sa maladie pareil du coup de personnes qui le traite pareil. Les protocoles c'est des conneries (rires) parce que ils ont tous des protocoles type : quand il ya ça vous faites ça, sauf que ça si c'est jamais revu jamais expliqué jamais adapté ça marche pas

[...]

l'adaptation au protocole et l'adaptabilité est-ce que ça concerne aussi la pratique des infirmiers ou de tes collègues

surtout, il ya des gens qui vont qu'ils vont réussir à vraiment c'est ça c'est on reste toujours dans la même chose. Nous les infirmiers on a on peut agir que sur prescription alors c'est soit t'as ton médecin qui te dis bah il se passa avec tel patient je te prescris ça tu fais ça, là y'a pas d'adaptabilité à avoir. Mais s'il y a beaucoup de choses qui sont faites donc sur protocole ou c'est un protocole écrit qui dit que dans telle situation il faut faire telle chose le problème c'est que si tu sors de la situation tu n'as plus de protocoles donc soit tu as un médecin sur la main qui adapte le protocole c'est lui qui le fait, soit tu adaptes toi mais après c'est compliqué parce que il faut pas sortir de la prescription parce que sinon t'es plus dans les clous, je ne peux pas changer une prescription j'ai pas le droit de le faire. Par contre après adapter le protocole à une situation faire qu'il rentre dans le cadre ça c'est possible et ça c'est de l'adaptabilité.

[...]

ANNEXE 6

Retranscription de l'entretien avec Fantine

alors on va faire comme si on se connaissait pas, est ce que tu peux te présenter ?

Je suis [REDACTED] j'ai 28 ans je vis à Marseille, je suis animatrice socioculturelle de formation, je fais beaucoup d'animation, je suis formatrice BAFA et je travaille comme contractuelle dans l'éducation nationale en ce moment [...] je suis surveillante, assistante d'éducation dans un lycée professionnel

ok je vais te poser des questions tu vas juste répondre par oui ou par non. Alors est ce que ton travail contribue au maintien ou à l'amélioration de la santé des communautés?

oui

ok est-ce que c'est l'objectif principal de ta fonction?

non

alors est ce que tu as déjà été formée ou sensibilisée aux méthodes participatives?

oui alors ça a été dans différents cas, je vais parler de mon expérience la plus récente, c'était dans le cadre d'une formation BAFA, c'était la troisième fois que j'étais formatrice BAFA et on avait mis en place une méthode qui avait déjà été expérimentée par une collègue qui s'appelait la grille ouverte. En fait on proposait aux jeunes qui ont entre 17 et 25 ans et qui sont des animateurs, de créer eux-même leur formation, c'est-à-dire qu'au lieu de proposer une grille de formation avec "le lundi on fait ça" etc. on a fait une journée un peu classique le 1er jour, et le 2ème on leur dit, voilà de quoi pensez-vous avoir besoin en tant qu'animateurs ? C'est toute une méthode où à partir de ce qu'ils nous disaient, on créait des modules de formation, où ils pouvaient ou pas s'inscrire, en tout cas ils étaient complètement acteurs de leur formation et ils créaient la grille [...] on voulait qu'ils s'approprient mieux le contenu et qu'ils soient acteurs.

Après j'ai fait un stage d'études dans une association qui s'appelle l'agglo et qui regroupe toutes les comités de quartiers de l'agglomération grenobloise, et l'agglo s'intéressait à ce moment-là, c'était les conseils de quartiers qui étaient en train de se créer, des instances de démocratie participative comme on dit, c'était une façon pour la ville de faire participer les habitants à la vie du quartier. Sauf que l'agglo comprenait pas trop pourquoi on venait marcher sur ses plates bandes, parce que eux depuis je sais plus combien d'années, ils avaient constitué une espèce de fédération de comités de quartier qui marchaient bien, et d'un coup la Mairie a voulu créer ses propres comités de quartier et ils ont juste changé le nom en conseils de quartier. Et là ça a été la crise, je suis arrivée à ce moment-là, pendant 2 mois je suis allée interviewer pas mal de personnes pour essayer de comprendre comment ces 2 instances pouvaient être complémentaires. [...]

alors ce que je comprends c'est que tu as utilisé des méthodes de participation dans le cadre de ton travail ?

alors pas au stage à l'agglo, mais complètement au stage BAFA. J'ai un autre exemple, j'étais animatrice dans une colo, c'était le CE de la CAF, donc une colo avec un peu de moyens, c'est le moins qu'on puisse dire, donc ils avaient essayé de reproduire une microsociété pour les enfants qui s'appelait Ninopolis. Tous les soirs on organisait des Agora, le principe c'était que les enfants décidaient de leur programme du lendemain. Et en fait c'était hy-per dur à mettre en place pour le coup, parce que c'est beaucoup moins élaboré comme méthode que lors de la formation BAFA. On avait un bâton de parole, et du coup les ados se le faisaient passer et ils devaient dire chacun leur tour une idée, et pouvaient répéter une idée. Nous on avait un tableau et on mettait des bâtons à côté des idées selon le nombre de jeunes intéressés. Ça posait plein de problèmes, comme celui qui dit un truc personne veut faire son truc, ou alors une idée complètement pourrie ben tout le monde veut la faire, ou à la fin on se retrouve avec 5 activités et on est que 2 animateurs donc il faut trancher de façon complètement despotique. En plus les idées des ados en général sont complètement nulles, donc en termes d'animation c'était très compliqué à gérer de leur dire que c'était peut-être un peu pourri de faire des perles à 14 ans. Ou des coloriages, ou temps libre... C'était ma première expérience de mise en oeuvre de méthodes de participation, mais ça n'a pas du tout porté ses fruits, d'ailleurs on a fini par être beaucoup plus directifs au bout d'un moment et l'agora ressemblait à plus grand chose de démocratique à la fin.

A l'agglo j'ai pas vraiment mis en oeuvre des méthodes participatives, c'était plus un travail d'enquête, enfin si peut-être que ça en est, c'est à dire que j'ai fait participer toutes les personnes que j'ai interrogées, pour m'aider moi à faire une proposition sur comment des comités et les conseils pouvaient être complémentaires. J'ai inter-

viewé toutes les personnes du CA de l'Agglo, qui faisaient tous partie d'un comité, d'un quartier différent, c'était des militants associatifs qui se sentaient vachement ben trahis que la Mairie décide de les remplacer. Et j'ai aussi interviewé ceux qui avaient décidé de mettre en place les conseil de quartiers, donc les élus, pour essayer de comprendre pourquoi et quel était le but, et les techniciens qui mettaient les conseils en place.

est-ce que ces expériences ont été une façon de te former et de te sensibiliser à ces méthodes, ou tu as déjà été formée théoriquement auparavant ?

heu non, jamais théoriquement, c'est pour ça que la première fois que j'y ai été confrontée ça a été compliqué, on a l'impression que ça va être facile, il suffit de demander à chacun ce qu'il veut et puis à la fin on aura qqch, alors qu'en fait ça se passe pas du tout comme ça. Rien que pour créer de la discussion il faut utiliser des techniques. Ah oui parce que pour l'Agglo, le truc qui allait être magique, c'était que je participais à organiser un débat sur les comités et conseils de quartier, quelle complémentarité ? dans le cadre des rencontres de la démocratie participative. J'animais ce fameux débat où sont venues les personnes intéressées des 2 camps, et en fait ça a juste été une engueulade généralisée, j'en ai rien sorti d'hyper intéressant. Déjà c'était dur pour moi, quand t'as ta propre opinion, d'essayer d'être un peu objective, je me disais ça va être génial, on va mettre des gens pas d'accord ensemble qui vont débattre et puis on va tous ensemble construire une super solution. Sauf que j'avais aucune technique d'animation, j'ai laissé les gens parler et ça s'est vite transformé en pugilat. [...] Donc ça a été un échec comme la colo.

Donc bon faire participer des gens quand à la fin ils ont l'impression que ça a servi à rien de participer, qu'on a pas entendu ce qu'ils avaient à dire, c'est très frustrant.

La plus réussie c'était la formation BAFA parce que mes collègues avaient rodé une méthode hyper précise. Donc on posait cette question "vous avez besoin de quoi", au début les jeunes sont complètement perdus [...] mais on les accompagne, on les laisse un peu poser des choses au pif, on les reformule, et souvent ça tombe sur des vrais modules qui existent. On fait ça la première fois puis on laisse mûrir et en fait pendant toute la journée ils y pensent, ils nous posent des questions, et le lendemain on reprend l'exercice, la grille, et beaucoup de choses ont mûri dans la tête des jeunes [...] La grille elle se construit en 3 jours et à la fin elle est juste nickel. Ils peuvent dire les modules qui les intéressent mais aussi le nombre de personnes pour le module, et si besoin d'un formateur ou pas. Au début ça bloque parce que le nombre de formateurs, les journées dans la journée est fini, on doit dire "ah bah non là y a un souci", du coup soit ils décident de faire sans formateur soit faut qu'ils viennent avec un autre [...]. On attend vraiment la dernière minute, qu'ils s'en rendent compte tous seuls. [...] La collègue qui le menait elle le menait de façon vraiment à toujours laisser penser à la personne que l'idée vient d'elle. Elle avait toujours les mêmes paroles genre "ah ce que tu veux dire par chanson c'est que tu voudrais ...", des reformulations. Au début je trouvais que c'était une façon de dénaturer leurs propos, ou de les manipuler pour les amener où on voulait, mais finalement j'ai été assez persuadée par cette méthode, et surtout c'est incroyable de voir comme ça change la structure des jeunes par rapport aux autres formations BAFA, et d'un coup ils sont plus adultes, beaucoup plus intéressés, intéressants, acteurs de ce qu'ils font, ils savent exactement ce qu'ils vont faire dans les 5 prochains jours. On n'a pas à leur dire "allez on reprend", parce que c'est leur grille et ils se sont inscrits sur les modules qui les intéressaient. Et vu que je l'ai vu faire et que je suis capable de le refaire, j'ai été formée pour la première fois à une vraie méthode de participation.

Est-ce qu'on peut dire dans les 3 projets que les personnes impliquées étaient les destinataires immédiats ou les citoyens qui étaient inclus dans la participation, c'étaient les co-créateurs ?

Oui tout à fait [...] c'était les personnes concernées.

Pour la formation BAFA ce serait quoi l'objectif de mettre en oeuvre la participation ?

Faire participer le stagiaire au contenu et à la forme de sa formation, à l'élaboration.

ça c'est l'objectif ou ... ?

alors oui ce serait plutôt le moyen, du coup l'objectif est presque un peu dans le moyen, en gros c'est de rendre le stagiaire acteur de sa formation afin qu'il la... en fait il apprend mieux, il sera mieux formé.

donc si je reformule, y aurait 2 objectifs, le fait de rendre la personne actrice, on peut mettre ça en lien avec des valeurs ?

oui c'est question de responsabilisation, d'autonomisation. En fait l'objectif c'est de lui faire prendre conscience de ce qu'il est en train de faire et pourquoi il le fait

et l'autre objectif, plus distal, ce serait qu'il soit mieux formé...

qu'il soit meilleur sur son stage pratique, que ce soit un meilleur animateur quoi.

après on cherche aussi à épanouir des adultes et futurs citoyens, c'est à dire que même s'ils continuent pas leur cursus BAFA ni jamais faire d'animation, les 8 jours qu'ils auront passés avec nous, à vivre une expérience collective où on respecte les règles, où on est tolérants, on inscrit tout à fait ça dans une expérience d'éducation populaire en soi. C'est peut-être la première fois de leur vie qu'on va leur demander de construire qqch en collectif et de donner leur avis.

si on parle en termes de projet, ils ont contribué à l'élaboration et à la mise en oeuvre?

oui tout à fait puisque beaucoup choisissaient des modules où il n'y avait pas besoin de formateurs, auquel cas on leur donnait de la documentation, ils se réunissaient et bossaient de façon autonome. Pour l'évaluation, nous à la fin de la semaine, on leur donne pas le BAFA si on considère qu'ils n'ont pas joué le jeu. Si on en voyait qui allaient prendre un café au lieu de bosser en autonome, on le notait et ça pouvait jouer en sa défaveur [...]

Y a pas eu d'évaluation de la démarche elle-même ?

Alors si, mais par les formateurs, on a pas explicitement demandé l'avis aux jeunes. Parce qu'on leur distribuait un bilan tout fait, et vu que la plupart des formations BAFA ne se passent pas comme ça, il y avait pas comme question "est ce que vous avez aimé la grille ouverte ?" [...]

Par contre pour nous, il y avait un gros point négatif. On était 4 formateurs [...] une c'était sa première formation, et il y avait plein de modules qu'on n'était pas capables de mener seules. Et dans le cadre de la grille ouverte t'es obligé d'être seul, chacun fait un module [...] au delà de nous mettre dans une situation un peu compliquée, on ne les voyait pas animer leurs modules, ce qui aurait été hyper intéressant pour nous. Mais c'était vraiment du côté des formateurs, pas des participants.

qu'est-ce qui a ou peut constituer des facteurs pour la mise en oeuvre de la participation ?

des facteurs ?

qu'est ce qui constituerait un frein ou un levier pour mettre en place une démarche comme ça ?

le manque de formation, ça s'improvise pas, si on n'a pas de technique on est à peu près sûr de se planter je pense. Un 2ème frein, ce serait de pas rendre des comptes aux participants, quand on les convie à un moment qui leur demande du temps, de l'investissement, si derrière on prend pas en compte leur avis ça peut vraiment créer des situations désagréables comme dans la colo.

Des choses qui peuvent aider, être préparé, être formé, avoir des moyens à disposition, y'a aussi la convivialité, je pense à mon expérience de l'agglo. Voilà je pense qu'il faut des moyens autant matériels qu'intellectuels pour préparer ça, et peut-être aussi [...] de pas avoir une idée arrêtée de la où on veut aller. Si on décide de faire participer faut qu'on soit le plus ouvert possible. Ou alors on sait exactement où on veut aller, comme dans la formation BAFA, on les fait participer dans un objectif précis mais qui va pas être de construire qqch de nouveau mais de rendre la personne actrice. Dans ce cas faut exactement savoir où on va.

Dans la formation BAFA, la démarche était déjà un peu actée, et toi est-ce que tu voudrais mettre une démarche comme ça en place au lycée? Ce serait possible? Qu'est ce qui le permettrait?

Je dirais que oui je le voudrais parce que je pense que c'est toujours intéressant... enfin ça dépend comme on disait, soit on sait on veut aller mais on trouve que c'est bien que les participants soient acteurs aussi, soit on est vraiment prêts à ce que le résultat de la participation soit pas du tout ce qu'on attend. Par exemple je pense à si je demandais leur avis aux élèves sur comment ils voudraient que soit le foyer et quelles activités on pourrait y faire, je pense que ce serait vite TV, Fifa etc. et puis y a pas de coca... je vais être un peu cliché, mais c'est ce qu'il se passerait en majorité, après il faudrait, comment je module ça, qu'est ce que je dis, le coca c'est mauvais pour la santé, vous regardez déjà trop de TV à la maison? Comment faire pour qu'il y ait pas frustration? Je sais pas si je trouverais ça agréable de faire ça.

Si je reformule, ça dépendrait donc plus de ce que tu penses que les élèves répondraient ?

oui ce serait plus parce que je pense que je... en fait je sais pas. Dans le cadre de mon travail actuel effectivement, le public est peut-être pas assez préparé, éduqué pour qu'on leur demande aussi frontalement leur avis. [...] je suis pas sûre que ce soit de la participation, mais on peut aussi leur proposer des choix et c'est déjà mieux que leur imposer des choses.

D'autres professionnels ont mis en avant des facteurs [...] j'aimerais que tu m'arrêtes quand tu penses que c'est un facteur important de la participation.

L'institution, ses enjeux

Je comprends pas trop le rapport, ça me parle pas.

Règlement

oui, oui oui oui, pour donner un exemple, en formation BAFA et en colo, le moment où on met en place les règles est toujours un moment participatif et de discussion

Règles de sécurité, manque de règles, budget, temps et moyens des personnes

oui c'est super important, on peut demander à qqn de donner son avis sans qu'il ait le temps et sans filer les moyens de le faire. Par exemple sur un projet urbanistique, on peut pas demander à qqn de participer s'il a pas tous les éléments, si on lui a pas donné le temps de réfléchir

Proximité, la culture de la participation, les objectifs et la manipulation possible

oui on peut penser aux référendums, on peut selon les objectifs qu'on a orienter les questions qu'on pose et faire en sorte que les participants finissent par répondre ce qu'on veut. En fait ça dépend, si le but il est plus dans le chemin que faire le participant plutôt que dans ce qui va en résulter, la manipulation est autorisée d'une certaine façon. Après si le but c'est savoir vraiment ce que les participants veulent, dans ce cas c'est pas une bonne idée.

Perception de l'égalité des savoirs, représentations sociales, peur de ne pas maîtriser

oui y a de l'autocensure, il ya des personnes qui osent pas donner leur avis parce qu'elles ont peur de dire n'importe quoi, et c'est là où il y a un travail à faire dans la présentation du projet, de leur expliquer, de laisser le temps de se l'approprier. Là aussi je pense qu'il y a des techniques qui existent pour mettre les personnes à l'aise et leur donner confiance en elles.

Valeurs communes, définition commune, adhésion des participants, moyens de communication

je pense que ça fait partie des moyens qu'on met en place, pour faire de la pub pour une consultation publique, et autant sur la façon dont on va discuter ensemble

Préparation

ça se prépare et bien, notamment dans les méthodes

Place au vide pour permettre la réflexion

oui d'ailleurs c'est une technique qu'on a utilisé sur la formation BAFA le premier jour il se passe rien, le deuxième y a plein de déblocages

Garder l'envie, la dynamique du groupe et modérateur bienveillant

bienveillance carrément, plus t'es bienveillant et plus les gens vont oser dire ce qu'ils pensent

Goût du pouvoir, doute, mépris des nouvelles idées

ça revient un peu au but qu'on s'est mis à la base, c'est que si on part avec l'idée qu'on est prêt à accepter l'avis de tout le monde, il faut aussi accepter ce soit pas des choses qui ont déjà été entendues ou des idées à nous en temps que metteurs en place de la participation, donc il faut être ouvert d'esprit

Réunir les partenaires, lien avec, perception de ses missions, compétences, intérêts communs, échange d'informations, arriver à faire participer

c'est pas du bon sens, faut des techniques, sinon on n'a pas de résultats

Désir de participation du public, organisation de l'organisation, face à face, décision consensus, équilibre entre dire et faire, cadre défini et souple, repères, entre soi, mobilisation des usagers

entre soi, mobilisation des usagers pour moi ça va ensemble [...] si on veut une diversité d'opinions et de points de vue, il faut un peu ??? la mobilisation parce que c'est pas du tout facile de mobiliser des gens très différents les uns des autres, et si on le fait pas on va se retrouver avec des gens qui vont être plus intéressés par la question ou qui auront des intérêts, ou tout simplement qui seront un public qui n'ont pas peur de participer, qui ont une culture de la participation, donc oui tu peux te retrouver, si tu ratisses pas large, dans une espèce d'entre soi, [...] donc c'est lié à la communication [...]

Domination et prise de pouvoir, dilution et épuisement, désillusion

Oui c'est complètement possible dans la participation parce que... je sais pas l'expliquer... ça fait partie du processus, qui permet d'avancer ensuite

Fantasme, niveau d'éducation, respect de l'individualité, discrimination.

Pensez-vous encore à d'autres facteurs ?

faut quand-même susciter l'intérêt sur le sujet, on peut pas forcer la participation à mon sens, donc si on veut un panel large, [...] en leur expliquant pourquoi on pense que leur avis est important sur cette question et qu'ils ont intérêt à participer à ce qu'on leur propose.

ANNEXE 7

Résultats de l'hétéro-confrontation sur les facteurs de la participation

Légende :

✓ = facteur validé comme important

☐ = non relevé comme facteur

Traces des Cubes	Validations et commentaires associés			
	Alice	Coline	Sarah	Fantine
l'institution, ses enjeux	☐	✓ <i>(validé à la fin)</i> « si dans le contexte national il y a une volonté de favoriser ce genre d'initiative oui ça peut être un levier intéressant »	✓ « ça peut être cadrant donc du coup pour moi ça me semble un facteur favorisant »	☐
règlement	☐	☐	☐	✓ « le moment où on met en place les règles est toujours un moment participatif »
règles de sécurité	☐	☐	☐	☐
manque de règles	☐	☐	✓ « le fait qu'il manque des règles qu'il y ait pas de cadre fixe pour moi ça ça fait partir un peu dans tous les points »	☐
les budgets	☐	✓ « quand il y a des moyens c'est plus facile »	✓ « il n'y a pas beaucoup de budget pour l'éducation thérapeutique qui est mise en place à l'hôpital »	☐
le temps et les moyens des personnes	✓ temps des professionnels « nécessaire pour développer la participation collective » ; des moyens « pour développer un espace, se poser, construire le projet avec les personnes »	✓ si le professionnel « est déjà surchargé, il sera moins facile à mobiliser sur ce type des démarches » ; « ça prend plus de temps que dans d'autres démarches »	✓ « moi c'est ce que j'ai pour ça que je peux faire les choses correctement »	✓ « on peut pas demander à qqn de participer s'il a pas tous les éléments, si on lui a pas donné le temps de réfléchir »
proximité	☐	✓ « à un échelon local est plus facile à	<i>(oublié par l'interviewer)</i>	☐

		mettre en œuvre »		
la culture de la co-création/participation	✓ « culture du métier et de l'équipe »	✓ « si tu as des personnes qui partagent les mêmes conceptions ou les mêmes valeurs autour de la co-création, je pense que ça facilite »	✓ Si le professionnel est sensibilisé et y croit, il sera « plus enclin à emmener le patient »	✓ (relevé à un autre item) un public qui a la culture de la participation : « qui n'a pas peur de participer »
Les objectifs et la manipulation possible	□	✓ <i>validé hors enregistrement</i> « ça dessert une autre ambition » ; « ça peut être un frein pour les professionnels ou des citoyens »	□ « mes patients ils ont tous des pompes donc je les fais beaucoup manipuler eux » (interprétation différente du terme)	✓ « si le but c'est savoir vraiment ce que les participants veulent, dans ce cas [la manipulation] c'est pas une bonne idée. »
perception d'égalité des savoirs	✓ « posture des professionnels » ; « comment la personne va aussi partager ses connaissances, quelle place on va laisser dans cette relation »	□	□	□
représentations sociales	✓ « ça peut être l'objet de la participation »	□	□	□
peur de ne pas maîtriser	□	□	□	✓ « il y a de l'autocensure, il y a des personnes qui osent pas donner leur avis parce qu'elles ont peur de dire n'importe quoi » ; « je pense qu'il y a des techniques qui existent pour mettre les personnes à l'aise et leur donner confiance en elles »
valeurs communes	✓ « la participation découle d'une valeur du professionnel »	✓	□	□
définition commune	□	□	□	□
adhésion des participants	✓	✓ « c'est essentiel »	✓ « les gens s'ils sont pas convaincus à la base que ça leur est utile, ce n'est pas de la participation »	□

moyens de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓ « ça fait partie des moyens [...] pour faire de la pub pour une consultation publique, et autant sur la façon dont on va discuter ensemble »
préparation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓ « si tu te calques trop sur un plan après tu suis moins la discussion et l'échange est moins interactif » donc « il faut avoir des objectifs mais juste dans un coin de la tête »	✓ « notamment dans les méthodes »
place au vide pour permettre la réflexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓ ça permet des « débloqués »
garder l'envie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la dynamique de groupe et modérateur bienveillant	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓ « plus t'es bienveillant et plus les gens vont oser dire ce qu'ils pensent »
goût du pouvoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le doute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mépris des nouvelles idées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓ « si on part avec l'idée qu'on est prêt à accepter l'avis de tout le monde, il faut aussi accepter ce soit pas des choses qui ont déjà été entendues »
réunir les partenaires, lien avec eux	<input type="checkbox"/>	✓ « c'est important de tout au long d'une démarche participative en fait de maintenir ce lien avec les gens pour garder la motivation »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perceptions de ses missions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓ « c'est vraiment important de montrer sa compétence dans le domaine voulu, pour qu'après la personne puisse avoir confiance »	<input type="checkbox"/>

intérêt commun	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
échanges d'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arriver à faire participer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> « faut que la personne ait envie de participer »	<input checked="" type="checkbox"/> « faut des techniques »
désir de participation du public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
organisation de l'organisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> « faut rester dans ton cadre mais pas être non plus trop strict »	<input type="checkbox"/>
face à face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> « pour moi c'est là que tu as une meilleure discussion »	<input type="checkbox"/>
décision, consensus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
équilibre entre dire et faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cadre défini et souple	<input checked="" type="checkbox"/> il faut une « certaine souplesse pour émettre des demandes mais en même temps des consignes claires »	<input checked="" type="checkbox"/> « il faut qu'il y ait des règles établies dès le départ mais il faut quand même que ça soit assez souple, pour permettre la participation »	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entre-soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
mobilisation des usagers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> « entre soi, mobilisation des usagers pour moi ça va ensemble » ; « c'est pas du tout facile de mobiliser des gens très différents les uns des autres, et si on le fait pas on va se retrouver avec des gens qui vont être plus intéressés par la question ou qui auront des intérêts »
domination et prise de pouvoir	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> « dans une démarche participative en fait on inverse un petit peu les rôles »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dilution et épuisement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

désillusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓ « ça fait partie du processus, qui permet d'avancer ensuite »
fantasme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niveau d'éducation	✓ « pour pouvoir participer, il faut recevoir une certaine éducation pour être à l'aise » ; « transmission de connaissances »	<input type="checkbox"/>	✓ « Il faut prendre en compte les notions de base qu'a la personne pour que l'explication soit la plus judicieuse »	<input type="checkbox"/>
respect de l'individualité	✓	<input type="checkbox"/>	✓ « tu restes en concordance avec la personne »	<input type="checkbox"/>
discrimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 8

Catégories dégagées de l'analyse des données

Légende :

- noir : analyse des Cubes
- bleu : analyse de l'observation
- orange : analyse des discours spontanés en entretien
- vert : analyse de l'hétéro-confrontation
- surlignage jaune : confirmés en entretien

Catégories	Contenu des recueils associé
Communauté entre les acteurs	Partage de valeurs, intérêt, définition, culture de la participation, d'un espace géographique (proximité) Partage de conceptions de la participation
Modalités et forme de la démarche	Cadre défini ou souple, malléabilité, repères, préparation, face à face, laisser la place au vide, réajuster, règles, moyens de communication, arriver à mobiliser, définition de l'objectif, décision/consensus, (équilibre entre dire et faire?) engagement favorisé par des contraintes ou incitations, préparation du public, flexibilité et adaptabilité dans le déroulement, adaptation au public clarté de la démarche, explicitation des règles en amont, adaptation au cas par cas, prise en compte de ce qui existe déjà sur le territoire, utilisation de techniques précises et qui laissent du temps à la réflexion, préparation et objectifs clairs, susciter l'intérêt des gens, mobiliser un public divers trop de préparation peut empêcher la discussion, avoir des méthodes, face à face facilite la discussion, consignes claires mais souplesse, mobiliser pour éviter un public homogène, prendre en compte le niveau d'éducation
Relations entre les professionnels et le public / entre les collaborateurs	Respect de l'individualité, discrimination, acceptation de l'égalité des savoirs, modérateur bienveillant, ouverture aux nouvelles idées, honnêteté, manipulation possible, échanges d'informations, domination et pouvoir, lien avec les partenaires compréhension mutuelle, communication de ses attentes, laisser s'exprimer en accompagnant, s'adapter au public, écoute et prise en compte des demandes être connu du public, empathie, ouverture sur les résultats posture du professionnel et place laissée aux usagers, façon de communiquer, bienveillance libère la parole du public, inversion des rôles, prendre en compte le niveau d'éducation dans sa posture
Caractéristiques du public	Niveau d'éducation, adhésion, communication, désir, arriver à faire participer, dynamique de groupe, nombre, entente, égalité, peur de ne pas maîtriser compétences détenues éducation du public public qui a la culture de la participation, représentations, autocensure, conviction de l'utilité pour eux, public doit recevoir des connaissances pour être à l'aise
Caractéristiques personnelles du professionnel, de l'équipe et des décideurs	Représentations, perceptions, croyances sur ses missions/compétences, doute, goût du pouvoir, acceptation de l'égalité des savoirs, peur de ne pas maîtriser, fantasme, risques manipulation, d'effets pervers, de désillusion, dilution, épuisement, perte d'envie de l'implication

	<p>connaissances théoriques, expériences de la participation motivation, volonté, intérêt, ouverture, résultat incertain, représentations de sa profession et du rôle des autres, compétences relationnelles, adaptabilité, formation et compétences pour utiliser des méthodes de participation compétences professionnelles dans le domaine pour inspirer confiance Désillusion étape du processus qui permet d'avancer</p>
Cadre institutionnel, réglementaire et contexte national	<p>Enjeux, règles, hygiène, sécurité, charte, règlement, poids institutionnel, organisation de la structure, contrainte d'objectif contraintes posées par le financeur participation inscrite dans les textes (référentiels de compétences des métiers par exemple), existence d'instances de participation (CVS), pays, culture locale, existence d'interventions évaluées (evidence-based) diffusées institution cadrante, soutien explicite des démarches participatives au niveau national</p>
Caractéristiques de l'organisation de travail	<p>Organisation de l'organisation, Temps des professionnels, contraintes temporelles, temps du public, moyens de communication, aspect pécuniaire, budget, proximité des personnes impliquées, partenaires existence d'un financement de projet, temps pour organiser moyens et temps donnés au public pour réfléchir, échelon local, publicité temps dédié, secteur d'activité, objet de la mission (consiste à faire participer ou prise en charge de problèmes aigus par exemple), conditions/lieu propices, participation inscrite dans les projets d'établissement et fiches de postes</p>

Table des matières

REMERCIEMENTS	p. 1
LISTE DES SIGLES UTILISES	p. 2
INTRODUCTION	p. 3
I. REVUE DE LITTÉRATURE	p. 6
1. Cadre législatif	p. 6
2. Clarifications terminologiques	p. 7
2. 1. La participation	p. 7
2. 1. 1. Définitions	p. 7
2. 1. 2. Les niveaux de participation	p. 7
2. 1. 3. L'action communautaire	p. 9
2. 1. 4. L'empowerment	p. 10
2. 2. La co-création : une démarche de participation active	p. 11
2. 2. 1. Evolution de la définition de la co-création	p. 11
2. 2. 2. Distinctions conceptuelles	p. 12
2. 3. Illustration : démarche participative en milieu scolaire	p. 13
3. La participation : une démarche de promotion de la santé	p. 14
3. 1. La promotion de la santé	p. 14
3. 2. Les stratégies en promotion de la santé	p. 15
3. 3. Les promoteurs de santé	p. 16
3. 4. La participation comme moyen ou finalité	p. 17
4. Les effets des démarches participatives	p. 18
4. 1. Domaine marketing et commercial	p. 18
4. 2. Domaine des services à la collectivité	p. 18
4. 3. Le domaine de la promotion de la santé	p. 19
4. 3. 1. Les attentes sur le plan de la santé	p. 19
4. 3. 2. Résultats effectifs des démarches participatives	p. 20
4. 3. 3. Les résultats de la participation des élèves à l'école	p. 21
5. Les pratiques de participation en promotion de la santé	p. 22
5. 1. Enjeux autour des pratiques de participation	p. 22
5. 2. Identifier les facteurs de mise en œuvre et de diffusion	p. 23
5. 2. 1. Modèles issus de l' <i>implementation science</i>	p. 23
5. 2. 2. Facteurs des actions de promotion de la santé	p. 25
5. 2. 3. Facteurs de la participation et de la co-création	p. 25
6. Problématisation et question de recherche	p. 26

II. MÉTHODOLOGIE	p. 28
1. Cadre et terrain de recherche	p. 28
1. 1. Présentation du stage et du projet Co-Creating Welfare	p. 28
1. 2. Articulation entre projet, mission et recherche	p. 28
2. Recueil des données : méthodes	p. 29
2. 1. Technique de co-création : le Cube	p. 29
2. 2. Entretiens individuels	p. 30
2. 3. Observation participante	p. 31
3. Traitement des données	p. 32
4. Déroulement effectif de la recherche et échantillon	p. 32
III. RÉSULTATS	p. 35
1. Données issues de la méthodes du Cube	p. 35
2. Données issues des entretiens	p. 36
2. 1. Perceptions et expériences de la participation	p. 36
2. 2. Facteurs de la participation identifiés spontanément	p. 39
2. 3. Facteurs relevés en hétéro-confrontation	p. 40
3. Données issues de l'observation participante	p. 41
IV. DISCUSSION	p. 43
1. Analyse des perceptions et pratiques de la participation	p. 43
2. Analyse des facteurs de la participation identifiés	p. 45
2. 1. Catégories de facteurs issus du corpus de données	p. 45
2. 2. Confrontation à la littérature	p. 47
2. 3. Classification par phases et par niveaux écologiques	p. 48
2. 4. Statut des hypothèses	p. 50
3. Implications pratiques	p. 50
3. 1. Favoriser la diffusion et l'adoption de démarches participatives	p. 50
3. 2. Renforcer le bon déroulement des démarches participatives	p. 51
4. Limites de la recherche	p. 52
CONCLUSION	p. 54
BIBLIOGRAPHIE	p. 56
LISTE DES ANNEXES	p. 62

ROMERO-PORTIER	Cindy	16/07/2019
Master 2 Promotion de la santé et prévention		
LES DÉMARCHES PARTICIPATIVES : PERSPECTIVE DES PROMOTEURS DE SANTÉ SUR LES FACTEUR DE MISE EN ŒUVRE		
Promotion 2018-2019		
<p>Résumé :</p> <p>Les approches participatives sont régulièrement préconisées comme stratégie pour promouvoir la santé des populations, et en premier lieu par la Charte d’Ottawa et l’Organisation Mondiale de la Santé. Elles ont montré à maintes reprises les potentiels bénéfiques qu’elles pouvaient apporter, en particulier les formes de participation les plus actives. Cependant, leur mise en œuvre reste encore assez limitée.</p> <p>C’est pourquoi cette étude s’est intéressée aux facteurs d’implémentation : leur identification par les acteurs les plus susceptibles de porter la participation dans le cadre de la promotion de la santé – la <i>public health workforce</i> – doit permettre d’apporter des éléments pour améliorer la diffusion de ces démarches.</p> <p>Grâce à une triangulation de méthodes qualitatives, nous avons entrepris d’analyser ces facteurs et dégagé 7 catégories : les caractéristiques du public, les caractéristiques individuelles des professionnels et des décideurs, les relations entre les professionnels et le public / entre les collaborateurs, les modalités et forme de la démarche, l’organisation locale et ses missions, et le contexte national.</p> <p>Suite à l’analyse de ces facteurs, nous avons formulé des pistes d’actions à entreprendre qui pourraient favoriser l’implémentation des démarches participatives par les promoteurs de santé, en distinguant leur adoption et leur déroulement optimal. Ces recommandations concernent en particulier les textes officiels et le contenu des formations.</p>		
<p>Mots-clés :</p> <p>participation, co-création, implémentation, facteurs, public health workforce, promotion de la santé</p>		
<p><i>L’Ecole des Hautes Études en Santé Publique et l’Université Rennes 1 n’entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		

