



Master 2

Promotion de la santé et prévention

Promotion : 2020-2021

**La participation des publics à la construction d'ateliers
d'éducation à l'alimentation : un défi pour
l'Association de Cardiologie de Bretagne**

CHLOÉ VÉRITÉ

Août 2021

Sous la direction de Marie-Renée GUÉVEL

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier vivement Madame Anne-Lise DUBOIS, coordinatrice régionale au sein de l'Association de Cardiologie de Bretagne pour son encadrement bienveillant et la confiance qu'elle m'a accordée lors de cette période de stage, grandement déstabilisée par la situation sanitaire. Je remercie également le docteur François PAILLARD, président de l'Association de Cardiologie de Bretagne pour son accueil et son intérêt à l'égard de mes missions.

J'adresse mes remerciements à Madame Marie-Renée GUÉVEL, maître de conférences et responsable pédagogique du Master Promotion de la santé et prévention et tutrice de mon stage, pour son dévouement, sa considération et sa disponibilité tout au long de cette année universitaire.

Un grand merci à mes différents interlocuteurs, qu'ils soient professionnels, bénévoles ou participants au projet, pour m'avoir accordé leurs précieux temps. Les échanges ont été d'une grande richesse pour mener à bien ma réflexion.

Sommaire

Introduction.....	1
I. Contextualisation de la participation	1
II. Première association de lutte contre les maladies cardio-vasculaires en France.....	2
A. La Fédération Française de Cardiologie	2
B. L'Association de Cardiologie de Bretagne.....	5
III. Contexte et missions de stage.....	5
A. Le contexte	5
B. Les missions de stage	6
IV. Problématisation du sujet	9
V. Méthodologie.....	10
A. Recueil de données	10
B. Analyse de données.....	15
VI. Annonce du plan.....	15
Partie 1 : La participation des populations, une composante essentielle d'un projet d'éducation à l'alimentation	16
I. L'alimentation, une thématique, impliquant nécessairement la participation des publics ciblés	16
A. L'alimentation : un déterminant de santé vu comme un véritable enjeu de Santé Publique en France	16
B. L'alimentation face aux inégalités sociales de santé.....	18
C. Un comportement alimentaire déterminé justifiant l'importance de la participation des publics dans un projet d'éducation à l'alimentation.....	20
II. La participation : un facteur clé d'un projet de santé	23
A. Des déclinaisons multiples de la participation aux enjeux distincts	23
B. Une intention de mobiliser la participation afin de favoriser une démarche préventive optimale	25

III. Un projet alliant alimentation et participation initié par l'Association de Cardiologie de Bretagne : des enjeux de taille	27
A. Une volonté d'expérimenter la participation pour justifier les enjeux associés.....	27
B. La participation comme un moyen de satisfaire des besoins des participants.....	30
Partie 2 : De nombreuses difficultés pour faire participer les publics à la construction d'ateliers d'éducation à l'alimentation	33
I. Une nouvelle méthodologie aux difficultés prégnantes	33
A. Une conception chronophage qui implique un travail introspectif	33
B. Une réalisation complexe exacerbée par la situation sanitaire actuelle	35
C. Une posture professionnelle nouvelle lors de l'animation d'un groupe de travail	38
II. Un partenariat nécessaire mais complexe à la mise en place d'un projet de co-construction avec les publics.....	39
A. Le besoin de créer des partenariats pour atteindre les publics	39
B. Des partenaires bénévoles, une mobilisation spécifique.....	42
C. La communication comme pierre angulaire du projet.....	43
III. Une mobilisation du public difficile.....	45
A. Une participation freinée par divers motifs	45
B. L'alimentation, une thématique peu porteuse	47
C. Une mobilisation complexe du public qui questionne la participation proposée	49
Discussion.....	51
I. Prise de recul sur le projet et axes d'approfondissements	51
A. Pérenniser la démarche participative	51
B. Favoriser le travail partenarial pour un projet participatif optimal	55
II. Les limites de la réponse apportée	57
Conclusion	58
Annexes	72
Annexe I : Présentation des Parcours du Cœur (Fédération Française de Cardiologie, 2019)	72
Annexe II : Déroulé des six séances du projet sur l'alimentation	73

Annexe III : Grilles d'entretien.....	86
Annexe IV : Questionnaire (A) créé par l'Association de Cardiologie de Bretagne transmis aux adhérents des Clubs Cœur et Santé	98
Annexe V : Questionnaire (B) transmis aux patients du Centre Santé Bien-être.....	101
Annexe VI : Structure de la grille d'analyse.....	103
Annexe VII : L'échelle de participation citoyenne d'Arnstein (Arnstein, 1969).....	104
Annexe VIII : Arguments en faveur de la participation (PromoSanté Ile-de-France, 2020b).....	105

Liste des sigles

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EHESP : École des Hautes Etudes en Santé Publique

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme Nationale Nutrition Santé

Introduction

I. Contextualisation de la participation

« Tout ce qui est fait pour moi, sans moi, est fait contre moi » disaient Gandhi et Nelson Mandela (Mouvement ATD Quart Monde, 2012).

Cette citation énoncée par Gandhi et Nelson Mandela met en lumière la place majeure de l'individu dans les prises de décisions qui le concerne. Nul doute, qu'elle soit justement déclinable au secteur de la santé.

Depuis de nombreuses années, une volonté est faite de favoriser l'implication des populations dans les politiques de santé, et ce notamment, à travers la mise en œuvre d'une démocratie en santé. En effet, face aux revers sans appel du déploiement de politiques de développement considérées comme « paternalistes et non inclusives », une nouvelle orientation vise à affirmer le rôle des citoyens comme étant des acteurs à part entière (Campagné et al., 2017). Ainsi, en 1978, lors de la Déclaration d'Alma-Ata est proclamé 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 mesures de protection sanitaire qui leur sont destinées. » (OMS, 1978, p.1). S'inscrivant dans cette même dynamique, en 1986 est déclaré, que la promotion de la santé place en son sein la participation comme élément fondamental et constitutif de sa stratégie. Cette dernière est déclinée en cinq axes dont le troisième, « Renforcer l'action communautaire », fait explicitement apparaître la participation comme une notion clé. Est donc notifié dans la Charte d'Ottawa que « La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions. » (OMS, 1986, p.4).

Malgré une forte détermination, son application est en proie à de nombreux freins. Il apparaît que les savoirs de certains experts prennent l'ascendant sur la participation effective des populations. Toutefois, cette dernière s'avère être une réponse essentielle pour faire face à la montée des inégalités sociales de santé définies comme « des différences en ce qui concernent l'état de santé ou la répartition des ressources entre différents groupes de population qui découlent des conditions sociales dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent » (CDSS-OMS, 2008) et le développement de la démocratie en santé (Campagné et al., 2017).

Enclin à de nombreuses interprétations personnelles, applications professionnelles diverses et confusions notables, la participation paraît comme dénuée de toute signification commune. Elle est toutefois définie, en règle générale, comme « des tentatives de donner un rôle aux individus dans une prise de décision affectant une communauté » (CNLE, 2015a). Elle se révèle être particulièrement importante pour les populations en situation de vulnérabilité dont la voix n'est que faiblement entendue. En effet, participer signifie pour ces publics spécifiques une occasion de faire part de leurs conditions de vie mais également de l'expression de leurs besoins, de leurs attentes et de leurs connaissances (CNLE, 2015a). Dans le champ plus spécifique de la promotion de la santé, la participation se définit comme un « processus social où un groupe d'individus va prendre part à l'identification de ses besoins, aux processus décisionnels et à l'établissement des mécanismes pour répondre à ses besoins » (Ischer & Saas, 2019, p.12).

Savoir, vouloir et pouvoir participer n'est pas inné. Dès lors qu'ils sont souhaités, il est indispensable d'offrir à la population des conditions favorables aux rencontres et aux échanges. Il en va alors de la responsabilité des politiques et des professionnels de mettre à disposition ces espaces dédiés pour permettre une consultation ou une co-construction par exemple. En effet, la participation peut prendre plusieurs formes dont les degrés d'investissement varient (Arnstein, 1969).

Si la participation suscite autant d'intérêt, c'est parce qu'elle s'avère être un véritable facteur de réussite pour favoriser la santé. Ceci sera largement décliné dans la suite de ce mémoire (Gaudefroy et al., 2018).

Il apparaît que la Fédération de Cardiologie de Bretagne également nommée Association de Cardiologie de Bretagne semble vouloir initier une inscription de ses actions dans cette dynamique participative. L'association bretonne fait partie des vingt-sept associations régionales portées par la Fédération Française de Cardiologie.

II. Première association de lutte contre les maladies cardio-vasculaires en France

A. La Fédération Française de Cardiologie

Créée en 1964 par les professeurs SOULIÉ et LÉNÈGRE et reconnue d'utilité publique depuis 1977, cette association déploie diverses missions orientées autour de quatre pôles. Totalement indépendante des subventions de l'Etat, cette association repose à 98% sur les dons des particuliers. Du fait de ses missions et de son envergure, elle s'inscrit comme étant la première organisation de lutte contre les maladies cardio-vasculaires de notre pays. En 2007, elle comprenait trois cents cardiologues bénévoles, mille six cents bénévoles, vingt salariés et plus de seize mille personnes

cardiaques étaient adhérents (Fédération Française de Cardiologie, 2017a). Aujourd'hui, la fédération est présidée par le professeur FURBER et par son vice-président, le docteur PAILLARD.

Les maladies cardio-vasculaires sont définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme regroupant « un certain nombre de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins comme : l'hypertension artérielle (élévation de la tension); les cardiopathies coronariennes (crise cardiaque ou infarctus); les maladies cérébrovasculaires (accident vasculaire cérébral); les artériopathies périphériques; l'insuffisance cardiaque; les cardiopathies rhumatismales; les cardiopathies congénitales; les cardiomyopathies. » (OMS, 2021a).

Les pathologies cardiaques sont encore largement prégnantes en France. En 2017, elles constituaient le premier motif d'hospitalisation et de consultation médicale (Fédération Française de Cardiologie, 2017a). L'OMS précise que les maladies cardio-vasculaires étaient la première cause de mortalité dans le monde (OMS, 2017). Dans son rapport « Mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires chez les femmes selon la catégorie sociale et le secteur d'activité », Santé Publique France indique que ces pathologies constituent une cause de morbidité importante et se placent au deuxième rang des causes de mortalité prématurée chez les Françaises (SPF, 2018). Ainsi, lutter contre les maladies cardio-vasculaires est un véritable enjeu de Santé Publique. De nombreuses études ont mis en lumière les facteurs de risque associés à l'apparition de maladies cardio-vasculaires. Ces derniers sont notamment « le tabac, l'hypercholestérolémie, la surcharge pondérale, le diabète, la faible consommation de fruits et légumes, la consommation excessive d'alcool, de sel, de graisses riches en acides gras saturés, la sédentarité et surtout l'hypertension artérielle. » (Fédération Française de Cardiologie, 2018).

Pour faire face à ce fléau, la fédération réalise des actions de prévention auprès du grand public. Des campagnes de prévention et d'information sont ainsi réalisées via une diffusion de documentation et la mise en place d'événements spécifiques. Parmi ces événements, on compte notamment les Parcours du Cœur à destination du grand public, des scolaires et des entreprises. (*Annexe I*). Ces événements relevant d'initiatives locales représentent une occasion de promouvoir l'activité physique pour inciter à une pratique quotidienne favorisant une réduction des risques cardio-vasculaires et de pathologies telles que le diabète et l'obésité. Le tabagisme est également abordé car il constitue le facteur de risque évitable face à ces maladies. Enfin, ces parcours se caractérisent par la création de liens entre participants à travers une atmosphère conviviale (Fédération Française de Cardiologie, 2017a). La fédération définit ses actions comme « la plus grande opération de prévention-santé organisée en France » (Fédération Française de Cardiologie, 2021g).

La fédération participe également au financement de la recherche en cardiologie-vasculaire pour améliorer les techniques chirurgicales et offrir de nouveaux traitements médicamenteux. Elle apporte un soutien financier conséquent pour permettre la réalisation de projets de recherche (Fédération Française de Cardiologie, 2017a).

En troisième lieu, elle accompagne la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques afin d'éviter tout risque de récurrence. Pour ce faire, de nombreux Clubs Cœur et Santé permettent aux adhérents de pratiquer une activité physique adaptée (APA) encadrée par un professionnel. Deux cent soixante-cinq clubs sont ainsi disséminés sur l'ensemble du territoire et portés par des bénévoles. Ces clubs permettent aux adhérents de poursuivre leur réadaptation sur le long cours.

En effet, à la suite d'une atteinte du cœur, trois phases de réadaptation cardiaque sont déclinées :

- Phase I : Pour faire suite à l'immobilisation associée à la prise en charge hospitalière, un premier temps de réadaptation est assuré auprès du patient. Des exercices spécifiques sont proposés afin de permettre une remobilisation en douceur (Fédération Française de Cardiologie, 2021d).
- Phase II : Cette phase de réadaptation est plus active et se fait généralement au sein d'un centre de réadaptation cardio-vasculaire (Fédération Française de Cardiologie, 2021e).
- Phase III : Enfin la dernière phase constitue le maintien ou la mise en place de nouvelles habitudes d'hygiène de vie à domicile (Fédération Française de Cardiologie, 2021f).

Les Clubs Cœur et Santé sont ainsi des espaces privilégiés pour favoriser et encourager cette mise en place. De nombreux programmes d'APA sont mis en place et encadrés par des enseignants d'APA ou des bénévoles. Ils sont une alternative aux salles de sport ordinaires qui ne sont pas spécifiquement adéquates pour prendre en charge ces personnes plus vulnérables. Dans les Clubs Cœurs et Santé, les conseils apportés ne se limitent ainsi donc pas à l'activité physique mais intègrent généralement les facteurs de risque comme le tabagisme et l'alimentation équilibrée (Fédération Française de Cardiologie, 2017b).

Enfin, la fédération initie le grand public à l'apprentissage des gestes qui sauvent à travers de larges campagnes de communication (Fédération Française de Cardiologie, 2021b).

La Fédération Française de Cardiologie s'ancre ainsi dans une démarche de prévention. Force est de constater qu'elle s'appuie principalement sur d'importantes campagnes de communication qui se déclinent à large échelle. Cette transmission d'informations à travers des messages phares repose sur une démarche considérée comme descendante puisqu'elle se dirige depuis les professionnels vers

les publics ciblés. Ces derniers sont ainsi des récepteurs mais se pose alors la question de leur participation effective dans les actions déclinées.

B. L'Association de Cardiologie de Bretagne

Partageant une charte d'alliance avec la Fédération Française de Cardiologie, les missions de l'Association de Cardiologie de Bretagne sont sensiblement les mêmes que celles de l'échelon national, à la seule exception, qu'elle n'est pas investie directement dans les actions de recherche. Elle est présidée par le docteur PAILLARD également vice-président au niveau national. Est détachée en région, une coordinatrice régionale dont les missions se scindent autour de deux axes. D'une part, elle a pour mission la gestion administrative et l'appui auprès des différents Clubs Cœur et Santé du territoire breton. Quinze clubs ont été créés sur trois départements : Côtes d'Armor, Ille-et-Vilaine et Morbihan. L'ensemble des clubs comptabilise près de mille-cent adhérents et cent vingt bénévoles. D'autre part, elle se charge de la partie gestion de projet en lien avec les missions de la fédération et organise ainsi différents événements. De plus, une seconde salariée a pour responsabilité le déploiement des Parcours du cœur scolaires. L'association jouit d'une importante liberté dans la réalisation de ses actions et est autonome quant à la gestion de son budget.

III. Contexte et missions de stage

A. Le contexte

Le président de l'association et la coordinatrice régionale ont fait le constat que les actions déclinées par la fédération aussi bien à l'échelle nationale que régionale se tournent principalement vers l'APA au détriment de l'alimentation. Effectivement, cette dernière est estimée comme étant le « parent pauvre » des thématiques abordées. Grandement autonome en région, le président et la coordinatrice régionale souhaitent développer cette branche essentielle dans la prise en compte des facteurs de risques cardio-vasculaires (OMS, 2017). Considérer pleinement l'alimentation est indispensable pour prévenir l'apparition ou la récurrence de problèmes cardiaques.

Précisons toutefois que l'Association de Cardiologie de Bretagne n'est pas sans agir concernant cette thématique. En effet, elle finance notamment l'intervention de diététiciens-nutritionnistes au sein de certains Clubs Cœur et Santé. Cependant, il apparaît que ces ateliers ne suscitent que peu d'adhésion de la part des adhérents des clubs. Or, le président et la coordinatrice régionale ne

connaissent pas les motifs exacts de ce manque d'entraîn. Est-ce à cause de la thématique en elle-même ou de la forme des ateliers déclinés ?

De plus, à la suite de la parution d'une thèse financée par la fédération, une chercheuse a mis en évidence le lien entre les maladies cardio-vasculaires et la zone d'habitation. Hélène HERGAULT a souligné l'importance d'agir auprès des personnes en situation de précarité et notamment pour celles vivant dans des quartiers dits prioritaires (Hergault, cité par Messner-Pellenc, 2019). C'est pourquoi, le binôme président / coordinatrice régionale souhaite orienter les actions auprès de ce public spécifique.

Ce panorama met donc en lumière la problématique actuelle de l'Association de Cardiologie de Bretagne dans le fait de réussir à mobiliser comme elle le souhaiterait les publics ciblés. D'une part, parce qu'elle constate une non-participation aux ateliers sur l'alimentation proposés localement au sein des clubs. D'autre part, car elle ne possède pas les outils pour s'adresser à un nouveau public que sont les populations en situation socio-économique plus faible.

B. Les missions de stage

C'est donc dans ce contexte et pour faire face à cette problématique majeure que l'Association de Cardiologie de Bretagne a sollicité une stagiaire diplômée en diététique et nutrition. A l'origine, ce stage avait pour seuls objectifs :

- De construire des ateliers nutritionnels à destination des personnes atteintes de pathologies cardio-vasculaires chroniques et pour les personnes en situation de précarité ;
- De réaliser des menus « type » pour ces mêmes publics.

A la suite d'échanges rapprochés avec la coordinatrice régionale, s'avérant également être ma maître de stage, l'idée d'intégrer la participation de la population à travers une démarche de co-construction a émergé. Précisons que cette dernière, du fait de la réalisation du même Master 2 Promotion de la santé et prévention à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) était particulièrement sensible à cette approche. C'est ainsi que la professionnelle a convaincu le président de mettre en place un projet participatif réalisé pour et avec les populations ciblées.

Précisons tout de même que dans l'hypothèse où aucun projet ne puisse être mis en œuvre, la structure attendait impérativement la création et la mise à disposition d'un bagage nutritionnel. Ce dernier devait intégrer des ateliers, des outils et des supports en lien avec la thématique de l'alimentation malgré le fait qu'ils n'aient pas été co-construit avec les publics.

J'ai ainsi eu pour rôle de penser ce projet afin qu'il se distingue des démarches de transmissions d'informations habituellement mises en place par l'association et qui sont principalement orientées sur l'aspect diététique. L'enjeu était de s'inspirer du concept de la promotion de la santé qui prend en compte une large diversité de déterminants de la santé. Ainsi, le contenu du projet se voulait moins spécifique à la nutrition.

Ce projet participatif a été pensé de concert avec ma maître de stage autant sur la forme qu'il pouvait prendre que sur son contenu. Précisons que pour la structure, il s'agissait d'un projet tout à fait « expérimental ». Expérimental dans le sens où co-construire avec le public n'avait encore jamais été proposé dans l'enceinte de l'association. Une illustration est donnée dans l'encadré 1.

Encadré 1 : Le projet sur l'alimentation de l'Association de Cardiologie de Bretagne

Ce projet se décline en différents temps.

- Une phase de recueil mettant en lumière le rapport du public vis-à-vis de l'alimentation par la transmission de questionnaires : Identification de leurs perceptions, de leurs difficultés potentielles et leurs attentes concernant la mise en place d'ateliers sur la thématique.
- La constitution d'un groupe de travail.
- Une phase de séances de réflexion collective autour de la thématique. L'objectif étant d'offrir un espace de parole aux participants sur divers déterminants en lien avec l'alimentation.
- Une phase d'animation des ateliers d'éducation à l'alimentation ayant été conçus à partir des éléments qui ont émergé lors des séances de réflexion collective.
- Une phase d'évaluation des résultats et du processus du projet.

Les objectifs pour les professionnels

Objectif général : Faire participer les publics ciblés à la construction d'ateliers d'éducation à l'alimentation adaptés et pertinents.

Objectifs spécifiques :

- Identifier et évaluer les besoins des publics et leurs attentes
- Faire émerger les représentations des publics
- Déterminer les thèmes prioritaires autour de l'alimentation
- Répondre aux besoins des publics à travers l'animation d'ateliers d'éducation à la santé
- Intégrer les publics à l'évaluation des ateliers d'éducation à la santé construits

Les objectifs pour les participants

- Exprimer ses besoins, ses attentes concernant le thème de l'alimentation
- Favoriser le développement de compétences psychosociales

- Initier un questionnement sur ses représentations et ses pratiques en lien avec l'alimentation
- Renforcer ses connaissances en matière d'alimentation

Mise en œuvre

Nombre de séances : six séances d'1H30

Nombre de participants : de 5 à 7 participants

Déroulé des séances (*Annexe II*)

A l'origine, ce projet avait donc pour vocation de se décliner auprès de personnes atteintes de pathologies chroniques cardiaques étant adhérentes d'un Club Cœur et Santé et auprès de personnes en situation socio-économique plus faible. Aussi, bien en amont de mon arrivée, trois clubs bretons ont été présélectionnés et des contacts ont été initiés avec des responsables de clubs. De même, des échanges ont eu lieu avec une professionnelle d'une ville bretonne et avec une autre professionnelle de la ville de Rennes pour proposer le projet. Toutefois, il va sans dire que la situation sanitaire dans laquelle nous nous trouvions à vraisemblablement déstabilisée la mise en place de ces deux projets potentiels. Effectivement, l'essence même de ces actions repose impérativement sur une rencontre et des échanges avec les publics ciblés. Pour faire face à d'éventuels refus et pour assurer la réalisation d'au moins un projet, il a été décidé de s'orienter vers un troisième public : des personnes ayant une maladie chronique non-nécessairement en lien avec une pathologie cardio-vasculaire (ayant été) pris en charge au Centre Santé Bien-être du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Pontchaillou à Rennes. Finalement, la situation sanitaire a fait évoluer le nombre de publics ciblés et donc ma mission car il fallait que ce projet soit déclinable auprès de trois publics distincts. Or, il convient de rappeler que les problématiques des publics peuvent être convergentes sur certains aspects et se distinguer sur d'autres. Il est essentiel de réfléchir à une méthodologie qui soit adaptable à ces trois publics tout en assurant la prise en compte de la singularité de chacun. Une démarche centrée sur la participation des publics pour co-construire s'avère donc impérative.

Cette réorientation de l'activité pose question. Lors de mes premières semaines de stage, j'ai pu constater différents enjeux et difficultés à la mise en place de ce projet participatif. Effectivement, ce souhait de permettre la participation des publics interroge le positionnement de l'association et sa légitimité à intervenir auprès de nouveaux publics comme les personnes en situation de précarité socio-économique. J'ai également pu entrevoir la cohabitation des différences de cultures professionnelles au sein de l'association mais aussi avec certains partenaires. Mobiliser des partenaires m'apparaît ainsi comme un défi à part entière à investiguer. De plus, j'ai pris conscience que rendre

possible la participation, alors même qu'elle est fondamentale, implique de considérer de nombreux déterminants. Je pense notamment à la manière d'intégrer les contraintes organisationnelles et les questions pratiques que cela suscite. Mon analyse m'a conduite à focaliser mon attention sur la nécessaire transformation de la méthodologie de projet s'avérant être plus complexe et chronophage et qui rompt avec l'approche de prévention habituelle de la structure.

Ainsi, ce contexte spécifique au sein de l'Association de Cardiologie de Bretagne et les éléments observés et analysés autour de la participation constituent le point de départ de ma réflexion et orientent le questionnement de ce mémoire.

IV. Problématisation du sujet

Il apparaît que l'Association de Cardiologie de Bretagne ait pour ambition de proposer des séances d'éducation à la santé qui rompent avec la démarche de prévention par l'information habituellement déclinée. Prête à investir financièrement, elle se propose d'offrir à titre gracieux, les fruits de l'élaboration et de la mise en place de ce projet participatif. Ainsi depuis le mois de décembre, la coordinatrice régionale promeut auprès de divers partenaires cette proposition. Toutefois, alors que nous étions au mois d'avril au début de ce stage, quasiment aucun partenaire ne s'était encore positionné quant à son adhésion au projet. A la suite de nombreuses tentatives et ayant essuyé de nombreux obstacles, nous avons finalement pu mettre en place le projet auprès de sept patients du Centre Santé Bien-être. Malgré cette réussite, les nombreuses difficultés rencontrées et les diverses impossibilités de décliner le projet auprès d'un plus large public (adhérents des Clubs Cœur et Santé, personnes en situation socio-économique plus faible et davantage de patients du Centre Santé Bien-être) laisse place à de grandes interprétations.

Diverses hypothèses peuvent alors être émises :

- La thématique de l'alimentation ne suscite pas d'intérêt ?
- La mise en place d'une démarche de co-construction fait peur car elle est éloignée de la pratique professionnelle habituellement réalisée ?
- Le projet n'est pas compris ?
- La situation sanitaire est-elle l'unique frein à la participation ?

Finalement, tous ces éléments dessinent la problématique suivante : « **Alors même qu'elle constitue un facteur de réussite, en quoi la participation de populations ciblées pour la construction d'un projet en éducation à l'alimentation s'avère-t-elle être un véritable défi pour les professionnelles de l'Association de Cardiologie de Bretagne formées à la promotion de la santé ?** ».

De cette question de recherche découlent différentes sous-questions qui guideront la réflexion.

- Quels sont les enjeux pour les acteurs de l'Association de Cardiologie de Bretagne de mettre en place une approche participative ? Quels sont-ils pour les publics eux-mêmes ?
- A quelles difficultés sont confrontés les professionnelles de l'association pour mettre en place un projet participatif ?
- Existe-t-il une peur de laisser les populations participer aux sujets qui les concernent ?
- Les partenaires entrevoient-ils la plus-value de la participation ?
- Tous ont-ils la même vision de la participation selon les différentes cultures professionnelles ?
- La thématique spécifique de l'alimentation constitue-t-elle un sujet intéressant et important pour les partenaires et les publics ciblés ?
- Comment favoriser l'ancrage d'une approche participative au sein de l'Association de Cardiologie de Bretagne ?

V. Méthodologie

A. Recueil de données

- **Revue de la littérature**

Avant mon arrivée au sein de l'Association de Cardiologie de Bretagne, j'avais prédéfini le sujet de ma recherche à la suite d'échanges rapprochés avec ma maître de stage. Toutefois, au vu de la situation sanitaire dans laquelle nous nous trouvons, la viabilité de la mise en place et de l'animation d'un projet co-construit à longuement été questionnée. De plus, les trois premières semaines en immersion au sein de l'association m'ont permis de déceler de nouveaux enjeux particulièrement intéressants à analyser. Cette phase d'exploration du terrain ainsi que le contexte épidémique m'ont donc amenée à réorienter mon étude.

Afin d'appréhender pleinement le sujet de ma recherche, j'ai dans un premier temps réalisé une revue de la littérature grise et de la littérature scientifique. Pour ce faire, il a d'abord été nécessaire de définir différents mots clés encadrant mon sujet. J'ai ainsi constitué différentes équations de recherche afin d'obtenir des occurrences les plus pertinentes possibles. Je me suis appuyée sur différentes bases de données telles que Cairn et ScienceDirect mais également sur des sites institutionnels. La lecture d'ouvrages m'a aussi permis d'entrevoir différents enjeux associés à la participation de la population en promotion de la santé. Mes recherches se sont donc principalement orientées sur la participation, la promotion de la santé et l'alimentation et ses déterminants.

De plus, dans le cadre de l'Unité d'Enseignement « Projet en Promotion de la Santé », j'ai eu l'opportunité de travailler sur la participation des populations à travers la commande émise par Marick FEVRE, présidente de l'IREPS Bretagne. En effet, nous avons pour mission de penser un outil numérique innovant et participatif. Aussi, ce travail mené de concert avec trois de mes camarades m'a permis de mieux appréhender les différents concepts associés à la participation. Nous avons eu la chance de pouvoir réaliser des entretiens semi-directifs avec des professionnels de la promotion de la santé qui ont éclairé différents enjeux. Aussi, les éléments recueillis constituent une réelle base d'informations sur laquelle m'appuyer pour alimenter ce mémoire.

- **Recueil de données empiriques**

Différentes méthodes de recueil de données empiriques ont été utilisées pour répondre au questionnement (tableau 1).

⇒ **Réalisation d'entretiens semi-directifs**

Dans le but d'ancrer ma recherche dans le contexte de l'Association de Cardiologie de Bretagne, des entretiens semi-directifs ont été réalisés pour saisir les réalités du terrain.

Mon étude s'intéressant aux défis liés à la mise en place d'une démarche participative pour notre binôme avec la professionnelle de l'Association de Cardiologie de Bretagne, il a tout d'abord été essentiel d'interroger la coordinatrice régionale car elle est chargée de la déclinaison des projets sur le territoire breton. Je souhaitais recueillir les enjeux qu'elle décèle, les difficultés auxquelles elle est confrontée ainsi que ses attentes concernant le positionnement de l'association vis-à-vis de la participation et de la promotion de la santé.

Pour connaître davantage la structure dans laquelle j'effectuais mon stage et ainsi mieux identifier la culture initiale et la vision donnée, j'ai réalisé un entretien avec le président de la Fédération Française de Cardiologie.

Une entrevue a été organisée avec le président de l'Association de Cardiologie de Bretagne afin de mieux appréhender les enjeux et les limites locales.

Les projets participatifs reposent en grande partie sur l'adhésion des parties prenantes. Aussi, j'ai souhaité m'entretenir avec les professionnels que la coordinatrice régionale avait sollicités. Certains partenaires n'ont pas répondu favorablement au projet ou ont transmis cette demande auprès d'autres collaborateurs. J'ai ainsi cherché à comprendre pourquoi auprès de deux professionnelles exerçant avec les publics précaires. J'ai donc échangé avec une infirmière diplômée d'Etat travaillant dans un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) breton afin de comprendre

pourquoi le projet avait été rejeté. J'ai également interrogé une informatrice sociale exerçant au sein du Centre Départemental d'Action Sociale (CDAS) d'un quartier prioritaire de Rennes afin de saisir pourquoi le projet avait été transféré auprès d'autres interlocuteurs. Cette dernière m'a ainsi orientée vers une chargée de mission avec qui je n'ai malheureusement pu m'entretenir. J'ai également voulu rencontrer des responsables des Clubs Cœur et Santé car ils jouent un rôle majeur au sein de l'association. De plus, du fait de leur place privilégiée, ils sont davantage à même de connaître les attentes ou les réflexions des adhérents. J'ai pu m'entretenir avec trois d'entre eux. En effet, j'ai rencontré individuellement les deux co-responsables d'un Club Cœur et Santé d'Ille-et-Vilaine dont les profils sont différents. L'un d'entre eux est particulièrement au fait des enjeux de Santé Publique car il est, entre autres, chercheur en anthropologie de la santé. De plus, j'ai contacté le responsable d'un club localisé dans les Côtes d'Armor. Je me suis entretenue avec l'infirmière coordinatrice du Centre Santé Bien-être du CHU Pontchaillou car cette dernière a interagi avec ses patients afin de leur présenter le projet pour qu'ils puissent y adhérer.

Enfin, tout l'enjeu étant de mobiliser les publics eux-mêmes à participer, il m'a paru essentiel de pouvoir les interroger afin de distinguer les éléments facilitants ou qui freinent leur mobilisation. Aussi, j'ai pu interroger une adhérente, elle-même bénévole d'un club, ayant répondu par la négative au projet.

Tous ces échanges ont été réalisés à partir de grilles d'entretien préalablement construites. Elles reposent sur une trame commune mais s'attachent également à prendre en considération les spécificités des divers enquêtés. (*Annexe III*)

⇒ **Transmission de questionnaires**

Deux questionnaires ont été pensés afin d'éclairer divers champs de la recherche. En effet, avant mon arrivée en stage, la coordinatrice régionale avait transmis un questionnaire, identifié comme le « questionnaire A », aux adhérents des Clubs Cœurs et Santé. Celui-ci a été créé afin de réaliser un diagnostic du rapport que peuvent avoir les répondants vis-à-vis de l'alimentation. (*Annexe IV*) Dans le cadre de ce mémoire, certaines réponses pourront être mobilisées afin de mener un état des lieux de leur vision concernant notamment leur intérêt à l'égard de la participation à des ateliers sur l'alimentation.

Ce même questionnaire a été réadapté en un questionnaire appelé « questionnaire B » afin qu'il intègre des questions plus spécifiques à ma recherche. (*Annexe V*) Il avait également pour objectif de recueillir des informations précises dans l'éventualité d'une impossibilité à construire un groupe de

travail et de ne pas pouvoir échanger directement avec le public. Il permet aux personnes ne souhaitant pas participer d'exprimer le pourquoi de ce refus. Malheureusement, le questionnaire B a pu être transmis uniquement aux patients du Centre Santé Bien-être car le questionnaire A avait déjà été envoyé avant mon arrivée en stage à tous les adhérents des Clubs Cœur et Santé. Le questionnaire B a été transmis à chaque patient à la suite de la présentation du projet par l'infirmière coordinatrice.

⇒ **Observation participante**

J'ai mené une observation participante tout au long de ma période de stage et ce, même en amont de mon arrivée dans la structure. En effet, les échanges initiés auparavant avec la coordinatrice régionale ont été de premiers éléments recueillis. Ces derniers sont particulièrement intéressants à prendre en compte pour mieux saisir le contexte de ce stage ainsi que le fonctionnement de l'association. Malgré une faible présence sur mon terrain de stage en raison de la situation sanitaire, je me suis attachée à considérer toutes les informations qui pouvaient avoir un intérêt plus ou moins direct avec le sujet de ma recherche.

Il est important de préciser qu'une analyse réflexive de ma propre pratique durant ce stage a été impérative. En effet, faisant partie intégrante de la construction et de l'animation du projet, j'ai souhaité prendre en considération ma manière de penser et d'agir en tant que future professionnelle formée à la prévention et promotion de la santé souhaitant mettre en œuvre un projet de co-construction sur la thématique de l'alimentation. Ce regard sur les difficultés auxquelles j'ai été confrontée dans la mise en œuvre constitue un élément de réponse à part entière. De plus, je trouvais particulièrement intéressant d'analyser ma pratique alors même que j'ai pour formation initiale la diététique et la nutrition.

J'ai donc réalisé un carnet de bord pour collecter toutes les données en lien avec ma posture, les échanges téléphoniques et numériques menés, les interactions avec ma maître de stage ainsi que lors de réunions.

La réalisation du projet auprès de sept participants a été l'occasion d'observer les différents enjeux se nouant lors des ateliers. Effectivement, ces rencontres ont permis de voir les attentes et les réactions du public face à cette démarche participative. L'animation du groupe de travail en binôme avec la coordinatrice régionale ont laissé place à différents éléments de réponses essentiels au questionnement de ce mémoire.

J'ai pu participer à différents échanges. Certains ayant eu lieu entre le président de l'association et la coordinatrice régional qui sont particulièrement intéressants à prendre en compte notamment afin de

repérer la cohabitation des cultures professionnelles. De plus, j'ai assisté à une réunion rassemblant les deux nouveaux co-responsables d'un Club Cœur et de Santé d'Ille-et-Vilaine, le président et la coordinatrice régionale. Lors de cet échange, j'ai pu recueillir des informations en lien avec le fonctionnement des clubs mais également sur le ressenti des responsables vis-à-vis du projet que nous souhaitons développer. Dans le cadre d'une réunion visant à préparer un atelier auprès d'adultes sur la prévention de l'hypertension artérielle, avec la coordinatrice régionale et la chargée des Parcours du cœur scolaire, j'ai identifié des freins à un changement de comportement alimentaire.

Tableau 1 : Récapitulatif des données recueillies

Dispositif	Méthode de recueil	Nombre	Fonctions / Contexte
Association de Cardiologie de Bretagne	Entretien semi-directif	2	Coordinatrice régionale Président de l'Association
	Observation participante	2	Réunion
Fédération Française de Cardiologie	Entretien semi-directif	1	Président de la Fédération
CDAS Quartier prioritaire Rennes	Entretien semi-directif	1	Informatrice Sociale
CCAS breton	Entretien semi-directif	1	Infirmière
Clubs Cœur et Santé	Entretien semi-directif	4	2 Co-responsables d'un club d'Ille-et-Vilaine Responsable d'un Club des Côtes d'Amor Bénévole
	Questionnaire A	1 (n= 142)	Adhérents
	Observation participante	1	Rencontre avec les nouveaux co-responsables
Centre Santé Bien-être	Entretien semi-directif	1	Infirmière de coordination
	Questionnaire B	1 (n= 16)	Patients
	Observation participante	6	Ateliers du groupe de travail

B. Analyse de données

Différentes méthodes ont été déclinées afin d'analyser l'ensemble des données recueillies tout au long de cette recherche.

Concernant les entretiens semi-directifs, afin de respecter la justesse des informations énoncées, ils ont été retranscrits partiellement afin de ne conserver que les verbatims en lien avec la thématique traitée. L'ensemble des interviewés ont donné leur accord pour être enregistrés. Les retranscriptions ont ensuite été étudiées au moyen d'une grille d'analyse décomposée en différentes sous-catégories à partir de l'étude des verbatims. (*Annexe VI*) Malgré l'identification possible de certains acteurs du fait de leur position singulière dans la fédération, l'anonymisation a tout de même été préférée pour l'ensemble des verbatims récoltés.

Les questionnaires ont été analysés au moyen du site DRAG'N survey. Certains questionnaires ayant été transmis en format papier, il a tout d'abord été nécessaire de renseigner les informations des répondants sur ce site dédié.

Lors des observations participantes de nombreuses notes ont été prises permettant ainsi de garder une trace et une certaine véracité des échanges.

VI. Annonce du plan

Rappelons que notre questionnement est le suivant : **« Alors même qu'elle constitue un facteur de réussite, en quoi la participation de populations ciblées pour la construction d'un projet en éducation à l'alimentation s'avère-t-elle être un véritable défi pour les professionnelles de l'Association de Cardiologie de Bretagne formées à la promotion de la santé ? »**. Pour y répondre, ce mémoire visera à mettre en lumière les enjeux liés à la participation de populations ciblées à travers la co-construction d'un projet, et ce d'autant plus, dans le cadre d'intervention sur la thématique de l'alimentation (I). Il conviendra ensuite d'identifier le spectre des difficultés associées à la concrétisation d'un projet participatif au sein de l'Association de Cardiologie de Bretagne (II). Enfin, une discussion permettra d'aborder des stratégies identifiées sur la base de l'analyse de ce projet expérimental afin de favoriser une pérennisation d'une démarche participative au sein même de ce dispositif régional.

Partie 1 : La participation des populations, une composante essentielle d'un projet d'éducation à l'alimentation

I. L'alimentation, une thématique, impliquant nécessairement la participation des publics ciblés

A. L'alimentation : un déterminant de santé vu comme un véritable enjeu de Santé Publique en France

En 1946, l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (OMS, 2020a) Vingt ans plus tard, la promotion de la santé permet de métamorphoser la vision de la santé comme « un but à atteindre » en un « ensemble de ressources » (OMS, 1986). Divers modèles, tels que ceux de LALONDE en 1974, DAHLGREN et WHITEHEAD en 1991 et du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec en 2010 ont permis d'illustrer que la santé est relative à des facteurs qui interagissent entre eux (Harpet, 2017). La commission sur les Déterminants Sociaux de l'OMS, présidé par Michael MARMOT, définit les déterminants de la santé comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (OMS, 2020b). La santé ne relevant pas d'une fatalité mais bien de conditions de vie plus ou moins favorables, il est essentiel de prendre en compte les facteurs propres à l'individu (biologie, physiologie), les habitudes et modes de vie, l'environnement (écologie, milieu de vie) ainsi que les différents systèmes (politique, santé, économique etc.) (Harpet, 2017).

Parmi ces déterminants, les habitudes de vie et les comportements se réfèrent à la manière de se comporter, c'est-à-dire d'« être » et de « faire » au cours des événements de la vie quotidienne (MSSS, 2011). Les comportements concernent notamment l'activité physique ; les consommations (tabac, alcool, substances illicites) ; la sexualité ; l'hygiène et les soins ; la sécurité dans les domaines du loisir, du travail ou des transports ; les comportements protecteurs de l'environnement et enfin en matière d'alimentation (MSSS, 2011).

L'alimentation est donc un déterminant majeur de la santé des populations (Inserm, 2014). C'est pourquoi, depuis de nombreuses années, cette dernière s'est vu attribuer une place de choix au sein des politiques de Santé Publique. En effet depuis 2001, un Programme National Nutrition Santé (PNNS) affiche clairement la nutrition comme une thématique à part entière de Santé Publique (Ministère de l'emploi et de la solidarité & Ministère délégué à la santé, 2000). Précisons que la nutrition est en fait le rapport entre les apports alimentaires et les dépenses énergétiques engendrées par la pratique d'une activité physique (PromoSanté Ile-de-France, 2011). Ainsi, à travers cette

considération de la part du ministère des Solidarités et de la Santé pour la nutrition, l'objectif est « d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population » (Ministère de l'emploi et de la solidarité & Ministère délégué à la santé, 2000, p.6). Pour ce faire, diverses stratégies sont déclinées afin de répondre aux objectifs nutritionnels déterminés par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP). Ainsi, en vingt ans, quatre PNNS ont vu le jour dont le dernier, le PNNS4 (2019-2023), qui s'inscrit dans la politique actuelle de santé définie par la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 et le Plan « Priorité prévention » (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2019).

Si un tel intérêt est porté vis-à-vis de l'alimentation, c'est qu'outre sa dimension gustative associée à une dimension de plaisir (plus ou moins prononcée), elle s'avère dans certains cas être un facteur de risque pour la santé des consommateurs (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2019). C'est pourquoi, le bureau européen de l'OMS à travers la Déclaration de Vienne de 2013 avait mis en lumière l'engagement de divers pays, dont le nôtre, « pour réaffirmer leur attachement aux plans européens et mondiaux existants pour la lutte contre les importants facteurs de risque des maladies non transmissibles, notamment la mauvaise alimentation et l'inactivité physique » (OMS, cité par Delamaire & Ducrot, 2018, p.8). En effet, une alimentation déséquilibrée constitue un véritable risque d'émergence ou d'aggravation de maladies chroniques telles que l'obésité, la dénutrition, les cancers, le diabète et les maladies cardiovasculaires (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2019). Or, ces dernières sont responsables d'environ quatre-cents morts par jour et constitue la première cause de mortalité chez les femmes et les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans, et la seconde chez les hommes (Fédération Française de Cardiologie, 2021a).

Plusieurs études mettent en avant que même de maigres changements concernant ses consommations alimentaires peuvent diminuer le risque de décès engendré par une maladie cardio-vasculaire (Institut de Cardiologie de l'Université d'Ottawa, 2021). La Fédération Française de Cardiologie joue donc un rôle important dans la prévention des maladies cardio-vasculaires à travers des actions sur l'alimentation. Rappelons tout d'abord que la prévention vise « à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités » et se distingue en trois niveaux selon qu'elle soit primaire (action en amont de la maladie), secondaire (action à un stade précoce) ou tertiaire (action pour éviter les complications) (Haute Autorité de Santé, 2006). Un dernier stade est tout de même décliné, la prévention quaternaire qui souhaite « protéger la population de la surmédicalisation » (Luong, 2015, p.11). Cette prévention du point de vue de l'alimentation intervient donc à ces différents stades comme l'explique le président national de la fédération : « *Et donc l'alimentation, c'est à tous les niveaux. C'est essentiel de le faire, le plus tôt possible donc avant même l'apparition de facteurs de risque et ensuite on adapte en fonction des facteurs de risque. Donc c'est*

alimentation saine et équilibrée. Et puis ensuite on peut avoir une alimentation plus en diminution de calories si le patient est en surcharge pondérale. C'est l'alimentation je dirai pour tout le monde, le même principe et des spécificités par rapport aux facteurs de risque. ».

Aussi, remémorons-nous la célèbre citation d'Hippocrate qui disait déjà à l'antiquité : « Que ton alimentation soit ta meilleure médecine » (Hippocrate, cité par Boudon-Millot, 2016). Depuis, de nombreuses données probantes ont mis en lumière l'impact d'une alimentation saine aux mêmes titres que les traitements médicamenteux. Effectivement, différentes recherches ont conclu sur les bénéfices produits, par la mise en place d'interventions « evidence-based » sur l'alimentation, sur les résultats de santé et la réduction des coûts des soins (Downer et al., 2020). Le président en région précise : *« C'est un outil absolument fondamental [l'alimentation] qui est même souvent plus efficace que les traitements médicamenteux ou en tout cas aussi efficace. C'est évidemment dénué d'effets indésirables, ça doit vraiment être la base du traitement préventif bien avant les traitements médicamenteux, et même si le traitement médicamenteux est nécessaire, ça doit être absolument obligatoirement associé, ça ne peut pas être dissocié du traitement médicamenteux »*. De plus, les résultats issus des recherches scientifiques pourraient permettre de conclure quant à la place majeure de l'alimentation dans la prévention, le traitement voir même parfois dans le recul de la maladie (Lean et al., 2019).

Si l'alimentation est donc un véritable allié face aux maladies cardiovasculaires, il s'avère tout de même qu'une part de la population ne peut s'en saisir équitablement.

B. L'alimentation face aux inégalités sociales de santé

Les différents entretiens réalisés ont mis en lumière la place majeure des inégalités sociales de santé dès lors que l'on aborde une thématique telle que celle de l'alimentation. Effectivement, les inégalités en matière de nutrition sont encore largement prégnantes en France. Le gradient social des pathologies chroniques en lien avec l'alimentation montre même que ces inégalités nutritionnelles seraient en augmentation (Pierre Combris, 2006). En 2012, l'enquête Obepi, concluait que le pourcentage d'adultes obèses était 1,7 fois plus important pour les ménages dont le revenu mensuel net était inférieur à neuf-cents euros, par rapport à la population générale (Darmon & Carlin, 2013). Or, la principale cause de décès des personnes en situation d'obésité s'avère être les complications cardio-vasculaires (Galinier et al., 2004). Les populations vulnérables sont ainsi particulièrement touchées par les maladies cardio-vasculaires (Réseau action climat, 2019). C'est ce que constate l'infirmière du Centre Santé Bien-être : *« c'est vrai qu'en nutrition, on peut remarquer une précarité un*

peu plus grande dans ce service ». En 2016, Santé Publique France concluait que la prévalence de décès prématurés causés par une insuffisance cardiaque et infarctus du myocarde était significativement plus importante chez les plus défavorisés (Lecoffre et al., 2016).

De larges actions de transmission d'information ont été mises en place afin de lutter contre ce fléau. Toutefois, les messages de prévention destinés au grand public n'atteignent généralement que très peu ces populations spécifiques. Un risque d'augmentation des inégalités sociales de santé est donc redouté car nous n'avons pas tous les mêmes capacités de transformer les ressources transmises pour l'amélioration de notre santé (Frohlich & Potvin, 2008). Comme le suggère ATD Quart Monde, les informations nutritionnelles devraient considérer davantage l'illettrisme, particulièrement prégnant chez les populations précaires (Ramel et al., 2016). En effet, diverses études ont révélé que l'adoption des comportements favorables à la santé, le dépistage et l'utilisation des services préventifs sont moindres lorsque le niveau de littératie en santé est plus faible (Van den Broucke, 2017). Ce concept est défini par l'OMS comme « les caractéristiques personnelles et les ressources sociales nécessaires des individus et des communautés afin d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services pour prendre des décisions en santé » (OMS, cité par Margat et al., 2017, p.812).

En plus du niveau de littératie, le manque d'exposition des populations en situation socio-économique plus faible entraîne donc un risque majeur d'associer divers comportements de santé délétères (Fédération Française de Cardiologie, 2021c). « *L'artériopathie des membres inférieurs, alors c'est très lié au tabac mais en plus, très souvent, ils ont une alimentation extrêmement déséquilibrée et/ou carencée dans certains nutriments, et particulièrement par exemple, les carences en fruits et légumes qui est très très prévalente dans cette population-là. C'est une population qui est très majoritairement masculine, et quand on les interroge, très souvent, on s'aperçoit que c'est zéro fruits et légumes.* » raconte le président régional. Cette absence de fruits et légumes dans le bol alimentaire des personnes en situation socio-économique plus faible ne semble pas être uniquement la cause d'un frein financier mais également d'une difficulté à les cuisiner. Cela révèle donc la nécessité d'agir également à ce niveau-là. « *C'est quelque chose qu'il est intéressant d'aborder car je fais souvent des permanences au resto du cœur et je me rends bien compte qu'ils n'ont pas forcément les bons réflexes à adopter pour cuisiner surtout des légumes, des choses comme ça. Donc dans tous les cas, ce sont des thèmes qui sont toujours intéressants à travailler. On est sur un public avec toujours plus ou moins les mêmes problématiques. C'est-à-dire la sédentarité, les addictions, la malbouffe* » décrit l'infirmière d'un CCAS breton.

De ce fait, les actions comme « *Les campagnes grand public, le 5 fruits et légumes par jour, ça marche. C'est quelque chose qui est récurrent* » comme indiqué par un enquêté ne sont finalement pas

adaptées à toute une part de la population. C'est d'ailleurs ce que laisse entendre la coordinatrice régionale concernant ces ateliers autour du fameux slogan et qui selon elle devraient être complétés par d'autres stratégies : « *Et un atelier alimentation qui était mis en place par la région Bretagne mais qui reste très « manger 5 fruits et légumes par jour » c'est toujours le même discours qui est très limité quoi.* ». Le rapport d'« Évaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010-2013 » atteste que les populations ont connaissance du slogan mais que sa mise en pratique est quant à elle plus nuancée (de Batz et al., 2016). Quelques années auparavant le constat était identique, entre 2002 et 2008, la consommation de fruits et légumes n'avait pas augmentée significativement alors même que les messages étaient intégrés (Darmon & Carlin, 2013).

La manière de s'alimenter est « à la fois le reflet et la source de nombreuses inégalités sociales qu'il s'agisse de ressources économiques, d'apparence ou encore de santé » (Pol, 2017, p.11). « *Si on n'a pas de quoi mettre à manger dans son assiette, que ce soit A, B ou C [en parlant du Nutri-Score] on s'en moque. On prend ce qui est le moins cher* » explique l'informatrice sociale. L'aspect économique est vraisemblablement une cause majeure des écarts de comportements alimentaires entre les groupes sociaux du fait de l'accessibilité financière de l'offre (Pol, 2017). La coordinatrice régionale soulève cette difficulté à travers l'exemple de la Fédération Française de Cardiologie : « *A part quelque recette sur le site internet qui sont justement socialement, pas toujours accessibles, quand on voit les recettes qu'ils proposent « coquilles St Jacques aux girolles », voilà, c'est ça va être des choses comme ça ou « baies de goji » que des choses qui coutent très chères.* ».

Finalement, pour faire face à la place majeure des inégalités sociales de santé en matière d'alimentation, une stratégie est de favoriser une « pédagogie participative » qui prend en considération les caractéristiques culturelles des populations (IREPS Grand-Est, 2019, p.17). De plus, cette attention pour la dimension culturelle devrait être intégrée dès la conception d'une action ou d'un projet. L'alimentation est influencée par divers déterminants plus ou moins prononcés chez chacun d'entre-nous. La participation du public pour connaître ses habitudes et agir de manière pertinente s'avère donc essentiel.

C. Un comportement alimentaire déterminé justifiant l'importance de la participation des publics dans un projet d'éducation à l'alimentation

Si l'alimentation est un déterminant de santé, elle est elle-même influencée par différents facteurs. L'infirmière de coordination du Centre Santé Bien-être en fait ainsi état : « *L'aspect financier est à prendre en compte. Il y a des personnes pour qui c'est pas du tout un souci, d'autres beaucoup*

plus. Et puis le goût, la motivation, les habitudes de vie dans la maison quand ils n'ont pas l'habitude de cuisiner ou de faire leurs courses. Il y a le côté culturel aussi qui est hyper important. Nous on a des patients qui viennent de milieux très différents donc ils ont des habitudes de vie très différentes que ce soit habitudes de vie sur les horaires ou bien sur la façon de s'alimenter. Parce que les horaires c'est important aussi. Il y a aussi plein de personnes qui ne s'alimentent pas trois fois par jour par exemple, pour plusieurs raisons... Il faut prendre toute la personne dans sa globalité. La personne elle-même et aussi le côté famille et entourage. La personne si elle vit seule ou pas. C'est un facteur hyper important. ».

Ces différents facteurs ont été classés en sept catégories différentes par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé (INPES) comme indiqué en figure 1 (INPES, cité par Guillourel-Obregon, 2018).

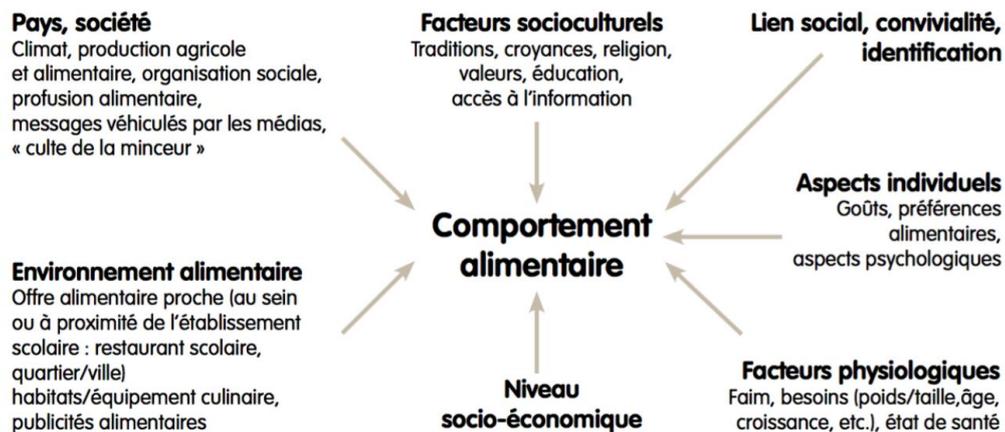


Figure 1 : Les grands déterminants du comportement alimentaire (source : INPES, 2010)

Le comportement alimentaire est donc influencé par des facteurs internes à l'individu mais également par des facteurs externes (Ramel et al., 2016). S'interroger sur l'alimentation ne peut donc se limiter au seul aspect nutritionnel. Effectivement, s'alimenter permet évidemment de satisfaire les besoins physiologiques propres à tout être humain mais plus qu'une réponse à un phénomène physiologique, manger s'avère être « l'occasion d'expériences hédoniques variées, tout en assurant des fonctions sociales et culturelles essentielles » (Lenglet, 2006, p.18). Outre l'aspect sensoriel, social et culturel, les comportements alimentaires fluctuent au fil de la vie des individus à travers des facteurs physiologiques, économiques, psychologiques et cognitifs (INRA, 2012).

Face à ces différents facteurs, il convient de penser l'alimentation comme faisant partie d'un ensemble plus vaste que le seul espace autour de la table. Elle s'inscrit au sein d'autres activités et des obstacles

quotidiens associés au travail, aux loisirs et à la famille par exemple (Pol, 2017). « *Mais effectivement tout l'aspect, tout l'environnement social, donc toute la famille, c'est hyper important. L'environnement de la personne, donc la famille, le travail, ça c'est pareil, c'est un déterminant clé* » précise la coordinatrice régionale. Cette dernière ajoute « *Et après, effectivement, dans tout ce qui est marketing alimentaire c'est super important. La publicité. Enfin, comment est-ce qu'on se fait un peu avoir par la pub et le marketing alimentaire.* ». A plus large échelle, nos consommations sont également marquées par les mises en scène stratégiquement élaborées par l'industrie agroalimentaire afin de déstabiliser, sans forcément que nous puissions y prêter attention, nos choix alimentaires (INRA, 2012).

Ce panorama des déterminants alimentaires a vocation de mettre en lumière que tout au long de la vie, les individus voient leurs choix influencés de différentes manières. Chacun d'entre eux, en fonction de leur profil, de leur âge et de leur manière d'envisager l'alimentation, seront plus ou moins réceptifs (INRA, 2012).

L'épidémiologiste Karen GLANZ et ses collègues ont identifiés cinq leviers qui motivent l'achat d'un produit alimentaire : le goût, le prix, la praticité, la santé et la variété (Glanz et al., 1998). Si un professionnel met en place un projet auprès d'un public ciblé en ne prenant en considération ni les leviers motivationnels qui agissent sur les participants, ni les déterminants qui influencent les choix, alors de fortes raisons laissent à croire que le projet ne permettra pas de changer les comportements. Pour connaître ces différents éléments, il est indispensable d'offrir un espace de parole aux publics visés. Ce recueil d'information en amont et tout au long du projet permettra de créer des interventions qui soient adaptées et donc qui auront une chance de favoriser une amélioration de la santé des participants à travers un changement de pratiques alimentaires (Raude, 2020).

La connaissance des comportements de santé est utile pour préparer des interventions visant à modifier les comportements individuels et collectifs et, par conséquent, à améliorer l'état de santé et le bien-être des populations. Pour GOCHMAN, expert en comportement et croyance en santé, « La compréhension de ces contextes personnels et sociaux, des causes et de l'ancrage des comportements de santé, ainsi que de leurs effets sur ces contextes, devrait augmenter la probabilité de modifier avec succès les comportements de santé et de développer des services, des programmes et des politiques efficaces en matière de prévention et de promotion de la santé. » (Gochman, 1997, p.6).

Cette analyse du comportement alimentaire encourage donc la mise en place de projets qui intègrent la participation des publics ciblés, mais qu'entendons-nous réellement par « participation » ?

II. La participation : un facteur clé d'un projet de santé

A. Des déclinaisons multiples de la participation aux enjeux distincts

Comme mentionné précédemment, la participation est un terme largement utilisé mais dont la signification est souvent propre à celui qui la met en place ou pense la décliner. En effet, CORNWALL écrivait même de la participation qu'elle est « An infinitely malleable concept, « participation » can be used to evoke – and to signify – almost anything that involves people. » (Cornwall, 2008, p.269). Or cette polysémie autour de ce concept majeur représente un « facteur de risque » dont les conséquences peuvent être délétères sur les impacts supposés positifs des actions intégrant la participation (Lewis et al., 2018). Ainsi, dès lors qu'un projet autour de thématiques de santé a vocation d'être mis en place, comme souhaite le faire l'Association de Cardiologie de Bretagne, il est essentiel de s'accorder sur une définition commune de la participation, qui convienne aux différentes parties prenantes, qu'elles soient des professionnels, des bénévoles ou des publics directement concernés par l'action.

La philosophe Joëlle ZASK met en exergue que selon le sens qu'on lui attribue, « participer » peut soit correspondre au fait de « faire partie de » ou bien de « prendre part à » (Zask, cité par Legris Revel, 2012). Ainsi, il apparaît clairement que les tenants et les aboutissants fluctuent grandement. Dans le premier cas, la participation est davantage associée à la notion de passivité puisqu'elle correspond au fait d'être compris dans un ensemble plus vaste et n'engage en aucun cas la contribution à une action. Alors que dans le second cas, l'implication est plus prégnante car elle se matérialise par un « engagement » rendant le participant acteur d'une action (PromoSanté Ile-de-France, 2017).

Outre le degré d'investissement visé, la mise en œuvre de la participation dans un projet peut être déployée différemment selon la fonction recherchée. Effectivement, cette dernière peut constituer un moyen d'atteindre un objectif. Dans ce cas, les professionnels de la promotion de la santé parleront de « participation-utilitariste ». Si au contraire, la participation est étiquetée comme une fin en soi et à visée démocratique alors on préférera le concept de « participation-empowerment » (Campagné et al., 2017).

Dans de nombreuses situations, la participation est un des moyens qui vise à améliorer la santé des populations en favorisant leur présence aux événements promoteurs de santé (Campagné et al., 2017). Pour illustrer ce concept, pensons à la participation des publics aux actions de sensibilisation de l'association. Par leur présence, ils reçoivent un message concernant un changement potentiel de comportement face aux facteurs de risques cardio-vasculaires. Ils ne sont pas acteurs mais récepteurs.

L'intérêt pour les instigateurs du projet relève davantage des résultats finaux sur la santé que de la participation du public en elle-même (Scheen, 2018).

Tout à fait distinctement, la « participation démocratique » également nommée « participation-*empowerment* » s'inscrit pleinement dans l'optique du « pouvoir citoyen » (Campagné et al., 2017). Difficilement définissable pour les francophones, l'*empowerment* met en perspective deux dimensions que sont « le pouvoir » et « celle du processus d'apprentissage pour y accéder » (Bacqué & Biewener, 2013, p.25). Adopté par Nina WALLERSTEIN en 2006 dans le cadre de son rapport au sein de l'OMS, l'*empowerment* communautaire est « un processus d'action sociale par lequel les individus, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leur vie en changeant leur environnement social et politique afin d'accroître l'équité et d'améliorer leur qualité de vie » (Wallerstein, cité par Ferron et al., 2018, p.10). Déclinable en trois sous niveau individuel, communautaire et organisationnel, l'*empowerment* est également un processus (Ninacs, 2008).

- L'*empowerment* individuel contient en son sein différentes composantes que sont « la participation, les compétences, l'estime de soi et la conscience critique » (Ninacs, 2008) qui permettent à l'individu de s'approprier le pouvoir (Hyppolite & Parent, 2017).
- L'*empowerment* communautaire nécessite de réunir quatre facteurs clés. Il faut ainsi permettre la participation, assurer le bien-être des individus, procurer une communication efficace pour permettre un climat de confiance pour les membres et enfin avoir un capital communautaire basé sur la solidarité et le sentiment d'appartenance (Ninacs, 2008).
- L'*empowerment* organisationnel permet l'*empowerment* communautaire pour les personnes actrices et accroît le propre pouvoir d'agir de l'organisation (Cultures&Santé, 2014).

Finalement, la « participation-*empowerment* » est donc vu comme un partage de pouvoir et de prise de décision entre les décideurs et les populations. Ici, autant que l'accomplissement des résultats, l'intérêt est porté sur la mise en œuvre effective de la participation des publics (Scheen, 2018). A l'origine de cette vision en 1969, Sherry R. ARNSTEIN pense une « échelle de la participation citoyenne » déclinant huit niveaux matérialisant la participation (*Annexe VII*). Ces derniers sont regroupés au sein de trois catégories : la non-participation (manipulation, thérapie), la coopération symbolique (information, consultation, réassurance) et le pouvoir effectif des citoyens (partenariat, délégation du pouvoir, contrôle citoyen) (Arnstein, 1969).

En définitive, il apparaît qu'un accord sur le degré de participation doit impérativement être pris en amont de la conception de tout projet de santé. Donner du pouvoir d'agir aux populations questionne donc le niveau de participation qu'il leur est accordé à chaque étape du projet ainsi que les supports et les moyens avancés pour favoriser celle-ci (Gaudefroy et al., 2018).

B. Une intention de mobiliser la participation afin de favoriser une démarche préventive optimale

La participation est donc un concept clé de la promotion de la santé, et c'est en cela que les dispositifs agissant dans le domaine de la prévention peuvent s'en inspirer.

Aussi, forte de sa mission de prévention des risques cardio-vasculaires, la Fédération Française de Cardiologie arbore sur son site officiel « Prévenir pour informer, informer pour prévenir ». L'accent est ainsi mis sur la transmission d'informations. Le président au niveau national explique « *D'une part c'est la formation et l'information du grand public sur les facteurs de risques cardio-vasculaires comme tous les moyens de prévenir les maladies cardio-vasculaires donc, axe prévention par l'information à des conférences, des documents internet, des fiches, des brochures papier et puis etc. Donc l'information, premier objectif de la fédération.* ». Le président régional précise « *Il y a un certain nombre de gens au niveau du siège qui voient la prévention sous la forme de la communication, qui ont d'ailleurs une formation de communicant plus qu'une formation de promotion de la santé ce n'est pas tout à fait la même chose.* ». La primeur de la communication relève finalement d'une volonté d'avoir une plus grande visibilité et ainsi réaliser des actions à grandes échelles pour toucher le plus grand nombre. En effet, la mise en place des Parcours du cœur permet notamment d'atteindre six-cents élèves en une seule fois. Les actions de masses sont des portes d'entrée pour rentrer en contact avec le public. Elles permettent de créer du lien, d'amorcer une rencontre comme le précise le président de la Fédération Française de Cardiologie : « *C'est un bon point de départ, cette information parce qu'il faut bien toucher le grand public.* ». Or, il apparaît qu'en région Bretagne cette démarche pose question. C'est ce que relève la coordinatrice régionale « *J'aimerais faire moins mais c'est un peu la problématique, c'est encore une fois la politique d'être vu quoi. Le problème c'est de donner des chiffres de dire « il y a eu 100 000 participants »* ».

Informé est essentiel mais cette technique ne permet pas à elle seule d'engendrer un changement de comportement alors même qu'il s'agit du but premier des actions de prévention (Moussaoui-Bournane & Clavel, 2007). Et ce, d'autant plus que « Modifier durablement les comportements de santé est probablement l'un des défis majeurs de la santé publique » (Constant, 2017). Transmettre des informations en prévention est un défi complexe qui doit faire face à de nombreux obstacles pouvant venir déstabiliser la communication. Effectivement MOUSSAOUI-BOURNANE et CLAVEL ont fait l'inventaire des freins de la communication raisonnant avec l'aspect affectif déployé : « les attitudes de résistance ; les résistances aux systèmes d'information modernes ; l'ignorance ; la distance ; la surabondance ; le décalage lexical ; l'éternel « conflit des générations » ; la crainte du sujet ; les problèmes personnels de la cible ; la manipulation » (Moussaoui-Bournane & Clavel, 2007, p.32-33).

Communiquer à grande échelle rend difficilement possible le fait de pouvoir s'adresser spécifiquement à un individu. Or les humains ne sont pas un « ensemble monolithique » (Constant, 2017) et réagissent différemment aux messages qu'ils reçoivent. C'est ce que relate la coordinatrice régionale « *Est-ce qu'on agit au niveau national avec des grands trucs ou est-ce qu'on pourrait privilégier les petites actions ? Au moins peut être faire un truc sur vingt personnes, mais vingt personnes qui auront tout retenu et qui auront vraiment changé quelque chose, qui se seront vraiment questionnées pour peut-être engager un changement. Alors qu'une journée avec mille personnes, ça ne sert à rien derrière et personne n'a rien changé* ». Il est donc essentiel de susciter de la motivation pour impulser l'action et ainsi favoriser un changement de comportement (Constant, 2017).

Pour favoriser cette motivation, une stratégie de la coordinatrice régionale est d'orienter la prévention de manière différente à travers la mise en place notamment d'un projet d'éducation à l'alimentation qui se veut par définition participatif. Cette stratégie d'éducation pour la santé complète la communication à grande échelle habituelle par une communication d'informations plus spécifique qui associe un développement de compétences pour favoriser la santé (Sizaret, 2018). Elle est définie par NUTBEAM comme comprenant « toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes » (Nutbeam, cité par Ferron, 2020). Elle constitue donc un levier motivationnel dans le sens où elle intègre une triple action agissant sur le savoir, le savoir-faire et le savoir être (Moussaoui-Bournane & Clavel, 2007). A travers cette action, la coordinatrice cherche à mobiliser des techniques et des outils de la promotion de la santé pour injecter la participation des populations dans la prévention actuelle. En effet, l'éducation pour la santé est une porte d'entrée vers la promotion de la santé (Réseau breton des comités d'éducation pour la santé, 2009) en lien avec l'axe 4 de la Charte d'Ottawa « acquisition d'aptitudes individuelles » (OMS, 1986).

Cette appropriation du concept de participation des publics vise à s'écarter du modèle biomédical, délivrant un discours fortement ancré dans l'histoire de la fédération du fait de sa culture médicale. Le président régional lui-même cardiologue indique une importance de considérer d'autres approches que l'information : « *Il faut qu'il y ait un site d'informations en quelque sorte de recours et faire passer des messages mais je ne m'illusionne pas sur les capacités de modifier complètement la santé globale des gens et/ou des cardiaques simplement par de l'information générale. C'est utile mais ce n'est absolument pas suffisant. Donc il faut qu'il y ait effectivement des choses un petit peu plus réfléchies sur la promotion de la santé* ». C'est ce que s'attache à faire la coordinatrice régionale en « *plantant des graines* » et en mettant en place un projet d'éducation pour la santé qui vise justement à s'écarter du

biomédical principalement centré sur les maladies afin de se concentrer davantage sur des démarches transversales intégrant les divers déterminants de la santé (Roussille & Deschamps, 2013).

Ainsi cette orientation vers un paradigme plus socio-écologique permet de considérer l'individu dans son contexte de vie. Une participation active est indispensable pour considérer pleinement les déterminants de la santé (Vuattoux, 2015). Outre la prise en compte de ces déterminants dans la création d'un projet d'éducation pour la santé, rappelons que la participation du public renforce le pouvoir d'agir grâce au « développement de compétences individuelles et [au] dépassement de barrières structurelles » (Sizaret, 2018, p.42).

La mise en place de la participation des populations s'avère être un allier de choix pour compléter l'approche préventive de l'Association de Cardiologie de Bretagne afin d'éviter les risques cardiovasculaires. Le président régional précise : « *On a fléchi un petit peu dans un sens un petit peu plus de promotion de la santé. Je pense qu'on pourrait avoir une « task force » en tout cas un réseau de gens compétents en promotion de la santé et qui peuvent faire un travail de fond qui est à mon avis très complémentaire.* ».

Si un tel changement d'orientation est souhaité, c'est qu'il subsiste différents enjeux à la mise en place de la participation.

III. Un projet alliant alimentation et participation initié par l'Association de Cardiologie de Bretagne : des enjeux de taille

A. Une volonté d'expérimenter la participation pour justifier les enjeux associés

Si la coordinatrice régionale a influencé la mise en place d'un projet sur l'alimentation en l'orientant dans une visée participative, c'est avant tout car il s'agit d'un enjeu personnel pour légitimer sa vision de la prévention : « *Il y a un enjeu d'expérimentation aussi, mais là c'est un enjeu qui est personnel qui est de dire « Regardez, ça fonctionne. On a mis ça en place. Le groupe de travail a super bien marché.* » ». Effectivement, la professionnelle souhaite se détacher des actions « one-shot » pour inscrire les interventions proposées par l'Association de Cardiologie de Bretagne dans un temps plus long. Cette dernière précise « *J'aimerais aller vers des projets plus longs. Effectivement moi j'irai plus faire huit à dix séances dans une école sur le long terme qu'une séance un jour... les enfants voilà ils ont leurs goodies « manger 5 fruits et légumes par jour ».* Pour moi ça n'a pas vraiment de sens. ». Cette volonté est en cohérence avec les recommandations en prévention et promotion de la santé de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne énoncées dans son document pour favoriser la

connaissance et les bonnes pratiques. En effet, cette entité qui pilote la politique de santé en région, recommande d'éviter « une action ponctuelle ou isolée » (ARS Bretagne, 2020, p.5). C'est même justement cette inscription dans la durée qui a motivé un participant du groupe de travail.

Comme nous l'avons explicité précédemment, cette participation peut prendre plusieurs formes. Aussi, du fait de la détermination d'expérimenter un projet qui permette la participation pleine et entière des publics ciblés, le choix a été fait d'intégrer les publics à toutes les phases du projet. *« Inclure les gens dans un projet en particulier, dans une commission de travail, par exemple, un groupe de travail pour dire « on va faire un questionnaire, on construit le questionnaire ensemble ». On évalue les besoins ensemble, on dit « vous mais qu'est-ce que vous voulez ? De quoi vous avez besoin ? Comment est-ce qu'on peut construire ? ». Et ils font vraiment partie du projet dès le départ. Ce n'est pas « ah tiens on veut faire un projet, est-ce que vous voulez participer ? » alors que ton projet est déjà monté quoi. C'est intégrer le public vraiment dès le départ du projet »* précise la professionnelle. Aussi, il apparaît une dynamique de « co-construire » avec le public. Cette notion renvoie au fait que les participants prennent part aux questions, à l'identification des objectifs et aux moyens de les atteindre. Du diagnostic, à la réalisation du projet et de son évaluation, ils sont partis prenantes (Vuattoux, 2015).

Du fait donc de sa position d'instigatrice d'aborder l'alimentation en collaboration avec le public, l'association bretonne s'inscrit dans une visée de « participation provoquée ». En effet, trois types d'impulsion de la participation sont distinguées dans la littérature : spontanée ; provoquée ; auto-provoquée (Vuattoux, 2015). Ici, il s'agit donc de la seconde typologie car les différents publics auprès desquels une attention particulière a été portée ne résulte pas d'une auto-formation pour chercher la participation mais a bien été le fruit d'une impulsion des professionnels ou des bénévoles mobilisés quand ils adhéraient au projet. Si à l'origine, une des hypothèses face à ce manque d'entrain pour la mise en place de ce projet était possiblement le manque de considération pour la participation des publics, la réalisation d'entretiens semi-directifs a permis de réfuter cette supposition. En effet, l'analyse des réflexions sur l'intérêt de la co-construction pour les professionnels interrogés est très favorable. La non-adhésion au projet ne semble donc pas porter sur le concept même de la construction avec les publics. Alors même que les professionnels interviewés ont des formations initiales distinctes, des cultures professionnelles spécifiques, des secteurs d'activités différents (sanitaire, social) et des publics ciblés divers, tous entrevoient des avantages certains à la participation des publics dans le processus de construction. Effectivement, les enjeux énoncés se recourent d'ailleurs avec les « arguments en faveur de la participation » promu par PromoSanté Île-de-France (*Annexe VIII*) (PromoSanté Ile-de-France, 2020b). Nous pouvons toutefois remarquer que certaines notions ne transparaissent pas et que d'autres au contraire complètent ce schéma.

La participation des publics est vue comme un véritable facteur d'efficacité d'un projet de santé. *« Après, effectivement, si on veut vraiment faire une action concrète, c'est vrai qu'on a intérêt à avoir des groupes pas trop importants parce que ça dilue les paroles. Donc effectivement, si c'est un petit peu plus limité ou les gens peuvent davantage s'exprimer, participer eux-mêmes, c'est quelquefois plus efficace. »* affirme le président régional. L'association de la population à la création augmente indéniablement les chances que les actions déployées répondent à une réelle problématique et favorise donc la réussite du projet (Quint-Essenz, 2012). C'est d'ailleurs ce que souligne une informatrice sociale d'un quartier prioritaire : *« L'intérêt pour les professionnels, c'est qu'obligatoirement comme ça va répondre à une demande réelle de la personne, déjà il y aura une réponse positive des habitants si ça correspond vraiment à leurs attentes contrairement à quelque chose, qu'on viendrait calquer comme ça [...] Si on ne prend pas en compte à l'origine la réalité des gens, ça peut tomber à l'eau alors que là on part vraiment du besoin des personnes »*. La réflexion de cette professionnelle reflète également la notion de pertinence de l'action qui est associée à une plus grande considération des inquiétudes et des difficultés (IREPS Bretagne, 2011). De plus, il apparaît particulièrement opportun d'adresser la participation vers des populations spécifiques. Nous pouvons notamment penser aux personnes à risque d'exclusion sociale et/ou dont le pouvoir sur leur santé s'affaiblit (PromoSanté Ile-de-France, 2020b). La volonté de l'Association de Cardiologie de Bretagne de co-construire des ateliers sur l'alimentation avec les personnes en situation de vulnérabilité économique et avec des personnes atteintes de pathologies s'avère être plus que pertinente.

Les professionnels ont également mis en valeur l'aspect éthique lié à la participation. La coordinatrice régionale l'illustre ainsi : *« Tu valorises ton public, ça veut dire que tu les prends en considération. Tu les écoutes. Enfin pour moi c'est hyper important, surtout quand il y a des inégalités sociales qui sont énormes. Prendre en considération la parole des gens, les écouter et surtout prendre vraiment en compte leur besoin et dire c'est vous qui êtes maître du projet, qui décidez de ce qui va se passer »*. L'éthique est une valeur professionnelle fondamentale qui vise à reconnaître les personnes comme les plus à même d'analyser ce dont elles ont besoin et quels moyens permettent de les solutionner (PromoSanté Ile-de-France, 2020b). La participation offre un espace de parole aux personnes. Ceci est d'autant plus important dès lors que ces personnes sont éloignées des « espaces institutionnels de démocratie sanitaire » (Goer et al., 2018, p.102). La participation constitue un levier de réduction d'inégalités sociales de santé (Gaudefroy et al., 2018) en agissant sur l'égalité des chances.

Un autre aspect soulevé lors des entretiens et qui rejoint les arguments de PromoSanté Île-de-France, est l'enrichissement pour les professionnels eux-mêmes. En effet, l'apprentissage ne se fait pas dans un sens unique du « sachant » vers l'« ignorant » mais est bien un partage à double sens. L'infirmière

du Centre Santé Bien-être pointe le bénéfice pour l'animateur : « *Ils vont apprendre mais tu vas apprendre beaucoup d'eux aussi* ». De même, l'infirmière d'un CCAS précise : « *Essayer de se mettre toujours au même niveau que les gens pour essayer de leur passer les informations mais pas dans une position de savoir face à quelqu'un mais plutôt d'échange de confiance. Parce qu'effectivement même culturellement, il y a des choses qui peuvent se transmettre eux-mêmes, donc voilà, c'est surtout une notion de partage.* ».

Un autre argument tel que la demande sociale n'a pas été abordée dans le cadre des interviews menées (PromoSanté Ile-de-France, 2020b). Toutefois, les professionnels ont semblé particulièrement attachés à la notion de contact amplifié grâce à la participation comme le notifie l'infirmière exerçant au sein d'un CCAS : « *L'intérêt pour les professionnels, c'est de créer du lien avec les gens, de créer de la confiance, de travailler tous dans le même sens. C'est le but premier de la Santé Publique, je pense. Au moins on n'arrive pas avec ce savoir « il faut faire ci, il faut faire ça ». On est plutôt sur une relation sur le même plan, de bienveillance et d'échange. On n'est pas sur du jugement.* ». C'est aussi ce qu'expose l'informatrice sociale lorsqu'elle relate les actions mises en place par son dispositif : « *On allait à la rencontre des usagers. Ça c'est quelque chose qui marche très bien. Enfin ce n'est pas que ça marche ou ça ne marche pas, on n'est pas là pour vendre mais on se rend compte que les gens apprécient cette rencontre un peu informelle dans leur cadre à eux et pas chez nous* ». Il est intéressant de constater que les deux professionnelles ayant mis en lumière cette notion de contact travaillent auprès de publics en situation socio-économique plus faible. La participation permet ainsi de consolider la relation, tout en ayant l'avantage de remettre en question sa pratique professionnelle (CNLE, 2015b).

B. La participation comme un moyen de satisfaire des besoins des participants

A la lumière des échanges ayant eu lieu lors du groupe de travail, il est aisé de faire le parallèle entre les enjeux de la participation et la satisfaction des besoins des participants. Tout d'abord rappelons qu'en 1943, le très célèbre psychologue Abraham MASLOW a défini une pyramide des besoins. Ces derniers sont d'ordre physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime et d'accomplissement. Dans le cadre de cette analyse, nous ne cherchons pas à discuter le modèle de MASLOW qui indique que la satisfaction des besoins au sommet de la pyramide ne peut se faire que par l'atteinte des besoins de bases (Maslow, cité par Marmion, 2017). L'objectif est simplement d'extraire les catégories de besoins pour en faire un parallèle avec notre étude. En effet, l'analyse des motivations des participants à l'intégration de ce groupe de travail indique une forte corrélation avec une nécessité d'assouvir certains besoins. Ce terme de « besoin » a été, à maintes reprises, utilisé par

les participants. Ce sentiment est également partagé par les professionnels comme l'informatrice sociale : « *Et puis les gens ont besoin enfin de s'inscrire dans des actions, ils ont besoin de s'exprimer sur leur réalité, sur la cuisine, sur l'alimentation, sur leurs problèmes* ».

Le premier besoin identifié est celui de l'appartenance. Il renvoie au fait d'être apprécié par les autres, d'être accepté et de faire partie d'un groupe (National Agency for innovation and research, 2018). Lors de nos échanges avec les participants du groupe de travail, la coordinatrice régionale et moi-même avons été surprises de voir à quel point la dimension « groupe » était importante. La coordinatrice régionale confie : « *Je n'avais pas pensé que ce soit si important que les publics aient le même profil* ». En effet, dès la première rencontre les participants se sont reconnus autour d'une caractéristique commune, leur pathologie. Le fait que tous soient en situation d'obésité relève d'un réel hasard puisqu'en aucun cas, il ne s'agissait d'un critère d'inclusion pour faire partie du projet. Les participants ont ainsi développé un sentiment d'appartenance à un groupe sous le prisme de cette similitude et des problématiques identiques qu'ils pouvaient rencontrer. Cette coïncidence a permis de mettre en lumière l'importance de se sentir « en phase avec les autres » pour former un groupe de travail où la parole sera plus facilement libérée. Le phénomène d'identification sociale défini par « le sentiment d'appartenir à cette catégorie sociale ou de ne faire qu'un avec elle » est donc particulièrement important (Chédotel, 2004, p.163) dans la mise en place d'actions participatives. De plus, les participants ont clairement fait part de leur volonté « *d'avoir des conseils différents de ceux des professionnels* » et « *d'avoir le retour de ceux qui vivent la même chose que moi* ».

La participation semble être un moyen de satisfaire le besoin d'estime des participants. D'après la professeure en psychologie, Marilou BRUCHON-SCHWEITZER, l'estime de soi « c'est la dimension auto-évaluative de la personnalité relative à la perception que l'individu a de sa valeur. L'estime de soi se développe selon un processus de comparaison sociale qu'effectue l'individu entre lui-même et certains individus de référence (réels ou idéalisés) » (Bruchon-Schweitzer, cité par Guerrin, 2012, p.185). Aussi, l'estime de soi est associée au sentiment de se sentir compétent et d'être reconnu par les autres (Marmion, 2017). Participer au même titre qu'un professionnel semble recherché : « *Je suis ici pour partager aussi mes connaissances de tout ce que j'ai pu acquérir depuis des années lors de mes suivis diététiques* » ; « *Participer et apporter mon expérience et mes difficultés quotidiennes* » ; « *Partager et apporter aux autres sans être jugé* » ont informé les participants. Finalement la participation soulève toute la place du savoir expérientiel de la personne que l'on considère. Dans le cadre de notre projet, nous cherchons à nous appuyer sur les savoirs des participants tout comme les programmes d'éducation thérapeutique des patients s'attachent à le faire. Effectivement, depuis 2009 et la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), une attention est portée sur l'inclusion des patients

dans la construction des programmes. Leurs connaissances sont reconnues comme complémentaires des apports de la science ce qui fait d'eux de réels partenaires des professionnels (Pernin et al., 2018).

Ce besoin de reconnaissance est également soulevé par les professionnels rencontrés : *« Déjà quand c'est eux qui font le projet, pour moi il y a un engagement qui est complètement différent. Je pense que si tu donnes de la responsabilité à quelqu'un et tu lui fais confiance, qu'il y a une transmission, la personne est plus engagée et elle se sent plus investie. Et à mon avis le changement il s'opère mieux. C'est différent que quand tu es passif et qu'on dit « faites ça ». Je pense que la prise de conscience, le changement individuel n'est pas du tout le même. Pour moi ça c'est un enjeu. »* expose la coordinatrice régionale. La participation permet donc de passer d'une position passive à une condition d'acteur qui impacte nécessairement l'effet de l'intervention sur les bénéficiaires. Le président régional rapporte : *« ils sont dans une attitude de réception beaucoup plus ouverte que si on a affaire à un public qui, à priori, se trouve là un peu par hasard sans forcément faire le lien »*. De part, la reconnaissance qu'elle confère aux individus, la participation est un droit fondamental (Laurent-Beq & Pommier, 2003).

L'estime de soi implique de se sentir respecté. Or lors de leur participation à d'autres types d'interventions sur l'alimentation, les participants nous ont fait part de ce manque de considération à leur égard : *« On a le sentiment d'avoir été infantilisé auparavant, d'être pris pour des débiles avec un discours préconstruit à la chaîne »*. Offrir une place dans la co-construction favorise la valorisation de la personne comme l'explique l'infirmière coordinatrice ayant été en contact avec l'ensemble des participants : *« Le fait de construire, c'est valorisant. Je pense que ça va aussi leur faire du bien dans ce sens-là, de se sentir utile pour quelque chose qui va être après diffusé beaucoup plus largement. »*

Enfin, participer à la construction d'un projet peut être l'occasion de s'accomplir. MASLOW catégorise les besoins d'épanouissement personnel d'un point de vue cognitif (apprendre et comprendre) et esthétique (Maslow, cité par Marmion, 2017). Dans le cadre du projet, l'aspect cognitif est dominant. Les réponses au questionnaire B montrent le souhait d'apprendre de nouvelles techniques et informations en lien avec l'alimentation. Tous sont à la recherche du développement de leurs connaissances. *« Ça va être hyper riche. Ils vont apprendre beaucoup plus de choses. »* précise l'infirmière coordinatrice. Prendre part à un projet est une possibilité de développer « son potentiel créateur », composante de l'accomplissement (National Agency for innovation and research, 2018, p.2). Les participants veulent *« Donner des idées supplémentaires »* ; *« Trouver des solutions »*.

Quinze participants sur seize jugent important de s'exprimer lors de la construction d'ateliers en santé. De plus, nous constatons que divers enjeux à la participation identifiés par les professionnels font échos avec ceux énoncés par les participants. Alors qu'une vision partagée s'opère, pourquoi est-ce si complexe de concrétiser un projet participatif sur l'alimentation ?

Partie 2 : De nombreuses difficultés pour faire participer les publics à la construction d'ateliers d'éducation à l'alimentation

Même si la participation semble être un levier essentiel à déployer pour assurer une démarche pertinente et adaptée, dans la réalité sa mise en place par l'Association de Cardiologie de Bretagne est confrontée à de nombreux obstacles.

I. Une nouvelle méthodologie aux difficultés prégnantes

A. Une conception chronophage qui implique un travail introspectif

Le projet de l'Association de Cardiologie de Bretagne s'inscrit donc dans une démarche participative depuis la phase de diagnostic jusqu'à l'évaluation. Aussi, afin de permettre l'émergence des représentations, des attentes et des besoins des participants sur l'alimentation, il a tout d'abord été nécessaire de penser un cadre de travail qui implique de préparer des outils pédagogiques adaptés. Ce cadre de travail repose notamment sur une connaissance du contexte qui inclut de comprendre les participants (GRAINE Guyane, 2017). Or, dans le cadre de ce projet, la première difficulté s'est révélée être la méconnaissance du public lors de la création de ces éléments de cadrage. En effet, à l'origine trois publics étaient ciblés. Rappelons qu'il s'agissait des personnes en situation socio-économique faible, des adhérents des Clubs Cœur et Santé (pathologies cardiaques) et des patients du Centre Santé Bien-être (pathologies chroniques non nécessairement cardiaques). Hormis la seule connaissance de ces caractéristiques économiques pour certains et médicales pour d'autres, nous n'avions que peu d'informations concernant les habitudes de vie et les milieux de vie des publics ciblés.

Une pré-construction du contenu des séances de réflexions collectives, sur des interprétations personnelles vis-à-vis des difficultés associées à l'alimentation, a été réalisé. Malgré une volonté affirmée de construire avec le public, il apparaissait inimaginable pour la professionnelle de l'association de « *Partir de zéro avec une feuille blanche et demander « Alors vous voulez parler de quoi ? » »* » comme l'explique la coordinatrice régionale. Aussi, même si l'objectif est d'avoir une trame d'ateliers la plus neutre possible, elle a nécessairement été imprégnée par la vision des initiateurs du projet. Tout l'enjeu est de réussir à apporter un cadre de travail qui soit à la fois souple et guidant mais qui laisse une liberté d'expression et une autonomie de décisions aux participants. L'objectif est de réussir à encadrer, sans penser « à la place de ».

Or, du fait que la participation ne soit pas spontanée mais bien provoquée, le risque est que le public se conforme aux éléments définis en amont par les organisateurs. (Vuattoux, 2015). Cette situation impose donc d'être particulièrement prudent comme l'expose la coordinatrice régionale : « *Vu que tu*

préconçois des ateliers en te disant c'est de l'hypothèse, on construit tout sur de l'hypothèse. [...] Donc, c'est là qu'il va falloir être hyper vigilant sur ce que disent les gens. Effectivement, est-ce que c'est vraiment ce qu'ils avaient envie d'entendre ? Est-ce que c'est vraiment ce qu'ils avaient envie de faire ? ».

Pour éviter au maximum, les écarts entre la vision des professionnels et les réels besoins des participants, il paraît essentiel de déconstruire sa façon de penser en s'interrogeant notamment sur ses représentations sociales, ce qui n'est pas chose aisée. Ces dernières sont « des grilles de lecture et d'interprétation du monde, que chacun porte en soi » (Cultures&Santé, 2013, p.19). Elles se forment au fil de nos expériences de vie, professionnelles et personnelles, en lien avec le contexte politique, social, culturel, économique, éducatif et médiatique (Cultures&Santé, 2013). Il apparaît clairement que les représentations d'un professionnel ne seront pas les mêmes que celles d'un autre professionnel et encore moins de celles du public visé évoluant lui-même dans son milieu. Interroger ses représentations sur la santé et dans ce cas précis sur l'alimentation est une première étape indispensable pour se distancier de celles-ci.

Malgré ce travail personnel, il subsiste des obstacles qui ne peuvent être levés que par la co-construction effective des publics. Prenons un exemple concret : pour faire émerger les représentations du groupe de travail sur l'alimentation, un Photolangage® a été construit. Cet outil pédagogique a pour but de favoriser l'expression et la prise de position des participants ainsi que le « développement personnel et interpersonnel » (Campagné et al., 2017, p.349). Les images sont choisies par les professionnels à partir de leurs propres représentations. Or, lors de l'atelier, un des participants ne s'est pas retrouvé parmi les photographies proposées. Fort heureusement, la construction commune permet que les bénéficiaires puissent évaluer l'outil, c'est ainsi que le participant en question a pu exprimer sa frustration et être force de propositions sur l'intégration de nouvelles images.

Finalement, le fait de prévoir en amont des ateliers qui seront par la suite réadaptés est extrêmement prenant. *« Peut-être qu'ils vont avoir envie de parler de ça et en fait, tu vas être totalement à côté de la plaque. Et tu vas tout devoir refaire ou faire différemment. La difficulté elle est que c'est plus compliqué. C'est que ça demande plus d'investissement pour arriver à quelque chose. C'est ce qui est un peu compliqué, je trouve, dans ce projet. C'est ce qui fait que c'est dur dans la participation, c'est qu'en fait, ça demande de te dire « on va créer un groupe de travail, on ne sait pas trop où l'on va ». Tu vas devoir le réadapter à chaque fois. A chaque fois, tu vas devoir le modifier. Tu vas devoir modifier en fonction des besoins de chacun. C'est un travail titanesque, pour max 6-8 personnes. »* indique la coordinatrice régionale.

Une difficulté majeure de cette méthodologie repose donc sur le fait qu'elle est chronophage. Le temps de construction du projet est beaucoup plus long que la simple réalisation d'ateliers « clé en main » qui ne nécessitent pas d'échanger avec les publics. Le président régional indique : *« C'est un peu plus compliqué parce qu'il faut que, en amont déjà, on rajoute une étape supplémentaire, l'étape d'interroger les gens, de les laisser s'exprimer. »*. Or cette caractéristique qui est déjà une difficulté en soi est exacerbée par le fait qu'au sein de la Fédération Française de Cardiologie, les coordinateurs régionaux n'ont que peu de temps à consacrer à la démarche projet. *« Alors pour l'instant, le poste de coordinateur régional, il est accés au moins 50% administratif. Et donc moi, je veux vérifier que les différents présidents de région l'axe comme ça parce qu'on a un premier problème, ça n'a rien à voir avec l'éducation ou quoi que ce soit, c'est simplement qu'on a de moins en moins de bénévoles qui souhaitent gérer des Clubs Cœur et Santé, faire des bilans financiers tout ça. Donc malheureusement la première tâche des nouveaux coordinateurs, c'est en grande partie administratif. Une fois que cette partie-là sera mise en place, on pourra développer d'autres choses. »* déclare le président national. Le manque de disponibilité de la professionnelle du fait qu'elle gère *« toute la partie gestion administrative, gestion de l'association, donc là c'est toute la partie trésorerie, la partie gestion du budget, gérer les dons, gérer les courriers, gérer les partenaires. Enfin tout ce qui est vraiment de la gestion associative, organiser des réunions de bureau, organiser une AG, faire de la coordination vraiment entre les différents membres de l'association. »* est un frein important à la construction du projet participatif. En effet, l'un des enjeux de la participation est qu'elle s'inscrive dans la durée. Ce temps est précieux pour rencontrer les publics, réaliser les actions et évaluer le projet (PromoSanté Ile-de-France, 2019).

B. Une réalisation complexe exacerbée par la situation sanitaire actuelle

Une fois le projet préconstruit, une difficulté plus que majeure à sa réalisation est de réussir à former un groupe de travail.

La mise en œuvre du projet a grandement été complexifié par la situation sanitaire. Effectivement, la crise de la Covid-19 a été un frein à deux niveaux comme l'expose une professionnelle qui avait été contactée par mail pour initier un partenariat : *« Le projet que vous m'avez adressé présente un réel intérêt mais les conditions sanitaires actuelles ne sont pas propices à sa mise en place dans l'immédiat sur le territoire. En effet, les salles municipales sont fermées et il n'est donc pas possible de se réunir. La mobilisation d'habitants est également compliquée actuellement et les actions collectives sont en stand-by. »*.

Malgré donc un intérêt certain, la crise sanitaire a largement participé à l'incapacité de co-construire avec le public puisque la transmission se faisant par le biais de gouttelettes salivaires et nasales infectées, le contact rapproché et de longue durée constitue un véritable facteur de risque (Institut Pasteur, 2020). C'est ce qu'expose l'informatrice sociale interviewée : « *Je pense que la période n'est pas la plus propice pour monter un projet. Non mais c'est clair, je veux dire, on ne peut pas comparer ce qu'on est en train de vivre aujourd'hui avec ce qu'on vivait il y a 4 ans, il y a 3 ans. Très honnêtement, je pense que la réponse elle n'aurait peut-être pas été la même d'ailleurs. Sauf, qu'aujourd'hui on est tellement* » on y va, on n'y va pas, on a le droit, on n'a pas le droit, on doit être à 6, on doit être à 2, on doit être... » qu'on n'ose plus. Du coup, je pense que ça a joué aussi énormément là dans ce que vous avez pu rencontrer et qui n'aurait pas été cette réalité-là il y a 2 ans. ».

Outre le frein administratif lié aux directives gouvernementales qui empêchaient tous rassemblements de plus de six personnes, des interrogés ont soulevé la peur encore prégnante de la part de certains publics au fait de se regrouper lors de groupe de travail. En effet, si la plupart des personnes infectées devront faire face à « une maladie respiratoire d'intensité légère à modérée et se rétabliront sans traitement particulier », la Covid-19 pourra entraîner l'apparition de formes graves de la maladie (OMS, 2021b). Les personnes vulnérables se distinguent par leur âge plus important et les pathologies dont elles sont atteintes comme les maladies cardio-vasculaires et le diabète (OMS, 2021b). C'est notamment le cas des adhérents des Clubs Cœur et Santé qui sont « *démobilisés et ont une crainte certaine de la Covid* » comme l'a souligné un des co-responsables d'un club d'Ille-et-Vilaine lors d'une réunion. Leur appréhension est pleinement compréhensible car d'après le sondage réalisé (questionnaire A), 98% des adhérents sont âgés de plus de 50 ans, dont 47,66% ont plus de 70 ans. Pour une majorité d'entre eux, ils sont atteints d'une pathologie cardio-vasculaire.

Les populations ciblées par le projet du fait que la participation soit particulièrement efficace auprès d'elles (PromoSanté Ile-de-France, 2020b) sont finalement celles qui sont les plus difficiles à rencontrer en période de Covid-19.

Pour faire face à ces difficultés, des alternatives ont été imaginées en lien avec l'utilisation d'outils numériques. En effet, la situation sanitaire a été un tremplin pour le déploiement d'outils collaboratifs permettant de garder le contact et d'échanger des informations. Dans le cadre du projet, les acteurs de l'Association de Cardiologie de Bretagne se sont interrogés quant à la pertinence de proposer les ateliers via ce canal digital. Toutefois, si le numérique s'avère être un levier majeur pour nombres de situations, cela ne semble pas être le cas pour un projet de co-construction pour diverses raisons.

Un des co-responsables d'un club précise : « *On a tendance à penser que tout le monde sait manier les outils numériques, moi j'ai encore des gens qui n'ont pas internet. On leur envoie par courrier les informations. Il ne faut pas croire que tout le monde est à l'aise dans ce domaine.* ». Les propos énoncés par ce bénévole mettent en lumière la double difficulté associée au numérique en lien avec l'accès et l'usage qui représentent de réelles inégalités. Effectivement, les inégalités d'accès sont dites de « premier degré » et correspondent au fait de ne pas disposer de matériel informatique. Les inégalités de « second degré » sont associées aux inégalités d'usage en lien avec la sphère cognitive et sociale (Bouquet & Jaeger, 2015). Ces inégalités sont désignées à travers le terme de fracture numérique, définit par la Commission nationale française de l'UNESCO, comme « le fossé entre ceux qui utilisent les potentialités des technologies de l'information et de la communication pour leur accomplissement personnel ou professionnel et ceux qui ne sont pas en état de les exploiter faute de pouvoir accéder aux équipements ou de compétences » (Commission Nationale Française pour l'UNESCO, 2005, p.75). L'infirmière coordinatrice du Centre Santé Bien-être fait le constat : « *On a une grande partie de nos patients qui sont relativement âgés et pas forcément très connectés. Quand on leur demande d'utiliser l'ordinateur par exemple pour envoyer un mail, ça s'est beaucoup plus compliqué* ». Du fait que notre cœur de cible soit concerné par la fracture numérique, autant d'un point de vue d'accès pour certains que d'usage pour d'autres, proposer le projet par le biais des technologies d'information et de communication risquerait de renforcer ces inégalités alors même que l'objectif visé est de les réduire. De plus, un autre frein est assimilé à l'utilisation du numérique pour mener à bien les groupes de travail. En effet, le manque de convivialité est regretté. « *Je pense que de faire des échanges vers le numérique ça a le mérite d'exister, mais ça, ce n'est pas la panacée quoi parce que bon ça manque de convivialité. Les gens aiment bien se retrouver.* » indique le même co-responsable. Cette alternative a donc été écartée.

Malgré la situation sanitaire, un groupe de travail a finalement pu être constitué avec des patients du Centre Santé Bien-être de l'hôpital. Cette mobilisation a nécessité un investissement majeur et une persévérance à toute épreuve de la part des professionnelles. Autant du point de vue de la mobilisation des publics que sur l'aspect logistique, la mise en œuvre du projet a été complexe. En effet d'une triple cible, seul un groupe a vu le jour. De plus, comme l'explique le président régional, ce projet de co-construction a nécessité de « *tenir compte de leurs obligations professionnelles, familiales en termes d'horaires, en termes de proximité* ». Assurément, le manque de temps à accorder aux ateliers et la distance entre le lieu d'habitation et l'hôpital ont été à plusieurs reprises cités comme facteurs limitants (questionnaire B).

C. Une posture professionnelle nouvelle lors de l'animation d'un groupe de travail

Comme décliné précédemment, la démarche de co-construction rend le public acteur au même titre que les professionnels qui interviennent. Cette méthodologie entraîne donc un changement de posture de la part des intervenants qui n'occupent plus une place centrale. Cette nouvelle pédagogie s'ancre dans les travaux réalisés par Paulo Freire. En effet, ce grand pédagogue brésilien a mis en lumière le rôle majeur des publics dans leurs apprentissages à travers une prise de conscience de leur culture personnelle, de leur aptitude et de leur pleine possibilité d'être des acteurs de leur vie (Freire, cité par Sandrin, 2013). A l'instar de son mouvement d'alphabétisation lors duquel les éducateurs ont eux-mêmes été habités par les valeurs et les savoirs expérientiels des élèves, le professionnel réalisant un projet de co-construction peut être transformé par les participants. Le mouvement de Paulo Freire repose ainsi sur le dialogue. Le changement de posture s'opère donc dans la mesure où l'intervenant n'est pas uniquement présent pour délivrer un message mais vise à accompagner pour satisfaire ensemble les besoins identifiés (Freire, cité par Sandrin 2013).

Or ce changement de posture dans l'animation, par la place laissée aux publics, peut être source de certaines difficultés. Les professionnels interrogés ont notamment soulevé différents aspects dont fait part la coordinatrice régionale : *« Un échange mais ça peut être une confrontation aussi. Enfin, il y a eu un échange, donc que si tu tombes avec des personnes qui sont expertes dans un sujet, moi j'ai vécu un an en tant qu'infirmière en ETP, ça peut arriver que tu tombes sur des personnes qui connaissent très bien le sujet et qui sont hyper calées dans un truc, et là, ça devient difficile. C'est pour ça que laisser la parole à un groupe, forcément en plus tu as des tempéraments, tu as l'expertise des autres qui n'est pas tout à fait pareil donc c'est un positionnement qui est différent. A partir du moment où tu as les « sachants » et les « apprentis » entre guillemets, c'est plus facile. Je pense donc que c'est pour ça que ça fait peur parce que la posture n'est pas la même. »*. L'éducation pour la santé modifie donc le rôle de l'intervenant (Vigil-Ripoche, 2012). Cependant ceci peut être vécu difficilement pour certains professionnels qui ne sont pas habitués à cette démarche participative comme l'expose la professionnelle : *« Pour une personne, c'est valorisant de transmettre. Je veux dire, tu as des connaissances et tu es expert dans un domaine, c'est hyper valorisant au niveau individuel de transmettre tes connaissances et de faire quelque chose d'assez descendant. Parce que, parce que c'est humain. Et du coup, on a tendance à aller vers ça parce que c'est plus valorisant »*.

Si le partage des responsabilités est censé être établi (Vigil-Ripoche, 2012), il reste toutefois régulé par les professionnels selon les dires du président régional : *« Oui, enfin, il [l'animateur] reste quand même référent malgré tout. Les risques, c'est toujours un petit peu les mêmes. Bien sûr que vous allez avoir des personnes qui soit par état d'esprit sont un peu particulier, soit parce que ça heurte trop [...] C'est*

à dire qu'ils ont envie de parler d'autre chose et pas de ça. Et les suggestions qui peuvent être faites dans le cadre de cet atelier ne leur conviennent pas ou trouvent que c'est un peu ridicule ou excessif. ».

De plus, ce changement de pratique peut venir rompre la sécurité que garantit une séance reposant sur un conducteur pédagogique préétabli (Sandrin, 2013). Les intervenants sont possiblement confrontés à des imprévus puisqu'un espace de parole est offert au public. Cela demande des compétences spécifiques autant de gestion « *Ce sont plus des compétences de gestion d'un groupe, gestion de la parole, gestion d'un projet, plus que des connaissances et une expertise. En fait, on n'est pas sur les mêmes compétences [...]. Il faut savoir animer un groupe, faut savoir les valoriser.* » comme notifié par la coordinatrice régionale, que d'écoute active « *donc c'est plus compliqué, ça remet davantage en cause parce que finalement c'est presque plus facile de faire passer des messages qu'on a appris que vraiment être à l'écoute. Intellectuellement il y a un temps supplémentaire, c'est que l'on a son savoir mais en même temps il faut un petit peu voir comment ça interagit avec les demandes réelles. La façon de s'exprimer auprès des gens, donc c'est un petit peu plus demandeur* » comme détaillé par le président régional.

Outre les difficultés internes à l'élaboration d'un tel projet, la création de partenariats constitue un second challenge pour les professionnels.

II. Un partenariat nécessaire mais complexe à la mise en place d'un projet de co-construction avec les publics

A. Le besoin de créer des partenariats pour atteindre les publics

L'Association de Cardiologie de Bretagne souhaite orienter ses interventions auprès des adhérents des Clubs Cœur et Santé mais également auprès de nouveaux publics. Or pour rentrer en contact avec eux, il est nécessaire de passer par un acteur intermédiaire qui est en relation directe avec la population ciblée et qui est plus à même de savoir comment la mobiliser.

Fonder un partenariat est capital puisqu'il s'agit de créer « une relation de travail collaborative où les partenaires peuvent accomplir davantage en travaillant ensemble que de façon isolée » (IREPS Auvergne Rhône-Alpes, 2019, p.2). Sans relation avec le partenaire, la possibilité pour l'association de monter un projet avec le public semble compromise. L'infirmière au sein d'un CCAS breton met en lumière cette importance : « *C'est un public [les publics prioritaires] généralement assez méfiant surtout du corps médical qui leur parle souvent dans un jargon que bien souvent ils ne comprennent pas toujours donc le premier gros travail effectivement c'est de faire connaître, de créer du lien, d'être présent dans le quartier. Moi je le vois par exemple au resto du cœur, il a fallu que ce soit une de mes*

collègues qui « m'introduise » parce que ce sont des gens qui ne donnent pas leur confiance à tout le monde. Je ne suis pas persuadée qu'un intervenant extérieur qui ne passe pas par quelqu'un du territoire puisse obtenir des implications des habitants comme ça. ». La rencontre des publics dans leur lieu de vie est cruciale. Cela s'inscrit dans le concept de l'« aller vers » défini par le Ministère des Solidarités et de la Santé, dans la Stratégie de Prévention et de Lutte contre la Pauvreté comme permettant « d'intégrer dans les pratiques les situations de non-demande de certains publics (pas seulement des personnes vulnérables) et engage les acteurs à se situer dans une pratique proactive, pour entrer en relation avec ces publics » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020, p.1). L'aller-vers implique donc un déplacement physique qui fait « sortir de sa zone de confort » en rencontrant le public (Janvier, 2020). Les professionnels interrogés sont attachés au fait de se rendre au plus près des publics comme le stipule le président régional : « La conception de la prévention secondaire, c'est qu'évidemment pour qu'elle soit efficace, il faut qu'elle soit au plus proche du lieu d'habitation. Pour que ça puisse se maintenir, il faut vraiment être au plus près de chez eux avec des outils auxquels ils puissent faire appel d'où l'intérêt d'avoir un maillage du territoire très serré ». De même, l'aller-vers semble être une stratégie de choix pour faire face à l'obstacle de la méconnaissance des acteurs animant un projet participatif. L'infirmière d'un CCAS l'identifie clairement comme une solution : « Les éléments qui peuvent faciliter la participation c'est peut-être que les choses soient abordées par des structures qu'ils fréquentent. Je vois au centre social, les gens sont impliqués parce qu'ils font des animations, ils font des ateliers, ils font des sorties. Donc ils sont déjà très impliqués dans le centre social. Donc effectivement je pense que des ateliers où on leur demanderait d'être acteur dans la construction d'un projet, ils seraient partants puisqu'ils connaissent déjà très bien ce centre. Je pense que des lieux très stratégiques où les gens sont déjà très impliqués doivent faciliter les choses. ».

Toutefois si l'instauration d'un partenariat est essentielle, elle n'est pas pour autant aisée à mettre en œuvre comme l'explique la coordinatrice régionale : « Nous on est limité parce que on n'a pas contact avec le public directement [...] On doit passer par quelqu'un mais effectivement il faut qu'il accepte de nous donner du temps pour développer un projet et je pense qu'effectivement c'est facile de dire « on bloque une journée et vous vous venez faire votre journée et vous repartez le soir ». Quand tu vois qu'effectivement en soit ils doivent réserver une salle pour huit jours, ce n'est pas si compliqué mais quand même et trouver du public ce n'est pas si simple. ». La professionnelle souligne le fait que les initiateurs d'un projet comme celui de l'association sont clairement dépendants des partenaires. En effet, dès lors que l'on souhaite monter un projet qui s'appuie sur la communauté, il convient de faire face aux exigences et contraintes engendrés par les partenaires sollicités mais aussi à leur degré d'investissement (Jabot et al., 2013).

Différents niveaux de partenariat sont notifiés dans la littérature : mise en réseau, coordination, coopération et collaboration. Cette graduation se fait en fonction de l'engagement des acteurs, de leur mobilisation, des ressources et des compétences déployées et de l'objectif recherché (IREPS Auvergne Rhône-Alpes, 2019). Dans le cadre du projet étudié, il semblerait que ce niveau d'implication ait été questionné par d'éventuels partenaires comme l'indique l'informatrice sociale d'un CDAS : *« C'est un peu la question que nous nous sommes posées en fait. Quand j'ai été sollicité, directement moi j'ai revu ça avec ma responsable qui là m'a dit « hop hop hop », non pas par rapport au projet mais plutôt par rapport à notre engagement. »*. Il est donc important de définir formellement le type de partenariat recherché par les deux parties prenantes.

Concernant la mise en place du projet participatif, les professionnelles de l'association ont été confrontées à un manque d'entrain. *« J'ai été super surprise de la lenteur de réponse, le manque de soutien et d'encouragement de la part des partenaires parce qu'on arrivait quand même avec deux professionnelles qui étaient disposées à faire quelque chose pour un public et à mettre en place un projet gratuitement. »* relate la coordinatrice régionale. Aussi, l'une des hypothèses émises concernant la frilosité des partenaires vis-à-vis du projet était de penser que, du fait de son implantation régionale, l'association n'était pas légitime à intervenir à l'échelle locale comme l'énonce la même professionnelle : *« On n'est peut-être pas vu comme un acteur légitime auprès des populations, enfin les personnes en situation de vulnérabilité dans les quartiers. On n'est pas une mission locale donc c'est compliqué. Mais moi je pense qu'on est légitime, on a notre place. »*. Les entretiens réalisés ont permis de réfuter cette hypothèse. L'informatrice sociale considère que *« les gens du quartier ne vont pas aller regarder si c'est une action nationale, une action départementale, régionale. »*. De même, l'infirmière d'un CCAS juge que *« c'est bien d'avoir une association qui intervienne, il ne faut pas stigmatiser les gens. C'est bien d'avoir une association qui accueille le lambda et qui s'adapte. Encore une fois c'est le professionnel qui s'adapte au public qu'il a face à lui et que l'idée c'est quand même de faire venir d'autres associations qui traitent d'autres publics à d'autres moments et puis après s'adaptent à ce public-là c'est ce qui est demandé. »*. Finalement ce n'est pas le positionnement régional de l'association qui semble être une difficulté à proprement parler mais plutôt l'absence de lien encore existants entre les dispositifs et les professionnels. En effet, créer un partenariat demande du temps pour faire naître une réelle relation de confiance ce qui peut ralentir fortement la mise en œuvre du projet. La confiance est un élément qui favorise l'efficacité du partenariat (You et al., 2016). Ce temps d'approvisionnement est souligné par la même professionnelle : *« On travaille toujours mieux avec des gens avec qui on travaille au quotidien. Les gens qu'on a régulièrement au téléphone, par mail, on a tout de suite ce réflexe de vouloir monter des projets, de créer des choses. Ce n'est pas la même chose avec un partenaire que l'on sollicite peu ou pas, qu'on ne connaît pas. Tout est dans l'intérêt de se*

rencontrer le mois prochain de visu et de comprendre un peu plus à chaque fois, le champ d'action de chacune pour travailler ensemble. ».

B. Des partenaires bénévoles, une mobilisation spécifique

L'Association de Cardiologie de Bretagne se caractérise par le déploiement de nombreux Clubs Cœur et Santé sur le territoire breton. Ces clubs sont pris en charge par des responsables bénévoles qui constitue une interface entre les adhérents et les professionnelles de l'association et le président régional. Ces responsables sont donc des interlocuteurs privilégiés pour informer les adhérents des actions pouvant être proposées. A l'origine, le projet qui nous intéresse dans le cadre de ce mémoire avait vocation à être mis en place auprès de ce public spécifique. Les échanges menés avec trois responsables de clubs ont permis de souligner la spécificité du rôle de bénévole qui influence la relation partenariale.

En 1993, le conseil économique et social précisait « Est bénévole toute personne qui s'engage librement pour mener une action non salariée en direction d'autrui, en dehors de son temps professionnel et familial » (Guillot, 2012, p.91). Du fait du poids de la fonction, les bénévoles des Clubs Cœur et Santé sont principalement des retraités qui jonglent entre leur vie personnelle et leur vie de bénévole. Or, il apparaît qu'au sein de l'association règne une difficulté à mobiliser ces derniers, comme l'explique le président régional : *« Ce sont quand même des fonctions bénévoles et je rajouterais donc quand même qu'il n'y a pas trop de candidats »*. Le responsable d'un club des Côtes d'Armor indique : *« La personne qui était responsable souhaitait trouver quelqu'un d'autre pour la remplacer. Personnellement je n'étais pas tellement chaud pour prendre ce post-là et puis de fil en aiguille vous savez comment ça se passe, j'étais le destiné du Club »*. Ses homologues d'Ille-et-Vilaine s'inscrivent dans la même lignée : *« J'ai moins de plaisir à être responsable [...] C'était inattendu d'être responsable. Je faisais partie d'un bureau où franchement je n'avais pas envie de devenir président » ; « Alors je n'ai pas voulu, soyons extrêmement clair. Je suis rentré dans l'association réellement au départ comme consommateur, je n'ai pas voulu être bénévole. »*. Il est intéressant de constater que pour les trois responsables interrogés, la prise de fonction semble être le fruit d'un dévouement pour l'intérêt général mais en aucun cas d'une volonté personnelle première. Cette inappétence pour le poste semble s'expliquer par la charge de travail qui leur incombe. *« On est déjà beaucoup sollicité sur plein de choses. Il n'y a pas que ça à faire. Je ne suis pas encore complètement assis dans ma fonction. J'ai même du mal à réaliser encore. Il y a déjà les charges de la fédération qui nous tombent dessus d'un point de vue administratif. »* confie l'un d'entre eux.

Il est assez courant que les personnes retraitées aient comme ferme volonté de s'engager à l'unique condition de pouvoir concilier leurs projets personnels et donc que leur bénévolat ne prenne pas le pas sur le privé (Calvisi et al., 2017). C'est ce que relate le responsable d'un club des Côtes d'Armor : « *Bon, il y a le Club Cœur et Santé mais j'ai ma vie perso à côté. On fait ça de bon cœur mais ça prend quand même pas mal de temps. Quelque part le bénévolat à ses limites.* ». Malgré la bonne volonté, le manque de temps constitue ainsi un réel frein au plein engagement des bénévoles (Calvisi et al., 2017). Cette dimension temporelle restreinte complexifie les échanges du fait de la disponibilité spécifique des bénévoles. France Bénévolat a mis en exergue le fait qu'il est plus aisé de diriger des salariés que des bénévoles du fait de cette posture à part (France Bénévolat, 2012). Une autre limite peut-être la peur des responsabilités qui incombent à ce poste (Calvisi et al., 2017).

Dans le cadre d'un projet participatif qui se co-construit avec les adhérents, l'implication des responsables est majeure pour sa réalisation. Toutefois, comme développé précédemment, ce projet demande un temps de mobilisation important dont les responsables semblent peu disposer. C'est pourquoi, les personnes interrogées se sont fait le relai de l'information : « *Moi j'ai fait suivre les mails, c'est tout* » relate l'un d'eux. De même, un responsable d'Ille-et-Vilaine précise en parlant du projet sur l'alimentation : « *Je passe la main à quelqu'un, il faut trouver la personne qui a des raisons d'être motivée par rapport à ça. [...] C'est toujours pareil, il faut trouver celui ou celle qui porte l'affaire, qui est convaincu et qui en devient le fer de lance. C'est extrêmement important ça. Mais bénévole, il y a bonne volonté. Toutes les bonnes volontés ne sont pas pertinentes. Le bénévolat, je vois comment il marche et en même temps, je vois aussi tous les risques qu'il peut y avoir. Il n'est pas illégitime d'avoir envie d'être reconnu mais il ne faut pas que ce soit ce qui est le moteur de l'action et uniquement le moteur de l'action. Donc je crois qu'il y a un certain discernement avant de lancer quelque chose. Si on lance un projet, il faut qu'on y croie.* ». Aussi, selon les motivations personnelles du bénévole, les motifs de sa contribution au projet pourront être différentes. Cette analyse du responsable met en lumière, la notion de don et contre-don souvent associée au bénévolat. En effet, le sociologue Marcel MAUSS a théorisé ce concept. Par son engagement, le bénévole fait un « don » qui implique un « contre-don » dont la forme pourra varier : satisfaction personnelle ou reconnaissance de l'implication (Calvisi et al., 2017).

C. La communication comme pierre angulaire du projet

Dès lors que l'on passe par un intermédiaire pour atteindre le public ciblé, la manière dont on communique sur une action ou un projet est déterminante. La communication se définit par « l'action de communiquer, de transmettre, d'informer » (Joly, 2009, p.7). Une communication de qualité

s'avère primordiale dans le sens où en dépend notamment le degré de participation des partenaires, les relations cordiales, l'efficacité du partenariat ainsi que la réussite de la collaboration (Corbin et al., 2018). Un projet décline plusieurs types de communication : opérationnelle (pour faire vivre le projet), décisionnelle (pour statuer) et promotionnelle (Brisy, 2016). Dans le cadre spécifique du projet participatif de l'association, la communication est promotionnelle puisqu'elle vise à inciter les partenaires à s'engager en déployant des éléments d'information, de compréhension et de conviction (Brisy, 2016). Précisons que, du fait de la situation sanitaire, les échanges avec les interlocuteurs se sont principalement faits par mails. Une note de cadrage a spécifiquement été conçue pour expliciter le projet et amorcer des échanges (téléphoniques ou numériques) quant à sa mise en place.

Lors d'échanges avec différents partenaires potentiels, il est clairement apparu une incompréhension concernant le projet proposé. Cette mésentente entraîne des conséquences plus que dommageables sur le commencement du projet. Deux cas de figure ont été identifiés.

Le premier correspond à un refus de mettre en place le projet, dans l'immédiat, à la suite d'une incompréhension concernant le type d'ateliers proposés. *« Je ne l'avais pas compris [le projet] et je crois que mes collègues non plus. Elles se sont dit que ce n'était pas possible car les cuisines étaient fermées. Alors après la faute ne vient peut-être pas de vous. C'est peut-être nous qui avons interprété, lu entre les lignes. Je crois qu'on est parti tête baissée sur le fait que vous alliez faire des ateliers de cuisine et que ce n'était pas approprié pour le moment. »* justifie l'infirmière d'un CCAS. Les objectifs n'ont pas été compris alors même que communiquer sert à les exposer formellement (Brisy, 2016). La communication est donc bien à l'origine des difficultés puisqu'à la suite d'un échange téléphonique qui a permis de réaffirmer l'essence du projet, cette même professionnelle a souligné : *« Je suis complétement intéressée pour mettre en place des projets comme celui-ci. Si le projet respecte toutes les conditions imposées par le CCAS au contraire. A partir du moment où il s'adapte au public qu'il y a en face [...]. Tant que le fond et la forme s'adapte au public qui se trouve en face de vous. »*

Le second cas de figure est lié à une mauvaise compréhension du projet qui impacte inévitablement la transmission de l'information auprès du public. Un des co-responsables d'un Club Cœur et Santé d'Ille-et-Vilaine a confié ses difficultés face à un tel projet : *« J'essayais de comprendre moi-même l'objectif du projet. Donc il me semblait que c'était éventuellement de rassembler les éléments pour faire des recettes à mettre sur le site. J'avais cru comprendre ça. C'est très technique, il me semble [relis la note de cadrage ; souffle beaucoup ; ne sait pas quoi répondre] là pour l'instant, je découvre. Je ne sais pas. Je n'ai pas trop compris le fond du projet. Je ne sais pas. Ça ne me parle pas trop. C'est surprenant. »*. De même, le second co-responsable du club indique, non pas son incompréhension à l'égard du projet,

mais la méconnaissance de son contenu : « *Par rapport à la note de cadrage, je sais que je l'ai vu passer mais ça ne me parle pas* ».

Ces exemples montrent donc l'importance de communiquer efficacement. Une stratégie est notamment de communiquer en face à face (Corbin et al., 2018). Nous avons pu en faire l'expérience puisqu'à la différence des autres interlocuteurs, l'infirmière de coordination du Centre Santé Bien-être s'est vu exposer le projet de vive voix. Elle a été la seule à être pleinement investie car elle a compris l'objectif. Une communication de qualité permet de rendre les partenaires, ambassadeurs du projet (Brisy, 2016). Cette conclusion est également tirée par un responsable de club : « *C'est vrai qu'il aurait été mieux avant d'informer nos adhérents, c'est qu'on soit nous-mêmes briefed là-dessus. Ce n'est pas simple, ce n'est pas mon métier de base ce genre de choses. On coince un peu à savoir expliquer les choses. C'est comme ça qu'il faut travailler [en échangeant de vive-voix]. Il faut échanger avec les gens. Là je pense, qu'il aurait peut-être fallu commencer par ça. J'aurai peut-être été plus à l'aise sur le sujet.* ». Le contexte impacte la manière de communiquer (Sizaret, 2018). La crise sanitaire a donc exacerbé ce phénomène.

III. Une mobilisation du public difficile

A. Une participation freinée par divers motifs

A travers l'analyse du questionnaire B et des entretiens semi-directifs menés, les différentes réponses récoltées ont permis d'identifier les raisons d'une non-participation relativement répandue auprès des populations ciblées.

La participation à un tel projet nécessite du temps. « *Il faut que les gens acceptent l'idée, acceptent le temps à y passer parce que ça prend du temps bien entendu. Et donc là, y a un problème d'acceptation.* » précise le président en région. Nombre de répondants ont indiqué leur impossibilité de se rendre disponible sur une période de six semaines comme le relate l'infirmière du Centre Santé Bien-être : « *Le temps que le patient a à donner à ce projet. Certains ont dit non parce qu'ils habitent loin, qui ne veulent pas se déplacer donc la distance ça compte. Le temps que l'on met à venir et la distance.* ». Cette contrainte temporelle implique un investissement conséquent de la part des participants. Or, il est délicat de réussir à faire naître un engagement dans la durée (Ischer & Saas, 2019). Cette observation est d'autant plus marquée auprès des publics en situation socio-économique plus faible. L'infirmière de coordination d'un CCAS breton explique : « *C'est un public qui est difficile à mobiliser. Je me rends bien compte que les suivis ne répondent pas toujours aux objectifs fixés. C'est très fluctuant. Je vais avoir des contacts avec les personnes puis plus rien pendant quelques mois.* ». S'il

semble déjà difficile de garder du lien avec ces personnes pour des suivis curatifs, les impliquer dans des actions de prévention dans la durée semble difficilement imaginable. Pour faire face à cette difficulté, des ajustements ont été fait en réduisant le nombre de rencontre de dix à six. Peut-être aurait-il été judicieux de déterminer, après une première rencontre, le nombre de séances nécessaires pour satisfaire les objectifs co-définis.

Un autre motif de refus de participer au projet est le manque de motivation. Des échanges avec un responsable de Clubs Cœur et Santé ont mis en lumière la notion de consommateur : « *Il ne faut pas compter sur les adhérents. Ils sont consommateurs. Il ne faut pas oublier ça. Ils payent leur cotisation à l'année, ils payent leur activité.* ». Cette idée est très intéressante car elle met en opposition le souhait de certaines personnes et l'essence même de la participation. Alors qu'elle offre un espace d'expression et de réflexion (Vuattoux, 2015), il semblerait que ce soit un frein pour les adhérents car cela signifie une charge de travail supplémentaire. Une bénévole indique clairement sa préférence pour les activités où « *On ne prend pas de notes, on n'écrit pas. Il n'y a pas de papier, ni crayon* ». Le manque de motivation peut également être lié au caractère abstrait du projet pour les personnes qui ne sont pas habituées à ce format. A la suite de l'explication du projet, la bénévole interrogée régit en disant « *Ah oui c'est inverser les rôles plus ou moins.* ». Se voir accorder une réelle place dans un projet ne va donc pas de soi. Un co-responsable d'un club signale : « *Là c'est participatif donc c'est abstrait. Le truc que vous proposez là c'est un peu spécial. C'est quand même un peu spécial, là ce n'est pas concret. Ce projet-là est déroutant* ». Ce manque de palpable est limitant puisque la seule idée de la participation sera identifiée comme contraignante si les objectifs ne sont pas concrets pour le public (Vuattoux, 2015). C'est d'ailleurs ce que soulève le président régional : « *Je pense que les gens vont avoir plus tendance à se diriger vers ce qui est plus concret. Ils vont dire bon « je ne vois pas trop à quoi ça sert », c'est plus compliqué à intégrer.* ». Aussi nous pouvons émettre l'hypothèse que ce manque de motivation associé à l'envie d'être consommateur et cumulé au fait que le projet soit abstrait puissent expliquer les résultats contradictoires ayant été obtenu auprès des adhérents des Clubs Cœurs et Santé. Effectivement, sur cent quarante-deux répondants, 74,56% étaient intéressés pour participer à des ateliers nutritionnels mais certainement pas de manière participative, du moins pour les deux clubs approchés.

Une des raisons de ne pas vouloir participer est lié au fait d'avoir l'impression de ne rien avoir à apporter. Dans l'esprit des populations, il semblerait donc impératif d'être connaisseur pour pouvoir participer. C'est ce qu'a l'air de penser un co-responsable de club : « *Il y a beaucoup de gens dans les Clubs Cœur et Santé mais il n'y a pas beaucoup de gens intéressés et intéressants sauf le pharmacien qui était intéressé et c'était un pharmacien donc il est intéressant. Il comprend plein de choses.* ». Dans

l'étude de FAVRE et ses collègues, il est mis en lumière un « complexe d'une parole » des usagers au sein des instances hospitalières. Cette sous-estimation est le résultat d'un sentiment de ne pas être capable d'interagir avec des experts (Favre et al., 2012, p.146). Aussi, au vu des échanges réalisés, nous pouvons faire le parallèle avec notre objet d'étude. Effectivement, la bénévole interrogée souligne la difficulté que représente la participation pour certains : *« Oui ça peut avoir fait peur. Des personnes qui ne savent pas comment se comporter ou discuter en public. Discuter ça s'apprend aussi. Discuter en public, ce n'est pas donné à tout le monde, même devant dix personnes, ce n'est pas facile. On apprend ça en petite classe maintenant de faire un peu théâtre pour essayer de s'exprimer en public pour certaines personnes. Non, donner son opinion n'est pas facile. »*. La prise de parole en public peut être vécue comme une situation de danger qui expose l'individu au jugement des autres membres du groupe (Bourelle, 2019). Si certaines personnes ont donc été freinées par le sentiment d'un manque de ressources pour participer auprès d'un groupe, nous pouvons émettre l'hypothèse que cela est en corrélation avec un manque d'estime de soi (ORIV, 2005). Or rappelons justement que la participation est un moyen de la renforcer.

Enfin, le dernier motif freinant la participation est la thématique en elle-même. En effet, certaines personnes ne voient pas d'intérêt à parler d'alimentation. *« Ils ne voient pas l'intérêt donc c'est compliqué. C'est dommage parce que je pense qu'il pourrait aussi apporter mais c'est vraiment le retour que l'on a eu »* a informé l'infirmière du Centre Santé Bien-être à la suite d'échanges avec les patients qu'elle tentait de recruter. Si globalement, les partenaires interrogés entendaient pleinement la nécessité d'aborder ce sujet, les publics sont plus laborieusement mobilisables. Diverses observations peuvent expliquer ce phénomène.

B. L'alimentation, une thématique peu porteuse

Tout d'abord, l'alimentation ne semble pas être une priorité pour les publics. Concernant les personnes en situation socio-économique plus faible, l'alimentation n'est pas un enjeu majeur de leur santé comme l'explique l'infirmière d'un CCAS : *« Ce n'est pas la priorité [l'alimentation]. Même si je pense comme dans la majorité de la population, il y a une vague de prendre soin de soi, de bien manger qui est un peu aussi dans les mouvements du moment. Je pense qu'ils sont aussi un peu sensibles. Mais ce n'est pas forcément un besoin de leur part, on va plus être dans des trucs très techniques comme la gynéco, l'ophtalmo, la dermato. Ils demandent principalement sur des thèmes très pratiques. Ils viennent, ils font la consultation, ils repartent avec une ordonnance pour avoir des lunettes »*. La priorité est davantage tournée vers des thématiques plutôt curatives que préventives. De la même manière, les responsables des Clubs Cœur et Santé n'arrivent pas à réunir les adhérents pour parler

d'alimentation. « Personnellement, je ne sais plus quoi faire. C'est pour ça que quand on m'a parlé d'une intervenante extérieure, je me suis dit que ça serait pas mal avec du personnel nouveau pour voir si ça pourrait fonctionner. Mais bon je n'ai pas eu de réponses, non plus, suite à mes demandes. Ce n'est pas un thème qui est porteur à ce jour. » relate le responsable d'un club des Côtes d'Armor. Une bénévole précise : « Moi je suis plus partante pour des activités physiques pour donner de l'envie aux gens, aux adhérents. Je suis plus intéressée par ça que par l'alimentation. ». Un élément de réponse à ce constat est que les Clubs Cœur et Santé sont principalement (voir uniquement) dirigés vers l'APA et que les personnes, adhèrent pour cette prestation. A l'échelle nationale, seul 4% proposent des ateliers diététiques. Ceci est en lien avec l'histoire de la Fédération Française de Cardiologie comme indiqué par le président régional : « Au sein de la région Bretagne, je suis un des principaux à essayer de promouvoir cette attitude vis-à-vis de l'alimentation. Jusqu'à une date récente, c'était un peu considéré comme secondaire donc je pense qu'il y a effectivement du travail à faire de ce côté. ». Cette vision repose sur la culture médicale dominante : « Donc ça a été bâti beaucoup autour de ça [l'activité physique] et l'alimentation comme ça a été les cardiologues qui s'occupaient de ça et souvent, ils n'étaient pas très compétents, ni intéressés par l'alimentation, donc ça a mis du temps. D'ailleurs, beaucoup d'études qui ont justifié la réadaptation cardio-vasculaire, sont des études uniquement axées sur l'activité physique. » explique le même président régional, lui-même cardiologue. Il semblerait ainsi nécessaire que les professionnels de santé puissent bénéficier de formations sur l'importance des interventions nutritionnelles (Downer et al., 2020).

Une autre explication pourrait être le fait que les populations ont le sentiment d'avoir des connaissances en matière d'alimentation et n'ont donc plus besoin d'en apprendre davantage. « Beaucoup de patients me disent « j'ai déjà rencontré une diététicienne mais bon je sais ce que je dois faire déjà. ». Souvent ils ont déjà quelques notions. « Je sais ce que je dois faire et de toute façon elle m'interdit tout et je ne veux pas retourner la voir. ». Elles sont souvent dans la restriction et ça c'est hyper frustrant pour les gens. Ils en ont marre de ce discours de la diététique où on n'a pas le droit. » explique l'infirmière du Centre Santé Bien-être. Beaucoup, du fait de leur pathologie, ont déjà rencontré des professionnels de la nutrition et ont une vision injonctive de la diététique. Un des co-responsables d'un club précise : « Et puis là, on est en train de dire attention « plus de sel ou plus de sucre ». C'est le caractère injonctif de la diététique qui est souvent servi par des jeunes femmes. Il y a un déficit d'images. ». Son homologue, lui aussi cardiaque, confie : « Chaque fois qu'on a une conférence sur les règles de l'hygiène alimentaire, de toute façon, on retrouve toujours la même chose : les mêmes règles, les mêmes consignes. C'est toujours le même discours donc une fois qu'il est enregistré...puis c'est vrai que je dirais que y'a aucun intérêt à répéter toujours la même chose. ». Il est vrai que l'éducation à l'alimentation est très souvent abordée du point de vue nutritionnel, en

omettant les autres déterminants du comportement alimentaire (Bélisle & Douiller, 2013). Or en France, l'alimentation est corrélée à la convivialité et aux aspects gustatifs plus qu'aux valeurs nutritives (Fournier, 2014). Cette thématique déplaît car elle implique pour le public, une modification des habitudes de vie. C'est ce que laisse transparaître les messages nutritionnels, du PNNS notamment, en impliquant un changement dans la manière de s'alimenter à travers l'assimilation de normes : « Ne mange pas trop gras, trop sucré, trop salé » (De Iulio et al., 2015). Toutefois, les habitudes alimentaires sont très ancrées comme le relate un co-responsable de club : « *Ce n'est pas quelqu'un qui vient de naître, c'est quelqu'un qui vit depuis des années avec des modes de vie, des habitudes de vie.* ». KOTSEVA et ses collègues ont mis en lumière le poids des habitudes de vie avec l'exemple de la mise en place de régimes anti-cholestérol. La plupart des patients abandonnent l'observance diététique pour reprendre leurs anciennes habitudes (Kotseva et al, cité par Fournier, 2014). Les habitudes sont en partie liées à la culture et à la dimension sociale. « *Toutes ces habitudes de vie, se perdent si jamais ce n'est pas une habitude de tout temps pour les personnes. Ils reprennent leurs mauvaises habitudes parce que leurs copains, la vie sociale... Si on doit caricaturer dans une certaine mesure je pense dans l'inconscient de certains, c'est presque une trahison par rapport à leur modèle familial, leur héritage.* » éclaire le président en région. C'est pourquoi, « *Dès qu'on leur propose quelque chose de nouveau, la peur du changement inhibe aussi certains comportements.* » expose l'infirmière du Centre Santé Bien-être.

En fin de compte, il apparaît que la thématique de l'alimentation soit en elle-même un frein majeur à la mise en place de ce projet participatif.

C. Une mobilisation complexe du public qui questionne la participation proposée

Finalement, l'analyse des différents freins à la participation des publics au projet de l'Association de Cardiologie de Bretagne induit une interrogation sur le fait que la participation proposée soit adaptée à tous les publics ciblés. La littérature et les échanges avec le groupe de travail composé de patients du Centre Santé Bien-être démontrent largement le bien-fondé de la participation comme exposé en première partie de ce mémoire. Toutefois, si cela s'est avéré profitable et nécessaire pour ces participants, les difficultés éprouvées avec les autres publics en lien avec une volonté d'être consommateur, un sentiment d'être inférieur face aux savoirs des experts et le manque de motivation conséquent, questionne le niveau de participation soumis. Rappelons que la participation se décline en différents niveaux d'investissement. Le projet sur l'alimentation propose un niveau élevé de participation puisqu'il s'agit de co-construction. Aussi, les propos d'un co-responsable d'un Club Cœur et Santé d'Ille-et-Vilaine, « *Une conférence je pense qu'ils vont bouger.* »,

illustre parfaitement un désir d'informations plus que d'engagement dans une réflexion collective. C'est pourquoi, la coordinatrice régionale soulève : « *Mais en tout cas effectivement est-ce que c'est vraiment pertinent de développer des projets pour les adhérents des clubs ?* ».

Outre la liberté de participer, il est donc essentiel de définir, avec et non pour le public, le niveau de participation souhaité. Selon les situations, il sera plus profitable d'informer, de consulter ou de co-construire. La participation est un droit mais en aucun cas elle n'est une obligation (PromoSanté Ile-de-France, 2020b). En ne proposant qu'un seul niveau de participation, il semblerait qu'une partie des publics ciblés aient été, involontairement, écartés. De nombreuses personnes ont répondu aux questionnaires en mettant en avant leurs difficultés vis-à-vis de leur alimentation et de leur intérêt pour recevoir des conseils. Cependant le fait que seulement sept personnes aient fait partie du projet montre que beaucoup sont concernés par la problématique mais ne sont pas présents. Cette « non-participation » est donc un élément d'analyse en soi qu'il convient de respecter. Une compréhension de celle-ci est notamment une clé pour mettre en œuvre des actions promotrices de santé qui permettront de répondre différemment aux besoins des personnes ciblées (PromoSanté Ile-de-France, 2020a).

La participation peut également être remise en cause. Une bénévole d'un Club Cœur et Santé rapporte que « *Il y a certaines personnes qui se disent « de toute façon ce n'est pas la peine que je dise quelque chose ça n'intéresse personne ce que je veux faire ou ce que j'ai à faire* » ». Cette réflexion définit ce qui est appelé dans la littérature « participation alibi » (Pissarro, 2004, p.55). La peur de ne pas être réellement pris en considération peut-être un frein à la participation (Vuattoux, 2015). De plus, lors d'un échange avec un patient du Centre Santé Bien-être pour lui présenter le projet, ce dernier a été virulent à l'égard de la participation et a refusé de s'investir. Effectivement, il était dubitatif quant à l'intérêt de recueillir les besoins des populations au niveau local pour réellement faire avancer les choses. Cette perplexité est légitime puisque différentes interventions ont montré qu'une action sur les environnements, en d'autres termes la prévention dite passive, en matière d'alimentation était particulièrement efficace pour agir sur les inégalités (Delamaire & Ducrot, 2018). Une approche multiple au niveau local et à l'échelle plus large est donc idéale. Toutefois, agir au niveau des politiques publiques ne fait pas partie des missions de l'association. De plus, aider les participants à faire des choix éclairés à partir de l'identification de leurs besoins constitue un réel levier d'action.

La participation aussi bénéfique soit-elle doit donc réussir à s'affranchir des obstacles qui mettent en péril sa mise en place.

Discussion

I. Prise de recul sur le projet et axes d'approfondissements

L'analyse des différentes difficultés de la mise en œuvre de la participation a notamment permis d'identifier un certain nombre de stratégies visant à favoriser son déploiement et sa réussite au sein de l'Association de Cardiologie de Bretagne et potentiellement au sein de la Fédération Française de Cardiologie à plus large échelle.

A. Pérenniser la démarche participative

- **S'appuyer sur l'évaluation du projet pour réaliser un plaidoyer convaincant**

Les actions qui intègrent la participation pleine et entière des populations ne font pas partie des stratégies de la Fédération Française de Cardiologie. En expérimentant ce projet, la Bretagne impulse une dynamique nouvelle qui cherche à être pérennisée ainsi que disséminée au sein d'autres régions. Pour ce faire, il est nécessaire que la coordinatrice régionale ainsi que le président en région réalisent un plaidoyer sur l'importance de la participation. Le plaidoyer pour la santé est défini par l'OMS comme une « Combinaison d'actions individuelles et collectives afin d'obtenir des engagements et soutiens politiques, une acceptation sociale et des soutiens institutionnels pour atteindre un objectif de santé ou réaliser un programme de santé. » (OMS, cité par Cultures&Santé & Delescluse, 2018, p.22). Ici l'objectif des acteurs régionaux n'est pas de modifier la culture de la fédération mais de donner à voir l'intérêt d'injecter de la participation dans la démarche préventive actuellement déclinée. *« Je pense que c'est clairement essayer non seulement de faire un plaidoyer pour dire « ça ne sort pas de nulle part. La participation est importante pour telle ou telle raison et après effectivement le justifier par des éléments d'évaluation. C'est important après d'avoir des éléments d'évaluation pour dire « Regardez, on a ça, on a ça [...] Il faut qu'on ait des éléments solides. »* souligne la coordinatrice régionale.

Aussi, le bien-fondé d'une telle méthodologie doit être prouvé au travers d'indicateurs spécifiques pour lever les freins envisagés. Le président en région qui soutient cette dynamique considère à ce propos : *« Et puis banalement aussi des interrogations pratiques « c'est bien, mais ça a l'air compliqué à mettre en place. Bon, est-ce que vraiment le jeu en vaut la chandelle ? ». Et donc pour répondre positivement à cette question, le jeu en vaut-il la chandelle ? Bien, c'est de s'assurer que le jeu a des résultats. Si on a des résultats concrets qui montrent effectivement une amélioration, c'est la difficulté c'est-à-dire d'évaluer ces résultats concrets, mais si on l'a bien sûr que si on peut le développer davantage moi je suis tout à fait partant pour le populariser. »* Evaluer le projet dans son ensemble

est impératif pour justifier l'action. L'évaluation est défini comme « la construction d'un jugement de valeurs scientifiquement valide et socialement légitime en vue de prendre une décision » (Champagne et al., 2011). Cette notion de légitimité est très importante pour le président régional qui poursuit : *« Je serai un peu plus réservé sur l'accueil [sans évaluation] parce que s'agissant de l'alimentation, par exemple, qui est déjà plus difficile par rapport à d'autres modalités préventives vis-à-vis du public et vis-à-vis des médecins, si on n'arrive pas vraiment avec la démonstration que grâce à cette approche-là, on a avancé significativement, ça va être difficile simplement sur les bonnes intentions de dire « on devrait faire ça » ».*

- **Miser sur la capitalisation pour étendre le projet dans les autres régions**

Une stratégie pour renforcer la plus-value du projet au niveau national est la capitalisation qui consiste à « s'intéresser aux savoirs issus des expériences » (France Assos Santé, 2021). En effet, une des finalités de cette pratique est de pouvoir valoriser le projet notamment auprès des responsables (France Assos Santé, 2021) mais également auprès des homologues dans différentes régions. La fédération à engager de nouvelles coordinatrices régionales dont la formation est liée à la santé plus qu'à l'administration comme c'était le cas auparavant. Cette nouvelle orientation est donc un levier majeur pour informer et mutualiser cette méthodologie de projet. La mutualisation est pensée de manière à créer une force en présence qui aura pour but, dans une démarche « bottom-up », de donner à voir l'importance de déployer des projets qui s'inspirent des valeurs de la promotion de la santé. A l'heure actuelle, il ne s'agit pas d'une priorité comme le mentionne le président national à travers la présentation du nouveau projet d'association : *« Des axes qu'on a commencé à travailler. On mettra « cœur de femme », ça sera intact pour ce projet associatif. Le développement de ce qui concerne les défibrillateurs, les gestes qui sauvent, c'est un partenariat avec le ministère de la santé. Ça c'est deux axes importants qui vont poursuivre leur développement, et puis la digitalisation des parcours du cœur, c'est aussi un axe qu'on va développer pour développer des possibilités numériques. ».* Aussi pour accompagner les nouvelles coordinatrices régionales, les fiches de capitalisation seraient une ressource clé. Ces professionnelles pourront s'appuyer sur les savoirs expérientiels bretons (France Assos Santé, 2021).

- **Soutenir les partenaires volontaires pour mettre en œuvre la participation**

Lors de la réalisation des entretiens, il a été soulevé la difficulté de mettre en place un tel projet. Concernant les différents partenaires, nous avons pu voir la spécificité du rôle des bénévoles

et des contraintes que cela engendre. Aussi, il paraît évident qu'ils ne voudront / pourront pas mettre en place le projet dans son intégralité depuis les réflexions collectives jusqu'à l'animation des ateliers d'éducation à l'alimentation. D'autant plus que la thématique de l'alimentation ne remporte pas de suffrage dans les clubs. Toutefois, certains bénévoles sont amenés à intervenir auprès des publics lors des Parcours du cœur. Comme l'Association de Cardiologie de Bretagne souhaite renforcer la participation des populations, un enjeu est de favoriser la création d'un discours commun. Le président régional éclaire cette idée : « *On pourrait imaginer par exemple, mettre à l'ordre du jour d'une réunion régionale avec des responsables et de dire « Voilà bon, on a réfléchi à ça ». On donne un petit peu les justificatifs, le bien-fondé d'une action de ce type. Mais effectivement compte tenu des critiques qu'on a perçus sur le fait que finalement l'alimentation c'est effectivement injonctif et cetera, on envisage une approche un peu différente qui permette justement à tous de bénéficier de conseils qui sont quand même essentiel pour leur santé globale. Donc qu'est-ce que vous en pensez de faire appui là-dessus ? Pour le coup, co-construire avec les responsables, ça peut être une piste. »*. Aussi accompagner les bénévoles semble indispensable dans la mise en place de cette nouvelle stratégie. Toutefois, une rencontre avec eux à montrer l'importance d'injecter des notions propres à la promotion de la santé de manière ponctuelle plus que d'afficher frontalement ce concept. Pour des personnes non-coutumières, la promotion de la santé peut paraître conceptuel et elles peuvent remettre en doute son intérêt (Gaudefroy et al., 2018). L'infirmière coordinatrice particulièrement impliquée dans le recrutement des patients du Centre Santé Bien-être a énoncé son désir d'être formée : « *Si on me forme, en fait, on m'accompagne, je serais tout à fait partante pour faire des séances avec les groupes, par exemple, une séance ou plusieurs avec les groupes qu'on met en place, leur proposer systématiquement quelque chose. Si je suis quand même un peu formée et accompagnée quoi pas moi toute seule car je sais que des notions vraiment de base. »*. Il s'agit donc là d'une réelle demande.

- **Identifier la plus-value de la participation**

Finalement à l'issue de cette expérimentation se pose la question du positionnement de l'association vis-à-vis de la participation. Comment poursuivre le travail initié ? Différents cas de figure, aux effets tout à fait distincts, peuvent être envisagés par l'association. Soit le bénéfice d'un tel projet est le livrable, en d'autres termes, la création de trois ateliers qui pourront être transposable automatiquement à d'autres groupes. Cette démarche n'implique donc pas le travail réalisé en amont quant à la création d'un espace de confiance permettant une émergence des besoins et une réponse associant la vision des animateurs et des publics eux-mêmes. Soit la plus-value de la participation pour

l'association s'inscrit dans l'intervention en elle-même, c'est-à-dire à travers le processus participatif mis en œuvre lors des six rencontres avec les participants.

Face aux nombreuses difficultés (contraintes organisationnelles, de mobilisation des partenaires et du public) auxquelles l'Association de Cardiologie de Bretagne a été confrontée pour mener à bien la participation, il est probable que seuls les outils soient remobilisés au détriment de la démarche participative. L'objectif est donc de mettre clairement en lumière l'enjeu majeur de ce processus au regard de l'évaluation faite par les participants, de la valorisation du projet mais également de la littérature.

A l'issue des trois temps de réflexion collective et des trois ateliers d'éducation à l'alimentation, les participants ont été invités à transmettre leur ressenti à travers un questionnaire d'évaluation. Quelques-uns de leurs retours : « *excellente participation de tout le groupe* » ; « *parfaitement bien, agréable, instructif, convivialité, groupe* » ; « *tout le monde était à l'écoute, apportait des conseils, temps de parole donné au groupe, activité participative* » ; « *qu'on nous écoute, qu'on nous implique, qu'on participe* » mettent en lumière l'importance qui a été accordée à leur propre participation et à celle du groupe. Si les bénéfices sur le changement de comportement ne peuvent à l'heure actuelle être authentifiés, pour autant les preuves de l'acquisition de compétences sont explicitement formulées par les participants. Effectivement sur cinq participants ayant répondu, tous considèrent avoir eu un regain de motivation à l'égard de leur alimentation ; tous ont eu le sentiment d'être écoutés ; tous ont précisé leur volonté de participer davantage ; quatre d'entre eux ont souligné avoir ressenti beaucoup d'importance à leur égard. Aussi, ces différents facteurs sont le fruit du processus participatif décliné lors des six séances d'une heure et demie chacune. Les participants ont d'ailleurs tous trouvé le projet trop court. Transposer auprès d'un autre groupe, les ateliers co-construits, permettrait difficilement l'atteinte de résultats similaires.

A travers ce projet et l'implication des participants, nous pouvons aisément faire un parallèle avec l'éducation à la santé par les pairs. En effet, ce concept développé par les anglosaxons dans les années 1970 est une stratégie qui engendre des bénéfices pour les pairs eux-mêmes (Le Grand, 2012). Si la littérature met notamment en lumière le bien-fondé de cette technique auprès des jeunes, ces bénéfices peuvent être assimilés aux publics plus âgés. Tout comme les programmes d'éducation par les pairs, l'intervention de l'Association de Cardiologie de Bretagne a agi sur les relations humaines grâce aux temps de réflexion collective (Le Grand, 2012). La notion de groupe si chère aux participants renforce ce parallèle puisque deux principes clés sont la recherche de symétrie et d'égalité (Amsellem-Mainguy, 2014).

Un questionnement sur les conditions de la participation doit donc être initié par l'association. Réduire le projet à trois séances reviendrait à enrayer l'essence du processus participatif alors même qu'il est au cœur de l'acquisition de nombreuses compétences et connaissances pour les participants.

B. Favoriser le travail partenarial pour un projet participatif optimal

- **En réalisant une cartographie d'acteurs pour identifier les interlocuteurs privilégiés**

Parmi la multitude d'acteurs qui interviennent au sein de dispositifs différents, de secteurs d'activités variés et à échelles d'interventions distinctes, il peut être complexe pour un chargé de projet de trouver l'interlocuteur privilégié. La coordinatrice régionale en fait état : « *C'est ça qui tu vois, moi m'a posé problème dans le projet. C'est qu'effectivement une ville comme Rennes métropole, comme Rennes, tu as énormément d'acteurs. Si tu veux agir au niveau ultra-local, c'est déjà d'arriver à trouver le bon interlocuteur, tu mets des mois quoi. [...] et en fait effectivement je pense que y'a de l'ordre de trouver le bon partenaire.* ». Dans le cadre d'un échange avec l'informatrice sociale d'un quartier prioritaire de la ville de Rennes, la complexité du maillage territorial a été mis en lumière : « *On retrouve des CDAS ruraux et de CDAS ville. Donc nous la ville de Rennes, on est organisé en ESC, c'est-à-dire que les CDAS font partie des espaces sociaux communs. Et là, on regroupe les CDAS avec la particularité départementale, les CCAS ça va être plutôt communal. On a aussi les services formalités de la ville de Rennes qui peuvent être dans les ESC. [...] Il y a aussi le Centre social, donc nous en tout cas, pour le CDAS, voilà, on a toutes ces entités rassemblées. Il y a aussi la direction de quartier sur le territoire [...]* ». Une stratégie intéressante est de réaliser en amont du projet, une cartographie des acteurs. Effectivement, cet outil est un moyen optimal d'appréhender un ensemble d'acteurs et ainsi pouvoir initier des partenariats auxquels on n'avait pas pensé (Cloutier, 2013). Nous avons pu voir précédemment la place majeure des partenaires dans la réussite d'un projet ne serait-ce que pour atteindre les publics. Aussi cette meilleure lisibilité du territoire sera source de confort pour la coordinatrice régionale et permettra de faciliter les échanges à travers la connaissance de son interlocuteur et de ses missions.

- **En favorisant l'intersectorialité**

Comme mentionné précédemment, le comportement alimentaire est déterminé par différents facteurs qui ne se limitent pas au seul domaine de la santé. Aussi, penser le projet de manière intersectorielle peut être particulièrement bénéfique pour avoir une portée plus large. L'intersectorialité est « la résultante d'un processus qui permet à des acteurs de différents secteurs de

travailler ensemble dans le but de résoudre un problème dont la solution exige une action concertée. » (FNES, 2019, p.2). L'informatrice sociale indique : « *C'est toujours intéressant d'avoir plusieurs visions et ouverture dans la co-construction. La santé c'est bien. Ça peut être en lien aussi avec des réalités de vie, des réalités socio-économiques... Ça permet aussi d'avoir ce regard différent que d'associer par exemple quelqu'un du champ social ou quelqu'un du champ politique de la ville enfin avec un regard un peu différent.* ». L'intersectorialité vise à pallier les conduites professionnelles individuelles qui ne peuvent pas toujours répondre de manière exhaustive aux besoins des publics ciblés.

- **En communiquant efficacement**

La réussite de l'instauration du projet dépend en grande partie de la communication qui est faite lors des différentes étapes. Il convient d'y prêter particulièrement attention. Concernant le projet participatif sur l'alimentation, nous avons pu voir que les incompréhensions étaient liées à une communication perfectible. Aussi, une stratégie est de réaliser un plan de communication qui assure une certaine méthode. Ce dernier permet de synthétiser les actions communicationnelles à mettre en œuvre lors de chaque phase du projet (Brisy, 2016). Le plan de communication proposé Nathalie BRISY comprend sept étapes de cadrage qui portent sur : le contexte du projet, les cibles de la communication, les objectifs de la communication, les messages, le plan d'action, le rapportage et l'adaptation et enfin l'évaluation et le débriefing (Brisy, 2016). Il permet de faire face aux difficultés qu'a notamment soulevé la coordinatrice régionale lors d'un entretien : « *Je veux dire ça demande du travail parce qu'effectivement, il faut mobiliser les gens, ce n'est pas facile. Ça fait partie des choses qui sont les plus dures. C'est effectivement, comment tu communique auprès des gens pour ça ?* ». En plus de favoriser une communication efficace, ce travail de réflexion implique une prise du recul sur le projet en se posant de nouvelles questions et permet d'associer les partenaires (Brisy, 2016). La communication est au service de la valorisation des résultats auprès des différents interlocuteurs (Quint-Essenz, 2016). Ainsi, les résultats du projet sur l'alimentation pourront être communiqués auprès de la Fédération Française de Cardiologie, auprès de l'infirmière coordinatrice du Centre Santé Bien-être mais également auprès d'éventuels prochains partenaires comme l'informatrice sociale et l'infirmière d'un CDAS breton. Il est essentiel de ne pas omettre les premiers concernés par le projet, les participants, en les informant de la portée des interventions menées.

II. Les limites de la réponse apportée

Il aurait été intéressant de pouvoir interroger un plus grand nombre de personnes ayant refusé de participer au projet. En effet, même si l'analyse des questionnaires a permis de rendre état de différents freins, réaliser des entretiens aurait permis d'appréhender pleinement leurs objections.

Le projet a ciblé trois publics distincts dont les adhérents des Clubs Cœur et Santé. Si le questionnaire A de l'Association de Cardiologie de Bretagne a été transmis l'ensemble des clubs, les entretiens réalisés n'ont concernés que deux clubs alors même qu'il en existe une vingtaine en Bretagne. Avoir un échantillon plus conséquent d'interviewés permettrait une plus grande exhaustivité.

Pour illustrer pleinement les bénéfices de la participation démontrés dans la littérature, il serait judicieux de s'appuyer sur les effets engendrés sur les participants au projet grâce à une évaluation à six mois ou un an.

La situation sanitaire a nécessairement influé sur les éléments de réponses apportées. Sans cette distanciation sociale, les échanges avec les partenaires et les publics auraient certainement été facilités.

Conclusion

Ce mémoire avait pour vocation d'analyser les différents facteurs complexifiant la mise en œuvre d'un projet de co-construction d'ateliers d'éducation à l'alimentation alors même que la participation constitue un enjeu majeur pour les publics ciblés et les professionnels qui la déclinent.

Les échanges menés avec les professionnels et une revue de la littérature ont permis de justifier que la participation des populations est essentielle dès lors que l'on souhaite aborder une thématique de santé telle que l'alimentation. Déterminant majeur de notre santé, elle peut être à l'origine de diverses pathologies comme les maladies cardio-vasculaires. Alors même que ces dernières sont la première cause de mortalité chez les femmes et les personnes de plus de soixante-cinq ans et la seconde cause chez les hommes, agir face à ce fléau à travers des actions sur l'alimentation est essentiel. A l'heure actuelle, la Fédération Française de Cardiologie, à l'image du PNNS, s'appuie principalement sur des messages d'informations. Or il a été démontré que ces messages parviennent difficilement auprès des personnes en situation socio-économique plus faibles. D'autant plus que les inégalités nutritionnelles sont rependues auprès de cette population. Ce phénomène s'explique, en partie, par des différences de niveaux de littératie en santé entre la population générale et ce public spécifique. Aussi, l'implication des publics à travers un apprentissage participatif qui s'appuie sur le vécu réel est indispensable. En effet, notre comportement alimentaire est le résultat d'une interaction entre différents déterminants (sociaux, culturels, économiques etc.) dont l'importance sera plus ou moins prononcée. Aussi, pour que l'action soit pertinente, il convient d'identifier pour les populations rencontrées, les facteurs qui orientent davantage leurs choix alimentaires. Seuls des échanges construits et guidés pourront permettre cette identification pleine et entière.

Une action sur l'alimentation ne peut pas être détachée de la participation des personnes concernées. Cette dernière ne cherche pas à substituer les actions de communication mais s'inscrit comme une stratégie complémentaire. L'Association de Cardiologie de Bretagne, à travers son expérimentation d'ateliers d'éducation à la santé, cherche à augmenter le pouvoir d'agir en favorisant les choix éclairés en matière d'alimentation.

Si la plus-value de la participation ne fait donc nul doute, les entretiens avec différents professionnels d'univers distincts ont distingué clairement les enjeux associés. La confrontation des différents propos énoncés a permis de répertorier les éléments dominants. Effectivement, la participation assure l'efficacité de l'action grâce à une meilleure connaissance du public, de ses attentes et de ses besoins. Elle permet d'offrir une action reposant sur un principe éthique qui propose un espace de parole aux personnes qui n'ont que rarement la possibilité de s'exprimer. Enfin, riche d'enseignements, la participation est l'occasion d'un apprentissage mutuel.

De même, la réalisation du projet de l'Association de Cardiologie de Bretagne a permis d'ancrer ces enjeux dans la réalité du terrain grâce au recueil des attentes des participants. Force est de constater que l'implication des patients du Centre Santé Bien-être est un moyen de satisfaire des besoins. Effectivement, ils ont indiqué une volonté de faire partie d'un groupe au sein duquel les participants vivent les mêmes réalités. Ce sentiment de pleine compréhension et qui ne peut se matérialiser avec un professionnel s'est avéré fondamental pour libérer la parole. L'estime de soi du participant, du fait de son rôle de co-constructeur, est pleinement renforcée. Riche de leurs connaissances personnelles et de leur bagage médical, les personnes impliquées ont à cœur de partager leurs savoirs expérientiels habituellement – peu, voire non – considérés. Enfin, l'auto-accomplissement est rendu possible par le développement de sa créativité et de ses connaissances.

Malgré une volonté sans faille d'œuvrer de manière participative, la coordinatrice régionale et moi-même avons dû faire face à une multitude d'obstacles qui interviennent à différents moments de la démarche projet. Les difficultés recensées résultent de l'ensemble des freins identifiées à la mise en place du projet de l'Association de Cardiologie de Bretagne auprès des adhérents des Clubs Cœur et Santé, des patients du Centre Santé Bien-être et des personnes en situation socio-économique plus faible. Ces éléments illustrent clairement que la participation est bien un défi pour quiconque souhaite la décliner.

La nouvelle méthodologie qu'implique la participation a mis en péril la création, la réalisation ainsi que l'animation de ce projet. Le processus de création est extrêmement chronophage. Or dans le cadre spécifique de l'Association de Cardiologie de Bretagne, la coordinatrice régionale est fortement mobilisée par des impératifs administratifs qui limitent fortement sa disponibilité. L'adoption d'une posture réflexive à l'égard de ses prénotions sur l'alimentation augmente ce temps de conception. De plus, les injonctions liées à la Covid-19 exacerbent les difficultés déjà présentes notamment en termes de contact avec le public. A la lumière, des dires des professionnels interrogés, co-construire avec le public nécessite pour le professionnel d'accepter de donner de l'espace. Cependant dans l'esprit commun, autant du point de vue des professionnels que des populations, le schéma « sachant-apprenant » est encore dominant.

S'agissant des partenaires, leur adhésion au projet est déterminante, non pas pour animer mais bien pour initier un contact avec les publics ciblés. Cela s'avère d'autant plus important pour les publics plus vulnérables dont la confiance à l'égard des professionnels est très fragile. Or les partenaires ciblés ont fait état de l'importance du temps dans la construction des partenariats pour créer une confiance mutuelle. Ces derniers sont des portes d'entrée pour « aller-vers » les publics, au plus proche de leur milieu de vie. Du fait de son entité d'association, le dispositif œuvre avec des bénévoles. Ceux-ci sont

considérés comme des partenaires car ils sont en contact avec les adhérents des Clubs Cœur et Santé. Cette posture singulière liée au bénévolat nécessite des ajustements dans les attentes qui leur sont portées. Un projet si chronophage pourra difficilement être déclinable par ces acteurs spécifiques. De plus, si en amont de la réalisation de cette étude, une hypothèse était que le manque d'entrain de la part des partenaires était lié à une opposition à la participation, il s'avère que la communication ait finalement été mise en cause. Effectivement, ce projet vu comme abstrait par certains a illustré la place centrale d'une bonne communication pour lever toutes incompréhensions.

Incontestablement, le développement d'un projet participatif se fait au service du public. Cependant et étonnement, nous avons pu identifier des principaux motifs de refus d'adhésion. Tout comme pour les professionnels, la démarche chronophage est un frein à l'implication des publics qui, de plus, ne sont pas toujours motivés. Plus intéressés par recevoir que donner, les publics sont vus par les personnes interrogées comme des « consommateurs ». Les compétences associées à la participation sont également considérées comme des obstacles. Ensuite, de part un caractère intime, un aspect injonctif et un sentiment de connaissances déjà acquises, l'alimentation est une thématique qui n'attire pas. Enfin, il apparaît que la participation n'aille pas de soi, et que le plus haut niveau participatif comme la co-construction ne soit pas forcément le plus adapté.

Les données recueillies dans ce mémoire auront permis d'identifier un certain nombre de stratégies visant à lever les obstacles issus de l'expérimentation de l'Association de Cardiologie de Bretagne. Réaliser un plaidoyer qui s'appuie sur une évaluation et une capitalisation est indispensable pour assurer la pérennité du projet. De même, identifier les acteurs de son territoire pour agir de manière intersectorielle assure une plus-value au projet à travers la mise en place d'une réponse globale et intégrée. Enfin le travail autour de la communication doit être irréprochable afin de faciliter la mobilisation des partenaires.

De plus en plus de dispositifs, comme l'Association de Cardiologie de Bretagne, expérimentent de nouveaux projets de manière isolée. Alors que de nombreux projets sur l'alimentation ont vu le jour, celui de l'association a été créé de toutes pièces. Malgré une disponibilité d'outils, peu de projets participatifs concernant l'alimentation chez les adultes tel que souhaité par l'association, ont été identifiés. Cela questionne cette notion de capitalisation abordée précédemment dans les stratégies. Répertoire les savoirs expérientiels issus des différentes initiatives françaises serait une réelle aide pour les professionnels, ne serait-ce que pour appréhender pleinement la participation dont la forme et les objectifs sont autant complexes que multiples. Finalement, nous pouvons nous demander : « Alors que demeurent de nombreuses contraintes à la participation des publics, comment soutenir de manière efficace les acteurs locaux qui s'investissent dans la mise en place de ce concept clé ? ».

Bibliographie

- Amsellem-Mainguy, Y. (2014). Qu'entend-on par « éducation pour la santé par les pairs » ? *Cahiers de l'action, N° 43(3)*, 9-16.
- Arnstein, S. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 217.
- ARS Bretagne. (2020). *Prévention et promotion de la santé : De quoi parle-t-on ? Un document pour favoriser la connaissance et les bonnes pratiques en région Bretagne.*
- Bacqué, M.-H., & Biewener, C. (2013). L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? *Idees économiques et sociales, N° 173(3)*, 25-32.
- Bélisle, C., & Douiller, A. (2013). Photolangage® « Jeunes et alimentation » : Un outil pour penser ce que manger veut dire. *Sante Publique, S2(HS2)*, 187-194.
- Boudon-Millot, V. (2016). "Que ton alimentation soit ta meilleure médecine !" ou la fortune exceptionnelle d'un adage pseudo-hippocratique (De alimento 19). *Revue des Études Grecques, 129(2)*, 329-348.
- Bouquet, B., & Jaeger, M. (2015). L'e-inclusion, un levier ? *Vie sociale, n° 11(3)*, 185-192.
- Bourelle, J.-M. (2019). L'arbre à palabre : Un outil privilégiant l'échange et la co-construction en éducation thérapeutique du patient. *Santé éducation, 29*, 5.
- Brisy, N. (2016). *Etablir le plan de communication d'un projet. Guide pour les communicateurs et chefs de projet fédéraux.*
- https://fedweb.belgium.be/sites/default/files/downloads/COMM12_FR_web_interactive.pdf
- Calvisi, P., Guilmin, S., Josseaume, C., Knafou, D., & Milcent, T. (2017). *La mobilisation des bénévoles associatifs s'engager au service d'un projet.*
- https://cribij.fr/images/files/ESPACE_DOC/SENGAGER/BENEVOLAT/LAMOBILISATIONDESBENVOLESASSOCIATIFSCPCASARA.pdf
- Campagné, G., Houéto, D., & Douiller, A. (2017). Enjeu démocratique de la participation en promotion de la santé. In *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde*

- francophone* (p. 331-362).
https://cribij.fr/images/files/ESPACE_DOC/SENGAGER/BENEVOLAT/LAMOBILISATIONDESBEVUESASSOCIATIFSCPCASARA.pdf
- CDSS-OMS. (2008). *Déterminants sociaux de la santé*.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Hartz, Z., & Brousselle, A. (2011). *L'évaluation. Concepts et méthodes* (2ème). Presses de l'Université de Montréal.
- Chédotel, F. (2004). Avoir le sentiment de faire partie d'une équipe : De l'identification à la coopération. *M@n@gement*, Vol. 7(3), 161-193.
- Cloutier, R. (2013). *Un outil pour mieux travailler en RLS : la cartographie des acteurs*. 17es Journées annuelles de santé publique.
- CNLE. (2015a). *Définition de la participation*. <https://www.cnle.gouv.fr/>.
<https://www.cnle.gouv.fr/definition-de-la-participation-619.html>
- CNLE. (2015b). *Enjeux de la participation*. <https://www.cnle.gouv.fr/enjeux-de-la-participation.html>
- Commission Nationale Française pour l'UNESCO. (2005). *La « société de l'information » : Glossaire critique*. https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Glossaire_Critique.pdf
- Constant, A. (2017). *Changer les comportements de santé*.
- Corbin, J. H., Jones, J., & Barry, M. M. (2018). What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promotion International*, 33(1), 4-26. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw061>
- Cornwall, A. (2008). Unpacking 'Participation' : Models, meanings and practices. *Community Development Journal*, 43(3), 269-283. <https://doi.org/10.1093/cdj/bsn010>
- Cultures&Santé. (2013). *Questionner les représentations sociales en promotion de la santé*.
- Cultures&Santé. (2014). *L'empowerment*.
- Cultures&Santé, & Delescluse, T. (2018). *Osez le plaidoyer pour la santé ! Balises pour une démarche communautaire*.

- Darmon, N., & Carlin, G. (2013). Alimentation et inégalités sociales de santé en France. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 48(5), 233-239. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2013.06.001>
- De Iulio, S., Bardou-Boisnier, S., & Pailliar, I. (2015). Penser les enjeux publics de l'alimentation. *Questions de communication*, 27, 7-19.
- de Batz, C., Faucon, F., & Voynet, D. (2016). *Évaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010-2013*.
<https://afpa.org/content/uploads/2017/10/rapport-evaluation-pnns.pdf>
- Delamaire, C., & Ducrot, P. (2018). Environnements favorables à une alimentation saine : Une réponse aux inégalités sociales de santé ? *La Santé en action*, 444.
- Downer, S., Berkowitz, S. A., Harlan, T. S., Olstad, D. L., & Mozaffarian, D. (2020). Food is medicine : Actions to integrate food and nutrition into healthcare. *BMJ*, 369, m2482.
<https://doi.org/10.1136/bmj.m2482>
- Favre, M., Lainard, M., & Loiseau, L. (2012). Participation des usagers dans les projets de santé publique : Réalités et paradoxes. *Specificites*, N° 5(1), 139-152.
- Fédération Française de Cardiologie. (2017a). *Présentation institutionnelle FFC 2017*.
- Fédération Française de Cardiologie. (2017b). *Rapport d'activité 2016-2017*.
- Fédération Française de Cardiologie. (2018, janvier 19). *Le coeur des Français, résultats de l'observatoire*. <https://www.fedecardio.org/le-coeur-des-francais-resultats-de-lobservatoire>
- Fédération Française de Cardiologie. (2019). *Les parcours du coeur*.
- Fédération Française de Cardiologie. (2021a). *Accueil*. FFC. <https://fedecardio.org/>
- Fédération Française de Cardiologie. (2021b). *Fédération Française de Cardiologie*.
<https://www.fedecardio.org/>. <https://www.fedecardio.org/>
- Fédération Française de Cardiologie. (2021c). La précarité. FFC. <https://fedecardio.org/presse/la-precarite/>
- Fédération Française de Cardiologie. (2021d). La réadaptation cardiaque—Phase 1. FFC.
<https://fedecardio.org/je-m-informe/la-readaptation-cardiaque-phase-1/>

- Fédération Française de Cardiologie. (2021e). La réadaptation cardiaque—Phase 2. *FFC*.
<https://fedecardio.org/je-m-informe/la-readaptation-cardiaque-phase-2/>
- Fédération Française de Cardiologie. (2021f). La réadaptation cardiaque—Phase 3. *FFC*.
<https://fedecardio.org/je-m-informe/la-readaptation-cardiaque-phase-3/>
- Fédération Française de Cardiologie. (2021g). Présentation des Parcours du Cœur. *FFC*.
<https://fedecardio.org/nous-connaître/presentation-des-parcours-du-coeur/>
- Ferron, C. (2020). *Education pour la santé* [Cours magistral].
- Ferron, C., Poujol, V., & Le Grand, E. (2018). « L’empowerment améliore l’état de santé de la population ». *Empowerment des jeunes*, 446.
- FNES. (2019). *La santé dans toutes les politiques : Le défi de l’intersectorialité*.
<https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2019/09/Intersectorialit%C3%A9-Approches-en-PS-VDEF.pdf>
- Fournier, T. (2014). Face à l’injonction diététique, un « relativisme nutritionnel » en France. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.4628>
- France Assos Santé. (2021, avril 26). En quoi consiste la capitalisation des expériences en promotion de la santé ? *France Assos Santé*. <https://www.france-assos-sante.org/2021/04/26/en-quoi-consiste-la-capitalisation-des-experiences/>
- France Bénévolat. (2012). *Les relations entre salariés et bénévoles dans les associations*.
<https://www.francebenevolat.org/sites/default/files/uploads/documents/249df0030b3ea1754b81c80d0f674bccc4b7c0cb.pdf>
- Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). Transcending the Known in Public Health Practice. *American Journal of Public Health*, 98(2), 216-221. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114777>
- Galinier, M., Pathak, A., Roncalli, J., & Massabuau, P. (2004). Obésité et pathologie cardiovasculaire : Difficultés diagnostiques, aléas thérapeutiques. *Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux - Pratique*, 2004(131), 25-27. [https://doi.org/10.1016/S1261-694X\(04\)73426-4](https://doi.org/10.1016/S1261-694X(04)73426-4)

- Gaudefroy, M., Osbery, A., & Christophe, É. (2018). Réduire les inégalités de santé : Lor'IS, une grille d'accompagnement pour les acteurs de terrain en promotion de la santé. *Sante Publique, S1(HS1)*, 111-119.
- Glanz, K., Basil, M., Maibach, E., Goldberg, J., & Snyder, D. (1998). Why Americans eat what they do : Taste, nutrition, cost, convenience, and weight control concerns as influences on food consumption. *Journal of the American Dietetic Association, 98(10)*, 1118-1126.
[https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(98\)00260-0](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(98)00260-0)
- Gochman, D. S. (1997). *Handbook of Health Behavior Research I : Personal and Social Determinants*. Springer Science & Business Media.
- Goer, B. de, Vanoye, J., & Bernati, C. (2018). Un colloque élaboré à partir du savoir des personnes en grandes difficultés sociales. *Sante Publique, S1(HS1)*, 99-104.
- GRAINE Guyane. (2017). *Préparer un projet participatif*. https://graineguyane.org/wp-content/uploads/2017/09/Partie_2-Preparer-un-projet-participatif-1.pdf
- Guerrin, B. (2012). Estime de soi. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 185-186). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-185.htm>
- Guillorel-Obregon, A. (2018). *Accessibilité sociale à l'alimentation durable : État des lieux des pratiques alimentaires d'un public en situation de précarité à Rennes* (p. 99 + annexes) [Other, Ville de Rennes, 170 rue Eugène Pottier, 35000, Rennes ; UMR ESO Rennes, 65 rue de Saint-Brieuc, 35000 Rennes]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01961796>
- Guillot, M. (2012). Bénévolat. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 91-93). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-91.htm>
- Harpet, C. (2017). Déterminants de la santé et justice sociale. In *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*. (p. 81-95). Presses de l'EHESP.

- Haute Autorité de Santé. (2006). *Prévention*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention
- Hyppolite, S. R., & Parent, A.-A. (2017). Stratégies d'action communautaire. In *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*. Presses de l'EHESP.
- INRA. (2012). 3—Qu'est-ce qui détermine, façonne ou oriente les comportements alimentaires ? *Matière à débattre et décider*, 47-60.
- Inserm. (2014). *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique*. Inserm - La science pour la santé. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/inegalites-sociales-sante-en-lien-avec-alimentation-et-activite-physique>
- Institut de Cardiologie de l'Université d'Ottawa. (2021). *Prévention et mieux-être. Nutrition*. <http://pwc.ottawaheart.ca/fr/educatives/education-en-sante-cardiaque/les-facteurs-de-risque/nutrition>
- Institut Pasteur. (2020, janvier 21). *Maladie Covid-19 (nouveau coronavirus)*. Institut Pasteur. <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/maladie-covid-19-nouveau-coronavirus>
- IREPS Auvergne Rhône-Alpes. (2019). *Le partenariat en promotion de la santé : Ce qu'il recouvre, ce qu'il produit et le fait vivre en pratique*. REPÈRES en prévention & promotion de la santé.
- IREPS Bretagne. (2011). *Quand la promotion de la santé parle de participation*.
- IREPS Grand-Est. (2019). *Synthèse d'actions prometteuses, émergentes et innovantes en Grand Est*. https://www.ireps-grandest.fr/images/Nos_productions/Synth%C3%A8seIAPIE18_web_mai19.pdf
- Ischer, P., & Saas, C. (2019). *La participation en matière de promotion de la santé*. Promotion Santé Suisse.
- Jabot, F., Vergniory, S., & Bauchet, M. (2013). Interactions entre un programme de promotion de la santé et son processus d'évaluation : L'exemple de Couleurs Santé. *Santé Publique, S2(HS2)*, 175-185.

- Janvier, R. (2020, décembre 15). Aller vers pour aller où ? *Roland JANVIER - Travail social - Ouvrages, articles et écrits divers*. <https://www.rolandjanvier.org/articles/droit-usagers/1531-aller-vers-pour-aller-ou-15-12-2020/>
- Joly, B. (2009). Chapitre 1. Présentation de la communication. In *La communication* (De Boeck Supérieur, p. 7-10). <https://www.cairn.info/la-communication--9782804159740-page-7.htm>
- Laurent-Beq, A., & Pommier, J. (2003). Citoyens et démocratie sanitaire. *Sante Publique, Vol. 15*(3), 309-312.
- Le Grand, E. (2012). *Santé des jeunes. L'éducation par les pairs : Définition et enjeux*. 12, 3.
- Lean, M. E. J., Leslie, W. S., Barnes, A. C., Brosnahan, N., Thom, G., McCombie, L., Peters, C., Zhyzhneuskaya, S., Al-Mrabeh, A., Hollingsworth, K. G., Rodrigues, A. M., Rehackova, L., Adamson, A. J., Sniehotta, F. F., Mathers, J. C., Ross, H. M., McIlvenna, Y., Welsh, P., Kean, S., ... Taylor, R. (2019). Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes : 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology, 7*(5), 344-355. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30068-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30068-3)
- Lecoffre, C., Decool, E., & Olié, V. (2016). Hospitalisations pour maladies cardio-neuro-vasculaires et désavantage social en France en 2013. *Bull Epidémiol Hebd, 20-1*, 359-366.
- Legris Revel, M. (2012). Joëlle Zask, Participer. Essai sur les formes démocratiques de la participation. *Lectures*. <http://journals.openedition.org/lectures/8055>
- Lenglet, F. (2006). *Le processus de choix alimentaire et ses déterminants : Vers une prise en compte des caractéristiques psychologiques du consommateur* [Theses, Université de Savoie]. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01259793>
- Lewis, S., Bambra, C., Barnes, A., Collins, M., Egan, M., Halliday, E., Orton, L., Powell, K., Salway, S., Townsend, A., Whitehead, M., & Popay, J. (2018). Reframing « participation » and « inclusion » in public health policy and practice to address health inequalities : Evidence

- from a major resident-led neighbourhood improvement initiative. *Health and Social Care in the Community*, 27. <https://doi.org/10.1111/hsc.12640>
- Luong, J. (2015). *La prévention quaternaire : Nous ne sommes pas tous malades!* 315. http://educationsante.be/media/filer_public/f0/1f/f01f93c0-bd87-4443-b588-99a49566fe18/es_315_oct15_lr.pdf
- Margat, A., Gagnayre, R., Lombraïl, P., Andrade, V. de, & Azogui-Levy, S. (2017). Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : Une revue de la littérature. *Sante Publique*, Vol. 29(6), 811-820.
- Marmion, J.-F. (2017). La pyramide des besoins. *Petite bibliotheque*, 21-22.
- Messner-Pellenc, P. (2019). *Journée nationales de la FFC 15 & 16 novembre 2019*.
- Ministère de la Santé et des Solidarités. (2019). *Programme National de l'alimentation et de la nutrition*.
- Ministère de l'emploi et de la solidarité, & Ministère délégué à la santé. (2000). *Programme National Nutrition Santé PNNS 2001-2005*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2020). *Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la précarité. Note de cadrage de la formation « aller vers »*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_de_cadrage_aller_vers.pdf
- Moussaoui-Bournane, F., & Clavel, S. (2007). *La communication : Un des piliers de la prévention* (p. 19-34). https://doi.org/10.1007/978-2-287-33281-4_3
- Mouvement ATD Quart Monde. (2012, mars). Le politique, c'est nous. *Feuille de route Quart Monde*.
- MSSS. (2011). *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- National Agency for innovation and research. (2018). *Pyramide de Maslow = Hiérarchisation des besoins*. <http://www.voltairetoulon.fr/wp-content/uploads/2018/04/2-Rappel-sur-la-pyramide-de-maslow.pdf>

- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Presses de l'Université de Laval.
- OMS. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*. WHO.int; World Health Organization. https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa*.
- OMS. (2017). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- OMS. (2020a). *Constitution*. WHO.int. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
- OMS. (2020b). *Déterminants sociaux de la santé*. WHO.int; World Health Organization. https://www.who.int/social_determinants/fr/
- OMS. (2021a). *À propos des maladies cardiovasculaires*. WHO; World Health Organization. http://www.who.int/entity/cardiovascular_diseases/about_cvd/fr/index.html
- OMS. (2021b). *Coronavirus*. WHO.int. https://www.who.int/fr/health-topics/coronavirus/coronavirus#tab=tab_1
- ORIV. (2005). *Comprendre les obstacles à la participation citoyenne—Contribution à une autre reconnaissance du citoyen*. https://www.oriv.org/wp-content/uploads/oriv_synthese_obstacles_participation.pdf
- Pernin, T., Sahler, C., Monotuka, S., & Trainard, P.-Y. (2018). Savoir reconnaître le savoir expérientiel des patients : Une humilité et une force pour le médecin généraliste. *Médecine*, 14(1), 19-22. <https://doi.org/10.1684/med.2018.277>
- Pierre Combris. (2006). Nutrition et précarité. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 41(2), 61. [https://doi.org/10.1016/S0007-9960\(06\)70609-5](https://doi.org/10.1016/S0007-9960(06)70609-5)
- Pissarro, B. (2004). Réseaux en santé et approches communautaires. *VST - Vie sociale et traitements*, no 81(1), 49-56.
- Pol, T. de S. (2017). Les évolutions de l'alimentation et de sa sociologie au regard des inégalités sociales. *L'Année sociologique*, Vol. 67(1), 11-22.

- PromoSanté Ile-de-France. (2011, janvier 1). *PNNS3—Programme National Nutrition Santé*.
- PromoSanté IdF. <https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressources-documentaires/pnns3-programme-national-nutrition-sante>
- PromoSanté Ile-de-France. (2017). *Dossier Participation : Concepts*. PromoSanté IdF. <https://www.promosante-idf.fr/dossier/participation/concepts>
- PromoSanté Ile-de-France. (2019, octobre 21). *Fiche 5—Faire vivre la participation*. PromoSanté IdF. <https://www.promosante-idf.fr/agir/methodologie-de-projet-en-promotion-de-la-sante/fiche-5-faire-vivre-la-participation>
- PromoSanté Ile-de-France. (2020a). *La non-participation : Une manière ancienne et féconde pour comprendre et analyser la participation — Entretien avec Patrick Berry*.
- PromoSanté Ile-de-France. (2020b, janvier 14). *Enjeux*. PromoSanté IdF. <https://www.promosante-idf.fr/dossier/participation/enjeux>
- Quint-Essenz. (2012). *Intégration des groupes-cible au projet*. <https://www.quint-essenz.ch/fr/topics/1117>
- Quint-Essenz. (2016). *Communication des résultats du projet*. www.quint-essenz.ch. <https://www.quint-essenz.ch/fr/topics/1140>
- Ramel, M., Boissonnat Pelsy, H., Sibué-de Caigny, C., & Zimmer, M.-F. (2016). *Se nourrir lorsqu'on est pauvre. Analyse et ressenti de personnes en situation de précarité*.
- Raude, J. (2020). *Les stratégies d'intervention en Santé Publique : Comportements et changements de comportements*. Cours de M2 PSP, EHESP.
- Réseau action climat. (2019). *Politiques publiques : Pour une alimentation bénéfique à la santé de tous et au climat*.
- Réseau breton des comités d'éducation pour la santé. (2009). *L'éducation pour la santé et la promotion de la santé... Au service des acteurs de terrain, des élus et des décideurs*.
- Roussille, B., & Deschamps, J.-P. (2013). Aspects éthiques de l'éducation pour la santé... Ou les limites de la bienfaisance. *Sante Publique, S2(HS2)*, 85-91.

- Sandrin, B. (2013). Éducation thérapeutique et promotion de la santé : Quelle démarche éducative ?
Sante Publique, S2(HS2), 125-135.
- Scheen, B. (2018). *Promotion de la santé et démarches participatives. Décryptage et points d'attention.*
- Sizaret, A. (2018). *Faire le tour de la promotion de la santé... En 180 minutes (ou presque).*
https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/2.4.dossier_documentaire.pdf
- SPF. (2018). *Mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires chez les femmes selon la catégorie sociale et le secteur d'activité.*
- Van den Broucke, S. (2017). La littératie en santé : Un concept critique pour la santé publique.
Communiquer pour tous : les enjeux de la littératie en santé, 440, 11-12-13.
- Vigil-Ripoche, M.-A. (2012). *Promotion de la santé.* Association de Recherche en Soins Infirmiers.
<https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-249.htm>
- Vuattoux, P. (2015). *Petit guide de la participation en santé de proximité.*
- You, C., Joanny, R., Ferron, C., & Breton, É. (2016). *Intervenir localement en promotion de la santé : Les enseignements de l'expérience du Pays de Redon-Bretagne Sud.*

Annexes

Annexe I : Présentation des Parcours du Cœur (Fédération Française de Cardiologie, 2019)

LE PARCOURS DU CŒUR, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Le Parcours du Cœur est un rendez-vous familial et convivial, pour bouger ensemble pendant une journée et prendre conscience de l'importance de le faire tout au long de l'année !

La Fédération Française de Cardiologie propose aux villes, aux communes, aux associations, aux établissements scolaires, aux entreprises... d'organiser un événement autour d'une ou plusieurs activités physiques, effectuées en commun, sans esprit de compétition. La FFC apporte aux participants des informations et des conseils sur la façon de prendre soin de leur santé cardio-vasculaire, à tous les âges de la vie.

Le but immédiat est de reconnecter les Français avec une activité physique régulière, en leur montrant qu'elle peut être source de plaisir, contribuant à combattre le surpoids et le stress... Puis de les amener à faire évoluer leur mode de vie en diffusant les messages d'information et de prévention.

Organisez votre Parcours du Cœur !

Rien de plus facile : il suffit de choisir une journée ou une demi-journée au printemps et de proposer aux participants de l'activité physique (course à pied, randonnée pédestre, marche nordique, vélo, natation, gymnastique, zumba...) et des conseils de prévention-santé.



6



Toujours plus de participants !

600 000 personnes dans toute la France ont participé à l'édition 2018 des Parcours du Cœur. 950 villes, 2 600 établissements scolaires et une centaine d'entreprises y ont contribué.

Une force collective

Les Parcours du Cœur fédèrent les énergies autour d'une démarche de santé publique, collective et collaborative au service de tous. Ils sont aujourd'hui la plus large action de prévention-santé de France. S'ils sont pilotés par la Fédération Française de Cardiologie, les Parcours du Cœur appartiennent d'abord et avant tout à ceux qui les organisent !

Une idée simple

Ensemble, nous pouvons faire progresser l'activité physique et l'hygiène de vie des Français, de tous âges, de toutes cultures et de toutes conditions. C'est pour cela que les ministères des Solidarités et de la Santé, de l'Éducation Nationale et des Sports sont partenaires des Parcours du Cœur.

« Je remercie la Fédération Française de Cardiologie d'avoir eu l'initiative des Parcours du Cœur et je m'y associe avec plaisir. Les études se succèdent et nous confortent dans l'importance de l'activité physique pour la santé. Les Français en sont de plus en plus convaincus et il est du devoir du ministère des Sports d'en faire un axe majeur de son action. Les Parcours du Cœur sont une très belle démonstration : bouger pour sa santé, avec les autres, dans son école, son entreprise, son village, bouger pour vivre mieux ensemble... C'est pourquoi je propose de déployer une stratégie sport-santé en mobilisant tous les acteurs du sport, de la santé et de l'éducation. »



Laura Flessel,
ministre des Sports

7



Annexe II : Déroulé des six séances du projet sur l'alimentation

Réflexion collective 1 : Perceptions sur l'alimentation

Objectifs de la séance :

- Créer du lien entre les participants en facilitant leur interconnaissance
- Favoriser la création d'une atmosphère conviviale
- Faire un état des lieux de leurs perceptions sur l'alimentation
- Dégager les thématiques prioritaires à aborder dans les séances d'éducation à l'alimentation

Matériel :

- Affiche arbre (support papier A1)
- Post-it
- Crayons
- Photolangage (support papier)
- Feutres Velléda
- Paperboard / tableau
- 1 feuille boussole / participant (support papier)
- 1 schéma des choix alimentaires / participant (support papier)

Déroulé :

Présentation croisée (15 min) = jeu brise-glace pour faire connaissance, instaurer un climat bienveillant et faciliter la libération de la parole

- Création des binômes
- Temps d'échanges entre binômes (2*2 min)
- Présentation de son binôme au groupe en 1 min

Présentation du projet (5 min) : objectifs et enjeux + présentation de l'organisation du groupe de travail (co-construire ensemble et adapter en fonction de ce qu'il est dit).

Arbre des attentes (15 min) = « *Quel est l'intérêt de chacun à participer à un projet de co-construction ?* » (Distribution de post-it)

Photolangage (30 min) = Faire émerger le rapport des participants avec l'alimentation

- « *Manger qu'est-ce que ça représente pour vous ?* » (Dimension plaisir ? restriction ? angoisse ? régime ? facteurs économiques ? sécurité sanitaire ? environnement ? ect.)
- « *Est-ce que vous aimeriez voir d'autres photos dans le photolangage ? A votre avis, est-ce que certaines choses manquent ?* »

Etoile des choix alimentaires (15 min) = Amener les participants à réfléchir sur leur propre manière de fonctionner en graduant leurs priorités

- « *Qu'est-ce qui pour vous est important dans vos choix alimentaires ?* » (prix, goût, environnement (familial/physique), culture, social, émotionnel...). Pour répondre à cette question, je vais vous distribuer à chacun un support. Je vous propose que chacun réalise son étoile. L'objectif est que vous indiquiez sur une échelle de 1 à 10, l'importance que vous accordez à chaque poste. (→ Cela permet de donner une indication de ce qui semble important pour les participants.)

Schéma des choix alimentaires (5 min) = Pour résumer la séance, l'animateur distribue le schéma des choix alimentaires. Il met ainsi en lumière les différents déterminants de notre comportement vis-à-vis de l'alimentation.

Questions ouvertes (10 min) = Mise en lumière des attentes

- « *Au regard de nos échanges, de quoi auriez-vous envie de parler ?* »
- « *Est-ce qu'il y a des choses sur lesquels vous aimeriez revenir ?* »

RETOUR DE FIN DE SEANCE

- Comment avez-vous vécu la séance ?
- Est-ce qu'il y a des choses que vous souhaiteriez ajouter ?

Objectifs de la séance :

- Identifier si les participants portent un intérêt à l'équilibre alimentaire
- Identifier la pertinence de proposer une séance sur cette thématique
- Définir le contenu de l'atelier d'éducation à l'alimentation

Matériel :

- Jeu du bingo (support papier)
- Paperboard / tableau
- Feutres Velléda
- Post-it
- Arbre des difficultés (support papier A1)
- Crayons

Déroulé :

Bingo (10 min) = Favoriser l'interconnaissance

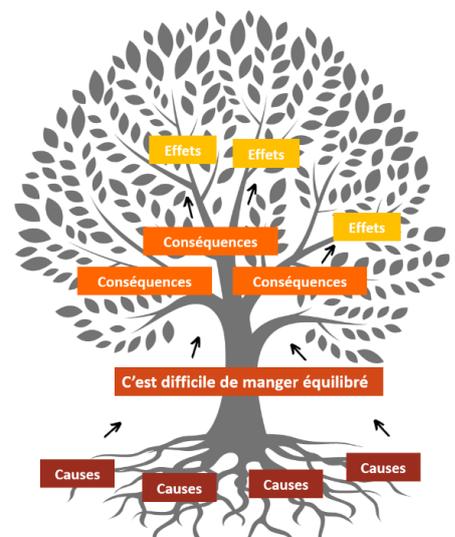
Brainstorming (20 min) = Afin de construire la définition d'une alimentation équilibrée pour le groupe, posez-leur la question suivante « *Pour vous, qu'est-ce qu'une alimentation équilibrée ?* »

Arbre des difficultés (30 min) = A partir de ce qu'auront répondu les participants, saisissez-vous de l'arbre des difficultés.

Exemple : On a souvent l'impression qu'avoir une alimentation équilibrée c'est compliqué.

« *Je n'arrive pas / C'est difficile de manger équilibré* »

- Invitez les participants à énoncer les causes de leurs difficultés en répondant à la question « **Pourquoi**, c'est difficile de manger équilibré ? » et inscrire les causes identifiées au fur et à mesure sur la partie inférieure de l'arbre (sous le problème) au même niveau. (Coût financier, manque d'intérêt, manque de temps, manque de connaissances sur ce qu'est une alimentation équilibrée, manque de connaissances sur l'offre alimentaire). Les



causes peuvent être reliées entre elles. À partir du premier niveau de causes, on peut reposer la question « **Pourquoi ?** » pour affiner le problème et remonter à sa source. Une fois les causes du problème identifiées, on passe aux conséquences étudiées (*je prends du poids, je mange toujours la même chose, j'ai des problèmes de cœur*) et aux effets (*j'arrête le sport, je ne prends pas de plaisir, je suis frustré*). On reproduit le même procédé mais en répondant à la question : « **Qu'est-ce que cela fait ?** »

L'identification des causes et des effets va contribuer à définir les leviers sur lesquels agir pour la construction de la séance d'éducation à l'alimentation.¹

Questions ouvertes selon ce que les participants auront décelé (15 min) = Recueil d'opinion

- « Selon vous, qu'est-ce que l'on pourrait mettre en place pour faire face à ces difficultés ? »
- « Quels outils pourraient vous aider à diversifier vos menus ? (*livret de recettes, calendrier des fruits et légumes en fonction des saisons, liste des poissons moins chers, présentation de nouvelles légumineuses, cours de cuisine...*) »

(5 min)

RETOUR DE FIN DE SEANCE

- Comment avez-vous vécu la séance ?
- Est-ce qu'il y a des choses que vous souhaiteriez ajouter ?

¹ GRAINE Guyane. (2017). *Des outils pour d'animation pour mettre en œuvre la participation*

Objectif de la séance :

- Définir l'importance accordée (ou non) à la composition nutritionnelle du produit
- Repérer le niveau de compréhension de l'étiquetage nutritionnel
- Définir si les participants ont conscience de l'influence de l'industrie agroalimentaire sur les comportements alimentaires
- Identifier la place des émotions dans le rapport à l'alimentation
- Identifier la pertinence de proposer des séances en lien avec ces thématiques
- Définir le contenu des séances d'éducation à l'alimentation

Matériel :

- Paperboard
- Velléda
- Diaporama « Réflexion collective 3 »
- Boite avec des cartons de couleurs
- Emballages alimentaires (supports papier de votre choix)
- Photographie d'une étiquette alimentaire (diaporama)
- Photographie du Nutri-Score (diaporama)
- Photographie « allégations » (diaporama)
- Image sur les émotions (support papier et/ou diaporama)

Déroulé :

Jeu des anecdotes (10 min) = Brise-glace

- Chacun son tour, proposez aux participants de tirer un carton de couleur. Selon la couleur tirée, le participant sera invité à dire :
 - Rose : une chose pour laquelle il est doué
 - Bleu : une chose qu'il a toujours rêvé de faire
 - Rouge : une chose qu'il aime beaucoup faire
 - Jaune : une chose qu'il déteste faire
 - Vert : une chose qu'il adore manger
 - Blanc : une chose qu'il ne fera jamais

PARTIE 1 : Emballage

Brainstorming (10 min) = Connaissance des habitudes du public

- « Lorsque vous achetez un produit, qu'est-ce que vous regardez ? » (marque, prix, DLC/DLUO, poids, origine, composition de l'aliment, label, goût etc.)

Temps d'échange (10 min) = Intérêt pour la composition

- « Il est important de prendre en considération l'étiquette nutritionnelle. »
 - Si oui, pourquoi ? [« Qu'est-ce que vous regardez ? » (liste des aliments ? composition nutritionnelle ?)]
 - Si non, pourquoi ? (Vous ne savez pas à quoi cela correspond ? Vous ne prenez pas le temps ? Vous vous en moquez ? Vous ne comprenez pas ?)

Affichage d'une étiquette (diaporama) (5 min) = Intérêt pour l'apprentissage de la lecture d'étiquettes nutritionnelles :

- « Pensez-vous qu'ils soient utiles pour vous de savoir comment les lire ? »
- « Aimerez-vous qu'on vous explique ? »

Affichage du Nutri-Score (diaporama) (10 min) = Connaissance / Intérêt pour cette alternative

- Affichage du logo : « Est-ce que vous avez déjà vu ce logo ? » « Est-ce que vous savez ce qu'il signifie ? » « Est-ce que vous aimeriez savoir ce qu'il signifie ? »

PARTIE 2 : Marketing alimentaire

Affichage photographie « allégations » (diaporama) (20 min)

- « Est-ce que vous faites attention aux informations (comme indiquées sur l'écran) quand vous faites vos courses ? »
- « Est-ce que vous vous êtes déjà posé des questions par rapport à ces indications ? »
- « Est-ce que vous y croyez ? »
- « D'après vous, est-ce que l'industrie agro-alimentaire influence notre consommation ? »
- « Aimerez-vous connaître leurs stratégies pour les détourner ? »

PARTIE 3 : Emotion

Questions ouvertes sur la photographie émotions (diaporama) (20 min)

- « *Qu'est-ce que vous pensez de cette image ?* »
- « *Qu'est-ce qu'elle vous évoque ?* »
- « *Est-ce que vous vous sentez concerné par un ou plusieurs éléments sur cette image ?* »
- « *Est-ce que parfois vous avez des difficultés à comprendre ou à gérer vos émotions ?* »

(5 min)

RETOUR DE FIN DE SEANCE

- Comment avez-vous vécu la séance ?
- Est-ce qu'il y a des choses que vous souhaiteriez ajouter ?

Atelier : Décodons les étiquettes !

Durée : 1H30

Objectifs :

- Décoder l'étiquetage alimentaire
- Aborder le vocabulaire spécifique de l'étiquetage nutritionnel
- Identifier des stratégies pour faire des choix éclairés sur ces achats alimentaires

Matériel :

- Diaporama « Décodons les étiquettes »
- Emballages alimentaires de votre choix (support papier)
- Poster des nutriments (diaporama)
- Fiche détaillée des nutriments (diaporama)
- Photographie tableau nutritionnel (diaporama)
- Tableau des scores (diaporama)
- Logo du Nutri-Score (diaporama)
- Vidéo du Ministère (diaporama)
- Jeu du « Devine qui » (diaporama et/ou support papier)

Déroulement	Durée	Objectifs spécifiques	Trame animateur	Supports
Etape 1 : Mise en situation	30'	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre à quoi correspondent les indications sur une étiquette nutritionnelle • Identifier les caractéristiques nutritionnelles d'un produit 	<p>L'animateur distribue un emballage alimentaire à chaque binôme. Il propose aux participants d'identifier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le type d'informations indiquées - Et ce, à quoi correspondent ces informations <p>Il propose une mise en commun des idées.</p>	Emballages alimentaires de votre choix

			<p>L'animateur résume les différentes informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Ce que l'on achète</u> : le nom du produit, la quantité, les ingrédients (du plus au moins présent), les coordonnées du fabricant (traçabilité) - <u>Pour notre portefeuille</u> : le prix (prix au kilo), la date de péremption - <u>Pour notre santé</u> : les informations nutritionnelles, le Nutri-Score, les allégations, les additifs (« substances qui sont ajoutées aux aliments dans un but technologique : améliorer leur conservation, réduire les phénomènes d'oxydation, colorer les denrées, renforcer leur goût »²), les allergènes, les conditions de stockage - <u>Pour la planète</u> : les logos 	
<p>Etape 2 : Recueil des savoirs</p>	30'	<ul style="list-style-type: none"> • Faire émerger ses représentations 	<p>L'animateur affiche les cartes nutriments à l'écran. « Qu'est-ce que cela vous inspire ? » « Qu'est-ce que cela signifie ? »</p> <p>L'animateur explique les définitions associées aux termes. Selon la volonté du groupe, l'animateur peut plus ou moins détailler l'explication.</p>	<p>Poster des nutriments (diaporama)</p> <p>Fiche détaillée des nutriments (diaporama et support papier)</p>
<p>Etape 3 : Focus sur les étiquettes nutritionnelles</p>	10'	<ul style="list-style-type: none"> • Appréhender l'étiquetage nutritionnel 	<p>Il pose la question suivante : « Est-ce que vous aviez déjà regardé la construction d'une étiquette alimentaire ? ».</p> <p>Il pose ensuite les questions suivantes : « Est-ce que vous pensez que ce produit est sain pour la santé ? Est-ce qu'il est riche en sucre ? Est-ce qu'il est riche en gras ? Est-ce qu'il est salé ? ».</p> <p>L'animateur prend en compte les réponses.</p>	<p>Etiquette nutritionnelle (diaporama)</p> <p>Tableau des scores (diaporama)</p>

² DGCCRF. (2020). *Additifs alimentaires : conditions et modalités d'utilisation*

			L'idée ici est de dire que c'est normal de trouver difficile de lire ces étiquettes car ce n'est pas instinctif. Nous n'avons pas les repères pour savoir si le taux de « dont sucre » est conséquent ou pas. Alors certes, il existe des repères chiffrés comme ceux utilisés pour le Nutri-Score (cf tableau) mais il est évident que nous ne pouvons pas retenir tous ces repères lorsque nous faisons nos courses.	
Etape 4 : Focus sur les stratégies	10'	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier des stratégies 	<p>L'animateur pose la question « <i>D'après vous, quels sont les autres moyens de savoir si un produit est « sain » ?</i> ».</p> <p>Les participants sont amenés à réfléchir en binôme.</p> <p>L'animateur propose une mise en commun.</p> <p>Résumé par l'animateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nutri-Score : « <i>Est-ce que vous faites attention au Nutri-Score ?</i> ». <u>Visionnage de la vidéo du Ministère</u>. Il est très facilement compréhensible MAIS il n'est pas présent sur tous les emballages car il n'est pas obligatoire ! <ul style="list-style-type: none"> ➔ A, B, C : riche en nutriments et aliments à favoriser = fibres, protéines, fruits et légumes ➔ C, D, E : riche en nutriments à limiter = énergie, acides gras saturés, sucres, sel <p><u>Détails Nutri-Score</u> : Ce n'est pas parce que certains produits transformés sont notés A ou B, qu'il est recommandé d'en manger tous les jours... Cela permet de donner une indication entre deux produits transformés mais il est préférable d'en manger occasionnellement.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comparaison avec un produit de référence dont on sait qu'il va être plutôt gras, salé ou sucré. - Se tourner le plus possible vers le fait maison. 	<p>Logo du Nutri-Score (diaporama)</p> <p>Visionnage de la vidéo du Ministère (diaporama)</p> <p>Support « Détails Nutri-Score » (diaporama)</p>
Etape 5 : Mise en situation	10'	<ul style="list-style-type: none"> • Se placer dans une situation d'observation et d'analyse 	L'animateur affiche à l'écran le tableau du « devine qui ». Il propose aux participants de deviner le Nutri-Score de chacun des aliments : A, C ou D ? Il fait ensuite la synthèse.	Jeu du « Devine qui » (diaporama et/ou support papier)

Atelier : Bien vu Sherlock

Durée : 1H30

Objectifs :

- Identifier certaines stratégies de l'industrie agro-alimentaire (IA)
- Développer un regard critique sur les stratégies déployées par l'IA

Matériel :

- Diaporama « Bien vu Sherlock »
- Paperboard
- Velléda
- Schéma « Quelques stratégies » (diaporama)
- « Tableau des emballages » (support papier)
- « Tableau des solutions » (diaporama)

Déroulement	Durée	Objectifs spécifiques	Trame de l'animateur	Support
Etape 1 : Recueil des représentations	30'	<ul style="list-style-type: none"> • Faire émerger ses représentations 	Brainstorming « <i>D'après vous, comment les marques font pour que nous mangions / achetions leurs produits ?</i> ». Une fois que les participants ont fait émerger leurs idées, l'animateur peut compléter en mettant en lumière d'autres stratégies. Pour ce faire, il peut s'appuyer sur le schéma « Quelques stratégies ». Il pose ensuite les questions suivantes : « <i>Qu'est-ce que vous en pensez ?</i> » ; « <i>Est-ce que vous aviez conscience des différents facteurs cités ?</i> ».	Paperboard Velléda Schéma « Quelques stratégies » (diaporama)
Etape 2 : Mise en situation	20'	<ul style="list-style-type: none"> • Développer son esprit critique • Identifier des stratégies déployées par l'IA 	L'animateur demande aux participants de se mettre en binôme. Il distribue à chaque duo l'affiche comportant les différentes photographies. Il propose à chaque binôme d'identifier les stratégies déployées par l'IA.	« Tableau des emballages » (support papier)

<p>Etape 3 : Analyse réflexive</p>	<p>40'</p>	<ul style="list-style-type: none"> Comprendre le fonctionnement de l'IA pour favoriser la consommation de leurs produits 	<p>Après un temps de réflexion, l'animateur propose aux participants de faire une mise en commun. L'animateur va prendre un temps pour expliquer les stratégies au fur et à mesure que les répondants donnent leurs réponses. L'idée n'étant pas de faire des participants des experts mais qu'ils aient des clés pour pouvoir faire des choix éclairés sur leur consommation. Il conclut en précisant que « Plus un produit comporte d'allégations, plus il faut se méfier » d'autant plus si le Nutri-Score n'apparaît pas ! C'est étrange de ne pas se vanter d'avoir un A ou B, si le produit est si sain !</p>	<p>« Tableau des solutions » (diaporama)</p>
------------------------------------	------------	---	---	--

Atelier : Alimentation en équilibre

Durée : 1H30

Objectifs :

- Identifier ses propres perceptions concernant l'équilibre alimentaire
- Renforcer ses connaissances en termes d'alimentation équilibrée
- Développer ses compétences psychosociales
- Entrevoir la diversité des produits alimentaires
- Savoir équilibrer ses repas
- Valoriser les compétences et savoir de chacun

Matériel :

- Jeu de plateau (pions, livrets, cartes, papier, stylo)

Déroulement	Durée	Objectifs spécifiques	Trame animateur	Supports
Etape 1 : Recueil des représentations et échanges	50'	<ul style="list-style-type: none">• Renforcer ses connaissances en matière d'alimentation• Valoriser les connaissances par la mutualisation de savoirs• Passer un moment convivial et agréable	L'animateur propose aux participants de jouer au jeu de la FFC-B (cf livret de jeu).	Jeu de plateau (support papier)
Etape 2 : Renforcer les apprentissages	10'	<ul style="list-style-type: none">• Ancrer les apports de la séance	L'animateur distribue à chaque personne, un petit guide. Il répond aux questions éventuelles.	Le petit guide (support papier)

Annexe III : Grilles d'entretien

Grille d'entretien : Coordinatrice régionale de l'Association de Cardiologie de Bretagne

1. Présentation de l'enquêtée

- a) Est-ce que je peux vous demander de vous présenter ?

Quel est votre parcours professionnel ?

- b) Depuis combien de temps exercez-vous à ce poste ?

- c) Quelles sont vos missions ?

2. Présentation de la FFC-B

- a) Pouvez-vous me présenter la FFC-B ?

- b) Quelle est l'orientation de la FFC-B ?

Quelles sont les valeurs ?

En quoi l'ACB se distingue-t-elle des autres régions ?

- c) Quelle place l'alimentation a-t-elle parmi les thématiques de la FFC à l'échelle nationale ? Et en Bretagne ?

De votre point de vue, comment sont perçus les ateliers diététiques par le public ?

- a) Selon vous, quels sont les points à aborder lorsque l'on souhaite parler d'alimentation ?

3. Focus sur la participation

- a) Pour vous, qu'est-ce que la participation des populations ?

Comment peut-elle se manifester dans le cadre de projets / ateliers d'éducation à la santé ?

- b) Quels sont les enjeux spécifiques pour l'alimentation ?

Pour les professionnels de l'association ? Pour les publics ? Pour les partenaires ? Pour l'association de manière générale ?

- c) Avez-vous déjà mis en place des méthodes participatives dans le cadre de votre fonction au sein de l'ACB ?

Si oui, comment ?

Si non pourquoi ?

- d) Avez-vous déjà essayé d'intégrer les publics dans la création d'ateliers ?

Si oui, comment ?

Si non, pourquoi ? Que faudrait-il mettre en œuvre ?

4. Projet de l'ACB

- a) Quels sont les enjeux liés à la mise en place de ce projet ?
Pour les professionnels de l'association ? Pour les publics ? Pour les partenaires ? Pour l'association de manière générale ?
- b) Selon vous, quels facteurs peuvent favoriser la participation des publics dans le projet ?
- c) Quels sont les freins / limites à la participation des publics au projet ?
- d) Quelle place ont les partenaires dans le projet ?
Comment les avez-vous sollicités pour le projet ?
Comment avez-vous perçu leurs retours ?
- e) L'ACB est-elle légitime pour proposer un projet d'éducation à l'alimentation auprès de n'importe quel public ?
D'après vous, quel est le point de vue des partenaires à ce propos ?
- f) D'après vous comment un professionnel vit-il le fait de laisser participer les publics ?
- g) Est-ce que l'on peut dire que la participation relève d'une forme de défi ?

5. Promotion de la santé

- a) Quelle place la promotion de la santé a-t-elle au sein de l'association ?
Avez-vous le sentiment d'être seule à avoir connaissance de ce concept ?
- b) Souhaiteriez-vous que la FFC-B s'oriente davantage vers la PS ? *Si oui, comment ?*
- c) Vous avez été la première professionnelle formée à la PS à être engagée au sein de la FFC-B, d'après vous que cela traduit-il ?
- d) Comment est-ce qu'une association comme la vôtre peut permettre l'implication des populations aux décisions qui les concernent ?

➔ Est-ce que vous souhaiteriez ajouter quelque chose ?

Grille d'entretien : Président de la Fédération Française de Cardiologie

1. Présentation de l'enquêté

- a) Est-ce que je peux vous demander de vous présenter ?
- b) Depuis combien de temps exercez-vous à ce poste ?
- c) Quelles sont vos missions en tant que président de la FFC ?

2. Histoire et culture de la FFC

- a) Comment est née la FFC ?
De quels constats ?
- b) Quelles sont les valeurs de la FFC ?
- c) Pourquoi avoir orienté l'association vers la recherche, la prévention, les gestes de premiers secours et la réadaptation cardiaque ?
- d) Quelle est la place de l'alimentation dans les différentes thématiques abordées par l'association ?
Considérez-vous que l'alimentation soit assez développée ?
Selon vous, quelle est la meilleure manière pour parler d'alimentation ?

3. Participation

- a) Aujourd'hui l'une des missions de la FFC est de « *Prévenir pour informer et informer pour prévenir* », pourquoi avoir choisi l'information comme moyen de prévention ?
- b) Pour vous, qu'est-ce que la participation des populations ?
Comment peut-elle se manifester dans le cadre de projets / ateliers d'éducation à la santé ?
- c) Que pensez-vous de la participation des populations à la co-construction d'ateliers d'éducation à l'alimentation ?
Y-a-t-il des intérêts particuliers : pour les publics ? pour les professionnels ? pour la FFC ?

4. Promotion de la santé

- a) La Bretagne a engagé une coordinatrice régionale ayant une formation en promotion de la santé, pourquoi ce choix ?
- b) La FFC a récemment financé une thèse sur le lien entre le milieu de vie et les MCV donc une thèse de sociologie, qu'est-ce que cela traduit de la part de la FFC ?
- c) Est-ce qu'il y a des grandes stratégies qui sont imaginées, qui se dessinent pour la FFC ?
Aimeriez-vous faire évoluer le projet de la Fédération vers des actions de promotion de la santé ?

➔ Est-ce que vous souhaiteriez ajouter quelque chose ?

Grille d'entretien : Président de l'Association de Cardiologie de Bretagne

1. Présentation de l'enquêté

- a) Est-ce que je peux vous demander de vous présenter ?
- b) Depuis combien de temps exercez-vous à ce poste ?
- c) Quelles sont vos missions en tant que président de l'Association de Cardiologie de Bretagne ?

2. Alimentation

- a) Quelle est la place de l'alimentation dans les différentes thématiques abordées par l'association ?
- b) Pourquoi l'ACB souhaite davantage orienter ces actions sur l'alimentation ?
Quel est l'intérêt de parler d'alimentation ?
Pourquoi vouloir proposer des ateliers vers les publics en situation socio-économique plus faible ?
- c) De votre point de vue, comment sont perçus les ateliers sur l'alimentation par le public ?
- d) Selon vous, quelle est la meilleure approche pour parler d'alimentation ?
- e) Est-ce qu'il est difficile de parler d'alimentation ?

3. Participation

- a) Aujourd'hui l'une des missions de la FFC est de « *Prévenir pour informer et informer pour prévenir* » pensez-vous qu'il y ait d'autres moyens que l'information pour favoriser la santé des gens ?
- b) La FFC a pour mission la prévention auprès du grand public et réalise ainsi des actions à grande échelle, que pensez-vous des actions plus ciblées ?
- c) Pour vous, qu'est-ce que la participation des populations ?
Comment peut-elle se manifester dans le cadre de projets / ateliers d'éducation à la santé ?
- d) Que pensez-vous du projet qui consiste à faire participer les populations à la construction d'ateliers d'éducation à l'alimentation ?
Y-a-t-il des intérêts particuliers : pour les publics ? pour les professionnels ? pour la FFC-B ?
Quels moyens peuvent permettre de mobiliser la population ?
Quels sont les facteurs qui peuvent favoriser la participation des publics à la construction ?
Existe-t-il des freins à la participation des populations ?
- e) Y-a-t-il des difficultés à animer des ateliers participatifs ?
- f) Comment l'ACB peut permettre l'implication des populations aux décisions qui les concernent ?
- g) Finalement, est-ce que l'on peut dire que la participation relève d'une forme de défi ?

4. Promotion de la santé

- a) Avez-vous déjà entendu parler du concept de promotion de la santé dans :
votre formation initiale ? lors de votre pratique professionnelle ?
- b) Selon vous à quoi la promotion de la santé renvoie-t-elle ?
- c) Contrairement aux autres régions, pourquoi avez-vous souhaité engager une coordinatrice régionale ayant un parcours en promotion de la santé ?
- d) Aimerez-vous faire évoluer le projet de l'association Bretagne vers des actions de promotion de la santé ?
- e) Pensez-vous qu'il serait important de proposer une sensibilisation auprès des bénévoles de clubs pour favoriser une culture commune de la promotion de la santé ?

➔ Est-ce que vous souhaiteriez ajouter quelque chose ?

Grille d'entretien : Infirmière coordinatrice d'un CDAS breton / Informatrice sociale d'un CDAS d'un quartier prioritaire de Rennes

1. Présentation de l'enquêtée et des publics

- a) Est-ce que je peux vous demander de vous présenter ?

Quel est votre parcours professionnel ?

- b) Depuis combien de temps exercez-vous à ce poste ?

- c) Quelles sont vos missions ?

- d) Quelles sont les spécificités du public auprès duquel vous exercez ?

- e) Le public que vous rencontrez se préoccupe-t-il de sa santé ?

- f) Comment arrivez-vous à mobiliser les populations ?

Est-ce difficile de les mobiliser en ce qui concerne leur santé ? Si oui, pourquoi ?

- g) Lorsque vous proposez des ateliers à la population, quelles formes prennent-ils ?

- h) Quelles thématiques sont généralement abordées ?

La thématique de l'alimentation est-elle abordée ?

Si oui, quelles formes prennent ces ateliers ?

Le public est-il réceptif ? Pourquoi ?

Avez-vous des retours de la population ?

- b) Selon vous faut-il des compétences spécifiques pour travailler auprès de ce public ?

Une association comme la FFC-B est-elle légitime à intervenir auprès de ce public spécifique ?

Pourquoi ?

2. Projet de l'ACB

- a) Selon-vous l'alimentation est-elle une thématique qui intéresse la population ?

- b) Selon vous, quels sont les points à aborder lorsque l'on souhaite parler d'alimentation ?

Auriez-vous envie d'animer des ateliers sur l'alimentation ?

- c) Comment peut se manifester la participation des populations ?

- d) Que pensez-vous du projet initié par la ACB qui consiste à faire participer le public à la construction d'ateliers d'éducation à l'alimentation ?

Y-a-t-il des intérêts particuliers : pour les professionnels ? pour les publics ?

D'après vous qu'est ce qui facilite ou non la participation du public ?

Quels sont les facteurs qui peuvent favoriser la participation des publics à la construction ?

Existe-t-il des freins à la participation des populations pour la construction d'ateliers sur l'alimentation ?

e) Avez-vous été surpris de voir l'ACB proposer un tel projet ?

Que pensez-vous qu'une association comme l'ACB intervienne à un niveau local auprès de ce public ?

f) Quel investissement la mise en place de ce projet vous aurait-il demandé ?

g) Est-ce complexe de mobiliser le public pour un projet comme celui-ci ?

h) A titre professionnel, qu'est-ce que pourrait vous apporter la mise en œuvre de ce projet ?

i) Qu'avez-vous pensé de la communication faites concernant ce projet ?

j) Pourquoi n'avez-vous pas pu mettre en place ce projet auprès de votre public spécifique ?

Auriez-vous aimé vous investir dans la co-construction du projet en tant que partie à part entière ?

3. Promotion de la santé

a) Avez-vous déjà entendu parler du concept de promotion de la santé dans :

votre formation initiale ? lors de votre pratique professionnelle ?

Si oui, qu'implique-t-elle pour vous ?

b) A l'avenir, aimeriez-vous mettre en place des projets participatifs comme celui de l'ACB ?

Qu'est-ce qui pourrait vous motiver ?

➔ Est-ce que vous souhaiteriez ajouter quelque chose ?

Grille d'entretien : Responsables Cœur et Santé

1. Présentation de l'enquêté

- a) Est-ce que je peux vous demander de vous présenter ?
- b) Qu'est-ce qui vous motive à être bénévole dans l'association ?
- c) Quelles sont vos missions ?

2. Alimentation

- a) Au sein du club qui décide des ateliers qui sont proposés ?
Les adhérents font-ils remonter leurs attentes ?
- b) Quelle est la place de l'alimentation dans les thématiques abordées par votre club ?
Avez-vous déjà mis en place des ateliers sur l'alimentation ?
Comment sont perçus ces ateliers par les adhérents ?
Est-ce que d'eux-mêmes, les adhérents ont déjà fait part de leur souhait de mettre en place des ateliers sur l'alimentation ?
L'alimentation vous semble-t-elle être une priorité en matière de santé pour les adhérents ?
- c) Est-ce que vous avez des outils, des supports mis à disposition par l'ACB concernant l'alimentation ?
- d) Auriez-vous envie d'animer des ateliers sur l'alimentation ?

3. Participation

- a) Qu'avez-vous compris du projet sur l'alimentation de l'ACB ?
- b) Que pensez-vous de faire participer la population à la construction d'ateliers d'éducation à l'alimentation ?
Y-a-t-il des intérêts particuliers : pour les adhérents ? pour les bénévoles ?
Quels moyens peuvent permettre de les mobiliser ?
Quels sont les facteurs qui peuvent favoriser la participation des publics à la construction ?
D'après vous, existe-t-il des freins à la participation des populations ?
- c) Que pensez-vous du numérique pour participer à un projet ?
- d) Dans le cadre du projet sur l'alimentation, comment les adhérents auxquels vous avez présenté le projet ont-ils réagi ?
Etaient-ils surpris ? Intéressés ?
Quels ont été les motifs de leur acceptation ? De leur refus ?
Quels sont leurs retours ?

- e) Est-ce que vous aimeriez proposer des projets pour lesquels les adhérents participent à la construction ?

De quoi auriez-vous besoin ? Que vous manque-t-il ?

4. Promotion de la santé

- a) Seriez-vous intéressé pour participer à une sensibilisation qui présente la manière de mettre en place et d'animer des ateliers sur l'alimentation ?
- b) Qu'est-ce qui pourrait vous motiver à mettre en place des projets de co-construction avec les adhérents ?

➔ Est-ce que vous souhaiteriez ajouter quelque chose ?

Grille d'entretien : Infirmière coordinatrice du Centre Santé Bien-être

1. Présentation de l'enquêtée

- a) Est-ce que je peux vous demander de vous présenter ?
Quel est votre parcours professionnel ?
- b) Quelles sont vos missions ?
Présentation de la CSBE
- c) Quelles sont les spécificités du public auprès duquel vous exercez ?

2. La participation

- a) Pour vous qu'est-ce que la participation des populations ?
Comment peut-elle se manifester dans le cadre de projets / ateliers d'éducation à la santé ?
- b) Avez-vous déjà mis en œuvre des méthodes participatives dans le cadre de vos fonctions ?
- c) Selon vous, quel est l'intérêt de développer une thématique comme l'alimentation ?
Est-ce une thématique que vous auriez voulu développer au sein de la CSBE ou est-ce un hasard que notre projet soit sur ce thème ?
Quels sont les points à aborder lorsque l'on souhaite parler d'alimentation ? (par quels déterminants l'alimentation est-elle influencée ?)
- d) Qu'avez-vous compris du projet initié par l'ACB ?
- e) Que pensez-vous du projet initié par l'ACB ?
Y-a-t-il des intérêts particuliers : pour les professionnels ? pour les publics ? pour la CSBE ?
D'après vous qu'est ce qui facilite ou non la participation du public ?
Quels sont les facteurs qui peuvent favoriser la participation des publics à la construction ?
Existe-t-il des freins à la participation des populations pour la construction d'ateliers sur l'alimentation ?
- f) Avez-vous été surprise de voir l'ACB proposer un tel projet ?
Que pensez-vous qu'une association comme l'ACB intervienne à un niveau local auprès de ce public ?
- g) Quel investissement la mise en place de ce projet vous a-t-il demandé ?
- h) Est-ce complexe de réussir à mobiliser le public pour un projet comme celui-ci ?
Comment vous êtes-vous prise pour les mobiliser ?
Comment ont réagi les publics lorsque vous leur expliquiez ?
Etaient-ils surpris ? Intéressés ? Quels ont été les motifs de leur acceptation / de leur refus ?
Pensez-vous que ce projet puisse être contraignant pour les publics ?
- i) Que pensez-vous de proposer ce projet via des outils numériques ?

- j) Est-ce que vous aimeriez faire partie à part entière du projet ?
- k) A titre professionnel, qu'est-ce que pourrait vous apporter la mise en œuvre de ce projet ?
- l) Qu'avez-vous pensé de la communication faites concernant ce projet ?

3. Promotion de la santé

- a) Avez-vous déjà entendu parler du concept de promotion de la santé dans :

Votre formation initiale ? lors de votre pratique professionnelle ?

- b) Aimerez-vous engager davantage de projet comme celui-ci avec l'ACB ?

Qu'est-ce qui pourrait vous aider à mettre en place ce genre de projet avec l'ACB ?

De quoi auriez-vous besoin ?

➔ Est-ce que vous souhaiteriez ajouter quelque chose ?

Questionnaire : La bénévole ayant refusé de participer au projet

1. Présentation de l'enquêtée

- a) Depuis combien de temps faites-vous partie du Club Cœur et Santé ?
- b) Qu'est-ce que vous recherchez dans ce club ?
- c) L'alimentation est-elle une thématique qui est abordée au sein du Club ?
Si oui, de quelle manière ? Et qu'en pensez-vous ?
Si non, pensez-vous qu'il serait intéressant d'en parler ?
- d) Avez-vous déjà participé à des ateliers sur l'alimentation au sein du Club ?
Si oui, comment se sont déroulés ces ateliers ?
Qu'en avez-vous pensé ?
- e) Pensez-vous que l'alimentation ait sa place au sein du Club ?
La fédération aimerait que l'alimentation soit davantage abordée dans les clubs cœur et santé, qu'en pensez-vous ?
- f) Est-ce qu'il est plus facile de parler d'activité physique que d'alimentation ?

2. Projet alimentation

- a) Comment avez-vous été informée du projet sur l'alimentation de l'ACB ?
- b) Qu'avez-vous compris du projet qui vous a été proposé ?
- c) Qu'en avez-vous pensé ?
- d) Pour quelles raisons avez-vous décidé de ne pas y participer ?
- e) L'alimentation est-elle une thématique qui vous intéresse ?
- f) Est-ce que vous avez vu un intérêt à participer à ces ateliers ?
- g) Que pensez-vous de faire participer les adhérents à la co-construction d'un projet sur l'alimentation ?
- h) Est-ce que vous pensez qu'il est important de recueillir les attentes des populations pour construire des ateliers ?
- i) Personnellement, qu'est-ce qui vous a freiné ?
- j) Est-ce que vous pensez qu'il est difficile de participer à la construction ?
- k) Plutôt que de participer à un projet qui consiste en plusieurs rencontres, auriez-vous préféré assister à une seule séance d'informations sur l'alimentation ?
- l) Certains facteurs auraient-ils pu favoriser votre participation au projet ?

➔ Est-ce que vous souhaiteriez ajouter quelque chose ?

Annexe IV : Questionnaire (A) créé par l'Association de Cardiologie de Bretagne transmis aux adhérents des Clubs Cœur et Santé



La Fédération Française de Cardiologie de Bretagne réalise un questionnaire dans le cadre d'une étude. Pour cela, la Fédération vous sollicite pour répondre à ce questionnaire. Ce questionnaire est entièrement anonyme.

Merci pour votre participation !

Q1 : Vous êtes :

Un homme

Une femme

Q2 : Votre tranche d'âge :

Moins de 30ans

Entre 30 et 50ans

Entre 51 et 70ans

Plus de 70ans

Q3 : Selon vous, l'alimentation a-t-elle une place importante dans votre vie quotidienne ?

Oui

Non

Ne se prononce pas

Q4 : L'alimentation est-elle, selon vous, un moyen d'améliorer votre santé et votre bien-être?

Oui

Non

Ne se prononce pas

Q5 : Selon vous, c'est quoi avoir une alimentation équilibrée ?

Classez les réponses par ordre d'importance de 1 à 6 (1 le plus important, 6 le moins important)

Limitier sa consommation de produits sucrés

Manger bio et local

Manger 5 fruits et légumes par jour

Je peux manger ce que je veux si je fais du sport

Manger de tout en quantité raisonnable

Ne pas grignoter entre les repas

Q6 : D'après vous, mangez-vous équilibré au quotidien ?

Oui

Non

Q7 : Qu'est ce qui, selon vous, vous empêche parfois de ne pas manger équilibré ?

Plusieurs réponses possibles.

Le manque de temps

Le manque d'idées de repas et de recettes

Le manque d'argent

Le manque d'envie et de motivations

Le manque de connaissances sur l'alimentation équilibrée

Le manque de compétences et de savoir-faire en cuisine

Q8 : Avez-vous déjà eu des conseils nutritionnels par des professionnels ?

Oui

Non

Q9 : Seriez-vous intéressé pour participer à des ateliers nutritionnels avec la Fédération Française de Cardiologie ?

Oui

Non

Si non, vous avez fini de remplir le questionnaire. Merci beaucoup pour vos réponses.

Q10 : Quelle forme d'ateliers vous intéresserait le plus ?

Plusieurs réponses possibles.

Des entretiens personnalisés sous forme d'entretiens individuels

Des ateliers de cuisine et de dégustation

Des vidéos de cuisine en ligne

Des ateliers d'information avec des conseils simples, des jeux et de la documentation

Q11 : Qu'aimeriez-vous apprendre lors de cet atelier ?

Plusieurs réponses possibles.

Des conseils simples et des astuces pour avoir une alimentation plus saine au quotidien

Des conseils pour m'aider à perdre du poids

Découvrir une nouvelle façon de cuisiner et des nouvelles recettes saines pour ma santé

Des conseils pour déchiffrer les étiquettes des denrées alimentaires

Annexe V : Questionnaire (B) transmis aux patients du Centre Santé Bien-être

La Fédération Française de Cardiologie de Bretagne réalise un questionnaire dans le cadre d'une étude. Pour cela, la Fédération vous sollicite pour répondre à ce questionnaire qui est entièrement anonyme.

Merci pour votre participation !



Q1 : Vous êtes :

Un homme Une femme Autre

Q2 : Votre tranche d'âge :

Moins de 30 ans Entre 30 et 50 ans Entre 51 et 70 ans Plus de 70 ans

Q3 : Quelle est votre situation familiale ?

Célibataire En couple Marié(e) Divorcé(e) Autre :

Q4 : Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

Agriculteurs exploitants

Ouvriers

Artisans, commerçants, chefs d'entreprise

Sans activité professionnelle

Cadres

Retraités

Professions intermédiaires

Autre :

Employés

Q5 : Selon vous, l'alimentation a-t-elle une place importante dans votre vie quotidienne ?

Oui Non Ne se prononce pas

Q6 : L'alimentation est-elle, selon vous, un moyen d'améliorer votre santé et votre bien-être ?

Oui Non Ne se prononce pas

Q7 : Selon vous, c'est quoi avoir une alimentation équilibrée ?

Classez les réponses par ordre d'importance de 1 à 6 (1 le plus important, 6 le moins important)

Limiter sa consommation de produits sucrés

Manger bio et local

Manger 5 fruits et légumes par jour

Je peux manger ce que je veux si je fais du sport

Manger de tout en quantité raisonnable

Ne pas grignoter entre les repas

Q8 : D'après vous, mangez-vous équilibré au quotidien ? Oui Non

Q9 : Qu'est ce qui, selon vous, vous empêche parfois de manger équilibré ? Plusieurs réponses possibles.

Le manque de temps

Le manque d'idées de repas et de recettes

Le manque d'argent

Le manque d'envie et de motivation

Le manque de connaissances sur l'alimentation équilibrée

Le manque de compétences et de savoir-faire en cuisine

Q10 : Avez-vous déjà eu des conseils nutritionnels par des professionnels ? Oui Non

Q11 : Avez-vous déjà participé à la construction d'ateliers en santé ?

Oui Si oui, dans quel cadre ?

Non

Q12 : Auriez-vous envie de faire partie d'un projet participatif sur le thème de l'alimentation ?

Oui car :

Je pense qu'il est important de pouvoir donner des idées

J'ai envie de partager mon ressenti avec d'autres personnes

Le thème de l'alimentation m'intéresse

Autre :

Non, car :

La thématique de l'alimentation ne vous intéresse pas

Vous ne voyez pas l'intérêt de participer à ces ateliers

Vous n'avez pas le temps pour assister aux ateliers

Vous ne pouvez pas vous déplacer sur le lieu des ateliers

Vous pensez que vous ne pourrez rien apporter aux groupes

Autre :

Q13 : Pensez-vous qu'il est important que la population puisse exprimer ses attentes, ses besoins et ses idées lors de la construction d'ateliers en santé ? Oui Non

Q14 : De quoi aimeriez-vous que l'on parle durant ces ateliers ? Plusieurs réponses possibles.

Des conseils simples et des astuces pour avoir une alimentation plus saine au quotidien

Des conseils pour m'aider à perdre du poids

Découvrir une nouvelle façon de cuisiner et des nouvelles recettes saines pour ma santé

Des conseils pour déchiffrer les étiquettes des denrées alimentaires

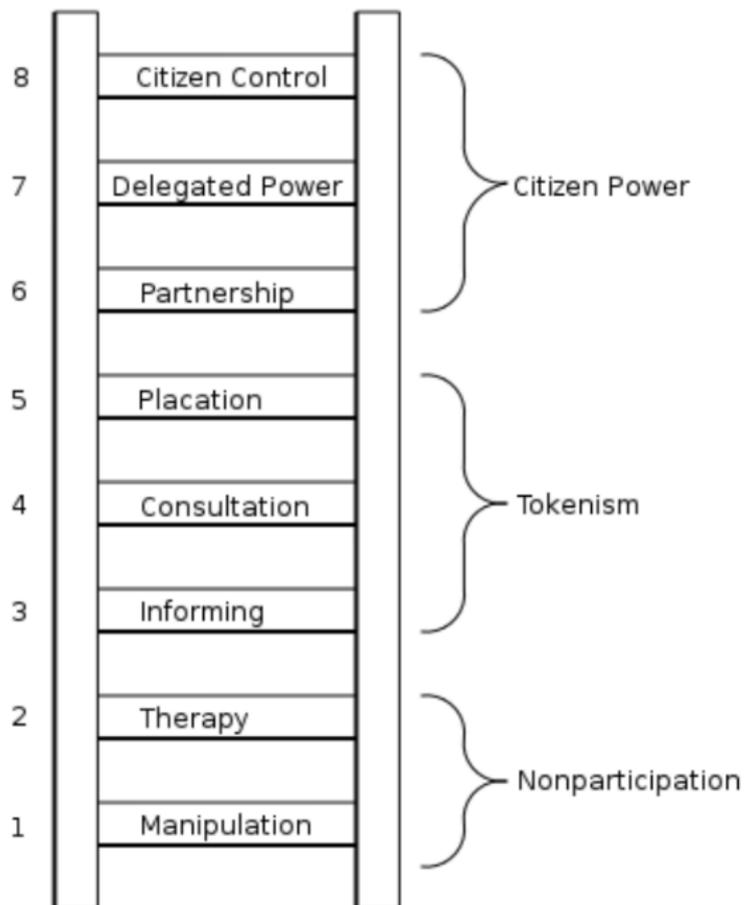
Autre :

Q15 : Allez-vous participer à ce projet ? Oui Non

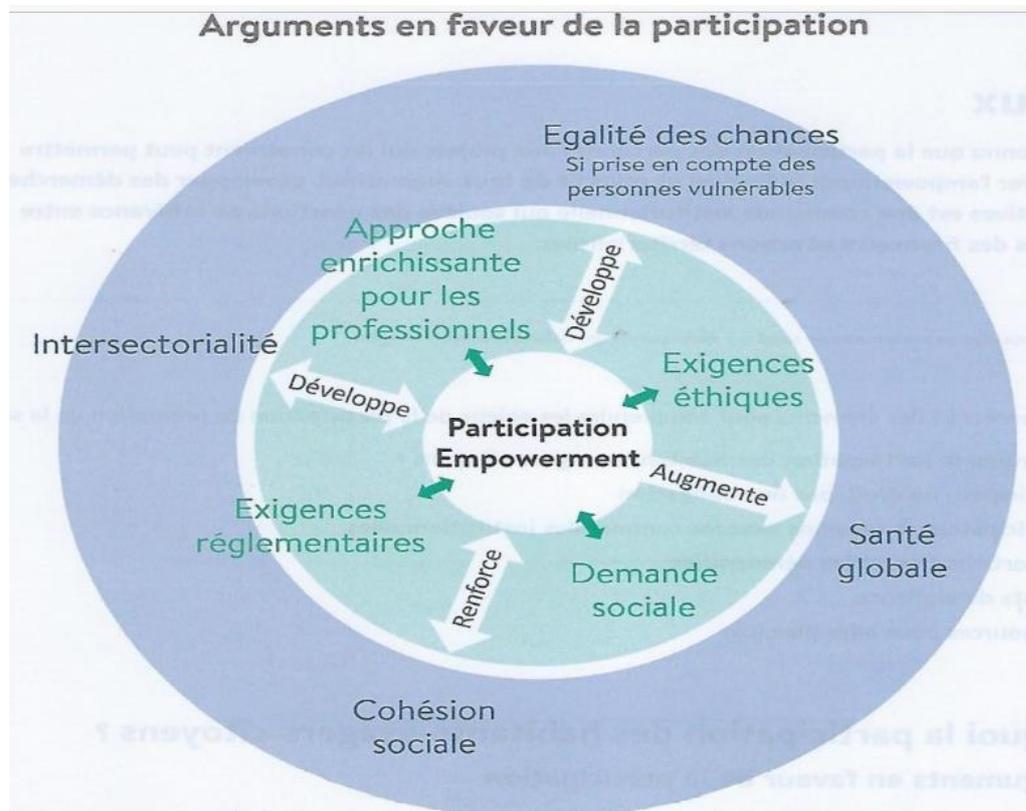
Annexe VI : Structure de la grille d'analyse

Présentations des dispositifs Missions	Fédération Française de Cardiologie	
	Association de Cardiologie Bretagne	
	Clubs Cœur et Santé	
	Centre Santé Bien-être	
	CCAS	
	CDAS	
Présentations des publics	Adhérents des Clubs Cœur et Santé	
	Patients du Centre Santé Bien-être	
	Personnes en situation socio-économique plus faible	
Rapport de l'Association de Cardiologie de Bretagne et de la Fédération Française de Cardiologie vis-à-vis de la prévention et promotion de la santé		
Regards et actions concernant la thématique de l'alimentation	Fédération Française de Cardiologie	
	Association de Cardiologie Bretagne	
	Centre Santé Bien-être	
	CCAS	
	CDAS	
Visions des professionnels et partenaires bénévoles sur la participation	Intérêts pour les professionnels de mettre en place la participation	
	Intérêt pour les publics	
	Eléments facilitants	
Apport de la participation d'après les participants du projet		
Projet participatif sur l'alimentation	Nouvelle méthodologie	Conception
		Réalisation
		Changement de posture
	Dimension partenariale	Place / rôle des partenaires
		Posture bénévole
		Communication
	Mobilisation du public	Différents freins
Stratégies identifiées pour favoriser la participation		

Annexe VII : L'échelle de participation citoyenne d'Arnstein (Arnstein, 1969)



Annexe VIII : Arguments en faveur de la participation (PromoSanté Ile-de-France, 2020b)



VÉRITÉ	Chloé	31 août
Master 2 mention santé publique Parcours : « Promotion de la santé et prévention »		
La participation des publics à la construction d’ateliers d’éducation à l’alimentation : un défi pour l’Association de Cardiologie de Bretagne		
Promotion 2020-2021		
<p>Résumé :</p> <p>Alors que les maladies cardio-vasculaires sont largement prégnantes en France, la Fédération Française de Cardiologie déploie une stratégie de prévention pour faire face à cet enjeu de Santé Publique. Devant une considération grandissante de la participation des populations aux actions de santé, l’antenne régionale bretonne a décidé de s’inspirer des valeurs de la promotion de la santé pour expérimenter un projet co-construit d’ateliers d’éducation à l’alimentation avec les publics ciblés. Si la plus-value de la participation est démontrée dans la littérature, il apparait que sa déclinaison sur le terrain constitue un défi pour les professionnelles de l’Association de Cardiologie de Bretagne, formées à la promotion de la santé. Ce travail met en lumière les enjeux de la participation pour les populations et les professionnels mais également la diversité des obstacles pouvant déstabiliser sa mise en place. Des stratégies sont proposées pour favoriser un déploiement optimal au sein de ce dispositif.</p>		
<p>Mots-clés :</p> <p>Participation, alimentation, co-construction, enjeux, freins</p>		
<p><i>L’Ecole des Hautes Études en Santé Publique, l’Université Rennes 1 et l’Université Rennes 2 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>		