

Avril 2019



Document de travail 48

La participation en matière de promotion de la santé

Promotion Santé Suisse est une fondation soutenue par les cantons et les assureurs-maladie. En vertu de son mandat légal (Loi sur l'assurance-maladie, art. 19), elle exécute des mesures destinées à promouvoir la santé. La Fondation est soumise au contrôle de la Confédération. Son organe de décision suprême est le Conseil de Fondation. Deux bureaux, l'un à Berne et l'autre à Lausanne, en forment le secrétariat. Actuellement, chaque personne verse, en Suisse, un montant de CHF 4.80 par année en faveur de Promotion Santé Suisse. Ce montant est encaissé par les assureurs-maladie pour le compte de la Fondation. Informations complémentaires: www.promotionsante.ch

Dans la série «**Document de travail de Promotion Santé Suisse**», la Fondation publie des travaux réalisés par elle-même ou sur mandat. Ces documents de travail ont pour objectif de soutenir les expertes et experts dans la mise en place de mesures dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention. Le contenu de ces derniers est de la responsabilité de leurs auteurs. Les documents de travail de Promotion Santé Suisse sont généralement disponibles sous forme électronique (PDF).

Impressum

Éditrice

Promotion Santé Suisse

Auteur-e-s

Dr. Patrick Ischer et Chloé Saas, Fondation O₂

Direction du projet Promotion Santé Suisse

Dr. Manon Delisle, responsable de projets Relations partenaires

Direction du projet Commission de Prévention et de Promotion de la Santé (CPPS) du GRSP

Alexia Fournier Fall, coordinatrice CPPS

Groupe d'accompagnement (ordre alphabétique)

Homa Attar-Cohen, Service du Médecin Cantonal, Genève; Martine Bouvier Gallacchi, Servizio di promozione e valutazione sanitaria, Tessin; Laure Chiquet, Service de la santé publique, Jura; Tania Larequi, Service de la santé publique, Vaud; Emilie Morard Gaspoz, Office du médecin cantonal, Valais; Fabienne Plancherel, Service de la santé publique, Fribourg; Claude-François Robert, Service de la santé publique, Neuchâtel, Président de la CPPS; Lysiane Ummel Mariani, Service de la santé publique, Neuchâtel

Série et numéro

Promotion Santé Suisse, Document de travail 48

Forme des citations

Ischer, P. & Saas, C. (2019): *La participation en matière de promotion de la santé*. Document de travail 48. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.

Crédit photographique image de couverture

iStockphoto

Renseignements et informations

Promotion Santé Suisse, Wankdorfallee 5, CH-3014 Berne, tél. +41 31 350 04 04, office.bern@promotionsante.ch, www.promotionsante.ch

Texte original

Français

Numéro de commande

01.0281.FR 04.2019

Cette publication est également disponible en italien (numéro de commande 01.0281.IT 04.2019).

Télécharger le PDF

www.promotionsante.ch/publications

© Promotion Santé Suisse, avril 2019

Éditorial

L'action communautaire est un axe important de la promotion de la santé et représente l'un des cinq piliers de la promotion de la santé selon la Charte d'Ottawa. Agir au niveau communautaire requiert un niveau élevé de participation, souvent difficile à obtenir sur le terrain. C'est pourquoi Promotion Santé Suisse et les cantons latins regroupés au sein de la Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales (CLASS) ont décidé d'élaborer des pistes et recommandations sur la participation en matière de promotion de la santé.

Les démarches participatives sont fréquemment recommandées dans le domaine de la promotion de la santé. Cependant, dans la pratique, ces termes suscitent de nombreuses questions. Ce document y répond tout d'abord par l'élaboration d'un cadre théorique qui définit le terme de participation sur la base d'une étude de littérature. Il montre les acteurs et actrices concerné-e-s par une telle démarche participative, énumère les différents degrés de leur implication, de l'information à la (co-)décision en passant par la consultation et la (co-)construction, et synthétise les étapes d'un processus participatif. Ce cadre théorique est ensuite confronté au terrain, par l'analyse de trois bonnes pratiques en matière de processus participatifs. Le rapport clôt sur les écueils à éviter et une liste des questions à se poser avant d'entamer une démarche participative.

La participation donne aux différents groupes de population une meilleure maîtrise des décisions qui influencent leur santé. Elle renforce la cohésion sociale et assure une bonne adéquation entre les projets de promotion de la santé et les besoins des bénéficiaires. Nous nous réjouissons qu'un tel document voie le jour: il permettra d'améliorer et de consolider l'action des cantons latins dans ce domaine d'actualité.

Prof. Dr Thomas Mattig
Directeur Promotion Santé Suisse

Laurent Kurth
Président de la Conférence Latine des Affaires
Sanitaires et Sociales CLASS
Conseiller d'État Département des finances
et de la santé, canton de Neuchâtel

Table des matières

Synthèse du rapport	5
1 Introduction	8
2 Méthode	10
3 Définition de la participation	11
4 Les parties prenantes d'un processus participatif	13
5 Les types d'implication des parties prenantes	15
6 Les étapes d'un processus participatif	19
7 Les écueils, les difficultés et les conditions de possibilité	22
8 Liste des questions à se poser avant d'entamer une démarche participative	23
9 Bibliographie	24
Annexe 1: Glossaire	25
Annexe 2: Échelle de participation citoyenne d'Arnstein	26

Synthèse du rapport

Ce document, élaboré par les cantons latins et Promotion Santé Suisse, donne un cadre théorique qui définit le terme de participation sur la base d'une étude de littérature. Ce cadre est ensuite confronté au terrain, par l'analyse de trois bonnes pratiques en matière de processus participatifs.

Conseils et éléments essentiels

- En premier lieu, il est important de rappeler que toutes les actions ne nécessitent pas nécessairement une approche participative. Il est par contre important d'**évaluer systématiquement cette opportunité** lors du lancement d'un projet de promotion de la santé.
 - Il existe **différents degrés de participation, dont les niveaux se valent**. Ainsi, tout projet participatif ne doit pas forcément tendre vers la co-décision (qui peut être considérée comme un degré élevé de participation).
 - Il est toutefois fondamental de se poser la question de savoir **jusqu'où les acteurs et les actrices doivent être impliqué-e-s** et de **les informer très clairement** sur les formes d'action auxquelles ils/elles peuvent prendre part.
 - Mener un processus participatif nécessite une **méthodologie** et une **expertise** dans le domaine, cela ne s'improvise pas. Un accompagnement professionnel est nécessaire.
 - Les projets participatifs ont l'avantage de viser un véritable *empowerment* et ainsi perdurer. Cependant, pour assurer l'ancrage des projets, il faut être conscient que l'autonomisation totale des parties prenantes et l'auto-organisation sans **coordination** génèrent souvent des difficultés qui peuvent compromettre le succès des projets.
- La participation comporte de nombreux **avantages**:
- **Empowerment.** Stimule l'indépendance de l'individu et le soutien social, permet aux individus d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé. Permet une meilleure maîtrise des décisions et actions qui influencent sur la santé des différents groupes de population.
 - **Adéquation avec les besoins des bénéficiaires.** Meilleure adhésion des bénéficiaires aux projets.
 - **Renforcement de la cohésion sociale.**
 - **Plus grande égalité des chances.** À condition de tenir particulièrement compte des personnes vulnérables.
 - **Renforcement de processus intersectoriels.**
 - **Effet multiplicateur.**
 - **Implémentation de programmes ou projets sur le long terme.**
- La participation comprend également certains **risques** tels que:
- **L'épuisement des parties prenantes.**
 - **Des délais significatifs** souvent nécessaires pour arriver à l'autonomisation de la communauté.
 - **Un coût financier** que certaines instances administratives ou certaines institutions ne peuvent assumer.
 - **Un périmètre d'efficacité d'actions** de santé communautaire limité par la dimension et la taille du groupe des personnes concernées.
 - D'éventuelles **dissonances entre intérêts individuels et collectifs.**
 - La potentielle **remise en cause des postures traditionnelles.**
 - La difficulté à **faire collaborer des personnes** qui ont des valeurs, des histoires ou qui viennent de milieux socioculturels différents.

- La **vulnérabilité de certaines catégories de la population**, qui peuvent demeurer **invisibles**.
- Le fait que certains porteurs et certaines porteuses de projet peuvent démontrer une volonté de mettre en place des démarches participatives, mais qu'ils ou elles **se sentent démunis-e-s pour les conduire de manière optimale**.

L'évaluation de ce type de démarche se fait principalement au niveau **d'une évaluation de processus**. Cependant, quand cela se justifie, **une évaluation d'impact** peut avoir du sens.

DESCRIPTION DES QUATRE TYPES DE PARTICIPATION DES ACTEURS ET ACTRICES¹

Type de participation	Description
Information	Les participant-e-s sont informé-e-s (ou s'informent) au sujet des enjeux liés à un problème à résoudre ou à un projet. Il est donc indispensable de leur donner accès à l'information et de leur permettre de poser des questions afin de s'assurer que tout le monde partage la même compréhension de la problématique.
Consultation	Les participant-e-s sont invité-e-s à donner leur avis pour nourrir le processus, par exemple à travers des enquêtes d'opinion, des auditions publiques, des entretiens de groupes, etc. En échange, l'animateur et l'animatrice ou le modérateur et la modératrice se met en situation d'écoute. Cette consultation n'assure toutefois pas aux groupes de population concernés que leurs préoccupations et leurs idées seront prises en compte.
(Co-)construction	Les participant-e-s co-élaborent le plan d'action, le projet ou les activités, mais ils/elles ne détiennent pas le pouvoir de l'adopter. Le plan d'action ainsi élaboré pourrait être par la suite soumis à un comité de pilotage qui détient ce pouvoir de décider.
(Co-)décision	Les participant-e-s travaillent dans une relation d'équivalence au pouvoir. La gestion se fait par consentement et toutes les étapes du projet sont inscrites dans un processus de co-décision. Cette co-décision est surtout possible à une échelle réduite (quartier, école, etc.). Il convient d'opérer une distinction entre la décision politique d'octroyer un financement, un terrain, un soutien matériel ou en ressources humaines, et les décisions plus opérationnelles prises par les parties prenantes durant la démarche.

¹ Modèle développé par la Commission de Prévention et de Promotion de la Santé (CPPS) et Promotion Santé Suisse en s'inspirant d'échelles proposées par différents auteurs.

Avant d'initier une démarche participative, il est recommandé de se poser une série de questions. Voici quelques propositions².

LISTE DES QUESTIONS À SE POSER AVANT D'ENTAMER UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE

Questions

-
- 1) Que recherche-t-on avec la mise en place d'un processus participatif? Pour quelles raisons et dans quel but ce processus est-il envisagé?
 - a. Une démarche participative est-elle réellement pertinente?
 - b. S'agit-il d'une demande des financeurs et financeuses de «faire de la participation»?
 - c. S'agit-il d'une recherche d'amélioration de la qualité de vie de la population?

 - 2) Quel est l'objet de la participation?

 - 3) S'agit-il d'une démarche éphémère ou pérenne?

 - 4) Dans quelle mesure la démarche peut-elle être reproductible dans d'autres contextes?

 - 5) Quels moyens financiers et humains faut-il allouer?

 - 6) Qui peut s'engager dans le processus participatif? Et comment?
 - a. Quels sont les acteurs et actrices important-e-s?
 - b. Comment les participant-e-s arrivent-ils/elles dans le processus?
 - c. Quel réseau de partenariat institutionnel peut être mobilisé?
 - d. Comment faire participer les populations vulnérables?

 - 7) Qui définit et circonscrit le groupe de participant-e-s?
 - a. Dans quelle mesure les individus se sentent-ils appartenir à ce groupe?

 - 8) Quel est le degré de participation des bénéficiaires (information, consultation, co-construction ou co-décision) attendu par le canton ou la commune?

 - 9) Quel est le rôle des différent-e-s acteurs et actrices impliqué-e-s?

 - 10) La composition des participant-e-s garantit-elle que tous les intérêts et points de vue importants sont exprimés? Les personnes représentant le groupe cible sont-elles vraiment représentatives?

-

² Ces questions ont été formulées en s'inspirant de Giorgis (2016) et du guide édité par le Centre de l'espace public de l'Union des villes suisses – CEP (2016).

1 Introduction

La Charte d'Ottawa, adoptée le 21 novembre 1986 par la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, a jeté les bases pour que cette promotion considère l'individu comme le maître de sa propre santé. Cette charte définit les conditions de possibilités qui doivent permettre, entre autres, de «donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé» (OMS 1986, 2) et énonce cinq actions qui doivent permettre de répondre à cette exigence (élaborer une politique publique saine; créer des milieux favorables; renforcer l'action communautaire; acquérir des aptitudes individuelles; réorienter les services de santé). La troisième de ces recommandations fait clairement référence à la participation puisque l'on peut lire, dans son explicitation, les propos suivants: «La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.» (OMS 1986, 4). La quatrième insiste sur le soutien qui doit être accordé aux individus afin que ceux-ci soient à même «d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci» (*ibid.*, 4). Selon Deschamps, cette charte propose de fait une véritable alternative aux tendances politiques et économiques du moment, dans la mesure où elle «complète notre démocratie représentative par des procédures de démocratie participative et cela n'est pas superflu dans un contexte de crise du politique et de perte de confiance du peuple

«Il ne faut pas partir avec des idées toute faites: il faut au contraire se montrer à l'écoute des bénéficiaires.»

(Responsable de projet genevois)

à l'égard de ses représentants élus» (Deschamps 2003, 320).

On remarque donc que cette charte accorde une importance considérable au principe de participation et d'*empowerment*. À l'instar d'autres concepts (approche, mobilisation ou actions communautaires, processus, démarches ou approches participatives), elle rend compte d'une volonté de favoriser les processus démocratiques et de placer l'individu au centre des préoccupations. Selon Mouterde *et al.* (2011), la participation des potentiels bénéficiaires s'avère par ailleurs particulièrement précieuse dans la mesure où elle:

- Favorise le décloisonnement professionnel et l'intersectorialité. Les facteurs de santé apparaissent comme des dimensions de l'action, mais sont pris en compte avec d'autres dimensions d'ordre psychologique, social, environnemental, etc.
- Permet la «capacitation» et l'*empowerment* des gens et des communautés; il s'agit ainsi de les mettre en capacité de s'impliquer et de s'engager.
- Vise la recherche d'une prise de conscience et d'une émancipation des membres d'une communauté, ce qui permet de tendre à une responsabilisation de cette dernière. Cela paraît particulièrement intéressant et utile dans une période de tension croissante sur les ressources, d'autant plus que la participation est susceptible de favoriser une meilleure régulation des actions de santé publique.

Au regard des expériences romandes et tessinoises qui ont été analysées pour élaborer le présent document, la mise en place de projets participatifs s'avère bénéfique, car elle permet de considérer avec une attention particulière les besoins réels des bénéficiaires, qui peuvent proposer des solutions aux problèmes qu'eux-mêmes perçoivent et qu'ils ou elles ont envie de résoudre. Ce faisant, ils/elles s'engagent dans le processus et se

responsabilisent, ce qui évite généralement de susciter des frustrations. Qui plus est, la participation peut induire une implémentation de programmes sur le long terme et les compétences acquises durant le processus peuvent ensuite être mobilisées pour d'autres projets, dans d'autres contextes. Par conséquent, tout porte à croire que la participation contribue à améliorer les démarches en matière de promotion de la santé.

Or le passage de l'énonciation de tels préceptes à leur mise en application concrète s'avère parfois difficile. Ainsi, l'un des auteurs qui a contribué à l'ouvrage collectif *25 ans d'histoire: les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones*, écrit: «Faire action de plaidoyer pour faire reconnaître la démarche de promotion de la santé reste donc bien l'un des enjeux majeurs des années à venir. Pour l'heure, la promotion de la santé semble insuffisante à bien des égards pour mobiliser et faire participer. Ce qui n'est pas la moindre des inconvenances puisque ce sont justement là des objectifs qu'elle entend atteindre.» (Lorenzo 2012, 66). Constat par ailleurs repris dans la conclusion en ces termes: «Hormis la diversité et la complexité des contextes dans lesquels se meut la Charte d'Ottawa, il reste un certain nombre de défis à relever pour réellement faire évoluer les pratiques. Le besoin de renforcer les approches participatives, le travail en partenariat et la collaboration intersectorielle, la nécessité d'augmenter la disponibilité des ressources et l'importance de se doter d'outils d'évaluation se sont par exemple fait ressentir.» (Lannes & Sanni Yaya 2012, 85).

Le présent document a pour objectif de prendre acte de ces quelques mises en garde, afin de mettre en place des processus participatifs qui tiennent compte des besoins de la population et de bénéficier de résultats aussi pérennes que possible. C'est

pourquoi il est proposé, dans ce qui suit, de définir le concept de «participation», puis d'apporter des éléments de réponses aux questions suivantes: qui sont les acteurs et actrices concerné-e-s par une démarche participative? Quel est le degré de leur implication? Comment permettre un suivi et mesurer l'ampleur et les impacts d'un projet de participation dans le cadre de la promotion de la santé? Quelles sont les étapes à suivre pour mener à bien

un tel projet? Quelles peuvent être les difficultés rencontrées? Ensuite, il est mentionné une liste de questions qu'il est nécessaire de se poser avant de mettre en place une démarche participative. Afin d'illustrer certains de ces éléments, trois projets sont brièvement présentés. S'il peut paraître difficilement envisageable de les reproduire dans un autre contexte, il n'en demeure pas moins que ces exemples doivent permettre de saisir certains en-

jeux relatifs aux processus participatifs.

En définitive, c'est dans le dessein d'apporter une meilleure compréhension de la participation en matière de promotion de la santé que les cantons latins et Promotion Santé Suisse se sont donné pour objectif de définir un cadre conceptuel commun et d'identifier les possibilités d'applications concrètes dans les stratégies et projets à venir dans ce domaine. Cette manière de procéder est fondamentale puisque, comme le notent Fournier et Potvin, «caractériser puis mesurer la participation communautaire ne sont pas des exercices de style futiles. Au moment où cette notion occupe une place prépondérante dans le discours des professionnels de la santé, il serait utile de préciser ce que l'on entend et surtout ce que l'on attend de la participation communautaire. Cette clarification permettrait de réévaluer des stratégies qui se basent sur cette notion et d'éviter une dérive rhétorique» (Fournier & Potvin 1995, 54).

«Les porteurs et les animateurs doivent accepter que certains groupes ne sont pas preneurs des propositions ou qu'ils préfèrent évoluer dans des structures associatives hiérarchiques. C'est comme avec un enfant: on peut transmettre ce en quoi on croit, mais ce qu'il va en faire ne nous appartient pas.»

(Responsable de projet vaudois)

2 Méthode

La première étape qui a conduit à la rédaction de ce document a été d'opérer une revue de la littérature, dans le dessein d'identifier et définir les concepts, et de prendre connaissance des bonnes pratiques en matière de participation communautaire et de processus participatifs.

Ce premier cadre théorique a dans un deuxième temps été mis en consultation auprès des représentant-e-s de la Commission de Prévention et de Promotion de la Santé (CPPS) et de Promotion Santé Suisse, qui se sont ensuite réuni-e-s les 8 et 9 février 2018 à Bellinzona afin de discuter, alimenter et préciser les différentes définitions relatives à la participation communautaire dans le domaine de la promotion de la santé.

Ces journées ont été ouvertes autour de plusieurs constats, relatés par les participant-e-s sur la base de leurs expériences:

- Le concept de participation communautaire est difficile à définir dans le contexte suisse, car il n'a pas de correspondance en italien et en allemand. On observe ainsi une différence entre le monde francophone et les autres régions linguistiques.
- Des définitions proposées par certaines instances de légitimation (notamment l'OMS et celles que l'on retrouve dans la Charte d'Ottawa) sont relativement datées et ne peuvent que difficilement être appliquées au contexte actuel.
- La pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité fonctionnent plutôt bien, par exemple dans les projets qui associent des ingénieurs et des professionnel-le-s de la santé. Ceci dit, il peut parfois s'avérer contraignant d'instaurer un dialogue et d'identifier des problématiques communes entre les acteurs et actrices de la promotion de la santé, puisque ce domaine réunit aussi bien des tenant-e-s du champ de la santé que d'autres disciplines.
- Si les acteurs et actrices actifs et actives «sur le terrain» parviennent relativement bien à collaborer, la coopération au niveau politique paraît plus

difficile et laborieuse (en raison des visions et objectifs politiques qui peuvent être très divergents). En outre, les différents services administratifs s'accordent sur la reconnaissance des problèmes de santé publique, mais les personnes peuvent avoir une vision différente des solutions à apporter pour les résoudre.

- Se pose également la question de la légitimité des différent-e-s acteurs et actrices, notamment celle inhérente à la fonction (p.ex. le/la médecin). Ainsi, il convient de toujours mettre en évidence que les apports de chacun sont de même importance.
- La question de l'échelle est également importante: puisque la prévention et la promotion de la santé dépendent en premier lieu du canton, il n'est pas toujours évident de considérer l'échelon communal.
- Quand bien même les différents groupes de population doivent être partie prenante de la promotion de la santé, il faut toutefois pouvoir s'appuyer sur l'expertise des professionnel-le-s pour les accompagner et les guider dans cette démarche.
- Ensuite, et confirmant ce qui est mentionné par certain-e-s auteur-e-s, la participation en matière de promotion de la santé demeure peu mise en application. De plus, comme il s'agit d'un phénomène valorisé, il est souvent observé un décalage entre le degré de participation annoncé et ce qui est réellement fait.

Des entretiens semi-directifs ont ensuite été conduits avec des porteurs et des porteuses de projets participatifs romands et tessinois. Ces huit entretiens ont eu pour objectif de mesurer la pertinence, la clarté et la cohérence de ce document, mais également de l'alimenter au regard des expériences de ces informateurs et informatrices privilégié-e-s. Le présent guide compile donc les résultats d'une recherche qualitative, à la fois documentaire et par entretiens.

3 Définition de la participation

Plusieurs auteur-e-s – et plus particulièrement Zask (2011), insistent sur les deux notions distinctes auxquelles renvoie le terme de participation: «faire partie de» ou «prendre part à». Il est ici proposé de rendre compte de la synthèse que l'on retrouve dans la brochure *La participation communautaire en matière de santé*: ««Faire partie de» indique une conception passive de la participation, elle n'implique pas forcément une activité au sein du groupe auquel on appartient (ville, quartier, association...). «Prendre part à» se réfère, par contre, à une notion d'engagement, une conception active au sein du groupe, fondée sur l'acte de participation en lui-même.» (Bantuelle *et al.* 2000, 10). Les auteur-e-s poursuivent en rappelant que, dans le cadre de la promotion de la santé, c'est cette dernière acception qui prévaut, car elle privilégie le point de vue actif, voire interactif³. L'essentiel est en effet de permettre à l'individu «d'obtenir un pouvoir de contrôle sur une décision ou sur la production d'un service qui le concerne» (*ibid.*, 10).

Lorsque l'on parle de participation, il est ensuite important de souligner que l'on ne peut résoudre les problèmes d'une population sans que cette dernière ne soit associée à l'analyse, à l'expression et à la résolution des problèmes; d'où l'expression chère à Freire qui rappelle que l'on doit «faire avec eux, pas pour eux» et privilégier ainsi l'horizontalité (*ibid.*). Ces mêmes auteurs insistent sur l'idée de saisir au mieux les représentations des individus, car, notent-ils, la notion de santé «ne sera pas perçue de la même manière par les habitants d'un quartier en crise que par les professionnels ou par les élus locaux par exemple. Le milieu de vie, l'éducation, la religion et bien d'autres éléments encore façonnent ces représentations diverses» (*ibid.*, 19). En définitive, et comme mentionné dans le glossaire de la promotion de la santé

publié par l'OMS, «la participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé. [...] La participation est essentielle pour que les efforts accomplis soient inscrits dans la durée» (OMS 1999, 2).

Notons également que la participation est un processus, mais qu'elle produit différentes retombées importantes qui ne sont pas forcément planifiées à la base. Il convient de garder à l'esprit que la finalité reste la promotion de la santé. En ce sens, la participation est avant tout une méthode ou une posture professionnelle qui devrait dans l'idéal toujours être envisagée. Il ne s'agit cependant pas d'une fin en soi et elle peut le cas échéant être abandonnée. Mais si tel est le cas, il semble important de justifier les motivations qui ont conduit à une telle décision. Ensuite, la participation doit permettre, grâce à un accompagnement approprié, de conscientiser la population par rapport à ses besoins. Qui plus est, elle peut avoir un effet multiplicateur, puisqu'il est probable

**«Si les représentants des auto-
rités décident de s'engager
dans de telles démarches, ils
doivent accepter de perdre un
peu de leur maîtrise.»**

(Responsable de projet vaudois)

que les participant-e-s reproduisent le processus dans un autre contexte ou pour une autre problématique. Ce phénomène génère une plus-value non négligeable en matière de santé communautaire.

Si le terme de «participation communautaire» a largement prévalu

depuis les années 1960 et qu'il est mentionné dans la Charte d'Ottawa, il n'est plus vraiment d'actualité. D'ailleurs, aucun-e des porteurs et porteuses de projet interrogé-e-s ne le mobilise. C'est pourquoi il est conseillé de parler de démarche ou de processus participatif. Il en va de même du concept de communauté, dont la définition peut porter à confusion et sous-entendre un sentiment d'appartenance que les individus ne partagent pas nécessairement. Ainsi ces derniers peuvent être considérés par les professionnel-le-s comme faisant partie d'une communauté, alors que ce n'est pas le cas. De plus, et

³ Signalons que c'est également cette seconde acception qui est systématiquement privilégiée par les responsables de projet qui ont été rencontrés.

comme mentionné dans le glossaire de l'OMS, «dans de nombreuses sociétés, en particulier celles des pays développés, les individus n'appartiennent pas à une communauté unique, mais sont membres de diverses communautés reposant sur des variables telles que la géographie, la profession, la place sociale et les loisirs» (OMS 1999, 6). Enfin, certaines personnes ne s'inscrivent que temporairement ou partiellement dans une communauté.

S'il a été décidé d'abandonner la notion de «communauté» et de privilégier celle, plus neutre, de «groupe»⁴, il n'en demeure pas moins que certains éléments définitoires relatifs à la première peuvent parfaitement être retenus. Ainsi, et afin de circonscrire au mieux le groupe, il est tout à fait envisageable de s'appuyer sur les trois types de communautés que suggèrent Hyppolite et Parent, à savoir:

- «Les communautés **géographiques** qui partagent un même territoire considéré comme un lieu significatif d'appartenance sociale (quartier, ville, région).
- Les communautés **d'intérêt** qui partagent des problèmes sociaux communs (les sans-emploi, les locataires, les assistés sociaux, etc.).
- Les communautés **d'identité et d'affinités** qui partagent une identité acquise ou souhaitée (les jeunes femmes, les minorités culturelles, les personnes homosexuelles, les utilisateurs de drogues, etc.)» (Hyppolite & Parent 2017, 182-183)

Finalement, en termes d'enjeux, il convient de souligner que les groupes ne sont pas homogènes et sont constitués de personnes qui ont des valeurs et des points de vue différents (Hyppolite & Parent 2017). L'identification des représentant-e-s du groupe peut

donc s'avérer complexe. Et ce, d'autant plus que ces derniers et dernières peuvent être des personnes davantage favorisées comparativement à l'ensemble de la communauté, et qu'ils ou elles ne représentent de fait pas toujours l'ensemble du groupe en termes de position sociale et d'accès aux ressources. De même, les attentes et les décisions des membres du groupe peuvent aller dans un sens opposé à l'équité et à la justice sociale.

Inspirée de Rifkin *et al.* (1988), la définition de la participation en matière de promotion de la santé retenue ici est la suivante: «Processus social où un groupe d'individus va prendre part 1) à l'identification de ses besoins, 2) aux processus décisionnels et 3) à l'établissement des mécanismes pour répondre à ses besoins.»

Dans ce sens, la participation peut favoriser **l'empowerment** de l'individu, considéré comme «le processus visant l'augmentation des ressources personnelles d'un individu ou d'une communauté pour qu'il/elle puisse décider en connaissance de cause et faire les choix favorables à la santé». Cette notion fait elle-même référence à la notion de capacitation et renvoie à l'idée de «l'octroi de moyens d'agir en matière de santé», c'est-à-dire au «processus par lequel les individus maîtrisent mieux les décisions et les actions qui influent sur leur santé» (OMS 1999, 7)⁵. Selon les personnes interrogées, la participation induit de **l'empowerment**, car les bénéficiaires s'approprient et incarnent le projet et peuvent, à travers cette expérience, acquérir un pouvoir d'agir et développer des compétences (techniques ou sociales).

⁴ Ce choix a également été motivé suite aux entretiens. À titre d'exemple, une porteuse de projet a déclaré: «Quand on parle de communauté, en français, on parle beaucoup de communautés migrantes. Donc pour éviter la confusion on parle de groupe de personnes qui s'identifient par des éléments qui leur sont propres, qui partagent des intérêts, qui sont inscrits dans un réseau et qui sont en lien.»

⁵ La définition complète de «l'octroi des moyens d'agir en matière de santé» proposée par l'OMS figure dans le glossaire du présent document.

4 Les parties prenantes d'un processus participatif

Les parties prenantes d'un processus participatif sont généralement de trois types: les personnes concernées par la problématique (les bénéficiaires), les acteurs et actrices de proximité (professionnel-le-s ou non) et les instances décisionnelles.

1. Les **personnes concernées par la problématique (ou les leaders communautaires qui bénéficient de suffisamment de légitimité pour les représenter)**. Ces bénéficiaires peuvent constituer un groupe hétérogène composé d'individus qui vivent des situations qui «détermineront le caractère spontané de la participation ou les attitudes de rejet et de méfiance vis-à-vis d'elle» (Bantuelle *et al.* 2000, 32). Ce groupe peut être constitué en communauté *a priori*, c'est-à-dire qu'il peut s'agir de personnes qui s'organisent spontanément dans le dessein de défendre un intérêt commun (par exemple *Act Up*). Dans ce cas, il convient d'être conscient que cette communauté peut avoir des attentes auxquelles il peut être difficile de répondre, c'est pourquoi il est important de redéfinir et de préciser ceux de leurs besoins qui pourront être pris en considération. La communauté peut également être initiée de l'extérieur, c'est-à-dire *a posteriori* et en aval de l'identification du problème qui les réunit et qui a été identifié par d'autres acteurs et

«Il faut faire preuve d'agilité et de souplesse, et ne pas fixer des objectifs trop stricts. Cela permet de s'adapter aux besoins des bénéficiaires et de se laisser convaincre par le terrain. De même, il ne faut pas créer trop d'attente et accompagner et valoriser les parties prenantes. D'ailleurs, si les personnes s'investissent, il faut rapidement leur donner des résultats.»

(Responsable de projet jurassien)

actrices impliqué-e-s dans le processus de participation. Dans ce cas, il faut se montrer patient-e jusqu'à ce que le sentiment d'appartenance soit partagé par toutes et tous. Il est parfois difficile d'identifier clairement les bénéficiaires (par exemple, les «enfants»), c'est pourquoi il peut être utile, selon la teneur et l'objectif du projet, de faire participer des personnes susceptibles de les représenter (des parents d'élèves, des enseignant-e-s, des délégué-e-s à la jeunesse, etc.).

2. Les **acteurs et actrices de proximité (professionnel-le-s ou non)** est un groupe composé par:
 1. Les **professionnel-le-s qui gèrent et coordonnent le processus** (animateurs et animatrices, coordinateurs et coordinatrices, intervenant-e-s). Ils/elles ont un rôle important à jouer, car ce sont eux/elles qui sont chargé-e-s de donner un rôle d'acteur aux personnes concernées par la problématique et d'assurer la dynamique du processus. Ils/elles doivent donc s'immerger dans la communauté ou, tout le moins, en connaître les valeurs, les codes, les perceptions, les représentations, etc. Ces personnes doivent être au bénéfice de solides compétences en matière de conduite de processus participatifs.

- II. Les **multiplicateurs et multiplicatrices** (médecins, enseignant-e-s, infirmiers/ères, travailleurs/euses sociaux/ales, animateurs/trices de rue, bénévoles, membres d'association, différents groupes de population qui endossent le rôle de personne-ressource, représentant-e-s d'EMS ou de paroisses, parents d'élèves, commerçant-e-s, policiers/ères, etc.). Leurs pratiques, leurs savoirs techniques et psychologiques et les relations qu'ils entretiennent avec les habitant-e-s constituent une source de connaissance importante. Par contre, ils/elles peuvent parfois être coupé-e-s de certaines réalités du terrain et ne pas toujours entretenir des relations entre eux.
- III. Les **expert-e-s** (évaluateurs et évaluatrices, spécialistes). De par leur éloignement, ils/elles sont les garant-e-s de la neutralité et peuvent, le cas échéant, «jouer un rôle de médiation entre les acteurs étant donné qu'ils se situent à la même distance par rapport à chacun d'entre eux» (Bantuelle *et al.* 2000, 38-39). Ces expert-e-s peuvent être des collaborateurs et collaboratrices d'universités ou de hautes écoles ou de centres de compétences de promotion de la santé.

3. Les **instances décisionnelles** sont représentées par:
 - I. Les **représentant-e-s politiques**.
 - II. Les **financeurs (privés ou publics)**. Il peut s'agir de la Confédération, des cantons, des communes, de fondations, d'associations ou d'entreprises privées.
 - III. Les **services administratifs ou autres**.

5 Les types d'implication des parties prenantes

La participation à un projet, quel qu'il soit, ne nécessite pas toujours le même investissement des individus et il existe donc différents niveaux de participation. Comme le souligne en effet Hyppolite et Parent, «la présence de personnes, de groupes ou de représentants de communautés n'implique pas nécessairement une participation significative. Autrement dit, on peut être présent et même participer, mais ne rien influencer ou décider» (Hyppolite & Parent 2017, 187). Par ailleurs, au niveau de la prévention et de la promotion de la santé, **toutes les actions ne nécessitent pas nécessairement une approche participative et tout projet participatif ne doit pas forcément tendre vers la co-décision (qui peut être admis comme un degré élevé de participation)**. En effet, selon la teneur du programme, les ressources humaines et financières à disposition et/ou le profil des participant-e-s, il est difficile, voire impossible que certain-e-s acteurs et actrices soient intensément

associé-e-s à l'ensemble des étapes du processus et qu'ils/elles contribuent à toutes les décisions inhérentes à celui-ci. Comme le rappelle une des porteuses de projet rencontrée: «Il ne faut pas faire de la participation pour faire de la participation: parfois, l'information est suffisante. Selon les besoins des différentes parties prenantes, il faut adapter le type de participation attendu.»

Ceci dit, il est toutefois fondamental de se poser la question de savoir jusqu'où les acteurs et actrices doivent être impliqué-e-s et de les informer très clairement sur les formes d'action auxquelles ils/elles peuvent prendre part. En s'inspirant des échelles proposées par différents auteur-e-s (notamment l'urbaniste Sherry Arnstein, voir tableau 3, annexe 2) ou organismes (recompose.it⁶; l'Institut du Nouveau Monde), la CPPS et Promotion Santé Suisse ont développé le modèle suivant (voir tableau 1).

TABLEAU 1

Description des quatre types de participation des acteurs

Type de participation	Description
Information	Les participant-e-s sont informé-e-s (ou s'informent) au sujet des enjeux liés à un problème à résoudre ou à un projet. Il est donc indispensable de leur donner accès à l'information et de leur permettre de poser des questions afin de s'assurer que tout le monde partage la même compréhension de la problématique.
Consultation	Les participant-e-s sont invité-e-s à donner leur avis pour nourrir le processus, par exemple à travers des enquêtes d'opinion, des auditions publiques, des entretiens de groupes, etc. En échange, l'animateur et l'animatrice ou le modérateur et la modératrice se met en situation d'écoute. Cette consultation n'assure toutefois pas aux groupes de population concernés que leurs préoccupations et leurs idées seront prises en compte.
(Co-)construction	Les participant-e-s co-élaborent le plan d'action, le projet ou les activités, mais ils/elles ne détiennent pas le pouvoir de l'adopter. Le plan d'action ainsi élaboré pourrait être par la suite soumis à un comité de pilotage qui détient ce pouvoir de décider.
(Co-)décision	Les participant-e-s travaillent dans une relation d'équivalence au pouvoir. La gestion se fait par consentement et toutes les étapes du projet sont inscrites dans un processus de co-décision. Cette co-décision est surtout possible à une échelle réduite (quartier, école, etc.). Il convient d'opérer une distinction entre la décision politique d'octroyer un financement, un terrain, un soutien matériel ou en ressources humaines, et les décisions plus opérationnelles prises par les parties prenantes durant la démarche.

⁶ Recompose.it est un collectif de personnes qui a pour ambition de «mettre l'intelligence au service de la réduction du gaspillage avec les parties prenantes des organisations, collectivités et collectifs» (recompose.it 2018, sp). L'objectif est de tisser des connexions entre ces différents acteurs afin d'élaborer ensemble des solutions pour réduire le gaspillage.

S'appuyant sur ce modèle, il est envisageable de faire correspondre le type de participation souhaité et/ou constaté pour chacune des parties prenantes, ainsi que le moment auquel ces dernières sont intégrées au projet.

Le projet «Diagnostic des quartiers» de l'Association transports et environnement (ATE)

Cet exemple a pour objectif d'illustrer la manière dont il est possible de remplir le tableau relatif aux différents types de participation.

Sur demande du service d'urbanisme de la Ville de Genève et en collaboration avec le Département de la santé et celui de la mobilité, l'antenne romande de l'ATE (Association transports et environnement) établit depuis une vingtaine d'années des diagnostics dans les quartiers afin d'adapter l'espace public aux besoins des seniors, qu'il s'agisse du temps qui est défini pour la traversée des rues dotées de feux de signalisation, de la hauteur des bancs ou des trottoirs, de l'emplacement des toilettes publiques, etc. Ces diagnostics s'étalent sur environ une année et sont réalisés via des démarches participatives avec les personnes âgées: ce ne sont donc pas les porteurs et porteuses du projet qui définissent lesdits besoins, mais bien les principales et principaux concerné-e-s. Dans un premier temps, une prise de contact est faite avec les unités d'action communautaire

afin de rencontrer les bénéficiaires et les personnes relais (représentant-e-s des services sociaux ou d'aide à la personne).

Les besoins sont ensuite identifiés sur la base d'entretiens – individuels, puis collectifs – conduits avec des seniors. Dans le dessein de vérifier ce qui ressort des entretiens, des accompagnements itinérants sont réalisés directement sur le terrain avec quelques volontaires. Sur cette base, l'ATE formule des recommandations à l'intention des services concernés. Puisqu'il s'agit d'aménager l'espace urbain, c'est donc le service d'urbanisme qui décide, en dernier lieu, si des modifications seront ou non apportées.

Parmi toutes les parties prenantes de ce projet (personnes âgées, représentant-e-s de l'ATE, des services sociaux ou d'aide à la personne, expert-e-s, services administratifs, représentant-e-s politiques), voici comment il est envisageable de signifier la participation des principaux et principales bénéficiaires:

TABLEAU 2

Participation des bénéficiaires dans le cadre d'un projet genevois

Bénéficiaires	Type de participation	Description
Les personnes âgées vivant dans le quartier et qui souhaitent participer à la démarche	Information	Dès le début du processus, toutes les personnes âgées intégrées à la démarche (généralement une quinzaine) sont informées du projet.
	Consultation	1) Les besoins des personnes âgées sont identifiés par l'ATE sur la base d'entretiens individuels, puis collectifs. 2) Des accompagnements itinérants sont réalisés par l'ATE avec quelques représentant-e-s.
	(Co-)construction	À la suite de la consultation, des solutions sont envisagées par l'ATE avec des représentant-e-s des bénéficiaires.
	(Co-)décision	-

Le projet de skatepark de l'Association Skate In Le Locle (SKILL)

Cet exemple a pour objectif de démontrer qu'il est des situations où la participation peut devenir telle que les bénéficiaires co-construisent physiquement une infrastructure qui leur sera destinée.

En 2014, une dizaine de jeunes garçons loclois adeptes du skateboard, de la trottinette et du BMX souhaitent bénéficier d'un terrain de jeu pour s'adonner à leurs activités. Ne sachant vers qui se tourner, ils s'approchent d'un skateur plus âgé qui s'avère être chercheur et enseignant dans une haute école et spécialiste de la thématique des associations. Ce dernier, qui a endossé un rôle de facilitateur et de « locomotive » durant tout le processus, les invite dans un premier temps à créer une association (SKILL – Skate In Le Locle) et à s'approcher des autorités communales afin d'exposer leur projet et de demander un financement. Cependant, plutôt que la ville dépense une somme considérable pour construire une infrastructure qui ne réponde pas forcément aux besoins des futur-e-s usagers et usagères, il est décidé de mettre en place un chantier participatif. L'objectif de la démarche est simple: ce sont les bénéficiaires eux-mêmes qui participent à l'élaboration du terrain, sous la supervision d'animatrices et d'animateurs, et de l'accompagnateur susmentionné. Pour rendre le projet réalisable, ils demandent préalablement à la commune qu'elle leur mette un espace à disposition, qu'elle leur offre certaines prestations des travaux publics (notamment le transport de matériaux) et qu'elle leur prête de l'outillage. Sensibles au fait que des jeunes se mobilisent pour obtenir ce qu'ils désirent, les représentant-e-s du Conseil communal décident immédiatement de soutenir le projet. Une fois le permis de construire obtenu et les

fonds levés pour l'achat des matériaux de construction, les travaux peuvent démarrer. À ce stade, la principale difficulté réside dans le temps qu'il faut dégager et dans les forces vives qu'il convient de mobiliser. En effet, dans la mesure où la participation découle d'une démarche éminemment volontaire, il est exclu d'obliger les jeunes à être présents le jour du chantier. Ce sont les raisons pour lesquelles le chantier se déroule de manière ponctuelle, principalement durant les périodes de vacances scolaires.

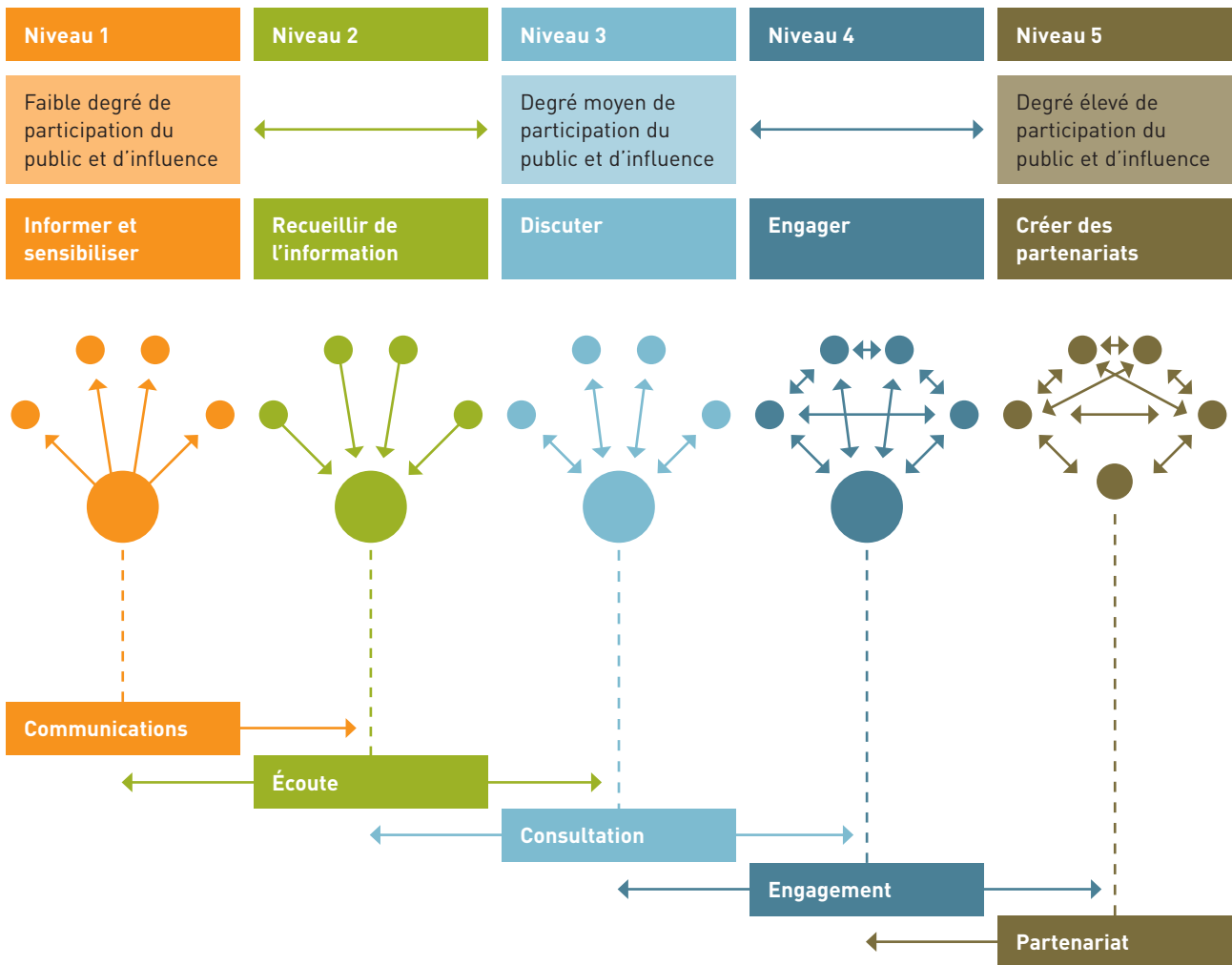
S'agissant des avantages, ils sont de plusieurs ordres. Premièrement, l'utilisation de l'espace est optimale et l'infrastructure répond à des besoins concrets, car ce sont les futurs usagers qui participent directement à sa construction. Deuxièmement, les bénéfices sont particulièrement tangibles, puisque les bénéficiaires peuvent rapidement utiliser le lieu. Troisièmement, le projet est évolutif et permet d'intégrer, au fur et à mesure, de nouveaux et nouvelles participant-e-s. D'ailleurs, certains n'ont pris part qu'au premier chantier et se sont ensuite retirés. Quatrièmement, les jeunes prennent soin et respectent scrupuleusement ce terrain qu'ils ont contribué à aménager. Incidemment, ils sensibilisent leurs pairs au travail qu'ils ont fourni. Cinquièmement, ils développent des compétences aussi bien techniques (fabrication de béton, maçonnerie, etc.) que transversales (montage d'un projet, récolte de fonds, résolution de problème, travail en équipe, etc.). Sixièmement, des liens se (re)créent entre les jeunes, entre ceux-ci et les autorités communales, entre les entreprises qui fournissent des prestations et les parties prenantes du projet, etc.

Un autre schéma, proposé par Santé Canada (2000), donne à voir graphiquement cinq niveaux de participation. Si les termes retenus sont différents de ceux évoqués ci-avant, cette figure a le mérite de présenter les interactions entre les participant-e-s (les

personnes concernées par la problématique sont représentées par les petites sphères et les acteurs et actrices de proximité et les instances décisionnelles sont représentés par les grandes sphères).

FIGURE 1

Niveaux de participation communautaire adoptés par Santé Canada



Source: inspiré de Patterson Kirk Wallace

6 Les étapes d'un processus participatif

La mise en application d'un processus participatif peut prendre plusieurs formes (selon le profil des différentes parties prenantes, l'objet, le contexte géographique et socioculturel, etc.), mais il est important de respecter certaines étapes. Inspirées de documents rédigés par le Ministère de la santé du Royaume du Maroc (2013) et d'Hyppolite et Parent (2017), ainsi que des entretiens semi-directifs, voici celles qui sont ici recommandées:

1. Étapes de préparation

- a) Identifier le problème, que ce soit par les personnes concernées par la problématique, les acteurs et actrices de proximité ou les instances décisionnelles.
- b) Identifier des partenaires volontaires et motivé-e-s et définir le groupe de personnes concernées, que celui-ci préexiste à la démarche ou qu'elle se construise dans le cadre de cette dernière. Parmi ces partenaires, identifier ceux et celles qui seront fondamentaux et sans lesquels le projet ne pourrait avoir lieu.
- c) Réunir les participant-e-s et préciser le périmètre du projet, les rôles et les responsabilités de chacun-e, ainsi que les contraintes et les limites du processus participatif.
- d) Saisir les représentations des participant-e-s, afin que tous parlent de la même chose et que les perceptions soient partagées. En ce sens, adopter une approche participative axée sur l'*empowerment* en mobilisant les acteurs et les actrices concerné-e-s et en recherchant leurs points de vue sur la problématique grâce à des mécanismes assurant des espaces d'échanges, de discussions et de négociations afin que tous les acteurs et actrices puissent s'entendre sur les démarches à venir et puissent influencer les décisions qui les concernent. C'est également à ce moment qu'il faut identifier et mobiliser les leaders formel-le-s et informel-le-s. Ces derniers et dernières devront faciliter la mobilisation de l'équipe de projet et des partenaires. Ils/elles doivent avoir des compétences techniques, communicationnelles et humaines particulières, et être intéressé-e-s et convaincu-e-s par le projet.
- e) Approfondir les besoins, les souhaits ou les problèmes relevés par les participant-e-s, et vérifier comment la situation est perçue par les autres membres de la communauté.
- f) Utiliser des approches quantitatives et qualitatives pour dresser un portrait d'une problématique ou du groupe concerné à partir de données épidémiologiques et statistiques et à partir des perceptions et des représentations des personnes concernées. Il s'agit donc d'allier les savoirs scientifiques, pratiques et expérientiels pour disposer d'un portrait global.
- g) Identifier les répercussions du partenariat et les questions juridiques possibles.
- h) Déterminer les ressources nécessaires et la façon de les obtenir.

«Un coordinateur est indispensable dans une démarche participative. Cette personne doit faire preuve de certaines compétences, pour accéder à des services administratifs, pour être prise au sérieux par les élus locaux, pour rédiger un dossier et trouver des arguments.»
(Responsable de projet neuchâtelois)

2. Étapes de réalisation

- a) Planifier les actions et les stratégies. Lors de cette étape, il est nécessaire de déterminer les objectifs visés et de choisir les actions les plus adaptées. Et ce, en fonction des éléments suivants: de la volonté et de la capacité d'engagement du groupe, des résultats anticipés des actions, des appuis actuels au sein du groupe, de la disponibilité des ressources financières, du temps requis pour mener les actions, du contexte social, politique et économique.
- b) Déterminer qui fera quoi (rôles et responsabilités) en gardant à l'esprit que la réussite et la pérennité d'une démarche participative pourront être assurées par un accompagnement des équipes à différents niveaux (sensibilisation, réunions de suivi et visites de supervision).
- c) Donner les moyens aux participant-e-s afin qu'ils/elles puissent «prendre part à» (plutôt qu'ils/elles fassent simplement «partie de»).
- d) Mettre en œuvre des actions collectives, afin de réaliser les objectifs précédemment définis.

3. Étapes de suivi et d'évaluation

- a) Assurer le suivi et évaluer le processus et les activités du partenariat. En d'autres termes, il faut évaluer le chemin parcouru et les changements produits depuis le début de l'intervention. Cela implique d'adopter un regard critique sur le processus mené, sur les forces et les faiblesses des interventions et sur les éventuels changements à apporter. Il est important de définir des indicateurs d'évaluation au début de la démarche dans le but de pouvoir mesurer les impacts du projet et de disposer de paramètres validés qui lui donnent de la valeur et qui permettent donc une reproduction de la démarche dans d'autres contextes.
- b) Déterminer les prochaines étapes (orientations futures).

- c) Déterminer comment s'adapter et poursuivre ou mettre un terme au partenariat (révision, renouvellement et clôture).
- d) Préparer la fin du mandat, c'est-à-dire planifier l'autonomisation des bénéficiaires et, le cas échéant, redéfinir les rôles ou planifier la mobilisation de nouveaux acteurs et nouvelles actrices.

Dès le départ et durant tout le processus, il est indispensable de tenir compte des valeurs d'efficacité, d'efficience et d'équité (qui doit être une valeur transversale afin d'éviter toute forme de discrimination). De même, il est fondamental d'insister sur la communication et la mobilisation sociale. Ce n'est en effet que grâce à une bonne communication qu'une prise de conscience des problèmes et des solutions pourra être envisagée par les bénéficiaires et les partenaires, que des fonds pourront être mobilisés et que d'autres groupes pourront bénéficier des expériences acquises.

Le projet «Quartiers Solidaires» de Pro Senectute

Cet exemple a pour objectif de présenter une manière singulière d'articuler les différentes étapes qui ponctuent un projet participatif intégrant des seniors. Il y a plus de 15 ans, Pro Senectute Vaud a décidé de développer un programme devant permettre de renforcer l'intégration des personnes âgées. Pour ce faire, l'organisation a mis en place un processus participatif dans le dessein d'évaluer les besoins de ces dernières et de leur permettre de formuler des solutions. Le projet repose sur une méthodologie respectant les étapes suivantes:

0. Analyse préliminaire: Prise de contact avec les organisations professionnelles et associatives actives dans la commune afin de sonder les collaborations possibles et lister les prestations existantes. À ce stade, un premier sondage est également réalisé auprès de quelques seniors afin d'évaluer l'intérêt pour un tel projet.

1. Diagnostic: Une fois que le lancement est décidé, un diagnostic est réalisé sur une période d'une année afin de dresser un état des lieux de la qualité de vie des aîné-e-s dans le quartier, la ville ou le village concerné. Les premiers mois, les animateurs et animatrices s'immergent dans la commune et tissent des liens avec les habitant-e-s. Ensuite la commune envoie aux seniors une invitation personnalisée à participer à une séance d'information. Au cours de cette dernière, les représentant-e-s les plus engagé-e-s peuvent participer au groupe-habitant-e-s qui a pour mission de rédiger le questionnaire d'enquête, de conduire les interviews avec les autres seniors et d'organiser le forum au cours duquel les résultats sont restitués et discutés. Sur la base de l'ensemble des informations collectées, un rapport est rédigé et soumis à la commune. C'est également sur cette base que les seniors sont invité-e-s, dans le cadre de groupes de travail, à réfléchir à des solutions répondant aux besoins identifiés.

2. Phase de construction: Durant la deuxième année du projet, les solutions et les activités sont mises en œuvre. Par exemple, la problématique de la solitude – en particulier le

dimanche – ayant été mentionnée dans une commune, le groupe-habitant-e-s a proposé la création d'un café-rencontre le dimanche après-midi.

3. Phase d'émergence: Durant la 3^e année, les activités démarrent concrètement: le projet est alors clairement déployé, les activités deviennent régulières.

4. Phase de réalisation: Durant la 4^e année, les porteurs et porteuses et les bénéficiaires se concentrent sur le renforcement de ce qui a été mis en place. À ce stade, le projet fonctionne et le groupe est organisé.

5. Phase d'autonomisation: Le projet arrive à terme; l'animateur ou l'animatrice responsable du projet se retire progressivement et une structure (généralement associative) est constituée pour permettre aux seniors de reprendre à leur compte l'organisation des activités. Une cérémonie officielle de passation est organisée avec les autorités communales, pour marquer symboliquement l'autonomisation du projet.

6. Suivi du projet: Depuis 2016, le canton subventionne un poste pour assurer un accompagnement des projets autonomes. Pro Senectute demeure donc une ressource à laquelle les bénéficiaires peuvent se référer s'ils/elles rencontrent des difficultés, spécialement dans le fonctionnement de l'association (répartition des rôles, finances, relations avec les autres organismes présents dans la commune, etc.). Par contre, l'animation des activités est entièrement assurée par les seniors.

7. Évaluation des impacts du projet, via une série d'indicateurs: Tout au long du projet, des objectifs standards, conformément à la méthodologie, et spécifiques, en fonction des spécificités du lieu et des personnes participantes, sont déterminés. Des indicateurs de performance permettent de mesurer l'avancement du projet (*outputs*) et dans la mesure du possible ses effets sur le public cible (*outcomes*) et sur le tissu social en général (*impact*).

7 Les écueils, les difficultés et les conditions de possibilité

Il est aussi important de signaler que la participation peut s'avérer inappropriée et ne pas directement répondre aux besoins du groupe. En effet, comme l'écrivent Fournier et Potvin, «une autre dimension de nature plus instrumentale prévaut chez bon nombre de promoteurs de la participation communautaire et se retrouve dans plusieurs modèles, à savoir le souci de voir les interventions ou les programmes recueillir l'adhésion de la population pour que le nombre d'utilisateurs soit maximal et que l'intervention soit jugée «coût-efficace»» (Fournier & Potvin 1995, 48).

À cela viennent s'ajouter d'autres difficultés, qui peuvent concrètement entraver les processus participatifs. Les propos de Mouterde *et al.* (2011) ainsi que les entretiens réalisés permettent de mettre en évidence les obstacles suivants:

- 1) Des **délais significatifs** sont souvent nécessaires pour arriver à l'autonomisation du groupe; la santé communautaire ne peut se penser sur des délais courts, c'est pourquoi ses effets doivent être appréhendés sur le long terme. Or, il peut être difficile de susciter, de manière durable, un engagement des participant-e-s et un soutien de la part des instances décisionnelles. C'est pourquoi il faut soumettre des projets très précis, fournir une «boîte à outils» adéquate, être attentifs aux besoins des personnes et les accompagner dans le processus.
- 2) La démarche participative peut représenter un **coût financier** que certaines instances administratives ou certaines institutions ne peuvent assumer.
- 3) Le **périmètre d'efficacité d'actions** de santé communautaire est limité par la dimension et la taille du groupe. Ce périmètre, qui doit être clairement défini dès le départ, est d'ailleurs bien souvent local et paraît peu transposable à des champs plus larges, de niveau communal ou cantonal, *a fortiori* national. Ceci dit, bien que les résultats d'une participation en matière de promotion de la santé réalisée dans un contexte particulier soient peu transposables, il n'en demeure pas moins que la méthodologie peut être appliquée à d'autres échelles géographiques et dans d'autres contextes.
- 4) Les éventuelles **dissonances entre intérêts individuels et collectifs**, les premiers primant souvent sur les seconds. La motivation sera plus durable pour les besoins continus et communs à tous et à toutes (école, maternité, deuils, crédits, etc.) que pour les besoins plus occasionnels (transport des urgences, soins aux malades, etc.).
- 5) Les actions de santé communautaire **remettent en cause les postures traditionnelles**: le statut d'expert-e doit s'effacer au profit d'une posture de coproducteur ou coproductrice de savoirs et l'élu-e peut se sentir dépossédé-e de sa capacité à décider au nom de la communauté. Il faut donc parfois convaincre d'entrer dans une démarche qui peut s'avérer inhabituelle.
- 6) Il peut être difficile de **faire collaborer des personnes** qui ont des valeurs, des histoires ou qui viennent de milieux socioculturels différents. Ainsi, constituer un groupe autonome et dynamique n'est pas toujours évident. C'est à l'animateur/trice de sensibiliser les participant-e-s au fait que les mécanismes d'exclusion sont totalement bannis.
- 7) Certaines **populations vulnérables peuvent demeurer invisibles**, d'autant plus que le «choix éclairé» démocratique peut présenter des limites et empêcher l'accès à l'information et à la connaissance. La faible capacité participative des populations vulnérables peut accentuer leur exclusion des décisions. C'est pourquoi il est important de les inciter à prendre la parole en leur offrant un soutien. De même, certaines personnes – notamment celles à mobilité réduite – peinent à se déplacer et ne peuvent de fait pas prendre part au projet.
- 8) Certain-e-s porteurs et porteuses de projet peuvent démontrer une volonté de mettre en place des démarches participatives, mais **se sentir démunis-e-s pour les conduire de manière optimale**. C'est pourquoi il est important d'inclure des acteurs et actrices qui sont à l'aise avec les méthodes et les outils nécessaires à l'application de tels processus. D'ailleurs, il est très important qu'une personne soit engagée au moins partiellement sur le projet afin d'en assurer la coordination et ce, jusqu'au processus d'autonomisation. Idéalement, cette personne doit pouvoir être rémunérée.

8 Liste des questions à se poser avant d'entamer une démarche participative

Avant d'initier une démarche participative, il est recommandé de se poser une série de questions. Voici quelques propositions⁷.

LISTE DES QUESTIONS À SE POSER AVANT D'ENTAMER UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE

Questions

- 1) Que recherche-t-on avec la mise en place d'un processus participatif? Pour quelles raisons et dans quel but ce processus est-il envisagé?
 - a. Une démarche participative est-elle réellement pertinente?
 - b. S'agit-il d'une demande des financeurs et financeuses de «faire de la participation»?
 - c. S'agit-il d'une recherche d'amélioration de la qualité de vie de la population?
- 2) Quel est l'objet de la participation?
- 3) S'agit-il d'une démarche éphémère ou pérenne?
- 4) Dans quelle mesure la démarche peut-elle être reproductible dans d'autres contextes?
- 5) Quels moyens financiers et humains faut-il allouer?
- 6) Qui peut s'engager dans le processus participatif? Et comment?
 - a. Quels sont les acteurs et actrices important-e-s?
 - b. Comment les participant-e-s arrivent-ils/elles dans le processus?
 - c. Quel réseau de partenariat institutionnel peut être mobilisé?
 - d. Comment faire participer les populations vulnérables?
- 7) Qui définit et circonscrit le groupe de participant-e-s?
 - a. Dans quelle mesure les individus se sentent-ils appartenir à ce groupe?
- 8) Quel est le degré de participation des bénéficiaires (information, consultation, co-construction ou co-décision) attendu par le canton ou la commune?
- 9) Quel est le rôle des différent-e-s acteurs et actrices impliqué-e-s?
- 10) La composition des participant-e-s garantit-elle que tous les intérêts et points de vue importants sont exprimés? Les personnes représentant le groupe cible sont-elles vraiment représentatives?

⁷ Ces questions ont été formulées en s'inspirant de Giorgis (2016) et du guide édité par le Centre de l'espace public de l'Union des villes suisses – CEP (2016).

9 Bibliographie

- Bantuelle, M., Dargent, D. & Morel, J. (2000). *La participation communautaire en matière de santé*. Bruxelles: Santé, Communauté, Participation.
- CEP (2016). *Participation. Guide de planification des processus participatifs dans l'aménagement et l'utilisation de l'espace public*. Bâle/Zurich: CEP – Centre de l'espace public de l'Union des villes suisses.
- Deschamps, J.-P. (2003). «Une «relecture» de la Charte d'Ottawa». *Santé Publique*, 3 (Vol. 15), pp. 313-325. https://zora-cep.ch/cmsfiles/zora_broschuere_participation_fr.pdf
- Fournier, P. & Potvin, L. (1995). «Participation communautaire et programmes de santé: les fondements du dogme». *Sciences sociales et santé*, n° 2 (Vol. 13), pp. 39-59.
- Giorgis, S. (2016). «Du passé, faisons table ronde». *Revue Urbanisme*, n° 55 (hors-série), pp. 34-35.
- Hyppolite, S. R. & Parent, A.-A. (2017). «Chapitre 7. Stratégies d'action communautaire», in E. Breton, F. Jabot, J. Pommier & W. Sherlaw, *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*. Rennes: Presses de l'EHESP, pp. 177-208.
- Lamoureux, H., Mayer, J. & Panet-Raymond, J. (2002). *La pratique de l'action communautaire*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lannes, L. & Sanni Yaya, H. (2012). «Conclusion», in L. Lannes (sous la dir. de), *25 ans d'histoire: les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones*. Montréal: Éditions du REFIPS, pp. 83-87.
- Lorenzo, P. (2012). «Penser et agir localement dans une perspective globale ou de la promotion de la santé et des chemins qui y mènent: l'exemple d'École 21», in L. Lannes (sous la dir. de), *25 ans d'histoire: les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones*. Montréal: Éditions du REFIPS, pp. 61-67.
- Ministère de la santé du Royaume du Maroc (2013). *Guide sur la participation communautaire en santé*.
- Mouterde, F., Proult, E. & Massot, C. (2011). *Pour un débat citoyen sur la santé plus actif. Étude sur les modes de participation des usagers citoyens à la prise de décision en santé*. Paris: Planète Publique.
- Organisation mondiale de la santé (1986). *Charte d'Ottawa*. Ottawa: OMS.
- Organisation mondiale de la santé (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève: OMS.
- Promotion Santé Suisse (2016). *Santé et qualité de vie des personnes âgées. Bases pour les programmes d'action cantonaux*. Berne: Promotion Santé Suisse.
- ReCompose (2015). *Où se trouve le pouvoir dans un processus participatif*, in <http://www.recompose.it/2015/02/11/pouvoir-processus-participatif/>
- Rifkin, S. B., Muller, F. & Bichmann, W. (1988). «Primary health care: on measuring participation». *Social Science and Medicine*, 26(9), 931-940.
- Santé Canada (2000). *Politiques et boîte à outils concernant la participation du public à la prise de décisions*, in <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/rapports-publications/politiques-boite-outils-concernant-participation-public-prise-decisions.html##>
- Zask, J. (2011). *Participer. Essai sur les formes démocratiques de la participation*. Lormont: Éditions Le Bord de l'Eau.

Annexe 1: Glossaire

Action communautaire

L'action communautaire pour la santé désigne les «efforts collectifs déployés par les communautés en vue d'accroître leur maîtrise des déterminants de la santé et d'améliorer ainsi cette dernière» (OMS 1999, 6). Compilant cette définition et celle, plus orientée vers le domaine du travail social, de Lamoureux *et al.* (2002)⁸, Hyppolite et Parent proposent la définition suivante: «L'action communautaire en promotion de la santé désigne toute initiative de personnes, d'organismes communautaires, de communautés (territoriale, d'intérêts, d'identité) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun, contribuant à exercer un plus grand contrôle sur les déterminants de la santé, à améliorer leur santé et à réduire les inégalités sociales de santé.» (Hyppolite & Parent 2017, 180).

Approche communautaire

Inspirée d'une définition proposée par le ministère autrichien de l'environnement⁹, Promotion Santé Suisse détermine l'approche communautaire en ces termes: «L'approche communautaire est un principe de travail participatif, qui, via la collaboration de la population et la prise en considération ciblée d'institutions, d'organisations et d'autres acteurs contribue à améliorer les conditions de vie de personnes ainsi que la cohésion sociale et l'assurance de prestations sociales. Dans ce contexte, les activités communautaires s'orientent vers les besoins et les intérêts de cercles de personnes spécifiques et souvent socialement défavorisés. Elles les soutiennent et les aident à résoudre leurs problèmes de façon autonome, via la prise en considération d'autres acteurs et ainsi à améliorer leur position au sein de la société (→ empowerment ou autonomisation).» (Promotion Santé Suisse 2016, 119).

Octroi de moyens d'agir en matière de santé (Empowerment for health)

Dans le domaine de la promotion de la santé, l'octroi de *moyens d'agir* est un processus par lequel les individus maîtrisent mieux les décisions et les actions qui influent sur leur santé.

«L'octroi de moyens d'agir peut être un processus social, culturel, psychologique ou politique qui permet aux individus et aux groupes sociaux d'exprimer leurs besoins, d'indiquer leurs préoccupations, de concevoir des stratégies en vue d'une participation à la prise de décision, et de mener une action politique, sociale et culturelle en vue de satisfaire ces besoins. Grâce à ce processus, les individus constatent une meilleure correspondance entre leurs buts dans la vie et une idée de la façon de les atteindre, ainsi qu'un lien entre leurs efforts et les résultats obtenus dans l'existence. La promotion de la santé comprend des actions visant non seulement à renforcer les aptitudes fondamentales utiles dans la vie et les capacités des individus, mais également à influencer les conditions sociales et économiques de base et les environnements physiques qui ont des effets sur la santé. Dans ce sens, la promotion de la santé vise à créer des conditions plus favorables à l'existence d'une relation entre les efforts des individus et des groupes et les résultats ultérieurs en matière de santé de la façon décrite plus haut. On établit une distinction entre l'octroi de moyens d'agir à un individu et à une communauté. En ce qui concerne l'individu, les moyens d'agir désignent avant tout l'aptitude à prendre des décisions sur sa vie personnelle et à maîtriser celle-ci. Une communauté dispose de moyens d'agir lorsque les individus agissent collectivement pour obtenir une plus grande influence et une maîtrise accrue sur les déterminants de la santé et la qualité de la vie dans leur communauté; l'obtention de moyens d'agir par une communauté est un important but de l'action communautaire pour la santé.» (OMS 1999, 7).

⁸ «Toute initiative issue de personnes, de groupes communautaires, d'une communauté (géographique, d'intérêt, d'identité) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun.» (Lamoureux *et al.* 2002,4).

⁹ À consulter sur le site <http://www.partizipation.at/gemeinwesenarbeit.html>.

Annexe 2: Échelle de participation citoyenne d'Arnstein

TABLEAU 3

Échelle de participation citoyenne

Type de participation	Action	Définition
Pouvoir effectif	Le contrôle citoyen	À ce niveau, les citoyens ont le pouvoir de décider, ils acquièrent le contrôle complet et sont capables de négocier les conditions sous lesquelles les personnes contestataires pourraient influencer les décisions. Ils sont complètement autonomes.
	La délégation de pouvoir	Par délégation des autorités, les citoyens acquièrent une autorité dominante sur les décisions.
	Le partenariat	La prise de décision se fait à partir de processus de négociation entre les citoyens et les détenteurs du pouvoir. Les parties deviennent responsables des décisions à travers des structures regroupant les parties.
Coopération symbolique	La nomination	À ce niveau, les citoyens commencent à exercer une certaine influence. Ils sont autorisés et invités à donner des conseils et à faire des propositions, tout en laissant ceux qui ont le pouvoir les seuls juges de la légitimité et de la faisabilité des conseils formulés.
	La consultation	À ce niveau, les citoyens sont consultés, par exemple à travers des enquêtes d'opinion ou des auditions publiques. Toutefois, la consultation n'assure pas aux citoyens que leurs préoccupations et leurs idées seront prises en compte.
	L'information	À ce niveau, les citoyens reçoivent des informations justes, sans qu'ils puissent donner leur avis. On privilégie ici une information à sens unique des autorités vers les citoyens sans retour possible, ni pouvoir de négociation.
Non participation	La manipulation	L'objectif visé est de manipuler les citoyens pour obtenir leur appui. Il s'agit d'une participation qui vise à obtenir le soutien du public au profit de ceux qui détiennent le pouvoir.

Source: Arnstein, reproduit par Hyppolite & Parent 2017, 188

Wankdorfallee 5, CH-3014 Berne
Tél. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Lausanne
Tél. +41 21 345 15 15
office.lausanne@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch
www.promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch