



HAL
open science

Recherche-action émancipatrice sur la participation des habitant.es de quartiers populaires à l'élaboration d'actions d'information en santé

Thomas Kirszbaum

► **To cite this version:**

Thomas Kirszbaum. Recherche-action émancipatrice sur la participation des habitant.es de quartiers populaires à l'élaboration d'actions d'information en santé. Agence régionale de santé d'Ile de France. 2023. hal-04180674

HAL Id: hal-04180674

<https://hal.science/hal-04180674>

Submitted on 13 Aug 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Agence régionale de santé Île-de-France
LaFédé

**Recherche-action émancipatrice
sur la participation des habitant.es
de quartiers populaires à l'élaboration
d'actions d'information en santé**

Rapport final

Avril 2023

Régis Cortesero (chercheur au laboratoire PAVE)
et Thomas Kirszbaum (chercheur associé au Ceraps)

SOMMAIRE

Introduction	3
Première partie : Contexte et cadre méthodologique de la recherche-action	7
1) Une « recherche-action émancipatrice »	10
2) Retour sur la phase 2 : méthode et déroulé de la démarche.....	12
3) Principaux résultats de la phase 2 et problématique de la phase 3 : l'inégalité des capacités en santé	17
4) Observation et évaluation des projets : de l'expérimentation locale aux enseignements transversaux	22
Deuxième partie : Approche monographique de l'évaluation des cinq projets	27
1) « Groupes d'auto-support » - Pantin - Quartier : Les Courtilières	28
2) « Écoutez-moi, docteur! » - Champigny-sur-Marne - Quartier du Bois-l'Abbé.....	44
3) « Campagnes de prévention thématiques » - Nanterre - Quartier : Petit Nanterre.....	57
4) « Projet de coopérative alimentaire couplée à l'information nutritionnelle » - Espace 19 – Quartiers : Paris 19ème	70
5) « Une application pour smartphone » - Rosny-sous-Bois - Quartier : La Boissière.....	84
Troisième partie : Les enseignements transversaux	89
1) Les démarches ont-elles été ascendantes ?	90
2) En quoi les projets ont-ils permis de réduire les inégalités de capacités ?	97
Conclusion générale	108
Annexe : grilles d'évaluation	112

Introduction

Ce rapport présente les résultats d'une démarche de recherche-action initiée par LaFédé depuis 2016 avec le soutien de l'Agence régionale de santé. Si cette action portait à ses débuts sur le rapport à la santé des habitant.es des quartiers populaires, son objet a été resserré autour de la problématique de l'information et de la prévention : comment les messages de prévention, élaborés dans la proximité, sont-ils reçus et mis en œuvre par ces habitant.es ?

La démarche a suivi trois étapes. La première, conduite en 2016-2017, a consisté en une enquête participative adossée aux associations de médiation franciliennes adhérentes de LaFédé. Des groupes d'habitant.es ont été réunis par les associations afin d'évoquer les questions qui les préoccupaient en matière de santé. Au terme de cette première étape, il est apparu que la prévention et l'information rencontraient des obstacles importants, le message de prévention formulé par les institutions ne parvenant pas toujours à pénétrer les réseaux de diffusion dans lesquels la plupart des habitant.es s'informent. En outre, les messages institutionnels apparaissaient peu adaptés aux conditions et modes de vie de ces populations aux prises avec des difficultés économiques, confrontées aux inégalités territoriales d'accès aux droits et à la santé, ainsi qu'à des barrières culturelles et linguistiques.

Parallèlement, les témoignages d'habitant.es ont permis de mettre en lumière l'importance des réseaux horizontaux et interpersonnels dans la circulation et l'appropriation des informations de prévention. Celles-ci sont plus effectives lorsque l'information provient d'interlocuteur.ices qu'ils.elles connaissent, avec lesquels ils.elles établissent de véritables interactions, et en qui ils.elles ont confiance (voisin.es, médecins de famille, proches, associations, PMI, etc.)

Les deux étapes suivantes visaient à systématiser ces premiers résultats dans une logique de « recherche-action émancipatrice » (RAE). Cette méthode a été choisie pour sa cohérence avec les premiers résultats. Elle consiste à co-construire la recherche avec les personnes concernées, contrairement aux démarches descendantes où « solutions » et « dispositifs » sont élaborés par des institutions distantes des populations, sur la base d'un « diagnostic » réalisé par des « experts ». La RAE positionne au contraire les usagers comme les premiers experts de leur condition sociale, et comme les premiers producteurs de solutions adaptées à leurs attentes et à leurs contraintes.

En rendant les principaux concernés co-auteurs des savoirs sur leur situation et des actions susceptibles de l'améliorer, cette démarche vise aussi l'accroissement de la capacité de participation, c'est-à-dire du pouvoir d'agir des personnes concernées, en les aidant à se constituer et s'organiser en citoyen.nes capables d'analyser et de faire évoluer leurs rapports avec les institutions.

La démarche s'inscrit plus largement dans un courant de pratiques et d'orientations, institutionnelles ou associatives, visant à rapprocher les institutions et les usagers, et à accroître l'ouverture et la réactivité des politiques publiques aux demandes et besoins des habitant.es en les rendant acteur.ices de la conception des dispositifs qui leurs sont destinés.

La première phase de la RAE s'est déroulée en 2019. Elle a consisté en un travail de co-construction du protocole de recherche-action avec les habitant.es de 5 sites franciliens sélectionnés en raison des dynamiques susceptibles de s'y développer :

- ❖ Rosny-Sous-Bois : quartier de la Boissière
- ❖ Nanterre : quartier du Petit Nanterre
- ❖ Champigny-sur-Marne : quartier du Bois-l'Abbé
- ❖ Pantin : quartier des Courtilières
- ❖ Espace 19 : ensemble des quartiers de la politique de la ville (QPV) du 19e arrondissement.

L'objectif était d'élaborer avec les principaux concernés, en l'occurrence des habitant.es mobilisé.es par les associations de médiation locales, un ensemble de constats, d'analyses, d'hypothèses et de propositions capables de consolider des projets concrets qui auraient ensuite le statut d'expérimentations dans le processus global de recherche. Pour ce faire, des séances de travail ont été organisées sur chacun des sites, visant à accompagner les participant.es dans une réflexion par étapes, de l'élaboration de constats jusqu'à la formulation d'un projet.

Deux séries d'hypothèses ont pris forme au terme de cette démarche. La première concerne les obstacles à l'efficacité de l'information-prévention en santé. Tout au long de leurs discussions, les habitant.es ont souligné que l'efficacité des messages de prévention ne dépendait pas seulement d'eux.elles et de leurs compétences (littéracies) pour le comprendre et le décrypter. Sans éluder cette dimension, ils.elles ont également identifié une série d'obstacles qui finissent par rendre ces messages inaudibles. Ces obstacles découlent des multiples inégalités d'accès qui jouent en leur défaveur dans les quartiers populaires : barrières de la langue ; éloignement géographique, mais aussi social et culturel de l'offre médicale ; démographie médicale déficitaire et difficulté à obtenir un médecin traitant, d'où des soins moins remboursés et un recours plus fréquent aux urgences ; non-prise en compte des habitudes culturelles dans les préconisations en matière de prévention ; inadaptation des messages de prévention nécessitant des ressources numériques que ne possèdent pas toujours les habitant.es ; inaccessibilité des pratiques de consommation conformes aux critères de qualité formulés dans les messages de prévention (par exemple les produits bios)...

Forgée par Amartya Sen, la notion de « capacité » résume cette première série d'hypothèses. Elle désigne les possibilités réelles offertes aux individus de s'approprier et d'atteindre un objectif. Les capacités sont égales lorsque les individus disposent de possibilités égales de réaliser les fins qu'ils se donnent, de convertir leur liberté en réalisations effectives. La critique de l'information-prévention proposée par les habitant.es peut être facilement inscrite dans ce cadre théorique : l'information en matière de santé, nous disent-ils.elles, assigne des fins sans réellement se préoccuper des moyens et des conditions concrètes permettant de les atteindre.

La seconde série d'hypothèses concerne les moyens de réduire cette inégalité des capacités qui défavorise les habitant.es des quartiers populaires en matière de prévention. Il s'agit d'hypothèses opérationnelles identifiant des « leviers d'action », des mécanismes de changement social sur lesquels il est possible de s'appuyer pour élaborer et conduire les projets. Les discussions au sein des groupes sont venues conforter l'hypothèse transversale posée au début de la démarche, tout en l'affinant et en la développant. Selon cette hypothèse, les défaillances de l'information et de la prévention ne peuvent être correctement prises en charge que dans le cadre d'une démarche ascendante, ancrée dans des mobilisations locales, permettant à l'information de s'inscrire dans les réseaux de proximité des usagers d'une part, et rendant possible d'autre part une meilleure adéquation entre le message et son destinataire en ouvrant un espace de co-construction de ce message.

Les projets déployés dans les 5 quartiers précités déclinent de manière variée cette hypothèse. Ces cinq projets ont été proposés au terme de la phase de préfiguration. Ils ont ensuite été consolidés par les professionnel.les et les chercheurs, qui ont finalisé cinq fiches-projets.

La troisième phase, qui s'est ouverte au printemps 2020, a été consacrée à la mise en œuvre des projets. Dans la logique de la recherche-action, elle correspond à l'étape de l'expérimentation, au moment où sont mises à l'épreuve les hypothèses analytiques et opératoires issues de la phase 2. Dans cette troisième phase, un protocole d'évaluation cohérent avec les objectifs de la recherche-action a été développé.

Ce sont les résultats de cette démarche, achevée à l'automne 2022, que présente ce rapport. Une première partie revient sur le contexte, le déroulé et les hypothèses de la RAE, et présente la méthodologie de façon plus détaillée. La seconde partie rend compte des monographies effectuées sur chacun des sites, qui ont constitué le cœur de la démarche d'évaluation. Enfin, une troisième partie propose une analyse transversale et tente de dégager les enseignements qu'appellent les expérimentations menées sur chacun des sites : ont-ils augmenté les capacités des habitants en respectant une démarche ascendante de co-construction ? celle-ci a-t-elle permis une meilleure appropriation et une meilleure mise en œuvre du message de prévention ?

Première partie

**Contexte et cadre méthodologique de
la recherche-action**

La démarche de consultation d'habitant.es de quartiers populaires en matière de santé a été initiée par LaFédé dans le cadre de sa participation à l'élaboration du Plan régional de santé (PRS) 2018-2022. L'enquête, réalisée grâce à un partenariat avec l'ARS, a permis de mettre au jour l'importance des réseaux horizontaux et interpersonnels dans la circulation et l'appropriation des informations : les habitant.es seraient davantage susceptibles de prendre en compte les informations en matière de santé et de prévention lorsque celles-ci proviennent de professionnel.les de santé qu'ils.elles connaissent et en qui ils.elles ont confiance, par opposition aux canaux impersonnels et descendants tels que les campagnes d'affichage ou celles qui sont véhiculées par les médias.

Les résultats de cette enquête ont conduit l'ARS et LaFédé à imaginer un approfondissement sous la forme d'une recherche-action émancipatrice permettant de tester des hypothèses de portée générale, inspirées par cette première étape, dans le cadre de la conception et la mise en œuvre de projets concrets par des groupes d'habitant.es mobilisés dans des quartiers ciblés. L'objectif de cette démarche est de tester l'hypothèse d'une plus grande efficacité de l'information santé lorsqu'elle est co-construite avec les habitant.es dans le cadre de liens de proximité.

Le cadre méthodologique retenu pour la recherche-action consiste non seulement à suivre le déroulement des projets effectivement mis en œuvre, mais aussi de les assortir d'un protocole d'observation et d'évaluation permettant de saisir les processus sociaux et organisationnels sous-jacents à leurs réussites et à leurs échecs, c'est-à-dire aux transformations sociales qu'ils suscitent ou non au plan local. Ce faisant, la démarche de recherche-action vise la production d'enseignements de validité plus générale, de principes et de canevas de bonnes pratiques capables d'éclairer de façon plus transversale l'ingénierie sociale de dispositifs tournés vers l'information et la prévention santé dans le contexte des quartiers populaires.

1) Une « recherche-action émancipatrice »

La démarche mise en œuvre a tenu compte du contexte et de la dynamique institutionnelle où elle prend place, et notamment au cadrage de l'axe 4 du PRS « Permettre d'agir sur sa santé et de contribuer à la politique de santé ». Cet axe appelle à « *Impliquer les citoyens dans la prise en charge de leur santé à travers des actions d'empowerment individuel* » et à « *élaborer, co-construire et suivre des programmes et politiques de santé avec les citoyens* ».

Ce cadre général invite à se tourner vers un courant particulier de la recherche-action, la *recherche-action-participative*, développé initialement en Amérique Latine sous l'influence du philosophe et pédagogue brésilien Paulo Freire et l'impulsion du sociologue colombien Orlando Fals Borda. Cette école vise la co-élaboration d'une pensée critique populaire à partir des savoirs des principaux concernés, dans une perspective d'*empowerment* et de participation des personnes au changement social. Elle s'écarte de la recherche traditionnelle en visant la production de savoirs *agissants*, capables d'orienter l'action avec les personnes concernées. Elle s'écarte aussi de pratiques telles que le « diagnostic » ou « l'enquête sociale », en ce qu'elle vise *l'accroissement de la capacité de participation et du pouvoir d'agir des personnes concernées*, en les aidant à se constituer et s'organiser en

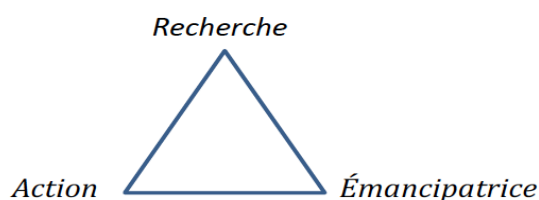
citoyens capables d'analyser et de faire évoluer leur situation sociale en interaction avec les institutions¹.

Les résultats de la première phase de la recherche ont été publiés dans le rapport « Paroles des habitantes et des habitants sur la santé - Participation à l'élaboration du PRS-2 » remis à l'ARS Ile-de-France en 2019. Les deux étapes suivantes ont cherché à respecter le cadre général de la RAE que l'on peut résumer par l'articulation de trois exigences :

- ❖ *Scientifique* : respecter les critères de validité d'une démarche de recherche, dont la logique repose sur le triptyque « hypothèse/observation/expérimentation ». En recherche-action, la validation des hypothèses repose sur le succès ou l'échec des actions suscitées et expérimentées dans le cadre de la démarche, plutôt que sur le classique protocole d'observation élaboré dans toute recherche en sciences sociales. L'action (les projets proposés) a le statut d'une expérimentation à l'intérieur d'un raisonnement et d'une logique expérimentale. Un temps d'initiation à la logique de recherche à destination des médiatrices des 5 associations a été proposé lors de la première réunion plénière, afin de les familiariser au cadre et à la logique de raisonnement que nous allons mettre en œuvre ensemble.
- ❖ *Opérationnelle* : la démarche supposant la production des projets concrets, les principaux critères de la méthodologie de projet ont été rappelés tout au long des travaux.
- ❖ *Emancipatoire* : la recherche-action a vocation à renforcer le pouvoir d'agir des usagers/habitant.es. Elle doit donc être attentive à leur autonomie dans la prise de décision, au développement de leur conscience critique, à la montée en généralité de leur analyse des situations-problèmes, ainsi qu'au caractère collectif de la conscience et de l'action prenant forme au fil de la recherche (« nous » plutôt que « je »).

Ce cadre épistémologique, qui a été proposé et défendu tout au long de la démarche, peut-être résumé à l'aide du schéma suivant :

- Une **question** portant sur des choses *observables*
- Des **hypothèses falsifiables**
- Un **plan d'expérimentation** qui répond aux hypothèses



Élaborer une stratégie d'action :

- Quelle situation-problème ?
 - Qui concerne qui et pourquoi ?
 - Quel est l'objectif : qui et quoi veut-on transformer ?
 - Avec qui ? Avec quelles ressources (compétences ; bonnes volontés...) ? Avec quelles faiblesses ?
 - Qui fera quoi ?
 - Avec quels moyens ?
 - Comment les résultats seront-ils évalués ?
- Les **usagers décident** (participation).
 - Ils **dépassent leur sentiment d'infériorité** et d'être « responsables » de leurs problèmes.
 - Ils développent une **conscience critique de ce qui les infantilise**, des situations où ils sont traités comme des « mineurs ».
 - Ils **renforcent leur pouvoir d'agir collectif**, leur capacité à énoncer leur volonté et à la faire valoir dans l'action ou auprès des institutions.

¹ G. Solinís, « Anciens et nouveaux enjeux pour la recherche-action », in C. Verschuur et al. (dir.), *Genre, mouvements populaires urbains et environnement*, Cahiers genre et développement, 2007.

Cette représentation schématisée, utilisée lors du temps de formation des médiatrices, résume les différentes exigences auxquelles la démarche doit répondre, ainsi que les principales opérations qui devaient être réalisées lors de cette phase de préfiguration des actions.

2) Retour sur la phase 2 : méthode et déroulé de la démarche

a) Objectifs

L'objectif de la seconde phase de la recherche-action, qui faisait suite au travail d'enquête mené par LaFédé lors de la première phase, était d'élaborer avec les principaux concernés (les habitant.es mobilisé.es par les associations de médiation locales) un ensemble de constats, analyses, hypothèses et propositions capables de consolider des projets concrets qui auraient le statut d'expérimentations dans le processus global de recherche.

Sur le plan méthodologique, il s'agissait d'accompagner les habitant.es dans un cheminement en 3 étapes :

1. *État des lieux* : se donner une représentation la plus précise possible de la situation actuelle : où en est-on de l'information de proximité en matière de santé dans les quartiers populaires ? La question concernait le système d'action élargi où cette information circule et les conditions concrètes dans lesquelles elle circule.
2. *Construction de la problématique et des questions pertinentes* : avec les usagers, nous avons cherché à construire :
 - *Une problématique*, c'est-à-dire un jeu de questions logiquement reliées entre elles qui circonscrivent le problème posé.
 - *Un ensemble d'hypothèses*, qui expliquent la situation, mais qui énoncent également les leviers et modalités d'action dont on suppose qu'ils permettront de faire évoluer le problème.
3. *Opérationnalisation de la problématique* : on définit, avec les usagers, les outils, stratégies et actions qui permettront de mettre à l'épreuve des faits les hypothèses élaborées à l'étape précédente. C'est le résultat de l'action, c'est-à-dire le changement qu'il a permis d'impulser, qui permet de « tester » les hypothèses. Cette étape d'opérationnalisation doit donc déboucher sur la définition de projets d'action capables de « prouver » que l'analyse et les hypothèses élaborées lors des séances précédentes sont justes. À ce titre, ces actions doivent être évaluables de manière méthodique.

b) Organisation et animation

À la demande de la Fédé et des chercheurs, les associations locales ont mobilisé leurs usagers dans 5 sites :

- ❖ Rosny-sous-Bois : quartier de la Boissière
- ❖ Nanterre : quartier du Petit Nanterre
- ❖ Champigny-sur-Marne : quartier du Bois-l'Abbé

- ❖ Pantin : quartier des Courtillières
- ❖ Espace 19 : (QPV 19e)

Sur chacun des sites, trois séances de travail d'une demi-journée ont été organisées. Ces séances suivaient un découpage logique inspiré des étapes décrites à l'instant. Chacune des trois séances était ainsi consacrée à un « moment » de la démarche. Elles ont été présentées aux participant.es de la manière suivante :

- ❖ État des lieux (1ère séance) : quelles sont les questions qui ressortent ? Quelles sont les « situations-problèmes » en matière de prévention et d'information sur les questions de santé ?
- ❖ Analyse et hypothèses (2ème séance) : ce qui explique la situation ; les « causes » sur lesquelles on pourrait agir pour traiter la situation-problème.
- ❖ Stratégies d'action (3ème séance) : quelle action semble prioritaire au vu des objectifs que nous nous fixons ? Comment allons-nous la mettre en œuvre et avec qui ? Comment allons-nous l'évaluer ?

Afin de guider la réflexion des habitant.es, il leur été proposé de décomposer les questions et les problèmes, et de les traiter de façon séquentielle, selon des principes inspirés de la méthode de l'entraînement mental. L'animation alternait entre :

- ❖ Des temps de présentation par les chercheurs et les animateur.ices (objectifs, méthode).
- ❖ Des debriefings « à bâton rompu » en grand groupe (les effectifs étaient assez hétérogènes, les groupes rassemblant selon les cas entre 6/7 et une vingtaine de personnes).
- ❖ Des temps de travail par petits groupes.
- ❖ Des temps de restitution des travaux par petits groupes, suivis de discussions collectives.

Les canevas de « guidance » de la réflexion collective obéissaient aux objectifs respectifs de chacune des trois séances².

Séance 1 (État des lieux) :

(En grand groupe) Rappel des constats dressés lors de l'enquête « paroles d'habitant.es » :

- ❖ A partir des thématiques qui sont déjà notées, les participant.es soulignent celles qui leur semblent prioritaires et celles qui paraissent plus secondaires ou plus éloignées de leurs préoccupations.
- ❖ Des questions de compréhension peuvent être posées : il s'agit d'affiner ensemble la thématique pour entrer progressivement dans des questions plus concrètes (quel est le problème ? comment se manifeste-t-il ? quelle est son importance ?)

² Cette présentation n'est qu'indicative ; dans les faits, diverses variantes ont été adoptées selon la dynamique et la composition de chaque groupe.

- ❖ Si la liste leur paraît incomplète, les habitant.es sont invité.es à inscrire d'autres sujets sur un tableau, en veillant à les classer par ordre de priorité avec l'aide des animateur.ices.
- ❖ A l'issue de ce travail, nous demandons à chaque personne de noter sur un post it la thématique la plus importante pour elle. Nous nous servons ensuite de cette production personnelle pour constituer des sous-groupes thématiques qui seront utilisés lors de la deuxième séance.

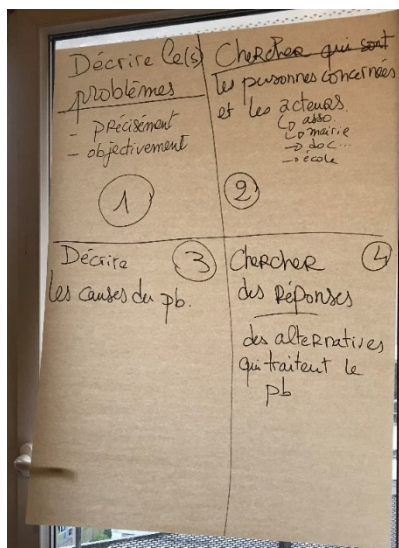
Séance 2 (Analyse et hypothèse) :

Les participant.es forment des petits groupes. Ceux-ci prennent en charge l'un des sous-thèmes définis lors de la séance 1.

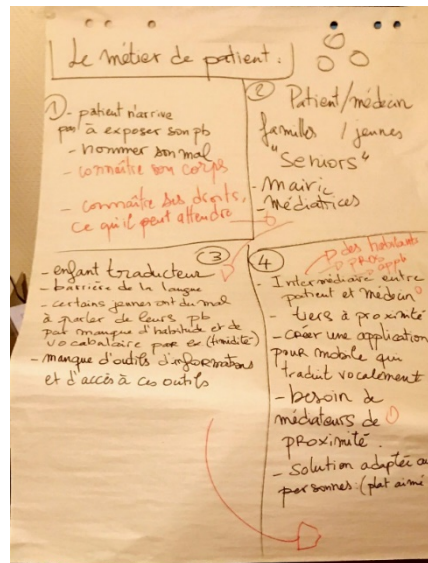
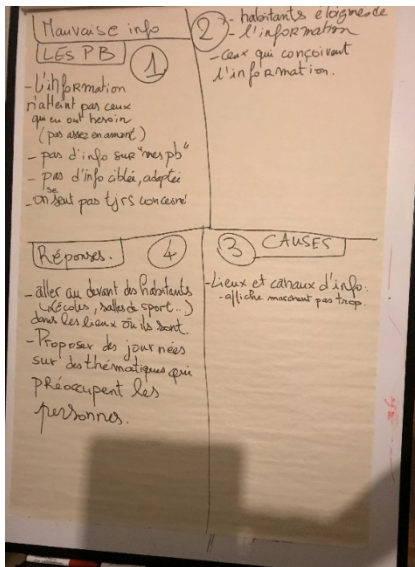
Instruction est donnée de tenter de répondre à 4 questions :

- ❖ Décrire le problème le plus précisément possible avec objectivité, rester factuel.
- ❖ Identifier les acteur.ices concerné.es et impliqué.es (concerné = qui est touché directement dans son existence par toute décision prise en lien avec le sujet évoqué ; impliqué = qui a un lien avec la situation de par sa position professionnelle, sociale ou encore sa proximité avec les personnes touchées).
- ❖ Énumérer les causes probables du problème.
- ❖ Imaginer des alternatives au problème.

La consigne était affichée afin que chaque groupe puisse s'y référer et la suivre de façon graduelle :

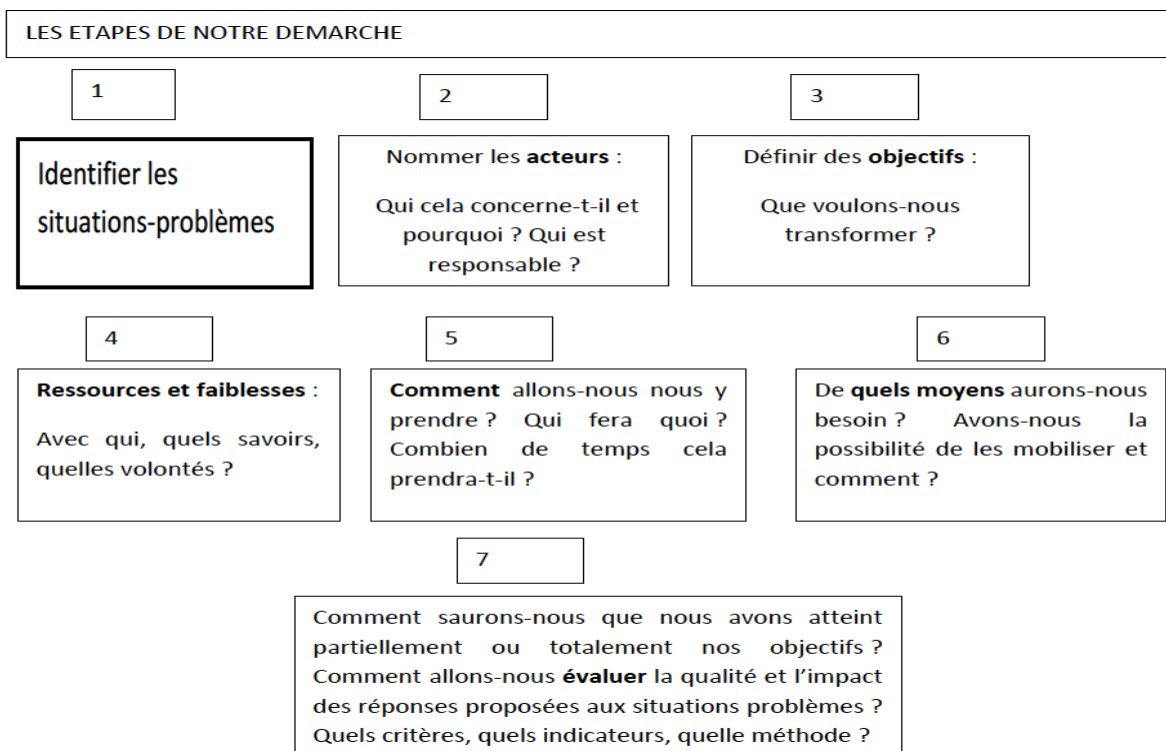


Quelques exemples de production des groupes :



Séance 3 (préfiguration des projets) :

La dernière séance devait cumuler les acquis des séances antérieures, pour aller s'orienter vers la définition de projets pré-opérationnels. Le schéma ci-après a permis de cumuler les acquis antérieurs dans un cheminement d'ensemble inspiré de la méthodologie de projet, invitant les participant.es à préciser leur projet dans la continuité de leur problématique, tout en réfléchissant aux moyens requis pour sa mise en œuvre, ses conditions de réussite. Il s'agissait aussi d'esquisser quelques pistes d'indicateurs de réussite afin de rendre le projet évaluable.



Exemple de restitution du travail d'un groupe thématique en phase 2 :

1	Situations problèmes	Qualité des produits / emballage / l'environnement
2	Acteurs	la bouffe, magasins en ligne, médicamenteux, familles, distributeurs, Industrie, pouvoirs publics
3	Objectifs	Accéder aux produits → de qualité en circuit court (fruit, légumes, qualité) / pas tiers (point de vente) / savoir s'en servir: matière etc. (logistique?)
4	Ressources / Faiblesses	Diversité de besoins (familles, personnes âgées...) / disponibilité des infrastructures d'approvisionnement / Quelle logistique?
5	Comment on fait	1 lieu ouvert (des recettes) quelques dix semaines par semaine? → Relat. patients "maje à bouffe" / Une étude sur modèle "CMAJ" de TdA / patients / puis d'étude de quantification pour promouvoir les actions
6	Quels moyens	local / volontariat / un professionnel référent
7	Évaluation	Que le lieu soit un "lieu ressource" avec des conseils, de la convivialité, des ateliers → prendre le temps d'expliquer ⇒ que la personne présente simplement

3) Principaux résultats de la phase 2 et problématique de la phase 3 : l'inégalité des capacités en santé

Les résultats des travaux des groupes ont dépassé la thématique « étroite » de l'information/prévention. Les habitant.es ont eu à cœur d'évoquer d'autres dimensions, telles que les inégalités en matière d'offre de services de santé, perçues comme défavorables aux habitant.es des quartiers populaires. Ces thèmes parallèles n'ont pas été retravaillés, mais afin de tenir compte de la frustration des habitant.es, nous leur avons proposé de les mentionner dans les documents de restitution de l'étude.

L'objectif de la démarche était de proposer des projets. Ceux qui ont été finalement retenus ne rendent pas non plus justice à l'ensemble des analyses et des réflexions conduites au sein des groupes. Mais toutes n'ont pas débouché sur l'élaboration de projets, faute d'idées, de ressources, d'inspiration, face au constat que « tout n'est pas possible »...

Aussi peut-on distinguer deux types de résultats qui forment une sorte d'entonnoir. Le premier concerne le savoir produit par les participant.es sur la question de l'information santé de façon générale. Le second représente la part de ce savoir qui irrigue effectivement les projets retenus, son extension et son approfondissement liés à l'exercice préfiguratif de la conception d'une action.

a) La relation malade/médecin comme entrave à l'accès à l'information

Si l'on s'en tient aux échanges au sein des groupes, sans éluder ceux qui n'ont pas abouti à l'écriture d'un projet, il convient de souligner l'importance que les participant.es accordent à la qualité de la relation entre malade et médecin dans la circulation de l'information. Pour les personnes rencontrées, le médecin reste le premier pourvoyeur d'information en matière de santé.

Les problèmes d'information-prévention sont alors associés à un trouble dans la relation malade/médecin. La mise en confiance et l'accessibilité du médecin sont les pré-conditions d'une relation fructueuse qui, trop souvent, aux yeux des personnes rencontrées, font défaut : « *Le soin c'est d'abord avec la parole : moi je lui dis "il faut parler avec un autre langage" (...). "Le médecin qui rigole avec toi, qui parle, tu sors t'es guéri" ».*

Cette figure du « bon médecin » cède le pas devant les déconvenues rapportées par d'autres participant.es : « *ils prennent pas le temps d'expliquer (...). Mais maintenant même au centre de santé, ils prennent 10 minutes, ils prennent pas le temps (...). Ils ont trop de travail et ils sont pas assez à l'écoute ».*

Le lien de confiance rompu et la défiance apparaissent plus particulièrement lorsque le médecin habituel prend sa retraite et qu'il faut reconstruire une relation rassurante avec son successeur ou un de ses concurrents :

« Quand on a un médecin qui part en retraite, la difficulté c'est de reconstituer des liens de confiance avec un nouveau médecin. Les jeunes médecins ne sont pas "capables" avec les gens de la cité, c'est-à-dire de faire beaucoup d'heures en prenant le temps avec chaque patient. La qualité de l'échange, elle était avec l'ancien médecin. Le problème c'est que, comme il faut un médecin traitant, on peut pas trop tâtonner. L'importance de la qualité d'accueil : sentir qu'on peut s'asseoir, l'ancien parlait politique... Deux médecins qui prescrivent la même chose, l'important c'est la qualité de l'accueil et de la relation. Dire "c'est un virus tac" ça suffit pas ! »

De façon plus transversale, outre la valorisation et la proximité (un médecin auquel on fait confiance est aussi un médecin que l'on connaît et que l'on consulte depuis longtemps...), les propos démontrent la prégnance d'une « crise du savoir expert », d'un pouvoir médical « malade »... Les habitant.es n'accordent pas de confiance *a priori* à la parole du médecin, sujette à de multiples suspicions :

- ❖ Sur la réalité de la compétence (« *Souvent ils prescrivent des pilules miracle, mais en fait ils savent pas ce qu'on a »*).
- ❖ Sur les motivations « mercantiles » des étudiant.es en médecines et la volonté de « faire du chiffre » une fois installé.es (« *Il y a des médecins qui profitent : ils vont faire le soin alors que la dent a pas besoin »*).

La demande d'humanisation, d'écoute.... remonte également le fil d'une analyse des conditions d'exercice et de formation des médecins :

- ❖ « *Par manque de temps, ils privilégient le somatique pur* » au détriment du dialogue et de l'écoute.
- ❖ « *Dans les organismes de formation des médecins, la dimension "communication avec le patient" est absente* ».

Finalement, c'est un refus plus large de l'asymétrie de la relation entre patient.e et médecin qui s'exprime. En tant que patient.es, les habitant.es sont en demande d'un rééquilibrage, d'une reconnaissance de leurs propres compétences, d'une participation, d'une co-construction de la consultation. Ainsi certain.es participant.es ont-ils.elles décrit le médecin comme un homme de pouvoir « *instruit, qui pense qu'on ne comprendra pas* ». Leurs savoirs « déjà-là » sont, de leur point de vue, ignorés et méprisés, ce qui constitue une manière de

les déqualifier dans la relation, de refuser de les considérer comme des interlocuteur.ices à part entière et comme les véritables « sujets » de leur corps et de leurs affections :

- ❖ « *Les médecins sont fermés aux médecines naturelles, ils refusent quand on propose. Ils ne nous considèrent pas comme force de proposition. Par exemple lorsqu'on propose de substituer de l'ail ou de l'oignon à l'antibiotique* ».
- ❖ « *[Les médecins] imposent des vaccins, mais ils manquent de transparence parce qu'on sait qu'ils sont pas tous obligatoires, mais ils le disent pas* ».

Bref, alors que le médecin est considéré comme le principal pourvoyeur d'information, sa posture en surplomb, son attitude d'expert excluant le profane du champ de son savoir, vient faire obstacle à la construction d'une véritable interlocution propice à la mise en circulation de l'information médicale.

b) Les failles de l'information-prévention : de la littéracie aux capacités

Le déficit d'information et de connaissance des habitant.es en matière de santé a été souligné lors des échanges dans les groupes de travail. S'ils n'emploient évidemment pas le terme, le constat s'impose aux habitants que la *littéracie* en santé serait défailante dans leur quartier.

Si ces constats ont été partagés dans les différents groupes, leur analyse par les participant.es peut être résumée à l'aide du concept de *capabilité* proposé par l'économiste et philosophe indo-américain Amartya Sen. Ce concept désigne non pas seulement la liberté de poursuivre un objectif, mais également les possibilités réelles offertes aux individus d'atteindre cet objectif. Raisonner en termes de capabilité interdit de séparer les fins et les moyens : les capacités sont égales lorsque les individus disposent des possibilités égales de réaliser les fins qu'ils se donnent, de convertir leur liberté en réalisations, en fonctionnements effectifs³.

Les habitant.es rencontré.es instruisent donc une critique de l'information-prévention en matière de santé qu'on peut synthétiser à l'aide de cette distinction entre liberté de poursuivre un objectif et possibilité réelle de réaliser cet objectif : l'information en matière de santé fixe des fins sans réellement se préoccuper des moyens, des conditions effectives permettant de les atteindre. Les défauts de la *littéracie* en santé des habitant.es des quartiers provient d'une inégalité des *capabilités* qui les défavorisent.

En s'en tenant aux critiques qui fondent les projets inclus dans la recherche-action, plusieurs dimensions se dessinent :

- ❖ La plus récurrente est celle d'une non prise en compte des possibilités de réception et de compréhension du message de prévention en raison de la barrière de la langue. Beaucoup d'habitant.es des quartiers populaires, d'origine allophone, maîtrisent peu ou mal le français, alors que les informations de prévention ne sont conçues que dans cette langue. Cette barrière de la langue se retrouve également à d'autres niveaux du parcours de soin, face au médecin ou au pharmacien : si le message peut avoir été compris (traduit par un proche, par exemple), il reste que la maîtrise insuffisante de la langue continue d'affecter la possibilité effective de mettre

³ A. Sen, *Repenser l'inégalité*, Paris, Seuil, 2000.

le message en application, par exemple par une démarche de dépistage qui se confrontera à des institutions n'utilisant que le français. C'est le groupe de Champigny-sur-Marne qui a poussé le plus loin cette réflexion, soulignant les risques de discrimination pesant sur les patients allophones, mais aussi la dimension vexatoire de l'asymétrie liée au manque de maîtrise de la langue, redoublant les obstacles liés à la relation malade/médecin évoqués plus haut. L'insécurité symbolique ressentie par ce type de patient.e risque alors d'inhiber les démarches de soin ou de prévention, en favorisant la tentation de l'évitement et du non-recours à un système de santé perçu comme hostile.

- ❖ *L'éloignement des institutions médicales* : « Eloignement » ne doit pas s'entendre uniquement au sens géographique, mais aussi au sens social et culturel. Dans le cas des habitant.es du Petit Nanterre, la restructuration de l'hôpital était ainsi vécue comme problématique parce que celui-ci symbolisait un service de santé de proximité, partie intégrante de la vie du quartier. L'accessibilité doit s'entendre au sens d'une disponibilité ici et maintenant du service de santé, d'une simplicité d'accès et pas seulement d'une possibilité d'accès « théorique ». Ce défaut d'accessibilité a également été décrit dans d'autres groupes comme un manque d'interlocuteur.ices, comme une difficulté à trouver « à qui parler ». L'absence d'interlocuteur.ice dans le voisinage immédiat, qu'il.elle soit ou non professionnel.le, est au cœur de cette perception d'un éloignement des services et des institutions médicales qui ne parviennent pas à « infuser » la vie quotidienne et les réseaux de sociabilité locaux. L'éloignement des institutions de santé a cette conséquence que l'information dont on manque ne sera pas non plus disponible auprès d'un.e voisin.e, d'un.e professionnel.le que l'on connaît, d'une association locale... de sorte que l'environnement proche ne rend pas « capable » en matière de démarches de santé.
- ❖ *L'inadaptation du message aux conditions de vie des habitants des quartiers* : par exemple, les grandes familles modestes voient leurs marges de choix fortement réduites en matière alimentaire du fait de budgets contraints, de même que la prise en compte des besoins de chacun des membres est d'autant plus problématique que la famille est grande : « *On peut pas préparer des plats séparés pour toute la famille* ». Les déficits en littéracie ne se limitent pas au seul domaine de la santé : la maîtrise des outils numériques (quand ils existent), par exemple, peut s'avérer insuffisante pour utiliser une plateforme de prise de rendez-vous sur Internet. Les possibilités effectives de réaliser l'objectif contenu dans le message s'en trouvent réduites.
- ❖ *Cette inadaptation du message de prévention peut être aussi sociale et culturelle* : le message de prévention dans le champ alimentaire, par exemple, n'aborde l'alimentation que sous sa seule dimension nutritionnelle. Or, l'alimentation recouvre d'autres enjeux : plaisir, partage, moments de vie en famille, etc. De même, les pratiques et habitudes alimentaires varient selon les cultures. La question des menus et des ingrédients n'est pas neutre socialement et culturellement. Les messages restent pensés et conçus selon les pratiques d'une aire culturelle déterminée, risquent alors d'être inaudibles ou décalés pour des habitant.es ayant récemment migré depuis des pays non européens. Là encore, les habitant.es rencontré.es ont souligné par cette observation l'inégale capacité à transformer le message en pratique effective, une inégalité qui leur est défavorable.

- ❖ Enfin, et toujours en matière alimentaire, la possibilité de se fournir en produits dont les qualités nutritionnelles répondent aux standards des messages de prévention, apparaît problématique aux yeux des habitant.es. Le groupe réuni par l'association Espace 19 à Paris a plus particulièrement travaillé sur les conditions de production et de vente imposées par l'industrie agro-alimentaire, qui favoriseraient un déficit « intéressé » de l'information des consommateur.ices, qui afficheraient des labels aux critères trop souples et dont le niveau de contrôle serait insuffisant, etc.

Dans tous ces cas, le message de prévention n'est pas critiqué quant à ses finalités, partagées par les habitant.es. Il apparaît simplement in-compréhensible ou inapplicable. Il est vécu comme une injonction « hors sol », arrivant d'en haut et ne proposant aucun « mode d'emploi » qui permettrait de s'en saisir véritablement.

La logique de cette critique est bien celle de l'approche par les capacités, qui pose la question des ressources que les institutions mettent effectivement à la disposition des personnes pour assurer l'accessibilité effective des objectifs qu'elles se donnent et que la société valorise ou estime légitimes. C'est une critique véritablement *sociale*, qui met en cause les fonctionnements et conditions sociales auxquels sont soumises les personnes, plutôt que les personnes elles-mêmes, leurs éventuelles défaillances, leur manque de compétence ou de motivation...

En ce sens, l'efficacité du concept de capacité pour décrire et condenser les analyses produites par les groupes atteste, jusqu'à un certain point, du succès de notre dispositif. Son objectif était émancipatoire : il visait *l'empowerment*, l'accroissement du pouvoir d'agir au sens d'une capacité à interpréter les problèmes vécus comme sociaux plutôt que comme psychologiques ou individuels, afin que les participant.es puissent envisager des solutions qui impliquent un changement social, la transformation de mécanismes institutionnels, plutôt qu'une improbable « réforme de soi »⁴. Les habitant.es veulent améliorer leur *littéracie* en santé, mais ils.elles estiment que cette amélioration requiert des institutions qu'elles les en rendent *capables*.

c) Les hypothèses opératoires : co-construction et mobilisation de proximité dans les cinq projets

L'inégalité des capacités est une hypothèse analytique : elle propose une explication transversale aux défaillances de l'information-prévention. Mais la démarche de recherche-action appelait aussi la formulation d'un autre type d'hypothèses, qui traitent non plus seulement de l'origine des problèmes, mais aussi des mécanismes de changement capables de les faire varier. Elles concernent donc les *leviers du changement*. Ces hypothèses, que l'on peut qualifier d'opératoires, fondent les projets d'action proposés et mis en œuvre par les groupes.

Comme on l'a déjà indiqué en introduction, ces mécanismes de changement relèvent de l'hypothèse transversale selon laquelle les défaillances de l'information et de la prévention ne peuvent être correctement prises en charge que dans le cadre d'une démarche ascendante, ancrée dans des mobilisations locales, permettant à l'information de s'inscrire dans les réseaux de proximité des usagers d'une part, et rendant possible d'autre part une

⁴ M-H. Bacqué, C. Biewener, *L'empowerment, une pratique émancipatrice*, Paris, La Découverte, 2013.

meilleure adéquation entre le message et son destinataire, en ouvrant un espace de co-construction de ce message.

4) Observation et évaluation des projets : de l'expérimentation locale aux enseignements transversaux

Dans la logique de recherche-action qui est la nôtre, la mise en œuvre des projets correspondait à l'étape de *l'expérimentation*, où les hypothèses analytiques et opératoires précédemment décrites ont été mises à l'épreuve.

La mise en œuvre des projets, si elle est par elle-même importante, notamment pour les habitant.es qui se sont mobilisé.es et qui s'y sont investi.es, visait donc un objectif qui les dépasse : produire un savoir plus général sur les processus à l'œuvre et les leviers d'action dans la diffusion et l'appropriation de l'information en santé et en prévention dans les quartiers populaires.

a) La mise en œuvre des actions inscrite dans une logique de recherche : valider les hypothèses

Dans le contexte de cette recherche-action émancipatrice, le statut de l'évaluation possède une signification différente de celle généralement admise en évaluation des politiques publiques ou en évaluation d'impact social. L'évaluation est ici partie prenante d'une démarche de recherche. Elle instrumente la phase de test d'hypothèses propre à toute démarche de recherche. Elle ne vise pas seulement à mesurer l'efficacité, l'efficacé ou l'impact d'un projet. Elle cherche également, sinon principalement, à valider le système d'hypothèses qui sous-tend le projet, et dont la portée est plus générale car portant sur des processus sociaux et des leviers de changement.

Les résultats de la recherche doivent par conséquent s'appuyer sur le résultat des évaluations afin d'en dégager des enseignements relatifs à notre hypothèse transversale sur la centralité des dynamiques horizontales et interpersonnelles dans la diffusion et l'appropriation de l'information, ainsi que sur l'importance de la coproduction de celle-ci avec les usagers afin que cette information soit appropriable et tienne compte des spécificités sociales et culturelles de ses destinataires.

Au niveau le plus général et le plus abstrait, notre hypothèse affirme que le renforcement du pouvoir d'agir des usagers permettra d'accroître leur « capacité » en matière de prévention-santé en leur donnant l'opportunité de faire varier certains des paramètres sociaux, contextuels et institutionnels dont dépend cette « capacité ». L'hypothèse répond à notre question de départ sur la diffusion et l'appropriation en reformulant les termes : *agir sur les capacités favorise-t-il l'amélioration de la littéracie en santé des habitants des quartiers populaires ?* Les réponses à cette question sont de nature à questionner l'ensemble des pratiques d'action publique dans le domaine de l'information et de la prévention.

Le protocole d'évaluation proposé vise donc bien, par-delà l'évaluation du succès de chaque projet, à traiter cette question.

b) Une évaluation « basée sur la théorie » pour chaque projet : principes et outils mis en œuvre

Parmi les diverses méthodologies de l'évaluation, nous avons donc opté pour *l'évaluation basée sur la théorie (Theory-Driven Evaluation)*. Selon l'ouvrage fondateur « *Evaluation research* », publié en 1972 par C. Weiss et B. Worthen, il s'agit d'analyser l'impact d'un programme en vérifiant les liens de causalité qui constituent les jalons de sa « théorie d'intervention »⁵. Cette approche est généralement prescrite lorsque la nature du programme ne permet pas de mobiliser un « contrefactuel » (ou « groupe-témoin ») pour apprécier l'impact propre de l'action.

Dans le cadre de notre recherche-action, la pertinence de cette approche repose sur le fait qu'elle propose de tester la « théorie d'intervention », implicite ou explicite, qui sous-tend l'action. Tout programme d'action, qu'il provienne d'un acteur public ou associatif, comporte en effet toujours une « théorie implicite du changement social », c'est-à-dire une représentation anticipée des mécanismes par lesquels l'action est censée produire l'effet escompté⁶. L'évaluation basée sur la théorie consiste à expliciter cette « théorie implicite » et à l'évaluer, c'est-à-dire à rechercher si la chaîne causale qu'elle postule se vérifie empiriquement dans la mise en œuvre de l'action⁷.

Cette approche entre donc en résonance avec la RAE, car celle-ci s'appuie sur des systèmes d'hypothèses pour bâtir les actions, et conçoit ces dernières comme une mise à l'épreuve de ces hypothèses. Dans notre cas, et contrairement à un scénario d'évaluation plus classique, ce sont bien les actions qui, à la manière d'expériences de laboratoire, reposent sur des hypothèses, l'évaluation devant permettre de déterminer si elles se vérifient ou non dans les faits. L'outillage de la *Theory-Driven Evaluation* apparaît ainsi parfaitement adapté à notre démarche.

Parmi cet outillage, nous avons décidé d'en retenir un qui présente à notre sens l'avantage d'être adapté au jeu du travail collaboratif : il s'agit du *logigramme*. Le logigramme est une représentation graphique, stylisée, du système d'hypothèses qui soutient l'action. Il propose une représentation simple et visuelle de la chaîne causale que le projet cherche à activer. Il utilise des étiquettes et des expressions synthétiques pour qualifier les différentes étapes de la « théorie du changement » impliquée, en partant des constats initiaux, en présentant l'ensemble des enchaînements censés se produire, et en focalisant la représentation sur chacun.e des acteur.ices concerné.es par l'action. Il explicite la façon dont l'action doit transformer chacun des protagonistes, ainsi que les liens de cause à effet qui président à ces transformations.

⁵ Voir également Cahiers de la SFE, *Évaluation des impacts des programmes et services publics*, mai 2011.

⁶ Y. Mény, J.-C. Thoenig, *Politiques publiques*, Paris, Puf, 1989.

⁷ H. T. Chen, *Theory-Driven Evaluations*, Thousand Oak, Sage, 1990.

Pour chacun des projets, nous avons donc reconstruit sous forme de logigrammes cette chaîne des résultats attendus, en nous concentrant sur les transformations censées affecter les membres du groupe projet lui-même, ainsi que ses cibles directes ou indirectes : les autres habitant.es, les professionnel.les conviés à certaines étapes de l'action, etc.

Afin de définir les protocoles d'observation et les indicateurs permettant de vérifier si chaque maillon de la chaîne causale se comporte comme prévu, nous avons élaboré des « arbres des effets attendus ». Proches des « arbres d'objectifs » utilisés en méthodologie et en évaluation de projet, ils retraduisent les composantes des logigrammes en actions concrètes et observables. Ils se concentrent non plus sur la théorie générale qui sous-tend le projet, et dont rendent compte les logigrammes, mais sur ses *effets*. Par « effets », il faut entendre l'ensemble de la chaîne des réalisations, des résultats et des impacts produits par les actions.

Ces arbres ont permis de proposer des tableaux d'indicateurs. Pour chaque effet identifié dans les arbres des effets attendus, nous avons identifié la cible de l'action, posé une liste d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettant de vérifier l'atteinte ou non des effets attendus, et précisé les méthodes d'observation qui permettront d'identifier ces effets. Ces tableaux ont enfin permis de mieux préciser quels outils d'observation et de collecte devaient être mise en œuvre (voir les grilles d'évaluation en annexe).

Pour chaque projet, trois stratégies d'observation ont systématiquement été empruntées : des entretiens avec les médiateur.ices, des entretiens avec les habitant.es les plus impliqué.es dans chacun des projets, et des observations ethnographiques lors de réunions ou d'évènements.

Les médiateur.ices ont été interrogé.es à deux reprises : à mi-parcours (juin/juillet 2021) et à la fin de chacun des projets.

La chargée de développement de LaFédé a été interrogée à trois reprises, pour faire le point puis le bilan de la RAE.

L'évaluation présentée dans les pages qui suivent, s'appuie ainsi sur le matériau d'entretien et d'observation suivant :

❖ Entretiens :

- 10 septembre 2020 et 23 octobre 2020 avec l'association Nénuphar (Pantin)
- 1er décembre 2020 avec Aurélie Dutour (LaFédé)
- 28 juin 2021 avec l'association Nahda (Nanterre)
- 30 juin 2021 avec l'association Espace 19 (Paris)
- 5 juillet 2021 avec l'association Médiation, Culture et Vie (Rosny-sous-Bois)
- 7 juillet 2021 avec l'association Femmes relais et médiatrices interculturelles (Champigny-sur-Marne)
- 8 juillet 2021 avec l'association Nénuphar (Pantin)
- 27 juillet 2021 avec Bénédicte Madelin et Aurélie Dutour (LaFédé)
- 9 février 2022 avec l'association Espace 19 (Paris)

- 15 février 2022 avec 4 participant.es du projet de coopérative alimentaire couplée à l'information nutritionnelle à Paris 19ème
- 1^{er} mars 2022 avec l'association Nahda et Aurélie Dutour (LaFédé)
- 1^{er} mars 2022 avec 4 résidents du Foyer Adoma du Petit Nanterre
- 28 juin 2022 avec 4 participantes du projet « écoutez-moi docteur » à Champigny-sur-Marne
- 7 juillet 2022 avec 4 participantes du projet « groupes d'autosupport » à Pantin
- 7 décembre 2022 avec l'association Nahda (Nanterre)
- 7 décembre 2022 avec l'association Espace 19 (Paris)
- 7 décembre 2022 avec l'Association des femmes-relais et médiatrices interculturelles (Champigny-sur-Marne)
- 8 décembre 2022 avec Aurélie Dutour (LaFédé)
- 13 décembre 2022 avec l'association Nénuphar (Pantin)

❖ Observations :

- 10 septembre 2020 à Pantin
- 24 septembre 2020 à Nanterre
- 2 octobre 2020 à Paris
- 21 octobre 2021 à Nanterre
- 2 mars 2022 à Paris
- Aout 2022 à Pantin (représentation théâtrale)
- 23 juin 2022 à Champigny-sur-Marne
- 7 juillet 2022 à Pantin

c) La réception de la recherche-action émancipatrice par les associations

La « recherche-action émancipatrice », qui confère aux projets le statut d'expérimentations visant à tester des hypothèses, était une démarche inhabituelle pour les médiateur.ices engagé.es dans le projet coordonné par LaFédé. L'un des postulats de la recherche-action, celui d'une imbrication entre la recherche d'une part, et l'élaboration et la conduite des projets d'autre part, n'a pas toujours été bien compris et approprié d'emblée. Alors qu'une telle imbrication implique la formation d'une relation collaborative entre les acteur.ices et les chercheurs, la situation d'entretien n'a pas été vécue comme telle par tou.tes les professionnel.les rencontré.es, certain.es ayant vu dans notre démarche une forme d'évaluation externe de leur action. De même, alors que la démarche de recherche devait constituer une ressource pour le pilotage des actions, elle a parfois été vécue comme une contrainte extérieure, fondée sur des critères d'évaluation qui ne leur étaient pas immédiatement compréhensibles.

La relative déconnexion entre la démarche de recherche-action émancipatrice et la conduite des projets appelle quelques hypothèses. Une première renvoie à la distance cognitive entre les acteur.ices et les chercheurs. Il est possible qu'un excès d'abstraction et de technicité dans les questions posées lors des entretiens et des présentations de la recherche-action aient pu laisser perplexes des professionnel.les peu habitué.es à cette démarche.

Une autre hypothèse concerne plutôt les circonstances, notamment sanitaires, de la première étape de la démarche de recherche-action. Ces circonstances n'ont pas permis de consacrer un temps de présence des chercheurs suffisant sur le terrain pour permettre la formation des liens de confiance nécessaires à la formation d'une relation collaborative. S'est ajoutée une difficulté liée à la reconstitution de notre équipe de chercheurs, marquée par le départ de Guillaume Coti fin 2020⁸ et l'arrivée de Thomas Kirszbaum en mai 2021.

Pour pallier ces difficultés, nous avons davantage explicité notre démarche et renforcé notre présence sur le terrain à partir de l'automne 2021. Nous avons également affiné nos outils dans l'optique de leur meilleure appropriation par les médiateur.ices en tant qu'outils de pilotage des projets. Enfin, et surtout, LaFédé a accordé davantage de temps au rappel de la démarche et de ses attendus, lors des points réguliers qu'elle organise avec les professionnel.les de chacun des sites. Elle a également assisté les professionnel.les dans leur appropriation concrète des outils, même si le succès a été mitigé sur ce dernier plan.

⁸ Guillaume Coti a notamment contribué à la deuxième phase de la recherche-action.

Deuxième partie :
Approche monographique de
l'évaluation des cinq projets

« Groupes d'auto-support »

Pantin - Quartier : Les Courtilières

Résumé du projet

Des groupes d'auto-support se sont constitués, avec l'appui de l'association Nénuphar au sein de la Maison de quartier des Courtilières, pour échanger autour de thèmes et de pathologies ciblées afin de réduire les angoisses. Des démarches de prévention sont réalisées en groupe de pairs. Le point d'orgue du projet a été une représentation théâtrale devant des habitant.es du quartier, dont des femmes du groupe projet ont été actrices.

1) Le projet dans sa formulation initiale

Le constat à l'origine du projet : les défaillances de l'information prévention

Les ateliers d'échange entre habitant.es organisés en 2018-2019 ont été le lieu d'une triple critique de l'information en matière de prévention santé :

Premier constat : l'information est lacunaire. L'information à laquelle les habitant.es accèdent est insuffisante pour leur permettre d'adopter de bonnes conduites de prévention. L'utilité de la prévention reste floue et abstraite et n'encourage pas les habitant.es à consulter. Certaines personnes considèrent par exemple que des maladies graves comme le cancer du sein sont impossibles à soigner. Du coup, elles suscitent des angoisses trop importantes pour permettre une démarche de dépistage. Les fausses idées et les mauvaises pratiques sont également répandues en matière de sida et de contraception : des habitant.es méconnaissent le fait que « *les gens qui ont l'air d'aller bien peuvent avoir le sida* », ainsi que « *les risques pour la santé de la pilule du lendemain* ».

Deuxième constat : l'information est impraticable car la charge émotionnelle liée à la maladie grave n'est pas prise en compte. Le dépistage est anxiogène parce qu'il se déroule dans un lieu inconnu et parce que certaines personnes ont peur d'apprendre qu'elles sont atteintes d'une maladie qu'elles considèrent comme incurable. Cela dissuade les habitant.es de se faire dépister, comme dans ce témoignage évoquant « *le problème de la peur d'aller consulter et des dépistages ; la peur de la maladie qui fait qu'on fait pas les dépistages. On consulte quand les symptômes sont là et ça peut être trop tard* ».

Troisième constat : l'information est inadaptée parce qu'elle ne prend pas en compte les représentations que les personnes se font de la maladie et du milieu médical. Des personnes confondent la maladie avec les moyens de la prévenir ou de la combattre. Par exemple : « *Ma mère, ma grand-mère n'ont pas fait la mammographie et elles n'ont jamais eu la maladie* » ; « *Les vaccins, c'est des maladies qu'on met dans le corps* ».

L'objectif : des collectifs horizontaux pour faciliter la circulation de l'information et les démarches de prévention

Sur la base de ces constats le groupe a décliné une série d'hypothèses en forme de variation autour de l'hypothèse centrale de notre recherche action sur la supériorité de la transmission horizontale de l'information. Ainsi, dès l'ouverture de la première séance, un participant observait qu'« *on n'est pas en bonne santé parce qu'on se parle pas assez, à*

cause de l'isolement. C'est mieux quand il y a des réunions ». L'hypothèse transversale du projet est donc que l'information et la prévention santé doivent être prises en charge par des collectifs horizontaux et des groupes de pairs entretenant des liens de proximité et d'interconnaissance.

Les hypothèses centrales du projet précisent cette idée :

- ❖ Aborder les questions de santé autrement qu'autour d'une information purement médicale permet de rendre les messages de prévention plus efficaces : le recours à des témoignages positifs rendra moins angoissante la perspective d'un dépistage (« *Rencontrer quelqu'un qui a guéri, c'est plus motivant pour aller au dépistage* ») ; travailler sur la peur liée aux représentations véhiculées par l'hôpital ou la maladie, « *par des activités de confiance en soi à la Maison de quartier* » ou « *dans des groupes qui se connaissent déjà et qui vont faire un repas ensemble avant le dépistage* », réduira l'angoisse liée aux examens et permettra aux personnes qui n'osent pas d'aller se faire dépister.
- ❖ La prévention ne peut relever de la seule « communication » et doit inclure la question de l'accès aux ressources et services médicaux que préconise le message : la formation de groupes de pairs favorisera l'accomplissement des démarches de prévention, par exemple en se rendant collectivement à l'hôpital pour passer des mammographies.

L'association Nénuphar a donc proposé d'accompagner la formation d'un groupe d'auto-support dont les objectifs opérationnels seraient les suivants :

- ❖ Réduire les angoisses autour de la maladie et du dépistage.
- ❖ Permettre aux patient.es de parler entre eux.elles et avec les médecins (littéracie)
- ❖ Inciter les personnes à consulter ou se faire dépister (compétences psychosociales)

Les actions envisagées :

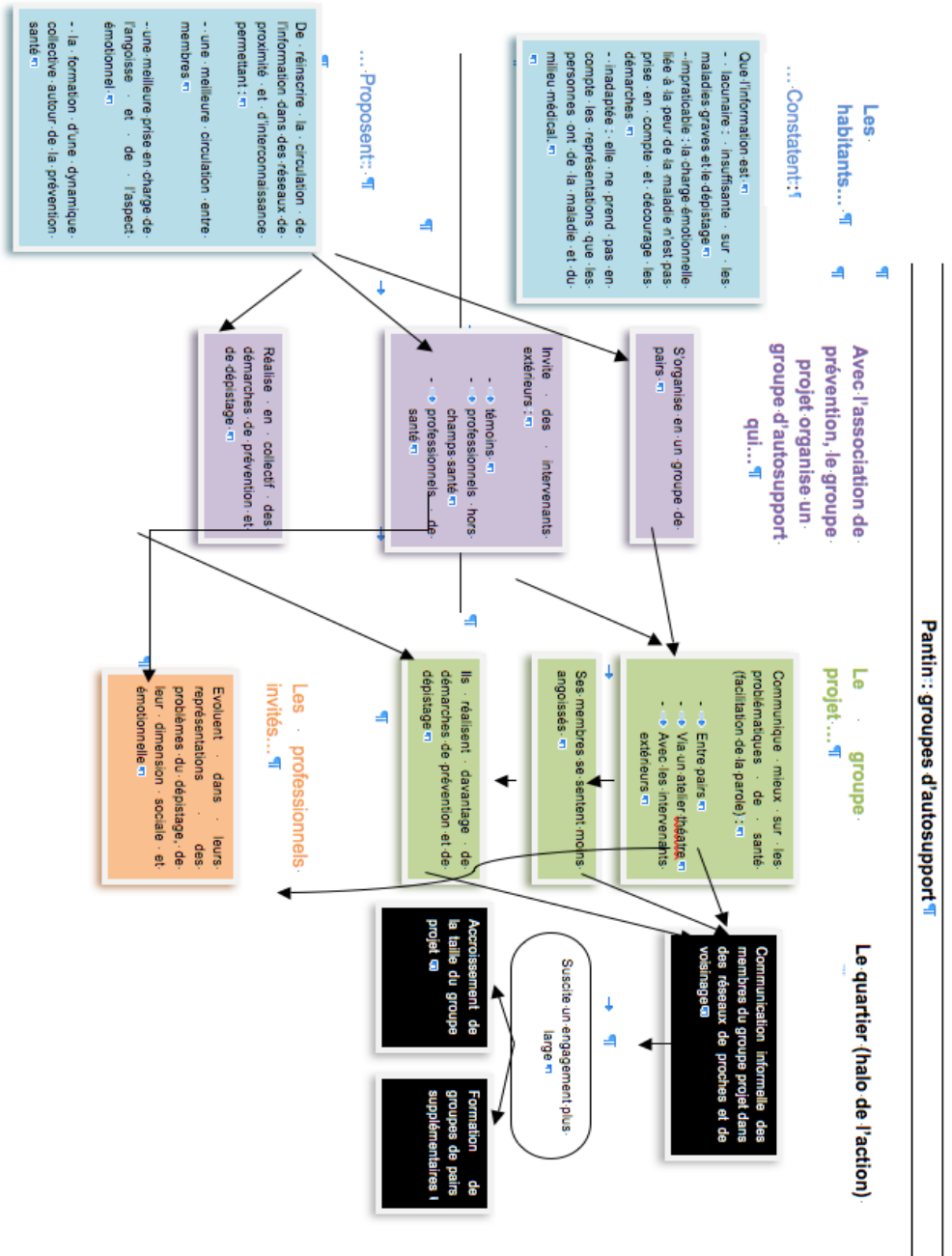
- ❖ Dresser un panorama de l'existant : l'association devait rechercher si des projets similaires existent et prévoyait de rencontrer l'association Arifa, à la cité des Bosquets (Montfermeil), qui propose des bilans de santé décentralisés au sein du quartier et des sorties de groupe en bus pour réaliser des examens (auditifs, visuels etc.). Par ailleurs, en partant notamment du guide « *La littératie en santé. D'un concept à la pratique* »⁹, l'association comptait évaluer l'opportunité d'intégrer au projet des outils issus des démarches de développement de la littéracie et des compétences psychosociales, notamment des trames d'animation collective préexistantes autour d'objectifs proches (par exemple la trame d'animation « mettre en application une information sur la santé »).

⁹ <https://www.cultures-sante.be>

- ❖ Reconstituer le groupe d'habitant.es à l'initiative du projet en ciblant une vingtaine d'habitant.es appelées à s'impliquer dans les groupes d'auto-support ; plus largement, il s'agissait de mobiliser 100 à 150 personnes appartenant aux familles et à l'entourage des participant.es aux groupes d'auto-support.
- ❖ Le projet devait se déployer ensuite en différentes phases : 2 séances générales de sensibilisation ; 2 séries de 3 séances thématiques en groupes restreints constitués selon les besoins des habitant.es ; constitution de groupes d'auto-support destinés à se rendre collectivement aux centres de dépistage (au moins une visite par groupe) ; repas final pour rassembler les habitant.es et faire avec eux.elles le bilan de l'action menée.
- ❖ L'association devait être très présente au début de l'action (communication, réservation des salles, café, thé, organisation des réunions), mais elle devait s'impliquer de moins en moins au fur et à mesure de l'avancée du projet. L'objectif était que les groupes puissent se rendre seuls aux consultations.

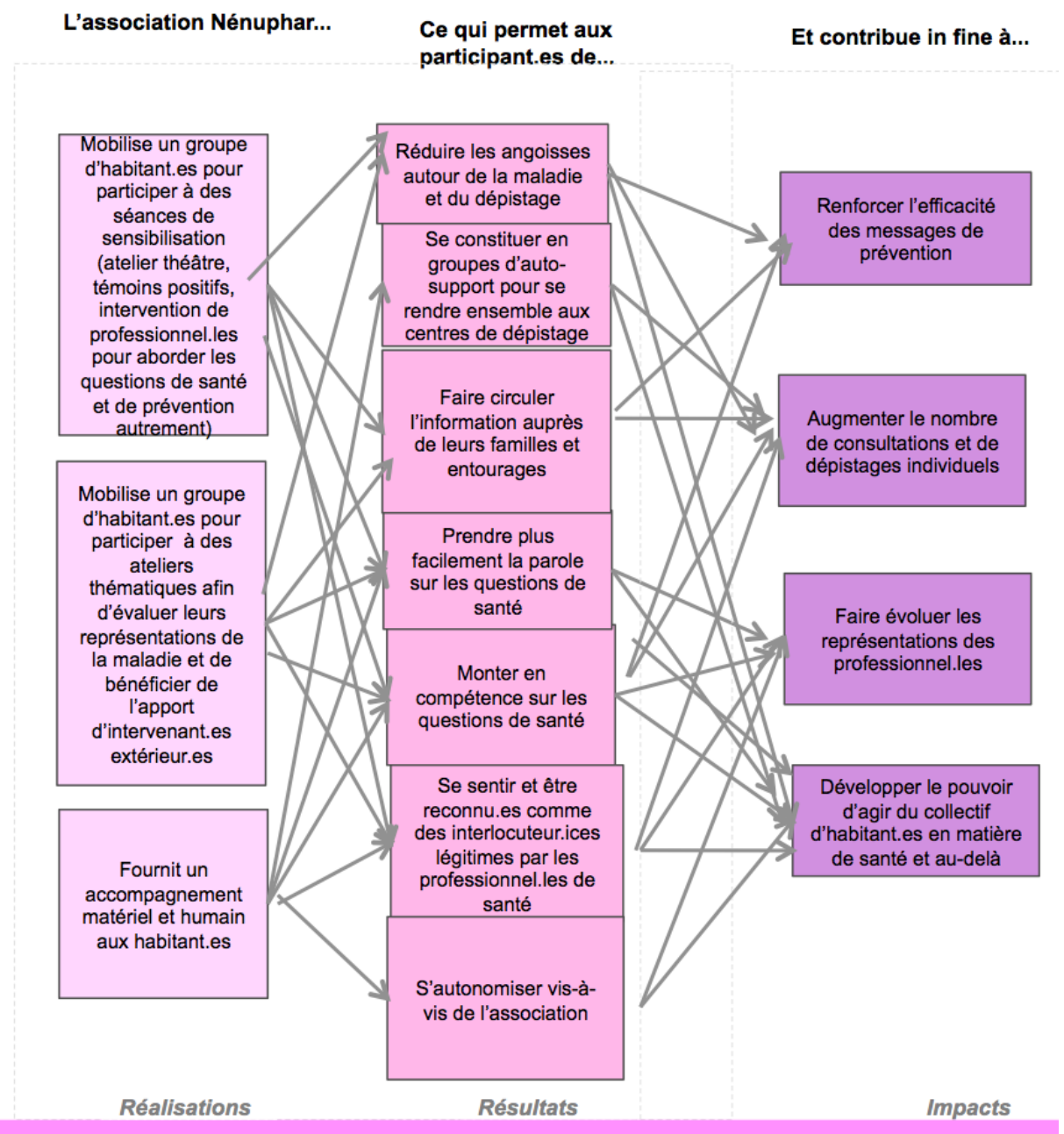
Le dispositif d'évaluation

La logique générale du projet a été condensée dans un logigramme permettant d'en donner une vue d'ensemble :



Lors de la mise en œuvre de l'évaluation, un arbre de causalité a été déduit de ce logigramme, afin de visualiser les enchainements de façon plus opératoire, selon l'organisation classique requis par le travail d'évaluation distinguant les trois familles d'indicateurs : réalisations, résultats, impacts.

Arbre des effets attendus



2) Analyse des réalisations

L'analyse des réalisations fait apparaître des évolutions sensibles dans l'architecture du projet, liées à la fois au contexte sanitaire et aux propositions de participantes.

La mobilisation du groupe d'habitantes : des femmes racisées, habituées de l'association

Le collectif d'habitant.es mobilisé.es s'est constitué autour d'un noyau dur de 4/5 personnes qui avaient déjà participé aux étapes antérieures de la recherche-action. L'assiduité de ce groupe mérite d'être soulignée. Son implication s'est en effet maintenue depuis la réunion des premiers groupes d'habitant.es réunis par LaFédé en 2016/2017. Plus récemment, ce noyau dur s'est enrichi de nouveaux membres et les réunions rassemblent une dizaine de personnes en moyenne, avec des niveaux d'assiduité hétérogènes.

Les profils des participant.es sont en revanche assez homogènes. Il s'agit pour l'essentiel de femmes arabophones âgées d'environ 45 à 70 ans. La plupart sont primo-migrantes, et certaines maîtrisent mal le français. Elles se sont impliquées dans le projet le plus souvent à l'invitation de la médiatrice de l'association Nénuphar ou d'autres professionnel.les de la Maison de quartier.

La possibilité de s'intégrer dans un espace d'échanges permettant de cultiver des relations sociales constitue la motivation la plus partagée par ces femmes souvent éloignées du monde du travail, et dont l'existence est plutôt réglée par la gestion de la vie domestique au sein du foyer. L'isolement lié à l'expérience migratoire contribue également à nourrir leur volonté de participer à ce type d'activité.

La dimension genrée du projet apparaît importante. Les questions de santé au sein des familles semblent en effet prioritairement relever du rôle des femmes, traditionnellement associées au « care ». Le groupe prolonge ce phénomène en permettant un entre-soi féminin inspirant confiance pour échanger sur des expériences intimes souvent partagées : « *Les femmes viennent se confier à une autre femme* ». Pour la médiatrice, les injonctions à la virilité pesant sur les hommes les détournent au contraire de ces questions : « *Une fois, une femme m'a demandé d'accompagner son mari chez le médecin pour la prostate. Les hommes maghrébins, ils cachent, même à leur femme. Un homme, il faut qu'il reste un homme. S'il a des douleurs, il cache, à sa femme, à ses copains* ».

Les participantes affichent deux types de motivations. Le premier renvoie à des préoccupations personnelles, celles de lutter contre l'isolement et d'accéder à un espace de sociabilité entre personnes socialement proches, comme cette bénévole de la Maison de quartier qui « *participe à tout pour ne pas rester à la maison* ». D'autres motivations ont une dimension plus altruiste ou d'intérêt général puisqu'elles relèvent d'une volonté d'amélioration de la vie de la communauté et du quartier, à l'instar de cette participante qui a eu envie d'aider les autres après avoir accompagné son fils (aujourd'hui en bonne santé) dans sa lutte contre un cancer.

Il reste que les motivations individuelles sont très prégnantes, en raison notamment du manque d'équipements médicaux accessibles localement. D'où le malentendu quand une rencontre organisée avec un médecin a créé un véritable « appel d'air » et attiré des habitant.es en quête de réponses à leurs problématiques personnelles de santé, sans comprendre que cette rencontre s'inscrivait dans le cadre d'un projet collectif. Une

médiatrice raconte : « *Quand on a dit qu'il y avait un médecin généraliste qui venait, beaucoup de gens sont venus poser leurs propres questions puis on ne les a plus revus. Les habitants n'ont pas assez d'endroits où poser leurs questions. Il y avait trop de monde le jour du généraliste, parce que c'était un moment pour poser des questions. Mais ils prenaient ça quasiment pour une consultation* ».

Des groupes de pairs aux ateliers théâtre

Dans le projet initial, il était envisagé de former des groupes de pairs. En échangeant entre habitant.es et avec des intervenant.es issu.es du milieu médical, ces groupes devaient permettre de faire reculer les peurs et de faire évoluer les représentations associées à la maladie et à la prévention. Il s'agissait in fine d'organiser des séances d'examen et de dépistages en groupes.

Le projet s'est cependant enrichi des propositions des participantes elles-mêmes. Le groupe d'habitantes s'est réuni à plusieurs reprises avant le confinement, et a pu échanger avec des intervenant.es extérieur.es. De ces échanges sont sorties deux propositions principales. La première consistait à distribuer un questionnaire sur le dépistage aux habitant.es du quartier et à en analyser les résultats dans le cadre d'un atelier thématique. Mais cette opération n'a pas été réalisée du fait de la crise sanitaire. La seconde idée était de mettre en place un atelier théâtre qui pourrait déboucher sur des représentations, dont les habitantes du groupe projet seraient les actrices, et qui serviraient de support à une information de prévention destinée aux autres habitant.es du quartier. Produit par des habitantes, les messages de prévention seraient mieux entendus que ceux des institutions. Prévu en octobre 2021, ce spectacle s'adresserait d'abord aux habitant.es du quartier qui seraient invité.es à s'exprimer sur leurs peurs liées aux dépistages et bilans de santé. À cette occasion, les spectateur.ices seraient invité.es à rejoindre les groupes d'auto-support liés au projet.

L'atelier théâtre a été organisé et animé par la compagnie de théâtre Githec, que l'association connaissait déjà. Au cours des nombreuses séances d'ateliers, les habitantes ont travaillé des scènes de la vie quotidienne (en famille, entre ami.es) où la santé et la prévention étaient mises en discussion. L'atelier a débouché sur une représentation publique à la Maison de quartier des Courtilières. Quatre habitantes et une médiatrice sont montées sur scène devant un public d'environ trente personnes. La représentation a été suivie du témoignage d'une habitante ayant survécu à un cancer, tout comme son fils. La pièce a suscité un débat avec la salle, suivi par un buffet. L'opération a été considérée comme un succès (voir infra).

Cette représentation théâtrale a donné une nouvelle ampleur et une nouvelle ambition au projet. Centré à l'origine sur les participant.es, il s'est ouvert sur l'extérieur et a permis de proposer un format de communication et de prévention construit par et pour les habitant.es. Comme le souligne une professionnelle de la Maison de quartier, « *on a évolué sur les besoins et sur les habitants pour aller au-delà de groupes de parole* ».

En amont et en parallèle de ces ateliers théâtres, le collectif s'est structuré comme prévu en groupe de pairs afin de « *travailler sur les peurs* ». Il a accueilli des intervenant.es issu.es du monde médical. Un médecin généraliste, un psychiatre et un psychologue sont ainsi venus à la rencontre des habitantes et ont répondu à leurs questions. Par ailleurs, des visites ont été organisées à l'hôpital Avicenne. Une visite en groupe a également été organisée à l'hôpital

Jean Verdier de Bondy afin de découvrir les équipements destinés aux examens mammographiques et travailler sur l'appréhension qu'ils inspirent.

Un accompagnement matériel et humain fondé sur les moyens de la Maison de quartier, les partenariats et le soutien de LaFédé

La Maison de quartier a mobilisé diverses ressources pour fournir au groupe l'accompagnement matériel et humain ayant permis ces réalisations. Outre la mise à disposition de locaux au sein de la Maison de quartier, deux professionnelles se sont fortement investies, dont la médiatrice qui a accompagné le projet dans chacune de ses étapes. Elles ont notamment activé des contacts et partenariats antérieurs au projet afin d'identifier et de convaincre des professionnel.les de santé d'intervenir en atelier. Le partenariat entre l'association et les hôpitaux a également permis d'accueillir le groupe.

Les professionnelles de la Maison de quartier ont déployé une énergie importante pour maintenir le contact et s'assurer de la mobilisation du groupe durant la période de la pandémie, alors qu'une jauge imposée par les autorités sanitaires ne permettait plus d'accueillir l'ensemble des effectifs et que les réunions s'étaient espacées.

LaFédé a également apporté son concours à la mise en place de l'organisation générale du projet et à la mise en place des ateliers en particulier. La coordonnatrice de LaFédé a co-animé certains temps de parole. Elle a également contribué à maintenir le projet dans les objectifs généraux de la recherche-action face aux idées et propositions des habitantes qui s'en éloignaient parfois. « *Elle m'a aidée à bien rester dans le cadre du projet : ne pas trop déborder quand les habitants posaient des questions qui n'étaient pas en rapport, rester sur "les peurs" »*, explique une professionnelle.

La démarche de recherche-action, lorsqu'elle était exposée par les chercheurs devant le groupe, a également été retravaillée par la médiatrice afin de faciliter son appropriation par les habitantes. Si cette démarche a pu sembler abstraite pour les professionnelles – « *Ça me semblait loin de la santé... de la façon dont on travaillait d'habitude* », explique la médiatrice –, elle a finalement été appropriée de façon effective, notamment dans ses objectifs opérationnels qui ont été rappelés régulièrement aux membres du groupe (élaborer un projet collectif co-construit, destiné aux habitant.es du quartier et capable de nourrir la réflexion des institutions). La médiatrice explique ainsi que « *les familles ne comprenaient pas très bien, mais après on a expliqué. Elles se souvenaient que les idées venaient d'eux. Quand vous êtes partis, je continuais à expliquer* ».

3) Analyse des résultats

Une réduction des angoisses autour de la maladie et du dépistage

Un premier résultat attendu du projet était de réduire les angoisses autour de la maladie et du dépistage. Les entretiens réalisés avec des participantes, ainsi que le témoignage des professionnelles, montrent que le fonctionnement en groupe de pairs a bien eu l'effet de socialisation des expériences individuelles qui était anticipé.

Les membres du groupe soulignent l'intérêt de ces moments d'échange à l'abri des jugements, où chacun.e se sent libre d'exprimer ses ressentis. Les groupes de pairs permettent de faire tomber les blocages et de s'exprimer « à cœur ouvert », de « *se sentir*

libre de poser ses questions sans se sentir jugée », explique une participante. Une autre renchérit : « *On y parle de ce que nous on sent, de ce qu'on voit, de ce qu'on a du mal à dire avec les médecins* ».

La découverte que les ressentis intimes sont en réalité partagés avec les autres permet de relativiser le sentiment de défaillance individuelle quand la peur en dissuade de suivre les messages de prévention enjoignant à engager des démarches de dépistage. Une participante raconte comment ces peurs, et la culpabilité diffuse vécue dans l'isolement, ont reculé grâce au temps de parole en atelier, au « *fait de voir que je ne suis pas la seule, (...) que c'est normal d'avoir peur* ». Elle déclare avoir désormais « *moins honte* ». Une autre participante explique qu'à la suite du décès de son frère à l'hôpital, elle « *n'osait pas aller voir le médecin* ». Elle se disait que « *si quelque chose vient, ça vient et puis c'est tout* ». Elle nous confie que les témoignages des autres l'ont aidée à prendre des initiatives de dépistage et de prévention. La médiatrice rejoint ces observations : « *Avant, c'était un blocage et maintenant les femmes me disent "je prends telle personne pour aller au dépistage". Aujourd'hui la peur est dépassée* ».

Des groupes d'auto-support pour accomplir des démarches de prévention en collectif, élargies à d'autres habitant.es

Le projet devait également permettre aux participantes de se constituer en groupes d'auto-support pour se rendre ensemble aux centres de dépistage. Ce résultat apparaît aujourd'hui atteint : non seulement les participantes sont allées voir le médecin et se sont fait dépister ensemble, mais elles ont motivé des membres de leurs réseaux d'interconnaissances à les rejoindre. La médiatrice témoigne : « *Un groupe de femmes du quartier arrive à aller vers les médecins et se faire dépister. Avec l'hôpital Avicenne, elles font des ateliers tous les jeudis, seules, sans nous. Alors qu'avant, c'était "non, ça ne me touche pas !"* ».

Les visites collectives à l'hôpital semblent avoir sensiblement contribué à rapprocher les participantes des institutions médicales. L'une des participantes évoque la disponibilité des infirmières et des médecins qui les ont accueillies et qui ont « *pris le temps d'expliquer* ». Ces visites ont facilité l'appropriation de l'institution médicale. Elles ont fait reculer le sentiment d'opacité et la vision du médecin comme figure d'autorité intimidante. Il devient alors plus naturel de solliciter ses connaissances en les invitant à un atelier ou en organisant une visite à l'hôpital.

Une mise en circulation de l'information auprès des familles et entourages

Un autre pari du projet était qu'une meilleure appropriation des questions de santé par les participantes aurait un « effet de halo » sur le quartier lui-même et au-delà, car les membres du groupe feraient circuler l'information auprès de leurs familles et entourages. Là encore ce résultat est indubitablement atteint. Comme on vient de le voir, des voisin.es, connaissances ou membres de la famille sont invités à participer aux visites et ateliers à l'hôpital. Certaines participantes rencontrées indiquent aussi aborder désormais plus facilement les questions de santé avec leurs proches. La médiatrice confirme que « *ceux qui ont participé à la recherche-action parlent de la santé et de la recherche-action. C'était un noyau, mais après ils parlent à d'autres personnes dans le quartier, ils disent "moi j'ai fait la visite", etc.* »

Une représentation théâtrale qui adapte le message de prévention aux habitant.es du quartier

Concernant la diffusion de l'information/prévention dans le quartier, la valeur ajoutée la plus tangible du projet découle de l'action théâtre. Cette action a été suggérée par l'une des membres du groupe alors que les discussions portaient sur « *la question de comment faire réagir les gens, les inciter à aller voir le médecin, etc.* ». L'idée d'une représentation théâtrale apparaît ainsi comme une réponse à l'enjeu d'adaptation des messages délivrés aux habitant.es. Les scénettes présentées prenaient pour cadre des discussions et des situations familiales ou amicales typiques de celles vécues par les habitant.es. Elles montraient la réticence à prendre à bras le corps une problématique – qu'il s'agisse de la minimisation d'une douleur ou d'un symptôme récemment apparu, de la négligence en matière de prévention ou de traitement – et la mobilisation de proches pour encourager à accomplir les démarches requises.

Selon la médiatrice, « *la pièce de théâtre avec des témoignages, c'est ça qui a fait l'effet. Ils avaient besoin de ça pour bouger. On l'a fait le vendredi et le lundi j'avais une personne qui pleurait et qui me dit "je vais me faire dépister" depuis que j'ai vu la pièce* ». La représentation a donc marqué les esprits parmi les spectateur.ices du quartier, et suscité des prises de conscience, selon la médiatrice : « *Ça a aidé beaucoup de gens, les témoignages étaient chauds. Dans le quartier on entend "heureusement qu'il y avait ça, il faut qu'on s'occupe de notre santé..." et "il ne faut pas avoir peur..."* ».

Un groupe WhatsApp a d'ailleurs été créé depuis lors et ses membres se recrutent au-delà des participantes au projet. Ce réseau social permet de communiquer entre pairs sur les questions de santé : « *Ils parlent de la santé tout le temps. Avant ils n'en parlaient pas, ils cachaient...* », témoigne la médiatrice. Ce groupe semble également démultiplier la diffusion de l'information, car ses membres la mettent aussi en circulation dans leurs propres réseaux relationnels : « *Il y a des voisines, copines, qui ne sont pas dans WhatsApp, mais elles parlent entre elles et les envoient vers la Maison de quartier* ». Et la médiatrice de conclure : « *C'est quelque chose de fort. Avant, c'était tabou la santé, et maintenant non. Dès fois, je suis bouche bée, elles sortent ça comme ça. C'est les membres du groupe qui expliquent aux autres personnes* ».

Prendre plus facilement la parole sur les questions de santé

La nature des liens au sein du groupe, conviviaux, horizontaux, sans jugement, entre des personnes qui se ressemblent, a indéniablement facilité les prises de parole, comme on l'a déjà signalé. Lors des rencontres du groupe (en présence ou non de professionnel.les de santé), « *on donne nos opinions, on dit ce qu'on veut améliorer dans la santé* », témoigne l'une des membres du groupe. Les séances de travail lors des ateliers théâtre ont renforcé cet effet. Une participante témoigne : « *On a commencé à parler, discuter par rapport à maladie, à savoir ce qui fait peur. Et après l'improvisation, tout le monde a commencé à parler spontanément, tout le monde était à l'aise* ».

Monter en compétence sur les questions de santé

Il est en revanche plus difficile d'évaluer dans quelle mesure les participantes sont montées en compétence sur les questions de santé, en l'absence d'une évaluation sur les contenus de ces compétences. Les participantes soulignent avoir apprécié l'apport de connaissances procuré par le projet. Pour l'une d'elle, l'un des intérêts des ateliers a été de « *mieux comprendre, apprendre de nouvelles choses* ». Une autre considère qu'il y a, pour elle, un avant et un après : elle reconnaît qu'avant le projet, elle ne « *connaissait pas grand-chose à la santé, [qu'elle] n'ouvrait pas les courriers médicaux* ». Une dernière confirme l'impression de ses pairs en précisant que le projet lui a apporté des informations sur les maladies, les traitements et la prévention (« *comment ne pas tomber malade, le dépistage...* »).

Des interlocutrices légitimes des professionnel.les de santé

On l'a vu, les rencontres avec des professionnel.les lors des ateliers, ainsi que l'accueil des médecins lors des visites en hôpital, ont été vécus positivement par les participantes, alors qu'elles percevaient ces acteur.ices comme des autorités intimidantes et parfois condescendantes. Lors d'une réunion à laquelle nous avons assisté, les groupes sont revenus sur la rencontre avec une psychologue. Une participante observait que « *parler en groupe avec le psy, c'est plus facile* ».

Il est cependant difficile à ce stade de vérifier totalement si ce résultat est atteint, faute de témoignages directs ou indirects des participantes comme des professionnel.les. Le fait que le recours des participantes aux services médicaux ait augmenté, et que les ateliers de prévention de l'hôpital Avicenne soient plus fréquentés (les participantes au projet y invitant leurs connaissances), semble attester que le vécu de la relation aux professionnel.les s'est amélioré. Signalons à ce propos le témoignage d'une participante qui se dit désormais plus « forte » dans ses interactions avec les médecins et mieux armée pour affronter l'asymétrie de la relation. Elle explique combien elle était jusqu'à présent effacée dans ce type d'interaction, n'osant pas demander d'explication lorsqu'elle ne comprenait pas les propos du médecin, ni exprimer ses demandes fondées sur son ressenti. Grâce aux différents apprentissages effectués tout au long du projet, elle se sent désormais plus légitime pour se poser en interlocutrice à part entière du médecin. Elle revendique désormais sa compétence de patiente : « *Maintenant, je me dis que c'est moi qui sais où j'ai mal* ». Et si elle n'est pas convaincue par le diagnostic posé, elle s'autorise à présent à demander des examens complémentaires.

Une autonomisation largement amorcée vis-à-vis de l'association

L'autonomisation du groupe d'habitantes était l'un des objectifs du projet. « *Notre objectif est d'autonomiser les personnes* », rappelaient les professionnelles lors d'un entretien à mi-parcours. Le travail en collectif devait aider à briser les préjugés sur la santé et la prévention. Il devait permettre aux individus et aux groupes de mieux prendre en charge par eux-mêmes leurs démarches de prévention, notamment via des petits groupes plus ou moins auto-organisés. Ces groupes auraient également vocation à assurer une diffusion plus large de l'information, à « *sensibiliser les autres habitants, les personnes sensibilisées vont sensibiliser d'autres personnes, etc.* ».

L'attente d'autonomisation posée à l'origine du projet semble en grande partie satisfaite. Le processus d'autonomisation des participantes vis-à-vis de l'association est indéniable. La médiatrice, pour qui cette autonomisation est la plus grande réussite du projet, en veut pour preuve les visites groupées à l'hôpital, les ateliers et le groupe WhatsApp, qui se font sans le concours de l'association. « *Elles se débrouillent sans moi* », assure-t-elle.

Cette réussite peut être imputée aux modalités d'accompagnement mises en œuvre, lesquelles laissent beaucoup de place aux échanges entre pairs, favorisent la formation de solidarités et d'initiatives parallèles à celles impulsées par les animatrices. Ainsi, lors d'une réunion, une habitante exprimait sa crainte au sujet de l'examen mammographique. Les autres lui ont immédiatement dit : « *On va t'accompagner* ».

L'autonomisation du groupe d'habitantes n'est pas complète. Le groupe continue de dépendre de l'association pour la structuration de ses activités dans le cadre du projet. Le groupe « *est autonome, mais il a besoin qu'on lui organise des choses* », précise la médiatrice.

4) Analyse des impacts

Une efficacité renforcée des messages de prévention

Le renforcement de l'efficacité des messages de prévention constituait le premier impact attendu du projet. Les développements précédents illustrent ce renforcement. Les participantes, entendent non seulement ce message, mais elles le mettent en œuvre au travers de consultations individuelles ou collectives. L'appréhension ou l'indifférence ont reculé parce que le message institutionnel n'apparaît plus seulement comme une injonction extérieure, venue d'en haut, abstraite et peu entendable pour des raisons émotionnelles (la peur) ou pratiques (les difficultés d'accès aux équipements de santé). Le propos précité d'une participante expliquant qu'elle prend rendez-vous chez le médecin alors qu'elle n'ouvrirait même pas les courriers de la CPAM jusque-là, en apporte une illustration. L'échange d'expériences entre participantes semble avoir largement contribué à renforcer l'efficacité des messages. Une femme malade de la thyroïde nous explique ainsi avoir décidé de « *prendre les devants* » après avoir entendu en atelier le témoignage d'une personne souffrant du même problème.

Tout se passe comme si l'engagement dans ce projet, tourné vers les autres et vers la prévention à destination des habitant.es, impliquait une exigence de cohérence par rapport à son propre comportement. Lors d'une réunion, une participante expliquait s'être inquiétée au sujet d'un kyste, se demandant si celui-ci n'était pas cancéreux. Avant de s'impliquer dans le projet, elle repoussait l'idée de réaliser des examens par peur du résultat. À la suite de sa participation au projet, elle déclare : « *J'ai fait la pièce de théâtre pour donner du courage aux gens, il faut que je fasse preuve de courage !* ». C'est ainsi qu'elle a pris rendez-vous pour des examens.

S'il n'a pas été possible d'interroger des habitant.es extérieur.es au projet, le fait qu'ils.elles soient destinataires de la représentation théâtrale et cibles de la communication des membres du groupe, que certains se rendent aujourd'hui aux ateliers prévention de l'hôpital Avicenne, suggère que le message de prévention a également gagné en efficacité au-delà du cercle des participantes directes au projet.

Des consultations et dépistages individuels en augmentation

On l'a vu, les participantes déclarent se rendre plus facilement chez le médecin. Elles se déplacent également en groupe pour réaliser des examens de dépistage et de prévention à l'hôpital, et ces groupes intègrent des habitant.es du quartier n'ayant pas participé au projet.

Plus généralement, une dynamique d'émulation et de solidarité semble s'être mise en place au travers du groupe WhatsApp et dans les sociabilités informelles autour des questions de dépistage et de prévention. Cette dynamique a pu dépasser le cercle étroit des participantes au projet, notamment grâce à la représentation théâtrale. S'il n'est pas possible de le mesurer, tout indique que le projet a permis de développer les consultations individuelles et collectives.

Une expertise associative propice aux partenariats avec les acteur.ices de la santé

Si les professionnel.les de santé constituaient une cible initiale du projet, l'objectif de faire évoluer leurs représentations des patient.es du quartier ne semble pas atteint. Lors d'un entretien à mi-parcours, la médiatrice constatait que cet objectif restait hors de portée de l'association. Les instruments choisis n'étaient sans doute pas adéquats : seul.es trois professionnel.les ont été mobilisé.es et, déjà en lien avec l'association, ils.elles apparaissaient déjà sensibilisés aux spécificités de l'exercice de la médecine auprès des populations des QPV, dont bon nombre sont issus de flux d'immigration récents et ne sont pas encore acculturés aux institutions et pratiques médicales françaises.

La recherche-action a néanmoins permis à l'association de gagner en expertise sur l'(in)adéquation de l'offre de santé aux profils des habitant.es : « *Elle [la recherche-action] nous a permis de mettre en avant les problématiques de habitants. Ça nous fait une première expérience pour dire où il y a des problèmes et dans quel sens on voudrait travailler* ».

Cette expertise peut donc être mise à profit dans les relations partenariales avec les institutions de santé. La Maison de quartier qui participe à la création d'une association de professionnel.les de santé au niveau du quartier, peut mobiliser à cette occasion son expertise nouvellement acquise : « *On va pouvoir s'appuyer sur ce qu'on a fait dans la recherche-action pour avoir des pistes de travail...* ». Des ateliers avec les habitant.es vont être mis en place et Nénuphar s'est proposé pour intervenir auprès des professionnel.les.

Développer le pouvoir d'agir du collectif d'habitant.es en matière de santé et au-delà

Le dernier impact attendu du projet était de développer le pouvoir d'agir du collectif d'habitant.es en matière de santé et au-delà. Le pouvoir d'agir revêt trois dimensions : l'autonomisation des participant.es, le développement d'une conscience critique et une visée de transformation sociale et systémique.

L'autonomisation a déjà été traitée : elle est effective tant au plan individuel que collectif. Le développement d'une conscience critique transparait de façon diffuse dans les entretiens réalisés avec les participantes. On l'a vu, le fonctionnement en groupes de pairs a permis une socialisation de l'expérience individuelle de la santé et des risques associés. Ce qui était auparavant vécu dans l'isolement et la culpabilité (ne pas suffisamment prendre soin de soi, ne pas entreprendre les démarches de prévention et de soins par « peur », etc.) est

désormais vécu comme une épreuve collective partagée. Ce déplacement a permis d'initier des trajectoires *d'empowerment* individuel fondé sur le retour de la confiance en soi et l'endossement du statut de sujet de droit face aux institutions de santé.

L'exercice théâtral a largement contribué à cet *empowerment* en incitant les participant.es à s'engager et s'exposer aux regards des autres en s'affirmant publiquement comme les sujets d'un discours. Une participante relate le gain de confiance en elle : « *Le jour où il y avait présentation de la pièce, mes enfants étaient là et je voulais pas les décevoir, ils m'appelaient la star à la maison !* ».

Si la honte et la culpabilité ont laissé place à des attitudes plus proactives de revendication d'un statut d'interlocutrices légitimes et compétentes face aux professionnel.les de santé, l'émergence d'une conscience critique reste partielle : elle ne désigne aucune responsabilité sociale ou institutionnelle, ni aucune inégalité, à l'origine des difficultés rencontrées par les habitant.es du quartier dans leurs démarches de prévention et de santé. Tout au plus porte-t-elle à incriminer la méconnaissance des conditions de vie des habitants par les professionnel.les formulant des messages de prévention, ou encore le manque de temps ou de formation des médecins pour répondre aux besoins spécifiques de cette population.

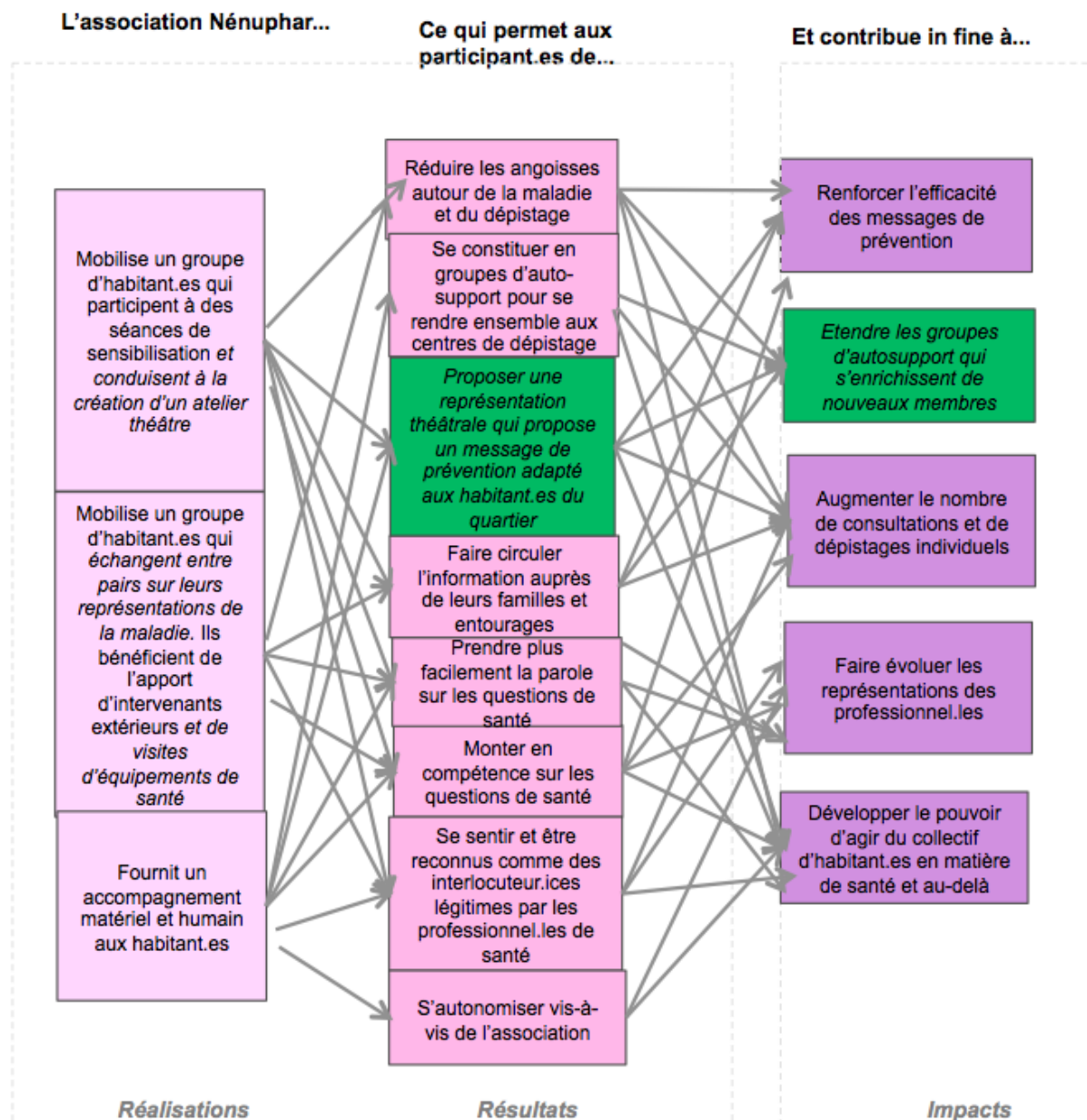
5) Récapitulation des effets constatés

Les développements qui précèdent indiquent que le projet porté par l'association Nénuphar a produit la plupart des effets escomptés au démarrage de la recherche-action. Comme le montre l'arbre des effets constatés (page suivante), les enchaînements prévus pour le projet se sont très largement concrétisés :

- ❖ Sur le plan des réalisations, l'association Nénuphar est parvenue à mobiliser et à fidéliser un groupe d'habitantes ; auquel elle a fourni un accompagnement matériel et humain grâce à ses propres ressources, à ses partenaires et à l'appui de LaFédé. Ce groupe a participé à des séances de sensibilisation avec des professionnel.les et à des temps d'échanges entre pairs, ayant conduit à décider collectivement de mettre en œuvre un atelier théâtre afin de porter un message de prévention à d'autres habitant.es du quartier. Conformément aux attendus de la démarche, ces réalisations ont respecté des principes d'horizontalité et de co-construction : l'évolution du projet ressort de choix réalisés par et avec le groupe, et le projet de scénettes de théâtre relève d'une logique de co-construction du message de prévention par les habitantes.
- ❖ Ces réalisations ont conduit à adapter le message de prévention destiné aux habitant.es, ainsi qu'à la formation de groupes d'autosupport qui se sont notamment rendus aux ateliers de prévention de l'hôpital Avicenne, avec l'accompagnement de l'association, mais aussi de manière autonome. Ces actions ont eu pour résultat de réduire les angoisses liées à la maladie et au dépistage, grâce à l'effet de socialisation de l'expérience vécue permise par l'échange entre pairs. Les groupes d'autosupport et l'atelier théâtre ont permis aux participant.es de prendre confiance en eux.elles, de se sentir plus compétent.es et plus légitimes pour prendre la parole, d'abord face au groupe, puis face au médecin et au sein de leur réseau relationnel (famille, ami.es, voisin.es). L'information a donc circulé dans leur entourage.

- ❖ Sur le plan des impacts, la représentation des scénettes dans une salle du quartier et la communication des participantes auprès de leur entourage ont permis de renforcer l'efficacité du message de prévention non seulement pour les participantes, mais au-delà du groupe, ainsi que d'augmenter le nombre de consultations. Le message est devenu mieux adapté (grâce au théâtre) et davantage approprié (grâce à la réduction des angoisses et des « blocages »). Les équipements de santé sont apparus moins hostiles et lointains grâce aux visites et aux rencontres avec des professionnel.les de santé. Tous ces éléments ont contribué à rendre les démarches plus accessibles et à outiller les membres du groupe ainsi que les habitant.es touché.es par l'action (par le biais du théâtre, du groupe WhatsApp...). L'ensemble du projet a de la sorte renforcé le pouvoir d'agir des habitant.es. L'*empowerment* suscité par le projet se traduit par une meilleure prise en charge des problématiques de santé par les habitant.es elles ou eux-mêmes, par des actions de sensibilisation réciproques et horizontale et par des pratiques d'entraides. Le pouvoir d'agir a pris la forme d'une dynamique de solidarité locale autour de la santé, qui devient, de fait, une affaire collective. Mais il ne s'agit pas du pouvoir d'agir sur les institutions elles-mêmes, ni d'une conscientisation des logiques de pouvoir et de domination qui limitent l'accès à la prévention et aux soins pour les personnes racisés habitant dans les quartiers populaires.

Arbre des effets constatés



« Écoutez-moi, docteur ! »

Champigny-sur-Marne - Quartier du Bois-l'Abbé

Résumé du projet

Le projet « Écoutez-moi docteur » visait à l'origine à accompagner un groupe d'habitant.es du quartier du Bois-l'Abbé, à Champigny-sur-Marne, dans une démarche collective d'identification et de lutte contre les discriminations subies dans le domaine médical. Il devait s'articuler à l'organisation de rencontres avec des professionnel.les de santé du quartier ou de l'environnement proche, et à la conception d'outils pour les identifier et les éviter. Il prévoyait également des rencontres avec les médecins et professionnel.les afin de permettre une évolution mutuelle des représentations éventuellement erronées, ainsi que la mise en place de « facilitateurs » des rapports et de la compréhension entre ces patient.es et les professionnel.les de santé.

Dans les faits, le projet a connu une évolution sensible dans ses objectifs et ses modalités, en raison à la fois des possibilités qu'offraient les ressources disponibles et de la dynamique propre au groupe qui l'a porté. Non prévu à l'origine, un projet documentaire a été porté par le groupe et a reposé essentiellement sur des interviews d'habitant.es lors du marché et d'entretiens avec les médecins du quartier (médecins salariés au CMS et médecins libéraux). Ce documentaire a été diffusé publiquement à la Maison pour Tous du Bois-l'Abbé et suivi d'une discussion. Dans ces conditions, la question des discriminations est passée au second plan du projet (mais présente en filigrane), au profit d'une problématique plus large englobant les relations de confiance entre patient.es et médecins, et les pratiques de ces derniers face aux populations d'origine étrangère résidant dans les quartiers populaires.

1) Le projet dans sa formulation initiale

Le constat à l'origine du projet : des discriminations qui perturbent la relation médecin/patient.e

En amont de la RAE, les travaux menés avec le groupe d'habitant.es et les médiatrices de l'association Femmes relais médiatrices interculturelles de Champigny-sur-Marne étaient centrés sur la question des discriminations dans la relation entre médecin et patient.e qui empêchent une bonne circulation de l'information. Les membres du groupe avaient identifié la barrière de la langue, l'origine étrangère et la précarité sociale comme principaux facteurs de cette perturbation.

L'origine étrangère et la mauvaise maîtrise du français soulèvent trois ensembles de difficultés :

- ❖ Une difficulté proprement linguistique pour comprendre les informations, comme dans le cas des ordonnances dont « *on ne comprend pas forcément le contenu* ».

- ❖ Des discriminations indirectes (« Des médecins qui refusent de soigner parce qu'ils ne comprennent pas ce qu'on dit ») et directes (cas d'un médecin sur Champigny-sur-Marne « qui a affiché qu'il refuse les AME »)¹⁰.
- ❖ Une perturbation de la relation au médecin et au professionnel.le de santé en raison de l'insécurité linguistique et symbolique ressentie : cette insécurité est en partie suscitée par des humiliations linguistiques vécues dans le système de santé, les membres du groupe de travail rapportant des mots comme « charabia » employés par des soignants ; cette insécurité se traduit par une inhibition liée à une faible maîtrise de la langue : les personnes osent moins poser de questions.

L'objectif : améliorer la relation des habitants étrangers ou d'origine étrangère au système de santé et prévenir les discriminations à leur égard

L'origine des difficultés conduisait à formuler une double hypothèse sur les leviers de changement pouvant être activés :

- ❖ Les pratiques des professionnel.les : ces dernier.es étant insuffisamment sensibilisé.es, ils ou elles ne prennent pas assez de temps et de soin dans la communication avec les patient.es. Dans ces conditions, un changement d'attitude du médecin pourrait faire reculer le problème. Un parallèle est proposé avec l'attitudes des pharmaciens qui « *réexpliquent et notent sur la boîte* ». Il faudrait ainsi que le « *médecin prenne le temps de parler avec le patient, qu'il reformule, qu'il parle plus doucement* » ; « *avoir des informations écrites, que le médecin écrive sur un papier une sorte de petit résumé de la consultation, que l'explication du médecin soit aussi par écrit pour pouvoir le montrer à un tiers* » ; « *employer des mots plus faciles ; demander au patient s'il a bien compris* ».
- ❖ Les situations discriminatoires et/ou vexatoires : un des membres du groupe avançait l'hypothèse que « *le manque de confiance en soi lié à la langue est aussi une peur d'être discriminé* ». Dans ces conditions, la lutte contre les pratiques discriminatoires permettrait de faire baisser la peur du médecin, de renforcer le sentiment de compétences et de faire reculer l'inhibition des patient.es risquant de subir ce type de comportements.

Dans ces conditions, l'accompagnement de l'Association des femmes-relais médiatrices interculturelles proposait de mettre en œuvre les deux objectifs opérationnels suivants :

- ❖ Améliorer les relations entre médecins et patient.es, en permettant notamment aux patient.es de se sentir davantage en confiance et de ne pas se sentir jugé.es

¹⁰ L'existence de telles discriminations a récemment été rappelée et attestée par un « testing » par le Défenseur des droits et le Fonds CMU-C auprès de 1 500 cabinets médicaux. Selon cette enquête publiée en octobre 2019 – la première d'une telle ampleur depuis près de quinze ans –, 9% des chirurgiens-dentistes, 11% des gynécologues et 15% des psychiatres libéraux discriminent les patient.es bénéficiaires d'une aide sociale à la complémentaire santé en refusant de leur donner un rendez-vous qu'ils accordent dans le même temps à un patient « lambda » (*Le Monde* du 29 octobre 2019). Déjà, en 2017, suite à une enquête du Défenseur des droits, l'Ordre des Médecins avait annoncé qu'il allait saisir la chambre disciplinaire (<https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/refus-de-cmu-et-dame-lordre-va-porter-plainte-contre-plusieurs-medecins>).

lorsqu'ils ou elles vont chez le médecin (et qu'ils ou elles ne s'autocensurent pas et osent poser leurs questions).

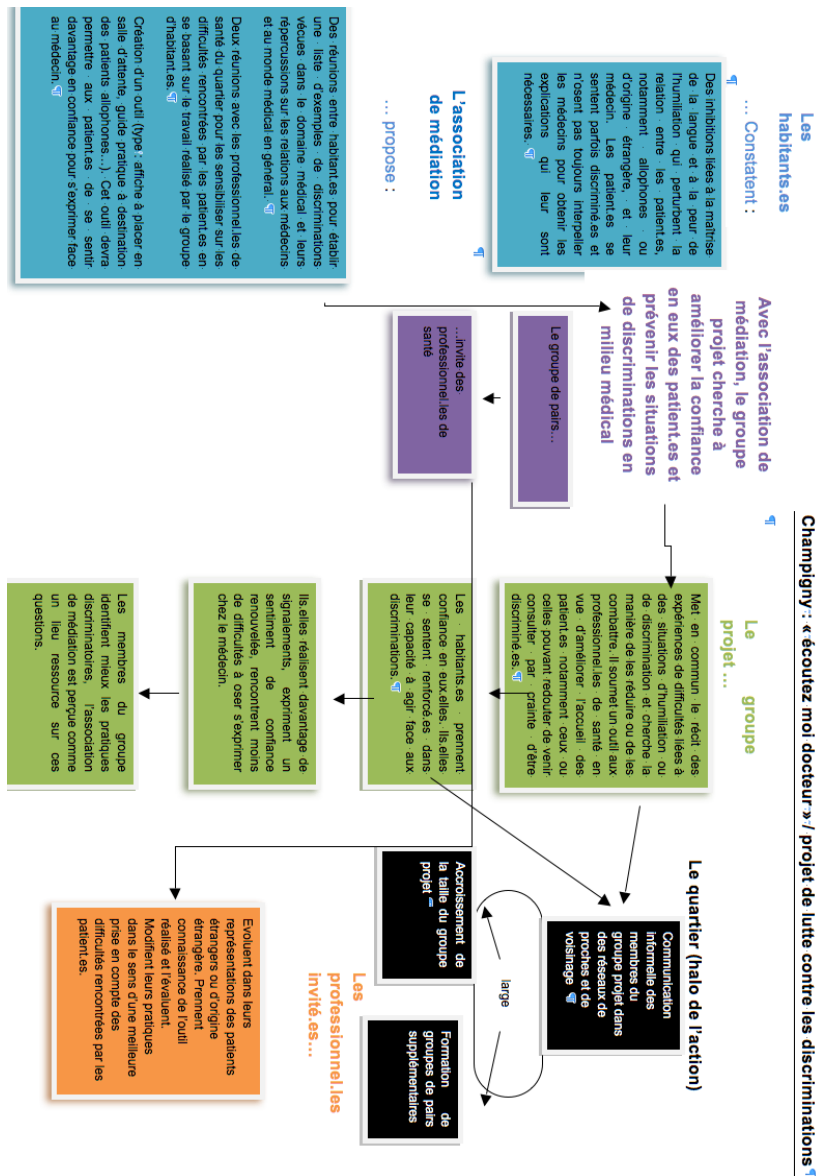
- ❖ Lutter contre les discriminations dans le domaine médical et faire de l'association de médiation un espace ressource pour les personnes qui subissent les discriminations, permettant aux victimes de s'en saisir et d'être éventuellement accompagnées juridiquement.

Les actions envisagées :

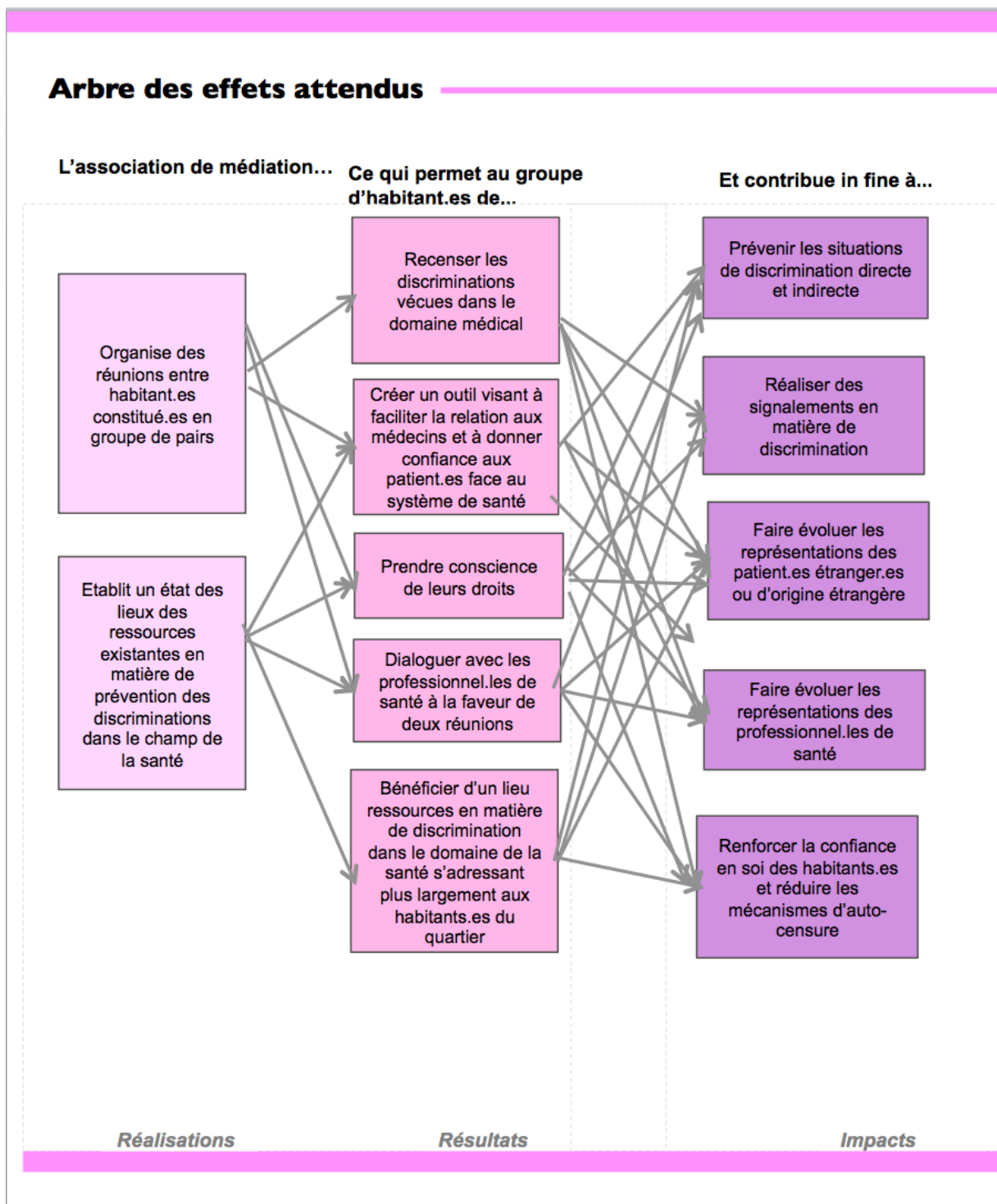
- ❖ Faire un état de lieux des différents outils existants pour lutter contre la barrière de la langue et les discriminations.
- ❖ Constituer un groupe d'habitant.es pour analyser les situations de discriminations, informer sur les droits des personnes discriminées, discuter des difficultés dont on aimerait que les médecins aient conscience (et éventuellement les « trucs et astuces » pouvant les aider), et débattre des moyens de renforcer la confiance pour parler au médecin.
- ❖ Restituer (éventuellement par une intervenant.e extérieur.e) ces débats auprès des professionnel.les de santé dans le but de les sensibiliser aux difficultés rencontrées par les patient.es dans leur rapport au médecin.
- ❖ Mettre en place des séances d'atelier en vue de la création d'un outil par les habitant.es (par exemple, des affiches à apposer dans les salles d'attentes des structures de soins, un guide pratique à destination des patient.es allophones...).
- ❖ Présenter l'outil aux professionnel.les de santé dans le cadre d'un temps convivial et d'échanges entre professionnel.les et habitant.es.

Le dispositif d'évaluation

Le logigramme retenu pour présenter le système d'hypothèses qui devait régir l'expérimentation retraçait cette logique initiale :



L'arbre des effets attendus a été construit à partir de ce logigramme :



Nous allons reprendre cet arbre dans les développements suivants, ce qui permettra de faire ressortir progressivement les différents pas de côté opérés par le groupe et les résultats auxquels le projet a finalement abouti.

2) Analyse des réalisations

Un groupe de femmes primo-migrantes et arabophones

Pour l'essentiel, les membres du groupe sont issues des ateliers sociolinguistiques assurés par l'association Femmes relais médiatrices interculturelles. Les participantes rencontrées ont entre 40 et 50 ans. Elles sont toutes primo-migrantes et arabophones, et connaissent ou ont connu une longue période d'inactivité professionnelle. De ce fait, elles se sont consacrées ou se consacrent encore à la vie domestique et à l'éducation des enfants.

Ce profil a indéniablement influencé les objectifs du projet, ces femmes ayant du mal à se faire comprendre des médecins en raison d'obstacles linguistiques et subissant des discriminations (par exemple, le refus de certains médecins de prendre des patientes bénéficiant de l'Aide médicale d'État).

Les motivations de ces femmes à participer au groupe projet relèvent d'une logique d'engagement militant. Une seule participante a rejoint le projet pour « *la santé, pour savoir ses droits surtout dans ce domaine* ». Les autres ont déjà des engagements associatifs ou professionnels en résonance avec le projet. L'une d'elle, militante associative, déclare n'avoir à titre personnel « *aucun problème avec les médecins* ». Le projet l'intéresse parce qu'il est « *censé servir à l'amélioration de la santé, pour que les gens, quand ils vont chez le médecin, soient à l'aise. Sinon on ne peut pas dire ce qu'on ressent, surtout pour les gens qui ne parlent pas français. Le médecin doit prendre du temps. Il faut que les médecins prennent mieux en considération les besoins des gens qui ne connaissent pas forcément les mots "spécialisés"* ». Une autre participante est infirmière de formation, mais elle ne peut exercer en France car elle dispose d'un diplôme algérien. Elle affirme un intérêt pour la santé communautaire et a des engagements dans ce domaine, par exemple auprès de Médecins du Monde lorsqu'elle vivait en Algérie. Une autre encore se dit « *intéressée par ces questions* » qu'elle compare à son engagement comme présidente d'une association qui cherche à promouvoir le bien-être dans une perspective interculturelle.

La dimension genrée apparaît également centrale dans l'engagement de ce noyau dur de participantes. L'infirmière affirme s'engager « *comme femme et comme infirmière* », tandis que la présidente d'association précise que celle-ci se préoccupe du bien-être « *surtout des femmes* ».

La médiatrice observe que ces femmes sont engagées depuis le départ du projet et l'ont suivi tout au long de son développement. Elle note également la présence de personnes moins assidues : « *Au départ du projet, on avait même fait des animations de type petit déj pour voir qui était intéressé, puis c'est les mêmes qui sont venues. Au départ, on avait une trentaine de femmes...* »

Plutôt qu'un état des lieux, un documentaire

L'association Femmes relais médiatrices interculturelles de Champigny-sur-Marne n'a finalement pas établi l'état des lieux des ressources existantes en raison d'un changement de cap, conduisant à retenir comme principal instrument et objectif du projet la réalisation d'un documentaire sur les relations entre habitant.es et institutions de santé à l'échelle du quartier du Bois-l'Abbé. L'objectif était de faire ressortir les besoins non pris en charge et de questionner les médecins sur leurs pratiques.

L'une des principales raisons de ce changement renvoie à la difficulté de mobiliser les professionnel.les de santé. « *Avant l'idée du documentaire, explique la médiatrice, on a rencontré des pharmaciens, mais pas de médecin. C'est Impossible. Puis les participantes ont pris rendez-vous avec leur médecin. Même les médiatrices ont sollicité leur médecin traitant. Ils sont très pris par le travail, les rendez-vous, le temps, etc. C'est ce qui est ressorti des entretiens individuels avec les médecins* ». Las, le groupe finit par renoncer : « *Comme on n'arrivait pas, on s'est dit pourquoi pas un documentaire ?* »

L'autre raison de ce changement de cap tient à l'évolution du groupe lui-même, qui a pour partie proposé cette idée et s'est activement impliqué dans sa réalisation. Le documentaire répond ainsi à une attente du groupe. « *On a pris les décisions ensemble, on a bien travaillé* », souligne une participante.

L'idée d'un documentaire a également vu le jour en raison de l'engagement de la médiatrice dans une autre association qui travaille sur l'accompagnement à l'insertion. Elle avait notamment accompagné un groupe de jeunes qui désirait développer une activité de création et de production audiovisuelle, et qui avait par la suite créé leur société. Un partenariat a donc pu être noué avec ce collectif.

Enfin, l'association des femmes relais a noué un partenariat dans le cadre du dispositif CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé) piloté par la municipalité. Par ce biais, des rendez-vous avec des médecins ont pu être obtenus dans la perspective d'interviews filmées, destinées à figurer dans le documentaire.

3) Analyse des résultats

Un recensement des discriminations et difficultés vécues dans le domaine médical

Le témoignage des membres du groupe, la réalisation d'un micro-trottoir filmé pour les besoins du documentaire et la diffusion d'un questionnaire ont constitué les principaux outils de recensement des discriminations et des difficultés vécues par les habitant.es.

Le micro-trottoir et les expériences des membres du groupe noyau ont alimenté les questions traitées dans le documentaire. Les participantes ont mobilisé avant tout leur expertise d'usage. L'une d'elles relate par exemple son expérience à l'hôpital : « *J'ai rencontré un spécialiste de l'oreille. Ça ne s'est pas bien passé parce que la première fois il m'a dit que ça pouvait être un cancer. J'ai eu peur ! Il parlait trop vite, avec des mots que je ne comprends pas* ».

L'observation d'une réunion donne un aperçu des préoccupations : manque d'écoute des médecins, le peu de temps accordé à chaque patient.e ; difficulté de trouver un généraliste lorsqu'on ne fait pas déjà partie de sa patientèle ; barrière de la langue ; fracture numérique face à l'usage de Doctolib pour prendre rendez-vous ; refus de patient.es bénéficiaires de la CMU ou de l'AME...

Des échanges autour des discriminations subies dans le domaine médical ont eu lieu lors des réunions du groupe, mais il est parfois difficile pour les habitantes de les percevoir comme telles. Une habitante a ainsi rapporté qu'un médecin avait refusé son mari handicapé dans sa patientèle car il était débordé et n'avait pas le temps de suivre un patient aussi lourd. Les discussions ont permis de mettre en avant qu'il s'agissait bien d'une discrimination

en raison du handicap, ce qui n'était pas acceptable malgré les contraintes auquel le médecin devait faire face (manque de temps...).

Ces récits de situations discriminatoires n'ont pas forcément été intégrés au documentaire en raison de leur aspect intime et parfois blessant. Les participantes n'ont pas voulu que ces scènes figurent dans le montage final.

Un documentaire pour faciliter la relation aux médecins et à donner confiance aux patient.es face au système de santé

Le projet du documentaire s'est substitué à celui de créer un outil spécifique (guide, affiche en salle d'attente...). Mais tout comme l'outil envisagé au départ, le documentaire signale une volonté d'améliorer la relation entre patient.es et médecin en donnant à voir les difficultés rencontrées de part et d'autre par les protagonistes. L'objectif est en effet de décrire le vécu de toutes les parties prenantes et d'utiliser le documentaire comme support d'une discussion entre habitantes et professionnel.les de santé.

Une participante, qui a été l'une des principales promotrices de l'idée de documentaire, explique : *« Le sujet du documentaire et du personnel, c'est de recueillir comment les personnes sont accueillies et comment elles se sentent avec les professionnels de santé. Et les professionnels, comment ils ressentent la relation avec les patients qui ont, par exemple, des problèmes de langue, la durée des consultations etc. (...) Et le faire visionner pour débattre, notamment avec les professionnels de santé »*. Evoquant le projet de documentaire, une autre participante soulignait qu'*« il faut que les médecins soient plus à l'écoute, prennent le temps, donnent des informations sur la maladie, etc. »*

Le documentaire repose ainsi sur l'idée que l'amélioration de la relation aux médecins implique d'informer ces derniers des difficultés vécues par les patient.es lors des consultations, et de chercher des voies d'amélioration avec eux. Le documentaire s'inscrit bien dans les objectifs du projet puisqu'il vise autant à sensibiliser les médecins sur les comportements vécus comme vexatoires ou discriminants par les patient.es, qu'à ouvrir un dialogue où les participantes au groupe se posent en interlocutrices des professionnel.les de santé, réduisant ainsi l'asymétrie de la relation et le sentiment d'être de simples objets.

Une prise de conscience des droits et un renforcement de la légitimité face au médecin

Centré initialement sur la question des discriminations, le projet visait à améliorer la conscience des droits de la part de membres du groupe. La transformation du projet en cours de route n'a pas annulé cet objectif. Il l'a cependant sensiblement déplacé au profit du sentiment de légitimité face au professionnel de santé.

Concernant la conscience des droits, des résultats peuvent être constatés dans les échanges avec les participantes. Ces dernières rappellent d'ailleurs que cette question des droits constituait l'une des raisons pour lesquelles elles avaient initialement rejoint le projet : *« Par exemple, les médecins qui n'acceptent pas la CMU ou l'AME, on savait pas que c'était le choix du médecin. J'ai eu la CMU et beaucoup de médecins m'ont refusé la consultation »*. Comme l'indique ce propos, la conscience des droits s'est élargie. Cette même participante affirme avoir *« appris plein de chose [qu'elle] ne savait pas »* en s'engageant dans le projet.

Par-delà la connaissance des droits, le projet a permis de renforcer le sentiment de légitimité et de faire reculer l'inhibition dans l'expression de ses attentes face au médecin. Une participante souligne l'apport d'informations auxquelles elle a accédé grâce à sa participation au projet : « *On apprend avec les ateliers, on apprend beaucoup de choses. On va parler de la sécu, la Caf, la police... Pour apprendre, il faut des ateliers* ». Mais notre interlocutrice insiste surtout sur son changement d'attitude face aux difficultés qu'elle peut rencontrer face à certain.es acteur.ices du corps médical : « *Maintenant je sais que si je suis pas à l'aise avec un médecin, je continue pas avec. Un médecin, il doit être psychologue avant d'être médecin !* ». Par-delà les droits garantis par la législation, cette femme s'octroie désormais le droit plus fondamental d'exprimer et de faire valoir ses besoins devant l'autorité médicale, son premier droit étant d'exprimer des préférences et d'énoncer des demandes plutôt que de les inhiber.

L'accès à cette forme infra-légale de légitimité personnelle constituerait finalement l'une des principales transformations opérées par le projet, estime pour sa part la chargée de mission de LaFédé : « *Champigny, on a plus travaillé sur le sentiment d'illégitimité des habitants. Le fait de préparer un film, d'interroger les médecins, ça permet de voir qu'on est plus légitime dans ses interrogations, de voir qu'elles sont partagées, de voir que c'est pas que le médecin lui-même, mais l'organisation de la médecine* ».

L'évolution du projet a rendu caduques les rencontres avec les professionnel.les et le positionnement de l'association comme lieu ressource en matière de discrimination

Le projet de documentaire a conduit à limiter le rôle des intervenant.es extérieur.es dans le travail du groupe. La médiatrice observe ainsi que « *le documentaire a joué le rôle de l'intervenant finalement...* ». De même, l'association n'ayant finalement pas établi d'état des lieux sur les discriminations et les recours, elle n'a pas cherché à se repositionner comme lieu ressource sur ces questions même si le projet lui permet de renforcer son expertise, et qu'elle constitue déjà un lieu ressource plus généraliste pour les habitants.es.

Une fois réalisé et monté, le documentaire a fait l'objet d'une projection publique réunissant des habitant.es, des élu.es, des responsables administratifs et des membres des professions médicales. Le film présente des interviews filmées de patient.es et de médecins. Il présente ainsi les deux points de vue. Il donne notamment à voir des professionnel.les de santé volontaires, mais soumis.es à des contraintes administratives et économiques – complexité administrative des démarches auprès de la CPAM, délais de remboursement, voire risque de ne pas être remboursé – permettant de mieux comprendre certaines dérives discriminatoires comme le refus des patient.es relevant de la CMU.

4) Analyse des impacts

Faire connaître les difficultés vécues aux professionnel.les et aux responsables institutionnels

Le déplacement du cœur du projet et le manque de recul ne permettent véritablement d'établir si les situations de discrimination ont reculé sous l'effet de ce projet. On note toutefois que la lutte contre les discriminations, directe et indirecte, est à la fois renvoyée vers un horizon lointain de « prise de relais » par les institutions, et qu'elle tend à être éclipsée par la question de la relation et de la confiance avec le médecin.

L'évolution du projet explique ainsi qu'il n'y ait pas eu de signalements en matière de discrimination. En revanche, le micro-trottoir ou encore le questionnaire réalisé dans la perspective du documentaire ont permis de mieux documenter le vécu des habitant.es du quartier sur cette question.

Les représentations des professionnel.les de santé vis-à-vis des populations d'origine étrangère faisaient également partie des objectifs du projet. Le documentaire, parce qu'il montre le vécu de ces patient.es, peut être de nature à faciliter l'évolution de ces représentations. Le manque de recul et l'absence de témoignages de médecins ayant vu ce documentaire, ne permet pas cependant, à ce stade, de traiter cette question.

Pour les habitantes et l'association qui les a accompagnées dans ce projet, le documentaire s'inscrit assurément dans une logique d'information à destination des professionnel.les et des institutions. Son impact dépend de son accueil et de sa prise en compte par ces acteur.ices, mais il n'a pas vocation à produire par lui-même un effet sur les pratiques discriminatoires. Pour la coordinatrice, *« le documentaire parle beaucoup des problématiques liées aux médecins, aux déserts médicaux, aux difficultés administratives, etc. Au niveau de la population, l'attente c'est celle d'une écoute et d'un soutien. On est face à deux mondes "qui veulent bien faire". On relève les difficultés de chacun, mais sans trouver de solutions. Donc c'est là que tout reste à construire »*. Dans le même sens, une habitante membre du groupe projet précise : *« Notre rôle, c'est de soulever les problématiques. Après, il faudrait des solutions... On sensibilise les gens, mais à la fin on aimerait trouver des solutions pour améliorer cette relation de confiance »*.

LaFédé, pour sa part, s'inscrit dans une logique d'interlocution avec les institutions, en y intégrant les éclairages de la recherche action : *« Du côté de l'ARS, plusieurs problèmes sont remontés sur lesquels ils n'avaient pas l'air très au clair, comme les refus de CMU. Ils pensaient que c'était rare. (...) Par exemple, au début, sur les discriminations des patients CMU, certains disaient que ça n'existait pas. En insistant, en montrant que c'était le cas dans plusieurs villes, on a vu la reconnaissance progressive que c'est un problème qui existe. C'est des choses qui ont été dites en réunion. On a senti leur position bouger »*. Les acquis de l'expérience de Champigny-sur-Marne permettront cette fonction d'interpellation. C'est dans cette contribution au dialogue institutionnel que de LaFédé situe la valeur ajoutée du documentaire : *« Les suites concrètes ? On continue à participer à pleins de groupes de l'ARS et à porter les enseignements qu'il y a eus »*.

Un empowerment politique : de la confiance en soi à la citoyenneté

C'est sur les effets d'*empowerment* et d'habilitation que le projet semble avoir eu le plus de portée, au point d'avoir outrepassé ses objectifs initiaux qui, sur la question du pouvoir d'agir, visaient surtout la question de la confiance en soi et de l'autocensure.

En effet, l'autonomisation collective du groupe n'était pas visée dans le projet et les participant.es n'ont par exemple pas été invité.es, comme à Pantin, à développer des initiatives et des formes d'organisations collectives propres, ni à se comporter en ambassadrices du projet à l'échelle du quartier. De fait, les participant.es ont développé, à l'échelle de leurs propres démarches et pratiques face aux institutions de santé, des formes d'autonomisation plus individuelles. On l'a vu, la conscience des droits s'est développée. Mais on a vu également que cette conscience a surtout pris une forme « méta-juridique »,

les participantes endossant le statut de *sujets de droit* face aux professionnel.les de santé, de sujets dont le droit est avant tout celui d'avoir des droits.

Cette affirmation dépasse cependant l'échelle de l'individu puisqu'elle s'adosse moins à des particularités et des difficultés singulières qu'à une condition partagée par tous, celle d'être des citoyens porteurs de droits. Cette conscience prend forme dans les ateliers où les participant.es sont positionné.es comme interlocuteur.ices légitimes du groupe, et où leur droit à la parole est la condition première permettant l'activité du groupe. Pour l'une des participantes, les ateliers « *donnent le courage de parler et d'apprendre* ». Surtout, cette parole autorisée ne relève pas que de l'intime, mais relève également d'une dimension généralisable concernant tout un chacun : « *On donne nos opinions, on dit ce qu'on veut améliorer dans la santé* ».

On peut d'ailleurs supposer que ce renforcement du sentiment de légitimité individuelle sur les questions de santé est l'une des sources du renforcement du sentiment de légitimité face au médecin. Peu ou prou, l'atelier reconnaît une expertise à ses participant.es. Celles-ci sont considérées comme *capables* de formuler des opinions sur les pratiques des professionnel.les de santé. Tout se passe comme si ce sentiment de légitimité fondée sur une expertise acquise dans le projet s'invitait ensuite dans le cabinet médical et face au médecin. Les ateliers, à ce titre, définissent les participant.es comme des interlocuteur.ices légitimes des médecins, et celles-ci endossent ce statut, ce qui modifie leur position dans la relation malade/médecin. Ce statut leur confère un « droit d'avoir des droits », droit auquel répondent des « devoirs » qui incombent au médecin, comme celui d'accorder son écoute : « *Les médecins il faut qu'ils écoutent, parce qu'ils sont tellement à la bourre qu'ils ne nous laissent pas en placer une... Maintenant, je dis des choses que j'ai à dire, par exemple que j'ai des examens et des radios à montrer* », explique ainsi une participante.

Mais *l'empowerment collectif* observé doit surtout être relié à la vocation publique du projet de documentaire : celui-ci doit alimenter l'espace des débats publics sur la santé et ses institutions. L'expertise concédée et reconnue en atelier ne relève pas simplement, à ce titre, de l'expertise d'usage (relater ses expériences), mais également d'une expertise qu'on peut qualifier de *démocratique*, appartenant plus largement au champ de la citoyenneté : les participantes sont reconnues compétentes pour participer à une discussion publique et démocratique sur la santé comme question collective, comme problème et comme politique publics. Avec le projet de documentaire, les participant.es s'emparent de cette question de la santé comme problème public et élèvent leur propos à un niveau de généralité qui est celui de l'espace public, celui des institutions et du débat public. Elles « *soulèvent des problématiques* », à destination des institutions, pour reprendre l'expression d'une participante.

Ce positionnement des participant.es comme citoyen.nes, comme acteur.ices de l'espace public, emporte deux conséquences. Tout d'abord, les participant.es développent une conscience critique qui dépasse le stade de l'injustice *individuelle* (« je ne suis pas traité comme je le mérite ») pour atteindre celui de l'injustice *sociale*, liée à des rapports sociaux, des formes d'organisation collectives, des pratiques institutionnelles. Par exemple, ils.elles se sentent désormais fondé.es à dénoncer l'inégalité de traitement dont souffre le quartier en termes d'équipement de santé : « *Les problèmes des patients sont liés au manque de médecin, explique l'une d'elles. Le quartier est surpeuplé, mais il n'y a pas assez de médecins* ».

La seconde conséquence déborde les questions de santé pour englober celle de l'accès à la citoyenneté démocratique. Par l'intermédiaire du projet, les participant.es regagnent, en quelque sorte, le statut de citoyen.nes que leur situation de domination inhibe. Il fait reculer l'autocensure qui conduit à se juger trop « petit », trop incompetent pour accéder à l'espace et à la parole publics, pour développer et exprimer des opinions, pour les exprimer par la discussion, le vote ou l'action collective. Cette évolution, qui mène de la recherche de solution *pour soi* à l'affirmation de soi comme sujet démocratique est décrite par la médiatrice, qui non seulement a accompagné le groupe mais connaît bien ces femmes pour les recevoir dans d'autres projets et d'autres dispositifs : « *Les femmes sollicitées au départ n'osaient pas, elles pensaient pas qu'elles pouvaient agir, et c'est au fil des réunions qu'elles se sont aperçues... qu'elles ont pris confiance en elles, qu'elles pouvaient proposer, qu'on les écoutait, et qu'on pouvait agir par rapport à ce qu'elles disent* ».

Cette transformation est de même nature que celle qu'elle observe dans d'autres actions, par exemple les « ateliers sociolinguistiques », où l'apprentissage de la langue et l'acquisition des codes de la société française visant leur meilleure intégration, opèrent par le débat, la discussion, et le développement de projets collectifs. « *Elles avaient du mal au début à se dire qu'elles pouvaient contribuer à changer les choses... explique-t-elle au sujet du projet "écoutez-moi docteur". Mais c'est comme dans les ateliers sociolinguistiques : au début les personnes n'osent même pas dire leur nom, et aujourd'hui certaines ont créé des associations de parents d'élèves. On fait un projet de lecture dans le cadre de l'école, où elles racontent des contes dans leur langue maternelle. Ça les valorise, les renforce dans leur culture, l'idée qu'elles ont des choses à apporter à l'enfant. Elles s'approprient l'école, le lieu, le rôle de parent* ».

Notons pour finir que cet endossement d'une citoyenneté démocratique n'est pas « hors sol », mais s'adosse à des identités collectives. Le statut d'immigré.e est l'une d'elles. Par exemple, une participante particulièrement active, est infirmière de profession : « *Elle a dynamisé le groupe, explique la médiatrice, parce qu'elle était magrébine aussi, et qu'elle avait des compétences...* ». Mais l'identité liée aux origines se combine aussi à celle liée au genre. On l'a vu, plusieurs participantes affirment participer au projet « en tant que femme ». Cette situation partagée liée au genre constitue alors un des « en commun » les plus forts liant les membres du groupe et il fonde une montée en généralité démocratique et politique à partir des singularités de cette condition genrée. La médiatrice explique ainsi : « *Si on peut leur donner les moyens d'agir, elles peuvent s'en emparer. Souvent elles n'osent pas. Une fois j'ai parlé politique avec les femmes, on parlait citoyenneté et valeurs de la République. C'est des femmes qui n'allaient pas voter, d'abord parce que dans leur pays d'origine les femmes votent pas. Donc leur dire "vous êtes en France vous avez le droit de voter", qu'elles ont des droits, qu'on peut les faire valoir... elles l'apprennent petit à petit...* ».

5) Récapitulation des effets constatés

Le projet a ainsi profondément évolué au fil de sa mise en œuvre, et il a produit des résultats et des impacts qui, s'ils n'étaient pas ceux attendus au départ, rejoignent bien les objectifs plus généraux de la recherche-action. Si on revisite l'arbre des effets attendus à la lumière des résultats produits (cf. schéma infra), on note que ce passage d'un projet centré sur l'identification et la lutte contre les discriminations à un projet centré sur un documentaire plus transversal destiné à circuler dans l'espace public, a produit des effets vertueux mais non prévus.

La mise en œuvre du projet de documentaire a conduit les participant.es à se conduire en « expertes » de ces problèmes, ce qui a fait évoluer leur propre attitude face aux institutions médicales. Fortes de ce nouveau statut, elles ont acquis une meilleure confiance en elles-mêmes dans leur interaction avec le médecin face auquel elles s'estiment porteuses de droits. Ces droits légitiment leurs attentes et renforcent leur capacité à exprimer leurs demandes et à manifester leurs besoins dans cette interaction.

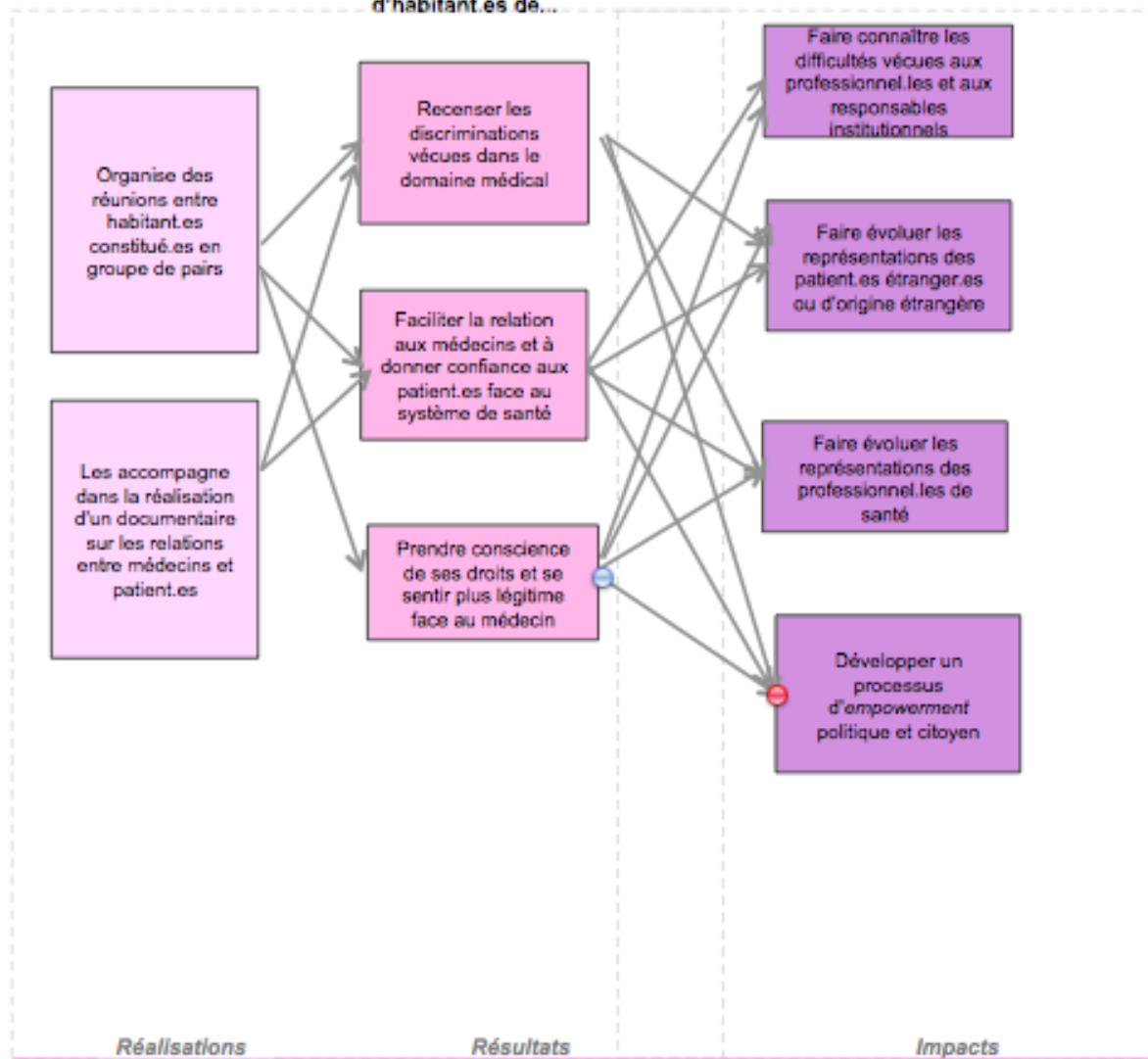
Les conséquences concrètes de l'action ont alors pris une tournure plus générale que celles attendues au départ, et ont finalement dépassé l'ambition initiale du projet, même si la restauration d'un accès plus effectif aux professionnel.les et équipements de santé par la lutte contre les discriminations et le sentiment de discrimination a été pour partie perdue en chemin. L'information du public et des professionnel.les sur les difficultés rencontrées par les habitants.es du quartier a pris le pas sur les signalements des situations de discrimination en vue de leur prévention. L'effet du documentaire sur les représentations des parties prenantes de la relation médicale demeure cependant difficile à évaluer, ces effets étant renvoyés vers la temporalité longue des transformations de l'action publique.

C'est donc sur la dimension du pouvoir d'agir *collectif* que le projet a produit ses résultats les plus significatifs : alors qu'il ne s'agissait à l'origine que de renforcer la confiance en soi et de réduire l'autocensure des participant.es, le médium choisi, un documentaire destiné à alimenter le débat public et à interpeller les institutions, a finalement enclenché un processus d'éducation populaire les conduisant à s'élever à un niveau de conscience véritablement critique, politique et démocratique.

Arbre des effets constatés

L'association de médiation... Ce qui permet au groupe d'habitant.es de...

Et contribue in fine à...



« Campagnes de prévention thématiques »

Nanterre - Quartier : Petit Nanterre

Résumé du projet

Des campagnes de prévention thématiques portant sur le sommeil et la santé bucco-dentaire locales ont été co-construites avec un groupe de résidents d'un foyer Adoma accompagné par l'association Nahda. En lien avec les ressources du territoire, il s'agit de renforcer l'accès à l'information de prévention et aux soins. Deux volets du projet ont été abandonnés : la mobilisation d'habitant.es du quartier du Petit Nanterre au-delà des seuls résidents du foyer Adoma et l'identification d'expérimentations et de bonnes pratiques dans d'autres territoires.

1) Le projet dans sa formulation initiale

Le constat à l'origine du projet : des habitant.es éloigné.es de l'offre d'information et de soins

Les groupes de travail constitués au démarrage du projet ont permis d'aborder la question des messages de prévention sous l'angle de leur contenu, mais aussi sous celui des possibilités pratiques de mise en œuvre de ces messages par les habitant.es du quartier du Petit Nanterre.

Les groupes de travail ont notamment mis en lumière les barrières de la langue, beaucoup d'habitant.es se trouvant en difficulté lorsqu'ils ou elles doivent expliquer précisément à un.e professionnel.le quels sont leurs problèmes de santé. Un habitant formulait l'enjeu en ces termes : « *C'est un souci pour communiquer avec le médecin parce qu'on parle pas très bien français. Du coup, on n'ose pas demander des infos quand on ne comprend pas certaines choses...* ».

Conséquence de ces difficultés de communication, certain.es participant.es aux groupes de travail ont évoqué des erreurs de diagnostics ou des situations de renoncement aux soins. Ils ou elles ont également évoqué la peur d'évoquer certains sujets « tabous », touchant à l'intime, avec les professionnel.les de santé.

Les groupes de travail ont aussi souligné les lacunes de l'information permettant aux habitant.es d'accéder à l'offre de prévention et de soins. Les habitant.es ne savent pas forcément, par exemple, comment et où se faire dépister. L'accessibilité est également entravée par l'éloignement des structures de soins. La restructuration de certains services de l'hôpital de Nanterre Max Fourestier et les incertitudes sur la création annoncée d'un « Espace Ville Hôpital » ont été ressenties par les habitant.es comme une forme de délaissement par les équipements de proximité qu'ils ou elles avaient l'habitude de fréquenter. De fait, ces réorganisations ont largement occupé la première séance de travail, avec la crainte fréquemment exprimée d'une désertification médicale du quartier : « *On veut pas que l'hôpital de Nanterre il ferme : il faut garder la proximité des services de santé. On manque de spécialistes à proximité* ».

L'objectif : réinscrire l'information dans des sociabilités de proximité

L'hypothèse opérationnelle du projet de Nanterre vient appuyer l'hypothèse transversale de la recherche-action selon laquelle l'information de prévention circulera d'autant plus facilement et sera d'autant plus sûrement appliquée qu'elle sera co-construite et mise en œuvre selon une logique horizontale de mobilisation des habitant.es les plus directement concerné.es. Dans ce projet, c'est autour de campagnes de prévention thématiques locales que cette mobilisation est supposée constituer un facteur de pertinence et d'efficacité.

Les hypothèses centrales du projet précisent cette idée :

- ❖ L'information sera davantage utilisée par les habitant.es si les campagnes de prévention s'accompagnent d'une proposition de réaliser des dépistages et d'accéder concrètement à un bilan de santé ou à un autre moyen de mettre concrètement en pratique l'information reçue.
- ❖ Les habitant.es auront davantage accès à l'information si celle-ci vient à eux ou elles sur leur lieu de résidence.
- ❖ Concevoir des campagnes de prévention avec les habitant.es permettra d'adapter ces campagnes à leurs besoins et modes de vie, en prenant en compte par exemple la diversité linguistique et culturelle.

Dès lors, les objectifs opérationnels du projet comportent plusieurs volets :

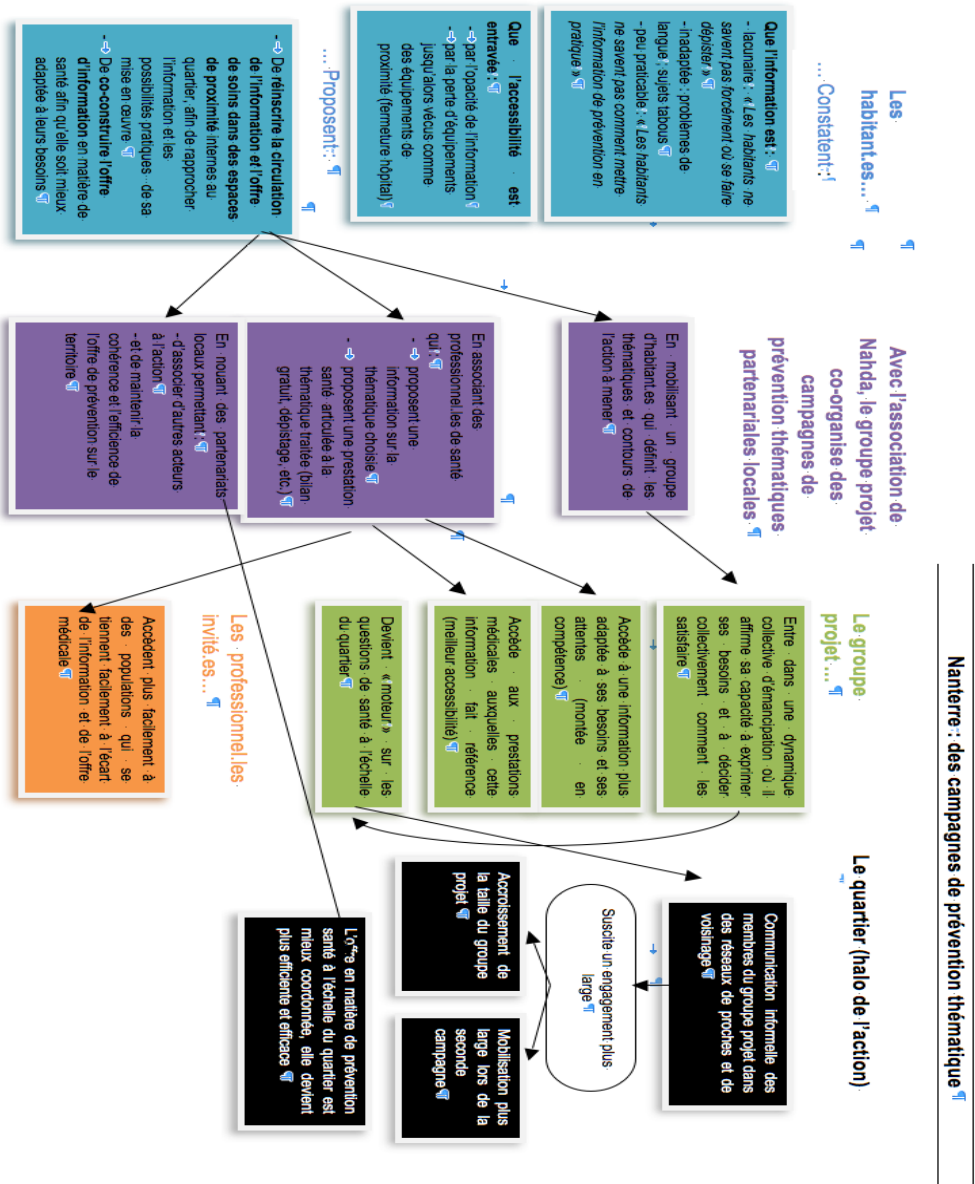
- ❖ Pallier le manque d'informations de prévention.
- ❖ Adapter l'information aux besoins et caractéristiques des habitant.es (problèmes de la langue, sujets tabous...).
- ❖ Maintenir ou renforcer des infrastructures sanitaires de proximité.

Les actions envisagées :

- ❖ Identifier avec le groupe d'habitant.es les thématiques de campagne ayant le plus d'intérêts, et définir avec eux et elles les principaux contours de ces campagnes.
- ❖ Faire porter les campagnes non seulement sur la prévention, mais aussi sur l'information pratique (où s'adresser ? auprès de qui ?).
- ❖ Coupler ces campagnes avec des bilans gratuits et des dépistages.
- ❖ Faire intervenir des professionnel.les de santé dans les ateliers sociolinguistiques (ASL) dans le cadre de campagnes thématiques partenariales.
- ❖ Identifier les partenaires qui pourraient s'associer aux campagnes, à partir du recueil d'informations sur le cadre institutionnel local et national, ainsi que sur l'existant autour du projet (par exemple se rapprocher d'autres associations, comme Arifa à Clichy-Montfermeil).
- ❖ Viser une meilleure articulation avec le projet « Hôpital et territoire promoteur de santé » conduit en parallèle sur le secteur du petit Nanterre, en rencontrant les pilotes de cette expérimentation.

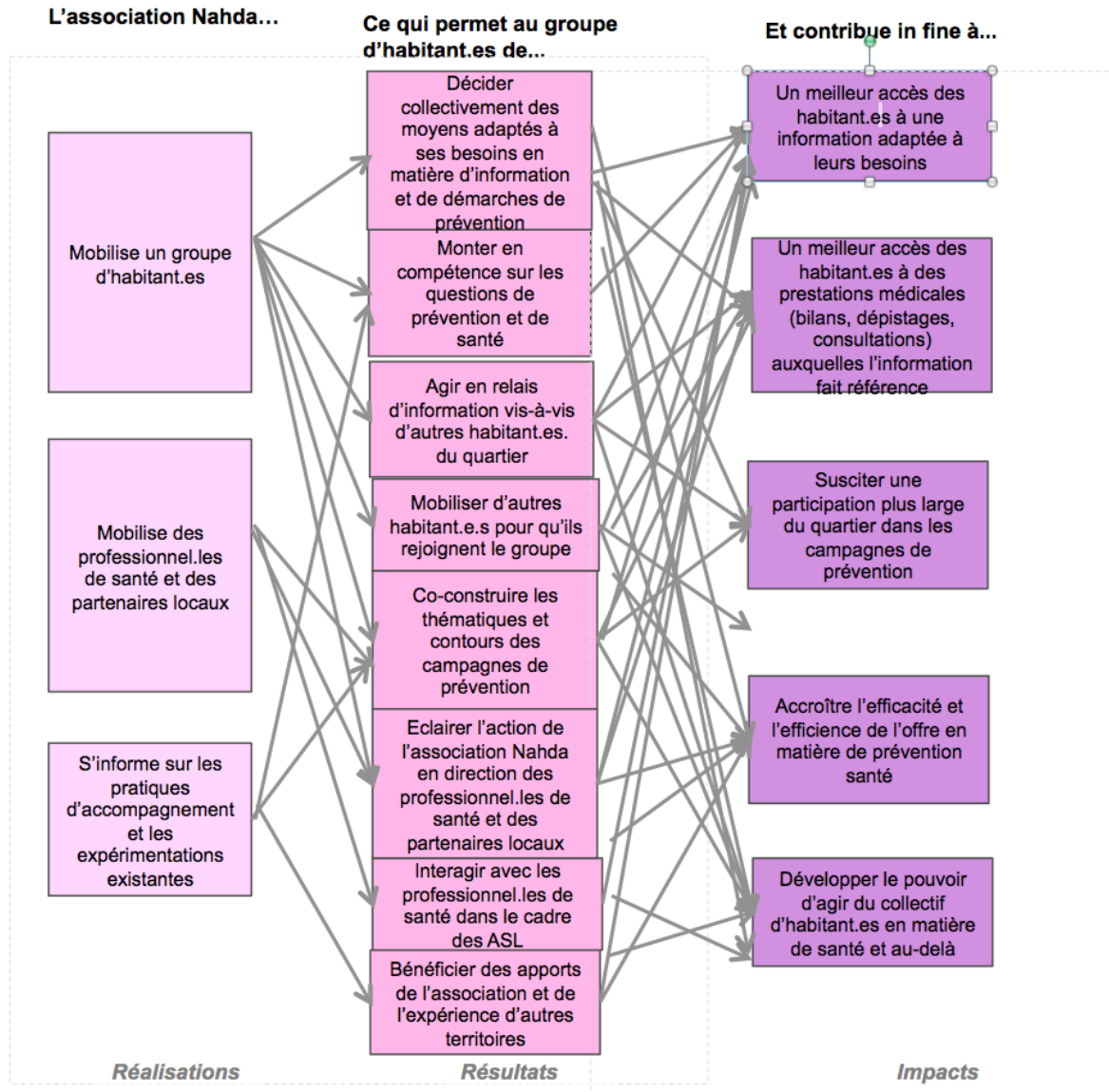
Le dispositif d'évaluation

La logique générale du projet a été condensée dans un logigramme :



L'arbre des effets attendus a été construit à partir de ce logigramme :

Arbre des effets attendus



2) Analyse des réalisations

La mobilisation d'un groupe d'hommes âgés, résidents du foyer Adoma du Petit Nanterre

Le groupe d'habitant.es initialement constitué par l'association Nahda était composé de sept femmes et d'une douzaine d'hommes, tous résidents du foyer Adoma sauf deux. Le déroulement des réunions liées au projet au sein même du foyer, a suscité des réticences parmi les femmes du quartier qui percevaient le foyer comme un lieu « réservé aux hommes ». Alors que les réunions s'espaçaient de plus en plus à cause du contexte sanitaire, les femmes se sont donc peu à peu retirées du projet, lequel n'a plus été porté que par un groupe de résidents masculins du foyer.

La nature des campagnes mises en œuvre allait elle-même changer puisque les résidents du foyer sont confrontés à des problématiques spécifiques d'accès à la prévention et aux soins (isolement social, vieillissement, accès aux droits...). C'est ainsi que la mobilisation de professionnel.les de santé dans le cadre des ateliers sociolinguistiques, surtout fréquentés par des femmes, a été abandonnée. LaFédé a accueilli favorablement ce recentrage du projet. L'association Nahda, qui anime un café social et mène des actions en faveur de l'accès aux droits au sein du foyer, mais qui rayonne plus largement sur l'ensemble du Petit Nanterre, aurait souhaité en revanche conserver une mixité des publics.

Dans sa configuration actuelle, le groupe projet est composé d'une dizaine de retraités, surtout d'origine algérienne. Il s'agit le plus souvent d'anciens ouvriers, parfois installés depuis plusieurs décennies dans le foyer du Petit Nanterre. C'est le cas par exemple de Bachir, âgé de 80 ans, arrivé en France à l'âge de 16 ans et qui a emménagé au sein du foyer en 1964, peu après l'ouverture de celui-ci.

Ce projet qui s'adresse à un public âgé et vulnérable a été fortement affecté par la crise sanitaire. Ce n'est qu'à partir du second semestre 2021 que les réunions liées au projet sont redevenues plus régulières avec la fidélisation d'un « noyau dur » d'environ six résidents, d'autres résidents participant plus ponctuellement. Au cours de l'année 2022, ce noyau dur s'est enrichi de quatre nouveaux membres qui assistaient aux réunions de manière silencieuse avant d'y jouer un rôle plus actif. Le médiateur de Nahda considère que le groupe est désormais « soudé » et qu'« une solidarité s'est installée ».

Le recrutement de nouveaux membres repose sur le bouche-à-oreille, même si la tâche est ardue avec certains résidents qui vivent repliés dans leur chambre, comme le regrette ce résident : « *J'ai dit à d'autres qu'il faut y aller, qu'on apprend beaucoup de choses, que c'est un bien pour eux et pour d'autres. Parfois ils viennent une fois, ou ne viennent pas. Certains sont trop enfermés. Ils sont toujours dans leurs pensées, la cassette tourne toujours et quand elle est terminée, ils recommencent* ».

Si la plupart des participants réguliers au groupe projet connaissent des difficultés de santé et/ou d'accès aux droits, ils viennent d'abord pour rompre avec leur isolement et la monotonie de la vie en foyer. Le café social, où se déroulent les réunions liées au projet, représente à cet égard un levier de mobilisation décisif. Il s'agit du seul espace de rencontre où les résidents du foyer peuvent se retrouver quotidiennement autour d'un thé à la menthe et de petits gâteaux.

Tous les résidents interrogés soulignent l'importance de la convivialité, parfois plus importante que la santé elle-même au rang de leurs motivations à participer au projet :

« Je viens pour passer du temps avec les autres ».

« Chaque fois qu'il y a réunion, j'assiste. J'y vais avec plaisir. Il y a des petits goûters. Ce qui m'intéresse c'est la convivialité et aussi apprendre un peu ».

« Je viens tous les jours au café social. Pour boire du café, trouver une aide pour les papiers, parler avec les autres. Je viens à toutes les réunions ».

« Je passe tous les jours dans le café social. Je viens dire bonjour. Je bois du thé. Faut pas rester enfermé dans sa chambre. Je viens pas dans le groupe pour régler mes problèmes de santé. J'ai pas de problème sérieux de santé, sauf l'arthrose, mais je fais des kilomètres tous les jours. L'association, c'est pas pour mes problèmes. J'ai l'orthopédiste, un généraliste... ».

Si la quête de sociabilité joue un rôle déterminant dans la participation au projet, certains membres du groupe projet font tout de même état de soucis de santé, notamment les troubles du sommeil (éventuellement liés à des problèmes de prostate) et les problèmes dentaires, qui sont les deux thématiques du projet choisies par les résidents. Mais dans les propos de certains résidents, la possibilité d'obtenir des réponses à des problématiques individuelles de santé se combine avec une intention altruiste, éventuellement empreinte de religiosité :

« Ma santé c'est moyen. Je viens pour trouver réponses à mes problèmes, mais aussi à ceux des autres. Ça m'intéresse qu'on parle de santé même quand on n'est pas malade ».

« Quand on apprend, on apprend pour soi-même et pour les autres aussi. Faut toujours penser aux autres. J'ai vu des personnes qui ont mal aux dents, d'autres qui sont morts d'une crise cardiaque. J'ai aussi un ami décédé du diabète en 1981. C'est resté dans ma mémoire. C'est pour ça que j'ai voulu parler de ça. J'ai déjà tous les médecins. C'est plutôt pour les autres. J'aime faire des choses pour les autres. Quand on fait des bonnes actions, Dieu nous le rend au centuple. Je vois des gens ici tellement enfermés. Ils savent même pas parler, échanger avec les autres, ça fait mal au cœur ».

Des campagnes de prévention sollicitant l'intervention de professionnel.les de santé

Après des réunions liminaires de mobilisation et de présentation aux résidents de la notion de « campagne de prévention », des réunions ont porté sur le choix des thèmes de campagnes. Les résidents ont retenu deux thématiques correspondant à leurs préoccupations : la santé bucco-dentaire, avec notamment la question des prothèses, et les troubles du sommeil par exemple liés au stress, à la difficulté de vivre en foyer et/ou à l'éloignement du pays d'origine (renforcé par la crise de la Covid). Ces deux thématiques sont plutôt originales par rapport aux actions de prévention santé habituellement montées, les ateliers autour de la santé bucco-dentaire étant le plus souvent destinés aux enfants et à leurs parents.

Une fois les thématiques déterminées et les principaux besoins identifiés, un pharmacien a été invité (en tant que membre d'une association professionnelle) afin d'orienter le groupe vers des professionnel.les de la santé, connu.es pour leur engagement dans le quartier, et susceptibles d'intervenir dans les campagnes de prévention. Ce pharmacien a été adressé par le service municipal de santé, seul véritable partenaire institutionnel du projet. On note aussi, à l'encontre du projet initial, que le volet « information sur les pratiques d'accompagnement et les expérimentations existantes » n'a pas été mise en œuvre, sinon à une échelle de proximité grâce à l'intervention de ce pharmacien.

La campagne sur la santé bucco-dentaire s'est concrétisée par une première réunion avec une personne de la mairie chargée des questions de santé. Durant cette réunion, le groupe a précisé ses attentes vis-à-vis du dentiste qu'il souhaitait voir intervenir. Puis une chirurgien-dentiste adressée par la mairie s'est rendue au foyer pour animer un atelier sur la santé bucco-dentaire et les prothèses. Des kits ont été distribués aux personnes présentes, y compris à des résidents qui n'avaient pas participé à la construction de l'action, et une liste de résidents souhaitant obtenir une consultation dentaire a été établie. Avec l'aide de la chirurgien-dentiste, une séance de consultation d'une demi-journée devait être organisée dans un centre dentaire de la commune limitrophe de Colombes, mais cette séance n'était pas encore programmée à la fin de l'année 2022.

La campagne sur le sommeil a débuté avec l'intervention d'un médecin généraliste venu parler du fonctionnement et des troubles du sommeil en général. Cette intervention a permis de préparer une série de quatre séances d'ateliers animées cette fois par une psychologue de l'hôpital de Nanterre. Cette intervention a notamment permis d'orienter les échanges avec les résidents sur la dimension « santé mentale » des troubles sommeil.

Parmi les autres réalisations du groupe projet, on relève l'organisation d'ateliers sur la nutrition (animé par un médecin généraliste) et sur la sophrologie (animé par une sophrologue/ostéopathe), ainsi qu'un projet de « rallye » pour connaître l'offre de soins dans l'environnement de proximité (projet en cours d'élaboration à la fin de l'année 2022).

3) Analyse des résultats

Un processus progressif de libération de la parole chez des résidents peu habitués aux démarches participatives

Pour la plupart des résidents mobilisés dans le projet, il s'agit là d'une expérience inédite de participation à une action collective. Comme le précise l'un d'eux, « *c'est la première fois que je participe à un projet qui demande notre implication sur proposition de Nahda. Je n'ai jamais été impliqué sur d'autres projets. Ici, c'est les résidents qui parlent* ».

La compréhension de la logique participative du projet n'a été que très progressive au sein de ce groupe d'immigrés âgés, dotés d'un très faible capital scolaire et confrontés à des difficultés linguistiques pour plusieurs d'entre eux. Si certains résidents se sont assez rapidement affirmés comme des leaders, grâce à leur maîtrise du français, d'autres ont eu du mal à se départir d'une posture passive, ne s'exprimant qu'en réponse aux questions posées, dans un quasi rapport de maître à élève. « *On répond à la question posée* », indique l'un d'eux. S'ajoute un obstacle que le médiateur impute à des traits culturels : la pudeur et la honte d'aborder des sujets intimes dans la tradition maghrébine.

Le travail d'animation de l'association Nahda et de la coordonnatrice de LaFédé, qui ont fonctionné en binôme, a notamment visé à lever les inhibitions des résidents les moins enclins à s'exprimer. « *Quand je vois que quelqu'un ne dit rien, je demande qu'il s'exprime, explique le médiateur de Nahda. À chaque fois que quelqu'un se tait, on l'incite à parler. Mais parfois, c'est un autre résident qui incite. C'est un effet d'entraînement* ».

Le fait que le médiateur parle le kabyle a représenté un atout certain. Il s'en explique : « *On avait deux personnes qui parlaient très bien le français. Mais d'autres résidents ont pensé qu'ils n'avaient pas assez de maîtrise de la langue pour s'autoriser à s'exprimer. Ils ont pris confiance pendant la recherche-action. Même s'ils n'ont pas beaucoup de mots, ils pouvaient être compris. D'autres ont vu qu'ils pouvaient aussi s'exprimer dans leur langue car je fais traducteur* ». Le médiateur de Nahda s'est aussi appuyé sur les résidents maîtrisant le mieux le français, appelés eux aussi à traduire les propos des résidents ne pouvant s'exprimer en français.

Aux dires du médiateur, aucun des dix membres du groupe projet ne reste aujourd'hui silencieux. Le projet a aussi favorisé l'expression sur des sujets intimes comme les problèmes de prostate. Autre effet à relever pour ce public très marginalisé, voire invisible : la valorisation découlant du sentiment d'être reconnu par des personnes extérieures au foyer, qu'il s'agisse des intervenant.es professionnel.les, de la chargée de développement de LaFédé ou du chercheur venu les interviewer individuellement.

Des actions coproduites avec l'association Nahda

Compte tenu des caractéristiques sociales, générationnelles et culturelles des participants, la perspective d'une autonomisation complète du groupe projet vis-à-vis de l'association Nahda apparaît peu crédible. Les résidents ne revendiquent d'ailleurs pas leur autonomie. Ils acceptent de laisser l'association conduire les débats, même si le cadrage est très souple. Comme le dit un résident, « *les animateurs nous aident à nous discipliner, mais on parle librement* ». Aussi le projet doit-il se comprendre comme une coproduction de l'association et des résidents. « *C'est le projet de Nahda et celui des résidents, c'est les deux* », ajoute un autre résident. Si les résidents ont participé au choix des intervenant.es, ils ont laissé l'association prendre les contacts.

Les résidents ont pu apporter des idées propres, en orientant par exemple le contenu de la campagne de prévention bucco-dentaire sur la question des prothèses fabriquées en Algérie, éloignant de ce fait cette campagne du schéma classique d'une pédagogie descendante. Ce sont aussi les résidents qui ont proposé de distribuer un kit sur l'hygiène bucco-dentaire. Ils ont également orienté la campagne sur le sommeil vers les dimensions culturelles liées au contexte de déracinement. De même, l'idée d'organiser un rallye pour explorer l'offre de soin dans l'environnement du quartier émane des résidents, même si le terme « rallye » a été proposé par l'association.

Une évolution de la posture d'animation

Ces prises d'initiative ont été facilitées par une évolution sensible du mode d'animation du groupe par l'association Nahda. Le premier médiateur n'avait pas véritablement intégré la dimension participative du projet. Arrivé pendant la période de pandémie, son successeur a beaucoup mieux intériorisé la philosophie du projet grâce à des échanges réguliers avec la

chargée de développement de LaFédé qui a coanimé presque toutes les réunions avec les résidents, grâce aussi aux échanges avec les chercheurs.

Le médiateur de Nahda explique en ces termes l'évolution de sa pratique au fil de l'avancement du projet : *« J'ai relu les attentes. J'ai compris que les résidents ne devaient pas être consommateurs. On a tendance à être professeur au début. Quand je suis arrivé, je n'avais pas bien compris. J'ai pas eu tout de suite le regard des chercheurs. C'était comme si c'était presque que mes idées. Puis j'ai commencé à comprendre le sens du projet grâce aux chercheurs, mais aussi grâce à Aurélie (de LaFédé) qui m'a alerté. On observait que quand on parle, les résidents préfèrent écouter, c'est plus facile pour eux. J'ai compris que quand je parle beaucoup, les résidents participent peu. Alors je me suis retiré un petit peu. Le but est que les personnes n'aient plus besoin de nous sur certains sujets. Je veux arriver à ce que le projet soit présenté par un habitant et pas par moi. J'attends toujours que ça vienne d'eux ».*

L'animation du groupe s'est donc inventée au fil de l'eau, de manière très empirique. L'évolution de la posture du médiateur résulte bien davantage de ses interactions avec LaFédé, et dans une moindre mesure avec les chercheurs, que de la mise en œuvre de techniques d'animation formalisées dans d'autres cadres. Tout au plus le médiateur de Nahda peut-il mobiliser un savoir-faire en matière d'écoute au titre de sa formation initiale de psychologue clinicien. Mais la recherche-action émancipatrice constituait une approche inédite pour l'association Nahda qui se positionne habituellement en facilitateur d'accès aux droits, dans le cadre d'accompagnements individuels, beaucoup plus qu'en catalyseur de projets collectifs.

L'amorce d'une diffusion de l'information à l'échelle du foyer

Si les résidents s'appuient largement sur l'association et LaFédé pour l'organisation des réunions ou la prise de contact avec les intervenant.es extérieur.es, le projet leur a permis d'acquérir de nouvelles connaissances sur la santé et sur leurs droits. Un résident trouve ainsi *« très intéressant de toujours apprendre des choses. À un certain âge, si on ne s'active pas, on reste enfermé dans le passé »*. Un autre se félicite de l'intervention de la dentiste qui *« nous a appris beaucoup de choses, comment nettoyer la prothèse, etc. »*.

Plus rares sont les membres du groupe projet qui s'efforcent de communiquer ces savoirs auprès de l'immense majorité des résidents du foyer restés à l'extérieur du projet (le foyer compte 216 résidents), à l'instar de ce résident qui affiche des dispositions délibérément altruistes : *« Ce qui m'intéresse, c'est de m'informer et d'informer des gens sur comment aller voir un médecin. On a des droits qu'on ne connaît pas. On peut transmettre ce qu'on sait à quelqu'un. Y a des gens qui ne savent pas s'ils peuvent faire des appareils dentaires en France. Quand on apprend, on apprend pour soi-même et pour les autres aussi. On ne peut pas penser toujours qu'à soi-même »*.

Une certaine dynamique de diffusion des opportunités offertes par le projet commence à diffuser modestement au sein du foyer. L'atelier sur la nutrition a ainsi attiré une vingtaine de résidents grâce à un affichage et, surtout, au bouche-à-oreille. Selon le médiateur de Nahda, de jeunes travailleurs ayant participé à cet atelier *« commencent à comprendre qu'on peut faire un bon repas avec peu de produits, que c'est bon pour la santé, et qu'on ne peut pas manger que des kebabs »*. Il mentionne aussi des jeunes résidents ayant proposé de réaliser un atelier sur la podologie.

La situation quasiment extra-territoriale du foyer vis-à-vis du quartier du Petit Nanterre rend plus ardue la diffusion des messages de prévention auprès des habitant.es extérieur.es au foyer. Venues participer à un atelier hebdomadaire organisé par l'association des Petits frères des pauvres, des personnes du quartier ont été sensibilisées au projet « santé » porté par Nahda. Deux d'entre elles ont participé à l'atelier sophrologie. Mais des espoirs sont surtout fondés sur le projet de « rallye », organisé conjointement avec le siège social de Nahda. L'idée est de constituer 6 ou 7 groupes d'habitant.es, y compris des résidents du foyer, qui seront accompagnés par un.e médiateur.ice de l'association pour aller visiter physiquement les structures de soins situés à proximité.

4) Analyse des impacts

Une information sur la santé mieux adaptée et appropriée

La première phase de mise en œuvre du projet a consisté à identifier les besoins de santé des résidents du foyer, ce qui a permis de préparer l'intervention de professionnel.les. Cette préparation en amont a eu pour effet de centrer le discours des professionnel.les sur les besoins et attentes spécifiques des résidents. Ainsi la thématique du sommeil a-t-elle été appréhendée avec la psychologue sous l'angle de la gestion du stress découlant des conditions de vie des résidents : vie en foyer, angoisses suscitées par la difficulté d'obtenir des papiers administratifs à la préfecture, éloignement du pays d'origine...

Autre exemple emblématique, celui de l'entretien des prothèses (notamment lorsqu'elles ont été fabriquées en Algérie) qui a occupé une place importante dans l'échange avec la dentiste. La thématique bucco-dentaire a ainsi été abordée sous un angle différent des actions classiques de promotion de la santé bucco-dentaire qui sont davantage centrées sur la prévention des maladies des dents, dont le prototype est la pédagogie du brossage de dents en direction des enfants.

À en juger par les retours des résidents que nous avons interrogés, les messages sur la santé bucco-dentaire ont été bien appropriés :

« Pour les dents, j'ai appris à nettoyer mon appareil, à savoir quelle brosse utiliser... ».

« Par rapport à ma prothèse faite en Algérie, ça pourra m'aider ».

« Toutes les informations m'ont apporté, entre autres de prendre soin de ses dents ».

En lien plus indirect avec la recherche-action émancipatrice, plusieurs des membres du groupe projet ont participé à un atelier cuisine dont ils ont pu également retirer un bénéfice en termes d'adoption de nouveaux comportements favorables à la santé. Durant la crise sanitaire, un partenariat s'est mis en place avec une Biocoop qui fait des dons de fruits et légumes bio deux fois par semaine au foyer. Ces dons sont désormais utilisés dans le cadre d'un atelier cuisine venu prolonger l'atelier nutrition animé par un médecin généraliste. L'atelier cuisine a vocation à éduquer les participants à une alimentation saine et adaptée à leur âge. Suite à une demande du groupe projet, la Biocoop a également orienté le médiateur de Nahda vers une sophrologue/ostéopathe qui a animé un atelier sur ce thème. À la fin de l'année 2022, un autre atelier était prévu sur les problèmes de prostate.

Des effets indirects sur l'accès aux soins et la relation patients-médecins

Au début de l'année 2022, les membres du groupe projet que nous avons interrogés indiquaient n'avoir pas modifié leurs habitudes, la plupart continuant à fréquenter leur médecin ou leur dentiste habituel. Comme indiqué, une consultation dentaire d'une demi-journée était prévue dans un centre de Colombes, au bénéfice de résidents participant ou non au groupe projet, mais cette consultation n'avait pas encore eu lieu à la fin de l'année 2022.

L'association Nahda n'a pas comptabilisé les démarches de prises de rendez-vous effectuées par les membres du groupe projet ou d'autres résidents du foyer. Le médiateur de l'association indique néanmoins avoir observé une plus grande familiarisation avec Doctolib et une augmentation des prises de rendez-vous, y compris dans des spécialités (audition, vision...) non abordées dans le cadre de la recherche-action émancipatrice.

Mais plus que les démarches directes d'accès aux soins, le principal effet du projet semble avoir été de constituer le médiateur de Nahda comme « référent santé » du foyer. Les résidents se tournent désormais spontanément vers lui lorsqu'ils estiment avoir besoin d'une consultation, par exemple pour des problèmes de prostate. Le médiateur estime que les résidents *« ont arrêté de souffrir en silence. Aujourd'hui, ils n'ont pas d'hésitation à venir m'en parler. Quand ils ont un problème de santé personnel, c'est à moi qu'ils viennent en parler »*. Il précise également jouer un rôle d'interface avec les médecins qui peuvent le contacter dans le cadre du suivi médical de leur patient : *« Leurs médecins me connaissent grâce aux patients qui donnent mes coordonnées. Les médecins demandent s'ils peuvent expliquer la manière de suivre un traitement à quelqu'un de leur famille, mais comme ils n'ont personne, c'est moi qu'on appelle. Des médecins ou leur secrétaire m'appellent pour que je m'assure qu'ils ne lâchent pas leur traitement ou quand il y a des examens à faire. Je note aussi les dates de rdv pour retourner chez le médecin »*.

À terme, l'association Nahda souhaiterait instaurer des permanences santé au sein du foyer avec le généraliste et la psychologue venus parler du sommeil. Par le passé, un médecin généraliste, implanté de longue date dans le quartier, assurait des permanences, mais celle-ci a fermé. L'association voudrait relancer cette permanence une fois par mois.

Les professionnel.les de santé étant intervenu dans le cadre de la recherche-action émancipatrice (pharmacien, psychologue, chirurgien-dentiste, médecin généraliste) sont tout.es des personnes engagées dans des démarches « sociales » de promotion de la santé. Certaines interventions dans le cadre de la recherche-action émancipatrice étaient rémunérées, mais il s'agissait plus souvent d'actes citoyens. Le médiateur de Nahda estime que ces professionnel.les ont su s'adapter aux principes de la recherche-action émancipatrice, en rupture avec l'approche descendante des discours de prévention.

Au-delà de ces intervenant.es, le projet n'a pas impacté les pratiques professionnelles du secteur médical. Mais la stratégie de l'association Nahda était autre puisqu'il s'agissait avant tout de renforcer les capacités d'expression et de compréhension des résidents dans le cadre de la relation thérapeutique. La manière dont celle-ci a évolué sous l'effet de la recherche-action émancipatrice reste difficile à apprécier. Le médiateur de Nahda fait l'hypothèse que les résidents sont désormais plus à l'aise dans le dialogue avec leurs médecins parce qu'ils ont acquis des connaissances nouvelles et parce qu'ils osent aborder des sujets touchant à leur intimité qu'ils sont en mesure de décrire avec plus de précision.

Mais le médiateur reconnaît que le projet n'a pas pesé sur ce qui constitue l'un des principaux obstacles à la transformation des pratiques du corps médical : le manque de temps dédié à l'écoute. Le médiateur souligne ainsi que « *dans la relation patient / professionnel de santé, ça n'a pas changé les choses à cause de la surcharge de travail des médecins. Moi j'ai le regard des résidents qui ont compris que la santé, c'est aussi leur problème, mais qui trouvent que l'attention des médecins reste insuffisante. D'où la frustration des résidents qui trouvent que les médecins ne leur consacrent pas assez de temps. Les résidents pensent qu'on s'en fout d'eux parce qu'ils sont âgés et parce qu'ils sont étrangers. Moi je sais que c'est parce qu'ils ont une surcharge de travail. Mais on ne peut pas changer cet état de fait* ».

Un développement du pouvoir d'agir plus individuel que collectif

Selon les dires du médiateur, le projet a surtout permis aux résidents de devenir progressivement « *acteurs de leur parcours de prévention et de soin* ». Dans cet esprit, un résident nous confie que « *toutes les informations m'ont apporté et que je sais chez qui il faut aller consulter, quels sont mes droits pour soigner mes dents* ». Comme l'indique ce propos, l'un des principaux effets du projet a été de renforcer la prise de conscience de leurs droits par les résidents. Ils savent par exemple qu'ils peuvent faire réparer en France une prothèse fabriquée en Algérie et ne redoutent plus le jugement du médecin à qui ils doivent préciser l'origine étrangère de leur prothèse.

Si le projet a permis la mise en partage de préoccupations personnelles au sein du groupe de résidents, le passage de l'individuel au collectif n'a pas été au-delà d'une libération de la parole interne au groupe. Au-delà des temps d'ateliers, le groupe ne s'est pas constitué en interlocuteur collectif des institutions de santé, vis-à-vis desquelles les résidents expriment pourtant des critiques (manque d'écoute des médecins, absence d'explications, disparition tendancielle de l'offre de proximité, délais pour obtenir un rendez-vous...).

Si le groupe projet a commencé à affirmer une identité collective, c'est surtout dans la vie interne du foyer. Ses membres s'impliquent désormais dans la plupart des activités mise en place autour du café social (atelier numérique, projets vidéos...). Le groupe projet assure aussi une fonction de délégué des résidents concernant la rénovation du foyer, dont le déménagement programmé dans le cadre d'une opération Anru, suscite beaucoup d'inquiétudes.

5) Récapitulation des effets constatés

Des analyses qui précèdent, il ressort que le projet de Nanterre a globalement produit les effets escomptés, mais sur certains segments seulement de la stratégie initialement envisagée. Deux volets du projet ont en effet été rapidement abandonnés : la mobilisation d'habitant.es du quartier du Petit Nanterre au-delà des seuls résidents du foyer Adoma ; l'identification d'expérimentations et de bonnes pratiques dans d'autres territoires.

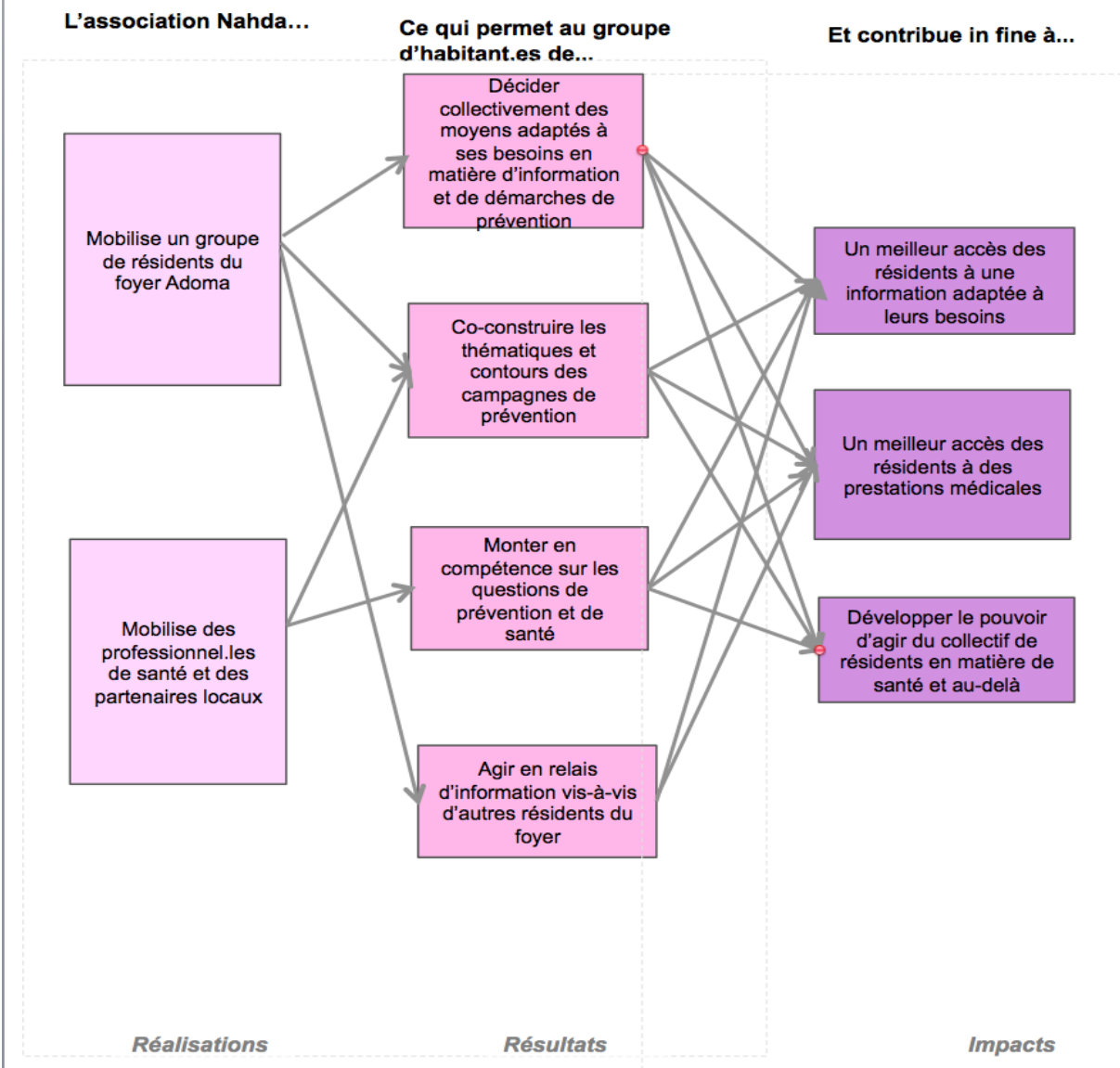
Comme le montre l'arbre des effets constatés (page suivante), les enchainements prévus pour le projet ainsi recentré se sont globalement concrétisés :

- ❖ Les résidents membres du groupe projet ont pu : décider collectivement des moyens adaptés à leurs besoins en matière d'information et de démarches de prévention ; co-construire les thématiques et contours des campagnes de prévention ; monter en

compétence sur les questions de prévention et de santé ; et agir en relais d'information vis-à-vis d'autres résidents du foyer.

- ❖ L'association Nahda (en binôme avec LaFédé) a apporté son concours technique aux résidents. À travers son rôle d'animation et de régulation des réunions du groupe projet, et la mobilisation de professionnel.les de santé et de partenaires locaux, l'association a fourni un appui au groupe projet pour identifier ses besoins en matière d'information et de démarches de prévention, pour co-construire les campagnes de prévention et monter en compétence.
- ❖ Ces différents résultats ont permis, même modestement, de faciliter l'accès des résidents à une information adaptée à leurs besoins et à des prestations médicales. Le pouvoir d'agir du collectif de résidents s'est également développé, même si c'est sous un angle davantage individuel que collectif.

Arbre des effets constatés



« Projet de coopérative alimentaire couplée à l'information nutritionnelle »

Espace 19 – Quartiers : Paris 19ème

Résumé du projet

Partant du constat d'une défiance des habitants à l'égard des produits de l'industrie agroalimentaire, le projet vise à faciliter l'accès à des produits de qualité, financièrement accessibles, dans un cadre convivial permettant de développer une information nutritionnelle de proximité. Le projet n'a pas encore débouché sur la création d'une structure pérenne. Il s'est principalement traduit jusqu'à présent par l'organisation de ventes, cueillettes et ateliers ponctuels, mobilisant un petit groupe d'habitant.es venu.es des quartiers populaires du 19^{ème} arrondissement de Paris.

1) Le projet dans sa formulation initiale

Le constat à l'origine du projet : une défiance des habitant.es vis-à-vis de l'industrie alimentaire

L'origine du projet réside dans la défiance exprimée par les habitant.es du groupe de travail mis en place au démarrage de la recherche-action à l'égard des produits de l'industrie agroalimentaire. Ces habitant.es avaient notamment critiqué des pratiques d'étiquetage peu claires et peu fiables qui rendent les informations nutritionnelles peu lisibles. « *Les temps que ça prend ! Pour une famille nombreuse ! Et les gens qui ne savent pas lire ?* », s'indignait une habitante. « *On n'a pas l'information pour décrypter* », déplorait une autre. L'absence de confiance conduisait à douter de la qualité des produits : « *Qui les contrôle ? Sur les marchés ils mentent !* ». Même le label « bio » inspirait la suspicion : « *Même dans le bio, il y a de la chimie* ».

En arrière-plan, le groupe instruisait une critique des filières et de l'industrie agro-alimentaire qui, engagées dans la course au profit, brouilleraient à dessein l'information sur la qualité des produits. Pour cette raison, il apparaissait plus cohérent de chercher à contourner ces filières et cette industrie. Mais les habitant.es réuni.es dans le groupe de travail critiquaient le paradoxe de la prévention qui les enjoint à consommer des produits de qualité alors que ces produits sont chers, le prix du « bio » étant carrément prohibitif. Les messages de prévention leur paraissaient également trop restrictifs : « *Ce qui est important, c'est aussi de donner l'envie, pas juste des produits, mais comment on s'en sert de façon conviviale, accueillante, facile à cuisiner, etc.* ». Se trouvait ainsi soulevé le problème des habitudes culinaires dans les quartiers populaires, où l'on ne sait pas forcément cuisiner certains produits ou se passer de certains produits « exotiques » associés aux cultures d'origine des habitant.es.

L'objectif : s'auto-organiser pour consommer et s'informer mieux

La principale proposition du groupe de travail était de créer un espace de vente coopératif, tel qu'il en existe dans d'autres quartiers parisiens (par exemple « La Louve » située dans le 18ème arrondissement que certaines habitantes connaissaient), et d'utiliser ce lieu pour délivrer une information nutritionnelle. Cette structure devait reposer sur des principes d'auto-organisation et d'approvisionnement en circuit court.

Dans le groupe de travail, trois grandes vertus étaient prêtées à cette option :

- ❖ La qualité des produits : l'auto-organisation en coopérative doit permettre de proposer des produits de qualités bios en circuit court, à des prix égaux ou inférieurs à ceux des supermarchés discount (de type « Lidl »).
- ❖ L'adaptation aux besoins et spécificités des habitant.es du quartier : quantités adaptées à la diversité des ménages (du célibataire aux grandes familles), garantie de l'absence de gélatine de porc, etc.
- ❖ Un espace convivial d'information/prévention : l'espace de vente doit aussi servir à animer des ateliers, à proposer des recettes, à diffuser des informations utiles... Il s'agit en d'autres termes de s'informer sur les critères nutritionnels du « bien manger », mais également de susciter « l'envie » et de faire collectivement évoluer les habitudes alimentaires.

Les hypothèses centrales du projet sont donc les suivantes :

- ❖ Le recours à l'auto-organisation autour d'une coopérative de consommation permet de contourner les circuits traditionnels et de développer une information fiable, opératoire et adaptée aux habitant.es. Ces produits alimentaires inspireront moins de suspicion et seront mieux adaptés aux besoins des habitant.es s'ils proviennent de circuits et de pratiques de distributions organisés par les habitants.
- ❖ L'espace de vente coopératif permet de développer une activité d'animation et d'information horizontale favorisant le renforcement des compétences nutritionnelles par la formation et l'échange entre pairs. S'auto-organiser autour de l'alimentation permet de monter en compétence sur les manières de bien se nourrir. Savoir qu'on peut accéder concrètement à des produits via une coopérative encourage en particulier à venir se renseigner sur la santé lors d'ateliers.

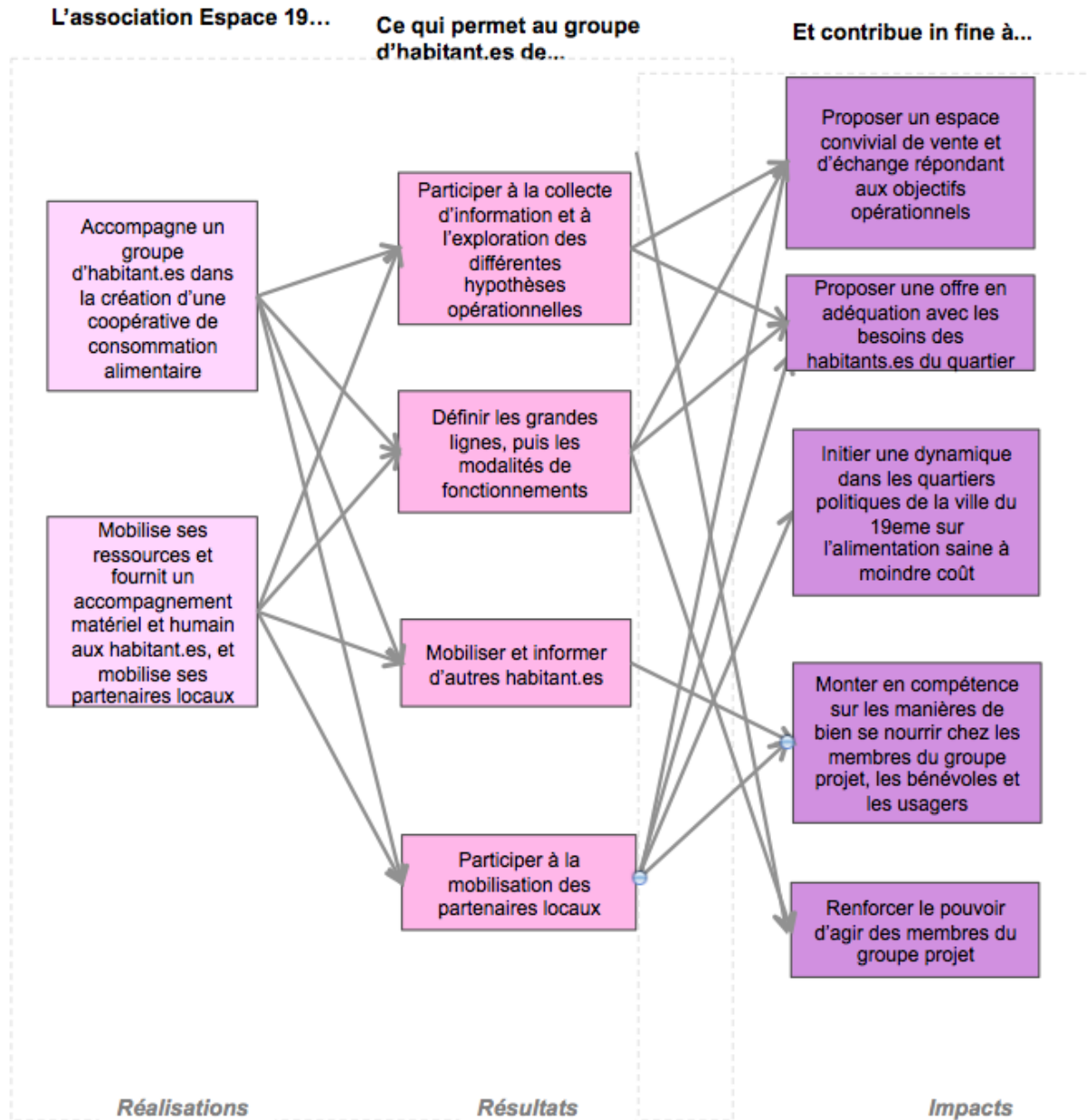
Les actions envisagées :

- ❖ Réaliser un état des lieux des différentes formules de coopératives de vente, en évaluant notamment les étapes nécessaires au montage du projet et les freins et leviers rencontrés par les coopératives étudiées
- ❖ Présenter différentes options aux habitant.es afin qu'ils.elles puissent choisir la forme leur convenant le mieux.
- ❖ Définir avec les habitant.es les grandes lignes de fonctionnement de la future coopérative (forme juridique, prix d'adhésion, nombre d'heures à donner par mois, produits qui seront vendus, ateliers d'information...).

- ❖ Constituer un noyau d'habitant.es prêts à s'investir dans la création et le fonctionnement de la coopérative (trouver des fournisseurs, passer commande et réceptionner les produits, assurer la vente...).
- ❖ Organiser des réunions d'information dans chaque centre social d'Espace 19 afin de sensibiliser d'autres habitant.es et de les inciter à adhérer à la coopérative (200 coopérateurs étaient jugés nécessaires).
- ❖ Procéder à des « ventes test » pour évaluer les produits les plus porteurs.
- ❖ Prévoir un lieu pour l'organisation d'ateliers, la diffusion de recettes, la convivialité... Ce lieu servira d'espace d'engagement bénévole et sera doté d'une charte en précisant les principes.
- ❖ Mobiliser des salariées d'Espace 19 dans l'accompagnement des habitant.es.
- ❖ Mobiliser des structures de proximité (PMI, régie de quartier, écoles, maisons de santé, gardiens...).
- ❖ Chercher des partenaires : mairie du 19ème, équipes de développement local, bailleur social Paris Habitat...

L'arbre des effets attendus a été construit à partir de ce logigramme :

Arbre des effets attendus



2) Analyse des réalisations

La mobilisation d'un groupe d'habitant.es en quête de sociabilité et d'une alimentation saine, mais difficile à stabiliser

Le groupe d'habitant.es constitué par Espace 19 pour porter le projet de coopérative alimentaire a connu de nombreux aléas depuis sa création. Une partie des membres initiaux a fait défection en raison notamment de contraintes professionnelles ou de déménagements, certaines habitantes ayant parfois réintégré le groupe après l'avoir quitté momentanément. Malgré des réunions de « remobilisation » organisées en juillet et octobre 2020 pour intégrer de nouveaux membres, le groupe a fonctionné pendant une longue période avec un effectif très réduit d'une à trois personnes participant aux réunions hebdomadaires liées au projet ; les cueillettes et ventes de produits alimentaires attirent quant à eux bien plus de monde. À la fin de l'année 2022, le groupe semblait en voie de stabilisation et son effectif s'est enrichi de nouvelles arrivantes, pour s'établir à environ sept personnes qui s'investissent plus ou moins régulièrement.

Ce « noyau dur » d'habitant.es est très majoritairement composé de femmes (un seul homme s'est impliqué dans la durée), presque toutes d'origine maghrébine. Agé.es pour la plupart de 55 à 70 ans, ces habitant.es sont souvent des retraité.es aux revenus très modestes, résidant dans les logements HLM de différents quartiers du 19^{ème} arrondissement de Paris. La prépondérance, au sein du groupe, de personnes sans activité professionnelle s'explique aussi par la tenue des réunions hebdomadaires le mercredi en journée, ce qui ne favorise pas la présence de personnes en emploi.

La plupart des membres du groupe projet fréquentent d'autres activités proposées par Espace 19. Confrontée à des problèmes de santé, la personne la plus impliquée dans le groupe projet s'impliquait déjà fortement dans les activités du Pôle santé de l'association. Mais avant toute considération sur leur santé, les membres du groupe projet que nous avons interrogés insistent sur les liens sociaux que leur procure la fréquentation de l'association. Certains propos disent son importance dans un contexte d'isolement : « *Aller à Espace 19 me permet de sortir de mon isolement, de rencontrer d'autres personnes* » ; « *Je connais Espace 19 depuis une douzaine d'années. Je cherchais à rompre mon isolement. J'ai participé à plein d'activités. J'ai fait du bénévolat sur le soutien scolaire. J'ai fait des connaissances amicales. J'ai rencontré des gens intéressants, cultivés* ».

Dans ce contexte, les membres du groupe projet valorisent avant tout la sociabilité qu'ils cherchent et trouvent dans le projet de coopérative alimentaire :

« On arrive, on prend un petit café, on apporte des petites madeleines ou autres. On essaie de partager quelque chose. Je ne veux pas que ce soit seulement un endroit où on prend son panier de nourriture, mais un moment de convivialité ».

« Ma motivation, c'était l'envie d'être avec d'autres personnes pour les sorties, les cueillettes de légumes frais. Mon temps est libre. Ça me fait une activité, ça me fait voir d'autres personnes ».

« Ce projet, j'en profiterai peut-être, mais c'est d'abord rompre l'isolement, au lieu de cogiter à mes soucis. Je pense à autre chose ».

Les membres du groupe projet n'en ont pas moins un intérêt plus ou moins prononcé pour les questions liées à l'alimentation. S'ils ou elles aspirent à mieux se nourrir, pour leur bien-être et leur santé propres, ils ou elles souhaitent aussi que les membres de leur famille, voire d'autres habitant.es de leur quartier, puissent accéder à une alimentation saine :

« Il y a aussi le fait que je ne mange pas très équilibré. Ma motivation, c'est pour moi, mais aussi pour mes petits-enfants ».

« Je m'alimente pas très bien faute de moyens. Je savais avant le projet que mon alimentation n'était pas équilibrée, que ça manque de légumes et de fruits. Je suis habituée à pâtes-riz, j'oublie les légumes... ».

Pour certain.es, participer au projet de coopérative correspond aussi à la promesse d'accéder à des produits de qualité bon marché, alors que leurs marges de manœuvre financières sont des plus réduites : « *Le bio, c'est vraiment hors de prix. Peut-être qu'avec la coopérative...* ». Pour les habitant.es intéressés par la dimension économique du projet, la difficulté de trouver des fournisseurs proposant des produits locaux à bas coûts (voir infra) représente une déconvenue qui a pu constituer un facteur de démotivation chez certain.es.

L'association en première ligne dans le montage du projet

La perspective de monter en compétence par l'apprentissage de savoir-faire liés au montage et à la conduite d'un projet, n'apparaît pas centrale dans les motivations des habitant.es interrogé.es. Même si elle s'efforce de les y associer davantage aujourd'hui, c'est l'association Espace 19 qui, depuis l'origine, a pris les rênes du projet dans ses aspects techniques, financiers et partenariaux, avec l'appui de plusieurs salariées.

Entre l'été 2021 et octobre 2022, six ventes et ventes tests ont été organisées et dont la mise en oeuvre logistique (présélection, réception et livraison des produits, installation et vente, gestion des invendus) a fortement mobilisé les salariées de l'association. Ces ventes ont été le plus souvent couplées à des dégustations de plats préparés lors d'ateliers cuisine, pour lesquels l'association a recherché des intervenantes et mis à disposition du matériel.

Des ateliers de sensibilisation à l'alimentation saine et durable ont également été organisés en mars et mai 2021, puis en juin 2022. S'ajoutent plusieurs visites de fermes et cueillettes de légumes bios. Afin de mobiliser un public plus large que les membres du groupe projet dans le cadre de ces événements, Espace 19 a conçu des outils de communication et noué des liens avec des structures de quartier (Régie de quartier du 10^{ème} arrondissement, association d'éducateurs de rue...).

Espace 19 a également pris contact avec différentes structures agissant dans le domaine de l'alimentation saine et durable (Réseau Amap d'Île-de-France, Le Vrac, Les 400 Coop, La Butinerie de Pantin, Ernest, Saveurs en Partage, Andines, réseau Cagette, La Louve...) et rencontré certaines d'entre elles avec des habitant.es pour se renseigner sur leur fonctionnement. L'association a aussi participé aux Rencontres de l'alimentation durable. Enfin, des partenaires financiers (ARS, Fondation Macif, Fondation de France, Ville de Paris, Paris Habitat) ont été trouvés, notamment pour l'achat de matériel.

Malgré ces déploiement d'initiatives, l'espace de vente n'a pas été formellement créé, les ventes se faisant sous la forme de marchés d'étalage ou ambulants. La formule du groupement d'achat en circuit court semble aujourd'hui privilégiée. Mais faute de parvenir à établir un lien direct avec des producteurs, un partenariat a été mis en place avec Kelbongoo et Andines qui jouent le rôle d'intermédiaires.

3) Analyse des résultats

Jusqu'à une date récente, une contribution limitée du groupe d'habitant.es à la définition du projet

L'implication des habitant.es dans le montage du projet de coopérative n'a été que très progressive et elle reste pour l'heure limitée dans son ampleur. Si les habitant.es ont été d'emblée associé.es au choix des structures à contacter, à l'élaboration d'un questionnaire à l'intention de celles-ci, ainsi qu'à certaines visites, ce sont les professionnelles de l'association qui ont formalisé les différents choix stratégiques, avant de les présenter au groupe projet. Les professionnelles se sont néanmoins appuyées sur les critères identifiés comme importants par le groupe (par exemple le prix bas, le fait de pouvoir choisir les produits achetés contrairement au modèle du panier...)

Confrontée au manque de structuration du groupe d'habitant.es, l'association a fait appel à la Scop Accolades qui a assuré un cycle de formation au printemps 2021, grâce à un financement de la Fondation de France. Un groupe de 6 ou 7 habitant.es a suivi cette formation, mais les effets de celle-ci ont été amoindris car plusieurs d'entre eux.elles ont quitté le groupe par la suite.

La formation d'Accolades a néanmoins permis au groupe de s'accorder sur des valeurs et principes communs, formalisés dans une charte prévoyant par exemple la rédaction des comptes-rendus de réunion par les habitant.es ou le vote à la majorité des présent.es lors de chacune des réunions. De même a été validé le principe d'une réorganisation du travail de préfiguration de la coopérative autour de sous-groupes appelés « chantiers » (chantiers « ciblage des partenaires », « communication », « gestion », etc.).

Si le principe d'une première vente test a été acté durant le printemps 2021, la défection de plusieurs habitant.es qui constituaient les piliers du groupe, n'a pas permis de déplacer le centre de gravité des décisions vers les habitant.es. Comme le reconnaissait alors l'animatrice du projet, *« on a dû reprendre le lead sur le projet car il n'y a personne... Du coup, on doit prendre des décisions sans les habitants, par exemple sur la date de la cueillette. C'est également nous qui avons fait la recherche de maraîchers »*. Quelques mois plus tard, elle nous confiait : *« Quand on a eu la formation Accolades, on s'est dit que c'était le projet des habitants qui organiseraient tout de A à Z. Mais finalement, ce sont les professionnelles de l'association qui vont travailler le projet. Le groupe ne sera pas tout de suite autonome. Aujourd'hui, on ne pourrait pas lâcher le projet »*.

Durant l'année 2022, alors que le groupe projet s'est à nouveau étoffé grâce à l'arrivée de nouvelles recrues, les habitant.es s'investissent davantage dans l'organisation des ventes, dont le rythme augmente. Conjointement avec les professionnelles de l'association, ils ou elles choisissent les produits à mettre en vente et leur quantité, prennent parfois directement contact avec les fournisseurs, assurent des permanences durant les ventes proprement

dites, analysent les ventes précédemment réalisées et participent aux choix de communication.

Des outils de l'éducation populaire pour animer les réunions

Pour l'animation des réunions de remobilisation et des réunions hebdomadaires dédiées au projet, les salariées de l'association ont souvent recours aux outils de l'éducation populaire. Lors de notre observation d'une réunion en septembre 2020, qui réunissait plus d'une quinzaine de personnes, les professionnel.les ont proposé un jeu d'interconnaissance en ouverture de la séance. Très rapidement, l'ambiance est devenue ludique et joyeuse, les échanges horizontaux se multipliant entre participant.es. Puis un world café a été organisé. Réunis en petits groupe, les habitant.es ont été invité.es à répondre à quatre séries de questions avec l'aide d'un animateur chargé du secrétariat. Les réponses, une fois synthétisées, ont nourri le processus de décision collective.

L'équipe d'Espace 19 a ensuite cherché à approfondir sa maîtrise de ce type d'outils en faisant appel à la coopérative d'éducation populaire Accolades, dont les formations consacrées à la gouvernance horizontale du projet et à la prise de décision collective, incluaient à la fois les animatrices et les habitant.es du groupe projet. Depuis lors, des jeux de société et des outils comme « D'accord / pas d'accord » ou « Photo Langage » sont régulièrement utilisés pour l'animation du groupe.

L'un des objectifs poursuivis est de faire circuler la parole et éviter les phénomènes de captation de la parole par certain.es habitant.es au détriment d'autres. Comme l'explique une animatrice, « *il y a des différences de personnalités. On doit intervenir souvent pour dire qu'il faut laisser les autres s'exprimer. Sinon on n'avance pas. Il y a des évolutions : certains s'efforcent d'écouter, lèvent la main pour parler. Mais c'est petit à petit...* ».

La difficulté de mobiliser des bénévoles au-delà du « noyau dur » d'habitant.es impliqué.es dans le groupe projet

Les ventes comme les cueillettes réalisées jusqu'à présent ont touché en moyenne de 20 à 40 personnes qui sont pour l'essentiel des adhérent.es des centres sociaux d'Espace 19. Idéalement, l'association et le groupe projet souhaiteraient organiser une vente par semaine. Mais la concrétisation de cette ambition est tributaire de l'engagement bénévole d'habitant.es qui, à tour de rôle, viendraient prêter main forte quelques heures par mois, au-delà des réunions « stratégiques » du mercredi après-midi qui n'attirent généralement que deux ou trois habitant.es non soumis.es à des contraintes professionnelles ou de garde d'enfants.

En pratique, Espace 19 peine à recruter des bénévoles, c'est-à-dire « *des personnes qui ne soient pas seulement des consommateurs* », comme le voudrait l'animatrice. Il est attendu des bénévoles qu'ils s'impliquent concrètement dans la préselection des produits, la préparation des commandes et la distribution des paniers. Tel était l'objet d'une réunion que nous avons observée en mars 2022 et au cours de laquelle la plupart des personnes présentes, usagers de l'association, ont exprimé des réticences à s'engager durablement dans le comité d'organisation des ventes, sans toutefois opposer de fins de non-recevoir :

« *Le projet, c'est bien, mais je ne sais pas si je pourrai m'engager* ».

« J'ai des problèmes de santé, je sais pas trop à quel rythme je pourrais m'engager ».

« Je suis en train de me demander si en fin de journée, après le travail, j'ai la motivation pour venir passer commande... »

« Ma disponibilité est limitée, je suis pas toujours sur Paris. Quand je suis là je veux bien aider ».

« Le projet m'intéresse depuis le début. Je serais intéressée par le comité d'organisation, mais ce qui me fait peur c'est le temps. J'ai créé mon entreprise et je veux consacrer du temps à mes enfants ».

« Je ne peux pas faire la promesse de m'impliquer de façon régulière. Le projet m'intéresse beaucoup, mais j'habite loin. Je peux donner un coup de main si on s'organise bien et que ça nécessite une implication minime ».

Au cours de cette réunion, l'équipe d'Espace 19 a demandé aux habitant.es présent.es de passer le mot à leur entourage. L'association mise aussi sur la distribution de flyers, les fêtes de quartier et autres apéros conviviaux. Les cueillettes de produits frais organisées sont conçues comme un autre levier de mobilisation de bénévoles. En pratique, aucun de ces leviers n'a encore créé de dynamique significative. Les aliments proposés lors des ventes rencontrent certes un succès, et les acheteurs repartent parfois avec des quantités importantes, mais une salariée de l'association regrette que *« des gens sont prêts à acheter un panier, mais pas à participer au projet »*.

4) Analyse des impacts

La proposition d'une offre alimentaire de qualité dont les prix restent prohibitifs pour une partie de la population des « cités »

Les réflexions du groupe projet, menées notamment lors de l'accompagnement par la Scop Accolades, avaient porté sur les valeurs sociales de ce projet, lequel devait bénéficier aux habitant.es à revenus modestes des quartiers sur lesquels rayonne Espace 19. La question du prix des produits est alors apparue cruciale et l'idée d'une offre de produits bios a rapidement été abandonnée au profit de produits de qualité, pas nécessairement bios, mais sans pesticides et proposés à des « prix justes ». La plupart des structures de type Amap œuvrant dans le champ de l'alimentation durable proposent un prix juste aux producteurs, mais non aux consommateur.ices. Ce modèle paraissait donc peu adapté aux familles de milieux populaires ciblées par le projet d'Espace 19.

L'association ne souhaitant pas s'engager dans une négociation des prix avec les producteurs, soumis eux aussi à une contrainte économique, elle s'est tournée vers des intermédiaires (Kelbongoo, Andines). Pour aboutir malgré tout à des prix décents pour les habitant.es, une différenciation des tarifs a été décidée en 2022. Concrètement, trois prix sont proposés aux acheteurs : un tarif réel (c'est-à-dire au prix des fournisseurs), un tarif doux réduit de 30%, et un tarif de soutien de 10 % plus cher que le tarif réel. Le modèle retenu repose donc sur une péréquation permise grâce à des acheteurs plus fortunés.

Les ventes attirent des personnes de différents milieux sociaux, mais les acheteurs les plus importants, au plan quantitatif, ont un pouvoir d'achat plus élevé que la moyenne des quartiers concernés. Rappelons que les quartiers concernés par le projet d'Espace 19 diffèrent sociologiquement des autres quartiers concernés par le projet de LaFédé, et se caractérisent par une plus grande mixité de populations. Dans ce contexte, l'objectif d'offrir une alimentation saine et abordable à un public populaire n'a été que partiellement atteint, comme le reconnaît une membre du groupe projet : « *Il y a d'abord le côté social. On est à cheval entre l'épicerie solidaire et la coopérative. Mais j'ai quand même été effarée par le prix de l'ail ! Si on veut toucher un grand nombre de familles, et c'est le but du projet, on ne peut pas proposer des tomates à 8 euros le kilo !* ».

Pour mieux atteindre l'objectif initial, les promoteurs du projet ont eu l'idée d'intégrer des invendus alimentaires dans le panier proposé aux habitant.es. Ainsi, les acheteurs vont-ils payer les légumes frais plus chers que dans leurs commerces habituels, mais ils accèdent gratuitement à d'autres produits en contrepartie.

Même avec cette innovation, les animatrices du projet admettent que celui-ci n'a pas encore d'impact significatif sur la consommation alimentaire dans les quartiers. Il n'a pas transformé la structure de l'offre locale, mais simplement proposé une alternative à l'existant à travers des ventes ponctuelles appelées à se pérenniser une fois qu'un local sera trouvé et une forme juridique arrêtée. Pour les salariées de l'association, l'expérimentation n'est qu'une première étape en attendant de trouver un local qui donnera une plus grande visibilité aux ventes. Mais la réussite du projet dépendra aussi du soutien des pouvoirs publics, à commencer par la Ville de Paris. Seules des subventions pérennes permettront de fixer des prix effectivement abordables pour les familles appartenant à des milieux modestes (l'association ne cible pas les personnes en situation de grande précarité qui relèvent des épiceries solidaires).

L'affirmation d'un pouvoir d'agir des habitant.es qui reste à consolider

La sensibilisation à la nécessité d'une alimentation équilibrée et de qualité constitue un effet indéniable du projet. Même si la formation aux enjeux nutritionnels assurée par l'association Itawa n'a concerné que peu d'habitant.es (6 lors de la première séance, 3 lors de la seconde), le travail de diagnostic préalable au projet, les échanges continus avec l'équipe d'Espace 19, ainsi que les ventes, cueillettes et ateliers cuisine ont été autant d'occasions pour les participant.es de monter en compétence sur la connaissance des produits alimentaires (qualité nutritionnelle, saisonnalité, etc.) et leur impact collectif ou individuel (impacts sur l'environnement, sur le budget des ménages, sur la santé...).

La critique des pratiques de l'industrie agro-alimentaire a, elle, été énoncée au démarrage du projet, et ne semble pas avoir été approfondie depuis lors. L'impact du projet se situe pour l'essentiel à l'échelle individuelle. Les propos qui suivent témoignent ainsi d'une évolution des pratiques alimentaires chez certains membres du groupe projet :

« Bien sûr qu'on a acquis des connaissances nouvelles sur les bienfaits des aliments. Tout le monde ne savait pas cuisiner des courgettes ou des poivrons, car ce n'est pas dans notre culture ».

« J'ai acquis des connaissances nouvelles sur le lien entre alimentation et santé, et j'utilise maintenant ces connaissances dans mon quotidien. Je ne mange pas très

équilibré. Je savais pas. C'est grâce à Léa (l'animatrice-coordinatrice d'Espace 19). J'ai pris conscience qu'il y a des goûts différents, que des choses se conservent mieux... Je mangeais pas de légumes. Mes enfants ne mangent que des steaks frites. Ils n'aiment pas les légumes, sauf la soupe pour le ramadan. Maintenant, pour mes petits enfants, y a du brocoli et des carottes, car j'ai ajouté ça et j'ai trouvé que c'était bon. Mais au quotidien ça reste exceptionnel, c'est une question d'habitude. Je commence à faire des petites quantités de légumes chaque jour, c'est récent et c'est grâce à la sensibilisation par Espace 19 et parce que je trouve ça bon ! ».

Si la prise de conscience individuelle de l'importance de bien se nourrir a progressé chez certain.es participant.es au groupe projet, et sans doute au-delà chez les personnes ayant participé aux ventes, cueillettes et ateliers, la question du pouvoir d'agir des habitant.es a aussi une dimension collective. Entre ici en jeu la capacité du groupe d'habitant.es à prendre des décisions autonomes. Comme on l'a déjà souligné, les participant.es au groupe projet n'ont pas montré dans leur ensemble une forte appétence pour s'impliquer dans les aspects techniques, gestionnaires et juridiques du projet. Dans le contexte où une majorité de ces habitant.es sont peu à l'aise avec l'informatique, Espace 19 a prévu des formations afin de les aider à rédiger des mails et à passer commande de produits de manière autonome. Comme le précise une salariée d'Espace 19, *« il y a eu des petits progrès, mais pas au point que les habitants puissent organiser seuls un projet de cette nature »*.

Les professionnelles de l'association estiment que l'espace de vente, s'il voit le jour dans les années qui viennent, pourrait être directement géré par un groupe d'habitant.es : *« On ne dit pas explicitement qu'il faut que les habitants soient autonomes, on dit que ce serait bien qu'un jour le collectif puisse prendre en charge le projet. C'est vrai que le plus gros du travail est fait par nous. Entre nous on discute beaucoup sur comment faire pour que les habitants fassent les choses eux-mêmes. On travaille beaucoup sur notre posture. On dit aux habitants que c'est leur projet et qu'on est là pour les accompagner. Mais les habitants se reposent encore beaucoup sur nous. On aimerait qu'ils soient davantage forces de proposition ou qu'ils se voient en dehors d'Espace 19... »*.

Dans l'immédiat, le groupe projet reste donc très dépendant d'Espace 19. Les habitant.es ne se sont jamais réuni.es sans la présence des médiatrices qui préparent les ordres du jour, régulent les réunions et assurent le suivi des décisions. Plus que d'autonomie du groupe d'habitant.es, il convient de parler d'une coproduction ou d'une co-construction du projet entre les habitant.es et l'association, cette dernière étant restée la force motrice. Même s'ils ne sont pas la première force de proposition, les habitant.es que nous avons interrogé.es se félicitent d'être écouté.es et de pouvoir orienter un projet co-décidé avec l'association :

« Je ne parle pas beaucoup dans le projet. Peut-être que je n'ai pas d'idée... Mais je n'ai pas de crainte à parler dans le groupe. Et les animatrices veillent à ce que tout le monde parle à égalité. C'est à la fois le projet d'Espace 19 et des habitant.es. On prend les décisions ensemble, on écoute les avis de chacun ».

« Ma motivation, c'est qu'on demande l'avis des habitants. Dans d'autres activités d'Espace 19, on se contente d'aller au cinéma ou de faire une visite. Là, on a son petit mot à dire, qu'il soit pris en compte ou pas. On a des divergences, mais on peut trouver des compromis. On délibère. Chacun amène sa pierre à l'édifice ».

Au final, le principal effet du projet concerne peut-être les pratiques de l'association, dont les modalités d'accompagnement ont évolué au fil du projet. La formation dispensée par la Scop Accolades a constitué un tournant en permettant aux animatrices de prendre conscience qu'elles devaient lâcher la bride du projet et accorder plus de place à l'initiative des habitant.es : « *La formation d'Accolades nous a fait prendre conscience qu'on faisait trop à la place des habitants, qu'il fallait leur laisser la possibilité de s'emparer du projet. On a pris conscience que notre approche ne permettait pas l'autonomisation du groupe. Au début, je donnais des directives car j'étais angoissée que ça n'avance pas. Puis je me suis dit qu'il fallait déléguer, au moins dans l'organisation des ventes, car ça reposait beaucoup sur nous. Maintenant, je délègue de plus en plus. Chaque fois, je leur dis "est-ce que tu veux le faire avec moi ?", dans l'idée qu'ils le fassent par eux-mêmes par la suite* ».

5) Récapitulation des effets constatés

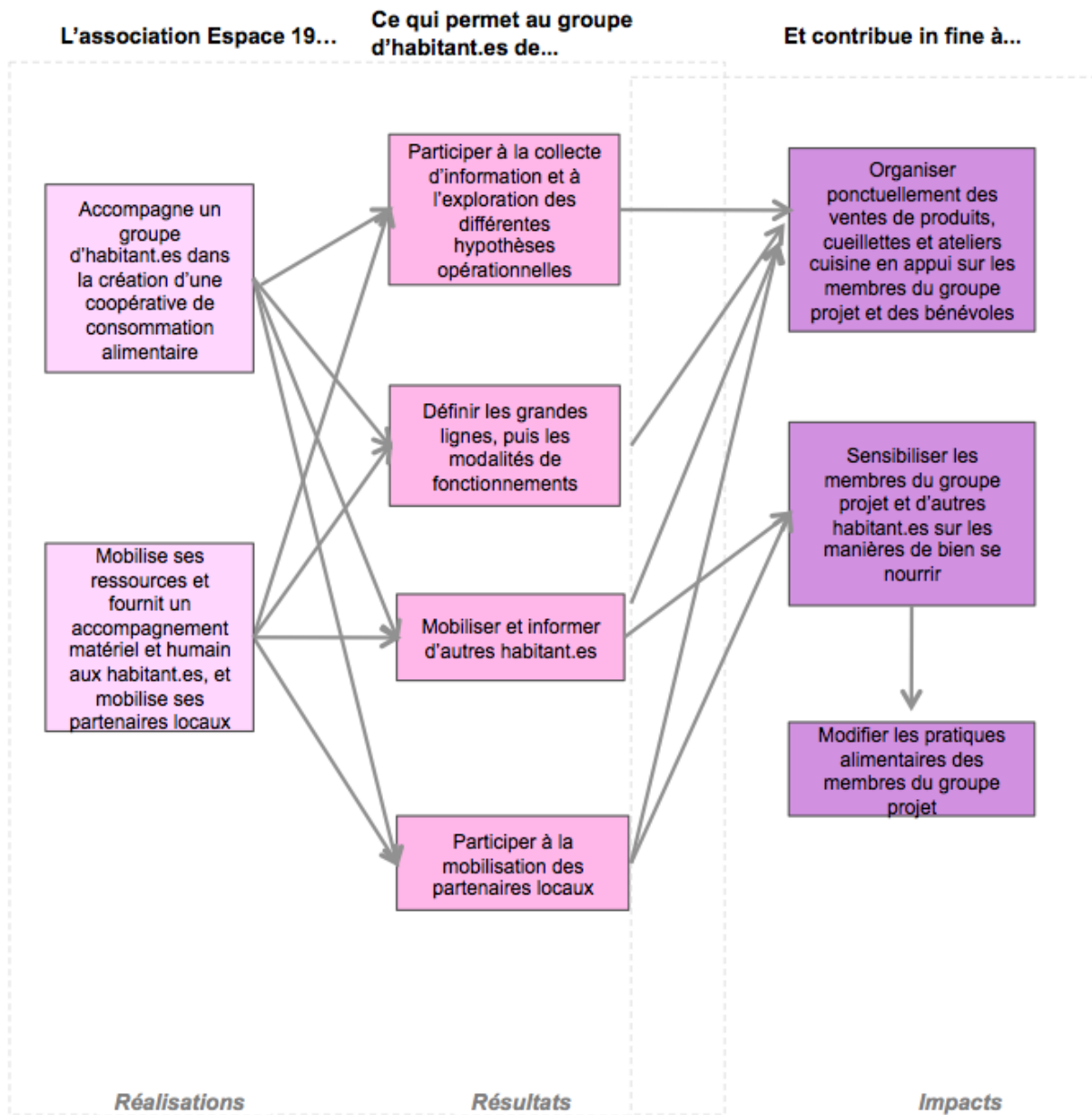
Des analyses qui précèdent, il ressort que le projet porté par Espace 19 n'a que partiellement produit les effets initialement escomptés, lesquels faut-il le rappeler étaient particulièrement ambitieux : auto-organisation des habitant.es en coopérative afin de proposer des produits de qualité (si possible bio) en circuit court et à des prix égaux ou inférieurs à ceux des supermarchés discount ; création d'un espace convivial permettant de s'informer sur le bien manger et de faire collectivement évoluer les habitudes alimentaires.

Comme le montre le schéma page suivante, les réalisations sont conformes aux prévisions : l'association a accompagné un groupe d'habitant.es en vue de la création d'une coopérative ; pour ce faire, elle a mobilisé ses moyens humains et matériels, et mobilisé des partenaires externes.

Si les résultats constatés sont également conformes aux résultats attendus, la contribution propre des habitant.es à ces résultats apparaît toutefois relativement limitée. Qu'il s'agisse de la collecte d'information, de l'exploration des hypothèses opérationnelles, de la définition des grandes lignes et modalités de fonctionnement de la structure à créer, de la mobilisation des partenaires locaux ou d'autres habitant.es du quartier, tous ces résultats sont d'abord à mettre au crédit de l'association. Les membres du groupe projet ont rarement pris des initiatives autonomes et ont plutôt agi en soutien de l'association, alors que c'est la configuration inverse qui était attendue.

Le projet n'ayant pas encore débouché sur la création d'une structure, les impacts observés sont beaucoup plus réduits que ceux qui pouvaient être escomptés : ils se limitent à l'organisation ponctuelle de ventes, cueillettes et ateliers cuisine, mobilisant relativement peu d'autres habitant.es des quartiers concernés, et à une sensibilisation accrue des participant.es aux enjeux liés à l'alimentation pouvant se traduire, chez certaines personnes, par une modification des pratiques alimentaires. Les autres impacts attendus ne peuvent être observés à ce stade, qu'il s'agisse de la mise en place d'un espace pérenne de vente de produits alimentaires financièrement accessibles, de l'impulsion d'une dynamique en faveur de l'alimentation saine et durable dans les QPV du 19^{ème} arrondissement, ou du développement du pouvoir d'agir collectif des membres du groupe projet.

Arbre des effets constatés



« Une application pour smartphone »

Rosny-sous-Bois - Quartier : La Boissière

Résumé du projet

Les habitant.es d'origine étrangère sont régulièrement en difficulté pour accéder à l'information et à l'offre médicale, mais aussi pour s'exprimer face aux professionnel.les de santé (*littéracie*). Le groupe d'habitant.es réuni.es à Rosny-sous-Bois a ainsi proposé de développer une application pour smartphone donnant des informations sur les professionnel.les de santé installé.es aux alentours et sur les expressions médicales de base. L'application, qui devait être traduite en différentes langues, n'a pas vu le jour et le projet a été stoppé *de facto*.

1) Le projet dans sa formulation initiale

Le constat à l'origine du projet : un double problème de communication dans la relation malade/médecin et d'accessibilité de l'offre médicale

Les habitant.es ont soulevé deux questions centrales pour notre recherche-action :

- ❖ La communication dans la relation malade/médecin : les personnes qui maîtrisent mal la langue française ne se sentent pas à l'aise pour décrire leurs symptômes ; ces personnes sont parfois obligées d'être accompagnées de leur enfant pour qu'il traduise, et peuvent être découragées d'aller consulter.
- ❖ L'accessibilité de l'offre médicale : beaucoup de médecins font des dépassements d'honoraires et refusent de recevoir les bénéficiaires de la CMU et de l'AME (même si cela est interdit) ; certain.es habitant.es ont le réflexe d'aller directement aux urgences pour se faire soigner car ces personnes redoutent les dépassements d'honoraires ou parce que leur médecin traitant est fermé le weekend.

L'objectif : accroître l'accessibilité de l'information et la littéracie des personnes maîtrisant mal le français

A partir de ces constats, les habitant.es réuni.es dans le groupe projet ont souhaité consolider deux hypothèses :

- ❖ Si les personnes ont accès à une liste de médecins sans dépassement d'honoraires et proches de chez elles, elles se rendront moins aux urgences pour consulter.
- ❖ En connaissant les expressions médicales de base, sur la maladie, l'anatomie, le corps humain (amélioration de la littéracie), elles oseront davantage aller chez le médecin.

L'accompagnement de l'association Médiation culture & Vie de Rosny-sous-Bois vise à développer une application pour smartphone qui mettrait à disposition des usagers les informations requises pour traiter les deux questions de l'expression face aux professionnel.les de santé et l'accessibilité de l'offre.

Cet accompagnement vise donc à poursuivre les trois objectifs opérationnels suivants :

- ❖ Permettre aux personnes de trouver rapidement des médecins aux alentours qui ne prennent pas de dépassement d'honoraires et qui sont ouverts le week-end, afin d'éviter qu'elles n'aillent directement aux urgences.
- ❖ Donner accès aux expressions médicales de base pour décrire leur état de santé.
- ❖ Améliorer la communication entre médecins et patient.es.

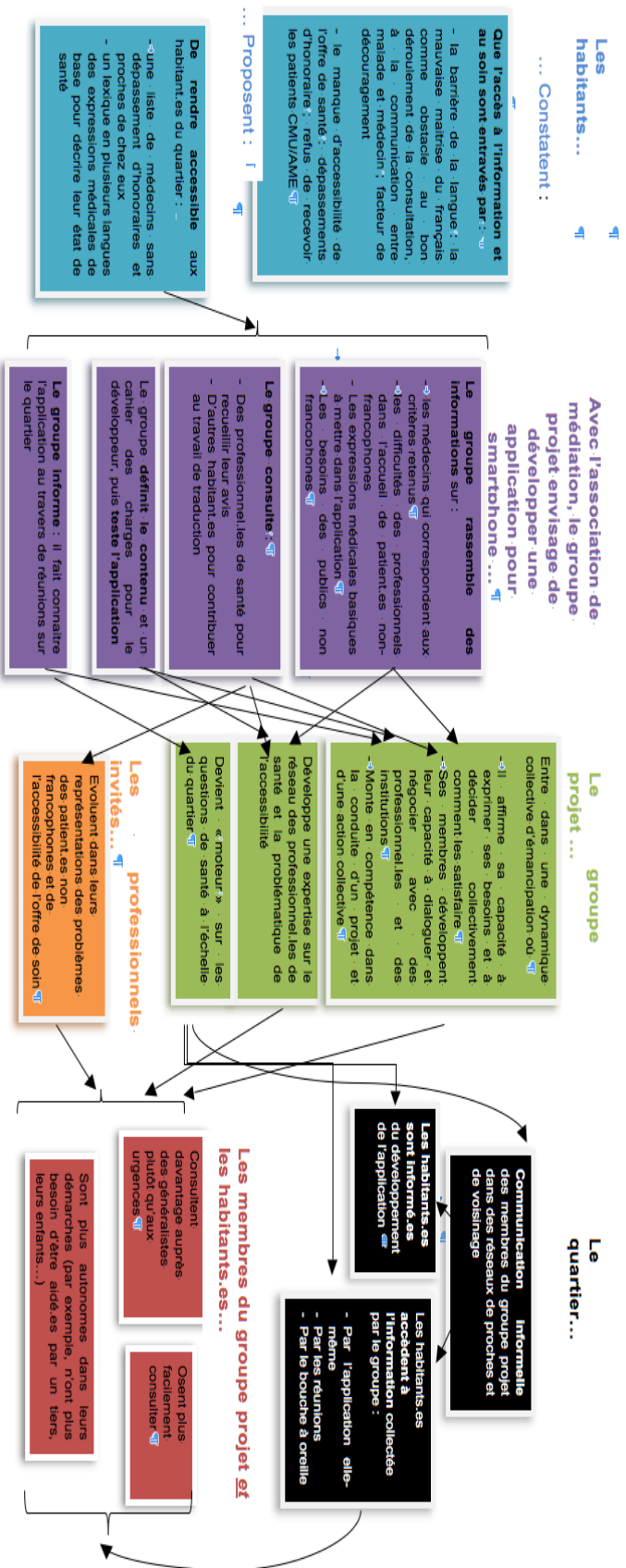
Les actions envisagées :

- ❖ Réaliser une enquête préliminaire pour identifier les outils déjà existants (Tradumed, Mediglote, Santé BD, etc.) et analyser la situation du territoire (situation socio-démographique et sanitaire).
- ❖ S'appuyer sur un groupe d'habitant.es pour définir les contenus et pour faire connaître plus largement l'application, en visant la complémentarité avec les outils existant et la cohérence avec les données socio-sanitaires du quartier.
- ❖ Travailler avec le groupe d'habitant.es sur les questions anatomiques et biologiques à traiter dans la perspective d'améliorer la compétence des patient.es en consultation, et en prenant la mesure des risques de dérive (tentations de l'autodiagnostic et de l'automédication).
- ❖ Organiser une réunion préparatoire en associant des professionnel.les de santé pour connaître leurs difficultés dans l'accueil de patient.es allophones, approfondir et valider avec eux.elles les question anatomiques et biologiques à traiter.
- ❖ Réaliser une enquête terrain pour établir la liste des médecins qui correspondent aux critères retenus pour l'application. L'échelle du quartier de la Boissière est retenue car il s'agissait d'un projet d'application de portée locale, compilant par conséquent des informations locales. La trame de l'application et du projet devait cependant pouvoir être dupliquée et déclinée sur d'autres territoires par d'autres groupes projet, une fois validée la phase test sur le quartier de la Boissière.
- ❖ Elaborer une application en différentes langues : français, anglais, arabe (littéraire+ dialecte), soninké, bambara, turc, afin que l'application soit accessible aux personnes ne maîtrisant pas le français.
- ❖ Organiser des réunions dans le quartier afin de faire connaître l'application.

Le dispositif d'évaluation

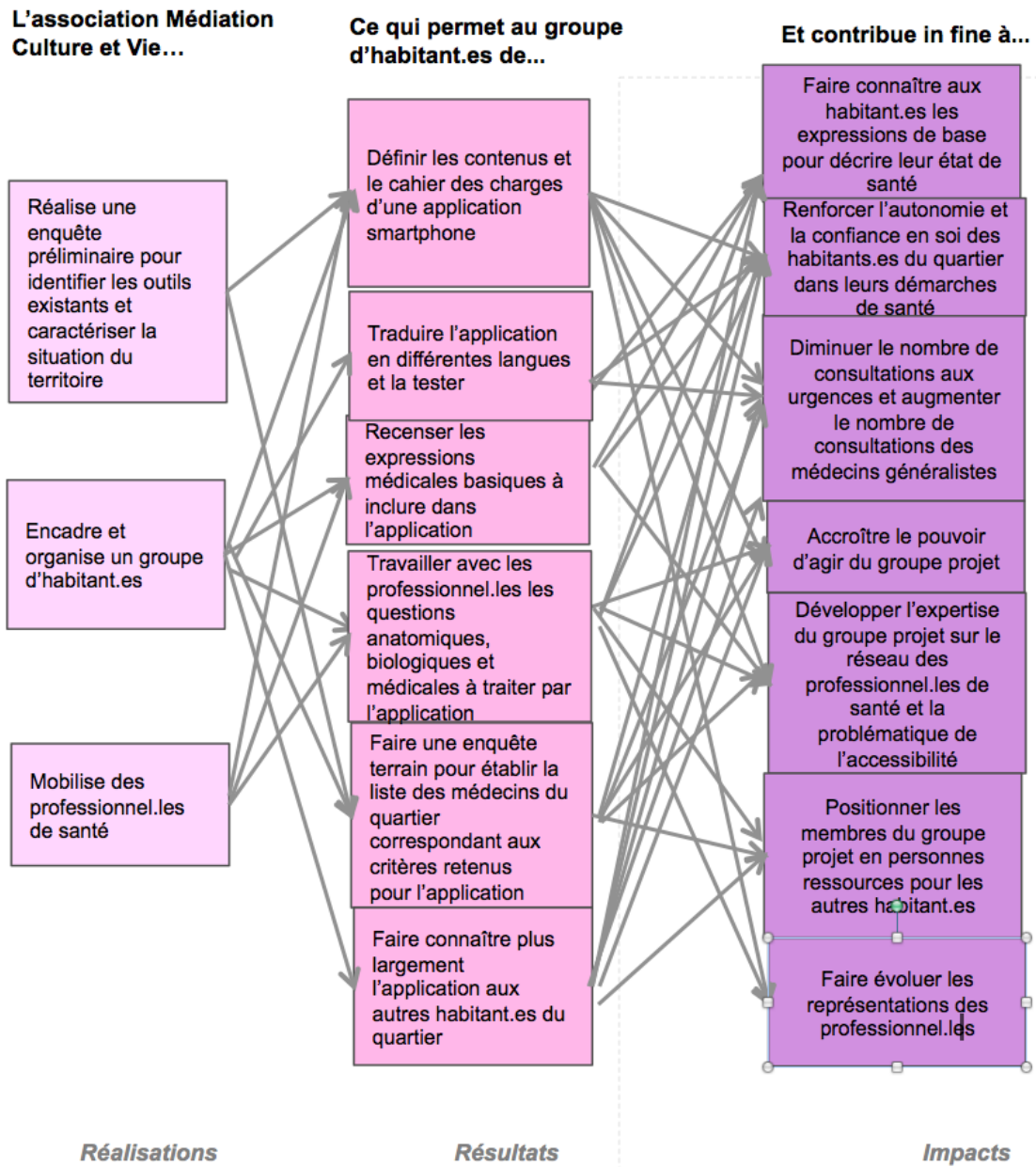
La logique générale du projet a été condensée dans le logigramme page suivante.

Rosny : une application pour smartphone



Comme pour les autres sites, nous avons construit un arbre des effets attendus à partir de ce logigramme :

Arbre des effets attendus



2) Analyse des réalisations

Les participant.es au groupe projet ont été recruté.es essentiellement au sein du public habituel de l'association Médiation, Culture & vie. Ces personnes ne présentaient pas nécessairement de problématiques personnelles de santé. Elles souhaitaient faire bénéficier leurs proches d'un accès facilité à l'offre de soin et d'une meilleure communication avec le corps médical.

Le projet initial prévoyait la réalisation d'une enquête destinée à identifier les outils existants avant d'engager la conception d'une application smartphone. L'association Médiation, Culture & Vie a ainsi analysé les outils de l'ARS pour aboutir au constat d'une inadaptation des outils existants, lesquels s'adressent aux professionnel.les cherchant à mieux comprendre leurs patients, alors que le projet visait la démarche inverse.

Des habitant.es du groupe ont également rencontré par deux fois la startup Allia Tech qui travaille sur le développement d'une application permettant la traduction en direct médecin-patient et patient-médecin. Cette application est fondée sur l'intelligence artificielle et la reconnaissance vocale. L'échange entre le groupe et Allia Tech a permis de mettre en avant les difficultés que peut poser une traduction trop littérale. En effet, une traduction mot pour mot peut parfois conduire à des incompréhensions. A titre d'exemple, la traduction de l'expression « c'est positif » peut poser problème lors des dépistages. Alors que cela signifie pour le médecin que le patient dépisté est porteur d'une maladie, cela peut signifier pour le patient que le test indique que sa santé est bonne.

Le groupe a également déploré le fait que l'application d'Allia Tech ne prévoit aucune traduction dans une langue africaine. La startup a précisé que les bases de données étaient trop peu fournies pour prendre en compte ces langues. C'est pourquoi, il a été proposé au groupe de travailler avec Allia Tech pour enregistrer des traductions en bambara et soninké. Le groupe a finalement décliné cette proposition, trop peu de participant.es maîtrisaient suffisamment ces langues.

L'autre volet de l'enquête préalable au projet d'application pour smartphone – *caractériser la situation sanitaire du territoire* – n'a pas été mis en œuvre. Cette démarche de diagnostic territorial devait impliquer le groupe d'habitant.es qui devaient aller à la rencontre de pharmaciens et médecins du quartier. Les médecins sollicités à Rosny-sous-Bois ont fait part de leur intérêt pour le projet, mais ils ne se sont pas impliqués plus avant, en invoquant un manque de temps.

Le projet de création d'une application smartphone s'est enlisé, malgré un suivi rapproché de l'expérimentation par l'Agence régionale de santé. L'échec de l'association Médiation, Culture & Vie à remporter un appel à projets de l'ARS pour mener à bien son projet d'application, a été fatale au projet. Suite à ce refus de financement, les habitant.es ne se sont plus réuni.es. L'espacement des réunions, lié à la crise sanitaire, a fragilisé d'autant plus le noyau dur de participant.es. Malgré une campagne d'affichage organisée par le groupe, le projet n'a pas réussi à attirer d'autres habitant.es du quartier.

Constatant que les habitant.es qui restaient mobilisé.es étaient dépourvu.es de connaissances informatiques, LaFédé a plaidé pour un recentrage du projet sur les aspects de santé communautaire (par exemple l'alimentation, l'éclaircissement de la peau chez les populations d'origine africaine). Mais cette proposition n'a finalement pas été retenue par le

groupe pour qui l'important était de travailler sur les questions de traduction identifiées comme un problème majeur pour l'accès aux soins dans les quartiers.

Dans ce contexte, et faute de pouvoir constater des effets liés à la mise en œuvre de ce projet ainsi mis en sommeil, nous ne sommes pas en mesure d'identifier ses résultats et ses impacts.

Troisième partie :
Les enseignements transversaux

Deux séries d'hypothèses guidaient la démarche de recherche-action émancipatrice. La première était que les habitant.es des quartiers populaires sont confronté.es à une inégalité des « capacités », c'est-à-dire de possibilités réelles de s'approprier les messages de prévention et d'accès effectif à l'offre de soin, compte tenu des multiples obstacles qu'ils doivent affronter, qu'ils soient linguistiques, culturels, sociaux ou géographiques. La critique avancée par les habitant.es sur l'information-prévention dans le domaine de la santé pointait le fait que les messages des institutions leur assignent des fins sans réellement se préoccuper des moyens et des conditions concrètes permettant de les atteindre.

Une seconde série d'hypothèses concernait précisément les moyens de réduire cette inégalité des capacités. Parmi les leviers d'action imaginés avec les habitant.es figurait la nécessité de démarches ascendantes de co-construction de l'information, appuyées sur la mobilisation des premier.es concerné.es, et seules à même d'assurer tout à la fois l'adéquation entre le message et le public des quartiers populaires, et la diffusion de l'information auprès de ce public.

Nous pouvons à présent revenir à ces deux hypothèses sur la base des données recueillies dans les études monographiques. Il s'agit tout d'abord de vérifier que les démarches mises en œuvre ont été véritablement ascendantes et appuyées sur des collectifs d'habitant.es. Il s'agit ensuite de vérifier si ces mobilisations « par le bas » ont eu pour effet de réduire les inégalités de capacité et de permettre une meilleure adéquation des messages de prévention aux caractéristiques des habitant.es, une meilleure appropriation des messages par ces dernier.es et modifié leur relation aux institutions de santé.

1) Les démarches ont-elles été ascendantes ?

Le caractère ascendant des démarches de construction et de diffusion de l'information santé se vérifie pour l'ensemble des cinq projets impliqués dans la recherche-action émancipatrice. La santé est apparue comme un levier efficace de mobilisation d'habitants, et surtout d'habitantes des quartiers, même si leurs motivations ont été diverses, de la résolution de problèmes individuels de santé à la quête de liens de sociabilité, en passant par le souci du bien-être collectif du quartier. Les groupes d'habitant.es ont été difficiles à stabiliser, plus encore en période de pandémie, mais les participant.es les plus assidu.es se sont progressivement acculturé.es à une démarche participative de co-construction qui était inédite pour la plupart d'entre elles et eux.

Si l'autonomisation des groupes d'habitant.es était l'horizon des différents projets, elle est encore loin d'être atteinte. Cette ambition apparaît rétrospectivement trop élevée et elle ne correspond ni à l'aspiration des habitant.es, ni à la pratique des associations. Bien que les médiateur.ices des associations se soient approprié à des degrés divers la notion de pouvoir d'agir des habitant.es, leurs pratiques d'animation ont été hétérogènes et fondées sur des approches empiriques beaucoup plus que sur la mise en œuvre de savoirs théoriques.

a) Un public presque exclusivement féminin et d'origine étrangère, préoccupé par les questions de santé, mais aussi en quête de solidarité et de sociabilité

Les groupes constitués par les associations se caractérisent par la nette prépondérance d'un public féminin. À Champigny-sur-Marne et Pantin, les groupes sont formés exclusivement de femmes. À Paris, un seul homme fait partie du noyau de fidèles du groupe projet. Seul le groupe de Nanterre fait exception : si le projet visait à l'origine une mixité genrée, il a rapidement été recentré sur les seuls résidents masculins du foyer Adoma. Autre caractéristique notable des groupes : leurs membres sont quasiment tous.tes issu.es de minorités racisées, le plus souvent d'origine maghrébine, sauf à Rosny-sous-Bois où dominant des personnes originaires d'Afrique de l'ouest. Beaucoup de participant.es aux groupes projets sont confronté.es à des obstacles linguistiques qui les pénalisent dans l'accès à l'information et aux soins.

La réussite des projets se mesure à l'adéquation entre les thématiques de travail des groupes et le profil de leurs membres. À Nanterre, par exemple, les travaux du groupe ont cherché à répondre aux besoins spécifiques des résidents âgés du foyer (prothèses dentaires, troubles du sommeil, prostate...). À Champigny-sur-Marne, les objectifs du projet portent la marque de la situation de femmes racisées subissant des discriminations et ayant du mal à se faire comprendre des médecins compte tenu de leur maîtrise insuffisante de la langue française. À Rosny-sous-Bois, la problématique linguistique était au cœur du projet d'application pour smartphone.

La variable du genre, croisée à celles de l'âge et de la situation vis-à-vis du marché du travail, explique aussi la réussite des mobilisations autour des questions de santé. En effet, les participant.es aux groupes projets sont presque tous.tes des personnes relativement avancées en âge (45 à 80 ans), retraité.es, ou en âge de travailler mais sans activité professionnelle. Il s'agit donc d'un public plus facilement mobilisable que celui des salarié.es et/ou des jeunes parents, singulièrement absents de la plupart des projets.

L'omniprésence de femmes dans 4 des 5 projets s'explique aussi par leur intérêt pour les questions de santé. En effet, les femmes sont traditionnellement associées au « care », tandis qu'une certaine culture viriliste peut en éloigner les hommes. L'entre-soi féminin au sein des groupes a ainsi été propice aux échanges sur des sujets touchant à l'intime. Inversement, la difficulté d'amener les hommes à évoquer ces questions dans le groupe de résidents du foyer de Nanterre a été constatée au démarrage du projet, la levée progressive de cette inhibition constituant justement l'un de ses succès les plus manifestes.

La motivation d'habitant.es à participer aux groupes projets peut aussi s'expliquer par l'avancée en âge qui est souvent corrélée à l'accentuation des problèmes de santé. Elle a sans doute à voir également avec la mauvaise appréhension des maladies et du système de santé, lequel est perçu comme très complexe.

Certain.es participant.es cherchent auprès de leur groupe des réponses à des préoccupations de santé individuelles. Mais d'autres, ou les mêmes, désirent agir en faveur d'autres habitant.es du quartier. On peut en effet identifier dans chaque projet des habitant.es qui ne déclarent rencontrer aucune difficulté de santé à titre personnel, mais qui souhaitent œuvrer en faveur du bien-être de leur entourage ou de la communauté du quartier. Cette préoccupation de l'intérêt collectif était très saillante dans le projet de Rosny-sous-Bois où l'application (qui n'a pas vu le jour) n'était pas tant destinée à un usage

personnel par les membres du groupe qu'à l'intention d'autres habitant.es. Les membres du groupe connaissent tous.tes des personnes qui, dans leur entourage, se repèrent avec difficulté dans l'univers médical et qui ont besoin d'être accompagné.es à des rendez-vous où ils devront parler de leur intimité devant un.e proche, faute de pouvoir s'exprimer en français. La dimension de l'intérêt collectif est également très marquée dans les motivations du groupe de Champigny-sur-Marne qui rassemblent des femmes dont les parcours reflétaient déjà un esprit d'engagement.

Les préoccupations personnelles étaient plus affirmées dans les autres projets, mais à l'instar des propos recueillis auprès de certain.es membres des groupes projets, les médiateur.ices évoquent un état d'esprit solidaire chez une partie au moins des participant.es :

« On a des gens qui s'impliquent pour leur propre santé, mais aussi pour aider leurs voisins. Ils ont vraiment la solidarité en tête ». (Paris)

« Ce qu'on veut faire, c'est être utile aux autres, c'est de participer à un travail militant. Certains résidents l'ont compris sur le bucco-dentaire ». (Nanterre)

« Il y a des personnes qui ont des maladies. Mais parmi les sources de motivation, il y a aussi le fait de prévenir les autres pour qu'elles ne fassent pas les mêmes erreurs. Il y a cette idée d'échanger, de se sentir utile ». (Pantin)

Les dispositions altruistes d'une partie plus ou moins significative des habitant.es impliqué.es dans les groupes projets, croisent une autre préoccupation fréquemment mise en avant par les personnes que nous avons interrogées : la recherche de liens de sociabilité. Cette motivation est particulièrement perceptible parmi les membres des groupes projets menés de Pantin, Nanterre et Paris. Dans ces projets, le noyau dur de « fidèles » rassemble surtout des habitant.es en situation de relatif isolement, que celui-ci soit dû à l'éloignement femmes primo-migrantes vis-à-vis du marché du travail (Pantin), à l'isolement et la solitude d'hommes qui résident dans un foyer Adoma (Nanterre), ou à la volonté de « s'occuper » qui anime des habitant.es de quartiers HLM à la retraite (Paris).

b) Des habitant.es forces de proposition, mais un processus seulement partiel d'autonomisation des groupes vis-à-vis des associations porteuses

Les habitant.es participant aux groupes projets ont pour la plupart été recruté.es par les associations, dont ils.elles fréquentaient déjà les activités. Dans la grande majorité des cas, et à l'exception relative du projet de Champigny-sur-Marne, ces personnes n'avaient pas d'antériorité en matière de démarches participatives. Elles se positionnaient plutôt en consommateur.ices des activités proposées par les associations, ou faisaient l'objet d'un comportement individuel par exemple pour des problématiques d'accès aux droits. Il faut souligner que la co-construction de projets avec les habitant.es n'était pas seulement une expérience inédite pour ces dernier.es, mais aussi pour les associations elles-mêmes. Tous.tes les médiateur.ices interrogé.es ont indiqué la recherche-action émancipatrice portait l'exigence participative à un niveau plus élevé que dans leurs activités ordinaires.

Dès la phase 2 de la recherche-action émancipatrice, des groupes de travail ont placé les habitant.es en forces de proposition dans le cadre d'un travail par petits groupes. Sur la base des constats et analyses établis dans les séances précédentes, les habitant.es ont avancé des idées d'actions à mettre en œuvre. Il en est ressorti une liste de suggestions, lesquelles ont ensuite été travaillées par les associations pour déboucher sur la production de fiches-projets. Mais ce sont bien les habitant.es qui ont été à l'origine des propositions d'actions les plus emblématiques de chaque projet (coopérative alimentaire à Paris, campagnes de prévention sur la santé bucco-dentaire et le sommeil à Nanterre, application pour smartphone à Rosny-sous-Bois ou, au fil de l'avancement du projet, l'atelier théâtre à Pantin). Seule l'idée d'un documentaire à Champigny-sur-Marne semble avoir été amenée par la médiatrice de l'association, mais cette idée a été fortement soutenue par le noyau d'habitantes mobilisé.es.

Dans la phase 3 de mise en œuvre des projets, les habitant.es ont été constamment invité.es par les médiateur.ices à prendre la parole, à formuler des propositions et à prendre des décisions. La levée des inhibitions n'a été que progressive pour certain.es participant.es. qui devaient gagner en confiance en eux ou elles-mêmes et vis-à-vis des autres membres du groupe. La convivialité des échanges horizontaux, le sentiment de ne pas être jugé.es par les autres et la constitution progressive d'une identité de groupe, ont indéniablement favorisé une libération de la parole. Tous les témoignages concordent également pour décrire le sentiment d'être écouté.e et reconnu.e dans sa singularité.

Les dynamiques collectives ont véritablement pris leur essor une fois dépassés plusieurs obstacles identifiables au début de la phase 3. Le premier obstacle était celui de la stabilisation des groupes d'habitant.es et de la fidélisation d'un « noyau dur ». Dans le contexte de la pandémie du Covid 19, les réunions se sont espacées, pour se tenir parfois en distanciel, au prix d'une démobilisation d'une partie des habitant.es initialement impliqué.es, d'autant plus qu'une partie significative d'entre elles.eux étaient des personnes relativement âgées, plus vulnérables face au virus. Au-delà même du contexte pandémique, l'implication en continu d'habitant.es s'est avérée difficile dans tous les sites, hormis celui de Pantin dont la stabilité du « noyau dur » tranchait avec les autres projets.

Un second obstacle à la fécondité des discussions collectives était lié aux barrières linguistiques qui pouvaient constituer un frein aux échanges. À Pantin, Nanterre ou Champigny-sur-Marne, il a fallu recourir à des traducteur.ices au sein des associations ou parmi les habitant.es bilingues afin de permettre aux participant.es non francophones de se mêler à la discussion collective.

Un troisième obstacle avait trait au besoin d'autodiscipline de certain.es participant.es tendant à monopoliser la parole au détriment de l'efficacité collective du groupe. Les phénomènes de leadership ou les digressions individuelles sont sans doute inévitables dans ce type de format. Mais les animateur.ices des réunions ont dû se montrer vigilant.es pour éviter une confiscation de la parole par certain.es, de la même manière qu'ils.elles devaient aller « chercher » la parole des participant.es les plus silencieux.euses. Dans un cas, celui de Paris, l'équipe de professionnel.les a pris l'initiative de mobiliser des outils issus de l'éducation populaire pour favoriser un fonctionnement collectif plus inclusif. Ces techniques, fondées sur des supports écrits, ne sont pas forcément adaptées à tous les publics, et n'ont donc pas pu être mises en œuvre dans les autres projets.

Alors que nous avons pu constater, lors de nos premières observations, que les professionnel.les occupaient une position centrale dans l'animation des groupes, et que les débats avaient tendance à s'organiser dans un jeu de questions/réponses auquel les habitant.es les plus vocaux étaient enclins à participer, une plus grande fluidité dans la circulation la parole a fini par s'installer. Les échanges se sont davantage soutenus d'eux-mêmes, y compris de façon horizontale entre les membres des groupes, sans nécessiter de relances systématiques de la part des animateur.ices et sans que l'on puisse constater l'accaparement de la parole par certaines individualités plus affirmées.

Pour autant, nous n'avons pas vu les groupes d'habitant.es s'autonomiser de manière décisive vis-à-vis des associations, hormis dans une certaine mesure à Pantin. Ce constat fait écho aux travaux sur le *community organizing* montrant la difficulté d'habitant.es des quartiers populaires à se passer des ressources matérielles, financières et humaines d'une organisation extérieure¹¹. Tout au long des projets que nous avons suivis, nous avons ainsi constaté que la dépendance des habitant.es envers l'association était restée très forte dans les cas de Paris ou de Nanterre. Dans ces deux projets, les médiateur.ices renvoient l'objectif d'autonomisation collective des groupes à une échéance lointaine et hypothétique, tandis que l'autonomisation ne faisait pas même partie des objectifs initiaux du projet de Champigny-sur-Marne, centré sur la question de la confiance en soi et de l'autocensure individuelles.

De leur côté, les habitant.es interrogé.es dans ces trois projets n'ont pas exprimé d'aspiration à s'autonomiser. À leurs yeux, le fait de se sentir écouté.es et valorisé.es dans un échange collectif constitue une gratification suffisante. Les dimensions gestionnaires et techniques de la conduite d'un projet n'intéressent qu'une petite minorité d'entre eux.elles, à qui il est d'ailleurs loisible de s'investir dans ces tâches. Les autres se disent satisfait.es de voir ces questions prises en charge par des professionnel.les qu'ils.elles ne sont pas et n'aspirent pas à être. Ainsi se dessine une division du travail entre les habitant.es et les professionnel.les, un peu à la manière de la séparation fonctionnelle des rôles entre un conseil d'administration décidant des grandes orientations politique et une équipe gestionnaire qui lui apporte son expertise technique. À ceci près que les professionnel.les ont également participé à la définition des orientations stratégiques, mais sans jamais imposé leurs choix aux habitant.es. Ces choix ont été co-construits dans un processus délibératif, au sens où l'on a cherché à faire primer le meilleur argument, qu'il émane des habitant.es ou des professionnel.les.

Le cas de Pantin représente une exception – relative – car on y a observé un processus d'autonomisation plus affirmé des habitantes que dans les autres projets. Comme on l'a vu, le groupe d'habitantes a engagé des démarches autonomes de soin et de prévention, et a créé un groupe WhatsApp permettant de donner une identité collective au groupe en dehors de ses liens avec l'association. Toutefois, même à Pantin, le groupe reste dépendant de l'association pour organiser au jour le jour les activités directement liées au projet.

¹¹ C. Petitjean, *Des professionnel-le-s de la représentation populaire : les community organizers à Chicago*, Thèse de sociologie, Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, 2019.

c) L'évolution des postures professionnelles des médiateur.ices

La RAE a également produit des effets sur les professionnel.les des associations, dont on a souligné qu'elles avaient rarement été confrontées jusqu'alors au défi de mener expériences participatives à visée « émancipatrice ». Les associations étaient déjà familières de démarches consistant à partir des besoins des habitant.es pour construire une offre d'activités. Mais la RAE les a amenées à franchir un pas supplémentaire en associant autant que possible les habitant.es à la conduite même des actions, en rupture avec le rapport traditionnel entre prestataires et bénéficiaires qui voit l'association construire une offre avant de chercher son public.

Dans l'ensemble des sites, les médiateur.ices s'accordent aujourd'hui sur le fait que le projet doit faire l'objet d'une appropriation par les habitant.es, invité.es à concevoir et à co-construire les actions. Comme il vient d'être dit, tous les projets (sauf celui de Champigny-sur-Marne) visaient aussi un objectif d'autonomisation collective des habitant.es.

Cependant l'adhésion des professionnel.les au thème du pouvoir d'agir des habitant.es n'a pas toujours été immédiate. À mi-parcours du projet de Champigny-sur-Marne, les notions de pouvoir d'agir ou d'*empowerment* ne semblaient pas encore faire sens pour les médiatrices de l'association. À Nanterre, il a fallu attendre l'entrée en fonction d'un second médiateur pour que cette dimension du projet soit prise à bras-le-corps et que l'association ajuste sa méthode d'animation en conséquence. À Paris, c'est l'intervention de la Scop Accolades qui a suscité une prise de conscience, chez les animatrices, du fait qu'elles « prenaient trop de place ».

Si le consensus est de mise, au sein des associations, sur la finalité du pouvoir d'agir, les modalités concrètes d'animation des groupes sont restées très hétérogènes. Trois cas de figures peuvent être distingués. Le premier cas de figure correspond à une forme de professionnalité dans laquelle la médiatrice s'appuie sur son expérience personnelle, celle de ses proches, de ses voisins et sur sa connaissance du quartier. Ici, la médiatrice mobilise son expérience d'habitante pour nourrir une compétence professionnelle lui permettant d'apparaître comme une semblable, sans lien hiérarchique entre elle et son public. Elle peut s'appuyer sur sa proximité avec le public pour mettre les personnes en confiance, en leur montrant par exemple que s'exprimer à partir de sa propre expérience est légitime. Dans cette configuration, la médiatrice tend à s'effacer dans la tâche plus formelle d'animation de la réunion (déclinaison d'un ordre du jour, gestion de tours de parole, prise de note, synthèse etc.), déléguée de fait à LaFédé, comme si la médiatrice, habitante parmi d'autres, n'était investie d'aucune fonction d'encadrement. Même s'il est présent dans presque tous les sites, ce modèle d'animation caractérise davantage les projets de Rosny-sous-Bois et Pantin.

Le second cas de figure relève d'une semi-directivité « outillée ». Ici, la distinction entre professionnel.les et habitant.es est pleinement assumée et la conduite du projet repose bien davantage sur l'action et les options des professionnel.les qui en assument la responsabilité et la charge financière. Les professionnel.les se dotent néanmoins d'outils d'animation visant à maximiser le niveau de participation du groupe d'habitant.es. Le cas d'Espace 19 est le plus emblématique de cette configuration, et l'on a déjà mentionné le déploiement de méthodes telles que le *world café*, ainsi que la démarche de formation des animatrices pour approfondir leurs savoir-faire dans le champ de l'éducation populaire. Mais cette configuration se retrouve aussi, quoique de façon moins systématisée, sur d'autres sites, où

il est d'usage, par exemple, d'inviter les habitant.es à travailler par petits groupes. Le rôle des professionnel.les, dans ce cas de figure, n'en reste pas moins distinct de celui des habitant.es. Dans le cas de Paris, ce sont par exemple les professionnel.les qui ont étudié les différentes alternatives à la grande distribution avant de les présenter au groupe, les participant.es étant alors invité.es à réfléchir à la meilleure formule.

La dernière configuration, observée à Champigny-sur-Marne et Nanterre, relève d'une semi-directivité « non outillée ». Les professionnel.les s'efforcent de laisser la parole et l'initiative aux membres du groupe, mais ne mobilisent pas réellement de techniques d'animation spécifiques. L'autonomie laissée au groupe se traduit par une simple vigilance, un « état d'esprit », une posture d'écoute, etc. Cette attitude se manifeste plus particulièrement lors de séances de travail en groupe plein, organisées sous la forme d'une interaction entre professionnels et participant.es. Nos observations des séances de ce type témoignent toutefois de l'attention des professionnel.les à la prise de parole et à la liberté de ton des habitant.es, mais aussi des limites auxquelles exposent l'absence d'outillage. De fait, ces séances tendent à prendre la forme d'un jeu de questions-réponses avec le groupe, entrecoupées d'interventions des professionnel.les visant à recadrer la discussion, en rappelant par exemple les objectifs généraux du projet, son cadre et ses contraintes institutionnelles, les décisions prises antérieurement par le groupe ou encore les sujets déjà traités lors des réunions précédentes. Le risque de cette pratique est de maintenir les participant.es dans une attitude passive, le poids des professionnel.les dans les échanges et la conduite de la réunion tendant alors à s'accroître, parfois au détriment de la parole propre des habitant.es.

Nous avons établi cette typologie lors de notre rapport d'étape qui insistait sur les différences d'approches des associations en matière d'animation des groupes. Au terme de la RAE, ces différences se sont sans doute atténuées. D'abord parce que les dynamiques de groupe ont fini par produire leurs effets propres, la prise de confiance et d'initiative des habitant.es conférant, par un jeu de vases communicants, une place moins centrale aux médiateur.ices. Ces dernier.es ont par ailleurs pu prendre connaissance de nos analyses et réajuster leurs postures en conséquence, même si l'impact de notre rôle ne doit pas être exagéré. C'est plus sûrement l'intervention de la coordonnatrice de LaFédé qui a conduit à des réajustements et contribué à une certaine homogénéisation des pratiques.

De fait, la LaFédé s'est directement impliquée à divers niveaux de la conduite et de l'animation des projets locaux. Outre les rendez-vous et points réguliers organisés avec les différents sites, sa chargée de développement était très présente dans les temps de préparation des réunions entre professionnel.les et dans les réunions avec les habitant.es. Un continuum peut cependant être dessiné, faisant apparaître une graduation dans le niveau de dépendance des différents sites vis-à-vis de LaFédé et dans le niveau d'intervention attendu ou requis de la Fédé, allant d'une autonomie forte à une délégation parfois importante de la gestion opérationnelle et de la mise en œuvre du projet. Espace 19 apparaît ainsi comme le site le plus autonome. Lors de nos entretiens avec les professionnel.les, LaFédé n'a pas même été évoquée par nos interlocutrices. La situation est assez proche à Pantin où LaFédé n'a été mentionnée qu'au sujet de sa contribution à l'animation des réunions. LaFédé constate de son côté que ces deux sites sont les plus autonomes.

Les trois autres sites sont restés beaucoup plus dépendants du rôle régulateur de LaFédé. À Champigny-sur-Marne, où la médiatrice s'identifiait le plus comme une « habitante » parmi d'autres, le rôle de LaFédé est resté central, sa chargée de développement s'impliquant tout à la fois dans la gestion opérationnelle du projet et dans l'animation des réunions. Jusqu'à sa mise en sommeil, le projet de Rosny-sous-Bois était lui aussi très dépendant de LaFédé qui en a assuré le suivi rapproché, apportant régulièrement ses conseils sur les choix stratégiques à opérer et procédant à des relances compte tenu du rythme trop faible de ses avancées dues à une insuffisante priorisation des activités de l'association autour de la recherche-action. Enfin, à Nanterre, alors que la dépendance était forte au début du projet, les rôles de LaFédé et de Nahda tendant à se confondre, la prise de poste d'un nouveau médiateur qui s'est peu à peu approprié les objectifs de la RAE, s'est traduite par une relative autonomisation vis-à-vis de LaFédé. Ces niveaux de dépendance hétérogènes à l'égard de LaFédé sont ainsi à mettre en lien avec des niveaux inégaux d'appropriation de la recherche-action.

2) En quoi les projets ont-ils permis de réduire les inégalités de capacités ?

La réduction des inégalités de capacités constitue l'objectif central de la recherche-action. L'inégalité des capacités signifie que les personnes ont des chances inégales d'accéder à l'information de prévention, de se l'approprier, mais également de la mettre en œuvre. Surtout, l'approche par les capacités repose sur l'hypothèse que tous ces éléments font système : il ne suffit pas d'être exposé à un message de prévention pour que celui-ci soit l'objet d'une appropriation qui soit suivie d'effet, il faut également qu'il soit entendable au regard des conditions et modes de vie des personnes, et que sa mise en œuvre soit réalisable. La diffusion et l'appropriation des messages de prévention peuvent ainsi être entravées par trois types d'inégalités : les inégalités d'exposition au message, de compréhension du message, et les inégales possibilités d'action effectivement disponibles et mobilisables pour mettre en œuvre le message.

Notre hypothèse était donc que la « littéracie » en santé ne constitue pas une condition suffisante, ni même nécessaire, pour que le message de prévention soit entendu. Il faut aussi qu'il ouvre des perspectives d'action à la portée des personnes. Le rapport entre littéracie et action fonctionne ainsi dans les deux sens : le fait de posséder déjà les codes et catégories d'interprétation permettant de comprendre le message facilite certes son appropriation, mais, réciproquement, le fait d'avoir à sa disposition des possibilités pratiques de mise en œuvre conduit à s'intéresser au message et à chercher à savoir ce qu'il signifie et ce qu'il implique. La possibilité d'agir précède, en quelque sorte, la littératie et la compréhension du message.

Les résultats transversaux des monographies indiquent que, à Pantin et Nanterre au moins, les messages ont été effectivement adaptés à la situation des usagers grâce à leur co-construction avec ces derniers. Un processus d'habilitation des usagers a fonctionné, surtout à Pantin et Champigny-sur-Marne, permettant aux usagers de devenir davantage les sujets de leurs parcours de santé et de réduire ainsi la domination qui s'exerce à leur détriment dans la relation médecin/patient.e. Enfin, les projets ont cherché à assortir le message de prévention d'un rapprochement entre les services médicaux concernés et les participant.es.

Les transformations sociales induites par les projets sont plus limitées. Si l'on identifie bien un « effet de halo » dans certains projets qui ont vu les participant.es se positionner en vecteurs d'information et de prévention auprès d'autres habitant.es de leur quartier, seul le projet de Pantin a suscité une véritable dynamique d'entraide et de solidarité à l'échelle du quartier, et seul celui de Champigny-sur-Marne a enclenché une dynamique d'interpellation des institutions.

2.1) Un processus d'habilitation des usagers

a) Un message qui peut s'adapter à la situation des usagers grâce à sa co-construction

Renforcer la lisibilité du message suppose non seulement que l'utilisateur soit mis en contact avec ce message, mais plus encore que le contenu de celui-ci fasse sens au regard des conditions et modes de vie spécifiques de l'utilisateur. Si tous les sites ont peu ou prou tenté de réaliser cette adaptation du message aux usagers, ce sont les projets de Nanterre et de Pantin qui ont véritablement placé cette question au cœur de leur action.

À Pantin, le message a non seulement fait l'objet d'un travail d'appropriation à l'intérieur du groupe, mais il a surtout été reformulé au travers d'un exercice théâtral à destination du public du quartier. À Nanterre, les thématiques abordées découlaient des demandes et préoccupations des résidents du foyer Adoma, mais son contenu a été co-construit avec les résidents et les intervenant.es, afin qu'il réponde au mieux aux besoins et questionnements propres des premiers.

Dans les deux cas, l'opération apparaît comme un succès. Les membres du groupe de Pantin s'intéressent non seulement davantage aux informations de prévention et les mettent plus volontiers en œuvre, mais ils encouragent également leurs proches et ami.es à en faire de même. À Nanterre, les résidents témoignent avoir « appris des choses » et mieux savoir ce qu'ils doivent faire face à certaines difficultés de santé.

Le processus de co-construction a indéniablement contribué à ce résultat. Par-delà les spécificités des deux sites, la pédagogie mise en œuvre apparaît dans les deux cas comme *active, pratique et expérientielle*. Elle abolit clairement toute parenté avec la pédagogie et la forme scolaires. Les membres du groupe de Pantin ont totalement inversé le rapport entre émetteur et récepteur du message où, classiquement, les institutions diffusent des informations qui ont la valeur d'instructions destinées à prévenir la maladie et améliorer la santé. En s'engageant dans la création de scénettes de théâtre destinées à délivrer un message de prévention aux autres habitant.es du quartier, les membres du groupe ont eux-mêmes endossé le rôle de l'émetteur. Et, on l'a vu, ne pas mettre en œuvre le message ou ne pas en tenir compte quand on est soi-même le messenger, crée une situation de dissonance cognitive qui pousse à rétablir la cohérence. On se souvient de cette participante qui expliquait avoir décidé de se faire dépister en se disant qu'elle ne pouvait pas ne pas mettre en œuvre le message qu'elle avait elle-même promu sur scène... À Nanterre, ce sont les résidents eux-mêmes qui ont orienté les intervenant.es, en leur communiquant leurs attentes sur les sujets précis qu'ils souhaitaient voir traiter (comme les prothèses dentaires fabriquées en Algérie). Ils ont également suggéré de prendre directement part au dispositif pédagogique en distribuant un kit sur l'hygiène bucco-dentaire à d'autres résidents.

Certains travaux ont montré que la forme scolaire irrigue en profondeur notre société par-delà l'école, pour « contaminer » aussi les institutions de santé, la relation malade médecin ou encore l'hôpital¹². Ils montrent en outre que les patient.es les moins bien doté.es en capital scolaire, étant moins familiarisé.es et adapté.es à ce mode de fonctionnement, tirent moins profit des services de santé que ceux ou celles qui ont fait des études supérieures. Les expérimentations réalisées dans le cadre de notre recherche-action confirment ce cadre d'analyse. Et étant eux ou elles-mêmes dans la position de l'émetteur ou du co-producteur du message, les participant.es aux projets de Nanterre et Pantin n'adressent pas uniquement un message à leurs pairs ou à l'intervenant.e : ils se l'adressent également à eux et elles-mêmes, ne serait-ce parce qu'il leur faut le « travailler » pour pouvoir formuler des questions ou des affirmations s'inscrivant dans son cadre. Le message perd son aspect extérieur, abstrait et décontextualisé, qui s'impose par une autorité toujours soupçonnable d'arbitraire ou de duplicité. Un soupçon d'autant plus crédible que son destinataire se trouve en position dominée dans la société, aux prises avec des formes d'autorité souvent vécues comme hostiles.

Par ailleurs, la mise en action des participant.es, l'inscription du message dans un « faire ensemble », permet de faire reculer sa généralité et sa décontextualisation. Faute d'une telle inscription, il est plus difficile de se sentir « concerné.e », à l'instar de l'abstraction des programmes et contenus scolaires dont l'intérêt « échappe » à l'élève issu de milieux faiblement dotés en capital culturel. Les actrices des scénettes de théâtre de Pantin ne parlent pas du cancer de la prostate en général, mais mettent en scène un père de famille maghrébin tentant de minimiser ou dissimuler ses douleurs dans ses interactions dans le salon familial. Les membres du groupe de Nanterre n'invitent pas le dentiste à parler de santé bucco-dentaire, mais de leurs prothèses fabriquées en Algérie.

b) Des participant.es qui se sentent fondé.es à utiliser le système de santé

Le second obstacle à l'égalité des capacités que la RAE a tenté de combattre est de nature identitaire. Il relève du sentiment d'incapacité que les usager.es développent face aux institutions et aux questions de santé.

Ce sentiment d'incapacité est toujours adossé à l'asymétrie de la relation aux institutions et au professionnel.les de santé. Ces dernier.es revendiquent une autorité se réclamant de la Science et dessinent une frontière opposant l'expert et le profane, à l'image, là encore, de l'institution scolaire et de la distribution des rôles et des compétences entre élève et professeur. Le pouvoir médical énonce des prescriptions dont le sens ne peut jamais être véritablement compris et maîtrisé par l'usager, mais qui a vocation à s'imposer à lui comme une nécessité « objective », comme un impératif indiscutable. Cette asymétrie se manifeste à un double niveau dans l'expérience des personnes ayant participé à la recherche-action : au niveau individuel et à celui de la relation au médecin.

¹² M. Darmon, Réparer les cerveaux : sociologie des pertes et des récupérations post-AVC, Paris, La Découverte, 2021.

À l'échelle des personnes, cette asymétrie conduit à vivre comme une défaillance individuelle, voire comme une « faute », le fait de ne pas suivre les prescriptions édictées par le pouvoir médical. Comme on l'a observé aux diverses étapes de la RAE, ce sentiment de culpabilité renforce les blocages, conduit à se détourner du message, à jouer l'évitement. La honte enferme les questions de santé dans le champ du tabou et du déni. Elle empêche de communiquer sur ses inquiétudes, incitant à ne pas les partager, afin de conjurer le double risque d'augmenter l'angoisse et d'exposer publiquement sa propre incapacité à prendre soin de sa santé en jouant correctement le rôle du patient tel qu'il est défini par l'institution médicale. Enfin, l'asymétrie entre patient et médecin, entre expert et profane, renforce aussi l'angoisse face à l'éventualité de la maladie, en renforçant l'opacité sur les causes et les solutions, celles-ci relevant du savoir exclusif de ce pouvoir médical qui tour à tour impressionne, inhibe ou inspire la méfiance.

C'est à Pantin et Champigny-sur-Marne que cet effet a été plus particulièrement observé et rapporté, là même où les projets initiaux visaient le plus explicitement à le combattre. Dans les deux cas, on observe que les projets ont contribué à lever les blocages et ont fait reculer l'isolement et la honte. Pour reprendre le langage des sciences politiques, les projets ont eu un effet *d'habilitation* individuelle¹³. Ils ont contribué à transformer le statut et l'identité des participant.es face à la santé et au système de santé, en réduisant leur extériorité, en les arrachant, au moins en partie, au statut de « mauvais élève », condamné soit au silence honteux, soit au bluff et à la bravade de ceux ou celles qui prétendent n'être « jamais malade ».

Nous avons pu identifier deux mécanismes à l'œuvre dans ce processus de réhabilitation identitaire. La première relève de la socialisation de l'expérience individuelle par les échanges au sein des groupes de pairs. Les participant.es découvrent que l'angoisse et les peurs vécues en secret sont en réalité partagées au point de constituer une sorte de condition commune. Ces angoisses et peurs cessent dès lors d'être imputées à la seule personne individuelle et à ses défaillances. La socialisation de l'expérience personnelle conduit au recul de la honte et invite à la solidarité.

L'homogénéité (ou « non-mixité ») de ces groupes, à Pantin et Champigny-sur-Marne, constitue un facteur important de leur réussite. Composé essentiellement de femmes maghrébines primo-migrantes de plus de quarante ans, ces groupes ont fonctionné comme des espaces protégés des jugements et des regards trop extérieurs, perçus comme facilement inquisiteurs. On se souvient qu'une médiatrice décrivait la manière dont des femmes se confiaient à d'autres femmes, sans omettre de mentionner combien la communauté d'origine et de statut migratoire renforçait la confiance et la connivence, facilitant à ce titre la libre circulation de la parole et l'exposition de l'intime.

Ce résultat a également été obtenu par un second mécanisme lié à l'inversion pédagogique qu'ont réalisée les deux dispositifs. À Pantin, les participantes sont devenues coproductrices du message à travers la création de scénettes de théâtre. À Champigny-sur-Marne, elles ont contribué à la réalisation d'un documentaire. Dans les deux cas, le dispositif rebat les cartes de la relation asymétrique entre l'expert et le profane, en plaçant la patiente et l'habitante en

¹³ D. Gaxie, « Cognitions, auto-habilitation et pouvoirs des "citoyens" », *Revue française de science politique*, vol. 57, n° 6, 2007.

position d'experte. Il réhabilite le présumé « mauvais élève » en lui concédant un part de l'expertise dont il était jusque-là exclu en raison du monopole du professeur sur le savoir.

L'identité même des protagonistes s'est trouvée ainsi modifiée par ce jeu d'inversion. Si comme on l'a vu, ce jeu d'inversion favorise l'appropriation du message, il place également les participantes en position de sujet du savoir. Il leur confère une compétence et une expertise. Bref, il les habilite. On a vu plus particulièrement dans le cas de Champigny-sur-Marne que ce nouveau statut conduisait à une transformation du rapport à la santé et aux institutions médicales, face auxquelles les participantes se sentent désormais en position d'agir et de surmonter les blocages. Elles se sentent désormais plus compétentes pour prendre soin d'elles-mêmes en recourant au système de soins. Notons que cette compétence est de nature statutaire : elle s'adosse moins sur un contenu et un savoir déterminés que sur le statut de sujet agissant concédé aux participantes par le dispositif lui-même.

C'est sans doute la raison pour laquelle la question de la « meilleure connaissance des droits » apparaît plus subtile que prévue lorsqu'on l'observe au prisme des effets des dispositifs. Certes, les participantes soulignent parfois leur ignorance de certains droits avant de s'engager dans la RAE. Mais l'essentiel des effets observables se situent à un niveau infra-juridique : les participantes ont subjectivement acquis un « droit au droit » plutôt que tel ou tel droit particulier. Elles expliquent être sorties de la position d'effacement et de passivité dans laquelle elles se tenaient initialement. Elles se sentent habilitées à formuler des demandes et à exprimer des attentes face aux institutions et aux professionnels de santé, à qui elles assignent à leur tour des devoirs. Encore une fois, l'effet principal de la RAE, à l'échelle des attitudes individuelles, relève d'un changement de statut et d'une transformation de l'identité des participantes, en lien avec la position qui leur a été attribuée dans les projets.

Même si nous n'avons pu l'observer directement, il est plausible que la relation malade/médecin s'en trouvent affectée, car le processus d'habilitation repose sur une forme d'aplanissement de l'asymétrie du médecin et du malade, de l'expert et du profane. Le médecin cesse d'apparaître comme une autorité inatteignable et vaguement menaçante pour les participantes, qui se positionnent désormais en interlocutrices de plein droit dans la relation médicale. Elles s'autorisent à poser des questions, à formuler des demandes, à apporter des informations non sollicitées, voire à manifester des exigences...

c) Des usagers mieux équipés pour mettre en œuvre le message de prévention

L'inégalité des capacités ne dépend cependant pas de la seule accessibilité et de la lisibilité du message. Comme l'énonce notre hypothèse centrale, le message ne peut pas se contenter d'être prescriptif. Sa pleine appropriation exige une capacité effective de le mettre en œuvre. Les habitant.es des quartiers populaires, davantage confronté.es que d'autres au phénomène des déserts médicaux et moins à l'aise dans un système de santé dont le fonctionnement leur apparaît opaque et peu compréhensible, souffrent d'un problème général d'accessibilité aux équipements de soins. Le parti pris de la RAE a donc consisté à travailler simultanément sur le message et sur l'accessibilité, à assortir le message de prévention d'un rapprochement entre les services médicaux concernés et les participant.es.

Le simple fait d'avoir invité des professionnel.les de santé à intervenir lors de certaines étapes des projets a constitué une première forme de rapprochement. Il a permis de faire reculer le sentiment d'éloignement social et culturel entre professionnel.les de santé et membres des groupes projets. Ces interventions ont été unanimement appréciées. Les participant.es ont mentionné en particulier le fait de se sentir pris.es en considération, mieux accueilli.es lors des visites extérieures, et de pouvoir échanger avec un.e professionnel.le.

Cette situation s'oppose à celle décrite par beaucoup d'un manque de communication lors de leurs consultations, d'informations absentes ou présentées trop rapidement et sous un format mal adapté, parce que trop technique, et d'une difficulté à poser des questions ou à se faire entendre. Les professionnel.les ayant joué le jeu de la RAE se sont au contraire rendu.es accessibles. Ils.elles se sont montré.es ouvert.es au dialogue, ont répondu aux questions et traité des problèmes précis que leur soumettaient les groupes. Cette mise en dialogue a permis aux participant.es de dédramatiser la relation au médecin et de voir celui-ci sous un autre jour. Ces expériences ont ainsi réduit leur distance sociale et symbolique aux institutions médicales, redonnant à ces dernières une part de l'accessibilité qui leur faisait défaut.

Le projet d'Espace 19 permet de mesurer combien la mise en œuvre des prescriptions en matière de santé peut parfois précéder la sensibilisation plutôt qu'en découler. Ce projet est l'un de ceux qui s'inscrit délibérément au cœur de l'hypothèse selon laquelle l'accessibilité compte au moins autant que le message. Il consiste en l'occurrence à ouvrir des opportunités d'accéder à une alimentation de qualité, saine et équilibrée, plutôt que simplement « prêcher » la cause de l'équilibre alimentaire. L'équipe a bien proposé une formation aux enjeux nutritionnels, assurée par une association spécialisée, mais celle-ci n'a eu qu'un succès mitigé (seuls trois habitant.es étaient présent.es lors de la seconde séance). Pour autant, les membres du groupe projet témoignent avoir sensiblement évolué quant à l'importance qu'ils accordent à l'équilibre et à la qualité de leur alimentation. Cette sensibilisation renforcée est moins redevable aux contenus explicites d'un message de sensibilisation énoncé *a priori*, qu'à sa mise en pratique lors des cueillettes, des ateliers cuisines ou des réunions préparatoires où l'on se questionne sur les produits à proposer lors des ventes.

Le projet de Pantin appelle les mêmes observations. Il n'a pas simplement consisté à travailler sur le message de prévention avec des professionnel.les, puis lors de l'atelier théâtre. Des groupes d'habitant.es ont aussi physiquement été accompagné.es à l'hôpital. Et l'on a vu l'effet significatif de cette démarche : aujourd'hui des groupes s'auto-organisent pour se rendre collectivement aux ateliers prévention de l'hôpital Avicenne. Le projet de Nanterre associe lui aussi très étroitement le message de sensibilisation et l'amélioration de l'accessibilité des équipements de santé. Il n'était pas possible d'en mesurer pleinement les effets au moment où s'achevait notre dernière campagne d'entretiens, car les réalisations les plus significatives (consultation dentaire collective dans un centre de Colombes, projet de « rallye » consistant à aller collectivement visiter des structures de soins proches du quartier) n'avaient pas encore été mises en œuvre. Cependant le médiateur de l'association Nahda s'était déjà positionné *de facto* en intermédiaire entre les résidents et les équipements de santé. Il occupe désormais la place d'interlocuteur attitré lorsque les résidents ont besoin d'une consultation et communique parfois avec le médecin pour mieux accompagner le suivi médical du patient.

2.2) Des capacités renforcées, mais pour qui ? Les transformations sociales suscitées par la RAE

La recherche-action entend faire des premier.es concerné.es les sujets de transformations sociales et institutionnelles capables d'améliorer leur situation en matière de prévention et de santé, en partant du principe qu'ils sont les meilleur.es expert.es de leur propre condition sociale. C'est en ce sens qu'elle endosse une vocation émancipatrice : les participant.es et leurs pairs ne sont plus seulement positionné.es comme des « objets » ou des cibles de l'action des institutions. Ils.elles reçoivent au contraire le statut d'acteur.ices et de co-producteur.ices de leur espace social et de l'action des institutions en leur direction.

La recherche-action ne vise pas simplement à améliorer le seul sort de ses participant.es. Elle poursuit un objectif de transformation sociale et institutionnelle à une échelle plus large, celle des quartiers concernés, voire des quartiers en général. De fait, les résultats exposés au fil des monographies montrent que les projets ont suscité des dynamiques de transformation, même modestes, au-delà du cercle des groupes projets.

Cette dynamique recouvre trois dimensions, inégalement présentes d'un projet à l'autre. La première concerne la mise en circulation de l'information au sein des réseaux de sociabilité des participant.es, et relève d'une diffusion « par capillarité » du message de prévention et des opportunités de sa mise en œuvre auprès des habitant.es qui n'ont pas directement participé au projet, mais qui sont au contact de certain.es des participant.es. La seconde dimension relève d'une amplification et d'une systématisation de la première, autour d'une visée de solidarité entre habitant.es qui se mobilisent collectivement sur des enjeux de prévention santé. La dernière s'adresse plus directement aux institutions : elle relève du champ de la citoyenneté et de la construction d'une parole collective et critique appelant une transformation de l'action publique. Un seul site est concerné par cette dernière dynamique. La difficulté à faire émerger une conscience critique et une action visant une transformation systémique constitue sans doute la principale limite de la RAE.

a) Des participant.es qui deviennent vecteurs d'information/prévention : l'effet de halo des projets

La première dynamique relève d'un effet de halo : les participant.es ont diffusé dans leur environnement personnel et dans leur quartier le message de prévention dont ils.elles se sont saisi.es grâce au projet. Les dynamiques d'habilitation décrites précédemment pèsent d'un poids important parmi les facteurs qui ont permis à ce phénomène de se concrétiser : c'est parce qu'ils.elles se sentent habilité.es à parler de la santé par leur engagement dans les projets que les participant.es se sentent légitimes à porter le message autour d'elles.eux.

Les différents projets n'ont évidemment pas tous suscité des effets de halo de même ampleur. À Nanterre, les résidents du foyer vivent dans une certaine autarcie. Ils ont peu de liens avec l'extérieur et le groupe est dans une situation proche de l'extra-territorialité. Dans ces conditions, les participants n'ont pas porté le message à l'extérieur, et ils ne l'ont fait que modestement auprès des autres résidents du foyer. Champigny-sur-Marne présente aussi un effet de halo assez faible, mais pour des raisons très différentes. La diffusion du message vers le quartier n'était tout simplement pas le but premier du projet, consacré à la production d'un documentaire dont les institutions et les professionnel.les de santé demeurent la cible prioritaire.

Les deux autres projets étaient davantage, voire principalement tournés vers la communication en direction du quartier. Le projet d'Espace 19 a permis d'aborder les questions nutritionnelles au travers des ventes destinées aux habitant.es des quartiers concernés. Outre les échanges informels entre les participant.es au projet et leur entourage, le moment des ventes a permis de susciter des échanges autour des questions d'équilibre nutritionnel avec les habitant.es venu.es acheter des produits. Le projet de Pantin est, pour sa part, entièrement tourné vers la diffusion locale du message de prévention. Les entretiens avec les participant.es et le témoignage de la médiatrice donnent à voir, dans la monographie présentée en deuxième partie, une diffusion significative du message dans les réseaux relationnels des participant.es. La représentation théâtrale a constitué un moment charnière dans l'articulation du projet au quartier, permettant de porter l'information de prévention à une autre échelle.

b) Le renforcement du pouvoir d'agir des habitants (1) : une dynamique d'entraide et de solidarité locale

Le développement du pouvoir d'agir collectif des habitant.es en matière de prévention santé constitue l'un des objectifs centraux de la recherche-action. Le pouvoir d'agir désigne ici la capacité des personnes à transformer leur environnement social dans le sens de leurs souhaits et de leur intérêt. Le pouvoir d'agir prolonge la question des capacités. En effet, les capacités ne dépendent pas seulement ni prioritairement des propriétés et des caractéristiques des personnes. Elles caractérisent plutôt leur condition sociale et les rapports sociaux qui lui donnent forme. On l'a vu dans la section précédente, l'augmentation des capacités des groupes engagés dans les projets repose principalement sur l'ouverture de nouvelles opportunités d'appropriation et de mise en œuvre de l'information, lesquelles supposent une transformation de leur rapport aux professionnel.les de santé et aux institutions médicales. Les capacités désignent donc un environnement social qui rend « capable ». Les renforcer suppose de transformer cet environnement social.

Le développement du pouvoir d'agir dépend non seulement d'une capacité d'action relativement autonome (ce point a été traité dans la première partie de l'analyse transversale), mais aussi et surtout d'une capacité d'action collective fondée sur une conscience critique, c'est-à-dire une représentation du problème à traiter en termes collectifs, institutionnels et politiques, et pas seulement en termes moraux ou psychologiques. Cette conscience critique revient à saisir la dimension collective et systémique du problème, au lieu d'attribuer aux individus la responsabilité de ce problème.

Deux cas de figure se sont dessinés au fil de cette recherche-action. Le premier, auquel est consacrée cette section, relève de la formation d'une dynamique d'entraide et de solidarité à l'échelle du quartier. Elle concerne assez singulièrement le projet de l'association Nénuphar¹⁴. La diffusion informelle de l'information par les membres du groupe, ainsi que la représentation théâtrale, ont suscité un effet de halo beaucoup plus tangible que celui observé dans les autres sites, à la fois dans sa forme et son étendue. Des prémices d'auto-organisation dépassant les frontières du groupe projet ont en effet commencé à prendre forme. Concrètement, de petits groupes d'habitant.es, entraînés par des membres du groupe projet, se rendent désormais ensemble aux ateliers prévention organisés par l'hôpital

¹⁴ Dans une moindre mesure, les intentions initiales et les effets produits par le projet d'Espace 19 peuvent être rangés dans ce premier cas de figure.

Avicenne. Un canal de communication horizontal a également été créé avec l'ouverture d'un groupe WhatsApp permettant à tout.e habitant.e de discuter de questions de santé avec d'autres habitant.es et d'être informé.e des initiatives collectives en cours. On a vu que cette dynamique traduisait aussi l'amorce d'une autonomisation vis-à-vis de l'association porteuse du projet.

Le projet, en « libérant la parole », en faisant reculer la culpabilité et en sortant la santé du « tabou » où elle était enfermée, a donc entraîné dans son sillage la formation d'une action collective locale centrée sur l'entraide et la solidarité. Celle-ci traduit un processus de conscientisation dont on a déjà dessiné les contours : l'effet de socialisation de l'intime dans les échanges au sein du groupe des pairs a permis de dépasser le vécu strictement individuel des difficultés vécues dans le domaine de la santé, pour ne plus les percevoir comme le résultat de ses propres défaillances. La découverte que ces difficultés sont partagées a conduit à porter le regard non plus sur les ressorts psychologiques et le manque de « vertu » individuelle, mais sur une condition sociale commune. Il devient alors possible d'étendre la focale de l'action au quartier dans son ensemble, c'est-à-dire à la communauté de ceux et celles qui partagent cette condition sociale.

À ce titre, le projet a contribué à la formation d'une esquisse de conscience critique. Les difficultés vécues en matière de prévention santé ont acquis le statut de problème collectif plutôt qu'individuel. Mais cette conscience critique reste partielle. Elle dessine les contours d'une condition sociale partagée, mais celle-ci reste disjointe de toute représentation systémique. Elle n'est pas inscrite dans des rapports sociaux. Ainsi, aucune causalité proprement sociale et structurelle n'affleure dans les propos des participant.es interviewé.es : les pratiques discriminatoires, les différences de classes opposant médecins et patient.es des milieux populaires, la ségrégation urbaine et les inégalités territoriales d'offre de santé demeurent des angles morts. Bref, si les difficultés à prendre soin de sa santé s'inscrivent dans une condition sociale partagée, aucune cause sociale ne semble lui correspondre. Et c'est sans doute la raison pour laquelle les actions collectives entreprises ou portées par les habitant.es relèvent d'une logique de solidarité et d'entraide entre pairs, mais ne s'adressent pas aux institutions et ne visent pas de véritable transformation sociale et institutionnelle.

Ce dernier point n'est pas en soi problématique car le développement de solidarités locales et de capacités d'auto-prise en charge est un objectif que peu de dispositifs d'action publique parviennent à atteindre. Le projet de l'association Nénuphar peut donc être considéré comme un succès. Il a dépassé les objectifs qu'il s'était fixés et il permet de valider les hypothèses sur lesquelles il reposait. Mais le caractère partiel de la conscience critique qui a pris forme dans le projet, ainsi que la limitation des actions collectives aux seules logiques d'entraide et de solidarité, questionnent le sens d'un projet commandé par une institution centrale dans le déploiement des politiques de santé, sans pour autant interroger les pratiques des institutions. Le succès du projet de l'association Nénuphar pourrait néanmoins contribuer à aider l'institution commanditaire de la RAE sur les processus et levier sur lesquels les pouvoirs publics peuvent s'appuyer pour repenser leur offre et leurs pratiques.

Cette perspective, qui est aussi celle de la recherche-action, positionne *de facto* les habitant.es en vecteurs de transformations institutionnelles. Pourtant, la conscience critique développée par ces mêmes habitant.es ne s'élève pas à ce niveau systémique et ne s'en approprie pas les enjeux. Les habitant.es n'ont pas été convoqué.es ni ne sont invité.es dans

cet espace où l'action publique prend des décisions pour eux.elles. Nulle action collective visant à transformer les pratiques institutionnelles n'a ainsi été envisagée. Le projet de Pantin n'est pas parvenu à constituer les habitant.es en interlocuteur.ices autonomes, capables de formuler et de faire entendre des demandes sociales au-delà du « filtre » de la recherche action elle-même. Dans la logique de l'éducation populaire critique ou du *community organizing* à visée politique, le projet aurait nécessité le développement d'une conscience critique des enjeux sociaux et politiques pour donner un contenu adapté à la démarche de questionnement des institutions.

Le caractère partiel du développement d'une conscience critique, dans le projet pantinois, constitue une perte d'informations pour les institutions et les acteur.ices politiques qui ne peuvent, en l'état, accéder au point de vue de ces acteur.ices dominé.es que sont les habitant.es des quartiers populaires. Les institutions ne peuvent prendre en compte ce point de vue dans leurs décisions qu'au travers des « lunettes » de professionnel.les ou de sociologues qui doivent alors endosser un rôle qui n'est pas le leur : celui de « représentant.es ».

c) Le renforcement du pouvoir d'agir des habitants (2) : une tentative d'interpellation des pouvoirs publics

Le projet de Champigny-sur-Marne, qui illustre un second cas de figure, fait exception dans ce tableau où l'augmentation du pouvoir d'agir semble s'arrêter aux portes de l'espace public. Contrairement aux autres projets, celui de Champigny-sur-Marne a eu d'emblée vocation à interpellier les professionnel.les et les institutions sur la base d'un film documentaire décrivant les difficultés rencontrées par les habitant.es du quartier. Cette ambition tranche avec celle des autres sites où l'idée d'infléchir les pratiques professionnelles des médecins et les politiques publiques de santé est restée marginale ou inexistante.

Dans sa mise en œuvre, le projet de Champigny-sur-Marne est parvenu à franchir les obstacles sur lesquels a buté le projet de Pantin dans sa tentative de promouvoir le pouvoir d'agir des habitant.es. Dans le cadre du projet « Ecoutez-moi docteur », le processus de conscientisation a interrogé jusqu'aux dimensions systémiques et politiques des difficultés vécues par les habitant.es. Les membres du groupe projet ont produit des analyses mettant par exemple en cause la présence insuffisante des équipements médicaux dans le quartier. Les conduites jugées problématiques des médecins généralistes ont été replacées dans ce contexte, les carences de l'offre médicale les conduisant à réduire le temps dévolu aux consultations afin de tenir le rythme face à une salle d'attente pleine à craquer. La psychologisation des troubles de la relation médecin/patient.e menant à la critique de mauvaises dispositions individuelles a cédé le pas devant une analyse pointant des conditions structurellement défavorables aux quartiers populaires.

Comme on l'a vu, la nature même du projet a favorisé l'éclosion de cette conscience critique. Engagé.es dans un projet de documentaire à destination des institutions, les participant.es se sont décentrés d'une approche purement individuelle de la relation médecin/patient.e pour pointer des enjeux collectifs et publics en montant en *généralité* (la généralité constitue le registre de justification et d'argumentation propre à l'espace public démocratique). Au contraire, une parole qui n'exprimerait que des ressentis subjectifs – celle que l'on nomme

« expertise d'usage » – peut vite tomber dans le registre anecdotique ou celui de la défense d'intérêts trop particuliers pour trouver sa place dans le débat public¹⁵.

C'est dans le registre du pouvoir d'agir à visée transformatrice que les participantes se sont trouvées convoquées par l'association Femmes relais médiatrices interculturelles de Champigny-sur-Marne. Le mécanisme d'habilitation que le projet a activé a présenté dès lors un visage différent de celui qui a été observé dans les autres sites. Le projet de Champigny-sur-Marne n'a pas seulement fait reculer la culpabilité et l'imputation à soi-même des difficultés vécues. Il a placé les participantes en position d'expertes, pas uniquement de leur propre expérience, mais d'expert.es *qualifié.es* pour intervenir dans la discussion publique pour parler au nom de tou.tes, mettre en question l'action des institutions, dénoncer des injustices, pointer des responsabilités... bref pour opérer au niveau de généralité requis pour prendre position dans un espace public démocratique.

À partir des enjeux de santé, le projet de Champigny-sur-Marne s'est donc ouvert à la dimension proprement citoyenne de la participation. Contrairement aux autres sites, le projet a placé ses participantes sur un pied d'égalité avec les professionnel.les, les militant.es associatifs qui les soutiennent et les sociologues. Elles ont participé directement et en leur nom propre à la discussion sur les transformations institutionnelles et les évolutions souhaitables de l'action publique. Leur participation au projet a contribué à faire reculer l'autocensure qui conduit à se juger trop « petits » ou incompetents pour accéder à l'espace et à la parole publics.

Le niveau d'habilitation suscité par le projet « Ecoutez-moi docteur » est ainsi celui d'une habilitation démocratique. Il reste que ce projet ne peut pas encore être considéré comme un succès complet. Il a abouti à la production d'un outil d'interpellation des institutions, mais sa réussite dépend, aux dires mêmes de ses participantes, de la réponse et des suites que les institutions donneront à leur interpellation. Selon la réception de leurs messages par les institutions, l'habilitation démocratique sera ou non pleinement réalisée. La littérature scientifique et les études montrent que la sollicitation de citoyen.nes dans des démarches participatives qui n'embrayent pas sur la décision publique, produit l'inverse des effets escomptés. Les participant.es confortent alors leur intuition première d'être « trop petit.es » pour être entendu.es, ils.elles sont renforcé.es dans leur sentiment d'impuissance et finissent par considérer que la démocratie participative est un simulacre.

¹⁵ L. Boltanski et L. Thévenot, *De la justification : les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 2008.

Conclusion générale

L'hypothèse transversale de la recherche-action était que des démarches ascendantes, ancrées dans des mobilisations d'habitant.es sont seules à même de réduire les inégalités de « capacités » (soit les possibilités effectives de s'approprier les messages de prévention et d'accéder à l'offre de soins), auxquelles sont confronté.es les habitant.es des quartiers populaires. Selon des modalités variables, les cinq sites engagés dans la recherche-action ont pris appui sur cette hypothèse pour co-construire des actions avec des groupes d'habitant.es constitués par des associations de médiation.

S'ils n'ont pas mis l'accent sur les mêmes aspects, et si leur réussite a été variable, la mise en œuvre a globalement permis de valider l'hypothèse initiale : les démarches mises en œuvre ont permis la co-construction des actions avec des collectifs d'habitant.es, ce qui a eu pour effet, dans certains sites au moins, de réduire des inégalités de capacités : en parvenant à renforcer l'adéquation des messages de prévention aux caractéristiques des habitant.es ; en favorisant l'appropriation de ces messages, dans certains cas au-delà du noyau dur d'habitant.es mobilisé.es dans les projets ; en constituant enfin les habitant.es en sujets de leur santé et, de façon plus limitée, en instaurant des relations moins asymétriques avec les institutions de santé ou en questionnant celles-ci.

Même si la dimension participative des projets ne s'est parfois affirmée que progressivement, et en dépit du contexte sanitaire défavorable, tous les projets ont reposé sur une démarche de co-construction de l'information santé avec des habitants et surtout des habitantes des quartiers populaires, presque tou.tes d'origine étrangère. L'innovation, et le défi, a été d'amener les habitant.es à se comporter en forces de proposition, et donc à s'autoriser à prendre la parole dans un cadre collectif sur des sujets relevant de l'intime. On peut conclure que cet objectif a été atteint dans l'ensemble des sites, une fois surmontés différents obstacles (fidélisation des membres des groupes projets, prise en compte des difficultés linguistiques, régulation de la discussion).

Animés à partir de méthodes très empiriques, les réunions d'habitant.es se sont apparentées à des espaces délibératifs où chacun pouvait faire entendre sa voix et défendre son point de vue. Il convient toutefois de souligner que les moments délibératifs ont placé sur un pied d'égalité habitant.es et professionnel.les qui ont co-décidé les actions à mener. Cette formule n'était pas forcément l'objectif ultimement recherché par les associations qui, toutes ou presque, souhaitaient se mettre peu à peu en retrait à mesure que les groupes d'habitant.es s'autonomiseraient. Cet objectif n'a été que partiellement atteint dans la plupart des sites : de façon croissante, les habitant.es ont pris des initiatives et des responsabilités, mais ils.elles n'ont pu se passer du concours des associations, ni pour la définition de certains choix stratégiques, et moins encore pour la mise en œuvre opérationnelle des décisions du groupe. Pour le dire autrement, chacun.e est resté.e dans son rôle : les habitant.es ne se sont pas mué.es en technicien.nes et les professionnel.les n'ont pas cherché à imposer leurs vues au nom d'une légitimité technique surplombante, invitant au contraire les habitant.es à investir pleinement leur rôle de citoyen.nes actif.ves.

La participation des habitant.es n'était qu'un moyen au service d'une finalité : réduire l'inégalité des capacités, c'est-à-dire permettre une accessibilité effective des participant.es, mais aussi à d'autres habitant.es, à l'information santé, de se l'approprier et de la mettre en œuvre. Si les résultats ont été inégaux selon les sites, la recherche-action démontre, conformément à l'hypothèse initiale, que l'adaptation des messages aux conditions sociales spécifiques des habitant.es est réalisable si tant est que ce message soit co-construit avec

elles et eux. Dans les sites où cette démarche a été la plus probante, les messages ont été recontextualisés « à hauteur d'habitant.e », et donc mieux appropriés, en même temps que diffusés horizontalement auprès de l'entourage ou du voisinage (du moins dans certains projets). Il a fallu pour cela que les habitant.es se convainquent mutuellement, en se découvrant un capital d'expériences communes, qu'ils sont eux.elles détenteurs d'un savoir aussi précieux que celui du médecin. Avec un résultat spectaculaire, dans plusieurs sites, celui de passer du statut de « mauvais élève », pris en défaut d'ignorance ou de mauvaise volonté, à celui de sujet de sa propre santé. Sans avoir pu le vérifier empiriquement, on peut faire le pari que ce processus d'habilitation est de nature à rééquilibrer l'asymétrie de la relation entre le malade et son médecin.

Le renforcement des capacités des usager.es du système de soins supposait aussi de s'assurer que le message de prévention puisse être concrètement mis en œuvre par les usager.es par une meilleure accessibilité des institutions médicales. L'intervention de professionnel.les de santé, lors de certaines étapes des projets, a contribué à réduire la distance sociale et symbolique entre les institutions médicales et les habitant.es. Il faut toutefois signaler la limite de ce type d'interactions, rendues possibles dans certains temps de rencontre uniquement, et grâce la mobilisation de professionnel.les de santé préalablement convaincu.es par les démarches participatives comme par la nécessité de traiter les usager.es en sujets pourvus de droits et de savoirs, plutôt qu'en simples réceptacles d'un discours médical qui les en dépossède.

Le profil de ces intervenant.es souligne en creux une autre limite des projets, celle de leur potentiel de transformation sociale et de changement des pratiques institutionnelles. Si la mise en circulation de l'information au sein des réseaux de sociabilités des participant.es, a été observée à des degrés divers, grâce notamment au sentiment acquis par les participant.es de leur légitimité à communiquer un savoir, un seul des cinq projets a tenté de saisir la dimension systémique des problèmes rencontrés par les habitant.es. Encore faut-il souligner que ce projet, celui de Champigny-sur-Marne, a certes fait émerger une « conscience critique citoyenne » au sein du collectif d'habitantes, mais que la construction d'une parole collective appelant une transformation de l'action n'avait pas encore engendré de rétroaction ou de réponse du côté des institutions se trouvant interpellées (en l'occurrence par un film documentaire). Le cas de Champigny-sur-Marne rend tout de même compte de la possibilité de quitter le champ du simple partage d'expériences, pour entrer dans celui d'une citoyenneté politique qui questionne l'action des institutions.

L'ultime enjeu de cette recherche-action émancipatrice concerne la manière dont l'Agence régionale de santé s'appropriera les résultats que nous avons exposés. Conformément aux intuitions originelles qui sous-tendaient cette expérimentation, il en ressort que les principes de co-construction et de dissémination horizontales de l'information sont des leviers efficaces de réduction des inégalités de capacités des habitant.es de quartiers populaires. Ces principes, aisément répliquables dans d'autres contextes, pourraient être intégrés de manière plus systématique dans la construction des politiques publiques de santé. À condition de prendre appui sur l'expertise et le pouvoir d'agir des premier.es concerné.es que sont les usager.es du système de santé, ces politiques peuvent gagner en pertinence et en efficacité.

La recherche-action rend compte aussi de la nécessité de prendre appui sur des structures de proximité capables de mobiliser et d'organiser des habitant.es volontaires. Cette capacité ne s'improvise pas. Elle nécessite la transmission de savoir-faire, à laquelle LaFédé pourrait utilement contribuer, mais aussi l'allocation de ressources financières et d'ingénierie aux structures locales (de type centres sociaux ou associations de médiation) prêtes à investir le champ de la santé « communautaire » (au sens de son ancrage dans des communautés locales d'intérêts).

Si le développement du pouvoir d'agir des habitant.es est loin d'être une perspective irréaliste dans le domaine de la santé et dans le contexte des quartiers populaires, comme le démontre cette recherche-action, l'Agence régionale de santé devra enfin réfléchir aux moyens de percer le « plafond de verre » de ce type de démarche : le fait qu'elle se déroule en périphérie du fonctionnement et des pratiques des institutions de santé, sans parvenir à les transformer autrement qu'à la marge. Or, tout au long de la présente expérimentation, les habitant.es ont pointé une série de dysfonctionnements organisationnels, d'injustices territoriales et de disqualifications symboliques qui se paient en risques accrus pour la santé de populations marginalisées. Ces constats, formulés par les premier.es concerné.es, doivent maintenant être relayés et entendus au plan institutionnel, avant de se traduire en actions concrètes permettant aux habitant.es des quartiers populaires de bénéficier d'opportunités égales d'accès à des messages de prévention adaptés à leurs expériences singulières, elles-mêmes liées à des conditions sociales, culturelles ou urbaines spécifiques, ainsi qu'à une offre de soins délivrée par des praticien.nes qui reconnaissent ces habitant.es comme des sujets et acteur.ices à part entière de leur santé.

Annexe : grilles d'évaluation

Pantin

Analyse des réalisations			
Effets <i>L'association Nénuphar...</i>	Cible(s)	Indicateur(s)	Méthode(s) d'observation
Mobilise un groupe d'habitant.es pour participer à des séances de sensibilisation (atelier théâtre, témoins positifs, intervention de professionnels pour aborder les questions de santé et de prévention autrement)	Groupe projet et intervenant.es extérieur.es	- Planning, nombre, thématiques et déroulement des séances - Nombre et profil des participants (habitant.es et intervenant.es extérieur.es)	- Journal - Observation - Questionnaire intervenant.es extérieur.es - Entretiens participant.es et association
Mobilise un groupe d'habitant.es pour participer à des ateliers thématiques pour évaluer leurs représentations de la maladie et bénéficier de l'apport d'intervenant.es extérieur.es	Groupe projet et intervenant.es extérieur.es	- Planning, nombre, thématiques et déroulement des séances - Nombre et profil des participant.es (habitant.es et intervenant.es extérieur.es)	- Journal - Observation - Questionnaire intervenant.es extérieur.es - Entretiens participant.es et association
Fournit un accompagnement matériel et humain aux habitant.es	Groupe projet et association Nénuphar	- Nature de l'accompagnement matériel - Nature de l'accompagnement humain - Type d'animation	- Journal - Observation - Entretiens participant.es et association

Analyse des résultats			
Effets <i>Ce qui permet aux participant.es de...</i>	Cible(s)	Indicateur(s)	Méthode(s) d'observation
Réduire les angoisses autour de la maladie et du dépistage	Groupe projet (et groupes d'auto-support ?)	- Évolution des représentations des habitant.es vis-à-vis de la maladie et du dépistage (dédramatisation et recul des fausses croyances)	- Entretiens participant.es
De se constituer en groupes d'auto-support élargis à d'autres habitant.es pour se rendre ensemble aux centres de dépistage	Groupe projet et nouveaux membres	- Nombre de groupes d'auto-support - Profil des participant.es - Processus de mise en place et fonctionnement - Nombre de consultations collectives réalisées	- Journal - Observation - Entretiens participant.es et association
Faire circuler l'information auprès de leurs familles et entourages	Groupe projet (et groupes d'auto-support ?) et leur entourage	- Nombre de membres du groupe relayant l'information - Destinataires de l'information - Nature de l'information	- Entretiens participant.es
Prendre plus facilement la parole sur les questions de santé	Groupe projet (et groupes d'auto-support ?)	- Identification des participant.es s'exprimant le plus - Fréquence des prises de parole, notamment face aux professionnel.les	- Observation - Entretiens participant.es et association
Monter en compétence sur les questions de santé	Groupe projet (et groupes d'auto-support ?)	- Sentiment d'avoir acquis des connaissances nouvelles - Appréciation des intervenant.es extérieur.es et de l'association sur la compétence des participant.es	- Entretiens participant.es et associations - Questionnaire professionnel.les

Analyse des résultats			
Effets <i>Ce qui permet aux participant.es de...</i>	Cible(s)	Indicateur(s)	Méthode(s) d'observation
Se sentir et être reconnu.es comme des interlocuteur.ices légitimes par les professionnel.les de santé	Groupe porteur (et groupes d'autosupport ?) Intervenant.es extérieur.es	- Transformation de la nature des interactions entre patient.es et professionnel.les	- Entretiens participant.es et association - Questionnaire professionnel.les - Observation
S'autonomiser vis-à-vis de l'association	Groupe projet (et groupes d'autosupport ?) Association	- Réduction de l'intervention de l'association - Autonomie des habitant.es. dans la prise d'initiatives et de décision - Autonomie des habitant.es dans l'organisation, la gestion et l'animation du groupe	- Journal - Entretiens participant.es et association - Observation

Analyse des impacts			
Effets <i>Ce qui contribue in fine à...</i>	Cible(s)	Indicateur(s)	Méthode(s) d'observation
Renforcer l'efficacité des messages de prévention	Membres du groupe projet et leurs proches	- Appropriation des messages de prévention par les membres du groupe - Appropriation des messages de prévention par les habitant.es extérieur.es au groupe - Changement des comportements de prévention chez les membres du groupe et les habitant.es extérieur.es au groupe	- Entretiens participant.es et association - Questionnaire intervenant.es extérieur.es
Augmenter le nombre de consultations et de dépistages individuels	Membres du groupe projet et leurs proches	- Évolution du nombre de consultations et de dépistages au sein du groupe et des bénéficiaires de l'information	- Entretiens participant.es
Faire évoluer les représentations des professionnel.les	Intervenant.es extérieur.es	- Évolution de la perception du rapport des habitant.es à la prévention et à la santé par les professionnel.les	- Questionnaire intervenant.es extérieur.es
Développer le pouvoir d'agir du collectif d'habitant.es en matière de santé et au-delà	Groupe projet	- Conscientisation des enjeux par les participant.es - Actions collectives autonomes des participant.es en matière de santé et au-delà	- Entretiens participant.es

Champigny-sur-Marne

Analyse des réalisations			
Effets <i>L'association de médiation...</i>	Cible(s)	Indicateur(s)	Méthode(s) d'observation
Organise des réunions entre habitant.es constitué.es en groupes de pairs	Groupe projet Association	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre, provenance et profil des habitant.es mobilisé.es dans le groupe projet - Assiduité / stabilité du groupe - Nombre de réunions 	<ul style="list-style-type: none"> - Journal - Observation - Entretiens participant.es et association
Etablit un état des lieux des ressources existantes en matière de prévention des discriminations dans le champ de la santé	Association	<ul style="list-style-type: none"> - Ressources documentaires mobilisées - Montée en compétence de l'association - Capitalisation des informations collectées 	<ul style="list-style-type: none"> - Journal - - Entretien association

Analyse des résultats			
Effets <i>Ce qui permet au groupe d'habitant.es de...</i>	Cible(s)	Indicateur(s)	Méthode(s) d'observation
Recenser les discriminations vécues dans le domaine médical	Groupe projet	- Prises de parole d'habitant.es - Capitalisation des témoignages	- Journal - Observation - Entretiens participant.es et association
Créer un outil visant à faciliter la relation aux médecins et à donner confiance aux patient.es face au système de santé	Groupe projet Association	- Processus de construction de l'outil - Nature et contenu de l'outil - Diffusion de l'outil	- Journal - Observation - Entretiens participant.es et associations
Prendre conscience de leurs droits	Groupe projet Association	- Modalités d'identification des droits - Compétences juridiques	- Entretiens participant.es et association
Dialoguer avec les professionnel.les de santé à la faveur de deux réunions	Groupe projet Association	- Identification et mobilisation des professionnel.les - Effectivité des réunions - Animation des réunions - Nature des échanges	- Journal - Observation - Entretiens participant.es et association - Questionnaire professionnel.les
Bénéficier d'un lieu ressources en matière de discrimination dans le domaine de la santé s'adressant plus largement aux habitant.es du quartier	Groupe projet Association	- Modalités de construction du lieu ressources - Consultation de l'association par les habitant.es du quartier - Nature des informations et services proposés	- Journal - Observation - Entretiens participant.es et association

Analyse des impacts			
Effets <i>Ce qui contribue in fine à...</i>	Cible(s)	Indicateur(s)	Méthode(s) d'observation
Prévenir les situations de discrimination directe et indirecte	Groupe projet Habitant.es du quartier Association Professionnel.les de santé	- Évolution des signalements - Perception des discriminations par les membres du groupe projet - Évolution des pratiques professionnelles	- Journal - Entretiens participant.es et association - Questionnaire professionnel.les
Réaliser des signalements en matière de discrimination	Groupe projet Habitant.es du quartier Association	- Nombre et nature des signalements - Procédures de remontée de situations discriminatoires - Formalisation d'outils de signalement	- Journal - Entretiens participant.es et association
Faire évoluer les représentations des patient.es étranger.es ou d'origine étrangère	Groupe projet	- Perception de la santé par les patient.es - Prise de conscience des discriminations individuelles et systémiques	- Entretiens participant.es et association
Faire évoluer les représentations des professionnel.les de santé	Groupe projet Association	- Prise de conscience des besoins spécifiques des patient.es allophones - Prise de conscience des discriminations directes et indirectes	- Questionnaire professionnel.les
Renforcer la confiance en soi des habitant.es et réduire les mécanismes d'auto-censure	Groupe projet Habitant.es du quartier	- Évolution des pratiques de consultation par les membres du groupe projet - Sentiment de légitimité face au corps médical	- Entretiens participant.es et association

Nanterre

Analyse des réalisations			
Effets <i>L'association Nahda...</i>	Cible(s)	Indicateur(s)	Méthode(s) d'observation
Mobilise un groupe d'habitant.es	Groupe projet	- Nombre, provenance et profil des habitant.es mobilisé.es dans le groupe projet - Assiduité / stabilité du groupe	- Journal - Observation - Entretiens participant.es et association
Mobilise des professionnels de santé et des partenaires locaux	Professionnel.les de santé Partenaires locaux	- Type de professionnel.les de santé et de partenaires locaux mobilisés - Niveau et nature de l'implication des professionnel.les de santé et des partenaires locaux	- Journal - Entretien association - Questionnaire professionnels de santé et partenaires locaux
S'informe sur les pratiques d'accompagnement et les expérimentations existantes	Association	- Nature et contenu du corpus documentaire - Lieux d'expérimentation visités - Capitalisation et usage de l'information	- Journal - Entretien association

Analyse des résultats			
Effets <i>Ce qui permet au groupe d'habitant.es de...</i>	Cible(s)	Indicateur(s)	Méthode(s) d'observation
Décider collectivement des moyens adaptés à ses besoins en matière d'information et de démarches de prévention	Groupe projet	<ul style="list-style-type: none"> - Explicitation de ses besoins par le groupe - Autonomie des habitant.es. dans la prise d'initiatives et de décision - Nature des décisions prises 	<ul style="list-style-type: none"> - Journal - Observation - Entretiens participant.es et association
Monter en compétence sur les questions de prévention et de santé	Groupe projet	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'avoir acquis des connaissances nouvelles - Appréciation des intervenant.es extérieur.es et de l'association sur la compétence des participant.es 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens participant.es et associations - Questionnaire professionnel.les de santé
Agir en relais d'information vis-à-vis d'autres habitant.es du quartier	Groupe projet et son entourage	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de membres du groupe relayant l'information - Destinataires de l'information - Nature de l'information 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens participant.es
Mobiliser d'autres habitant.es pour qu'ils.elles rejoignent le groupe	Groupe projet Nouveaux membres	<ul style="list-style-type: none"> - Démarches de mobilisation des membres du groupe projet - Évolution quantitative du groupe projet - Profil des nouveaux membres 	<ul style="list-style-type: none"> - Journal - Entretiens participant.es
Co-construire les thématiques et contours des campagnes de prévention	Groupe projet Professionnel.les de santé Association	<ul style="list-style-type: none"> - Modalités et contenus de la co-construction 	<ul style="list-style-type: none"> - Journal - Observation - Entretiens participant.es et association

Analyse des résultats			
Effets <i>Ce qui permet au groupe d'habitant.es de...</i>	Cible(s)	Indicateur(s)	Méthode(s) d'observation
Eclairer l'action de l'association Nahda en direction des professionnel.les de santé et des partenaires locaux	Groupe projet Association	- Prise en compte des besoins exprimés par le groupe dans le choix, le démarchage et les discussions avec les professionnel.les de santé et partenaires locaux	- Entretien participant.es - Association
Interagir avec les professionnel.les de santé dans le cadre des ASL	Groupe projet Professionnel.les de santé	- Nature de l'information apportée - Capacité du groupe à exprimer ses besoins - Prise en compte de la parole des habitant.es par les professionnel.les	- Journal - Entretiens participant.es et association - Questionnaire professionnel.les de santé - Observation
Bénéficier des apports de l'association et de l'expérience d'autres territoires	Groupe projet Association	- Nature des apports de l'association - Appropriation par le groupe projet	- Entretiens participant.es et association - Observation

Analyse des impacts			
Effets <i>Ce qui contribue in fine à...</i>	Cible(s)	Indicateur(s)	Méthode(s) d'observation
Un meilleur accès des habitant.es à une information adaptée à leurs besoins	Membres du groupe projet et leurs proches	- Nature et modalités de l'information mise en circulation - Nature et profils et des personnes informées - Appropriation de l'information	- Entretiens participant.es
Un meilleur accès des habitant.es à des prestations médicales (bilans, dépistages, consultations) auxquelles l'information fait référence	Membres du groupe projet et leurs proches	- Nombre de prestations médicales réalisées lors des campagnes - Profil des publics - Démarches de consultation par les membres du groupe et leurs proches réalisées en dehors des campagnes	- Journal - Entretiens participant.es
Susciter une participation plus large du quartier dans les campagnes de prévention	Habitant.es du quartier au-delà du groupe projet	- Affluence lors des campagnes - Profil des participant.es	- Journal - Questionnaire professionnel.les de santé
Accroître l'efficacité et l'efficience de l'offre en matière de prévention santé	Professionnel.les de santé Réseau partenarial	- Meilleure prise en compte des besoins des habitant.es par les professionnel.les de santé - Meilleure prise en compte des besoins et des problématiques de santé par le réseau partenarial	- Entretiens participant.es - Questionnaire professionnel.les - Entretien collectif partenaires
Développer le pouvoir d'agir du collectif d'habitant.es en matière de santé et au-delà	Groupe projet Association	- Conscientisation des enjeux par les participant.es - Actions collectives autonomes des participant.es en matière de santé et au-delà - Reconnaissance du groupe comme interlocuteur légitime par les professionnel.les de santé	- Entretiens participant.es et association - Questionnaire professionnel.les

Paris

Analyse des réalisations			
Effets <i>L'association de médiation...</i>	Cible(s)	Indicateur(s)	Méthode(s) d'observation
Accompagne un groupe d'habitant.es dans différentes étapes de la création d'une coopérative de consommation alimentaire	Groupe projet Association	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre, provenance et profil des habitant.es mobilisé.es dans le groupe projet - Assiduité / stabilité du groupe - Nombre de réunions - Définition/respect/amendement du phasage du projet 	<ul style="list-style-type: none"> - Journal - Observation - Entretiens participant.es et association
Mobilise ses ressources et fournit un accompagnement matériel et humain aux habitant.es	Association	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et profils des professionnel.les mobilisé.es - Démarches de collectes d'information réalisées - Volume et nature des ressources mobilisés (locaux, temps ETP, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Journal - Entretien association
Mobilise ses partenaires locaux	Association	<ul style="list-style-type: none"> - Identité des partenaires mobilisés - Nature du partenariat 	<ul style="list-style-type: none"> - Journal - Entretien association - Entretien collectif de partenaires

Analyse des résultats			
Effets <i>Ce qui permet au groupe d'habitant.es de...</i>	Cible(s)	Indicateur(s)	Méthode(s) d'observation
Définir les grandes lignes, puis les modalités de fonctionnement	Groupe projet	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre des séances de travail - Animation et déroulé des séances de travail - Version finale du projet : proximité et amendements par rapport au projet initial 	<ul style="list-style-type: none"> - Journal - Observation - Entretiens participant.es et association
Mobiliser et informer d'autres habitant.es	Groupe projet Association	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de membres groupes relayant l'information - Nature de l'information relayée - Mise à jour régulière de l'information auprès des interlocuteur.ices - Réception par les interlocuteur.ices (intérêt, scepticisme, etc.) - Organisation et participation à des réunions d'information 	<ul style="list-style-type: none"> - Journal - Entretiens participants - Questionnaires ventes test
Participer à la mobilisation des partenaires locaux	Groupe projet Association	<ul style="list-style-type: none"> - Participation des membres au ciblage des partenaires et nature de cette participation - Participation des membres aux rencontres avec les partenaires et nature de cette participation 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens participant.es et association
Participer à la réflexion et à la collecte d'information sur les besoins des habitant.es du quartiers	Groupe projet Association	<ul style="list-style-type: none"> - Nature de la démarche mises en place - Nature, moments et fréquence de cette participation - Etat de la réflexion sur les besoins des habitant.es 	<ul style="list-style-type: none"> - Journal - Observation - Entretiens participant.es et association
Participer à la collecte d'information et à l'exploration des différentes hypothèses opérationnelles	Groupe projet Association	<ul style="list-style-type: none"> - Nature de la démarche mises en place - Nature, moments et fréquence de cette participation - Etat de la réflexion sur les hypothèses opérationnelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Journal - Observation - Entretiens participant.es et association

Analyse des impacts			
Effets <i>Ce qui contribue in fine à...</i>	Cible(s)	Indicateur(s)	Méthode(s) d'observation
Stabiliser un noyau de bénévoles engagés dans le projet et sa mise en œuvre	Groupe projet Association	- Evolution dans le temps de l'effectif du groupe projet - Provenance des nouveaux membres (réseaux informels, réunions informelles, partenaires, etc.)	- Journal
Monter en compétence sur les manières de bien se nourrir chez les membres du groupe projet, les bénévoles et les usagers	Groupe projet Habitant.es du quartier (usagers) Bénévoles	- Sentiment d'avoir acquis des connaissances nouvelles parmi les membres de ces trois groupes	- Entretiens participant.es et association
Susciter la confiance des usagers sur la qualité des produits	Usagers	- Appréciation de la part des usagers de la qualité des produits, de la transparence quant à leur composition, de la transparence quant à leur provenance - Appréciation comparée avec les produits de la grande distribution	- Questionnaires vente test
Proposer une offre en adéquation avec les besoins des habitant.es du quartier	Groupe projet Association Usagers	- Constitution de listes de critères ou d'un cahier des charges - Proposition de produit répondant aux critères - Succès des produits lors des ventes tests - Les produits sont compatibles avec les habitudes alimentaires des usagers - Les usagers identifient l'usage qu'ils pourront faire des produits	- Observation - Entretiens participant.es - Questionnaire usager - Journal

Analyse des impacts			
Effets <i>Ce qui contribue in fine à...</i>	Cible(s)	Indicateur(s)	Méthode(s) d'observation
Proposer un espace convivial de vente et d'échange répondant aux objectifs opérationnels	Groupe projet Association Usagers	- Mise en œuvre ou amendement des éléments de préfiguration - Retour des usagers (convivialité, etc.) - Montée en compétence des usagers (prévention, nutrition, usage des produits)	- Observation - Entretiens participant.es - Questionnaire usager - Journal
Renforcer le pouvoir d'agir des membres du groupe projet	Usagers Association	- Affirmation d'une capacité de choix et de décision (dépendance/autonomie par rapport aux professionnel.les) - Niveau d'accès au pouvoir décisionnel dans la conduite du projet - Renforcement d'une conscience critique (lien entre information/pratiques nutritionnelles et contexte et conditions sociales) - Transformation des modalités d'accompagnement de l'association	- Observation - Journal - Entretiens groupes projet - Entretiens professionnel.les
Initier une dynamique dans les quartiers politiques de la ville du 19ème sur l'alimentation saine à moindre coût	Partenaires Association	- Mobilisation d'habitant.es dans le projet ou en tant qu'usagers par les canaux d'information constitués par les partenaires - Prises d'initiatives par les partenaires pour faciliter l'alimentation saine et à moindre coût	- Entretiens partenaires - Journal

Rosny-sous-Bois

Analyse des réalisations			
Effets <i>L'association Médiation, culture & vie...</i>	Cible(s)	Indicateur(s)	Méthode(s) d'observation
Réalise une enquête préliminaire pour identifier les outils existants et caractériser la situation du territoire	Association Groupe projet	- Analyse de la documentation de l'ARS - Production d'un diagnostic territorial	- Journal - Entretiens participant.es et association
Encadre et organise un groupe d'habitant.es	Association Groupe projet	- Nombre, provenance et profil des habitant.es mobilisé.es dans le groupe projet - Assiduité / stabilité du groupe	- Journal - Observation - Entretiens participant.es et association
Mobilise des professionnel.les de santé	Association Professionnel.les de santé	- Nombre et profils des professionnel.les contacté.es - Nombre et profils des professionnel.les mobilisé.es	- Journal - Entretien association - Questionnaire professionnel.les

Analyse des résultats			
Effets <i>Ce qui permet au groupe d'habitant.es de...</i>	Cible(s)	Indicateur(s)	Méthode(s) d'observation
Travailler avec les professionnel.les les questions anatomiques, biologiques et médicales à traiter par l'application	Association Groupe projet Professionnel.les	- Nombre et contenu des séances de travail avec les professionnel.les	- Journal - Observation - Entretiens participant.es et association - Questionnaire professionnel.les
Définir les contenus et le cahier des charges de l'application smartphone	Association Groupe projet	- Définition des contenus de l'application par le groupe projet - Production participative d'un cahier des charges	- Journal - Observation - Entretiens participant.es et association
Traduire l'application en différentes langues et la tester	Association Groupe projet	- Habitant.es mis à contribution pour la traduction de l'application	- Journal - Observation - Entretiens participant.es et association
Recenser les expressions médicales basiques à inclure dans l'application	Association Groupe projet	- Nombre et nature des expressions recensées - Contribution des habitant.es - Informations transmises par les professionnel.les de santé	- Journal - Observation - Entretiens participant.es et association
Faire une enquête terrain pour établir la liste des médecins du quartier correspondant aux critères retenus pour l'application	Association Groupe projet	- Acteurs.ices mobilisé.es pour la réalisation de l'enquête - Méthode d'enquête - Production d'un état des lieux	- Journal - Observation - Entretiens participant.es et association
Faire connaître plus largement l'application aux autres habitant.es du quartier	Groupe projet Association	- Nombre de membres groupes relayant l'information - Nature de l'information relayée - Supports utilisés - Réception par les interlocuteur.ices (intérêt, scepticisme, etc.)	- Journal - Observation - Entretiens participant.es et association

Analyse des impacts			
Effets <i>Ce qui contribue in fine à...</i>	Cible(s)	Indicateur(s)	Méthode(s) d'observation
Faire connaître aux habitant.es les expressions de base pour décrire leur état de santé	Groupe projet Association Usagers	- Retours des usagers aux membres du groupe projet et à l'association	- Entretiens association et participant.es
Renforcer l'autonomie et la confiance en soi des habitant.es du quartier dans leurs démarches de santé	Groupe projet Association Usagers	- Retours des usagers aux membres du groupe projet et à l'association	- Entretiens association et participant.es
Diminuer le nombre de consultations aux urgences et augmenter le nombre de consultations des médecins généralistes	Groupe projet Association Usagers	- Retours des usagers aux membres du groupe projet et à l'association	- Entretiens association et participant.es
Accroître le pouvoir d'agir du groupe projet	Groupe projet Association Usagers	- Affirmation d'une capacité de choix et de décision (dépendance/autonomie par rapport aux professionnel.les) - Niveau d'accès au pouvoir décisionnel dans la conduite du projet - Transformation des modalités d'accompagnement de l'association - Actions collectives autonomes des participant.es en matière de santé et au-delà - Reconnaissance du groupe comme interlocuteur légitime par les professionnel.les de santé	- Observation - Journal - Entretiens association et participant.es
Développer l'expertise du groupe projet sur le réseau des professionnel.les de santé et la problématique de l'accessibilité	Groupe projet Association	- Sentiment d'avoir acquis des connaissances nouvelles - Appréciation des professionnel.les et de l'association sur la compétence des participant.es	- Observation - Entretiens participant.es et association - Questionnaire professionnel.les
Positionner les membres du groupe projet en personnes ressources pour les autres habitant.es	Groupe projet Association	- Sollicitations du groupe projet par les autres habitant.es du quartier - Nature des informations délivrées	- Entretiens participant.es
Faire évoluer les représentations des professionnel.les	Professionnel.les de santé	- Évolution du regard des professionnel.les sur les besoins spécifiques des habitant.es du quartier	- Questionnaire professionnel.les