

Evaluation d'un projet territorial de prévention par la nutrition pour les 0-6 ans sur un quartier politique de la ville de la région lyonnaise





L'accompagnement à l'évaluation a été réalisé par Lucie Pelosse et Chloé Hamant, IREPS ARA, et membres du groupe ressource en évaluation du Pôle régional de compétences en promotion de la santé Rhône-Alpes, sur un financement de l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes.

Le recueil de données et les recherches bibliographiques ont été réalisés par Chloé Hamant, et Mathilde Perray, stagiaire à l'IREPS ARA et étudiante en master 2 de psychologie sociale à Lyon 2, sous la direction de mémoire de Marie Préau, professeure de psychologie sociale de la Santé, Laboratoire GREPS.

Analyse et rédaction : Chloé Hamant, IREPS Auvergne-Rhône-Alpes

Un comité d'évaluation a suivi et contribué à la démarche.

Il était composé :

- du porteur de projet
- d'un agent ARS référent sur le territoire
- d'une élue de la direction des affaires sociales à la Ville
- d'une adhérente d'une association d'habitant
- d'une salariée de l'Atelier Santé Ville- CCAS
- d'un agent de la direction des affaires sociales de la Ville
- d'une agent de la direction des sports et vie associative de la Ville
- d'une agent du service Politique de la Ville.

Merci aux habitantes qui ont bien voulu répondre aux questions et nous accepté pendant les temps de gouters.

SOMMAIRE

1. DESCRIPTION DE L'ACTION.....	5
1.1 Diagnostic de situation, contexte de départ de l'action	5
1.2 Le cadre logique de l'action	7
1.3. Mise en œuvre effective de l'action	8
2. CONTEXTE ET QUESTION(S) D'EVALUATION	11
2.1 Le contexte de l'évaluation	11
3. METHODES D'EVALUATION.....	12
3.1 Présentation de la démarche	12
3.2. La question d'évaluation	12
3.3. La constitution du cadre de l'analyse : définition des critères	13
3.3. La méthodologie de recueil des données	15
4. RESULTATS ET ANALYSE	16
Critère 1 : La prise en compte de la spécificité de la population	16
Situation économique et niveau de précarité.....	17
Le rapport au temps.....	17
La mobilité géographique / rapport à l'espace	17
La littératie autour des programmes et activités proposées.....	18
Le renforcement du Sentiment d'auto-efficacité.....	18
La prise en compte des contraintes sociales et familiales	20
La prise en compte des habitudes alimentaires et de l'offre sur le territoire	21
La prise en compte de l'activité physique habituelle et de l'offre sur le territoire	23
Critère 2 : L'approche collective territorialisée.....	24
Le développement d'une culture commune.....	25
Le développement d'une approche communautaire	26
Critère 3 : l'approche multi-sectorielle	27
L'identification des partenaires.....	28
Articulation et niveau de partenariat.....	30
Critère 4 : pérennisation de la dynamique.....	31
L'inclusion des potentiels financeurs	31
La formation des acteurs du territoire.....	31
La modification de l'environnement.....	31
Critère 5 : coordination du projet	32

Conception de la coordination.....	33
La communication entre les partenaires du projet.....	33
Gouvernance du projet	34
La communication externe autour du projet.....	34
5. CONCLUSION	36
6. RECOMMANDATIONS	44
7. REMERCIEMENTS	45
8. BIBLIOGRAPHIE.....	46
ANNEXES	49
Recommandations officielles d'interventions	49

1. DESCRIPTION DE L'ACTION

1.1 Diagnostic de situation, contexte de départ de l'action

Le projet territorial évalué a été financé dans le cadre de l'appel à projet PACAP 2016. Cet appel à projet « Petite-enfance Alimentation Corpulence et Activité Physique »- PACAP vise à Prévenir le surpoids et l'obésité dès le plus jeune âge en Rhône Alpe en contribuant à la réduction des inégalités sociales de santé dans ce domaine. Il affiche comme public cible les enfants de 0-6 ans. Il s'articule autour de deux grands objectifs opérationnels :

- Promouvoir une alimentation, une activité physique et des rythmes de vie favorables à la santé chez les enfants de 0-6 ans et de leur entourage.
- Mobiliser la communauté socio-éducative et de santé en vue de porter un projet pérenne à l'échelle d'un territoire.

Cet appel à projet s'inscrit dans les objectifs globaux du projet régional de santé Rhône Alpes (PRS) arrêté le 30 novembre 2012 et défini pour la période 2012-2017. Le PRS détermine 18 priorités en santé pour la région visant à :

- Développer des démarches préventives notamment en santé environnementale
- Faciliter l'accès à une offre en santé adaptée et efficiente
- Fluidifier les prises en charge et accompagnements

Plus précisément, sur ces 18 priorités l'une d'entre elles vise "le diabète, ses facteurs de risque et ses complications, en particulier l'obésité" qui cible plus particulièrement le soutien d'actions dans le champ de la prévention du surpoids et de l'obésité infantiles auprès des publics en précarité.

Une autre priorité du PRS a pour objectif de renforcer le dépistage précoce et la prise en charge des troubles physiques, psychologiques, sensoriels et de l'apprentissage en prévoyant de développer des actions de prévention et de promotion de la santé pour la tranche d'âge de 0 à 6 ans afin de limiter la survenue de troubles et d'améliorer le dépistage des troubles physiques, psychologiques, sensoriels et de l'apprentissage, favoriser la fluidité des parcours des enfants, l'harmonisation des pratiques et la coordination des dispositifs existants

La France comme tous les pays occidentaux est concernée par ce qui est devenu ces vingt dernières années un problème, non seulement de santé publique mais de société : le surpoids et l'obésité touchent la population dès le plus jeune âge.

En France, 12% des enfants scolarisés en grande section de maternelle en 2012-2013 étaient en surcharge pondérale. En région Rhône Alpes, pour la même période, 10,5% des enfants scolarisés en grande section de maternelle étaient en surpoids.

	Surcharge pondérale			Obésité	
	1999-2000	2005-2006	2012-2013	1999-2000	2005-2006
Rhône Alpes	12,2%	9,8%	10,5%	3,3%	1,9%
France	14,4%	12,4%	11,9%	3,9%	3,2%

Source : Direction De La Recherche, Des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. – Evolution de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants de 5 à 6 ans de 2000 à 2013 à partir des enquêtes nationales de santé scolaire In DREES-BESP N°011/14 - 2014

Les chiffres rhônalpins sont meilleurs que la moyenne nationale, cependant la région Rhône Alpes étant une région jeune, le nombre d'enfants concerné est important.

A court terme, le surpoids et l'obésité des enfants engendrent d'une part des conséquences physiques, d'autre part des conséquences psycho-sociales avec une baisse d'estime de soi liée à la stigmatisation sociale, un isolement des enfants pouvant aller jusqu'à la dépression et la déscolarisation.

A plus long terme, l'obésité infantile est un facteur prédictif d'obésité et de risques cardiovasculaires à l'âge adulte. De plus, le surpoids infantile, en tant que facteur de risque d'obésité infantile, peut lui aussi favoriser la survenue d'un surpoids ou d'une obésité à l'âge adulte.

Le territoire identifié pour le programme est de prévention est connu comme commune classée défavorablement par rapport à un indice de classement de défavorisation/désavantage social (dit FDep) conçu par l'INSERM et plusieurs de ses quartiers sont classé quartiers prioritaires en politique de la Ville (QPV).

Or, il existe une corrélation maintenant établie entre le risque de surpoids et obésité et le gradient de défavorisation sociale¹, ce qui fait de la commune un territoire ayant des besoins potentiellement plus importants en matière de prévention dans l'objectif de réduire les inégalités sociales de santé.

C'est à ce titre que le projet déposé rentre dans le cadre proposé par l'AAP PACAP.

Description globale de l'action : Ce projet est mis en œuvre autour d'un ensemble d'actions se déployant sur le territoire d'une commune présentant des indicateurs de défavorisation. Ces actions sont déployées à travers différentes approches et convergent pour améliorer la nutrition en prenant appui sur l'alimentation et l'activité physique auprès des plus jeunes. Les actions prévoyaient de se déployer sur 1 an : ce sont finalement 18 mois qui ont été consacrés à ce projet.

¹ Darmon N. Inégalités sociales de santé et nutrition. Dans Esnouf C, Fioramonti J, Laurieux B. L'alimentation à découvert. CNRS Editions. 2015 ; p. 140-141.

1.2 Le cadre logique de l'action

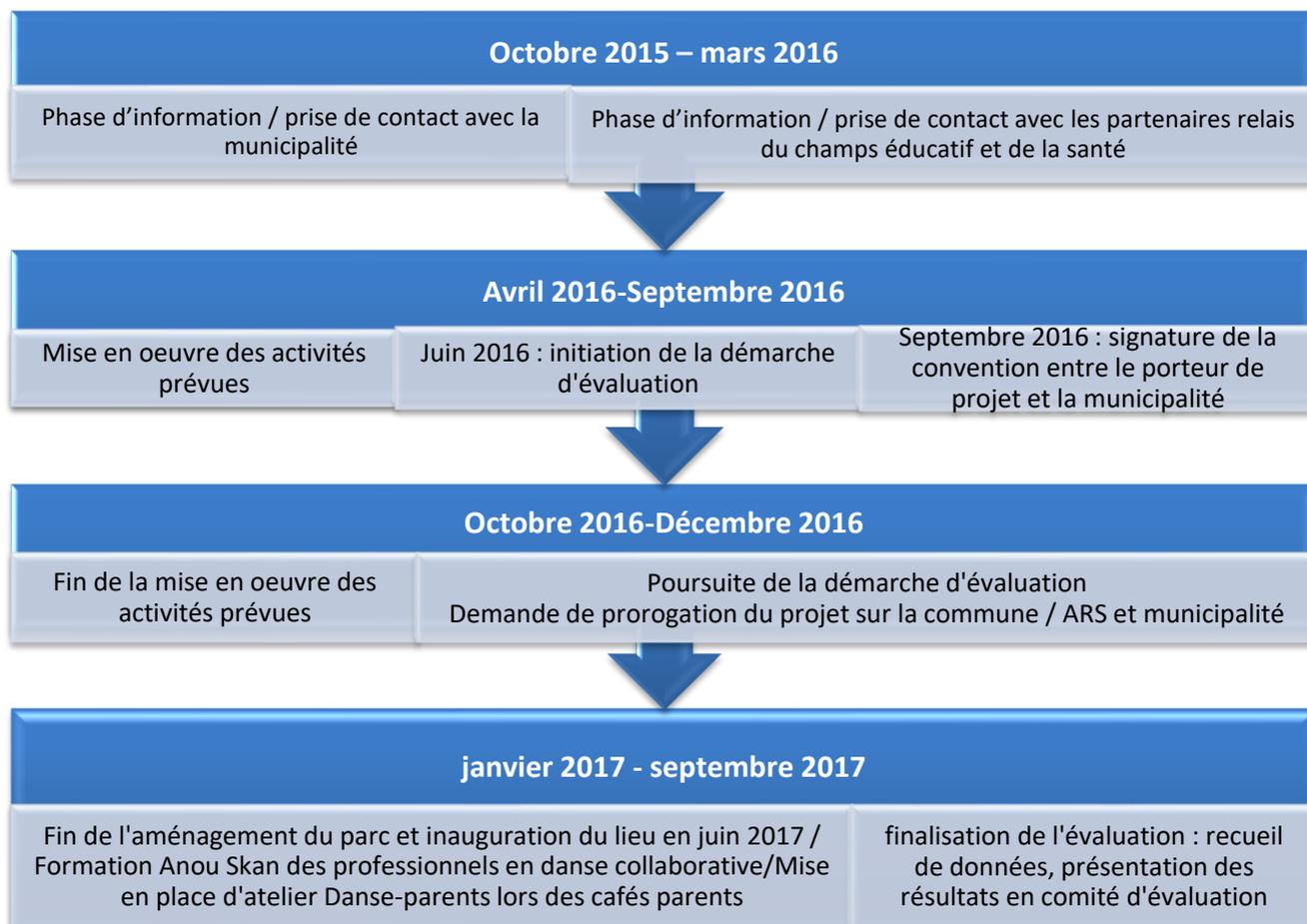
Ce tableau a été réalisé en comité d'évaluation. Il présente les objectifs et les activités prévues dans le cadre de ce projet.

IMPACT	
Objectif général	Autres effets possibles
Prévenir et réduire la prévalence de l'obésité des 0-6 ans sur cette commune QPV	
<p>Objectifs spécifiques : Suivant les populations ciblées</p> <p>Les 0-6 ans : Favoriser l'activité physique Susciter l'envie et la curiosité de manger des fruits et légumes</p> <p>Les professionnels relais du champ éducatif et de la santé : Renforcer les compétences en matière de posture éducative positive Renforcer les compétences sur l'accompagnement auprès des parents Renforcer les compétences en matière d'alimentation et d'activité physique</p> <p>Les parents Favoriser une alimentation équilibrée et « fait maison » Renforcer les compétences parentales au regard de la posture éducative Favoriser les pratiques de l'activité physique pour leurs enfants</p> <p>Les institutionnels Favoriser la mise en œuvre d'une politique globale et cohérente sur la santé et le bien-être des 0-6 ans et de leur famille.</p>	
ACTIVITES PREVUES	
<p>Les professionnels relais du champ éducatif et de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagnement de structures ou de « collectifs » à la mise en place de projets ▪ Formations de 3 jours sur site (crèche) ▪ Sensibilisation à l'utilisation du nouvel équipement d'accès libre au parc <p>Les parents</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Activité conte en école maternelle ▪ Activités collaboratives parents-enfants ▪ Atelier cuisine parent-enfant ▪ Atelier cuisine parents ▪ Atelier-débat sur les pleurs de l'enfant, sur la publicité... ▪ Consultations individuelles avec une diététicienne/PEC ▪ Temps de consultation-concertation <p>Les institutionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Implication dans le COPIL de l'action ▪ Implication dans le comité d'évaluation <p>Aménagement urbain</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aménagement d'un parc avec équipement 0-6 ans autour de l'activité physique 	
RESSOURCES	
<p>Humaines</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ chargées de projets ▪ Prestataires extérieurs pour la danse, le yoga et éducation sportive. ▪ Partenariat avec la Ville, le CCAS, l'ASV, les associations locales. <p>Financières</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Moyens financiers alloués par l'ARS dans le cadre du projet PACAP. <p>Matérielles</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation des locaux des différentes structures locales : centre social, par exemple. 	

1.3. Mise en œuvre effective de l'action

Initialement prévu du mois de Janvier à décembre 2016 le programme a finalement été mis en œuvre entre octobre 2015 et décembre 2016, et étendu à la demande de l'opérateur jusqu'en septembre 2017.

Calendrier de la mise en œuvre



Liste des actions prévues **au dépôt du projet** :

- Entretiens individuels de consultation avec une diététicienne spécialisée sur les questions d'obésité
- Séances d'informations collectives entre les différents acteurs de la petite enfance pour communiquer autour du projet
- Séances formatives auprès de femmes, mères ou grands-mères sur l'alimentation et les rythmes de vie à travers des groupes de paroles et d'échanges
- Formations à destination des professionnels de la petite enfance pour leur permettre de monter en compétences sur la thématique.
- Accompagnement de professionnels de la petite enfance pour monter des projets autour de l'éveil nutritionnel de bébé et du jeune enfant
- Création d'un espace ludo-éducatif à destination des familles libre d'accès
- Propositions de séances « découvertes » autour de la cuisine, du jardinage, du marché et des courses

Dans la mise en œuvre, de nombreuses adaptations ont été réalisées. Le tableau suivant vise à synthétiser les différentes activités réalisées. Plusieurs documents ont dû être compilés pour le réaliser et il constitue l'état de nos connaissances au moment de la rédaction du document.

Synthèse récapitulative des actions menées sur la commune par l'association qui portait le projet :

Activités prévues à l'amorce de l'évaluation	Activités réalisées
A destination des professionnels relais du champ éducatif et de la santé :	
Accompagnement de structures ou de « collectifs » à la mise en place de projets 10 accompagnements pour mobiliser 5 projets	3 projets soutenus, dans 2 structures <ul style="list-style-type: none"> - Crèche GB - Crèche LM - Association d'habitants
Formations de 5 jours sur site (crèche)	1 formation de 2 jours, pour 13 professionnels <ul style="list-style-type: none"> - Espace kangourou - Ludothèque - Crèche des GB - Infirmière scolaire primaire de la commune 1 formation de 2 jours, pour 5 professionnels de crèche + 1 professionnel Centre social.
Sensibilisation à l'utilisation du nouvel équipement « jeux en Activité Physique » d'accès libre au parc	Formation des professionnels à l'utilisation de l'espace collaboratif d'activités physique : non réalisée à la fin du projet mais prévue par la municipalité.
	Ajouté Temps d'échanges avec les aides maternelles. 8 professionnels touchés
	Ajouté 3 Temps d'échanges avec les professionnels des structures <ul style="list-style-type: none"> – M3E avec le Chef d'établissement (2 rencontres) et une maîtresse des sections maternelles. (2 rencontres). – L'association d'habitants, en continu – Crèche LM, (directeur et personnels), avec la préparation de l'exposition en faveur de la promotion de l'allaitement maternel et de la prévention de l'obésité.
A destination des familles	
Activités « conte »	- à la crèche GB (5) - à l'école M3E (4) Présence de quelques parents
Activités collaboratives parents-enfants Atelier cuisine parent-enfant Atelier cuisine parents Atelier-débat sur les pleurs de l'enfant, sur la publicité...	Nombreux ateliers et session découvertes : Ateliers d'éveil/gout, Danse, Yoga et cuisine adaptée aux tous petits. Lieux : Point Multiservices Centre Social Centre ville Centre Social QPV Local de proximité Lieu multi-service Le théâtre Jean Marais La salle 1000

	<p>-Activités motricité Yoga et danse 18 ateliers de 1h, 40 familles touchées</p> <p>-ateliers éveil à la nature 5 ateliers de 2h, 9 familles touchées et 15 enfants</p> <p>-ateliers cuisine de saison 4 ateliers, 15 familles touchées</p> <p>En lien avec l'espace de solidarité et le centre social</p>
	<p>Ajouté Conception d'un livre de cuisine avec les parents. Co-conception d'un livre de cuisine, partenariat avec Bahadourian, visite sur site. 7 rencontres + séance dédicace en juin 2017.</p>
	<p>Ajouté Ateliers de jardinage</p>
	<p>Ajouté Exposition sur l'allaitement : 5 lieux successifs avec un temps spécifique pour les professionnels en Mairie.</p>
Temps d'échange avec les familles, en groupe 3 modules de 5 séances	1 séance réalisée avec 5 mères (manque de participation du public)
Sensibiliser aux goûts, travailler avec les enfants sur les 5 sens : ateliers de dégustation.	Les temps de sensibilisation ont été mis en place à l'école maternelle M3E au cours de 2 séances * 2 classes auprès des enfants. Temps de sensibilisation auprès de la maitresse.
Entretiens préventifs individuels avec une diététicienne/PEC. 15 familles prévues	3 familles
A destination des institutionnels	
Implication dans le COPIL de l'action	Effective à termes
Implication dans le comité d'évaluation	Effective
	<p>Ajouté : Contribution au « guide sport » porté par la municipalité avec proposition d'ajouts de la tranche d'âge 0/6 ans dans le guide et de conseils sur la collation du jeune enfant en situation d'activité. La municipalité a finalement réalisé un guide numérique, sans les ajouts proposés.</p>
Aménagement urbain	
Aménagement d'un parc avec équipement 0-6 ans autour de l'activité physique	Démarches partenariales multiples Co-élaboration de l'aménagement au parc d'un espace de jeux collaboratifs, en interface avec la municipalité et les concepteurs d'équipements ludiques. 7 rencontres / Inauguration du lieu en juin 2017

2. CONTEXTE ET QUESTION(S) D'ÉVALUATION

2.1 Le contexte de l'évaluation

L'Origine de ce travail est une demande d'évaluation « mixte », mêlant la fois un processus d'auto-évaluation, tel qu'il est proposé dans le cadre des accompagnements à l'évaluation du Pôle Régional de Compétence, et d'évaluation externe. La demande d'évaluation externe était souhaitée à la fois par le porteur du projet -l'association qui porte le projet - et par l'Agence Régionale de Santé.

Le porteur voulait d'une part avoir un regard extérieur sur sa pratique, et d'autre part, estimait que l'avis porté sur le projet recueilli par quelqu'un d'extérieur à l'association porteuse en favorisait l'objectivité.

Plus globalement, l'Agence Régionale de Santé octroie un budget conséquent aux différents projets financés dans le cadre de PACAP « Petite-enfance Alimentation Corpulence et Activité Physique », ce qui justifie qu'une attention particulière soit portée à l'évaluation des projets déployés sur cette ligne de financement. Le projet de l'association candidate présente un niveau d'engagement financier permettant de mettre en place un programme territorial intéressant d'une taille suffisamment ambitieuse pour se prêter à une évaluation susceptible d'être satisfaisante.

L'IREPS Auvergne-Rhône-Alpes a été sollicitée pour accompagner le porteur de projet dans l'évaluation de son programme en mai 2016, ce dernier ayant dès le début du programme envisagé cette évaluation. Au regard des moyens disponibles tant du côté du porteur de projet que de ceux alloués à l'IREPS, le choix a été fait d'une méthodologie mixte mêlant un accompagnement dans la conception de l'évaluation via le comité d'évaluation composé par le porteur de projet, un recueil des données auprès des différents acteurs et bénéficiaires par l'IREPS, la constitution d'une bibliographie de données probantes par l'IREPS, l'analyse des données et rédaction du rapport d'évaluation par l'IREPS, avec approbation du comité d'évaluation.

L'objet de ce travail est donc à la fois d'évaluer la façon dont le porteur de projet a pu mettre en place son programme, mais également de proposer un cadre global d'évaluation des programmes financés dans le cadre des financements PACAP.

3. METHODES D'EVALUATION

3.1 Présentation de la démarche

Cette évaluation mixte a été réalisée conjointement par le comité d'évaluation constitué pour l'occasion et le Pôle régional de compétences en promotion de la santé. Le comité s'est réuni lors des dates suivantes :

- 23 février 2016 : Réunion entre le porteur de projet et le pôle régional de compétence (PRC) - IREPS : présentation de la démarche
- 21 juin 2016 : 1^{ère} rencontre du comité d'évaluation. Organisation du cadre logique
- 4 juillet 2016 : 2^{ème} rencontre du comité d'évaluation : finalisation du travail et choix d'une question d'évaluation
- 9 Décembre 2016 : 3^{ème} rencontre du comité d'évaluation : détermination des critères de l'évaluation et des données à recueillir
- 10 mars 2017 : 4^{ème} rencontre du comité d'évaluation : point d'étape sur le recueil de données
- 6 juillet 2017 : 5^{ème} rencontre du comité d'évaluation : présentation des résultats et discussion en vue de la finalisation du rapport

L'analyse et la rédaction finale du rapport a été par l'IREPS Rhône-Alpes, Membre du Pôle Régional de Compétences.

3.2. La question d'évaluation

La question d'évaluation retenue collectivement lors d'un comité d'évaluation est la suivante :

Quels sont les freins et les leviers à la mobilisation des publics du projet PACAP à sur la commune ?

La mobilisation renvoie à plusieurs dimensions :

- La participation des publics aux activités proposées
- La répartition sociale de cette mobilisation, dans une préoccupation de ne pas renforcer les inégalités sociales de santé avec le projet proposé.

Les freins et les leviers ont été établis à partir de plusieurs critères, constitués à partir de recommandations et de données probantes issues de la revue de la littérature.

L'analyse de la réalisation effective des activités proposées dans le projet initial de l'association candidate ne fait donc pas l'objet de ce travail.

3.3. La constitution du cadre de l'analyse : définition des critères

Les critères

La démarche de cette évaluation aurait pu porter sur l'impact du programme sur les habitants de la commune, et en particulier les publics visés, à savoir les jeunes enfants de 0-6 ans. Néanmoins, il n'était pas possible dans ce contexte de réaliser une étude d'impact sur la santé des populations : les indicateurs permettant d'identifier des situations de surpoids sur ces populations ne sont pas immédiatement disponibles, n'étant pas recensés de façon systématiques et mis en bases de données accessibles. Il paraissait donc difficile de faire une évaluation de l'impact sur l'IMC des enfants du territoire. De plus, les éléments mis en œuvre dans le cadre de ce programme ne pouvaient se résumer à cet indicateur d'IMC, plusieurs autres dimensions étant également activées : prendre soin de sa santé, faire le lien entre alimentation et santé, développer des habitudes d'activités physiques comme facteur de protection général contre les maladies.

Nous avons donc pris le parti dans cette évaluation de procéder par **analyse de l'implémentation sur le territoire des critères d'efficacité repérés dans le cadre de recherches sur des interventions comparables** visant à réduire la prévalence de l'obésité chez les jeunes enfants.

Ils doivent répondre à la question d'évaluation **sur l'identification des freins et des leviers à la mobilisation des publics du projet PACAP sur le territoire de la commune.**

La mobilisation des publics et la répartition sociale de cette mobilisation renvoient à plusieurs niveaux d'analyse. D'une part, de nombreux facteurs individuels vont favoriser ou au contraire freiner la participation des personnes aux projets et dispositifs. Par exemple, la situation économique et le niveau de précarité influencent le rapport au temps et la mobilité géographique des personnes. La mobilisation des publics dépend dès lors de la capacité des porteurs de projet à prendre en compte ces spécificités afin d'adapter leur intervention à différentes réalités sociales et différents niveaux de littératie.

D'autre part, nous savons qu'au-delà des facteurs individuels, de nombreux facteurs environnementaux entrent en jeu dans la mobilisation des publics. Au-delà de l'accessibilité « physique » aux dispositifs, cette mobilisation nécessite une approche globale et cohérente à l'échelle d'un territoire. Cette cohérence repose notamment sur le développement d'une culture commune entre les professionnels de différents secteurs professionnels qui interviennent au niveau local. La multisectorialité est en effet une condition essentielle pour que la participation puisse s'exprimer dans différents champs qui constituent autant de déterminants de la santé des publics. Cette approche globale prend tout son sens si elle peut se pérenniser dans le temps, condition essentielle pour modifier effectivement l'environnement de vie des personnes et éviter que la mobilisation des publics ne reste que ponctuelle, autour d'une activité ou d'un évènement particulier.

Enfin, l'ensemble des déterminants « environnementaux » de la mobilisation des publics est nécessairement sous-tendu par une coordination permettant de faciliter les multiples traductions entre les différents acteurs impliqués et d'assurer la cohérence des différents axes du projet.

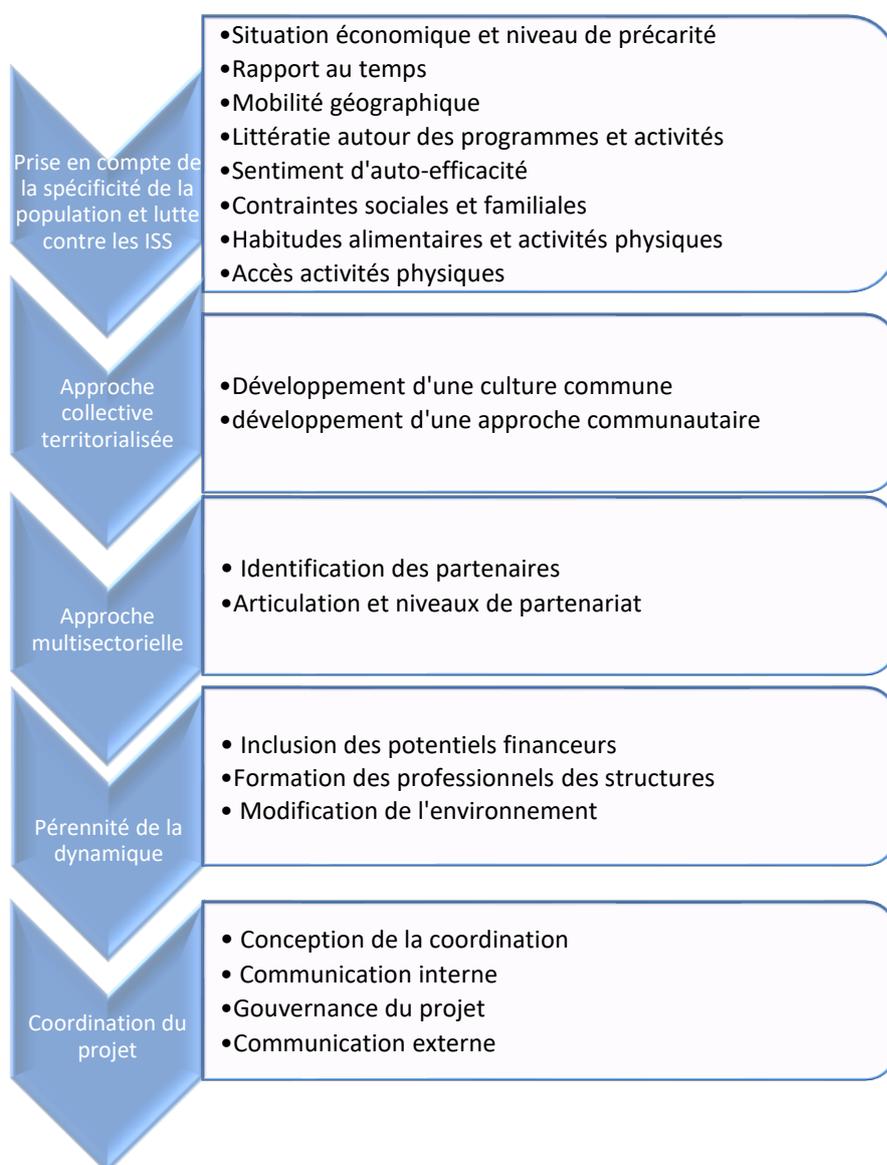
Un corpus de données probantes et de référentiels en matière d'intervention de prévention de l'obésité a donc été constitué. Il repose principalement sur les recommandations en matière d'intervention (type PNNS, OMS, SPF...) et sur les revues de la littérature et analyses portant sur les données prometteuses et celles évaluées comme probantes dans la littérature

Elles sont détaillées en Annexes.

Ce corpus a permis de formuler 5 critères principaux, qui reprennent ces cadres de recommandations et de revues de la littérature. Ils sont déclinés en 19 sous-critères qui permettent de détailler la mise en œuvre du projet.

Les 19 sous-critères ont été établis à partir de données de la littérature plus contextuelles. Ils sont donc intégrés à l'analyse.

5 Critères et 19 sous-critères de l'évaluation



La construction de ces critères est détaillée en Annexes, avec une mise en correspondance des sources bibliographiques.

3.3. La méthodologie de recueil des données

Le corpus de données sur lequel appuyer l'analyse a été constitué à partir de plusieurs types de sources.

Des données bibliographiques :

Un premier travail a consisté à recenser dans la littérature grise et scientifique les différentes dimensions permettant de poser un diagnostic précis des habitants de la commune ciblés par le programme. Le premier critère a tout particulièrement été concerné par ce travail bibliographique. Globalement, ce travail permet de documenter les différents sous-critères.

Les documents mobilisés dans le cadre du projet PACAP : il s'agit de l'AAP de PACAP, de la réponse à l'AAP formulée par le porteur de projet, des comptes-rendus des comités de pilotage du projet, des rapports intermédiaires et finaux rendus à l'ARS, du tableau de suivi des activités mis en œuvre par le porteur de projet. Ces éléments ont été complétés par les éléments de communication produits dans le cadre du projet, que ce soit en termes de flyers pour communiquer autour d'activités ou sur les articles parus dans le journal de la commune.

Des observations *in situ* : participation à plusieurs gouters de l'association d'habitants à un atelier proposé par le porteur de projet, visite du quartier QPV, du parc, déplacements en tant que piéton entre le haut de la commune et le bas de la commune.

Des entretiens semi-directifs (20 formels + 12 informels).

- Des institutionnels du projet (agents et élus municipaux), élue à la santé, affaires sociales, Coordinatrice ASV et sa collaboratrice (stagiaire), coordinateur petite enfance, Ex coordinatrice ASV . (N= 5). Il n'a pas été possible de rencontrer en entretien les personnes sur les axes politiques de la ville, pour des difficultés de calendrier.
- Des professionnels de terrain : Centre social, deux crèches, PMI, Association d'habitants, le porteur de projet (N=7). Nous avons également envisagé d'interroger les professionnels du RAM mais la responsable venait juste de prendre son poste et n'était pas en mesure de nous renseigner sur les liens avec le dispositif PACAP.
- Des parents : 9 mères par entretiens semi-directifs, 12 en entretiens informels lors de gouters proposés par l'association d'habitants et à l'occasion de rencontres dans le quartier.

La méthode de recueil des données d'évaluation était limitée dans la mesure où les actions avaient déjà commencé sur le territoire et qu'il n'y avait pas d'outil de suivi permettant de qualifier les

personnes touchées par le dispositif, ni de recenser leurs coordonnées permettant une reprise de contact pour des entretiens éventuels. De plus, ce n'était pas tant les personnes touchées par l'action et leur satisfaction qui était le cœur de notre analyse, mais également celles qui n'y avaient pas eu accès alors que potentiellement cœur de cible du programme. Les dimensions de cette évaluation n'ont pas permis une consultation d'ampleur des publics cibles. Elle repose plus volontiers sur des entretiens permettant de repérer comment le projet a été déployé et les enjeux de positionnement partenariaux d'une part, sur un travail par analogie au regard des critères de qualité des interventions identifiées comme probantes d'autres part.

Les difficultés de recueil de l'information au sein de l'équipe municipale sont principalement dues à un contexte de forte mobilité de ses techniciens et chargés de mission, ce qui limite l'accès à l'historicité de la mise en place du projet et la compréhension des processus en œuvre dans son montage. Les mères contactées ont été sollicitées soit dans le cadre de leur participation aux gouters parents-enfants proposés par l'association d'habitants, soit sur la base des listes d'émargement qui avaient pu être remplies à l'occasion d'activités proposées dans le cadre du projet PACAP, lorsque les coordonnées avaient été mentionnées. Une prise de contact systématique a alors eu lieu, avec 14 contacts différents. 9 parents participants ont pu être interrogés dans ce contexte. Les autres n'ont pas souhaité répondre.

4. RESULTATS ET ANALYSE

Les analyses ici produites s'appuient sur les recueils de données effectuées et les documents qu'il a été possible de se procurer. A noter qu'une recommandation du comité d'évaluation visait à établir un outil de suivi des publics fréquentant les ateliers à destination des publics par le porteur du projet, mais que ce document n'a, à notre connaissance, pas été réalisé. Certains comptes-rendus manquent également au corpus, et certaines informations restent partielles. L'analyse proposée s'appuie donc sur les données disponibles au moment de l'analyse.

Critère 1 : La prise en compte de la spécificité de la population

La préconisation générale de ce critère est d'adapter aux populations les programmes de prévention proposés afin de permettre la meilleure adhésion possible. Ce principe d'adaptation de l'offre aux pratiques et représentations de publics sous-tend l'ensemble de l'approche promotion de la santé. Elle permet notamment de proposer des interventions qui vont s'adapter aux populations les plus vulnérables, qui sont également celles les plus éloignées des dispositifs de prévention. Cela permet donc de **lutter contre les inégalités sociales de santé (ISS)**.

Situation économique et niveau de précarité

La population de cette commune présente de caractéristiques socio-économiques particulièrement défavorables, aboutissant à plusieurs quartiers classés en QPV (quartier politique de la ville).

Comment le programme déployé sur le territoire de la commune a-t-il pris en compte la spécificité socio-économique de la population ? Et que signifie « prendre en compte les spécificités socioéconomiques » ? Plusieurs dimensions sont impactées par ce contexte de vie.

Le rapport au temps

Le rapport au temps est spécifique pour les personnes en situation de précarité (Perretti-Wattel, Fieulaine 2006). La précarité entrave ainsi la capacité à anticiper et planifier le futur, entraînant une faible perspective temporelle. De ce fait, les messages de prévention qui leur sont adressés, l'anticipation qui peut leur être demandée doivent tenir compte de ce rapport au temps afin d'être adaptés aux pratiques des personnes, sous peine de voir s'accroître les inégalités sociales de santé. Dans les faits, cela se double d'un effet d'exclusion des personnes les plus en difficultés, car comme l'évoquent les professionnels et les institutionnels interrogés sur le territoire, ce sont toujours les mêmes personnes qui fréquentent les dispositifs proposés.

Dans ce projet PACAP, la souplesse temporelle est importante : il n'y a pas d'engagement demandé sur le long terme, les inscriptions sont possibles jusqu'au dernier moment si le nombre de places demandé est suffisant. De plus, les professionnels du centre social, par exemple, prennent soin de rappeler que l'activité va avoir lieu quelques jours avant. Ainsi, sur un plan pratique, le rapport au temps des personnes les plus précaires semble être respecté.

On peut regretter que les documents de communication ne mettent pas en avant l'importante souplesse proposée par le dispositif : il est par exemple mentionné sur les plaquettes annonçant les activités « réservation obligatoire ». Toutefois, cet élément n'est pas souligné par les mères qui ont commenté ces documents et les informations ont souvent été transmises à l'oral, ce qui permettait de mettre en avant la spontanéité possible à la participation.

La mobilité géographique / rapport à l'espace

La mobilité est socialement différemment distribuée selon les milieux sociaux. La plupart des personnes interrogées au sein de la municipalité ou des partenaires « naturels » du territoire ont relevé une faible mobilité des populations de la commune. Celle-ci est séparée en deux, avec le quartier du centre, situé en bas de la colline, et celui classé QPV, situé en haut d'une montée, et qui surplombe la vallée du Rhône, appelée aussi « vallée de la chimie ». Il est à noter que l'offre socio-culturelle du centre social est répartie selon les classes d'âges entre ces deux territoires. Malgré cela, la mobilité entre les deux quartiers apparaît comme faible aux yeux des différents professionnels interrogés, les habitants du bas de la commune semblant toutefois un peu plus enclins à se rendre sur le quartier du haut que l'inverse. Sur la compréhension de ces comportements non spécifiques à ce territoire, J. P Orfeuill (2010) évoque par exemple des freins liés aux compétences des personnes (sur la faculté à lire un plan, notamment), aux représentations de l'espace et aux contraintes familiales, qui pèsent sur la mobilité des personnes, auxquels s'ajoutent les

problèmes de ségrégation ou d'auto-ségrégation des jeunes des quartiers politiques de la ville (Le Breton, 2005), avec un sentiment de se sentir perdus dans la ville environnante, de ne pas y avoir leur place.

Lors des entretiens réalisés avec les habitantes fréquentant l'association d'habitants, lesquelles n'avaient pas forcément participé aux activités du programme PACAP, il est à noter que plus que le contenu des ateliers proposés, c'était le lieu où ils se passaient qui était d'abord recherché sur la plaquette de présentation des ateliers. La proximité, et par la même la faisabilité de l'activité était un critère central dans la participation potentielle ou non aux propositions faites.

Le projet propose de fait des activités et des ateliers dans plusieurs quartiers de la commune et pas seulement à sur le centre ou sur le quartier QPV. Toutefois, cela tend également à diluer quelque peu le nombre d'activités proposées pour les habitants de la commune de l'un ou l'autre quartier, ce qui diminue le potentiel « temps d'exposition » aux dispositifs proposés par le porteur de projet.

La littératie autour des programmes et activités proposées

La « littératie en santé » est généralement décrite comme le degré de capacité d'un individu à obtenir, analyser et comprendre des renseignements de base ayant trait à la santé et aux services liés afin de prendre des décisions adéquates pour sa santé (Malloy-Weir, Charles, Gafni et Entwistle, 2016²). Il s'agit là d'identifier en quoi le programme du porteur de projet s'est intéressé à renforcer la littératie en santé des populations qu'elle visait : enfants de 0-6 ans, parents et professionnels de la petite enfance. Les ateliers consacrés aux échanges autour des écrans et des médias étaient clairement axés sur une approche critique de la façon dont on nous suggère d'adopter tels ou tels comportements. De ce point de vue-là, il s'agissait clairement de développer le sens critique des parents et de leur permettre de mieux se repérer dans les informations qui leur parviennent. La conception d'un livre de cuisine et les ateliers « petits pots » destinés à travailler l'alimentation des tout-petits ou l'atelier sur les pleurs du bébé permettait également de donner des éléments de repères pour les parents au niveau nutritionnel. Les autres activités physiques, comme le yoga ou la danse parents-enfants, sont aussi des occasions de fournir des clés de compréhension des comportements et des habitudes autour de l'activité physique. Néanmoins, il n'y a pas dans ces dispositifs d'éléments spécifiquement dédiés à la compréhension des dispositifs ressources en matière de problème d'obésité, si ce n'est la proposition de consultations individuelles, mais qui ont été assez peu mobilisées par les populations ciblées.

Le renforcement du Sentiment d'auto-efficacité

« Selon Albert Bandura, les croyances d'efficacité personnelle constituent le facteur clé de l'action humaine. Si une personne estime ne pas pouvoir produire de résultats satisfaisants dans un domaine, elle n'essaiera pas de les provoquer. Les croyances des individus en leur efficacité influent sur pratiquement toutes leurs activités : comment ils pensent, se motivent, ressentent et se comportent. Le

²Malloy-Weir, L., Charles, C., Gafni, A., & Entwistle, V. (2016). A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *Journal of Public Health Policy*. epub: 1–19.

sentiment d'efficacité ne consiste pas seulement à savoir ce qu'il faut faire et à être motivé pour cela. Il s'agit plutôt d'une capacité productrice au sein de laquelle les sous-compétences cognitives, sociales, émotionnelles et comportementales doivent être organisées et orchestrées efficacement pour servir de nombreux buts. Les gens échouent souvent à obtenir des performances optimales alors même qu'ils savent très bien ce qu'ils doivent faire et qu'ils possèdent les aptitudes requises. En d'autres termes, **le sentiment d'efficacité personnelle d'un individu ne concerne pas le nombre d'aptitudes qu'il possède, mais ce qu'il croit pouvoir en faire dans des situations variées.** » (Lecomte 2004³). Si le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle apparaît comme un levier à renforcer en général en matière d'intervention en promotion de la santé, il l'est d'autant plus que la précarité, surreprésentée sur la commune, entraîne un sentiment de non contrôle de sa propre existence et un sentiment accentué de vulnérabilité (Fieulaine 2006).

Les 4 sources à alimenter pour renforcer ce sentiment d'efficacité personnelle sont (Lecomte 2004, Rondier 2004⁴, Bouffard⁵) :

- La maîtrise personnelle, en faisant l'expérience active des tâches à effectuer. Il ne s'agit donc pas seulement de recevoir une information, mais bien de faire l'expérience de ce qui est proposé. La plupart des ateliers et activités proposées par le porteur de projet reposent sur l'expérimentation des publics cibles, comme la conception de petits pots « maisons » ou l'expérience de séances de yoga ou danse « parents-enfants ».

- L'apprentissage social, en faisant l'expérience vicariante - ou expérience indirecte - des tâches à effectuer à partir de l'observation d'autrui dont on juge les compétences ou les capacités semblables à soi. Les activités proposées par le porteur de projet, à l'exception des consultations individuelles, sont des activités de groupe, dans lesquelles cette source de renforcement du sentiment d'efficacité personnelle est travaillée. Toutefois, au-delà de cet espace protégé de l'atelier, l'apprentissage social perdure et il est beaucoup plus difficile à favoriser. Nous avons interrogé des mères qui avaient participé aux ateliers sur les petits pots et plus largement, sur les goûters et en-cas qu'elles donnent à leurs enfants, par exemple à la sortie de l'école à 11h30. Elles avaient beau avoir très bien saisi l'enjeu de ne pas alimenter l'enfant en produits trop sucrés, trop gras et industriels dans cet espace-temps, elles avaient beau en avoir fait une expérience personnelle qui leur montraient qu'elles en avaient une maîtrise personnelle, le fait de voir les autres mères à la sortie de l'école ne pas réussir à opérer ce changement les avait clairement découragé et par là même, avait diminué globalement leur sentiment d'efficacité personnelle à avoir une action positive sur l'alimentation de leurs enfants.

- La persuasion verbale, avec des suggestions, des avertissements, des conseils et des interrogations, peut amener les participants vers la croyance qu'ils possèdent le potentiel pour effectuer avec succès le comportement qui, autrefois, les embarrassait. Les croyances générées de cette façon sont d'ampleur plutôt faible lorsqu'elles sont utilisées seules, compte tenu du fait que les participants ne sont pas amenés à vivre une expérience. Dans le cadre des activités mise en œuvre par le promoteur du projet, il est reconnu par les mères interrogées une compétence spécifique aux intervenants mobilisés

³Jacques Lecomte, « Les applications du sentiment d'efficacité personnelle », *Savoirs* 2004/5 (Hors série), p. 59-90.

⁴ Mailys Rondier, « A. Bandura. *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle* », *L'orientation scolaire et professionnelle* [En ligne], 33/3 | 2004, mis en ligne le 28 septembre 2009, consulté le 28 mars 2017.
URL : <http://osp.revues.org/741>

⁵ <http://www.aede-france.org/diaporama3-Sentiment-efficacite-personnelle-Bouffard.html>

qui renforce la crédibilité du propos. L'observation de l'atelier autour des pleurs de l'enfant rend compte de la posture du porteur sur le renforcement des croyances des participantes à pouvoir mener à bien une évolution dans leur comportement et réussir avec succès ce que les participantes co-élaborent avec l'intervenante. Ce levier est donc largement utilisé.

- Les états physiologiques et émotionnels : lorsqu'une personne associe un état émotionnel aversif tel que l'anxiété avec une faible performance du comportement demandé, cela peut l'amener à douter de ses compétences personnelles pour accomplir ce comportement et ainsi conduire à l'échec. Par contre, les individus seront plus enclins à croire au succès s'ils ne sont pas gênés par un état aversif. Le fait que les lieux choisis par le promoteur pour les ateliers et activités soient des lieux connus par les participants participe à créer de bonnes conditions d'accueil et donc des états physiologiques et émotionnels positifs. Le temps pris à se présenter, à établir un climat d'interconnaissance et de confiance sont des temps qui favorisent également cette source pour améliorer le sentiment d'efficacité personnelle.

Ainsi, globalement, les ateliers et activités proposées aux parents et enfants sont construits de telles sortes que les sources de renforcement du sentiment d'efficacité personnel sont soutenues. Ce sont plus largement du côté de l'apprentissage social que la ponctualité des ateliers n'offre pas, en dehors d'une expérience relativement isolée, la possibilité d'avoir un écho de ses propres compétences parmi les autres membres du groupe social que sont par exemple, les autres parents.

La prise en compte des contraintes sociales et familiales

Le programme PACAP s'adresse aux enfants de 0-6 ans, ainsi qu'à leurs parents. Par définition, il s'agit donc de familles avec des enfants en bas âge, avec des fratries tendancielle plus nombreuses sur la commune qu'en moyenne régionale (40,7 % des ménages ont au moins 2 ans contre 31,3 % sur une référence régionale Rhône-Alpes en 2013). De plus, les moyens financiers sont moindres, avec des taux de pauvreté à 34,4 % chez les moins de 30 ans et 36,7 % chez les 30-39 ans, tranches d'âge ayant des enfants en bas âge. Le problème principal qui découle de cette situation est celui de la garde des enfants, évoquée par la plupart des parents interrogés et par les professionnels. La présence d'autres enfants dans la fratrie d'âges différents, avec des pères rarement évoqués comme une possibilité de garde, rendent nécessaire qu'un dispositif de garde des autres membres de la fratrie soit envisagées.

Cette situation a été pour partie prise en compte par l'offre du porteur de projet, en accueillant notamment les enfants en bas âge, dans des activités partagées avec les parents, ou en les accueillant dans les ateliers. Mais cette possibilité n'est pas explicite dans les documents de communication. De plus, le centre social, qui accueillait certains ateliers, aurait pu être associé en amont pour accueillir les plus grands enfants. Sont relatées des situations où cet accueil a finalement eu lieu au pied levé, mais sans qu'il n'y ait eu de concertation préalable.

Des propositions d'ateliers ont été faites à des horaires adaptés pour que les mères puissent s'y rendre, éventuellement accompagnées de leurs enfants encore non scolarisés : exemple atelier « petits pots » le vendredi entre 9h30 et 11h15 ou sur l'allaitement maternel, le mercredi entre 9h30 et 11h15. D'autres semblent avoir été proposés dans des plages horaires moins adaptées pour les tranches d'âges concernées : Atelier danse parents-enfants le lundi de 11h à 12h pour les 3-6 ans, par exemple, ou le yoga parent-enfant le jeudi de 10h30 à 11h30. Les créneaux proposés ont évolué au cours du projet afin de s'adapter au mieux aux publics, avec une contrainte du côté de la disponibilité des salles et des intervenantes.

La prise en compte des habitudes alimentaires et de l'offre sur le territoire

Prévenir l'obésité suppose que les pratiques d'alimentation et d'activités physiques évoluent en direction des « prescriptions diététiques ». Si ce type de comportements alimentaires est considéré par le corps médical comme pourvoyeur de santé (Savall 2017. P21), il peut rencontrer une logique concurrente qui puise son sens dans la façon dont l'identité sociale de mère de famille et d'épouse se construit dans les milieux populaires issus de l'immigration : centrée sur ce travail domestique alimentaire. La cuisine devient « un marqueur identificateur incontournable » (Crenn et al., 2007 : 124)⁶. De fait, les mères interrogées dans le cadre de cette évaluation expliquent consacrer du temps aux repas, aller faire des courses, veiller à manger ensemble à certains moments ou séparément des enfants lorsque le père est là afin que tous puissent avoir ce qui lui plaît à manger. Ainsi, la façon dont on va nourrir ses enfants, et comment cela se perçoit à l'extérieur de la famille, orientent les pratiques culinaires. Suivant les milieux sociaux, les pratiques sont différentes, mais l'alimentation reste en lien avec le prestige social⁷.

La perception des aliments sains et malsains est également différente, et le lien entre l'alimentation et la santé à longs termes est fait chez les populations plus favorisées, alors qu'il est considéré à un court terme chez les familles les plus modestes. Il sera alors surtout important pour ces familles que les enfants mangent en abondance et de satisfaire leurs envies (Saint Pol 2014), une alimentation étant considérée comme « bonne » lorsqu'elle assouvit le plaisir des enfants (Savall 2017). Il existe, en lien avec ces pratiques, différentes représentations du corps, dans lesquelles le surpoids chez les enfants est plus toléré (Saint Pol 2014).

Le diagnostic local de santé réalisé sur la commune par l'ORS Rhône-Alpes en 2010 confirme les éléments évoqués plus largement dans la littérature.

Dans le cadre des ateliers proposés par le porteur de projet⁸, il s'agit bien de partir des pratiques et des goûts des personnes et d'adapter leurs recettes, par exemple, à des normes diététiques plus en adéquation avec les prescriptions biomédicales. Il en va de même avec les petits pots.

Toutefois, et malgré le fait que les femmes interrogées consacrent beaucoup de temps et d'énergie à nourrir leur famille, du fait même que cela constitue les fondements de leur rôle social, certaines normes peuvent être considérées comme contradictoires, trop nombreuses et déconnectées de leurs pratiques (Savall, 2017⁹). Ainsi, la question des goûters à la sortie de l'école est emblématique de ces contradictions. Selon des critères diététiques vus en atelier, il apparaît comme inapproprié de donner à son enfant à 11h30 un produit industriel et gras ou sucré à 11h30 en sortant de l'école. Pour autant, certaines mères s'y étant essayées, elles ont été confrontées à des pleurs de la part de leur enfant, face au changement d'habitude, mais également parce que les autres enfants étaient, eux, nourris plus selon leur plaisir que sur la dimension diététique. L'une d'entre elle a rapidement renoncé, et l'autre a décidé de considérer que l'alimentation relevait du domaine privé, adoptant comme stratégie de rentrer le plus vite possible dans l'espace

⁶ Crenn C., Hassoun J.P., Medina F.x., 2010, Introduction : Repenser et réimaginer l'acte alimentaire en situations de migration, *Anthropology of Food*, 7 Décembre 2010 ; <http://aof.revues.org/6672>

⁷ Thibaut de Saint Pol, « Déterminants sociaux et culturels de l'alimentation » / Chapitre du rapport Inserm par le sociologue Thibaut de Saint Pol : « Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique » Expertise collective inserm, 2014

⁸ Pour rappel, il s'agissait des ateliers cuisine du monde, des ateliers « petits pots maison » et plus indirectement, de l'atelier sur les pleurs du bébé.

⁹ Angélique Savall, « Le diabète à l'épreuve du domestique : le quotidien autour de l'alimentation de femmes maghrébines immigrées à Montpellier », *Sciences sociales et santé* 2017/1 (Vol. 35), p. 5-30. DOI doi: 10.1684/sss.20170101

privatif de son logement, renonçant ainsi à rester avec les autres mères, contexte dans lequel son rôle social aurait été mis à mal face aux pleurs de son enfant.

Il y a donc des stratégies mises en œuvre pour apparaître comme de « bonnes mères » dans des contextes où les normes peuvent être contradictoires. L'observation du déroulement des goûters à l'association d'habitants est particulièrement intéressante pour l'illustrer. L'association, dans l'objectif de permettre d'expérimenter collectivement une autre façon de proposer des goûters, avait ainsi préparé des salades de fruits. A l'heure du goûter, les enfants sont venus demander leur goûter et, soit explicitement, soit du fait des mères, la plupart n'ont pas pris, ni même goûté à la salade de fruits, alors que les mères affirmaient haut et fort que c'était bien mieux de manger des fruits, bien meilleur pour la santé... mais elles ont presque toutes trouvé des stratégies de contournement pour servir des biscuits à leurs enfants.

On peut supposer qu'il est difficile pour ces mères d'être dans cette contradiction, que même l'approche communautaire ne permet pas – sur une seule rencontre en tout cas – de surmonter.

Ainsi, si les approches proposées par le promoteur visent bien à s'appuyer sur les pratiques des habitants, il reste difficile de rendre conciliable de nouvelles pratiques appuyées sur des principes de la diététique et le rôle social centré sur la satisfaction des enfants pour les femmes participant aux ateliers ponctuels. Néanmoins, l'insertion de ces ateliers au sein de collectif déjà constitué comme le propose l'association d'habitants ou des activités régulières au centre social permet de travailler dans la durée ces approches et de faire évoluer collectivement les représentations et donc la mise en œuvre effective car soutenue collectivement.

Le travail de conception d'un livre de recette¹⁰ avec un groupe d'habitantes déjà constitué et adossé à l'épicerie sociale et solidaire de la commune permet d'inscrire un travail dans la durée, en partant également des pratiques et des habitudes alimentaires des personnes. De plus, même si cela n'est pas un élément souligné dans le projet, comme ce groupe de travail a lieu dans les locaux de l'Épicerie sociale et solidaire, cela permet d'améliorer dans un même temps l'accès à l'offre en fruits et légumes de saison pour les différentes populations, puisqu'elle est ouverte à tous, avec des tarifs différenciés dit « sociaux » le cas échéant.

Les actions déployées autour de l'allaitement (exposition, débat, studio photo...) avaient vocation à susciter un intérêt pour cette pratique identifiée comme un facteur de protection et de prévention de l'obésité infantile (AAP PACAP 2016). Si l'objectif était bien de s'appuyer sur les représentations et pratiques des parents à sensibiliser, il s'est trouvé que, par exemple, les personnes qui ont participées aux temps d'échanges en crèche, étaient déjà dans des pratiques d'allaitement. Cette expérience, confirmée par les professionnels interrogés disant la difficulté à mobiliser autour de cette thématique, montre les freins qu'il peut exister lorsque l'entrée pour toucher le public est annoncé à partir du but poursuivi. Ici, annoncer des événements autour de l'allaitement, mobilise les publics déjà sensibilisés.

¹⁰ Le livre est consultable ici : <http://fr.calameo.com/read/0050896531beacbe9d816>

La prise en compte de l'activité physique habituelle et de l'offre sur le territoire

Le diagnostic local de santé réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé en 2010 sur le territoire a mis en exergue que bien que les habitants connaissent l'intérêt pour la santé à pratiquer du sport, il persistait un problème d'accès aux activités sportives, du fait d'une offre limitée sur le territoire et de contraintes économiques fortes. Cela a été évoqué par les habitantes interrogées : il reste difficile de trouver des activités pour les enfants en proximité immédiate de leur lieu de résidence, laquelle est pourtant indispensable pour pouvoir soit y envoyer seuls les enfants, soit les accompagner avec ceux qui sont en bas âge. Pour les tout-petits, plusieurs mères ont estimé qu'il n'existait pas d'activités pour eux sur le quartier. En tout état de causes, l'ouverture d'espaces adaptés rencontre un vif succès, comme la création d'un cours de gym au Centre Social du quartier QPV à un horaire adapté pour les mamans, rapidement complet.

Le porteur de projet a orienté son activité sur la collaboration parents-enfants autour de l'activité physique, en proposant des ateliers Yoga parents-enfants ou Danse parents-enfants¹¹. Certains parents interrogés qui avaient participé ont évoqué leur scepticisme sur le fait de faire du yoga, par exemple, mais ont été très satisfaits de leur expérience. Les mères interrogées n'ayant pas eu l'occasion de fréquenter ces ateliers avaient présenté un intérêt manifeste de principe pour y participer. De fait, ces temps contribuent à développer la relation parent-enfant et à l'inscrire dans une expérience positive autour d'une activité physique, en renforçant leur sentiment d'efficacité personnelle sur la question. Ils correspondent aux dernières recommandations publiées par Santé Publique France, qui oriente vers le développement de la dimension collaborative parents/enfants.

Par ailleurs, le promoteur a dès le début du projet proposé de travailler la question de l'accessibilité des activités physiques et sportives existantes sur la commune, en travaillant notamment au repérage et à la communication autour des activités et espaces verts existants (1erCOPIIL PACAP) en prévoyant notamment la rédaction d'un guide à destination des habitants. Dans ce cadre, il a été proposé de contribuer à développer l'offre en matière d'activité, en particulier pour 0/6 ans, en respectant des critères d'accessibilités maximum : gratuité, libre d'accès à tout moment de la journée et proximité, au moins pour le quartier QPV, avec l'aménagement du parc, en collaboration avec la municipalité. La démarche initiée autour de l'aménagement d'un équipement-jeux s'est inscrite dans le principe d'une démarche participative, impliquant les habitants dans le choix de cet aménagement. La démarche de concertation, coordonnée par le porteur de projet, a été d'autant plus délicate que les équipements « collaboratifs » parents-enfants n'existent pas à proprement parler chez les fournisseurs, que les avis des habitants de proximités et potentiels professionnels utilisateurs consultés (assistantes maternelles) et la municipalité étaient divergents, répondant à des enjeux pour certains différents. Le projet a finalement abouti avec une inauguration en juin 2017, en

¹¹ « Pour favoriser leur implication, (Van Lippevelde et al, 2011) préconisent la mise en place d'activités interactives et pratiques à réaliser avec leur enfant, tels que des ateliers culinaires, des ateliers du goût, des balades à pieds ou à vélos. De plus, les activités doivent être d'un prix abordable, programmées à un moment opportun, centrées sur les enfants et pas sur eux-mêmes, réalisées à l'école ou à la maison, mais ne pas être basées sur une pédagogie descendante et/ou théorique » Extrait du Recensement et propositions pour le développement d'interventions efficaces sur l'alimentation et l'activité physique en direction des jeunes, Santé Publique France, décembre 2017. Van Lippevelde, W., Verloigne, M., De Bourdeaudhuij, I., Bjelland, M., Lien, N., Fernandez-Alvira, J. M., Maes, L. (2011). What do parents think about parental participation in school-based interventions on energy balance-related behaviours? a qualitative study in 4 countries. BMC Public Health, 11, 881. doi:10.1186/1471-2458-11-881

présence d'enfants encadrés par le centre social. La formation des professionnels locaux susceptibles d'être utilisateurs a été prévue dès l'origine du projet avec la mobilisation d'un stagiaire en activité physique adaptée. Mais la temporalité longue de ce type projet collaboratif n'a pas permis de mettre en œuvre cette proposition durant les 12 mois du projet et sa prolongation de 6 mois. Des temps d'animation et d'utilisation du parcours « jeux collaboratif » parent-grand parent-enfant sont prévus pour le printemps 2018. Les textes sur les panneaux permettant difficilement de développer en soi un usage intuitif, il apparaît utile que l'accompagnement sur site soit prolongé.

Le porteur de projet présente, en particulier avec cette démarche d'accompagnement à l'élaboration d'un dispositif pérenne et accessible aux habitants, élaboré sur la base de leurs besoins et en concertation avec eux, un projet particulièrement exemplaire pour permettre une évolution des pratiques en lien avec les habitudes et l'offre sur le territoire. Les contraintes liées aux modalités de financement du projet ont restreint le temps accordé à cette démarche et ne permette pas d'aller jusqu'à la formation des personnes relais à l'animation de cet espace dans le cadre du projet PACAP mais constitue une contribution qui correspond aux critères proposés, tout au moins pour les habitants du quartier QPV.

Le guide sur les activités physiques et sportives et les espaces verts, susceptible de compléter l'accès à l'offre de proximité, n'a pas pu être mis en œuvre sous un format papier. Il a été réorienté en faveur d'un format informatique, via le site de la Ville. En revanche, à ce jour, les différentes tranches d'âge ne sont pas mentionnées et il n'est pas prévu d'insérer des recommandations spécifiques pour les 0-6 ans.

Critère 2 : L'approche collective territorialisée

Les influences familiales et socioculturelles sont considérables dans le processus des choix alimentaires¹², ainsi que dans l'exercice d'activités physiques¹³. De façon convergente, les différentes théories du changement du comportement s'accordent sur le fait que les actions des individus ne sont pas indépendantes de leur environnement, aux composantes diverses : social, familial, culturel, géographique, etc. Aussi, l'intervention collective et territorialisée constitue un critère majeur de qualité d'un programme, afin de ne pas se cantonner à une approche individualisée.

Si l'on se réfère à la théorie de comportement planifié proposée par Ajzen¹⁴, on mesure que l'intention qui sous-tend un comportement va elle-même être orientée par la pression sociale qui pourra être exercée à l'occasion de ce comportement, la question de la conformité avec son rôle social sous-tendant le fait d'en envisager la pratique.

¹² INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE. - Prévention de l'obésité de l'enfant en population générale *In Santé des enfants et des adolescents : Propositions pour la préserver.* – 2009.

¹³ Différents facteurs sociaux recensés dans le cahier des charges de l'AAP PACAP 2016

¹⁴Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50 (2), 179-211. Fiche synthétique disponible sur le site du GRAINE : http://graine-auvergne-rhone-alpes.org/DOC/Publications/Accomp-Changement/01-theorie_comportement_planifie-VF.pdf

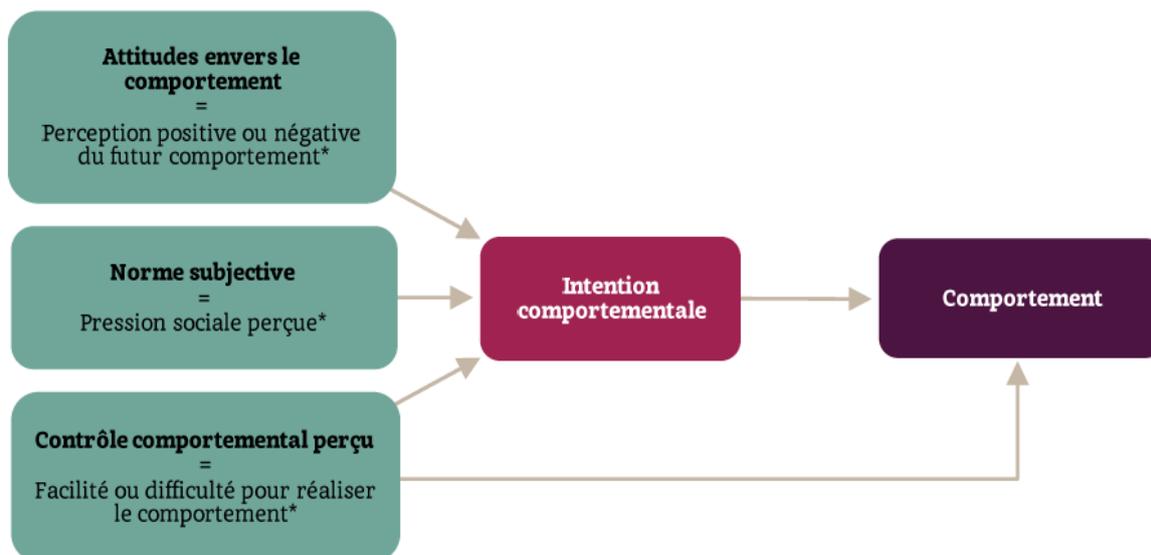


Figure 1 : théorie du comportement planifié selon Ajzen (1991)

Source : Graine Auvergne-Rhône-Alpes

Aussi, plusieurs sous-critères relevant de cette approche collective apparaissent comme centraux pour évaluer la qualité du programme.

Le développement d'une culture commune

L'évaluation du projet Montréalais¹⁵ montre l'importance d'établir des liens entre les milieux scolaire et familial, et plus globalement, d'avoir une approche globale qui permette un transfert de connaissance de la classe vers la maison, avec une valorisation et une implication des parents, dans une collaboration famille-école.

Le projet du promoteur ne s'ancre pas spécifiquement dans milieu scolaire, mais a bien envisagé de travailler les questions de nutrition à travers les différents acteurs du territoire, parents compris. Ainsi, des formations pour les professionnels des structures petites enfance ont été programmées, des comités de pilotage et d'évaluation ont été réalisés (8 COFIL et 5 comités d'évaluation).

De nombreuses activités à destination des publics cibles étaient collectives : ateliers parents-enfants, ateliers cuisine ou projet autour du livre de cuisine. Les échanges collectifs contribuent à façonner une culture commune et à constituer des normes de référence communes. Cela est d'autant plus vrai que le groupe constitué est stable et les temps d'élaboration importants. Globalement, le fait que des acteurs à différentes places, entendent des discours convergents, participe à l'évolution vers des normes partagées et cohérentes.

Néanmoins, des acteurs importants comme le centre social, par exemple, n'a pas été intégré dans le processus de formation. En outre, les faibles collaborations avec les partenaires de l'éducation nationale est

¹⁵ Rapport du Centre de Recherche sur l'Action Educative du Québec

dommageable (seule l'école M3E a pu être associée, à travers son directeur et 2 classes de maternelle. Un temps fort collectif aurait été aussi intéressant à programmer. Il a finalement eu lieu au moment de l'inauguration du parc, après la fin du recueil des informations pour l'évaluation et le programme PACAP sur sa partie financement ARS.

D'une façon générale, la simple participation à un ou deux ateliers ne paraît pas suffisante pour s'approprier des propositions de nouvelles pratiques nutritionnelles. C'est bien la convergence avec la formation des professionnels et le portage institutionnel avec une offre plus régulière qui est susceptible de produire un changement de culture.

Le développement d'une approche communautaire

Les éléments collectés dans la littérature soutiennent l'approche communautaire en promotion de la santé et l'OMS la met comme condition à la mise en place d'actions, notamment en matière de stratégie de prévention de l'obésité. Elle la définit comme un « processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement... S'il faut que la communauté ait le désir d'apprendre, le devoir incombe au système de santé d'expliquer et de conseiller ainsi que de fournir des renseignements clairs sur les conséquences favorables et dommageables des interventions proposées comme sur leurs coûts relatifs. ».

Il s'agit toutefois d'être attentif à la définition que l'approche communautaire recouvre, qui va globalement s'articuler autour de deux grandes logiques de la part des professionnels qui la mettent en œuvre (Fournier, Potvin, 1995). La première envisage plutôt l'approche communautaire comme moyen pour mobiliser des ressources et des énergies en vue de contribuer à la réussite de projets de développement ; tandis que l'autre logique poserait la participation communautaire comme un moyen de modifier les déterminants comportementaux de l'état de santé, en amenant les personnes à expérimenter leur pouvoir d'agir, ce qui serait bénéfique d'une façon plus globale pour leur santé. Aussi, l'amalgame est souvent fait entre une participation communautaire qui serait le moteur de l'effort collectif et en même temps le véhicule de changements de comportements individuels. En d'autres termes, l'enjeu est de savoir si l'objectif de la démarche communautaire est de renforcer le pouvoir d'agir des populations ou seulement que la participation et la satisfaction des publics soient bonnes ?

La dimension communautaire n'est pas explicitement énoncée dans le projet, mais l'un des objectifs spécifiques présents lors du dépôt de dossier CERFA y fait référence : « Ancrer le projet dans une communauté d'intérêts au cœur des quartiers pour construire avec la population des programmes de sensibilisation avec un socle commun d'informations nutritionnelles. ». Cet objectif suppose de fait de s'interroger sur les besoins des populations pour aller en direction d'une co-construction vers une culture commune.

Cet objectif correspond principalement à l'aménagement du parc, pour lequel un processus de concertation a été initié, permettant un diagnostic, puis un travail de co-élaboration a eu lieu, qui a demandé du temps et de la diplomatie. Il est difficile d'affirmer que la décision finale convienne à l'ensemble des parties en présence, et l'usage de cet espace montrera quelle appropriation est faite du lieu. Néanmoins, on peut souligner que ce volet portait les principes d'une approche communautaire, difficile à mettre en œuvre même si elle est évoquée régulièrement en promotion de la santé.

Les accompagnements longs de deux structures petites enfance sont également, dans une moindre ampleur, de type communautaire, dans la mesure où l'identification des besoins s'est faite en concertation avec l'équipe de professionnelles, ainsi que la recherche de solutions (ici autour de la gestion des repas et de l'exploitation d'un espace extérieur pouvant servir au jardinage). Mais à notre connaissance, les parents n'ont pas été directement associés à cette réflexion. La démarche, pour autant, ne se limite pas à une simple concertation, mais bien à une co-construction.

La réalisation d'un livre de cuisine en collaboration étroite avec le groupe de femmes « dam 'astuces » s'inscrit également dans cette démarche communautaire. Elle contribue en outre à la valorisation de leurs pratiques par la réalisation d'un bel objet, soutenu par mr Bahadourian, qui constitue une référence en matière culinaire.

L'implication au niveau de la parade Eléphantique, temps fort de la vie de la commune, constitue également une contribution à renforcer collectivement le sentiment de pouvoir agir sur les questions d'alimentation.

Pour les autres activités, (ateliers collaboratifs pour les familles), le processus de co-construction est peu apparent. Seuls les ateliers jardinages avec l'association d'habitants apparaissent comme le fruit d'un travail de co-construction, leur programmation étant logiquement plus tardive et la fréquentation forte (5 à 6 familles, jusqu'à 12 personnes). D'une façon plus générale, on peut regretter que les besoins des publics cible n'aient pas été recueillis de façon plus systématique, en prenant en compte les centres d'intérêts, et donc les demandes des parents, directement auprès d'eux.

Critère 3 : l'approche multi-sectorielle

Le cahier des charges du projet PACAP fait écho à la nécessité, dans la mise en œuvre du projet, à la concertation et à la coordination de l'ensemble des politiques publiques.

De fait, une approche dite « territoriale » prend son ancrage dans le partenariat local, en prenant appui sur les différents acteurs des déterminants de santé engagés pour l'objectif de santé publique visé. Dans le cas de la prévention de l'obésité auprès des 0-6 ans, l'alimentation et l'activité physique des jeunes enfants et donc de leurs parents constituent les principaux déterminants de la prévention de l'obésité. Une approche multi-sectorielle est le moyen de travailler sur les différents déterminants pour prévenir l'obésité chez les 0-6 ans. Elle implique plusieurs sous-critères, qui vont permettre de mettre en œuvre un partenariat, visant la résolution du problème de santé publique (INRP 1993), avec un minimum d'actions communes négociées (Mérini, 2012¹⁶). Le partenariat peut se définir comme un mode d'organisation de l'action qui solidarise les acteurs issus de mondes divers (Béguin, 2005) autour de ce qui fait problème dans une situation donnée. Il permet de construire des communautés sur la base des différences de chacun (Mérini, 1999). Chacun a des compétences (au sens savoir-faire, mais aussi au sens pouvoir et légitimité à agir) différentes, et les positions dans les systèmes (Crozier et Friedberg 1977) sont aussi différentes. C'est de cette hétérogénéité

¹⁶ Corinne Mérini. Trois obstacles au développement du partenariat. Les Cahiers Pédagogiques, Service d'édition et de vente des publications de l'Education nationale, 2012, 24 (édition numérique), pp.édition numérique. <<http://www.cahiers-pedagogiques.com/Trois-obstacles-au-developpementdu-partenariat>>. <hal-01116754>

que peut se développer un réel pouvoir d’agir et de changement dans une situation qui fait problème (Mérini, 2012).

L’identification des partenaires

Différents professionnels du territoire sont concernés par ces déterminants :

- Ceux qui s’occupent de la garde des enfants puis de leur enseignement : Petite enfance avec les crèches multi-accueils, les assistantes maternelles et l’éducation nationale ;
- Ceux qui proposent des activités de loisirs en proposant des temps dédiés : centres sociaux, dispositifs d’activités physiques et de loisirs, bibliothèque... ;
- Ceux qui proposent des activités de loisir en proposant des espaces dédiés : aménagement de l’espace public, piscine municipale, autres lieux d’accueils pour exercer des activités physiques ;
- Ceux qui fournissent les repas (cantines, restaurations de collectivités) ou qui permettent un accès à des produits frais et de saison (épiceries sociales, mais aussi marchés, par exemple).
- Les personnes en charge du suivi de la santé des enfants de 0 à 6 ans : les services PMI et autres professionnels de santé de la petite enfance : pédiatres, sages-femmes....

Dans le cadre de ce projet PACAP, les différents partenaires potentiels ont bien été identifiés :

- Les différents services de la municipalité impactés par les déterminants sus-cités : l’Atelier Santé Ville, le service petite enfance, le service des sports et des associations, le service politique de la ville, le service programme réussite éducative, l’élue adjointe aux affaires sociales, à la famille et au logement, en charge de la compétence « Santé-Bien être », mais également les techniciens en charge de l’aménagement urbain.
- Les structures d’accueil petites enfances de la commune
- Les assistantes maternelles et en particulier le RAM
- les écoles maternelles : dont les professionnels du périscolaire, de la restauration et infirmières/médecins scolaires
- Le centre social
- La bibliothèque
- l’association d’habitants
- l’épicerie sociale et une autre association d’habitantes.
- La PMI
- Les médecins généralistes

Dans les faits, au-delà de l’identification, les niveaux de participation au projet PACAP ont été de différentes intensités.

- Les services municipaux :
 - L’ASV a été nettement co-porteur du projet, et premier interlocuteur du promoteur, à la fois dans le montage du projet PACAP et comme cheville ouvrière pour sa mise en œuvre institutionnelle et partenariale.

- Le service petite enfance a été associé au niveau du COPIL et mobilisé pour permettre la mise en place des formations à destination des professionnels du territoire. Les formations prévues dans le programme de départ ont rencontré des difficultés dans la mise en place car les 5 jours initialement prévus n'ont pas paru réalisables aux professionnels du territoire. De plus, il existait déjà d'autres programmes en cours dans certaines structures (sur l'estime de soi) qui avaient déjà mobilisés les professionnels sur leurs nombres de jours possibles pour la formation. A noter que cette approche proposée à plusieurs structures de la petite enfance et sur une approche « promotion de la santé », n'était pas articulée avec le projet PACAP. De plus, d'autres difficultés relevant de la gestion des personnels sur ces structures sont logiquement passées en priorité devant les offres de formations.
 - Le service des sports et des associations a été associé au niveau du COPIL et du comité d'évaluation. Il est fait mention de sa participation sur l'élaboration d'un guide « 0-6 ans » autour des activités sportives et espaces verts possibles sur la commune et proposant des exercices de gymnastique adaptés aux tout-petits. Des coupons « sport » ont également été envisagés pour permettre la continuité des activités collaboratives parents-enfants danse ou yoga.
 - Le service de la politique de la ville a été associé au niveau du COPIL et du comité d'évaluation. Il est fait mention dans les CR des COPIL d'éléments les associant explicitement à l'action sur la sensibilisation aux ASMAT du territoire en novembre 2016.
 - Le service programme réussite éducative a été associé au niveau du COPIL. Il n'est pas fait mention dans les CR des COPIL d'éléments les associant explicitement à l'action.
 - L'élue aux affaires sociales a été associée au niveau du COPIL et du comité d'évaluation et a directement été associée à la mise en place de l'aménagement du parc et sur son rôle d'interface avec les élus des autres compétences et madame Le Maire.
- Les structures d'accueil petites enfances de la commune ont bénéficié pour certaines d'entre elles d'accompagnements longs (2/5 du territoire), avec des approches complémentaires.
 - Les assistantes maternelles et en particulier le RAM ont été mises à contribution pour l'aménagement du parc et se sont vues proposées une journée de sensibilisation, avec le soutien du service politique de la ville de la municipalité.
 - L'espace Kangourou (lien accueil parents-enfants) n'a pas été mobilisable, du fait d'un espace d'accueil très réduit qui a amené la structure à décliner le partenariat.
 - Les collaborations menées avec les écoles maternelles sont réduites, avec seulement l'école maternelle M3E impliquée dans le dispositif, et seulement une partie de ses classes. La participation antérieure (2014-2015) à un programme de prévention de l'obésité infantile « La compagnie des Pâilles » peut expliquer un certain désintérêt pour la proposition.
 - Le centre social a été invité à participer au COPIL et il a accueilli dans ses locaux plusieurs ateliers et activités collaboratives.
 - Le partenariat avec la bibliothèque a été tenté, mais la structure n'a pas donné de suite, indiquant une programmation bouclée pour l'année concernée.
 - Une association à destination des parents et enfants de la commune, qui propose un espace de rencontre les mercredis, soit spécifiquement à destination des parents, soit autour de rencontres parents-enfants. Elle se caractérise par un « aller vers » des parents à la sortie de l'école et plus généralement en bas des immeubles dans le quartier QPV, invitant à la rencontre autour de la parentalité. Cette association a été invitée à participer au COPIL et au comité d'évaluation. Des ateliers se

sont construits en collaboration avec le porteur de projet autour du jardinage. Ses membres ont été sollicités pour participer à la concertation autour de l'aménagement du parc.

- L'épicerie sociale et le collectif de femmes autour de l'alimentation et de la santé ont été mobilisés pour constituer un livre de recettes et valoriser le savoir-faire en cuisines du monde des habitantes de la commune. Ce groupe d'habitantes avait été formé par le porteur de projet en 2014 et 2015.
- La PMI a été invitée à participer au COPIL. Il est fait explicitement mention de la PMI dans les comptes-rendus de COPIL concernant le rôle en matière d'orientation des familles vers les consultations individuelles de diététique proposées dans le cadre de PACAP par le porteur de projet et sur le choix des lieux de l'exposition autour de l'allaitement.

Articulation et niveau de partenariat

Une approche multi-sectorielle aurait vocation à poursuivre un objectif commun, dans une perspective de construction d'un partenariat, au sens où le définit Mérini, avec une « association d'acteurs fondée sur les différences de chacun pour négocier et construire une action commune visant la résolution d'un problème reconnu comme commun ».

Si tout le monde s'accorde le principe d'une nécessité à développer le partenariat, il est courant que tout le monde n'y mette pas le même sens, et que cette notion reste confuse (Mérini, 2012).

Ainsi, on peut identifier plusieurs niveaux de partenariat dans le projet PACAP mis en œuvre sur la commune :

- Institutionnellement : la constitution d'un COPIL qui a lieu dans les locaux de la Mairie officialise les porteurs du projet. La formalisation du partenariat a eu lieu avec la signature d'une convention entre le porteur de projet et la Mairie : cette signature a eu lieu tardivement, suite à plusieurs relances, de la part du porteur de projet et de l'ARS, traduisant les difficultés à s'accorder sur les tenants du partenariat.
- Avec les acteurs en première ligne du territoire : centre social, structures petites enfance, etc : l'objet de la collaboration devait logiquement porter sur l'implantation du projet dans le paysage de la commune. Comme l'évoque le CR du premier COPIL de préparation, le 5 novembre 2015. Dans les faits, les prises de contact ont effectivement été faites entre novembre 2016 et mai 2016, avec des premières activités en mai 2016.

Si nous avons les composantes à la mise en place d'un partenariat, avec satisfaction des critères de la poursuite d'un objectif commun, sur lequel les partenaires interrogés se sont dit motivés et considérés être partie prenante, les modalités d'association ne semblent pas avoir fait l'unanimité.

Si les prises de contact ont été faites et la présentation du projet a bien été réalisée, les collaborations sur le territoire ont mis du temps à se mettre en place. Plus que de la co-construction, il s'agit de mise à disposition de locaux et de relais d'information auprès des publics cibles. Si ces éléments ont leur importance, au moins dans une première période du programme, la question de la participation des partenaires se pose, comme elle se pose pour les publics ciblés. L'adhésion et l'appropriation de la démarche, le renforcement du pouvoir d'agir passe par une participation effective des acteurs. Cela a pu être réalisé avec l'association

d'habitants, avec laquelle une programmation collective a été faite (mise en place d'ateliers parents-enfants « jardinage » sur la fin 2016 et début 2017). Mais le centre social semble avoir difficilement été partie prenante effective du déploiement du projet PACAP.

Critère 4 : pérennisation de la dynamique

L'appel à candidature de l'ARS stipule clairement que « Le projet doit être conçu de manière à permettre aux acteurs de terrain de s'en saisir et d'en assurer la continuité au-delà de cet appel à candidatures ». Le projet PACAP financé a donc vocation à impulser une dynamique, mais également à permettre aux acteurs locaux de s'en saisir et de pérenniser la démarche globale et l'intention première.

L'inclusion des potentiels financeurs

L'inclusion des financeurs potentiels dans la suite du projet est un élément essentiel. Ce qui a été fait sur ce projet par l'implication de la municipalité sur ces questions. On aurait pu s'interroger sur un éventuel partenariat avec la Caisse d'Allocation Familiale, par exemple, sur le soutien à la parentalité.

La formation des acteurs du territoire

Cet axe est un levier fort de cette pérennisation. Il est bien présent dans le projet PACAP mis en place par ce porteur de projet, mais sa mise en œuvre est difficile, du fait d'un manque de concertation en amont du projet sur les besoins des structures et la faisabilité, dans des calendriers qui peuvent être décalés (année scolaire / année civile), que ce soit au niveau de la programmation des structures (d'autres formations étaient déjà envisagées), du vote des budgets municipaux ou de ce type de projets d'amorces. Ces situations sont largement évoquées par les différents acteurs interrogés.

La modification de l'environnement

Agir sur l'environnement est également un moyen de pérenniser la démarche. Les accompagnements longs dans les structures sur le mode de gestion et la réalisation des repas ont permis, en particulier au multi-accueil de la crèche GB, de mettre en place de nouvelles stratégies et de servir, par exemple, des entrées fraîches. Mais ces changements doivent s'appuyer un relai institutionnel pour faire évoluer les équipements immobiliers et matériels, ainsi que les contrats relevant des marchés publics pour la restauration. C'est donc une évolution qui doit se faire sur la durée.

L'aménagement du parc et la formation prévue d'acteurs locaux à l'utilisation du parcours santé parents-enfants est également une démarche qui répond aux critères de pérennisation de la démarche.

Critère 5 : coordination du projet

Ce critère est apparu au fur et à mesure de la démarche d'évaluation, comme un élément central pour garantir le bon déroulement du projet. Il s'agit d'identifier si la mise en œuvre du projet, au niveau de sa coordination, s'est déroulée de façon adaptée.

La coordination d'un projet est essentielle même si elle est rarement pointée dans les critères considérés comme probants dans les recherches qui concernent les programmes de prévention. Néanmoins, tout un champ de la littérature sur la modélisation des partenariats intersectoriels pointe combien l'équilibre est fragile et complexe dans la gestion d'un projet partenarial. Cette fonction d'interface est modélisée notamment dans les travaux de Carole Clavier (2012) repris par Jocelyne Bernier (2014) qui dégagent trois pôles : le pôle cognitif, le pôle stratégique et le pôle logistique, qui font tous trois appels à des compétences de médiation.

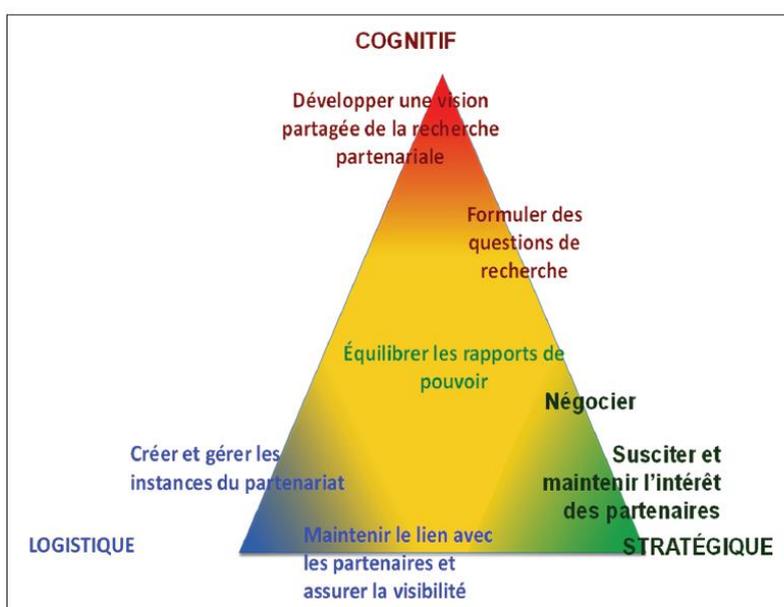


Figure 1. Les composantes de la fonction d'interface.

Source : Bernier, 2014.

Carole Clavier (2010) souligne combien l'action intersectorielle nécessaire à la mise en place de ce type de programme convoque des compétences très spécifiques pour relever la difficulté à faire travailler ensemble des acteurs dont les cultures professionnelles, les missions et les enjeux auxquels ils font face sont très différents. Ces compétences relèvent à la fois de compétences méthodologiques, relationnelles et de traductions entre les différents acteurs. Nous proposons ici un découpage qui nous semble permettre d'éclairer les différentes composantes de ce travail de coordination, à l'aune des études réalisées sur ces questions.

Conception de la coordination

Le guide sur la qualité des actions proposé par l'INPES¹⁷ préconise notamment des temps de concertation et de coordination dédiés à la conduite de l'action prévus et formalisés et ce, dès la conception de l'action. S'il y a bien eu constitution d'un COPIL, cette instance de gouvernance n'a pas été pointée dès la réponse à l'appel à candidature, et deux professionnelles identifiées pour mener à bien le projet se partagent la coordination, entre le contenu (assurée par la directrice) et la dimension administrative, sous la qualification de « chef de projet en organisation ». Le temps dédié à ces fonctions a pu être sous-estimé.

Ce guide préconise également que le chef de projet mette à disposition des différents acteurs impliqués les documents de référence actualisés en fonction de l'évolution de l'action (Etat des lieux, ressources, calendrier, bilans...). Il n'y a pas d'espace numérique partagé permettant le partage de ces informations, mais des comptes-rendus des COPIL ont été transmis. Des documents de bilan intermédiaire et de bilan quantitatif finaux ont également été rédigés. Ces documents restent indisponibles pour certains (manque le CR 4 et 8 des COPIL).

Les retards autour de la communication interne au niveau du partenariat ont été évoqués précédemment en lien avec le critère n°3.

La communication entre les partenaires du projet

Concrètement, la communication avec les partenaires a été peu satisfaisante et a contribué à démotiver le partenariat. Les dates des COPIL ont été communiquées très tardivement : A titre d'exemple, le 5 novembre 2015 est décidée l'organisation du COPIL du 15 novembre. Nous ne disposons pas des dates d'envoi des invitations, mais l'ensemble des partenaires interrogés ont évoqué le manque d'anticipation qui a clairement limité leur participation aux COPIL. Certains ont même décroché du projet principalement pour cette raison. Il en va de même pour le comité d'évaluation, qui pouvait constituer également une instance partenariale puisqu'il s'agit d'un espace d'auto-évaluation du projet. Nous disposons de plus d'éléments temporels sur cette question : l'information circule fort tardivement, et de façon non académique : les dates sont annoncées par exemple sans que l'élue ne soit concertée sur sa disponibilité. Les délais de réponse aux mails pour caler les dates entre l'ARS, le porteur de projet et l'IREPS sont longs et finissent pas engager des délais très courts pour inviter les partenaires. Exemple d'une proposition de date envoyée le 6 octobre 2016 par l'IREPS, sans réponse au 18 octobre : relance de l'IREPS, réponse au final le 20 octobre pour le 9 décembre, sur décision de l'ARS, en l'absence de réponse du porteur de projet. Dans d'autres cas, la date arrêtée ne correspond pas aux dates proposées par l'IREPS (exemple sur le copil initialement prévu le 21 juin 2016). Ces « ratés » d'organisation se sont accumulés et ont contribué à désengager les différents partenaires.

La **question de la communication en interne présente donc des lacunes**, auxquelles s'ajoutent des comptes-rendus de réunion tardifs et incomplets, en tout cas en ce qui concerne le comité d'évaluation, en particulier celui du 4 juillet 2016 qui listait les indicateurs de suivi nécessaire pour mener à bien le repérage des publics touchés pour l'évaluation. Malgré 2 relances de l'IREPS (20/07/2016 et 28/09/2016), ces informations n'ont jamais été rédigées par le porteur de projet. L'absence de ces informations a de fait limité le recueil d'information pour l'évaluation.

¹⁷ Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations, INPES, Septembre 2009

Gouvernance du projet

D'une façon générale, ce projet présente une gouvernance assez confuse. L'interlocuteur du porteur de projet a été pour l'IREPS clairement identifié, mais nous n'avons pas trouvé le même écho du côté des partenaires, qui avaient eu des personnes différentes lors de la présentation du projet. Au niveau de la municipalité, l'ASV se présente plus comme un interlocuteur permettant le lien avec les acteurs de terrain. L'élue aux affaires sociales regrette de ne pas avoir été sollicitée plus en amont dans la démarche, même si sa collaboration avec l'ASV est étroite. Sur le projet de former les professionnels municipaux des structures petites enfance, le coordonnateur suppose qu'une co-construction en amont du programme à partir des besoins et des possibilités aurait favorisé l'adhésion des professionnels et pu permettre une mise en place plus rapide de la formation. De fait, ce remaniement et l'adaptation de la formation a eu lieu après le début de programme, avec un recueil des besoins auprès des professionnels, mais il semble que la proposition aux équipes ait été transmise par la municipalité seulement quelques jours avant son commencement, ne permettant pas d'organisation de la part des équipes.

Au-delà de ces difficultés d'anticipation, il faut reconnaître que la temporalité du projet PACAP sur 12 mois ne permet pas à proprement parler de coconstruire avec les acteurs du territoire les actions et formations à destination des publics et des professionnels.

La désignation au sein de la municipalité d'un interlocuteur unique pour travailler à l'articulation et à la mobilisation des acteurs municipaux aurait probablement favorisé la circulation de l'information au sein de cette institution et la mobilisation autour du projet.

La communication externe autour du projet

La communication autour du projet s'est appuyée sur plusieurs axes :

- **La réalisation de flyers** pour annoncer les activités : mais ces documents n'étaient disponibles qu'en format papier, qu'il n'était pas possible de trouver sur internet, sur le site du porteur de projet de la ville ou du centre social. Or, les populations de ces quartiers semblent plutôt demandeuses d'avoir des documents en format numérique, et des informations qui leur parviennent régulièrement par texto pour leur rappeler des événements (Entretien avec le centre social, avis partagé des mères interrogées). La diffusion de ces documents n'a pas été recensée. Nous avons pu constater qu'il en existait lors des gouters organisés par l'association d'habitants et au centre social du quartier QPV, lieu que nous avons visité.

Il faudrait faire une étude plus exhaustive de l'avis des populations sur ces documents, mais l'information principalement recherchée semblait être la localisation des activités. Les textes de présentation des activités semblaient relativement superflus, ou en tout cas trop dense au regard de l'ensemble des informations fournies. Enfin, le visuel proposé pour représenter la famille semble peu adapté à la population que nous avons pu croiser sur le quartier.

Le service de communication de la municipalité n'a pas pu être mobilisé, pour des raisons qui diffèrent selon les interlocuteurs.

De l'avis de plusieurs professionnels, c'est principalement le bouche à oreille qui fonctionne, et le fait que des personnes connues leur indiquent les ateliers. Cela minimise l'importance du flyer. En revanche, il

aurait été intéressant de connaître plus précisément la stratégie de communication à destination des partenaires, pour qu'ils puissent s'en faire le relais.

- **La communication dans le magazine municipal** : 2 articles ont été publiés dans le magazine municipal : septembre-octobre 2016, sur la démarche générale du projet PACAP et annonce l'aménagement du parc, et celui de juillet-Aout 2017 qui évoque l'inauguration de cet espace collaboratif.
- **La parution d'articles** dans le progrès, en particulier autour de la réalisation du livre de recette.
- **Le temps fort** autour de l'inauguration de l'espace jeux collaboratif en juin 2017. Il y aurait eu une cinquantaine de personnes, dont madame Le Maire, l'élue à la santé et les services techniques impliqués dans le programme, ainsi que le service petite enfance, le service social et santé. Les Dam'astuces ont assuré une séance de dédicace de leur livre, avec distribution gratuite de l'ouvrage aux personnes présentes. Le fournisseur pour les équipements du parcours était également présent. Une exposition de dessins d'enfant a également été mise en place, sur la base du concours des écoles de proximité autour de « Dessine-moi le Parc de tes rêves ». Enfin, deux groupes d'enfants (30 enfants de 6 à 12ans) du centre social étaient présents pour réaliser le parcours avec un éducateur sportif.

5. CONCLUSION

Le projet PACAP tel qu'il a été déployé sur cette commune en 2016 et au premier semestre 2017 a donné satisfaction aux publics visés qui y ont participé, si l'on s'en réfère aux parents et grands-parents qui ont pu être interrogés.

La question d'évaluation portait **sur l'identification des freins et des leviers à la mobilisation des publics du projet PACAP sur la commune**, sachant que les dispositifs de recueil de données ont été incomplets et ne permettent pas de mesurer le niveau de participation effectif des publics visés. Il s'agit donc à travers les critères identifiés dans la littérature et les recommandations autour de ce type d'intervention, de procéder par analogie et d'estimer à partir d'éléments de processus qualitatifs et quantitatifs les freins et leviers à cette participation.

Les critères identifiés sont autant d'éléments qui contribuent à la participation des publics, sur un plan individuel ou sur un plan plus collectif, professionnel ou environnemental.

Le tableau suivant reprend l'ensemble des données recueillies classées selon les 5 critères et 19 sous-critères construits pour cette évaluation, en distinguant ce qui constitue plus volontiers de leviers à la mobilisation des publics, et ce qui apparaît comme des freins.

Il reprend de façon synthétique les éléments présentés dans l'analyse.

Tableau récapitulatif des freins et leviers de la mise en œuvre du projet PACAP 2016/17 sur une commune avec quartier classé QPV

Critères	Sous-critères	Levier	Freins
Critère 1 Prise en compte de la spécificité de la population et de lutte contre les Inégalités Sociales de Santé	Prise en compte du rapport au temps	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Souplesse temporelle importante ▪ Respect du rapport au temps spécifique : inscriptions au dernier moment possible, par exemple. ▪ Transmission à l'oral 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Souplesse temporelle non apparente sur les documents de communication
	Prise en compte de la mobilité géographique/rapport à l'espace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propositions d'actions dans plusieurs quartiers, au plus près des habitants 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démultiplication des lieux : diminution du « temps d'exposition » aux actions dans chaque lieu
	Renforcement de la littératie / nutrition	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ateliers alimentation et conception du livre de cuisine permettant de développer une approche critique ▪ Activités physiques collaboratives : donner des clés de compréhension du développement de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de démarche spécifique pour améliorer la compréhension des dispositifs ressources en matière d'obésité
	Renforcement du sentiment d'efficacité personnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Construction des ateliers et activités basées sur la maîtrise personnelle, l'apprentissage social, la persuasion verbale ; et travail sur les états physiologiques et émotionnels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Influence limitée des dispositifs sur l'apprentissage social en raison du caractère ponctuel des activités prévues
	Prise en compte des contraintes sociales et familiales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accueil des enfants en bas âge ▪ Adaptation des horaires pour les mères ▪ Evolution des créneaux au cours du projet pour adaptation au public 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Possibilité d'accueil des enfants en bas âge non apparent sur les documents de communication ▪ Manque d'association des structures accueillantes sur la garde des autres enfants. ▪ Certaines tranches horaires peut adaptées au regard des temps de scolarisation des enfants

Critères	Sous-critères	Lever	Freins
<p>Critère 1</p> <p>Prise en compte de la spécificité de la population et de lutte contre les Inégalités Sociales de Santé</p>	<p>Prise en compte des habitudes alimentaires et de l'offre du territoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptation des activités aux pratiques et goûts des personnes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur l'allaitement : difficulté à toucher un public qui ne soit pas déjà sensibilisé quand l'action elle-même porte explicitement sur l'allaitement
	<p>Prise en compte de l'activité physique habituelle et de l'offre sur le territoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement d'activités physiques parents-enfants sur le territoire, dans un contexte d'offres faible : yoga parents-enfants, danse parents-enfants. ▪ Expérimentation d'activités nouvelles ▪ Mise en place de gardes pour les enfants plus âgés le samedi ▪ Alternance activités collaboratives parents-enfants / parents seuls, à la demande des mères. ▪ Satisfaction élevée des parents expérimentateurs ▪ Projet de développement de la communication autour des espaces verts disponibles ▪ Projet participatif de l'aménagement du parc, avec formation des professionnels locaux utilisateurs potentiels. Réelle implication des habitants, élus, techniciens et professionnels de la petite enfance utilisateurs du parc. Travail de concertation avec le fournisseur / équipements. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participation relativement faible des publics aux ateliers collaboratifs, au regard des chiffres disponibles : 40 familles pour 18 ateliers. Augmentation au cours des mois d'exercice. ▪ Non réalisation du guide des espaces verts du fait de la réorientation des priorités au niveau de l'équipe municipale vers un format numérique, sans carte ni catégories d'âge recommandées. ▪ Nécessité d'une formation pour une prise en main du parcours aménagé, peu intuitif.

Critères	Sous-critères	Lever	Freins
<p>Critère 2</p> <p>Approche collective territorialisée</p>	<p>Développement d'une culture commune</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Approche combinant la formation des professionnels des structures petites enfance, et la constitution d'un comité de pilotage et d'un comité d'évaluation ▪ Programmation de nombreuses activités collectives permettant potentiellement d'acquérir des références communes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible implication d'acteurs « naturels » locaux comme le centre social sur le développement de cette culture commune. ▪ Absence de temps fort collectif programmé, finalement atteint au moment de l'inauguration du parc, hors projet PACAP.
	<p>Développement d'une approche communautaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Approche communautaire autour de l'aménagement concerté du parc, avec un niveau de participation élevé des utilisateurs potentiels ▪ Réalisation d'un livre de cuisine avec un groupe d'habitantes déjà constitué (Dam'astuces) ▪ Intégration des activités aux événements de la ville : Parade Eléphanterque ▪ Accompagnements longs de structures permettant d'installer des principes de santé communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autres activités : processus de co-construction peu apparent ▪ Pas de démarche systématique de diagnostic des besoins. ▪ Difficultés à mettre en place les accompagnements longs : 3/5, avec une mise en route difficile.

Critères	Sous-critères	Lever	Freins
<p style="text-align: center;">Critère 3</p> <p style="text-align: center;">Approche Multi-sectorielle</p>	<p>Identification des partenaires</p>	<p>Bonne identification des partenaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les différents services de l'équipe municipale : ASV, service des sports, politique de la ville, réussite éducative, petite enfance ▪ Structures petites enfances (multi-accueil, RAM, Espace Kangourou, écoles maternelles) ▪ Structures socio-éducatives : bibliothèque, centre social, association d'habitants 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence du périscolaire
	<p>Articulations et niveaux de partenariats</p>	<p>Participation forte pour les structures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participation au COPIL forte pour l'élue, l'ASV. ▪ Participation d'une école maternelle ▪ 2 Accompagnements de multi-accueil ▪ Participation des assistantes maternelles du RAM à la concertation autour de l'aménagement du parc. 	<p>Participation faible pour les structures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participation au COPIL moins évidente pour les autres services de la Ville. ▪ Une seule maternelle participante ▪ Difficulté à mobiliser les structures petite enfance sur la formation ▪ Concurrence d'autres offres de formation et d'accompagnement sur les structures petites enfances ▪ Refus de l'espace kangourou ▪ Programmation déjà faite de la bibliothèque ▪ Désengagement de la PMI en cours de projet ▪ Difficulté à mobiliser les médecins généralistes ▪ Signature tardive de la convention entre l'association qui porte le projet et la mairie (septembre 2016) ▪ Insatisfactions des différents composantes, porteurs-acteurs locaux et institutionnels, sur le niveau de partenariat

Critères	Sous-critères	Lever	Freins
Critère 4 Pérennisation de la dynamique	Inclusion de potentiels financeurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implication de la municipalité comme potentiel financeur à terme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autres acteurs auraient pu être sollicités, comme la CAF / soutien à la parentalité.
	Formation des professionnels des structures	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formations des acteurs du territoire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficultés importantes sur la mise en place des formations, avec potentiellement un manque de concertation en amont de besoins des équipes, des difficultés en ressources humaines sur les structures rendant indisponibles les professionnels, la mise en concurrence avec d'autres formations, des difficultés à articuler ce programme avec la politique de la ville sur les dispositifs petite enfance.
	Modification de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Changement d'organisation dans une structure multi-accueil au niveau des repas : possibilité de proposer des entrées fraîches. ▪ Mise en place d'un parcours santé parent-enfant dans le parc VB et formation prévue d'acteurs locaux à l'utilisation du parcours 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté à développer la dynamique engagée du fait de temporalités politiques et administratives longues. Manque de relai institutionnel ▪ Temporalité longue de ce type de démarche, qui dépasse les 12 mois impartis à un projet PACAP.

<p>Critère 5</p> <p>Coordination du projet</p>	<p>Conception de la coordination du projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COPIL et d'un Comité d'évaluation du projet ▪ Transmission des CR de ces instances à toutes les parties prenantes ▪ Rédaction de bilans intermédiaires et quantitatifs finaux ▪ Adaptation des actions et activités au contexte du territoire. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence d'espace numérique partagé ▪ Certains CR sont indisponibles. Retards dans la transmission des documents et des dates de rencontre ▪ Difficulté à identifier l'ensemble des tâches prévues/réalisées : changement des modes de catégorisations, pas de référentiels sur les actions à réaliser. L'adaptation semble perdre de vue les engagements initiaux : difficulté à suivre les évolutions stratégiques.
	<p>Communication entre les partenaires du projet</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Délais trop courts dans les communications de dates, de salle et même d'activités. ▪ Manque de visibilité sur les circuits de communication ▪ Argument avancé par certains partenaires pour se désengager en raison de leur impossibilité à se libérer au dernier moment.
	<p>Gouvernance du projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COPIL ▪ Comité d'évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté à identifier la personne référente chez le porteur de projet. ▪ Difficulté à identifier la personne référente au niveau de la municipalité : place de la coordinatrice ASV plutôt comme intermédiaire par rapport aux acteurs locaux que référente du projet. ▪ Porteur identifiant un manque de relai de la part de l'équipe municipale, équipe municipale se sentant insuffisamment impliquée comme co-porteur dans la démarche.
	<p>Communication externe autour du projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalisation de flyers saisonniers pour annoncer les ateliers et activités ▪ 2 articles dans le magazine municipal pour annoncer le projet et 1 article en juin 2017 sur le parc dans le Progrès ▪ Appui sur le bouche à oreille qui est pointé comme le moyen de communication le plus adapté par les professionnels ▪ Inauguration autour de l'aménagement du parc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Flyers disponibles seulement en format papier : pas de site pour héberger les documents. ▪ Visuel conçu par le porteur de projet, apparaissant comme peu adapté au public visé. ▪ Absence de ressources municipales sur la conception. ▪ Absence de plan de diffusion, difficulté à suivre quels documents ont été distribués et où.

La plupart des critères identifiés dans la littérature comme facteurs de réussite de ce type de projet sont présents : la prise en compte de la spécificité de la population, l'approche collective territorialisée, l'approche multi-sectorielle, les éléments liés à la pérennisation de la dynamique et la coordination du projet.

L'accès aux dispositifs avec l'aménagement du parc constitue une action emblématique de ce programme, puisqu'elle permet également de travailler la co-construction autour d'un projet collectif, renforçant le sentiment d'efficacité et le pouvoir d'agir du public visé, tout en offrant un accès facilité à de l'activité physique, sans contrainte financière ou temporelle. Qui plus est, cet aménagement se trouve en proximité d'un quartier particulièrement défavorisé.

Toutefois, les inégalités sociales de santé ne sont pas prises en compte au-delà du choix de territoires prioritaires en politique de la ville, avec une population globalement défavorisée. Le gradient social de défavorisation n'y est pas interrogé en tant que tel, et les activités collaboratives « parents-enfants » sont proposées avec un accès égalitaire et non pas équitable. Une attention est toutefois accordée à ces besoins spécifiques en deuxième période de projet, avec le développement d'un partenariat avec une association d'habitants qui pratique l'aller-vers.

Il faut souligner un relatif manque de participation effective des personnes sur le projet, qui interroge l'adaptation des dispositifs proposés aux publics non captifs. Aux vues des habitants interrogés, c'est aussi le manque de communication adaptée autour du projet qui limite cette participation.

Le projet a le souci d'avoir une approche multi-sectorielle avec une identification large des partenaires potentiels de ce projet, ce qui traduit la préoccupation des porteurs à travailler en direction de la diffusion d'une culture commune et territorialisée. Néanmoins, dans la gouvernance du projet et la réalité de la mobilisation partenariale, plusieurs dysfonctionnements ont été repérés, dus en particuliers à des difficultés de communication internes autour du projet : délais d'invitation trop courts, association des partenaires « naturels » a posteriori ou sur des dimensions uniquement logistiques et une collaboration avec l'équipe municipale qui peine à se mettre en place, sans qu'il soit clairement possible d'établir la responsabilité de ce frein majeur.

Ce problème d'articulation avec la municipalité a des conséquences directes sur la mise en place des formations des professionnels des structures multi-accueils, pour des raisons de différents ordres. Cela ne présage pas d'un désintérêt ou d'un défaut de présentation de la démarche, mais renvoi plutôt à la réalité des contextes qui ne présentent pas tous les mêmes dispositions au même moment pour travailler sur des sujets de ce type, et des constructions partenariales plus complexes qu'il n'y paraît en premier abord.

Pour conclure, le projet PACAP déployé comporte de réels atouts car il prend au sérieux une approche préventive qui s'appuie sur plusieurs déterminants de la santé, en s'emparant des enjeux d'environnement et de formation des professionnels du territoire.

Le contenu des actions est tout à fait intéressant au regard des différents critères évoqués et la qualité professionnelle des interventions a été plébiscitée par les publics et auraient théoriquement dû permettre une mobilisation importante des parents et de leurs enfants, ainsi que des acteurs locaux.

Toutefois, la coordination du projet et son relais institutionnel sur le territoire, ainsi que la communication interne et externe, présentent des lacunes importantes qui ont desservi ce projet d'envergure.

6. RECOMMANDATIONS

A partir de ce travail d'évaluation réalisé sur un territoire spécifique, et en écho à la littérature sur les référentiels et revues de la littératures exposés plus largement en annexes, plusieurs recommandations peuvent être faites pour potentialiser des projets de cette envergure :

1. La réalisation d'un diagnostic auprès des populations sur leurs usages, leurs pratiques et leurs représentations peut être un levier intéressant pour les impliquer dans ce type de projet et identifier les leviers les plus pertinents à mettre en place, en tenant compte de la réalité de la population interrogée (Laure, 2007). C'est également un moyen de mettre davantage en lien la demande des populations et leurs besoins identifiés par les professionnels.
2. Cibler un territoire défavorisé ne suffit pas à répondre à l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé. Une démarche répondant à une logique d'universalisme proportionné voudra, sur une approche territorialisée, que certains dispositifs s'adressent à l'ensemble de la population, tandis que d'autres s'appuient sur une démarche d'« aller vers » (Out Reach Work) afin d'atteindre les populations les plus éloignées des dispositifs et réduire les inégalités sociales des santés (INSERM, 2014). Si le porteur de projet ne met pas lui-même en place ce type d'actions, les acteurs locaux qui le pratiquent, comme les centres sociaux ou les associations d'habitants, pourront en être des acteurs relais précieux.
3. Une place conséquente doit être accordée à la communication autour du projet, entre partenaires et auprès des publics (Bernier, 2014). Les moyens et dispositifs de communications auprès des partenaires doivent être clairement établis, et des espaces de communication informels doivent être pensés. Il est également important que le porteur analyse la façon dont la communication est perçue par les partenaires et qu'il puisse l'adapter en fonction (Corbin, 2018). La communication des actions auprès des publics doit privilégier la communication orale à partir des partenaires et l'envoi sous format numérique des informations, des relances par sms et l'animation de réseaux sociaux. La création d'une page facebook autour des événements apparaît comme un levier intéressant pour favoriser une approche communautaire¹⁸.
4. L'aménagement collectif d'un espace urbain ou d'un espace vert constitue un levier prometteur car il mobilise de multiples critères de qualité : réduction des Inégalités sociales de santé, pérennisation de la démarche, approche collective territorialisée et multisectorielle (SPF, 2017). Il offre l'occasion de la mise en place d'un temps fort autour de l'inauguration, permettant la valorisation de cette démarche portée avec les habitants, renforçant l'empowerment et la communication autour du projet. Il permet également de valoriser l'action municipale, ce qui constitue potentiellement un levier pour la mobilisation des acteurs de la Ville.

¹⁸ La campagne du « moi(s) sans tabac » s'appuie entre autres sur cet outil numérique et offre des résultats prometteurs.

5. Le pilotage d'un projet de cette envergure réclame des compétences spécifiques en gestion de projets, différents de celles d'intervenant auprès des publics (Clavier 2010, Bernier 2014). Il apparaît comme nécessaire qu'un professionnel soit clairement identifié sur la coordination et présente des compétences en méthodologie de projet et animation de réseaux. Le développement d'un partenariat effectif ne pourra se faire qu'à la condition d'un pilotage reposant sur une vision claire des objectifs et permettant l'anticipation des événements ainsi que la cohérence et la visibilité des actions au regard des objectifs. Le porteur du projet doit également être en capacité de faciliter les interactions entre partenaires et de permettre à chacun d'entre eux de définir leur rôles, responsabilités et attentes. Il y a en outre un enjeu à articuler les autres actions ou formations proposées sur le territoire. L'appui d'une structure spécialisée en ingénierie de projet (acteurs de seconde ligne type IREPS) est à recommander pour les projets de cette ampleur pour des porteurs non spécialisés.

6. Il apparaît comme nécessaire que soit mis en place un portage au niveau de la collectivité territoriale, avec la désignation claire d'un référent pour le projet, qui fasse l'interface avec la collectivité et le porteur du projet, par lettre de mission (Mahmood, 2015). Les partenariats efficaces pour la mise en œuvre d'actions en promotion de la santé reposent en effet sur des relations de confiance, dont l'un des facteurs essentiels est le partage du pouvoir entre les différentes parties-prenantes (Jones, 2016).

7. Dans le cadre d'une approche territorialisée, ces relations de confiance et le partage d'objectifs communs nécessitent qu'un temps conséquent soit consacré à la construction du partenariat, ainsi qu'aux négociations liées au portage institutionnel par la collectivité locale évoquée dans le cadre de la recommandation 6. De ce fait, la temporalité de 12 mois octroyée par le financement ARS PACAP de ce projet apparaît comme trop réduite. Une temporalité de 24 mois incluant ces premières phases apparaît plus adaptée. Une autre possibilité serait de financer une phase d'amorce de 6 mois sur ces dimensions afin de consolider la faisabilité du projet ; avant d'engager une mise en œuvre sur 12 ou 18 mois si les conditions de faisabilité évoquées sont réunies, conformément aux recommandations de Santé Publique France (2017) qui préconise au moins 12 mois d'intervention.

7. REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier l'ensemble des acteurs qui ont bien voulu contribuer à ce travail aux différentes places qui étaient les leurs. Nous proposons ici une lecture forcément partielle de la complexité du territoire, mais nous espérons que les propos tenus ici sont assez fidèles des événements tels qu'ils nous ont été relatés.

L'évaluation est un exercice difficile et nous saluons la collaboration de tous ceux qui ont permis que ce document voie le jour.

8. BIBLIOGRAPHIE

Ajzen, I., The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50 (2), 179-211, 1991. Fiche synthétique disponible sur le site du GRAINE : http://graine-auvergne-rhone-alpes.org/DOC/Publications/AcompChangement/01-theorie_comportement_planifie-VF.pdf

Aubert F. , L'évolution des territoires en France : dynamiques spatiales et différenciation sociale, *La santé en Action*, juin 2014 n°428, p8-10. <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-428.pdf>

Bédard J. , Potvin L., Couturier, Y., Desbiens, J.-F., Hasni, A., Larose, F., Lebrun J., Lenoir, Y., Receveur, O., Terrisse, B. Évaluation d'un projet d'éducation à la nutrition implanté dans des écoles montréalaises en milieu défavorisé (CRSH) réunissant les milieux familial, communautaire et scolaire et mesure de ses effets (IRSC. (Rapport de recherche 2006-2007)

Bernardo L.; Bahl, Rajiv; Martinés, José Carlos; Victora, Cesar G.; Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analysis Horta, World Health Organization http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf?ua=1

Bernier J., La recherche partenariale comme espace de soutien à l'innovation, *Global Health Promotion Vol. 21* 58 pp 58-63. 2014

Branca F., Nikogosian H. et Lobstein T., Le défi de l'obésité et stratégies de lutte dans la région européenne, Organisation Mondiale de la Santé, 68p., 2007.

Bureau Régional de l'Europe, Investir dans l'enfance: la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020 , Organisation Mondiale de la Santé, 13p., 2014.

Conseil National De L'alimentation. - Avis du CNA sur l'éducation alimentaire, la publicité alimentaire, l'information nutritionnelle et l'évolution des comportements alimentaires. - 2009 http://www.cna-alimentation.fr/wp-content/uploads/2013/04/cna_avis64.pdf

Clavier C., Y. Sénéchal, S. Vibert, et L. Potvin. « A theory-based model of translation practices in public health participatory research ». *Sociology of health & illness* 34, n° 5, 2012. 791–805.

Clavier C. Les compétences des médiateurs dans les partenariats intersectoriels. In: Potvin L, Moquet MJ, Jones CM (eds) Réduire les Inégalités Sociales de Santé. Dossiers Santé en Action. Paris: Editions INPES; 2010, pp. 326–333.

Corbin, J. Hope, Jacky Jones, et Margaret M. Barry. « What Makes Intersectoral Partnerships for Health Promotion Work? A Review of the International Literature ». *Health Promotion International*. 2018 ;33(1):4-26. DOI : <https://doi.org/10.1093/heapro/daw061>.

Crenn C., Hassoun J.P., Medina F.x., 2010, Introduction : Repenser et réimaginer l'acte alimentaire en situations de migration, *Anthropology of Food*, 7 December 2010 ; <http://aof.revues.org/6672>

Crozier M. & Friedberg E., L'acteur et le système, Editions du Seuil, Paris, 1977.

Darmon N., Inégalités sociales de santé et nutrition. Dans Esnouf C, Fioramonti J, Laurioux B. L'alimentation à découvert. CNRS Editions. 2015 ; p. 140-141.

Direction de la Recherche, des Etudes, de L'évaluation et des Statistiques. – Evolution de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants de 5 à 6 ans de 2000 à 2013 à partir des enquêtes nationales de santé scolaire In *DREES-BESP N°011/14* - 2014

European Food Information Council. - Prévention de l'obésité infantile : Résultats de l'étude IDEFICS. – 2011.

Evaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010, avril 2010. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000214.pdf>

Feuilaine, N. *Perspective Temporelle, Situations de Précarité et Santé: Une Approche Psychosociale du Temps*, Thèse, Université de Provence - Aix-Marseille, 2006.

Fournier Pierre, Potvin Louise. Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. In: *Sciences sociales et santé*. Volume 13, n°2, 1995. pp. 39-59. www.persee.fr/doc/so-san_0294-0337_1995_num_13_2_1326

Guerra, P. H., Cardoso Da Silveira, J. A., & Salvador, E. P. Physical activity and nutrition education at the school environment aimed at preventing childhood obesity: evidence from systematic reviews. *Jornal de Pediatria*, p. 1523, 2016.

INPES, Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations, 2009. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/guide-autoevaluation-qualite/pdf/Guide-qualite-version-integrale.pdf>

INSERM expertise collective - Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique- synthèse, discussion et perspectives, 2014, 66p. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/6515>

Institut National De La Sante Et De La Recherche Medicale. - Prévention de l'obésité de l'enfant en population générale *In Santé des enfants et des adolescents : Propositions pour la préserver.* – 2009. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000425/>

Institut National De La Sante Et De La Recherche Medicale. - Prévention de l'obésité de l'enfant en population générale *In Santé des enfants et des adolescents : Propositions pour la préserver.* – 2009.

Institut National De La Sante Et De La Recherche Médicale. - Prise en charge chez l'enfant en France *In Obésité : Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge.* - 2006

Jones, Jacky, et Margaret M. Barry. « Factors Influencing Trust and Mistrust in Health Promotion Partnerships ». *Global Health Promotion*, 27 juillet 2016, 1757975916656364 [epub ahead of print]. DOI: <https://doi.org/10.1177/1757975916656364>.

Lang T, Université P Sabatier de Toulouse INSERM UMR1027 : "inégalités de santé et nutrition : vers une politique d'universalisme proportionné ? " ADSP juin 2014 p43-45

Laure, P., Bordas, S., & Decrion, J. « Cap oxygène : vers le souci de soi ». *Santé Publique*, 19(6), 525-533, 2007.

Le Breton E, *Mobilité, déplacements, de quoi parlons-nous ?*, dans "Mobilités et Déplacements dans les projets de renouvellement urbain en Nord-Pas-de-Calais", Institut Régional de la Ville, 2005.

Lecomte J., « Les applications du sentiment d'efficacité personnelle », *Savoirs*, 2004/5 (Hors série), p. 59-90.

Lisée, V., & Bédard, J. Extrait du rapport « Évaluation d'un projet d'éducation à la nutrition en classe primaire montréalaise de milieux socioéconomiquement faibles et ses effets sur les apprentissages des élèves », 2010.

Mahmood, S; Morreale, S; Barry, MM, « Developing a checklist for intersectoral partnership for health promotion ». HPRC, NUIGalway, 2015.

Malloy-Weir, L., Charles, C., Gafni, A., & Entwistle, V. A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *Journal of Public Health Policy*. epub: 1–19, 2016.

Martin A. - Suivi des recommandations figurant dans les avis du CNA relatifs à la politique nutritionnelle (avis n°49 du 1er février 2005), à la prévention de l'obésité infantile (avis n°54 du 15 décembre 2005) et aux propositions de mesures pratiques pour la mise en oeuvre d'une stratégie nationale de

prévention de l'obésité infantile (avis n°55 du 30 mars 2006). – 2010.http://www.cna-alimentation.fr/wp-content/uploads/2013/05/cna_politique_nutritionnelle_rapport_final.pdf

Mérini C., *La formation en partenariat, de la modélisation à une application*. Paris, L'Harmattan, 229 p. 1999.

Mérini C.. *Trois obstacles au développement du partenariat*. Les Cahiers Pédagogiques, Service d'édition et de vente des publications de l'Education nationale, 2012, 24 (édition numérique), pp.édition numérique. <<http://www.cahiers-pedagogiques.com/Trois-obstacles-au-developpementdu-partenariat>>. <hal-01116754>

Organisation Mondiale de la Santé, *Les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population : rapport du forum et de la réunion technique de l'OMS*, Genève, 33p., 15-17 décembre 2009. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44315/1/9789242599343_fre.pdf

Orfeu JP., « La mobilité, nouvelle question sociale ? », *SociologieS* [En ligne], Dossiers, Frontières sociales, frontières culturelles, frontières techniques, 2010. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/3321>

Oullier O., Sauneron S. - *Agir tôt à l'aide de campagnes préventives spécifiques pour les enfants* *In Nouvelles approches de la prévention en santé publique*. - 2010

Peretti-Watel P., *La cigarette du pauvre. Enquête auprès des fumeurs en situation précaire*, Rennes, Presses de l'EHESP, coll. « Recherche, santé, social », 2012, 144 p., ISBN : 978-2-8109-0073-2.

Renaud A., Sémécurbe F., *Les habitants des quartiers de la politique de la ville - La pauvreté côtoie d'autres fragilités*, Insee Première n° 1593 - mai 2016

Rondier M., « A. Bandura. *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle* », *L'orientation scolaire et professionnelle* [En ligne], 33/3 | 2004, mis en ligne le 28 septembre 2009, consulté le 28 mars 2017. URL : <http://osp.revues.org/741>

Saint Pol (de) T., « Déterminants sociaux et culturels de l'alimentation » / Chapitre du rapport Inserm par le sociologue Thibaut de Saint Pol : « Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique » Expertise collective inserm, 2014

Santé Publique France, *Recensement et propositions pour le développement d'interventions efficaces sur l'alimentation et l'activité physique en direction des jeunes*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 80 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

Savall A., « Le diabète à l'épreuve du domestique : le quotidien autour de l'alimentation de femmes maghrébines immigrées à Montpellier », *Sciences sociales et santé* 2017/1 (Vol. 35), p. 5-30. DOI doi: 10.1684/sss.20170101

Steiger, D.; Baumgartner Perren, S. «Poids corporel sain» chez les enfants et les adolescents. Actualisation des bases scientifiques. Promotion Santé Suisse Document de travail 28, Berne et Lausanne, 2014.

Stephens, S. K., Cobiac, L. J., & Veerman, J. L., *Improving diet and physical activity to reduce population prevalence of overweight and obesity: An overview of current evidence*. Preventive Medicine, 62, 1676178, 2014.

Van Lippevelde, W., Verloigne, M., De Bourdeaudhuij, I., Bjelland, M., Lien, N., Fernandez-Alvira, J. M., Maes, L. *What do parents think about parental participation in school-based interventions on energy balance-related behaviours? a qualitative study in 4 countries*, 2011. BMC Public Health, 11, 881. doi:10.1186/1471-2458-11-881

ANNEXES

Le tableau suivant présente les différents éléments contenus dans les documents cités pour constituer le cadre de l'analyse et les 5 grands critères retenus pour cette question d'évaluation. Le choix des références citées ici a été effectué en fonction du choix de la question d'évaluation, qui concernait la mobilisation des publics dans ce programme de prévention précoce de l'obésité. Les références bibliographiques précises sont détaillées dans la bibliographie.

Recommandations officielles d'intervention	
Références	Principaux éléments / Recommandations
<p>Organisation Mondiale de la Santé</p> <p>Le défi de l'obésité dans la Région européenne de l'OMS et les stratégies de lutte</p> <p>Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020</p>	<p>Approche tout au long de la vie</p> <p>Mesures qui visent à améliorer la capacité des citoyens à opérer des choix sains</p> <p>Améliorer les connaissances du public sur l'alimentation et la santé renforcer ses aptitudes en matière d'alimentation et de nutrition</p> <p>Interventions centrées sur une population – Critères 1 et 2</p> <p>Interventions globales, diversifiées, multisectorielles et communautaires – Critères 2, 3 et 4.</p> <p>Interventions micro-échelles liées à intervention macro-échelle – critère 2</p> <p>Planification à long terme – critère 4</p> <p>Prise en compte du contexte – critères 1 et 3.</p> <p>Participation des participants dans la planification – critère 2</p>
<p>Rapport Inserm 2014</p> <p>Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique</p>	<p>Changer habitudes : Le cout psychologique est élevé</p> <p>Favoriser la prévention mais si les interventions sont centrées sur les individus : ne tiennent pas compte du gradient social continu, peu de données probantes.</p> <p>Si interventions universelles : peut creuser les ISS car vise toute la population, les populations les plus défavorisées seront moins touchées que les populations ayant moins besoin de l'intervention.</p> <p>Orienter les interventions selon un principe d'universalisme proportionné – Critère 1</p> <p>Interventions en groupe plus efficaces et à composantes multiples – critère 2</p> <p>Interdisciplinarité – critère 3</p>
<p>PNNS 2011-2015</p>	<p>(Actualisation des recommandations nutritionnelles prévue en janvier 2017)</p> <p>Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité</p> <p>Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment dans les populations à risque</p> <p>Mettre en place des interventions pour réduire ISS en matière nutritionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier ISS et les acteurs – critère 3 • Développer des actions d'éducation et de formation – critère 4 • Favoriser l'accès à des aliments de bonne qualité nutritionnelles – critère 1

	<ul style="list-style-type: none"> • Former en nutrition les acteurs locaux, renforcer les moyens humains – critère 4
Le Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé du Guide alimentaire pour tous.	<p>Préconisations PNNS pour professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre en compte les spécificités de la population : précarité, éthique : dimensions du temps, écrit et communication, privation, habitudes, savoir-faire - critère 1 • Partir de besoins exprimés ou identifiés par les professionnels- critère 3 • Prendre en compte les impératifs des populations – critère 1 • Mobiliser le public : l'intégrer dans la mise en place du projet, différents types de communication (orales, visuelles, écrites..) – critère 2 • Identifier les acteurs présents sur le terrain et les ISS – critère 3 • Mise en place du projet avec le public – critère 2
<p>Recensement et propositions pour le développement d'interventions efficaces sur l'alimentation et l'activité physique en direction des jeunes , 2017.</p> <p>Santé Publique France</p>	<p>Stratégies identifiées comme prometteuses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des interventions en milieu scolaire • L'implication des parents -critère 2 • Des actions combinant alimentation et activité physique • Un programme d'enseignement sur la nutrition et l'activité physique • Des actions sur l'environnement pour en permettre la pérennité – critère 4 • Des sessions d'activité physique • Une durée d'intervention relativement longue, d'au moins un an – critère 4
<p>Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations, 2009</p> <p>INPES</p>	<p>Critère 5 du guide : l'animation et la gestion de l'action s'appuient sur des méthodes, des compétences et des responsabilités déterminées qui permettent la réalisation effective et optimale de l'action.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendre lisible la définition des responsabilités de chacun et le périmètre des collaborations pour la mise en œuvre par l'organisation de l'action – critère 3, 4 et 5 • Organisation, reconnaissance et satisfaction de la communication interne et externe autour de l'action par l'ensemble des acteurs – critère 5 • Suivi de l'action permettant d'éventuels réajustements – critère 5 • Inscription de l'action dans des approches globales et durables – critère 4

Interventions prometteuses et probantes

Références	Principaux éléments / Recommandations
<p>Physical activity and nutrition education at the school environment aimed at preventing childhood obesity: evidence from systematic reviews, 2016</p> <p>Revue de la littérature de Guerra et al.</p>	<p>Recommandations issues des différentes expériences :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée de l'intervention de 6 mois minimum • Variables de l'environnement et de la communauté à prendre en compte – critère 2 • Implication des parents dans l'intervention – critère 2 • Implication et collaboration de la communauté – critère 2 • Différences d'intervention selon le genre : filles : interventions comportementales, garçon : intervention structurelles – critère 1
<p>Improving diet and physical activity to reduce population prevalence of overweight and obesity: An overview of current evidence, 2014</p> <p>Revue de la littérature de Stephens et al.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les interventions à multiples composantes plus efficaces • Les interventions « diététique » sont plus efficaces que celles « activité physique »
<p>Revue suisse de la littérature pour actualiser les bases scientifiques d'intervention en prévention de l'obésité, 2014</p> <p>Steiger, et al.</p>	<p>Revue de la littérature sur les actions menées en Suisse et à l'étranger.</p> <p>Les recommandations issues de ce travail de synthèse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les interventions en milieu scolaire à des efforts de prévention axés sur la communauté et l'entourage / l'environnement / le contexte pour garantir une efficacité à long terme - critère 4 • Renforcer les mesures dans le domaine de la petite enfance; • Accélérer la mise en réseau avec d'autres acteurs, tels que ceux des secteurs de l'aménagement du territoire, de la planification des transports ou encore du tourisme – critère 3 • Renforcer les mesures de policy (politique publique); • Poursuivre la communication de soutien sur le thème - critère 5
<p>Evaluation d'un projet d'éducation à la nutrition implanté dans les écoles montréalaises en milieu défavorisé réunissant les milieux familial, communautaire et scolaire et mesure de ses effets, 2010 (extrait d'un rapport)</p>	<p>Etablir des liens entre le milieu scolaire et familial – critère 3</p> <p>Transfert de connaissance de la classe vers la maison, valorisation et implication des parents, collaboration famille-école -critère 1 et 3</p> <p>Création d'une communauté organisationnelle – critère 2</p> <p>Evaluation pendant l'action</p>
<p>Cap oxygène, 2007</p> <p>Article <i>Santé Publique</i>, Laure et al.</p>	<p><i>Etude sur la promotion de l'activité physique et de l'alimentation auprès de personnes en situation de précarité en Meurthe-et-Moselle.</i></p> <p>Recommandations issues de l'expérience :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recueillir les attentes des professionnels et des personnes volontaires –critère 1 • Construire les contenus à la carte selon les attentes recueillies – critère 1 • Former des intervenants au public vulnérable – critère 1

<p>Projet ASV Ciné ma Santé Midi-Pyrénées, 2009-2015</p> <p>Plateforme Fabrique Territoire Santé https://www.fabrique-territoires-sante.org/ressources/recits_experiences/toulouse-cine-ma-sante-dun-evenement-annuel-un-projet-de-sante</p>	<p><i>Programme coordonné de prévention de l'obésité pédiatrique mis en œuvre par un réseau de santé dans des quartiers sensibles toulousains, avec les acteurs de proximité.</i></p> <p>Recommandations issues de l'expérience :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Favoriser la participation des habitants à toutes les étapes du projet (planification, conception, mise en œuvre, évaluation) – critère 2 ● Formaliser un cadre de valeurs partagées au sein du groupe de travail – critère 3 ● Établir un mode de coordination fondé sur le consensus, la co-construction, le partage du pouvoir et l'absence de relations hiérarchiques – critère 5 ● Respecter les temporalités des différents acteurs, notamment des habitants (leur implication s'inscrit dans le temps et elle est progressive) – critère 1 ● Tenir compte de la parole des habitants dans l'évaluation et la réorientation, si besoin, de l'action – critère 3 ● Apporter des connaissances sur la nutrition à travers des activités ludiques ● Choisir des activités basées sur le plaisir afin d'encourager l'expérience (goût des aliments, activité physique) - critère 1 ● Choisir des activités favorisant le dialogue et la collaboration – critère 2
<p>Les compétences des médiateurs dans les partenariats intersectoriels, 2010</p> <p>Clavier, INPES</p>	<p>Le coordonnateur comme médiateur pour orienter l'action vers une direction commune, avec plusieurs compétences :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Le relationnel pour vaincre les résistances et réguler les tensions – critère 5 ● La connaissance pointue des inégalités et de la promotion globale de la santé pour pouvoir argumenter et convaincre – critère 5 ● Une connaissance excellente du tissu et des acteurs locaux – critère 4
<p>La recherche partenariale comme espace de soutien à l'innovation, 2012/2014</p> <p>Clavier / Bernier</p>	<p>Travail plus orienté sur la possibilité de mise en œuvre d'une recherche interventionnelle, mais qui recoupe les enjeux d'intersectorialité.</p> <p>Mettre en œuvre cette fonction d'interface avec trois niveaux : cognitifs, logistiques et stratégiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Niveau cognitif : Apport de connaissances, synthèses et vulgarisation – critère 3 ● Niveau logistique : animation et suivi des activités (création d'outil de suivi), comité de pilotage, activités de communication, et plus largement, organisation de mécanismes d'échange des connaissances - critère 5 ● Niveau stratégique : susciter et maintenir l'intérêt des partenaires pour la recherche, tout en conciliant leurs préoccupations souvent divergentes, en facilitant l'échange des connaissances et en s'efforçant d'équilibrer les rapports de pouvoir. Prise en compte des disponibilités et ressources de chacun – critère 5

Nous contacter : Instance Régionale d'Education pour la Santé Auvergne-Rhône-Alpes, 9 quai Jean moulin – 69001 Lyon. [contact\[at\]ireps-ara.org](mailto:contact[at]ireps-ara.org)

