



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**L'évaluation de la participation en promotion de la santé :  
une revue systématique**

Présentée et soutenue publiquement le 29 septembre 2016 à 16h  
au Pôle Formation  
**Par Guillaume Campagné**

## **JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Jean-Louis SALOMEZ**

**Assesseurs :**

**Madame le Professeur Florence RICHARD**

**Monsieur le Docteur Benoît DERVAUX**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Eric BRETON**

**Travail réalisé au sein de la chaire INPES « Promotion de la santé » à l'Ecole  
des Hautes Etudes en Santé Publique**

# **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

# Table des matières

RESUME .....	11
INTRODUCTION .....	13
A. Une histoire de la participation.....	14
B. Les deux formes de la participation en santé.....	14
C. Définir la santé.....	15
D. Définir la promotion de la santé .....	16
E. Objectifs.....	17
METHODE.....	18
A. Clarifier le concept de participation en promotion de la santé : une revue systématique .....	18
1. Stratégie de recherche .....	19
2. Sélection des études .....	21
3. Extraction des données .....	24
B. Décrire un cadre d'évaluation de la participation en promotion de la santé ....	26
RESULTATS .....	27
A. Clarifier le concept de participation en promotion de la santé : une revue systématique .....	27
1. Les revues de publications .....	29
2. L'année de parution.....	30
3. Les pays où travaillent les auteurs .....	31

4. Les pays où se déroulent les évaluations.....	32
5. Les devis d'évaluation .....	33
6. Les critères/indicateurs utilisés pour l'évaluation.....	36
7. Les chaînes d'équivalences de la participation .....	38
B. Décrire un cadre d'évaluation de la participation en promotion de la santé....	40
1. Les critères.....	40
2. La grille d'analyse.....	43
3. Une représentation graphique .....	47
DISCUSSION .....	48
A. Participation versus délibération .....	50
B. Le rapport au pouvoir.....	52
C. Participation et décision.....	53
D. L'éthique des processus participatifs .....	55
E. Définitions de la participation en promotion de la santé.....	56
F. Avantages et limites de notre étude.....	58
CONCLUSION.....	59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	60
ANNEXES .....	69

## RESUME

**Contexte** : La participation en promotion de la santé est une expression polysémique. Par conséquent l'opérationnalisation de celle-ci est un défi important pour les acteurs de santé publique. Les objectifs de ce travail étaient de clarifier le concept de participation en promotion de la santé et de décrire un cadre d'évaluation de cette participation.

**Méthode** : Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature portant sur l'évaluation de la participation en promotion de la santé. Nous avons effectué notre recherche à partir de la base de données Medline entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 31 décembre 2015. Nous en avons notamment extrait les devis d'évaluation, les critères utilisés ou encore les chaînes d'équivalences.

En comparant ces résultats à une revue de littérature non systématique menée sur la participation en science politique et sociologie, nous avons également caractérisé des critères, une grille d'analyse et une représentation graphique pour définir un cadre d'évaluation de la participation en promotion de la santé.

**Résultats** : Nous avons recueilli 1037 articles et après l'analyse des titres et résumés, 91 articles ont été retenus. Suite à la lecture de ces derniers, 15 articles ont été inclus dans l'analyse finale. Nous avons mis en évidence des enjeux conceptuels autour de la différence entre participation et délibération, de la définition du pouvoir, de la prise en compte de la décision ou encore de la dimension éthique des processus participatifs.

Le cadre d'évaluation contenait six critères : la publicisation ; la représentation et la participation directe ; les sources de légitimité ; la décision ; la transparence ; l'émancipation. La grille d'analyse prenait en compte un continuum participatif pour

chacun des critères et les résultats de l'évaluation étaient représentés sur un diagramme en forme de toile d'araignée.

**Conclusion :** L'opérationnalisation de la participation en promotion de la santé nécessite une prise en compte de ses aspects politiques. L'étude de la participation par les sciences humaines et sociales est nécessaire pour une mise en pratique dans le domaine de la santé publique.

## INTRODUCTION

Le terme de participation est aujourd'hui sur toutes les lèvres. Depuis les textes législatifs (1–3), les rapports ministériels (4,5), les politiques régionales de santé (6,7) mais aussi les projets d'établissements de santé (8,9) ou encore les conférences d'associations (10,11), pas un secteur de la santé publique n'échappe à la diffusion spectaculaire de la notion de participation. Depuis une quinzaine d'années, cette thématique qui s'inscrit dans le champ plus vaste de la démocratie participative (12) s'est imposée comme une idée forte. Néanmoins ce qui frappe tout observateur de ces pratiques est la polysémie des concepts. A ce titre, Cornwall et Brock ont notamment qualifié le terme participation de « buzzword » (13).

La promotion de la santé est un domaine de la santé publique où cette participation est particulièrement revendiquée (14) mais où les acteurs ne partagent pas la même définition (15). Notre travail de thèse s'inscrit dans ce débat et y apporte une contribution. A travers deux objectifs spécifiques, nous avons souhaité améliorer l'opérationnalisation de la participation en promotion de la santé. Nous avons en premier tenté de clarifier le concept même de participation grâce à une revue systématique de la littérature puis dans un second temps nous avons établi un cadre d'évaluation de la participation en promotion de la santé à destination des praticiens de terrain car ces derniers sont souvent démunis face à ces enjeux d'évaluation (16).

Au sein de cette partie introductive nous présentons brièvement l'histoire contemporaine de la participation et les formes prises par cette participation dans le domaine de la santé. Nous resituons également ces éléments dans le débat plus vaste visant à définir la santé et la promotion de la santé.

## A. Une histoire de la participation

Apparue dans les années 1960 aux États-Unis sur les campus universitaires, la notion de démocratie participative s'inscrit tout d'abord comme une réappropriation de la sphère politique par les étudiants américains (17). Déçus par les manières de faire de la politique et en réaction aux limites de la représentation, de nombreux activistes et intellectuels vont s'emparer de la thématique de la participation dans le but de transformer les conditions d'élaborations de la décision publique (18).

Initiée tout à la fois par les mouvements sociaux des années 1960-1970 et les débats sur les théories de la délibération introduites à la même période dans le monde anglo-saxon (19), la démocratie participative est tout d'abord la formalisation d'une participation plus juste des citoyens dans les processus de décisions collectifs.

Les débats et les expérimentations qui ont animé la participation et plus généralement la démocratie participative n'ont pas initialement visé les politiques de santé (20). En effet, la participation est d'abord ancrée dans les politiques du développement, du travail social ou encore dans les politiques de la ville (21). Les exemples internationaux tels que le budget participatif de Porto Allegre au Brésil (22) en sont une parfaite illustration. Il faudra attendre la fin des années 1970 et le début des années 1980 pour que la santé soit peu à peu considérée comme un champ où la participation est légitime (23).

## B. Les deux formes de la participation en santé

Dans le champ de la santé on distingue schématiquement deux formes de participation : la démocratie en santé et la démocratie sanitaire (24,25). La première concerne les politiques de développement communautaires, notamment celles de



santé, qui émergent avec la création des agences des Nations Unies (26). Ces politiques de développement prennent en compte les enjeux structureaux des systèmes de santé. A ce titre, la participation est appelée de leurs vœux par les acteurs du développement comme moyen de redistribuer le pouvoir au sein d'une société et de permettre une répartition équitable de la santé dans une population. La démocratie en santé est symbolisée par la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires en 1978 (27) et la charte d'Ottawa sur la promotion de la santé en 1986 (28).

La deuxième grande tendance à l'œuvre dans ce vaste champ de la participation en santé renvoie notamment à la notion de démocratie sanitaire en France (24). Apparue dans la loi de 2002 relative aux droits des malades (1), la démocratie sanitaire diffère de la démocratie en santé car elle prend essentiellement en compte les enjeux liés au système de soins. Issue de la dichotomie entre d'un côté le système médical et de l'autre un système de santé davantage englobant qui s'ouvre sur les déterminants sociaux, la démocratie sanitaire ne prend pas ou peu en compte les enjeux structureaux. Dans la perspective de la démocratie sanitaire, la participation est souvent associée à celle du patient dans les décisions cliniques qui le concernent. Le corollaire à ces pratiques est une approche souvent utilitariste et instrumentale de la participation (15) revendiquant une attention particulière à l'amélioration de l'efficacité, de l'efficience, de l'acceptabilité ou encore de la pérennité des interventions.

### C. Définir la santé

En amont de cette première dichotomie entre participation liée au système de soins et participation liée au système de santé, nous distinguons diverses définitions

de la santé qui s'opposent bien plus souvent qu'elles ne s'intègrent. La première est celle d'une santé définie comme absence de maladie. La centration des politiques de santé sur le système de soins est une illustration de la diffusion d'une telle définition au sein des institutions françaises (29) et internationales (30).

La deuxième conception de la santé est très ancienne et remonte à l'Antiquité (31) mais est aujourd'hui peu légitimée et intégrée dans les stratégies politiques, il s'agit d'une santé définie comme sociale, influencée par les déterminants sociaux tels que l'emploi, la sécurité, l'urbanisme, le sentiment d'utilité ou encore l'ensemble des déterminants physiques comme la qualité de l'air et de l'eau par exemple. Malgré une tentative d'ouverture sémantique et conceptuelle à travers la définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la santé en 1948 (32), la santé demeure appréhendée principalement sous l'angle sanitaire.

#### D. Définir la promotion de la santé

Héritière de ces enjeux de définition de la santé, la promotion de la santé est aujourd'hui un domaine reconnu par la loi française (3) et par les organisations internationales (33). Tout autant influencée par les luttes anticoloniales, le féminisme et les mouvements antiracistes (34), la promotion de la santé a émergé à la fin de décennies d'activisme et de militantisme dans la seconde moitié du XXème siècle. L'éducation populaire et particulièrement le courant institué par Paolo Freire en Amérique latine dans les années 1960 et 1970 (35) a de fait eu un rôle particulièrement important sur les protagonistes de la promotion de la santé. Au départ théories de l'éducation, la promotion de la santé a peu à peu évolué vers des enjeux sociaux comme la justice sociale ou la démocratie.

La charte d'Alma-Ata de 1978 que nous avons préalablement citée et qui fut un texte important pour les soins de santé primaire, a marqué l'émergence institutionnelle de la promotion de la santé (27). Néanmoins on remonte traditionnellement l'origine de la promotion de la santé à la charte d'Ottawa promulguée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1986 (28). En effet ce texte utilise clairement le concept de promotion de la santé et propose un plan d'action qui va inspirer des milliers de professionnels de santé publique. Mais l'OMS a, à cette époque, simplement formalisé des pratiques et un courant de pensée dont la naissance est probablement à chercher dans les mouvements sociaux de l'après seconde guerre mondiale.

La situation actuelle de la promotion de la santé est complexe. Elle a trouvé une reconnaissance internationale avec l'OMS (33) et une légitimation nationale avec la loi française de modernisation de notre système de santé (3). Néanmoins ces institutionnalisations successives se sont souvent accompagnées d'une dénaturation du contenu de la promotion de la santé. Elle a petit à petit perdu ses objectifs de transformations sociales pour être cantonnée à des objectifs de changements comportementaux (36). Elle promeut des habitudes saines, objectivement associées à un meilleur état de santé, mais sans remettre en perspective les conditions sociales, politiques et économiques qui conduisent à ces comportements. A ce titre, on pourrait dire que l'ambition collective et politique de la promotion de la santé a été en grande partie délaissée.

## E. Objectifs

Comme nous l'avons vu dans les paragraphes précédents, le terme de participation est flou mais constamment invoqué par différents acteurs et notamment

les professionnels en promotion de la santé (23,37). Cette situation concourt à de nombreuses difficultés concrètes de mise en place de la participation par les praticiens de terrains (16). Au final, notre travail de thèse a tenté de contribuer à améliorer l'opérationnalisation de la participation en promotion de la santé.

Devant un enjeu aussi vaste nous avons décidé d'adopter deux objectifs plus restreints mais qui nous permettaient d'entrevoir des éléments pour répondre à notre objectif général. Le premier visait à clarifier le concept de participation en promotion de la santé et le second s'attachait à décrire un cadre d'évaluation de la participation en promotion de la santé.

Pour le second objectif (décrire un cadre d'évaluation) nous avons, à partir d'une définition de la participation issue de notre revue systématique, proposé un cadre pour évaluer cette participation en promotion de la santé. Ce travail s'est appuyé sur les limites des cadres d'évaluation que nous avons préalablement étudiés dans la revue systématique et sur nos propres lectures issues majoritairement des sciences politiques et de la sociologie.

## **METHODE**

### **A. Clarifier le concept de participation en promotion de la santé : une revue systématique**

Pour notre premier objectif, nous avons étudié l'*évaluation* de la participation en promotion de la santé par les chercheurs. En effet étudier l'évaluation est pertinent pour clarifier l'objet de cette évaluation. La démarche d'évaluation consiste à « construire un jugement de valeurs, scientifiquement valide et socialement légitime » (38). Or la construction de ce jugement de valeurs induit une délimitation

de l'objet évalué, sa caractérisation. Pour prendre un exemple trivial, l'évaluation d'une voiture à travers l'étude de sa couleur, de sa capacité de chargement, du nombre de passagers maximum à l'intérieur, etc. nous « dit » quelque chose de ce qu'elle est. Si l'on évalue un ordinateur, nous n'utiliserons pas le critère du nombre de passagers maximum par exemple. L'objet évalué influence donc les critères de construction du jugement.

Dans le cas de notre objectif de clarification conceptuelle de la participation en promotion de la santé, nous nous sommes limités aux chercheurs car nous n'avions pas le temps et les moyens humains pour étudier un nombre plus important d'acteurs. Au final, nous avons réalisé une revue systématique de la littérature sur ce sujet et nous avons discuté des définitions de la participation en promotion de la santé.

### *1. Stratégie de recherche*

Nous avons recensé les articles scientifiques sur la base de données Medline en utilisant le moteur de recherche Pubmed. En effet, cette base de données est particulièrement pertinente dans le champ de la santé publique. Elle fait référence dans le domaine des sciences de la santé en rassemblant de très nombreux journaux de qualité des champs disciplinaires concernés.

Nous avons construit notre algorithme de recherche en croisant, à l'aide d'opérateurs booléens, les trois domaines qu'étaient : la promotion de la santé ; la participation ; l'évaluation. Toute la difficulté de cette recherche résidait dans la polysémie de ces termes et dans l'emploi de synonymes. Nous avons procédé par une stratégie essai-erreur et avons ajusté les termes de l'algorithme en fonction des

résultats préliminaires obtenus. Nous avons également recueillis l'avis d'une documentaliste au sein de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

Pour le domaine de la promotion de la santé nous avons associé l'expression « health promot\* » avec un terme reflétant la santé communautaire, « communit\* ». En effet, le champ de la santé communautaire étant très proche de la promotion de la santé, nous avons souhaité l'inclure dans notre recherche.

Pour le domaine de la participation nous avons associé le terme « participat\* » avec d'autres expressions reflétant la diversité des emplois possible autour de ce terme. L'empowerment (« empower\* »), la mobilisation des personnes (« mobil\* ») mais aussi leur implication (« involvement ») ou encore leur engagement (« engagement ») ont été explorés.

Pour le domaine de l'évaluation nous nous sommes limités au terme « evaluat\* ».

Au final, l'algorithme de recherche suivant a été adopté :

```
health promot*[Title/Abstract] OR communit*[Title/Abstract]
AND
participat*[Title] OR mobili*[Title] OR empower*[Title] OR involvement [Title] OR
engagement [Title]
AND
evaluat*[Title/Abstract]
```

D'autres termes, au final considérés comme non pertinents, ont été testés en lien avec la question de la démocratie délibérative (« deliberat\* »), la consultation (« consultation ») ou encore la participation des usagers (« consumer participation

[MeSH] ») mais n'ont pas été retenus. Des synonymes de l'évaluation ont été également testés comme « assess\* » et « program evaluation [MeSH] ».

Nous avons également appliqué les filtres suivants :

- Langues française et anglaise
- Du 01/01/2000 au 31/12/2015
- Espèce humaine

Cette revue systématique de la littérature prenait place alors que nous avons déjà réalisé une revue compréhensive pour nous familiariser avec le sujet. A ce titre, nous avons ajouté manuellement à notre stratégie de recherche six articles traitant de notre sujet de recherche.

## *2. Sélection des études*

Nous avons lancé l'algorithme de recherche le 14 avril 2016 dans le moteur de recherche Pubmed et recueillis 1031 articles. Nous avons ensuite inclus ou non ces articles en fonction des critères suivants.

Critères d'inclusion :

- Les articles qui adoptaient une conception de la participation qui pouvait être associée à la définition suivante : « un processus social dans lequel des individus partageant des intérêts communs et vivant sur un territoire spécifique identifient leurs besoins, prennent des décisions et conçoivent des mécanismes pour répondre à ces besoins » (39).
- Les articles qui présentaient des évaluations utilisant des items (critères et/ou indicateurs) prédéfinis pour caractériser la participation.

Une grande part de la complexité de la participation en santé réside dans la multiplicité des définitions du concept de participation. A ce titre, même si nous avons réalisé une revue de la littérature pour étudier les définitions de la participation nous avons dû, a minima, n'inclure que les articles qui traitaient de la participation dans un cadre cohérent avec notre objectif. En effet, nous ne souhaitons pas inclure des articles traitant de la participation dans une approche exclusivement psychologique ou cognitive par exemple. Nous avons utilisé pour cela la définition de Susan B. Rifkin (39) qui fait référence en promotion de la santé mais qui est relativement ouverte pour ne pas nous limiter dans notre recherche.

Les auteurs d'articles scientifiques ne définissant pas toujours les concepts qu'ils mobilisent, nous avons adopté en conséquence une lecture compréhensive des textes pour inclure ou non les articles suivant ce premier critère. Les articles retenus respectaient le sens de cette définition de la participation sans pour autant le mentionner de manière facilement reconnaissable.

Critères d'exclusion :

- Les articles qui traitaient de la recherche participative.
- Les articles qui documentaient l'évaluation participative d'un objet différent de la participation à l'exception des méta-évaluations participatives.
- Les éditoriaux.
- Les articles qui présentaient des évaluations de la participation purement inductives c'est-à-dire sans items prédéfinis.
- Les articles qui traitaient de la participation dans des champs autres que celui de la santé.



Les articles traitant de la recherche participative correspondaient à l'inclusion de publics dans des démarches de recherche. A titre d'exemple, l'article de Khodyakov et al. évaluait la participation des communautés à un partenariat chercheurs-profanes (40). Ces articles ont été exclus pour deux raisons. La première est que notre travail visait une clarification du concept de participation en promotion de la santé dans les conditions de terrain. A ce titre, la recherche participative avec l'implication des chercheurs ne correspond pas aux interventions classiques en promotion de la santé. Deuxièmement la recherche participative questionne principalement les enjeux épistémologiques (qu'est-ce que la connaissance ?) et communicationnels. La question de la prise de décision par exemple, centrale dans notre définition de la participation, est peu explorée en recherche participative (41,42).

Les articles traitant de méta-évaluation participative c'est-à-dire qui étudient la participation à l'évaluation ont été inclus (43).

Nous avons aussi consulté les articles décrivant des interventions participatives dans le champ de la santé. Les politiques environnementales par exemple sont en pointe dans beaucoup de pays pour développer la participation. Néanmoins, devant l'étendue des domaines possibles de la participation, nous nous sommes restreints au domaine de la santé. A ce sujet, il est important de questionner les limites de ce dernier. Les politiques environnementales ont par exemple des impacts clairs sur la santé des populations. Tout le champ des déterminants sociaux de la santé est également un argument en faveur d'une prise en compte globale de la santé dans toutes les politiques. Néanmoins dans le cadre de cette revue, nous n'avons inclus que les articles qui se revendiquaient du champ de la santé. Autrement dit pour les articles traitant de politiques environnementales mais qui se revendiquaient du

domaine de la santé, nous les avons inclus. Dans le cas contraire, ces articles ont été exclus.

### 3. *Extraction des données*

Pour l'ensemble des quinze articles inclus dans notre revue systématique de la littérature, nous avons extraits :

#### Des informations générales :

- Le nom de la revue de publication

Cela nous a permis de dresser un bref aperçu des revues dans lesquels les auteur(e)s du champ de l'évaluation de la participation en promotion de la santé publient.

- L'année de parution

Cela nous permettait d'établir s'il existait des tendances temporelles dans le nombre de publications au sein de notre échantillon.

- Les pays où travaillent les auteurs

Une telle information nous permettait de déterminer si les auteurs travaillaient sur les lieux où se déroulaient les interventions participatives.

- Les pays où se déroulent les évaluations

La participation a une longue histoire dans les politiques de développement à l'international et il était intéressant d'étudier si cette influence se répercutait sur les lieux où se déroulaient ces évaluations.

#### Des informations spécifiques :

- Les devis d'évaluation

Ils correspondaient aux « design » d'évaluation c'est-à-dire aux méthodes employées pour évaluer la participation.

- Les items utilisés pour l'évaluation

Il s'agissait des critères et/ou indicateurs prédéfinis et caractérisant la participation. L'évaluation reposait principalement sur la documentation de ces items.

- Les chaînes d'équivalences de la participation

Face à la multiplicité des interprétations du sens de la participation, nous avons renseigné des chaînes d'équivalences. Ces dernières permettent de comprendre le sens d'une notion au regard des concepts ou propositions avec lesquels elle est employée et qui contribuent à la constituer. Cette typologie permet de faire apparaître des tendances plutôt que des idéaux-types. La construction de ces chaînes d'équivalence est inspirée des travaux du politologue Laclau (34) et nous avons suivi l'usage qu'en font Cornwall et Brock (13).

Nous les avons construites en sélectionnant dans les articles les termes et concepts que les auteurs employaient pour caractériser la participation. Tous les mots inclus dans ces chaînes ont été employés par les auteurs. Au final nous avons obtenu divers clusters de concepts qui étaient un bon moyen de discuter des formes prises par la participation en promotion de la santé.

A titre d'exemple, Bacqué et Biewener (34) ont utilisé cette méthode pour clarifier leur analyse du terme empowerment. Elles distinguent trois formes de l'empowerment : le modèle radical, le modèle libéral et enfin le modèle néolibéral. Le premier associe les notions de justice, de redistribution, de changement social, de conscientisation et de pouvoir, celui-ci étant exercé par ceux d'« en-bas ». Le modèle libéral prend place dans une chaîne d'équivalences aux côtés des notions d'égalité, d'opportunités, de lutte contre la pauvreté, de bonne gouvernance, d'autonomisation

et de capacité de choix. Enfin le modèle néolibéral s'associe quant à lui aux notions de gestion de la pauvreté et des inégalités, de logiques de marché, de décisions rationnelles ou encore d'entrepreneuriat de sa propre vie.

## B. Décrire un cadre d'évaluation de la participation en promotion de la santé

Afin de caractériser et proposer un cadre d'évaluation de la participation en promotion de la santé, nous avons tout d'abord retenu une définition de la participation mise en exergue dans la revue systématique précédente. De plus, nous avons caractérisé trois éléments nécessaires à la réalisation de ce cadre d'évaluation :

- Des critères d'évaluation
- Une grille d'analyse de ces critères
- Une représentation graphique

Les critères d'évaluation ont été sélectionnés en articulant les cadres évaluatifs retrouvés dans notre revue systématique avec une revue de littérature non systématique que nous avons menée sur le sujet de la participation en démocratie. Cette revue de la littérature ne s'est pas limitée à la participation dans le domaine de la santé et a bénéficié des écrits scientifiques de disciplines telles que les sciences politiques et la sociologie politique. La réalisation de la grille d'analyse a permis d'établir pour chaque critère les conditions de sa réalisation et sa valeur sur un continuum participatif. En effet, nous avons repris la position de Rifkin qui, à la suite d'Arnstein (44), postule que la participation est continue (39).

Pour la représentation graphique de ce cadre d'évaluation, nous nous sommes également inspirés des travaux de Rifkin (39,45) et avons utilisé le diagramme en forme de toile d'araignée pour le représenter.

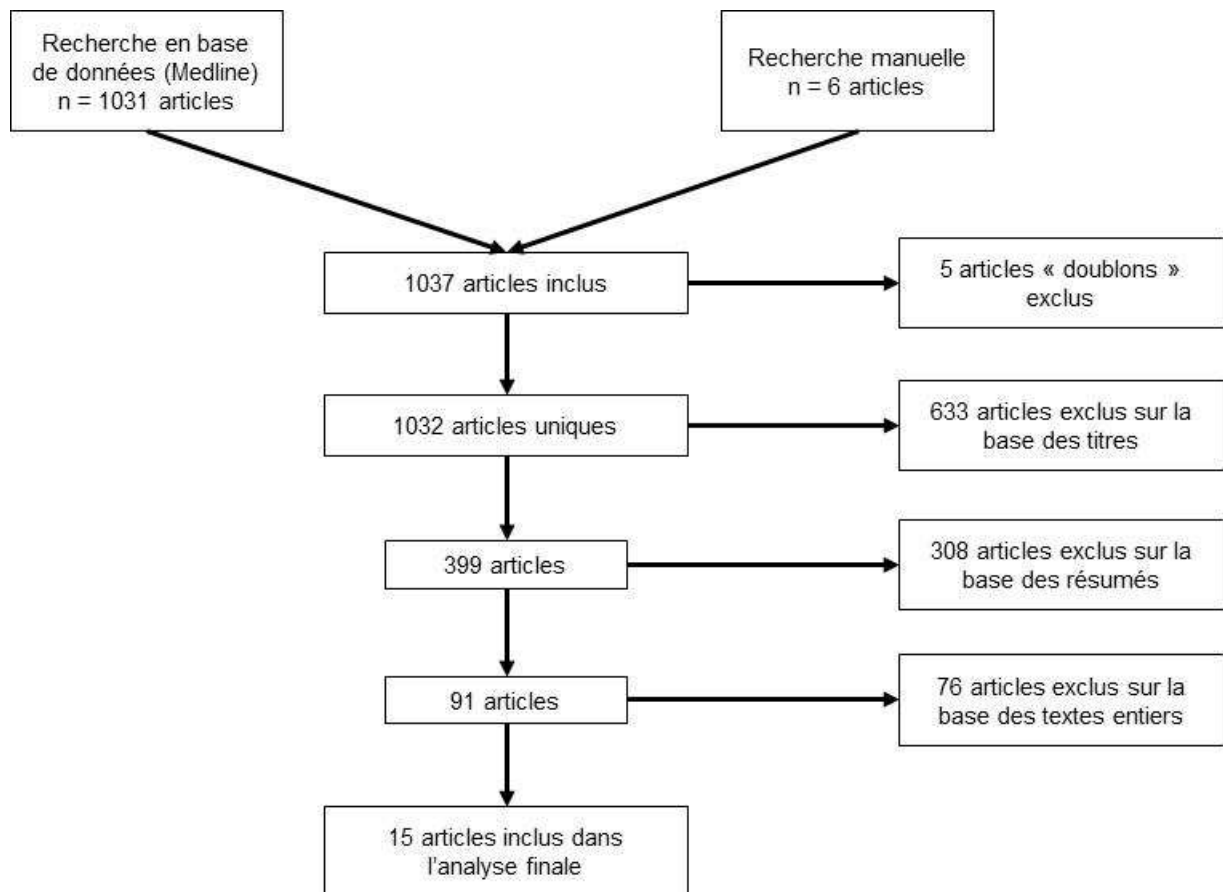
## RESULTATS

### A. Clarifier le concept de participation en promotion de la santé : une revue systématique

Nous avons dans un premier temps lus les 1037 titres d'articles et les avons inclus ou exclus selon les critères mentionnés ci-dessus. En cas de doute, les articles étaient conservés pour pouvoir définitivement statuer sur leur inclusion aux étapes ultérieures. Au final, 399 articles ont été retenus.

Dans un deuxième temps nous avons lus les résumés des articles en appliquant les mêmes critères. Au bout de cette étape, 91 articles ont été retenus.

Dans un troisième et dernier temps nous avons lu en intégralité les 91 articles mentionnés ci-dessus et parmi ceux-là, 15 ont finalement été inclus pour l'analyse.



**Figure 1** : Diagramme de flux

Nous avons inclus quinze articles pour l'analyse finale (voir Annexe 1). La majorité des papiers rejetés l'ont été en raison de définitions de la participation différentes de celle adoptée dans les critères d'inclusion. Face à l'hétérogénéité du sens de la participation, c'est bien ce critère de définition qui a été le plus discriminant.

Malgré la présence dans notre algorithme du champ de la promotion de la santé et de la santé communautaire (health promot\*[Title/Abstract] OR communit\*[Title/Abstract]), de nombreux papiers utilisaient la participation au sens de la participation aux activités quotidiennes (par exemple quand cette participation est mise en parallèle avec le handicap suite à un accident vasculaire cérébral). On trouvait également des définitions de la participation en rapport avec le nombre de personnes présentes dans les interventions de santé publique mises en place. Une

bonne participation est alors un fort nombre de personnes qui réalisent l'intervention (dépistage, programme éducatif, etc.).

### 1. *Les revues de publications*

Comme l'indique le tableau 1, *Social Science & Medicine* était la revue rassemblant le plus grand nombre d'articles. Parmi les autres revues on trouvait également des journaux faisant explicitement mention de leurs attaches à la santé communautaire ou à la promotion de la santé tels que *Global Health Promotion* ou encore *Health Promotion International*. Ces résultats étaient tout à fait congruents avec notre stratégie de recherche qui sélectionnait les articles de ce champ de recherche.

Un certain nombre d'articles étaient issus de revues qui n'adoptent pas une ligne éditoriale explicitement proche des enjeux de recherche en promotion de la santé. Il s'agissait soit de revues généralistes de santé publique ou soit de revues thématiques dans lesquelles les évaluations étudiées portaient par conséquent sur la thématique de santé dont se revendique le journal.

Malgré l'apparente hétérogénéité des revues de publication dont les articles sont issus, ces journaux sont en fait ceux couramment utilisés par les chercheurs en promotion de la santé.

Tableau 1 : Revues dont sont issus les articles analysés

<b>Nom de la revue</b>	<b>Nombre d'articles</b>
Social Science & Medicine	3
Journal of Epidemiology & Community Health	2
Tropical Medicine and International Health	2
Evaluation and Program Planning	1
Annual Review of Public Health	1
Global Health Promotion	1
Health Promotion International	1
BMC Health Services Research	1
Santé publique	1
Health Policy and Planning	1
CuriaTonis	1

## *2. L'année de parution*

Nous avons recueillis les articles à partir de notre algorithme de recherche sur une période de quinze ans, entre 2000 et 2015. Les articles ont été publiés tout au long de ces quinze années. La petite taille de l'échantillon ne nous permettait pas de dégager une tendance particulière.



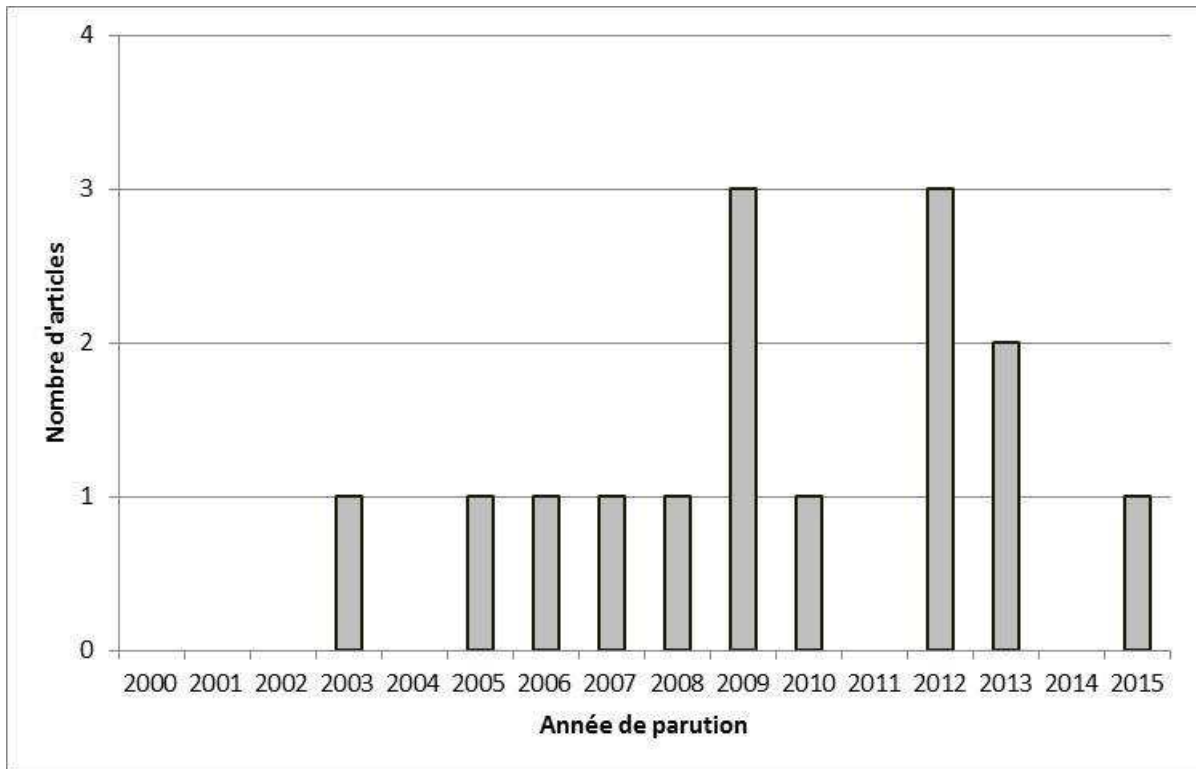


Figure 2 : Nombre d'articles en fonction de l'année de parution

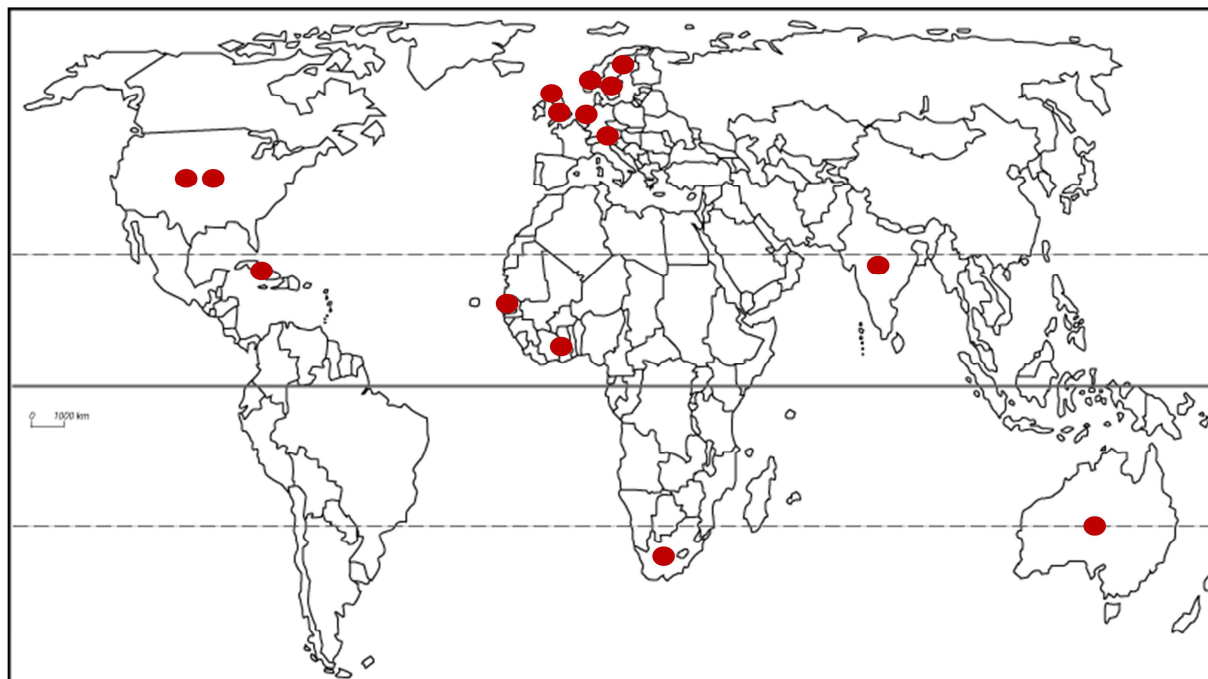
### 3. Les pays où travaillent les auteurs

Pour l'ensemble des disciplines scientifiques, la majorité des publications est réalisée par des auteurs des pays du Nord (46). Dans le cas de notre revue systématique de la littérature, nous avons observé les mêmes résultats à savoir une prédominance des auteurs en Europe plus particulièrement. Pour étudier cette variable nous nous sommes intéressés au pays où se trouvait l'institution de rattachement du premier auteur de chaque article. En cas de multiples rattachements institutionnels, c'est le premier qui a primé sur les autres.

Tableau 2 : Pays où travaillent les auteurs

<b>Pays où travaillent les auteurs</b>	<b>Nombre d'articles</b>
Pays du Nord	10 (USA, UK, Autriche, Norvège, Pays-Bas, Australie, Suède)
Pays du Sud	5 (Cuba, Afrique du Sud, Inde, Sénégal, Ghana)

Les pays de l'hémisphère Sud sont minoritaires et encore davantage si l'on s'intéresse aux pays dit « en voie de développement ». Ces résultats sont à comparer aux pays où se déroulent les évaluations où les localisations sont alors bien différentes.



Carte 1 : Pays où travaillent les auteurs

#### *4. Les pays où se déroulent les évaluations*

Les pays où les recherches empiriques ont été menées sont majoritairement les pays du Sud. Neuf articles sont issus d'expériences de terrain menées dans ces environnements. Parmi ces neuf pays, l'Afrique est très bien représentée avec six terrains d'évaluation.

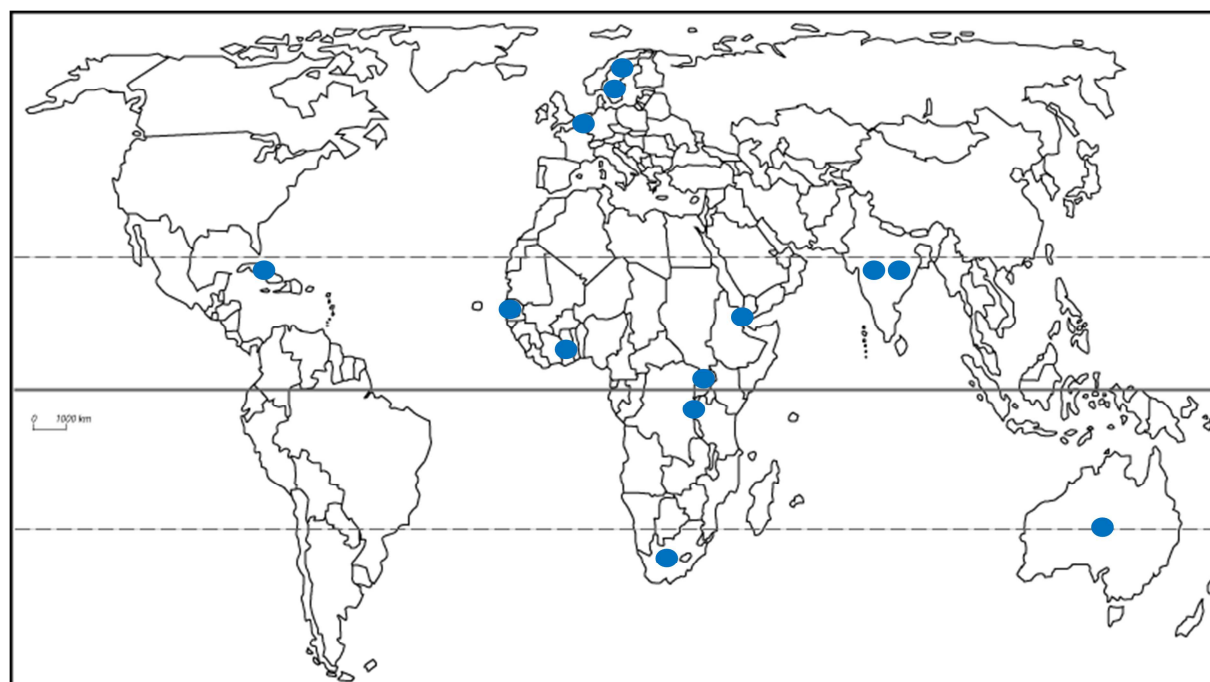
La localisation de ces recherches est tout d'abord à mettre en association avec l'émergence du thème de la participation dans le champ du développement international. La Banque mondiale et un nombre important d'organisations non

gouvernementales ont contribué activement à l'émergence de la prise en compte de la participation dans les interventions de terrain (47).

Tableau 3 : Pays où se déroulent les évaluations de la participation

Lieux de l'évaluation	Nombre d'articles
Pays du Nord	4 (Pays-Bas, Australie, Suède)
Pays du Sud	9 (Cuba, Afrique du Sud, Ouganda, Inde, Djibouti, Sénégal, Burundi, Ghana)

Parmi les quinze articles sélectionnés dans notre étude, deux ne présentaient pas de terrain de recherche. En effet, un était une revue de la littérature et l'autre était un article théorique sur les moyens d'évaluer la participation.



Carte 2 : Pays où se déroulent les évaluations de la participation

### 5. Les devis d'évaluation

Ces derniers correspondent au « design » c'est-à-dire à la façon dont est pensée l'évaluation sur un plan méthodologique (48). Ces résultats sont ceux des treize articles de nature empirique de la revue de littérature. En effet, l'article théorique (49)

portant sur l'évaluation de la participation ne mentionnait pas de devis d'évaluation clair tandis que la revue de littérature (43) ne portait pas sur cet enjeu méthodologique.

De manière générale l'évaluation réalisée au sein des articles est faite en milieu naturel. A ce titre, aucune étude ne présentait de devis expérimental. Une étude était observationnelle de type cohorte (50), douze évaluations correspondaient à des interventions participatives réalisées en milieu naturel (45,51–61), un article (49) était purement théorique et enfin un article (43) rapportait une revue de littérature n'étudiant pas les devis d'évaluation.

Au final, douze articles présentaient un devis de type transversal (45,51–61). Parmi ceux-là, neuf étaient de nature transversale avec mesure unique (45,52–57,59,60). En effet, en dépit des réflexions de Susan B. Rifkin qui insistait sur la nécessité de répéter l'évaluation de la participation dans le temps (39) pour déterminer les évolutions de la participation, seuls trois articles sélectionnés dans la revue de littérature étaient de nature transversale avec mesures répétées (51,58,61). Un article rapportait une étude épidémiologique descriptive de cohorte (50).

Tableau 4 : Nature longitudinale ou transversale de l'évaluation

<b>Étude longitudinale ou transversale</b>	<b>Nombre d'articles</b>
Étude transversale	12
dont répétée	3
Étude longitudinale	1

L'extrême majorité des articles à étude transversale (11 versus 1) retenus dans notre revue de littérature ne présentait pas de groupe contrôle (45,51–60). Un unique article présentait un groupe contrôle (61).

En ce qui concerne le caractère participatif ou non des évaluations, dix articles rapportaient des évaluations non participatives (45,50,53–60) et trois des évaluations participatives (51,52,61). Pour ces dernières, les personnes concernées par l'évaluation ont pu elles-mêmes recueillir et analyser les données à leur disposition. Elles n'ont pas pu réfléchir et proposer de devis d'évaluation puisque dans tous les cas les coordinateurs des programmes décidaient de ces enjeux.

En ce qui concerne les sources de données pour les évaluations retrouvées dans les articles de la revue systématique, deux articles obtenaient ces données uniquement à partir de documents, rapports et/ou bases de données (45,53). Pour les onze autres articles empiriques, l'évaluation nécessitait un recueil de données auprès d'individus. A des fins d'analyse et de compréhension, ces personnes ont été divisées en quatre catégories : coordinateurs du programme ; acteurs partenaires (État, associations, experts, etc.) ; population directement concernée ou ses représentants ; population indirectement concernée ou ses représentants.

Tableau 5 : Catégories des personnes interviewées

<b>Catégories des personnes interviewées</b>	<b>Nombre d'articles</b>
Coordinateurs du programme	5
Acteurs partenaires (État, ONG, experts, etc.)	1
Population directement concernée ou ses représentants	10
Population indirectement concernée ou ses représentants	0

Dans dix articles, la population directement concernée ou ses représentants ont été interviewés quant à l'évaluation de la participation (50–52,54,56–61). Dans le cas des coordinateurs du programme, cinq évaluations ont nécessité le recueil de leur parole (52,54,55,57,58). Pour un unique article, les acteurs partenaires ont été

interviewés (58). Dans aucun cas, la population indirectement concernée ou ses représentants n'ont été sollicités.

#### *6. Les critères/indicateurs utilisés pour l'évaluation*

La détermination de critères et/ou indicateurs a priori au sein d'une évaluation de programme est relativement classique. Dans le cadre de cette revue de la littérature, les articles inclus devaient présenter explicitement ces critères et/ou indicateurs. Nous avons déterminé trois grandes catégories d'items. La première catégorie reprenait stricto sensu les critères développés par Susan B. Rifkin dans son article séminal (39) (voir en Annexe 2 la présentation de ce modèle d'évaluation). Ces derniers sont au nombre de six : le leadership ; l'évaluation des besoins ; l'organisation ; la mobilisation des ressources ; le management ; se concentrer sur les pauvres. Deux articles reprenaient ces critères dans le cadre de l'évaluation de la participation (54,61).

La deuxième catégorie correspondait à l'utilisation des critères de Rifkin modifiés. En effet, six auteurs (45,51,52,56,57,60) ont souhaité amender plus ou moins les critères établis précédemment. Que cela soit notamment en raison du flou présumé des critères de Rifkin (52,60) ou encore dû à une définition de la participation légèrement différente, six articles ont utilisé des critères modifiés. Parmi ces six articles, aucun n'a repris les critères modifiés d'un autre, ils ont tous proposé leurs propres critères de Rifkin modifiés.

Enfin la troisième et dernière catégorie correspondait aux auteurs ayant proposé de nouveaux items (critères et/ou indicateurs) non explorés auparavant. Ces items étant extrêmement variés, nous les présentons en annexe de cette thèse. Sept articles étaient dans cette situation (43,49,50,53,55,58,59).

- *Les échelles de la participation*

Tous les auteurs de notre revue systématique s'accordent pour reconnaître que la participation existe sous plusieurs formes, sous plusieurs modalités. Les échelles de la participation sont une façon de mettre en forme ces différences et de les reconnaître.

Ces échelles peuvent être basées sur des variables qualitatives c'est-à-dire que les différentes formes de participation se distinguent par leur nature qualitativement différente (l'une peut prendre en compte les avis des citoyens par exemple versus une autre qui prend en compte l'avis des coordinateurs du programme). Ces échelles peuvent aussi dans certains cas être basées sur une variable quantitative c'est-à-dire que les différentes formes de participation sont alors distinctes en fonction du montant des ressources investies par exemple (53).

Dans notre revue de la littérature, quasiment toutes les évaluations de la participation s'appuyaient en sus des items (critères et/ou indicateurs) sur des échelles. En effet, la participation était dans treize études déclinée selon une échelle (43,45,50–54,56–61). Dans seulement deux articles, l'évaluation de la participation n'utilisait pas d'échelle (49,55).

Tableau 6 : Echelles de participation

<b>Échelle de participation</b>	<b>Nombre d'articles</b>
Oui	13
Basée sur une ou des variables qualitatives	11
Basée sur une ou des variables quantitatives	2
Non	2

Dans les cas où les auteurs utilisaient une échelle de participation, dans onze cas sur treize cette échelle était basée sur des variables qualitatives et dans deux

cas sur des variables quantitatives. Cette utilisation des échelles fait consensus dans la littérature sur la participation, il existe au final peu d'articles n'utilisant pas une catégorisation grâce à ces échelles.

### *7. Les chaînes d'équivalences de la participation*

Ces chaînes d'équivalences peuvent se superposer car les usages de la participation ne sont pas exclusifs. Néanmoins nous avons distingué trois catégories qui correspondaient à trois manières homogènes de caractériser la participation et que nous avons retrouvées dans notre revue systématique.

La première chaîne d'équivalences correspondait à l'affirmation de la participation comme pouvoir citoyen. On retrouvait associés à cette caractérisation les termes de conflictualité, démocratie, pouvoir, reddition de comptes (« accountability »), mobilisation, transparence et décision. Cinq articles utilisaient le concept de participation avec cette chaîne d'équivalences (43,56,58–60). Une telle approche inscrit nécessairement la participation dans une lutte politique pour le pouvoir et la décision. Les enjeux éthiques sont également très proches d'une telle chaîne d'équivalences.

La deuxième chaîne d'équivalences rassemblait, avec la notion de participation, les termes de délibération, représentation, consensus, partenariat, éducation, collaboration, sentiment d'appartenance (« ownership »), efficacité, neutralité et intersectorialité. Neuf articles utilisaient le concept de participation avec cette chaîne d'équivalences (45,49,51–55,57,61). Avec une telle approche de la participation, c'est avant tout les enjeux scientifiques et de coopération qui sont mis en avant. La dimension politique peut également être revendiquée mais dans une acceptation non-partisane.



Enfin, la troisième et dernière chaîne d'équivalences associait la participation avec les notions de capital social et lien social. Un unique article utilisait la participation dans ce sens (50). Nous n'avons pas pu rattacher cet article à une des deux chaînes d'équivalences précédentes car les auteurs faisaient uniquement référence à des concepts des sciences cognitives. Néanmoins il est possible qu'une telle conception de la participation puisse être associée à une des deux chaînes décrites précédemment.

Au final, l'ensemble des résultats de cette revue systématique permettait de clarifier en partie le concept de participation en promotion de la santé. Comme l'attestait le lieu des évaluations, cette participation est essentiellement issue des politiques de développement. Le recueil des devis d'évaluation nous a finalement peu renseignés sur les différentes définitions de la participation. Ces devis mettaient néanmoins en lumière la complexité de cette dernière car les auteurs rappelaient l'impossibilité de standardiser la participation à travers des devis expérimentaux par exemple. Les critères et/ou indicateurs nous ont principalement renseignés sur les liens entre la décision et la participation. Mais de par le grand nombre de critères/indicateurs et leur polysémie, ils ont été difficilement exploitables. Enfin, les chaînes d'équivalences ont été précieuses pour clarifier la participation en promotion de la santé. Deux catégories principales de la participation en étaient issues. La première s'appuyait sur une définition intégrant la notion de pouvoir et de conflictualité alors que la deuxième intégrait les concepts de consensus et de délibération.

Afin de poursuivre notre objectif d'opérationnalisation de la participation en promotion de la santé, nous avons dans un deuxième temps développé un cadre d'évaluation de cette dernière.

## B. Décrire un cadre d'évaluation de la participation en promotion de la santé

Tout d'abord, nous avons retenu le sens de la participation en promotion de la santé tel que la première chaîne d'équivalences le spécifiait. En effet, nous avons fait ce choix car nous avons souhaité nous démarquer du cadre d'évaluation de Rifkin qui utilise une définition de la participation proche de la seconde chaîne d'équivalences. Pour étudier la participation dans toute sa complexité, il nous a semblé qu'un cadre d'évaluation s'adossant à une définition alternative de la participation était nécessaire. Nous avons donc considéré que la participation relevait d'un processus politique potentiellement conflictuel.

Ce cadre d'évaluation de la participation en promotion de la santé comportait trois éléments : des critères ; une grille d'analyse ; une représentation graphique.

### 1. *Les critères*

A la lumière des cadres d'évaluation étudiés dans la revue systématique, de la définition de la participation en promotion de la santé que nous venons de spécifier et de nos lectures sur la participation dans les disciplines des sciences politiques et la sociologie, cinq critères de processus ont été sélectionnés : la publicisation ; la représentation et la participation directe ; les sources de légitimité ; la décision ; la transparence.

Parmi ces critères, trois (la représentation et la participation directe ; la décision ; la transparence) étaient déjà en partie traités dans la plupart des cadres d'évaluation de notre revue. Par exemple le critère de leadership, explorant les enjeux de représentation et de décision, était utilisé dans sept articles (45,51,54,56,58,60,61)

de notre revue systématique. Le critère de décision, indépendant de la question du leadership, était retenu dans quatre articles (43,52,58,59). Néanmoins aucun des articles de notre revue systématique n'explorait la publicisation et les sources de légitimité. Ces critères sont pourtant essentiels dans toute démarche participative (62).

En sus des critères de processus mentionnés précédemment, nous avons souhaité intégrer un critère de résultat. Dans notre revue systématique, un unique article spécifiait un critère de résultat (53). Il s'agissait d'un critère monétaire permettant d'évaluer les bénéfices économiques liés à la participation. Les autres articles ne spécifiaient pas les effets attendus de la participation. Dans notre élaboration d'un cadre évaluatif, nous ne nous sommes pas intéressés aux effets sur la santé tels que mesurés par l'épidémiologie. Ces derniers sont essentiels et nous ne revenons pas sur la nécessité d'avoir des données fiables au long cours pour évaluer les effets sanitaires de la participation. Nous avons souhaité mettre l'accent sur une autre catégorie d'effets de la participation, il s'agit des effets politiques qui sont des éléments importants pour la santé (63). Nous avons développé pour cela un unique critère : l'émancipation (64). Ce dernier est très proche de la notion d'autonomie qui est souvent mentionnée en santé publique.

Au final, les critères que nous avons sélectionnés pour notre cadre d'évaluation sont les suivants :

- *Publicisation (A qui la participation est-elle destinée ?)*

Ce critère détermine le caractère public de la participation. La diffusion de l'information concernant un dispositif participatif est essentielle pour son caractère démocratique. L'ensemble de la communauté doit être mis au courant de la

possibilité de participer. Ce critère de publicisation est également associé à l'enjeu de délimitation de la communauté.

- *Représentation et participation directe (Qui participe ?)*

Ce critère interroge la composition des participants. Les représentants, dans le cadre de la démocratie radicale et directe, doivent être efficacement contrebalancés par un pouvoir citoyen. Les membres de la communauté doivent également directement participer au processus sans nécessairement voir leurs avis interprétés par des représentants. Le mode de désignation des représentants est également un élément essentiel pris en compte par cet item.

- *Sources de légitimité (Comment se déroule la délibération ?)*

Il s'agit d'un critère important pour déterminer la qualité de la participation. Au sein d'un dispositif, la légitimité peut provenir de diverses sources. Elle peut être issue du statut professionnel (médical versus paramédical), personnel (homme versus femme) mais aussi institutionnel (agence d'État versus collectivités), etc. Dans un deuxième temps, cette légitimité provient de la procédure elle-même, c'est-à-dire par exemple de l'argumentation rationnelle. Or cet élément peut être injuste (62). A ce titre, des formes de légitimité non rationnelles sont nécessaires.

- *Décision (Qui décide ?)*

Comme exploré dans les différents enjeux autour de la définition de la participation dans le premier objectif de cette thèse, la décision est une question cruciale. Nous avons considéré que la décision devait être répartie de manière égalitaire. A la manière des jurys citoyens par exemple, l'ensemble des participants (et leurs représentants légitimes) peut décider.

- *Transparence (Comment décide-t-on ?)*

Ce critère concerne la transparence des prises de décisions. En effet, le contrôle des procédures décisionnelles est essentiel pour toute démarche démocratique. A l'image de la publicisation développée ci-dessus, la transparence est importante pour toute démarche juste et démocratique.

- *Émancipation*

Ce critère correspond à trois éléments : la capacité de mobilisation des individus ; la formulation politique des problèmes ; la politisation (montée en généralité et conflictualité). Il reflète la dimension politique des résultats de la participation.

## *2. La grille d'analyse*

Cette grille a repris l'ensemble des critères et pour chacun a défini les indicateurs qui permettent de le situer sur le continuum participatif.

## Critères de la participation en promotion de la santé

*Continuum normatif de la participation en promotion de la santé*

1

2

3

4

5



### Processus

<p style="text-align: center;"><b>Publicisation</b></p> <p><u>Question</u> : quelle est la publicisation de la participation ? = est-ce que la participation est ouverte sur la société civile ?</p>	<p>La participation n'est pas publicisée auprès de la communauté concernée</p>		<p>La participation est peu publicisée (elle est réservée à un public d'initiés)</p>		<p>La participation est largement publicisée et elle touche l'ensemble des membres de la communauté concerné par l'intervention</p>
<p style="text-align: center;"><b>Représentation et participation directe</b></p> <p><u>Question</u> : quelle est la légitimité de la représentation et comment s'articule-t-elle avec la démocratie directe ? = les représentants sont-ils nécessaires et légitimes ?</p>	<p>Les citoyens ne sont pas présents directement dans les lieux de participation. Ils sont représentés par des professionnels non élus démocratiquement</p>		<p>Les citoyens sont présents directement dans les lieux de participation. Ils sont également représentés par des professionnels élus démocratiquement mais difficilement révocables</p>		<p>Les citoyens sont présents directement dans les lieux de participation. Ils sont également représentés, si nécessaire, par des personnes issues de leurs rangs, non professionnels et élus démocratiquement, et en permanence révocables</p>

<p><b>Sources de légitimité</b>  <u>Définition</u> : la légitimité est le caractère de ce qui est fondé par le droit et la justice.  <u>Question</u> : quelles sont les sources (institutions, genre, appartenance sociale, formes d'expressions) de la légitimité dans les lieux participatifs ? = qui prend la parole et comment ?</p>	<p>La légitimité au sein des lieux participatifs est dominée notamment selon l'origine sociale et/ou le genre et/ou la couleur de peau et/ou l'appartenance institutionnelle de ses membres</p>		<p>La légitimité provient uniquement de l'argumentation rationnelle</p>		<p>L'argumentation est articulée et contrebalancée par des formes d'expressions différentes (théâtres, témoignages, récits, dessins, etc.). Notion de rhétorique délibérative (force des arguments)</p>
<p><b>Décision</b>  <u>Définition</u> : répartition égalitaire du pouvoir de décision entre les membres d'une société.  <u>Question</u> : comment est réparti le pouvoir de décision dans le processus participatif ? = qui décide ?</p>	<p>Pouvoir de décision dans les seules mains des représentants professionnels et/ou des experts (= oligarchie)</p>		<p>Pouvoir de décision partagé entre les représentants professionnels/experts et les citoyens</p>		<p>Pouvoir de décision réparti équitablement entre les mains des citoyens et de leurs représentants légitimes</p>
<p><b>Transparence</b>  <u>Question</u> : quelle est la transparence des prises de décisions au sein du groupe ? = comment décide-t-on au sein du groupe ?</p>	<p>Les prises de décision ne font pas l'objet d'une procédure explicite et sont opaques</p>		<p>La transparence des prises de décision est aléatoire</p>		<p>Les prises de décision font l'objet d'une procédure rigoureuse et sont transparentes</p>

## Critères de la participation en promotion de la santé

*Continuum de la participation en promotion de la santé*

1

2

3

4

5



### Résultat

#### **Émancipation**

Définition : processus de libération politique, individuel et collectif, vis-à-vis d'un ensemble de tutelles, de normes ou d'assignations minorantes.

Question : le processus participatif est-il émancipateur ?

Aucun des critères ci-dessous n'est atteint par la participation :  
capacité de mobilisation collective ;  
formulation politique des problèmes ;  
politisation (montée en généralité et conflictualité)

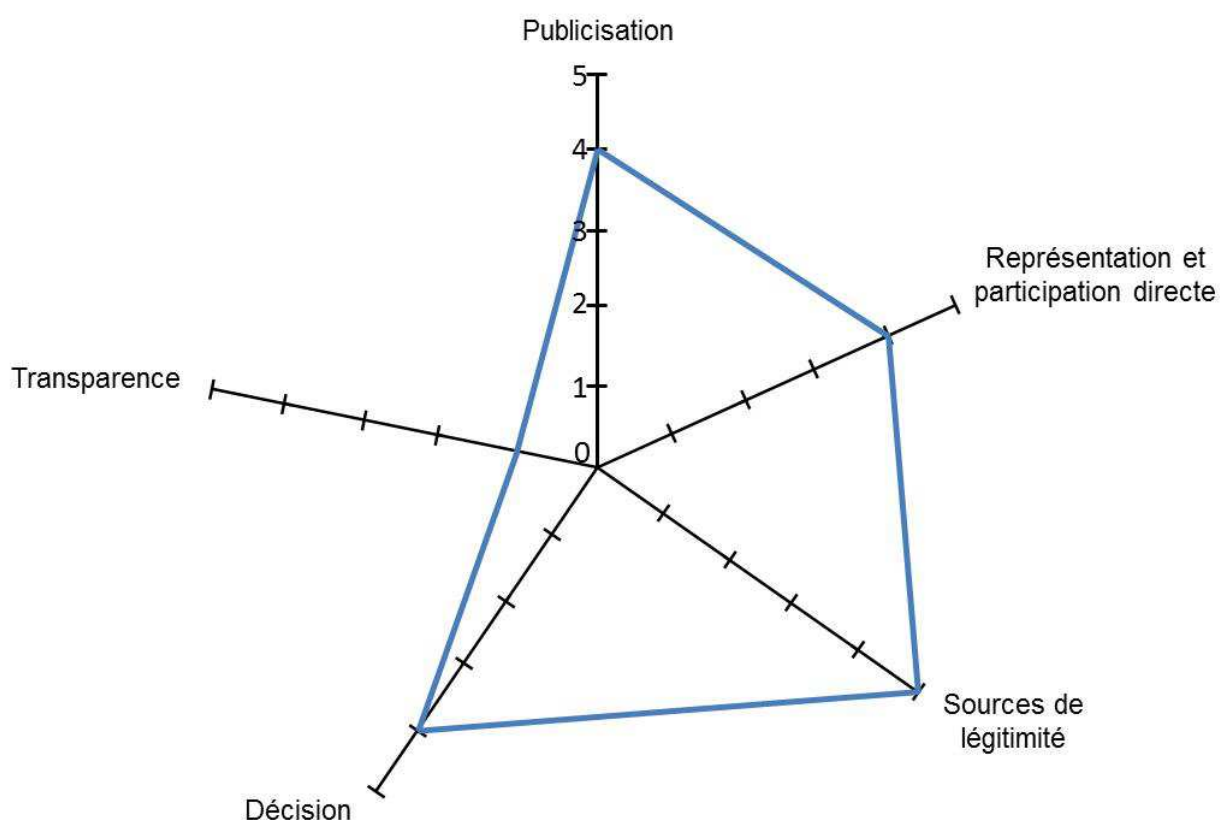
Au moins 1 des critères ci-dessous est atteint par la communauté :  
capacité de mobilisation collective ;  
formulation politique des problèmes ;  
politisation (montée en généralité et conflictualité)

Au moins 2 des critères ci-dessous sont atteints par la communauté :  
capacité de mobilisation collective ;  
formulation politique des problèmes ;  
politisation (montée en généralité et conflictualité)



### 3. Une représentation graphique

Opérationnaliser la participation en promotion de la santé nécessite que les acteurs de terrain aient également des moyens de communiquer leurs travaux. La représentation graphique est à ce titre essentielle. Nous avons pour ce faire utilisé un diagramme en forme de toile d'araignée qui reprend les critères de processus mentionnés ci-dessus. Une telle figure permet de représenter le continuum de la participation pour chaque critère. Comme les auteurs de notre revue systématique utilisant une telle méthode graphique (45,51,54,56,57,60,61), nous n'avons pas hiérarchisé les critères et avons considéré qu'ils étaient tous équivalents.



**Figure 3** : Exemple de diagramme en toile d'araignée pour évaluer le processus de la participation en promotion de la santé

## DISCUSSION

Afin d'améliorer l'opérationnalisation de la participation en promotion de la santé, notre thèse avait pour objectifs de clarifier cette notion et de proposer un cadre d'évaluation de cette participation.

Les principaux résultats de notre revue systématique ont mis en évidence deux chaînes d'équivalences de la participation s'articulant autour de concepts clés. Les résultats ont également permis de dégager les devis d'évaluation utilisés qui rappelaient la complexité de la participation et l'impossibilité de standardiser celle-ci. Une grande diversité de critères/indicateurs utilisés pour l'évaluation a été retrouvée. Ils ont mis en évidence le lien entre la décision et la participation. On a noté l'influence importante des travaux séminaux de Susan B. Rifkin quant à la caractérisation de ces items. Enfin la majorité des articles, pour caractériser la participation, mettait en œuvre des échelles basées sur des variables qualitatives.

Dans un deuxième temps, nous avons présenté un cadre évaluatif qui s'inspire, dans sa conception, de celui présenté par Rifkin il y a près de trente ans. Nous avons insisté sur l'importance d'évaluer le processus. Les effets de la participation ne sont pas oubliés mais sont évalués dans un deuxième temps. Nous avons mis en évidence cinq critères de processus :

- Publicisation (A qui la participation est-elle destinée ?)
- Représentation et participation directe (Qui participe ?)
- Sources de légitimité (Comment se déroule la délibération ?)
- Décision (Qui décide ?)
- Transparence (Comment décide-t-on ?)

Ces cinq critères ont été mesurés sur un continuum normatif. Nous avons considéré que la participation en promotion de la santé se plaçait dans une certaine perspective éthique. Pour ce faire, nous avons élaboré une grille d'analyse de ces critères et définis l'atteinte bonne (c'est-à-dire éthique) de ces derniers.

Dans un dernier temps nous avons rappelé l'importance d'évaluer les effets de la participation. Ces derniers sont mesurés par des études épidémiologiques et par une prise en compte des effets politiques de la participation. A ce titre nous avons définis un unique critère politique : l'émancipation.

Au final, notre revue systématique de la littérature et la réalisation d'un cadre d'évaluation ont mis en évidence quelques-uns des nombreux enjeux liés à l'opérationnalisation de la participation en promotion de la santé. Les praticiens de terrain sont perpétuellement confrontés à ces questions et toute démarche de mise en place concrète d'une intervention participative en promotion de la santé devra y répondre.

Dans cette partie discussion nous avons rassemblé quatre enjeux, apparus en partie dans les résultats de notre travail, qui nous semblent essentiels pour toute opérationnalisation de la participation en promotion de la santé :

- La tension entre participation et délibération avec en toile de fond la question de la nature des participants (experts, représentants, citoyens, etc.).
- Le rapport au pouvoir.
- Le lien entre participation et décision.
- L'enjeu éthique des processus participatifs.

Dans un dernier temps et au regard de l'ensemble de notre travail sur cette thèse, nous discuterons finalement de la possibilité de définir la participation en promotion de la santé.

#### A. Participation versus délibération

Toute démarche participative se trouve confrontée à la question de son public. Néanmoins plusieurs réponses peuvent être apportées à un tel enjeu et la dualité participation/délibération est une illustration de cette tension. A première vue ces deux termes sont très proches et peuvent parfois passer pour synonymes. En réalité, même s'ils partagent des points communs, leurs significations sont très différentes. Pour mieux le comprendre, il nous faut faire un bref détour par leurs histoires respectives.

Comme rappelé brièvement en introduction, les sociétés occidentales dans la seconde moitié du XXème siècle sont profondément transformées avec la revendication croissante d'un droit à l'expression politique et la diminution du rôle des partis politiques notamment (22). Chaque citoyen peut alors prétendre à avoir « voix au chapitre », à donner son avis, à prendre part dans les décisions collectives, à participer. On le comprend, le terme de participation est donc d'abord lié à la souveraineté populaire, à la capacité de décision des individus, à leur autonomie politique. En ce sens, la participation est le pouvoir de chacun de prendre part à la vie de la cité. Cette dimension égalitaire, chacun ayant une part égale dans la création des communs de l'espace public, ne rencontre pas nécessairement un écho dans la notion de délibération.

La délibération est aussi un concept dont la définition moderne est particulièrement récente. Jürgen Habermas, philosophe allemand héritier de l'école de Francfort, est le théoricien de la délibération. A partir d'une étude historique sur les conditions

d'apparitions de la philosophie des lumières des XVII<sup>ème</sup> et XVIII<sup>ème</sup> siècles, Habermas développe une éthique de la discussion. Le caractère juste d'un énoncé est alors produit selon lui, non pas en fonction des attributs de chacun des individus qui participe mais au contraire grâce à la procédure délibérative. C'est parce que tous les points de vue peuvent s'exprimer dans un espace public, où tous les protagonistes sont égaux, où la parole est libre et authentique, qu'émerge des décisions justes et éthiques. Cette conception de la délibération, qui peut sembler très théorique d'un premier abord, va profondément influencer les manières de produire des politiques publiques. Pour qu'elles soient justes, il suffit que chaque point de vue y ait été écouté. Un concept comme celui d'intersectorialité est un exemple direct de la théorie de l'éthique de la discussion. Une politique intersectorielle se revendique juste parce qu'elle a été produite selon une procédure où chaque point de vue, ici porté par les différents secteurs, a pu être entendu. On est alors bien éloigné de la notion de participation où ce ne sont pas les différents points de vue qui sont confrontés mais les individus. En effet, on peut imaginer que pour la délibération, tous les points de vue peuvent être présentés et débattus par un nombre restreint de personnes, des experts et des représentants par exemple. A l'inverse, la participation revendique que les experts et les représentants puissent être entendus mais également les citoyens, les associations, toutes les personnes et organisations concernées (25).

Au final cette tension entre participation et délibération est essentielle pour mieux comprendre les différentes définitions mises en exergue dans notre revue de la littérature à travers les chaînes d'équivalences. La première chaîne d'équivalences qui s'articule autour des notions de démocratie, pouvoir, conflits et reddition de compte notamment est proche d'une définition de la participation comme celle que nous venons

d'expliquer. Elle est finalement très proche du sens originel de la participation contemporaine comme rapport de forces entre tous les acteurs.

A l'inverse, la participation telle qu'elle a été définie dans la chaîne d'équivalences n°2 est bien plus proche de la notion de délibération. A travers les concepts de consensus, intersectorialité, communication ou plaidoyer, c'est d'abord à un arbitrage des points de vue qu'il est fait appel. Nous sommes ici en prise directe avec la théorie de l'éthique de la discussion développée par Habermas.

Après avoir discuté de la tension entre participation et délibération, intéressons-nous au lien entre participation et pouvoir. En effet, pour opérationnaliser la participation en promotion de la santé, les praticiens doivent prendre en compte la question de son lien avec le pouvoir.

## B. Le rapport au pouvoir

Les liens entre participation et pouvoir sont abondamment documentés. Dans un célèbre article publié en 1969 et repris par tous les chercheurs sur le domaine de la participation, Arnstein (44) définit cette participation comme le « pouvoir citoyen ». Elle fait donc ici explicitement référence à cette notion. Mais la question du rapport entre participation et pouvoir ne tient pas tant à la nature de leur lien qu'aux différentes définitions du pouvoir.

En effet, la véritable ligne de partage entre les différentes conceptions de la participation intervient quand est abordé le pouvoir comme une somme nulle ou illimitée (15). C'est ce point qu'il est crucial de comprendre pour opérationnaliser la participation. En effet, deux formes sont possibles. La première postule que le pouvoir est une quantité limitée et qu'il s'agit de le répartir équitablement entre les individus. Étant une

quantité limitée, le pouvoir fait l'objet de convoitise et d'une lutte entre les acteurs pour s'approprier la plus grande part. Cette manière d'appréhender le pouvoir est très clairement présente dans les articles mentionnant le concept de « reddition de comptes » ou encore de « conflit ». C'est en raison de la lutte pour le pouvoir que ces concepts sont mobilisés (65–67). On retrouve cette conception du pouvoir comme somme nulle dans la première chaîne d'équivalences.

Dans le cas contraire, le pouvoir comme somme illimitée postule que les pouvoirs de tous les acteurs s'additionnent. La lutte et le conflit ne sont pas nécessaires pour avoir du pouvoir, seule la motivation, l'éducation, les compétences sont à même de donner du pouvoir d'agir aux personnes. Nous sommes clairement dans la définition de la participation revendiquée par la deuxième chaîne d'équivalences. Chaque acteur a le potentiel d'avoir du pouvoir, la participation reflète cette capacité en plaçant les individus sur un pied d'égalité.

Cette tension dans l'appréhension et la définition du pouvoir en lien avec la participation se retrouve clairement dans les articles de notre revue de la littérature. Toute l'évaluation qui découle de la définition de la participation sera donc influencée par ces conceptions et ces partis pris initiaux.

### C. Participation et décision

Les dispositifs participatifs se trouvent très souvent confrontés à la question de la décision. Dans la plupart des cas, les participants n'ont pas de pouvoir de décision, ce dernier restant l'apanage des experts, des représentants et des institutions traditionnelles. A ce titre, notre revue de la littérature éclaire ce lien entre participation et décision à travers les critères analysés. Au niveau des items mis en évidence dans cette revue systématique, le critère « leadership » présent dans sept articles

(45,51,54,56,58,60,61) était associé à cette question. Quatre articles (43,52,58,59) mettaient également clairement l'enjeu de la décision au premier plan en ayant un critère dédié.

Néanmoins la participation n'a pas toujours pour objectif de changer les modes de décision déjà à l'œuvre pour les politiques de santé par exemple. Elle peut chercher une légitimation de ces politiques par des dispositifs que l'on pourrait qualifier de communicationnels voire parfois de publicitaires (68). En dépit des mouvements sociaux qui ont inspiré la participation et qui prônaient des transformations de la décision publique (19), la situation actuelle est tout à fait autre. En France, les dispositifs participatifs ne changent pas les lieux de décisions (68). En effet, on observe plutôt une récupération par les individus et institutions décisionnelles préexistantes des thématiques de la participation mais en limitant ses capacités transformatrices.

Au sein de cet enjeu lié à la décision, la place des représentants de la communauté est essentielle. Dans notre revue de la littérature, leur place est tout d'abord à situer sur le plan de la reddition de comptes (« accountability ») et dans un second temps sur le plan de la conflictualité. Certains articles que nous avons analysés contestent fortement (56,59) la légitimité des représentants institutionnels à prendre des décisions pour les citoyens. Mais ces oppositions ne sont pas retrouvées dans tous les articles (49,57). Dans notre travail, ces résultats sont associés avec des chaînes d'équivalences particulières. En effet, les articles où la contestation de la représentation est rapportée (56,59) sont ceux où les auteurs utilisent la première chaîne d'équivalences alors que les articles (49,57) où la contestation n'est pas rapportée sont ceux qui utilisent la seconde chaîne d'équivalences.



A ces questions s'ajoutent également un autre enjeu pour le lien entre participation en décision, celui de l'échelle de cette dernière. En effet, notre revue de la littérature a mis en évidence de grandes disparités dans les niveaux géographiques et institutionnels où prennent place ces dispositifs participatifs. Que cela soit dans des réflexions autour du rôle de l'État (56), ou bien plus régulièrement au niveau local (52,57,60,61), la décision se trouve toujours prise dans une échelle. A ce titre, il est reconnu dans la littérature scientifique que la participation est souvent réduite à l'échelle locale (69). Le risque est alors que cette dernière soit enfermée dans ce niveau local essentiel mais bien souvent dépendant d'autres échelons. La décision se doit donc d'être toujours pensée dans ces dispositifs en articulation entre les niveaux. Autrement dit la visée transformatrice de la participation ne peut que se faire en modifiant l'ensemble des réseaux de décision.

#### D. L'éthique des processus participatifs

Le lien entre la participation et l'éthique normative (que nous définissons comme la sagesse de l'être et de l'action (70)) a toujours été étroit (71). Que ce lien soit contesté ou revendiqué, son existence a toujours posé question (15).

Dans notre revue de la littérature nous avons mis en évidence que l'extrême majorité des articles que nous avons inclus décrivent l'utilisation d'une échelle de la participation. Or cette échelle est dans bien des cas (45,51,52,54,56,57,60,61) une échelle normative dans le sens où les auteurs considèrent que l'atteinte d'un niveau plus élevé est bon en soi.

Ce qui distingue les différents articles n'est finalement pas leur visée normative mais plutôt le type de bien qu'ils poursuivent. En effet, ce qui fait débat est surtout la nature du bien. S'agit-il de l'efficacité d'une intervention (une participation permettant

d'augmenter l'efficacité d'une intervention est « meilleure » qu'une participation ne le permettant pas) ou alors de la participation pour elle-même (une participation réalisée pleinement est « meilleure » qu'une participation pas entièrement réalisée).

Au final cet enjeu éthique retombe dans la question des définitions de la participation, cette dernière étant considérée comme un moyen ou une fin, une intervention scientifique ou politique, etc. Le champ de la promotion de la santé a néanmoins une histoire davantage en faveur d'une appréhension politique de la participation. En effet, de par son héritage des mouvements sociaux de la seconde moitié du XXème siècle et par son plaidoyer en faveur de la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, la promotion de la santé définit la participation comme politique. En ce sens, l'enjeu éthique se porte bien sur la nature de cette politique plutôt qu'uniquement sur les conséquences liées à l'intervention finale. La question est néanmoins extrêmement problématique car c'est bien à une éthique des régimes politiques pris par la participation qu'un tel questionnement entend mener.

#### E. Définitions de la participation en promotion de la santé

A la lumière de notre travail, est-il possible de définir la participation en promotion de la santé ? C'est une tâche possible mais nous devons pour cela trancher des tensions fondamentales. Comme rappelé en introduction, la définition même de la promotion de la santé n'est pas stabilisée. Néanmoins, si l'on est fidèle aux racines historiques tant de la promotion de la santé que de la participation, notre définition doit laisser une place toute particulière aux notions de pouvoir, de conflit et de politisation (64).

Historiquement, un des grands débats qui a alimenté les controverses sur la participation en promotion de la santé est son appréhension comme une fin ou comme

un moyen (15). Les tenants d'une approche dite utilitariste (considérant la participation comme un moyen) ont adopté une vision souvent exclusivement scientifique alors que les tenants d'une approche dite d'empowerment ou militante ont adopté une vision davantage éthique (72).

A ces oppositions irréconciliables sur le fond, nous proposons une définition de la participation comme nécessairement politique. En ce sens nous rejoignons les tenants d'une définition non-utilitariste, mais nous revendiquons également une approche scientifique intervenant dans un second temps. En effet, le questionnement éthique et politique est, selon nous, toujours premier dans toute réflexion sur la participation en promotion de la santé. Ce questionnement peut ensuite évoluer dans un second temps dans un objectif scientifique d'efficacité ou de pérennité par exemple. Au final il existe deux cas de figures, la première est celle où la participation se veut purement politique et éthique et elle vise alors des enjeux de démocratie et de justice sociale (73–75) et un second cas où elle vise un objectif scientifique. Mais dans ce dernier cas, l'enjeu éthique et politique doit toujours être posé comme un préalable à la question scientifique.

Par conséquent en sus d'une définition de la participation en promotion de la santé mentionnée par Rifkin et ses collègues : « la participation est un processus social à travers lequel des groupes spécifiques avec des besoins partagés vivant dans une zone géographique définie poursuivent activement l'identification de leurs besoins, prennent des décisions et établissent des mécanismes pour répondre à ces besoins » (39), nous avons souhaité lui adjoindre la définition suivante : « la participation est un processus politique de mise en tension du pouvoir des acteurs du champ de la santé publique dans une perspective de démocratie et de justice sociale ». Le terme d'acteurs renvoie ici aux citoyens, aux institutions, aux professionnels, aux représentants, à toutes les

formes individuelles et collectives qui agissent pour la santé. Nous entendons également la politique comme l'organisation du pouvoir au sein de la société (76) et le pouvoir comme les rapports de forces entre acteurs sociaux (77).

Cette définition de la participation dans son approche microsociologique développée précédemment par Rifkin mais aussi dans son approche macrosociologique faisant apparaître les enjeux politiques et éthiques, permet d'englober une plus grande complexité de cette notion.

#### F. Avantages et limites de notre étude

Pour notre premier objectif de clarification conceptuelle, l'utilisation d'une revue systématique a permis d'avoir un large panorama sur la question. Nous avons balayé plus de 1000 articles sur une durée relativement longue de quinze années. Au final nous avons recueillis des données particulièrement pertinentes pour notre question de recherche. Nous avons utilisé une méthode rigoureuse et éprouvée, la revue systématique, pour poser une question conceptuelle. Notre choix d'étudier l'évaluation de la participation en promotion de la santé s'est avéré judicieux pour analyser la nature même de cette participation.

Néanmoins notre étude possède des limites importantes. Tout d'abord notre recherche n'a pas pris en compte la littérature grise (livres, rapports, actes de congrès) qui auraient néanmoins pu enrichir les analyses sur la définition de la participation en promotion de la santé. De même le recueil de données auprès de professionnels de la promotion de la santé aurait pu préciser nos résultats. Nous nous sommes limités aux articles scientifiques et nous avons donc manqué de très nombreuses productions sur la participation en promotion de la santé notamment certaines de terrain.

De plus nous avons eu parfois des difficultés à utiliser certains outils tels que les chaînes d'équivalences où la polysémie des concepts retrouvés rendait difficile leur organisation dans des catégories cohérentes.

Quant à notre cadre d'évaluation, les critères sélectionnés sont loin d'être parfaits. En effet, ils restent relativement vagues et ne permettent pas toujours une évaluation précise. Néanmoins le rôle d'une telle évaluation est avant tout de questionner le dispositif participatif et à ce titre, les questions sont plus importantes que les réponses.

## **CONCLUSION**

Notre travail a tenté d'apporter une contribution au débat sur la participation en promotion de la santé. En proposant des pistes d'opérationnalisation de cette dernière, nous avons souhaité remettre l'enjeu pratique au cœur des réflexions. Néanmoins cette approche concrète ne peut se passer d'une clarification des concepts utilisés, c'est pourquoi il est essentiel de questionner la nature de la participation.

C'est sur ce dernier point que nous souhaitons terminer ce travail. La participation en promotion de la santé est nécessairement politique, le nier c'est mutiler la réalité (78). En reprenant un principe éthique clair, celui de l'égalité radicale entre les personnes, la participation en promotion de la santé invite tout un chacun à prendre part à la vie collective, sans qu'aucune situation ne soit l'apanage d'un groupe d'experts ou des représentants (19,79).

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
2. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
3. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
4. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Recommandations pour améliorer la participation des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques. 2011 oct p. 69.
5. Planète publique. Pour un débat citoyen sur la santé plus actif - Étude sur les modes de participation des usagers citoyens à la prise de décision en santé. 2011.
6. Agence régionale de santé Bretagne. Projet Régional de Santé Bretagne 2012-2016 [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Projet-Regional-de-Sante.125092.0.html>
7. Agence régionale de santé Île-de-France. Projet Régional de Santé Île-de-France 2013-2017 [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://prs.sante-iledefrance.fr/le-projet/>
8. Commission médicale d'établissement de l'AP-HP. Rapport d'activité de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. 2015 p. 129.

9. Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. Projet d'établissement 2013-2017. 2013 p. 24.
10. Plateforme Ateliers Santé Ville. Rencontre nationale ASV et projets territoriaux de santé 2016 : « Quand les habitants se mêlent de ce qui les regarde : santé! » 2016.
11. SFSP. Société Française de Santé Publique - Congrès 2011 [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfsp.fr/manifestations/congres2011/accueil.htm>
12. Bobbio L, Casillo I. Démocratie. In: Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation [Internet]. Paris: GIS Démocratie et Participation; 2013 [cité 1 août 2016]. Disponible sur: <http://www.dicopart.fr/fr/dico/democratie>
13. Cornwall A, Brock K. Beyond Buzzwords: « Poverty Reduction », « Participation » and « Empowerment » in Development Policy. Genève: United Nations Research Institute for Social Development; 2005.
14. Deschamps J-P. Une « relecture » de la charte d'Ottawa. Santé Publique. 15(3):313-25.
15. Morgan LM. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. Health Policy Plan. 2001;16(3):221–230.
16. Brandstetter S, McCool M, Wise M, Loss J. Australian health promotion practitioners' perceptions on evaluation of empowerment and participation. Health Promot Int. mars 2014;29(1):70-80.
17. Bacqué M-H, Sintomer Y, éditeurs. La démocratie participative: histoire et généalogie. Paris, France: Ed. la Découverte; 2011. 288 p.

18. Manin B. Principes du gouvernement représentatif. Paris: Flammarion; 2012.
19. Sintomer Y. Délibération et participation : affinité élective ou concepts en tension ?  
Participations. 10 oct 2011;(1):239-76.
20. Blondiaux L, Sintomer Y. L'impératif délibératif. Rue Descartes. 24 avr  
2009;(63):28-38.
21. Blondiaux L. La démocratie participative, sous conditions et malgré tout.  
Mouvements. 5 juin 2007;(50):118-29.
22. Blondiaux L. Le nouvel esprit de la démocratie : actualité de la démocratie  
participative. Paris, France: Seuil, DL 2008; 2008. 109 p.
23. Fournier P, Potvin L. Participation communautaire et programmes de santé: les  
fondements du dogme. Sci Soc Santé. 1995;13(2):39–59.
24. Letourmy A, Naïditch M. L'émergence de la démocratie sanitaire en France. Santé  
Société Solidar. 2009;8(2):15-22.
25. Blacksher E. Participatory and deliberative practices in health: meanings,  
distinctions, and implications for health equity. J Public Deliberation. 2013;9(1).
26. Zakus JDL, Lysack CL. Revisiting community participation. Health Policy Plan.  
1998;13(1):1–12.
27. OMS. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. 1978 [cité  
25 mars 2016]. Disponible sur:  
[http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/)



28. OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [Internet]. 1986 [cité 25 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
29. Tabuteau D, Pouvoirville G de, Bras PL, Collectif. Traité d'économie et de gestion de la santé. Paris: Les Presses de Sciences Po; 2009. 559 p.
30. Gates Foundation. Annual Report [Internet]. Bill & Melinda Gates Foundation. 2014. Disponible sur: <http://www.gatesfoundation.org/Who-We-Are/Resources-and-Media/Annual-Reports/Annual-Report-2014>
31. Hippocrate. Airs, eaux, lieux. Paris: Rivages; 1996.
32. OMS. Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. avr 7, 1948 p. 20.
33. Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe. Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique. Copenhague; 2012.
34. Bacqué M-H, Biewener C. L'empowerment, une pratique émancipatrice ? Paris, France: la Découverte, impr. 2015; 2015. 175 p.
35. Freire P, culturelle I d'action. Pédagogie des opprimés Suivi de Conscientisation et révolution. 1re éd. François Maspero; 1974. 205 p.
36. Popay J, Whitehead M, Hunter DJ. Injustice is killing people on a large scale—but what is to be done about it? J Public Health. 6 janv 2010;32(2):148-9.
37. Brännström IA, Persson LAM, Wall SI. Towards a framework for outcome assessment of health intervention. Eur J Public Health. 1 janv 1994;4(2):125-30.

38. Ridde V, Dagenais C. Approches et pratiques en évaluation de programmes. Montréal, Canada: Presses de l'Université de Montréal, DL 2012; 2012. 471 p.
39. Rifkin SB, Muller F, Bichmann W. Primary health care: on measuring participation. *Soc Sci Med.* 1988;26(9):931–940.
40. Khodyakov D, Stockdale S, Jones A, Mango J, Jones F, Lizaola E. On measuring community participation in research. *Health Educ Behav Off Publ Soc Public Health Educ.* juin 2013;40(3):346-54.
41. Réseau de recherche en santé des populations du Québec. La recherche participative : un levier pour l'action en santé publique. Montréal; 2010 oct.
42. Cornwall A, Jewkes R. What is participatory research? *Soc Sci Med.* 1 déc 1995;41(12):1667-76.
43. Nitsch M, Waldherr K, Denk E, Griebler U, Marent B, Forster R. Participation by different stakeholders in participatory evaluation of health promotion: a literature review. *Eval Program Plann.* oct 2013;40:42-54.
44. Arnstein SR. A ladder of citizen participation. *J Am Inst Plann.* 1969;35(4):216–224.
45. Draper AK, Hewitt G, Rifkin S. Chasing the dragon: developing indicators for the assessment of community participation in health programmes. *Soc Sci Med.* 2010;71(6):1102–1109.
46. Larivière V, Ni C, Gingras Y, Cronin B, Sugimoto CR. Bibliometrics: global gender disparities in science. *Nature.* 12 déc 2013;504(7479):211-3.

47. La Banque Mondiale. The World Bank participation sourcebook [Internet]. 1996 [cité 25 mars 2016] p. 280. Disponible sur:  
<http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/1996/02/696745/world-bank-participation-sourcebook>
48. Fortin M-F, Gagnon J. Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives. 3e édition. Chenelière Education; 2016. 518 p.
49. Butterfoss FD. Process evaluation for community participation. *Annu Rev Public Health*. 2006;27:323-40.
50. Ding N, Berry HL, O'Brien LV. One-year reciprocal relationship between community participation and mental wellbeing in Australia: a panel analysis. *Soc Sci Med* 1982. mars 2015;128:246-54.
51. Andersson CM, Bjärås G, Tillgren P, Ostenson C-G. A longitudinal assessment of inter-sectoral participation in a community-based diabetes prevention programme. *Soc Sci Med* 1982. déc 2005;61(11):2407-22.
52. Wagemakers A, Corstjens R, Koelen M, Vaandrager L, Van't Riet H, Dijkshoorn H. Participatory approaches to promote healthy lifestyles among Turkish and Moroccan women in Amsterdam. *Promot Educ*. déc 2008;15(4):17-23.
53. Johansson PM, Eriksson LS, Sadigh S, Rehnberg C, Tillgren PE. Participation, resource mobilization and financial incentives in community-based health promotion: an economic evaluation perspective from Sweden. *Health Promot Int*. juin 2009;24(2):177-84.

54. Baatiema L, Skovdal M, Rifkin S, Campbell C. Assessing participation in a community-based health planning and services programme in Ghana. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:233.
55. Galavotti C, Wheeler T, Kuhlmann AS, Saggurti N, Narayanan P, Kiran U, et al. Navigating the swampy lowland: a framework for evaluating the effect of community mobilisation in female sex workers in Avahan, the India AIDS Initiative. *J Epidemiol Community Health.* oct 2012;66 Suppl 2:ii9-15.
56. Falisse J-B, Meessen B, Ndayishimiye J, Bossuyt M. Community participation and voice mechanisms under performance-based financing schemes in Burundi. *Trop Med Int Health TM IH.* mai 2012;17(5):674-82.
57. Ndiaye P, Ndiaye NM, Diongue M, Faye A, Dia AT. Participation communautaire dans un projet de latrines en zone rurale sénégalaise. *Santé Publique Vandoeuvre-Lès-Nancy Fr.* févr 2010;22(1):147-54.
58. Thomas T, Narayanan P, Wheeler T, Kiran U, Joseph MJ, Ramanathan TV. Design of a Community Ownership and Preparedness Index: using data to inform the capacity development of community-based groups. *J Epidemiol Community Health.* oct 2012;66 Suppl 2:ii26-33.
59. Kapiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K. Public participation in health planning and priority setting at the district level in Uganda. *Health Policy Plan.* juin 2003;18(2):205-13.

60. Barker M, Klopper H. Community participation in primary health care projects of the Muldersdrift Health and Development Programme. *Curationis*. juin 2007;30(2):36-47.
61. Sanchez L, Perez D, Cruz G, Castro M, Kourí G, Shkedy Z, et al. Intersectoral coordination, community empowerment and dengue prevention: six years of controlled interventions in Playa Municipality, Havana, Cuba. *Trop Med Int Health TM IH*. nov 2009;14(11):1356-64.
62. Sanders LM. Against Deliberation. *Polit Theory*. 1997;25(3):347–376.
63. Wilkinson R, Pickett K, Canfin P, Verkaeren A. Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous. Paris; Namur (Belgique): Les Petits Matins; 2013. 500 p.
64. Louis J. L'ambition démocratique du community organizing : l'exemple de l'Alliance citoyenne de l'agglomération grenobloise. *Mouvements*. 2016;
65. Blondiaux L. Démocratie délibérative vs. démocratie agonistique ? *Raisons Polit*. 20 juin 2008;(30):131-47.
66. Cantelli F. La pensée politique anti-essentialiste de Chantal Mouffe. *Rev MAUSS*. 1 mars 2002;no 19(1):191-200.
67. Mouffe C. Le politique et la dynamique des passions. *Rue Descartes*. 1 oct 2004;(45-46):179-92.
68. Blatrix C. La démocratie participative en représentation. *Sociétés Contemp*. 3 juill 2009;(74):97-119.

69. Blondiaux L. L'idée de démocratie participative : enjeux, impensés et questions récurrentes. In: Gestion de proximité et démocratie participative. La Découverte. 2005. p. 316.
70. Badiou A. L'éthique: essai sur la conscience du mal. Caen, France: Nous; 2003. 120 p.
71. Williamson L. Patient and citizen participation in health: The need for improved ethical support. *Am J Bioeth.* 2014;14(6):4–16.
72. Rifkin SB. Paradigms lost: toward a new understanding of community participation in health programmes. *Acta Trop.* 1996;61(2):79–92.
73. Pieters H, Curzi D, Olper A, Swinnen J. Effect of democratic reforms on child mortality: a synthetic control analysis. *Lancet Glob Health.*
74. Franco Á, Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. Effect of democracy on health: ecological study. *BMJ.* 16 déc 2004;329(7480):1421-3.
75. Ruger JP. Democracy and health. *QJM.* 1 avr 2005;98(4):299-304.
76. Ricoeur P. Le paradoxe politique. *Esprit* 1940-. 1957;(250 (5)):721-45.
77. Foucault M. Histoire de la sexualité, tome 2 : L'usage des plaisirs. Gallimard; 1994.
78. Morin E. Introduction à la pensée complexe. Paris: Points; 2014.
79. Laugier S. Recommencer la philosophie : Stanley Cavell et la philosophie en Amérique. édition revue et augmentée. Paris: Vrin; 2014. 316 p.

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : Articles analysés dans la revue systématique

Nom de la revue	Année	Auteur	Pays où travaille l'auteur	Pays de l'évaluation	Chaînes d'équivalences	Devis d'évaluation	Groupe contrôle	Évaluation participative	Nature des données	Sources des données	Items	Échelle de la participation
Trop Med Int Health	2009	Sanchez et al.	Cuba	Cuba	Délibération Intersectorialité Consensus Empowerment	Étude transversale répétée	Avec groupe contrôle	Évaluation participative	Données qualitatives (documents, entretiens, observations)	Population directement concernée	Utilisation des 5 critères de Rifkin : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Évaluation des besoins</li> <li>○ Leadership</li> <li>○ Organisation</li> <li>○ Mobilisation des ressources</li> <li>○ Management</li> </ul>	Oui Basée sur des variables qualitatives
Curationis	2007	Barker et al.	Afrique du Sud	Afrique du Sud	Pouvoir Démocratie Conflictualité	Étude transversale	Sans groupe contrôle	Évaluation non participative	Données qualitatives (entretiens, questionnaires)	Population directement concernée	Utilisation des critères de Rifkin modifiés. Quinze indicateurs sont également proposés	Oui Basée sur des variables qualitatives
Health Policy Plan	2003	Kapiriri et al.	Norvège	Ouganda	Représentation Démocratie Pouvoir Reddition de comptes ( <i>accountability</i> )	Étude transversale	Sans groupe contrôle	Évaluation non participative	Données qualitatives (entretiens)	Population directement concernée	Nouveaux critères : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dans les bénéfices de santé</li> <li>○ Dans les activités</li> <li>○ Implémentation</li> <li>○ Suivi et évaluation</li> <li>○ Prise de décision</li> </ul>	Il y a une indistinction faite par les auteurs entre les items utilisés pour l'évaluation et l'échelle de la participation.

Nom de la revue	Année	Auteur	Pays où travaille l'auteur	Pays de l'évaluation	Chaînes d'équivalences	Devis d'évaluation	Groupe contrôle	Évaluation participative	Nature des données	Sources des données	Items	Échelle de la participation
J Epidemiol Community Health	2012	Galavotti et al.	États-Unis	Inde	Empowerment Stratégie Sentiment d'appartenance ( <i>ownership</i> )	Étude transversale	Sans groupe contrôle	Évaluation non participative	Données quantitatives et qualitatives	Les coordinateurs du programme	Nouveaux critères/indicateurs. Ces indicateurs majoritairement numériques (17/20) évaluent la participation selon la proportion de personnes-cibles payées présentes dans l'équipe de planification	Non
BMC Health Serv Res	2013	Baatiema et al.	Ghana	Ghana	Empowerment Sentiment de contrôle Collaboration Consensus	Étude transversale	Sans groupe contrôle	Évaluation non participative	Données qualitatives (entretiens, focus groups)	Population directement concernée, coordinateurs du programme	Utilisation des 5 critères de Rifkin <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Évaluation des besoins</li> <li>○ Leadership</li> <li>○ Organisation</li> <li>○ Mobilisation des ressources</li> <li>○ Management</li> </ul>	Oui Basée sur des variables qualitatives
Soc Sci Med	2010	Draper et al.	Royaume-Uni	Djibouti	Collaboration Efficacité Neutralité	Étude transversale	Sans groupe contrôle	Évaluation non participative	Données qualitatives (documents)	∅	Utilisation des critères de Rifkin modifiés : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Leadership</li> <li>○ Planification et management</li> <li>○ Inclusion des femmes</li> <li>○ Ressources externes</li> <li>○ Suivi et évaluation</li> </ul>	Oui Basée sur des variables qualitatives
Santé Publique	2010	Ndiaye et al.	Sénégal	Sénégal	Efficacité Implication Représentation	Étude transversale	Sans groupe contrôle	Évaluation non participative	Données qualitatives (entretiens)	Population directement concernée et coordinateurs du programme	Utilisation des critères de Rifkin modifiés : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Appréciation des besoins</li> <li>○ Détermination des activités</li> <li>○ Direction des activités</li> <li>○ Mise en œuvre des activités</li> <li>○ Mobilisation des ressources</li> <li>○ Gestion des ressources</li> <li>○ Suivi et évaluation</li> </ul>	Oui Basée sur des variables qualitatives
Trop Med Int Health	2012	Falisse et al.	Royaume-Uni	Burundi	Reddition de comptes ( <i>accountability</i> ) Représentation Droit – contrat Transparence	Étude transversale	Sans groupe contrôle	Évaluation non participative	Données qualitatives (à l'aide de questionnaires)	Population directement concernée	Utilisation des critères de Rifkin modifiés : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Leadership</li> <li>○ Organisation</li> <li>○ Communauté</li> <li>○ Activités</li> <li>○ Droits de décision</li> </ul>	Oui Basée sur des variables qualitatives



Nom de la revue	Année	Auteur	Pays où travaille l'auteur	Pays de l'évaluation	Chaînes d'équivalences	Devis d'évaluation	Groupe contrôle	Évaluation participative	Nature des données	Sources des données	Items	Échelle de la participation
Health Promot Int	2009	Johansson et al.	Suède	Suède	Collaboration Rationalité économique Stratégie	Étude transversale	Sans groupe contrôle	Évaluation non participative	Données quantitatives (argent et temps)	Ø	Nouveaux critères : Les auteurs développent un critère économique de la participation = proportion des ressources (temps et argent) investies dans le programme par les collaborateurs communautaires locaux par rapport aux ressources (temps et argent) investies en fonds extérieurs dédiés au projet	Oui Basée sur une variable quantitative Le critère évalue l'intensité de la mobilisation
Promot Educ	2008	Wagemakers et al.	Pays-Bas	Pays-Bas	Éducation Communication Responsabilisation	Étude transversale	Sans groupe contrôle	Évaluation participative	Données qualitatives (focus group)	Population directement concernée, les coordinateurs du programme	Utilisation des critères de Rifkin modifiés : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Évaluation des besoins</li> <li>○ Prise de décision</li> <li>○ Organisation</li> <li>○ Mobilisation des ressources</li> <li>○ Main d'œuvre</li> <li>○ Communication</li> </ul>	Oui Basée sur des variables qualitatives
Soc Sci Med	2005	Andersson et al.	Suède	Suède	Intersectorialité Délibération Partenariat	Étude transversale répétée	Sans groupe contrôle	Évaluation participative	Données qualitatives (documents et entretiens)	Population directement concernée	Utilisation des critères de Rifkin modifiés : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Planification</li> <li>○ Ressources</li> <li>○ Leadership</li> <li>○ Réseaux</li> <li>○ Implémentation</li> </ul>	Oui Basée sur des variables qualitatives
Soc Sci Med	2015	Ding et al.	Australie	Australie	Capital social Lien social Engagement civique Participation politique Fréquence de participation	Étude longitudinale	Ø	Évaluation non participative	Données quantitatives (à l'aide de questionnaires)	Population directement concernée	Nouveaux critères. Les auteurs en développent 3 renseignés par 67 indicateurs : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Connexion social informelle</li> <li>○ Engagement civique</li> <li>○ Participation politique</li> </ul>	Oui Basée sur une variable quantitative 7 niveaux de fréquence de participation

Nom de la revue	Année	Auteur	Pays où travaille l'auteur	Pays de l'évaluation	Chaînes d'équivalences	Devis d'évaluation	Groupe contrôle	Évaluation participative	Nature des données	Sources des données	Items	Échelle de la participation
J Epidemiol Community Health	2012	Thomas et al.	États-Unis	Inde	Mobilisation Plaidoyer Société civile	Étude transversale répétée	Sans groupe contrôle	Évaluation non participative	Données qualitatives (à l'aide de questionnaires)	Population directement concernée, coordinateurs du programme, acteurs partenaires	<p>Nouveaux critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Leadership</li> <li>○ Gouvernance</li> <li>○ Système de prise de décision</li> <li>○ Mobilisation des ressources</li> <li>○ Réseaux collectifs communautaires</li> <li>○ Management de projet</li> <li>○ Engagement avec l'État</li> <li>○ Engagement avec d'autres acteurs influant clés</li> </ul> <p>Vingt-trois indicateurs sont également proposés</p>	Oui Basée sur des variables qualitatives
Annu Rev Public Health	2006	Butterfoss et al.	États-Unis	∅	Sentiment d'appartenance ( <i>ownership</i> ) Consensus Représentation Satisfaction	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	<p>Nouveaux critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diversité des participants/organisations</li> <li>○ Recrutement de nouveaux membres</li> <li>○ Rôle dans la coalition ou ses activités</li> <li>○ Nombre et type d'événements</li> <li>○ Temps passé dans et en dehors des activités de la coalition</li> <li>○ Bénéfices et défis de la participation</li> <li>○ Satisfaction</li> <li>○ Équilibre de pouvoir et leadership</li> </ul>	Non
Eval Program Plann	2013	Nitsch et al.	Autriche	∅	Pouvoir Empowerment Décision	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	<p>Nouveaux critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le pouvoir de décision</li> <li>○ Les savoirs</li> <li>○ La mise en action</li> <li>○ Ces trois critères sont analysés selon la dimension temporelle et la pluralité des acteurs</li> </ul>	Oui pour les critères « Pouvoir de décision » et « savoirs » Basée sur des variables qualitatives

## ANNEXE 2 : Le modèle de Rifkin pour évaluer la participation

La participation est définie comme : « [...] un processus social à travers lequel des groupes spécifiques avec des besoins partagés, vivant dans une zone géographique définie, poursuivent activement l'identification de leurs besoins, prennent des décisions et établissent des mécanismes pour répondre à ces besoins » (39).

Six indicateurs sont définis a priori de l'évaluation. Ces six indicateurs captent la nature du processus participatif. Rifkin et ses collègues se sont appuyés sur l'étude et l'analyse de deux cents cas témoins d'interventions participatives pour faire ressortir leurs caractéristiques. Ces six indicateurs sont :

- 1) L'évaluation des besoins
- 2) Le leadership
- 3) L'organisation
- 4) La mobilisation des ressources
- 5) Le management
- 6) Se concentrer sur les pauvres

### L'évaluation des besoins :

Cet indicateur pose la question « Qui évalue les besoins d'une communauté avant la mise en place d'un programme de santé publique ? ». Dans le cas où cette évaluation des besoins est réalisée par des professionnels, cet item est alors faible. Dans le cas contraire où l'évaluation des besoins est entièrement réalisée par les membres de la communauté, cet item est fort.

### Le leadership :

Cet indicateur pose la question « Quel(s) groupe(s) est/sont représenté(s) par le leadership ? ». L'enjeu est de s'interroger sur la représentativité de ce leadership. Cet

indicateur est particulièrement sensible à l'inclusion ou l'exclusion des pauvres. Dans le cas où le leadership incarne et représente uniquement la minorité des personnes privilégiées et continue d'agir dans leurs intérêts, cet indicateur est alors faible. Dans le cas où le leadership représente la variété des intérêts, l'indicateur est alors fort.

#### L'organisation :

Cet indicateur reflète l'intégration dans le programme des organisations communautaires préexistantes. Il examine également comment ces organisations sont agencées en interne pour prendre des décisions et quels sont leurs liens avec les professionnels de santé. Dans le cas où les coordinateurs du programme et les professionnels de santé ne mobilisent pas d'organisations communautaires ou lorsque ces dernières sont créées spécifiquement par ces professionnels pour le programme, l'indicateur est déclaré faible. Dans le cas inverse, l'organisation est dite forte.

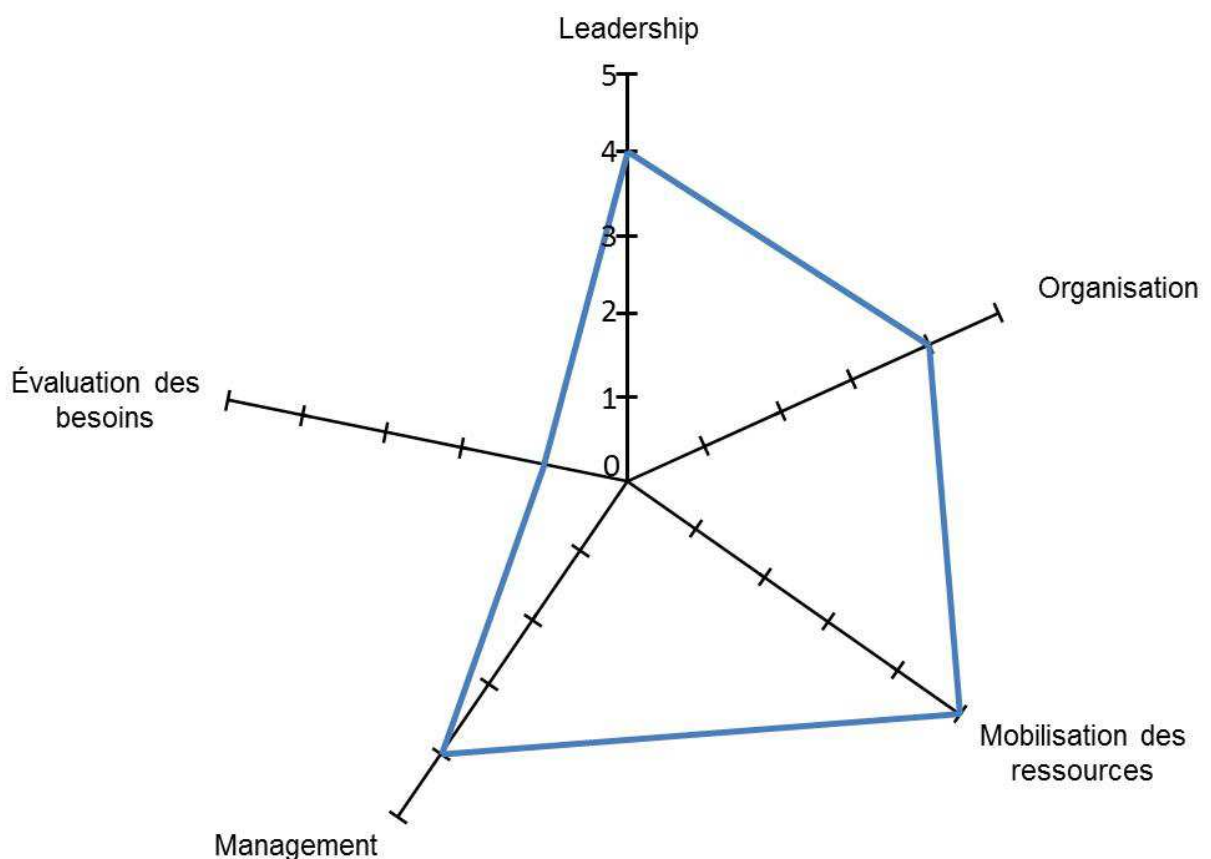
#### La mobilisation des ressources :

Cet indicateur correspond à la capacité de la communauté à mobiliser ses propres ressources. Le postulat d'un tel raisonnement réside dans la nécessité pour une communauté d'obtenir une indépendance vis-à-vis des acteurs extérieurs. Cet indicateur prend aussi en compte la flexibilité de la communauté pour allouer ces ressources, la marge de manœuvre dont elle dispose. Une plus grande capacité de cette mobilisation correspond à un indicateur fort.

#### Le management :

Cet indicateur reflète le management des organisations responsables du programme ainsi que le management du programme en lui-même. Dans le cas où le management serait orienté en faveur des professionnels de santé ou des coordinateurs du programme, l'indicateur est considéré comme faible.

A l'exception du sixième indicateur, les cinq premiers peuvent être évalués sur un continuum allant de la participation dite « large » d'un côté à la participation « étroite » de l'autre. Rifkin et ses collègues ont choisi de déterminer un continuum qui va de la valeur 1 (où la participation est considérée comme « étroite ») à 5 (où la participation est considérée comme « large »). Afin de représenter ces indicateurs et leurs échelles, un diagramme en forme d'étoile d'araignée est réalisé. Il n'existe pas de valeur 0 possible car les auteurs considèrent que dans chaque communauté où un programme de santé publique se déroule, les membres de la communauté participent déjà, a minima, à répondre à leurs besoins de santé.



**Figure 4** : Le diagramme en toile d'araignée de Rifkin pour évaluer la participation

En ce qui concerne la nature des données utilisées pour déterminer le niveau de chaque indicateur, les auteurs préconisent de réaliser des observations, des entretiens et des focus groups auprès de personnes clés impliquées dans le programme. Ce sont ces données qui seront ensuite analysées à travers une grille d'analyse et permettront de représenter le diagramme en toile d'araignée. Les auteurs ont également proposé une grille pour situer chaque indicateur en fonction du continuum correspondant.

Tableau 7 : Grille d'analyse des indicateurs de Rifkin

<b>NIVEAUX DE PARTICIPATION</b>					
<i>Indicateurs</i>	<b>Étroite 1</b>	<b>Restreinte 2</b>	<b>Moyenne 3</b>	<b>Ouverte 4</b>	<b>Très large 5</b>
<b>Évaluation des besoins</b>	Imposée de l'extérieur à partir de points de vue médicaux et professionnels	Les intérêts de la communauté sont pris en compte mais le point de vue médical domine l'évaluation des besoins	Le leader représente les points de vue de la communauté et évalue les besoins	Les représentants de la communauté évaluent les besoins	Les membres de la communauté évaluent leurs besoins
<b>Leadership</b>	Le leadership est orienté en faveur d'une minorité. La représentation est biaisée.	Pas de représentation authentique de la communauté mais le leadership est indépendant des groupes d'intérêts	Il existe une bonne représentation de la communauté mais elle est sous le contrôle du leader	La représentation de la communauté est authentique et prend des initiatives	La représentation de la communauté est optimale et contrôle le leader
<b>Organisation</b>	Les représentants de la communauté sont imposés de l'extérieur et sont inactifs	Les représentants de la communauté sont imposés de l'extérieur mais développent quelques activités	Les représentants de la communauté sont imposés de l'extérieur mais sont pleinement actifs	Les représentants de la communauté travaillent avec d'autres organisations communautaires	Les organisations communautaires préexistantes ont participé à la mise en place des représentants
<b>Mobilisation des ressources</b>	Petite quantité de ressources mobilisée par la communauté. Pas de contrôle des représentants	Les services sont payants. Pas de contrôle des représentants sur l'allocation des ressources	La communauté soulève des fonds périodiquement mais n'est pas impliquée dans le contrôle des dépenses	La communauté soulève des fonds régulièrement et les représentants contrôlent l'utilisation de ces ressources	Quantité importante de ressources mobilisées par la communauté et les représentants contrôlent cet argent.
<b>Management</b>	Induit par les services de santé. Le leadership est supervisé par les professionnels de santé	Le leader manage indépendamment avec une légère implication des représentants de la communauté	Les représentants de la communauté s'autogèrent mais n'ont aucun contrôle sur les activités du leader	Les représentants de la communauté s'autogèrent et sont impliqués dans la supervision du leader	Le leader rend des comptes aux représentants et est supervisé par ces derniers

**AUTEUR :**                      **Nom : Campagné**                      **Prénom : Guillaume**  
**Date de Soutenance : 29 septembre 2016**  
**Titre de la Thèse :**  
**L'évaluation de la participation en promotion de la santé : une revue systématique**  
**Thèse - Médecine - Lille 2016**  
**Cadre de classement : Médecine**  
**DES + spécialité : Santé publique et Médecine Sociale**  
**Mots-clés : participation, promotion de la santé, définitions, évaluation, revue systématique**

**Résumé :** L'évaluation de la participation en promotion de la santé : une revue systématique  
**Contexte :** La participation en promotion de la santé est une expression polysémique. Par conséquent l'opérationnalisation de celle-ci est un défi important pour les acteurs de santé publique. Les objectifs de ce travail étaient de clarifier le concept de participation en promotion de la santé et de décrire un cadre d'évaluation de cette participation.  
**Méthode :** Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature portant sur l'évaluation de la participation en promotion de la santé. Nous avons effectué notre recherche à partir de la base de données Medline entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 31 décembre 2015. Nous en avons notamment extrait les devis d'évaluation, les items utilisés ou encore les chaînes d'équivalences.  
En comparant ces résultats à une revue de littérature non systématique menée sur la participation en science politique et sociologie, nous avons également caractérisé des critères, une grille d'analyse et une représentation graphique pour définir un cadre d'évaluation de la participation en promotion de la santé.  
**Résultats :** Nous avons recueillis 1037 articles et après l'analyse des titres et résumés, 91 articles ont été retenus. Suite à la lecture de ces derniers, 15 articles ont été inclus dans l'analyse finale. Nous avons mis en évidence des enjeux conceptuels autour de la différence entre participation et délibération, de la définition du pouvoir, de l'enjeu de la décision et de la dimension éthique des processus participatif.  
Le cadre d'évaluation contenait six critères : la publicisation ; la représentation et la participation directe ; les sources de légitimité ; la décision ; la transparence. La grille d'analyse prenait en compte un continuum participatif pour chacun des critères et les résultats de l'évaluation étaient représentés sur un diagramme en forme de toile d'araignée.  
**Conclusion :** L'opérationnalisation de la participation en promotion de la santé nécessite une prise en compte de ses aspects politiques. L'étude de la participation par les sciences humaines et sociales est nécessaire pour une mise en pratique dans le domaine de la santé publique.

**Composition du Jury :**  
**Président : Monsieur le Professeur Jean-Louis SALOMEZ**  
**Asseseurs : Madame le Professeur Florence RICHARD**  
**Monsieur le Docteur Benoît DERVAUX**  
**Monsieur le Docteur Eric BRETON**