

# CONTRIBUTION A UNE ANALYSE SOCIOLOGIQUE DE LA PARTICIPATION CITOYENNE.

Alexandre Fauquette, docteur en science  
politique, postdoctorant MESHS-CNRS.

A series of several parallel white lines of varying thicknesses, slanted diagonally from the bottom left towards the top right, set against a blue gradient background.

- ▶ Membre du CERAPS (laboratoire spécialisé, entre autres, sur l'étude de la démocratie participative).
- ▶ Une thèse sur la démocratie sanitaire (versant sanitaire de la démocratie participative).
- ▶ Une problématique de recherche sur les spécificités de la participation en santé.

3 CARACTÉRISTIQUES DE LA PARTICIPATION EN SANTÉ : CARACTÈRE ANXIOGÈNE; RÔLE MAJEUR DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (MANQUE DE FORMATION, CONDITIONS PROFESSIONNELLES PEU FAVORABLES, ETC.); DEUX TYPES DE PARTICIPATION (À SA PROPRE SANTÉ; À DES PROJETS COLLECTIFS DE SANTÉ).

► Un plan en trois temps :

I) Analyser et comprendre le succès de la participation dans le secteur de la santé.

II) Les points aveugles et les paradoxes de la participation.



► I. Comment expliquer le développement du discours et des outils de la participation.

1) Un constat : le recul du déséquilibre de la relation entre patients et professionnels de santé.

- ❑ Un glissement sémantique,
- ❑ La progression des droits des patients,
- ❑ La prolifération de guides et méthodes pour impliquer le patient.

2) Des variables explicatives lourdes :

- ❑ Une réponse à la crise du savoir médical (médecine attaquée sous plusieurs aspects : dans sa prétention à soigner, potentiel déshumanisation, critiques néo-marxistes et féministes).
- ❑ Le rôle des associations de malades du sida dans les années 1980 (activisme thérapeutique).
- ❑ La rhétorique de la nécessaire modernisation des services publics et le succès du New Public Management.

3) Le glissement d'un idéal participatif vers un système de représentation des usagers ou l'institutionnalisation extrême de la démocratie sanitaire.

L'impression d'être dans une assemblée politique; des débats vifs mais sans réels effets; une démocratie sanitaire ronronnante et grisonnante; une captation de la participation par les associations; des représentants peu représentatifs; Une participation qui se limite à de la consultation;

## Échelle de la participation (Arnstein, 1969)

<p><b>Contrôle citoyen</b> : une communauté locale gère de manière autonome un équipement ou un quartier.</p>	<b>Pouvoir réel des citoyens</b>
<p><b>Délégation de pouvoir</b> : le pouvoir central délègue à la communauté locale le pouvoir de décider un programme et de le réaliser.</p>	
<p><b>Partenariat</b> : la prise de décision se fait au travers d'une négociation entre les pouvoirs publics et les citoyens</p>	
<p><b>Conciliation</b> : quelques habitants sont admis dans les organes de décision et peuvent avoir une influence sur la réalisation des projets.</p>	<b>Coopération symbolique</b>
<p><b>Consultation</b> : des enquêtes ou des réunions publiques permettent aux habitants d'exprimer leur opinion sur les changements prévus.</p>	
<p><b>Information</b> : les citoyens reçoivent une vraie information sur les projets en cours, mais ne peuvent donner leur avis.</p>	
<p><b>Manipulation</b> : information biaisée utilisée pour « éduquer » les citoyens en leur donnant l'illusion qu'ils sont impliqués dans le processus.</p>	<b>Non-participation</b>

▶ II. Points aveugles et paradoxes de la participation.

1) Le patient au centre... de quoi? L'exemple de l'ETP.

- ❑ Le patient au centre des préoccupations des professionnels de santé
- ❑ Mais non au centre des dispositifs
- ❑ Aucun pouvoir décisionnel des patients.

2) La participation du patient ou le renforcement du pouvoir médical.

Une infantilisation du public;

**Photos prises lors d'une séance d'ETP au cours de laquelle l'infirmière « explique » la survenue du diabète.**

Sur ces deux photos, l'impression d'être à l'école est patente : l'infirmière note des choses sur le paperboard (elle est la seule à pouvoir le faire) et la disposition de la salle laisse entrevoir qu'elle seule est en mesure de diffuser un savoir. C'est finalement bien le/la professionnel(le) de santé qui est « au centre ».





À la fin de l'exercice, l'infirmier se montre satisfait : *« c'est bien, vous avez des bonnes notions, parce que vous avez fait plusieurs classements. Et il y avait plusieurs possibilités de classement »*



Les premiers vecteurs du pouvoir  
médical reste souvent les patients  
eux-mêmes.



3) La participation des usagers ou le renforcement du pouvoir politique : un retour aux conclusions classiques des travaux sur la démocratie participative?

Un pouvoir d'autorisation, un pouvoir de sanction, un pouvoir d'imposition; l'arme du financement.

4) La participation des usagers comme faire-valoir politique ou professionnelle : l'exemple des projets de maisons de santé et des CLS.

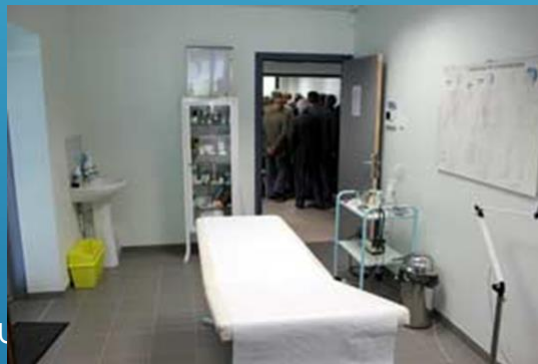


Photo prise lors de l'inauguration : on voit, au second plan, la foule de visiteurs amassée pour l'occasion (chacun essaie, comme il le peut, de se grandir pour contempler les lieux au dessus de l'épaule de son voisin)

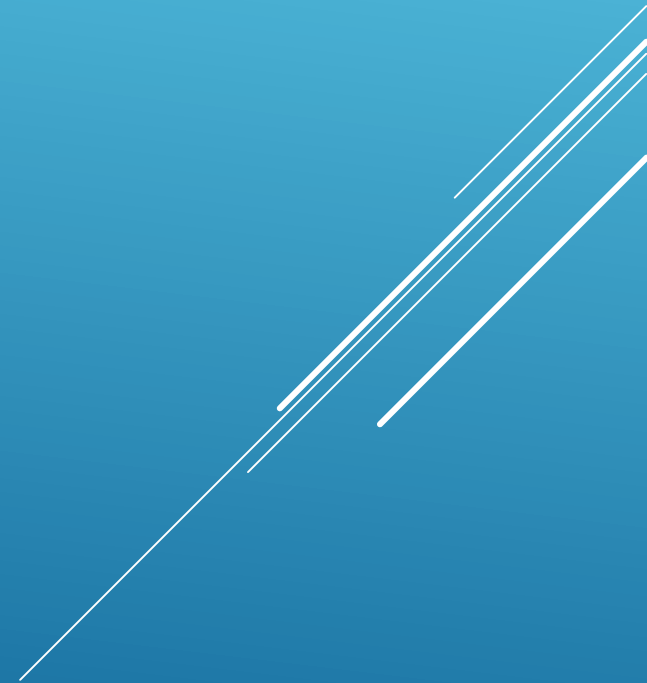
dédiées aux masseurs-kinésithérapeutes. Au

Tableau 53  
 Tableau récapitulatif de Surface Utile par secteur

	Surface globale	Niveau
TOTAL ADMINISTRATION	85 m <sup>2</sup>	RDC
TOTAL MEDECINE GENERALE	299 m <sup>2</sup>	RDC
TOTAL "URGENCE"	15 m <sup>2</sup>	RDC
TOTAL MEDECINE SPECIALISEE	180 m <sup>2</sup>	RDC ET R+1
TOTAL MEDECINE DU TRAVAIL	40 m <sup>2</sup>	R+1
TOTAL SOINS DENTAIRE	75 m <sup>2</sup>	RDC
TOTAL SOINS INFIRMIERS	61 m <sup>2</sup>	RDC
TOTAL SOINS DE KINESITHERAPIE	119 m <sup>2</sup>	RDC
TOTAL PSYCHOTHEPEUTE	26 m <sup>2</sup>	R+1
TOTAL ORTHOPHONISTE	25 m <sup>2</sup>	R+1
TOTAL PREVENTION PROMOTION	60 m <sup>2</sup>	R+1
TOTAL MEDICO-SOCIAL	60 m <sup>2</sup>	R+1
TOTAL LOCAUX GENERAUX	115 m <sup>2</sup>	RDC ET R+1
TOTAL APPARTEMENTS	64 m <sup>2</sup>	R+1

5) La participation des citoyens : un objet de concurrence institutionnelle entre acteurs médicaux et sociaux.

Les CLS : faire valoir l'existant pour éviter le conflit?



► Conclusion.

1) Que reste t-il au patient?

Le pouvoir de l'absence; le rapport à l'intimité;

2) Que reste-il au pouvoir médical face au pouvoir politique?

La stratégie du compliant insoumis/La stratégie de la force du faible

3) Que vous reste-il à faire ?

Un conseil : en finir avec les mots valise; définir la participation : quel niveau, participation à quoi?; vous faire accompagner (cabinets avec outils); Militer pour que ça entre en compte dans la formation médicale.