

Quand la promotion de la santé parle de participation



Le présent document est issu de la réflexion d'un groupe de travail constitué de professionnels de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Bretagne :

Cathy Bourhis, IREPS Bretagne - Antenne 56
Amélie Chantraine, IREPS Bretagne - Antenne 35
Christine Ferron, IREPS Bretagne
Lydie Gavard Vétel, IREPS Bretagne - Antenne 22
Michèle Landuren, IREPS Bretagne - Antenne 29
Anne Leborgne Briand, IREPS Bretagne - Antenne 35
Valérie Lemonnier, IREPS Bretagne - Antenne 35
Pascale Marchetti, IREPS Bretagne - Antenne 22
Marie Prat, IREPS Bretagne
Magdalena Sourimant, IREPS Bretagne

Coordination du groupe de réflexion

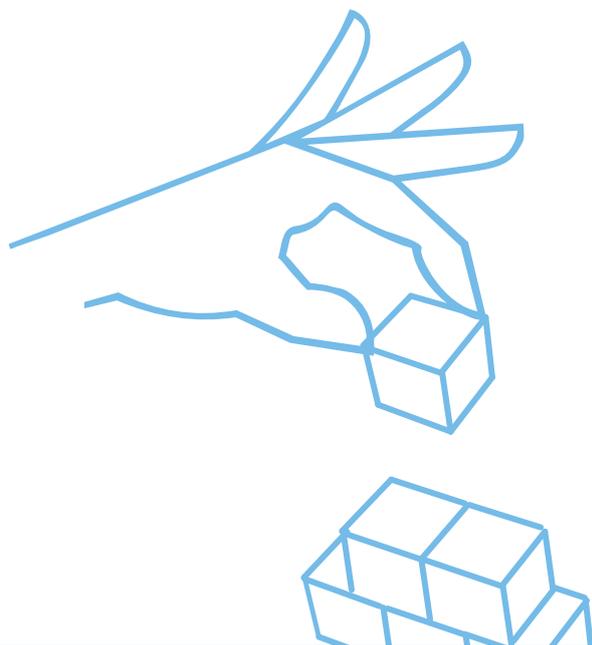
Sonia Vergniory, IREPS Bretagne

Conception graphique

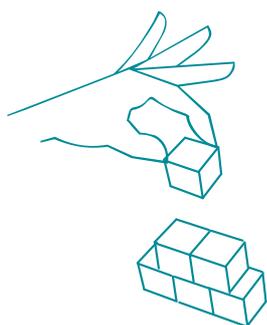
Magdalena Sourimant, IREPS Bretagne

Juin 2011

Document téléchargeable sur le site de l'IREPS Bretagne : <http://www.irepsbretagne.fr>



Quand la promotion de la santé parle de participation



Sommaire

LA PARTICIPATION COMME METHODE EFFICACE ET VALEUR DEMOCRATIQUE EN SANTE PUBLIQUE	4
I- LA PARTICIPATION DANS TOUS SES ETATS	6
1/ « Le pouvoir spécifique accordé au citoyen sur les décisions à prendre »	6
2/ Les « formes de solidarité sociale » développées par l'individu	6
3/ La nature de la relation entre institution ou promoteur d'action d'une part et population d'autre part	7
II- LES FONDEMENTS DE LA PARTICIPATION ET LES TENSIONS QUI LA TRAVERSENT	13
1/ Les fondements méthodologiques de la participation de la population et ses écarts	13
1.1 Un critère de qualité de l'intervention	
1.2 Une contribution aux enjeux de pertinence, d'efficience, de légitimité et d'efficacité de l'intervention	
1.3 Une stratégie efficace de réduction des inégalités sociales de santé	
2/ Les fondements anthropologiques et les questions éthiques de la participation de la population	15
2.1 Les arguments de l'anthropologie en faveur d'une implication de la population dans les interventions	
2.2 La participation de la population aux débats éthiques en matière d'action	
2.3 La pertinence d'une collaboration entre populations et professionnels	
2.4 Droit à la participation ou devoir de participer ?	
2.5 Les vigilances éthiques quant à l'utilisation de la participation	
3/ Les fondements et les problématiques politiques de la participation de la population	18
3.1 Le terme de participation émerge durant les années 1960-1970	
3.2 A partir des années 1980, la participation est progressivement régie par des textes législatifs et réglementaires	
3.3 Fin des années 1990 et début des années 2000, diverses lois témoignent d'une appropriation des concepts de participation et de démocratie participative par les pouvoirs publics	
3.4 Une volonté affichée mais des freins dans la mise en œuvre	
III- LES CONDITIONS DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PARTICIPATION : LES COMPETENCES ET LES RESPONSABILITES	21
1/ Le rôle et la responsabilité du politique et des institutions dans la participation des populations	21
1.1 Comprendre la participation des publics	
1.2 Interroger les organisations	
1.3 Diffuser les bonnes pratiques	
2/ Le rôle et la responsabilité des professionnels dans la participation des populations	22
2.1 Les objectifs de travail des professionnels avec les populations	
2.1.1 Définir la place de la participation à l'échelle d'un projet	
2.1.2 Créer les conditions d'un environnement facilitateur / porteur	
2.2 Le travail réalisé avec les professionnels pour atteindre ces objectifs	
2.2.1 Interroger le statut de la participation chez les professionnels	
2.2.3 Accompagner le développement des compétences des professionnels pour la mise en œuvre de la participation	
2.2.4 L'appropriation de la participation par les professionnels	
UNE APPROCHE LUCIDE DE LA PARTICIPATION	28
BIBLIOGRAPHIE	29

La participation comme méthode efficace et valeur démocratique en santé publique



« D'importants décalages existent ainsi entre le principe de participation en promotion de la santé, les cadres théoriques de sa mise en œuvre et les conditions de leur application. »

de la santé : d'une part, la participation constitue une méthode efficace pour atteindre une meilleure santé ; d'autre part, la participation représente une valeur démocratique en santé publique. Pourtant convoquées à peu près partout – dans les textes, dans les discours, dans les intentions –, ces deux dimensions sont cependant régulièrement compromises du fait des obstacles que rencontre la mise en application de la participation.

D'importants décalages existent ainsi entre le principe de participation en promotion de la santé, les cadres théoriques de sa mise en œuvre et les conditions de leur application. En tant que professionnels de la promotion de la santé, nous les diagnostiquons et accompagnons des professionnels de terrain pour les aider à faire vivre la participation des populations avec lesquels ils travaillent et mobiliser le politique afin qu'il fournisse les conditions de cette participation.

Nous proposons dans ce document de revenir sur ces textes théoriques et leurs recommandations en matière de participation, pour ensuite présenter ce que nous sommes en mesure de mettre en œuvre compte tenu des limites que nous identifions dans la réalité de nos pratiques. La confrontation de la théorie et de la pratique soulève plusieurs questions d'ordre politique, éthique et méthodologique, parmi lesquelles :

- De quelle participation parle-t-on ? Que peut-on mettre en place pour permettre une réelle participation ? Quels moyens se donne-t-on pour cela ?
- Doit-on s'engager dans des démarches participatives quand nous savons que les conditions de leur mise en œuvre ne permettront pas davantage qu'une participation marginale ? Quels critères permettent de juger qu'il s'agit d'une réelle participation ? Quand n'est-il plus acceptable de parler de participation ?

¹ La lettre de l'Institut Renaudot, mars 1999, n°26.

² Charte d'Ottawa, OMS, 1986.

- Les politiques de santé publique sont-elles en mesure de permettre la participation ? Les stratégies, les commandes publiques, les appels à projet offrent-ils les conditions nécessaires à sa réalisation effective, soutiennent-ils des projets réellement participatifs qui répondent aux exigences de la promotion de la santé ? Comment pouvons-nous mobiliser et accompagner les décideurs dans ce sens ?

Ce texte s'adresse particulièrement aux acteurs – qu'ils interviennent auprès de la population, auprès de professionnels ou à un niveau décisionnaire – qui ont besoin de s'approprier la question de la participation pour répondre à leurs missions. La démarche proposée ici se décompose en trois temps :

- 1/ Cerner le concept de participation au travers de quelques-unes de ses classifications possibles ;
- 2/ Identifier les fondements de la participation et les tensions qui la traversent ;
- 3/ Préciser comment appuyer ses pratiques sur ces fondements et composer avec les écarts que la réalité introduit.

Complémentairement, un aide-mémoire prenant la forme d'un quatre pages indépendant, fournit les repères fondamentaux pour appliquer le principe de participation en promotion de la santé.



I- La participation dans tous ses états

« Le concept de participation s'étend de l'utilisation des services de santé à une participation aux prises de décision, l'engagement représentant le degré le plus haut de la participation »³. En effet, les réalités de sa prise en compte peuvent connaître de grandes variations qui influent sur la qualité et l'efficacité des projets. Pour en comprendre les différentes formes et les différents degrés, de nombreuses classifications existent⁴ qui permettent de situer le niveau de participation dans les actions. En voici trois exemples, chacun reposant sur une qualification différente de la participation.

1/ « Le pouvoir spécifique accordé au citoyen sur les décisions à prendre »⁵

- le promoteur d'une action agit seul, sans communication avec le citoyen ;
- le promoteur informe le citoyen sans lui demander de se prononcer sur la question ;
- le promoteur consulte sans réellement tenir compte des commentaires émis ;
- le promoteur consulte et tient compte des commentaires émis ;
- le promoteur s'associe à la population pour résoudre le problème ;
- le promoteur remet entre les mains des citoyens le pouvoir de prendre seuls les décisions appropriées. »⁶

2/ Les « formes de solidarité sociale » développées par l'individu⁷

- une prise de conscience individuelle : l'individu se sent personnellement concerné par un problème social qui peut être perçu subjectivement comme une menace ;
- une prise de conscience collective : il s'agit ici de groupes, communautés, des membres de collectivités élargies qui vont mettre en commun des potentialités et des ressources afin de faire naître la solidarité ;
- une prise de conscience sociale : remise en cause de la fatalité ;
- une prise de conscience politique : meilleures perceptions du fonctionnement de la société, recherche d'alternatives, l'individu provoque des solutions possibles à travers l'expérience de la collectivité ;
- une prise de conscience émancipatrice : « on pose des actes avec d'autres, on essaie de concrétiser des alternatives dans sa propre existence ; il s'agit de changer ses conditions de vie quotidienne, transformer les rapports à l'environnement et construire une société. »⁸

³ Développer des pratiques communautaires en santé et développement local / Bernard Goudet. Lyon : Chronique Sociale, octobre 2009, 351 p. (comprendre la société) - pp. 67

⁴ Développer des pratiques communautaires en santé et développement local / Bernard Goudet. Lyon : Chronique Sociale, octobre 2009, 351 p. (comprendre la société) - pp. 67-69

⁵ B.-J. Hance, C. Chess, M.-M. Dandman, Industry risk communication manual : Improving dialog with community, Boc Raton, Lewis Publisher, 1990

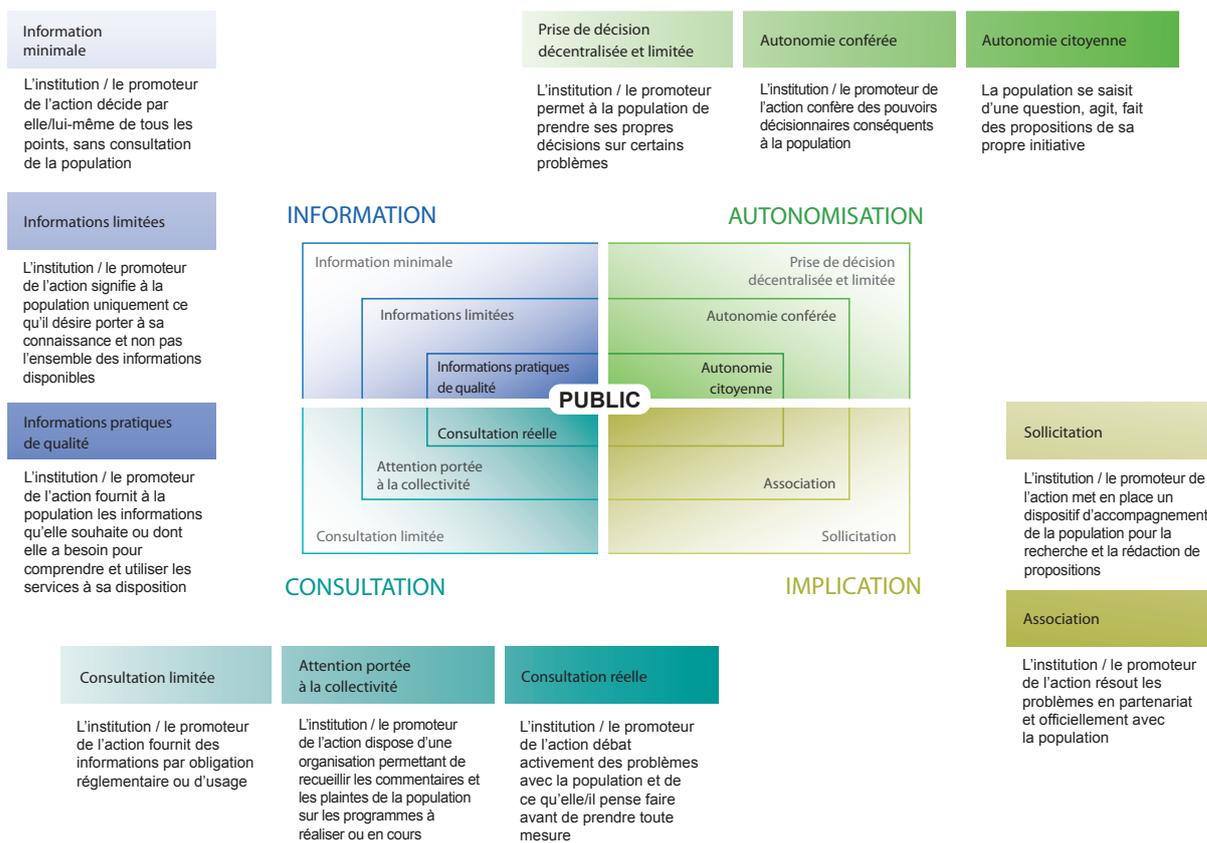
⁶ Ibid.

⁷ B. Dumas, M. Séguier, Construire des actions collectives. Développer les solidarités, Chronique Sociale, 1997

⁸ Ibid.

3/ La nature de la relation entre institution ou promoteur d'action d'une part et population d'autre part

Cette classification a été élaborée à partir de différentes sources bibliographiques, éclairées de nos pratiques de terrain.⁹



Sans hiérarchiser les quatre registres de participation de la population (information, consultation, autonomisation, implication), ni accorder une valeur intrinsèquement supérieure à l'une ou l'autre des 11 catégories retenues dans ce modèle, nous proposons ci-dessous quelques éléments explicatifs complémentaires au schéma. Ils doivent permettre de repérer où l'on en est de la participation de la population dans un projet donné et éventuellement de se projeter sur d'autres niveaux de participations en fonction des objectifs du projet, du contexte et du cadre dans lequel il est mis en œuvre ainsi que des résultats attendus d'une démarche participative.

> > > Tableau pp. 8-12

⁹ «La roue de la participation» d'après Davidson. In : *Participation de la population à la santé et au développement durable : Approches et techniques*. OMS, 2000. (Collection européenne développement durable et santé, n° 4). pp. 14-15. http://www.s2d-ccvs.fr/datas/doc_pdf/Participation%20.pdf
 D'autres références sont citées dans le document précédent («Echelle de participation de la population» d'après Brager et Sprecht), dans l'ouvrage de B. Goudet (2009). Voir aussi «L'échelle de la participation» d'après Roger Hart. In : *revue les enfants d'abord*, UNICEF, avril-Juin 1992

Institution / Promoteur de l'action et population

Méthode / Commentaire

Exemple

■ ■ ■ **Information minimale**

L'institution / le promoteur de l'action décide par elle/ lui-même de tous les points, sans consultation de la population

Textes réglementaires, procédures administratives

Méthodes d'ordre injonctif

Communications par voie de médias
Convocations des employés à la médecine du travail
Obligation de soins
Consultations médicales infantiles conditionnant l'attribution des allocations « jeune enfant »

■ ■ ■ **Informations limitées**

L'institution / le promoteur de l'action signifie à la population uniquement ce qu'il désire porter à sa connaissance et non pas l'ensemble des informations disponibles

Communiqués de presse, bulletins d'information, campagnes d'information

Méthodes normatives traitant notamment de la promotion de comportements à visées sanitaires, sans prise en compte d'autres dimensions (socio-économiques, culturelles, psychosociales,...)
« Le seul objectif est de traiter les pathologies à l'origine des difficultés du territoire visé. Le plan qui est proposé est considéré comme le meilleur. Ce qui est qualifié de participation vise dès lors exclusivement à obtenir le soutien du public, au travers de techniques relevant de la sphère de la publicité et des relations publiques »¹⁰

Campagne de vaccination contre la grippe AH1N1 : des spots sont diffusés sur les dangers de la maladie, sur le phénomène de pandémie et occultant les risques liés à la vaccination

■ ■ ■ **Informations pratiques de qualité**

L'institution / le promoteur de l'action fournit à la population les informations qu'elle souhaite ou dont elle a besoin pour comprendre et utiliser les services à sa disposition

Brochures, guides, campagnes de sensibilisation

Recherche d'appropriation par la population des questions de santé
Se limiter à transmettre des connaissances ne suffit pas à en permettre leur appropriation par les personnes. Une information peut susciter un ressenti ou une réaction dont l'intervention doit permettre l'expression ; cela suppose de se donner ...

Les campagnes du Programme National Nutrition Santé (PNNS) déclinées sous forme de supports d'information spécifiques selon les âges et les populations : enfants, personnes âgées, femmes enceintes, personnes en situation de précarité

> > >

¹⁰ Cycle de qualification « Participation des habitants et renouvellement urbain » Synthèse des journées du 25 novembre et 10 décembre 2008 / Centre de ressources et d'échanges pour le développement social et urbain (CR DSU). http://www.crdsu.org/Datas/File/DT%20Participation_hab/synthese-CQparticipation.pdf

> > >

...les moyens et le temps d'ouvrir le dialogue avec les personnes pour savoir à qui l'on s'adresse, où elles en sont de la question... avant de pouvoir apporter l'information qui répondra à leurs réelles préoccupations.

Méthodes qui aident à comprendre les enjeux, les options et des solutions possibles

« Phase nécessaire (...) mais insuffisante tant qu'elle privilégie un flux à sens unique sans mise en place de canaux assurant l'effet retour (feed back) »¹¹

■ ■ ■ Consultation limitée

L'institution / le promoteur de l'action fournit des informations par obligation réglementaire ou d'usage

Réunions publiques

Recherche de légitimation des décisions
Possibilité de contester les décisions mais sans garantie de prise en compte des opinions

Une collectivité territoriale soutient la mise en place d'un projet industriel sur son territoire. Les élus organisent une réunion publique visant à faire adhérer la population au projet pour ses enjeux économiques (création d'emplois, enrichissement local) et atténuer les inquiétudes quant à ses implications en matière de nuisances sonores, pollutions, expropriations

Niveau pivot : la population change de statut ; d'objet de réception, elle devient sujet d'intérêt – L'accroissement de l'organisation de la population et de l'interconnaissance entre les professionnels et la population commence à ce stade

■ ■ ■ Attention portée à la collectivité

L'institution / le promoteur de l'action dispose d'une organisation permettant de recueillir les commentaires et les plaintes de la population sur les programmes à réaliser ou en cours

Recueils d'information, observations, enquêtes
Entretiens individuels
Espaces d'échange en ligne (forum, blog, consultation en ligne)

1er degré de participation de la population dans un projet de promotion de la santé
Démarche descendante de l'institution / du promoteur d'action : absence d'interaction au sein de la population et entre l'institution et la population ; l'analyse est la prérogative de l'institution

« Elle consiste à autoriser ou même inviter des citoyens à donner des conseils et à faire des propositions mais en laissant ceux qui ont le pouvoir seuls juges de la faisabilité ou de la légitimité des conseils en question »¹²

Dans le cadre d'un projet portant sur le stress des étudiants intégrant l'université, une consultation d'étudiants de 1ère année est organisée pour connaître leur appréciation de l'accueil en début d'année. A partir de l'analyse de leurs déclarations, des actions d'amélioration des procédures d'accueil pour la prochaine promotion sont mises en place

¹¹ CR DSU, op. cit.

¹² CR DSU, op. cit.

Institution / Promoteur de l'action et population

Méthode / Commentaire

Exemple

■ ■ ■ Consultation réelle

L'institution / le promoteur de l'action débat activement des problèmes avec la population et de ce qu'elle/il pense faire avant de prendre toute mesure

Panels de citoyens, cercles de quartier, groupes de discussion, panels d'utilisateurs et groupes représentatifs des parties prenantes
Analyse de situation avec la population : questionnaires et entretiens sociologiques, restitution et analyse des résultats avec la population

Un état des lieux sur la santé est conduit à l'échelle d'un quartier. Les données sont recueillies à partir d'entretiens et de questionnaires auprès des habitants (adultes et adolescents), des professionnels libéraux, sociaux et éducatifs, des acteurs associatifs, des bailleurs sociaux (OPHLM), des gardiens d'immeuble, des îlotiers ... Les résultats de l'état des lieux sont présentés sous forme d'exposition et donnent lieu à des débats entre les différents acteurs enquêtés sur les constats et les pistes d'action

La population a la possibilité d'influer sur les orientations

■ ■ ■ Sollicitation

L'institution / le promoteur de l'action met en place un dispositif d'accompagnement de la population pour la recherche et la rédaction de propositions

Groupes de travail, comités techniques
La population est incitée à être actrice dans la recherche de priorités et la définition d'actions
Le coordinateur du projet amène de la méthode et soutient l'effort participatif ; dans le cas contraire, la participation de la population n'est pas réelle ; elle devient alibi

La puéricultrice coordinatrice d'un projet de prévention des accidents de la vie courante sollicite les parents du quartier afin de réaliser un inventaire des équipements et aménagements inadaptés aux enfants dans le square où ces derniers jouent. Les parents, guidés par la professionnelle, constituent un dossier avec des propositions de réaménagements qu'ils soumettent à l' élu du quartier. Le budget est voté et le square réaménagé par les services techniques

■ ■ ■ Association

L'institution / le promoteur de l'action résout les problèmes en partenariat et officiellement avec la population

Co-option, groupes représentatifs mixtes des parties prenantes (professionnels et population)
Les parties s'influencent mutuellement et s'engagent personnellement et collectivement dans le déroulement de l'action vers ce qu'elles définiront comme une meilleure qualité de vie¹³

Dans le cadre d'un projet sur l'alimentation au sein d'un collège, l'état des lieux débouche sur la mise en place d'un travail en commission sur les menus et la transformation de la cantine en self. En partenariat avec le conseil général, parents, élèves, enseignants, équipes de direction construisent un projet validé par les élus du département

Niveau pivot : à cette étape, la population peut se saisir du projet pour réactiver des dynamiques antérieures et prendre une certaine autonomie en s'écartant du projet initial.

¹³ Si l'on s'en réfère à l'anthropologie du don de Marcel Mauss comme le propose Didier Favre, les usagers placés par les institutions et les professionnels en situation de recevoir, se voient ensuite imposées les modalités du «rendre», se retrouvant « dans une double situation d'obligé ». Si chaque acteur (professionnel, institution, population) est au contraire mis en situation de coopération autour d'un projet, la population n'est alors plus au centre,

■ ■ ■ **Prise de décision décentralisée et limitée**

L'institution / le promoteur permet à la population de prendre ses propres décisions sur certains problèmes

Convention de partenariat

La population a délégation pour intervenir dans la conduite et la gestion d'une partie du projet
« Redistribution du pouvoir par une formule de négociation entre les citoyens et ceux qui le détiennent. Ces partenariats se concrétisent dans la formation de comités associant ces parties qui deviennent responsables des décisions et de la planification des opérations »¹⁴

Une mairie s'appuie sur un groupe d'assistantes maternelles pour mettre en place un lieu de socialisation pour les jeunes enfants. Des temps de concertation permettent d'élaborer un projet partant des savoir-faire des assistantes maternelles, de leur connaissance du public et des besoins exprimés par les parents en matière de petite enfance. Soutenues par la mairie, elles se regroupent en association pour gérer l'espace créé

Niveau pivot : l'autonomisation de la population est une pratique répandue dans le monde anglo-saxon et du Nord de l'Europe où des supports fédérateurs (dynamiques communautaires sur le plan social, religieux, politique,...) permettent aux élus, au sein de zones géographiques (communes, quartiers,...), de mobiliser les habitants sur des questions de santé en s'appuyant sur un tissu social déjà organisé. En France, la transplantation de ce concept est difficile du fait d'une culture où les communautés sont davantage d'intérêt : la mobilisation se constitue sur des revendications, de manière opportuniste et ponctuelle (le temps de régler un problème)

■ ■ ■ **Autonomie conférée**

L'institution / le promoteur de l'action confère des pouvoirs décisionnaires conséquents à la population

Techniques participatives visant à déléguer le pouvoir

« Les tâches de conception de planification et de direction du programme relèvent directement des citoyens, sans intermédiaire entre eux et les bailleurs de fonds du programme »¹⁵

La mesure 30 du Plan Cancer 2009/2013 annonce la création de l'Observatoire sociétal des cancers « sous l'égide des usagers membres de la Ligue nationale contre le Cancer »,¹⁶ institué pilote de l'action. Les observations concernant les aspects sociaux et sociétaux de la maladie cancéreuse sont publiées dans un rapport annuel s'appuyant notamment sur la plateforme d'écoute mutualisée avec l'INCa dans le cadre de Cancer info service, et le service gratuit Aidéa qui accompagne les malades dans leurs démarches d'assurabilité et d'accès aux prêts bancaires

« c'est-à-dire encerclée et donc fautive en cas d'échec, mais bien placée en position d'acteur comme chacun des partenaires. Et tout le monde est tenu, engagé par sa propre responsabilité de faire aboutir le projet ou d'assumer ensemble l'échec ». Cf. *Coopération entre professionnel et non professionnel dans le champ médico-social : « quels enjeux ? Participer ce serait faire en sorte que les personnes profitent au mieux des services offerts et qu'ils s'approprient les actions montées pour eux ? »* / Didier Favre. *Action Formation Recherche Evaluation en Santé Communautaire (AFRESC)*. <http://90plan.ovh.net/~afresc/spip.php?article44>

¹⁴ CR DSU, op. cit.

¹⁵ CR DSU, op. cit.

¹⁶ Mesure 30 : Créer un Observatoire sociétal des cancers. In : *Plan Cancer 2009/2013. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la santé et des sports, Institut national du cancer*. <http://www.e-cancer.fr/plancancer-2009-2013>

Institution / Promoteur de l'action et population	Méthode / Commentaire	Exemple
<p>■ ■ ■ Autonomie citoyenne</p> <p>La population se saisit d'une question, agit, fait des propositions de sa propre initiative</p>	<p>Groupes d'entraide, groupes d'intérêt</p> <p>Education par les pairs, plaidoyer politique, projets expérimentaux, actions militantes</p> <p>Partage de l'expertise et valorisation des savoirs profanes ; promotion d'un sujet acteur de sa prise en charge, responsable, citoyen, ayant repris le contrôle de sa vie</p> <p>Equilibre à trouver entre la contestation politique et la dépendance financière vis-à-vis des pouvoirs publics</p> <p>Ambiguïté des pouvoirs publics : attribution d'une expertise à des groupes sociaux dont l'identité sociale peut être stigmatisée et dont les pratiques peuvent être illégales¹⁷</p>	<p>Des groupes d'intérêt «auto-supports» composés d'usagers de drogues (ASUD) se constituent pour lutter contre leur stigmatisation et leur marginalisation. ASUD contribue à faire émerger le débat sur les politiques de réduction des risques et à faire évoluer les politiques publiques vers plus d'expérimentations : salles d'injection, substitution injectable, diversification des traitements de substitution aux opiacés,...¹⁸</p>

¹⁷ La participation des usagers comme mesure de réduction des inégalités sociales de santé. Le cas des groupes d'auto-support en France / Marie Jauffret-Roustide. Institut de Veille Sanitaire. Présentation effectuée le 17 novembre 2008 au cours de la Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2009. http://www.inspq.qc.ca/aspx/docs/jasp/presentations/2008/14_20_Marie_Jauffret_Roustide.pdf

¹⁸ Marie Jauffret-Roustide, op. cit.



II- Les fondements de la participation et les tensions qui la traversent

Les fondements de la participation comme valeur et comme méthode d'intervention en promotion de la santé peuvent être répertoriés dans trois domaines. Un premier domaine concerne les références méthodologiques internationales qui désignent précisément les critères de participation garants de l'efficacité d'une action en promotion de la santé, et plus particulièrement dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé. Un deuxième domaine concerne les dimensions anthropologiques et éthiques qui interrogent le statut des personnes destinataires des actions, le rôle et la place des professionnels et des institutions. Un troisième domaine concerne les orientations politiques et les textes législatifs qui fournissent un cadre et des ressources conditionnant la faisabilité et les modalités de mise en œuvre de la participation.

1/ Les fondements méthodologiques de la participation de la population et ses écarts

1.1 Un critère de qualité de l'intervention

Les outils d'amélioration de la qualité des actions incluent plusieurs critères et indicateurs méthodologiques assurant de la participation de la population.

Dans l'« outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé Preffi 2.0»¹⁹ est notamment questionné le positionnement des populations : leur perception du problème, leurs motivations et aptitudes au changement et l'acceptabilité des objectifs du projet. L'outil interroge également la capacité d'adaptation des interventions aux populations concernées de manière à assurer leur participation. L'outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention²⁰ propose de son côté des critères relevant de la participation :

- la mobilisation sociale : groupes d'entraide par exemple ;
- la pérennisation d'une offre jugée pertinente et utile par la population ;
- l'existence de groupes actifs se chargeant de questions ou de thèmes de promotion de la santé : par exemple, un groupe d'initiative de parents d'élèves œuvrant pour des trajets scolaires sûrs ;
- la collaboration d'acteurs peu représentés (migrant(e)s par exemple) à la gestion commune du projet
- la diffusion large des questions (idées, besoins exprimés, propositions, exigences, programmes) afin que le plus grand nombre possible de personnes concernées en prenne connaissance, s'y intéresse, se forge une opinion et l'exprime ;
- l'acceptation des questions de promotion de la santé, prises au sérieux, considérées comme justes, valables, et prioritaires par une majorité de la population, se manifestant par exemple par un nombre croissant de demandes actives provenant de la population.

¹⁹Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé Preffi 2.0 / Gerard Molleman, Louk Peters, Leontien Hommels, Matchled Ploeg. Woerden : Institut pour la Promotion de la Santé et pour la Prévention des Maladies (NIGZ), 2003. 37 p. Référentiel retenu par l'Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé

²⁰Guide pour la catégorisation des résultats / Günter Ackermann, Ursel Broesskamp, Bernhard Cloetta, Brigitte Ruckstuhl, Brenda Spencer, Adrian Spörri-Fahrni, Berne : Promotion Santé Suisse, 1984. 22 p.

1.2 Une contribution aux enjeux de pertinence, d'efficience, de légitimité et d'efficacité de l'intervention

L'usage des méthodes participatives répond à plusieurs enjeux que l'on peut répertorier comme suit :

- un enjeu de pertinence des actions : favoriser une meilleure prise en compte des préoccupations, attentes et besoins de santé des populations ;
- un enjeu d'efficacité pour l'atteinte des objectifs de promotion de la santé : favoriser l'autonomisation des populations, actrices de leur santé, contributrices à la définition des questions à aborder et à la façon de les aborder, ainsi qu'à l'analyse des constats, afin qu'elles se rendent compte qu'elles ont une place sociale dans les questions de santé.
- un enjeu d'efficience des projets : favoriser la mobilisation des ressources des populations ;
« Dans ce cas, la participation est de type utilitariste. Elle est au service des objectifs à atteindre. Elle sert à augmenter l'efficacité d'un projet, elle sert à réduire le coût du projet,... On demande aux personnes concernées d'être actives dans les propositions que les professionnels / institutions leur font [...] Une fois leur objectif atteint, la participation n'est plus leur souci prioritaire »²¹.
« Elaborer et proposer des programmes de manière (efficace) pertinente et efficiente : plutôt que d'agir et corriger ensuite, l'implication des utilisateurs finaux dès la conception et la planification est le meilleur moyen de savoir comment améliorer les produits et services au mieux de leurs besoins »²².
- un enjeu de légitimité et de crédibilité des institutions et des professionnels : favoriser l'adhésion des populations à la prise en compte d'une question de santé ;
« Construire la confiance de la population dans les décisions prises : la prise en compte de la population dans le processus de décision accroît sa confiance dans les institutions et leur légitimité »²³.

1.3 Une stratégie efficace de réduction des inégalités sociales de santé

Nous sommes tous touchés par les inégalités sociales de santé mais les effets négatifs de ces inégalités se font davantage sentir pour les populations les plus pauvres et les plus marginalisées : « La pauvreté oblige les personnes à vivre dans des logements insalubres, exigus, non sécuritaires, mal chauffés, et à comprimer les dépenses liées aux autres nécessités afin de payer le loyer. Les besoins dans l'alimentation, l'habillement, les loisirs et les services de garde deviennent difficiles à combler adéquatement. De plus, la pauvreté prive les personnes des conditions essentielles à leur intégration minimale à la société et à leur participation aux progrès de celle-ci. Elle affecte aussi les personnes dans leur dignité, porte atteinte à leur sentiment de compétence personnelle et maintient l'immense majorité d'entre elles dans une marginalisation très éprouvante (Robichaud, et al. 1994). La pauvreté place donc les familles dans un contexte global défavorable aux parents et au développement des enfants »²⁴.

Ces populations présentent un risque particulier d'exclusion sociale et de perte de pouvoir sur leur santé. L'OMS²⁵ identifie trois facteurs contribuant à cette perte de pouvoir :

- Des « barrières formelles ou informelles entre les individus ou les communautés d'une part, et les institutions ou les gouvernements, d'autre part » empêchent les premiers de se sentir aptes ou légitimes à interpeller les seconds ;

²¹ Participation, santé communautaire, partenariat, participation communautaire : des concepts identiques ? / Anne Liesse, Carine Lafontaine, Chantal Vandoorne. Education santé n° 153, novembre 2000, pp. 4-5.

²² Pourquoi adopter une approche participative ? In : *Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur* / Bruxelles : Fondation du Roi Baudouin, mars 2006. pp. 6-7. http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/Files/FR/PUB_1600_MethodesParticipatives.pdf

²³ Ibid.

²⁴ « Sans nier que de l'association pauvreté/santé se dégage un assez sombre portrait, il faut tout de même rappeler que la pauvreté "n'a pas les mêmes conséquences pour tous les enfants, ni pour tous les adultes, et que nombre de familles très pauvres réussissent, malgré la difficulté de leurs conditions de vie, à élever harmonieusement leurs enfants et à les conduire à un excellent état de santé physique et mentale" » (Robichaud, et al. 1994, p. 142) ». Cf. *Naître égaux – Grandir en santé : un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité* / Catherine Martin, Gineete Boyer. Montréal : Direction générale de la santé publique, Régies régionales de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1995 (2ème édition en 2004). 213 p. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1995/95-807.pdf>

²⁵ La preuve est faite : l'empowerment et la participation, ça marche ! / Christine Ferron. *La Santé de l'homme* n° 406, Mars-Avril 2010, pp. 4-7. <http://>

- Un pouvoir inégalitaire s'exerce sur les individus ou les communautés « *au travers d'un contrôle direct ou indirect de leur accès à l'éducation, à l'emploi, à de bonnes conditions de vie ou au moyen de systèmes politico-économiques favorisant les intérêts de certaines catégories de personnes* » ;
- « *Un contrôle idéologique (valeurs, attitudes, croyances) agit en profondeur pour exclure des individus et des communautés des réseaux d'influence sociale* ».

Les évaluations scientifiques font la démonstration que la participation constitue l'une des stratégies de santé publique pertinentes « *pour réduire leur dépendance vis-à-vis des professionnels de santé, pour assurer l'adéquation des programmes aux spécificités locales et culturelles, pour soutenir et pérenniser les changements, pour impliquer les décideurs locaux dans l'amélioration des programmes, pour accroître la productivité, l'efficacité et l'efficience des programmes, et améliorer directement la santé* »²⁶.

2/ Les fondements anthropologiques et les questions éthiques de la participation de la population

2.1 Les arguments de l'anthropologie en faveur d'une implication de la population dans les interventions

Les arguments développés dans le cadre de recherches anthropologiques sont de deux ordres :

- les populations « *ont une expérience de terrain de première main* »²⁷ les habitant à se manifester pour faire connaître l'urgence de certains faits et la nécessité qu'il y a à y trouver des solutions, et à « *analyser finement, avec sensibilité, les tenants et aboutissants des interventions, les bénéfices directs ou non anticipés, les conséquences, les conditions qui peuvent expliquer les succès ou les échecs de telle ou telle intervention* »²⁸ ; leurs représentants sont en quelque sorte des « *experts terrain* »²⁹ ;
- les populations plus éloignées des « *contingences administratives, corporatives, politiques ou économiques* »³⁰, une fois pleinement « *informées par les experts des données probantes, se trouvent probablement plus libres* »³¹ dans leurs opinions que le professionnel qui appartient à une institution (même si d'autres contingences existent : histoire personnelle, milieu social, etc.) ; leurs « *capacités de jugement, d'argumentation logique, de discernement* »³², leur permettent de participer au processus d'arbitrage dans les conflits de valeurs.

2.2 La participation de la population aux débats éthiques en matière d'action

L'éthique est « *un lieu ouvert d'arbitrage entre des valeurs* »³³. Si elles s'avèrent irréconciliables et donc en conflit dans le cadre d'un projet, un débat associant les acteurs concernés est alors nécessaire. La population peut

www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-406.pdf

Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé ? Publié en anglais par le bureau régional de l'OMS pour l'Europe en 2006 sous le titre "What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ?" / Wallerstein N. WHO Regional Office for Europe, 2006. 37 p. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf. Traduction française : © IREPS Bretagne 2009. http://www.irepsbretagne.fr/fichiers_attaches/EvidenceEmpowerment_OMS_IREPSBretagne1.pdf

²⁶ Wallerstein N (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report ; <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>), 37 p. Traduction française et détail des références bibliographiques disponibles sur le site de l'IREPS Bretagne : <http://www.irepsbretagne.fr>)

²⁷ Les fondements éthiques et anthropologiques d'une participation du public en santé publique / Raymond Massé. *Ethique Publique*, vol. 7, n° 2, 2005. pp. 107-124.

²⁸ Ibid.

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

³¹ Ibid.

³² Ibid.

³³ Ibid.

être porteuse de valeurs incompatibles avec celles qui légitiment, aux yeux des professionnels, une intervention donnée. La mise au jour des valeurs fondamentales partagées par les populations bénéficiaires d'une part, et des valeurs des institutions et professionnels intervenant auprès d'elles d'autre part, l'identification des lieux de conflits ou d'incompatibilité entre ces valeurs respectives et ses conséquences, sont les premières raisons d'être de la participation.

Il n'en sera pas moins difficile de définir ces valeurs, de les identifier et de mesurer la force d'adhésion d'un individu, d'une communauté ou d'une institution à ces valeurs. Aussi est-il important de donner aux populations l'opportunité de participer aux débats éthiques inhérents aux actions. Cette démarche consiste à impliquer les populations dans des groupes de délibérations éthiques (ordinairement réservés aux seuls professionnels) où elles participeront directement à la définition et à l'interprétation des valeurs phares qui guideront l'action.

2.3 La pertinence d'une collaboration entre populations et professionnels



« L'une des valeurs fondamentales de la démocratie est que "chaque personne doit avoir la possibilité de contribuer au discours public" ³⁴. »

de la société »³⁵ et de ses membres, et plus ils affineront leur compréhension des enjeux. Une porte leur sera ouverte « sur un plus large champ des possibles »³⁶.

Ce que l'on peut attendre des experts est qu'ils établissent les enjeux éthiques, « les principes et théories les plus pertinents en lien avec un problème donné et une liste de réponses possibles à ce problème, et qu'ils fournissent aux décideurs une liste d'arguments pour choisir l'une ou l'autre des réponses. Une qualité particulière est la capacité d'écouter les discours divergents provenant des populations directement concernées par des interventions »³⁷.

La participation de la société civile joue un rôle fondamental de refondation de ce qui fait société entre les individus, elle contribue à ce que les pratiques des uns et des autres aient un sens collectif, partagé.

L'éthique et la participation de la population partagent une fonction commune d'autorégulation par laquelle la population confère la base la plus large possible à la légitimité des décisions prises par les responsables. L'une des valeurs fondamentales de la démocratie est que « chaque personne doit avoir la possibilité de contribuer au discours public »³⁴.

La participation revêt un autre caractère positif dans les pratiques démocratiques : « celui de l'éveil éventuel à de nouvelles motivations. Plus il y aura d'engagement civique, plus les individus en apprendront sur les possibilités de changement

2.4 Droit à la participation ou devoir de participer ?

Dans quelle mesure peut-on parler d'un droit de la population à participer à des décisions de santé publique ? Ce droit se mérite-t-il ? « Comment mesurer ce mérite ? Peut-on justifier un devoir de recourir à la participation publique en allant au-delà des discours habituels sur les bénéfices instrumentaux de la participation, en termes

³⁴ Op. cit. Raymond Massé, 2005

La participation « considérée comme une valeur. Dans ce cas, elle cherche à répondre à des valeurs démocratiques qui s'insèrent dans la volonté de construire une société plus juste, plus équitable et libre d'expression ». Cf. Participation, santé communautaire, partenariat, participation communautaire : des concepts identiques ? / Anne Liesse, Carine Lafontaine, Chantal Vandoorne. *Education santé* n° 153, novembre 2000, pp. 4-5. p. 4.

³⁵ Op. cit. Raymond Massé, 2005

³⁶ De la participation : un éventuel mythe, obligatoire ? / S. Crunelle. *Education Santé*, n° 196, décembre 2004.

³⁷ Op. cit. Raymond Massé, 2005

d'efficacité accrue des interventions ? »³⁸ Dès lors que les décisions fondées sur la participation s'appuient sur « l'autonomie, la dignité et l'autoréalisation des personnes »³⁹, alors il convient de considérer la participation comme un droit fondamental.



« ...idéalement, la participation devrait être spontanée, demandant simplement d'être renforcée et outillée. »

Mais qui dit droit à la participation ne dit pas obligation de participer : idéalement, la participation devrait être spontanée, demandant simplement d'être renforcée et outillée. En réalité, la participation est suggérée voire imposée par les professionnels et les décideurs. On peut éprouver de la réserve face à une participation plus octroyée que conquise... C'est un paradoxe qu'il convient de gérer sur le plan éthique. « Si aucune motivation participante n'émerge de la population, la forcer à prendre part aux discussions, aux décisions, serait contraire à l'idéal démocratique »⁴⁰. En aucun cas il ne faut aller à tout prix chercher les gens non intéressés « pour les tirer de leur état d'ignorance, fût-ce pour ce que l'on a défini comme étant leur propre Bien »⁴¹...

La participation sur des sujets de santé renvoie souvent à des débats « qui relèvent de la sphère privée, de l'intime »⁴² : comment pourrait-on en faire une obligation ? Enfin, la participation est souvent imposée aux populations démunies en échange de droits auxquels les « munis » ont accès sans effort. Dans ce cas, « l'appel à la participation pourrait n'être qu'une façon de masquer l'impuissance collective à éviter et à traiter les fractures sociales ».⁴³

L'important serait peut-être de toujours « laisser une place pour l'absent ou pour celui qui désirerait prendre place à la table des débats en promotion de la santé »⁴⁴. Il serait en effet « plus judicieux, plus responsable et plus démocratique de considérer la participation dans ce domaine comme toujours possible, toujours ouverte, mais non obligatoire, à prendre à bras le corps par sa propre initiative »⁴⁵.

Le droit à la participation doit être assorti de conditions respectant les principes démocratiques :

- l'obligation réciproque de solidarité avec les décisions prises ;
- le respect des missions confiées aux institutions et aux organismes publics par les pouvoirs politiques (au moins ceux démocratiquement élus) ;
- le respect de la multiplicité des points de vue qui seront exprimés par une population pluraliste par nature ;
- la reconnaissance de la formation et de la compétence de la plupart des professionnels de la promotion de la santé, qui, loin de leur assurer un statut de dictateurs de consciences, leur permettent de prodiguer des conseils légitimes, avisés et fondés.

2.5 Les vigilances éthiques quant à l'utilisation de la participation

Les promoteurs d'action sont confrontés à une double contrainte :

- mettre en œuvre des cadres prédéfinis (par les politiques, par leurs institutions, dans le cadre de leurs missions) au risque de chosifier les bénéficiaires alors que la promotion de la santé pose comme principe d'action que les personnes doivent pouvoir s'approprier leur vie, que ce sont elles et non les professionnels qui en sont les auteurs ;

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Op. cit. S. Crunelle, 2004

⁴¹ Ibid.

⁴² Démarche participative : interroger les faits / Bertrand Sachs, *La Santé de l'Homme*, n°382, mars-avril 2006

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Op. cit. S. Crunelle, 2004

⁴⁵ Ibid.

- accorder le pouvoir aux personnes de décider des orientations et des actions, au risque d'être entraînés vers des choix dont ils ne veulent pas ou qui les débordent par leur ampleur.

Porteur de craintes, le promoteur d'action ne sera pas en mesure de favoriser le rôle social des participants ; parce qu'ils ne manqueront pas de percevoir cette situation, comment pourraient-ils se mobiliser pour le projet ?

Le risque est aussi d'appliquer un discours sur la participation aménagé selon l'interlocuteur qui en est destinataire :

- en occultant la question de la participation auprès des décideurs, d'une part : les objectifs formulés par les financeurs dans le projet vis-à-vis de la population peuvent ne pas être assumés par les porteurs de l'action parce que définis a priori sans consentement de la population ciblée.
- en mettant en avant la participation auprès de la population sous un jour particulier, d'autre part : pour favoriser sa mobilisation et son implication dans le projet, l'action peut par exemple lui être présentée comme un temps de convivialité, et les objectifs de participation en tant que méthode d'intervention ne pas lui être clairement exposés.

Dès lors, la participation peut devenir un outil au service d'objectifs dissimulés, que ce soit dans une perspective éducative ou en vue de maintenir une certaine paix sociale, voire de renforcer le contrôle social.

Enfin, il faudra se rappeler que la prise en considération des valeurs de la population dans les débats éthiques ne va pas sans difficultés :

- « les valeurs véhiculées par la population peuvent être incompatibles avec celles des professionnels, d'où un risque d'exacerbation du conflit entre savoir expert et savoir populaire ;
- les valeurs propres à certains pans de la population, d'ordre ethnique ou religieux par exemple, risquent d'être systématiquement marginalisées parce que démographiquement minoritaires, d'où un risque de discrimination envers elles ;
- des demandes extrêmes contraires aux principes démocratiques sont susceptibles d'émerger ;
- des décisions largement impopulaires, peu susceptibles d'être soutenues par la population, n'en demeurent pas moins pertinentes ;
- les valeurs à caractère moral reflètent la position de classe et la culture globale d'un individu »⁴⁶.

3/ Les fondements et les problématiques politiques de la participation de la population

Prendre connaissance des évolutions récentes du concept de participation, depuis son apparition en politique jusqu'à la place qu'il occupe dans les politiques publiques et dispositifs actuels, est un moyen de mieux comprendre les enjeux de la participation et les cadres dans lesquels sa mise en œuvre s'inscrit aujourd'hui. Pour cela, l'analyse des discours manifestant une volonté politique de développer la participation doit s'accompagner d'une étude des éléments tangibles qui traduisent cette volonté en actes.

3.1 Un nouvel essor de la notion de participation durant les années 1960-1970

A l'occasion des mobilisations de masse et des mouvements radicaux américains (étudiants, mouvements des droits civils...), puis en Europe au cours des mobilisations collectives de l'après 1968, des citoyens militent pour une participation directe à la vie publique. Certaines municipalités décident de conduire des formes expérimentales de discussion permanente sur la gestion locale, telles que les comités de quartier ou les associations d'usagers.

⁴⁶ Op. cit. Raymond Massé, 2005

3.2 Une présence accrue de la participation des citoyens dans les textes législatifs et réglementaires à partir des années 1980

En 1982, les lois de décentralisation abordent les premières la question de l'échelon local, bien qu'elles ne proposent aucune structuration institutionnelle de la participation ; Gaston Deferre considère en effet que « *la participation ne se décrète pas, elle résulte d'un état d'esprit. La législation ne change pas les mentalités* ». En 1983, le rapport d'Hubert Dubedout « *Ensemble, refaire la ville* » préconise une démocratisation de la gestion des villes, mettant l'accent sur la participation des habitants. Depuis, différents organes sont mis en place, visant à améliorer l'information et la participation des habitants, notamment dans les domaines de l'urbanisme et de l'aménagement.

Pour répondre aux impératifs de la mise en œuvre de la décentralisation, des démarches de développement local et de développement social s'élaborent à partir d'une concertation large de l'ensemble des citoyens et des partenaires concernés. Le développement local cherche à articuler développement économique, développement social et développement culturel. Le développement social, dans le cadre de la nouvelle procédure de Développement Social des Quartiers (DSQ), tente de réinventer la démocratie locale et de faire des habitants les acteurs du changement ; ce développement s'appuie sur des forces internes au territoire qui ne se mesurent pas en termes de représentativité mais d'implication dans le processus.

Au cours des années 1990, les mouvements sociaux utilisent largement la participation ; apparaissent les forums sociaux et l'expérimentation des budgets participatifs à Porto Alegre. La loi du 6 février 1992 « *d'orientation relative à l'administration territoriale* » permet de créer des comités consultatifs pour tout projet ou toute question intéressant les services publics ou les équipements de proximité.

3.3 Fin des années 1990 et début des années 2000, diverses lois témoignent d'une appropriation des concepts de participation et de démocratie participative par les pouvoirs publics

- loi Voynet de juin 1999, ou loi d'Orientation sur l'Aménagement et le Développement Durable du Territoire (LOADDT) : elle vise à rendre la démocratie plus participative avec la création des conseils de développement qui s'organisent librement sur des territoires intercommunaux.

- loi Vaillant de février 2002, relative à la démocratie de proximité : cette dernière renoue l'action sociale et médico-sociale en accordant un rôle nouveau aux usagers ; leur expression et leur participation répondent à une priorité, leur place et leurs droits sont affirmés.

- loi du 4 mars 2002 instituant la participation des usagers aux instances décisionnelles et consultatives dédiées à l'orientation et à la définition des politiques de santé⁴⁷ : la démocratie sanitaire se pose comme mode émergent de gestion des politiques ; la catégorie d'usagers que cette loi concerne, naturellement en position de faiblesse du fait de la maladie, se voit octroyer le droit de revendiquer des soins de meilleure qualité et un système efficace et performant. Les auteurs d'une recherche action notent que les usagers du système de santé bouleversent incontestablement le système de gouvernance même s'ils sont continuellement « *baladés entre "alibi" et "faire-valoir"* »⁴⁸.

- Plus largement, un certain nombre de lois, en particulier instaurés dans le cadre des politiques de la ville, créent des cadres de concertation ou de participation des habitants et des obligations pour les communes : anciens contrats de ville, contrats urbains de cohésion sociale, ateliers santé ville...

3.4 Une volonté affichée mais des freins dans la mise en œuvre

Les textes marquent une forte injonction à la participation. Selon le Secrétariat Général du Comité Interministériel des Villes [SGCIV], trois objectifs lui sont assignés :

⁴⁷ L'action des représentants des usagers dans le système de santé. In : *Analyser la participation des usagers à la gouvernance du système de santé : une perspective de la théorie des parties prenantes* / Murielle-Natacha Mbouna. Lyon : Université Jean Moulin Lyon 3, 288 p. (Thèse de doctorat en sciences de gestion). http://fdv.univ-lyon3.fr/mini_site/iffross/documents/These_Mbouna.pdf. p. 54.

⁴⁸ Ibid. p 55

- « - Restaurer la crédibilité et la légitimité de l'action publique ;
- Valoriser les initiatives d'habitants, modifier les relations professionnels/habitants, améliorer l'image de soi ;
- Moderniser les services publics, afin de renforcer les conditions d'accès aux droits et mieux répondre aux demandes des usagers »⁴⁹.

Toutefois, de nombreux obstacles apparaissent lorsqu'il s'agit de traduire en actes cette injonction :

- « - Son caractère incantatoire : de nombreux travaux mettent en avant le caractère itératif et prescriptif de la participation et ses avancées limitées sur le terrain ;
- La peur du politique : la participation est à la fois souhaitée et redoutée (peur d'un contre-pouvoir et peur de ne pouvoir répondre aux questions) ;
- Le positionnement de la question de la participation : elle est souvent abordée sous l'angle technique (par exemple les fonds de participation), alors que cette question relève d'une dimension politique (au sens étymologique du terme) ;
- Un problème de sens : le terme de participation est utilisé pour désigner différents types de mobilisation (implication, information, concertation...) »⁵⁰.

⁴⁹ La politique de la ville en France : fondements, évolutions et enjeux / Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville, Alsace. Strasbourg : ORIV, 2009. 27 p. (Dossier Ressources de l'ORIV). http://www.oriv-alsace.org/pages1/4-prod/dr_oriv_%20politique_ville_aout_neuf.pdf

⁵⁰ ORIV, 2009, op. cit.



III- Les conditions de la mise en œuvre de la participation : les compétences et les responsabilités

Diverses conditions sont nécessaires pour la mise en œuvre de la participation dans les actions, projets ou programmes de promotion de la santé. Ce troisième chapitre aborde celles que nous proposons de mettre en place avec les acteurs concernés par la santé publique et intervenant en promotion de la santé lorsque nous travaillons avec eux, qu'il s'agisse d'institutions ou de professionnels.

1/ Le rôle et la responsabilité du politique et des institutions dans la participation des populations

1.1 S'approprier collectivement le concept de la participation des publics



« ... [les publics] ne seront pas mobilisables s'ils soupçonnent que leur participation est un moyen d'obtenir exclusivement leur assentiment et d'éviter les contestations. »

avis. En outre, il est nécessaire de prendre conscience et de comprendre la synergie entre la participation de la population et le développement organisationnel. Les hommes politiques et les professionnels ont besoin tout particulièrement de comprendre comment les structures organisationnelles, les processus et les cultures sont en mesure de répondre de manière efficace à la participation de la population et d'être ouverts à tout changement »⁵¹.

La cohérence des institutions sur le terrain est nécessaire à la réelle mobilisation des publics ; ces derniers ne seront pas mobilisables s'ils soupçonnent que leur participation est un moyen d'obtenir exclusivement leur assentiment et d'éviter les contestations. « Le besoin de compréhension est étroitement lié à l'engagement. Si les cadres supérieurs et les hommes politiques ne comprennent pas totalement le concept de participation de la population, ce qu'il implique et comment il peut être facilité, il est probable que le processus ne sera pas pleinement efficace. Ce concept implique la volonté d'investir le temps et l'énergie nécessaires pour rendre accessibles les opportunités de participation, d'établir communication et confiance, d'explorer les motivations des personnes et d'écouter leur

⁵¹ Participation de la population à la santé locale et au développement durable. Approches et techniques. OMS, 2000. (Collection européenne développement durable et santé n° 4). p. 18

1.2 Interroger les organisations

Cela suppose un constant travail d'ajustement entre l'institutionnel, le métier (des professionnels) et les conceptions personnelles (valeurs, savoirs, histoire). L'institutionnel fait apparaître les structures du pouvoir - hiérarchies, règles, procédures - où se manifestent les polyvalences dans les métiers, les mécanismes bureaucratisés des prises de décision, la prééminence des moyens (organisation, dispositifs) au détriment des finalités.

La domination de logiques gestionnaires freine les possibilités d'évolution des métiers et des compétences professionnelles : la conduite de méthodologies rigoureuses de travail avec la population présente le risque de révéler des besoins auxquels les institutions pensent qu'elles ne peuvent répondre que par l'addition de nouveaux dispositifs alors qu'une réorganisation de l'existant, le renforcement de solidarités locales pourraient être envisagés et construits en lien avec les services ou avec la population.

Dans ce sens, l'approche communautaire de la santé permet d'appréhender la complexité des problématiques vécues par les personnes, qu'une approche individualisée réduit à un problème rencontré par un individu, interprété et traité dans le cadre contraignant de dispositifs, de services, de politiques, de méthodologies d'intervention définis au préalable. Cette approche redéfinit les rapports de la collectivité avec les professionnels et les institutionnels (politiques, élus) : ces derniers peuvent vérifier le niveau de réalité de leurs perceptions et de leurs conceptions.⁵²

Pour ce faire, un maillage d'acteurs doit être organisé sur le territoire afin que l'ensemble des professionnels et des institutionnels réfléchissent en même temps, mettent en œuvre et démultiplient les actions avec la population.

Le soutien institutionnel doit se traduire dans les faits par une organisation donnant légitimité et pouvoir d'intervention à la population, avec les moyens afférents⁵³ : l'organisation institutionnelle doit donc s'adapter car « *le temps nécessaire à la participation des personnes s'avère rarement compatible avec le temps de l'administration et celui des élus, l'urgence des résultats à produire, le caractère quantitatif des critères d'évaluation au détriment de critères plus qualitatifs tenant compte de l'évolution des personnes et du sens de l'action menée.* »⁵⁴

1.3 Diffuser les bonnes pratiques

Les données de la recherche font état de l'efficacité de la participation comme méthode d'intervention en promotion de la santé (cf. la partie sur « *Les fondements méthodologiques de la participation de la population et les tensions qui la traversent* »). Constituant l'un des critères de qualité des interventions dans ce champ, la participation devrait faire l'objet d'une stratégie visant à soutenir sa prise en compte dans les actions et permettant de partager largement les outils de sa mise en œuvre.

2/ Le rôle et la responsabilité des professionnels dans la participation des populations

2.1 Les objectifs de travail des professionnels avec les populations

2.1.1 Définir la place de la participation à l'échelle d'un projet

⁵² Fondements de l'approche communautaire de la santé / Michel BASS. Séminaire de la Fondation IRTS de Paris Montrouge, intervention du 20 mai 2008. <http://www.afresc.org/>, rubrique « Vous avez dit Santé Communautaire ? »

⁵³ « Les Fonds structurels européens représentent un levier important de développement des pratiques de partenariat et de participation. Depuis les réformes de l'Agenda 2000, la gestion des Fonds doit répondre aux cinq principes opérationnels suivants : concentration, programmation, partenariat, additionnalité et efficacité. Dans la pratique, cela a suscité la mobilisation des acteurs du champ social, et notamment de nombreuses associations, acteurs importants de la société civile ». Cf. *Guide des outils et méthodes de la participation des personnes en difficultés. La participation et le partenariat au service de l'insertion et de la citoyenneté. Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux. Paris : UNIOPSS, 2003. 37 p.* <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/guideparticipation.pdf>.

⁵⁴ *Guide des outils et méthodes de la participation des personnes en difficultés. La participation et le partenariat au service de l'insertion et de la citoyenneté / Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux. Paris : UNIOPSS, 2003. 37 p.* <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/guideparticipation.pdf>.

Le périmètre de la participation

La conduite du projet nécessite de clarifier le statut de la participation car ce dernier conditionne la méthodologie qui sera employée et le choix des actions mises en place. La participation se définit donc en fonction de la nature du projet (éducation pour la santé, santé communautaire,...), des objectifs de l'action, de la population, du contexte et du dispositif mis en place. Ensuite, il ne suffit pas de la décréter, il faut également lui assigner un cadre dans lequel elle puisse être pensée.

- La participation se définit comme l'« acte de prendre part à quelque chose ; son résultat »⁵⁵. Mais la signification que prend l'acte même de rejoindre un groupe a toute son importance en promotion de la santé. L'accroissement de la participation d'une personne représente un critère d'évaluation des effets d'une démarche éducative en santé car elle signale sa capacité à se mobiliser ; s'il s'agit d'un critère important, ce n'est cependant le seul. L'acte de présence d'une personne, même silencieuse, dans un collectif peut être qualifié de participation car elle fait le choix de s'y inscrire. Le rôle d'un éducateur est alors de lui donner les moyens de participer davantage pour exercer, renforcer, développer des compétences lui permettant de prendre soin de sa santé ; à l'inverse, une personne surinvestissant le groupe et les activités proposées peut au contraire être invitée à réfléchir à son mode de participation, à la place qu'elle occupe dans le groupe, au rapport qu'elle entretient avec son environnement.
- Les projets d'éducation pour la santé ont rarement pour objectif l'implication des populations dans les instances de débat citoyen mais ce rôle est par contre plus souvent proposé au public au sein de l'espace où il est mobilisé (structure, quartier,...). Sans doute cette restriction que les actions connaissent est-elle liée aux limites du mandat du porteur de projet, qui ne lui permet pas de les accompagner au delà. En revanche, il revient, dans le cadre du projet, d'informer les publics sur les instances existantes dans lesquelles ils pourraient s'investir.
- La recherche d'empowerment, dont la participation est un élément fondamental, demande de la même manière à être pensée dans la façon de mener la démarche, et dans ce cas, en associant les bénéficiaires dès le départ pour la construction du projet. Un projet déjà construit quand les bénéficiaires rejoignent la démarche ne peut pas être le leur ; il encourage même souvent le public ciblé à satisfaire les attentes des professionnels. Par exemple, diffuser un questionnaire sollicitant des jeunes sur les thèmes de santé qu'ils souhaitent voir aborder lors d'une conférence relève de la fausse participation car les jeunes n'y exprimeront pas nécessairement leurs vraies préoccupations mais plutôt celles qu'ils pensent que les adultes attendent d'eux.

Enfin, même lorsque la participation n'est pas envisageable compte tenu de la nature du projet, des opportunités peuvent se présenter pour développer à un moment donné cette dimension. Pour cela, les professionnels sont tenus de garder une vigilance continue sur les possibilités d'associer les populations et de mettre en exergue en quoi cette implication conditionnera la réussite du projet.

En termes d'évaluation, les populations sont souvent objets de l'évaluation mais rarement participants à l'évaluation. Les dispositifs sont faits pour les gens mais ils ne sont pas questionnés sur ce qu'ils voudraient connaître en termes d'évaluation. Les impliquer est-il faisable en termes de temps et de processus ? Des expériences différentes témoignent de possibilités mais aussi de difficultés de mise en œuvre :

- Un travail sur des critères d'évaluation du projet avec les usagers est possible, ce que les ateliers santé villes développent, en les questionnant *a minima* sur «ce que l'on veut faire ensemble», sur la façon dont ils pensent que l'on pourrait vérifier si telle ou telle chose du projet a fonctionné.
- Mais le temps nécessaire à la mobilisation de la population et à la mise en place d'un travail avec elle ne permet pas de l'engager vraiment sur les aspects évaluatifs du projet ; la démarche d'évaluation privilégie alors, dans le meilleur des cas, le travail avec des représentants d'usagers.

⁵⁵ Le Petit Robert, 2007

La population concernée

Ce sont souvent des personnes déjà impliquées par ailleurs qui répondent aux appels à participation, même si ces appels à participation sont largement diffusés (par voie de presse par exemple). Le fait que les participants sont des personnes déjà actives a au moins deux avantages :

- Du fait de l'habitude qu'elles ont de participer, elles s'investissent plus aisément dans l'action, sont opérationnelles plus vite et plus efficacement.
- Elles jouent un rôle moteur et représentent un levier pour mobiliser d'autres personnes moins à l'aise avec la participation ; de la même manière que, dans un groupe, l'on va s'appuyer sur le leader pour aider les autres à avancer. Tout projet s'appuie sur les ressources que les acteurs sont prêts à mettre à disposition, qu'il s'agisse des porteurs du projet, des partenaires, de la population,... c'est un principe de réalité que d'utiliser les forces vives où elles se trouvent.

Une difficulté peut toutefois émerger de cet investissement des participants : cela rend le projet plus long à mener et le temps moins maîtrisable. Le promoteur du projet se trouve alors confronté aux « dilemmes classiques d'une démarche de projet »⁵⁶ : concilier dans l'action deux temporalités :

- le temps individuel d'apprentissage, permettant aux personnes de se confronter à des obstacles et de se trouver en situation d'expérimentation, méthode favorisant l'acquisition de nouvelles compétences,
- le temps collectif de réalisation du projet, avec son calendrier, ses échéances.

2.1.2 Créer les conditions d'un environnement facilitateur / porteur

Les contraintes sont inhérentes à tout projet et posent le cadre de ce qu'il est possible de réaliser avec les participants ; leur accorder une place d'acteurs dans le projet suppose qu'ils aient connaissance de ce cadre contraignant et que l'on négocie avec eux la place qu'ils y tiendront. Chaque acteur – chargé de projet, partenaire, financeur, population – a ses enjeux et objectifs propres (affichés ou non) ; et les personnes ont aussi la liberté de se retirer du projet si elles n'y trouvent pas leur compte.

Définir un cadre dans lequel la participation peut être pensée avec la population

Ce cadre doit permettre :

- de sensibiliser la population concernée à l'intérêt de la participation : un des paramètres « *qui va influencer sur la détermination des priorités de l'individu, est ce qu'on pourrait appeler "la culture de la participation", un habitus qui va amener plus facilement un individu à considérer un investissement citoyen comme prioritaire. En effet, on ne naît pas bénévole, ce n'est pas un élément inné mais acquis, inscrit dans une démarche personnelle* »⁵⁷. Par ailleurs, demander un engagement des participants exige que les personnes puissent reconnaître le groupe comme valorisant ; la constitution d'un groupe ne doit donc pas être associée à un problème potentiellement stigmatisant.
- de consulter les personnes au moment de la définition des formes et des modalités de la participation
- d'afficher clairement les formes et les modalités de la participation retenues : si une progression du groupe est planifiée en vue d'atteindre un objectif de production, le cadre de travail doit être posé avec lui et un engagement de chacun vis-à-vis du groupe doit être énoncé : engagement à participer, à se sentir concerné par ce qui se fait dans le groupe, *a minima* en ne faisant pas tout autre chose durant les activités collectives.

⁵⁶ Réussir ou comprendre. Les dilemmes classiques d'une démarche de projet / Philippe Perrenoud. *Animation & Education* n° 214, janvier-février 2010, pp. 14-15.

⁵⁷ Comprendre les obstacles à la participation citoyenne : contribution à une autre reconnaissance du citoyen / ORIV, Mars 2005. <http://www.oriv-alsace.org/pages1/4-prod/syntheseobstaclesparticipation.pdf>

- de connaître et reconnaître la spécificité et les ressources des acteurs : une dimension préalable au travail collectif est de favoriser/valoriser la place de chacun dans le groupe et l'appartenance au groupe. Cette dimension peut cependant faire peur à certains publics. Par exemple, dans une action menée avec des jeunes en mission locale, ceux-ci n'avaient aucune envie de rejoindre un groupe constitué par des adultes. Cette dimension doit donc se construire progressivement.

- d'adapter les formes et les modalités de la participation en tenant compte de la diversité des situations, des attentes des personnes, des centres d'intérêts et de l'évolution du groupe. Cette démarche, relativement modeste au départ, se construit lentement dans le temps, en acceptant l'idée d'échec, de retour en arrière. Les formes et les modalités de participation doivent s'adapter aux changements intervenant dans le projet, et aux opportunités se présentant dans le groupe.

L'introduction de nouveaux participants dans un groupe existant doit faire l'objet d'une attention particulière afin de les aider à trouver leur place. Les techniques sont le parrainage, le récit par les membres du groupe de ce qui s'y est déroulé, etc.

Renforcer les aptitudes de la population à la pratique de la participation

Faire en sorte que la population se sente impliquée et légitime pour intervenir sur les questions de santé impose certaines exigences :

- Prendre le temps suffisant pour l'accompagner dans la construction de sa propre demande.
- Accepter ce vers quoi elle décide d'aller, y compris, le cas échéant, son choix de refuser la participation : les personnes sont incitées à participer mais des portes de sorties doivent toujours leur être offertes, qu'elles pourront prendre si elles se trouvent trop en difficulté. Parfois l'on dit qu'une participation a minima « c'est mieux que rien », mais cela peut aussi être « pire que rien » si cette participation résulte d'une contrainte ; si le cadre est bien posé, on peut faire confiance aux gens pour participer selon leur souhait.
- Ouvrir sur l'extérieur les publics participant à des groupes afin de favoriser leur accès aux services de droit commun et l'adaptation de ces services aux besoins de toute la population sans discrimination.

Ouvrir le groupe sur des contacts extérieurs permet également que les personnes se rencontrent dans le cadre d'autres activités. Il arrive souvent que ces activités extérieures ne soient pas adaptées à leurs réalités culturelles, socio-économiques ; cela suppose donc de travailler l'accueil dans ces dispositifs. L'autonomie hors du groupe n'est pas toujours accessible aux personnes du fait de problèmes d'ordre psychologique, de difficultés avec l'alcool, d'isolement géographique ou social, de situations de grande précarité, de mobilité (moyens de transport), de sentiment de stigmatisation, de vocabulaire inadapté ou de barrière de la langue...

- Préparer la compréhension mutuelle entre les publics, les professionnels et les institutions dont les paroles respectives sont empreintes de représentations ; les manières de dire sont différentes et on ne leur accorde généralement pas le même niveau de reconnaissance ; aider la population à démystifier l'image des professionnels de santé et à faire valoir leurs propres ressources.
- Former les personnes à la prise de parole, à la présentation de dossiers,...

Assurer à l'expression un cadre respectueux des publics

- L'usage fait de la parole d'une personne doit être pesé ; son utilisation ne peut être mise au service exclusif des objectifs du professionnel ou de son institution : « *Certaines pratiques de participation peuvent être mises en œuvre dans le but, plus ou moins affiché, de « ramener dans la norme » une population qui échappe [...] : jusqu'où cette « normalisation » est-elle légitime ?* »⁵⁸.

⁵⁸ Guide des outils et méthodes de la participation des personnes en difficultés. La participation et le partenariat au service de l'insertion et de la citoyenneté / Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux. Paris : UNIOPSS, 2003. 37 p. p.4 <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/guideparticipation.pdf>

- Les règles de confidentialité des propos tenus dans un groupe doivent être clairement énoncées : il ne peut être fait état de ce qui a été dit au sein d'un groupe sans s'être assuré que les personnes concernées en sont d'accord.
- Faciliter l'expression d'une parole de l'intime (se manifestant dès lors qu'une personne parle de soi) suppose quelques exigences spécifiques : sans disposer des moyens (formation, compétence) adéquats, le risque est de faire émerger un problème face auquel le professionnel sera démuni et la personne concernée doublement exposée.

2.2 Le travail réalisé avec les professionnels pour atteindre ces objectifs

Les enjeux de la participation pour les professionnels

Selon le cadre d'intervention et la sensibilité des professionnels, la participation peut être appréhendée et utilisée de manière très différente ; le principe même de participation peut être mis en doute.

En outre, la complexification qu'introduit dans les actions la mise en œuvre de la participation exige du temps, donc de l'argent, et en conséquence, de démontrer sa plus-value auprès des acteurs, qu'ils soient techniciens ou financeurs (Etat, élus,...).

Il est donc nécessaire de susciter leur intérêt pour la participation et de former puis accompagner les professionnels pour l'intégration de la participation dans leurs pratiques.

2.2.1 Interroger le statut de la participation chez les professionnels

Un positionnement personnel

La participation comme principe d'intervention avec le public est en lien avec les valeurs du professionnel et reflète une certaine idée de la personne, digne de respect, capable de changements et de décisions, riche d'apports potentiels (savoirs, ressources, compétences,...). Certaines difficultés à intégrer de la participation dans les pratiques sont liées aux représentations des professionnels, en particulier sur le public avec lequel ils travaillent. En chantier d'insertion, un outil construit à partir des informations collectées auprès des salariés a permis de rappeler aux professionnels que les gens avaient des choses à dire et ne se résumaient pas à des problèmes de santé. Les professionnels (re)découvrent la vraie vie de leur public et son humanité. De leur côté, les gens (re)découvrent que les professionnels sont aussi des personnes. Sécurisés par un cadre et des outils appropriés, les professionnels (et leur public) peuvent progresser dans la mise en œuvre de démarches participatives.

Un positionnement professionnel

Le contexte culturel des professionnels a son importance : par exemple, soignants et travailleurs sociaux ont des référentiels différents et des pratiques spécifiques avec leur public, liés à leur cursus et leur expérience. Un professionnel sensible aux questions de promotion de la santé pourra faciliter l'adhésion de son public à la démarche tandis qu'un professionnel peu familier de cette approche devra d'abord acquérir de nouveaux cadres de travail.

En outre, que les bénéficiaires d'une action soient associés à la conduite du projet peut être inacceptable pour ceux qui les encadrent ; ces derniers peuvent se sentir dépossédés des prérogatives qu'ils considèrent comme devant leur appartenir. Dans le cadre d'un projet en épicerie sociale, l'intégration des bénéficiaires au comité de pilotage a mis à mal les rôles que s'attribuaient jusque-là les professionnels et bénévoles. Un travail sur les représentations et rôles respectifs des professionnels, des bénévoles et des bénéficiaires leur a alors permis de définir, au regard de la place qu'ils s'accordaient mutuellement, les activités revenant à chacun, en fonction de priorités et objectifs partagés. Il faut explorer le sens que chacun donne à sa participation, jusqu'où il souhaite participer, non pas à partir des seules conceptions des professionnels ou bénévoles mais également à partir des attentes du public.

2.2.3 Accompagner le développement des compétences des professionnels pour la mise en œuvre de la participation⁵⁹

Une évolution dans l'interaction avec le public ...

La participation donne davantage de moyens aux gens de décider ce qui est le mieux pour eux-mêmes, ce qui n'est pas nécessairement ce que le professionnel veut pour eux. Aussi « *la participation suppose [...] un changement dans les pratiques des professionnels et un engagement de leur part à donner toute leur place aux personnes [...]. Cela suppose d'accepter le risque de la relation avec un autre qui n'a pas les mêmes repères que soi, d'accepter des déplacements de curseur en terme de rôle, de statut, de pouvoir dans la relation aidant/aidé, en aidant précisément les personnes [...] à ne plus être les bénéficiaires passifs d'interventions [...], mais les acteurs de leur existence. Les professionnels sont aussi amenés, par là, à s'impliquer dans des dynamiques collectives. Car il s'avère que c'est au travers des expériences collectives que les personnes [...] accèdent dans les conditions les plus satisfaisantes à la reconnaissance sociale et à une forme de pouvoir dans la société* »⁶⁰.

« *Le rôle des professionnels qui travaillent avec les groupes concernés doit changer au fur et à mesure que ces groupes évoluent et acquièrent de nouvelles compétences. Les professionnels doivent alors adapter leurs rôles en fonction des dynamiques qui se créent, pour accompagner, transférer des compétences, donner des outils et laisser de plus en plus d'espace, d'initiative et d'autonomie au fil de l'accompagnement des groupes* »⁶¹.

...Au travers d'une démarche d'expérimentation

La démarche proposée aux professionnels afin d'intégrer la participation dans leurs pratiques relève souvent pour eux d'un projet innovant, d'une expérimentation vers des changements de pratiques en profondeur. Cela demande donc du temps d'acquisition et d'appropriation. Durant leur formation, les professionnels doivent prendre conscience de la notion de pouvoir et du partage de pouvoir qu'entraînent les démarches participatives. Pour ce faire, ils sont amenés à s'interroger sur leur rôle, sur ce qui les motive dans une démarche participative, les intérêts qu'ils y trouvent, mais aussi les craintes plus ou moins conscientes qu'elle suscite chez eux. Le travail avec les professionnels consiste donc à mettre du doute dans leurs certitudes pour ensuite reconstruire.

Permettre l'acquisition de méthodes et de techniques

- Comment partir des demandes des populations⁶² ? Le manque d'habitude dans ce domaine nécessite de donner aux professionnels les compétences, les techniques et l'environnement institutionnel favorables à une application dans leurs pratiques de terrain.
- Comment soutenir la participation du public ? Les professionnels doivent acquérir des méthodes favorisant la participation : pour permettre au public d'accroître ses compétences, un panel de modes de participation active est à connaître et déployer afin que chaque personne trouve celui ou ceux qui lui convien(nen)t le mieux.

⁵⁹ « Dans la réalité, certaines pratiques développées dans le cadre d'un projet individuel [...] font [...] appel à la participation de la personne considérée en sujet et dans sa globalité. Ces pratiques s'inscrivent en rupture par rapport à des logiques d'assistance ou des logiques de guichet, par rapport aux approches par catégories qui prévalent dans de nombreux dispositifs [...] » Cf. *Guide des outils et méthodes de la participation des personnes en difficultés. La participation et le partenariat au service de l'insertion et de la citoyenneté / Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux*. Paris : UNIOPSS, 2003. 37 p. p.3 <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/guideparticipation.pdf>.

⁶⁰ *Guide des outils et méthodes de la participation des personnes en difficultés. La participation et le partenariat au service de l'insertion et de la citoyenneté. Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux*. Paris : UNIOPSS, 2003. 37 p. pp.36-37. <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/guideparticipation.pdf>.

⁶¹ Annexe 1 : Documents de méthode – 2. L'évaluation / Chantal Mannoni. pp. 101-105. In : *Les ateliers de santé-ville : expérimentations en Seine-Saint-Denis / Paris : Profession banlieue, mars 2003, 151 p.* (groupe de travail)

⁶² « Il ne suffit pas de lever les peurs pour initier un processus de participation, il faut aussi que les personnes concernées y trouvent une motivation, un intérêt personnel ou collectif. Aussi est-il indispensable que la participation des personnes en difficultés se fonde sur leurs propres préoccupations, non sur celles supposées par d'autres acteurs. Les représentations et priorités d'action entre ceux-ci et les personnes concernées s'avèrent, en effet, pouvoir être fort différentes ». Cf. *Guide des outils et méthodes de la participation des personnes en difficultés. La participation et le partenariat au service de l'insertion et de la citoyenneté / Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux*. Paris : UNIOPSS, 2003. 37 p. p.13. <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/guideparticipation.pdf>

- Comment gérer l'expression des personnes dans un groupe ? Les professionnels doivent maîtriser les techniques⁶³ favorisant la parole de chacun et son respect par tous. Ils doivent également être préparés à l'expression de choses difficiles de la part de leur public.
- Que faire des demandes formulées par le public ? Si les professionnels ne s'en saisissent pas (pour y accéder ou faire état des contraintes qui ne le permettent pas), le public peut se démotiver⁶⁴. Les professionnels à leur tour peuvent alors se sentir mal à l'aise de rechercher à nouveau la participation des mêmes publics alors qu'ils n'ont déjà pas pris en compte leurs précédentes attentes.

2.2.4 L'appropriation de la participation par les professionnels

Souvent, les professionnels cessent de recourir à la participation dès qu'ils ne sont plus accompagnés car ce sont des démarches qui restent trop éloignées de leurs pratiques et des impératifs dictés par leur institution.

Aussi, est-il nécessaire de préciser les objectifs de pérennité des démarches participatives : le travail engagé par les éducateurs et promoteurs de la santé avec les professionnels relais a une fin ; le terme de ce travail interroge les suites données par ces professionnels aux travaux engagés avec eux sur la participation ainsi que l'usage qui en est fait ensuite. La participation amène des changements dans les pratiques qui peuvent rendre obsolètes leur rôle, leurs façons de travailler, et conduire à une pseudo-professionnalisation des publics. Il faut éviter la mise en danger des professionnels par rapport aux techniques ayant cours dans leur champ d'intervention.

Il faut donc veiller à rassurer les professionnels : présenter la démarche comme un exemple de ce qui peut se faire et leur permettant d'expérimenter de nouvelles pratiques dont ils peuvent se saisir comme ils le veulent ou le peuvent, y compris pour inventer leurs propres méthodes.

Une approche lucide de la participation

La participation est un vaste sujet ; elle est aujourd'hui une obligation à laquelle nulle institution concernée par la santé publique ne peut échapper. Cette obligation les contraint à recourir à la participation des populations, publics, habitants, usagers,...

Que l'on se réfère aux réflexions conceptuelles, aux textes théoriques, aux référentiels de pratiques, aux récits d'expériences, ... ou au «faire» que l'on rencontre sur le terrain, l'on constate que la notion est complexe, ses compréhensions multiples, ses réalités innombrables.

La participation explorée dans le présent document relève de notre champ d'expertise, la promotion de la santé. Parmi la profusion de représentations ou de conceptions que la notion de participation fait inmanquablement surgir, nous retiendrons ceci :

- la participation est intrinsèquement liée au contexte dans lequel elle est initiée ou développée ;
- aussi, l'unique jugement que l'on peut s'autoriser à porter sur la façon dont elle est ou n'est pas mise en œuvre ressort de deux principes :
 - la clarté des attentes vis-à-vis de la participation, des possibilités et des limites imposées par les ressources mobilisables par le promoteur de l'action (temps, compétences, soutiens,...) auprès des acteurs en présence (politiques, institutions, professionnels, populations,...) ;
 - le rôle et la responsabilité des acteurs qui s'engagent dans cette voie, de faire connaître au politique les enjeux de la participation de la population.

⁶³ Pour ces aspects techniques, cf. Le travail de groupe en éducation pour la santé / CRES et CODES de Bretagne. *Horizon Pluriel n°10, Octobre-novembre 2005. 8 p.*

⁶⁴ « Les personnes doivent aussi pouvoir croire en des résultats tangibles de leur participation sur leur quotidien, sur les mesures et politiques qui les concernent, dans un délai qui ne soit pas trop éloigné. Il est important qu'elles puissent mesurer un effet concret, à court terme, sur leurs conditions de vie ». Cf. *Guide des outils et méthodes de la participation des personnes en difficultés. La participation et le partenariat au service de l'insertion et de la citoyenneté / Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux. Paris : UNIOPSS, 2003. 37 p. p. 14. <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/guideparticipation.pdf>*



« ... [la participation] suppose d'accepter le risque de la relation avec un autre qui n'a pas les mêmes repères que soi [...] »

Bibliographie

Coopération entre professionnel et non professionnel dans le champ médico-social : « quels enjeux ? Participer ce serait faire en sorte que les personnes profitent au mieux des services offerts et qu'ils s'approprient les actions montées pour eux ? » [en ligne] / FAVRE Didier. Paris : Action Formation Recherche Evaluation en Santé Communautaire (AFRESC), septembre 2005.
En ligne sur <http://90plan.ovh.net/~afresc/spip.php?article44> Dernière consultation le 28/06/2011

De la participation : un éventuel mythe, obligatoire ? / CRUELLE S. *Education santé*, n°196, décembre 2004, pp. 13-15.
En ligne sur <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=514> Dernière consultation le 28/06/2011

Démarche participative et santé : mythe ou réalité ? / GUICHARD Anne. *La Santé de l'homme*, n°382, mars-avril 2006, pp. 11-40.

Développer des pratiques communautaires en santé et développement local / Bernard GOUDET. Lyon : Chronique Sociale, octobre 2009, p. 67. (Comprendre la société)

La participation des usagers comme mesure de réduction des inégalités sociales de santé. Le cas des groupes d'auto-support en France, Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé, Journées annuelles de santé publique (JASP), 17 novembre 2008 [en ligne] / Marie JAUFFRET-ROUSTIDE. Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 2008.
En ligne sur http://www.inspq.qc.ca/aspx/docs/jasp/presentations/2008/14_20_Marie_Jauffret_Roustide.pdf Dernière consultation 28/06/2011

Les fondements éthiques et anthropologiques d'une participation du public en santé publique / MASSE Raymond. *Ethique Publique*, vol. 7, n° 2, 2005. pp. 107-124.
En ligne sur http://classiques.uqac.ca/contemporains/masse_raymond/fondements_ethiques/fondements_ethiques.pdf
Dernière consultation 28/06/2011

Naître égaux – Grandir en santé : un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité / MARTIN Catherine, BOYER Gineete. Montréal : Direction générale de la santé publique, Régies régionales de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1995 (2ème édition en 2004). 207 p.
En ligne sur <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/9163e6ba613e7c08852569ac00543a53?OpenDocument>
Dernière consultation 28/06/2011

Pourquoi adopter une approche participative ? In : *Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur*. Bruxelles : Fondation du Roi Baudoin, mars 2006, pp. 6-7.
En ligne sur <http://www.kbs-frb.be/publication.aspx?id=178268&LangType=2060> Dernière consultation 28/06/2011

Coordination du groupe de réflexion :

Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) de Bretagne

Avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne