



GUYANE PROMO SANTÉ

ARGUMENTAIRE SUR LA PARTICIPATION

La participation des populations est un principe phare de la promotion de la santé depuis la déclaration d'Alma Ata en 1978 et la Charte d'Ottawa en 1986, lui conférant le rôle de stratégie centrale (Wallerstein et al., 2017) à utiliser en vue de la réduction des inégalités sociales de santé et de la lutte contre l'exclusion (Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2011). La démarche participative devient ainsi progressivement une exigence pour les acteurs et actrices de terrain et les pouvoirs publics. Cette exigence pousse à développer des modalités interventionnelles « au plus proche des besoins et conditions de vie des personnes prises en compte dans leur globalité » (Lamoureux, 2006) et à transformer le « faire pour » en « faire avec » ou « faire ensemble ».

Cette démarche participative est définie par l'OMS comme « un processus par lequel les personnes peuvent s'impliquer réellement et activement dans la définition des problèmes qui les concernent, dans la prise de décision des facteurs qui affectent leur vie, dans la planification, le développement et la prestation de services, et dans la mise en place de mesure pour réaliser le changement » (Dooris et Heritage, 2011).

Mais qu'en est-il dans la réalité, dans le monde qui nous entoure ? Sommes-nous en présence d'une multitude d'individus -acteurs et actrices- (personnes usagères, habitantes, patientes, citoyennes) impliqué-e-s dans un contexte propice à la réalisation des changements favorisant leur bien-être et le bien-être collectif ?

La participation en France s'est inscrite dans la loi depuis les années 40. De la sécurité sociale en 1945 qui associe des représentants de la société civile dans les conseils d'administration à l'implication des usagers dans les établissements médico-sociaux (entre 1991 et 1998), de l'élaboration des programmes régionaux de santé (1997), à l'instauration de la démocratie sanitaire, à travers la participation des usagers dans les instances de santé (2002) et les débats publics (2004), et à travers la mise en place d'outil de démocratie sanitaire comme les CRSA (2009), la participation des patients-usagers-citoyens dans le système de santé est écrite. Mais dans les faits qu'en est-il ? Le lit de la participation semble fait, alors pourquoi ne voit-on pas ces individus, acteurs et actrices, travailler et construire ensemble la santé, les changements de demain ?

La participation est à la fois un moyen et une finalité au sein de la promotion en santé. Dans la vision utilitariste, la participation est un outil utilisé en vue d'atteindre un objectif. Dans ce cas, ce sont les résultats attendus par les professionnels qui importent et non le processus participatif. La participation, comme finalité est alors vue comme un « processus transformatif » pour les personnes qui y prennent part, dans lequel l'acte de participer est autant, voire plus important que les résultats atteints par le processus (Cornwall, 2008 ; Bantuelle et al., 2000). Elle est porteuse de valeurs telle que la démocratie, l'équité, étendard de la lutte contre les inégalités sociales de santé.

La participation est centrale en promotion de la santé, est inscrite dans la loi et est définitivement porteuse de solution, alors pourquoi est-elle si complexe à mettre en place ?

Cela pourrait s'expliquer, d'une part, par sa définition protéiforme. Qu'est ce que l'on entend réellement par participation et est-ce que tous les acteurs et actrices en promotion de santé en ont la même définition ? Cette notion de participation, avec ses contours un peu flous parfois, peut

regrouper un ensemble de notions comme la consultation, l'information, la co-construction... Il est même parfois complexe de se mettre d'accord sur la même définition entre tous les participants d'un projet.

Le fait que la participation caractérise des situations dynamiques et incertaines faites d'équilibre de pouvoir et de mobilisation ¹ ajoute, d'autre part, à la complexité de sa mise en œuvre. La participation ne se contente pas d'un cadre législatif donnant un siège autour de la table pour les patients-usagers-citoyens. Pour voir la participation de chacun-e, il faut un partage des connaissances, des expériences et des savoirs, et seulement ensuite chacun-e pourra avoir la capacité d'agir pour le changement.

Du fait de cette dynamique, la démarche participative influence la mise en œuvre de projet, de processus de changement. Et inversement, les conditions de la construction et de la mise en œuvre d'un projet influencent la démarche participative. « Les facteurs endogènes et exogènes ainsi que les caractéristiques du projet influenceront sur le type et le niveau de participation et détermineront le type de participants. Mais inversement, le type de participants influencera les caractéristiques du projet, les facteurs endogènes et exogènes »².

La notion de participation ne se réfère pas uniquement à l'action au sein d'un projet comme moyen et finalité mais elle est aussi éminemment politique. La participation vient toucher nos valeurs démocratiques et souligne l'absence potentielle de démocratie participative, à l'instar d'une démocratie représentative. Elle est aussi politique car elle fait référence au pouvoir d'agir et à la possibilité ou non pour chaque individu de se saisir de ce pouvoir. Enfin elle est politique car elle nécessite un engagement fort des politiques publiques afin de créer et faire respecter les conditions de la participation, à savoir une reconnaissance mutuelle des différents points de vue et parfois de prendre en compte les conflits qui sous-tendent l'action.

Nous avons souhaité l'organisation de ce séminaire afin de réfléchir et d'échanger sur toutes ces notions et valeurs, contradictions et fausses évidences qui traversent la participation mais aussi et surtout nous souhaitons apporter de la réalité dans ces échanges, montrer et comprendre la participation à l'épreuve du terrain.

1 FOURNIER PIERRE, POTVIN LOUISE. PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE ET PROGRAMMES DE SANTE : LES FONDEMENTS DU DOGME.
IN: SCIENCES

SOCIALES ET SANTE. VOLUME 13, N°2, 1995. PP. 39-59

2 IBID