

La participation publique : définitions, défis et usages

► **Damien Contandriopoulos – QUÉBEC**

Professeur agrégé à la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

RÉSUMÉ

Le système sociosanitaire québécois a, depuis sa création dans les années 1970, accordé une large place à des dispositifs visant à donner aux citoyens ordinaires un rôle dans les décisions de gouverne tant au niveau régional qu'au niveau des établissements. L'analyse de près de quarante ans d'expérimentation dans ce domaine sert ici à discuter d'un certain nombre de caractéristiques des processus de participation et des défis, tant pratiques que théoriques, que pose le fonctionnement des dispositifs de participation publique. En conclusion, nous proposons quelques pistes susceptibles de permettre l'atteinte des objectifs liés à la participation tout en évitant certains des écueils potentiels.

ABSTRACT

The Quebec health and social services system has, since its creation in the 1970s, given great importance to mechanisms aimed at giving ordinary citizens a role in governing decisions at both the regional and institutional level. Based on an analysis of nearly 40 years of experience in this area, this article will discuss some of the characteristics of participatory processes as well as the practical and theoretical challenges posed by the deployment of mechanisms for public participation. To conclude, it will suggest some courses of action that might foster the achievement of participation-based outcomes, while avoiding some of the potential pitfalls.

Au cours des dernières décennies, les réformes des systèmes de santé des pays développés ont cherché à mettre en place ou à renforcer des dispositifs permettant aux citoyens d'avoir un impact direct sur la régulation du système (Contandriopoulos, Denis, 2007; Contandriopoulos *et al.*, 2004b; Frankish *et al.*, 2002). Au Québec, dès la fin des années 1960, la Commission Castonguay-Nepveu (1967-1972) proposait divers leviers pour intégrer la population en tant qu'acteur de régulation du système. À la suite de ces travaux, les expériences de démocratisation les plus remarquées ont été la création des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des conseils régionaux; avec toutefois des résultats généralement considérés comme mitigés (Bergeron, 1990; Godbout, 1981; Pineault *et al.*, 1993; Turgeon, 1989). Vingt ans plus tard, la Commission Rochon a repris des constats de la Commission Castonguay-Nepveu (Bergeron, 1990; Contandriopoulos, à paraître) et proposé, entre autres, une déprofessionnalisation des conseils d'administration (CA) et un renforcement des structures régionales. La réponse de l'État a été la mise en place d'« une réforme axée sur le citoyen » (Québec, 1990), afin que celui-ci devienne un acteur central. Pour l'État, la logique de ces réformes était de modifier suffisamment l'équilibre des forces pour permettre la mise en œuvre de modifications des modes de production des services. Au niveau opérationnel, cette logique s'est en particulier illustrée dans la composition des CA des régies régionales où les « simples citoyens » étaient majoritaires. Toutefois, au tournant du millénaire, le gouvernement cherche des leviers d'action pour mettre en œuvre les réformes souhaitées et remet en question ce modèle : fusion du rôle de président et de directeur au niveau des régies régionales, nomination des membres de CA régionaux par le Ministre, ententes de gestion qui renforcent les prérogatives du palier provincial. La centralité du « citoyen ordinaire » disparaît du niveau de gouverne régional.

L'étude du cas récent de la gouverne du système socio-sanitaire québécois permet d'illustrer les principales difficultés à la fois logiques et pratiques liées à la mise en œuvre de la participation publique et de

proposer des balises pour structurer le débat sur l'identification de dispositifs de participation.

Les difficultés liées à la participation publique

Bien qu'il n'existe pas une définition indiscutée de ce qui constitue la participation publique (Frankish *et al.*, 2002), cette dernière évoque l'idée d'une implication directe de la population dans des affaires publiques. A priori séduisante, cette implication se heurte à des problèmes logiques et pratiques importants.

Participation directe et représentation

Du point de vue du participant, s'impliquer dans un processus de participation représente un coût d'opportunité qui s'ajoute parfois à des coûts d'autre nature. En suivant l'argumentation classique d'Olson (1971), les non-participants bénéficient de l'implication des participants. Ceci implique que les bénéfices marginaux de la participation sont généralement quasi nuls. Pour pouvoir comprendre que certains s'impliquent malgré tout, l'intérêt à participer doit être conçu de manière large et, au-delà des retombées positives directement liées au dossier, inclure une meilleure prise en compte de son opinion ou de son intérêt personnel dans le résultat de la consultation et le sentiment d'accomplir son devoir de citoyen. Ceci revient à dire que seuls ceux qui croient que le jeu en vaut la chandelle prennent la peine d'y participer. Or, tant la théorie (Olson, 1971; Salisbury, 1969) que les observations empiriques (Abelson *et al.*, 1995; Contandriopoulos, 2004) indiquent que ceux qui le croient ne sont pas légion, surtout si l'on exclut les représentants de groupes organisés.

Par ailleurs, au-delà de la volonté de s'impliquer, tout le monde n'a pas forcément une opinion valide dans des domaines hautement spécialisés comme celui du secteur socio-sanitaire. Lors d'un exercice de planification, une régie régionale avait demandé à un échantillon représentatif de sa population d'ordonner de manière prioritaire douze secteurs d'intervention. Le secteur de la déficience intellectuelle s'est ainsi retrouvé en bas du classement, mais la

Régie a décidé d'investir prioritairement dans ce secteur illustrant le fait que la validité des opinions doit être pondérée par le degré de connaissance de la problématique des répondants.

Concrètement, les pratiques de participation publique permettent de constater que seuls les participants qui ont un intérêt à participer et qui connaissent relativement bien le dossier en cause sont à même d'avoir une contribution productive. Mais ceci entraîne un paradoxe. L'idée de participation publique repose sur le principe que les participants soient représentatifs de la population dans son ensemble et non pas des représentants d'intérêts organisés spécifiques. Or, en pratique, la probabilité d'être à la fois intéressé et bien informé est directement proportionnelle à la probabilité d'appartenir à un groupe d'intérêt organisé.

Les difficultés opérationnelles liées à la participation directe expliquent assez facilement l'intérêt des mécanismes de représentation par le biais de lobbies, de représentants ou d'associations structurées. Les coûts individuels de la participation sont alors considérablement diminués et se limitent au choix de ses représentants. De même, ces représentants consacrant une part beaucoup plus importante de leur temps aux problématiques en cause, ils possèdent l'information nécessaire pour défendre une opinion valide. Mais, à partir du moment où la participation passe par le biais de représentants, qu'ils soient élus, nommés ou autoproclamés, la question de la représentativité et de l'équilibre entre les forces en présence se pose.

Si l'on s'intéresse à la question de la représentativité dans les dispositifs de participation du système sociosanitaire québécois, force est de constater qu'elle est faible. Les processus électifs (par exemple des membres des CA d'établissements), malgré un suffrage universel, attirent si peu de votants qu'il s'agit en réalité d'élections qui s'adressent aux acteurs internes de ces établissements. Les réformes récentes ont aussi favorisé un plus grand nombre d'individus désignés par le Ministre plutôt qu'élus, comme les membres des CA régionaux. Par ailleurs, même si de nombreux groupes affirment représenter le «public»

lors des différentes audiences publiques, ils n'ont généralement aucun lien formel de représentation.

En fait, il s'agit probablement là d'un second invariant de la participation publique comme phénomène social que de s'appuyer sur des mécanismes de représentation formelle très faibles. En pratique, la participation publique dans le secteur sociosanitaire québécois s'appuie principalement sur l'implication de représentants qui s'auto-désignent en tant que tel (Contandriopoulos, 2004; Contandriopoulos *et al.*, 2004a).

Le nœud du problème réside dans le fait que le public dans son ensemble ne constitue pas un agent sociologique capable d'action propre. Même si le sens commun parle d'un «public» capable de participer et d'exprimer une opinion, l'observation des pratiques de participation montre que seuls des individus ou des groupes structurés participent. Or, l'institution d'un «public» comme acteur autonome est différente de la participation de groupes. En fait, le principe de la participation publique s'appuie, d'une part, sur la construction symbolique de cette entité bien spécifique appelé le «public», c'est-à-dire un collectif réifié, aux opinions à forte légitimité et, d'autre part, l'appropriation de ce construit par des agents intéressés à profiter de sa légitimité et qui s'en réclament les porte-parole. C'est la conjonction de ces deux exercices d'objectivation qui est à la base des pratiques de participation et qui détermine leur efficacité propre.

Cette analyse met en lumière qu'il n'existe pas de dispositifs de consultation qui permettent véritablement d'obtenir les bénéfices liés à la participation publique (légitimité, démocratie, acceptabilité, etc.) sans impliquer des coûts majeurs en temps et en énergie pour les participants. Plus une technique permet de limiter les coûts pour les participants, plus elle implique une délégation poussée avec tous les risques de biais que cela implique. Aussi, plus la participation est directe, plus elle présente un coût d'opportunité élevé pour les participants, ce qui diminue d'autant le nombre de participants potentiels et leur représentativité. En revanche, plus la participation passe par une délégation poussée, plus le coût d'opportunité diminue, mais plus la représentativité de

ces représentants est problématique. Dans le cas de la participation directe, la diminution de la représentativité est une diminution de la représentativité statistique, c'est-à-dire que les participants ont des caractéristiques en termes de niveau socio-économique, d'intérêts, etc., qui ne permettent pas de croire a priori que leur opinion est majoritaire. En revanche, dans le cas de la délégation, le questionnement sur la représentativité porte sur une représentativité politique, c'est-à-dire sur la nature du lien entre les représentés et leurs représentants ainsi que sur la concordance entre leur opinion et celle qui est défendue par leurs représentants.

Participation et partage du pouvoir

La littérature sur la participation des années 1970 était extrêmement sensible à la problématique du pouvoir et délibérément militante en faveur d'un transfert de pouvoir des administrateurs professionnels vers le « public ». À l'inverse, la littérature des dernières années est relativement silencieuse sur cette question. L'hypothèse qu'il puisse exister des tensions entre divers groupes au sujet du contrôle des décisions ne semble pas problématique et le partage du pouvoir est présenté de manière consensuelle. Toutefois, en pratique, deux espaces de lutte de pouvoir demeurent. Le premier concerne l'établissement des frontières allouées à la participation publique. Autrement dit, quels processus organisationnels intégreront une forme de participation et quels processus seront isolés de toute influence participative? Le second porte, à l'intérieur de ces frontières, sur les luttes entre groupes, individus, intérêts ou opinions pour influencer une décision, un dossier ou un processus.

Au sujet du premier espace, on peut conceptualiser l'ensemble des processus décisionnels d'un système organisationnel donné comme un ensemble de relations de pouvoir qui constituent un jeu à somme nulle. Tout transfert des prérogatives de décisions d'un mode fermé vers un mode plus participatif ou ouvert signifie que certains acteurs – individus, groupes ou organisations – perdent du pouvoir et que d'autres acteurs en gagnent. Par exemple, la transformation des conseils régionaux en régies

régionales dans les années 1990 a signifié un transfert de pouvoir du ministère de la Santé et des Services sociaux et des hôpitaux vers les régies et, à l'intérieur de celles-ci, vers un CA qui possédait de nombreux attributs qui s'apparentaient à un forum participatif. À l'inverse, la nomination des membres de CA régionaux par le Ministre et la création d'un poste de PDG a limité le rôle des CA comme forum de participation.

Le second espace porte sur les prérogatives de décision ou de formulation d'un avis légitime. Une fois qu'il existe un dispositif de consultation ou de décision, quels acteurs seront à même de faire prédominer leur opinion ou leur intérêt? Quelle que soit la question posée, il existera des divergences interpersonnelles et intergroupes. Dans ces conditions, la question de savoir quelle opinion doit prédominer est aussi centrale qu'insoluble sur les seules bases de la logique abstraite puisque le principe de majorité ne permet pas d'établir de critère clair si les choix sont multiples et les participants nombreux.

Tout dispositif de participation, s'il permet d'influencer un débat ou une décision, est donc par sa nature même un lieu de lutte constitué de relations de pouvoir. Toutefois, le fait que les dispositifs de représentation de la participation publique soient faibles implique que les luttes symboliques pour l'appropriation des principales sources de légitimité (expertise, représentativité, etc.) seront fondamentales dans presque tous les cas (Contandriopoulos *et al.*, 2004a).

Conclusion : quelques leçons pour le futur

Un premier niveau de conclusion porte sur la nature du collectif public. Comme nous l'avons vu, ce collectif ne devrait pas être conçu comme une réalité objective, mais bien comme un objet social objectif dans le sens commun. Au Québec, les commissions Castonguay-Nepveu et Rochon ont contribué de façon majeure à objectiver l'idée qu'il existe un « public » possédant une légitimité à décider lui-même et pour lui-même de l'orientation des politiques en matière de santé, mais, malheureusement, tenu à l'écart. Les travaux de ces commissions ont ainsi tenté d'intégrer un nouvel acteur dans le système pour servir de contrepoids aux

groupes d'influence bien établis que sont les syndicats ou les associations professionnelles. Depuis ses débuts, le «public» est donc au centre même de l'existence du système sociosanitaire québécois. Mais cette place, il l'occupe en tant qu'entité objectivée et non pas en tant que réalité objective. La population dans son ensemble ne constitue pas un agent sociologique capable d'action propre autrement que par le biais de mécanismes de délégation et de représentation. Par contre, toutes sortes de sous-groupes de la population – des associations de patients aux syndicats en passant par les organismes communautaires – sont organisés en tant que groupes politiquement efficaces. Parmi l'ensemble des groupes politiquement efficaces dans le champ de la santé, un certain nombre – peut-être même une majorité – se réclame en tant que porte-parole du «public» et, ce faisant, s'implique dans les luttes symboliques pour l'obtention de la légitimité liée à ce collectif.

Par ailleurs, les plus évidents porte-parole du «public» restent les élus et en particulier les députés provinciaux. Mais quel intérêt ces agents auraient-ils à favoriser des initiatives de participation publique? La question se pose car elle implique un partage du pouvoir lié au statut de porte-parole du public. Il est probable que tant que cette participation est vue comme une implication directe, individuelle et atomiste du citoyen, elle ne représente pas une menace. À ce niveau, il s'agit de permettre aux citoyens d'utiliser la «prise de parole» (Hirschman, 1970) entre les élections. Conçue de cette manière, la participation publique n'est pas une menace pour le pouvoir politique. Mais, en pratique, valoriser la participation publique revient à créer les conditions favorables à l'instauration d'une lutte symbolique pour l'obtention du droit de s'exprimer au nom de ce public. Plus il y aura de pouvoir lié à la capacité à parler au nom du public, plus cette lutte sera intense. En valorisant la participation publique, le pouvoir politique met en jeu une partie de sa propre légitimité

et du pouvoir qui lui est lié. Les plus habiles, les mieux équipés en capitaux, les plus efficaces dans la lutte symbolique ressortiront du processus investi d'une plus ou moins grande légitimité à parler au nom du public. Ceux-là se retrouveront donc en compétition avec les représentants politiques élus. De plus, ceux qui s'impliqueront dans cette lutte seront des groupes politiquement efficaces. Selon cette seconde conception, on comprend donc que la valorisation de la participation publique et la mise en place de dispositifs soient modérément appréciées du pouvoir politique.

Pour conclure, il existe des conditions institutionnelles qui semblent favorables à une coopération entre citoyens, groupes organisés et institutions. Ces conditions doivent inclure une définition précise des participants visés et tenir compte du fait qu'aucune méthode ne permet de se passer de représentation. La représentation peut passer par le vote, mais plusieurs exemples montrent que le désintérêt de la population peut être à ce point total que même voter représente un investissement trop élevé. Dans ce contexte, il est illusoire de promouvoir la mise en place des structures participatives à grande échelle. Par contre, les structures de participation pourraient viser des groupes plus petits, plus ciblés et plus intéressés. Que ce soient les usagers, les patients, les professionnels, les employés ou autres, plusieurs groupes peuvent avoir des intérêts directs à participer. En mettant en place de telles initiatives, il est possible de contrôler explicitement une partie des conflits d'intérêts existants. Les politiques de participation productives doivent donc se poser explicitement trois questions: Qui veut-on impliquer et pourquoi? Est-ce que le mode de participation suggéré est compatible avec la volonté de participation de ce groupe? Quelles seront les techniques de représentation utilisées? Plus les initiatives de participation seront élaborées en proposant des réponses cohérentes à ces questions, moins le conflit sera probable.

Bibliographie

- Abelson J., Lomas J., Eyles J., Birch S., Veenstra G. (1995). "Does the Community Want Devolved Authority? Result of Deliberative Polling in Ontario". *Canadian Medical Association Journal*, 153 (4): 403-412.
- Bergeron P. (1990). « La Commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu », *Recherches sociographiques*, XXXI (3): 359-380.
- Commission Castonguay-Nepveu (1967-1972). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 7 volumes.
- Contandriopoulos D. (2004). "A Sociological Perspective on Public Participation in Health Care", *Social Science and Medicine*, 58 (2): 321-330.
- Contandriopoulos D., Brousselle, A. (à paraître). "Reliable in their Failure: an Analysis of Healthcare Reform Policies in Public Systems", *Health Policy*, accepté novembre 2009.
- Contandriopoulos D., Denis J.L. (2007). « Réforme du système sociosanitaire québécois: promesses et défis d'une nouvelle gouvernance », *Le Point en Administration de la Santé*, 3 (2): 6-9.
- Contandriopoulos D., Denis J.L., Langley A. (2004a). "Defining the "Public" in a Public Health Care System", *Human Relations*, 57 (12): 1573-1596.
- Contandriopoulos D., Denis J.L., Langley A., Valette A. (2004b). "Governance Structures and Political Processes in a Public System", *Public Administration*, 82 (3): 627-655.
- Frankish C.J., Kwan B., Ratner P.A., Higgins J.W., Larsen C. (2002). "Challenges of Citizen Participation in Regional Health Authorities", *Social Science and Medicine*, 54: 1471-1480.
- Godbout J. (1981). "Is Consumer Control Possible in Health Care Services? The Quebec Case", *International Journal of Health Services*, 11 (1): 151-167.
- Hirschman A.O. (1970). *Exit, Voice and Loyalty*, Cambridge: Harvard University Press, 176 p.
- Olson M. (1971). *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups*, Cambridge: Harvard University Press, 186 p.
- Pineault R., Lamarche P.A., Champagne F., Contandriopoulos A.P., Denis J.L. (1993). "The Reform of the Quebec Health Care System: Potential for Innovation?", *Journal of Public Health Policy*, 14 (2): 198-212.
- Québec (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 91 p.
- Salisbury R.H. (1969). "An Exchange Theory of Interest Groups", *Midwest Journal of Political Science*, 13: 1-32.
- Turgeon J. (1989). « Bientôt vingt ans de régionalisation: qu'ont donc eu à faire les CRSSS? », *Service Social*, 38 (2-3): 220-245.