

## Fiche 11 : Le débat public

*La Direction générale de la santé (DGS) a souhaité approfondir la question de la participation des usagers-citoyens au système de santé à travers plusieurs démarches. A cette fin, elle a confié à Planète Publique la réalisation d'une étude sur les différents modes de participation, réalisée à partir d'une cinquantaine d'entretiens et d'une revue documentaire. Ce travail a abouti à la production de deux rapports : un rapport stratégique et un autre, complémentaire et plus opérationnel, prenant la forme de 12 fiches thématiques. La présente fiche est un extrait de ce deuxième rapport.*

*Le contenu de cette fiche relève de la seule responsabilité des consultants de Planète Publique et n'engage ni la DGS, ni les membres de l'instance de suivi de l'étude.*

### ▪ Etat des lieux

#### ❖ Eléments de définition

La notion de « débat public » est souvent comprise, dans le langage commun, comme l'ensemble des éléments d'un sujet qui fait débat dans les médias et auprès du grand public, et entraîne des prises de position publiques ; on pourrait parler de « débat dans la société » plus que de « débat public ». Cette définition large n'est pas celle qui est retenue ici, dans une perspective tournée plus strictement vers des questions d'organisation.

Trois conditions déterminent alors l'existence d'un débat public :

- un dispositif *ponctuel* doit être organisé ; il ne doit pas être pérenne, c'est-à-dire qu'il doit comporter un début et une fin ;
- il s'agit d'un dispositif qui doit permettre « le débat », c'est-à-dire *l'échange*, la discussion, l'argumentation, l'expression de différends, la controverse... ; à contrario, cela signifie qu'une simple réunion publique ne constitue pas forcément un débat public, si elle se limite à diffuser de l'information ou faire entendre des points de vue, sans véritable échange ;
- enfin, le dispositif doit se dérouler « *en public* », c'est-à-dire de manière accessible et non restreinte ou « *privée* » ; ainsi, des focus groupes ou des ateliers citoyens rendant un avis à une autorité sans démarche publique de discussion, ne constituent pas des dispositifs de débat public ; en sens inverse, le fait que le débat se déroule sur internet n'empêche pas son caractère « public », à partir du moment où l'échange est accessible à tous.

Ainsi définie, la notion de débat public se rattache au concept de démocratie sanitaire par le principe de délibération situé au cœur de la démocratie, plus que

par le principe de participation au pouvoir de décider, qui constitue l'autre versant du concept démocratique : le débat ne débouche pas forcément sur la décision.

Si la notion de débat public présuppose la capacité d'accès public au débat, elle ne définit pas pour autant le type de participants. Ceux-ci peuvent être variés : acteurs institutionnels, parties prenantes, société civile organisée, citoyens non organisés, etc. Le développement des débats publics dans le domaine sanitaire, comme dans d'autres domaines de l'action publique, repose cependant sur l'idée de créer les conditions d'un échange qui dépasse le cercle des experts et des parties prenantes habituellement impliqués dans la discussion et touche des acteurs associatifs, des penseurs et des citoyens plus diversifiés.

#### ❖ Qui lance ou porte le débat public ?

Les démarches de débat public qui peuvent être recensées dans le domaine sanitaire sont, au total, plutôt nombreuses et diversifiées. Elles émanent d'acteurs positionnés très différemment.

Deux *dispositifs spécialisés*, investis spécifiquement par le législateur de la responsabilité d'organiser des débats publics, peuvent d'abord être cités :

- le dispositif de la Conférence Nationale de Santé (CNS) et des Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) : la CNS organise le débat public sur les questions de santé de son choix et les CRSA déterminent les questions de santé qui donnent lieu aux débats publics, qu'elles organisent selon des modalités fixées par leurs règlements intérieurs ; les principaux débats organisés ainsi par la CNS et une CRSA ont été le débat sur le respect des droits des usagers du système de santé (2008, avec la CRSA Ile-de-France), le débat sur l'accès aux soins de premier recours (2009, avec la CRSA Alsace) et le débat sur l'utilisation des données de santé (2010, avec la CRSA Auvergne) ;
- un deuxième dispositif spécifique de débat public peut être évoqué, même s'il n'est pas prévu pour traiter des questions de santé : la Commission Nationale du Débat Public ; certains des débats organisés par cette dernière ont en effet pu avoir des retombées relatives à des questions de santé, comme le débat sur les déchets radioactifs (2005), ou le débat sur les nanotechnologies (2009) ; plus généralement, les questions sanitaires sont fréquemment évoquées dans les débats environnementaux.

Les *institutions publiques* sont par ailleurs directement porteuses de débat, sous des intitulés différents, aux niveaux national, régional ou local :

- le ministère en charge de la santé organise régulièrement des débats publics : les états généraux de la santé (1998-99) restent les plus connus, mais des débats plus récents se sont déroulés, comme par exemple sur l'organisation de la santé (2008) ou la bioéthique (2009) ;

- les services déconcentrés de l'administration de la santé sont également porteurs de débats publics ; peuvent ainsi être cités par exemple, les états généraux de l'alcool en Ile-de-France (DRASS, 2006) ou les « Etats Généraux sur la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH en Ile-de-France » (ARS Ile-de-France, novembre 2010) ;
- les agences sanitaires (AFSSET-AFSSA-ANSES, HAS, IRSN) sont impliquées dans les démarches de débat public, mais plutôt à travers des contributions que par des initiatives directes et autonomes ;
- enfin, les collectivités territoriales mettent également en débat publiquement des sujets sanitaires ; la région Pays de la Loire avait animé en 2008, dans le cadre de la préparation de son Agenda 21, un débat sur la question de la valeur ajoutée d'une politique régionale de santé ; de la même façon, la Mairie de Paris a contribué, en 2009, au débat plus global sur les risques des ondes hertziennes et des antennes, par un débat spécifique au territoire parisien.

Enfin, les débats publics sont également portés par des *syndicats, des associations ou des collectifs* :

- parmi les exemples de débats publics lancés par des organisations syndicales et associatives, peuvent être cités les états généraux de la psychiatrie (2003), ou les états généraux des enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de cancer (2010) ;
- les mutuelles ont également des initiatives en ce sens : la MGEN a lancé en 2010 le débat « ma santé et moi » ; la Mutualité française a animé sur internet un débat public préparatoire à son congrès de 2009 ;
- de simples collectifs non constitués en associations portent aussi des débats publics, comme en témoignent les états généraux de la santé et de l'assurance maladie (Attac, 2006) ou les états généraux de la santé du Collectif Tous ensemble pour le bassin (Decazeville, 2010) ;
- enfin, dans des cas plus rares, des entreprises ont également pu organiser des débats publics, comme GlaxoSmithKline (5<sup>ème</sup> édition, en 2011, du débat Avenir de la Santé).

#### ❖ **Quelles spécificités du débat public en santé ?**

Au total, trois caractéristiques ressortent de ces débats publics en santé, mais dépassent le cadre strictement sanitaire et sont souvent communes à d'autres secteurs d'action publique :

- les pratiques sont diversifiées, mais sans doute peu perçues par le grand public, bien que ce dernier soit mobilisé par les sujets qui « font débat » dans la société, en matière de santé, c'est-à-dire les questionnements médiatisés
- l'intervention des parties prenantes est souvent forte par rapport au grand public ;

- enfin, la place des démarches pluralistes ou indépendantes reste faible, les débats étant portés par des organisations qui maîtrisent le positionnement du sujet et son traitement, sans forcément avoir recours à un tiers neutre ou un garant.

Pourtant, trois spécificités réelles caractérisent également plus spécifiquement les débats publics en santé :

- le support institutionnel existant (CNS/CRSA) est moins cadré qu'en matière d'environnement, mais plus établi que dans de nombreux autres secteurs (éducation, social, culture,...) ;
- la culture du débat reste faible, dans le domaine de la santé, dans un contexte marqué par le poids de l'expertise et l'importance des événements juridiques et contentieux ;
- enfin, les questions traitées sont souvent des questions « de vie et de mort » qui positionnent forcément l'usager et du citoyen de manière spécifique.

- **Discussion**

Cinq problématiques apparaissent régulièrement à propos des débats publics en santé, qui peuvent être abordées de manière chronologique.

❖ **Quels objectifs au débat ?**

Vus de manière restrictive, les objectifs directs d'un débat public en santé défini comme un dispositif d'échange de points de vue et d'arguments, sont d'abord d'identifier clairement les positions en présence et de permettre à chacun de positionner ou de placer le curseur entre ces positions.

Mais d'autres objectifs plus indirects sont souvent également poursuivis (ou d'autres effets atteints), au-delà ou à côté de cet éclaircissement des positions. Ils consistent à :

- informer les parties prenantes et le grand public,
- permettre une meilleure compréhension de la perception d'un sujet,
- faire émerger des recommandations pour l'action,
- aider le décideur dans sa prise de décision,
- accroître la légitimité de l'action publique.

La qualité du débat résultera alors d'une vision claire de l'équilibre entre ces différents objectifs.

### ❖ Comment est défini le sujet du débat ?

Un autre équilibre à trouver est celui qui réside entre une définition large du sujet permettant d'aborder toutes les dimensions du débat, et un ciblage plus précis favorisant un déroulement concret et parlant.

Le niveau de précision du sujet dépend d'abord du positionnement du débat par rapport à la décision. Si l'on se situe avant décision, il convient de noter que les citoyens ont la plupart du temps tendance à remonter aux choix d'origine ; ils veulent pouvoir débattre de toutes les opportunités, comme l'avait montrée l'expérience de Etats généraux de la santé en 1998. Pour un débat d'accompagnement d'une décision prise, la précision du cadre de décision fait en revanche, que le débat intéressera davantage les professionnels de santé et les associations d'usagers que les citoyens non organisés. Enfin, pour un débat d'évaluation d'une action de santé, le questionnement doit à nouveau être large, mais les citoyens seront plus à l'aise sur les questions de pertinence et de cohérence des objectifs, et d'utilité sociale de l'action, que sur les questions d'efficacité, d'efficacité et de cohérence des moyens, qui nécessitent des appréciations plus techniques.

Une deuxième dimension de la définition du sujet tient bien sûr au niveau territorial retenu, national, régional ou local, ou une articulation de ces différents niveaux (exemple du débat bioéthique en 2010).

Au total, deux facteurs clés de succès apparaissent clairement pour bien définir un sujet de débat sanitaire :

- anticiper, c'est-à-dire faire émerger les controverses de santé publique, cartographier le positionnement des acteurs pour repérer les points de vue en présence, réaliser les études quantitatives et qualitatives alimentant la problématique ;
- mobiliser, c'est-à-dire ancrer le débat sur des situations concrètes touchant le patient ou l'habitant, vérifier la lisibilité grand public du débat, décliner administrativement le sujet pour une mobilisation ultérieure des services de santé.

### ❖ Qui participe au débat public ?

Pour bien prendre en compte l'ensemble des participants au débat, il convient d'être attentif à trois positions possibles pour les publics du débat : ceux qui participent effectivement au débat, ceux qui l'écoutent et ceux qui entendent la communication faite sur le débat.

La nature des participants dépasse quant à elle le distinguo classique entre citoyens organisés et non organisés. La variété des participants est potentiellement forte et concerne les usagers, les patients, les malades, les habitants, les riverains, les consommateurs, les contribuables, les cotisants, les profanes, les bénévoles, les militants, les citoyens ...

La qualité du débat résultera aussi de cet équilibre entre « profondeur » de participation (intervenir / écouter / entendre) et « largeur » (usager, malade, citoyen, etc.).

❖ **Comment conduire « un bon débat » ?**

La question du respect de certains principes est bien sûr au cœur de la qualité du débat :

- présence d'un comité de pilotage, d'un garant, d'un comité scientifique ...
- indépendance de l'autorité organisatrice,
- gel des décisions publiques pendant la durée du débat,
- délimitation de la prise de parole politique pendant le débat,
- garantie d'un débat libre, contradictoire, égalitaire.

Cependant, la qualité du débat – et parfois sa réelle teneur démocratique – tient également beaucoup à l'attention portée aux détails de sa mise en œuvre :

- fourniture préalable d'informations,
- préparation, qualification, formation des intervenants
- capacité d'animation du débat (capacité d'écoute et limitation de la confiscation de la parole),
- ingénierie du dispositif,
- articulation des supports écrits, oraux et électroniques,
- médiatisation du débat,
- etc.

❖ **Quel suivi des résultats du débat ?**

Enfin, une problématique très fréquemment évoquée à propos des débats publics en santé est celle de la capacité à suivre les résultats du débat.

Il s'agit d'abord d'être capable de « tracer » les résultats, c'est-à-dire de suivre le cheminement des opinions et propositions résultant du débat, dans la suite de l'action en santé publique. Pour cela, il est important d'anticiper le traitement des contributions et des échanges, de définir des modalités de restitution adaptées au contexte et aux publics et de limiter le délai entre clôture, restitution et décision.

Mais il s'agit également d'identifier la façon dont le débat a « pesé » sur les résultats, c'est-à-dire de comprendre l'influence du débat sur la décision en santé.

▪ **Pour aller plus loin...**

- Blatrix Cécile *et al.*, *Le débat public : une expérience française de démocratie participative*, Paris, La Découverte « Recherches », 2007, 416 pages.
- Blondiaux, L., *Décider en politique - La délibération, norme de l'action publique contemporaine ?* -Revue Projet - 2001/4 (n° 268)
- Service d'information du Gouvernement, *Guide du débat citoyen*, La Documentation française, 2005
- Zémor, P., *Pour un meilleur débat public*, Presses de Sciences Po, 2003