

LA SANTE OU LA VIE

Entretien avec Marianne Auffret

« L'idée était de réfléchir non pas à des contenus d'information mais à ce que nous en faisons, regarder ensemble sur quel genre d'écueils se fracassaient cent fois ces informations et qui les empêchait souvent de devenir autre chose qu'un savoir dont on ne faisait rien dans nos vies. »

Marianne Auffret est Vice-présidente de l'association Elus santé publique et territoires, elle était Adjointe à la Maire du 14ème arrondissement de Paris en charge de l'urbanisme, des grands projets d'aménagement et de la santé jusqu'au 11 juillet 2020.

POUR UNE ELUE COMME VOUS, ET PLUS GÉNÉRALEMENT POUR VOS PAIRS, COMMENT SE POSENT LES QUESTIONS RELATIVES A LA PARTICIPATION DES HABITANTS SUR DES SUJETS DE SANTE ? DANS CE CADRE, COMMENT S'ARTICULENT MANDAT REPRESENTATIF ET DEMOCRATIE PARTICIPATIVE OU DIRECTE ?

POUR COMMENCER ? EN QUOI LA SANTE CROISE LES PREOCCUPATIONS DES COMMUNES ?

La santé des villes

La santé n'est pas dans le périmètre obligatoire de l'action municipale. Mais grâce à la clause de compétence générale, les communes peuvent se saisir de ce sujet. En d'autres termes, elles peuvent se mêler de presque tout dès lors que l'intérêt de leur territoire peut être évoqué. L'appréciation de l'opportunité d'investir le sujet de la santé est très variable selon les communes. Certaines s'y penchent depuis longtemps, tant sur le volet de l'offre de soins qu'à travers des considérations plus globales et anciennes comme l'activité d'hygiène et sécurité sanitaire. D'autres s'en sont saisis plus récemment, souvent à travers le constat d'un déficit d'offre de soin, les fameux « déserts médicaux », mais aussi parfois à travers la nécessité de faire face à des événements qui affectent l'environnement et qui inquiètent les habitants, de l'accident industriel aux algues vertes sur les plages.

Par ailleurs, volontaires ou pas, visionnaires ou pas, toutes les communes ne sont pas également dotées pour « s'intéresser à la question », pour faire face aux enjeux de leur territoire. Les inégalités sont importantes tant sur le plan des ressources des villes que de leurs besoins. Malgré quelques mécanismes de compensations et de péréquation, les villes ayant les plus grands besoins ont aussi les moyens les plus faibles. Les agences régionales de santé sont certes en charge de pallier ces inégalités de santé entre communes, mais elles n'ont pas beaucoup de pouvoir sur les programmes de promotion de la santé, pour deux raisons : parce que ceux-ci reposent sur des leviers qui sont entre les mains des collectivités ou des services de l'Etat (l'éducation, l'activité physique, la qualité de l'air, de l'eau et du bâti...) mais également parce que le moyen opératoire de la promotion de la santé est basé sur la qualité du contact, je dirais même de la *conversation*, qui se fait entre les différents initiateurs des programmes et les publics cibles.

Parfois, l'inédit débarque et oblige à agir avant d'avoir posé le cadre de l'intervention, qui agit comme un catalyseur de problèmes autant que de solutions. L'« effet Covid » a à cet égard été un accélérateur sans

précédent de prise de conscience (par les élus, les services et les habitants) du rôle des municipalités en matière de santé, et de l'ampleur des contours de cette mission. Inévitablement, après l'urgence, resurgissent les questions de gouvernance du système qui a été mis à l'épreuve dans la crise. La question de la place, de la part de chacun et donc de la *participation* de chacun refait surface comme un sujet dont on voit soudain l'importance, qui échappe à l'occasion à la façon assez ennuyeuse et bureaucratique dont ces sujets sont traités habituellement.

UNE DEMOCRATIE, PAR ESSENCE, REVELE LA PLURALITE DES POSITIONS DES CITOYENS – COMMENT UN ELU CHERCHE-T-IL A FAIRE AVEC CELA ?

Qui sait qui a raison ?

Quelle que soit la façon dont les villes envisagent leur rôle en santé, il y a souvent au sein des conseils municipaux, « un élu en charge de la santé », dont on ne sait pas toujours bien définir les contours de la charge. On y nomme parfois « spontanément » un médecin, ou du moins un clinicien, en imaginant que quelqu'un qui sait soigner un corps saura bien en soigner plusieurs et que c'est de ça dont il s'agit. Ce petit phénomène est intéressant à observer car il illustre la conception étroite que l'on peut avoir spontanément des contours de la délégation « santé ».

En réalité, je pense qu'idéalement un élu, quelle que soit sa délégation doit se garder scrupuleusement, méthodiquement, d'être un spécialiste d'une thématique. Un politique est un « problématisateur ». Il reçoit une *plainte*, une *revendication*, qui émane d'un groupe plus ou moins large dans un environnement donné. Il identifie parfois ce qu'il pense être une *injustice* – et cela induit un mécanisme un peu différent de celui de la plainte. Dans tous les cas, il doit transformer ces éléments en une série de décisions qu'il devra prendre mais qui toutes auront un prix quelle que soit la nature de ce prix. Le prix au sens financier est le premier auquel on pense mais il y en a d'autres. On parle par exemple de prix politique pour une décision qui se révélera *impopulaire*. Ce terme, utilisé par les commentateurs scientifiques ou des médias, illustre vraiment le paradoxe démocratique. Prenons l'exemple du logement social. Il est un peu éloigné de la stricte promotion de la santé mais il ne faut pas aller bien loin pour voir comme construire du logement abordable et de qualité participe de la santé des populations. Au moment des élections, on dit assez clairement que l'on fera du logement social. On précise même qu'on essaiera de le faire dans des zones où il n'y en a pas, que c'est plus logique. Parfois sur la foi de ce programme-là, on est élu. Le camp de ceux qui veulent du logement social pour eux-mêmes, allié à ceux qui pensent qu'il en faut *en soi*, gagne sur le camp de ceux qui ne pensent pas que ce soit nécessaire allié à ceux qui en veulent bien mais pas près de chez eux. Après, on construit le logement social. Et là, on découvre des résistances majeures. On est parfois face à des riverains hostiles qui revendiquent alors d'être « écoutés », qui pensent plus ou moins sincèrement qu'on les a trahis. La mesure est alors *impopulaire*. Faut-il alors « écouter » ? Ecouter tout le monde, tout le temps ? Que peut-on écouter, mieux, pour améliorer réellement l'action publique ? Dans le cas de la construction de logement que j'évoque, la décision de construire émanait bien du peuple. Mais le peuple c'est la majorité. Il y a donc potentiellement la moitié des habitants qui ne partagent pas la ligne choisie. Y a-t-il alors paradoxalement un risque à tenir sa promesse ? Comment évaluer que l'on en dévie ? Comment en dévier quand on estime que « ça ne passe pas » même si les fins sont claires et définies en commun lors de l'élection qui désigne les décideurs. Dans ces circonstances, la compétence requise pour l'élu est bien plus la capacité à rechercher la vérité, au sens philosophique, que la « spécialisation » en telle ou telle thématique.

La nécessité de se départir de la « spécialisation » est encore plus cruciale quand la spécialité (ici, la santé) suscite tant le fantasme d'un savoir tout puissant. Il y a de nombreux points communs entre les questions qui viennent actuellement traverser la relation de soin et la relation démocratique entre élus et électeurs. On a d'ailleurs inventé la formule de « démocratie sanitaire », un peu fourre-tout, mais qui indique la proximité des problématiques qui affectent les deux champs. Du côté du soin, le savoir/pouvoir du soignant est investi encore assez positivement mais l'esprit des temps signe plutôt une tendance à favoriser l'empowerment du patient, à la critique de la dissymétrie dans la relation patient/soignant. Du côté du politique, la figure de l'élu n'a plus la cote mais demeure une représentation du pouvoir et sans doute du savoir, mais sous une forme inversée (le politique est soupçonné de savoir ce qu'il devrait faire mais de ne pas vouloir). Il y a dans les

deux domaines, une revendication de participation à la décision mais aussi d'horizontalisation de la relation ainsi que d'itération et d'intensification des occasions d'approbation des décisions politiques. Ce qui est très intéressant avec ce concept de promotion de la santé c'est qu'il se situe dans ce mouvement-là, dans la dynamique d'aller-retour, d'ajustement mutuel entre ce qui est souhaitable et ce qui est supportable, ce qui est imaginable, ce qui est faisable.

Dans cet aller-retour, la question du prix que j'évoquais plus haut est alors renégociée, réajustée de façon plus régulière. Les effets magistraux induits par l'échéance électorale sont comme lissés par la fréquence et la familiarité de la conversation. Mais, renégociation ou pas, cette façon de faire a un prix aussi ! Je crois que la méthode que j'ai utilisée pour promouvoir la santé dans ma ville était assez didactique. J'ai pensé qu'au-delà des questions d'*information* ou de *consultation*, il y avait une dimension de construction de notions communes dans l'exercice de la démocratie comme celui de la promotion de la santé. J'ai pensé qu'il fallait prendre le risque de la dispute, de la mise en lumière de tensions, plus encore même qu'il fallait viser la dispute, la *disputatio* médiévale, qui était une méthode rigoureuse d'enseignement et de recherche. Mais c'est un registre structurellement difficile à manier pour un élu puisqu'il ne doit jamais trop déplaire, qui doit sans arrêt produire du consensus, au risque de...ne plus être élu. Cette production de consensus est évidemment nécessaire, aussi utile que la crise qui ouvre les bonnes problématiques. Mais on mesure combien cette double attente représente une tension constitutive du rôle d'un élu.

ET VOUS, CONCRETEMENT COMMENT AVEZ-VOUS TRAVAILLE AVEC DES CITOYENS SUR LES QUESTIONS DE SANTE ?

La santé, c'est tout une histoire.

Pendant les trois mandats que j'ai exercé successivement, mes délégations contenaient toutes un fort contenu évident de santé. Pendant ces années, j'ai coordonné ou participé à de nombreux groupes de travail, aux contours plus ou moins formels, des Conseils (de santé mentale, du handicap, de la jeunesse, ...), ou plus informels lors d'initiatives ponctuelles où un sujet « santé » était évoqué. J'ai également la chance d'avoir un atelier santé ville sur mon arrondissement. Il ne couvre qu'une petite partie du territoire, mais c'est un acteur important de l'animation territoriale en santé. C'est un dispositif agile, malin, qui maîtrise bien les outils de la promotion de la santé, qui sait organiser cette conversation permanente avec la population que j'ai évoquée plus haut.

A travers ces cadres d'animation, je crois avoir encouragé des « moments de réflexion » sous diverses formes sur ce qu'était ce *machin* de la santé, presque en le formulant ainsi d'ailleurs : « Citoyens venez décortiquer le *machin* qu'on y voit ensemble, qu'on confronte nos conceptions, qu'on s'accorde sur les termes ! ». L'idée était de dépasser un peu les diverses journées de ci et de ça (du diabète, des AVC, de la sécurité routière...), utiles sans doute, mais où le mode « information », les sachants vers les curieux, fait que l'on ne touche souvent que les personnes déjà informées... L'idée était de réfléchir non pas à des contenus d'information mais à ce que nous en faisons, regarder ensemble sur quel genre d'écueils se fracassaient cent fois ces informations et qui les empêchait souvent de devenir autre chose qu'un savoir dont on ne faisait rien dans nos vies. J'ai pensé, avec d'autres, que les clés de cette lecture apparaissaient quand on racontait des trajets de vie, de soins, d'aide ou d'entraide. Nous avons pris l'habitude d'appeler ça des « vignettes » en nous inspirant de la vignette clinique des soignants, mais l'idée était plutôt de faire une vignette sociale où on prenait en compte l'ensemble des éléments qui avaient produit la difficulté de santé – au sens large, celle de l'OMS. A travers une histoire que l'on raconte, on évite de trop parler de soi, cela décale le propos, et permet que le collectif identifie et caractérise le type de freins et de leviers rencontrés dans l'histoire (mauvaise information, incompréhension, inimitié, culture de travail différente, insuffisance des ressources...). J'ai par exemple organisé des assises locales de la santé intitulées : « Des histoires, des patients, quelle coordination des acteurs en santé ? » dans lesquelles des soignants, des travailleurs sociaux, des bailleurs, des aides à domicile, des représentants d'usagers étaient invités à écouter une histoire de soin et la commenter. Les personnes présentes ont noué de meilleures collaborations, ont écouté les difficultés des autres. Mais demeure un point qu'on a du mal à penser : s'il s'agit bien d'un dispositif de participation, il était pourtant bien ciblé, il ne s'adressait pas aux « habitants » en tant que tels. Une grande partie des réunions du comité de pilotage

qui précédaient ce genre d'évènements consistaient à se demander d'ailleurs *à qui s'adressaient* ces initiatives. On finissait toujours par imaginer un cercle très large de « professionnels », un cercle aux contours flous où la question de la rupture du secret professionnel planait comme une menace permanente. Cette question du secret professionnel était comme toujours bien réelle à certains égards puisque nous partions toujours d'histoires de personnes, plus ou moins transformées, adaptées pour être plus parlantes – mais pas trop non plus sinon la vignette perdait sa fonction initiale, celle de réfléchir concrètement à nos problèmes. Mais cette question du secret était aussi parfois l'usine à fantasme qui signalait plutôt une défense de certains à entrer dans la critique – et donc parfois, l'auto-critique.

Qui s'occupe de la santé ?

Au cours de ces divers moments institués, j'ai souvent fait l'expérience de demander à des habitants « lambda » ou disons non-professionnels de santé : « Qui s'occupe de santé ? » On aura toujours tendance à d'abord citer le médecin, puis l'infirmier ou une profession paramédicale. Puis on s'aventurera à évoquer la question du handicap, peut-être du vieillissement, mais déjà on pressent que cela se complexifie, que ce n'est pas exactement de la santé, ou c'est un peu plus que ça, que c'est un peu de la vie en général dont il s'agit. On tergiverse, on réfléchit. Est-ce qu'être handicapé c'est être en mauvaise santé ? Qu'est-ce que vieillir en bonne santé si l'on admet que vieillir, c'est tout de même perdre l'énergie de la jeunesse ? Il y a les dogmatiques, qui disent qu'ils savent, d'autres que la question est permise. Puis, dans le fil de la réflexion, on évoque souvent la prévention, souvent sur le mode « c'est évident », « il faudrait », ce serait « mieux », sans toutefois bien arriver à comprendre pourquoi depuis le temps que ce serait mieux de façon si univoque, ça ne se fait pas beaucoup, sans toutefois provoquer non plus beaucoup de manifestations de rue. Faut-il envisager qu'il y ait des évidences qui n'ont pas de valeur opératoire ? Si l'on poursuit un peu la conversation démocratique, les questions de santé environnementales, au sens large de l'environnement d'un individu, des facteurs qui viennent déterminer sa bonne ou mauvaise santé, paraissent assez vite. Mais plus la conversation se déploie et identifie les problèmes structurels, plus les compétences nécessaires, les représentations, les leviers de l'action sont complexes et intriqués. La tentation est alors forte de renvoyer tout ça vers deux sortes de *sachants* : l'expertise technique ou la « volonté politique ». Les deux pôles ayant d'ailleurs une fâcheuse tendance à se prendre l'un pour l'autre, on convoquera donc l'impuissance générale et la fin des haricots, et ça ce n'est pas bon du tout pour la santé !

Un « projet de promotion de la santé », ça n'existe pas tel quel pour un élu local, ou disons c'est une forme ultra aboutie d'une problématisation qui n'arrive pas souvent sur le temps d'un mandat. Je donne cette dernière précision du « temps du mandat » parce que, qu'on en fasse un ou dix, cette rythmique particulière, cette scansion inédite que confère le processus électoral, que confère la démocratie représentative lui dicte en partie la nature de sa réponse. A chaque nouveau mandat, il s'agit de traiter de nouveaux problèmes. Même les anciens problèmes se reconfigurent au gré des contingences nouvelles. Il faut se mettre à jour sur ce qui fait problème, au regard des mutations objectives de l'environnement (tout l'environnement y compris les marges de manœuvre économiques et politiques) ou plus subjectivement des mutations de la plainte concernant cet environnement.

NOUS PERCEVONS BIEN LA MULTIPLICITE DES TENSIONS « A L'ARTICULATION ENTRE LE MANDAT D'ELU ET LA CONVERSATION DEMOCRATIQUE » TELLE QUE VOUS L'APPELEZ. POUR CONCLURE SUR QUOI SOUHAITERIEZ-VOUS INSISTER ?

Collaborer avec les tigres

En promotion de la santé, pour les raisons évoquées plus haut qui rendent la notion si diffuse, la question des collaborations, de l'emboîtement de la participation des différentes parties prenantes est centrale mais sa mise en œuvre est traversée par une série de tensions. L'une d'entre elles est me semble-t-il, peu évoquée : celle du mode de sélection du personnel chargé de mettre en œuvre les politiques de promotion de la santé – et c'est donc large, on l'a vu ! Elle n'est ni plus ni moins que le miroir de celle qui est effectuée par le système scolaire français. Il s'agit de gagner, de dépasser les autres, d'avoir raison. Je suis un peu dure mais pour avoir enseigné plusieurs années, j'ai bien vu que la marche était haute pour des élèves français de devenir ensuite des adultes collaboratifs et attentifs à la fragilité de leurs semblables. Or, ces salariés constitueront

aussi les rangs de toutes les institutions évoquées plus haut qui participent à promouvoir la santé. On va demander de travailler en collaborant, en suscitant des collaborations, en favorisant la participation de chacun, leur demander de consulter en permanence même quand on a déjà recueilli l'approbation une fois. Cette culture de la signature en bas des formulaires (de consentement, de projet personnalisé, de décharge) est un peu limitée quand même... Je ne prétends pas que la contractualisation par voie de formulaire permanent n'est pas utile parfois. Mais précisément, une signature, c'est comme une élection, ça vaut ce que ça vaut, mais ça ne remplace pas la conversation.

En politique, c'est encore pire, je crois. Non seulement, nous sommes aussi sortis du système de sélection scolaire, mais aussi de celui, sans pitié, du système de sélection des partis, puis de celui du système démocratique. La collaboration n'est pas naturelle en politique, précisément parce que nous sommes sélectionnés sur notre capacité à vaincre nos adversaires, à être dans la lutte et la rivalité. Je fais là une simple observation parce que je n'ai pas d'idée de la façon précise dont nous pourrions faire autrement. Mais je remarque que nous sélectionnons des tigres et nous leur demandons d'agir comme des philosophes. Et pour revenir au sujet spécifique de la promotion de la santé, s'il l'on admet assez bien que les déterminants de santé sont liés à une multiplicité de facteurs, il faut souvent d'abord convaincre ses collègues et les engager à agir sur ceux dont ils ont la charge au sein du conseil : éducation, logement, emploi, environnement sont autant d'aspects qui viendront déterminer à la marge ou de façon écrasante la bonne ou mauvaise santé des habitants. Cette collaboration entre élus existe et elle est tout au mérite de ceux qui y parviennent. C'est une façon de faire couteuse en temps, en énergie, en réflexion, en ingénierie de la décision politique. Elle n'est pas « naturelle » puisque nous allons tous spontanément vers ce que nous connaissons, vers ce qui est le moins coûteux. Il n'y a pas de remède miracle, pas plus en médecine qu'en politique, mais je pense qu'il faudrait accepter de se pencher sur ces questions. Evidemment, c'est plus difficile d'apprendre à supporter l'adversité et identifier les paradoxes que de faire des slogans pour manger des fruits et légumes. Mais je pense qu'il y a aussi plus de plaisir. L'une des clés pour participer, faire participer, est d'arrêter avec les slogans, les boîtes à outils, les trucs et astuces, les power points. Il faut faire des phrases, je crois. Pour promouvoir la santé, la participation, la vie suffisamment bonne, il faut essayer toujours avec entêtement, détermination, de faire des phrases. Tout un programme !