

Un test à l'échelle mondiale: solidarités territoriales dans la crise sanitaire

Olivier Giraud, Nikola Tietze, Camille Noûs

► **To cite this version:**

Olivier Giraud, Nikola Tietze, Camille Noûs. Un test à l'échelle mondiale: solidarités territoriales dans la crise sanitaire. La vie des idées, La Vie des Idées, 2020. hal-02903126

HAL Id: hal-02903126

<https://hal-cnam.archives-ouvertes.fr/hal-02903126>

Submitted on 20 Jul 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Un test à l'échelle mondiale

Solidarités territoriales dans la crise sanitaire

par Olivier Giraud, Nikola Tietze, Camille Noûs

La pandémie du Covid-19 a donné lieu à travers le monde à des réponses sanitaires contrastées et à l'efficacité variable. Ces stratégies révèlent les structures des systèmes sanitaires et sociaux mais aussi la capacité des nations à la solidarité territoriale et à la coopération face à l'urgence.

La crise sanitaire du Covid-19 fait avant tout l'objet d'analyses centrées sur l'espace national. Ce cadrage masque les circulations transfrontalières du virus, mais aussi les coordinations internationales et les dépendances productives dans les réponses sanitaires. Surtout, il laisse également dans l'ombre l'importance des réponses infranationales et des besoins locaux et régionaux : solidarités de quartier et réseaux sanitaires décentralisés d'un côté, inégalités et fragilités locales ou régionales de l'autre. Face à l'urgence pandémique, les tensions dans les architectures territoriales des systèmes sanitaires et de protection sociale des pays ont été nombreuses. Nous proposons, dans cet article, de conduire une réflexion sur ce que la crise sanitaire du Covid-19 révèle des modalités d'organisation des solidarités sanitaires et sociales dans différents pays. Facteurs de réactivité des systèmes sanitaires et sociaux, les arrangements plus ou moins centralisés et plus ou moins pluralistes des systèmes sanitaires et des protections sociales à l'échelle nationale s'articulent d'une manière générale, depuis bientôt 40 ans, à l'ouverture grandissante au marché.

Cette évolution marque de multiples manières les modèles de centralisation et décentralisation des systèmes sanitaires et de politiques sociales dans différents pays du monde. Se pose alors la question de savoir comment elle a influencé la mise en œuvre des solidarités sanitaires et sociales dans la crise du covid-19. Comment l'urgence pandémique actuelle repositionne-t-elle le rapport au marché ? Et plus largement, comment la crise sanitaire

redessine-t-elle la politisation de la protection sanitaire et sociale ? Où est le centre du pouvoir ? Où sont celles et ceux qui ont la capacité de formuler les problèmes et de décider ? Et avec quelle efficacité ? D'où viennent enfin les informations et les savoirs pertinents pour agir ? Notre analyse est basée sur les échelles de l'État social, comprises comme des espaces d'interaction forgés à la fois par les capacités des acteurs à mobiliser des ressources financières, matérielles, organisationnelles ou de réseaux, mais reposant aussi sur des contraintes et opportunités institutionnelles.

Le Covid-19 comme crash-test des systèmes sanitaires et sociaux ?

Face à l'urgence sanitaire, la capacité des systèmes d'action publique à croiser les connaissances internationales et locales s'est avérée cruciale. Un regard comparatif des situations en Allemagne et en France le montre bien. En Allemagne, le nombre de décès causés par le Covid-19 est relativement faible et la circulation du virus a pu être restreinte assez rapidement. Les autorités sanitaires et certains acteurs économiques prennent en compte, dès le début de l'année 2020, les informations, partagées par les chercheurs chinois, les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et les alertes de la veille sanitaire nationale. Les représentants des *Länder* et le gouvernement fédéral reconnaissent alors relativement tôt la nécessité de tester systématiquement, d'isoler les malades, de mettre en quarantaine leurs contacts et d'identifier des « clusters » ([Fertikh, 23-4-2020](#)). Des PME locales de haute technicité débutent, dès janvier, la fabrication de tests en masse. En lieu et place d'un confinement stricte, les individus sont responsabilisés, mais les lieux collectifs sont fermés, comme ailleurs en Europe, à la mi-mars. Dès le mois de février cependant, les responsables politiques fédéraux et des *Länder* parlent d'une même voix sur les plateaux de télévision pour annoncer la doctrine des trois I face à la crise qui vient : Identifier, Isoler, Informer. D'ailleurs, cette doctrine sera mise en œuvre en temps voulu.

En France, les décès causés par le Covid-19 atteignent des chiffres bien plus élevés. Le pays entier est soumis à un confinement strict et autoritaire pendant deux mois. Le président de la République et le gouvernement ont dénié, jusqu'à la mi-mars, les risques de la pandémie, en dépit des alertes de l'OMS et de la gravité de la situation en Italie voisine depuis plusieurs semaines déjà. Ces responsables ne sont pas parvenus à se détacher de leur agenda de réformes dans les domaines social, scientifique et éducatif ([RogueESR et le séminaire *Politique des sciences*, 26-04-2020](#)). La désorganisation institutionnalisée du système de santé publique a anéanti les chances de la fonction de veille sanitaire de jouer son rôle. La contestation des réformes de l'assurance-chômage et des retraites depuis décembre 2019 se conjugue, dans le domaine social et sanitaire, avec des mobilisations du personnel hospitalier, dénonçant le manque de moyens et du personnel et la marchandisation de la santé, puis des scientifiques devant l'agenda de réforme de la recherche publique annonçant plus de précarité (Eloire et al

2020). Par ailleurs, le tissu industriel français plus faible et entravé par le *lean*-management, restreint les possibilités de combler les manques d'équipement médical. Lourdeurs et incohérences de l'administration de la santé publique retardent les commandes de matériel indispensable et la délivrance des autorisations à produire tests et matériels. Enfin, les incohérences, errements et promesses non tenues dans la présentation politique des mesures sanitaires ont été suffisamment commentés.

Les logiques territoriales des politiques sanitaires et sociales au défi

Quelles sont les logiques politiques de ces différences entre nations ? Historiquement, les systèmes de protection sociale ont contribué à renforcer les États-nations (Clarke, 2005). Aujourd'hui, les solidarités nationales se réorganisent, notamment, dans les pays dans lesquels des communautés politiques régionales sont mobilisées – Écosse, Québec, Catalogne (Béland, Lecours, 2004) –, ou encore lorsque la compensation des disparités de richesse entre régions par l'État social fait l'objet de contestations, comme c'est le cas en Italie ou en Espagne (Keating, 2009).

Plusieurs facteurs doivent être pris en compte dans ces dynamiques. D'abord, les cadres constitutionnels (fédéralisme, versus État unitaire par exemple) imposent des normes de négociation à propos des disparités interrégionales et de leur compensation par la solidarité nationale. Ensuite, les régimes de protection sociale ont stabilisé des cadres de compensation des inégalités sociales et territoriales. En général, les risques chômage, vieillesse et maladie sont compensés dans un espace national intégré, à la fois plus redistributif au bénéfice relatif des zones les plus pauvres, mais aussi plus protecteur, au bénéfice de tous. Enfin, les mobilisations sociales, la capacité intégratrice des réseaux d'action publique, ou encore, la culture politique plus ou moins intégrée, au sens de « nationalisée », influencent l'architecture territoriale des solidarités dans un ensemble nationale.

À l'échelle locale, on trouve également des dynamiques diverses. Dans les politiques sanitaires et sociales, le local est souvent associé au pluralisme des services et actions disponibles, qui viendrait s'opposer à l'uniformité des prestations nationales (Evers, 1990). Parfois, les arrangements locaux font la part belle aux services publics, ou à des complémentarités entre public et associatif. C'est le cas de nombreuses communes dirigées par le centre-gauche en Lombardie qui tentent de compenser les politiques droitières et libérales de la région, devenue toute puissante dans le cas italien en matière sanitaire et sociale. Parfois cependant, le local signifie le « tout marché » qui rompt l'universalité des accueils et des services et impose une offre segmentée de prestations, en fonction des niveaux de revenu des personnes. La municipalité d'Edimbourg a par exemple totalement pris à contrepieds le système universaliste d'aide à

domicile des personnes âgées introduit par le Scottish National Party au pouvoir en Ecosse en privatisant la quasi-totalité des services sociaux de la ville (Giraud, et al. 2014).

Les profils centre-périphérie des systèmes de protection sociale

À la fin des années 2000, le politiste italien Yuri Kazepov a coordonné un travail de recherche sur le *rescaling* (ou rééchelonnement) dans les politiques sociales (Kazepov, 2010). Se basant sur les modèles d'État social de G. Esping-Andersen (1990), de données statistiques et d'une analyse des institutions des États sociaux, il a mis en évidence différents profils centre-périphérie d'action publique dans le domaine du social.

En premier lieu, le type libéral d'État social, financé essentiellement par l'impôt et dont l'intervention minimaliste est subsidiaire au marché et à la famille relève pour d'une « gouvernance centralisée ». Développée à partir des cas des États-Unis et du Royaume-Uni, cette catégorisation fait cependant fi des régimes de protection sociale publique à l'échelle régionale, notamment dans le domaine de la santé aux USA (Gray et al., 2009).

Le régime social-démocrate, caractérisé comme le plus redistributif et assurant une couverture universelle financée d'abord par l'impôt, est un régime « d'autonomie locale, avec gouvernance centralisée ». Un grand nombre de services et d'allocations ont en effet été communalisés dans les pays scandinaves – dans certains cas avec la privatisation des services – alors que les orientations générales restent fixées dans le cadre national.

Le régime corporatiste, traditionnellement financé par les assurances sociales, et peu redistributif, connaît des équilibres territoriaux contrastés. La gouvernance peut être centralisée, comme en France, ou régionale dans les États fédéraux comme l'Allemagne, mais surtout la Suisse. Cependant, les impératifs constitutionnels d'égalité des conditions de vie dans le cas allemand et l'isomorphisme institutionnel dans le cas suisse aboutissent à une homogénéité forte dans ces deux pays, cela alors même que l'autonomie de l'échelon régionale est réelle. En France, les compétences reconnues à l'échelon départemental corrigent en partie la centralisation de l'action publique dans le social (Lafore, 2004). Il en va de même de l'autonomie communale dans des politiques spécifiques – petite enfance, grand âge, pauvreté, intervention sociale, etc. – qui s'inscrit souvent dans une complémentarité, voire une rupture par rapports aux politiques nationales, notamment si on pense à la tradition du socialisme municipal ou des politiques sociales du secours, héritées de la culture catholique.

Enfin, le régime « familialiste », également méritocratique et moins développé que le précédent, repose sur la solidarité familiale pour toute une série d'enjeux. Après une phase de centralisation dans les années 1970, les pays familialistes dont l'Espagne et l'Italie sont redevenus aujourd'hui des régimes de « gouvernance régionale » qui compensent mal les inégalités entre les régions les plus pauvres et les plus riches, précisément fortes dans ces pays.

La recherche comparative coordonnée par Y. Kazepov conclut à un double mouvement de subsidiarisation, à la fois au plan vertical, au profit des échelons décentralisés, voire locaux, mais aussi au plan horizontal, au profit d'acteurs privés.

Quelle signification politique des logiques territoriales d'action publique face au Covid-19 ?

Dans la crise du Covid-19, les règles du confinement et du ralentissement social ont imposé une réorganisation radicale des solidarités territoriales. En France, le rayon d'action des personnes s'est trouvé limité à un, puis à cent kilomètres, 200 mètres au pire de la crise, pendant des mois en Italie. La solidarité a été réduite aux « motifs familiaux impérieux » selon les catégories normatives en vigueur depuis mars 2020. Quid alors de l'articulation entre solidarités familiales, locales, régionales, professionnelles ou nationales ? En lieu et place des agencements rassurants connus depuis des décennies entre les territoires et les droits sociaux qui leurs sont attachés, la pandémie crée un univers où règnent désarticulations et tensions dans les discours. Concrètement, les interdictions de circulations empêchent d'accéder au bénéfice des protections et des droits sociaux réels. Les individus sont isolés en unités de vie. Leurs liens sont rabattus sur la famille nucléaire, la colocation ou sur le foyer collectif (Ehpad ou autre), au détriment des liens familiaux et amicaux essentiels, quand ils sont distants géographiquement.

L'émiettement des rayons d'action des individus est également en désajustement avec la focalisation des pays sur leur espace national, lors des premières semaines de l'alerte pandémique. Au mois de mars 2020 et pour une durée plus ou moins longue, les États se sont transformés en des Républiques sanitaires centralisées et fermées. Les capitales nationales ont d'abord voulu tout décider. Si cette réaction ne surprend pas dans le cas des pays les plus centralisés comme la France, elle est plus inhabituelle par exemple en Suisse, pays fortement décentralisé, dans lequel l'État fédéral est justement dénué de compétences fortes dans le domaine sanitaire. En mars 2020, Berne est rentrée dans son rôle de capitale hiérarchique et a intimé à tous les cantons de se conformer à des règles sanitaires standardisées, en application de l'article 7 de la Constitution fédérale, au titre d'une « situation extraordinaire ». Dans le même temps, la frontière extérieure du pays se fermait hermétiquement, en dehors des travailleurs frontaliers, indispensables au maintien du fonctionnement du système de soins. La progression du virus, beaucoup plus élevée dans le Tessin italoophone que dans la partie germanophone du pays, appelait cependant selon le gouvernement de ce canton, à des mesures spécifiques de confinement et de ralentissement de la vie sociale. Le Conseil fédéral a imposé des règles de confinement fédérales en lieu et place de celles que, sur le modèle de l'Italie, le gouvernement tessinois voulait introduire. La circulation intense du virus en Suisse italoophone a par ailleurs rappelé le haut degré d'intégration de ce canton avec la Lombardie, région la plus touchée d'Italie. Dans les semaines qui ont suivi, la faible circulation du virus dans le reste de la Suisse

a démontré, au-delà de l'efficacité des politiques de prévention helvétiques, à quel point ce canton du Sud des Alpes, est, par contraste, peu intégré, notamment avec les métropoles germanophones et francophones du pays.

Aujourd'hui, dans les divers pays européens, après des semaines de discipline nationale et de prise de conscience des capacités et incapacités des Républiques sanitaires centralisées, le temps des mobilisations de proximité, des réseaux et des savoirs locaux et régionaux est de retour. La Chancellerie fédérale allemande a par exemple annoncé le 5 mai confier l'essentiel des règles de dé-confinement aux gouvernements des *Länder* allemands. L'Espagne, la Russie, la Suisse, mais aussi les États-Unis ont adopté des stratégies similaires. Seuls la France et le Royaume-Uni continuent de jouer la partition de la République sanitaire centralisée. Pourtant, au-delà de cette opposition dans les stratégies explicites, les tensions centre-périphérie s'ordonnent de façon plus complexe, également sur la base des logiques de rééchelonnement fondées sur des normes institutionnelles. Trois logiques principales se dessinent : celle de la *centralisation par défaut*, de la *décentralisation harmonisée* et de la *décentralisation conflictuelle*.

1/ Le cas de la *centralisation par défaut* est celui de la France et du Royaume-Uni. Dans ces deux pays, le caractère artificiel de la décentralisation du système sanitaire se révèle aujourd'hui pleinement. Les Agences régionales de santé (ARS) en France, institutions résultant d'un compromis peu clair entre centralisateurs et décentralisateurs, sont l'expression de l'incapacité des premiers à abandonner ce qu'ils considèrent relever des fonctions régaliennes, et à responsabiliser des acteurs décentralisés (Rolland, Pierru, 2013). En régime d'autonomie administrative contrainte, les ARS ont surtout dû gérer et administrer sur le terrain les coupes budgétaires drastiques imposées aux dépenses de santé, et singulièrement, à l'hôpital public. Dans certaines configurations régionales, des ententes positives entre responsables des ARS et élus des Conseils régionaux, et aujourd'hui, de plus en plus, aussi avec les élus des Conseils départementaux, permettent synergies et régulations concordantes et débouchent in fine, sur un renforcement de l'autonomie territoriale. Mais ces configurations positives sont loin d'être la norme. Dans ses grandes lignes, la configuration britannique n'est pas différente. La pression des coupes budgétaires, notamment pour ce qui touche aux hôpitaux, est encore plus forte outre-Manche qu'en France. Les agences régionales du *National Health Service britannique*, les *NHS trusts*, sont des structures dont l'autonomie est au moins aussi fictive que celle des ARS françaises.

Dans la crise sanitaire, ces deux régimes centralisés ont étalé leurs impuissances multiples. En France, les nombreuses redondances du système de santé publique au centre du système (Santé publique France, Direction générale de la santé au sein du Ministère de la santé, Agence nationale de sécurité sanitaire, Haute autorité de santé, etc.), mais aussi entre le centre et la périphérie, ont montré à quel point le maquis institutionnel paralyse les décisions et la capacité à les mettre en œuvre. De manière répétée et en toute chose urgente, les expertises, les autorisations, les matériels, les retours d'expériences, les données, etc. sont arrivés trop tard. Errements, erreurs et retards ont d'abord décrédibilisé, puis ridiculisé la parole des puissants de la République sanitaire française. Plus profondément, le maquis institutionnel en période de

focalisation sur le contrôle des dépenses, renvoie à l'appropriation par des intérêts professionnels, disciplinaires, institutionnels et autres, de pans entiers de l'action publique sanitaire. Il renvoie aussi à l'incapacité de l'État à trancher entre ces intérêts particuliers. Dans le domaine de la santé, avoir laissé le pouvoir aux comptables n'a pas suffi à dépasser les conflits professionnels. Sur le plan de l'expertise, la grande faiblesse de la fonction de veille sanitaire explique le retard et l'impréparation du système sanitaire français pendant les premiers mois de l'année 2020. Elle renvoie aussi à la faible considération des savoirs experts par le centre du pouvoir.

Tout au plus la France a-t-elle au moins réussi, par ses spectaculaires TGV hôpitaux, la mise en scène d'une fonction clé de la République sanitaire centralisée : la capacité à mettre en scène la solidarité sanitaire nationale, par la répartition rationnelle des patients sur le territoire national. Pour le reste, il faut consulter la presse régionale ou encore suivre les multiples bulletins précis et à jour diffusés par l'Uniopss (organisation faîtière des associations du secteur sanitaire et sociale) qui s'appuie sur un réseau fortement organisé en région et proche de ses adhérents, pour savoir ce qui se passe réellement dans le pays sur le plan sanitaire et social. On constate alors avec soulagement que la machine infernale de la santé publique française ne parvient heureusement pas à tout bloquer dans le domaine dont elle a la charge.

2/ Dans les pays relevant de la *décentralisation harmonisée*, une gestion plus habituelle a rapidement repris ses droits, suite à l'épisode centralisateur que la crise a imposé pratiquement de partout. On a évoqué le cas de l'Allemagne qui a confié début mai la tâche du déconfinement aux *Länder*. La Suisse organise pour sa part un assouplissement des régulations centralisées qui suit l'amélioration de la situation sanitaire. Les dates et étapes du déconfinement sont déterminées par Berne et transmises par l'Office fédérale de la santé publique, mais les cantons regagnent progressivement en autonomie dans l'organisation concrète : réouverture des écoles, des transports, commerces, etc. Le centre continue donc d'énoncer des principes de façon étonnamment plus directive en Suisse qu'en Allemagne, mais l'autonomie et la responsabilité des cantons, des communes, mais surtout des individus, est valorisée dans les discours officiels et dans les mesures qui fondent l'action publique, aussi dans cette période de crise.

Au plan plus horizontal, la situation des hôpitaux « privés » allemands qui seraient pour certains commentateurs la clé de la bonne gestion du système de santé publique outre-Rhin est souvent mal interprétée. L'essentiel du système sanitaire et social est en effet géré en Allemagne par des fondations proches des églises catholiques et protestantes ou du mouvement ouvrier, dans un système de lien avec les pouvoirs publics, cela, depuis l'Empire wilhelmien. On est en présence d'un système parapublic plutôt que privé, au sens de marchandisé. La réactivité et flexibilité du système allemand de santé publique tiennent plus au pluralisme et à la décentralisation d'une gouvernance qui fait ses preuves face à la décentralisation à contrecœur à la française.

Pour le reste, le consensus national sur la stratégie d'ensemble de gestion de la crise sanitaire, mais aussi sur la répartition des compétences, est ce qui caractérise avant tout les pays

de *décentralisation harmonisée*. Les concurrences institutionnelles potentielles ne s'exacerbent pas. La culture politique du compromis et l'absence de polarisation excessive dans la production et l'évaluation des connaissances scientifiques permettent des coordinations efficaces entre les échelles d'action publique.

3/ La situation est toute différente dans la *troisième configuration*, celle de la *décentralisation conflictuelle*. Dans ces systèmes, les décisions de gestion de la crise sanitaire ne sont pas coordonnées. Dans les cas les plus complexes, ces décisions sont conflictuelles. Dans les cas les moins difficiles, elles ne sont pas partagées. Le cas américain révèle une concurrence des légitimités, capacités et savoirs étatiques, à la fois ancrée dans les normes institutionnelles, et exacerbée par la polarisation politique extrême du pays. Pour reprendre l'image développée par le politiste israélien Daniel Elazar (1997), la configuration étatsunienne donne l'image d'un espace matriciel où les relations de pouvoir entre le niveau fédéral et celui des *states* ne sont pas structurées dans un lien hiérarchique, surtout pas dans le domaine sanitaire où l'Etat fédéral fait finalement peu de choses. Le gouvernement central modère l'objectif de sécurité civile avec celui de relance économique, abandonnant de fait aux *states* la responsabilité de faire concrètement face à la pandémie. Le malaise démocratique causé par la destruction progressive d'une entente sur un socle minimal de valeurs et priorités transforme la concurrence régulée des légitimités en des tensions qui confinent à la violence. On le voit lorsque des manifestants armés pénètrent dans l'enceinte du parlement d'une capitale d'État, pour exiger, sur l'invitation du président des États-Unis, la fin du confinement décidé par le gouvernement démocratiquement élu de l'État. L'irrespect des normes et traditions démocratiques ainsi que la contestation systématique des connaissances scientifiques depuis le centre du pouvoir du pays aggravent la confusion et les désordres. On retrouve des configurations similaires dans d'autres pays fédéraux de taille continentale. En Inde et au Brésil, le refus du savoir scientifique et l'autoritarisme du pouvoir central sont également compensés par certains gouvernements des États. En Russie, la Fédération instrumentalise les connaissances scientifiques et invoque la responsabilité des gouvernements de ses unités administratives, alors qu'il s'agit de structures à l'autonomie politique extrêmement faible par rapport au centre.

En Espagne, le conflit permanent entre Madrid et les capitales régionales se poursuit, dans le contexte d'urgence sanitaire et financière actuel. Il n'y a pas en Espagne de conflit majeur sur les connaissances, comme c'est le cas aux États-Unis ou au Brésil. Cependant, la défiance généralisée sur l'asymétrie de la décentralisation des pouvoirs ou l'iniquité dans la mobilisation des ressources fiscales et la répartition des finances publiques gênent les coordinations entre les échelles d'action publique, aussi dans le domaine sanitaire et social. On pourrait faire un constat similaire dans le cas italien. Une décentralisation sanitaire radicale a été instaurée à partir des années 1980, autant pour limiter les transferts financiers des régions riches vers les régions pauvres, que pour tenter d'imposer des coupes sévères dans les dépenses de santé – avant de tenter récemment une recentralisation et un refinancement relatif du système hospitalier (Mauro, Maresso, Guglielmo, 2017). Dans le contexte de la crise du Covid-19, cette forte décentralisation a bloqué les solidarités interrégionales. Les transferts de patients de la

Lombardie, principal foyer d'infection au virus, vers les régions voisines bien moins fortement affectées, comme la Vénétie ou le Piémont, n'ont pas pu être organisés, ou l'ont été avec beaucoup de retard (Rodrigues-Llanes, et al., 2020). La région qui a été le berceau des forces politiques qui ont historiquement réclamé l'interruption de la solidarité sanitaire nationale a concentré le tribut payé à la crise sanitaire de 2020. Alors que Vénétie et Emilie-Romagne ont rapidement organisé tests et isolement des patients, la Lombardie persiste jusque fin mai 2020 dans une réponse sanitaire inefficace. Rome s'est pour sa part révélée une capitale faiblement dotée en ressources pour fabriquer des coordinations sanitaires nationales et tente de reprendre difficilement la main pour coordonner un redémarrage social et économique national. En fin de compte, les associations locales, les réseaux de solidarité, la tradition du volontariat renvoient à des actions décentralisées, mais répandues dans toute l'Italie, jusqu'à créer, « par le bas » des coordinations nationales efficaces et peu instituées.

Conclusion

Il est tôt pour dresser un véritable bilan comparatif de la crise du Covid-19. Les éléments de connaissance établis par la littérature d'analyse de l'action publique sont cependant précieux dès aujourd'hui. L'autonomie et le pluralisme de l'expertise scientifique, le recours à la société civile (et non sa négation) en période de crise, la décentralisation de la production de connaissance, mais aussi des moyens d'agir qui renvoie à une responsabilisation des acteurs sociaux, apparaissent clairement comme des éléments clé de la réussite. Cette grille d'analyse inspirée par la comparaison franco-allemande met en lumière le malaise endémique de l'État à la française vis-à-vis de la démocratie.

Au-delà de ces aspects cependant, les désastreuses expériences alimentées par le conflit idéologique aux États-Unis, par la suspicion financière et politique en Espagne, ou par l'incompétence militante de certains pouvoirs régionaux dans le cas italien, ouvrent sur des facteurs complémentaires. Ces configurations nationales rappellent à quel point, particulièrement en situation de crise, l'adhésion des parties prenantes, si ce n'est à un même projet, au moins à des valeurs communes permettent de fournir un cadre d'action et de renforcer la confiance entre parties prenantes. Lorsque les divisions inter-régionales profondes comme en Europe du Sud ou aux États-Unis, et le refus du débat basé sur des arguments scientifiques et rationnels par le sommet du pouvoir aux États-Unis ou au Brésil s'ajoutent encore, on comprend que les pactes démocratiques sont en danger.

La montée des alliances entre obscurantistes, libertaires pro-marché qui refusent toute régulation publique et les ennemis radicaux de toute protection sociale fait peser sur les systèmes sanitaires et sociaux des menaces d'un autre calibre que celles qui opposent partisans de la centralisation et de la décentralisation. La démocratie repose en effet sur l'acceptation par la majorité des forces politiques en présence d'un espace de débat commun. Pendant plusieurs

décennies, cet espace était structuré par une opposition entre partisans des régulations publiques et partisans des régulations marchandes pour une part, mais pour une autre, par une opposition portant sur les valeurs, entre celles considérées comme traditionnelles – la nation, la famille, l'autorité... – et celles plus modernes – la diversité culturelle ou des mœurs, l'environnement ou encore la priorité aux choix individuels devant les disciplines collectives. La radicalité des discours anti-scientifiques aux États-Unis, au Brésil, mais aussi ici et là en Europe, fait la démonstration de la fragilité de ces espaces structurés de débat.

Bibliographie

- Le coronavirus à l'échelle régionale », (17-3-2020), <https://legrandcontinent.eu/fr/2020/03/17/le-coronavirus-a-lechelle-pertinente/> (22-4-2020).
- Béland, Daniel, and André Lecours. "Nationalisme et Protection Sociale: Une Approche Comparative." *Canadian Public Policy / Analyse De Politiques*, vol. 30, no. 3, 2004, p. 319–331
- Clarke, J. (2005). Welfare States as Nation States: Some Conceptual Reflections. *Social Policy and Society*, 4(4), 407–415.
- Elazar, Daniel J., 1997. « Contrasting Unitary and Federal Systems ». *Revue internationale de science politique*, n°18(3), p. 237-251.
- Eloire, Fabien et al. (2020) : La casse de l'État social mise en lumière par la pandémie. Retour sur un lent processus de délitement. Présentation et mise en perspective d'une sélection d'articles tirés de dix années de publication de la *Revue Française de Socio-Economie*, hors-série, 23-58.
- Esping-Andersen, Gøsta, 1990. *Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge, Polity Press.
- Evers, Adalbert, 1990. *Shifts in the welfare mix: their impact on work, social services and welfare policies*. Francfort, Campus-Verl.
- Fertikh, Karim (2020) : Le point sur la lutte contre l'épidémie de Covid-19 en Allemagne. <https://mailchi.mp/paris-sorbonne/le-ciera-est-sur-youtube-dcouvrez-notre-srie-instantans?e=0fad13b475>
- Giraud, Olivier ; Lucas, Barbara ; Falk, Katrin ; Kümpers, Susanne ; Lechevalier, Arnaud (2014). « Innovations in Local Domiciliary Long-Term Care : From Libertarian Criticism to Normalisation ». *Social Policy and Society*, volume 13, pp. 433-444.
- Gray, Virginia ; Lowery, David ; Monogan, James ; Godwin, Erik K. (2009). « Incrementing Toward Nowhere: Universal Health Care Coverage in the States », *Publius: The Journal of Federalism* volume 40 number 1, pp. 82-113.

- Kazepov, Yuri (2010). « Rescaling Social Policies towards Multivel Governance in Europe: Some Reflections on Processes at Stake and Actors Involved ». In Kazepov, Yuri, *Rescaling social policies: towards multilevel governance in Europe*. Volume 1, Farnham, Ashgate, p. 35-72.
- Keating, Michael (2009). “Social citizenship, solidarity and welfare in regionalized and plurinational states”. *Citizenship Studies*, vol. 13, n°5, p. 501-513.
- Lafore, Robert, 2004. « La décentralisation de l’action sociale - L’irrésistible ascension du “département providence” ». *Revue française des affaires sociales*, n°4, volume 58, p. 19-34.
- Mauro, Marianna, Maresso, Anna and Guglielmo, Annamaria (2017) „*Health decentralization at a dead-end: towards new recovery plans for Italian hospitals*“. *Health Policy*, 121 (6). p. 582-587.
- Rodriguez-Llanes JM, Castro Delgado R, Pedersen MG, Arcos González P & Meneghini M. Confronting COVID-19: Surging critical care capacity in Italy. [Submitted]. Bull World Health Organ. E-pub: 6 April 2020.
- Rolland, Christine, Pierru, Frédéric. (2013). Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade. *Santé publique*, 25(4), p. 411–419.

Publié dans lavedesidees.fr, le 3 juillet 2020.