

# **24ème Congrès international du CIRIEC**

*Napoli Italia 30 settembre - 2 ottobre 2002*

## **TABLE RONDE**

### **Quelles fonctions de base pour les pouvoirs publics? Quels nouveaux rôles pour les pouvoirs publics?**

**Alessandro Montebugnoli**

Président, Association "Servizi Nuovi"

(Italie)

*Intervention à la Table ronde*

Mesdames, Messieurs

Mon intervention entend aborder la seconde question que vient de nous proposer Fournier. Celle, notamment, qui concerne les moyens bien plus que les fins, les formes de l'organisation bien plus que la mission des politiques d'État-providence. Le choix dépend d'une raison de fond. Conformément à ce que j'ai entendu, je crois que dans cette salle, il existe un très vaste accord sur le fait que nous avons besoin de bien-être, autrement dit de politiques sociales amples, incisives, évoluées. Mais je crois également que nous ne devons pas oublier de saisir le côté dramatique qui s'est inscrit dans la situation à laquelle nous avons abouti. En d'autres termes, nous ne devons pas oublier que sur le plan des moyens et de la manière dont sont organisées les politiques de *welfare*, nous avons enregistré des échecs parfois cuisants. À cet égard, nous devons donc produire des nouveautés importantes, des nouveautés significatives. De véritables *discontinuités*. En d'autres termes, il faut mettre l'accent sur le besoin que nous avons de politiques très amples de *bien-être*. S'affliger sur le passé ne résoudra en rien les problèmes que les politiques du bien-être ont rencontré dans leur développement. Nous ne devons pas davantage oublier que le libéralisme a même vécu sur des faiblesses réelles des systèmes de protection sociale. Nous sommes les premiers - nous qui défendons ces systèmes - à devoir les prendre ces faiblesses pour ce qu'elles sont. Nous devons nous y confronter très ouvertement. Donc ne nous leurrons pas. Il faut des faits. Les faits seuls comptent. Pas de fins par trop partagées mais des moyens qui rendent crédible leur réalisation. Et pour ce qui est des moyens, je le répète, il faut des changements significatifs. Il faut la discontinuité.

En ce sens, je voudrais justement réfléchir sur une possibilité d'innovation, qui ne se prétend certes pas exclusive mais qui me semble néanmoins particulièrement importante. Du fait que le temps manque, je commende par citer une donnée à laquelle je confie la tâche de transmettre d'une manière rapide et immédiate le point clé sur lequel nous devons à mon avis concentrer toute notre attention. Du reste, c'est un thème crucial puisqu'il s'agit de la santé, un des trois ou quatre domaines d'élection des politiques de *welfare*. La littérature internationale nous fournit l'information suivante: les "systèmes de soins" apportent une contribution potentielle à la réduction de la mortalité et à l'augmentation des années de vie exemptes de maladies de 11% du total (autrement dit de tous les gains en santé encore possibles), tandis que l'ensemble des facteurs qui se résument sous le titre de "styles de vie" apportent une contribution de 46%, c'est-à-dire quatre fois plus. Attention, "styles de vie" cela signifie justement les comportements des personnes - nous reviendrons là-dessus - non pas les conditions et l'environnement où elles vivent qui contribuent pour un autre 19% du total. Le plus gros donc, la contribution *de loin* la plus importante est celle qui peut être fournie par la manière dont chacun de nous « se positionne » vis-à-vis de sa santé. Si ce n'est que les politiques sanitaires ne tiennent nullement compte de cette situation. Aux États-Unis, par exemple – mais en fait les données européennes ne devraient pas être très différentes, à un 11% de contribution potentielle des systèmes

de soins correspond 90% de toute la dépense sanitaire (publique et privée), tandis qu'au 46% des « styles de vie » correspond 1,5% seulement. Nous sommes manifestement en présence d'écart flagrant. D'ordres de grandeur qui vont bien au-delà de quelques points de pourcentage.

Du reste, il est un autre phénomène que la littérature internationale met en évidence. Actuellement, l'augmentation de la dépense sanitaire fournit déjà des contributions extrêmement modestes à l'amélioration de l'état de santé d'une population. Si nous représentons la dépense sanitaire sur l'abscisse d'un plan cartésien et l'état de santé de la population à laquelle nous nous référons sur l'ordonnée, leur relation est décrite par une parabole. Initialement, cette parabole monte très rapidement, après quoi elle commence à avoir plus de mal à grimper et enfin, tout aussi rapidement, elle devient pratiquement plate. Ce qui signifie justement que pour des niveaux élevés de dépense sanitaire, sa contribution en termes d'amélioration de l'état de santé d'une population - il sera mesuré comme on le veut - est toute petite et tend même à devenir pratiquement négligeable. Que lorsqu'on dépense déjà beaucoup, l'utilité marginale de nouvelles augmentations de dépense s'approche dangereusement de zéro. En réalité, à bien y réfléchir, la chose n'est pas surprenante. À l'évidence, dans un pays sous-développé, l'introduction, par exemple, d'une vaccination obligatoire encore absente ou de normes hygiéniques appropriées permet d'obtenir immédiatement des gains en santé extrêmement importants qui, une fois obtenus, rendent les choses plus difficiles et plus coûteuses. Prise en soi, la donnée que je viens de citer est incontestablement impressionnante. D'autant plus qu'elle nous concerne de très près. Dans nos pays, dans les pays développés, nous en sommes justement à ce point et je vous prie d'y réfléchir. À conditions égales, augmenter la dépense sanitaire ne produit pas d'effets considérables aux fins de l'amélioration de l'état de santé de la population. Quelle que soit la dynamique de croissance que nous lui attribuons - et nous savons bien qu'elle tend à croître, ou qu'elle croît tout court, plus rapidement que le P.I.B. - son *utilité* est des plus modestes.

Est-ce une mauvaise nouvelle ? Devons nous en conclure qu'il n'est plus de gains possibles en termes de bien-être du point de vue de l'état de santé d'une population ? Non ! Les sciences biologiques nous enseignent que des augmentations significatives des espérances de vie à la naissance et des années de vie exemptes de maladies sont encore possibles; l'horloge biologique - c'est ainsi que s'expriment les médecins - représentative des potentialités de l'espèce indique 120/130 ans. Des gains sont donc encore possibles. Certes pas aussi rapides, pas aussi éclatants que ceux du siècle que nous venons de franchir mais néanmoins significatifs. Compte tenu de tout ce que nous venons de dire, les progrès que nous pouvons encore obtenir ne dépendent pas, essentiellement, de la fourniture des services sanitaires tels que nous les connaissons mais, bel et bien, et fondamentalement, de facteurs directement contrôlés par les personnes, par les citoyens, par les familles. Ils dépendent de leurs comportements, *autrement dit* – et, il faut bien le préciser, sortant de la notion un peu stéréotypée de

“style de vie” – du niveau de *compétence* que les citoyens, les personnes, réussissent à exprimer quant aux problèmes de leur santé. Il s’agit là d’un grand gisement de ressources encore disponible pour avancer sur le terrain de l’augmentation des espérances de vie et des années de vie exemptes de maladies. Ce qui n’est pas sans indiquer également, tout compte fait, un objectif de réorientation de la dépense sanitaire qui pour recommencer à donner des contributions plus significatives doit justement - sur le plan central - tendre à mettre les citoyens, les personnes, les familles à même d’augmenter leurs niveaux de compétence vis-à-vis des problèmes de la santé et de mieux gérer *elles-mêmes* les facteurs de protection et de promotion de la santé qui sont déjà du reste sous leur contrôle direct. Tel est le message contenu dans le terme *empowerment*. (qu’il faut à mon avis laisser en anglais car je ne lui connais pas d’équivalents acceptables), à l’heure actuelle largement diffusé parmi les opérateurs sanitaires.

Je me suis étendu assez longuement sur cet “exemple” parce qu’il contient à mon avis une indication généralisable. Nous n’avons malheureusement pas le temps pour le faire, mais si nous réfléchissons à la transformation urbaine - à l’assainissement des quartiers dégradés -, à l’instruction, à ce monde varié que nous appelons “services sociaux”, à la sécurité, etc., nous constaterions toujours que “du côté de la demande”, autrement dit du côté des sujets que les institutions publiques rencontrent en tant que sujets de demande, il n’y a pas seulement des demandes - besoins, exigences, problèmes - mais également des ressources, des compétences, des capacités autonomes de réponse. Nous constaterions aussi que parmi les tâches centrales des institutions publiques il y a celle de reconnaître ces patrimoines, de les valoriser, de permettre aux citoyens de les cultiver et de les faire fructifier selon leurs possibilités. C’est là justement le sens du terme de *empowerment*, qu’il ne faut absolument pas interpréter dans le sens que les ressources des citoyens peuvent remplacer les institutions publiques dans leur rôle et dans leurs responsabilités. Il faut l’interpréter dans le sens d’une implication possible voire nécessaire des deux ordres de facteurs, qu’il faut justement faire jouer ensemble: ceux gérés dans le cadre de l’intervention publique et ceux possédés d’une manière particulière, originale, par les destinataires des politiques. Permettez-moi, là aussi, un exemple très rapide qui permettra sans doute de mieux comprendre la question. Nul ne l’ignore, un des défis majeurs que doivent relever les systèmes d’État-providence, les systèmes européens surtout, est le vieillissement de la population. Dans les quinze/vingt prochaines années, lorsque commenceront à devenir vieilles les denses cohortes de population nées dans l’après-guerre immédiat, nous aurons bien plus de personnes âgées - et donc inévitablement bien plus de personnes âgées non autosuffisantes - que nous n’en avons aujourd’hui. Un problème considérable qui occupe sérieusement tous les gouvernements européens et sur lequel ils essaient de prendre les mesures voulues. Fort bien ! Pouvons-nous imaginer affronter ce problème, dans les dimensions qu’il aura prises dans les quinze/vingt prochaines années, indépendamment des capacités de soins exprimées par les familles et, d’une manière plus générale, par le réseau de rapports et de relations

qui soutient ou peut soutenir des personnes âgées dans toutes les communautés? Je ne le crois pas. Tendre à “institutionnaliser” les cas de non autosuffisance qui seront à l’ordre du jour est une stratégie humainement, socialement et *économiquement* insoutenable. De telle sorte qu’il faudra très certainement compter sur les ressources des familles, des communautés locales, sur les réseaux primaires, comme disent les sociologues. En même temps, pouvons nous ne compter que sur elles ? Absolument pas. Répondre de manière affirmative signifierait laisser aux familles et aux systèmes des relations informelles des problèmes totalement ingouvernables. Dès lors, la seule solution crédible consiste à jouer sur une double voie. *Réunir* les capacités de soins privés des familles et les ressources professionnelles, les supports, les services des institutions publiques (en l’occurrence à la fois sanitaires et sociales). Ce qui serait positif au niveau de la justesse des modalités de satisfaction des besoins aussi bien qu’au niveau de la capacité de soutenir financièrement les interventions (à population servie égale).

Cela rejoint tout naturellement le thème de la subsidiarité mais suggère en même temps une interprétation du concept de subsidiarité - comme le rappelait tout à l’heure Fournier - un peu différente me semble-t-il de l’interprétation courante. Dans l’acception courante, la subsidiarité reflète décidément une logique d’“accouplement” des problèmes et des niveaux de compétence, de *matching*, comme disent les Anglais. À quel niveau de compétence (donc à quel sujet) convient-il de confier la solution de tel ou tel problème ? C’est au fond la question clé. En revanche, si ce que je viens de dire a un sens, une telle logique de correspondances univoques - une telle propension à tailler des frontières : jusqu’ici arrive l’État, à partir d’ici c’est la société civile, jusqu’ici l’État central et à partir d’ici les Régions, etc. - n’est pas bonne du tout parce que notre tâche consisterait plutôt à réussir à imaginer et à organiser la convergence de sujets différents et de différents types de ressources dans la solution des *mêmes* problèmes à l’intérieur des *mêmes* processus qui doivent aboutir à la construction de certains équilibres. Nous avons vu en ce sens le cas de l’assistance aux personnes âgées non autosuffisantes. Nous pourrions citer de nombreux exemples parmi lesquels - je ne citerai que celui-ci - un des plus intéressants est celui des programmes d’assainissement urbain dans lesquels les populations résidentes jouent un rôle actif au titre de véritables *partenaires* des administrations publiques, de co-producteurs des résultats auxquels elles sont vitalemment intéressées.

Donc de deux choses l’une. Soit nous abandonnons le concept de subsidiarité - il y aurait d’autres motifs de le faire mais le temps me manque de les exposer - soit nous le qualifions. En faveur de l’hypothèse de l’abandonner, nous pouvons carrément citer Romano Prodi, lequel dans un discours au Parlement européen du 15 février 2000, du titre ambitieux de *De 2000 à 2005: un projet pour la nouvelle Europe*, dit textuellement: “Nous devons cesser de penser en termes de niveaux hiérarchiques de compétence séparés sur la base du principe subsidiarité. Nous devons cesser de penser en ces termes et commencer plutôt à penser à un système réticulaire où tous les

niveaux de gouvernement (*gouvernance*) concourent à formuler, à proposer, à mettre en place les politiques et à vérifier leurs résultats”. Ici, Romano Prodi a manifestement en tête la subsidiarité dite verticale, celle qui concerne les rapports à l’intérieur du système public, mais il pourrait en être tout à fait de même dans la subsidiarité dite horizontale, autrement dit des rapports entre système public et société civile. Où l’idée d’une approche “réticulaire” dit exactement ce à quoi je faisais allusion en parlant de convergence, d’une *soudure* possible et nécessaire de ressources appartenant à différents sujets, de différent type, dans la solution des mêmes problèmes, dans la réalisation de chaque politique individuelle. Vice-versa, si nous ne voulons pas abandonner le concept de subsidiarité (il faut avoir l’autorité de Romano Prodi pour accomplir une démarche de ce genre), nous pouvons dire avec modestie qu’il faut au moins le qualifier en direction d’une *nouvelle alliance* entre citoyens et institutions publiques compte tenu des objectifs qui ont toujours appartenu aux politiques de *welfare*. Je vous remercie.