

# DECENTRALISATION SYSTEME DE SANTE : L'EXEMPLE ITALIEN

Editorial :	5
Transnationalisation des systèmes de santé et histoires des sociétés François VEDELAGO	
La Région, une entité traditionnelle, récente et de toute façon inachevée en Italie ? Martine GAYRAL-TAMINH et Jean Olivier MALLET	11
Du centralisme napoléonien au fédéralisme administratif. Les processus de décentralisation du système sanitaire en Italie Giovanna VICARELLI	23
La décentralisation du système sanitaire fait-elle du bien à la santé ? Quelques réflexions à partir du cas italien Emmanuele PAVOLINI	57
Dévolution et fédéralisme fiscal dans le domaine de la santé : point de vue juridique Monica DE ANGELIS	85
La régionalisation de la santé et la nouvelle gouvernance du Service National de Santé Stefano NERI	99
L'accréditation en Italie et ses différences entre les régions Francesco DI STANISLAO, Donata BELLENTANI, Antonietta GANGALE, Giovanni CARACCI, Fulvio MOIRANO	121
De l'universalisme au régionalisme : niveaux essentiels d'assistance (NEA) et différences territoriales Angela GENOVA	143
Les inégalités régionales dans l'assistance à la « fin de vie » : le cas des centres résidentiels de soins palliatifs (hospices) Micol BRONZINI, Isabella CORDISCO	163
Différences régionales dans la médicalisation de la maternité en Italie. Elena SPINA	189
Les politiques de l'emploi et du logement destinées aux patients psychiatriques. Le cas du Piémont Mario CARDANO, Francesca SALIVOTTI, Gian LORENZO VENTURINI	219
Les associations d'entraide dans la gouvernance régionale des patients chroniques Guido GIARELLI	245
Les modèles de <i>welfare</i> sanitaires et les médecines non conventionnelles Mara TOGNETTI BORDOGNA	263

Participation des auteurs italiens à la *Revue Sociologie Santé* 290

## VARIA

L'infirmier psychiatrique en Italie : de gardien à professionnel du territoire Giordano COTICHELLI	295
Comment porter la cause du « bien vieillir » ? Les répertoires d'action de trois associations Daniel REGUER, Marielle POUSSOU-PLESSE, Laëtitia NGATCHA-RIBERT (Se) Former aux méthodes qualitatives : modalités et enjeux d'une rencontre sociologue-médecins généralistes Géraldine BLOY et Laurent RIGAL	311

## ANALYSE DE LIVRES

GILBERT Claude ET HENRY Emmanuel (sld), <i>Comment se construisent les problèmes de santé publique ?</i> Par Michèle BOUIX	349
WIDMER Isabelle et POURETTE Dolorès <i>Les violences envers les femmes à l'île de la Réunion, Poids des chiffres et paroles de victimes</i> Par Laetitia FRANQUET	351
GOUDET Bernard <i>Développer des pratiques communautaires en santé et développement local</i> Par l'auteur	357

## ANNONCES

Revue Française des Affaires sociales – Revue des Sciences Sociales – Le système de santé anglais à l'épreuve des réformes managériales – La santé enjeu de société	361
---	-----

## Illustrations

*Les Régions italiennes, p.10 – carte, p. 22 – Emilie Romagne Bologne, p.53 – Marche Ancône, p.56 – Venetie Venise, p.84 – Toscane Florence, p. 98 – Ombrie Perouse, p. 118 – Lombardie Milan, p. 142 – Latium Rome, p.162 – Sicilia Palerme, p.218 – Piemont Turin, 244 – Campanie Naples, p.292 – Friuli Venezia Guila Trieste, p. 294.*

# La décentralisation du système sanitaire fait-elle du bien à la santé ? Quelques réflexions à partir du cas italien

Emmanuele PAVOLINI<sup>1</sup>

## 1. Décentralisation et systèmes de santé européens: un enchevêtrement solide

Au cours des dernières décennies, les systèmes sanitaires européens ont fait l'objet de nombreuses pressions et de différentes réformes institutionnelles. Si, d'une part, ces systèmes ont obtenu un certain succès (en premier lieu la couverture universaliste), de l'autre, une série de problèmes ont surgi: la question de leur durabilité économique dans le moyen et dans le long terme, ainsi que celle de l'efficacité et de la qualification des mesures.

Pour faire face à la nécessité de réformer ces systèmes, une grande partie des gouvernements européens occidentaux a introduit une série de réformes dont les principales sont les suivantes :

- l'introduction de mécanismes de gouvernement de la santé inspirés par des logiques d'entreprise privée à travers des processus entrepreneuriaux et managériaux ;
- l'emploi de mécanismes concurrentiels entre fournisseurs de services et, dans les pays ayant des assurances sanitaires obligatoires, entre assurances ;
- l'adoption de formes de décentralisation (politico-) administrative dans la gestion des systèmes sanitaires avec des transferts de pouvoirs de l'État national aux institutions locales tant au niveau régional que sub-régional.

Si une bonne partie des pays occidentaux partage le sens de ces réformes, la direction spécifique prise par chaque système sanitaire est différente. Cette étude se concentre sur le troisième type de réforme indiquée ci-dessus, à savoir les processus de décentralisation dans le domaine sanitaire. Un des aspects intéressants de ce thème est dans sa spécificité par rapport aux autres types de réformes introduites dans les systèmes sanitaires. En effet, alors que les processus entrepreneuriaux et d'introduction de mécanismes concurrentiels ont des retombées principalement à l'intérieur du périmètre des politiques sanitaires, le thème de la décentralisation se situe dans un tableau général beaucoup plus ample qui concerne d'une part la santé et en particulier l'état social, de

---

<sup>1</sup> Professore associato presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università degli Studi di Macerata

l'autre, le changement des fondements institutionnels dans les rapports entre Centre et Périphérie dans chaque pays. Etant donné l'ampleur des ressources financières publiques que la santé met en jeu, et l'importance quantitative de l'emploi dans ce domaine, des systèmes de gestion tendent de manière considérable à redessiner les frontières et les devoirs de l'État national par rapport aux pouvoirs locaux (régionaux ou sub-régionaux), avec des conséquences et des impacts qui dépassent le simple domaine sanitaire.

Quelques données peuvent être utiles pour mieux comprendre cet état de fait : selon l'OCDE (Health Data, 2009), en 2007 l'incidence de la dépense sanitaire publique sur le PIB dans les Pays de l'Union Européenne des 15 s'élevait à 7 % contre 5,6 % en 1990. En 2006 cette dépense sanitaire représentait 15,4 % du total de la dépense publique, alors qu'en 1990 elle s'élevait à 11,6 %. En 2008, les salariés dans le secteur des services sanitaires et sociaux représentaient 11 % du total des salariés dans l'Union Européenne des 15, alors qu'ils représentaient 9,5 % du total en 1995 (*ibidem*).

Les données que nous venons de fournir illustrent clairement l'importance de la santé dans les domaines économique et de l'emploi. Elles montrent également la nécessité, de comprendre quelle part de l'allocation de telles ressources revient aux gouvernements et aux administrations nationales ou aux collectivités locales. C'est pour cette raison que, souvent, la discussion sur la décentralisation dans le domaine sanitaire a croisé ou a été l'effet d'une discussion beaucoup plus ample sur l'organisation institutionnelle de l'État et sur son degré de « fédéralisme » – de « régionalisation » – de centralisation.

Dans des pays tels que l'Italie, comme nous le verrons plus loin, la discussion sur le bien-fondé ou non de la décentralisation dans le domaine sanitaire s'est inscrite à l'intérieur d'un contexte de discussion dans lequel le contentieux n'était pas tant la santé mais plutôt l'organisation plus ou moins centralisée de l'Etat, en présence de fortes pressions « fédéralistes » de la part des partis politiques régionalistes. C'est ce qui a créé les conditions pour discuter du bien-fondé ou non de la décentralisation en faisant paradoxalement en partie abstraction d'une évaluation des effets concrets qu'un tel processus comporte dans les systèmes de santé.

Théoriquement, à la base des processus de décentralisation dans le domaine sanitaire, on peut identifier les raisons suivantes: une limitation des coûts, grâce à la réduction des niveaux de bureaucratie et à la plus grande connaissance, de la part des décideurs locaux par rapport aux décideurs nationaux, des systèmes d'offre et des besoins du territoire ; une plus grande efficacité dans l'attribution des ressources grâce à la capacité pour les administrations décentralisées de faire coïncider des besoins avec des réponses de services, ainsi que de rapprocher, directement ou indirectement, les bénéficiaires des interventions de ceux qui les programment et les gèrent ; une plus grande participation de la part des collectivités locales et des citoyens à la construction de leur propre système de santé ; une complémentarité socio-sanitaire entre système sanitaire et services sociaux (en

général gérés par des institutions locales), étant donné qu'un des défis principaux pour les pays occidentaux est représenté par la réponse aux besoins qui dérivent des processus de vieillissement et de diffusion de maladies chroniques.

Comme le soulignent Saltman et autres (2007), le débat sur la décentralisation apparaît en réalité vicié par deux types de difficultés non négligeables: la première concerne le concept de décentralisation, qui semble assez vague et, sous certains aspects, ambigu, puisque sous ce terme peuvent être regroupés des choix assez différents; la deuxième concerne le fait qu'il n'existe pas de résultats scientifiques permettant d'affirmer avec certitude, en termes d'efficacité, d'efficacités et de participation, la supériorité de systèmes décentralisés / régionalisés par rapport à des systèmes plus centralisés.

En ce qui concerne le premier type de difficulté, on peut accepter ce que suggèrent Saltman et autres (2007) qui proposent de distinguer entre décentralisation politique (ou « dévolution »), décentralisation fiscale et décentralisation administrative. Dans le premier cas, on transfère à des organes de gouvernement sub-national le pouvoir de décider et de gouverner le domaine sanitaire. Dans le deuxième cas, on transfère le pouvoir de définir les ressources financières et les critères pour réunir et dépenser ces ressources. Dans le cas de la décentralisation administrative, le passage de pouvoirs a lieu entre appareils bureaucratiques plus centralisés et appareils bureaucratiques périphériques. La distinction entre ces trois formes de décentralisation servira donc de base à l'analyse présentée. Le thème central sera une évaluation de la supériorité ou non d'un système davantage centré ou décentralisé, avec une attention particulière au cas italien qui se caractérise par une forte pression, au cours des dernières décennies, vers la décentralisation.

Avant d'affronter le cas italien, nous tenterons dans les trois prochains paragraphes de situer les choix institutionnels opérés en Italie à l'intérieur du panorama de l'Europe occidentale, ainsi que le fonctionnement des différents systèmes sanitaires.

## 2. L'Italie dans une optique comparative

Etant donné que le processus de décentralisation prend des formes et a des impacts différents suivant les caractéristiques des pays dans lesquels il se produit, la comparaison entre le modèle italien et le modèle d'autres pays européens a été restreinte aux pays qui présentent une complexité socio-démographique semblable à celle de l'Italie (Espagne, France, Allemagne et Royaume-Uni). Ces quatre pays se caractérisent par des systèmes de santé différents: la France et l'Allemagne présentent des modèles d'assurance sanitaire obligatoire, l'Espagne et le Royaume-Uni ont opté, comme l'Italie, pour des services sanitaires nationaux.

*Systèmes de santé et décentralisation dans les pays qui ont des assurances sociales : des changements limités*

Les deux modèles sanitaires fondés sur des assurances sociales ont enregistré au cours des dernières décennies une variation inférieure dans le niveau de décentralisation du système. Une des raisons est à rattacher à la structure institutionnelle même des systèmes d'assurance dans lesquels des sujets privés tels que les « caisses/assurances maladies » jouent un rôle important dans la gestion et dans le financement. Dans ces systèmes, le rôle du secteur public s'est traditionnellement exercé, en ce qui concerne le financement, dans des fonctions de support, de contrôle et de supervision du système d'assurance, et en ce qui concerne la distribution des interventions, dans la coordination et dans la gestion des hôpitaux publics, ainsi que dans d'autres services concernant la santé publique et la réglementation du secteur pharmaceutique.

Si la France et l'Allemagne partagent ce cadre général, d'autres aspects importants les différencient. Un de ces aspects est justement le rôle des gouvernements régionaux et le système de rapports centre-périphérie, étant donné en effet que, dans le domaine sanitaire ainsi que dans d'autres domaines, la France et l'Allemagne peuvent être considérées comme les archétypes dans l'Union Européenne de deux modèles opposés : celui de l'État unitaire et centralisé pour la première et celui de l'état fédéral pour la deuxième.

Dans le modèle traditionnellement centraliste de la France, le rôle public, aussi bien en termes de financement que de gestion des interventions, a été essentiellement assuré par le niveau national. A partir des années 1990, le cadre que nous venons d'esquisser subit des changements à la suite des coûts financiers croissants (et des déficits relatifs) du système de santé basé sur les assurances. Ils se traduisent par un double mouvement : une plus grande centralisation de la dépense et une plus grande décentralisation dans la gestion des interventions (Axelson et al., 2007; Sandler et al., 2004).

Il faut rappeler que les réformes qui ont eu lieu en France à partir des années 1990 promeuvent une décentralisation à caractère essentiellement administratif, qui ne transforme pas la nature unitaire de l'État. Une grande partie des réformes transfère des compétences des organes centraux aux organes périphériques sans toutefois déléguer des pouvoirs politiques ou fiscaux.

À partir de la moitié des années 1990, un amendement à la constitution permet au parlement français de fixer des objectifs sanitaires et indique aussi, par rapport à ces objectifs, les besoins financiers permettant de les atteindre. Ce passage peut être interprété comme un processus partiel de re-centralisation publique du système sanitaire, avec l'État qui s'attribue un rôle plus direct et plus fort dans les modalités de financement et, surtout, de dépense de santé.

De même, à partir de ces mêmes années, le système d'offre hospitalière enregistre quelques changements importants. En effet, 22 « agences sanitaires hospitalières » (« ASO »), ont été créées afin de planifier et de mieux coordonner, au niveau régional, l'offre des hôpitaux publics, avec des objectifs de monitoring et de contrôle de la dépense et des performances. Ces « ASO » deviennent responsables, d'une part, de l'attribution des ressources financières aux différents hôpitaux, et d'autre part, de la capacité effective des hôpitaux et du système hospitalier d'atteindre les objectifs de programmation et d'intervention fixés sur le plan régional. À partir de 1999, ces « ASO » ont aussi reçu des pouvoirs accrus dans le contrôle des hôpitaux privés.

Les transformations dans le secteur de l'offre de prestations sanitaires ne peuvent être interprétées qu'en termes de décentralisation administrative : le directeur des « ASO » est nommé par le Conseil des ministres et répond directement au Ministre de la Santé.

L'Allemagne présente une organisation opposée à celle de la France en ce qui concerne la délégation de responsabilité aux niveaux sub-nationaux. Le système sanitaire allemand est de type fédéral et voit dans les 16 Régions (*Laender*) les acteurs publics centraux des processus de régulation entre fournisseurs (hôpitaux publics et privés, fournisseurs privés de services ambulatoires) et organismes de financement (les caisses).

Le système allemand apparaît comme un système où, traditionnellement, dès l'après-guerre, s'est manifesté un processus de forte « dévolution ». Tout le modèle se fonde sur des formes de co-décision entre État fédéral et Régions, avec une délégation de pouvoir ultérieure aux « caisses maladies », à l'intérieur d'un modèle fortement néo-corporatiste.

Le gouvernement fédéral veille à assurer un niveau d'intervention sur tout le territoire qui soit équitable, suffisamment intégré et ample, en fixant les normes pour la fourniture de services et leur financement relatif (également en termes de droits et de devoirs des assurés, de fonctionnement des schémas d'assurances, etc.). Le niveau régional est responsable de l'entretien de l'infrastructure hospitalière, à travers la disposition et le financement de « Plans hospitaliers », ainsi que des interventions de prévention et de santé publique.

Parmi tous les pays analysés ici, l'Allemagne est le seul où, dans les dernières décennies, se sont produits des changements dans les rapports et dans la répartition des rôles entre centre et périphérie (régionale). Cela est lié au fait que le modèle allemand est le modèle le plus décentré (« dévolu »).

*Systèmes de santé et décentralisation dans les pays avec des systèmes de santé nationaux: des changements importants*

L'Espagne et le Royaume-Uni, avec l'Italie, se caractérisent historiquement par le fait que ce sont des États unitaires qui, sous des formes différentes, ont traversé au cours des dernières décennies, des processus de décentralisation. Ces trois pays ont vu, par rapport à la France, l'affirmation d'une « question territoriale » avec des partis politiques enracinés dans quelques aires géographiques spécifiques (par exemple l'Écosse, la Catalogne, les Pays Basques et l'Italie du Nord), porteurs de poussées fédéralistes voire même sécessionnistes. L'agenda politique espagnol, italien et britannique des dernières décennies s'est amplement occupé du thème des rapports centre-périphérie et les partis régionalistes ou indépendantistes ont souvent réussi à promouvoir une discussion sur la réforme des compétences entre les différents niveaux territoriaux de l'État qui a attiré des consensus bien plus importants que la force électorale de ces partis.

Il s'en est suivi que les systèmes de santé nationaux de ces trois pays se sont caractérisés, par rapport aux systèmes de type assurantiel, par des interventions plus importantes et plus incisives sur le front de la redéfinition des rapports entre centre et périphérie, en adoptant toutefois des voies différentes (Maino et Pavolini, 2008).

Au Royaume-Uni, nous pouvons distinguer deux phases dans le processus de décentralisation. La première concerne l'expérience et les choix opérés par les gouvernements conservateurs pendant la première partie des années 1990. La deuxième fait référence à l'œuvre le *Labour*.

Afin de comprendre quelle est l'idée qui se cache derrière le processus de décentralisation sanitaire des gouvernements conservateurs, il faut se rappeler que le programme de réforme du « welfare state » était tellement radical qu'il demandait de concilier un paradoxe apparent : d'une part, introduire un modèle de « quasi-marché » et de concurrence rendant le citoyen le décideur ultime en thème de choix sanitaires ; de l'autre, éviter que les gouvernements locaux, souvent de couleur politique différente de la couleur nationale conservatrice, boycottent ou limitent la portée des réformes. Le résultat a été un processus qui, pour renforcer le pouvoir du choix des citoyens, a, en réalité, centré ultérieurement les mécanismes décisionnels au niveau national (Paton 1993; Giaimo et Manow 1997). À la suite des réformes de 1990, qui, avec le *NHS and Community Care Act*, introduisent ce qu'on appelle le « quasi-marché » ou le « marché intérieur », c'est-à-dire la séparation des responsabilités d'achat de celles de production et de distribution des services, toutes les fonctions principales de programmation et d'orientation ont été renforcées au niveau du Ministère de la Santé et non à celui des pouvoirs publics locaux.

Un changement partiel de tendance s'est réalisé à partir des gouvernements travaillistes des quinze dernières années. Certains pouvoirs décisionnels ont été rendus aux institutions locales. Par ailleurs, de véritables réformes de décentralisation politique (ou *devolution*) ont été introduites mais elles n'ont concerné que quelques aires spécifiques du Pays (Maino et Pavolini, 2008).

Le système introduit par les conservateurs prévoyait la séparation au niveau territorial entre des *Health Authorities* (HA) et des *Trusts*. Les premières avaient des tâches de programmation et de contrôle du réseau des services, les deuxièmes de fourniture des interventions hospitalières et territoriales. Par rapport aux gouvernements conservateurs, le *Labour* a changé, d'une part, la logique d'interaction entre HA et *Trusts*, en remplaçant le concept de compétition et de « quasi-marché » par celui d'intégration-concertation, de l'autre, mais en partie seulement, le rôle des institutions locales. Tandis que les HA, transformées en SHA – *Strategic Health Authorities* –, sont restées des agences qui œuvrent pour le compte du Ministère de la Santé (à partir de 2006, leur distribution territoriale en Angleterre a même subi un processus de recentrement puisqu'on est passé de 28 à 10, nombre qui coïncide avec celui des territoires régionaux), les *Trusts* comptent dans leurs organes décisionnels non seulement des personnes nommées par le Ministère mais aussi des autorités locales et un conseil des personnels de santé.

Si l'on peut percevoir quelques signaux de décentralisation politique dans les réformes du *labour* au sujet du fonctionnement des *Trusts*, les indications contenues dans le processus de « dévolution », amorcé par Blair en 1999, qui a attribué une autonomie décisionnelle plus grande aux territoires de l'Écosse, du pays de Galles et de l'Irlande du Nord, sont beaucoup plus marquées. L'Écosse, en particulier, outre avoir obtenu, comme le pays de Galles et l'Irlande du Nord, des pouvoirs législatifs dans le domaine sanitaire, a quelques marges de discrétionnalité sur le versant fiscal. Il est intéressant de remarquer qu'un tel processus de décentralisation politico-fiscale a pris, au Royaume-Uni, un caractère asymétrique concernant seulement quelques aires du Pays.

Bien que provenant d'un parcours différent, l'Espagne s'est elle aussi longuement caractérisée par un processus de décentralisation asymétrique et d'accroissement centré sur les 17 *Comunidades Autonomas* (CA). Jusqu'au début des années 2000, seulement 7 CA étaient responsables de la programmation, de l'organisation et de la gestion de leur système de santé. Les dix autres s'occupaient de la programmation alors que les interventions étaient gérées directement par l'Institut national de la Santé (*Insalud*) (Cabiedes et Guillen, 1997). À partir de janvier 2002, l'État central a transféré aussi à ces 10 CA les pouvoirs de gestion dans le domaine sanitaire. Dans cette même période, la réglementation nationale en matière de fiscalité a été revue, et il a été prévu que le financement national pour les systèmes de santé des *Comunidades* soit inséré à l'intérieur

d'un fonds plus général de transferts financiers de l'État aux CA, afin de leur donner une plus grande autonomie.

### 3. Le modèle italien de décentralisation

Par rapport aux autres pays européens que nous venons de présenter, l'Italie se caractérise par une décentralisation politico-administrative marquée qui fait des 19 Régions et des 2 « Provinces Autonomes » les acteurs centraux dans la gestion du système sanitaire national. En utilisant la définition proposée par Baldi (2003), on peut définir ce processus comme le passage d'un modèle basé sur un État unitaire à un État « néo-régionaliste ». Les transformations en acte dans le domaine de la Santé montrent que depuis les années 1990 on est en train d'assister en Italie à un véritable processus de fédéralisation et que l'on peut désormais parler de « systèmes de santé régionaux » (SSR).

Une première phase de décentralisation politico-administrative commence en Italie avec la réforme de 1978 qui introduit le système de santé national (SSN). La réglementation de 1978 prévoyait l'institution d'USL (Unités Sanitaires Locales), régies par des comités de gestion nommés par les Municipalités et ayant des tâches de gestion des interventions, ainsi qu'un pouvoir d'orientation attribué aux Régions.

La deuxième phase des processus de régionalisation a lieu au cours des années 1990 alors que sévit une crise financière croissante de l'État en même temps que l'augmentation du poids de partis régionalistes (notamment de la Ligue Nord). L'objectif des réformes est double: d'une part, atteindre une plus grande efficacité micro-économique dans un des secteurs d'intervention publique, celui de la Santé, où la dépense tend à croître rapidement; de l'autre, offrir des réponses institutionnelles à un contexte socio-politique (surtout celui du Centre-Nord) qui demande une plus grande autonomie. On fit le choix de transférer aux Régions, en qualité d'organes de gouvernement intermédiaires entre État et Municipalités, à la fois des pouvoirs de programmation et d'organisation des services, et, en partie, des responsabilités à caractère financier. Le choix régionaliste (plus que de décentralisation tout court aux niveaux inférieurs de gouvernement) suit une double logique: d'un côté, on reconnaît le degré plus élevé de connaissance des besoins sanitaires de la part des gouvernements régionaux par rapport à l'État central; de l'autre, on estime que le niveau régional est plus adapté que le niveau municipal à assurer une organisation de l'offre de services moins fragmentée et plus orientée vers des économies d'échelle.

Dans cette optique, la régionalisation du Service sanitaire national amorcée avec le décret 502 de 1992 se présente à la fois comme un processus de décentralisation de l'État vers les Régions, de manière plus accomplie par rapport à ce qui s'était produit en 1978, et de centralisation des Communes vers l'institution de gouvernement

intermédiaire, étant donné que les institutions locales sont substantiellement privées de la possibilité d'intervention dans l'organisation et la gestion des services.

Cette saison réformatrice des années 1990 comprend à la fois la réforme Bassanini, qui, avec les différents décrets de 1997, renforce dans son ensemble les différents pouvoirs des Régions, et celle de la finance régionale, avec l'institution d'un impôt spécifique, l'IRAP (décret-loi 446/1997), qui fournit aux Régions un levier important d'imposition directe liée à la structure productive du territoire, remplaçant en partie les anciens transferts de l'État provenant du Fonds sanitaire.

La régionalisation du système est sanctionnée et renforcée par la réforme constitutionnelle de l'Article V approuvée en 2001 (art. 117) qui marque, bien au-delà du domaine sanitaire, un déplacement ultérieur des équilibres entre État et Régions, au profit de ces dernières.

Le processus de régionalisation de ces quinze dernières années a profondément changé les modalités de formulation et d'implémentation de la politique sanitaire en Italie, en déplaçant le barycentre décisionnel du Parlement et du gouvernement central vers des tables de négociations entre État et Régions (France et Taroni, 2005; Maino et Neri, 2006).

Au cours de la décennie actuelle, bien plus que dans le passé, l'attention de l'État central s'est déplacée vers la tentative de contrôler de manière plus efficace la dépense sanitaire régionale en imposant de plus grandes restrictions budgétaires. Dans cette optique, le premier acte signé en 2001 fut l'Accord entre le gouvernement national et les Régions, par lequel le premier s'engageait à financer les Régions qui avaient accumulé des déficits, lesquelles acceptaient d'organiser des « plans de redressement » et des mécanismes permettant d'éviter la création de nouveaux déficits (prévoyant aussi, au besoin, le recours à des formes de taxation et de « tickets modérateurs »). Bien que cet Accord ait représenté un élément important de changement dans les relations entre l'État et les Régions, en introduisant entre les deux acteurs beaucoup plus d'éléments de coopération que de compétition, il s'est révélé insuffisant pour éviter l'accumulation de nouveaux déficits (France 2008). C'est pourquoi, en 2005 et en 2007, d'autres Accords ont été souscrits. L'État se chargeait de l'effacement des déficits passés en échange de conditions beaucoup plus contraignantes pour les Régions avec des prévisions de réductions des lits d'hôpitaux et un contrôle plus strict de sa part sur la gestion des SSR. Dans les dernières années, 7 SSR sur 21 ont continué à accumuler des déficits importants : l'actuelle réglementation nationale plus contraignante finit par se concentrer principalement sur celles-ci. Comme l'indique France dans son article récent « *the 'seven regions in difficulty' are in such dire financial straits that they have been prepared to accept severe limitations of their freedom of action. This exercise of central spending power represents a dramatic break with the period pre-2001 when state*

*financing was granted virtually unconditionally* » (France 2008, 18). C'est pourquoi, aujourd'hui, face à ce qui s'est produit dans la deuxième phase de régionalisation des systèmes de santé au cours des années 1990, le gouvernement central, en utilisant de manière plus sévère l'instrument du levier financier, est en train de réacquiescer un pouvoir plus important dans le SSN, en particulier à l'égard des SSR en déficit. En revanche, les autres Régions ont gardé un degré plus élevé d'autonomie, cependant toujours soumis à un respect plus attentif des contraintes budgétaires.

Comme l'a souligné Mosca (2007), un élément qui demeure critique, malgré les efforts, dans l'organisation institutionnelle de la santé italienne réside dans le fait que la décentralisation politico-administrative n'a pas été suivie d'une décentralisation fiscale de la même portée. Bien que la responsabilité des Régions dans l'extinction des déficits sanitaires contractés et dans la collecte des ressources ait augmenté, le modèle demeure fondé sur une ambiguïté : une forte autonomie de dépense, accompagnée cependant d'une responsabilité plus limitée de financement (qui provient encore en bonne partie de l'État central).

Dans l'ensemble, à l'intérieur du contexte européen, le cas italien peut être résumé de la manière suivante (voir Tableau 1) : l'Italie est un pays qui, provenant d'une expérience d'État unitaire, a davantage tendu de manière généralisée vers un processus de décentralisation politico-administrative, sans prévoir ni des différenciations territoriales de ce processus (comme au Royaume-Uni, où la « dévolution » a concerné en particulier l'Écosse, le pays de Galles et l'Irlande du Nord), ni un développement temporel différencié comme en Espagne (où quelques *Comunitades autonomas* ont joui avant d'autres d'une plus grande autonomie), ni un équilibre entre la décentralisation politico-administrative et la décentralisation fiscale.

Tableau 1.

**Les processus de décentralisation en Italie dans une optique comparative**

Pays	Modèle traditionnel de rapports centre-périphérie	Type de rescaling adopté	Modèle actuel de rapports centre-périphérie
Allemagne	Fédéralisme	Aucun	Centralité des acteurs régionaux
France	État Unitaire	Décentralisation administrative partielle	Centralité de l'État avec des formes de décentralisation administrative
Royaume-Uni	État Unitaire	Décentralisation administrative partielle dans tout le pays + décentralisation politique et fiscale dans quelques régions (dévolution asymétrique)	Dévolution asymétrique
Espagne	État Unitaire	Décentralisation politico-administrative-fiscale suivant des phases différentes (dévolution asymétrique)	De dévolution asymétrique à dévolution généralisée
<b>Italie</b>	État Unitaire	<b>Décentralisation politico-administrative croissante (dévolution généralisée) et, seulement en partie, décentralisation fiscale</b>	<b>Dévolution généralisée avec des limites d'ordre fiscal</b>

**4. Le fonctionnement du SSN italien dans une optique comparative**

Afin d'analyser le processus de décentralisation en Italie et ses effets sur le système de santé, il faut tout d'abord contextualiser le cas italien par rapport à celui des autres principaux pays européens sous le profil non seulement des organisations institutionnelles mais aussi du fonctionnement effectif de la santé publique. Dans ce but, la logique de l'analyse est la suivante :

- D'une part comparer le fonctionnement du système de santé italien dans son ensemble aussi bien avec celui de chacun des quatre pays européens analysés précédemment sous le profil institutionnel (Espagne, France, Royaume-Uni et Allemagne) qu'avec celui de l'Union Européenne des 15 (tableau 1 et tableau 2);
- De l'autre, évaluer si, au cours des quinze dernières années, l'écart entre l'Italie et les autres pays pris en considération a varié (tableau 3).



En utilisant des éléments qui proviennent des banques de données de l'OCSE (Health at Glance, 2009) et de l'Eurobaromètre, la comparaison a été effectuée en tenant compte des différents aspects du fonctionnement des systèmes de santé des différents pays tels que les ressources humaines, l'efficacité de l'organisation dans les hôpitaux, le caractère approprié des interventions, la couverture des besoins socio-sanitaires, les résultats sanitaires obtenus en termes de santé, le niveau d'équité et d'inégalité assuré par le système dans son ensemble, le degré de satisfaction des citoyens.

Nous pouvons nous concentrer sur ce qui émerge du graphique 1, en différenciant les indicateurs sur la base de l'emploi relatif à l'Italie. Les aspects pour lesquels le SSN italien semble aligné ou meilleur par rapport à celui des autres pays européens occidentaux apparaissent nombreux et majoritaires:

- l'Italie se caractérise par un niveau de performance plus élevé que celui des pays de l'UE des 4 et, souvent, des 15, en ce qui concerne le recours à la technologie (mesurée par le nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) disponibles par rapport à la population), les taux élevés d'occupation des lits d'hôpitaux, le bas niveau d'hospitalisations (souvent impropres) pour l'asthme, les bons résultats sanitaires par rapport à la mortalité infantile et au niveau de survie après de sérieux problèmes cardiovasculaires ou de cancer du sein;
- l'Italie présente une performance semblable à celle de la moyenne de l'UE des 4 et des 15 en ce qui concerne les activités de prévention, l'effectif du personnel médical, l'efficacité hospitalière (mesurée à partir de la moyenne des journées d'hospitalisation dans des hôpitaux pour des problèmes aigus).

Face à ces aspects, il y en a d'autres qui, en revanche, différencient nettement, et de manière négative, ce système par rapport aux autres:

- les ressources financières mises à disposition par le secteur public sont plus limitées par rapport à la moyenne européenne, ce qui entraîne un recours plus élevé aux ressources privées des citoyens;
- le système investit relativement moins sur la profession infirmière, ce qui le rend encore plus centré qu'ailleurs sur le médecin;
- il apparaît lacuneux sous le profil des interventions socio-sanitaires, étant donné que, par exemple, les structures hospitalières pour personnes âgées semblent moins disponibles qu'ailleurs;
- il apparaît des différences dans l'accès aux services sur la base du niveau de revenu et, surtout, des distances énormes (de l'ordre de 20 %) sous le profil du niveau de satisfaction des citoyens.

Les données que nous venons d'illustrer posent une question importante: de quoi dépend un tel niveau d'insatisfaction des citoyens italiens à l'égard de leur système de santé qui, en revanche, présente, il est vrai, des problèmes non négligeables mais qui ne semblent pas justifier une perception nettement plus négative par rapport à celle des autres pays de

l'UE? Au contraire, certains indicateurs montrent même que la situation italienne est meilleure ou à égalité par rapport à celle de l'Europe.

Avant de tenter de fournir une réponse, nous devons commenter les résultats du tableau 3, qui concernent le degré de changement dans le temps du niveau de performance des différents indicateurs pris en considération. Ce tableau a été obtenu en rassemblant, pour tous les indicateurs contenus dans le tableau 2, les informations relatives non seulement à l'année la plus récente (en général 2005-2007) mais aussi celles qui concernent les années 1990 (en général 1995).

**Tableau 3.**  
**Evolution des indicateurs de fonctionnement du SSN italien**  
**dans une optique comparative**

Indicateurs pour lesquels l'Italie a fait enregistrer à partir de la moitié des années 1990 jusqu'à la moitié des années 2000 <sup>1</sup> :	
- une détérioration par rapport aux autres pays de l'UE 4 et de l'UE 15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidence de la dépense sanitaire publique sur le PIB</li> <li>• Incidence en % de césariennes sur le total des accouchements</li> </ul>
- un maintien des distances relatives	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaccination contre la coqueluche</li> <li>• Durée moyenne des hospitalisations pour des problèmes aigus</li> <li>• Taux de mortalité due au cancer du sein</li> </ul>
- une amélioration due à la détérioration des performances des autres pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau d'insatisfaction des citoyens</li> </ul>
- une amélioration due aux performances du SSN italien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les autres</li> </ul>

Sources: OCSE (2009) et Eurobaromètre (plusieurs années)

Une précision s'impose avant de commenter le tableau 3. Pour tous les indicateurs de fonctionnement de la santé illustrés dans le tableau 2, puis analysés dans une optique diachronique, il faut souligner qu'en Italie comme dans l'UE des 4 et des 15, des

<sup>1</sup> La comparaison a été effectuée avec tous les indicateurs contenus dans le tableau 2, à l'exception de ceux pour lesquels il n'existe pas de données historiques. Pour cette raison, dans le tableau 3 ne sont pas considérées les statistiques relatives aux taux de survie après de graves maladies cardiovasculaires, au niveau de besoin sanitaire non satisfait et au niveau d'insatisfaction à l'égard du système de santé, mais seulement celui qui est basé sur l'expérience personnelle directe.

améliorations ont été enregistrées au niveau des performances. Cela signifie, par exemple, que presque partout les taux de survie après des cancers du sein ont augmenté, que la mortalité infantile a diminué, etc. De manière objective, au cours des 10-15 dernières années, la santé en Europe occidentale, à l'exception de quelques aspects, s'est améliorée.

Si l'on tient compte de cette précision, la donnée diachronique ne nous aide pas, elle non plus, à comprendre la raison pour laquelle l'Italie maintient un niveau aussi élevé d'insatisfaits. Dans les quinze dernières années le SSN italien a, suivant la plupart des indicateurs, réduit son écart par rapport au reste de l'UE des 4 ou des 15. Cela signifie qu'elle a même souvent « avancé » plus rapidement que de nombreux autres pays dans l'amélioration de son fonctionnement. Dans certains cas, elle a gardé sa distance qui, cependant, était parfois en faveur de l'Italie (mortalité causée par le cancer du sein) ou était quasiment nulle (la vaccination contre la coqueluche).

Face à un phénomène particulier comme celui des césariennes, on trouve deux indicateurs qui montrent que l'Italie a un degré de difficulté important et parfois croissant :

- les *ressources financières à sa disposition*, étant donné que l'incidence de la dépense sanitaire publique par rapport au PIB était en 1990 supérieure à la moyenne européenne et est devenue, en revanche, inférieure en 2007;
- le *niveau d'insatisfaction des citoyens*; dans ce cas, il est intéressant de remarquer que les données italiennes de 1996 sont quasiment identiques à celles de 2008, et indiquent un pourcentage stable (60 %) de citoyens insatisfaits, alors que dans le reste de l'Europe le taux d'insatisfaits augmente. C'est pourquoi, le phénomène de légère convergence que l'on enregistre ne dérive pas d'une amélioration du système italien mais d'une détérioration des évaluations des citoyens des autres pays.

Ces informations sur la dimension temporelle, ajoutées à celles qui émergent de la comparaison des moyennes nationales des différents indicateurs, nous montrent que le niveau d'insatisfaction des citoyens italiens ne peut pas être rattaché à une variable temporelle.

Les explications possibles d'un tel niveau d'insatisfaction constant sont diverses et peuvent, par exemple, être rattachées au rapport entre changements dans les attentes de soin (et dans la confiance institutionnelle) de la part des citoyens et améliorations relatives des systèmes sanitaires publics. Au cours des quinze dernières années, dans toute l'Europe occidentale, face à des améliorations objectives dans le fonctionnement de la santé le pourcentage d'insatisfaits augmente, ce qui indique sans doute que les attentes de soin (et la perte de confiance institutionnelle) augmentent plus rapidement que les améliorations dans les systèmes de santé.

Même si cette explication possible mérite d'être analysée, nous nous concentrerons plutôt dans cette étude sur une autre explication, car, de toute manière, le niveau d'insatisfaction vis-à-vis du SSN italien est pratiquement le double de celui du reste de l'Europe et est donc difficilement attribuable uniquement à un écart entre attentes et fonctionnement effectif.

La variable que nous voulons analyser de manière plus approfondie concerne les différences territoriales dans le fonctionnement du SSN. Le tableau 4 introduit cet aspect. Nous avons utilisé trois questions de la banque de données Eurobaromètre relatives au pourcentage de citoyens qui se déclarent insatisfaits de la qualité de l'accessibilité et des coûts à soutenir directement afin d'utiliser les services de santé. Par rapport à ce qui a été fait dans les tableaux précédents, on analyse ici le niveau de variation au sein de chaque pays concernant les évaluations des citoyens. En effet, si l'on élabore les micro-données des enquêtes Eurobaromètre, chaque pays européen, y compris l'Italie, a été divisé en 3-4 macro-régions. Ainsi a-t-on pu vérifier la variabilité des jugements de satisfaction des citoyens dans chaque macro-région.

Tableau 4

**Citoyens se déclarant insatisfaits à propos de certains aspects de leur système de santé suivant la région géographique à laquelle ils appartiennent à l'intérieur d'un même pays: coefficient variations interrégionales**

Citoyens qui perçoivent négativement:	Italie	Moyenne UE 4	Moyenne UE 15
La qualité des services de santé	0,35	0,19	0,18
La facilité d'accès aux services de santé	0,21	0,18	0,17
Les coûts à soutenir personnellement pour l'accès	0,20	0,14	0,14

Source: Eurobaromètre (plusieurs années)

L'indicateur le plus simple à utiliser pour mesurer ce niveau de variabilité est le coefficient de variation, égal au rapport entre déviation standard (dans ce cas entre les différentes valeurs enregistrées au niveau macro-régional) et moyenne nationale de citoyens insatisfaits. Plus le coefficient de variation est proche de zéro, plus le phénomène étudié ne varie pas suivant les différences territoriales; plus il s'éloigne de zéro, plus cela signifie que les jugements changent en passant d'une macro-région à une autre. Le tableau 4 indique que :

- en termes comparés, l'Italie est constamment le pays qui montre les niveaux d'inégalités territoriales les plus élevés;
- en termes absolus, en Italie, la valeur du coefficient de variation relatif à la qualité est assez élevée et cela indique des phénomènes sérieux de polarisation dans les jugements. A titre d'exemple, si à la question sur le niveau de satisfaction pour le fonctionnement du

système de santé, utilisée dans le tableau 2, il ressort qu'environ 59 % des Italiens sont insatisfaits, cette donnée moyenne cache le fait que ce jugement est exprimé par 73 % des citoyens méridionaux, par rapport à 44 % de citoyens du Centre-Nord.

Étant donné ces spécificités italiennes, il faut se demander ce qui est en train de se passer à propos des différences territoriales dans l'accès aux soins dans un pays aussi inégal, soumis au cours de ces années à un processus marqué de décentralisation du SSN.

##### 5. Les données sur les différences internes par rapport à la décentralisation en Italie: convergence ou divergence?

Il existe des différences sensibles en Italie dans les évaluations des citoyens par rapport au fonctionnement de la santé publique suivant le territoire auquel ils appartiennent. La présence d'inégalités territoriales possibles est confirmée par le tableau 5 dans lequel, seulement pour l'Italie, sont rapportées non pas tant les évaluations des citoyens mais plutôt le fonctionnement effectif d'une série de services dans différentes aires du Pays. Une recherche récente sur le thème du fonctionnement des systèmes de santé régionaux en Italie (SSR) fait ressortir fondamentalement trois types de SSR (Pavolini et Vicarelli, 2010) :

- toutes les Régions du Centre-Nord de l'Italie, à l'exception du Latium, sont caractérisées par un niveau moyen-élevé de performance de leur système de santé;
- toutes les Régions du Sud de l'Italie sont caractérisées par des niveaux moyens-bas de performance;
- le Latium se trouve dans une situation intermédiaire par rapport aux précédents.

Le concept de performance comporte la tentative de comparer le fonctionnement d'un système de santé par rapport à d'autres (dans ce cas en comparant les différents systèmes de santé des Régions italiennes) à partir d'une série de variables que l'on considère « proxy » pour évaluer l'efficacité, l'efficacités et la qualité de ce système (Mapelli, 2007). Nous renvoyons au texte de Vicarelli et Pavolini pour comprendre quels passages méthodologiques ont été accomplis. Nous faisons ici brièvement allusion aux indicateurs d'efficacité, d'efficacités et de qualité que l'on a utilisés pour comparer le Centre-Nord et le Sud de l'Italie :

- tout d'abord les indicateurs relatifs à la capacité de gestion et à l'efficacité économique. Il s'agit de variables qui mesurent à quel degré les SSR utilisent de manière efficace les structures sanitaires qui sont à leur disposition: la durée moyenne de l'hospitalisation pré-opératoire (en général il est préférable qu'elle soit la plus brève possible, puisque cela laisse prévoir un recours plus répandu à des interventions sanitaires extra-hospitalières, moins onéreuses et souvent préférées par les usagers); le taux d'utilisation des places en hôpital (à savoir la capacité d'utiliser le plus possible les places disponibles, sans les laisser vides), le taux d'hospitalisation (c'est-à-dire le

nombre de personnes hospitalisées au cours d'un an par rapport au total de la population qui réside dans la Région, en partant du principe qu'à égalité d'autres variables plus cette valeur est basse plus la Région réussit à soigner ses citoyens sans devoir les hospitaliser), l'indice de « case mix », c'est-à-dire la complexité des cas cliniques traités dans les hospitalisations assistanciennes; en outre, comme indicateur d'efficacité économique au sens strict, on a calculé l'incidence du déficit sanitaire régional par rapport au total de la dépense du SSR ;

- ensuite, les résultats au niveau d'application des processus, indiquant par ce concept une multiplicité d'aspect liés aux modalités de répartition des services sanitaires. Un premier aspect important est celui du caractère plus ou moins approprié des interventions (évalué à partir de variables comme le pourcentage de césariennes sur le total des accouchements effectués et la diffusion des hospitalisations pour l'asthme par rapport à la population résidente), étant donné que l'on recourt encore souvent à des interventions et à des hospitalisations (ou, par exemple, à des césariennes) alors qu'on pourrait intervenir avec des modalités moins onéreuses, plus « appropriées » et moins invasives pour l'utilisateur (comme, justement, l'accouchement « naturel »). Un deuxième aspect concerne le niveau de satisfaction des citoyens pour les soins médicaux et infirmiers, mesuré directement à travers *survey*, ou bien évalué à partir des indices d'attraction et de fuite pour des hospitalisations dans ou hors d'autres régions (mobilité sanitaire). Un troisième aspect concerne la diffusion des pratiques hors hôpital ou en territoire différent des interventions sanitaires, en évitant des systèmes de santé « hospitalocentriques » (cet aspect a été mesuré à partir de la diffusion de services socio-sanitaires comme l'Assistance à domicile intégrée et les Résidences socio-sanitaires). Enfin un dernier aspect concerne l'importance attribuée par les SSR à l'activité de prévention, en employant comme variables les taux de diffusion d'activités de prévention comme la mammographie ;

- enfin, on a aussi cherché à insérer quelques variables concernant les *outcome* des SSR. Dans ce but, on a analysé le taux de mortalité infantile et le rapport entre le pourcentage de femmes ayant un niveau élevé d'instruction qui accèdent à la prévention (mammographies) et de celles ayant un faible niveau d'instruction, comme indicateur d'inégalité dans l'utilisation des services de santé.

Concrètement, le tableau 5 montre comment, pour toute cette série d'indicateurs, les écarts entre le Centre-Nord et le Sud sont très importants et qu'il n'y a pratiquement pas d'indicateurs pour lesquels la situation du Sud semble meilleure que celle du Centre-Nord.

**Tableau 5**  
**Le fonctionnement des systèmes de santé régionaux: une comparaison entre le Nord et le Sud de l'Italie (années 2005-2008)**

	Centre-Nord	Latium	Sud	Ecart Nord-Sud
Déficit courant du SSR en % sur la dépense sanitaire (2007-2008)	-,1	14,9	5,2	-5,3
Taux d'utilisation places hospitalières maladies aiguës (2006)	75,7	80,7	74,3	1,4
Durée moyenne de l'hospitalisation pré-opératoire (2008)	1,8	2,6	2,1	-0,3
Indice de case mix (2008)	1,1	1,0	0,9	0,2
% Césariennes (2008)	29,5	41,3	50,9	-21,4
% femmes de plus de 40 ans qui effectuent une mammographie (2005)	64,8	60,7	41,2	23,6
Hospitalisations pour l'asthme x 100.000 habitants (2008)	28,6	29,9	39,8	-11,2
Indice attraction hospitalisations (% immigration/% émigration) (2007)	1,6	1,3	0,5	1,1
% personnes âgées en RSA (2004)	4,3	2,2	1,7	2,6
% personnes âgées en ADI (2006)	3,7	3,5	1,7	2,0
Taux d'hospitalisation (net et standardisé) (2007)	106,5	121,0	134,2	-27,7
Rapport taux mammographie femmes diplômées / sans instruction (2005)	2,2	2,3	3,3	-1,1
Taux mortalité infantile (2005)	3,2	4,2	4,4	-1,2
% Personnes très satisfaites de l'assistance médicale hospitalière (2007)	44,8	35,5	22,8	22,0
% Personnes très satisfaites de l'assistance infirmière hospitalière (2007)	42,4	35,4	19,6	22,8

\* Donnée calculée sur des femmes de plus de 50 ans et non de plus de 40 ans comme en Italie  
Sources: Istat (2009) et Ministère de la Santé (différentes années)

Étant donné le cadre que nous venons d'esquisser, il faut se demander si, au cours des dix ou quinze dernières années, l'écart entre les Régions du Centre-Nord et celles du Sud a augmenté, diminué ou est resté stable et, donc, si le processus marqué de décentralisation amorcé a eu un impact significatif dans l'atténuation ou le renforcement

des différences entre systèmes de santé régionaux. Dans ce but, on a procédé de la manière suivante :

a. on a calculé les valeurs moyennes des différents indicateurs de fonctionnement des SSR tant pour la moitié des années 2000 (tels qu'ils sont rapportés dans le tableau 5) que pour la moitié des années 1990<sup>1</sup>;

b. ensuite, on a calculé les distances en points de pourcentage entre les valeurs moyennes du Centre-Nord et du Sud pour les années 1990 et 2000;

c. enfin, on a calculé la différence qui séparait les deux écarts entre Centre-Nord et Sud, respectivement à la moitié des années 1990 et à la moitié des années 2000.

Un exemple peut éclaircir le parcours accompli. Prenons l'incidence des césariennes sur le total des accouchements. Plus l'incidence est élevée, plus faible est le niveau d'opportunité et de qualité de l'intervention. Au cours de la période 1995-2008, on a enregistré dans toute l'Italie une augmentation de l'incidence des césariennes. Cette augmentation est fortement diversifiée territorialement. En 1995, au Sud, 29,2 % des accouchements étaient des césariennes, alors qu'au Centre-Nord cette donnée était égale à 22,3 %. En 2008, ces valeurs étaient respectivement de 50,9 % et 29,5 % (passage a). Cela signifie que l'augmentation dans l'incidence des césariennes au cours de la période 1995-2008 a été au Sud de +21,7 % et au Centre-Nord de 7,2 % (passage b). L'écart entre le Centre-Nord et le Sud de l'Italie a augmenté dans la période considérée de 14,5 % (c'est-à-dire la différence entre +21,7 % du Sud et +7,2 % du Centre-Nord) (passage c).

Pour des nécessités de synthèse, le tableau 6 ne rapporte que le dernier passage concernant l'augmentation ou la diminution du différentiel entre le Centre-Nord et le Sud au cours des quinze dernières années.

Le tableau qui ressort de cette comparaison intemporelle n'offre pas une clef d'interprétation univoque avec des processus unidirectionnels de convergence ou de divergence. Il est certain que nous pouvons exclure la présence de problèmes généralisés de convergence entre le Centre-Nord et le Sud au cours des quinze dernières années, c'est-à-dire dans la période de forte décentralisation politico-administrative des systèmes de santé.

En effet, seulement pour 3 des 15 indicateurs utilisés on remarque une diminution de l'écart entre Régions du Centre-Nord et Régions du Sud : le taux d'utilisation des lits d'hôpitaux pour malades aigus, l'incidence d'hospitalisations pour l'asthme, le taux de mortalité infantile. Pour deux de ces indicateurs, la convergence dépend moins de la capacité des SSR que d'autres facteurs. Dans le cas du taux d'utilisation des lits

<sup>1</sup> Le choix de données qui se réfèrent à la moitié des années 1990 est dû au fait que, comme nous l'avons indiqué plus haut, c'est la période au cours de laquelle a commencé le processus marqué de décentralisation / régionalisation de la santé.

d'hôpitaux, le processus de convergence semble pouvoir être attribué à des variables qui en grande partie ne dépendent pas de la volonté / capacité de chaque SSR, étant donné que la décision de réduire les lits d'hôpitaux a été prise par le Ministère de la Santé qui a fixé un nombre de places tous les 1000 habitants égal dans tout le pays.

**Tableau 6**  
**Convergences et divergences dans le fonctionnement des SSR au cours**  
**des quinze dernières années: une comparaison**  
**entre le Centre-Nord et le Sud de l'Italie ( 1995-1998; 2005-2008)**

	Variation écart entre CN et S	Sens de la variation de la variation écart CN-S
Taux d'utilisation des places hospitalières maladies aiguës	-4,2	Diminution écart
Hospitalisations pour l'asthme x 100.000 habitants	-2,2	
Taux de mortalité infantile	-0,73	
Durée moyenne hospitalisation pré-opératoire	-0,03	Stabilité écart
Indice de case mix	0,00	
Indice d'attraction hospitalisations (% immigration/% émigration)	-0,1	
% personnes âgées en ADI	-0,1	
% Personnes très satisfaites de l'assistance médicale hospitalière	0,4	
Déficit courant du SSR en % sur la dépense sanitaire	2,1	
% Césariennes	14,5	
% femmes de plus de 40 ans qui effectuent une mammographie	7,2	Augmentation écart
% personnes âgées en RSA	2,8	
Taux d'hospitalisation (net et standardisé)	11	
Rapport taux mammographie femmes diplômées / sans instruction	-0,5	
% Personnes très satisfaites assistance infirmière hospitalière	1,4	

En ce qui concerne le taux de mortalité infantile, le fait que le Sud a diminué l'écart qui le séparait du Centre-Nord est attribuable davantage au fait qu'au Centre-Nord ont été atteints des niveaux si bas (et meilleurs que la moyenne européenne) qu'ils ne peuvent être améliorés que très lentement, alors que le Sud partait de niveaux bien plus élevés et donc avait des possibilités plus élevées d'amélioration.

Les indices qui nous amènent à interpréter ce qui s'est produit dans une optique de cristallisation des écarts entre le Centre-Nord et le Sud ou, encore plus souvent, d'augmentation de ceux-ci apparaissent beaucoup plus forts.

La capacité de gestion économique des ressources financières, en grande partie transférées par le centre national, semble être de plus en plus inégale avec un Sud qui accumule plus de déficits et un Centre-Nord qui, dans l'ensemble, a un bilan « positif ». Le taux d'hospitalisation des malades aigus, l'incidence des césariennes sur le total des accouchements effectués, la capacité à soutenir les besoins socio-sanitaires des personnes âgées non autonomes à travers des structures résidentielles, les activités de prévention et la lutte pour la réduction des inégalités sociales (mesurées à travers le rapport entre femmes instruites et femmes sans instruction dans l'accès à des mesures de prévention) indiquent qu'est en œuvre un élargissement des écarts entre le Centre-Nord et le Sud, dans un contexte où, il faut le rappeler encore une fois, la distance était souvent déjà très importante (tab. 5).

## 6. Conclusion

Le processus de décentralisation dans le système de santé italien présente une série de paradoxes dont les conséquences sociales sont pour le moment (et, peut-être, en perspective) fort inquiétantes.

Sous de nombreux aspects, l'Italie se présente comme un pays en ligne avec les autres pays de l'UE des 15 sous le profil du fonctionnement effectif de son SSN, mais elle présente un niveau d'insatisfaction de la part des citoyens qui n'est comparable à aucun de ceux des autres pays occidentaux.

Au cours des quinze dernières années, en Italie et en général dans l'Europe occidentale, la performance des systèmes de santé publics s'est améliorée (en termes de taux de survie, d'accès aux soins, etc.), mais, en même temps, le niveau d'insatisfaction est resté extrêmement élevé (dans le cas italien) ou a peu à peu augmenté.

Si on ne veut pas attribuer cet écart entre les jugements des citoyens et les améliorations dans le fonctionnement effectif du système uniquement à des problèmes d'attentes et de confiance institutionnelle de la part des premiers, il est clair que pour le cas italien il faut

mettre au centre de la discussion le thème de la différence de fonctionnement de la santé publique sur le territoire.

Bien que les différences territoriales le long de l'axe Nord-Sud apparaissent historiquement plus marquées, que ce soit dans la satisfaction des citoyens ou dans la performance effective du système de santé public, l'Italie est le pays européen dans lequel on a choisi de décentraliser le système, en adoptant, toutefois, un modèle de décentralisation politico-administrative sans l'accompagner d'un même niveau de décentralisation (et de responsabilisation) fiscale.

Le résultat global a été une cristallisation, sinon, souvent, une augmentation des différences et des inégalités sous le profil des droits à la santé qui ont aggravé une situation déjà fortement polarisée entre le Centre-Nord et le Sud.

Un dernier paradoxe (peut-être apparent) de la situation italienne actuelle est le suivant: l'agenda politique national est dominé depuis plusieurs années par la volonté de fédéraliser l'État italien, et pas seulement dans le domaine de la santé. Cette discussion semble suivre des voies idéologiques, centrées sur les qualités du fédéralisme et se produit en faisant abstraction d'une évaluation sérieuse des effets du processus de décentralisation dans des secteurs, comme celui de la santé, où cette décentralisation a déjà été en bonne partie réalisée.

En conclusion, lorsqu'en Italie on discute de décentralisation, il semble qu'on oublie d'une part l'attention (et les craintes) de pays tels que, par exemple, la France ou les nations scandinaves, concernant l'équité et l'inégalité qui peuvent dériver d'organisations institutionnelles décentralisées, d'autre part la prudence d'autres pays, comme l'Espagne ou le Royaume-Uni, dans lesquels on a préféré suivre un modèle de décentralisation plus asymétrique, tout en sachant que les avantages potentiels de la décentralisation ne doivent pas créer d'autres types d'inconvénients importants.

## Bibliographie

- AXELSSON Rumo, MARCHILDON Gregory, REPULLO-LABRADOR José R. (2007), «Effects of decentralization on managerial dimensions of health systems», in SALTMAN Richard, BANKAUSKAITE Vaida, VRANGBAEK Karsten [eds.], *Decentralization in Health Care*, London, European Observatory on Health Systems and Policies, 2007, pp. 141-166.
- BALDI Brunetta, *Stato e territorio. Federalismo e decentramento nelle democrazie contemporanee*, Bari, Laterza, XIV-185 p.
- FRANCE George, «Seeking a better balance: Developments in intergovernmental relations in the Italian health care», *Eurohealth*, 2008, vol. 13, n. 3, pp. 16-19.
- FRANCE George, TARONI Francesco, «The Evolution of Health-Policy Making in Italy», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2005, 30, pp. 169-87.

GIAIMO Susan, MANOW Philip, «Institutions and Ideas into Politics: Health Care Reform in Britain and Germany », in ALTENSTETTER Christa, BJORKMAN James Warner [eds.], *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, London, Macmillan, pp. 175-202.

Istat, *Health for all database*, Roma, Istat, 2009.

OCSE, *Health at Glance*, Paris, OCSE, 2009.

OCSE, *Health Data*, Paris, OCSE, 2009.

MAINO Franca, NERI Stefano, «La politica sanitaria ai tempi della 'devolution», *Il Mulino*, 2006, n° 1, pp. 133-42.

MAINO Franca, PAVOLINI Emmanuele, «La regionalizzazione delle politiche sanitarie in Europa», *Rivista Politiche Sociali*, 2008, n. 3, pp. 69-94.

MAPELLI Vittorio, *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, *Quaderno Formez 57*, Roma, Formez, 2007, 317 p.

MINISTERO DELLA SALUTE, *Banca dati sul sistema sanitario*, Roma, Ministero della Salute, 2009.

MOSCA Ilaria, «Is decentralization the real solution? A three country study», *Health Policy*, 2006, 77, pp. 113-120.

PAVOLINI Emmanuele, VICARELLI Giovanna, «Sanità», in VASSALLO Salvatore [a cura di], *Le Regioni. Capitale sociale equilibri politici e rendimento istituzionale*, Bologna, Il Mulino, 2010.

PATON Calum, «Devolution and Centralism in the National Health Service», *Social Policy and Administration*, 1993, vol. 27, n. 2, pp. 83-108.

SANDIER Simone, PARIS Valerie, POLTON Dominique, *Health Care Systems in Transition: France*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, 156 p.

SALTMAN Richard, BANKAUSKAITE Vaida, VRANGBAEK Karsten » [eds.], *Decentralization in Health Care*, London, European Observatory on Health Systems and Policies, 2007, 301 p.

## Résumé

### La décentralisation du système sanitaire fait-elle du bien à la santé ? Quelques réflexions à partir du cas italien

L'étude examine la façon dont, au cours des deux dernières décennies, a commencé le processus de décentralisation des soins de santé. En particulier, ils sont d'abord analysés dans une perspective de comparaison internationale, les caractéristiques du service de santé national italien, soulignant la force de la polarisation interne en termes de satisfaction des utilisateurs. On se concentre, puis, sur l'analyse plus détaillée des grandes différences de performances entre les différents systèmes de santé régionaux.

## Mots clés

Décentralisation – performances – services sanitaires italiens

## Riassunto

### Il decentramento fa bene alla salute? Alcune problematiche relative al sistema sanitario italiano

Lo studio prende in esame le modalità attraverso le quali, negli ultimi due decenni, ha preso avvio il processo di decentramento in sanità. In particolare, vengono prima analizzate, in una prospettiva comparativa internazionale le caratteristiche del servizio sanitario nazionale italiano, sottolineando quanto forte sia la sua polarizzazione interna in termini di soddisfazione degli utenti. Si concentra, successivamente, sull'analisi più approfondita delle ampie differenze in termini di prestazioni tra i vari sistemi sanitari regionali.

## Parole-chiavi

Decentralizzazione – performance – Servizio Sanitario Nazionale

## Abstract

### Is decentralisation good for your health ? Issues arising from the Italian NHS

The study examines how the process of decentralization took and is taking place in Italy in the last two decades. In particular the study analyses first in an international comparative perspective the characteristics of the Italian NHS, underlying also how strong it is its internal polarization in terms of users' satisfaction. Then it focuses on a deeper analysis of the broad differences in performance among the various Regional health care systems.

## Keywords

Decentralization – performance – italian NHS.

## Resumen

### La descentralización del sistema sanitario buena para la salud de la gente ? Algunas observaciones a partir del caso italiano

El estudio examina la manera de que, a lo largo de los dos últimos decenios, ha empezado el proceso de descentralización de asistencia medica. Primero, se analizan las características del servicio de salud nacional italiano en una perspectiva de comparación internacional, subrayando la fuerza de la polarización interna en cuanto a la satisfacción de los usuarios. Despues, se considera el análisis mas detallado de las principales diferencias de prestaciones entre los varios sistemas de sanidad regionales.

## Palabras clave

descentralización – resultados – servicios sanitarios italianos

VENETIE



VENISE

