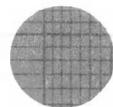


CREDOC



COMPARAISON DES SYSTEMES DE SANTE
EN FRANCE ET EN ITALIE

Sou1983-2224



1983

Comparaison des systèmes de santé
en France et en Italie / O. Cesari.
(Janvier 1983).



CENTRE DE RECHERCHE POUR L'ÉTUDE
ET L'OBSERVATION
— DES CONDITIONS DE VIE —

COMPARAISON DES SYSTEMES DE SANTE

EN FRANCE ET EN ITALIE

O. CESARI/gbb - N° 4852 (Bibl. 598)

Janvier 1983

*Toute reproduction de textes ou graphiques
est autorisée sous réserve de l'indication de la source.*

R² 325

- R E S U M E -

Une étude de comparaison internationale des systèmes de santé est utile pour éclairer tel ou tel aspect d'une politique de santé à la lumière des expériences déjà tentées ailleurs. La comparaison entre les secteurs de la santé en France et en Italie se montre intéressante de ce point de vue par les différences de l'organisation des deux systèmes et son évolution, et par leurs problèmes de financement respectifs.

Pour analyser le fonctionnement et l'évolution des deux systèmes, cette étude présente d'abord une comparaison entre les situations économiques, sociales, démographiques des deux pays et l'état de santé des deux populations. Puis le système italien est décrit avant et après la réforme sanitaire de 1979 (on suppose connu le système français). L'offre de soins et les conditions d'accès des populations aux soins font l'objet de la troisième partie. Enfin, la comparaison porte sur les dépenses de santé et la consommation de biens et services médicaux.

Chapitre I : Le contexte général

L'Italie apparaît comme un pays qui, ayant formé son unité bien plus tard que la France, laisse une place nettement plus importante aux particularismes régionaux et où la décentralisation des décisions existe de fait et par tradition même si la réforme de régionalisation envisagée en 1948 n' a vu le jour qu'en 1972.

L'activité économique, mesurée par le produit intérieur brut, est deux fois moins importante en Italie, les niveaux de consommation des ménages sont

plus proches et il semble que les niveaux de vie soient comparables (un peu inférieurs en Italie). Dans le domaine économique, comme ailleurs, les différences régionales en Italie sont plus importantes qu'en France, le Sud s'apparente plutôt à un pays en voie de développement tandis que le Nord de l' Italie est une région industrielle ressemblant en tout point aux autres régions industrielles européennes.

Pour ce qui concerne certains aspects des conditions de vie, il faut souligner que le problème de la pollution est plus aigu en Italie qu'en France notamment à Milan et à Turin. Ceci va de pair avec une densité de population deux fois supérieure à celle de la France et une concentration plus importante en milieu urbain. Enfin, il est remarquable de constater que la consommation de tabac est plus forte en Italie où elle augmente, qu'en France où elle diminue.

Les systèmes de protection sociale assurent à peu près le même type de couverture dans les deux pays. Seule la situation des chômeurs est plus défavorable en Italie; ceci s'accompagne de nombre d'emplois précaires, non déclarés, qui rendent les statistiques de ce domaine incertaines.

La démographie de l' Italie est proche de celle de la France. La proportion des personnes âgées y est un peu moins forte qu'en France mais la fécondité y est beaucoup plus faible depuis de nombreuses années, et bien que ce mouvement soit maintenant terminé, l'émigration a beaucoup ôté à la population italienne avant et après la seconde guerre mondiale jusqu'en 1960.

Il est difficile de saisir l'état de santé des deux populations. Deux caractéristiques ont pu être dégagées : une mortalité infantile nettement supérieure en Italie et une mortalité par cause de tumeurs plus importante en France. L'espérance de vie est à peu près la même dans les deux pays avec un écart entre hommes et femmes plus faible en Italie qu'en France.

Chapitre II : Le système de santé et son fonctionnement

On se borne à décrire le système italien avant et après la réforme sanitaire nationale en 1979; le système français est supposé connu.

Avant cette réforme, les principes du système sanitaire étaient les mêmes en France et en Italie : une assurance prise au niveau individuel, financée par les cotisations salariales et patronales. Plusieurs organismes mutuels d'assurance jouaient le même rôle que les différents régimes d'assurance maladie en France. Les soins et l'achat des biens médicaux étaient couverts totalement avec un système de tiers payant dans la majorité des cas et non de remboursement avec un ticket modérateur. Pour cela, les patients devaient s'adresser à un médecin ou un établissement conventionné avec l'organisme dont ils dépendaient. Ce secteur mutualiste représentait environ 70 % des dépenses de santé en 1978. Parallèlement, le secteur dit privé, sans convention, où le malade (ou son assurance privée) payait intégralement toutes les dépenses en représentait environ 15 %. Le reste était constitué par le secteur dit public, c'est-à-dire les services mis à disposition par la commune (aide sociale, services collectifs tels que médecine scolaire, service d'hygiène et de prévention...).

Il n'existait pas en Italie de compensation financière entre les différents organismes comme en France. De plus, les déficits, touchant notamment les organismes les plus importants, sont devenus chroniques et de plus en plus larges ; l'Etat finançait ainsi 20 % des dépenses de santé en 1978 en renflouant les organismes mutuels. C'est notamment ce qui a décidé les autorités à mettre en place la réforme sanitaire.

Cette réforme a créé le Service Sanitaire National italien à partir du modèle anglais. Le S.S.N. doit être entièrement financé par l'impôt (ce qui n'est qu'en partie réalisé pour l'instant) ; il repose sur une structure nationale qui planifie et répartit les dépenses entre les régions. Les régions sont chargées de répartir le budget dont elles disposent et d'élaborer pour cela une programmation sanitaire à l'échelle de leur territoire. Au niveau local, la structure chargée de fournir ou de coordonner les services et les biens médicaux est l'unité sanitaire locale (de 50 000 à 200 000 habitants) où les résidents doivent être inscrits pour bénéficier du système. C'est sur ce territoire que les patients doivent choisir leur médecin généraliste (conventionné avec le S.S.N. et payé à la capitation) qui seul peut les orienter vers des soins spécialisés ou des aides au diagnostic. Par contre, les résidents ont le choix de leur établissement conventionné d'hospitalisation dans la région. Les prestations continuent d'être gratuites sauf pour les produits pharmaceutiques pour lesquels les patients ont à payer un forfait variable selon la valeur du produit.

Il est difficile de comparer le fonctionnement des systèmes de santé en France et en Italie. Malgré l'instauration d'une participation au paiement des produits pharmaceutiques, la charge directe des ménages est encore nettement moins forte en Italie qu'en France. Toutefois, il semble que depuis la réforme sanitaire, les ménages italiens ont de plus en plus recours au secteur privé. Il semble également que la réforme n'a pas beaucoup amélioré l'organisation du secteur et que son objectif de maîtrise des dépenses n'a pas été atteint.

Chapitre III : L'offre de soins et les conditions d'accès

L'offre de soins hospitaliers est caractérisée par une densité de lits légèrement inférieure en Italie par rapport à celle de la France. Le secteur public joue un rôle encore plus important en Italie qu'en France bien que ce phénomène se soit stabilisé depuis la réforme des hôpitaux de 1974 en Italie alors qu'il s'accroît en France. La densité du personnel sanitaire par lit (médecins et autres personnels soignants) est plus faible en Italie qu'en France dans le secteur public comme dans le secteur privé. On peut donc en déduire que pour des capacités d'accueil assez proches, il existe probablement une différence qualitative entre l'hôpital italien (caractérisé par un manque de personnel infirmier qualifié) et l'hôpital français.

L'offre de soins de médecins par contre est nettement plus importante en Italie qu'en France. La densité des médecins en Italie était supérieure de 35 % à celle de la France en 1981 et le nombre des médecins formés continuait de croître rapidement alors qu'en France il ralentissait un peu. Ainsi les jeunes médecins italiens connaissent réellement le chômage et le statut des autres ne s'est pas amélioré durant la dernière décennie sans doute en partie à cause d'une offre excédentaire qui les affaiblit dans les négociations.

Les conditions d'accès aux soins sont plus favorables en Italie que ce soit du point de vue physique ou financier. En effet les distances au médecin ou à l'hôpital sont nettement inférieures à celles de la France (le territoire italien représente la moitié du territoire français pour une même population). Financièrement, une plus faible partie des dépenses de santé est à la charge des ménages en Italie mais ce pays pourrait rejoindre la France

car l'instauration d'un ticket modérateur sur tous les soins ambulatoires est envisagée très sérieusement.

Chapitre IV : Les dépenses de santé et la consommation médicale.

Le niveau des dépenses de santé en Italie est deux fois inférieur à celui de la France et leur place dans le P.I.B. était de 5 % en 1980 et de 7,5 % en France. Ces ratios doivent être interprétés en tenant compte du fait que les dépenses de santé en Italie ne comprennent pas les dépenses des ménages (elles seraient donc sous-estimées d'environ 15 %). La structure du financement de la dépense de santé laisse une place plus importante au financement collectif en Italie tant au niveau global que pour l'hospitalisation, les soins ambulatoires ou la pharmacie pris isolément.

L'analyse par fonction a dû se limiter à ces trois catégories car les statistiques ne pouvaient fournir des séries plus détaillées pour l'Italie. On a pu constater que l'hospitalisation avait pris une part prépondérante sans cesse croissante dans les dépenses sanitaires des deux pays et qu'elle y occupe à peu près la même place. Quand on examine l'évolution des dépenses il faut souligner que la croissance très rapide des dépenses hospitalières a été freinée par la réforme de 1974 en Italie alors qu'elle s'est poursuivie en France. Il semble qu'en Italie une partie de la demande de soins ait été orientée vers le secteur ambulatoire plutôt que vers l'hospitalisation depuis cette date.

Enfin il faut remarquer que si les évolutions des dépenses de santé ont souvent été supérieures en Italie, ceci est dû en grande partie à une hausse des prix plus forte et qu'en valeur relative les taux de progression deviennent inférieurs à ceux que l'on connaît en France.

Il a été difficile de réunir des données de consommation en évolution car on ne disposait pas d'indices de prix pour le secteur de la santé en Italie. Les données disponibles montrent un taux d'hospitalisation un peu supérieur en France où il est en progression lente et régulière ; celle-ci semble avoir été arrêtée par la réforme de 1974 en Italie au moins dans le secteur public. Pour ce qui concerne les soins ambulatoires, les données, peu nombreuses, ont tout de

même permis de constater un même mouvement dans les deux pays vers des actes de plus en plus spécialisés et techniques (radiologie, analyses,...).

- CONCLUSION -

La comparaison des systèmes de santé français et italien est intéressante, d'une part à cause de la similitude des situations initiales après 1945 dans les deux pays, d'autre part à cause des réformes intervenues en Italie et de celles qui sont envisagées en France.

A partir de 1945, la France et l'Italie ont été placées dans des situations proches : elles ont connu une croissance économique importante suivie d'une crise à partir de 1974, dans le domaine social les acquis sont comparables, la démographie et l'état de santé des deux populations sont peu différents et caractéristiques de la plupart des pays développés.

Suivant les mêmes principes, les deux pays ont connu un système financé par les cotisations sociales, avec une médecine ambulatoire essentiellement libérale et un secteur public prépondérant pour l'hospitalisation. Au départ concernant uniquement les salariés, la couverture des dépenses de santé s'est peu à peu étendue à presque toute la population. Deux caractéristiques importantes différenciaient toutefois la France et l'Italie : l'organisation des circuits de financement et la participation des ménages aux dépenses de santé. En effet, il n'existait pas de système de compensation en Italie entre les régimes et l'Etat devait financer les déficits. La couverture des soins et de l'achat des biens médicaux y était totale et non soumise à un ticket modérateur comme en France.

Dans les deux pays, le problème principal du système de santé est son financement. En France, le problème se pose surtout depuis la crise économique et il s'est accentué parallèlement à la montée du chômage entraînant des pertes de cotisations. En Italie, le problème existait déjà avant la crise

et, les déficits atteignant pour certaines années 20 % du budget des organismes d'assurance, l'Etat contribuait largement au financement du système. Toutefois l'urgence du problème financier n'a pas été le seul déterminant de la réforme sanitaire italienne.

L'Italie, dont l'existence en temps que nation a été postérieure à celle de la France, est un pays où les particularités régionales sont beaucoup plus marquées qu'en France. Ceci se traduit par des différences importantes de niveau économique entre régions et par une décentralisation réelle des décisions. Cette décentralisation prévue au niveau administratif par la Constitution est devenue effective avec la réforme régionale de 1972. Il était logique que la santé, comme les autres secteurs, relève plus qu'auparavant de la responsabilité des régions. Avec la réforme sanitaire, il s'agissait de confier la programmation du secteur de la santé aux régions en leur allouant un budget annuel. Elle devait répondre à deux objectifs : maîtriser les dépenses en responsabilisant au niveau local et mieux répartir les moyens sur le territoire. En fait, il semble que jusqu'à maintenant très peu de régions ont su mettre en place une véritable programmation et que l'allocation des ressources à l'intérieur des régions soit en général peu rationnelle. L'Etat se retrouve donc à peu près dans la même situation qu'avant la réforme ; il doit combler les déficits des régions comme il comblait ceux des organismes mutuels et il semble maintenant certain que les ménages vont devoir participer directement au financement des soins par le paiement d'un ticket modérateur (une participation existant déjà depuis 1979 pour les produits pharmaceutiques).

Le même processus avait déjà été rencontré en 1974 avec la réforme du financement des hôpitaux italiens. Cette réforme avait des traits communs avec celle qui s'engage actuellement en France, notamment la régionalisation et l'allocation d'un budget global à l'hôpital. Elle n'intervenait toutefois pas dans le même contexte puisque l'organisation tant au niveau de la région qu'à celui de l'hôpital était différente. D'une part la programmation des équipements et des budgets des hôpitaux était inexistante en 1974, d'autre part, l'hôpital italien, moins moderne qu'en France, au moins en ce qui concerne son organisation interne, n'avait pas mis en place de système de gestion. Il semble bien que cette réforme ait réussi à freiner la progression des dépenses

hospitalières. Toutefois on peut se demander si cela ne s'est pas traduit par une qualité d'accueil moins bonne dans les hôpitaux publics. Il est en tous cas certain qu'une partie de la demande s'est orientée vers le secteur hospitalier privé et peut-être même vers la médecine ambulatoire depuis cette date.

Pour ce qui concerne la médecine ambulatoire, le même mouvement vers des actes de plus en plus techniques et vers une aide au diagnostic de plus en plus importante a été observé dans les deux pays, comme dans tous les pays développés.

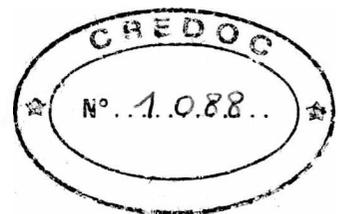
Enfin, il faut souligner que les deux systèmes se distinguent, aussi bien avant qu'après la réforme italienne, par un niveau de consommation et de prestations deux fois supérieur en France où les ressources consacrées à la santé occupent une place plus importante tant dans le produit intérieur brut que dans la consommation finale des ménages.



CENTRE DE RECHERCHE POUR L'ÉTUDE
ET L'OBSERVATION
— DES CONDITIONS DE VIE —

COMPARAISON DES SYSTEMES DE SANTE

EN FRANCE ET EN ITALIE



O. CESARI/gbb - N° 4852 (Bibl. 598)

Janvier 1983

*Toute reproduction de textes ou graphiques
est autorisée sous réserve de l'indication de la source.*

R² 325

S O M M A I R E

	<u>Pages</u>
RESUME	III
INTRODUCTION	3
Chapitre I - LE CONTEXTE GENERAL	7
I.1. Organisation politique et administrative	7
I.1.1. L'organisation de l'Etat	7
I.1.2. La décentralisation	9
I.2. L'activité économique	10
I.3. Les conditions de vie	12
I.3.1. Les structures de consommation	12
I.3.2. L'urbanisation	13
I.3.3. Les conditions de travail	13
I.4. La protection sociale	14
I.5. La situation démographique	16
I.6. L'état de santé	18
Chapitre II - LE SYSTEME DE SANTE ET SON FONCTIONNEMENT	23
II.1. La situation en Italie avant 1979	23
II.1.1. Le secteur mutualiste	24
II.1.2. Le secteur public	28
II.1.3. Le secteur privé	28
II.2. Les motifs et les buts de la réforme sanitaire ..	29
II.3. Le Service Sanitaire National en Italie	31
II.3.1. Organisation	31
II.3.2. Prestations	34
II.4. Le plan sanitaire national	36
II.5. Comparaison du fonctionnement du système français et du système italien	39

Chapitre III - L'OFFRE DE SOINS ET LES CONDITIONS D'ACCES	43
III.1. L'offre de soins hospitaliers	43
III.1.1. L'équipement en lits	43
III.1.2. Les personnels	45
III.1.3. Répartition régionale de l'offre de soins hospitaliers	46
III.2. L'offre de soins ambulatoires	47
III.2.1. Les densités et la répartition géographique des médecins	47
III.2.2. Le statut des médecins	49
III.2.3. Les autres professions sanitaires	50
III.3. Les conditions d'accès aux soins	51
Chapitre IV - LES DEPENSES DE SANTE ET LES CONSOMMATIONS MEDICALES ..	57
IV.1. La place des dépenses de santé dans l'économie .	57
IV.2. Le financement des dépenses de santé	59
IV.3. Analyse des dépenses de santé par fonction	62
IV.3.1. Structure des dépenses	64
IV.3.2. Les dépenses de soins hospitaliers	66
IV.3.3. Les dépenses de soins ambulatoires	68
IV.3.4. Les dépenses de pharmacie	69
IV.4. Les consommations médicales	71
IV.4.1. Les soins hospitaliers	71
IV.4.2. Les soins ambulatoires et la pharmacie .	73
CONCLUSION	77
ANNEXES: A - Données économiques, sociales, démographiques, épidémiologiques	83
Liste des tableaux de l'annexe A	85
B - Tableaux comparatifs des systèmes de protection sociale dressés par la C.E.E.	109
Liste des tableaux de l'annexe B	111
C - L'offre de soins et les conditions d'accès	131
Liste des tableaux de l'annexe C	133
D - La dépense de santé et son financement, les consommations médicales	149
Liste des tableaux de l'annexe D	151
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUE	175
BIBLIOGRAPHIE	179

R E S U M E

- R E S U M E -

Une étude de comparaison internationale des systèmes de santé est utile pour éclairer tel ou tel aspect d'une politique de santé à la lumière des expériences déjà tentées ailleurs. La comparaison entre les secteurs de la santé en France et en Italie se montre intéressante de ce point de vue par les différences de l'organisation des deux systèmes et son évolution, et par leurs problèmes de financement respectifs.

Pour analyser le fonctionnement et l'évolution des deux systèmes, cette étude présente d'abord une comparaison entre les situations économiques, sociales, démographiques des deux pays et l'état de santé des deux populations. Puis le système italien est décrit avant et après la réforme sanitaire de 1979 (on suppose connu le système français). L'offre de soins et les conditions d'accès des populations aux soins font l'objet de la troisième partie. Enfin, la comparaison porte sur les dépenses de santé et la consommation de biens et services médicaux.

Chapitre I : Le contexte général

L'Italie apparaît comme un pays qui, ayant formé son unité bien plus tard que la France, laisse une place nettement plus importante aux particularismes régionaux et où la décentralisation des décisions existe de fait et par tradition même si la réforme de régionalisation envisagée en 1948 n' a vu le jour qu'en 1972.

L'activité économique, mesurée par le produit intérieur brut, est deux fois moins importante en Italie, les niveaux de consommation des ménages sont

plus proches et il semble que les niveaux de vie soient comparables (un peu inférieurs en Italie). Dans le domaine économique, comme ailleurs, les différences régionales en Italie sont plus importantes qu'en France, le Sud s'apparente plutôt à un pays en voie de développement tandis que le Nord de l' Italie est une région industrielle ressemblant en tout point aux autres régions industrielles européennes.

Pour ce qui concerne certains aspects des conditions de vie, il faut souligner que le problème de la pollution est plus aigu en Italie qu'en France notamment à Milan et à Turin. Ceci va de pair avec une densité de population deux fois supérieure à celle de la France et une concentration plus importante en milieu urbain. Enfin, il est remarquable de constater que la consommation de tabac est plus forte en Italie où elle augmente, qu'en France où elle diminue.

Les systèmes de protection sociale assurent à peu près le même type de couverture dans les deux pays. Seule la situation des chômeurs est plus défavorable en Italie; ceci s'accompagne de nombre d'emplois précaires, non déclarés, qui rendent les statistiques de ce domaine incertaines.

La démographie de l' Italie est proche de celle de la France. La proportion des personnes âgées y est un peu moins forte qu'en France mais la fécondité y est beaucoup plus faible depuis de nombreuses années, et bien que ce mouvement soit maintenant terminé, l'émigration a beaucoup ôté à la population italienne avant et après la seconde guerre mondiale jusqu'en 1960.

Il est difficile de saisir l'état de santé des deux populations. Deux caractéristiques ont pu être dégagées : une mortalité infantile nettement supérieure en Italie et une mortalité par cause de tumeurs plus importante en France. L'espérance de vie est à peu près la même dans les deux pays avec un écart entre hommes et femmes plus faible en Italie qu'en France.

Chapitre II : Le système de santé et son fonctionnement

On se borne à décrire le système italien avant et après la réforme sanitaire nationale en 1979; le système français est supposé connu.

Avant cette réforme, les principes du système sanitaire étaient les mêmes en France et en Italie : une assurance prise au niveau individuel, financée par les cotisations salariales et patronales. Plusieurs organismes mutuels d'assurance jouaient le même rôle que les différents régimes d'assurance maladie en France. Les soins et l'achat des biens médicaux étaient couverts totalement avec un système de tiers payant dans la majorité des cas et non de remboursement avec un ticket modérateur. Pour cela, les patients devaient s'adresser à un médecin ou un établissement conventionné avec l'organisme dont ils dépendaient. Ce secteur mutualiste représentait environ 70 % des dépenses de santé en 1978. Parallèlement, le secteur dit privé, sans convention, où le malade (ou son assurance privée) payait intégralement toutes les dépenses en représentait environ 15 %. Le reste était constitué par le secteur dit public, c'est-à-dire les services mis à disposition par la commune (aide sociale, services collectifs tels que médecine scolaire, service d'hygiène et de prévention...).

Il n'existait pas en Italie de compensation financière entre les différents organismes comme en France. De plus, les déficits, touchant notamment les organismes les plus importants, sont devenus chroniques et de plus en plus larges ; l'Etat finançait ainsi 20 % des dépenses de santé en 1978 en renflouant les organismes mutuels. C'est notamment ce qui a décidé les autorités à mettre en place la réforme sanitaire.

Cette réforme a créé le Service Sanitaire National italien à partir du modèle anglais. Le S.S.N. doit être entièrement financé par l'impôt (ce qui n'est qu'en partie réalisé pour l'instant) ; il repose sur une structure nationale qui planifie et répartit les dépenses entre les régions. Les régions sont chargées de répartir le budget dont elles disposent et d'élaborer pour cela une programmation sanitaire à l'échelle de leur territoire. Au niveau local, la structure chargée de fournir ou de coordonner les services et les biens médicaux est l'unité sanitaire locale (de 50 000 à 200 000 habitants) où les résidents doivent être inscrits pour bénéficier du système. C'est sur ce territoire que les patients doivent choisir leur médecin généraliste (conventionné avec le S.S.N. et payé à la capitation) qui seul peut les orienter vers des soins spécialisés ou des aides au diagnostic. Par contre, les résidents ont le choix de leur établissement conventionné d'hospitalisation dans la région. Les prestations continuent d'être gratuites sauf pour les produits pharmaceutiques pour lesquels les patients ont à payer un forfait variable selon la valeur du produit.

Il est difficile de comparer le fonctionnement des systèmes de santé en France et en Italie. Malgré l'instauration d'une participation au paiement des produits pharmaceutiques, la charge directe des ménages est encore nettement moins forte en Italie qu'en France. Toutefois, il semble que depuis la réforme sanitaire, les ménages italiens ont de plus en plus recours au secteur privé. Il semble également que la réforme n'a pas beaucoup amélioré l'organisation du secteur et que son objectif de maîtrise des dépenses n'a pas été atteint.

Chapitre III : L'offre de soins et les conditions d'accès

L'offre de soins hospitaliers est caractérisée par une densité de lits légèrement inférieure en Italie par rapport à celle de la France. Le secteur public joue un rôle encore plus important en Italie qu'en France bien que ce phénomène se soit stabilisé depuis la réforme des hôpitaux de 1974 en Italie alors qu'il s'accroît en France. La densité du personnel sanitaire par lit (médecins et autres personnels soignants) est plus faible en Italie qu'en France dans le secteur public comme dans le secteur privé. On peut donc en déduire que pour des capacités d'accueil assez proches, il existe probablement une différence qualitative entre l'hôpital italien (caractérisé par un manque de personnel infirmier qualifié) et l'hôpital français.

L'offre de soins de médecins par contre est nettement plus importante en Italie qu'en France. La densité des médecins en Italie était supérieure de 35 % à celle de la France en 1981 et le nombre des médecins formés continuait de croître rapidement alors qu'en France il ralentissait un peu. Ainsi les jeunes médecins italiens connaissent réellement le chômage et le statut des autres ne s'est pas amélioré durant la dernière décennie sans doute en partie à cause d'une offre excédentaire qui les affaiblit dans les négociations.

Les conditions d'accès aux soins sont plus favorables en Italie que ce soit du point de vue physique ou financier. En effet les distances au médecin ou à l'hôpital sont nettement inférieures à celles de la France (le territoire italien représente la moitié du territoire français pour une même population). Financièrement, une plus faible partie des dépenses de santé est à la charge des ménages en Italie mais ce pays pourrait rejoindre la France

car l'instauration d'un ticket modérateur sur tous les soins ambulatoires est envisagée très sérieusement.

Chapitre IV : Les dépenses de santé et la consommation médicale.

Le niveau des dépenses de santé en Italie est deux fois inférieur à celui de la France et leur place dans le P.I.B. était de 5 % en 1980 et de 7,5 % en France. Ces ratios doivent être interprétés en tenant compte du fait que les dépenses de santé en Italie ne comprennent pas les dépenses des ménages (elles seraient donc sous-estimées d'environ 15 %). La structure du financement de la dépense de santé laisse une place plus importante au financement collectif en Italie tant au niveau global que pour l'hospitalisation, les soins ambulatoires ou la pharmacie pris isolément.

L'analyse par fonction a dû se limiter à ces trois catégories car les statistiques ne pouvaient fournir des séries plus détaillées pour l'Italie. On a pu constater que l'hospitalisation avait pris une part prépondérante sans cesse croissante dans les dépenses sanitaires des deux pays et qu'elle y occupe à peu près la même place. Quand on examine l'évolution des dépenses il faut souligner que la croissance très rapide des dépenses hospitalières a été freinée par la réforme de 1974 en Italie alors qu'elle s'est poursuivie en France. Il semble qu'en Italie une partie de la demande de soins ait été orientée vers le secteur ambulatoire plutôt que vers l'hospitalisation depuis cette date.

Enfin il faut remarquer que si les évolutions des dépenses de santé ont souvent été supérieures en Italie, ceci est dû en grande partie à une hausse des prix plus forte et qu'en valeur relative les taux de progression deviennent inférieurs à ceux que l'on connaît en France.

Il a été difficile de réunir des données de consommation en évolution car on ne disposait pas d'indices de prix pour le secteur de la santé en Italie. Les données disponibles montrent un taux d'hospitalisation un peu supérieur en France où il est en progression lente et régulière ; celle-ci semble avoir été arrêtée par la réforme de 1974 en Italie au moins dans le secteur public. Pour ce qui concerne les soins ambulatoires, les données, peu nombreuses, ont tout de

même permis de constater un même mouvement dans les deux pays vers des actes de plus en plus spécialisés et techniques (radiologie, analyses,...).

- CONCLUSION -

La comparaison des systèmes de santé français et italien est intéressante, d'une part à cause de la similitude des situations initiales après 1945 dans les deux pays, d'autre part à cause des réformes intervenues en Italie et de celles qui sont envisagées en France.

A partir de 1945, la France et l'Italie ont été placées dans des situations proches : elles ont connu une croissance économique importante suivie d'une crise à partir de 1974, dans le domaine social les acquis sont comparables, la démographie et l'état de santé des deux populations sont peu différents et caractéristiques de la plupart des pays développés.

Suivant les mêmes principes, les deux pays ont connu un système financé par les cotisations sociales, avec une médecine ambulatoire essentiellement libérale et un secteur public prépondérant pour l'hospitalisation. Au départ concernant uniquement les salariés, la couverture des dépenses de santé s'est peu à peu étendue à presque toute la population. Deux caractéristiques importantes différenciaient toutefois la France et l'Italie : l'organisation des circuits de financement et la participation des ménages aux dépenses de santé. En effet, il n'existait pas de système de compensation en Italie entre les régimes et l'Etat devait financer les déficits. La couverture des soins et de l'achat des biens médicaux y était totale et non soumise à un ticket modérateur comme en France.

Dans les deux pays, le problème principal du système de santé est son financement. En France, le problème se pose surtout depuis la crise économique et il s'est accentué parallèlement à la montée du chômage entraînant des pertes de cotisations. En Italie, le problème existait déjà avant la crise

et, les déficits atteignant pour certaines années 20 % du budget des organismes d'assurance, l'Etat contribuait largement au financement du système. Toutefois l'urgence du problème financier n'a pas été le seul déterminant de la réforme sanitaire italienne.

L'Italie, dont l'existence en temps que nation a été postérieure à celle de la France, est un pays où les particularités régionales sont beaucoup plus marquées qu'en France. Ceci se traduit par des différences importantes de niveau économique entre régions et par une décentralisation réelle des décisions. Cette décentralisation prévue au niveau administratif par la Constitution est devenue effective avec la réforme régionale de 1972. Il était logique que la santé, comme les autres secteurs, relève plus qu'auparavant de la responsabilité des régions. Avec la réforme sanitaire, il s'agissait de confier la programmation du secteur de la santé aux régions en leur allouant un budget annuel. Elle devait répondre à deux objectifs : maîtriser les dépenses en responsabilisant au niveau local et mieux répartir les moyens sur le territoire. En fait, il semble que jusqu'à maintenant très peu de régions ont su mettre en place une véritable programmation et que l'allocation des ressources à l'intérieur des régions soit en général peu rationnelle. L'Etat se retrouve donc à peu près dans la même situation qu'avant la réforme ; il doit combler les déficits des régions comme il comblait ceux des organismes mutuels et il semble maintenant certain que les ménages vont devoir participer directement au financement des soins par le paiement d'un ticket modérateur (une participation existant déjà depuis 1979 pour les produits pharmaceutiques).

Le même processus avait déjà été rencontré en 1974 avec la réforme du financement des hôpitaux italiens. Cette réforme avait des traits communs avec celle qui s'engage actuellement en France, notamment la régionalisation et l'allocation d'un budget global à l'hôpital. Elle n'intervenait toutefois pas dans le même contexte puisque l'organisation tant au niveau de la région qu'à celui de l'hôpital était différente. D'une part la programmation des équipements et des budgets des hôpitaux était inexistante en 1974, d'autre part, l'hôpital italien, moins moderne qu'en France, au moins en ce qui concerne son organisation interne, n'avait pas mis en place de système de gestion. Il semble bien que cette réforme ait réussi à freiner la progression des dépenses

hospitalières. Toutefois on peut se demander si cela ne s'est pas traduit par une qualité d'accueil moins bonne dans les hôpitaux publics. Il est en tous cas certain qu'une partie de la demande s'est orientée vers le secteur hospitalier privé et peut-être même vers la médecine ambulatoire depuis cette date.

Pour ce qui concerne la médecine ambulatoire, le même mouvement vers des actes de plus en plus techniques et vers une aide au diagnostic de plus en plus importante a été observé dans les deux pays, comme dans tous les pays développés.

Enfin, il faut souligner que les deux systèmes se distinguent, aussi bien avant qu'après la réforme italienne, par un niveau de consommation et de prestations deux fois supérieur en France où les ressources consacrées à la santé occupent une place plus importante tant dans le produit intérieur brut que dans la consommation finale des ménages.

INTRODUCTION

- INTRODUCTION -

La France et l' Italie ont mis en oeuvre toutes deux leur premier système national de protection contre la maladie peu avant la seconde guerre mondiale. A l'issue de cette guerre, les deux pays ont décidé de mettre en place des systèmes basés sur des principes très proches. Tout d'abord, le financement était assuré en partie par des cotisations salariales et en partie par des cotisations patronales sans intervention financière de l' Etat. L'offre de soins possédait des structures semblables avec des professions sanitaires libérales, un partage entre hôpital public et hôpital privé (un peu différent dans les deux pays), une fixation des prix par convention entre les organismes de protection sociale et les professionnels du secteur. Par contre, en Italie tous les soins étaient entièrement gratuits pour les assurés jusqu'à la réforme du système sanitaire de 1979.

La comparaison des deux systèmes est doublement utile. D'abord elle permet de mettre en lumière, pour deux systèmes assez semblables, des différences de fonctionnement et les causes de ces différences. Ensuite, par l'étude des problèmes qu'ont connu les deux pays, notamment dans le financement du secteur de santé, il serait intéressant de comprendre pourquoi une réforme sanitaire de très grande ampleur a été engagée en Italie et non en France et de comparer le nouveau système italien et ses premiers résultats à l'évolution en France depuis 1979.

Le premier chapitre donnera une description comparative rapide des deux pays sur les plans économique , social, démographique et du point de vue de l'état sanitaire des deux populations.

Dans le deuxième chapitre, où l'on supposera connus les principes qui régissent le système sanitaire français, le système italien sera décrit avant et après la réforme de 1979 et comparé à celui de la France dans les règles et la philosophie qui en régissent le fonctionnement.

Le troisième chapitre décrira l'offre de soins et les rapports de celle-ci avec les organismes financeurs dans les deux pays.

Enfin le dernier chapitre comparera les conséquences des deux systèmes en termes de dépenses consacrées à la santé par les différents acteurs des deux systèmes et la consommation de biens et services médicaux.

CHAPITRE I

LE CONTEXTE GENERAL

- Chapitre I -

LE CONTEXTE GENERAL

Avant d'examiner la différence entre les systèmes de santé et leur fonctionnement en France et en Italie, il est utile de situer les deux pays dans leur contexte général. On pourra en effet mieux comprendre les comparaisons du point de vue de l'économie médicale (offre de soins, recours aux soins, financement, prise en charge etc...) en gardant à l'esprit les données essentielles concernant l'organisation économique et sociale, les conditions de vie, la situation démographique et l'état de santé des deux populations.

I.1. ORGANISATION POLITIQUE ET ADMINISTRATIVE

I.1.1. L'organisation de l'Etat

La constitution de la République Italienne date de 1948. Elle prévoit une démocratie dirigée par le Président de la République, le Conseil des Ministres, le Parlement et le Sénat.

Le rôle du Président de la République, garant de l'unité nationale, est nettement moins important qu'en France et il est élu par le Parlement, le Sénat et des représentants des régions et non au suffrage universel. Son mandat dure sept ans. Il a le pouvoir de dissoudre les deux chambres mais son rôle législatif est limité à la promulgation des lois. Enfin, il nomme le Président du Conseil et les Ministres sur proposition de ce dernier.

Le parlement compte 630 membres qui sont élus tous les cinq ans sur liste à la proportionnelle. Le scrutin se déroule au niveau national.

Le Sénat est composé de 315 membres, élus par scrutin nominatif tous les cinq ans. A la différence des parlementaires, les élections sénatoriales se déroulent au niveau régional ; chaque région doit avoir au moins sept représentants élus au Sénat.

Le Parlement et le Sénat exercent en commun le pouvoir législatif. Toutefois les propositions de lois peuvent également provenir des Conseils régionaux, du Conseil National de l' Economie et du Travail (équivalent du Conseil Economique et Social en France), ainsi que des électeurs eux-mêmes si une proposition en rassemble au moins 50000.

C'est le Gouvernement, dirigé par le Président du Conseil, qui exerce le pouvoir exécutif. Il peut émettre, dans des cas exceptionnels des décrets qui ont force de loi mais qui doivent être ensuite entérinés par les Chambres pour être valables. La composition du gouvernement dépend du Président du Conseil et résulte d'un consensus entre différents courants représentés dans les Chambres. La remise en question de ce consensus provoque la démission d'une partie du gouvernement et une "crise gouvernementale" qui remet au Président de la République la responsabilité de nommer à nouveau un Président du Conseil chargé de fournir un autre gouvernement.

Le président du Conseil a un rôle très important puisqu'il dirige la politique gouvernementale et en est responsable. Il doit également maintenir l'unité politique et administrative du pays et coordonner l'activité des Ministres.

I.1.2. La décentralisation

Dès 1948, la Constitution prévoyait une décentralisation administrative très large. Mais il a fallu attendre 1972 pour que la régionalisation soit effective.

Le territoire italien est divisé en 20 régions, 5 ont des statuts spéciaux leur conférant une autonomie plus large (Val d' Aoste, Trentin-Haut-Adige, Sicile, Sardaigne, Frioul-Vénétie-Julienne). Le statut de la plupart

des régions leur permet déjà une autonomie plus importante que celle des régions françaises. Elles ont en effet un pouvoir législatif sur tous les problèmes particuliers qui les concernent et elles peuvent émettre des propositions de loi. Ce pouvoir s'exerce sous contrôle de l'Etat et sous condition de conformité des lois régionales aux lois du pays. Elles exercent un rôle de coordination et de contrôle sur les fonctions administratives qui sont largement déléguées aux provinces et aux communes. Enfin, elles disposent d'une autonomie financière dans la gestion des sommes allouées par l'Etat pour le fonctionnement et l'investissement sur leur territoire. Les organes de décision sont le Conseil régional composé de membres élus qui exercent une fonction législative, la junta régionale élue par les membres du conseil régional (un élu dans la junta par activité importante de la région) et le président du Conseil régional (élu par la junta). Le président et la junta sont chargés de la fonction exécutive.

Au niveau territorial immédiatement inférieur on trouve les provinces (de la taille des départements français) qui ont des organes de décision identiques à ceux de la région et qui représentent l'Etat au niveau le plus local. Leurs pouvoirs sont assez limités car les découpages des régions en provinces n'ont pas suffisamment tenu compte des réalités économiques et il est fréquent que des intérêts contradictoires s'affrontent dans la province. C'est pourquoi les autorités provinciales sont essentiellement chargées de l'infrastructure d'ensemble de la province (routes, ports, édifices publics).

Enfin les communes ont les mêmes organes de décision que les régions et les provinces avec un conseil municipal élu à la proportionnelle qui élit à son tour une junta municipale et le maire. Leurs tâches sont à peu près les mêmes que celles des communes françaises.

L'Italie est donc, par son histoire, un pays beaucoup moins centralisé que la France; les décisions y dépendent beaucoup plus souvent des autorités locales. Nous verrons qu'il en est également ainsi dans le domaine de la Santé depuis la réforme sanitaire.

I.2. L'ACTIVITE ECONOMIQUE

Le niveau de l'activité économique mesuré par le produit intérieur brut par habitant atteint en Italie un peu plus de la moitié de celui de la France (au cours du change en 1980). Toutefois, si l'on examine les niveaux de consommation (tant industrielle: énergie, acier, que privée: biens de consommation courante), ils représentent en Italie environ 80 % de ceux de la France. De plus, durant les années 1970, alors que les importations et les exportations suivaient à peu près le même rythme en France, les exportations de l'Italie se sont accrues beaucoup plus vite que les importations.

Le niveau du P.I.B. donne donc une image erronée du niveau de vie de chaque pays par rapport à l'autre puisque les niveaux de consommation sont plus proches qu'il ne l'indique. De plus le commerce extérieur de l'Italie a évolué de manière plus favorable que celui de la France, en particulier durant les années de crise après 1974. Il faut toutefois souligner que les chiffres concernant le P.I.B. de l'Italie ne prennent pas en compte l'économie dite "souterraine" dont le produit est impossible à évaluer mais qui a probablement une importance non négligeable et un poids beaucoup plus fort qu'en France.

Sans que le niveau du revenu ou du pouvoir d'achat ait atteint celui de la France, la progression du pouvoir d'achat des salaires en Italie, entre 1970 et 1978, a été plus forte qu'en France d'environ 20 %, atteignant 8 % par an en 1975 et 1977 alors qu'elle ne dépassait pas 5 % en France. Ceci résulte essentiellement d'une très forte progression des salaires de l'industrie en Italie (multipliés par 4 entre 1970 et 1978) qui dépasse largement une hausse de l'indice général des prix à la consommation pourtant nettement supérieure à celle qu'a connue la France pendant la même période.

De manière plus détaillée, les structures du P.I.B. industriel sont sensiblement les mêmes en France et en Italie. La part de l'agriculture reste un peu supérieure en Italie après avoir diminué fortement depuis 1960. Par contre, la part des industries d'extraction et manufacturières est plus importante en France. Enfin la place du commerce est devenue nettement supérieure en Italie alors que les pourcentages étaient les mêmes en 1962. Ces remarques sont les mêmes lorsque l'on examine la population active par branche.

On constate qu'en France, la population employée par l'administration, les services, le secteur financier et les assurances est beaucoup plus importante qu'en Italie et que la part de la population employée par l'industrie (extractive et manufacturière) a chuté, ressentant ainsi plus qu'en Italie les effets de la crise économique après 1974.

On peut conclure que l'économie italienne comporte un secteur agricole et un secteur commercial plus importants que l'économie française. Toutefois, dans la mesure où une part importante de l'économie souterraine concernerait l'industrie manufacturière si elle était recensée, il est probable que la production de ces industries est sous-estimée.

D'après les statistiques officielles, la situation de l'emploi est beaucoup moins favorable en Italie qu'en France. En proportion de la population active civile, l'Italie a eu un des plus forts taux de chômage en Europe de 1970 à 1980. Ce taux a atteint 8,1 % en 1980 contre 7 % en France ; il était de 4,3 % en Italie et de 1,3 % en France en 1970 et le chômage a donc progressé bien plus rapidement en France pendant cette décennie. Là aussi, on ne peut évaluer exactement le nombre de ceux qui, en Italie, ont un emploi non déclaré et sont comptés parmi les chômeurs ; il est probable qu'il s'agit d'une partie non négligeable de la population au chômage. Des enquêtes italiennes ont permis d'estimer que deux millions de personnes, recensées comme inactives par la statistique officielle, occupent un emploi presque à temps complet et que deux à troismillions d'actifs ont un second emploi à mi-temps. Ainsi 15 à 17 % de la population active échapperait à la statistique officielle mais il faut se rappeler qu'il s'agit d'emplois le plus souvent mal rémunérés et instables⁽¹⁾.

On ne peut terminer cette brève comparaison des situations économiques de la France et de l'Italie sans souligner l'importance des facteurs régionaux. On sait qu'en France les activités économiques sont très différentes selon les régions avec une séparation entre les régions du Nord et de l'Est très industrialisées et celles du Sud-Ouest et de l'Ouest plus rurales.

(1) Source : *Le Monde - L'Economie Italienne Sans Miracle - Economica 1980.*

En Italie on trouve une séparation entre le Nord et le Sud bien plus marquée encore puisque le Nord regroupe l'essentiel de l'activité économique et industrielle alors que les régions du Sud et les îles sont beaucoup moins développées malgré les efforts d'industrialisation assez soutenus depuis 1960 et l'implantation d'usines des plus grandes entreprises italiennes dans le Sud. On verra que cette opposition Nord-Sud est un facteur très important de la vie italienne que l'on retrouvera au niveau de la démographie et de la santé. Les modes de vie sont en effet beaucoup plus différenciés qu'en France et la centralisation des décisions y est moins importante.

I.3 LES CONDITIONS DE VIE

En fonction de l'influence des conditions de vie sur la santé, mais aussi des statistiques disponibles pour les deux pays, ce paragraphe contient des comparaisons entre les structures de la consommation privée des ménages, les niveaux d'urbanisation, et les conditions de travail.

I.3.1. Les structures de consommation

La première remarque résultant de la comparaison des structures du volume de la consommation finale privée est la place beaucoup plus importante de l'alimentation en Italie qu'en France. Ceci résulte en fait d'une consommation alimentaire à peu près égale dans les deux pays et d'un niveau d'ensemble plus faible en Italie. Parmi les consommations alimentaires, la consommation des boissons alcoolisées a diminué régulièrement dans les deux pays; par contre la part de la consommation de tabac, deux fois plus importante en Italie en 1970 n'a cessé d'augmenter (jusqu'à représenter le triple de celle de la France en 1978) alors qu'elle diminuait légèrement en France. Comme la part de l'alimentation est nettement supérieure en Italie, les places des autres consommations y sont en général moins importantes qu'en France. L'écart est particulièrement important pour les consommations liées à la santé dont le poids en France est plus de deux fois supérieur à celui de l'Italie. Ceci s'explique toutefois, plutôt que par un recours aux soins plus soutenu, par une part de financement des soins laissée à la charge des ménages nettement plus importante en France.

Enfin la part de la consommation réservée aux loisirs est moins importante en France qu'en Italie ainsi que celle qui est consacrée à l'habillement.

1.3.2. L'urbanisation

Il est difficile d'apprécier les niveaux d'urbanisation dans les deux pays pour les comparer. En effet, en Italie, les communes dans les zones rurales sont souvent des regroupements de plusieurs villages autour d'une petite ville; on ne trouve donc qu'une seule commune là où en France il y en aurait parfois une dizaine. Le nombre total des communes est d'ailleurs de 8000 en Italie contre 36000 en France. Cette particularité rend difficile l'estimation de la population en zone rurale. Toutefois il faut souligner que sur l'ensemble du pays la densité de population en Italie est presque deux fois égale à celle de la France et que 37,2 % de la population italienne réside dans des communes de plus de 5000 habitants contre 26,5 % en France. Par contre si l'on examine les grandes agglomérations urbaines de plus de 300000 habitants, les proportions de résidents par rapport à l'ensemble de la population sont à peu près les mêmes en France et en Italie.

Enfin les populations résidant dans les métropoles les plus importantes montrent que l'Italie a un peuplement moins centralisé que celui de la France. En effet, en France, Paris regroupe 8,5 millions d'habitants puis Lyon et Marseille qui viennent ensuite en comptent à peine plus d'un million. Par contre en Italie les agglomérations de Rome, Milan et Naples ont toutes au moins 3 millions d'habitants et Turin et Gênes en regroupent plus d'un million chacune. Ceci montre à la fois une plus grande répartition de la vie économique entre les métropoles italiennes et sa concentration vers le Nord du pays puisque Milan est l'agglomération urbaine la plus importante.

1.3.3. Les conditions de travail

Les indicateurs qui permettent de comparer les conditions de travail en France et en Italie sont peu nombreux. Seuls la durée du travail et le taux d'accidents du travail mortels ont été retenus ici. Encore faut-il restreindre

l'interprétation des durées de travail à leur évolution car les données en niveaux peuvent recouvrir des situations différentes.

Au moins depuis 1967, la durée hebdomadaire effective du travail (secteur agricole exclu) est inférieure en Italie, tant dans l'ensemble du secteur industriel que dans les différentes branches qui le composent. Par contre elle a moins baissé en Italie depuis 1970 qu'en France et elle a atteint le même niveau dans les deux pays en 1978. Les résultats des comparaisons sont les mêmes si l'on s'intéresse à des secteurs industriels particuliers tels que les industries manufacturières, les industries extractrices ou la construction.

En France comme en Italie, on assiste depuis 1972 à une baisse régulière (tableau A .14) du taux des accidents du travail mortels dans les industries manufacturières. En France c'est dans les industries extractrices que l'on trouve le plus fort taux d'accidents mortels tandis qu'en Italie c'est dans le secteur de la construction. Si en France les taux ont tendance à baisser sensiblement depuis 1970 dans ces deux derniers secteurs, les chiffres concernant l'Italie ne peuvent permettre de dégager une tendance. Il faut d'ailleurs être prudent dans l'interprétation de la baisse des taux puisque les chiffres pour la France ne tiennent pas compte de la baisse d'activité moyenne mais seulement des effectifs alors que ceux qui se rapportent à l'Italie en tiennent compte.

Enfin, il faut signaler que les conflits du travail, s'ils sont en nombre comparables dans les deux pays ont, en fait, une étendue plus importante en Italie. D'une part le nombre des travailleurs impliqués est beaucoup plus élevé en Italie, d'autre part, le nombre de journées de travail perdues est également bien plus fort. Il semble néanmoins que la durée moyenne des conflits ait augmenté en France alors qu'elle a largement diminué en Italie.

I.4. LA PROTECTION SOCIALE

La comparaison détaillée des systèmes de santé sera faite dans le chapitre suivant. Ici on observera seulement les systèmes de protection sociale, leur organisation et leur financement de manière globale.

A la Sécurité Sociale en France, correspondait, avant la réforme sanitaire, l' Institut National de Prévoyance Sociale en Italie. Toutefois alors qu'en France la Sécurité Sociale regroupe toutes les prestations sociales (maladie, maternité, invalidité, décès, risques professionnels, vieillesse, allocations familiales) sauf le chômage qui dépend d'un organisme séparé (U.N.E.D.I.C.), l' I.N.P.S. en Italie, avant la création du système sanitaire national regroupait également toutes les prestations, sauf les risques professionnels (accidents du travail et maladies professionnelles) qui sont pris en charge par l' Institut National d'Assurance Accidents du Travail).

Depuis la réforme sanitaire italienne, l' I.N.P.S. ne doit plus gérer le risque maladie, il est remplacé en cela par l' Etat, les Régions et les unions locales (voir chapitre II). Toutefois l' I.N.P.S. reste chargé provisoirement des prestations en espèces et du recouvrement des cotisations.

En France, le financement de chaque risque est couvert par les cotisations des assurés et des employeurs sauf pour le chômage puisque l' Etat accorde une subvention à l' U.N.E.D.I.C. . En Italie, il existe des subventions annuelles de l' Etat pour les prestations familiales et le chômage. De plus, l'assurance maladie est financée, outre par les cotisations, par la contribution des régions, des provinces et des communes.

Pour être bénéficiaire des prestations sociales, les conditions sont différentes dans les deux pays. Ainsi, en France, quel que soit le régime d' Assurance Maladie, il est nécessaire d'être assuré, tandis qu'il suffit de résider en Italie pour y bénéficier de la couverture sanitaire. De même, seuls les ouvriers et assimilés reçoivent des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail en Italie, alors que tous les salariés peuvent en bénéficier en France. On trouve le même type de restriction en Italie pour les accidents du travail et les maladies professionnelles puisque seuls les travailleurs manuels sont couverts par l' Institut National d' Assurance Accidents du Travail.

Par contre, tant pour ce qui touche à l'invalidité qu'aux pensions de vieillesse, le système italien est plus favorable puisque l'âge de la retraite est de 60 ans pour les hommes et 55 ans pour les femmes depuis de nombreuses années et que, entre 1970 et 1980, s'est opérée sous la pression des syndicats,

une très importante revalorisation des pensions. L'invalidité se substitue même parfois à une pré-retraite et le nombre de pensions accordées pour invalidité est bien supérieur à celui de la France et a largement augmenté (surtout pour les agriculteurs et les artisans) depuis 1970.

Pour ce qui concerne les prestations familiales, les allocations sont moins nombreuses en Italie et le montant des allocations familiales, qui est le même en Italie quel que soit le rang de l'enfant est nettement moins élevé qu'en France.

Enfin, la situation des travailleurs privés d'emploi est nettement plus défavorable en Italie qu'en France. En effet, si tous les travailleurs ont droit aux allocations de chômage, celles-ci sont d'un montant très faible (l'équivalent de 4 F par jour en 1980) et souvent limitées à 180 jours par an. En cas de licenciement économique, les travailleurs bénéficient des deux-tiers du salaire pendant 6 mois. Aucune condition spéciale n'est prévue en Italie pour les chômeurs dont l'âge est proche de celui de la retraite.

I.5. LA SITUATION DEMOGRAPHIQUE

La population de l'Italie est légèrement supérieure à celle de la France (en 1980, 53,7 millions d'habitants en France et 57 millions en Italie) et la densité sur l'ensemble du pays y est presque double.

Les structures de la population aux derniers recensements (1975 pour la France, 1971 pour l'Italie) montrent que l'on trouve moins de personnes âgées en Italie qu'en France (11,2 % de la population a plus de 65 ans en Italie contre 13,3 % en France). Par contre la proportion d'adultes de 25 à 64 ans est plus forte en Italie et la population de moins de 25 ans y tient une place un peu moins importante qu'en France.

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, l'accroissement naturel de la population a été plus fort en Italie qu'en France, mais l'émigration de la population italienne a été telle que l'accroissement réel a été plus fort en France. Depuis 1977, il semble toutefois que même l'accroissement naturel a été plus faible en Italie. Pendant la même période, le taux de natalité a toujours

été légèrement supérieur en France, tandis que le taux de mortalité l'était nettement mais se rapprochait du taux de mortalité italien.

Depuis 1960, le taux de fécondité en Italie est presque toujours resté inférieur à celui de la France (en 1960, il valait 2,73 en France et 2,41 en Italie). Il n'a été légèrement supérieur qu'entre 1973 et 1978. Dans les deux pays la fécondité n'a pratiquement pas cessé de diminuer durant les vingt dernières années et le taux est devenu inférieur au seuil de renouvellement des générations en 1975 en France et en 1976 en Italie. Enfin, si les derniers chiffres disponibles laissent entrevoir une reprise de la natalité en France à partir de 1980 (l'indice valait 1,97 en France et 1,67 en Italie) et une stabilisation dans la majorité des pays de l'Europe, celle-ci continuait à baisser en Italie⁽¹⁾. Ainsi à l'encontre de l'image traditionnelle de ce pays, l'Italie se trouve depuis plusieurs années parmi les pays européens où le taux de fécondité est le plus bas.

Les mouvements migratoires différencient largement les deux pays. Tout d'abord les migrations extérieures, qui ont ôté à la population de l'Italie jusqu'en 1970, tandis qu'elles ajoutaient à la population française, au moins jusqu'à la crise économique en 1975. Le solde migratoire italien n'est redevenu positif qu'à partir de 1971. Toutefois l'émigration italienne a été nettement moins forte depuis 1945 qu'avant la seconde guerre mondiale.

Les deux pays ont également connu des phénomènes de migrations intérieures assez différents. Si l'exode rural massif leur a été commun, correspondant à des transformations analogues de l'économie et du système de production, les différences de développement entre régions étaient et sont toujours bien plus accentuées en Italie. C'est pourquoi, outre les mouvements des zones rurales vers les villes, on a assisté depuis 1945 à d'importants déplacements des régions du Sud vers les autres industrielles du Nord. L'amplitude de ces mouvements est nettement supérieure à celle de l'attraction de la Région Parisienne durant la même période.

(1) Alain MONNIER : *la reprise récente de la natalité dans quelques pays d'Europe. Population, juillet-octobre 1981.*

Enfin, les taux de mortalité sont un peu différents puisqu'en 1980, ils valaient 9,8 % en Italie et 10,1 % en France alors que vers 1950, les taux respectifs étaient de 10,1 % et 13,1 %. Il y a donc eu une baisse nettement plus forte en France qu'en Italie.

I.6. L'ETAT DE SANTE

Il est difficile de mesurer l'état de santé d'une population et les indicateurs sont peu nombreux, c'est pourquoi on utilise souvent l'espérance de vie et les statistiques de mortalité pour approcher cette notion. On dispose également des nombres de déclarations de certaines maladies infectieuses dans les deux pays.

L'espérance de vie est à peu près la même en France et en Italie que ce soit à la naissance ou à divers âges de la vie. En 1975, l'espérance de vie à la naissance était de 69,7 ans pour les hommes et 75,9 ans pour les femmes en Italie, de 69 ans pour les hommes et de 76,9 ans pour les femmes en France. Une mortalité infantile plus forte en Italie fait que l'espérance de vie, une fois atteint l'âge de dix ans, y est un peu plus élevée qu'en France. Les deux pays ont fait des progrès considérables dans ce domaine et l'amélioration se poursuit régulièrement. Enfin, on constate que si les chiffres sont tout à fait semblables pour les hommes, l'espérance de vie des femmes est inférieure d'environ un an en Italie quel que soit l'âge considéré ; l'écart entre hommes et femmes y est donc moins fort qu'en France.

Le taux de mortalité infantile en Italie a toujours été supérieur à celui de la France depuis le début du siècle et le reste encore largement en 1980 puisqu'il est de 10,8 % en France contre 14,3 % en Italie. Dans les deux pays, les progrès ont été rapides et considérables et l'écart qui était d'environ 15 % en 1960 s'est très sensiblement réduit. L'Italie semble d'ailleurs faire des efforts plus importants dans ce sens depuis 1970 puisque le rythme de réduction entre 1970 et 1980 a été bien plus élevé qu'entre 1960 et 1970 alors qu'en France il était légèrement inférieur. L'Italie reste néanmoins l'un des pays européens où la mortalité infantile est la plus élevée.

L'évolution des principales causes de décès a été la même en France et en Italie depuis 1970 se caractérisant essentiellement par une augmentation lente et régulière de la proportion des décès imputables à des tumeurs. Toutefois les niveaux des différentes causes sont assez différents. Tout d'abord il existe probablement une différence d'ordre statistique puisque les causes indéterminées ont une place nettement plus importante en France. D'autre part, la proportion des accidents, suicides et autres morts violentes est nettement plus importante en France et la part des décès dus à des tumeurs y est aussi légèrement plus forte qu'en Italie. Par contre, les décès liés à l'appareil circulatoire sont nettement plus fréquents en Italie, mais il faut peut-être relier cette différence aux méthodes de recueil de l'information. De plus la proportion de décès liés aux maladies de l'appareil digestif, qui était la même dans les deux pays en 1970, s'est maintenue en Italie aux alentours de 6 % alors qu'elle a nettement diminué en France. Enfin l'évolution récente en Italie montre que les maladies de l'appareil circulatoire sont en hausse constante et que les décès par cancer de l'appareil respiratoire ont progressé de manière frappante. Ceci est peut-être en relation avec l'augmentation de la consommation de tabac relevée depuis 1970. Dans les deux pays, et sur toute la période, les décès par maladie du système circulatoire, puis par tumeur, restent prédominants.

Enfin, l'examen du nombre des cas déclarés pour la typhoïde, la tuberculose, la rubéole et les hépatites montre que ces maladies sont nettement plus fréquentes en Italie qu'en France bien que la mortalité qui résulte de maladies infectieuses en général soit maintenant plus faible en Italie.

CHAPITRE II

LE SYSTEME DE SANTE ET SON FONCTIONNEMENT

- Chapitre I -

LE SYSTEME DE SANTE ET SON FONCTIONNEMENT

Le but de ce chapitre est de comparer les systèmes de santé et leur fonctionnement en France et en Italie (avant et après la réforme de 1979) avant d'examiner dans les chapitres suivants, les moyens (personnels, équipements) et les dépenses.

L'organisation et le financement du système français ne seront pas décrits ici. On pourra éventuellement se reporter au tableau de comparaison des systèmes de protection sociale dans les deux pays qui figure en annexe. Enfin on ne s'intéressera qu'aux soins de santé et uniquement au risque maladie.

Le système sanitaire italien a connu, à partir de 1979, des modifications très profondes puisqu'à une multiplicité d'organismes financiers et de systèmes de couverture s'est substitué un système sanitaire national uniforme pour tout le pays. Il est nécessaire, pour appréhender l'évolution de la situation sanitaire en Italie, de commencer par décrire l'organisation, le financement et le fonctionnement du système de santé avant 1979. Puis on tentera de dégager les motifs pour lesquels la réforme a été mise en place. Enfin, on décrira le Service Sanitaire National tel qu'il est prévu par la loi du 23 Décembre 1978 et tel qu'il a fonctionné dans les débuts de sa mise en application.

II.1. LA SITUATION EN ITALIE AVANT 1979

Après la seconde guerre mondiale, alors qu'un système mutualiste existait déjà pour les salariés non agricoles, la question de la réorganisation du système sanitaire s'est posée et a été étudiée jusqu'à la rupture de l'unité

gouvernementale en 1948. Après 1948, il n'a plus été question de réformes d'ensemble et le système mutualiste a continué à se développer et à s'étendre à d'autres catégories professionnelles, malgré une multitude de propositions et de projets de loi déposés par la gauche à partir de 1960.

Avant la réforme sanitaire, on pouvait séparer le système de santé en trois parties distinctes par leur financement : le secteur mutualiste, le secteur public et le secteur privé qui représentaient respectivement en 1978 71 %, 15 % et 14 % des dépenses de santé⁽¹⁾.

II.1.1. Le secteur mutualiste

Ce secteur regroupait la plus grande part des services de santé et était financé par les cotisations des salariés et des employeurs comme l'Assurance Maladie en France. Les cotisations étaient centralisées par type de profession ou statut professionnel par plusieurs organismes chargés ensuite de répartir les prestations entre leurs propres assurés. On comptait ainsi sept organismes regroupant l'essentiel des assurés et une trentaine d'organismes beaucoup moins importants pour des professions particulières (acteurs, journalistes, marins, médecins, etc...) Les sept principales caisses, regroupant 98 % de la population assurée, étaient les suivantes :

- . L'I.N.A.M., la plus importante, regroupait tous les salariés de l'industrie du secteur privé (30,4 millions de personnes couvertes en 1978).
- . L'E.N.P.A.S. assurait les salariés des administrations publiques centrales c'est-à-dire 5,8 millions de personnes en 1978 y compris les ayants-droit.
- . L'I.N.A.D.E.L. assurait les salariés du secteur public ne relevant pas de l' E.N.P.A.S. (2,6 millions de personnes protégées en 1978).
- . L'E.N.P.D.E.P.D. était l'assurance des administrations publiques régionales, provinciales et locales (1,2 millions de personnes protégées en 1978).
- . Coldiretti couvrait les travailleurs indépendants de l'agriculture avec 4 millions de personnes couvertes en 1978.

(1) Source : A. BRENNA : *Alternative methods of physician compensation and their effects on physician activity. Country report for Italy 1982.*

- . Artigiani regroupait les artisans (4,2 millions de personnes).
- . Commercianti assurait les commerçants (3,2 millions de personnes).

Ces organismes, bien que financés normalement par les cotisations sociales, ont connu des déficits réguliers et importants pendant une vingtaine d'années qui ont obligé l'Etat à contribuer à leur financement par l'impôt. Ce financement était arrivé à représenter environ 20 % des dépenses globales de ces institutions. De plus, il n'existait pas de système de compensation entre régimes comme en France et l'Etat devait financer les déficitaires sans bénéficier des résultats positifs éventuels des autres régimes (très rares toutefois).

Les dépenses de services de santé étaient en général totalement prises en charge par les fonds d'assurance. Certains de ces fonds avaient leurs propres centres de soins et hôpitaux mais ils finançaient les soins de leurs assurés et ayants-droit même si ceux-ci avaient recours au secteur public ou privé. Ceci est très différent en France puisque la prise en charge à 100 % ou le tiers payant (avant sa généralisation décidée très récemment) sont exceptionnels.

Les services auxquels pouvaient prétendre gratuitement les assurés variaient d'un organisme à l'autre toutefois les prestations suivantes étaient couvertes par tous :

. **Services de médecins** : ce sont les consultations et visites de généralistes et les consultations de spécialistes avec leurs actes de diagnostic. Les médecins avaient alors le choix entre la pratique libérale avec paiement à l'acte ou bien la charge d'une liste de patients inscrits. Dans ce dernier cas, ils étaient payés à la capitation par les organismes d'assurance dont les patients relevaient. Les deux modes d'exercice ne s'excluaient pas. Les malades avaient donc le libre choix de leur médecin parmi ceux qui étaient sous contrat (capitation ou honoraires) avec leur organisme d'assurance.

. **Services hospitaliers** pour les malades internes ou externes. Avant la réforme sanitaire de l'ensemble du système, les hôpitaux publics avaient déjà fait l'objet de deux réformes, l'une en 1968, l'autre en 1974. Avant 1968, le système

hospitalier rappelait encore largement les fondations et les oeuvres pieuses dont il découlait. Si le nombre de lits était assez élevé, ceux-ci étaient très inégalement répartis sur le territoire; on comptait encore une part importante de personnel bénévole; les médecins hospitaliers étaient rémunérés par un salaire de base assez faible et par les honoraires perçus à l'acte et dont la répartition entre les catégories de médecins (chefs de service, aides et assistants) était très inégale et très hiérarchisée. Les autres personnels aussi très inégalement répartis géographiquement et de qualification insuffisante, venaient d'obtenir, en 1967, d'importantes revalorisations de leurs salaires alors que le niveau salarial antérieur était très bas par rapport aux autres catégories de salariés du secteur public. La réforme de 1968, outre la fixation des taux d'encadrements minimaux par lit, a instauré le financement par prix de journée. Ce prix fixé comme en France par le rapport entre dépenses et nombres de journées prévues, était unique pour un hôpital sans distinction par service. En fait, cette réforme n'a pas résolu le problème du financement, et malgré une augmentation d'effectifs assez importante, les inégalités (d'équipements et de personnels) entre régions sont restées les mêmes avec une surabondance de personnels peu qualifiés et un manque d'infirmiers diplômés.

En 1974, le secteur hospitalier public s'est trouvé dans une situation financière telle qu'il n'était plus capable de fournir des produits pharmaceutiques aux malades et devait retarder le paiement des salaires. C'est pourquoi le Gouvernement a décidé d'anticiper sur la réforme d'ensemble en déléguant aux régions la responsabilité des hôpitaux publics et en regroupant toutes les sources de financement au sein d'une même organisation, le F.N.A.O.⁽¹⁾, chargé de les répartir. Toutefois, si certaines régions avaient effectivement mis en place une véritable programmation sanitaire, de l'attentisme des autres résultait, avant 1979, une situation encore préoccupante.

. **Produits pharmaceutiques** : la consommation de ces produits était prise en charge gratuitement, que ce soit à l'hôpital ou dans les pharmacies, uniquement avec une prescription médicale.

(1) F.N.A.O. : *Fonds National d' Assistance Hospitalière*

.Autres services : ils comprennent notamment les soins dentaires, la rééducation et les cures. Les procédures d'accès et les conditions de financement étaient variables selon les fonds d'assurance.

Seuls les trois premiers organismes cités avaient leurs propres centres de soins spécialisés pour fournir et contrôler eux-mêmes une part assez importante des services auxquels leurs assurés avaient recours. Les médecins en exercice libéral ou salarié (dans les hôpitaux) et les institutions de soins tant publiques que privées pourvoyaient au reste de la consommation médicale couverte par le secteur mutualiste.

Tableau n° 1

**LES DIFFERENTS SECTEURS EN ITALIE
AVANT LA REFORME SANITAIRE**

	Secteur mutualiste	Secteur public	Secteur privé
Origine du financement	Cotisations sociales	Etat et Collectivités locales	Ménages et Assurances privées
Services assurés ou pris en charge	Ensemble des services hospitaliers et ambulatoires + biens médicaux	Prévention, hygiène Soins et hébergement des malades mentaux Services sanitaires collectifs Soins aux patients les plus démunis	Tous les services mais essentiellement soins ambulatoires
% approximatif de la dépense de santé (1978)	71 %	15 %	14 %

II.1.2. Le secteur public

Ce secteur relève essentiellement des provinces et des communes qui sont chargées de fournir entièrement gratuitement un certain nombre de services de santé à leurs administrés.

Les provinces doivent assurer les services de santé pour les malades mentaux et les personnes handicapées (physiques et mentales) tant au niveau ambulatoire qu'hospitalier. Elles possèdent ainsi un certain nombre d'institutions de long séjour et peuvent passer des contrats avec des cliniques privées.

La surveillance de l'hygiène et la prophylaxie relèvent également des provinces.

Les municipalités se chargent de fournir tous les services collectifs de santé tels que la prévention primaire, la médecine scolaire, la médecine du travail etc... Elles doivent également assurer l'accès aux soins des personnes non assurées les plus démunies, soit par des dispensaires de soins gratuits, soit par le financement des soins auxquels ces personnes ont recours.

II.1.3. Le secteur privé

Le secteur privé regroupe les services de santé qui sont entièrement et directement financés par les ménages eux-mêmes. Il faut rappeler ici que le qualificatif de secteur privé n'a pas le même sens qu'en France ; il correspond en effet à la nature du financement plus qu'au statut du producteur de soins (établissement ou personne).

Les services ainsi vendus sont pour la plupart des actes de diagnostic et des soins ambulatoires. Les médecins et les institutions qui les fournissent font partie assez souvent du secteur public et ajoutent à leur activité principale dans ce secteur une activité directement rémunérée à l'acte par les patients. Ceux-ci sont très souvent assurés et peuvent bénéficier gratuitement des services du secteur mutualiste, toutefois, le secteur privé jouit en Italie d'une réputation de meilleure qualité.

Si les services du secteur privé sont le plus souvent payés entièrement par le malade et directement au médecin ou à l'institution, il existait néanmoins un certain nombre d'assurances privées qui couvraient le risque maladie. Avant 1979, ce type de couverture avait récemment pris une place non négligeable dans la consommation des soins médicaux du secteur privé. Il est probable que, les médecins ayant conservé le droit d'avoir une clientèle privée après la réforme, le rôle des assurances privées s'est maintenu aussi en partie.

II.2. LES MOTIFS ET LES BUTS DE LA REFORME SANITAIRE

Avant la réorganisation du système sanitaire, deux problèmes se posaient depuis de nombreuses années : le financement des dépenses de santé et l'organisation de ce secteur.

Le déficit des différents systèmes d'assurance était en effet très important, il obligeait l'Etat à contribuer pour environ 20 % à leur financement. Ce déficit était d'autant plus difficile à maîtriser que l'organisation de la production de soins aussi bien que du financement était assez complexe. On a déjà vu la multitude d'organismes financeurs liés aux différentes activités économiques. Pour ce qui concerne les procédures des soins, il existait différents types d'institutions hospitalières. Outre les hôpitaux et les cliniques privées, on trouvait aussi, pour les établissements petits et moyens, des unités dépendant d'organisations charitables (souvent religieuses) avec des statuts propres et un financement propre du type fondation qui ne suffisait plus depuis de nombreuses années à une modernisation nécessaire des équipements. Enfin il existait aussi des établissements assurant à la fois l'accueil des malades ambulatoires et hospitaliers qui dépendaient uniquement d'un organisme d'assurance (surtout l' I.N.A.M.).

La volonté de contrôler et de maîtriser les dépenses a donc été tenue en échec en partie à cause de ce système aux multiples aspects et c'est l'un des buts de la réforme sanitaire d'unifier l'organisation, le fonctionnement et le financement du secteur hospitalier jugé comme trop onéreux. Dans ce même

but économique, le système sanitaire national se propose aussi de trouver des alternatives à l'hospitalisation en créant ou en encourageant des polycliniques qui se situeraient à mi-chemin entre les soins ambulatoires et hospitaliers.

Un autre souci important de la réforme sanitaire a été la prise en compte des facteurs régionaux et locaux et la suppression des déséquilibres qu'ils créent au niveau de la santé. Ceci s'inscrit d'ailleurs dans l'ensemble de la régionalisation italienne où l'on a voulu donner aux régions la possibilité de se développer comme elles l'entendent et susciter la prise de conscience du problème économique et, ici, des problèmes sanitaires, au niveau local.

Lors de l'élaboration du service sanitaire national, les buts et les principes de la réforme ont été définis ainsi :

- . l'élimination des déséquilibres territoriaux des conditions sanitaires ;
- . la sécurité du travail, avec la participation des organisations de salariés pour définir et mettre en oeuvre les moyens nécessaires;
- . le choix de la procréation, la protection maternelle et infantile et la réduction de la mortalité infantile;
- . la santé des enfants, avec des services de santé scolaire à tous les niveaux et l'intégration des handicapés;
- . la protection sanitaire des activités sportives;
- . la sauvegarde de la santé des personnes âgées, y compris en supprimant les facteurs susceptibles de les mettre en marge de la société;
- . la sauvegarde de la santé mentale, avec la volonté d'inclure les services psychiatriques dans les établissements généraux et de réinsérer les personnes dans la société;
- . la mise en évidence et la suppression de la pollution.

Il est important de noter que ces principes dépassent largement l'aspect des soins et du traitement de la maladie et soulignent la volonté d'agir directement sur la prévention et plusieurs facteurs de l'environnement qui influent sur l'état de santé.

II.3. LE SERVICE SANITAIRE NATIONAL EN ITALIE

II.3.1. Organisation

Le premier article de la loi qui a institué le service sanitaire national le définit ainsi :

" Le Service Sanitaire National est constitué par l' ensemble des fonctions, des structures, des services et des activités destinées à la promotion, à la sauvegarde et au rétablissement de la santé physique et psychique de toute la population, sans distinction de condition individuelle ou sociale et selon les modalités qui assurent à tous une égalité de traitement. Cet objectif sera réalisé au niveau national, régional et local, en garantissant la participation des citoyens".

Le Service Sanitaire National assure donc à tous les résidents (sous cette seule condition) un accès égal (en théorie) aux soins de santé et à la prévention. La gratuité du système de soins, bien qu'elle ait été souhaitée à l'origine de la réforme, n'est pas énoncée comme principe par la loi et dans les faits, elle n'est pas totale, du moins dans la phase actuelle de l'application de la réforme.

Le financement du Service Sanitaire National devra être totalement fiscalisé. Dans la phase de transition, les cotisations salariales et patronales continuent à être prélevées comme précédemment pour les différentes branches ; elles sont centralisées par le Fond National de la Santé puis réallouées aux régions selon les modalités fixées par la loi. Les recettes fiscales financent tout de même une partie des dépenses comme elles le faisaient déjà en comblant les déficits de l'ancien système. La part des cotisations sociales diminue régulièrement mais il faudra encore plusieurs années avant d'aboutir à la fiscalisation complète.

L'organisation du système comprend trois niveaux : l'administration centrale, les régions et les unités sanitaires locales (U.S.L.).

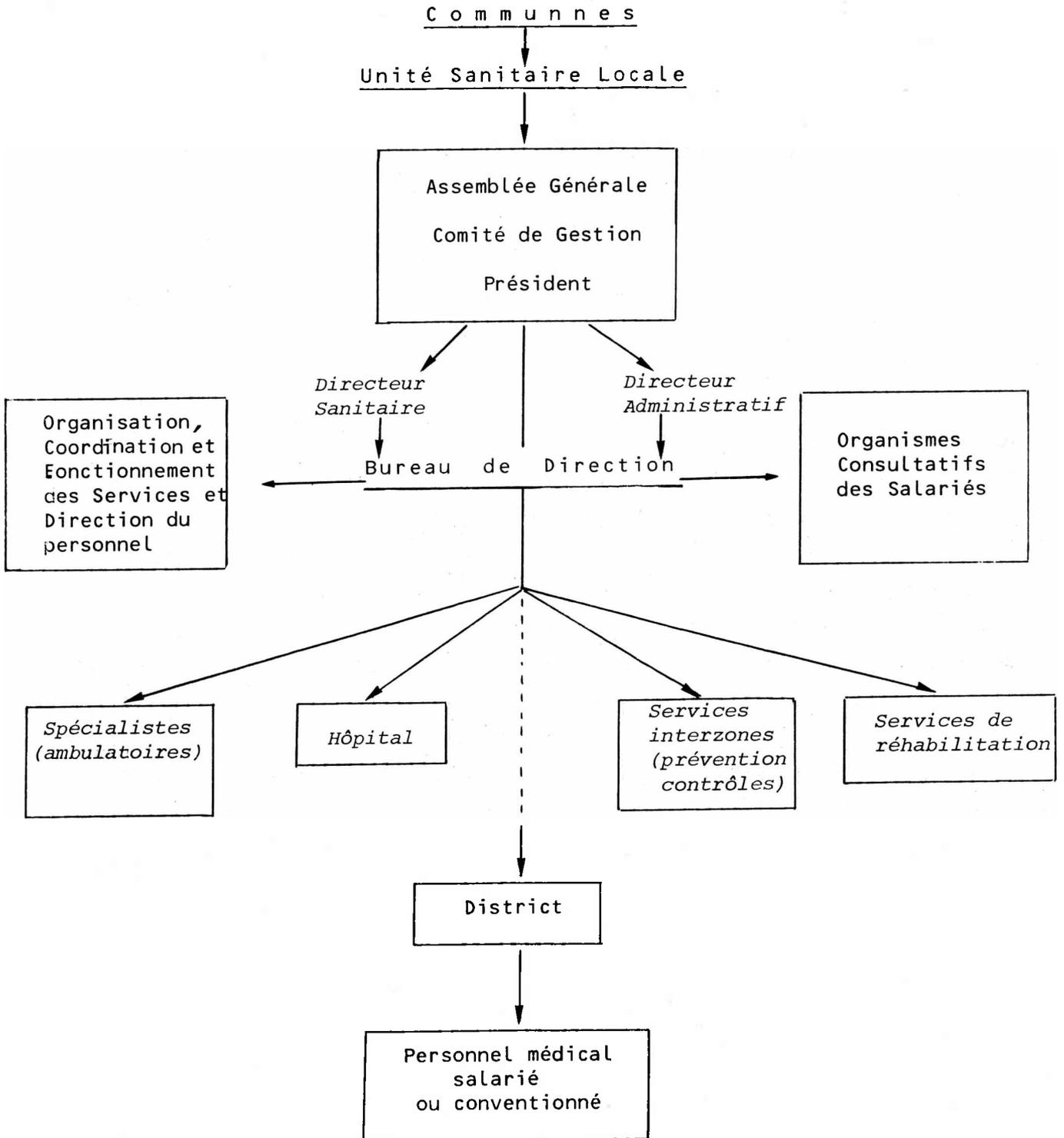
Les compétences de l'Etat sont législatives et administratives. La législation au niveau national comprend en effet la programmation sanitaire pour l'ensemble du pays (Plan Sanitaire National). Elle prévoit les niveaux minimaux de prestations à assurer à tous ainsi que les normes à respecter en matière d'hygiène, de sécurité et de pollution. Enfin elle fixe le mode de répartition des ressources à allouer aux différentes régions en vue d'éliminer progressivement les déséquilibres qui existent entre elles. Les fonctions exercées au niveau central comprennent la coordination entre l'action des différentes régions, les contrôles sanitaires et les relations internationales dans le domaine sanitaire, le contrôle de la recherche, de la production et du commerce des produits pharmaceutiques et des instruments médicaux et la responsabilité de l'enseignement médical et para-médical.

A un niveau intermédiaire, les régions ont également des compétences législatives et administratives. Les lois régionales fixent en effet les objectifs de la programmation sanitaire et la répartition des ressources entre les U.S.L. qui sont sur leur territoire. Elles adaptent les normes fixées par l'Etat aux situations locales, assurent la correspondance entre les coûts et les ressources du système sanitaire de la région. Cette planification régionale se fait après consultation des autorités locales et des organisations représentatives, notamment des provinces, alors qu'une consultation aussi large n'est pas prévue avant l'établissement du Plan Sanitaire National. Un certain nombre de fonctions administratives incombent aux régions et notamment celles qui concernent le dépistage des maladies infectieuses et le contrôle de la conformité aux normes des produits chimiques, alimentaires etc...

Au niveau le plus proche de la population, ont été créées les Unités Sanitaires Locales (U.S.L.) qui comprennent une ou plusieurs communes et couvrent en général 50000 à 200000 habitants. Elles sont composées d'une assemblée générale comprenant les autorités locales, les représentants des professions de santé et les organisations représentatives au niveau territorial de l'U.S.L., et d'un comité de gestion élu par l'Assemblée Générale qui se charge de leur fonctionnement courant. Il est de leur ressort de faire appliquer sur leur territoire les lois régionales et d'y mettre en oeuvre la programmation sanitaire dans tout le système de soins ambulatoires et hospitaliers. De plus elles doivent pourvoir

Graphique

STRUCTURE D'UNE UNITE SANITAIRE LOCALE



aux services de médecine scolaire, sportive et du travail. La loi stipule qu'elles doivent fonctionner en accord avec les communes qui les composent et que les communes doivent tout mettre en oeuvre pour participer à la bonne marche des U.S.L.. Les personnes désirant bénéficier du Service National de Santé doivent être inscrites auprès de leur U.S.L. et recourir sur son territoire aux services de santé dont elles ont besoin sauf en cas de déplacement ou de services spécialisés n'existant pas dans le cadre de l'U.S.L. concernée.

Enfin, les U.S.L. sont divisées (par les communes) en districts sanitaires de base, structures techniques et fonctionnelles pour les prestations des services immédiats et de secours.

II.3.2. Prestations

Outre les prestations sanitaires collectives qui ont été citées les unités sanitaires locales sont chargées " de prestations de prévention, de traitement, de réhabilitation et de médecine légale, assurant à toute la population les niveaux de prestations sanitaires " * fixés par le Plan Sanitaire National. Dans ce cadre, les usagers du Service Sanitaire National, inscrits auprès de leur U.S.L., ont le droit de choisir, dans la limite du territoire de l' U.S.L., leur médecin et leur lieu de traitement tant que ce choix ne s'oppose pas aux nécessités de l'organisation des services sanitaires.

. Prestations de traitement

Ces prestations comprennent les services de généraliste et de spécialiste, les soins infirmiers, l'assistance hospitalière et pharmaceutique (les dentistes sont assimilés aux médecins spécialistes). L'utilisateur du Service Sanitaire choisit un " médecin de confiance " dans son U.S.L. et s'adresse à lui en priorité. Il peut consulter un spécialiste, quand son généraliste l'estime nécessaire, dans les dispensaires de l' U.S.L. ou parmi ceux qui sont conventionnés avec l' U.S.L.. Les soins de généralistes, de spécialistes et d'infirmiers sont également fournis à domicile, " de façon " dit la loi " à

* Vers le Service Sanitaire National - Ministère de la Santé. Rome 1979

permettre la réduction des hospitalisations ". Les personnels médicaux auxquels l'utilisateur peut faire appel gratuitement sont obligatoirement salariés ou bien conventionnés avec l' U.S.L.. L'utilisateur peut changer de médecin quand il le désire.

Pour la radiologie et les analyses de laboratoire prescrites, l'utilisateur peut s'adresser aux structures de l'U.S.L. ou bien à celles qui sont conventionnées avec l' U.S.L.; il peut également avoir recours aux établissements hospitaliers publics ou conventionnés. Il est prévu des conditions minimales d'équipement et de qualification du personnel applicables à l'ensemble du territoire pour les centres de radiologie, d'analyses ou tout autre aide au diagnostic.

L'assistance hospitalière admet aussi le libre choix du lieu de traitement par le malade. Elle est fournie en principe par les hôpitaux publics et établissements conventionnés de la région de résidence du malade (et non plus de l'Unité Sanitaire Locale). La loi régionale prévoit les cas pour lesquels l'hospitalisation en dehors de la région est autorisée, dans les limites de la programmation sanitaire nationale, notamment pour le recours à des services hautement spécialisés.

. Prestations de réhabilitation

Les prestations visant à la réhabilitation fonctionnelle et sociale des personnes atteintes d'invalidités physiques, psychiques ou sensorielles, sont fournies par les services de l' U.S.L. ou d'un établissement conventionné de la région si ces services sont insuffisants.

La loi est plus restrictive pour ce qui concerne les prothèses. Ces prestations sont assurées dans les limites et les formes établies par le Plan Sanitaire National (prestations minimales).

. Assistance pharmaceutique

L' U.S.L. fournit les produits et préparations pharmaceutiques (la gratuité n'est pas stipulée dans la loi) par l'intermédiaire des pharmacies

qu'elle contrôle ou avec lesquelles elle a passé une convention. Ces produits ne sont délivrés que sur prescription médicale. D'autre part, l' U.S.L. pourvoit elle-même à l'achat des produits pharmaceutiques nécessaires pour les pharmacies, les dispensaires et les établissements hospitaliers qu'elle contrôle.

Il incombe à l' Etat de fixer la réglementation de la production et de la commercialisation des produits pharmaceutiques ainsi que d'évaluer leurs coûts et d'en fixer le prix. Parmi les médicaments produits, seule une liste établie par le Ministère de la Santé, est admise dans le cadre du Service Sanitaire National. Seuls les produits de cette liste (qui ne comprend pas les produits grand public) sont délivrés aux usagers.

II.4 . LE PLAN SANITAIRE NATIONAL 1980-1982

Le premier Plan Sanitaire National, établi en 1979, pour la période 1980-1982, fait d'abord un rappel de la loi-cadre sur la réforme sanitaire qui concerne l'organisation et les liens des différentes institutions nouvelles. Il donne ensuite une série de directives aux régions et aux U.S.L. à propos des problèmes prioritaires à résoudre, des actions visant à maîtriser les dépenses, de la formation des personnels sanitaires et du recueil de l'information. Enfin, il fixe le niveau des ressources qui seront consacrées à la santé par l' Etat et leur mode de répartition entre les régions en vue de réduire les déséquilibres.

Ce premier Plan n'explicité pas les niveaux minimaux des prestations dont chaque citoyen doit bénéficier comme il avait été indiqué dans la loi-cadre. Aucune des directives données aux régions ne comporte d'indication chiffrée sur les niveaux de consommation mais uniquement sur les budgets alloués pour la dépense courante et la dépense en capital. Il incombe aux régions, une fois connu leur budget, de se rapprocher le plus possible par leur propre planification des objectifs qualitatifs fixés au niveau national.

Pour ce qui concerne directement l'état de santé de la population, trois objectifs prioritaires sont donnés :

- la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de l'état de santé des enfants ;
- l'amélioration des conditions sanitaires des personnes âgées ;
- l'amélioration des conditions sanitaires des travailleurs (y compris sur le lieu de travail).

Ces trois objectifs ont été privilégiés par rapport aux autres qui étaient également compris dans la loi-cadre.

L'accent est ensuite porté sur la formation du personnel sanitaire en particulier dans les hôpitaux qui manquent souvent de personnel infirmier qualifié. Il est envisagé une réforme des études de médecine et l'instauration d'un *numerus clausus*. De plus, le personnel para-médical pourra bénéficier d'une formation supplémentaire pour améliorer son niveau de qualification et d'une formation permanente tout au long de sa carrière.

Le Plan précise également le contenu et le fonctionnement des systèmes d'information nécessaires à la connaissance du secteur sanitaire. Il prévoit l'élaboration et la mise en place d'instruments d'observation (enquêtes, indicateurs...) pour mieux appréhender l'état de santé de la population et l'activité du secteur sanitaire.

Enfin, il prévoit un certain nombre de mesures destinées à maîtriser les dépenses et à ralentir leur rythme de croissance. Ces actions concernent la pharmacie, la radiologie et les analyses, et l'hospitalisation. Ainsi, un ticket modérateur a été introduit sur les produits pharmaceutiques, la fixation des prix est devenue plus sévère et le Plan évoque la possibilité de contrôler les prescriptions des médecins. Pour les analyses et la radiologie, une unification des normes technologiques est souhaitée ainsi qu'une homogénéisation de l'organisation de ces services dans les hôpitaux publics et les établissements conventionnés. Le Plan affirme la volonté de ne voir le secteur privé que comme complément du secteur public dans le domaine de l'aide au diagnostic. Enfin, outre l'augmentation du niveau de qualification du personnel, le Plan préconise

une réduction de la durée de séjour et des solutions permettant d'éviter une partie des hospitalisations.

Les prévisions des dépenses et les financements accordés ont tenu compte de la programmation économique de l'ensemble du pays et de la situation déjà existante du point de vue du personnel et des équipements. A partir du montant global consacré aux dépenses de santé ainsi fixé, la répartition du financement entre les différentes régions respecte les trois objectifs prioritaires. En effet la dépense moyenne par habitant, calculée au niveau national, a été redressée par des indicateurs de la mortalité infantile, des accidents du travail et de la mortalité des personnes âgées calculés pour chaque région. Une dépense moyenne théorique est ainsi obtenue pour chaque région. Le montant des ressources affectées est alors progressivement rapproché de cette dépense théorique puisqu'à la dépense effectivement enregistrée on ajoute une partie de la différence qui la sépare de la dépense théorique (un sixième en 1980, un tiers en 1981 et la moitié en 1982). Enfin ce montant peut être modifié en fonction des équipements et des potentiels déjà existants dans les régions. De cette manière, le Plan prévoit une augmentation du volume de la dépense de 2,5 % en 1980, 3 % en 1981 et 3,5 % en 1982.

Pour la dépense en capital, il s'agit de combler le retard pris par certaines régions (surtout le Sud) en matière d'équipements et de personnels hospitaliers, d'hôpitaux de jour et de services de médecine préventive. En fait, seules quatre régions sont considérées comme sous-équipées en nombre de lits (Molise, Campanie, Basilicate et Calabre) et dans celles qui sont les plus équipées, le Plan envisage une réduction du nombre de lits. Les autres dépenses en capital sont destinées à l'équipement technologique, au personnel et à la médecine préventive.

Enfin, le Plan prévoit avec précision, selon les fonctions auxquelles elles sont destinées, les dépenses administratives et celles qui sont consacrées à la recherche, à la formation, à la planification, au système d'information etc...

II.5. COMPARAISON DU FONCTIONNEMENT DU SYSTEME FRANCAIS ET DU SYSTEME ITALIEN

Il est difficile, dans la mesure où la réforme sanitaire n'est pas encore totalement en application en Italie, de comparer le fonctionnement du système sanitaire français et celui du nouveau système italien. En effet, à l'étape actuelle d'application de la réforme sanitaire italienne, le financement n'est encore que partiellement fiscalisé, les médecins sont toujours en négociation sur leurs contrats avec le Service Sanitaire National et il est possible qu'au cours des prochains plans sanitaires, l'Etat soit amené à modifier certaines dispositions du Système Sanitaire en étendant notamment la participation financière des ménages aux services médicaux. Le système italien est donc pour le moment en constante évolution ; il est toutefois possible de comparer les systèmes avant la réforme italienne afin de comprendre pourquoi celle-ci a été nécessaire en Italie alors que le même système continue à fonctionner en France.

Les systèmes de santé, tels qu'ils ont été mis en place au lendemain de la seconde guerre mondiale en France et en Italie, avaient les mêmes principes fondamentaux. Il s'agissait de couvrir les éventuelles dépenses de santé par une assurance, prise au niveau individuel ou obligatoire, dont les cotisations étaient payées en partie par les salariés et en partie par les employeurs. C'est en effet parmi les salariés que le système a d'abord été implanté. Puis l'extension progressive des systèmes a conduit à la création de plusieurs régimes d'assurances regroupant les différentes catégories de travailleurs selon des modalités diverses. Ici l'expérience française se distingue de celle de l'Italie par une possibilité de centralisation plus importante puisqu'il existe une compensation financière entre les différents régimes et qu'il est possible de prendre des décisions pour l'ensemble de la Sécurité Sociale. Par contre en Italie, chaque régime était indépendant sur le plan financier et pouvait prendre des décisions en fonction de la catégorie professionnelle qu'il représentait. Du fait de cette dispersion, les problèmes rencontrés dans les deux pays, ont été moins faciles à traiter en Italie. Les problèmes communs sont essentiellement financiers: les coûts du système, l'accroissement de l'hospitalisation à la fois en dépense et en tant que mode de soins, la perte de cotisation induite par le chômage.

Il faut toutefois signaler que le déficit du système de santé est antérieur à la crise économique en Italie et qu'il subsisterait dans l'hypothèse du plein emploi alors qu'il serait pratiquement résorbé en France. Un autre problème est apparu plus aigu en Italie et y a été l'objet d'une prise de conscience depuis 1970 : la pollution. Ce phénomène semble être plus répandu et plus grave en Italie qu'en France et particulièrement dans les grands centres industriels du Nord. La médecine conçue au niveau individuel était incapable d'y faire face, c'est pourquoi un des buts de la réforme a été de mettre en place une lutte collective contre la pollution à laquelle le Service Sanitaire National est associé aussi bien au niveau local que national.

Si l'on considère maintenant le point de vue des assurés les données manquent pour connaître leur perception du système de santé. Il est certain que le système, dans la mesure où toutes les prestations étaient gratuites pour la plupart des assurés, était avantageux en Italie avant la réforme alors que depuis, une participation financière est obligatoire en dehors des cotisations sociales, comme c'est le cas pour la France. Cette participation est toutefois limitée pour l'instant aux produits pharmaceutiques (voir chapitre suivant), alors que le ticket modérateur touche l'ensemble des biens et services médicaux en France. De plus il ne semble pas que la qualité des services rendus se soit réellement améliorée durant le même temps en Italie ; en particulier la situation se serait encore dégradée dans les hôpitaux italiens ⁽¹⁾. En revanche, dans le système de santé français, malgré les difficultés financières rencontrées, les conditions de recours aux soins n'ont pas été modifiées ou très peu durant ces dernières années. Enfin, alors que la participation des ménages tendait à diminuer en France, le recours au secteur privé, entièrement à la charge du patient (ou de son assurance privée), augmentait en Italie ; la part du financement privé dans les dépenses de santé reste toutefois moins forte en Italie.

(1) : les données manquent pour apprécier cette évolution récente et il s'agit ici de conclusions dégagées après lecture d'articles dans les quotidiens italiens, notamment sur les grèves engagées par les personnels sanitaires en Italie (médecins et autres personnels que ce soit dans le secteur ambulatoire ou à l'hôpital). On sait de plus qu'en 1982, les hôpitaux publics de la région de Rome, en cessation de paiement vis-à-vis de leurs fournisseurs, ont manqué de médicaments et de petit matériel pendant plusieurs mois car ceux-ci refusaient de leur en livrer. Ce problème a dû être résolu par une intervention financière du Fond Sanitaire National hors budget. Il montre que la réforme n'a pas encore résolu les problèmes de financement de l'hôpital alors que la régionalisation avait été appliquée à ce secteur dès 1974.

CHAPITRE III

L'OFFRE DE SOINS ET LES CONDITIONS D'ACCES

- Chapitre III -

L'OFFRE DE SOINS ET LES CONDITIONS D'ACCES

Après avoir examiné le contexte socio-économique des deux pays et décrit les deux systèmes de santé dans leurs principes et leur fonctionnement, il convient de comparer les moyens dont les deux systèmes disposent avant d'examiner leur production et leurs coûts. Ce chapitre se propose donc de comparer les moyens en matériel et en personnels médicaux qui sont offerts à la population. L'offre de soins hospitaliers sera d'abord considérée, ainsi que ses inégalités de répartition dans les deux pays. Cette description se limitera aux hôpitaux généraux, seule catégorie d'hôpitaux pour laquelle les statistiques sont comparables. Ensuite, on décrira l'offre de services pour malades ambulatoires et plus particulièrement les médecins, leur évolution démographique, leurs rapports avec les malades d'une part et avec les responsables du système sanitaire d'autre part. Enfin, on mettra l'accent sur les politiques de santé en vigueur dans les deux pays et les conditions d'accès aux soins qui leurs sont liées.

III.1. L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS

III.1.1. L'équipement en lits

L'équipement en lits par rapport à la population est, globalement, plus fort en France qu'en Italie. Il l'était déjà en 1960 et depuis l'écart s'est légèrement réduit sans s'annuler.

L'importance relative de chaque secteur (public et privé) est différente dans les deux pays. L'hôpital public regroupe en effet une part plus

importante des lits en Italie puisqu'en 1979 il y avait 6,5 lits pour 1000 habitants en hôpitaux généraux publics et, 1,4 dans les hôpitaux privés (respectivement 5,6 et 3,4 en France).

En France, le nombre de lits rapporté à la population n'a cessé de progresser entre 1960 et 1980. Cette progression se situe surtout à partir de 1973 pour les hôpitaux généraux publics alors que pour les hôpitaux privés, c'est entre 1960 et 1970 que se produit l'essentiel de l'augmentation. En Italie, les évolutions sont tout à fait différentes puisque l'on n'observe pas une progression sur toute la période mais bien une diminution du nombre de lits pour 1000 habitants à partir de 1974 tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Ainsi la densité des lits retrouvait en 1979 son niveau de 1970 dans le secteur public et redescendait au même niveau qu'en 1960 dans le secteur privé. Il faut toutefois souligner que, dans le secteur privé, la progression avait été assez forte entre 1960 et 1965 et arrêtée ensuite jusqu'en 1974.

Tableau n° 2

DENSITE DE LITS DES HOPITAUX GENERAUX
Pour 1000 habitants
EVOLUTION 1960-1980

Années	FRANCE			ITALIE		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
1960	4,6	2,3	6,5	4,2	1,4	5,6
1970	4,8	3,1	7,9	6,7	1,7	8,4
1975	5,0	3,3	8,5	6,6	1,6	8,2
1980	5,7	3,5	9,2	6,5*	1,4*	7,9*

* en 1979

Il est intéressant de remarquer que ces baisses de l'équipement en lits en Italie datent de la réforme de la gestion des hôpitaux qui a été transférée de l'Etat aux régions en 1974 en retenant le principe du budget global. Il semble

donc que pour respecter cette enveloppe, les régions aient été conduites à supprimer des lits.

III.1.2. Les personnels

Pour ce qui concerne les personnels, les situations sont très différentes dans les deux pays. Considérons d'abord le secteur public. Dans les hôpitaux généraux publics, le nombre de médecins pour 100 lits était de 1,2 en Italie et de 5,3 en France en 1965. Depuis l'écart s'est réduit (respectivement 12,7 et 14,5 en 1979). Il faut toutefois souligner qu'en Italie, les médecins hospitaliers comprennent les internes dont la définition n'est pas la même qu'en France puisque parmi eux on trouve non seulement les étudiants en voie de spécialisation mais aussi ceux qui, dès la troisième année de médecine, travaillent volontairement dans un service afin d'accéder plus facilement ensuite à une spécialisation mais sans jouer le rôle d'un médecin. Si on les retire du nombre de médecins hospitaliers, il semble que l'on observe plutôt un manque de médecins dans les hôpitaux italiens malgré le chômage qui atteint nombre de jeunes médecins (voir paragraphe suivant).

Le manque de personnels dans les hôpitaux publics italiens est surtout important pour les professions para-médicales. En effet, en 1965, il y avait 15,8 personnes (infirmiers, autres personnels soignants et aides-soignantes) pour 100 lits en Italie et 56,9 en France. En 1979, les chiffres étaient de 102,3 pour la France et de 44,7 pour l'Italie. Des changements de structures importants ont marqué la période 1965-1975 en Italie. Conscientes de l'insuffisance des effectifs et du manque de qualification (les infirmiers qualifiés sont très peu nombreux), les autorités ont, sous la pression du personnel des hôpitaux publics, revalorisé les salaires qui étaient très bas en général, embauché du personnel plus qualifié et facilité la formation des personnels déjà en place. C'est ainsi que durant cette période, la proportion d'infirmières diplômées s'est nettement élevée alors que le bénévolat et le personnel religieux, souvent sans véritable formation, ont vu leur place se réduire sensiblement.

Enfin, le personnel non sanitaire employé par les hôpitaux généraux publics à la même importance en France et en Italie (56,2 pour 100 lits en France et 50 en Italie en 1979). Les niveaux étaient déjà comparables en 1965.

Dans le secteur privé , on constate aussi des différences importantes entre les deux pays. D'abord le nombre de médecins pour 100 lits est nettement supérieur en France (19,8 contre 9,7 en Italie en 1979). Il en va de même pour le personnel para-médical (43,8 personnes pour 100 lits en France et 25,1 en Italie en 1979). Enfin les niveaux se situaient en 1975 à 47,4 personnes employées pour 100 lits en France et 37,2 en Italie pour le personnel non sanitaire. Pour le secteur privé, il est difficile d'aller au delà de cette constatation des écarts entre les deux pays. En effet les chiffres disponibles ne permettent pas d'analyser les évolutions. Il faut tout de même rappeler que le secteur privé en Italie, s'il apparaît nettement sous-équipé en personnels, à la fois par rapport au secteur privé français et au secteur public italien, joue un rôle beaucoup moins important dans le système sanitaire italien que son équivalent dans le système sanitaire français. Par contre, ce rôle peut être plus ou moins grand selon les régions et la densité des personnels varie également.

III.1.3. Répartition régionale de l'offre de soins hospitaliers

Si l'on considère l'ensemble de l'offre de soins hospitaliers, les écarts entre régions sont à peu près les mêmes en France et en Italie. L'équipement en lits varie en effet de 1 à 2 dans les deux pays. La répartition des lits est toutefois différente car en Italie, les régions sous-équipées sont les régions du Sud les plus rurales alors qu'en France ce sont les régions industrielles du Nord. De plus, si l'on considère séparément le secteur privé et le secteur public, l'ampleur des écarts est différente dans les deux pays. Ainsi le nombre de lits pour 1000 habitants varie de 1 à 1,7 en France et de 1 à 2,6 en Italie dans le secteur public. L'ampleur est également plus grande en Italie pour le secteur privé (1 à 9 contre 1 à 4 en France). Ceci reflète un partage du rôle des deux secteurs qui varie beaucoup plus en Italie qu'en France selon les régions.

Dans le secteur public, en France, la densité de médecins pour 100 lits (en équivalent temps plein) est élevée dans les régions où l'on trouve une forte consommation de soins par ailleurs même si l'équipement en lits publics n'y est pas très important. Par contre, en Italie, on trouve trois types

de situations. Les densités de médecins pour 100 lits sont en dessous de la moyenne dans le Nord, fort consommateur de soins, où l'équipement en lits publics est plus élevé qu'ailleurs. Dans le Centre, l'équipement en lits est également au dessus de la moyenne et les densités de médecins pour 100 lits sont égales à la moyenne nationale. Enfin, dans les régions du Sud sous-équipées en lits on trouve plus de médecins pour 100 lits. Contrairement à la France, où la répartition des médecins hospitaliers du secteur public coïncide assez bien avec celle des médecins exerçant en ville, les médecins italiens exerçant en hôpital public sont plus nombreux dans les régions délaissées par la médecine ambulatoire.

Il est plus difficile de dégager des caractéristiques de la répartition du secteur privé. On peut souligner que dans les deux pays, il y a complémentarité avec le secteur public dans certaines limites. En Italie, cette complémentarité coïncide avec une volonté affirmée par le gouvernement à l'occasion de la réforme sanitaire.

III.2. L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRES

Parmi les soins ambulatoires, on étudiera surtout les soins de médecins dans la mesure où l'on ne dispose pas de statistiques complètes sur les autres professions sanitaires. Ce paragraphe présente donc une comparaison des densités médicales en France et en Italie, des répartitions régionales des médecins et de leurs statuts. Les chiffres cités ensuite sur les autres professions sanitaires sont donnés à titre indicatif, ils ne permettent pas de comparer l'implantation des professions para-médicales dans les deux pays mais seulement d'avoir une approximation des écarts entre les densités.

III.2.1. Les densités et la répartition géographique des médecins

Dans les chiffres cités pour l'Italie, les effectifs de dentistes ont été retirés de ceux des médecins, où ils figurent en général dans les statistiques,

En Italie comme en France la densité de médecins a progressé assez lentement entre 1960 et 1970 (98,4 médecins pour 100 000 habitants en 1960 et 122,8 en 1970 pour la France, respectivement 129,5 et 148,9 en Italie). La progression s'est ensuite fortement accélérée durant toutes les années 1970 dans les deux pays. Cette accélération s'est maintenue à partir de 1980 en Italie alors qu'en France la progression enregistrée en 1981 était inférieure à celle de la décennie précédente.

Si l'on ne compte que les médecins en activité, il y avait en 1961 129,5 médecins pour 100 000 habitants en Italie contre 101,3 en France. Cet écart s'est creusé en vingt ans puisqu'en 1981 les densités étaient de 200,2 en France et de 271,1 en Italie. La répartition des médecins entre généralistes et spécialistes n'était pas disponible pour l'Italie.

Comme en France, l'accès à une formation de spécialiste est assez restreint en Italie. Il n'y a en effet que peu de places dans les écoles de spécialisation qui admettent les élèves sur dossier. De plus le concours d'admission au titre de médecin hospitalier dans le secteur public est difficile et offre peu de postes malgré le manque de personnel dans ce secteur. C'est pourquoi on peut penser que l'essentiel des médecins au chômage en Italie sont des généralistes qui ne peuvent s'installer et il est probable que les plus fortes augmentations de densités concernent les généralistes.

En 1981, il y avait un médecin pour 500 habitants en France et un médecin pour 367 habitants en Italie. Ceci résume un ensemble de situations régionales diverses. En Italie comme en France, les densités médicales variaient de 1 à 2,2 en 1978 selon les régions. Ainsi il y avait la densité médicale la plus forte (272 habitants par médecin) dans le Latium, et la plus faible dans le Basilicate (662 habitants par médecin). En France la plus forte densité se rencontrait en Ile-de France (385 habitants par médecin) et la plus faible en Picardie (838 habitants par médecin); on peut caractériser en première approximation les régions à forte densité de médecins par l'attrait de la capitale, par l'héliotropisme (Région Parisienne et régions du Sud) et aussi par l'attrait des centres hospitaliers universitaires. Par contre en Italie, l'implantation des médecins ne coïncide pas avec celle des hôpitaux; outre la région de Rome, on trouve des densités fortes dans toutes les parties du pays

et aussi bien dans les régions industrialisées du Nord (Ligurie) que dans celles du Centre et du Sud beaucoup plus rurales (Ombrie, Campanie ou Sicile). On peut tout de même remarquer que, comme en France, les densités sont inférieures à la moyenne dans les régions les plus industrialisées (Nord, Pas-de-Calais en France et Piémont et Lombardie en Italie correspondant aux villes de Turin et Milan). Enfin, on peut souligner qu' en Italie, la région Ombrie exceptée, les régions où la densité de population est faible ont également une densité médicale faible (l'inverse n'étant pas toujours vrai).

III.2.2. Le statut des médecins

Pour mieux percevoir la nature de l'offre de soins et la relier à l'accès aux soins, il est utile d'examiner le statut des médecins et son évolution ainsi que les modes de paiements du médecin par le patient ou par l'organisme de protection sociale.

En France, depuis 1960, le statut a peu varié. Le système des conventions a toujours été en vigueur; la part des médecins non conventionnés a diminué régulièrement jusqu'à la nouvelle convention de 1980. Cette dernière a eu pour conséquence de réduire considérablement cette part, et avec la création du secteur "honoraires libres", d'accroître la part payée par les assurés aux médecins ayant opté pour ce type de rémunération. A la fin de 1981, 7,7 % des médecins avaient choisi la convention avec honoraires libres tandis que 1,2 % restaient non conventionnés.

En Italie, la situation est nettement plus complexe. Avant 1978, les soins étaient gratuits pour tous ceux qui bénéficiaient d'une assurance s'ils consultaient un médecin sous contrat avec celle-ci. Les médecins pouvaient passer des contrats avec les différents organismes d'assurance. Les contrats comportaient la plupart du temps une rémunération à l'acte mais certains contrats avec l'INAM, principal organisme, prévoyaient un paiement à la capitation pour les généralistes. En général, ces contrats étaient reconduits ou renégociés tous les deux ou trois ans. A partir de 1979, les médecins ont dû négocier leurs contrats avec le Service Sanitaire National. Le système de paiement à la capitation a été étendu à tous les généralistes tandis que pour les spécialistes il reste encore deux possibilités : paiement à l'acte ou capitation. Pour les

patients, les soins de médecins sont restés gratuits à condition de consulter le médecin auprès duquel ils sont inscrits ou le spécialiste vers lequel ce dernier les a dirigés. S'ils désirent consulter un autre praticien, les frais sont entièrement à leur charge. En pratique, on sait qu'une majorité de médecins sous contrat avec le Service Sanitaire National ont une activité libérale avec une clientèle privée. Cette double pratique n'est autorisée que dans la mesure où le patient privé ne figure pas sur la liste du médecin. L'exercice privé est également autorisé pour les médecins hospitaliers à temps partiel ; il est interdit mais il existe de fait pour les médecins hospitaliers à temps plein. De plus, il semble¹ que depuis la mise en oeuvre de la réforme, la part des ménages dans la dépense de santé ait augmenté, et en particulier, le recours aux soins de médecins en clientèle privée s'est accru. Ceci se manifeste pour les patients par une part plus importante de leur budget affectée, soit au paiement direct du médecin, soit à un contrat avec une assurance privée qui prend en charge leurs dépenses sanitaires.

L'examen de l'ensemble des conditions financières d'accès aux soins confirme cette tendance comme le montre le paragraphe III.3.

III.2.3. Les autres professions sanitaires

Il n'a pas été possible de réunir des statistiques italiennes sur les effectifs ni sur l'activité des professions sanitaires hormis les médecins. La seule source disponible a été Eurostat et les seules données qu'elle fournit sont les densités de dentistes et d'infirmiers. De plus ces séries présentent quelques anomalies. Ainsi pour les dentistes, la densité par rapport à la population n'aurait pas augmenté depuis 1971. Ceci résulte probablement du fait qu'en Italie, les statistiques ne distinguent pas dentistes et médecins en général. Pour les infirmiers, on constate une progression de 36 % de la densité entre 1975 et 1976. Il est probable que la série a été modifiée en 1976 (par exemple par la prise en compte des infirmiers non diplômés).

¹ A.BRENNNA : *Alternative Methods of Physician Compensation and their effects on Physician Activity. Country report for Italy.*

Les seules conclusions que l'on puisse donner à partir de ces statistiques sont d'une part, une densité de dentistes nettement plus faible en Italie qu'en France (même en supposant qu'ils ne sont pas tous recensés en tant que tels en Italie), et d'autre part, une densité d'infirmiers également plus faible en Italie, mais avec un rattrapage important de l'écart durant les dernières années.

III.3. LES CONDITIONS D'ACCES AUX SOINS

Même dans les régions italiennes où la densité médicale est la plus faible, et parmi celles-ci, celles qui sont les plus rurales et où l'habitat est dispersé, les distances qui séparent les médecins des résidents sont inférieures à celles que l'on rencontre en France. En effet, deux facteurs se conjuguent : des densités médicales plus fortes que dans les régions françaises et une superficie environ deux fois moins grande pour une même population. Le phénomène est sans doute un peu moins net pour ce qui concerne les hôpitaux puisque, si l'on considère l'ensemble des lits, l'offre est inférieure à celle dont dispose la France. Toutefois, l'écart n'est pas assez grand pour annuler l'effet de la superficie du territoire et les distances d'accès à l'hôpital sont, comme celles qui séparent les malades des médecins moins importantes en Italie qu'en France.

Examinons maintenant les conditions d'accès aux soins par l'assuré du point de vue financier. Il ne s'agit pas ici d'évaluer la part des ménages dans le financement des dépenses de santé qui font l'objet du chapitre suivant mais de comparer les dispositions réglementaires concernant la participation de l'assuré aux frais médicaux dans les deux pays. En France, cette participation comprend, outre le ticket modérateur s'appliquant aux tarifs pour ceux qui n'en sont pas exonérés, le paiement quasi-total des actes effectués par des praticiens non conventionnés, et le dépassement des tarifs. Ce dernier peut être plus ou moins réglementé (autorisations de dépassement pour les médecins). Il existe aussi des domaines où les tarifs et forfaits qui sont la base du remboursement n'ont pas de commune mesure avec le prix effectivement payé par le patient; c'est le cas des prothèses dentaires, de la lunetterie et de l'orthopédie.

En Italie, bien que sérieusement envisagée dans la période récente, l'instauration du ticket modérateur n' a pas encore eu lieu. Depuis la réforme sanitaire, la plupart des soins sont restés gratuits sous la condition qu'ils soient dispensés par un médecin ou un établissement conventionné. La participation à charge du patient concerne les prothèses dentaires, les produits pharmaceutiques, la lunetterie et l'orthopédie. Pour les prothèses dentaires, si elles sont autorisées, il existe un forfait de remboursement (3 000 liras soit environ 15 francs par dent en 1980), sans doute largement inférieur aux prix réels. Pour les produits pharmaceutiques, un forfait par médicament reste à la charge du patient ; ce forfait est variable selon le prix du médicament. Enfin, pour la lunetterie et l' orthopédie, après accord préalable, le remboursement est aussi basé sur un forfait variable ne couvrant pas l'ensemble des dépenses en général.

Ainsi, même depuis la réforme sanitaire italienne, la participation du patient aux frais médicaux est moins étendue qu'en France et elle reste limitée à une partie de la consommation médicale (voir tableau n° 3). Toutefois il semble que la mise en place des tickets modérateurs sur les soins ambulatoires soit sérieusement envisagée et susceptible de voir le jour prochainement.

Tableau n° 3

PARTICIPATIONS AUX FRAIS MEDICAUX SELON LES REGLEMENTATIONS EN VIGUEUR

	FRANCE Tickets modérateurs s'appliquant aux tarifs de convention	ITALIE Participations (après prescription ou autorisation préalable)
Soins de médecins	25 %	nulle
Soins dentaires	25 %	nulle
Prothèses dentaires	25 %	Tous frais au-delà de 3 000 liras par dent (1980)
Analyses de laboratoire	30 %	nulle
Soins d'auxiliaires	31 % (en moyenne)	nulle
Hospitalisation	20 %	Nulle sauf frais pour chambre individuelle totalement à charge du malade
Honoraires secteur public	20 %	nulle
Pharmacie	32,7 % (moyenne de plusieurs taux)	200 liras par médicament de moins de 1 000 liras ; 400 liras pour ceux qui valent de 1 000 à 3 000 liras ; 600 liras pour ceux de plus de 3 000 liras
Optique, orthopédie	30 % 0 % pour le grand appareillage	Tous frais au-dessus des forfaits établis.

CHAPITRE IV

LES DEPENSES DE SÂNTE
ET LES CONSOMMATIONS MEDICALES

- Chapitre IV -

LES DEPENSES DE SANTE ET LES CONSOMMATIONS MEDICALES

Après avoir situé les niveaux des dépenses de santé en France et en Italie par rapport à l'économie de chaque pays ce chapitre décrira le financement de la dépense de santé dans les deux pays et donnera quelques estimations du financement privé en Italie. Depuis la réforme sanitaire il est difficile de comparer les deux financements puisque celui de l'Italie n'est qu'en partie fiscalisé et que les chiffres manquent. Toutefois, on pourra analyser le rôle des différents acteurs du financement dans les deux pays avant 1979.

On s'efforcera ensuite d'analyser les dépenses de santé par fonction dans les deux pays. Les chiffres disponibles pour l'Italie ne permettent pas de donner un détail comparable à celui des tableaux de la consommation médicale finale par activité en France ; cette analyse s'est bornée à distinguer trois fonctions : services ambulatoires, pharmacie et services hospitaliers.

Enfin, la dernière partie tentera de comparer les consommations à partir de données indépendantes des dépenses (enquête) pour l'Italie. Ces données sont peu nombreuses pour les soins ambulatoires et les biens médicaux. Elles sont assez complètes pour ce qui concerne l'activité des hôpitaux.

IV.1. La place des dépenses de santé dans l'économie

En Italie comme en France, la place du secteur de santé dans l'économie est devenue de plus en plus importante (tableau n° 4). Ainsi en France la part de la dépense de santé (consommation médicale finale seule) dans le P.I.B. est

passée de 4,8 % en 1964 à 7,5 % en 1980 tandis que par rapport à la consommation finale des ménages, elle valait 7,8 % en 1964 et a atteint 11,8 % en 1980. En Italie l'évolution de ce pourcentage est plus difficile à interpréter car il n'est pas possible d'évaluer la part de la dépense de santé qui est financée par les ménages. Les dépenses de santé qui vont apparaître dans ce chapitre seront donc toujours, pour l'Italie, les dépenses publiques et mutualistes seules. Avec cette restriction, on constate que la part des dépenses de santé, tant dans le P.I.B. que dans la consommation finale des ménages, a été maximale en 1975 pour l'Italie (respectivement 5,9 % et 8,8 %) pour diminuer légèrement ensuite ce qui est sans doute lié au fait que la part des ménages a augmenté. Il faut noter que ces ratios sont toujours inférieurs à ceux que l'on connaît en France.

Tableau n° 4

**EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE
PAR RAPPORT A L'ENSEMBLE DE L'ECONOMIE**

Années	FRANCE			ITALIE		
	Part de la dépense courante dans le PIB %	La CFM %	Valeur de la dépense en francs courants milliards de francs	Part de la dépense courante dans le PIB %	la CFM %	Valeur de la dépense au taux de change courant milliards de francs
1964	4,8	7,8	21,5	3,5	5,3	9,3
1969	5,5	9,0	38,6	4,3	6,6	18,2
1974	6,1	10,0	78,0	5,6	8,5	41,5
1980	7,5	11,8	206,4	5,0	7,9	83,3

Ce tableau montre que si le mouvement des dépenses de santé a bien été le même dans les deux pays, les niveaux atteints par ces dépenses restent nettement inférieurs en Italie puisqu'ils représentent un peu moins de la moitié de ceux de la France.

IV.2. LE FINANCEMENT DES DEPENSES DE SANTE

En France, la caractéristique essentielle de l'évolution du financement durant les vingt dernières années est l'augmentation régulière de la part qui incombe à la Sécurité Sociale (59,3 % de la dépense en 1964, 71,8 % en 1978). Ce type de financement a peu à peu remplacé celui des administrations publiques qui représentait 8,3 % en 1964 et 2,8 % en 1978, et a contribué à réduire sensiblement la part du financement des ménages et des assurances privées qui est passée de 29,3 % de la consommation médicale finale en 1964 à 21,5 % en 1978. Enfin la partie du financement prise en charge par les mutuelles reste faible (3,9 % en 1978) et a peu évolué.

Le sens de ces évolutions ne change pas selon que l'on considère l'ensemble des dépenses ou les dépenses de soins ambulatoires, de pharmacie, d'hospitalisation séparément. Toutefois, si la part de la Sécurité Sociale augmente pour le financement de chaque catégorie on constate que la part des ménages ne diminue que très lentement (entre 1964 et 1978, -1,8 % pour les soins ambulatoires, -0,4 % pour la pharmacie et -0,3 % pour l'hospitalisation). Ainsi, il apparaît que si globalement la part des ménages diminue sensiblement, cela résulte du recours sans cesse croissant aux soins hospitaliers pour lesquels la part du financement privé est beaucoup plus faible que pour les soins ambulatoires et la pharmacie.

Enfin il faut signaler qu'en France, les modifications de la structure du financement résultent essentiellement d'une extension de la protection sociale à toutes les catégories de la population et de la réduction des aides sociales (diminution du financement à charge des administrations publiques) sans doute liée à l'élévation du niveau de vie (au moins jusqu'en 1975).

Avant d'analyser la structure du financement des dépenses de santé en Italie, il faut rappeler que l'on connaît mal le financement privé et que seul le financement public est détaillé ici par fonction. De plus, à partir de 1975 la plus grande partie du financement des soins hospitaliers a été assurée par le F.N.A.O.⁽¹⁾ qui s'est substitué pour cela aux instituts

(1) *Fonds National d' Assistance Hospitalière*

mutualistes. Il faudra considérer l'ensemble instituts + F.N.A.O. pour pouvoir comparer sur une longue période. Les données disponibles ne sont pas assez récentes pour prendre en compte la réforme sanitaire et on ne pourra donc pas apprécier le degré de l'avancement de celle-ci en observant la part du financement à charge de l'Etat (financé par impôt) et celui qui provient toujours des cotisations sociales centralisées à l'I.N.P.S. . Enfin, dès avant la réforme sanitaire, le déficit annuel des instituts mutualistes obligeait l'Etat à leur accorder une part de financement qui a pu atteindre jusqu'à 20 % du total de leurs ressources. Dans les chiffres du tableau n° 5, ce financement est confondu avec l'ensemble des dépenses des instituts mutualistes ; ainsi le rôle de l'Etat avant la réforme sanitaire n'apparaît pas dans sa juste proportion.

L'évolution du financement privé depuis 1970 a été la suivante pour la dépense de santé ⁽¹⁾ (biens et services médicaux, non compris les dépenses administratives) :

	1970	1975	1978	1980
<i>% de la dépense de santé</i>	14,1	13,6	11,7	15,2

Il semble donc, que comme pour la France, l'extension de la protection sociale a réduit la part à charge des ménages du moins jusqu'à la réforme sanitaire mais que, depuis, les ménages ont dû accroître leur contribution aux dépenses de santé. Ceci s'explique notamment par l'instauration de la participation aux dépenses de pharmacie et peut-être aussi par un recours accru au secteur privé. Enfin, même depuis la réforme sanitaire, la part financée par les ménages et les assurances privées reste nettement inférieure à celle que l'on connaît en France.

(1) Source : A. BRENNNA

Tableau n° 5

STRUCTURE DU FINANCEMENT DE LA DEPENSE COLLECTIVE

	Soins ambulatoires		Pharmacie		Soins hospitaliers		Ensemble		
	1964	1977	1964	1977	1964	1977	1964	1977	
FRANCE	Sécurité Sociale	n.d.	88,5	n.d.	86,6	n.d.	93,0	83,9	90,8
	Etat et Collectivités locales	n.d.	1,8	n.d.	3,1	n.d.	5,6	11,7	4,3
	Mutuelles	n.d.	9,7	n.d.	10,3	n.d.	1,4	4,4	4,9
ITALIE	Instituts mutualistes (+ FNAO)	80,4	88,3	96,5	99,2	55,4	90,4	68,5	87,8
	Etat et Collectivités locales	15,0	8,8	3,5	0,7	29,0	9,4	22,4	11,4
	INPS-INAIL (accidents du travail)	4,6	2,9	0	0,1	15,6	0,2	9,1	0,8

Avant la réforme sanitaire, pour la seule dépense collective de santé en Italie, la part des instituts mutualistes (alimentés par les cotisations sociales) était tout à fait prépondérante sur toute la période et n'avait cessé d'augmenter au moins jusqu'en 1974 où elle valait 82,2 % . A partir de 1975 le F.N.A.O. a pris en charge les dépenses d'hospitalisation ; en additionnant cette dépense à celle des instituts mutualistes on obtient un financement de 87,8 % du total en 1977. Toutefois le F.N.A.O. n'est pas seulement alimenté par les cotisations sociales comme il était prévu à l'origine mais, en raison des déficits qu'il a connu, également par l'Etat. Comme en France, dans la mesure où le niveau de vie s'est élevé les dépenses

d'aide sociale ont diminué en Italie, ceci s'est traduit par la diminution de la part du financement des provinces et des communes pour toutes les catégories de soins.

Si l'on considère les dépenses par activité, ces évolutions d'ensemble restent valables. Le complément au total de la dépense collective non pris en charge par les instituts mutualistes incombe presque en totalité aux administrations provinciales et communales pour tous les soins ne résultant pas d'un accident du travail. Dans ce cas l' I.N.A.I.L. entre en jeu pour les soins ambulatoires (3 % environ de la dépense) et pour l'hospitalisation jusqu'en 1975. Enfin, il faut signaler que les instituts mutualistes prenaient en charge la quasi-totalité des dépenses de pharmacie (99,2 % en 1977) avant la réforme sanitaire.

IV.3. ANALYSE DES DEPENSES PAR FONCTION

Les fonctions considérées sont : les soins ambulatoires, la pharmacie, et les soins hospitaliers.

Pour ces trois postes on dispose des dépenses courantes effectuées dans les deux pays mais le passage à un indice de volume n'a pu se faire pour l' Italie. D'une part on dispose de deux indices de prix calculés par l'I.R.E.S. et l' I.S.T.A.T. par fonction jusqu'en 1975. Ces indices diffèrent sensiblement et l'interprétation aurait été différente selon le choix de l'un ou de l'autre. De plus, après 1975, on ne dispose que des indices de prix donnés dans l'annuaire statistique par l' I.S.T.A.T., qui ne coïncident avec aucun des deux indices précédents. Il était donc préférable de se limiter à l'évaluation des dépenses et à leur valeur relative sans calculer l'évolution du volume de la consommation à partir de celles-ci.

L'ensemble des dépenses de santé a évolué en Italie à peu près au même rythme qu'en France avant 1969. Après cette date on a assisté à une accélération de la progression dans les deux pays ; ce mouvement a été plus accentué en Italie qu'en France puisque le taux de progression annuel moyen entre 1969

et 1974 était de 20,6 % en Italie et de 15,1 % en France. Par contre, alors que l'on a assisté à une nouvelle accélération en France à partir de 1974 (+ 17,6 % par an de 1974 à 1980), le rythme s'est maintenu en Italie (+ 20,1 %).

Bien qu'il n'ait pas été possible de calculer les indices des prix pour les biens et services de santé sur toute la période, on peut supposer que les taux plus élevés enregistrés en Italie s'expliquent au moins en partie par une hausse des prix plus importante qu'en France, tant au niveau général que pour les prix médicaux.

En effet, si l'on considère les dépenses de santé en valeur relative⁽¹⁾, les taux d'accroissement en Italie deviennent plus faibles que ceux de la France à partir de 1974 aussi bien pour l'ensemble des dépenses que pour les différentes activités sauf la pharmacie.

Tableau n° 6

LES DEPENSES DE SANTE ET LEUR EVOLUTION

	FRANCE		ITALIE		
	Valeur nominale	Valeur relative aux prix de 1980	Valeur nominale	Valeur relative aux prix de 1980	
Dépenses en milliards de francs	1964	21,5	68,4	9,3	25,7
	1969	38,6	102,2	18,2	42,5
	1974	78,0	143,3	41,5	70,4
	1980	206,4	206,4	83,3	83,3
Accroissements annuels moyens %	64-69	12,5	8,4	14,5	10,6
	69-74	15,1	7,0	17,8	10,6
	74-80	17,6	6,3	12,3	2,8

(1) obtenue en divisant la valeur nominale par l'indice général des prix à la consommation.

Avant d'examiner les différentes catégories des dépenses, il est utile de préciser leur importance et leur place dans l'ensemble de la consommation médicale.

On trouvera en annexe des tableaux des dépenses de santé de l'Italie exprimés en francs. Ces chiffres sont donnés à titre indicatif. Dans la mesure où, sur la période considérée, de nombreuses variations de taux de change entre les deux monnaies ont eu lieu, on ne peut en donner une interprétation uniquement liée au système sanitaire.

IV.3 1. Structure des dépenses

Pour comparer la structure des dépenses de santé en France et en Italie, il faut garder à l'esprit que le financement privé n'est pas compris dans les tableaux détaillés de l'Italie. Ce type de financement ne concerne sans doute pas ou très peu l'hospitalisation, et comme en France, il se dirige presque uniquement vers les soins ambulatoires et la pharmacie ; c'est pourquoi la part de ces deux dernières catégories dans la dépense totale est probablement plus importante en réalité qu'elle n'apparaît dans les tableaux et celle de l'hospitalisation est sans doute plus faible.

Compte tenu de cette remarque, les places respectives des soins ambulatoires, de la pharmacie et de l'hospitalisation sont à peu près les mêmes dans les deux pays. Au vu des chiffres des années les plus récentes (notamment 1980) on pourrait penser que l'hospitalisation est plus importante en Italie qu'en France et que les soins ambulatoires y représentent une part plus faible des dépenses. Toutefois une proportion de soins spécialisés (tels qu'analyses biologiques et radiologie) plus importante qu'en France s'effectue dans les hôpitaux publics italiens et il est possible que de ce fait, les dépenses de soins ambulatoires y soient sous-estimées.

Tableau n° 7

STRUCTURE PAR FONCTION DES DEPENSES DE SANTE

%	FRANCE				ITALIE			
	1964	1969	1974	1980	1964	1969	1974	1980
Soins ambulatoires	32,9	33,0	32,1	29,6	25,5	24,3	21,0	22,0
Pharmacie	26,8	27,1	24,6	18,2	22,0	21,2	16,6	15,9
Soins hospitaliers	38,2	38,2	41,1	50,2	45,3	47,9	56,4	55,7
Autres	2,1	1,7	2,2	2,0	7,2	6,6	6,0	6,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

L'évolution des structures des dépenses montre que dans les deux pays les dépenses hospitalières ont progressé plus vite que les autres entre 1964 et 1980. Toutefois, alors qu'en France la progression a été lente et régulière, elle s'est située en Italie uniquement entre 1964 et 1974 et depuis que la gestion des hôpitaux publics a été transférée aux régions italiennes, la part des soins hospitaliers est restée à peu près constante dans l'ensemble des dépenses.

Enfin, dans les deux pays, l'importance des dépenses de pharmacie et de soins ambulatoires a diminué. Il s'agit en France d'une diminution lente et régulière ; en Italie la part de ces dépenses avait augmenté entre 1975 et 1977 et elle est ensuite revenue à un niveau plus bas. Il est possible qu'une partie des soins, qui se seraient effectués en milieu hospitalier si un effort de maîtrise des dépenses n'était pas intervenu, se soit dirigée vers la médecine ambulatoire à partir de 1974.

IV.3.2. Les dépenses de soins hospitaliers

Les dépenses de soins hospitaliers (secteurs public et privé confondus) ont connu en France et en Italie des forts accroissements. La comparaison des deux pays est ici très intéressante car le mouvement de progression que l'on observe de manière régulière en France s'est interrompu en Italie.

Tableau n° 8

LES DEPENSES DE SOINS HOSPITALIERS ET LEUR EVOLUTION

		FRANCE		ITALIE	
		Valeur nominale	Valeur relative aux prix de 1980	Valeur nominale	Valeur relative aux prix de 1980
Dépenses en milliards de francs	1964	8,2	26,1	4,2	11,6
	1969	14,8	39,0	8,7	20,3
	1974	32,1	59,1	23,4	39,7
	1980	103,6	103,6	46,4	46,4
Accroissements annuels moyens %	64-69	12,5	8,4	15,8	11,8
	69-74	16,8	8,6	21,8	14,3
	74-80	21,5	9,8	12,1	2,6

En France, si l'on considère les périodes 1964-1969, 1969-1974 et 1974-1980, on observe à chaque fois une accélération de la progression des dépenses (successivement 12,5 %, 16,8 % et 21,5 % en moyenne par an); on sait que le recours à l'hospitalisation est de plus en plus fréquent en France et que les prix ont augmenté de façon sensible depuis 1970 à cause de l'amélioration des conditions d'hébergement et du pouvoir d'achat des personnels hospitaliers, qui suit de près le taux d'inflation général.

En Italie, pour ces trois mêmes périodes, la progression des dépenses s'est accélérée puis ralentie (en lires, + 14,6 % par an entre 1964 et 1969, + 24,6 % de 1969 à 1974, + 19,9 % de 1974 à 1980). Or la période 1969-1974 correspond en Italie à une amélioration importante des conditions de travail des personnels hospitaliers. Il semble donc que ce facteur ait la même influence dans les deux pays, ce qui est logique si l'on songe que les coûts de personnels représentent au moins deux-tiers des coûts hospitaliers. Par contre, à partir de 1974, les facteurs influençant la dépense hospitalière diffèrent dans les deux pays.

En France, l'augmentation des coûts de poursuit au même rythme et, jusqu'en 1977, le recours à l'hospitalisation est resté en forte progression. En Italie, le transfert du financement de l'hôpital public de l'Etat aux régions a eu l'effet contraire et c'est un fort ralentissement des dépenses qui a eu lieu jusqu'en 1978. A partir de 1979, on retrouve à nouveau des taux d'accroissements de l'ordre de 27 %. Cette date correspond au début de l'application de la réforme sanitaire, mais il est difficile d'en tirer des conclusions. Les jugements sur l'évolution des dépenses doivent être nuancés car, si l'on peut attribuer aux conséquences de la réforme de 1974 le ralentissement des dépenses en Italie, il est difficile de savoir si ces conséquences ont été positives ou non pour les malades. Ainsi, le recours à l'hospitalisation se serait accru moins vite à cause d'une dégradation de l'accueil qui est bien difficile à mesurer. On pourrait également supposer qu'une partie de la demande s'est orientée vers le secteur ambulatoire quand l'hospitalisation n'était pas réellement nécessaire. Il est impossible de faire la part entre ces différentes hypothèses.

L'examen de la valeur relative confirme les remarques déjà faites à propos de la valeur nominale. Les mêmes mouvements que ceux que l'on a déjà décrits apparaissent avec une amplitude moins grande. La seule différence concerne la période 1974-1980 où la valeur relative de la dépense hospitalière a augmenté de 2,6 % par an en Italie contre 9,8 % en France. L'écart est ici supérieur à celui qui sépare les valeurs nominales et confirme l'idée du ralentissement important de la consommation hospitalière en Italie au moins jusqu'en 1979.

IV.3.3. Les dépenses de soins ambulatoires

La série des dépenses de soins ambulatoires présente un point très fort pour l'Italie en 1978 où l'on observe une hausse de 40 % par rapport à 1977. En l'absence de données de morbidité le seul évènement, qui, cette année-là, pourrait expliquer cette hausse est la modification des contrats des médecins accompagnée d'une revalorisation des tarifs. Toutefois ceci ne suffit pas à expliquer un tel chiffre. De plus il est probable, étant donné l'offre excédentaire de soins médicaux, que les médecins n'ont pas pu obtenir une augmentation forte de leurs revenus⁽¹⁾.

D'une manière générale, les dépenses de soins ambulatoires ont augmenté plus vite en Italie qu'en France depuis 1970 et on constate un même mouvement de hausse dans les deux pays en 1975. Par contre le ralentissement observé en France depuis 1978 n'a pas eu lieu en Italie puisque la progression des dépenses y a repris un rythme de 19 % en 1980. Une fois encore, on ne peut aller beaucoup plus loin dans le commentaire de ces chiffres.

Tableau n° 9

LES DEPENSES DE SOINS AMBULATOIRES ET LEUR EVOLUTION

		FRANCE		ITALIE	
		Valeur nominale	Valeur relative aux prix de 1980	Valeur nominale	Valeur relative aux prix de 1980
Dépenses en milliards de francs	1964	7,1	22,5	2,4	6,6
	1969	12,8	33,8	4,4	10,3
	1974	25,0	46,0	8,7	14,8
	1980	61,1	61,1	18,3	18,3
Accroissements annuels moyens %	64-69	12,6	8,5	13,3	9,5
	69-74	14,4	6,4	14,4	7,4
	74-80	16,0	4,8	13,2	3,6

(1) : Voir A. Brenna, *Op. cit.*

L'examen des valeurs relatives, sans modifier les mouvements déjà décrits, permet de comprendre que la progression plus forte en Italie résulte probablement d'une hausse générale des prix supérieure au moins depuis 1974. En moyenne annuelle la valeur relative des dépenses de soins ambulatoires a en effet progressé de 4,8 % en France et de 3,6 % en Italie entre 1974 et 1980. Il faut toutefois nuancer cette interprétation. Si l'on peut rapprocher le rythme d'inflation générale des prix à celui des prix du secteur hospitalier à cause de la structure de ses coûts, on sait en revanche que ces dernières années en France, les prix des soins de médecins n'ont pas suivi le rythme de l'inflation et on peut supposer qu'il en a été de même en Italie puisque l'on sait que cette période a été marquée de plusieurs grèves des médecins mécontents de l'évolution de leurs revenus.

Enfin, le début de l'application de la réforme sanitaire ne peut être décelé, dans la série des dépenses de soins ambulatoires, ni comme un facteur d'accélération ni comme un frein au recours à ce type de soins.

IV.3.4. Les dépenses de pharmacie

Comme pour les dépenses de soins ambulatoires, la série des dépenses de pharmacie en Italie présente des dents de scie en 1975 et 1980 et il est préférable de ne considérer que des périodes de cinq ou six ans.

Les dépenses de pharmacie en valeur nominale évoluaient à peu près au même rythme dans les deux pays de 1964 à 1969. A partir de 1970, on a assisté à une accélération assez forte en Italie (+ 19,3 % en moyenne par an entre 1974 et 1980 contre 14,9 % de 1969 à 1974 et 12,3 % de 1964 à 1969). Par contre, en France, le mouvement s'est légèrement ralenti (+11,9 % de 1974 à 1980 contre 12,9 % de 1969 à 1974). Même en valeur relative le rythme reste plus fort en Italie. Du reste, les mêmes remarques qu'au paragraphe précédent sur l'évolution des prix pharmaceutiques par rapport à l'inflation peuvent être répétées. En France, on sait que les prix relatifs de la pharmacie ont baissé grâce à des contrôles et à des gains de productivité importants et malgré un taux d'évolution des dépenses modéré, la consommation a donc augmenté. En Italie, il semble que durant les dernières années, à la fois les prix et la consommation se soient accrus.

Tableau n° 10

LES DEPENSES DE PHARMACIE ET LEUR EVOLUTION

		FRANCE		ITALIE	
		Valeur nominale	Valeur relative aux prix de 1980	Valeur nominale	Valeur relative aux prix de 1980
Dépenses en milliards de francs	1964	5,7	18,3	2,0	5,6
	1969	10,5	27,7	3,9	9,0
	1974	19,2	35,1	6,7	11,6
	1980	37,7	37,7	13,2	13,2
Accroissements annuels moyens %	64-69	12,8	8,7	13,6	9,6
	69-74	12,9	4,8	12,2	5,4
	74-80	11,9	1,2	11,6	2,1

En France, on avait pu interpréter les évolutions très modérées de 1976 et 1977 comme des résultats de la baisse de la T.V.A. pour les prix et de l'augmentation du ticket modérateur de certains médicaments pour le volume de la consommation.

En Italie, le taux de progression de 3,7 % de 1979, suivi de 31,2 % en 1980, fait hésiter l'interprétation entre l'erreur statistique et le coup de frein donné à la consommation par l'introduction d'une participation du malade au paiement des médicaments ; coup de frein très sensible mais momentané qui aurait donc été suivi d'un rattrapage aussi important dès l'année suivante. Le choix du type de participation demandée confirmerait cette hypothèse car elle représente une part de moins en moins importante dans la dépense à mesure que les prix des produits pharmaceutiques augmentent⁽¹⁾.

(1) En effet la participation est fixe (de 600 liras) pour tous les produits valant plus de 3 000 liras (soit environ 15 francs) et depuis 1979 un grand nombre de produits ont sans doute franchi ce seuil.

IV.4. LES CONSOMMATIONS MEDICALES

Les données disponibles sur les consommations de soins médicaux en Italie sont assez complètes pour tout ce qui relève de l'hospitalisation mais peu nombreuses sur les soins ambulatoires et les biens médicaux.

Pour les soins hospitaliers, les données sont assez comparables pour la France et l'Italie. On a pu retenir les taux d'hospitalisation, les taux d'occupation des lits et la durée moyenne de séjour. Pour les soins ambulatoires, les comparaisons des chiffres absolus sont difficiles car, la tarification n'étant pas la même, on dispose d'un nombre d'examen pour l'Italie et d'un nombre de lettres-clés pour la France (pour la radiographie et les analyses de laboratoire). De plus, les actes qui sont cotés en K en France n'ont pas d'analogue en Italie et on ne peut donc comparer que les consultations et les visites.

Pour les deux pays, les consommations de soins ambulatoires présentées dans les tableaux de l'annexe D ne concernent que les assurés des principaux régimes (Régime Général pour la France, I.N.A.M. pour l'Italie). Cette restriction et le fait que les chiffres bruts sont tous difficilement comparables ont réduit la comparaison des soins ambulatoires aux seules données d'évolution sur moyenne période.

IV.4.1. Les soins hospitaliers

Pour l'ensemble de l'activité hospitalière (secteur public et secteur privé), on constate un taux d'hospitalisation un peu plus faible en Italie qu'en France (16,1 % en 1975 en Italie et 18,2 % en France). Mais on observe une répartition entre secteur public et secteur privé différente dans les deux pays. Ainsi le taux d'hospitalisation dans le secteur public est supérieur en Italie alors que le taux d'hospitalisation dans le secteur privé y est nettement inférieur à celui de la France.

On a constaté depuis 1960 dans les deux pays une progression importante du taux d'hospitalisation attribuable essentiellement au secteur public.

En effet, le taux d'hospitalisation dans le secteur privé est passé de 1,5 % à 2 % entre 1961 et 1979 en Italie et de 6,1 % à 7,3 % de 1972 à 1980 en France. Par contre le taux d'hospitalisation dans le secteur public valait 5,6 % en France et 7,1 % en Italie en 1961 et il était respectivement de 11,1% et de 14,7 % en 1979. Le recours à l'hôpital public a donc doublé en vingt ans dans les deux pays. Toutefois si l'on observe l'évolution année par année on constate que le taux n'a cessé d'augmenter régulièrement en France sur toute la période alors qu'il valait déjà 14 % en 1972 en Italie et a stagné depuis. Il est difficile de savoir ici si la réforme hospitalière a joué un rôle de frein à la consommation puisque l'année d'arrêt de la progression précède cette réforme de deux ans.

L'effet de la réforme apparaît peut-être mieux sur les taux d'occupation des lits et les durées moyennes de séjour. En effet, le taux d'occupation des lits est resté à peu près le même sur toute la période en France tandis qu'en Italie il a diminué sensiblement à partir de 1974 dans le secteur public et augmenté simultanément dans le secteur privé. En effet dans le secteur public, on a continué à ouvrir des lits alors que le taux d'hospitalisation ne progressait plus. En revanche, les lits privés se sont réduits légèrement tandis que le taux d'hospitalisation de ce secteur se maintenait. Dans le même temps, la durée moyenne de séjour a décliné dans le secteur public et augmenté légèrement dans le secteur privé. Le phénomène est particulièrement apparent dans le secteur public italien puisque la durée moyenne de séjour s'est réduite de deux jours et demi en cinq ans (14 jours avant 1974 et 11,5 jours en 1979).

Enfin, dans les deux pays, et malgré la stagnation de ce secteur en Italie depuis 1974, on peut constater qu'en matière de soins hospitaliers, le secteur public constitue la partie essentielle et la plus dynamique et il est considéré comme tel par les autorités qui l'utilisent pour la planification; le rôle du secteur privé est le plus souvent celui d'un complément du secteur public qui l'a amené à stagner en France et peut-être à recueillir une partie de la demande en Italie depuis 1974.

IV.4.2. Les soins ambulatoires et la pharmacie

Pour les soins ambulatoires et la pharmacie on se borne à observer les progressions de la consommation en quantité par personne de 1964 à 1981 et sur des sous-périodes de trois à cinq ans.

On note d'abord que les progressions sont à peu près parallèles dans les deux pays avec une moindre augmentation de la consommation de consultations et visites et une hausse plus forte de la consommation de radiologie et d'analyses de laboratoires. Ce mouvement vers des actes de plus en plus spécialisés et techniques destinés à étayer le diagnostic s'est traduit par des progressions de la consommation de radiologie semblables dans les deux pays ; par contre, entre 1964 et 1977, les taux d'accroissement moyens de la consommation d'analyses de laboratoires ont été nettement plus forts en Italie.

Enfin il est difficile de comparer les évolutions de la consommation de produits pharmaceutiques. Les taux en progression de la consommation par personne semblent néanmoins un peu plus élevés en France qu'en Italie.

C O N C L U S I O N

- CONCLUSION -

La comparaison des systèmes de santé français et italien est intéressante, d'une part à cause de la similitude des situations initiales après 1945 dans les deux pays, d'autre part à cause des réformes intervenues en Italie et de celles qui sont envisagées en France.

A partir de 1945, la France et l'Italie ont été placées dans des situations proches : elles ont connu une croissance économique importante suivie d'une crise à partir de 1974, dans le domaine social les acquis sont comparables, la démographie et l'état de santé des deux populations sont peu différents et caractéristiques de la plupart des pays développés.

Suivant les mêmes principes, les deux pays ont connu un système financé par les cotisations sociales, avec une médecine ambulatoire essentiellement libérale et un secteur public prépondérant pour l'hospitalisation. Au départ concernant uniquement les salariés, la couverture des dépenses de santé s'est peu à peu étendue à presque toute la population. Deux caractéristiques importantes différenciaient toutefois la France et l'Italie : l'organisation des circuits de financement et la participation des ménages aux dépenses de santé. En effet, il n'existait pas de système de compensation en Italie entre les régimes et l'Etat devait financer les déficits. La couverture des soins et de l'achat des biens médicaux y était totale et non soumise à un ticket modérateur comme en France.

Dans les deux pays, le problème principal du système de santé est son financement. En France, le problème se pose surtout depuis la crise économique et il s'est accentué parallèlement à la montée du chômage entraînant des pertes de cotisations. En Italie, le problème existait déjà avant la crise

et, les déficits atteignant pour certaines années 20 % du budget des organismes d'assurance, l'Etat contribuait largement au financement du système. Toutefois l'urgence du problème financier n'a pas été le seul déterminant de la réforme sanitaire italienne.

L'Italie, dont l'existence en temps que nation a été postérieure à celle de la France, est un pays où les particularités régionales sont beaucoup plus marquées qu'en France. Ceci se traduit par des différences importantes de niveau économique entre régions et par une décentralisation réelle des décisions. Cette décentralisation prévue au niveau administratif par la Constitution est devenue effective avec la réforme régionale de 1972. Il était logique que la santé, comme les autres secteurs, relève plus qu'auparavant de la responsabilité des régions. Avec la réforme sanitaire, il s'agissait de confier la programmation du secteur de la santé aux régions en leur allouant un budget annuel. Elle devait répondre à deux objectifs : maîtriser les dépenses en responsabilisant au niveau local et mieux répartir les moyens sur le territoire. En fait, il semble que jusqu'à maintenant très peu de régions ont su mettre en place une véritable programmation et que l'allocation des ressources à l'intérieur des régions soit en général peu rationnelle. L'Etat se retrouve donc à peu près dans la même situation qu'avant la réforme ; il doit combler les déficits des régions comme il comblait ceux des organismes mutuels et il semble maintenant certain que les ménages vont devoir participer directement au financement des soins par le paiement d'un ticket modérateur (une participation existant déjà depuis 1979 pour les produits pharmaceutiques).

Le même processus avait déjà été rencontré en 1974 avec la réforme du financement des hôpitaux italiens. Cette réforme avait des traits communs avec celle qui s'engage actuellement en France, notamment la régionalisation et l'allocation d'un budget global à l'hôpital. Elle n'intervenait toutefois pas dans le même contexte puisque l'organisation tant au niveau de la région qu'à celui de l'hôpital était différente. D'une part la programmation des équipements et des budgets des hôpitaux était inexistante en 1974, d'autre part, l'hôpital italien, moins moderne qu'en France, au moins en ce qui concerne son organisation interne, n'avait pas mis en place de système de gestion. Il semble bien que cette réforme ait réussi à freiner la progression des dépenses

hospitalières. Toutefois on peut se demander si cela ne s'est pas traduit par une qualité d'accueil moins bonne dans les hôpitaux publics. Il est en tous cas certain qu'une partie de la demande s'est orientée vers le secteur hospitalier privé et peut-être même vers la médecine ambulatoire depuis cette date.

Pour ce qui concerne la médecine ambulatoire, le même mouvement vers des actes de plus en plus techniques et vers une aide au diagnostic de plus en plus importante a été observé dans les deux pays, comme dans tous les pays développés.

Enfin, il faut souligner que les deux systèmes se distinguent, aussi bien avant qu'après la réforme italienne, par un niveau de consommation et de prestations deux fois supérieur en France où les ressources consacrées à la santé occupent une place plus importante tant dans le produit intérieur brut que dans la consommation finale des ménages.

A N N E X E S

ANNEXE A

TABLEAUX DU CHAPITRE I

DONNÉES ÉCONOMIQUES, SOCIALES, DEMOGRAPHIQUES,
ÉPIDÉMIOLOGIQUES.

LISTE DES TABLEAUX DE L'ANNEXE A

	<u>Pages</u>
A. 1 - Données économiques générales, France - Italie	87
A. 2 - Structure du P.I.B. aux prix de 1970, France - Italie	88
A. 3 - Répartition de la population active par branche, France-Italie	89
A. 4 - Part de la population active au chômage, France - Italie	89
A. 5 - Structure de la consommation finale privée des ménages, aux prix de 1970, France - Italie	90
A. 6 - Indice général des prix à la consommation 1960 - 1980, France - Italie	91
A. 7 - Population résidante en France et en Italie, 1960 - 1980	92
A. 8 - Résultats du recensement France 1975	93
A. 9 - Résultats du recensement Italie 1971	93
A.10 - Agglomérations urbaines de plus de 300 000 habitants, popu- lation en milliers, Italie 1971 - France 1975	94
A.11 - Répartition de la population entre les régions, France - Italie	95
A.12 - Durée hebdomadaire du travail, France - Italie	96
A.13 - Appartenance syndicale, % de syndiqués parmi les salariés, France - Italie	96
A.14 - Taux d'accidents mortels, France - Italie	97
A.15 - Conflits du travail, France - Italie	97
A.16 - Evolution de la population 1946-1980, France - Italie	98
A.17 - Population par sexe et groupes d'âge aux derniers recensements, France 1975, Italie 1971	99
A.18 - Structure de la population par groupes d'âge aux derniers recensements, France 1975, Italie 1971	100
A.19 - Fécondité, indices synthétiques (somme des naissances réduites) France - Italie	101
A.20 - Espérance de vie à certains âges, hommes, France - Italie ...	102
A.21 - Espérance de vie à certains âges, femmes, France - Italie ...	102

	<i>Pages</i>
A.22 - Italie : émigration par pays de destination jusqu'en 1975 ...	103
A.23 - Italie : soldes migratoires intérieurs, 1962 -1971	104
A.24 - Taux de mortalité infantile (morts à moins de 1an/naissances vivantes),France - Italie	105
A.25 - Répartition des décès par cause, Italie 1970 - 1979	106
A.26 - Répartition des décès par cause, France 1970 - 1979	106
A.27 - Maladies infectieuses (nombre de cas déclarés) France 1976 Italie 1979	107

Tableau n° A.1

DONNEES ECONOMIQUES GENERALES

Années	PIB/Habitant aux prix de 1975		Imports 1970 = 100		Exports 1970 = 100		I.G.P.C. 1970 = 100		Pouvoir d'achat des salaires de l'industrie 1970 = 100	
	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I
1970			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1971	5715	2940	108,0	98,0	108,0	107,0	105,5	104,8	105,3	108,3
1972	5999	3010	122,0	110,0	123,0	122,0	112,0	110,8	110,5	113,1
1973	6271	3189	138,0	124,0	146,0	128,0	129,2	122,8	117,3	126,7
1974	6447	3597	144,7	117,0	148,7	136,0	136,7	146,8	123,6	130,3
1975	6429	3531	134,0	104,0	143,0	135,0	152,8	171,1	129,7	141,2
1976	6723	3621	158,1	120,6	157,3	160,6	166,9	199,8	135,5	146,2
1977	6888	3674	163,5	117,5	165,9	151,2	183,2	236,5	139,1	157,9
1978	7123	3751	171,5	127,9	175,9	179,5	199,8	265,3	144,1	163,6
1979								300,9		
1980								364,6		

Source : I.N.S.E.E.
I.S.T.A.T

Tableau n° A.2

STRUCTURE DU P.I.B. (AUX PRIX DE 1970)

%

Années		Agriculture	Manufacture Extraction	Eau gaz électricité	Construction	Commerce	Transport	Autres	Total
1962	F	11,0	31,3	1,9	9,3	16,7	6,7	23,1	100,0
	I	11,8	29,0	4,9	11,6	16,3	7,3	19,1	100,0
1966	F	9,0	33,4	1,9	9,6	16,0	7,0	23,1	100,0
	I	11,1	29,9	5,8	9,8	17,1	6,8	19,5	100,0
1970	F	7,8	35,8	2,1	9,0	15,2	6,6	23,5	100,0
	I	9,1	32,4	6,2	9,3	17,5	6,9	18,6	100,0
1971	F	7,5	36,0	2,1	8,8	15,5	6,6	23,5	100,0
	I	9,0	32,1	6,2	8,8	17,8	7,0	19,1	100,0
1972	F	7,4	36,1	2,3	8,7	15,3	6,7	23,5	100,0
	I	8,1	32,4	6,4	8,6	18,1	7,1	19,3	100,0
1973	F	7,1	36,4	2,3	8,1	15,0	6,8	24,3	100,0
	I	8,1	33,5	6,4	8,3	17,9	7,1	18,7	100,0
1974	F	6,8	36,1	2,4	8,1	14,9	6,7	25,0	100,0
	I	7,9	34,2	6,1	8,1	17,7	7,1	18,9	100,0
1975	F	6,4	35,5	2,5	8,3	14,8	6,7	25,8	100,0
	I	8,5	32,2	5,9	7,8	18,1	7,5	20,0	100,0
1976	F	5,8	36,2	2,5	7,6	15,0	6,9	26,0	100,0
	I	7,7	34,2	6,2	7,3	17,7	7,4	19,5	100,0
1977	F	5,7	36,3	2,6	7,3	14,7	7,0	26,4	100,0
	I	7,5	34,2	6,0	7,2	17,9	7,6	19,6	100,0
1978	F	5,8	35,9	2,7	6,7	14,8	7,2	26,9	100,0
	I	7,5	33,8	6,1	7,0	18,1	7,7	19,8	100,0
1979	F	6,1	35,7	2,7	6,4	14,6	7,4	27,1	100,0
	I	7,6	34,3	6,0	6,8	18,2	7,7	19,4	100,0

Source : O.C.D.E. Comptes Nationaux 1962-1979

Tableau n° A.3

REPARTITION DE LA POPULATION ACTIVE PAR BRANCHE

%

	1961/1962		1971		1977	
	F	I	F	I	F	I
Agriculture Forêt, Pêche	23,2	30,4	15,1	18,8	12,1	14,5
Industries Extr. et manuf.	26,9	28,1	28,1	32,5	27,5	34,5
Construction	8,0	9,3	9,4	9,6	8,7	9,2
Commerce	10,6	12,2	13,9	14,1	14,2	16,7
Transports Communications	5,6	4,2	5,9	5,4	6,2	5,2
Services Administrations	25,7	15,8	27,6	19,6	31,3	19,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tableau n° A.4

PART DE LA POPULATION ACTIVE AU CHÔMAGE

	Italie	France
1970	4,6%	1,3%
1980	8,1%	6,4%

Tableau n° A.5

STRUCTURE DE LA CONSOMMATION FINALE PRIVEE DES MENAGES
(aux prix de 1970)

%			Nourriture	Boissons non alcoolisées	Boissons alcoolisées	Tabac	Total Alim. + Tabac	Habillement	Energie	Meubles + Equip. ménager	Santé	Transports	Loisirs	Autres	Total
	1970	1973													
	F	I	21,9	0,5	3,1	1,5	27,0	8,5	14,5	9,9	9,8	11,6	6,1	12,6	100,0
	I	F	31,9	0,4	3,2	2,8	38,3	9,5	12,9	6,2	3,7	10,1	7,6	11,7	100,0
	F	I	19,8	0,6	2,7	1,3	24,4	8,2	14,6	10,8	10,7	12,4	6,4	12,5	100,0
	I	F	39,1	0,4	2,9	3,1	36,5	9,5	12,7	7,1	4,3	10,6	7,6	11,7	100,0
	F	I	18,6	0,6	2,5	1,4	23,0	7,4	14,9	10,7	11,8	12,2	7,0	13,0	100,0
	I	F	29,6	0,4	2,7	3,6	36,3	8,8	13,0	6,8	5,1	10,5	7,6	11,9	100,0
	F	I	17,9	0,5	2,3	1,3	22,0	6,9	15,4	10,1	12,6	12,0	7,4	13,6	100,0
	I	F	29,1	0,4	2,5	3,6	35,6	8,7	13,1	6,7	5,1	10,6	8,4	11,8	100,0
	F	I	28,4	0,4	2,4	3,7	34,9	8,9	12,7	6,9	5,2	11,0	8,4	12,0	100,0
	I	F													

Source : O.C.D.E.

Tableau n° A.6

INDICE GENERAL DES PRIX A LA CONSOMMATION
1960 - 1980
(base = 100 en 1970)

Années	ITALIE	FRANCE
1960	68,4	67,3
1961	70,5	69,5
1962	74,0	72,8
1963	79,5	76,4
1964	84,4	78,8
1965	87,9	81,0
1966	89,6	83,2
1967	91,4	85,4
1968	92,5	89,3
1969	95,1	95,1
<u>1970</u>	100,0	100,0
1971	105,1	105,5
1972	111,0	112,0
1973	122,4	120,3
1974	146,5	136,7
1975	171,4	152,8
1976	200,0	167,5
1977	235,4	183,3
1978	265,7	200,0
1979	307,4	221,4
1980	372,0	251,3

Tableau n° A.7

POPULATION RESIDANTE EN FRANCE ET EN ITALIE
1960 - 1980

en milliers

Années	F R A N C E	I T A L I E
1960	45 680	50 198
1961	46 160	50 522
1962	47 000	50 834
1963	47 850	51 177
1964	48 222	51 600
1965	48 534	51 987
1966	48 956	52 332
1967	49 569	52 667
1968	49 902	52 987
1969	50 345	53 317
1970	50 768	53 661
1971	51 250	54 005
1972	51 701	54 412
1973	52 118	54 913
1974	52 460	55 413
1975	52 705	55 829
1976	52 891	56 168
1977	53 077	56 460
1978	53 277	56 714
1979	53 480	56 914
1980	53 713	57 070

Source : Eurostat

Tableau n° A.8

RESULTATS DU RECENSEMENT - FRANCE 1975 -

Dimension des Communes	Nombre Communes	% Communes	Population en milliers	% Population
≤ 3000	33960	93,2	17267,2	32,2
3001 - 5000	939	2,6	3584,8	6,6
5001 - 10000	728	2,0	4969,6	9,3
10001 - 20000	381	1,1	5242,4	9,8
20001 - 50000	277	0,8	8375,8	15,6
50001-100000	70	0,2	4589,9	8,5
100001-500000	37	0,1	6435,5	12,0
≥ 500001	2		3231,6	6,0
TOTAL	36394	100,0	53696,8	100,0

Tableau n° A.9

RESULTATS DU RECENSEMENT - ITALIE 1971 -

Dimension des Communes	Nombre Communes	% Communes	Population en milliers	% Population
≤ 3000	4756	59,0	6454,9	11,9
3001 - 5000	1338	16,6	5128,8	9,5
5001 - 10000	1087	13,5	7430,1	13,8
10001 - 20000	497	6,2	6694,5	12,4
20001 - 50000	268	3,3	8191,0	15,2
50001-100000	63	0,8	4327,2	8,0
100001-500000	41	0,5	7401,1	13,7
≥ 500001	6	0,1	8397,7	15,5
TOTAL	8056	100,0	54025,3	100,0

Tableau n° A.10

AGGLOMERATIONS URBAINES DE + DE 300 000 HABITANTS
Population en milliers

ITALIE 1971

MILAN	5677,3
NAPLES	3646,6
ROME	2982,2
TURIN	1673,7
GENES	1111,9
FLORENCE	925,9
PALERME	694,1
BOLOGNE	550,8
CATANE	511,2
VENISE	456,7
LA SPEZIA	388,0
PADOUE	387,5
BARI	374,6
BRESCIA	354,6
LIVOURNE	354,4
VERONE	310,9

TOTAL : 17418,3

=====

*soit : 32,2 % de
la population
totale*

FRANCE 1975

PARIS	8549,9
LYON	1170,7
MARSEILLE	1070,9
LILLE	935,9
BORDEAUX	612,5
TOULOUSE	509,9
NANTES	453,5
NICE	437,6
GRENOBLE	389,1
ROUEN	388,7
TOULON	378,4
STRASBOURG	365,3
VALENCIENNES	350,6
ST ETIENNE	334,8
LENS	328,7

TOTAL : 16276,5

=====

*soit : 30,3 % de
la population
totale*

Sources : I.S.T.A.T., I.N.S.E.E.

Tableau n° A.11

REPARTITION DE LA POPULATION ENTRE LES REGIONS

- EN 1975 -

FRANCE			ITALIE		
Régions	Population en milliers	Densité /Km ²	Régions	Population en milliers	Densité /Km ²
Ile-de-France	9878,5	822	Piémont	4489,6	177
Champagne-Ardennes	1336,8	52	Val d' Aoste	111,8	34
Picardie	1678,6	87	Lombardie	8711,8	365
Haute Normandie	1595,7	130	Ligurie	1869,4	345
Centre	2152,5	55	Trentin HA	855,4	63
Basse Normandie	1306,2	74	Vénétie	4211,1	229
Bourgogne	1570,9	50	Frioul	1232,5	157
Nord - Pas-de-Calais	3913,8	315	Emilie Romagne	3900,1	176
Lorraine	2330,8	99	Toscane	3527,4	153
Alsace	1517,3	183	Ombrie	785,8	93
Franche-Comté	1060,3	65	Marches	1374,5	142
Pays de la Loire	2767,2	86	Latin	4810,3	280
Bretagne	2595,4	95	Abruzzes	1191,8	110
Poitou-Charentes	1528,1	59	Molise	326,4	74
Aquitaine	2550,3	62	Campanie	5176,9	381
Midi-Pyrénées	2268,2	50	Pouilles	3674,9	190
Limousin	738,7	44	Basilicate	609,2	61
Rhône-Alpes	4780,7	109	Calabre	2009,3	133
Auvergne	1330,5	51	Sicile	4771,3	186
Languedoc-Roussillon	1789,5	65	Sardaigne	1516,2	63
Provence - Côte-d'Azur + Corse	3965,5	99			
TOTAL =====	52655,8 =====	97 ==	TOTAL =====	55156,0 =====	183 =====

Tableau n° A.12

DUREE HEBDOMADAIRE DU TRAVAIL

(heures)

	FRANCE				ITALIE			
	Industries ensemble	Industries extract.	Industries manuf.	Construction	Industries ensemble	Industries extract.	Industries manuf.	Construction
1967	46,7	45,8	45,7	50,2	44,6	43,0	44,7	44,0
1970	45,9	42,9	45,0	49,7	42,5	42,1	42,6	42,0
1975	42,4	40,8	41,5	45,8	41,5	41,5	41,5	41,4
1976	42,2	40,8	41,6	44,4	41,6	41,3	41,7	41,3
1977	41,7	40,4	41,3	43,3	41,5	41,4	41,6	41,1

Source: Eurostat. Indicateurs sociaux

Tableau n° A.13

APPARTENANCE SYNDICALE
% de syndiqués parmi les salariés

%

Années	1960	1965	1970	1975	1978
FRANCE	24	23	22	23	28
ITALIE	55/60	55/60	50/55	50/55	60

Source : Eurostat

Tableau n° A.14

TAUX D'ACCIDENTS MORTELS (pour 1 000)

		1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Industries extractrices	F	0,78	0,74	0,51	0,69	1,05	0,39	0,91	0,37	0,43	-
	I	0,43	0,33	0,35	0,26	0,41	0,34	0,31	-	-	-
Construction	F	0,49	0,50	0,47	0,45	0,46	0,43	0,42	0,34	0,31	-
	I	0,65	0,53	0,55	0,53	0,62	0,56	0,54	-	-	-
Industrie manufacturière	F	0,12	0,12	0,12	0,10	0,10	0,10	0,08	0,09	0,08	-
	I	0,11	0,09	0,08	0,08	0,08	0,08	0,07	-	-	-

Tableau n° A.15

CONFLITS DU TRAVAIL

Pays	Code	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
FRANCE	D/C	2 942	4 318	3 464	3 731	3 381	3 888	4 348	3 302	3 206	
	W/T	1 079 800	3 234 500	2 721 348	2 245 973	1 563 540	1 627 142	2 022 500	1 919 900	704 800	
	D/J	1 742 175	4 387 781	3 755 343	3 914 598	3 379 977	3 868 926	5 010 687	3 665 940	2 200 400	
	NJ/TI	1,6	1,4	1,4	1,7	2,2	2,1	2,5	1,9	3,1	
ITALIE	D/C	4 162	5 598	4 765	3 769	5 174	3 601	2 706	3 308	2 479	2 000
	W/T	3 721 919	3 891 253	4 405 251	6 132 747	7 824 397	14 109 732	11 897 819	13 802 955	8 774 193	16 237 444
	D/J	20 867 459	14 798 569	19 497 143	23 419 286	19 466 714	27 189 142	25 377 571	16 566 143	10 177 033	27 530 428
	NJ/TI	5,6	3,8	4,4	3,8	2,5	1,9	2,1	1,2	1,2	1,7

D/C = Nombre de conflits

W/T = Travailleurs impliqués

D/J = Journées de travail perdues

NJ/TI = Nombre de jours perdus par travailleur impliqué

Tableau n° A.16

EVOLUTION DE LA POPULATION
1946 - 1980

FRANCE	Population moyenne 10 ³	Naissances par an 10 ³	Décès par an 10 ³	accroisst. naturel %	taux de natalité %	taux de mortalité %
1946-1950	41100	860,1	537,2	7,8	20,9	13,1
1951-1960	43800	811,8	526,5	6,5	18,5	12,0
1961-1970	48800	848,4	537,2	6,4	17,3	10,9
1971-1975	52047	830,6	553,3	5,4	16,0	10,6
1976	52891	720,4	557,1	3,1	13,6	10,5
1977	53077	744,7	536,2	3,9	14,0	10,1
1978	53277	737,1	546,9	3,6	13,8	10,2
1979	53480	757,0	541,0	4,1	14,1	10,1
1980	53713	800,0	548,0	4,7	14,9	10,1

ITALIE	Population moyenne 10 ³	Naissances par an 10 ³	Décès par an 10 ³	accroisst. naturel %	taux de natalité %	taux de mortalité %
1948-1951	46875	928,3	475,5	9,7	19,8	10,1
1952-1961	49108	878,8	467,9	8,4	17,9	9,5
1962-1971	52427	950,3	515,5	8,3	18,1	9,8
1972-1975	54097	865,6	537,0	6,0	15,7	9,7
1976	56169	781,6	546,9	4,2	13,9	9,7
1977	56462	742,5	542,7	3,5	13,2	9,6
1978	56700	713,0	537,0	3,1	12,6	9,5
1979	56913	683,1	541,8	2,5	12,0	9,5
1980	57070	657,9	559,1	11,7	11,5	9,8

Tableau n° A.17

POPULATION PAR SEXE ET GROUPES D' AGE
AUX DERNIERS RECENSEMENTS

en milliers

Ages	FRANCE 1975			ITALIE 1971		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0-4	2165	2059	4224	2266	2150	4416
5-9	2153	2064	4217	2363	2249	4612
10-14	2161	2086	4247	2141	2044	4185
15-19	2106	2047	4153	1960	1884	3844
20-24	2252	2104	4356	2082	2013	4095
25-29	2218	2033	4251	1755	1749	3504
30-34	1580	1432	3012	1908	1933	3841
35-39	1603	1503	3106	1794	1837	3631
40-44	1679	1636	3315	1832	1879	3711
45-49	1620	1635	3255	1755	1871	3626
50-54	1553	1642	3195	1228	1356	2584
55-59	804	898	1702	1430	1574	3004
60-64	1193	1400	2593	1372	1540	2912
65-69	1042	1323	2365	1043	1264	2307
70-74	816	1171	1987	715	988	1703
75-79	485	888	1373	419	677	1096
80-84	234	556	790	244	403	647
85 et +	125	377	502	130	220	350
Ensemble	25788	26855	52643	26437	27631	54068

Tableau n° A.18**STRUCTURE DE LA POPULATION PAR GROUPES D'AGE
AUX DERNIERS RECENSEMENTS**

%

AGES	FRANCE 1975	ITALIE 1971
0-14	24,1	24,4
15-24	16,2	14,7
25-49	32,2	33,9
50-64	14,2	15,7
65-74	8,3	7,4
75 et +	5,0	3,8
TOTAL	100,0	100,0

Tableau n° A.19

F E C O N D I T E

Indices synthétiques (Somme des naissances réduites)

ANNEES	F R A N C E	I T A L I E
1960	2,73	2,41
1961	2,81	2,41
1962	2,78	2,46
1963	2,88	2,55
1964	2,90	2,70
1965	2,83	2,67
1966	2,77	2,63
1967	2,64	2,54
1968	2,57	2,49
1969	2,53	2,51
1970	2,48	2,43
1971	2,51	2,41
1972	2,43	2,36
1973	2,32	2,33
1974	2,13	2,31
1975	1,93	2,19
1976	1,84	2,08
1977	1,88	1,95
1978	1,83	1,85
1979	1,87	1,75
1980*	1,97	1,67

* données provisoires

Sources: C.E.E., Eurostat,
Statistiques démographiques 1980

Tableau n° A. 20

ESPERANCE DE VIE A CERTAINS AGES

- HOMMES -

(années)

A g e	F R A N C E					I T A L I E			
	1950	1960	1970	1975	1979	1950	1960	1970	1975
0	62,9	66,9	68,3	69,0	70,1	63,7	67,2	69,0	69,7
10	58,2	59,5	60,2	60,4	61,2	59,8	61,2	61,6	61,6
20	48,8	49,9	50,6	50,9	51,7	50,4	51,7	52,0	52,0
30	39,7	40,5	41,4	41,6	42,4	41,2	42,3	42,5	42,5
40	30,8	31,4	32,2	32,4	33,2	32,1	33,1	33,2	33,0
50	22,6	22,9	23,7	24,0	24,7	23,5	24,3	24,4	24,2
60	15,4	15,6	16,2	16,5	17,2	16,0	16,6	16,7	16,5
70	9,4	9,6	10,2	10,2	10,9	9,6	10,4	10,3	10,2

Sources: Eurostat, Statistiques démographiques 1980

Tableau n° A.21

ESPERANCE DE VIE A CERTAINS AGES

- FEMMES -

(années)

A g e	F R A N C E					I T A L I E			
	1950	1960	1970	1975	1979	1950	1960	1970	1975
0	68,5	73,6	75,9	76,9	78,3	67,2	72,3	74,9	75,9
10	63,1	65,7	67,4	68,1	69,2	62,9	65,8	67,1	67,6
20	53,5	55,9	57,6	58,3	59,4	53,3	56,1	57,3	57,7
30	44,3	46,4	48,0	48,6	49,8	43,9	46,4	47,6	48,0
40	35,2	36,9	38,5	39,1	40,2	34,7	37,0	38,0	38,3
50	26,5	27,9	29,4	29,9	31,0	25,8	27,9	28,8	29,0
60	18,4	19,5	20,8	21,3	22,3	17,5	19,3	20,2	20,3
70	11,3	12,0	13,1	13,4	14,2	10,4	11,8	12,4	12,5

Sources : Eurostat, Statistiques démographiques 1980

Tableau n° A.22

I T A L I E
EMIGRATION PAR PAYS DE DESTINATION JUS'EN 1975

										%
	Nombre moyen de départs / an	FRANCE	ALLEMAGNE	SUISSE	U.S.A.	CANADA	ARGENTINE	BRESIL	AUTRES	TOTAL
1881-1900	235700	14,5	6,4	5,3	15,5	0,3	16,9	16,0	25,1	100
1901-1930	413500	22,2	5,9	9,5	32,0	1,5	13,8	3,8	11,3	100
1931-1940	70300	30,4	8,3	12,2	16,3	0,5	11,5	1,8	19,0	100
1946-1950	225500	17,0	-	27,8	5,4	1,4	24,3	2,2	17,9	100
1951-1960	293700	20,2	5,5	25,4	6,6	7,8	7,1	2,9	24,5	100
1961-1970	264700	7,8	28,2	38,6	6,3	6,4	0,4	0,2	12,0	100
1971-1975	127600	5,6	31,5	34,9	8,6	3,7	0,7	0,7	14,3	100

Source : Population, Juillet-Octobre 1980

Tableau n° A.23

I T A L I E
 SOLDES MIGRATOIRES INTERIEURS
 1962 - 1971

en milliers de personnes

Piémont	406,2
Val d' Aoste	5,6
Lombardie	541,6
Trentin HA	- 9,9
Vénétie	- 38,4
Frioul	5,0
Ligurie	108,5
Emilie R.	59,8
Toscane	82,8
Ombrie	- 45,6
Marches	- 49,4
Latium	282,4
Abruzzes	- 63,8
Molize	- 28,5
Campanie	-263,3
Pouilles	-226,2
Basilicate	- 93,4
Calabre	-235,1
Sicile	-337,1
Sardaigne	-101,3

Source: *La population de l' Italie, C.I.C.R.E.D., 1974*

Tableau n° A.24

TAUX DE MORTALITE INFANTILE
(morts à moins de 1 an/naissances vivantes)

%

	FRANCE	ITALIE
1960	27,4	42,1
1965	21,9	36,0
1970	18,2	31,1
1972	16,0	27,0
1974	14,6	22,6
1975	13,6	20,7
1976	12,6	19,2
1977	11,5	17,6
1978	10,6	16,9
1979	10,1	15,5
1980	10,1	14,3
60 - 70	- 9,2	-11,0
70 - 80	- 8,4	-16,8

Source : Population

Tableau n° A.27

MALADIES INFECTIEUSES
(Nombre de cas déclarés)

	France 1976	Italie 1979
Typhoïde	1008	12403
Tuberculose	-	3992
Poliomyélite	8	4
Rubéole	2607	52033
Hépatites	3691	28039
Gonococoques	18901	4751

Sources : I.N.S.E.R.M., I.S.T.A.T

ANNEXE B

TABLEAUX DU CHAPITRE II

TABLEAUX COMPARATIFS DES SYSTEMES DE PROTECTION
SOCIALE

dressés par la C.E.E. au 1.7.1980

LISTE DES TABLEAUX DE L'ANNEXE B

	<i>Pages</i>
B. 1 - Les systèmes de protection sociale, France - Italie	113
B. 2 - Financement, taux applicables et plafonds des cotisations sociales , France - Italie	114
B. 3 - Financement, participation des pouvoirs publics, France - Italie	115
B. 4 - Soins de santé, France - Italie	116
B. 4 - (suite 1) Soins de santé, France - Italie	117
B. 4 - (suite 2) Soins de santé, France - Italie	118
B. 4 - (suite 3) Soins de santé, France - Italie	119
B. 5 - Maladie , Indemnités pécuniaires, France - Italie	120
B. 6 - Maternité, France - Italie	121
B. 7 - Accidents du travail et maladies professionnelles, France - Italie	122
B. 8 - Invalidité, France - Italie	123
B. 8 - (suite 1) Invalidité, France - Italie	124
B. 9 - Vieillesse, France - Italie	125
B. 9 - (suite 1) Vieillesse, France - Italie	126
B.10 - Prestations familiales, France - Italie	127
B.10 - (suite 1) Prestations familiales, France - Italie	128
B.11 - Chômage, France - Italie	129
B.11 - (suite 1) Chômage, France - Italie	130

LES SYSTEMES DE PROTECTION SOCIALE

L'ORGANISATION EN FRANCE

Ministère de la Santé et de la sécurité sociale
 Pour le chômage : Ministère du travail et de la participation

Maladie-maternité-invalidité-décès risques professionnels	Vieillesse	Allocations familiales	Chômage
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (chargée de la gestion de la trésorerie, le recouvrement des cotisations étant assuré par des unions de recouvrement)			Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (U.N.E.D.I.C.)
Caisse nationale d'assurance maladie Caisses régionales Caisses primaires	Caisse nationale d'assurance vieillesse (1)	Caisse nationale d'allocations familiales Caisses d'allocations familiales	Associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (A.S.S.E.D.I.C.)
(1) Il existe une caisse régionale pour les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.			

L'ORGANISATION EN ITALIE

Ministère du travail et de la prévoyance sociale
 Ministère de la santé

Maladie	Invalidité-vieillesse-décès-allocations familiales-chômage	Accidents du travail-maladies professionnelles
Régions Unités locales de santé (U.S.L.) Institut national de la prévoyance sociale (chargé provisoirement des prestations en espèces et de la perception des cotisations).	Institut national de la prévoyance sociale (I.N.P.S.) (1) Sièges régionaux de l'I.N.P.S. Sièges provinciaux et sièges de zones urbaines et extraurbaines de l'I.N.P.S. (compétents également pour la perception des cotisations). Bureaux locaux et centres d'informations.	Institut national d'assurance accidents du travail (I.N.A.I.L.) Inspections régionales de l'I.N.A.I.L. Sièges provinciaux de l'I.N.A.I.L. (compétents éga- lement pour la perception des cotisations) (quelques bureaux locaux)
(1) Pour les pensions "sociales" il existe un "Fonds social" géré par l'I.N.P.S. Egalement gérées par l'I.N.P.S., une caisse d'allocations familiales et une caisse pour les compléments de gains (chômage partiel).		

Tableau n° B.2

FINANCEMENT
TAUX APPLICABLES ET PLAFONDS
DES COTISATIONS SOCIALES

	FRANCE		ITALIE	
	Taux %	Plafond	Taux %	Plafond
Maladie, Maternité	18,95 TR : 5,50 EMP : 13,45 (dont 4,50 % sans tenir compte du pla- fond)	TR : - EMP : FF 60 120	16,27 (Industrie) 14,55 (Commerce) TR : 0,30 EMP : 15,97 (Industrie) 14,25 (Commerce)	-
Invalidité			24,62 (Industrie) 24,47 (Commerce) TR : 7,15 EMP : 17,47 (Industrie) 17,32 (Commerce)	-
Vieillesse ; survi- vants	12,90 TR : 4,70 EMP : 8,20	FF 60 120		
Accidents du travail et maladies profes- sionnelles	Tarification collective, indivi- duelle ou mixte, suivant d'une part les effectifs des établisse- ments, et d'autre part l'import- ance des risques. Cotisation as- sise sur la somme des salaires et gains bruts compte tenu d'un pla- fond de FF 60 120.		Tarification collective suivant l'im- portance des risques dans les diver- ses branches professionnelles. Le taux qui varie entre 3 % et 5 % (moyenne 3,9 %) est calculé sur la base de la masse des salaires. En outre, contribution addi- tionnelle égale à 20 % du montant des cotisations.	
Chômage	3,60 TR : 0,84 EMP : 2,76	FF 240 480	EMP : 2,91 (Industrie) 1,61 (Commerce)	-
Prestations familiales	EMP : 9	FF 60 120	EMP : 6,20	-
NOTES : TR = Travailleur EMP = Employeur	Maladie : En outre une cotisation de 3 % est perçue sur les primes d'assurance automobile.		Maladie : y compris assurance maternité (0,53 % Industrie, 0,31 % Commerce) ; 2,01 % tuberculose ; 3,80 % maladie des pensionnés ; 0,58 % solidarité agricul- ture ; 1,65 % Fonds d'hospitalisation. (1) Vieillesse : y compris 0,15 % supplé- ment Fonds pensions (Industrie) ; 0,15 % assistance orphelins ; 0,10 % financement des crèches communales ; cotisation de base : 0,11 % (vieilles- se), 0,01 % (assistance orphelins). (1) Allocations familiales : cotisations inférieures pour certaines catégories d'employeurs. Chômage : y compris 0,01 % cotisation de base, 1,1 % (Industrie) pour les compléments de gains (chômage partiel) et 0,30 % supplément assurance chômage.	

Tableau n° B.3

FINANCEMENT
PARTICIPATION DES POUVOIRS PUBLICS

	FRANCE	ITALIE
Maladie-Maternité Prestations en nature	-	En plus des cotisations de l'assurance maladie, le Fonds national de santé est alimenté par les régions, provinces et communes et d'autres organismes publics ainsi que par l'excédent de l'assurance contre la tuberculose.
Maladie-Maternité Prestations en espèces		
Invalidité		Financement du Fonds social.
Vieillesse, Survivants	-	
Accidents du travail - Maladies professionnelles	-	-
Chômage	Subvention globale forfaitaire de l'Etat.	Subventions annuelles de l'Etat.
Prestations familiales	-	Subventions annuelles.

Tableau n° B.4

SOINS DE SANTE

	FRANCE	ITALIE
LEGISLATION 1. 1ère loi	5 et 30 avril 1930.	27 octobre 1927 (tbc).
2. Textes fondamentaux	Code de la sécurité sociale - Livre III - Décret du 29 décembre 1945 modifié.	Loi du 23 décembre 1978 instituant le service national de santé.
BENEFICIAIRES Champ d'application	1. Toutes les personnes salariées ou assimilées ; 2. Les pensionnés ; 3. Les chômeurs.	Tous les résidents, y compris les étrangers résidant en Italie (sur demande).
Plafond d'affiliation	-	-
Ayants droit	Les membres de famille à charge de l'assuré (ainsi que certains parents).	Voir "Champ d'application".
Règles spéciales pour les pensionnés	Titulaires d'une pension d'invalidité et membres de leur famille. - exemption de toute cotisation ; - prestations en nature comportant remboursement intégral pour le pensionné lui-même. Bénéficiaires d'une pension ou d'une allocation non contributive de vieillesse et membres de leur famille : - prestations en nature comportant remboursement normal.	Mêmes règles que pour le reste de la population.

Tableau B.4 (suite 1)

SOINS DE SANTE

	FRANCE	ITALIE
CONDITIONS Conditions d'attribution - Stage	Temps de travail et d'immatriculation exigé : 1 200 heures dans l'année ou 600 heures par semestre ou 200 heures par trimestre.	-
Début de la prise en charge	Dès le début de la maladie.	Dès le début de la maladie.
Durée de la prise en charge	Illimitée ; (ou 1 mois après la date à laquelle l'affiliation prend fin).	Illimitée.
ORGANISATION 1. Les médecins : a. agrément	Tous médecins habilités à exercer.	Médecins sous contrat avec la région.
b. rémunération	Tarifs des honoraires fixés soit par une convention nationale, soit par arrêtés ministériels. Possibilité de dépassement des tarifs en cas de : - Situation de fortune du malade ; - Exigences particulières du malade ; - Qualification particulière du praticien.	Système forfaitaire pro capite en rapport avec l'âge du bénéficiaire et l'expérience du médecin. Les barèmes sont établis par conventions entre le Ministère de la santé, les Régions et les Organisations de médecins. Maximum de personnes inscrites par médecin : 1 500. Pour les spécialistes des dispensaires, contrat particulier avec paiement à forfait horaire et à l'acte. Les médecins hospitaliers reçoivent de l'établissement qui les occupe un traitement mensuel fixe.
2. Les établissements hospitaliers	1. Hôpitaux publics : tarifs fixés par les pouvoirs publics. 2. Etablissements privés : - après agrément par la commission régionale ; - en partie convention tarifaire signée avec les caisses.	L'hospitalisation est servie par les régions, dans les hôpitaux publics et les cliniques privées conventionnées.

Tableau n° B.4 (suite 2)

SOINS DE SANTE

	FRANCE	ITALIE
PRESTATIONS Choix et paiement du médecin	Libre choix du médecin. Avance par l'assuré des honoraires. Remboursement au tarif conventionnel ou d'autorité.	Libre choix du médecin parmi ceux conventionnés avec la région. Un honoraire fixe est versé par la région.
Participation aux frais médicaux :	Participation de l'assuré (légalement prévue) : 25 % mais : - réduite à 20 % pour les soins dispensés au cours d'une hospitalisation ou de consultations dans des établissements hospitaliers ; - supprimée en cas de traitement onéreux, de maladie prolongée ou de certaines affections.	Aucune participation de la part du bénéficiaire.
Hospitalisation	Libre choix entre les établissements hospitaliers : 1. publics ; 2. privés (agrés). En général : participation de l'assuré aux frais à concurrence de 20 % ; supprimée pour tous les traitements onéreux, maladies prolongées ou certaines affections. Durée de la prise en charge : en principe : sans limitation.	Assistance directe gratuite (salle commune) avec libre choix de l'hôpital ou de la clinique conventionnée.
Sanatorium	Après accord préalable de la caisse : pas de ticket modérateur.	Voir hospitalisation.
Cures	Après autorisation préalable de la caisse : remboursement des honoraires médicaux et des frais de traitement dans l'établissement thermal. En principe suppression des indemnités journalières (sauf pour les assurés les plus défavorisés.	Cures thermales après autorisation préalable de l'unité locale de santé. Cures gratuites dans les établissements conventionnés. Dans les autres, le remboursement ne peut dépasser les tarifs des médecins conventionnés.

Tableau n° B.4 (suite 3)

SOINS DE SANTE

	FRANCE	ITALIE
Soins dentaires	<p>Comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soins conservateurs ; - extractions ; - prothèses dentaires ; - orthodontie. <p>Remboursement suivant tarif fixé comme pour les soins médicaux. Ticket modérateur 25 % supprimé dans certains cas exceptionnels.</p>	<p>Comprenant :</p> <p>Prestations normales : soins gratuits dans les centres du Service National de santé et auprès de médecins conventionnés.</p> <p>Prestations supplémentaires : si l'appareil de prothèse est autorisé : remboursement de 3 000 LIT par dent.</p>
Produits pharmaceutiques	<ol style="list-style-type: none"> 1. Médicaments magistraux ; 2. Spécialités pharmaceutiques (figurant sur la liste officielle) ; 3. Accessoires et pansements. <p>Remboursement : 70 % ou 100 %, mais seulement 40 % si médicaments de "confort".</p>	<p>A l'exception des médicaments essentiels qui sont gratuits, participation aux frais pour tous les médicaments compris dans la "liste thérapeutique", à savoir LIT 200 pour les médicaments de moins de LIT 1 000 ; LIT 400 pour ceux entre LIT 1 000 et 3 000 ; LIT 600 pour ceux dépassant LIT 3 000.</p>
Prothèses, Optique, Acoustique	<p>Après accord préalable de la caisse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - remboursement (70 %) des tarifs établis, et 100 % pour le grand appareillage. 	<p>Après accord préalable, remboursement des frais sous forme de "prestation supplémentaire" selon un barème établi, variable selon les types de prestations.</p>
Autres prestations	<p>D'autres prestations peuvent également être accordées sous conditions de ressources et sur avis de la caisse d'assurance maladie.</p>	<p>Prestations diverses déjà prévues par l'ex-I.N.A.M.</p>

Tableau n° B.5

MALADIE - INDEMNITES PECUNIAIRES

	FRANCE	ITALIE
LEGISLATION 1. 1ère loi 2. Textes fondamentaux	Voir Tableaux III "Soins de santé"	Voir Tableaux III "Soins de santé"
BENEFICIAIRES Champ d'application	Toutes les personnes salariées ou assimilées.	Les ouvriers (1) ou assimilés.
Plafond d'affiliation	-	-
Ayants droit autres que l'assuré	-	Pour la tbc : également les membres de la famille de l'assuré.
CONDITIONS	Incapacité de travail : - pour les 6 premiers mois : 200 heures au cours des 3 mois précédant la date des soins. - pour la période postérieure : • avoir été immatriculé depuis 12 mois ; • justifier avoir travaillé 800 heures pendant ces 12 mois, dont 200 heures de travail au cours du 1er des 4 trimestres précédant la cessation de travail.	Incapacité de travail. Pour la tbc : tuberculose en phase active.
Délai de carence	3 jours.	3 jours. Pour la tbc : néant
PRESTATIONS Durée des prestations	En principe, 12 mois (360 jours) par période de 3 années consécutives mais : jusqu'à la fin du 36ème mois en cas de "maladie de longue durée". Exception : Jusqu'à la fin du 48ème mois lorsque l'assuré fait l'objet d'une réadaptation ou d'une rééducation professionnelle.	6 mois (180 jours) par an au maximum. Pour la tbc : pas de limitation en cours de cure. Maximum de 2 ans pour l'indemnité post-sanatoriale ; de 2 ans (renouvelable de 2 en 2 ans) pour l'allocation de cure.
Montant des prestations	Sans hospitalisation : 50 % du salaire ; avec 3 enfants : 66 2/3 % à partir du 31ème jour (salaire maximum pris en compte : salaire cotisable). Minimum en cas d'affection de longue durée, après le 7ème mois : 1/365è du montant minimum de la pension d'invalidité. Avec hospitalisation : sans charge de famille : 20 % avec 2 enfants : 50 %.	Sans hospitalisation : Maladie : 50 % du salaire. A partir du 21ème jour : 66 2/3 % (salaire pris en compte : salaire réel). Tbc : - indemnité journalière de cure : à l'assuré : comme l'indemnité de maladie pendant 180 jours, ensuite LIT 298 ; aux membres de la famille : LIT 2 149 ; - indemnité journalière post-sanatoriale (1) assurés : LIT 7 162 ; membres de la famille : LIT 3 582 ; - allocation de cure (2) : LIT 40 000 par mois. Avec hospitalisation : maladie : l'indemnité est réduite à 2/5ème pour l'assuré sans famille à charge. Tbc : comme l'indemnité journalière de cure.
Autres prestations	- En cas de prolongation de l'incapacité de travail au-delà de 3 mois : révision de l'indemnité de maladie par alignement sur l'augmentation générale des salaires ; - allocation en faveur des handicapés adultes : FF 1 300 (sous condition de ressources).	Allocation funéraire : LIT 20 000. Tbc : allocation spéciale de Noël de LIT 25 000 à l'assuré (+ LIT 3 000 par personne à charge) et de LIT 15 000 aux membres de la famille.

Tableau n° B.6

MATERNITE

	FRANCE	ITALIE
CHAMP D'APPLICATION	<u>Prestations en nature</u> - Femmes assurées elles-mêmes ; - Epouse et filles d'un assuré <u>Prestations en espèces</u> Femmes assurées	<u>Prestations en nature</u> Toutes les femmes résidant en Italie. <u>Prestations en espèces</u> Femmes assurées (alternativement le père)
CONDITIONS	<u>Prestations en nature</u> Voir Tableaux III "Soins de santé" <u>Prestations en espèces</u> Avoir occupé un emploi pendant 1 200 heures durant l'année. Avoir été immatriculée pendant au moins 10 mois à la date présumée de l'accouchement.	Aucune
PRESTATIONS Prestations en nature	(Voir Tableaux III "Maladie - Soins de santé"). - Sage-femme ou médecin ; - Maternité (gratis pendant 12 j.) - Clinique privée (indemnité forfaitaire couvrant un séjour de 12 jours) ; - Produits pharmaceutiques gratis dans un hôpital public ; forfait si l'accouchement a lieu à domicile ou en clinique privée.	(Voir Tableaux III "Maladie - Soins de santé"). - Sage-femme en cas de complications ; médecin ; - Séjour gratuit en maternité ou clinique conventionnée ; - Produits pharmaceutiques gratuits.
Prestations en espèces : Catégorie et durée	1) Indemnité journalière (1) : 16 semaines (dont 6 avant) (10 semaines en cas d'adoption. (3)) 2) Primes (pour accouchement), voir "prestations familiales") : - prime d'allaitement : 4 mois - bons de lait : 4 mois - primes pour surveillance médicale de l'enfant jusqu'à 6 ans. 3) Divers : par exemple, participation aux frais d'aide familiale, etc.	Indemnité de maternité (2) : 2 mois avant la date présumée de l'accouchement et 3 mois après (Facultativement 6 mois de congé supplémentaires) (3).
Montant	1) 90 % du salaire. 2) Prime d'allaitement : FF 42,50 par mois pendant 4 mois ; bons de lait : FF 5 par mois pendant 4 mois.	80 % du salaire pour la période obligatoire et 30 % pour la période facultative.

Tableau n° B.7

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

	FRANCE	ITALIE
<p>LEGISLATION</p> <p>1. 1ère loi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accidents du travail - Maladies professionnelles <p>2. Textes fondamentaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accidents du travail - Maladies professionnelles 	<p>9 avril 1898.</p> <p>25 octobre 1919.</p> <p>Code de la sécurité sociale (Code S.S.) livre IV, décret du 31 décembre 1946 modifié.</p>	<p>17 mars 1898</p> <p>13 mai 1929.</p> <p>Décret royal du 17 août 1935. Dernière modification : décret du 30 juin 1965.</p>
<p>RISQUES COUVERTS</p> <p>1. <u>Accidents du travail</u></p> <p>Définition accidents du travail</p> <p>Accidents du trajet</p>	<p>Tout accident survenu quelle qu'en soit la cause, par le fait ou à l'occasion du travail.</p> <p>Couvert (1).</p>	<p>Accident du travail provoqué par une cause violente à l'occasion du travail.</p> <p>Les accidents survenus pendant le trajet entre le lieu du travail et la résidence ne donnent pas, en général, lieu à indemnisation ; exception : usago inévitable d'un chemin extrêmement long ou mauvais et dangereux, transport d'outils lourds, navires de port, moyens de transport propres à l'entreprise, etc.</p>
<p>2. <u>Maladies professionnelles</u></p> <p>a) Maladies reconnues</p> <p>b) Conditions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entreprises, travaux - Délais d'exposition aux risques - Délais de prise en charge (délai à partir de la cessation de l'exposition aux risques jusqu'à la constatation de la maladie) - Délais de déclaration (après les premières manifestations de la maladie) 	<p>70 tableaux de maladies professionnelles, agents nocifs ou groupes ; tableaux annexés au décret du 31 décembre 1946, modifié) (2) (3).</p> <p>Indiqués dans les tableaux, limités pour un certain nombre de maladies.</p> <p>Pas de délais fixés, sauf pour les pneumoconioses : 5 ans (en principe) (1), maladies engendrées par la streptomycine : 1 mois ; surdité : 2 ans (réduit à 30 jours dans certains cas).</p> <p>Délais impératifs fixés dans les tableaux (entre 3 jours et 20 ans) (5 ans pour les pneumoconioses).</p> <p>2 ans (délai de prescription).</p>	<p>Liste de 49 maladies professionnelles (voir décret de décembre 1975). En outre, loi spéciale pour silicose et asbestose du 12 avril 1943.</p> <p>Limitation stricte aux travaux indiqués dans la liste.</p> <p>Pas de délais, examen des circonstances.</p> <p>Délais impératifs dans la liste (à partir d'un minimum de 2 mois) (1).</p> <p>3 ans (délai de prescription).</p>
<p>c) Système mixte (2)</p>	<p>Limité aux pneumoconioses.</p>	<p>-</p>
<p>CHAMP D'APPLICATION</p>	<p>Personnes qui travaillent à quelque titre que ce soit en quelque lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeurs.</p>	<p>Travailleurs prêtant leurs services rémunérés à des tiers pour effectuer des travaux manuels (à l'exclusion, donc, de la majorité des employés).</p>

INVALIDITE

	FRANCE	ITALIE
LEGISLATION 1. 1ère loi 2. Textes fondamentaux	5 avril 1930 R.A.P. du 29 décembre 1945 - Code de la sécurité sociale (Code SS). Décret du 12 septembre 1960. Décret du 28 mars 1961.	21 avril 1919 Décrets - lois des 4 octobre 1935 et 14 avril 1939. Décret du 27 avril 1968 et loi du 30 avril 1969. Lois du 11 août 1972 et du 3 juin 1975.
RISQUES COUVERTS	Est considéré comme invalide, le travailleur qui, par suite de maladie ou d'infirmité, ne peut plus gagner dans une profession quelconque plus du tiers du gain normal d'un travailleur de même catégorie et formation dans la même région. Le travailleur est classé dans le premier groupe s'il est néanmoins considéré comme capable d'exercer une activité rémunérée, dans le 2ème groupe dans le cas contraire ; en outre, il est classé dans le 3ème groupe s'il a besoin de l'assistance d'une tierce personne.	Est considéré comme invalide, le travailleur dont la capacité de gain, dans des occupations correspondant à ses capacités, est réduite de façon permanente, par suite de maladie ou d'infirmité, à moins d'un tiers.
CHAMP D'APPLICATION	Ouvriers et employés. Toutes les personnes salariées.	Ouvriers et employés. Toutes les personnes salariées.
CONDITIONS Durée d'affiliation minimum ouvrant droit	12 mois, travail effectué pendant 800 heures dont 200 au cours du trimestre précédant la cessation du travail.	Invalidité générale : 5 ans et au moins 260 cotisations hebdomadaires ou 60 cotisations mensuelles, dont respectivement 52 ou 12 pendant les 5 années précédant la demande de pension. Invalidité professionnelle (3) : 1 an et au moins 52 cotisations hebdomadaires.
Taux minimum d'incapacité	66,66 %.	66,60 %.
Période de la prise en charge	Dès la date à laquelle est apprécié l'état d'invalidité. La pension est supprimée à l'âge de 60 ans et remplacée par la pension de vieillesse.	Dès le mois suivant la demande de l'intéressé. Age maximum : néant.
PRESTATIONS Montant de la pension	Pension : a. Invalides du premier groupe (pouvant encore exercer une activité) : 30 % x S. b. Invalides du 2ème groupe : 50 % x S. c. Invalides ayant besoin d'assistance d'un tiers (3ème groupe) : pension du 2ème groupe majorée de 40 %. Minimum de la majoration : FF 32 767,20 par an. S = Rémunération annuelle moyenne des 10 années d'assurance précédant l'interruption du travail ou, le cas échéant, d'une période plus brève.	Formule de la pension : $2 \% \times n \times S$ n = nombre d'années d'assurance (maximum = 40) ; S = Salaire moyen annuel soumis à cotisation pendant les trois meilleures des dix dernières années. Minimum : LIT 2 139 150 par an. (LIT 2 266 150 si plus de 15 années de cotisations). Pension sociale : Du montant de la pension contributive annuelle, LIT 156 000 (12 000 x 13) sont à charge du Fonds social au titre de la pension sociale.
Salaire annuel plafonné	Ouvriers { Employés { FF 60 120	LIT 12 600 000

Tableau n° B.8 (suite 1)

INVALIDITE

	FRANCE	ITALIE
Majorations pour personnes à charge : - conjoint - enfants	(Régime général des allocations familiales).	(Régime général des allocations familiales).
Autres allocations	-	-
REVALORISATION	Revalorisation au 1 ^{er} janvier et au 1 ^{er} juillet par arrêtés fixant le coefficient de majoration.	Adaptation automatique semestrielle (1 ^{er} janvier et 1 ^{er} juillet) par décret. Indices de référence : <u>Pensions supérieures au minimum :</u> a) Part fixe représentant l'indexation au coût de la vie ; b) Au 1 ^{er} janvier : Différence entre l'indice des salaires minima conventionnels des ouvriers de l'industrie et l'indice du coût de la vie. <u>Pensions minimales :</u> Adaptation à l'indice des salaires minima conventionnels des ouvriers de l'industrie. (1)
CUMUL AVEC D'AUTRES PRESTATIONS DE SECURITE SOCIALE (1)	Cumul avec une pension d'accidents du travail - maladies professionnelles, limité au salaire normal d'un travailleur de la même catégorie.	Cumul pour la pension d'invalidité générale avec une pension d'accidents du travail - maladies professionnelles (dans la limite de la rémunération annuelle, compte tenu du maximum, quand les deux pensions sont octroyées pour la même invalidité).
PREVENTION ET READAPTATION	Rééducation professionnelle dans les établissements ou centres de rééducation professionnelle spécialisés, sous réserve d'un examen psychotechnique, avec participation des caisses de sécurité sociale aux frais ; les pensions ou une fraction de celles-ci sont maintenues.	L'I.N.P.S. a la possibilité d'octroyer des soins médicaux, etc. ; pour prévenir ou atténuer l'invalidité ou pour rétablir la capacité de travail. En cas d'hospitalisation, celle-ci est gratuite et à charge de la Région.

Tableau n° B.9

VIEILLESSE

	FRANCE (1)	ITALIE
LEGISLATION 1. Première loi 2. Textes fondamentaux	5 avril 1910 - Loi du 5 avril 1928. - Code de la sécurité sociale (code SS), livres I-III - décret du 29 décembre 1945 modifié. - Loi du 31 décembre 1971. - Loi du 3 janvier 1975. - Loi du 30 décembre 1975.	21 avril 1919 - Décrets des 4 octobre 1935 et 14 avril 1939. - Décrets du 27 avril 1968 et Loi du 30 avril 1969. - Lois du 11 août 1972 et du 3 juin 1975.
CHAMP D'APPLICATION	Ouvriers et employés. Toutes les personnes salariées.	Ouvriers et employés. Toutes les personnes salariées.
CONDITIONS Durée minimum d'affiliation	Néant.	15 ans de cotisation..
Age légal de la retraite	Hommes : } Femmes : } 65 ans	Hommes : 60 ans Femmes : 55 ans
PRESTATIONS Montant de la pension	Formule de la pension : (à 60 ans) $S \times 20 \% \times \frac{n}{30}$ S = Salaire moyen des dix meilleures années. n = Nombre d'années jusqu'à 37 1/2 Pension minimum : (sous condition de ressources) FF 7 900 (2).	Formule de la pension : $2 \% \times n \times S$ n = Nombre d'années d'assurance (maximum : 40). S = Salaire moyen annuel soumis à cotisation pendant les 3 meilleures des 10 dernières années. Minimum : LIT 2 266 150 par an (LIT 2 139 150 si moins de 15 années de cotisations effectives). Pension sociale : Du montant de la pension contributive annuelle, LIT 156 000 (12 000 x 13) sont à la charge du Fonds social au titre de la pension sociale. Aux personnes âgées de plus de 65 ans et privées de revenus, il est payé, à charge du Fonds social, une pension sociale de LIT 1 431 950 par an (non réversible).
Salaire annuel plafonné	Ouvriers et employés : FF 60 120.	LIT 12 600 000.
Majorations pour personnes à charge - conjoint	Conjoint âgé de plus de 65 ans (60 ans si inapte) : FF 7 900 par an (sous condition de ressources).	Voir allocations familiales.

Tableau n° B.9 (suite 1)

VIEILLESSE

	FRANCE	ITALIE
- Enfants	<ul style="list-style-type: none"> - 10 % de la pension à tout pensionné qui a eu au moins 3 enfants y compris les enfants qu'il a élevés pendant au moins 9 ans avant leur 16ème anniversaire (2). - Mères de famille : majoration de deux années d'assurance par enfant. 	Voir allocations familiales.
REVALORISATION	- Revalorisations annuelles avec effet du 1 ^{er} janvier et du 1 ^{er} juillet, par arrêté fixant le coefficient de majoration.	Adaptation automatique semestrielle (1 ^{er} janvier et 1 ^{er} juillet) par décret. Indices de référence : <u>Pensions supérieures au minimum :</u> a) Part fixe représentant l'indexation au coût de la vie ; b) Au 1 ^{er} janvier : Différence entre l'indice des salaires minima conventionnels des ouvriers de l'industrie et l'indice du coût de la vie. <u>Pensions minimales :</u> Adaptation à l'indice des salaires minima conventionnels des ouvriers de l'industrie (2).
ANTICIPATION	En cas d'inaptitude au travail ou pour les déportés ou anciens combattants, droit ouvert à 60 ans au taux de 65 ans. Idem pour les travailleurs manuels (travaux pénibles) qui réunissent 41 ans d'assurance, pour les ouvrières mères de famille ayant élevé au moins 3 enfants et qui réunissent 30 ans d'assurance et pour les femmes totalisant 37,5 ans d'assurances.	
PROROGATION	Pensions ou rentes : Possibilité d'ajournement de la liquidation sans limite d'âge. Taux de 25 % de la pension majoré de 1,25 % par trimestre d'ajournement au-delà de 60 ans.	Possibilité d'obtenir des suppléments de pension tous les deux ans quand le pensionné continue à travailler et à verser des cotisations (18,72 x la valeur des cotisations de base versées pendant les deux années).
CUMUL AVEC UN SALAIRE	Cumul possible.	<ul style="list-style-type: none"> - Cumul total pour la pension minimum ; - Pas de cumul pour la partie de la pension supérieure à la pension minimum. - La part fixe représentant l'indexation au coût de la vie n'est pas cumulable avec le salaire (à l'exception de la pension minimum).

Tableau n° B. 10

PRESTATIONS FAMILIALES

	FRANCE	ITALIE
LEGISLATION		
1. Première loi	Loi du 11 mars 1932.	Loi du 17 juin 1937.
2. Textes fondamentaux	Code de la sécurité sociale - livre V. Décret du 10 décembre 1946 modifié. Loi du 3 janvier 1975. Loi du 12 juillet 1977. Loi du 17 juillet 1980.	Texte unique. Décret du 30 mai 1955. Loi du 17 octobre 1961.
ALLOCATIONS FAMILIALES (1)		
<u>Conditions</u> 1 ^{er} enfant ouvrant droit	1 ^{er} et 2 ^e (3)	1 ^{er}
<u>Age limite</u> - normal - formation professionnelle - études - jeunes filles au foyer - infirmes graves	17 ans 20 ans 20 ans 20 ans 20 ans	18 ans 21 ans 26 ans - illimité
<u>Montants mensuels</u> en monnaie nationale.	(1 ^{er} enfant : voir "complément familial") 2 ^e enfant : FF 251,44 3 ^e enfant : FF 459,17 4 ^e enfant : FF 409,97 5 ^e enfant et suivants : FF 388,10	Chaque enfant : LIT 19 760 (2).
en UCE (montants arrondis).	2 ^e enfant : UCE 43,90 3 ^e enfant : UCE 78,65 4 ^e enfant : UCE 70,20 5 ^e enfant et suivants: UCE 66,50 (1 UCE = FF 5,83794)	Chaque enfant : UCE 16,45 (1 UCE = LIT 1 201,13)
Allocations majorées en fonction de l'âge	Majorations à partir du 2 ^e enfant : plus de 10 ans : FF 98,39 plus de 15 ans : FF 174,92.	
AUTRES PRESTATIONS Allocations en faveur d'autres personnes à charge		a) Le conjoint, qui n'a pas de revenu propre supérieur à LIT 231 750 par mois : même montant que pour 1 enfant. b) Parents à charge, grands-parents à charge : LIT 2 340 par mois sous condition d'âge (sauf invalide) : 60 ans (hommes), 55 ans (femmes) et sous condition de ressources : maximum LIT 231 750 s'il s'agit d'un seul ascendant et LIT 405 600 s'ils sont deux.
Complément familial.	Sous condition de ressources : FF 455 pour les familles ayant 1 enfant de moins de 3 ans ou au moins 3 enfants.	
Allocation de parent isolé.	Garantie d'un revenu familial minimum pour les personnes qui assurent seules la charge d'au moins 1 enfant. Montant mensuel : FF 1 639,87 + FF 540,62 par enfant. L'allocation est égale à la différence entre ce montant et les ressources de l'allocation.	
Allocation de rentrée scolaire.	Allocation aux enfants de 6 à 16 ans. Taux annuel : FF 218,65.	
Allocations prénatales	Montant mensuel de FF 240,51 payé à raison de 2 mensualités après le premier examen prénatal, 4 mensualités après le 2 ^e examen prénatal, 3 mensualités après le 3 ^e examen prénatal.	

Tableau n° B. 10 (suite 1)

PRESTATIONS FAMILIALES

	FRANCE	ITALIE
Allocation de naissance	Allocation payable en 3 fractions : 1) à la naissance : FF 1 421,23 2) au 9 ^e mois : FF 710,61 3) au 24 ^e mois : FF 710,61. A partir du 3 ^e enfant majoration de FF 5 000,-.	
Allocation de logement et de déménagement	a) Logement. Bénéficiaires : les titulaires d'une des diverses prestations familiales, les personnes âgées, les infirmes, les jeunes travailleurs, les jeunes ménages ; l'allocation est versée pour les loyers supérieurs à un minimum variable suivant le revenu de l'intéressé et le nombre d'enfants. Elle peut être majorée pour les bénéficiaires à faible revenu. b) Prime de déménagement versée aux personnes qui après déménagement bénéficient de l'allocation logement. Ces deux catégories de prestations sont versées par les caisses d'allocations familiales.	
Allocations spéciales pour enfants handicapés	- Allocation d'éducation spéciale pour handicapés d'au moins 50 % jusqu'à l'âge de 20 ans : FF 349,84 par mois. - Complément pour enfants dont l'incapacité est d'au moins 80 % et qui ne sont pas pris en charge par les services d'éducation spéciale : • Aide constante d'une tierce personne FF 524,76 par mois • Aide quotidienne mais discontinue FF 262,38 par mois.	
Allocation familiale de vacances		
CAS SPECIAUX Chômeurs	Les chômeurs inscrits à un fonds de chômage ont droit aux allocations familiales sous certaines conditions.	Les chômeurs ont droit aux allocations familiales.
Titulaires de pensions	Les titulaires de pension ont droit aux allocations familiales (sous certaines conditions en ce qui concerne les titulaires de pension d'invalidité ou de rentes d'accidents du travail).	Les titulaires de pension ont droit aux allocations familiales.
Orphelins	Allocation en faveur des orphelins et de certains enfants à la charge d'un parent isolé : FF 327,97 par mois pour l'orphelin de père et de mère ; FF 245,98 par mois pour l'enfant dont un seul parent est décédé ou dont la filiation n'est établie qu'à l'égard de la mère.	

Tableau n° B.11

CHÔMAGE

	FRANCE	ITALIE
REGIME EXISTANT	Assurance chômage comportant notamment (1) : - Allocation de base (= allocation normale) - Allocation spéciale (en cas de licenciement pour raisons économiques).	a) Assurance-chômage b) Allocation extraordinaire de chômage
LEGISLATION 1. Première loi	Loi du 11 octobre 1940. Convention du 31 décembre 1958.	Décret-loi du 19 octobre 1919.
2. Textes fondamentaux	Loi du 16 janvier 1979.	a) et b) Décret-loi du 4 octobre 1935 (plusieurs modifications).
CHAMP D'APPLICATION	Tous les travailleurs salariés.	a) Tous les travailleurs salariés ; b) Travailleurs de certaines catégories et localités ne satisfaisant pas aux conditions exigées pour a).
CHOMAGE TOTAL (involontaire) Conditions principales	Etre à la disposition du bureau de placement.	a) et b) : Etre à la disposition du bureau de placement.
Stage	Allocation de base : appartenance à une ou plusieurs entreprises pendant 91 jours ou avoir effectué 520 heures de travail dans ces entreprises (182 jours et 1 040 heures respectivement pour l'allocation spéciale).	a) Au moins deux ans d'assurance, et 52 semaines de cotisation pendant les 2 dernières années. b) Au moins cinq semaines ou un mois de cotisation avant 1949 ou pendant les 2 dernières années.
Age maximum	60 ans	-
Recours	-	-
Délai de carence	Néant.	a) 7 jours b) 1 jour.
PRESTATIONS Jours d'attribution de l'indemnité	Tous les jours.	a) et b) : Tous les jours.
Durée du versement	- Allocation de base : 3 ans maximum. - Allocation spéciale (licenciement pour motif économique) : 1 an maximum.	a) 180 jours par an. Un régime transitoire permet cependant l'octroi des prestations pendant 360 jours dans le bâtiment. b) 90 jours avec possibilité de prolongation jusqu'à 180 jours.
Salaire de référence	Salaire cotisable des 3 derniers mois.	-
Plafond de salaire	FF 20 040 par mois.	-

Tableau n° B.11 (suite 1)

CHÔMAGE

	FRANCE	ITALIE
Taux	<p>Allocation de base : FF 23,50 par jour + 42 % du salaire de référence.</p> <p>Allocation spéciale : FF 23,50 par jour plus un pourcentage du salaire de référence, soit :</p> <p>65 % pour le 1^{er} trimestre 60 % pour le 2^e trimestre 55 % pour le 3^e trimestre 50 % pour le 4^e trimestre (1).</p>	a) et b) : Forfait LIT 800 par jour. En cas de chômage par licenciement ou raison de cessation de l'activité de l'entreprise ou de réduction de personnel, allocation spéciale de chômage pendant 180 jours, d'un montant égal aux deux tiers du dernier salaire journalier (Conditions de cotisation réduites à 13 semaines).
Suppléments familiaux (2)	-	-
INDEMNISATION DES CHÔMEURS AGES ET PRE-RETRAITES Mesure	Allocation de garantie de ressources en cas de licenciement ou de démission volontaire (dans ce dernier cas, garantie limitée jusqu'au 31 mars 1981).	-
CONDITIONS	<ul style="list-style-type: none"> - Etre âgé d'au moins 60 ans ; - avoir travaillé au moins un an dans les 5 dernières années et avoir appartenu 10 ans à la sécurité sociale ; - ne pas avoir droit, avant 65 ans, à une pension de vieillesse (anticipée) au taux plein ; - ne pas avoir demandé la liquidation d'une pension de retraite. 	-
TAUX	70 % du salaire journalier de référence jusqu'à l'âge de 65 ans et 3 mois.	-
CHÔMAGE PARTIEL Définition du chômage partiel	<p>a) Assistance : fermeture temporaire ou réduction de l'horaire (moins de 40 h/semaine) affectant au moins 20 % du personnel.</p> <p>b) Assurance : versement d'une indemnité horaire complémentaire.</p>	<p>Complément de salaire en cas de réduction ou d'arrêt de l'activité de l'entreprise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en raison de causes propres à celle-ci ou temporaires (complément ordinaire) ; - en raison de crise économique, sectorielle ou locale, de restructuration ou de reconversion de l'entreprise (complément extraordinaire).
CONDITIONS	cf. Chômage total.	Demande motivée de l'employeur. Autorisation de l'INPS ou par décret.
INDEMNISATION	<p>a) Indemnité horaire : FF 5,26</p> <p>b) Indemnité horaire : FF 12,70.</p>	30 % de la rémunération globale pour les heures non travaillées de 0 à 40 heures par semaine pendant 3 mois (complément ordinaire) ou 5 mois (complément extraordinaire) ; cette durée peut être prolongée (max. LIT 500 000 par mois).
CUMUL	<p>a) Assistance : avec allocations aux vieux travailleurs et pensions d'invalidité : pas de cumul ;</p> <p>b) Assurance complémentaire : avec allocation de l'assistance-chômage.</p>	<p>a) - Pas de cumul entre allocations-chômage et allocations extraordinaires ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de cumul avec l'indemnité de maladie ; - Pas de cumul avec pensions supérieures au minimum garanti ; <p>b) Pas de cumul avec les pensions supérieures au minimum garanti.</p>

ANNEXE C

TABLEAUX DU CHAPITRE III

L'OFFRE DE SOINS ET LES CONDITIONS D'ACCÈS

LISTE DES TABLEAUX DE L'ANNEXE C

	<i>Pages</i>
C. 1 - Indices lits-population (nombre de lits pour 1 000 habitants) France - Italie	135
C. 2 - Personnels des hôpitaux généraux publics, France - Italie	136
C. 3 - Personnels des hôpitaux privés, France - Italie	137
C. 4 - Répartition régionale de l'équipement et de l'activité des hôpitaux, établissements privés, fin 1979, Italie	138
C. 5 - Répartition régionale de l'équipement et de l'activité des hôpitaux, établissements privés, fin 1979, France	139
C. 6 - Répartition régionale de l'équipement et de l'activité des hôpitaux, établissements généraux publics, 1979, Italie	140
C. 7 - Répartition régionale de l'équipement et de l'activité des hôpitaux, établissements publics, 1980, France	141
C. 8 - Densités de médecins, Italie, 1961 - 1981	142
C. 9 - Densités de médecins, France, 1960 - 1981	143
C.10 - Répartition régionale des médecins en 1978, France - Italie ..	144
C.11 - Professions sanitaires, densités pour 100 000 habitants, France - Italie	145
C.12 - Contrats des médecins de 1966 à 1983, Italie	146
C.13 - Italie, incompatibilités et restrictions de l'exercice médical en 1981	147

Tableau n° C.1

INDICES LITS-POPULATION

(nombre de lits pour 1000 habitants)

Année	Hôpitaux généraux publics		Hôpitaux privés	
	FRANCE	ITALIE	FRANCE	ITALIE
1960/62	4,6	4,2	2,3	1,4
1965	4,6	4,7	n.d.	1,7
1970/72	4,8	6,7	3,1	1,7
1973	4,8	n.d.	3,2	n.d.
1974	4,9	7,0	3,3	1,7
1975	5,0	6,6	3,3	1,6
1976	5,1	6,6	3,3	1,5
1977	5,2	6,5	3,3	1,5
1978	5,3	6,5	3,3	1,4
1979	5,6	6,5	3,4	1,4
1980	5,7	n.d.	3,5	n.d.

Sources : FRANCE Ministère de la Santé
ITALIE ISTAT

Tableau n° C.2

PERSONNELS DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX PUBLICS

Année	Médecins (pour 100 lits)		Personnel paramédical (pour 100 lits)		Personnel non sanitaire (pour 100 lits)	
	FRANCE	ITALIE	FRANCE	ITALIE	FRANCE	ITALIE
1965	5,3	9,2	56,9	15,8	26,9	27,0
1970	7,6	n.d.	75,7	n.d.	33,6	n.d.
1971	8,2	9,7	78,9	n.d.	34,8	n.d.
1972	8,5	n.d.	82,4	n.d.	36,8	n.d.
1973	9,0	n.d.	85,2	n.d.	39,4	n.d.
1974	9,7	n.d.	87,2	n.d.	45,1	n.d.
1975	10,2	11,8	88,2	n.d.	48,2	n.d.
1976	11,1	n.d.	94,0	n.d.	50,6	n.d.
1977	11,8	n.d.	97,8	n.d.	53,2	n.d.
1978	12,2	n.d.	101,2	n.d.	54,9	n.d.
1979	12,7	14,5	102,3	44,7	56,2	50,0
1980	13,5	n.d.	102,2	n.d.	57,3	n.d.

Sources : FRANCE Ministère de la Santé
ITALIE ISTAT

Tableau n° C.3

PERSONNELS DES HÔPITAUX PRIVES

Année	Médecins (pour 100 lits)		Personnel paramédical (pour 100 lits)		Personnel non sanitaire (pour 100 lits)	
	FRANCE	ITALIE	FRANCE	ITALIE	FRANCE	ITALIE
1965	n.d.	6,4	n.d.	9,6	n.d.	23,6
1972	16,6	n.d.	35,4	n.d.	45,4	n.d.
1975	17,0	n.d.	38,1	n.d.	44,4	n.d.
1976	17,6	n.d.	39,8	n.d.	45,3	n.d.
1977	18,3	n.d.	41,3	n.d.	46,0	n.d.
1978	18,7	n.d.	42,9	n.d.	46,8	n.d.
1979	19,8	9,7	43,8	25,1	47,4	37,2
1980	20,1	n.d.	44,1	n.d.	45,6	n.d.

Source : FRANCE Ministère de la Santé
ITALIE ISTAT

Tableau n° C.4

REPARTITION REGIONALE DE L'EQUIPEMENT ET DE L'ACTIVITE DES HÔPITAUX

Etablissements Privés, fin 1979

- ITALIE -

	Lits pour 1000 habitants	Taux d'hospitalisation %	Durée moyenne de séjour (jours)	Médecins pour 100 lits ⁽¹⁾	Autre personnel sanitaire pour 100 lits ⁽²⁾
Piémont	1,2	1,5	20,4	5,7	20,6
Val d' Aoste	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lombardie	1,2	2,0	17,7	5,6	22,9
Trentin H.A.	1,3	1,7	22,8	4,8	22,6
Vénétie	0,9	1,3	17,2	6,5	20,1
Frioul V.J.	0,7	1,3	15,2	8,4	30,7
Ligurie	0,8	1,3	15,9	5,0	20,4
Emilie Romagne	1,5	2,9	15,0	7,5	26,3
Toscane	0,9	1,6	16,5	8,2	28,0
Ombrie	0,3	0,7	8,6	12,9	15,1
Marches	1,4	2,1	20,2	7,0	22,9
Latium	2,7	2,9	26,6	6,5	26,9
Abruzzes	1,8	2,3	25,9	6,6	21,7
Molise	0,6	1,1	17,0	9,8	18,6
Campanie	1,5	2,9	13,7	9,2	23,2
Pouilles	1,8	1,0	49,4	3,0	42,1
Basilicate	2,7	1,0	63,9	1,9	40,6
Calabre	1,5	3,6	12,8	7,1	15,3
Sicile	0,8	1,4	13,8	7,2	14,6
Sardaigne	1,0	1,7	14,5	8,6	21,6
ITALIE =====	1,4 ===	2,0 ===	19,1 ====	6,4 ===	25,1 ====

(1) taux rectifié équivalent temps plein

(2) taux général

Tableau n° C.5

REPARTITION REGIONALE DE L'EQUIPEMENT ET DE L'ACTIVITE DES HÔPITAUX

Etablissements Privés, fin 1979

- FRANCE -

	Lits pour 1000 habitants	Taux d'hospitalisation %	Durée moyenne de séjour (jours)	Médecins pour 100 lits ⁽¹⁾	Autre personnel sanitaire pour 100 lits ⁽²⁾
Ile-de-France	3,8	8,3	13,2	18,2	51,7
Champagne-Ardennes	1,8	6,9	8,1	17,9	55,5
Picardie	2,0	4,4	14,9	11,8	42,5
Haute Normandie	2,1	5,6	11,4	13,4	43,5
Centre	2,6	5,4	15,6	12,0	38,0
Basse Normandie	2,1	4,8	12,5	11,5	38,7
Bourgogne	2,7	6,4	12,6	11,9	45,8
Nord-Pas-de-Calais	2,2	5,7	12,0	13,6	52,2
Lorraine	3,6	8,9	12,0	10,9	50,0
Alsace	3,8	6,8	17,2	11,1	41,7
Franche-Comté	1,7	5,0	10,7	15,4	36,6
Pays de la Loire	2,4	6,7	11,4	12,1	43,8
Bretagne	3,1	6,2	15,9	10,2	44,3
Poitou-Charentes	1,6	4,9	9,5	14,3	40,8
Aquitaine	5,0	8,4	16,5	11,3	33,5
Midi-Pyrénées	4,1	7,5	16,5	13,9	39,5
Limousin	2,1	5,6	11,6	14,6	50,0
Rhône-Alpes	3,5	6,7	15,9	11,5	41,7
Auvergne	2,7	5,8	12,9	12,1	34,7
Languedoc-Roussillon	6,2	9,5	19,8	10,0	36,3
Provence-Côte d'azur	6,4	9,9	19,5	15,5	34,2
FRANCE =====	3,4 ===	7,1 ===	14,5 ====	13,7 ====	42,8 =====

(1) *taux rectifié équivalent temps plein*(2) *taux général*

Tableau n° C.6

REPARTITION REGIONALE DE L'EQUIPEMENT ET DE L'ACTIVITE DES HÔPITAUX

Etablissements Généraux Publics, 1979

- ITALIE -

ITALIE 1979	Lits pour 1000 habitants	Taux d'hospitalisation ‰	Durée moyenne de séjour (jours)	Médecins pour 100 lits ⁽¹⁾	Autre personnel sanitaire pour 100 lits ⁽²⁾
Piémont	5,8	11,5	12,4	9,9	40,1
Val d' Aoste	5,8	13,2	12,2	11,6	61,9
Lombardie	6,5	14,6	11,5	11,5	46,6
Trentin H.A.	7,4	15,1	12,4	9,9	44,5
Vénétie	10,0	18,9	12,5	9,3	43,6
Frioul V.J.	10,2	19,2	13,9	10,8	50,0
Ligurie	7,6	15,9	12,8	8,3	43,2
Emilie Romagne	7,4	16,0	12,1	12,5	48,5
Toscane	7,8	16,4	11,5	10,4	47,9
Ombrie	8,2	18,1	10,6	13,7	44,8
Marches	9,4	17,8	11,0	10,2	34,6
Latium	5,8	12,0	13,1	14,0	47,3
Abruzzes	7,3	16,7	10,8	11,9	43,8
Molise	5,3	14,1	8,5	14,2	43,8
Campanie	3,9	9,5	10,1	15,1	50,5
Pouilles	6,6	16,5	10,3	10,0	40,6
Basilicate	5,1	11,4	10,9	11,3	40,5
Calabre	4,3	11,1	9,2	14,2	46,0
Sicile	4,7	11,3	10,0	12,0	36,6
Sardaigne	4,5	10,9	10,3	11,9	49,3
ITALIE =====	6,5 ===	14,1 =====	11,5 =====	11,4 =====	44,7 =====

(1) *taux rectifié équivalent temps plein*(2) *taux général*

Tableau n° C.7

REPARTITION REGIONALE DE L'EQUIPEMENT ET DE L'ACTIVITE DES HÔPITAUX

Etablissements Publics, 1980

- FRANCE -

FRANCE 1980	Lits pour 1000 habitants	Taux d'hospitalisation %	Durée moyenne de séjour (jours)	Médecins pour 100 lits ⁽¹⁾	Autre personnel sanitaire pour 100 lits ⁽²⁾
Ile-de France	5,4	11,1	14,2	18,4	126,5
Champagne-Ardennes	6,2	13,5	12,2	10,4	95,6
Picardie	5,3	12,1	12,5	11,9	102,3
Haute Normandie	5,7	10,8	14,3	11,1	104,2
Centre	5,9	10,9	15,0	11,8	100,1
Basse Normandie	6,4	12,8	13,1	9,5	116,2
Bourgogne	6,3	11,7	15,4	9,4	84,3
Nord-Pas-de-Calais	4,2	9,3	12,8	11,6	103,2
Lorraine	5,2	12,5	10,9	12,0	90,6
Alsace	6,7	14,8	12,9	16,4	96,1
Franche-Comté	5,4	13,2	11,4	13,8	92,5
Pays de la Loire	6,0	10,8	16,3	10,6	91,5
Bretagne	6,4	13,8	13,9	10,8	98,7
Poitou-Charentes	6,0	12,7	13,7	11,0	104,5
Aquitaine	5,1	10,7	13,6	13,0	109,5
Midi-Pyrénées	5,6	10,7	15,0	12,1	101,2
Limousin	7,2	12,2	17,3	11,1	93,7
Rhône-Alpes	6,7	13,2	14,4	12,0	90,8
Auvergne	6,6	11,5	15,9	9,2	85,1
Languedoc-Roussillon	6,0	11,1	15,9	13,5	99,7
Provence-Côte-d'azur	5,0	10,8	12,6	15,8	104,3
FRANCE =====	5,7 ===	11,5 =====	14,0 =====	13,4 =====	103,3 =====

(1) *taux rectifié équivalent temps plein*(2) *taux général*

Tableau n° C.8

DENSITES DE MEDECINS

- ITALIE -

Années	FNOM (inscrits à l'Ordre)		IRES / ISTAT (en activité)	
	Nombre	Densité pour 100 000 Hbts	Nombre	Densité pour 100 000 Hbts
1961	81500	161,3	65400 ¹	129,5 ¹
1971	100500	186,1	80403	148,9
1972	104700	192,4	83649	153,7
1973	109200	198,9	86940	158,7
1974	114200	206,1	90504	163,3
1975	123900	221,9	94921	170,0
1976	131600	234,3	103955	185,1
1977	139200	246,5	110443	195,6
1978	151200	266,6	118137	208,3
1979	164600	289,2	129337	227,3
1980	n.d.	n.d.	142388	249,5
1981	189800	330,0*	155330	271,1

* donnée provisoire

¹ donnée estimée

Tableau n° C.9

DENSITES DE MEDECINS

- FRANCE -

Années	N o m b r e s			Densités / 100 000 hbts.		
	Généralistes	Spécialistes	Ensemble	Généralistes	Spécialistes	Ensemble
1960			44954			98,4
1965			54764			112,3
1970			62350			122,8
1972	44097	24681	68778	85,3	47,7	133,0
1973	44985	25726	70711	86,3	49,4	135,7
1974	46195	27357	73552	88,1	52,1	140,2
1975	48256	28887	77143	91,6	54,8	146,4
1976	50526	30438	80964	95,5	57,5	153,0
1977	54008	32298	86306	101,8	60,9	162,7
1978	57715	33727	91442	108,3	63,3	171,6
1979	60707	36461	97168	113,5	68,2	181,7
1980	65255	38818	104073	121,5	72,3	193,8
1981	66024	42030	108054	122,3	77,9	200,2

Source : Ministère de la Santé

Tableau n° C.10

REPARTITION REGIONALE DES MEDECINS EN 1978

FRANCE		ITALIE	
Régions	habitants par médecin	Régions	habitants par médecin
Ile-de-France	385	Piémont	494
Champagne-Ardenne	757	Val d' Aoste	566
Picardie	838	Lombardie	441
Haute Normandie	735	Ligurie	283
Centre	728	Trentin HA	515
Basse Normandie	750	Vénétie	456
Bourgogne	711	Frioul	441
Nord - Pas-de-Calais	729	Emilie Romagne	331
Lorraine	651	Toscane	346
Alsace	577	Ombrie	353
Franche-Comté	716	Marches	438
Pays de la Loire	778	Latin	272
Bretagne	671	Abruzzes	436
Poitou-Charentes	737	Molise	540
Aquitaine	534	Campanie	390
Midi-Pyrénées	507	Pouilles	481
Limousin	626	Basilicate	662
Rhône-Alpes	593	Calabre	449
Auvergne	586	Sicile	379
Languedoc-Roussillon	387	Sardaigne	456
Provence - Côte-d'Azur + Corse	413		
		TOTAL	394
		=====	=====
TOTAL	549		
=====	=====		

Source : I.S.T.A.T.

Source : Ministère de la Santé

Tableau n° C.11

PROFESSIONS SANITAIRES
DENSITES POUR 100 000 HABITANTS

Années	FRANCE		ITALIE	
	Dentistes	Infirmiers	Dentistes	Infirmiers
1960	32,2	n.d.	n.d.	112
1965	36,4	250,5	n.d.	144
1970	40,5	292,7	n.d.	221
1971	42,7	317,5	12,8	n.d.
1972	44,7	336,4	12,9	n.d.
1973	45,7	350,5	12,8	n.d.
1974	47,8	357,5	12,8	n.d.
1975	49,5	386,5	12,8	264
1976	50,6	402,0	12,7	360
1977	52,3	412,7	12,8	n.d.
1978	54,2	437,1	12,8	405
1979	58,1	460,4	12,8	n.d.
1980	60,4	464,4	12,9	n.d.
1981	n.d.	n.d.	12,9	n.d.

Sources: France : CNAMTS, Ministère de la Santé

Italie : Eurostat

Tableau n° C.12

- I T A L I E -
CONTRATS DES MEDECINS DE 1966 à 1983

Secteurs	Type de contrat	1966	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	
<u>Soins de généralistes</u>																				
- Généralistes																				
. INAM (1)	I	1966-68			1970-72			1973-75			-----			-----			-----			
. EMPAS (2)	I	-----			-----			1973-75			-----			-----			-----			
. Service National de Santé	I	-----			-----			-----			-----			1978-80			1982-81			
- Pédiatres	I	-----			-----			-----			-----			1978-80			1982-81			
<u>Soins de spécialistes</u> (y compris labos et radiologie)																				
- Spécialistes sous contrat avec																				
. INAM	I	1966-68			1969-71			1972-73		1974-76		-----			-----			-----		
. Autres institutions	I	-----			-----			1971-73		1974-76		-----			-----			-----		
. Service National de Santé	I	-----			-----			-----		-----		-----			1978-80			-----		
- Spécialistes avec paiement à l'acte																				
. INAM	I	1967-69			-----			-----			-----			-----			-----			
. Autres institutions	I	-----			1970-72			1973-75			-----			-----			-----			
. Service National de Santé	I	-----			-----			-----			-----			1978-80			-----			
<u>Soins hospitaliers</u>																				
- Médecins en hôpital public	S	-----			1970-72			-----			1974-76		1977- 6.79		7.1979-6.82		-----			
- Médecins en hôpital privé	S	-----			-----			-----			1976-78		-----			-----				
<u>Autres services publics de santé</u>																				
- Médecins dépendant des communes ou régions.	S	-----			-----			-----			-----			-----			3.1979-81			

Source : IRES

Notes : I = indépendant

S = salarié

(1): capitation et paiement à l'acte

(2): paiement à l'acte

INCOMPATIBILITES ET RESTRICTIONS DE L'EXERCICE MEDICAL EN 1981

Categories de médecins	Secteur public						Secteur privé				
	Généralistes	Pédiatres	Spécialistes		Hôpitaux publics		Autres services publics	Hôpitaux privés			Clientèle privée
			En cliniques publiques	En cabinets privés	Plein temps	Temps partiel		Plein temps	Temps partiel	Rémunération horaire ou à l'acte	
Généralistes		I	I	I	I	R		I	R ⁽²⁾	(3)	(3)
Pédiatres	I		I	I	I	R	I	I	R ⁽²⁾	(3)	(3)
Spécialistes en clinique publique	I	I		R	I	R	I	I	R ⁽²⁾		
Spécialistes en Cabinet privé	I	I	R		I	R	I	I	(2)		
Temps plein hospitaliers publics	I	I	I	I		I	I	I	I	I ⁽⁴⁾	I ⁽⁴⁾
Temps partiel hospitaliers publics	R	R	R		I		I	I	I		
Autres services publics de santé (1)	R	I	I	I	I	I		I	I		
Temps plein hospitaliers privés	I	I	I	I	I	I	I		I	I	I ⁽⁴⁾
Temps partiel hospitaliers privés	R ⁽²⁾	R ⁽²⁾	R ⁽²⁾	(2)	I	I	I	I		I	
Hôpitaux privés rémunération horaire ou à l'acte	(3)	(3)			I ⁽⁴⁾			I	I		
Clientèle privée	(3)	(3)			I ⁽⁴⁾			I ⁽⁴⁾			

Source : IRES

Notes : (1) médecine des services communautaires

(2) incompatible si l'hôpital privé a un contrat avec le S.S.N.

(3) la clientèle privée n'est pas permise pour les patients inscrits sur la liste

(4) la clientèle privée est incompatible mais existe de fait.

I incompatibles

R compatibles mais avec des restrictions (sur le nombre de patients de la liste, horaires, etc.)

ANNEXE D

TABLEAUX DU CHAPITRE IV

LA DÉPENSE DE SANTE ET SON FINANCEMENT

LES CONSOMMATIONS MÉDICALES

LISTE DES TABLEAUX DE L'ANNEXE D

	<i>Pages</i>
D. 1 - Rôle du secteur de la santé dans l'économie, 1964 - 1980, France - Italie	153
D. 2 - Structure du financement de la dépense de santé, 1964 -1977, Italie	154
D. 3 - Structure du financement de la dépense de santé, 1964 - 1977, Italie	155
D. 4 - Structure du financement de la consommation médicale finale, 1964 - 1978, France	156
D. 5 - Structure du financement de la consommation médicale finale, 1964 - 1978, France	157
D. 6 - Dépenses de santé, 1964 - 1980 et taux d'accroissement annuels moyens, Italie	158
D. 7 - Dépenses de santé, 1964 - 1980 et taux d'accroissement annuels moyens, France	159
D. 8 - Dépenses de santé, 1964 - 1980, valeur relative aux prix de 1980 et taux d'accroissements annuels moyens, Italie	160
D. 9 - Dépenses de santé, C.M.F., 1964 - 1980, valeur relative aux prix de 1980 et taux d'accroissement annuels moyens, France .	161
D.10 - Dépenses de santé, 1964 - 1980, structure de la valeur, Italie	162
D.11 - Dépenses de santé, 1964 - 1980, C.M.F., structure de la valeur France	163
D.12 - Dépenses de santé par personne et taux d'accroissement annuels moyens, 1964 - 1980, Italie	164
D.13 - Dépenses de santé par personne et taux d'accroissement annuels moyens, 1964 - 1980, France	165
D.14 - Dépenses de santé par personne et taux d'accroissement annuels moyens, 1964 - 1980, Italie	166
D.15 - Dépenses de santé et taux d'accroissement annuels moyens, 1964 - 1980, Italie	167

	<i>Pages</i>
D.16 - Activité des hôpitaux privés, 1961 - 1980, France - Italie ..	168
D.17 - Activité des hôpitaux généraux publics, 1961 - 1980, France - Italie	169
D. 18- Consommations médicales, 1964 - 1977, Italie, assurés de l' I.N.A.M.	170
D.19 - Consommations médicales, 1964 - 1981, France, personnes protégées par le régime général	171
D.20 - Taux d'accroissements annuels moyens des consommations médica- les, Italie - France	172

Tableau n° D.1

ROLE DU SECTEUR DE LA SANTE DANS L'ECONOMIE
- 1964-1980 -

Années	Rapport au PIB		Rapport à la CFM	
	FRANCE	ITALIE	FRANCE	ITALIE
1964	4,8	3,5	7,8	5,3
1969	5,5	4,3	9,0	6,6
1974	6,1	5,6	10,0	8,5
1975	6,7	5,9	10,9	8,8
1976	6,8	5,5	11,0	8,2
1977	6,8	4,8	10,9	7,5
1978	7,1	5,0	11,4	8,0
1979	7,3	5,0	11,6	8,0
1980	7,5	5,0	11,8	7,9

Sources: FRANCE : Comptes Santé
ITALIE : Prestations sanitaires
(non compris le financement privé)

P.I.B. : Produit Intérieur Brut
C.F.M. : Consommation Finale des Ménages

Tableau n° D.2

I T A L I E
STRUCTURE DU FINANCEMENT DE LA DEPENSE DE SANTE
1964 - 1977

en milliards de lires courantes

		Etat	Régions	F.N.A.O.	Provinces et communes	Instituts mutualistes	I.N.P.S. et I.N.A.I.L.	Total
Soins ambulatoires	1964	-	-	-	45	242	14	301
	1969	-	-	-	57	457	21	535
	1974	-	-	-	116	1028	33	1177
	1975	-	-	-	128	1254	35	1417
	1976	-	-	-	146	1471	46	1663
	1977	-	-	-	166	1664	54	1884
Pharmacie	1964	-	-	-	9	251	-	260
	1969	-	-	-	10	455	-	465
	1974	-	-	-	11	919	-	930
	1975	-	-	-	12	1167	-	1179
	1976	-	-	-	12	1477	-	1489
	1977	-	-	-	12	1671	2	1685
Soins hospitaliers	1964	5	-	-	150	296	83	534
	1969	7	-	-	236	707	104	1054
	1974	11	16	-	413	2594	136	3170
	1975	11	19	3300	430	-	14	3774
	1976	53	15	3750	390	1	12	4221
	1977	46	15	4515	410	1	9	4996
Ensemble	1964	16	-	-	249	808	107	1180
	1969	38	-	-	369	1649	145	2201
	1974	112	43	-	669	4616	178	5618
	1975	159	55	3300	718	2499	62	6793
	1976	153	60	3750	717	3032	71	7783
	1977	179	68	4515	777	3431	82	9052

Tableau n° D.3

I T A L I E
STRUCTURE DU FINANCEMENT DE LA DEPENSE DE SANTE
1964 - 1977

%

	Etat	Régions	F.N.A.O.	Provinces et communes	Instituts mutualistes	I.N.P.S. et I.N.A.I.L.	Total	
Soins ambulatoires	1964	-	-	15,0	60,4	4,6	100,0	
	1969	-	-	10,7	85,4	3,9	100,0	
	1974	-	-	9,9	87,3	2,8	100,0	
	1975	-	-	9,0	88,5	2,5	100,0	
	1976	-	-	8,8	88,5	2,7	100,0	
	1977	-	-	-	8,8	88,3	2,9	100,0
Pharmacie	1964	-	-	3,5	96,5	-	100,0	
	1969	-	-	2,2	97,8	-	100,0	
	1974	-	-	1,2	98,8	-	100,0	
	1975	-	-	1,0	99,0	-	100,0	
	1976	-	-	0,8	99,2	-	100,0	
	1977	-	-	-	0,7	99,2	0,1	100,0
Soins hospitaliers	1964	0,9	-	28,1	55,4	15,6	100,0	
	1969	0,7	-	22,4	67,1	9,8	100,0	
	1974	0,3	0,5	-	13,0	81,8	4,4	100,0
	1975	0,3	0,5	87,4	11,4	-	0,4	100,0
	1976	1,3	0,4	88,8	9,2	-	0,3	100,0
	1977	0,9	0,3	90,4	8,2	-	0,2	100,0
Ensemble	1964	1,4	-	21,1	68,5	9,1	100,0	
	1969	1,7	-	16,8	74,9	6,6	100,0	
	1974	2,0	0,8	-	11,9	82,2	3,1	100,0
	1975	2,3	0,8	48,6	10,6	36,8	0,9	100,0
	1976	2,0	0,8	48,2	9,2	39,0	0,8	100,0
	1977	2,0	0,8	49,9	8,6	37,9	0,8	100,0

Tableau n° D.4

FRANCE
STRUCTURE DU FINANCEMENT DE LA CONSOMMATION MEDICALE FINALE
1964 - 1978

en millions de francs

	Sécurité Sociale	Administrations publiques	Mutuelles	Ménages + Assoc. privées	Total	
Soins ambulatoires (1)	1964	4087	← 2358 →		6445	
	1970	8103	229	683	5244	14259
	1974	14299	351	1302	9080	25032
	1975	17830	388	1586	10681	30485
	1976	20618	508	2012	11891	35029
	1977	22515	474	2444	13484	38917
	1978	26664	491	2917	16203	46275
Pharmacie (1)	1964	3299	← 3318 →		6617	
	1970	6738	322	593	4347	12000
	1974	10634	416	1081	7055	19166
	1975	12694	437	1297	8074	22502
	1976	13173	495	1554	8273	23495
	1977	13835	468	1662	8425	23390
	1978	18453	467	1830	10454	29203
Soins hospitaliers (1)	1964	5613	← 2920 →		8533	
	1970	13877	1729	251	1319	17176
	1974	27131	2127	384	2539	31181
	1975	36386	2456	467	2814	42123
	1976	46087	2799	550	3600	53036
	1977	53505	3139	782	4286	61712
	1978	64516	3117	941	4454	73208
Ensemble	1964	12732	1782	673	6286	21473
	1969	24624	2064	1389	10567	38644
	1974	52949	2863	2812	19418	78042
	1975	68008	3248	3425	22545	97224
	1976	80906	3628	4218	24908	113660
	1977	90992	4032	5001	27393	127418
	1978	108895	4215	5698	32628	151636

Tableau n° D.5

FRANCE
STRUCTURE DU FINANCEMENT DE LA CONSOMMATION MEDICALE FINALE
1964 - 1978

%

		Sécurité Sociale	Administrations publiques	Mutuelles	Ménages + Assur. privées	Total
Soins ambulatoires	1964	63,4	← 36,6 →			100,0
	1970	56,8	1,6	4,8	36,8	100,0
	1974	57,1	1,4	5,2	36,3	100,0
	1975	58,5	1,2	5,2	35,1	100,0
	1976	58,9	1,5	5,7	33,9	100,0
	1977	57,9	1,2	6,3	34,6	100,0
	1978	57,6	1,1	5,3	35,0	100,0
Pharmacie	1964	49,9	← 50,1 →			100,0
	1970	56,2	2,7	4,9	36,2	100,0
	1974	55,4	2,2	5,6	36,8	100,0
	1975	56,4	1,9	5,5	36,2	100,0
	1976	56,1	2,1	6,6	35,2	100,0
	1977	56,7	2,0	6,8	34,5	100,0
	1978	56,3	1,6	6,3	35,8	100,0
Soins hospitaliers	1964	65,8	← 34,2 →			100,0
	1970	80,9	10,9	1,5	7,6	100,0
	1974	84,3	6,6	1,2	7,9	100,0
	1975	86,5	5,5	1,3	6,7	100,0
	1976	86,9	5,3	1,0	6,8	100,0
	1977	86,8	5,2	1,3	6,7	100,0
	1978	88,1	4,3	1,3	7,3	100,0
Ensemble	1964	58,3	8,3	3,1	29,3	100,0
	1969	63,7	5,3	3,6	27,4	100,0
	1974	67,8	3,7	3,6	24,9	100,0
	1975	69,9	3,3	3,5	23,3	100,0
	1976	71,2	3,2	3,7	21,9	100,0
	1977	71,3	3,4	3,8	21,5	100,0
	1978	71,8	2,8	3,9	21,5	100,0

Tableau n° D.6

I T A L I E
 DEPENSES DE SANTE
 1964 - 1980

en milliards de lires courantes

	Soins ambulatoires	Pharmacie	Hôpital	Autres	Total
1964	301	260	534	85	1180
1969	535	465	1054	147	2201
1974	1177	930	3170	341	5618
1975	1417	1179	3774	423	6793
1976	1663	1489	4221	410	7783
1977	1884	1685	4996	487	9052
1978	2644	1970	5805	763	11182
1979	3108	2043	7414	991	13556
1980	3705	2680	9405	1082	16872

Taux d'accroissement annuels moyens

	%				
64 / 69	12,2	12,3	14,6	11,6	13,3
69 / 74	17,1	14,9	24,6	18,4	20,6
74 / 75	20,4	26,8	19,1	24,0	20,9
75 / 76	17,4	26,3	11,8	- 3,1	14,5
76 / 77	13,3	13,2	18,4	18,8	16,3
77 / 78	40,3	16,9	16,2	56,7	23,5
78 / 79	17,5	3,7	27,7	29,9	21,2
79 / 80	19,2	31,2	26,9	9,2	24,5

Sources : 1964-1977 I.S.P.E.
 1978-1980 calcul d'après I.S.T.A.T.

Tableau n° D.7

F R A N C E
 DEPENSES DE SANTE
 (C.M.F.)
 1964 - 1980

en millions de francs

10 ⁶ F	Soins ambulatoires	Pharmacie	Hôpital	Autres	Total
1964	7061	5749	8200	463	21473
1969	12763	10479	14756	646	38644
1974	25027	19186	32133	1697	78042
1975	30479	22502	42069	2173	97224
1976	34871	23469	52855	2465	223660
1977	38910	24390	61639	2499	127438
1978	46275	29204	73144	3013	151636
1979	53840	32350	86894	3421	176505
1980	61097	37668	103585	4065	206415

Taux d'accroissement annuels moyens

%

64 / 69	12,6	12,8	12,5	6,9	12,5
69 / 74	14,4	12,9	16,8	21,3	15,1
74 / 75	21,8	17,3	30,9	28,0	24,6
75 / 76	14,4	4,3	25,6	13,4	16,9
76 / 77	11,1	3,8	16,4	1,4	12,0
77 / 78	18,9	19,7	18,7	20,6	19,0
78 / 79	16,3	10,8	18,8	13,5	16,4
79 / 80	13,5	16,4	19,2	18,8	16,9

Source : Comptes Nationaux de la Santé

Tableau n° D.8

I T A L I E
DEPENSES DE SANTE
(1964 - 1980)

Valeur relative aux prix de 1980

en milliards de liras

	Soins ambulatoires	Pharmacie	Hôpital	Autres	Total
1964	1327	1147	2355	375	5204
1969	2092	1818	4121	575	8606
1974	2989	2362	8052	866	14269
1975	3075	2558	8190	918	14741
1976	3093	2770	7851	763	14477
1977	2976	2662	7894	769	14301
1978	3702	2758	8127	1068	15655
1979	3761	2472	8971	1199	16403
1980	3705	2680	9405	1082	16872

Taux d'accroissement annuels moyens

%

64 / 69	9,5	9,6	11,8	8,9	10,6
69 / 74	7,4	5,4	14,3	8,5	10,6
74 / 75	2,9	8,3	1,7	6,0	3,3
75 / 76	0,6	8,3	- 4,1	-16,9	- 1,8
76 / 77	- 3,8	- 3,9	0,5	0,8	- 1,2
77 / 78	24,4	3,6	3,0	38,9	9,5
78 / 79	1,6	-10,4	10,4	12,3	4,8
79 / 80	- 1,5	8,4	4,8	- 9,8	2,9

Source : ISTAT

Tableau n° D.9

F R A N C E

DEPENSES DE SANTE

C . M . F

(1964 - 1980)

Valeur relative aux prix de 1980

en millions de francs

10 ⁶ F 1980	Soins ambulatoires	Pharmacie	Hôpital	Autres	Total
1964	22487	18309	26115	1475	68386
1969	33765	27722	39037	1709	102233
1974	46006	35085	59068	3119	143278
1975	50130	37010	69192	3574	189906
1976	52359	35239	79362	3701	173797
1977	53374	33457	84553	3428	174812
1978	58208	36735	92005	3790	190738
1979	61112	36720	98631	3883	200346
1980	61097	37668	103585	4065	206415

Taux d'accroissement annuels moyens

%

64 / 69	8,5	8,7	8,4	3,0	8,4
69 / 74	6,4	4,8	8,6	12,7	7,0
74 / 75	9,0	5,5	17,1	14,6	11,6
75 / 76	4,4	- 4,8	14,7	3,6	8,7
76 / 77	1,9	- 5,1	6,5	- 7,4	0,6
77 / 78	9,1	9,8	8,8	10,6	9,1
78 / 79	5,0	- 0,1	7,2	2,5	5,0
79 / 80	- 0,1	2,6	5,0	4,7	3,0

Source : Comptes Nationaux de la Sante

Tableau n° D.10

I T A L I E
 DEPENSES DE SANTE
 (1964 - 1980)
 Structure de la valeur

	Soins ambulatoires	Pharmacie	Hôpital	Autres	%
1964	25,5	22,0	45,3	7,2	100,0
1969	24,3	21,2	47,9	6,6	100,0
1974	21,0	16,6	56,4	6,0	100,0
1975	20,9	17,4	55,6	6,1	100,0
1976	21,4	19,1	54,2	5,3	100,0
1977	20,8	18,6	55,2	5,4	100,0
1978	23,6	17,6	51,9	6,8	100,0
1979	22,9	15,1	54,7	7,3	100,0
1980	22,0	15,9	55,7	6,4	100,0

Source : I.S.T.A.T

Tableau n° D 11

F R A N C E
 DEPENSES DE SANTE
 C . M . F
 (1964 - 1980)
 Structure de la valeur

%

	Soins ambulatoires	Pharmacie	Hôpital	Autres	Total
1964	32,9	26,8	38,2	2,1	100,0
1969	33,0	27,1	38,2	1,7	100,0
1974	32,1	24,6	41,2	2,2	100,0
1975	31,3	23,1	43,3	2,3	100,0
1976	30,7	20,6	46,5	2,2	100,0
1977	30,5	19,1	48,4	2,0	100,0
1978	30,5	19,3	48,2	2,0	100,0
1979	30,5	18,3	49,2	2,0	100,0
1980	29,6	18,2	50,2	2,0	100,0

Source : Comptes Nationaux de la Santé

Tableau n° D.12

I T A L I E
DEPENSES DE SANTE PAR PERSONNE
(1964 - 1980)

en Lires italiennes courantes

	Soins ambulatoires	Pharmacie	Hôpital	Autres	Total
1964	5830	5040	10350	1650	22870
1969	10030	8720	19770	2760	41280
1974	21240	16780	57210	6150	101380
1975	25380	21120	67600	7580	121680
1976	29610	26510	75150	7300	138570
1977	33370	29840	88490	8620	160320
1978	46620	34740	102360	13450	197170
1979	54610	35900	130260	17410	238180
1980	64910	46960	164800	18960	295640

Taux d'accroissement annuels moyens

	%				
64 / 69	11,5	11,6	13,8	10,8	12,5
69 / 74	16,2	14,0	23,7	17,4	19,7
74 / 75	19,5	25,9	18,2	23,3	20,0
75 / 76	16,7	25,5	11,2	- 3,7	13,9
76 / 77	12,7	12,6	17,8	18,1	15,7
77 / 78	39,7	16,4	15,7	56,0	22,9
78 / 79	17,1	3,3	27,2	29,4	20,8
79 / 80	18,9	30,8	26,5	8,9	24,1

Source : I.S.T.A.T.

Tableau n° D.13

F R A N C E
DEPENSES DE SANTE PAR PERSONNE
(1964 - 1980)

en francs courants

	Soins ambulatoires	Pharmacie	Hôpital	Autres	Total
1964	146	119	170	9	444
1969	254	208	293	13	768
1974	477	366	612	33	1488
1975	578	427	798	42	1845
1976	662	444	1001	44	2151
1977	733	459	1161	48	2401
1978	869	548	1373	56	2846
1979	1007	605	1625	63	3300
1980	1139	703	1932	76	3850

Taux d'accroissement annuels moyens

%

64 / 69	11,7	11,8	11,5	7,6	11,6
69 / 74	13,4	12,0	15,9	20,5	14,1
74 / 75	21,2	16,7	30,3	27,3	24,0
75 / 76	14,5	4,0	25,5	4,8	16,6
76 / 77	10,7	3,4	16,0	9,1	11,6
77 / 79	18,5	19,3	18,2	16,7	18,5
78 / 79	15,9	10,4	18,4	12,5	16,0
79 / 80	13,2	16,2	18,9	20,6	16,7

Source : Comptes Nationaux de la Santé

Tableau n° D.14

I T A L I E
DEPENSES DE SANTE PAR PERSONNE
(en francs au taux de change courant)

	Soins ambulatoires	Pharmacie	Hôpital	Autres	Total
1964	46	40	81	13	180
1969	83	72	164	23	342
1974	157	124	422	45	748
1975	166	139	443	50	798
1976	171	153	433	42	799
1977	186	166	493	48	893
1978	247	184	543	71	1045
1979	280	184	668	89	1221
1980	321	232	814	94	1461

Taux d'accroissement annuels moyens

	%				
64 / 69	12,5	12,5	15,1	12,1	13,7
69 / 74	13,6	11,5	20,8	14,4	16,9
74 / 75	5,7	12,1	5,0	11,1	6,7
75 / 76	3,0	10,0	- 2,3	-16,0	0,1
76 / 77	8,8	8,5	13,9	14,3	11,8
77 / 78	32,7	10,8	10,1	47,9	17,0
78 / 79	13,4	0	23,0	25,4	16,8
79 / 8	14,6	26,0	21,9	5,6	19,7

Tableau n° D.15

I T A L I E

DEPENSES DE SANTE

(en millions de francs au taux de change courant)

	Soins ambulatoires	Pharmacie	Hôpital	Autres	Total
1964	2378	2041	4192	667	9278
1969	4435	3854	8737	1218	18244
1974	8684	6862	23388	2516	41450
1975	9294	7733	24754	2774	44555
1976	9582	8580	24321	2362	44845
1977	10494	9385	27828	2713	50420
1978	14026	10451	30796	4048	59321
1979	15941	10479	38026	5083	69529
1980	18292	13231	46432	5342	83297

Taux d'accroissement annuels moyens

%

64 / 69	13,3	13,6	15,8	12,7	14,5
69 / 74	14,4	12,2	21,8	15,6	17,8
74 / 75	7,0	12,7	5,8	10,3	7,5
75 / 76	3,1	11,0	- 1,7	-14,9	6,5
76 / 77	9,5	9,4	14,4	14,9	12,4
77 / 78	33,7	11,4	10,7	49,2	17,7
78 / 79	13,7	0,3	23,5	25,6	17,2
79 / 80	14,7	26,3	22,1	5,1	19,8

Tableau n° D.16

ACTIVITE DES HÔPITAUX PRIVES

Année	Taux d'hospitalisation %		Taux d'occupation des lits %		Durée moyenne de séjour	
	FRANCE	ITALIE	FRANCE	ITALIE	FRANCE	ITALIE
1961	n.d.	1,5	n.d.	65,3	n.d.	22,8
1965	n.d.	1,9	n.d.	63,9	n.d.	20,9
1970	n.d.	2,1	n.d.	n.d.	n.d.	19,5
1971	n.d.	2,2	n.d.	65,3	n.d.	18,9
1972	6,1	2,3	91,5	65,3	16,7	17,8
1973	6,3	2,2	87,1	n.d.	16,1	18,8
1974	6,3	2,3	86,0	68,3	16,3	18,3
1975	6,7	2,2	86,8	68,3	15,7	17,7
1976	6,6	2,1	86,3	72,1	15,7	19,1
1977	6,8	2,0	86,8	72,7	15,4	19,2
1978	7,0	2,1	87,4	75,1	15,3	18,4
1979	7,1	2,0	86,0	76,2	15,0	19,1
1980	7,3	n.d.	83,7	n.d.	14,6	n.d.

Sources : FRANCE - Ministère de la Santé
ITALIE - I.S.T.A.T.

Tableau n° D. 17

ACTIVITE DES HÔPITAUX GENERAUX PUBLICS

Année	Taux d'hospitalisation %		Taux d'occupation des lits %		Durée moyenne de séjour	
	FRANCE	ITALIE	FRANCE	ITALIE	FRANCE	ITALIE
1961	5,6	7,1	76,0	73,6	22,8	15,9
1965	6,2	8,9	78,9	79,9	21,1	15,3
1970	7,4	12,5	77,9	n.d.	18,3	14,9
1971	7,9	13,1	78,7	79,9	17,3	14,6
1972	8,5	14,0	79,2	79,5	16,5	14,1
1973	8,9	14,0	79,0	n.d.	15,7	14,3
1974	9,3	14,1	78,3	77,4	15,0	14,0
1975	9,7	14,0	77,5	75,5	14,6	12,9
1976	10,4	13,9	76,4	73,8	13,6	12,8
1977	10,9	13,9	75,6	71,4	13,1	12,2
1978	11,6	14,1	77,1	69,5	12,9	11,6
1979	11,1	14,1	77,6	68,3	14,3	11,5
1980	11,5	n.d.	77,7	n.d.	14,0	n.d.

Sources : FRANCE - Ministère de la Santé
ITALIE - I.S.T.A.T.

Tableau n° D. 18

- I T A L I E -
 CONSOMMATIONS MEDICALES
 (nombre par assuré)
 ASSURES DE L'I.N.A.M

	1964	1969	1972	1974	1976	1977
C + V Généralistes	8,26	10,20	11,50	11,14	12,1	11,6
C + V Spécialistes	0,78	-	-	0,94	0,98	1,05
Examens radio. prescrits	0,14	-	-	0,24	0,26	0,29
Examens labo. prescrits	0,27	-	-	1,36	1,76	2,07
Prod. pharmaceu- tiques prescrits	10,6	15,5	17,8	17,1	-	-

Source : I.R.E.S.

Tableau n° 19

- F R A N C E -

CONSOMMATIONS MEDICALES

personnes protégées par Le Régime Général

(nombre par personne)

	Dénom- brement	nombre de lettres-clés			nombre de condit.
	C + V	K	Z	B	Pharmacie
1964	2,91	4,80	4,12	13,30	n.d.
1969	3,11	6,02	5,00	21,49	17,88
1972	3,28	6,86	6,22	29,87	19,00
1974	3,46	7,86	7,66	36,92	21,32
1976	3,78	8,95	8,98	49,41	23,80
1977	3,81	9,27	9,38	52,97	24,06
1978	4,00	9,81	9,97	60,05	26,25
1979	4,05	10,44	10,40	63,04	26,10
1980	4,14	11,26	10,99	63,47	27,64
1981	4,37	12,18	11,64	68,86	28,92

Source : C.R.E.D.O.C.

Tableau n° D.20

TAUX D'ACCROISSEMENTS ANNUELS MOYENS DES CONSOMMATIONS MEDICALES

%	I T A L I E					F R A N C E				
	1964-1969	1969-1974	1964-1974	1974-1977	1977-1981	1964-1969	1969-1974	1964-1974	1974-1977	1977-1981
C + V	4,3	1,8	2,9	1,5	n.d.	1,3	2,2	1,7	3,3	3,5
Radiologie	n.d.	n.d.	5,5	6,5	n.d.	3,9	8,9	6,4	7,0	5,5
Laboratoire	n.d.	n.d.	17,5	15,0	n.d.	10,1	11,4	10,7	12,8	6,8
Pharmacie	7,9	2,0	4,9	n.d.	n.d.	n.d.	3,6	n.d.	4,1	4,7

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUE

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUE

<i>Tableaux</i>	<u><i>Pages</i></u>
1 - Les différents secteurs en Italie avant la réforme	27
2 - Densité de lits des hôpitaux généraux pour 1000 habitants, évolution 1960-1980	44
3 - Participation aux frais médicaux selon les règlementations en vigueur	53
4 - Evolution des dépenses de santé par rapport à l'ensemble de l'économie, France - Italie	58
5 - Structure du financement de la dépense collective, France - Italie	61
6 - Les dépenses de santé et leur évolution, France - Italie	63
7 - Structure par fonction des dépenses de santé, France - Italie ...	65
8 - Les dépenses de soins hospitaliers et leur évolution, France - Italie	66
9 - Les dépenses de soins ambulatoires et leur évolution, France - Italie	68
10 - Les dépenses de pharmacie et leur évolution, France - Italie	70
 <i>Graphique</i>	
- Structure d'une unité sanitaire locale	33

BIBLIOGRAPHIE

- BIBLIOGRAPHIE -

L'économie italienne sans miracles.- Le Monde.- Economica 1980.

La population de l' Italie.- C.I.C.R.E.D. 1974.

Annuario di statistiche sanitarie.- I.S.T.A.T.

Annuario di statistiche demografiche.- I.S.T.A.T.

Statistiche sociali .- I.S.T.A.T. 1975.

Tableaux comparatifs des régimes de sécurité sociale.- C.E.E.- Juillet 1980.

Annuaire statistique 1980 du Bureau International du Travail

Eurostat C.E.E. Statistiques démographiques.
Indicateurs sociaux.

Antonio BRENNA

Alternative Methods of Physician compensation and their effects on physician activity.- Country Report for Italy, 1982.

Vers le Service Sanitaire National en Italie.- Ministère de la Santé.- Rome 1979

La réforme sanitaire italienne.- Leçons d'une entreprise ambiguë.- J.P. FRAGNIERE.-
Revue française des affaires sociales.- Janvier-Mars 1980.

Lo stato italiano e il suo ordinamento.- Presidenza del Consiglio dei Ministri.-
Roma 1975.

O.C.D.E. Dépenses publiques de santé.

La spesa sanitaria in Italia dal 1964 al 1977.- Ispequaderni Décembre 1978.

Il Piano Sanitario Nazionale Sicurezza Sociale Oggi.- Anno 1 n° 3.-
Maggio-Giugno 1979.

La distribuzione regionale della spesa sanitaria .- Centro Studi Ministero
della Sanita .- Roma 1975.

Annuario Statistico Italiano.- I.S.T.A.T.- Editions 1960 à 1980.

La Santé fait ses comptes.- Colloque Européen sur les Comptes de la Santé
Mars 1980.- Economica 1982

Annuaire Statistique de la France de 1960 à 1981.- I.N.S.E.E. .

Comptes Nationaux de la Santé.- Méthodologie et Résultats 1950-1977.

Les dépenses de Santé de 1978 à 1980.- C.R.E.D.O.C. 1981.

Evolution de la consommation médicale et de ses structures.- C.R.E.D.O.C. 1982.

Les différents systèmes de rémunération des services médicaux et leur incidence
sur l'activité des médecins - Comparaison Internationale.- C.R.E.D.O.C. 1982.

4 MAR 1983

R