

Wir haben für Sie gelesen – Nous avons lu pour vous

Le coût de la santé: Une étude internationale. Chronique OMS, Vol. 32, No 3, 1968

Par la place qu'elles ont dans l'économie d'un pays, les dépenses de santé retiennent de plus en plus l'attention des gouvernements, des économistes et du public en général. Mais les renseignements qui ont été recueillis sur les sommes consacrées à la santé et sur l'influence du niveau de vie ou d'autres facteurs sont incomplets. Les données disponibles n'ont pas permis de faire des comparaisons entre pays et il a été difficile de reconnaître des tendances nationales.

Dans le cadre de son programme de recherches sur l'exercice de la santé publique, l'OMS a fait une étude afin de rassembler une documentation qui permettra de comparer les dépenses des services médico-sanitaires dans différents pays et d'élaborer une méthode type de comptabilité de ces dépenses. Cette méthode, utile pour la planification sanitaire, servirait aussi à établir des comparaisons entre les services de santé. Le Professeur Brian Abel-Smith, de l'Ecole des Sciences économiques et politiques de Londres, a présenté les résultats de cette étude dans une nouvelle publication de la série des *Cahiers de Santé publique* de l'OMS¹.

Les services médico-sanitaires dans les pays étudiés

L'étude ayant été faite au cours des premières années de cette décennie, les données dont il est ici question se rapportent en général à la situation de cette époque. Les pays étudiés sont énumérés au tableau 1². Bien que la majorité de ceux-ci aient un revenu par habitant relativement élevé, leur superficie et leur niveau de vie varient beaucoup. Le tableau de la morbidité est également très variable. Dans les pays à revenu élevé, les taux de mortalité infantile sont bas et les maladies atteignant les personnes d'âge moyen ou avancé font l'objet d'études et de recherches de plus en plus approfondies. La tuberculose et la poliomyélite sont en régression et l'on se préoccupe surtout du cancer du poumon, des maladies cardio-vasculaires et des maladies mentales. Les pays à faible revenu ont un grave problème à résoudre, celui de la tuberculose, et ils sont aux prises avec des maladies inconnues en Europe occidentale et en Amérique du Nord.

On enregistre de nombreux décès chez les enfants en bas âge dans les pays à revenu faible (voir tableau 1). Par exemple, le taux de mortalité infantile enregistré au Tanganyika est de 190 pour 1000 (contre moins de 16 pour 1000 en Suède); dans certains pays, plus de 10% des décès résultent de maladies infectieuses ou parasitaires. L'accroissement naturel de la population varie de moins de 1% par année dans plusieurs pays d'Europe occidentale à plus de 3% en Chine (Taïwan), au Costa Rica, en Jamaïque, au Kenya, à Singapour et au Venezuela.

En ce qui concerne les soins médicaux, le nombre des lits d'hôpitaux est une indication de valeur limitée, car le personnel et les ressources dont disposent les divers services jouent un rôle primordial. Néanmoins, ce sont les pays à revenu élevé qui possèdent le plus grand nombre de lits d'hôpitaux. Mais, chose curieuse, ce n'est pas dans ces pays que le nombre de malades par médecin est le plus faible. En effet, Israël et la Tchécoslovaquie

¹ Abel-Smith B. (1967). *An international study of health expenditure*, Genève, Organisation mondiale de la Santé (*Cahiers de Santé publique*, N° 32). Version française en préparation.

² Depuis que les données ont été recueillies, certains de ces pays ont changé de nom et de statut. Dans le rapport et dans cet article, les dénominations employées sont celles qui l'étaient au moment où l'étude a été faite.

Pays	Taux de mortalité infantile (pour mille)	Taux brut de mortalité (pour mille)	Taux brut de natalité effective (pour mille)	Mortalité proportionnelle (en % des décès à 50 ans et plus)	Taux de mortalité chez les enfants âgés de 1 à 4 ans	Taux d'accroissement naturel de la population (en %)	Décès causés par les maladies parasitaires et infectieuses en % des décès totaux
Australie	19,5	8,5	22,8	81,7	1,1	1,43	1,1
Canada	27,2	7,7	26,0	77,2	1,1	1,83	1,1
Ceylan	52,1	8,0	35,8	42,5	8,5	2,78	7,2
Chili	111,2	11,6	35,1 ¹	38,9	7,8 ²	2,45	8,4
Chine (Taiwan)	30,7	6,7	38,3	43,5	7,5	3,16	11,5
Chypre	29,8 ⁵	5,6	25,9	76,5	1,6 ¹⁰	2,03	—
Costa Rica	65,7	7,9 ⁶	47,3	33,4	33,3	3,94	9,1
Côte-d'Ivoire	138	33,3 ³	56,1 ³	—	—	2,28	—
Danemark	21,8	9,4	16,6	87,2	0,9	0,79	0,8
Etats-Unis d'Amérique	25,3	9,3	23,3	80,5	1,0	1,40	1,2
Fédération de Rhodésie et du Nyassaland	100 ⁸	17-20 ⁸	45-50 ⁸	—	—	2,8-3,0	—
Finlande	20,8	9,1	18,4	81,9	1,1	0,93	3,2
France	25,6	10,8	18,2	86,1	1,2	0,74	2,6
Hong-Kong	37,7	5,9	34,2	45,8	4,4	2,83	15,3
Iran	—	20,0 ⁹	45-48 ⁹	20,0	—	—	—
Islande	19,5	7,0	25,5	79,8	1,1	1,85	0,6
Israël	28,8	5,8	25,4	71,0	1,0 ¹¹	1,96	1,7
Jamaïque	48,3 ²	8,7 ²	41,0 ²	51,6	6,8	3,23	4,8
Kenya	—	5,6 ⁴	36,3 ⁴	—	—	3,07	—
Norvège	17,9	9,2	17,3	87,6	1,0	0,81	1,1
Pakistan	96,6	16-17	48,0	25,0 ⁹	—	—	—
Pays-Bas	17,0	7,6	21,3	85,5	1,0	1,37	0,9
Pérou	93,2	11,2	31,1	27,3	—	1,99	—
Philippines	72,4	7,5	27,7	30,1	8,2	2,02	17,2
Pologne	54,1	7,6	20,9	68,5	1,7	1,33	6,6
Royaume-Uni	22,2	12,0	17,9	88,9	1,0	0,59	1,0
Sénégal	92,9	16,7	43,3	—	—	2,66	—
Singapour	32,1	6,0	36,5	52,5	—	3,05	8,8
Suède	15,8	9,8	13,9	89,7	0,8	0,41	1,0
Tanganyika	190,0 ⁷	25,0 ⁷	47,0 ⁷	—	—	2,2	—
Tchécoslovaquie	22,7	9,2	15,8	85,2	1,1	0,66	3,1
Venezuela	52,9	7,3	45,3	36,7 ²	5,7	3,80	7,0
Yougoslavie	82,0	9,0	22,7	62,8	4,5	1,37	7,6 ¹²

¹ Y compris une augmentation pour combler les lacunes d'enregistrement de 5% en 1960-1962.

² 1961. ³ Estimation. ⁴ Population non africaine.

⁵ Ces données sont des estimations fondées sur l'expérience de 1952-1954.

⁶ Chiffre provisoire. ⁷ 1957. ⁸ Population africaine. ⁹ 1962. ¹⁰ Population civile.

¹¹ Population juive. ¹² Sénilité, causes mal définies et causes inconnues = 29,4% de l'ensemble des décès.

Tableau 1 Quelques données démographiques (pour 1961, sauf indication contraire)

se trouvent dans une bien meilleure situation à cet égard que le Canada ou les Etats-Unis d'Amérique.

L'efficacité des services médico-sanitaires dépend beaucoup de la densité et de la répartition de la population. Ainsi, les soins médicaux sont tout à fait insuffisants dans les régions très retirées, à population clairsemée, de nombreux territoires d'Afrique. Si la concentration urbaine facilite l'accès aux services sanitaires, elle engendre de nouveaux risques pour la santé. Elle pose notamment des problèmes d'hygiène qu'il faut résoudre en y mettant le prix, sinon les avantages de pouvoir bénéficier de soins médicaux seront annulés par le plus grand besoin que l'on en aura. L'urbanisation augmente aussi la proportion des dépenses pour des consultations privées de même que le danger de voir un personnel qualifié rare (souvent formé aux frais du gouvernement) donner ces consultations, et ce faisant, diminuer les ressources des services organisés et augmenter les salaires de leur personnel.

La nature des services de santé nationaux est déterminée par l'histoire sociale de chaque pays et, au début, surtout par la générosité privée. Par la suite, le gouvernement a pris conscience des besoins de la société en soins médicaux; dans certains pays, le gouvernement a accepté très tôt de prendre en charge les hôpitaux, dans d'autres, il ne l'a pas fait.

Dans tous les pays étudiés, la plupart des hôpitaux psychiatriques appartiennent aux pouvoirs publics qui les financent, de même que les services collectifs de santé publique. Dans les pays où le niveau de vie est élevé, la gamme des soins médicaux en faveur de l'individu est plus étendue que dans les autres et les services pour les gens pauvres sont largement dispensés par les pouvoirs publics et les employeurs. L'existence d'un vaste système d'assurances sociales obligatoires dépend de la capacité de la population et des employeurs à payer et de celle de l'administration à encaisser les contributions. C'est pourquoi dans les pays en voie de développement, la majorité de la population bénéficie de services financés par le gouvernement. D'autre part, dans les pays développés, non seulement le gouvernement mais aussi les assurances obligatoires, les assurances volontaires et les paiements privés jouent un grand rôle dans le financement des services médico-sanitaires.

Dans tous les pays à bas revenu, les différentes catégories de la population ont recours aux soins médicaux privés, les médecins du gouvernement étant autorisés ou non à donner des consultations privées. Là où est pratiquée la médecine traditionnelle, celle-ci n'a qu'un rôle accessoire, bien qu'au Pakistan le nombre des médecins ayurvédiques soit estimé à 50 000 contre seulement 3 300 médecins formés en Occident qui donnent des consultations privées. Dans la plupart des pays à bas revenu, l'assurance-maladie volontaire privée est en fait inconnue; toutefois des services privés sont fréquemment mis à la disposition des personnes riches, aussi bien dans les grands hôpitaux que dans les cliniques privées.

Problèmes d'évaluation

Les tentatives faites pour rapporter le coût de la santé aux ressources nationales totales sont sujettes à caution, car les méthodes de calcul des ressources varient d'un pays à l'autre. Toutefois, on peut faire des comparaisons en fonction du calcul des ressources totales, soit le produit national brut ou bien le revenu national qui se compose du revenu total de tous les individus, des bénéfices ou des profits des sociétés commerciales avant la déduction des impôts, ainsi que du revenu du gouvernement provenant de la propriété et des entreprises. Aux fins de comparaison, les ressources nationales sont souvent exprimées en dollars des Etats-Unis (US \$); toutefois, les essais de comparaisons des dépenses pour la santé exprimées dans une devise unique peuvent être très trompeurs, car il n'existe pas de méthode vraiment sûre pour comparer les niveaux de vie ou le coût de la santé. Bien que les chiffres énoncés en dollars soient utiles, ils ne donnent que des indications approximatives.

Il est en général simple de distinguer les paiements directs effectués par les bénéficiaires de soins médicaux des paiements indirects faits par l'Etat, les employeurs, les assureurs et les organismes de bienfaisance. Mais il est moins facile de déterminer les dépenses des services d'hygiène du milieu; le coût des produits pharmaceutiques pose également un problème complexe, car dans certains pays, on fait une consommation importante de remèdes locaux à base de plantes. Dans la plupart des pays, cependant, les chiffres des dépenses indirectes sont toujours plus exacts que ceux des dépenses directes et même il est souvent difficile d'évaluer ces derniers avec tant soit peu de précision. On ne peut com-

Pays	Année	I Total des dépenses courantes de santé (en millions)	II Colonne I en % du produit national brut	III Colonne I en % du revenu national	IV Revenu national par habitant en 1961 (US\$)
Australie	1960/61	A£ 346	4,9	6,0	1 236
Canada	1961	C\$ 2 045	5,5	7,3	1 475
Ceylan	1957/58	Rp 214	3,7	4,2	120
Chili	1961	Esc 304	5,6	6,8	541
Etats-Unis d'Amérique	1961/62	US\$ 29 859 ¹	5,5	6,8	2 306
Fédération de Rhodésie et du Nyassaland	1960/61	£ 21,3	4,1	4,6	130
Finlande	1961	F.Mk 691	4,3	5,4	891
France	1963	Fr 16 374 ¹	4,2	5,5	1 079
Israël	1961/62	I£ 320	5,9	7,4	1 042
Kenya	1961/62	£ 8,5	3,6 ³	—	72 ²
Pays-Bas	1963	G 2 344 ¹	4,5	5,5	885
Pologne	1961	Zl 17 157	3,6 ²	4,0 ²	—
Royaume-Uni	1961/62	£ 1 088	4,0	4,9	1 172
Suède	1962	Kr 3 683	4,9	5,6 ²	1 420 ²
Tanganyika	1961/62	£ 5,36	2,5	2,8	54
Tchécoslovaquie	1961	Cr 7 264	3,5 ²	4,0 ²	920 ²
Yougoslavie	1961	Din 169 823	4,4	5,2	233

¹ Y compris les amortissements.

² Estimé d'après un total connexe.

³ Produit intérieur brut calculé d'après les prix de revient.

Tableau 2 Total des dépenses courantes des services médico-sanitaires (y compris les soins payés par les bénéficiaires) en pourcentage du produit national brut et du revenu national

parer les dépenses pour les malades hospitalisés que dans la mesure où l'on peut faire une nette distinction, ce qui est très rare, entre les services d'hospitalisation proprement dits et les services de consultations externes.

Les dépenses courantes et les dépenses d'équipement

Lorsque le coût de la santé est rapporté au produit national brut ou au revenu national, les comparaisons entre des pays où la majorité des travailleurs touchent leurs revenus en espèces sont beaucoup plus sûres. Le tableau 2 indique les dépenses courantes de tous les services médico-sanitaires par rapport au produit national brut et au revenu national; dans le premier cas, le pourcentage varie de 2,5% (Tanganyika) à 5,9% (Israël).

Dans l'évaluation de ces données, il faut tenir compte de l'échelle des salaires et de celle des prix. Dans les pays où les médecins ont un revenu nettement supérieur à la moyenne, une proportion plus élevée du revenu national tend, pour cette seule raison, à être consacrée aux services médico-sanitaires. Il en est ainsi aussi bien dans certains pays à revenu élevé comme les Etats-Unis d'Amérique que dans les pays à bas revenu où les salaires sont extrêmement inégaux. Les données du tableau 2 ne permettent pas de soutenir l'opinion communément admise selon laquelle le coût de la santé sur le plan national équivaut presque toujours à environ 4% du revenu national. Même dans les pays à revenu élevé, la proportion est très variable: de 5% environ au Royaume-Uni, elle atteint presque 7,5% au Canada et en Israël.

Lorsque les dépenses courantes indirectes sont rapportées au produit national brut (tableau 3), il est plus facile de faire des comparaisons entre pays à bas revenu. Ces dépenses sont financées de bien des façons: en Israël, par exemple, elles sont couvertes tout

Pays	Année	I Dépenses de santé courantes indirectes (en millions)	II Colonne I en % du produit national brut	III Colonne I en % du revenu national	IV Revenu national par habitant en 1961 (US\$)
Australie	1960/61	A£ 212	3,0	3,7	1 236
Canada	1961	C\$ 1 300	3,5	4,6	1 475
Ceylan	1957/58	Rp 133	2,3	2,6	120
Chili	1961	Esc 132	2,4	3,0	541
Chypre	1961	£ 0,993	0,9	1,0	485
Costa Rica	1961	Col 30,6	1,1	1,3	300
Côte-d'Ivoire	1961	FCFA 2 396 ¹	1,5	1,9	154
Etats-Unis d'Amérique	1961/62	US\$ 15 631 ¹	2,9	3,6	2 306
Fédération de Rho- désie et du Nyassaland	1961/62	£ 13,1	2,5	2,9	130
Finlande	1961	F.Mk 412	2,6	3,2	891
France	1963	Fr 14 655 ¹	3,7	4,9	1 079
Iran	1961/62	Rials 3 258	1,1	1,2	173
Israël	1961/62	I£ 234,1	4,3	5,4	1 042
Jamaïque	1961	£ 3,92	1,8	1,8	372
Kenya	1961/62	£ 4,16	1,8 ³	—	72 ²
Pays-Bas	1963	G 1 578 ¹	3,0	3,7	885
Philippines	1961/62	Pero 121,1	0,9	1,0	120
Pologne	1961	Zl 13 628	2,8 ²	3,2 ²	
Royaume-Uni	1961/62	£ 932	3,4	4,2	1 172
Sénégal	1961	FCFA 4 134	2,6	3,4	153
Suède	1962	Kr 2 890	3,9	4,4 ²	1 420 ²
Tanganyika	1961/62	£ 3,66	1,7	1,9	54
Tchécoslovaquie	1961	Cr 6 761	3,3 ²	3,7 ²	920 ²
Venezuela	1962	Bol 927	4,6	3,7	547
Yougoslavie	1961	Din 158 823	4,2	4,9	233
<i>Renseignements incomplets</i>					
Pakistan	1961/62	Rp 211,8	0,5 ²	0,6	74

¹ Y compris les amortissements.

² Estimé d'après un total connexe.

³ Produit intérieur brut calculé d'après les prix de revient.

Tableau 3 Dépenses courantes indirectes des services médico-sanitaires (non compris les soins payés par les bénéficiaires) en pourcentage du produit national brut et du revenu national

d'abord par l'assurance volontaire et ensuite par l'Etat. En Yougoslavie, de même qu'en France et au Canada, elles dépendent principalement de l'assurance obligatoire, alors qu'en Suède, elles sont financées par le gouvernement (à l'échelon local surtout) et, partiellement, par l'assurance obligatoire. Le Royaume-Uni et la Tchécoslovaquie dépendent une proportion moindre de leur produit national brut pour les services médico-sanitaires financés indirectement que nombre d'autres pays.

Quand les pourcentages du revenu national consacrés aux dépenses totales de santé (voir figure) sont calculés en fonction du revenu national par habitant en dollars des Etats-Unis, les chiffres obtenus ne viennent guère confirmer la thèse selon laquelle le revenu par habitant déterminerait la proportion du revenu national allouée pour les dépenses de santé. Ainsi, le Chili avec un revenu par habitant de US\$ 540 dépense proportionnellement presque 50% de plus que le Royaume-Uni où le revenu par habitant est supérieur au double du revenu chilien. La Yougoslavie dépense à peu près le même pourcentage de

ses ressources pour les services médico-sanitaires que la Finlande, bien que son revenu national par habitant ne soit que le tiers du revenu de cette dernière.

Les différences dans les dépenses courantes par habitant des services médico-sanitaires sont très grandes. Par exemple, aux Etats-Unis d'Amérique, le montant global de ces dépenses vaut plus de cent fois celui du Tanganyika. Alors que les pouvoirs publics en Suède et au Venezuela disposent respectivement, pour une année et par habitant, de US\$ 74 et de US\$ 25, ceux du Costa Rica, d'Iran, du Kenya, du Pakistan, des Philippines et du Tanganyika n'ont même pas US\$ 2. Toutefois, en fonction des services qui existent actuellement, ces différences peuvent être moins grandes qu'elles n'apparaissent. Les services médico-sanitaires, doivent en effet employer un personnel qualifié, qui est très coûteux dans les pays riches.

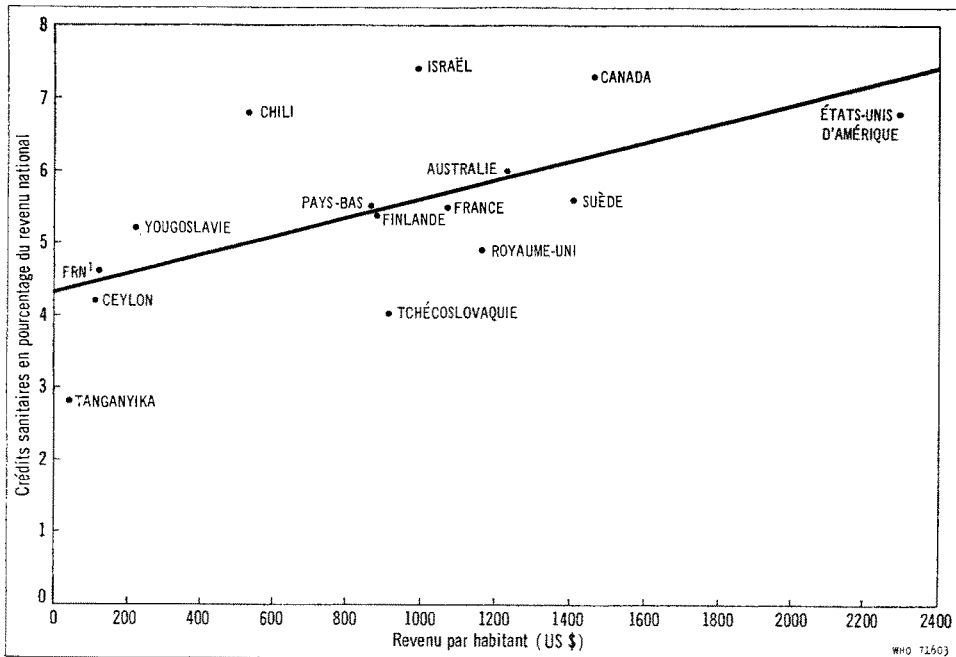
La proportion des dépenses courantes de santé consacrée aux hôpitaux va de 35% (Pays-Bas) à presque 60% (Finlande). Elle est particulièrement élevée dans les pays d'Europe du Nord, mais faible en France, en Israël, aux Pays-Bas et dans les trois pays d'Europe de l'Est étudiés. Inversement, la France, les Pays-Bas et la Pologne consacrent plus de 50% de leurs dépenses courantes de santé aux soins dispensés hors des hôpitaux.

Les sommes affectées aux dépenses d'équipement changent davantage d'une année à l'autre que celles qui sont allouées aux dépenses courantes, car les dépenses d'équipement peuvent être réduites ou différées lorsque la conjoncture économique est défavorable. Mais, en fin de compte, un taux minimal de dépenses d'équipement est indispensable si un service médico-sanitaire veut subsister et se développer de façon autonome; le rapport de ce taux aux dépenses courantes est indiqué au tableau 4. En ce qui concerne les frais de construction, le rapport du coût de la santé au niveau de vie n'est pas clairement établi, car ce coût peut être élevé dans les pays à revenu faible, encore qu'il ne faille pas perdre de vue qu'un projet de construction important dans un petit pays en développement puisse fausser les calculs de l'année.

Les dépenses d'équipement sont couvertes entièrement par le gouvernement dans la moitié des pays étudiés. Les seuls pays qui dépendent pour une grande part des fonds recueillis par les organismes de bienfaisance internes sont le Canada (41%) et les Etats-

Pays	Année	Dépenses d'équipement des services médico-sanitaires (en %)	Dépenses courantes des services médico-sanitaires (en %)
Australie	1960/61	6,4	93,6
Canada	1961	8,3	91,7
Ceylan	1957/58	5,3	94,7
Chili	1961	0,9	99,1
Etats-Unis d'Amérique	1961/62	4,5	95,5
Fédération de Rhodésie et du Nyassaland	1960/61	3,2	96,8
Finlande	1961	9,6	90,4
France	1963	4,2	95,8
Israël	1961/62	6,5	93,5
Kenya	1961/62	3,9	96,1
Pays-Bas	1963	6,8	93,2
Pologne	1961	5,9	94,1
Royaume-Uni	1961/62	5,0	95,0
Suède	1962	9,2	90,8
Tanganyika	1961/62	8,5	91,5
Tchécoslovaquie	1961	6,4	93,6

Tableau 4 Répartition, exprimée en pourcentage, des dépenses des services médico-sanitaires (dépenses d'équipement et dépenses courantes)



¹ Fédération de Rhodésie et du Nyassaland

Dépenses de santé totales en pourcentage du revenu national, par rapport au revenu par habitant

Unis d'Amérique (55%). Ainsi, les pays les plus riches comptent essentiellement sur les organismes de bienfaisance internes tandis que certains des pays les plus pauvres dépendent de l'aide extérieure.

Les données sur la répartition des dépenses d'équipement pour la santé ne sont pas vraiment comparables d'un pays à l'autre. Par exemple, on ne peut pas toujours différencier les composantes ayant trait à l'enseignement de celles qui se rapportent à la recherche. La distinction entre l'hôpital et les autres services peut refléter des arrangements budgétaires plutôt que la situation réelle. Ainsi, dans un pays, le service de consultations externes d'un hôpital peut jouer le même rôle qu'une polyclinique dans un autre pays et avoir son propre budget. En outre, on ne tient pas compte des dépenses occasionnées par la construction de cabinets pour les médecins privés; dans certains pays, celles-ci sont couvertes par les services organisés, dans d'autres, par les médecins eux-mêmes. Cependant, dans la plupart des pays, près de 90% des dépenses d'équipement sont consacrées aux services médico-sanitaires qui dispensent des soins aux individus. 70% ou davantage allant aux hôpitaux. Le Chili, la Tchecoslovaquie et la Yougoslavie sont au nombre de ces quelques pays qui n'attribuent que la moitié des dépenses d'équipement aux hôpitaux, le reste allant à des dispensaires non équipés pour hospitaliser des malades; ceci peut indiquer qu'il existe de grandes différences dans les politiques sanitaires ou simplement que l'on se heurte à des difficultés pour faire une distinction entre les dépenses, étant donné que les hôpitaux dispensent des soins aussi bien aux malades hospitalisés qu'aux malades externes. Le montant des dépenses d'équipement pour les services hospitaliers, exprimé en pourcentage des dépenses courantes, met en évidence le rythme auquel les installations hospitalières s'accroissent ou sont remplacées. Les variations sont grandes et ne peuvent s'expliquer par l'âge des hôpitaux existants, ni par le taux d'accroissement de la population. En fait, les pays qui dépensent beaucoup pour l'équipement de leurs hôpitaux ne sont pas,

Pays	Année	Dépenses de santé totales en % du PNB
Australie	1960/61	5,2
Canada	1961	6,0
Ceylan	1957/58	4,0
Chili	1961	5,6
Etats-Unis d'Amérique	1961/62	5,8
Fédération de Rhodésie et du Nyassaland	1960/61	4,2
Finlande	1961	4,8
France	1963	4,4
Israël	1961/62	6,3
Kenya	1961/62	3,5
Pays-Bas	1963	4,8
Pologne	1961	3,7
Royaume-Uni	1961/62	4,2
Suède	1962	5,4
Tanganyika	1961/62	2,5
Tchécoslovaquie	1961	3,6
Yougoslavie	1961	5,0
<i>Renseignements incomplets</i>		
Pakistan	1961/62	1,5

Tableau 5 Dépenses de santé totales (Dépenses d'équipement et dépenses courantes)
En pourcentage du produit national brut (PNB)

comme on pourrait le croire, ceux qui disposent de relativement peu de lits d'hôpitaux par personne.

Dans le tableau 5, les dépenses d'équipement et les dépenses courantes pour tous les services médico-sanitaires, quel que soit leur mode de financement, sont rapportées au produit national brut. La proportion des ressources nationales destinées à l'œuvre de santé globale va de 6,3% (Israël) à 2,5% (Tanganyika). Les dépenses indirectes totales, exprimées en pourcentage du produit national brut, varient de 0,9% (Philippines) à 4,8% (Yougoslavie).

Les coûts d'hospitalisation

Dans bien des pays, une part importante du coût des soins médicaux, en particulier des soins hospitaliers, est couverte indirectement, c'est-à-dire par des budgets gouvernementaux, à l'échelon national ou local, et par les caisses d'assurance obligatoire. Le rôle des hôpitaux généraux varie beaucoup d'un pays à l'autre, car il dépend des commodités offertes par les hôpitaux spécialisés, notamment par ceux où sont soignés des malades atteints d'affections déterminées, des sujets de certains groupes d'âge et les cas chroniques. Dans la plupart des pays, environ 50% des journées d'hospitalisation se passent dans les hôpitaux généraux, mais à Ceylan et au Chili, la proportion dépasse 70%. A Chypre, en Finlande, aux Philippines, au Royaume-Uni et à Singapour où les hôpitaux spécialisés sont bien développés, la proportion n'est plus que du tiers, ou moins. La durée du séjour en hôpital ne varie pas beaucoup entre les pays à revenu élevé et les pays à revenu faible, bien que dans ceux dont le revenu est très faible la moyenne dépasse toujours 14 jours.

Le coût de la journée d'hospitalisation dans un hôpital général est très variable: il atteint 20 fois le revenu national par habitant et par jour en Chine (Taïwan) et au Sénégal, mais seulement le double en Pologne et en Tchécoslovaquie et 3,5-7 fois dans d'autres pays. En Chine (Taïwan), comme au Sénégal, le prix d'un séjour complet dans un hôpital général est presque égal au revenu national annuel par habitant, alors qu'à Singapour il n'atteint que la moitié de ce revenu; dans les pays à revenu élevé, la proportion corres-

pondante va de 8% à 20%. Dans les pays à revenu faible, la journée d'hospitalisation dans un hôpital général vaut dix fois le revenu national moyen par habitant et par jour, de sorte que 4% du revenu national serait nécessaire pour arriver à la proportion de 4 lits par 1000 habitants.

Le rôle et le coût des maternités sont extrêmement variables. La proportion des journées d'hospitalisation totales dans ce genre d'établissement va de 0,3% (Canada) à presque 20% (Singapour) et elle dépend, pour une large part, de la quantité de soins obstétricaux dispensés par les hôpitaux généraux. Dans certains pays, seuls les cas d'accouchement jugés difficiles sont admis à l'hôpital; ailleurs, les cas «normaux» sont admis dans les maternités et les cas «anormaux» dans les hôpitaux généraux. L'accouchement en hôpital vaut entre 6% et 16% du revenu national annuel par habitant – donnée qui a son importance dans la planification sanitaire. Si, par exemple, on estime cette proportion à 10% et si chaque accouchement avait lieu en maternité, un pays qui aurait un taux de natalité de 50 pour 1000 dépenserait 0,5% de son revenu national pour les soins obstétricaux.

Dans tous les pays, les hôpitaux pour le traitement des affections pulmonaires sont des établissements de long séjour, car les malades y restent de 100 à 200 jours. Ce séjour est plus long dans les pays où le niveau de vie est très élevé, ce qui revient à dire que, étant donné le déclin de la tuberculose dans ces pays, les cas qui requièrent des soins en hôpital sont pour la plupart chroniques. En général, le coût de l'admission de 1% de la population dans des hôpitaux traitant les affections pulmonaires s'élève à environ 1% du revenu national.

La proportion des journées d'hospitalisation passées dans les hôpitaux psychiatriques varie de 10% (Tchécoslovaquie) à 45% (Etats-Unis d'Amérique). Les chiffres donnent une juste indication du rôle des soins psychiatriques dans le système hospitalier de chaque pays car, lorsque l'étude a été faite, la tendance à admettre les malades mentaux dans des hôpitaux généraux n'était pas aussi marquée que maintenant. Dans tous les pays, les hôpitaux de pédiatrie enregistrent moins de 10% des journées d'hospitalisation. Dans la plupart des pays, le coût des hôpitaux de petite ville est un tiers moins élevé que celui des hôpitaux généraux, non pas que ces hôpitaux soient nécessairement plus économiques, mais peut-être parce que, en fait, les malades qu'ils traitent réclament moins d'attention. Les hôpitaux psychiatriques sont partout moins coûteux que les hôpitaux généraux: la différence va de 46% (Yougoslavie) à 81% (Etats-Unis d'Amérique). Les hôpitaux de pédiatrie sont plus onéreux que les établissements généraux aux Etats-Unis d'Amérique et au Royaume-Uni, mais c'est l'inverse qui est vrai en Finlande et en Israël.

Il est difficile de comparer le rendement des ressources attribuées aux hôpitaux dans les pays étudiés. La durée du séjour dans certaines catégories d'hôpitaux peut varier en fonction des différences existant entre les types de maladies traitées. Par exemple, les hôpitaux de pédiatrie peuvent se spécialiser dans les traitements à long terme, alors que des enfants ayant besoin de soins intensifs à court terme seront admis dans des hôpitaux généraux. Dans d'autres pays, ce peut être le cas inverse. Les variations de la durée du séjour et du coût de la journée d'hospitalisation peuvent aussi être liées aux conditions sociales et à l'existence de services de convalescence. Là encore, elles peuvent simplement résulter de conventions établies au cours des années qui n'ont jamais fait l'objet d'estimations scientifiques.

Pourquoi, par exemple, le séjour en maternité est-il de cinq jours et demi aux Etats-Unis d'Amérique et en Israël, de huit jours en Finlande et de plus de neuf jours en Yougoslavie? Un séjour moyen plus court augmenterait-il les taux de mortalité infantile et de mortalité maternelle dans ces deux derniers pays, ou un séjour plus long réduirait-il les taux en question dans les deux premiers pays? Quelles seraient les conséquences sociales de ces changements? Est-ce que certains pays seraient en mesure de répartir leurs ressources sanitaires de façon plus efficace si les durées de séjour étaient réduites? Le temps d'hospitalisation pourrait-il être diminué par un usage plus large des ressources disponibles? Si, par exemple, l'introduction d'un traitement plus intensif triplait le coût journalier des soins dans un asile, la durée du séjour serait-elle réduite des deux tiers, de sorte que le coût par malade ne changerait pas? Et s'il en était ainsi, le nombre des admissions et

les dépenses totales seraient-ils affectés? Il est évident que jusqu'ici l'on sait trop peu de choses sur les conséquences économiques du recours aux soins intensifs.

Les tendances du coût des services médico-sanitaires

Dans un rapport intitulé *Le coût des soins médicaux*¹, le BIT a étudié les tendances des dépenses des soins médicaux dans quatorze pays pour la période 1945-1955. Il en est arrivé à la conclusion que, dans deux pays seulement, les dépenses par personne assurée avaient augmenté plus rapidement et de façon notable que le revenu national par habitant. Il s'agissait de la France, où les prestations couvraient une gamme de soins toujours plus étendue, et de l'Italie, où la rémunération des médecins et les prestations pour les soins d'hospitalisation avaient graduellement augmenté pour compenser l'inflation. Dans tous les autres pays (sauf l'Angleterre/Pays de Galles où l'on note une baisse marquée), les dépenses des régimes de sécurité sociale par personne assurée, exprimées en pourcentage du revenu national, sont restées assez stables. Ces renseignements étaient fondés tout d'abord sur l'expérience de pays où la sécurité sociale jouait un rôle prépondérant dans le financement des soins médicaux, mais aucune des données les plus récentes ne les a corroborés. En fait, la proportion du produit national brut, des dépenses nationales ou du revenu national dépensée pour les prestations médico-sanitaires suit une courbe ascendante dans les pays à niveau de vie relativement élevé, sauf en Angleterre/Pays de Galles.

Ainsi, au Canada, entre 1946 et 1961, les dépenses de santé ont passé de 2,65% à 4,31% du produit national brut, soit une augmentation supérieure à 0,11% par année. Pendant toute cette période, les dépenses pour les soins hospitaliers, exprimées en pourcentage des dépenses de santé totales, ont augmenté de 31% à 57%.

Aux Pays-Bas, entre 1953 et 1963, le coût des prestations médico-sanitaires a passé de 3,6% à 4,9% du revenu national net, soit une augmentation de 0,13% par an. En Suède, entre 1956 et 1962, il a augmenté de 5,7% à 6,8%, ce qui représente un taux d'accroissement annuel de 0,2%.

Au Royaume-Uni, la proportion du produit national brut consacrée aux services médico-sanitaires était, en fait, la même en 1964 qu'en 1949: un peu moins de 4%. En 1938, environ 3,7% du revenu national était affecté à ces services. L'assurance volontaire pour les soins médicaux dispensés en dehors du Service national de santé couvre maintenant environ 1% des dépenses de santé du pays.

Aux Etats-Unis d'Amérique, le coût des prestations médico-sanitaires, exprimé en pourcentage du produit national brut, est passé de 3,6% à 5,8% entre 1929 et 1963; l'augmentation annuelle moyenne a donc été de 0,065%. La croissance rapide de l'assurance volontaire, en particulier pour les soins hospitaliers, est l'une des raisons de cette augmentation; négligeable en 1929, l'assurance volontaire couvrait en 1963 presque le tiers des dépenses hospitalières.

Ainsi, dans les pays à revenu élevé (à la seule exception du Royaume-Uni), les dépenses pour les services médico-sanitaires ont tendu à augmenter; le taux d'accroissement est en général tel qu'un supplément de 1% ou davantage du produit national brut est dépensé pour l'œuvre de santé tous les dix ans. Si les tendances actuelles se poursuivent, certains pays consacreront, avant la fin du siècle, plus de 10% de leur produit national brut à leurs services médico-sanitaires. Les données disponibles montrent aussi qu'une proportion croissante des dépenses totales de santé dans les pays en question est allouée aux hôpitaux.

Le nombre de lits d'hôpitaux par habitant a augmenté dans bien des pays, ce qui a accru les besoins en personnel; mais la proportion du personnel par lit a également augmenté, alors que les heures de travail ont diminué. La raison essentielle de ce changement réside dans les nouveaux progrès scientifiques de la médecine et dans la demande d'un niveau de soins personnels plus élevé pour les malades hospitalisés. Dans la plupart des pays, le personnel des services médico-sanitaires travaillant hors des hôpitaux s'est aussi accru. Les services de prévention, de soins à domicile ainsi que les programmes de formation et de recherche se sont développés et les médecins ont employé davantage de personnel auxiliaire.

¹ Bureau international du Travail (1959) *Le coût des soins médicaux*, Genève.

Conclusions

Au cours de ces dix dernières années, des méthodes pour classer les dépenses de santé et les sources de financement ont été élaborées. Certains types de comparaisons internationales sont devenus possibles et l'on a établi un principe de base qui sera peut-être utile dans des études ultérieures et dans la planification sanitaire des pays.

L'étude de l'OMS traite des coûts et non des bénéfices, et l'on n'y essaie pas de donner des indications quantitatives sur l'étendue des prestations médico-sanitaires par personne dans les différents pays. Du fait que le prix de revient de ces prestations, des biens et de l'équipement correspondants varie tellement, il n'est pas nécessairement vrai que, si deux pays ont le même revenu national par habitant, celui qui consacre la proportion la plus élevée aux services médico-sanitaires fait progresser davantage le niveau de santé de ses habitants.

Le Canada, les Etats-Unis d'Amérique et Israël sont les trois pays qui attribuent aux services médico-sanitaires la proportion la plus élevée de leur revenu national. Les niveaux de vie dans ces pays diffèrent tellement que, malgré les données présentées dans cette étude, on ne peut savoir quel est le pays où les prestations médico-sanitaires sont les plus élevées par personne; en fait, un tel pays peut très bien ne pas faire partie de ce groupe du tout. Les Etats-Unis d'Amérique ont plus de médecins que le Canada, mais le Canada dispose de deux fois plus d'infirmières et de lits d'hôpitaux. Israël possède deux fois plus de médecins par habitant que les Etats-Unis d'Amérique, mais beaucoup moins de lits d'hôpitaux et d'infirmières que le Canada ou les Etats-Unis d'Amérique. Ce qui vient compliquer les calculs, c'est que les médecins touchent des revenus (calculés en dollars) cinq fois plus élevés aux Etats-Unis d'Amérique qu'en Israël.

Dans ce contexte, la Suède et la Tchécoslovaquie sont des pays qui ne manquent pas d'intérêt. En effet, la Suède possède plus de 50% de plus de lits d'hôpitaux que les Etats-Unis d'Amérique, mais moins de médecins par habitant, alors que la Tchécoslovaquie a relativement plus de lits et de médecins que ces derniers. Naturellement, il ne faut pas oublier que les chiffres concernant les lits d'hôpitaux, considérés séparément, ne donnent qu'une indication approximative de l'étendue et de la disponibilité des services médico-sanitaires.

Il n'y a aucune preuve d'une correspondance quelconque entre les dépenses de santé et les besoins actuels, même dans les pays où les frais de construction sont élevés. Mais si les besoins sanitaires ne déterminent pas le coût de la santé, par quoi celui-ci est-il donc déterminé? Peut-être les modes de financement exercent-ils une influence prépondérante. Il est évident que dans les pays à bas revenu, les dépenses pour les services médico-sanitaires seraient extrêmement faibles, si le gouvernement ne les assumait pas. Il n'existe pas de pays où un quart au moins de l'argent dépensé pour les services médico-sanitaires ne provient pas des fonds publics. Mais, parmi les pays à revenu élevé, ce ne sont pas ceux qui comptent surtout sur l'aide du gouvernement qui consacrent la proportion la plus élevée de leurs ressources aux services médico-sanitaires.

Les dépenses de santé d'un pays subissent inévitablement l'influence de son histoire, de ses pratiques médicales et de ses relations avec les autres nations. Elles sont aussi influencées par des facteurs politiques, économiques et sociaux, par la valeur conférée à la vie humaine, et – ce qui est peut-être le facteur le plus marquant – par la mesure dans laquelle la maladie et la mort sont considérées comme des domaines où l'intervention de l'homme est possible. Du point de vue culturel, sinon financier, le concept de «besoin ressenti» peut avoir un sens réel, même si l'on ne peut le définir.

Les influences culturelles et les réalités économiques affectent la planification sanitaire, aussi bien au niveau du gouvernement que de l'individu. Une telle planification est essentiellement un processus à long terme, car ce que l'on fait aujourd'hui doit être décidé en fonction de projets conçus pour bien des années à l'avance. La planification à long terme est nécessaire, car la construction de bâtiments de même que la formation du personnel requièrent un certain temps. Les programmes de formation actuellement en vigueur déterminent largement le champ d'action des services médico-sanitaires pour les dix ou vingt années à venir. Les dépenses d'équipement ainsi que les programmes de formation

et de recherches sont des investissements dans le futur, et il est difficile d'évaluer à l'avance les crédits qui seront alloués à cette fin. Les dépenses futures seront aussi soumises à d'importantes limites économiques, qu'il faut prévoir, même de façon imprécise. Les estimations des dépenses de santé actuelles pourront servir de base aux estimations futures; elles constituent donc une étape préliminaire de la planification sanitaire.

Toutefois, il n'est pas nécessaire de faire des enquêtes intensives, mais simplement de procéder à de larges estimations des dépenses futures, au stade de la préplanification. Souvent, il sera plus facile de rassembler des informations sur les dépenses des hôpitaux qui, on le remarquera, représentent la moitié environ des dépenses totales des services médico-sanitaires dans presque tous les pays étudiés. Si le comportement culturel exerce une influence prépondérante sur l'action de santé, les pays qui dépensent une proportion de leur revenu national inférieure à la moyenne pour les services médico-sanitaires continueront à agir de la sorte, tant que ce comportement ne se modifiera pas. Cependant, si ce sont les facteurs historiques qui sont les principaux responsables de ces faibles dépenses, les pays intéressés finiront par approcher de la moyenne ou même par la dépasser. Les demandes concurrentes du développement économique et social affecteront aussi la proportion du revenu national destinée aux objectifs sanitaires. Le problème est complexe, car les dépenses de santé futures dépendent du revenu national futur, qui est lui-même conditionné par les changements économiques et sociaux et par les programmes de santé eux-mêmes. En réduisant la mortalité et la morbidité, les services médico-sanitaires pourront augmenter la productivité et, par conséquent, le revenu national; d'autre part, en accroissant le nombre des vieillards à charge et en réduisant la mortalité infantile, ils peuvent diminuer le revenu national par habitant, le revenu imposable et les dépenses de santé privées.

D'après l'étude de l'OMS, il semblerait sage de considérer, pour les pays à revenu par habitant très faible, les proportions du produit national brut suivantes comme limites extrêmes des dépenses de santé: 3% pour les dépenses totales et 2% pour les dépenses financées indirectement. Dans aucun pays à revenu très bas, les dépenses courantes du gouvernement en faveur des services sanitaires n'ont excédé 20%; les proportions habituelles s'échelonnaient entre 8% et 16%.

Il convient de rappeler que ces chiffres se rapportent à la situation des premières années de cette décennie. On ignore si l'accroissement régulier de la proportion du produit national brut dépensée pour les services médico-sanitaires dans les pays à revenu élevé est ou non égalé dans les pays à bas revenu, mais l'évolution des services médico-sanitaires permet de penser qu'il l'est.

Dans l'élaboration du budget, en vue de la planification, il est utile de penser en fonction de vastes secteurs. Par exemple, une certaine somme doit être affectée aux dépenses d'équipement. On a constaté que cette somme entrait dans la proportion de 3,5% à 16% dans les budgets des services médico-sanitaires existants. Logiquement, cette proportion devrait dépendre des facteurs suivants: bâtiments qui ont besoin d'être remplacés, bâtiments supplémentaires requis par l'évolution démographique, améliorations souhaitées des services. Le programme d'équipement doit aussi tenir compte de la disponibilité des matériaux et des biens d'équipement. Les dépenses courantes, c'est-à-dire le reste du budget, seront alors réparties entre les soins dispensés aux malades hospitalisés, les services médico-sanitaires individuels et les services de santé publique.

On a observé que les pays à revenu faible répartissaient leurs dépenses de santé à peu près de la façon suivante: 45-55% pour les soins hospitaliers, 35-45% pour les soins individuels, 2-4% pour les services d'hygiène du milieu, et 2-4% pour l'enseignement. Ces proportions ne peuvent être recommandées pour tous les pays; un plan sanitaire pourrait très bien introduire un nouvel ordre de priorités. Si, par exemple, on décidait de faire porter tous les efforts sur la prévention, cela signifierait que l'on va dépenser davantage pour les services de santé publique et pour le personnel, alors qu'une amélioration de la qualité des soins nécessiterait des ressources plus importantes pour la formation et l'enseignement. Quoi qu'il en soit, il faut établir un équilibre entre l'importance des prestations fournies aux individus et les effectifs et le type de personnel qui peuvent être maintenus grâce aux crédits alloués. Il faudra peut-être choisir entre un petit nombre de centres

de santé dotés d'un personnel compétent et de nombreux centres ayant un personnel réduit ou moins qualifié, ou encore entre un grand hôpital desservi par plusieurs spécialistes et plusieurs hôpitaux plus petits, pourvus d'un médecin et d'auxiliaires. Les solutions à ce genre de problèmes dépendent de la répartition de la population, des facilités de transport et d'autres facteurs qui varient avec les lieux. Mais qui dit planification, dit choix; la reconnaissance de cette vérité peut aider à éviter certaines erreurs trop souvent commises, telles que l'organisation de services modèles qui s'avèrent trop coûteux pour être créés à l'échelon national, la construction d'hôpitaux quand on ne dispose ni des fonds ni du personnel nécessaires à leur entretien.

On a estimé que dans les pays à revenu élevé, comme dans les pays à bas revenu, le coût unitaire de l'admission en maternité représente environ 10% du revenu national annuel par habitant. Si l'on est en mesure de confirmer cette information de façon générale, on pourra calculer la proportion du revenu national dépensé pour les soins donnés aux femmes hospitalisées en obstétrique à partir du taux de natalité, ainsi que la proportion des accouchements qui devraient avoir lieu en maternité. Dans les pays à revenu élevé, la durée moyenne du séjour en hôpital psychiatrique diminue, alors que les dépenses journalières augmentent. Cette durée subit de grandes variations selon les pays, qui sont difficiles à expliquer et qui justifient des recherches plus approfondies.

Une documentation telle que celle qui est présentée dans cette étude pourrait être utilisée plus souvent si certaines modifications étaient apportées dans les modes de comptabilité nationale. Aucun système d'usage international ne spécifie clairement ce qui entre ou non dans le coût de la santé. Le problème ne consiste pas seulement à donner une définition plus précise de ce coût; il existe d'autres difficultés: par exemple, dans le système de l'Europe de l'Est, on ne fait aucune distinction entre santé et hygiène ou bien, dans certains pays, où les hôpitaux à buts non lucratifs jouent un rôle très important, les activités de ceux-ci n'ont pas une place à part dans la comptabilité nationale. On peut évidemment estimer qu'une révision d'ensemble des systèmes de comptabilité nationale pour faire face aux besoins d'un secteur donné n'est pas justifiée, mais dans plusieurs pays, le coût de la santé atteint déjà plus de 6% du produit national brut, et il est probable qu'il augmentera encore.

Déterminer le prix de revient des services médico-sanitaires et le rapporter aux ressources nationales n'est qu'un début. On pourra utiliser l'analyse des coûts et des bénéfices ainsi que d'autres techniques pour délimiter les objectifs des programmes sanitaires. Jusque là, les coûts devraient être calculés en fonction d'un plan à long terme, solidement établi d'après la situation économique.

Il est nécessaire de rassembler une documentation plus complète sur les tendances et les raisons d'être des dépenses de santé, sur l'importance des prestations dans divers pays, sur les causes des différences des coûts et des prix relatifs, sur la répartition géographique des ressources consacrées à la santé dans des pays donnés et sur l'influence que les mesures économiques peuvent avoir sur cette répartition pour la rendre plus équitable.

Etant donné que les études sur les dépenses et les coûts sont peu significatives, à moins qu'elles ne soient rapportées aux profits obtenus, il faudra rassembler d'autres renseignements sur des sujets tels que: l'utilisation des services médico-sanitaires, les causes des grandes variations dans les taux de consultations, la durée du séjour en hôpital et les types de prescription médicale, l'influence éventuelle sur ces facteurs des différents systèmes de financement et (sujet le plus important) les avantages économiques et sociaux que retirent l'Etat et les individus en retour de l'argent qu'ils ont dépensé.

Accidents de la route: forte augmentation en 15 ans. Communiqué OMS/23, 4 septembre 1968.

Les mois de la mort: juillet et août

Les jours noirs: samedi et dimanche

En 1966, et dans 27 pays seulement, quelque 145 000 personnes ont été tuées dans des

accidents de la route qui ont fait d'autre part 2700000 victimes (ce nombre ne comprend pas les USA) plus ou moins grièvement blessées.

Ces chiffres figurent dans un rapport statistique de l'Organisation mondiale de la Santé¹ et dénotent une forte augmentation des accidents qui, suivant les pays, ont doublé, triplé ou même quadruplé en 15 ans.

L'étude se rapporte à la période 1950-1966 et permet une étude dynamique de l'évolution des accidents de la route.

En moyenne, le tiers des personnes tuées dans les accidents de la circulation sont des piétons, mais on enregistre des pourcentages beaucoup plus élevés en Pologne, au Portugal et à Singapour (44,1%, 42,5% et 40,1% respectivement).

Par contre, les piétons semblent être plus en sécurité dans quatre pays où les taux sont plus faibles: Pays-Bas, 23,1%, Nouvelle-Zélande, 20,8%, Luxembourg, 20,7% et Etats-Unis, 16,9%.

Les accidents les plus meurtriers se produisent en Pologne: sur 100 accidents de la route, on dénombre 11 morts et 93 blessés. On enregistre des taux élevés également en Irlande, 9 morts et 130 blessés par centaine d'accidents, en Finlande, 9 et 129, en Suède, 7 et 130, en Australie et en Espagne, 6 et 139, en France, 6 et 137, en Hongrie, 6 et 126, en Norvège, 6 et 117, en Suisse enfin, 5 et 125.

C'est en été que le nombre des accidents atteint son maximum et juillet et août sont les mois les plus sanglants. Le minimum se situe en janvier et février.

Country	Persons killed 1950-1952	Personnes tuées 1964-1966	Persons injured 1950-1952	Personnes blessées 1964-1966
Canada	-	5	-	144
Singapore	5	3	110	115
Austria	-	4	-	133
Belgium (1951-53, 63-65)	3	2	122	135
Denmark (1950-52)	-	-	115	-
(1963-65)	-	-	129	-
Czechoslovakia	-	5	-	125
Finland	-	9	-	129
France (1950-52, 63-65)	6	6	123	137
Germany - Fed. Republic (1953-55, 1964-66)	4	5	125	137
Greece (1963-65)	-	5	-	134
Hungary	-	6	-	126
Ireland	6	9	119	130
Italy	-	5	-	131
Luxembourg	5	5	132	145
Netherlands	5	4	106	113
Norway (1950-52, 63-65)	6	6	112	117
Poland	-	11	-	93
Portugal (1951-53, 63-65)	5	5	114	120
Spain (1952-54, 63-65)	10	6	112	139
Sweden	7	7	116	130
Switzerland	5	5	120	125
United Kingdom	3	3	118	130
Australia	6	6	125	139
New Zealand	5	4	134	144

- Number of persons killed or injured per 100 road accidents; averages 1950-1952 and 1964-1966

- Nombre de personnes tuées ou blessées dans un accident de la circulation routière, par 100 accidents de la circulation routière; moyennes 1950-1952 et 1964-1966

¹ Rapport de statistiques sanitaires mondiales, vol. 21, No 5, 1968

Country	p. 100 000 population			
		1950-1952	1964-1966	Difference
Canada	A	17,5	25,2	+ 44,0%
	B	384,4	766,6	+ 99,4%
Japan	A	5,3	13,5	+ 154,7%
	B	39,4	457,8	+ 1 061,9%
Singapore	A	13,0	12,8	- 1,5%
	B	270,1	489,2	+ 81,1%
Austria (1953-55, 1964-66)	A	17,3	26,1	+ 50,9%
	B	572,8	846,4	+ 47,8%
Belgium (1951-53, 1964)	A	8,5	14,4	+ 69,4%
	B	363,8	1 050,8	+ 188,8%
Czechoslovakia (1955-57, 1964-66)	A	9,2	11,6	+ 26,1%
	B	114,9	281,6	+ 145,1%
Denmark (1950-52, 1963-65)	A	261,2	517,4	+ 98,1%
	B			
France (1950-52, 1963-65)	A	8,8	22,9	+ 160,2%
	B	174,2	547,8	+ 214,5%
Germany - Federal Republic (1953-55, 1964-66)	A	23,3	27,7	+ 18,9%
	B	656,3	755,0	+ 15,0%
Hungary (1951-53, 1964-66)	A	5,6	8,8	+ 57,1%
	B	39,0	182,4	+ 367,7%
Ireland	A	7,7	12,5	+ 62,3%
	B	147,8	176,7	+ 19,6%
Italy (1953-55, 1964-66)	A	11,1	17,9	+ 61,3%
	B	209,2	429,3	+ 105,2%
Luxembourg	A	17,6	26,9	+ 52,8%
	B	423,1	748,8	+ 77,0%
Netherlands (1950-52, 1964-66)	A	10,6	20,2	+ 90,6%
	B	214,0	505,5	+ 136,2%
Norway (1950-52, 1963-65)	A	4,7	10,6	+ 125,5%
	B	88,6	215,3	+ 143,0%
Poland (1953-55, 1964-66)	A	5,4	8,0	+ 48,1%
	B	22,3	68,7	+ 208,1%
Portugal (1951-53, 1963-65)	A	6,2	9,5	+ 53,2%
	B	130,5	210,6	+ 61,4%
Spain (1952-54, 1963-65)	A	3,7	8,0	+ 116,2%
	B	39,6	186,0	+ 369,7%
Sweden	A	9,7	17,0	+ 75,3%
	B	163,4	301,6	+ 84,6%
Switzerland (1950-52, 1964-66)	A	17,4	22,4	+ 28,7%
	B	436,0	514,7	+ 18,1%
United Kingdom	A	10,2	15,0	+ 47,1%
	B	415,8	725,3	+ 74,4%
Yugoslavia (1954-56, 1964-66)	A	2,8	9,1	+ 225,0%
	B	19,7	138,4	+ 602,5%
Australia (1952-54, 1964-66)	A	22,0	27,5	+ 25,0%
	B	476,9	675,2	+ 41,6%
New Zealand	A	13,6	19,4	+ 42,6%
	B	353,5	651,4	+ 84,3%

- Number of persons killed (A) or injured (B) per 100 000 population, averages 1950-1952 and 1964-1966. Difference (in %) of the rates for the two periods.

- Nombre de personnes tuées (A) ou blessées (B) par 100 000 habitants; moyennes 1950-1952 1964-1966. Différence (en %) des taux pour les deux périodes.

Les accidents sont plus fréquents le samedi et le dimanche et le creux de la courbe est atteint le mardi, le mercredi et le jeudi.

Il est également à remarquer que la plupart des accidents se produisent entre 16 et 19 heures, sauf en Pologne où le moment de pointe se situe à 15 heures et en Yougoslavie où il se situe à 14 heures, c'est-à-dire à la sortie du travail. Ceci suggère immédiatement la nécessité de mesures préventives, par exemple l'échelonnement des heures de sortie des usines, des bureaux et des magasins.

Il est toutefois encourageant de constater que dans certains pays le pourcentage de personnes tuées par centaine d'accidents a légèrement diminué, ce qui tendrait à indiquer qu'on a réalisé quelques progrès dans le domaine de la sécurité. Mais la proportion des blessés ne fait qu'augmenter et d'ailleurs dans certains pays on constate également une progression du nombre de personnes tuées.

La plupart des statistiques utilisées par l'OMS sont en général établies d'après les procès-verbaux dressés par la police. Malheureusement, la comparaison entre pays reste très difficile à cause de critères différents dans l'enregistrement des accidents. Dans certains pays, en effet, la victime qui n'est pas tuée sur le coup mais qui meurt au bout de quelques heures ou quelques jours ne figure pas dans la statistique des « personnes tuées » dans un accident de la circulation, mais sous une autre rubrique. Selon certains auteurs, l'allongement de 3 à 30 jours entraîne dans le nombre des tués une majoration d'environ 13%.

Contre les maladies de cœur en Europe. Communiqué OMS/21, 7 août 1968.

1. Essai d'un médicament anticholestérol

2. Traitement de l'infarctus du myocarde

L'Organisation mondiale de la Santé patronne une vaste enquête à Budapest, Edimbourg et Prague sur le rôle du clofibrate, médicament qui abaisse la teneur du sang en cholestérol. Cinq mille hommes participent déjà à l'expérience qui a pour but la mise au point d'un moyen de prévention des cardiopathies coronariennes. « l'épidémie du vingtième siècle », d'après « Santé du Monde », le magazine de l'Organisation mondiale de la Santé.

Au total, quinze mille sujets participeront à cette expérience qui durera cinq ans et fait appel à des hommes en bonne santé, âgés pour la plupart de 30 à 49 ans. Les participants sont divisés en deux groupes de sujets, l'un à teneur élevée en lipides sanguins et l'autre à teneur réduite. Le premier groupe est lui-même subdivisé, la moitié des sujets recevant des comprimés de clofibrate et l'autre moitié des comprimés d'huile d'olive sans efficacité particulière. Le second groupe reçoit aussi des comprimés d'huile d'olive.

Les statistiques indiquent que les hommes dont le taux de cholestérol sanguin est bas sont moins sujets aux cardiopathies coronariennes que les sujets ayant un taux élevé. On espère qu'au cours de l'expérience la fréquence des maladies coronariennes chez les individus particulièrement menacés diminuera.

Centres de soins intensifs

Le Dr Abraham Marcus, de Londres, qui fait état de ces travaux dans le numéro d'août de « Santé du Monde », décrit également un centre de soins intensifs pour le traitement des cardiopathies coronariennes à Edimbourg, où les soins d'urgence donnés aux victimes de crise cardiaque ont réduit d'un tiers la mortalité, comparée à celle enregistrée dans les services non spécialisés.

« Depuis sept ou huit ans, le traitement des maladies de cœur connaît une révolution grâce à la découverte de techniques nouvelles, comme par exemple celle du choc électrique par courant continu sur la poitrine, en cas d'arrêt du cœur ou de fibrillation ventriculaire – contraction désordonnée du muscle cardiaque », explique le Dr Marcus. A la suite de ces progrès, des centres de soins intensifs ont été créés, d'abord en Amérique du Nord où ces techniques modernes ont été mises au point, puis en Europe.

La rapidité d'admission des malades est essentielle car c'est aux toutes premières heures de l'attaque que peut se produire l'arrêt fatal du cœur ou l'apparition de troubles du rythme cardiaque. Dans la section spéciale de l'hôpital d'Edimbourg, dit le Dr Marcus, plus de la moitié des patients sont admis dans les quatre heures qui suivent les premiers symptômes. Plus de la moitié des malades atteints d'une fibrillation ventriculaire et plus de la moitié de ceux qui ont souffert d'un blocage complet ont ainsi pu quitter l'hôpital.

Le numéro d'août de « Santé du Monde » est un numéro spécial consacré aux activités de l'Organisation mondiale de la Santé en Europe.

Il s'ouvre sur une interview du Dr *Léo Kappio*, Directeur régional, qui décrit quelques-uns des problèmes de santé que se posent pour l'Europe d'aujourd'hui et brosse un tableau de ce que pourrait être la médecine de demain, citant en particulier la formation d'équipes de santé autour du médecin.

Vingt et unième Assemblée Mondiale de la Santé. Communiqué WHA/23, 23 mai 1968.

Aspects sanitaires de la dynamique des populations

Chaque famille doit avoir la possibilité d'obtenir des éclaircissements sur les questions relatives à la planification familiale et notamment à la fécondité et à la stérilité, affirme une résolution adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé.

De nombreux Etats Membres, dit encore la résolution, considèrent la planification familiale comme un élément important des services sanitaires de base, notamment de la protection maternelle et infantile et de la promotion de la santé des familles.

Le rôle de l'OMS

Les résolutions des trois dernières Assemblées mondiales de la Santé ont défini le rôle de l'Organisation en matière de planification familiale. Elles habilent l'OMS à donner aux gouvernements, sur leur demande, des avis pour l'élaboration de programmes concernant les aspects sanitaires de la planification familiale. Elles soulignent que les activités exercées dans ce domaine doivent être menées dans le cadre des services de santé et que les services de planification familiale qui viendront à être créés ne devront pas interférer avec les fonctions préventives et curatives normales des services sanitaires. L'OMS ne cautionne ni n'encourage aucune politique démographique particulière, reconnaissant que les problèmes de reproduction humaine intéressent la cellule familiale tout comme l'ensemble de la société et que la dimension de la famille relève du libre choix de chaque famille.

La résolution de l'Assemblée demande au Directeur général de continuer à assister les Etats Membres dans ce domaine. Depuis 1966, des services consultatifs sur les aspects sanitaire de la reproduction humaine et de la planification familiale ont été assurés à treize pays de toutes les régions de l'OMS à l'exception de l'Europe. Ils concernent surtout le développement de la planification familiale dans le contexte des services sanitaires généraux et des services de protection maternelle et infantile. On s'attend à ce qu'un nombre croissant de demandes d'assistance parviendront à l'OMS au cours des prochaines années.

Nécessité de la recherche

La résolution et le rapport du Directeur général reconnaissent que les connaissances sur les nombreux problèmes relatifs aux aspects sanitaires de la reproduction humaine, de la planification sanitaire et de la population sont encore limitées. L'OMS a aidé à la préparation d'une enquête épidémiologique sur la dynamique des populations au Pérou et d'une étude prospective sur les avortements au Brésil. Elle a contribué à la préparation d'une enquête épidémiologique prospective sur la fonction de la reproduction humaine au

Sénégal mais de nombreux autres projets de recherche de cette nature sont encore nécessaires.

L'OMS aide également aux recherches couvrant les autres domaines d'intérêt tels que les aspects biomédicaux des contraceptifs modernes, le rythme et la détection de l'ovulation, etc.

Il faudrait examiner plus avant le problème des aspects secondaires et de l'innocuité des agents régulateurs de la fécondité, déclare le rapport du Directeur général. De nombreuses femmes en font un usage prolongé, souvent sans grande surveillance médicale. Les effets lointains de ces agents sont encore mal connus. Toutefois, les risques que présente l'emploi des contraceptifs doivent être pesés en fonction de la contribution ainsi apportée à la santé familiale et des risques que les grossesses non désirées et les avortements font courir à la santé et à la vie de la mère.

La résolution demande au Directeur général d'analyser plus avant l'éventail du personnel à prévoir pour les services de planification familiale. La formation d'un personnel possédant les qualifications requises est une condition fondamentale de toutes les activités intéressant les aspects sanitaires de la reproduction humaine, de la planification familiale et de la dynamique des populations. En effet, la complexité des problèmes est telle que leur élucidation exige le concours de spécialistes de domaines très divers : biologie moléculaire, embryologie, zoologie, physiologie, obstétrique et gynécologie cliniques, démographie médicale, statistiques démographiques, santé publique. L'enseignement et les programmes de recherche doivent être incorporés aux programmes de formation de toutes les professions sanitaires. Ce besoin d'une meilleure éducation s'applique partout, particulièrement dans les pays en voie de développement où les travailleurs sanitaires auxiliaires pourraient avoir un rôle à jouer, surtout dans les régions rurales.

Abus des stimulants

Une résolution adoptée par l'Assemblée considère qu'il est urgent de prendre des mesures pour combattre l'emploi toujours plus abusif des stimulants, spécialement du type des amphétamines qui agissent sur le système nerveux central. Auparavant, la Commission du programme et du budget avait entendu un exposé de la situation inquiétante qui se développe à cet égard en Suède.

Dans cette résolution, l'Assemblée exprime sa grave préoccupation devant le recours abusif et de plus en plus généralisé aux substances psychotropes qui ne font pas l'objet d'un contrôle international. Elle déclare « qu'il est urgent d'envisager des mesures de contrôle international de ces substances. » Elle invite enfin l'entre-temps les Etats Membres à adopter des mesures nationales de contrôle.