

nehmen und zur Förderung der vertrauenswürdigen Institutionen sind zwei Schutzzeichen geschaffen worden, die ihren Zweck aber nur dann erfüllen können, wenn sie beim Publikum die nötige Beachtung finden.



Die ZEWO-Marke für *gemeinnützige Institutionen*:

Die Schweizerische Landeskonferenz für soziale Arbeit und die Schweizerische Gemeinnützige Gesellschaft haben im Jahre 1934 die Zentralauskunftsstelle für Wohlfahrtsunternehmungen (ZEWO) gegründet. Zu den Hauptaufgaben der ZEWO gehört es, bei öffentlichen *Sammlungen* zu wohltätigen und gemeinnützigen Zwecken für Ordnung und Sauberkeit zu sorgen und Mißbräuche zu bekämpfen. Zu diesem Zwecke verleiht sie nach gewissenhafter Prüfung Institutionen, die für eine verantwortungsbewußte und sachgerechte Verwendung der gesammelten Gelder Gewähr bieten, die oben abgebildete Schutzmarke. Hilfswerke, die die ZEWO-Marke führen, sind vertrauens- und unterstützungswürdig.



Das SAEB-Schutzzeichen für *Behindertenarbeit*:

Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter in die Volkswirtschaft (SAEB) hat 1956 ein gesetzlich geschütztes Zeichen eingeführt, um damit die Arbeitsmöglichkeiten jener Invaliden zu fördern, die nicht ins normale Wirtschaftsleben eingegliedert werden können, sondern auf eine Betätigung in einer Invalidenwerkstätte oder auf Heimarbeit angewiesen sind. Dieses Schutzzeichen wird einzelnen Invaliden und sozialen Unternehmungen, die Invalide beschäftigen, gewährt. Es wird als Plombe oder Klebmarke an jenen *Produkten* angebracht, die wirklich von Behinderten hergestellt sind. Eine besondere Schutzzeichenkommission sorgt durch regelmäßige Kontrolle dafür, daß die strengen, aber gerechten Bedingungen von allen Zeichenträgern eingehalten werden.

Wir bitten die gebefreudige Bevölkerung bei Sammlungen, Kartenspenden und Wohltätigkeitsaktionen auf die *ZEWO-Marke* zu achten und sich beim Kauf von Invaliden- oder Patientenarbeiten zu vergewissern, daß die Produkte wirklich mit dem *SAEB-Schutzzeichen* versehen sind. Diese beiden Zeichen schützen vor Täuschung und tragen dazu bei, daß die Hilfsbereitschaft wirklich einem sinnvollen Zwecke dient.

## Wir haben für Sie gelesen - Nous avons lu pour vous

### Les troubles psychosomatiques.

Communiqué OMS, novembre 1963.

On en parle de plus en plus fréquemment dans les pays les plus développés. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) vient de réunir à Genève un comité d'experts qui a discuté de leur traitement et de leur prévention. Au cours d'une table ronde organisée à cette occasion, le professeur Morton Reiser, du Département de psychiatrie du Collège Albert Einstein de

Médecine, Yeshiva (New-York), et le professeur Johannes Juda Groen, de l'Université Hadassah de Jérusalem (Israël), répondent aux questions qui leur sont posées par Mme Joy Moser, du Service de la Santé mentale de l'OMS.

**Professeur Reiser, pourriez-vous nous dire ce que l'on entend par médecine psychosomatique et par méthode psychosomatique?**

*Professeur Reiser:* L'expression «médecine psychosomatique», qui est entrée depuis peu dans l'usage courant, désigne une conception particulière appliquée à l'exercice et à l'enseignement de la médecine, et aussi à la recherche médicale. Selon cette conception, on s'efforce essentiellement de considérer le malade comme un «être humain en situation», pour emprunter le langage des philosophes, et non pas comme un «cas». Nous nous efforçons d'appliquer nos connaissances psychologiques au traitement et même au diagnostic de la maladie. On emploie également la même expression pour désigner un groupe particulier de maladies, dans lesquelles on considère que les facteurs psychologiques jouent un rôle étiologique important, qu'ils partagent avec certains facteurs prédisposants.

**Le Professeur Reiser vient de mentionner certaines maladies particulières. Pensez-vous que l'on puisse distinguer des maladies essentiellement psychosomatiques, et quelle serait alors leur fréquence?**

**L'esprit et le corps forment un tout**

*Professeur Groen:* La médecine psychosomatique s'inspire de l'idée que l'esprit et le corps ne sont pas deux éléments distincts de l'individu, mais simplement deux aspects différents d'une même chose. Cette conception est donc valable pour toutes les maladies. Chaque individu, qu'il soit malade ou bien portant, est toujours une unité corps-esprit. Cependant, bien entendu, le côté psychosomatique est beaucoup plus apparent dans certaines maladies que dans d'autres. Je prends un exemple. Supposons qu'une personne soit victime d'un accident et soit blessée sans qu'il y ait de sa faute. Il faut bien entendu lui donner tout d'abord un traitement physique, et ensuite l'appui d'une attitude compréhensive et humaine.

Mais il y a d'autres maladies qui semblent être causées par les tensions, les soucis, surtout si l'individu ne les extériorise pas, s'il «garde tout pour lui». Parmi les exemples typiques, on peut citer l'hypertension, l'ulcère de l'estomac et du duodénum, l'asthme, etc.

Ces exemples montrent que les troubles dits psychosomatiques sont très fréquents. L'hypertension, notamment, est très répandue et c'est aussi un danger très réel à partir de l'âge mûr. Les ulcères sont si fréquents qu'ils constituent une grande cause de l'absentéisme au travail dans l'industrie moderne.

**Les conséquences physiques de l'émotion**

**Professeur Reiser, pourriez-vous nous expliquer comment les phénomènes émotifs et affectifs retentissent sur l'organisme?**

*Professeur Reiser:* Je crains qu'il ne soit pas possible de donner une réponse pleinement satisfaisante à votre question. Cependant certains faits sont bien connus: Lorsqu'on est ému ou excité, nerveux ou tendu, il se passe des choses dans le corps. Par exemple, on a les mains moites, le front transpire, le cœur bat, l'estomac est contracté, etc. Chaque être humain a son ensemble de symptômes désagréables qui reviennent chaque fois qu'il est soumis à une forte tension.

En d'autres termes, l'organisme se prépare en quelque sorte à agir lorsque la situation l'exige. Par exemple, la circulation du sang s'intensifie dans les parties du corps qui vont avoir à fournir un effort particulier, qu'il s'agisse de s'enfuir ou de combattre un adversaire. Il faut alors que le sang irrigue le cœur, les poumons et les muscles, et pas tellement les organes digestifs. De même, la respiration s'accélère, le rythme de la circulation du sang se modifie, etc.

## Les conventions sociales

Les médecins avaient remarqué depuis longtemps, et maintenant on l'a démontré en laboratoire, que ces états émotifs, qui font partie de la vie normale, sont souvent réprimés à cause des conventions sociales ou sous l'influence du tempérament ou de la personnalité propres à chaque individu. Néanmoins, des altérations physiques se produisent dans le corps, et si elles se produisent de façon répétée ou prolongée, elles peuvent modifier de façon permanente le fonctionnement de telle ou telle partie de l'organisme. Enfin, elles peuvent même modifier la structure d'un organe.

Nous ignorons encore pourquoi, chez un individu donné, ce sont certains organes ou certaines parties du corps que la maladie atteint, plutôt que d'autres. Nous ignorons pourquoi l'un fera de l'hypertension et l'autre un ulcère à l'estomac. Il semble que l'hérédité et le tempérament jouent un certain rôle, sans doute aussi les maladies précédentes, mais tout cela reste à élucider.

### Professeur Groen, voudriez-vous nous expliquer comment l'on traite ces troubles ?

*Professeur Groen:* Prenons l'exemple de l'ulcère à l'estomac. C'est une maladie très douloureuse. La douleur est provoquée par la sécrétion de sucs gastriques. Ces sucs sont normalement acides, et parfois très concentrés. Cette acidité irrite l'ulcère. Une première méthode consiste donc à faire prendre des cachets ou des poudres qui neutraliseront l'acidité et soulageront la douleur. Mais il s'agit seulement d'un soulagement. Ce n'est pas un véritable traitement.

## Il y a nerveux et nerveux

Nous avons de bonnes raisons de penser, dans certains cas, que l'ulcère est provoqué par les tensions dans lesquelles vit le malade. Il faut répéter ici que ce malade n'est peut-être pas ce que l'on appellerait couramment un nerveux. C'est plutôt un homme qui est soumis à certaines contraintes, à certaines tensions, qui se contrôle, qui ne s'extériorise pas comme il faudrait. S'il en est bien ainsi, il y a plusieurs autres façons de lui venir en aide.

Tout d'abord, lorsqu'on a des difficultés, vous savez bien qu'on trouve toujours un soulagement rien que d'en parler à quelqu'un, de préférence à un proche. Mais cela n'est pas toujours possible. Il y a des gens qui sont trop secrets, trop renfermés. On leur a si bien appris à se maîtriser, qu'ils ne peuvent plus se «déboutonner». Même entre mari et femme, ils ne savent pas se confier. Ces gens-là refusent même souvent d'écouter les doléances des autres. Dans ces conditions, le médecin joue un rôle utile en écoutant. Cela peut vous paraître peu de choses, et pourtant c'est souvent très important. Si le médecin sait écouter, le malade s'apercevra qu'il n'y a rien de si extraordinaire à faire des confidences. On en voit souvent qui se mettent à pleurer. N'oubliez pas que les larmes, du point de vue médical, constituent un phénomène tout à fait normal qui soulage la tension.

## L'apprentissage de la spontanéité

Toute notre éducation nous a appris à nous dominer, mais pleurer quand on est triste n'a jamais fait de mal à personne, au contraire. En faisant comprendre cela au malade, non pas comme un instituteur apprend la table de multiplication à ses élèves mais par un enseignement plus direct (parfois même en parlant aux membres de la famille, en les traitant en quelque sorte), nous aidons les individus à créer entre eux de nouveaux liens. Après une telle expérience, ils ne vivent plus seulement côté à côté, ils «communiquent» et vivent en commun. L'homme est capable de supporter des tensions et des contraintes considérables, beaucoup plus qu'on ne le croit d'ordinaire, s'il peut les partager avec d'autres. C'est pourquoi la façon dont nous traitons les malades atteints d'un ulcère ressemble beaucoup à la façon dont les psychiatres traitent les sujets dont l'esprit est perturbé par des tensions excessives.

## **Il n'est pas si simple d'écouter**

**Le médecin peut donc soulager son malade rien qu'en l'écoutant, et peut-être en ajoutant quelques conseils. Est-ce quelque chose d'aussi simple qu'il y paraît, ou faut-il au contraire une formation spéciale pour savoir écouter et conseiller?**

*Professeur Reiser:* Ce n'est jamais si simple, mais tous les médecins ont été entraînés, au moins dans une certaine mesure, à se comporter comme il convient en pareille circonstance. Nous espérons, bien sûr, qu'ils perfectionneront leur technique.

Je voudrais revenir en arrière pour un instant et ajouter un mot à ce que disait tout à l'heure le professeur Groen, pour souligner un principe important, et je suis sûr qu'il sera d'accord avec moi. Les méthodes psychologiques par lesquelles on traite une maladie comme l'ulcère ne doivent jamais se substituer au traitement médical classique. Elles doivent le compléter. En d'autres termes, il n'y a pas de raison de cesser de prescrire les tablettes contre l'acidité ou le régime alimentaire adoucissant. Tout cela reste nécessaire.

*Professeur Groen:* En tant que spécialiste de la médecine interne, mon cher confrère, je ne peux que vous donner entièrement raison, et je suis heureux que vous ayez fait ressortir la nécessité d'une attaque simultanée sur tous les fronts. Tous les moyens doivent être mis en œuvre pour venir en aide au malade, aussi bien psychothérapie que tous les autres soins à la disposition du médecin.

### **«Partager les problèmes de la vie»**

*Professeur Reiser:* Pour ce qui est de la durée du traitement, tout dépend de la profondeur à laquelle on va dans la psychothérapie. Dans la forme la plus simple, ce que nous aimons appeler «partager les problèmes de la vie» avec le malade, il n'y a pas besoin de formation psychiatrique particulière. Il faut surtout beaucoup de compréhension, de bon sens et d'intérêt pour ses semblables. Par contre, si le médecin estime qu'il est nécessaire de faire comprendre au malade de quelle façon les tensions auxquelles il est soumis se répercutent sur ses fonctions physiques, et de lui montrer pourquoi l'expression de ses émotions est bloquée, il faut alors recourir à des méthodes spécialisées.

Pourtant, beaucoup de médecins qui ne sont pas des psychiatres ont pu apprendre très rapidement et de façon parfaite la façon d'utiliser ces techniques. Ils les ont mises en pratique avec beaucoup de succès dans l'exercice de la médecine générale et de la pédiatrie. D'autre part, les facultés de médecine donnent de plus en plus à leurs étudiants les connaissances nécessaires à l'application de ces principes thérapeutiques.

### **L'enfant qui mouille son lit: un cas psychosomatique**

**Les enfants sont-ils sujets aux troubles psychosomatiques aussi bien que les adultes? Par exemple, peut-on considérer que l'énurésie est un cas psychosomatique?**

*Professeur Groen:* Certainement. C'est d'ailleurs depuis que nous le savons que le traitement, et même la prévention, de cette maladie, ont fait de si grands progrès. Nous savons en effet que ce sont des conflits psychologiques qui provoquent cette anomalie chez les enfants. La plupart des psychiatres – le professeur Reiser dira si je me trompe – considèrent l'énurésie comme une «régression» vers un comportement qui – lui – est normal chez des enfants beaucoup plus jeunes. L'enfant se trouve en quelque sorte déraciné par un problème affectif et revient à l'époque où il était un petit bébé à qui personne ne reprochait de mouiller son lit.

### **L'enfant a besoin d'amour comme une plante a besoin de soleil et d'eau**

Ce genre de trouble est très fréquent chez les enfants (et j'ajouterais volontiers chez les animaux) qui ne sont pas entourés d'assez d'affection. En effet, un enfant vit d'amour et de tendresse autant qu'une plante vit d'eau et de soleil. Or il se trouve que certains parents ont trop de travail, ou sont trop préoccupés par leurs propres problèmes, ou pensent qu'il suffit que l'enfant sache qu'on l'aime. Ils ont tort: l'enfant a besoin de *sentir* qu'on l'aime.

S'il est privé d'affection, son développement affectif en souffre. L'un des résultats possibles est l'énurésie. Dans ces conditions, le traitement de l'enfant qui mouille son lit est double. Tout d'abord il existe des mécanismes très simples, dont vous avez certainement entendu parler: dès que le pyjama ou le drap est mouillé pendant la nuit, une sonnerie résonne et l'enfant se réveille. En second lieu, et c'est plus important, il faut traiter la mère, ou le père; de toute façon, il faut changer l'atmosphère familiale. On arrive ainsi à d'excellents résultats. De plus, au fur et à mesure que les gens comprennent cette situation, on peut espérer que la maladie finira par disparaître.

### **Car pour vous, c'est vraiment une maladie?**

*Professeur Groen:* Voilà une question intéressante. J'emploie délibérément le mot de maladie, tout d'abord parce qu'il m'aide à persuader les parents qu'ils ne doivent pas en vouloir à l'enfant, et qu'il ne faut en tout cas pas le punir.

En effet, j'ai toujours été surpris de constater que les parents punissent facilement un enfant qui mouille son lit, alors qu'il ne leur viendrait pas à l'idée de le punir lorsqu'il vomit. Pourtant les deux actes sont essentiellement les mêmes.

Bien entendu, du point de vue scientifique, je dois reconnaître que le premier est normal à un certain âge mais cesse de l'être lorsqu'il persiste trop longtemps.

Je pense que vous avez là également la réponse à votre question sur les maladies psychosomatiques des enfants. Mais vous voudrez peut-être entendre le Professeur Reiser sur ce sujet.

### **Les enfants sont très exposés**

*Professeur Reiser:* Il est certain que les enfants sont très facilement victimes de troubles psychosomatiques. En un certain sens, ils sont beaucoup plus proches de l'unité fondamentale du corps et de l'esprit que les adultes.

L'ulcère peptique, qui est une variété d'ulcère de l'estomac, n'est pas rare chez eux. Pendant longtemps, on n'a jamais pensé à prendre des radiographies de l'estomac des enfants. Pourtant, un groupe de pédiatres de Pittsburg (Pennsylvanie) a radiographié des enfants qui se plaignaient de douleurs abdominales et a constaté que la fréquence des ulcères de l'estomac était très élevée. Une autre maladie très fréquente est l'eczéma, de même que certaines maladies de peau, etc. Donc les enfants ne sont pas épargnés.

### **On dit souvent que l'asthme infantile est une allergie. D'autres estiment qu'il s'agit d'un trouble psychosomatique. Quelle est la différence?**

*Professeur Reiser:* Vous avez bien fait de poser cette question: les deux explications sont exactes. Comme je le disais tout à l'heure, nous ne pensons pas que les tensions psychiques soient capables, à elles seules, de provoquer l'une ou l'autre de ces maladies. A ma connaissance, on n'a jamais rencontré de cas de cette nature. Je ne crois pas que l'on puisse affirmer cela de façon sérieuse.

Prenez une maladie comme l'eczéma, qui constitue un excellent exemple. Il y a nécessairement toujours une part d'allergie. A l'un des extrêmes, il y a des cas où le mal est presque exclusivement (notez que je dis «presque» exclusivement) d'origine allergique, et où l'élément psychologique est pratiquement négligeable. A l'autre extrême, on trouve des cas où l'allergie joue un rôle minime. C'est alors le problème psychologique qui domine. Entre ces deux extrêmes on trouve toutes les nuances possibles. On ne peut se prononcer qu'en étudiant à fond chaque cas d'espèce.

### **Vers une médecine intégrale**

**Faut-il conclure que la médecine psychosomatique est une spécialité comme tant d'autres, ou ne vaut-il pas mieux dire qu'elle se ramène à une tournure d'esprit qui inspire progressivement l'exercice de toute la médecine et nous amène vers ce que l'on pourrait appeler la médecine intégrale?**

*Professeur Reiser:* La formule est excellente et à retenir. J'ajouterais simplement, parce que c'est là que des confusions se produisent, que le groupe des maladies où les facteurs affectifs jouent un rôle important, est l'objet d'un intérêt particulier, surtout de la part des chercheurs. Il se trouve donc qu'une certaine catégorie de médecins, surtout parmi le corps enseignant, se spécialise dans l'étude de ce domaine particulier.

Ceci ne revient nullement à dire qu'une nouvelle spécialité médicale s'est créée. Il n'est pas question d'une discipline distincte comme l'ophtalmologie ou la cardiologie.

### **L'importance du «médecin de famille»**

#### **Quelle est dans tout ceci la place de l'omnipraticien, du «médecin de famille»?**

*Professeur Groen:* Le médecin de famille est mieux placé que quiconque pour dépister de bonne heure les troubles psychosomatiques et pour découvrir les racines qu'ils plongent dans les rapports entre êtres humains. La situation du médecin de famille n'a pas d'équivalent dans le monde médical. Il ne traite pas les malades au hasard des rendez-vous pris à son cabinet. Il connaît toute la famille, le passé, le milieu et les antécédents de chacun de ses patients. En d'autres termes, il en sait beaucoup plus long que ce que chacun des malades lui raconte au cours de ses consultations. D'autre part, il les a généralement vus grandir depuis l'enfance; il a suivi leur développement, et s'il constate un de ces troubles psychosomatiques dont nous parlions, il lui est facile non seulement de traiter le malade, mais de conseiller ses parents, sa femme ou ses enfants.

En bref, lorsqu'une maladie frappe un membre de la famille, le médecin s'aperçoit souvent que c'est une maladie de toute la famille. C'est pourquoi ses soins réussissent souvent là où échoue la science du spécialiste qui, à l'hôpital, ne voit qu'un des aspects de la maladie.

Quant à la médecine «intégrale», c'est ainsi qu'elle se pratique. C'est quelque chose de très beau, mais de très difficile en réalité.

N'oubliez pas, par exemple, que les hôpitaux, qui constituent le royaume du spécialiste, manquent toujours de médecins. Si l'on doit vous enlever une tumeur au cerveau, vous confierez votre crâne à un chirurgien qui ne fait que cela toute sa vie. Vous n'exigerez pas de lui qu'il fasse de la médecine «intégrale», encore qu'il ne doive pas tout ignorer du côté social et psychologique de la maladie. Le médecin complet, c'est le médecin de famille, même s'il ne le sait pas toujours. Il fait de la médecine «intégrale» comme le Bourgeois Gentilhomme faisait de la prose sans le savoir.

Ceux d'entre nous qui sont partisans de cette méthode nouvelle ou plutôt renouvelée, d'exercice de la médecine, voient dans la formation du médecin de famille, dans le plein épanouissement de ses possibilités, un des meilleurs moyens d'assurer non seulement la guérison des maladies, dont nous parlons, mais aussi, nous l'espérons, leur prévention.

### **Espoir pour l'avenir des cardiaques. Communiqué OMS 26, 7 août 1963**

Des témoignages apportés par les membres du Comité d'experts de l'OMS de la réadaptation des personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires, qui vient de se terminer à Genève, il résulte que dans un grand nombre de pays plus de 50% de ceux qui survivent à une crise cardiaque aiguë retournent à leur travail, et que dans certains cas ce chiffre atteint même 80 à 85%.

La crainte et le désespoir qui entouraient autrefois l'existence des cardiaques n'est plus de mise. Le Comité est d'avis que l'éducation, non seulement du malade, de ses amis, de sa famille, mais encore de la profession médicale elle-même, est nécessaire à cet égard pour améliorer les chances de guérison.

#### *Meilleurs traitements*

Les progrès remarquables accomplis dans le traitement des maladies du cœur au cours des dernières années sont partiellement responsables des succès rencontrés. Un autre important

facteur de succès, c'est la possibilité de mesurer de plus en plus exactement la quantité d'énergie dépensée pour une activité physique quelconque. Il est maintenant reconnu qu'une personne menant une vie sédentaire, comprenant jardinage et promenades... ou une maîtresse de maison prenant soin de son ménage, dépense autant d'énergie qu'un employé, une secrétaire, et même certains ouvriers, et pourrait de ce fait être employée à des tâches rémunérées.

Si c'est le chef de famille qui est frappé, et s'il doit rester à la maison, sa femme devra probablement trouver du travail, et il finira comme «bonne à tout faire» en dépensant autant d'énergie que dans un bureau ou une fabrique. Sans parler de l'anxiété causée par un sentiment d'impuissance et d'échec qui ne peut qu'aggraver sa condition.

### *Repos ou activité?*

Du point de vue médical, un retour rapide du malade à son emploi antérieur est préférable, surtout s'il s'y intéresse et s'il y montre de hautes qualités professionnelles. Ces qualités ne doivent pas rester inemployées, et le fait qu'il peut surmonter la maladie et continuer à gagner la vie de sa famille ne fera qu'améliorer son moral et son bien-être physique.

L'expérience médicale montre qu'un travail adapté à la condition du malade vaut mieux que l'inaction, dont les conséquences psychologiques et économiques sont déplorable pour lui-même, sa famille et la communauté.

C'est au médecin qu'il appartient de juger si le malade est physiquement capable de travailler. Les facteurs à considérer sont : le type de maladie, la gravité de l'attaque, ainsi que les conditions sociales du milieu. Dans bien des cas, la famille tient à prendre en charge le malade et considérerait comme une honte de le laisser travailler. Le marché du travail peut être un autre facteur restrictif. Lorsqu'il n'y a pas assez de travail pour tout le monde, il est peu probable que le cardiaque puisse assumer des besognes qui peuvent être accomplies par des gens bien portants.

### *La réadaptation*

Pour en assurer le succès, la réadaptation devrait commencer lors de la première visite médicale, et dépendre de la précision du diagnostic et de l'efficacité du traitement. Il faut éviter l'anxiété et l'impuissance qui naissent souvent de la longueur du traitement, surtout si le malade doit garder le lit. La première tâche du médecin devrait être de redonner au patient la confiance nécessaire pour affronter la vie de tous les jours, et de l'orienter graduellement vers un retour à son activité professionnelle. Si c'est possible, le malade devrait être préparé à entreprendre une autre activité, plus en rapport avec ses capacités physiques, ou, dans les cas extrêmes, à des travaux à temps partiel, et même à des tâches bénévoles.

Une personne qui a subi une attaque cardiaque suivant un cours normal devrait pouvoir reprendre son travail, ou se familiariser avec une nouvelle occupation, et commencer sa réadaptation physique dans les trois mois qui suivent. Six mois devraient suffire pour retrouver une activité normale.

De bonnes conditions de vie et de travail sont essentielles. Il faut éviter les difficultés de transport, les escaliers, les poussières corrosives, les émotions, les tensions et les bousculades de toutes sortes. Mais si le malade aime son métier, s'il est débarrassé de toute inquiétude, s'il est entouré de gens qui lui font confiance, il sera capable de s'adapter, d'apprendre de nouvelles méthodes de travail et de redevenir un membre productif de la société sans danger pour lui et sans dommage pour ceux qui l'entourent.

### *Mesurer la capacité physique*

Des consultations périodiques sont nécessaires pour être sûr que les conditions de travail sont convenables et que la capacité physique du malade demeure inchangée.

Le Comité d'experts de l'OMS a discuté des moyens de déterminer avec précision la capacité physique, et, tandis que certaines normes empiriques étaient acceptées, il a conclu que la recherche était nécessaire pour améliorer les techniques existantes et en découvrir de nouvelles.

Le médecin expérimenté est capable d'évaluer avec précision, dans certaines limites, la capacité de travail du malade. Il considère le malade avant tout comme une personne, tenant compte non seulement de ses forces physiques, mais aussi de son état moral et mental, des besoins de sa famille et de la contribution qu'il peut apporter au reste de la communauté.

#### **Cinq minutes pour sauver une vie.** Communiqué de presse OMS Euro, Copenhague, 14 octobre 1963

Quiconque a un permis de conduire doit savoir donner les premiers secours qui sauveront la vie d'une victime de la route. C'est ce que déclare le rapport établi à la suite des discussions techniques que vient d'avoir le Comité régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à sa 13<sup>e</sup> session.

Si chacun connaissait les soins d'urgence à donner aux blessés il serait possible, en effet, non seulement de sauver des milliers de vies mais aussi d'empêcher de nombreux cas d'invalidité permanente.

Le Comité régional dans ses discussions techniques a examiné l'organisation des *services de réanimation et de traitement des accidentés*, problème de grande urgence en Europe où les victimes de l'automobile se chiffrent par dizaines de milliers chaque année.

La grande proportion de décès consécutifs à un accident de la route est due au simple fait que dans les cinq minutes qui suivent le choc, le blessé, même s'il n'est pas atteint gravement, meurt asphyxié, faute de soins. C'est ce que déclare le professeur Martin Holmdahl, de l'Hôpital universitaire d'Uppsala en Suède. Dans un document soumis au Comité il déclare :

«La mort brutale qui suit un accident n'est pas, dans de nombreux cas, due à la gravité des blessures de l'accidenté, mais à l'incapacité où celui-ci est d'assurer la continuité de ses fonctions vitales sans l'assistance d'un sauveteur compétent. La commotion consécutive à un trauma de la tête peut, par exemple, provoquer un état de profonde inconscience qui s'accompagne d'une impuissance à maintenir la liberté des voies aériennes, et entraîner de ce fait la mort par asphyxie, dénouement que peuvent prévenir des manœuvres simples telles que l'hyperextension de la tête et l'installation du sujet dans une position appropriée. Une telle aide, cependant, doit intervenir immédiatement.»

Le professeur Holmdahl signale que les blessures à la tête sont peut-être les plus fréquentes de toutes celles qui atteignent les blessés de la route. Leur fréquence varie entre 50 % et 80 % tandis que celle des blessures du thorax se situe en 10 % et 40 %.

Il souligne également que la mortalité dangereusement élevée des blessés de la tête et du thorax est imputable principalement à l'obstruction des voies respiratoires (oropharynx ou «airway»).

Dans les cas d'asphyxie aiguë par obstruction des voies respiratoires le sujet a en général dans les poumons et dans le sang une certaine réserve d'oxygène qui permet un délai de grâce au sauveteur, délai dont la durée varie entre 6 et 10 minutes. La rapidité d'intervention est donc d'une importance majeure, dit le professeur Holmdahl et dans tous les cas il faut appliquer tout de suite des mesures de ressuscitation qui apportent l'oxygène nécessaire à la vie du blessé.

Les mesures essentielles à prendre pour les premiers secours sont :

1. Dégager l'oro-pharynx (en basculant la tête en arrière et en exerçant une pression vers le haut sur la mâchoire inférieure).
2. Pratiquer la ventilation artificielle si la respiration n'est pas normale malgré les mesures prises ci-dessus.
3. Arrêter l'hémorragie.
4. Neutraliser les effets du choc.

En ce qui concerne la respiration artificielle, la meilleure méthode qui est aujourd'hui presque universellement reconnue comme telle est celle de *la ventilation par air expiré*,

dit le rapport des discussions du Comité régional. Cette méthode est également appelée ventilation bouche-à-bouche ou bouche-à-nez.

Le rapport ajoute qu'aucun orateur au Comité n'a préconisé de poursuivre l'enseignement des méthodes manuelles de respiration artificielle.

Il convient d'instruire la population toute entière afin de rendre l'organisation des soins d'urgence aussi efficace que possible, déclare encore le rapport du Comité régional. Une importance capitale s'attache à la formation des médecins en matière de ressuscitation, sujet qui leur est trop souvent inconnu et auquel ils ne s'intéressent pas assez. Dans certains pays, comme l'a noté le Comité avec intérêt, les étudiants en médecine de dernière année font partie de l'équipe de l'ambulance envoyé sur les lieux d'un accident.

Des doutes ont été exprimés quant à la qualité de l'enseignement dispensé aux conducteurs d'ambulance en matière de soins d'urgence aux blessés, voire même sur leur habilité à conduire de manière à éviter aux blessés tout traumatisme supplémentaire :

« Une ambulance demande à être conduite avec un effort conscient d'attention et de régularité, en évitant l'accélération forcée et en prenant les virages avec un soin spécial, de façon à réduire au minimum l'action des forces centrifuges et les phénomènes de contraction et d'extension qui sont si dangereux pour les blessés, ainsi que les cahotements occasionnés par les inégalités du sol. Des leçons de conduite très rigoureuses devraient donc être données à l'équipage des ambulances », déclare le Dr W. Stoeckel, de l'Ecole fédérale de la Croix Rouge allemande à Bonn.

Le Comité régional a déclaré que l'équipage de l'ambulance doit comporter deux personnes au moins, toutes deux entraînées et expérimentées dans les soins de premier secours. Il conviendrait que toutes les ambulances soient rattachées à un hôpital afin que leur équipage fasse partie intégrante du personnel hospitalier et que leur formation professionnelle soit sans cesse perfectionnée. Les ambulances devraient également être dotées de l'équipement nécessaire pour la réanimation et le déchocage. Enfin, elles devraient toutes posséder une installation de radio-téléphonie (« inter-com ») pour rester sans cesse en contact avec l'hôpital dont elles dépendent.

C'est d'un hôpital général plutôt que d'un centre spécialisé dans les traumatismes que devrait dépendre l'organisation des soins d'urgence. Seuls les hôpitaux généraux sont en effet dotés de tous les services spécialisés auxquels on peut avoir à faire appel, et non seulement d'un service de traumatologie. Il est recommandé de créer des « unités de panréanimation » dans ces hôpitaux partout où cela est possible.

Une description des services hospitaliers de soins aux accidentés a été faite par le Dr V. A. Minyaev, directeur du Département de la Santé publique de Leningrad, qui a souligné que « dans le domaine des soins médicaux d'urgence rien ne doit être laissé au hasard : le dispositif mis en place doit être judicieusement conçu et son fonctionnement parfaitement réglé ».

Combien la plupart des pays d'Europe sont encore loin de cet idéal a été révélé au Comité par les réponses à un questionnaire diffusé par le Bureau régional de l'Europe au début de l'année. 26 pays y ont répondu et un bon nombre d'entre eux indique qu'ils sont en train de repenser l'organisation de ces services sur l'ensemble de leur territoire.

Le nombre et la variété des services publics ou privés qui sont chargés des soins aux blessés de la route a produit un effet de surprise. Ils sont, par ordre de fréquence : les services de la santé publique ; la Croix Rouge ; les hôpitaux ; les caisses d'assurance ; des ministères autres que le ministère de la santé ; des facultés de médecine ; des organisations spécialement conçues en vue des services de traumatologie ; les sapeurs-pompiers ; les syndicats ; les associations de tourisme ; l'industrie, enfin l'initiative privée.

Le questionnaire révèle également qu'il existe fort peu de règlements officiels touchant à l'organisation des soins aux blessés. Il n'y a pas de pays où les premiers soins aux victimes d'accidents de la circulation soient donnés exclusivement par des médecins ; des expériences sont en cours pour déterminer les circonstances où il est possible et justifié d'envoyer un médecin sur le lieu d'un accident.

Pour ce qui est de la respiration artificielle, il n'y a pas de méthode qui soit universellement recommandée ou enseignée. Les méthodes traditionnelles sont encore les plus courantes ; la méthode du bouche-à-bouche est à l'examen ou vient seulement d'être

adoptée. Certains pays toutefois signalent que cette méthode est déjà la seule qui soit utilisée.

La moitié environ des pays d'Europe possède des règlements touchant les ambulances, leur personnel, leur équipement et leur affectation. Que l'ambulance soit rattachée à un hôpital semble être l'exception plutôt que la règle. Les systèmes d'appel des ambulances sont également très divers, et quelques pays seulement ont signalé l'institution d'un numéro d'appel unique pour tout leur territoire (ce que préconise le rapport du Comité).

Enfin, le Comité régional, dans ses discussions, a mis en relief la nécessité d'entreprendre des recherches dans tous les domaines des soins d'urgence, y compris les méthodes de premier secours et l'organisation efficace des services d'urgence. Les anesthésiologistes jouent un rôle de premier plan dans ce domaine de la recherche médicale, ainsi que dans la formation aux techniques de soins d'urgences des médecins, du personnel para-médical et de la population.

On a exprimé l'espoir que le Bureau d'Europe de l'OMS poursuivrait ses activités sur l'organisation des services de réanimation et d'urgence.

Le rapport des discussions techniques du Comité régional à sa 13e session va être publié prochainement. Il comprendra les documents soumis au Comité par les consultants mentionnés ci-dessus ainsi que par le Dr Z. S. Hantchef, directeur médical de la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge à Genève.

#### **Manque d'eau pour 9 personnes sur 10 dans certains pays en voie de développement. Communiqué OMS/8, 23 janvier 1964, Conseil Exécutif.**

Le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a examiné aujourd'hui le programme d'approvisionnement public en eau de l'OMS et a recommandé que l'Assemblée mondiale de la Santé décide de poursuivre l'assistance aux Etats Membres pour leur permettre d'arriver à fournir de l'eau potable en quantité suffisante aux collectivités. Selon le Conseil, les gouvernements devraient accorder une plus grande priorité à la fourniture d'eau potable aux collectivités.

Comme document de base, le Conseil disposait d'un rapport soumis par le Directeur général traitant de l'approvisionnement public en eau dans le monde, notamment dans les pays en voie de développement, où il arrive parfois que 90% de la population soient mal approvisionnés en eau ou même ne disposent que d'eau insalubre.

Une étude sur l'approvisionnement des villes en eau dans 75 pays peu développés (60 d'entre eux en Afrique, en Asie et en Amérique Latine) conduit à l'inquiétante constatation que 30% seulement de la population urbaine de ces pays et certainement moins de 10% de leur population totale ont l'eau courante à la maison. Qui plus est, 70% au moins de la population totale ne dispose pas de poste d'eau courante à une distance raisonnable des habitations.

Les populations intéressées doivent par conséquent puiser leur eau de boisson dans des puits, des rivières, ou autres lieux exposés à la contamination. Dans certains cas, l'eau est vendue par des porteurs à des prix tellement élevés que la consommation tombe forcément au-dessous du minimum indispensable.

#### *5 millions d'enfants meurent chaque année*

Cet état de choses est considéré à la lumière du fait que des maladies transmises par l'eau – comme le choléra, la typhoïde et les dysenteries – sont les principales causes de décès dans les régions les moins développées du monde. Dans plusieurs pays, les maladies intestinales et diarrhées sont la principale cause de décès, et, sur le plan mondial, elles ôtent la vie à près de 5 millions d'enfants chaque année.

Il a été clairement établi que l'eau potable est un puissant instrument de lutte contre ces maladies: de telles constatations ont été faites notamment au Japon, au Pérou, en Colombie, au Pakistan, à Ceylon, à Madagascar, à Koweït et en Inde.

L'explosion démographique et l'urbanisation rapide qui caractérisent les pays en voie de développement rendent le problème de l'eau d'autant plus urgent. Dans les 75 pays mentionnés dans le rapport de l'O.M.S., on comptait 1351 millions d'habitants en 1962. L'on estime que ce chiffre atteindra 1922 millions en 1977, ce qui représente une augmentation de 42% en 15 ans. Cet accroissement démographique intéresse surtout les villes et les zones urbaines.

#### *Les économistes reconnaissant*

Bien qu'il soit difficile d'établir un rapport quantitatif entre l'importance des approvisionnements publics en eau et le taux de croissance économique des collectivités urbaines, les économistes s'accordent à reconnaître qu'il ne saurait y avoir de développement économique durable dans des villes insalubres. Or, la salubrité des villes dépend pour beaucoup de l'existence de services municipaux satisfaisants, parmi lesquels l'un des plus importants est justement la fourniture d'eau saine en quantités suffisantes.

Le rapport de l'O.M.S. précise que les ressources mondiales en eau sont suffisantes pour que la plupart des hommes puissent avoir l'eau courante chez eux. Sauf dans un petit nombre de pays, ces ressources sont abondantes et permettraient de satisfaire les besoins des diverses catégories d'utilisateurs. La technologie de l'eau étant très avancée, la plupart des problèmes techniques peuvent être résolus et la construction accélérée de réseaux de distribution n'est pas impossible à envisager car, si importants qu'ils soient, les capitaux nécessaires peuvent être mobilisés.

## **Neue Bücher - Nouveaux livres**

**Hans Helmut Woter:** Korrelationen zwischen Hämodynamik und Herzschall, vergleichende Untersuchungen zwischen intrakardialer Druckregistrierung und Phonokardiographie, Bibliotheca Cardiologica, Fasc. 14, S. Karger AG, Basel/New York, 1963, IV + 154 S., 74 Abb., Preis Fr.s./DM 38.-.

Die Phonokardiographie und die intrakardiale Manometrie haben die physiologischen Erkenntnisse der Arbeitsweise des gesunden und des pathologischen Herzens wesentlich erweitert. Beide wissenschaftlichen Spezialitäten sind ursprünglich der klinischen Forschung entsprungen, jedoch sind sie im Verlaufe der letzten Jahre mehr und mehr Gegenstand der eigentlichen Grundlagenforschung geworden.

Das vorliegende Werk ist eine Monographie, die nicht nur für den Wissenschaftler von hohem Wert ist. Das Buch dürfte darüber hinaus dem klinischen Kardiologen jene umfassende Orientierung bieten, die anhand der einzelnen Publikationen sehr schwer geworden ist.

Jeder Herzton stellt nichts anderes dar, als die Grenzmarke zwischen aufeinanderfolgenden Arbeitsphasen des Herzens. An den Wänden des elastischen Hohlsystems des Herzens treten durch Drucküberschneidungen in Art und Größe verschieden starke Energiewechsel auf. Diese sind verantwortlich für die in Art und Größe ebenfalls verschieden gearteten Herztöne.

Somit kann heute manchem bereits seit langem bekannten pathologischen Herztonbild eine viel exaktere Vorstellung der kausal verantwortlichen pathologischen Druckverhältnisse beigeordnet werden.