

Wir haben für Sie gelesen Nous avons lu pour vous

Critères de qualité de l'air. Communiqué OMS/42, 4 novembre 1970.

Les six polluants de l'air les plus répandus vont faire l'objet de recherches internationales approfondies sous les auspices de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans le but d'établir des critères et indices de qualité de l'air.

Il importe, en effet, de connaître d'une part les régions polluées mais aussi de savoir à partir de quel degré de pollution la santé de l'homme court un risque. Or, l'étude des six polluants a pour objet de pouvoir répondre à cette dernière question.

Ces travaux seront exécutés avec l'aide des Centres de référence et des laboratoires du réseau international de détection de la pollution de l'air organisés par l'OMS.

Le Symposium interrégional des critères et indices de qualité de l'air, qui groupait 30 experts venus de 16 pays, a désigné les six polluants suivants:

1. *anhydride sulfureux*, dégagé par le charbon et le mazout utilisés pour le chauffage central; il provoque l'irritation des yeux et de l'appareil respiratoire, surtout à forte dose;
2. *des particules en suspension*, poussière, suie, ciment, etc., qui proviennent du chauffage et de l'industrie;
3. *oxyde de carbone*, gaz extrêmement toxique, qui peut représenter jusqu'à 11 % du volume des gaz d'échappement des véhicules à moteur. Il ne s'accumule heureusement pas dans l'organisme et en est facilement éliminé;
4. *oxydants* qui naissent de l'action des rayons solaires sur les gaz d'échappement des automobiles. Un cas typique est le «smog» de Los Angeles qui irrite les yeux et provoque des crises d'asthme. Ce phénomène se retrouve dans les villes qui bénéficient d'un ensoleillement prolongé et connaissent une forte pollution automobile: Sydney, Gênes, Tokyo, etc.;
5. *oxydes d'azote*, également émis par les automobiles et les installations de chauffage central. Ils jouent aussi un rôle dans la formation des oxydants et présentent un danger potentiel;
6. *plomb*, produit hautement toxique que l'on ajoute à l'essence pour véhicules afin d'éviter que

le moteur ne «cogne». Cette substance s'accumule dans l'organisme et vient s'ajouter aux quantités de plomb qui s'y trouvent déjà du fait des aliments et de l'eau. Les données dont on dispose à l'heure actuelle permettent de penser que cette accumulation est négligeable, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de procéder à des mesures plus précises.

Tous ces polluants, qui seront étudiés indépendamment et en combinaison les uns avec les autres, résultent de l'industrialisation, de la circulation automobile, du trafic ferroviaire, des installations de chauffage central, et de l'élimination des déchets. En ce qui concerne les anhydrides sulfureux et les particules en suspension, il reste encore à déterminer s'ils peuvent avoir un effet direct ou s'ils ne représentent que des indices de la présence d'autres substances non identifiées qui seraient, elles, les substances actives.

Dans la plupart des pays, la pollution traditionnelle, qui est provoquée par l'industrie et le chauffage, s'avère plus importante que celle qui résulte du trafic automobile. En revanche, aux Etats-Unis d'Amérique, 60 % du poids total des polluants déchargés dans l'atmosphère provient des automobiles. Il est à craindre que d'autres pays parviennent à un degré semblable de pollution, faute de législation appropriée.

Six pays – Etats-Unis d'Amérique (Californie, ville de Los Angeles, Colorado et New York), Pologne, République fédérale d'Allemagne, Roumanie, Tchécoslovaquie et Union Soviétique – ont jusqu'ici adopté des critères de qualité de l'air. Ceux-ci ont été étudiés par le Symposium de l'OMS afin de dégager un dénominateur commun permettant d'établir des critères internationaux.

De précédentes réunions de l'OMS avaient permis d'établir des définitions et des principes concernant la qualité de l'air, créant ainsi un langage commun de nature à permettre l'établissement de critères et d'indices de qualité de l'air. Une publication de l'OMS sur *La mesure des polluants de l'air* vient de paraître et constitue un guide pour la sélection des méthodes appropriées.

Les recherches décidées par le Symposium permettront de mettre au point des instruments de mesure pour déterminer la relation qui existe entre la concentration et la durée d'exposition aux polluants ainsi que leurs effets sur la santé et le bien-

être de l'homme et sur son milieu biologique et physique.

L'accroissement démographique, l'industrialisation et les besoins énergétiques toujours plus grands créent dans le monde un réel danger de pollution. La mince enveloppe d'air qui entoure la planète est une des ressources naturelles qui doit être protégée.

Quoique les niveaux actuels de pollution de l'air sur le plan mondial ne soient pas encore très inquiétants, des mesures doivent être prises afin d'éviter des «crises» dangereuses de pollution atmosphérique.

Chute verticale de la mortalité infantile

Communiqué OMS/46, 7 décembre 1970

On enregistre depuis quinze ans une chute verticale de la mortalité des enfants de moins d'un an, indique une étude statistique* de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) portant sur 37 pays.

C'est le Japon qui peut faire état du progrès le plus sensible pendant cette période (1950-1955 et 1967), car les taux de mortalité infantile y sont tombés de 69 pour cent, mettant ainsi le Japon au niveau des pays scandinaves, qui détiennent traditionnellement les taux les plus bas.

La Suède, de son côté, bat tous les records en offrant au nouveau-né la meilleure chance dans sa première année; le taux de mortalité infantile y atteint le niveau le plus bas du monde: 12,9 pour 1000 naissances vivantes. Ce taux étonnant l'est encore plus quand on s'aperçoit qu'il représente une diminution de 33 pour cent par rapport au taux record de 19,3 détenu par la Suède au début des années 50.

Plusieurs autres pays font état de diminutions également impressionnantes: la Bulgarie, où la mortalité infantile est tombée de 64 pour cent, Singapour de 61 pour cent, la Pologne de 59 pour cent, la Tchécoslovaquie et la Finlande de 54 pour cent, la République fédérale d'Allemagne de 51 pour cent, l'Autriche et Berlin-Ouest de 49 pour cent, la Belgique de 48 pour cent, la Hongrie et la Yougoslavie de 46 pour cent, l'Italie de 43 pour cent et le Danemark de 42 pour cent (voir tableau 1).

* Rapport de Statistiques sanitaires mondiales, Vol. 23, No 9, 1970.

Tableau no 1

Pays	Taux de mortalité infantile		Diminution en %
	1967	Moyenne 1951-1955	
Chili	99,8	131,7	- 24
Colombie	78,3	109,4	- 28
Maurice	70,5	81,3	- 13
Mexique	63,1	87,0	- 27
Yougoslavie	62,1	114,5	- 46
Portugal	59,2	91,0	- 35
Panama	42,7	53,8	- 21
Venezuela	42,0	72,0	- 42
Pologne	38,1	92,4	- 59
Hongrie	37,0	68,6	- 46
Grèce	34,3	42,5	- 19
Italie	33,2	58,3	- 43
Bulgarie	33,1	91,1	- 64
Autriche	26,4	51,3	- 49
Berlin-Ouest	25,6	50,1	- 49
Singapour	24,8	63,0	- 61
Irlande	24,4	40,2	- 39
Irlande du Nord	23,5	36,6	- 36
Belgique	22,9	43,7	- 48
Tchécoslovaquie	22,9	49,4	- 54
Rép. féd. d'Allemagne	22,9	46,6	- 51
E.-U. d'Amérique	22,4	27,5	- 19
Canada	22,0	34,7	- 37
Ecosse	21,0	32,9	- 36
Israël	20,8	32,2	- 43
France	20,7	43,5	- 48
Angleterre et Galles	18,3	26,9	- 32
Australie	18,3	23,3	- 21
Nouvelle-Zélande	18,0	26,0	- 31
Suisse	17,5	28,5	- 39
Danemark	15,8	27,4	- 42
Japon	14,9	48,5	- 69
Finlande	14,8	32,4	- 54
Norvège	14,8	22,6	- 35
Islande	13,4	22,0	- 39
Pays-Bas	13,4	22,1	- 39
Suède	12,9	19,3	- 33

Sept jours dangereux

Bien que les sept premiers jours de la vie restent les plus dangereux pour l'enfant, 31 des 37 pays étudiés par l'OMS ont réussi à abaisser leur taux de mortalité pour cette période critique. Toutefois, en 1967, 59 pour cent de tous les décès au-dessous d'un an se situaient encore pendant cette première semaine.

Le taux de mortalité infantile (nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes) est considéré comme un indice du niveau de santé publique et sert à apprécier la situation sanitaire d'un pays.

Mais les nomenclatures et les modalités locales d'enregistrement varient suivant les pays, ce qui rend difficile la comparaison des données. De plus, il n'y a pas toujours un médecin présent pour certifier la cause du décès d'un enfant et sur les 21 pays répondant au questionnaire de l'OMS sur ce point, neuf seulement peuvent déclarer que cent pour cent des décès sont certifiés par un médecin (voir tableau 2). C'est pourquoi l'étude de l'OMS s'attache surtout à faire ressortir des tendances et des différences insolites.

De quoi meurent les petits

Parmi les causes de décès des enfants de moins d'un an, le groupe le plus important — 24,2 pour cent — appartient à la catégorie dite «autres maladies particulières à la première enfance et débilité congénitale sans précision». Y figurent notamment les maladies hémorragiques du nouveau-né, les affections dues à certaines maladies de la mère pendant la grossesse, le déséquilibre alimentaire, les maladies mal définies particulières à la première enfance et la débilité congénitale. La presque totalité des décès attribués à ces causes survient pendant la période néonatale.

Lésions obstétricales et asphyxie post-natale surviennent également pendant cette période dangereuse et représentent en moyenne 21,4 pour cent de tous les décès d'enfants de moins d'un an, tandis que les malformations congénitales sont responsables en moyenne de 17 pour cent de ces décès.

62,6 pour cent de tous les décès d'enfants de moins d'un an et 88 pour cent de tous les décès d'enfants de moins de 28 jours sont donc imputables à ces trois catégories.

Il y a aussi la pneumonie

Par contre, à partir de l'âge d'un mois, la pneumonie et la bronchite prennent la première place, avec 26,4 pour cent de décès parmi les enfants de 28 jours à 11 mois.

Viennent ensuite les malformations congénitales, 20 pour cent, et au troisième rang, avec 11,2 pour cent, la gastro-entérite, maladie résultant souvent d'un milieu peu hygiénique.

Cette analyse des causes de décès des nouveau-nés prouve la nécessité de méthodes préventives aux périodes de la première enfance, si l'on veut maintenir et étendre l'amélioration constatée dans les taux de mortalité infantile, déclare en conclusion le rapport de l'OMS.

Vers une limite de la baisse de la mortalité

Communiqué de Presse OMS/38, 1970

Ces dix dernières années, la diminution du taux brut de mortalité dans certains pays évolués s'est ralentie ou arrêtée (dans certains cas on enregistre même une légère augmentation).

La plupart des pays du monde ont vu leur taux brut de mortalité diminuer de façon sensible au cours des 150 dernières années. Cependant, les causes de cette diminution varient considérablement d'un pays à l'autre. En règle générale, la réduction du nombre de décès est due aux progrès de la médecine et à d'autres facteurs dont l'amélioration du niveau de vie.

Comme le montre le tableau ci-après, tous les pays mentionnés, à l'exception de la République fédérale d'Allemagne, des Pays-Bas, de l'Angleterre et du Pays de Galles, ont connu une diminution de la mortalité générale entre 1950 et 1955. Au cours de la période 1955 à 1960, huit pays en-

Tableau no 2 Pays et pourcentage des décès certifiés par un médecin

Pays	Pourcentage des décès certifiés par un médecin	Pays	Pourcentage des décès certifiés par un médecin
Canada	77	Rép. féd. d'Allemagne	100
Chili	81	Grèce	100
Colombie	60	Hongrie	100
Mexique	72	Islande	99
Panama	54	Irlande	98
Venezuela	73	Italie	100
Singapour	80	Pays-Bas	100
Autriche	100	Suisse	100
Tchécoslovaquie	100	Irlande du Nord	88
Finlande	100	Nouvelle-Zélande	85
France	97		

registrent déjà une légère augmentation du taux de mortalité et la tendance se précise, entre 1960 et 1969, avec seize pays faisant état d'une augmentation. (Les chiffres pour la Bulgarie, le Japon et l'URSS se rapportent à l'année 1968).

Dans son rapport technique *Programmes d'analyse des tendances et niveaux de la mortalité*, un comité mixte ONU/OMS déclare «qu'il existe donc visiblement une limite au-delà de laquelle on ne peut s'attendre à ce que le taux de mortalité continue à diminuer dans les régions où la menace des maladies contagieuses est devenue négligeable.»

En ce qui concerne la diminution de la mortalité infantile qui c'est récemment ralentie, en particulier dans les pays développés, le rapport constate que peut-être on en arrive «au taux le plus bas possible en l'absence de nouvelles connaissances concernant les causes des maladies infantiles.»

D'autre part, le rapport souligne deux phénomènes intéressants relatifs aux taux de mortalité par sexe. «Dans les pays développés, bien que les taux de mortalité aient généralement continué à diminuer pour les femmes de tous âges, les taux de mortalité masculine ont cessé de décroître, surtout après l'âge de 45 ans. Il semble que la différence des taux de mortalité selon le sexe dé-

pende surtout des maladies cardiaques, des maladies chroniques de l'appareil respiratoire et du cancer du poumon.»

La répartition de la mortalité d'après la cause varie beaucoup d'un pays à l'autre et selon l'âge et le sexe.

Dans les pays développés, les maladies cardiovasculaires et le cancer restent les principales causes de décès. Les accidents de véhicules à moteur provoquent de plus en plus de décès depuis quelques décennies dans presque tous les pays industrialisés et les taux de mortalité dus au suicide ont aussi tendance à augmenter dans certains pays. Les variations de la mortalité déclarée due à cette dernière cause peuvent en grande partie être attribuées à des changements dans les pratiques administratives et juridiques.

En plus de son importance pour mesurer les conditions de santé dans la population et les effets des services de santé, l'analyse des tendances et des niveaux de la mortalité s'avère très utile pour les projections démographiques. Le taux de mortalité constitue un des éléments permettant de mesurer l'accroissement de la population et fournit, en outre, des renseignements statistiques nécessaires pour les recherches dans le domaine de la santé publique.

Taux bruts de mortalité par 1000 habitants

Crude death rates per 1000 inhabitants

Pays Country	1950	1955	1960	1965	1969*
Etats-Unis United States	9,6	9,3	9,5	9,4	9,5
Japon Japan	10,9	7,8	7,6	7,2	6,8 (1968)
Autriche Austria	12,4	12,2	12,7	13,0	13,3
Belgique Belgium	12,5	12,3	12,4	12,2	12,7
Bulgarie Bulgaria	10,2	9,0	8,1	8,2	8,6 (1968)

* Chiffres provisoires * Provisional figures

*Taux bruts de mortalité par 1000 habitants**Crude death rates per 1000 inhabitants*

Pays Country	1950	1955	1960	1965	1969*
Tchécoslovaquie Czechoslovakia	11,5	9,6	9,2	10,0	11,2
Finlande Finland	10,1	9,3	9,0	9,6	9,8
France	12,7	12,2	11,4	11,1	11,3
Rép. féd. d'Allemagne Fed. Rep. of Germany	10,3	10,8	11,4	11,5	12,2
Grèce Greece	10,0	6,9	7,3	7,9	8,2
Irlande Ireland	12,7	12,6	11,5	11,5	11,5
Italie Italy	9,8	9,3	9,7	10,0	10,1
Pays-Bas Netherlands	7,5	7,6	7,6	8,0	8,4
Norvège Norway	9,1	8,5	9,1	9,5	9,9
Pologne Poland	11,6	9,6	7,5	7,4	8,1
Roumanie Romania	12,4	9,7	8,7	8,6	10,1
Espagne Spain	10,9	9,4	8,9	8,6	9,2
Suède Sweden	10,0	9,5	10,0	10,1	10,4
Suisse Switzerland	10,1	10,1	9,7	9,3	9,2
Angleterre et Pays de Galles England and Wales	11,6	11,7	11,5	11,5	11,8
Yougoslavie Yugoslavia	13,3	11,3	9,9	8,7	9,2
URSS USSR	9,6	8,4	7,1	7,3	7,7 (1968)

* Chiffres provisoires * Provisional figures