

Wir haben für Sie gelesen Nous avons lu pour vous

La consommation de médicaments en Europe. Communiqué OMS 25, 489–498 (1971).

Dans les pays d'Europe, 10–15 % du total des dépenses de santé et 1 % environ du produit national brut sont consacrés aux médicaments. L'augmentation vertigineuse des quantités de médicaments consommés, la probabilité d'une surconsommation et l'augmentation du coût des soins médico-sanitaires préoccupent gravement de nombreux gouvernements.

La quantité de médicaments consommés en Europe – et probablement dans le reste du monde – augmente de façon alarmante depuis quelques années. Une étude préliminaire faite dans six pays d'Europe par deux consultants de l'OMS en 1968 a mis en évidence un accroissement général de la production et de la consommation de tous les types de médicaments, qui varie non seulement entre les pays, mais à l'intérieur de ceux-ci. Ni cette augmentation, ni ces variations ne paraissent clairement liées à la morbidité; il semble que des facteurs tels que l'âge, le sexe, l'état civil et le revenu familial exercent tous une influence que l'on ne peut expliquer. Pourquoi, par exemple, les gens qui vivent à la campagne, utilisent-ils beaucoup moins de médicaments que les habitants des villes? Comment expliquer que la consommation de produits pharmaceutiques vendus sans ordonnance soit d'autant plus forte que le revenu du consommateur est faible? Et comment se fait-il que les personnes mariées ou divorcées recourent beaucoup plus souvent aux médicaments que les célibataires?

La plus importante, probablement, des constatations faites par les deux consultants de l'OMS est l'impossibilité de comparer les données nationales sur la consommation de médicaments – en raison de leurs présentations extrêmement différentes – qui impose que l'on entreprenne, à l'échelon international, une étude plus approfondie de l'ensemble de la question. C'est le seul moyen d'établir sur une base solide les mesures qui garantiront le meilleur usage possible des médicaments, en éliminant le gaspillage et les abus et qui en freineront la consommation de manière à maintenir les dépenses pharmaceutiques dans des limites raisonnables. On trouvera dans les pages qui suivent un exposé de quelques-uns des aspects du problème, qui viennent d'être exami-

nés lors d'un symposium organisé par l'OMS à Oslo.

Explosion de la consommation pharmaceutique

Dans les pays riches, les hauts revenus, associés aux tensions et aux frustrations que suscite l'urbanisation, paraissent favoriser une forte consommation de vitamines, de sédatifs, d'hypnotiques et même de médicaments psychotropes. Parallèlement à l'augmentation de la quantité de médicaments consommés, on constate une élévation des prix de production due, en grande partie, au coût élevé des épreuves de toxicité et des essais cliniques sans lesquels de nouveaux agents thérapeutiques ne peuvent habituellement pas être mis sur le marché. Pour illustrer la montée en flèche de la quantité et du coût des médicaments consommés en Europe, on peut citer l'exemple de la Suède où le chiffre des ventes sans ordonnance est passé, entre 1954 et 1968, de 78 millions de couronnes suédoises à près de 227 millions. Pendant la même période, les dépenses relatives aux médicaments consommés dans les hôpitaux sont passées de 31 à 141 millions de couronnes suédoises et le nombre des ordonnances de 21 à 38 millions (tab. 1). Les administrateurs de la san-

Tab. 1 Chiffres de ventes de produits pharmaceutiques en Suède: ventes par grosses quantités aux hôpitaux, ventes de médicaments sur ordonnance, ventes de médicaments sans ordonnance, nombre de prescriptions.¹

Année	Ventes totales ²	Ventes aux hôpitaux ²	Médicaments sur ordonnance ²	Médicaments sans ordonnance ²	Nombre d'ordonnances (millions)
1954	214,0	31,0	105,0	78,0	20,9
1956	278,0	37,0	148,0	93,0	21,4
1958	353,5	47,8	193,5	112,2	23,9
1960	413,4	55,8	236,3	121,3	26,3
1962	500,6	68,5	293,1	139,0	28,5
1964	613,8	88,3	365,1	160,4	31,2
1966	773,2	108,4	467,5	197,3	33,8
1968	1101,7	140,9	644,0	226,8	38,1

¹ Source: Direction générale de la Santé de Suède, Stockholm.

² Valeur en couronnes suédoises (millions).

té publique et de la sécurité sociale ont besoin d'être sûrs que l'augmentation des dépenses pharmaceutiques se justifie. C'est pourquoi il faut qu'ils puissent obtenir des renseignements plus complets sur les médicaments et la consommation qui en est faite.

Les médecins, les pharmaciens et les fabricants de produits pharmaceutiques aussi s'intéressent de plus en plus à la question. Les médecins désirent des médicaments efficaces, sans danger et aussi peu coûteux que possible. Pour pouvoir mieux utiliser ceux-ci, il faut disposer de données fiables sur les quantités et les types de produits consommés. L'intérêt que présente la consommation des médicaments pour les fabricants est évident. Depuis quelques années, plusieurs sociétés d'études de marché ont été créées pour répondre au désir des entreprises pharmaceutiques d'obtenir des renseignements précis sur la consommation de certains médicaments et sur les maladies spécifiques pour lesquelles ils sont prescrits.

Comparabilité internationale des données sur la consommation de médicaments

Les participants au symposium ont reconnu qu'il était très difficile de faire des études comparatives internationales sur la consommation de médicaments, car les données sont incomplètes et leur traitement statistique varie d'un pays à l'autre. Il serait donc nécessaire de parvenir à un accord international sur les indications à faire figurer dans les statistiques nationales relatives à la production, la distribution et l'usage des médicaments. Le symposium a étudié la question sous différents angles: définition des termes, classification des médicaments, unités fondamentales de mesure et normalisation des méthodes de collecte des données.

Il existe de nombreuses définitions du terme «médicament». Or il faudra parvenir à en adopter une seule sur le plan international si l'on veut assurer la comparabilité des données sur la consommation. Aussi le Comité OMS d'experts des Spécifications relatives aux Préparations pharmaceutiques a-t-il proposé la définition suivante dont la Vingtième Assemblée mondiale de la Santé a ultérieurement pris note.

On entend par «médicament» toute substance ou composition fabriquée, mise en vente ou présentée comme pouvant être employée 1) pour traiter, atté-

nuer, prévenir ou diagnostiquer une maladie, un état physique anormal ou leurs symptômes, chez l'homme ou l'animal, ou 2) pour restaurer, corriger ou modifier des fonctions organiques chez l'homme ou l'animal. Aucune définition formulée jusqu'à ce jour n'est entièrement satisfaisante et il est difficile de déterminer si certaines préparations sont utilisées comme médicaments ou comme produits diététiques, aliments pour nourrissons, aliments d'appoint ou cosmétiques. Certaines substances pharmacologiquement actives telles que le cannabis et la lysergamide (LSD), qui ne sont pas normalement utilisées à des fins thérapeutiques, peuvent être considérées comme des médicaments et le sont dans les accords internationaux concernant les stupéfiants. D'autres substances, telles que l'alcool, le tabac et le café ne sont pas cataloguées parmi les médicaments dans ces accords, bien qu'elles soient considérées comme pharmacologiquement actives.

La définition précitée s'applique également aux «matières premières» et aux composantes partiellement élaborées des médicaments composés, aux médicaments sans nom commercial (officiel et autre) et aux médicaments de marque, vendus avec ou sans ordonnance. Son adoption par un groupe d'experts appelés à donner des avis sur les statistiques de consommation de médicaments permettrait, ont estimé les participants au symposium, d'exclure des discussions ultérieures un grand nombre de termes synonymes du mot médicament, ou apparentés, que l'on trouve dans la littérature scientifique.

Classification des médicaments

La seconde démarche en vue de la présentation uniforme des données sur la consommation de médicaments consisterait à instituer un système agréé de classification. Celle-ci pourrait être fondée sur les effets thérapeutiques ou autres (analgésiques, diurétiques, hypnotiques), sur la maladie traitée (diabète, tuberculose, hypertension), sur le degré de contrôle nécessaire ou sur la formule chimique. Nombre de classifications connues combinent les deux catégories, thérapeutique et diagnostique, et comportent souvent des sous-groupes (vitamines, hormones et enzymes, par exemple) qui n'appartiennent à aucune d'entre elles. Les médicaments qui ont des applications très différentes, comme la chloroquine que l'on emploie contre le paludisme et contre les rhu-

matismes, ou la codéine qui est utilisée comme sédatif à la fois de la douleur et de la toux, posent des problèmes particuliers.

Une classification internationale qui pourrait éventuellement résulter de la fusion des diverses classifications déjà mises au point, serait indispensable pour les études sur la consommation de médicaments et rendrait également service à ceux qui organisent ou dirigent les services de santé publique, à ceux qui tentent de détecter les réactions adverses aux médicaments, ainsi qu'à l'industrie pharmaceutique. Les participants au symposium ont suggéré que l'on mette à profit les enseignements tirés par l'OMS de l'emploi de la classification thérapeutique des médicaments pour son projet pilote de recherches sur la pharmacovigilance internationale. Il a également été fait mention au cours des débats d'un «groupe d'intervention» des Etats-Unis d'Amérique qui s'est réuni dernièrement avec des représentants du Gouvernement du Canada et de l'OMS pour coordonner les activités consacrées à la classification et au codage des médicaments.

Pour pouvoir servir à des comparaisons entre les pays, la classification devra être volumineuse, complexe et multilingue. Si l'on veut tirer pleinement parti des avantages qu'elle présentera, il faudra utiliser un équipement moderne d'informatique, ainsi qu'un ordinateur programmé en fonction du système adopté. Les systèmes de classification thérapeutique comportent habituellement 20 à 50 catégories principales, 50 à 200 sous-catégories et 120 à 240 catégories de détail. Au niveau de «l'équivalence clinique», on peut avoir à prendre en considération un minimum de 500 médicaments différents; quant aux spécialités pharmaceutiques, elles se comptent par milliers. Ces chiffres donnent une idée approximative du volume des informations à traiter, à stocker et à extraire et du nombre de catégories de chiffres que devront comporter les formules de traitement de ces informations.

Comment mesurer la consommation de médicaments?

La principale difficulté à laquelle on se heurte, lorsqu'on cherche à obtenir des données comparables sur la consommation de médicaments, est l'absence d'unités de mesure appropriées. On peut recourir à des unités monétaires ou à

des unités de quantité matérielle. L'avantage de l'unité monétaire est d'être commune à des catégories de produits hétérogènes et sans autre commune mesure. Il faut souligner toutefois qu'elle n'est ni constante dans le temps, ni comparable entre pays. Il faudra tout d'abord convertir les valeurs en une monnaie commune et même alors, la comparabilité des données ainsi converties restera très imparfaite dans la mesure où les prix d'un même produit pourront varier d'un pays à l'autre. En outre, lorsqu'on utilise une unité monétaire, la faible consommation d'un produit très coûteux peut représenter une dépense plus élevée que la forte consommation d'un produit bon marché.

La comparaison de quantités consommées de médicaments, exprimées en unités de quantité matérielle communes (les grammes, par exemple) est utile, mais ne peut s'appliquer qu'à un seul produit bien défini. A l'intérieur d'une catégorie thérapeutique donnée, telle que les diurétiques, la quantité consommée (en grammes) de chaque médicament ne constitue pas nécessairement un indice de la part relative de ce produit dans le marché. Celle-ci ne peut être estimée que de façon très approximative: nombre d'ordonnances délivrées ou nombre de conditionnements de vente (tubes, boîtes, flacons, etc.) prescrits ou achetés, par exemple.

En fait, l'unité commune de quantité matérielle qui conviendrait le mieux à l'évaluation comparative des consommations de médicaments serait la dose unitaire ou dose quotidienne moyenne la plus couramment prescrite dans le cas de chaque produit. Il s'agit aussi d'une unité arbitraire, puisqu'elle est susceptible de varier, suivant les modes de prescription habituels ou les formes particulières que peut revêtir une maladie suivant les pays, et de changer avec le temps.

Les participants au symposium ont conclu qu'il n'existait pas actuellement d'unité de mesure adéquate et qu'il fallait entreprendre de nouvelles études pour mettre au point une unité qui puisse servir à la comparaison internationale des données. En attendant, la solution la moins mauvaise consisterait à exprimer les données nationales brutes sur la consommation de médicaments sous la forme d'un indice, par exemple un pourcentage des dépenses hospitalières ou des dépenses médicales totales.

Sources d'information sur la consommation de médicaments

Les informations sur la consommation de médicaments peuvent être recueillies auprès des sources suivantes:

Fabricants, importateurs et distributeurs en gros

Dans les pays où la production et la distribution des médicaments sont soumises à un contrôle central, il est facile d'obtenir des données; dans les autres, le volume des informations disponibles varie considérablement. La plupart des pays établissent des statistiques de production, mais celles-ci ne mesurent pas la consommation réelle de médicaments puisque les stocks des grossistes, des détaillants, des hôpitaux et des ménages sont sujets à variations. Il se peut que la ventilation des importations ne soit possible que par grandes catégories de préparations et que l'on puisse même, dans ce cas, en connaître seulement la valeur.

Pharmaciens et détaillants

Dans certains pays, la vente et la délivrance de tous les médicaments sont réservées aux pharmacies, de sorte que l'on peut parfois obtenir des statistiques fiables; dans d'autres, certains médicaments en vente libre peuvent être achetés ailleurs que dans les pharmacies. La nature des médicaments vendus sans ordonnance varie selon les pays et il est souvent difficile d'obtenir des renseignements sur l'automédication.

Dossiers de la sécurité sociale et de l'assurance maladie

La proportion de la population couverte par des assurances, ou ayant droit à des prestations médico-sociales, varie d'un pays à l'autre et les dossiers de ces institutions ne correspondent pas toujours à des groupes de population identiques. Lorsqu'il existe un registre central des ordonnances, on peut comparer les structures de la consommation de médicaments à l'intérieur d'un pays et il est probable que certaines données se prêtent aussi à des comparaisons entre pays. Au Royaume-Uni, la plus grande partie des ordonnances sont exécutées dans le cadre du service national de santé, aussi est-il facile d'obtenir des données sur la consommation des médicaments

Tab. 2 Nombre et cout des prescriptions exécutées par les pharmaciens en Angleterre et au Pays de Galles (1949-1968).

Année	Nombre de prescriptions	Coût total ²	Coût net total des ingrédients		
			Coût total moyen par prescription	Coût net moyen des ingrédients par prescription	
	Millions	£ (millions)	Anciens pence		
1949	202 011	30 331	13 818	36,0	16,4
1950	217 145	34 805	17 495	28,5	19,3
1951	227 694	41 662	22 689	43,9	23,9
1952	216 000	43 769	25 091	48,6	27,9
1953	219 757	44 701	25 676	48,8	28,0
1954	218 713	45 970	26 823	50,4	29,4
1955	226 116	50 344	29 159	53,4	31,0
1956	228 879	56 811	33 182	59,6	34,8
1957	207 209	60 852	37 477	70,5	43,4
1958	203 385	65 475	41 310	77,3	48,7
1959	214 029	72 908	46 689	81,8	52,4
1960	218 685	79 194	51 495	86,9	56,5
1961	205 016	83 128	55 518	97,3	65,0
1962	196 626	86 918	58 959	106,1	72,0
1963	205 462	95 934	64 633	112,1	75,5
1964	209 375	105 577 ³	71 701	121,0	82,2
1965	244 346	126 004	86 339	123,8	84,8
1966	261 954	138 369	95 817	126,8	87,8
1967	271 206	146 201	103 670	129,4	91,7
1968	267 378	151 667	110 314	136,1	99,0

¹ Source: England & Wales (1969), «Annual Report of the Department of Health and Social Security for the year 1968», London, H. M. Stationery Office.

² Pour les années 1949-1963, le coût total a été défini comme étant égal au coût net des ingrédients, majoré des frais généraux, de la rémunération du pharmacien et du prix du conditionnement. Les chiffres sont ajustés pour tenir compte des arriérés.

³ Depuis 1964, le coût total est défini comme égal au coût net des ingrédients diminué de la remise, et majoré des frais généraux, de la rémunération du pharmacien et du prix de conditionnement.

prescrits (tab. 2). Dans d'autres pays, une partie seulement des ordonnances exécutées fait l'objet d'un relevé systématique.

Archives des médecins

Les informations tirées des archives des médecins peuvent constituer un moyen essentiel de connaître le lien entre la consommation de médicaments et son objet. Lorsqu'il existe, comme en Autriche, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en

Suède, un registre central des ordonnances, il est facile de rassembler des renseignements généraux sur la consommation des médicaments ou groupes de médicaments prescrits par les médecins. Il est parfois possible de recueillir des données plus détaillées sur la consommation des médicaments prescrits si d'autres indications sur les malades, telles que leur âge et leur sexe, sont notées sur les ordonnances; c'est ce qui se fait en Suède, par exemple. Il serait utile que l'on puisse faire figurer sur les ordonnances des renseignements sur l'emploi et la situation du malade, ainsi qu'un numéro de code donnant la classification de sa maladie. A l'heure actuelle, toutefois, il n'est guère possible d'obtenir ce type d'informations à partir des ordonnances, sauf lorsqu'on le demande pour des enquêtes ou des travaux de recherche spéciaux.

Etudes de marchés

Des sociétés d'études de marchés qui rassemblent, pour l'industrie pharmaceutique, des données sur la consommation de médicaments dans de nombreux pays d'Europe, puisent leurs renseignements dans les archives d'un groupe de médecins qui ont accepté de coopérer et les fabricants semblent très satisfaits des indications ainsi recueillies. Les sondages dans les archives des médecins permettent d'établir le schéma de la morbidité et des méthodes pharmacothérapeutiques dans un pays donné, mais ce procédé présente certains inconvénients. En particulier, il est évidemment difficile d'obtenir un échantillon de médecins véritablement représentatif et d'être sûrs que les rapports qu'ils envoient sont exacts.

Archives hospitalières

Il existe dans certains pays des informations sur la consommation de médicaments par les malades en cours d'hospitalisation ou de traitement hospitalier ambulatoire, mais, le plus souvent, on ne connaît que la quantité totale de médicaments livrés ou vendus aux pharmacies d'hôpitaux et il n'est pas toujours facile de déterminer par qui et pour quoi les médicaments ont été consommés. En outre, le montant des achats de médicaments effectués par ces établissements ne tient compte, ni des stocks, ni des pertes. Dans la consommation hospitalière de médicaments, entrent peut-être aussi les quantités utilisées pour la re-

cherche, dans les laboratoires et dans les salles d'opération.

On peut généralement prévoir comment évoluera l'emploi d'un médicament nouveau d'après l'usage qu'en font les consultants et les spécialistes et les archives hospitalières offrent une base possible d'appréciation de cette évolution. L'enregistrement systématique de ce type de données pourrait être associé à l'enregistrement pratiqué aux échelons national et international en ce qui concerne la sécurité d'emploi des médicaments ou leurs réactions adverses, pendant la période qui s'écoule entre le moment où un nouveau médicament est lancé et celui où son emploi se généralise. D'après ce que l'on a observé, cette période pourrait être d'environ trois ans.

Enquêtes auprès des consommateurs

Le consommateur, qu'il se procure les médicaments sur ordonnance, directement, ou par d'autres moyens, est une source possible de renseignements sur la consommation, en particulier, sur l'automédication et la consommation des produits en vente libre. D'autre part, il est *le seul* à pouvoir fournir des renseignements sur les médicaments prescrits ou achetés, mais non consommés; ce n'est pas nécessairement parce que le médecin en avait prescrit une trop grande quantité que les médicaments ne sont pas utilisés; il arrive souvent que les malades, même atteints d'une affection grave, ne suivent pas le traitement prescrit. Malheureusement, l'exactitude des renseignements obtenus directement du consommateur est sujette à caution et l'enregistrement de la consommation de médicaments d'après les groupes thérapeutiques peut se révéler impraticable, étant donné que l'on ne peut pas toujours déterminer les produits pharmaceutiques qui entrent dans un ménage. Les enquêtes dans les ménages offrent néanmoins l'avantage de permettre d'évaluer le gaspillage et d'établir un lien entre l'automédication et les caractéristiques des personnes et des foyers: classe sociale, âge, sexe, état civil et occupation. Elles peuvent également fournir des renseignements sur les consultations médicales au cours desquelles les médicaments ont, ou n'ont pas, été prescrits.

Une série d'études effectuées en France montre comment, à partir d'un petit échantillon de ménages choisis par des méthodes statistiques, il

Tab. 3 Pourcentage de consommateurs de médicaments selon l'âge, le sexe et l'état civil, Suède (1963)¹

Age	Hommes			Femmes		
	Célibataires (2600)	Mariés (5095)	Séparés, divorcés, veufs (547)	Célibataires (2155)	Mariées (5015)	Séparées, divorcées, veuves (1149)
	%	%	%	%	%	%
16-19	34 (± 2)	—	—	52 (± 2)	57 (± 13)	—
20-29	32 (± 2)	39 (± 2)	71 (± 17)	58 (± 2)	59 (± 2)	74 (± 9)
30-39	35 (± 3)	43 (± 2)	39 (± 9)	61 (± 4)	58 (± 1)	56 (± 6)
40-49	32 (± 3)	47 (± 1)	48 (± 6)	56 (± 4)	59 (± 1)	64 (± 5)
50-59	44 (± 3)	49 (± 1)	46 (± 6)	49 (± 4)	63 (± 2)	61 (± 4)
60-69	43 (± 4)	59 (± 2)	57 (± 5)	48 (± 5)	65 (± 2)	62 (± 3)
70-79	45 (± 6)	58 (± 3)	47 (± 4)	60 (± 4)	70 (± 3)	70 (± 2)
80-	45 (± 11)	67 (± 6)	65 (± 5)	67 (± 6)	71 (± 7)	70 (± 1)
Total	35 (± 1)	49 (± 1)	52 (± 2)	55 (± 1)	61 (± 1)	66 (± 1)

¹ Source. Smedby B. (1966): «Prescription study 1963. Consumption of drugs during one year for a sample of persons studied through prescription data», Swedish National Insurance Board (SOU 28 [1966]).

est possible de recueillir des informations sur la mesure dans laquelle les dépenses d'automédication et le nombre des médicaments achetés varient avec le niveau des revenus familiaux, ainsi qu'avec l'âge et le sexe. En Suède, on a procédé à un sondage parmi toutes les personnes âgées de 16 ans ou plus, nées un certain jour de l'année et affiliées à l'assurance maladie. A partir des ordonnances recueillies, la consommation de médicaments sur ordonnance a été ventilée en fonction de l'âge, du sexe et de l'état civil; l'analyse des résultats a montré un certain nombre de points intéressants, en particulier qu'il est fait une plus grande consommation de médicaments chez les femmes que chez les hommes et chez les gens mariés que chez les célibataires (tab. 3). Le Département de la Santé, de l'Education et des Affaires sociales des Etats-Unis d'Amérique a publié, sur la base de renseignements obtenus auprès d'environ 42 000 ménages pendant une période de 52 semaines, un rapport sur les dépenses consacrées à l'achat de médicaments, ainsi que sur le nombre de ceux-ci, par personne et par an.

Les participants au symposium ont discuté de l'utilité d'autres types d'études spéciales fondées, soit sur les archives des médecins, soit sur l'analyse des dossiers de l'assurance maladie et de la sécurité sociale. Ils ont estimé que les archives

des médecins pouvaient fournir des réponses aux questions relatives à la fréquence des consultations et des prescriptions selon l'âge et le sexe des malades et selon les pays, sur les variations interrégionales du coût des ordonnances concernant le traitement des maladies courantes et sur les affections pour lesquelles les malades s'adressent à leur médecin.

Habitudes des médecins en matière de prescription

Les participants au symposium ont estimé que l'étude analytique des différences individuelles, régionales ou nationales entre les médecins en matière de prescription revêt une importance capitale si l'on veut éviter le gaspillage des médicaments et rationaliser la pharmacothérapie. Des travaux menés au Royaume-Uni et dans d'autres pays ont montré que ces différences pouvaient avoir des répercussions considérables sur le coût des médicaments fournis au titre de la sécurité sociale dans différentes régions du même pays. Toutefois, le contrôle des prescriptions excessives ou inappropriées est difficile en soi. Dans certains pays, les autorités sanitaires exercent un contrôle assez strict sur les médicaments qui peuvent être prescrits ou seront remboursés au titre du programme national d'assurance ma-

ladie. D'autres pays ont fixé les quantités maximales qui peuvent être prescrites sur chaque ordonnance. Mais, dans la plupart des cas, les quantités à prescrire sont laissées à l'appréciation du médecin. Toutefois, pour le traitement des maladies chroniques, il est commode pour le malade comme pour le médecin que des quantités importantes de produits soient prescrites à chaque visite.

Il est apparu au cours des débats du symposium que la diffusion de renseignements sur les médicaments par l'intermédiaire de la publicité pharmaceutique ou par d'autres moyens avait notablement augmenté depuis quelques années et devait exercer une influence considérable sur les habitudes des médecins en matière de prescription. Cependant, le fait qu'en Hongrie la publicité pharmaceutique soit interdite n'empêche pas que les dépenses par habitant pour les médicaments soient élevées par rapport au revenu national.

Plus on dispose de médicaments puissants produisant des effets secondaires, plus il est difficile au médecin de se tenir au courant de tous les aspects de la pharmacothérapie, en plus de ses autres responsabilités. Il éprouvera donc de plus en plus le besoin d'être guidé par des avis qualifiés, de façon à pouvoir utiliser judicieusement les produits mis à sa disposition.

Facteurs qui influent sur la consommation de médicaments

Les participants au symposium ont été d'accord pour estimer que la tendance à une augmentation de la consommation de médicaments était en partie due à l'évolution sociale. Le rapport déjà cité de deux consultants de l'OMS sur la consommation de médicaments dans six pays d'Europe a clairement mis en évidence les variations considérables de cette consommation tant à l'intérieur des pays qu'entre eux. Parmi les facteurs déterminants examinés à ce propos figurent l'âge, le sexe, l'état civil, l'âge au moment du mariage, le revenu, la situation socio-économique et les conditions de milieu, ainsi que le prix de détail des médicaments. Il ne fait pas de doute que la consommation de médicaments dépend essentiellement de la prévalence des maladies et de la structure de la morbidité, la plupart des autres facteurs ne faisant que refléter celle-ci. La morbidité présente un tableau différent suivant le sexe;

plus élevée au cours des premières années de la vie, elle décroît ensuite jusqu'à un minimum, puis recommence à augmenter avec l'âge. Toutefois, cela n'explique pas certaines variations qui paraissent directement liées à d'autres facteurs tels que le revenu par habitant. Rien ne prouve que le nombre des médicaments mis en vente ait des répercussions importantes sur le volume total de la consommation pharmaceutique d'un pays donné, ni qu'il y ait la moindre corrélation entre la densité des pharmacies et la consommation de médicaments vendus avec ou sans ordonnance.

Les participants au symposium ont été d'avis que le rassemblement, l'analyse et l'interprétation correcte des données relatives à la consommation de médicaments nécessitait un effectif nombreux de personnel qualifié et qu'il serait essentiel d'avoir recours aux ordinateurs pour exploiter les informations recueillies. Il faudrait que les autorités sanitaires nationales abordent ces problèmes de façon pragmatique et organisent des études pilotes sur certains aspects limités mais importants de la consommation de médicaments. Il serait de l'intérêt de la santé publique que soient entreprises des études comparatives nationales et internationales sur la consommation de certains groupes bien définis de médicaments. Les exemples présentés lors du symposium ont montré que la consommation d'antibiotiques par habitant, tant en quantité qu'en valeur monétaire, pouvait doubler d'un pays à l'autre. On a même observé, dans un pays, que la consommation par habitant de chloramphénicol était près de 25 fois plus élevée que dans plusieurs autres.

Consommation de médicaments psychotropes

L'OMS a entrepris, sur les méthodes à employer pour mesurer la consommation de médicaments psychotropes, une étude spéciale qui porte sur trois groupes principaux: les hallucinogènes, les stimulants et les dépresseurs, en particulier les sédatifs et les tranquillisants. Les travaux ne vont pas sans quelques difficultés du fait que certaines de ces substances font l'objet, à des degrés divers, d'un contrôle national et international, et d'autres pas; d'autres enfin ne sont pas admises dans la pratique médicale.

La consommation légale de certains médicaments

psychotropes se mesure assez facilement dans quelques pays par l'analyse des ordonnances. Les enquêtes démographiques au cours desquelles on interroge des particuliers ou des ménages sont utiles dans les pays où les analyses des ordonnances ne sont pas possibles; elles permettent aussi d'évaluer la consommation individuelle réelle de médicaments, qu'ils aient été prescrits ou non.

La question de l'abus ou du mauvais usage des médicaments obtenus par voie légale est extrêmement complexe. En effet, il peut se faire qu'un médecin prescrive une quantité d'un certain médicament suffisante pour qu'un malade irresponsable en prenne une dose excessive, ou qu'un malade consulte plusieurs médecins de manière à obtenir plusieurs ordonnances. Les analyses d'ordonnance peuvent, dans une certaine mesure, servir à identifier les consommateurs qui se sont légalement procuré des doses importantes pendant de longues périodes. Faut-il un registre central des ordonnances il peut être difficile, par contre, de découvrir ceux qui se sont fait donner des ordonnances par plusieurs praticiens.

Plus difficile encore est le problème des substances qui font l'objet d'une consommation illégale; elle ne présentent pas toujours une utilité thérapeutique. Lorsqu'on essaie de chiffrer la production ou l'importation de ces substances, on doit s'en remettre essentiellement aux indices très vagues que constituent le nombre de personnes condamnées pour production clandestine ou la quantité de drogues illicites saisie par la police ou la douane. Il a été suggéré que la modification des prix du marché noir qui suit immédiatement la saisie de quantités importantes d'une drogue donnerait peut-être une indication de l'importance de ce marché, mais cette hypothèse ne paraît guère confirmée dans la pratique. Le nombre de personnes condamnées pour détention ou usage illicite de drogues constitue un autre indice dont la valeur varie toutefois considérablement suivant l'ampleur des efforts déployés pour le dépistage. A Copenhague par exemple, le nombre des arrestations d'usagers de cannabis a doublé après qu'on eut triplé les effectifs de police chargés de les découvrir.

Les registres des personnes dépendantes à l'égard d'une drogue ne peuvent fournir que des taux de prévalence minimaux et n'indiquent

qu'avec un certain retard les modifications de l'incidence de la pharmacodépendance. Au cours d'études spéciales menées en Suède et en Suisse, on a analysé soit tous les cas de pharmacodépendance connus à un moment donné, soit tous les cas nouveaux dépistés au cours d'une période donnée dans les institutions médicales, sociales et pénales, soit encore les cas signalés par les médecins, les infirmières de la santé publique, les assistantes sociales, etc. On a également effectué des enquêtes dans les hôpitaux parmi des personnes dépendantes à l'égard de divers médicaments psychotropes. Elles ne portent que sur la partie apparente de l'iceberg épidémiologique, mais peuvent tout de même faire ressortir l'évolution de la structure des abus de drogues, ainsi que les modifications par groupes d'âge et par sexe.

On a obtenu des résultats plus satisfaisants en étudiant certains groupes particuliers tels que les écoliers. La garantie de l'anonymat permet souvent de recueillir plus facilement des renseignements. Au Danemark, en 1968, on a fait remplir à des lycéens et d'autres jeunes de 14 à 24 ans qui formaient un groupe représentatif, un questionnaire sur leurs connaissances et leur expérience des substances psychotropes; 12 % en avaient essayé ou en prenaient encore et les $\frac{3}{4}$ environ d'entre eux n'avaient utilisé que du cannabis. Dans l'échantillon considéré, 1 % des jeunes seulement prenaient régulièrement de la drogue et ceux-là avaient presque tous essayé d'autres substances que le cannabis. L'étude a également montré que 1 % des femmes interrogées avait essayé le LSD et 2,8 % des stimulants ou des opiacés.

Il semble que l'on puisse tirer les conclusions préliminaires suivantes des travaux du symposium: les analyses des ordonnances qu'il est possible d'associer à un consommateur donné constitueraient, en combinaison avec des sondages, le meilleur moyen de mesurer la consommation et l'utilisation des médicaments psychotropes qu'il est possible d'obtenir par voie légale. Quant à l'acquisition illégale de ces substances, le meilleur moyen de l'étudier paraît être le recours à des techniques d'enquêtes perfectionnées qui tiendraient compte de la répugnance naturelle des informateurs et exigeraient des observateurs une attitude de totale neutralité.

Définition et classification histologiques des tumeurs. Par L. H. Sobin, anatomo-pathologiste, service du Cancer, Siège de l'OMS.

Depuis 1957, l'OMS assure l'organisation et la coordination d'un programme de mise au point d'une classification morphologique des tumeurs, uniforme et internationalement acceptable, qui permettrait aux anatomopathologistes, aux cliniciens, aux épidémiologistes et aux statisticiens participant à des études sur le cancer de communiquer plus facilement entre eux.

Comment s'élabore une classification

Pour préparer les classifications des diverses localisations tumorales et s'assurer qu'elles sont applicables, on procède généralement de la manière suivante.

Tout d'abord, pour chaque localisation tumorale, un groupe d'experts pouvant comprendre jusqu'à 10 anatomo-pathologistes spécialisés dans le domaine étudié, établit un projet de classification par type histologique. L'OMS désigne alors un centre international de référence et un certain nombre de laboratoires collaborateurs qu'elle charge d'évaluer la classification proposée. Cette évaluation se fait par échange de préparations histologiques – sur lames ou en blocs de paraffine – accompagnées d'observations cliniques et de l'indication du type histologique d'après la classification proposée. L'OMS organise ensuite une ou plusieurs réunions techniques pour permettre des échanges de vues et, le cas échéant, modifier la classification.

Puis le centre international de référence prépare des jeux de lames représentatifs de tous les types histologiques proposés et les envoie, accompagnés de la classification révisée, à d'autres anatomo-pathologistes (en général pas plus de 10) pour qu'ils lui communiquent leurs commentaires et suggestions. La classification est ensuite à nouveau révisée compte tenu des avis exprimés.

Accompagnée de brèves notes explicatives et de microphotographies en couleurs, elle est alors préparée en vue de sa publication par l'OMS dans la série intitulée *Classification histologique internationale des tumeurs*. Ces ouvrages, qui paraissent en français, en anglais et en espagnol, ne sont pas destinés à servir de manuels d'études, mais plutôt de guides pour l'identification des

types de tumeurs. En même temps que chacun d'entre eux est préparé, à partir des microphotographies, un jeu de diapositives de 35 mm en couleurs, pour l'enseignement.

Les livres et les diapositives (voir photographies) sont distribués gratuitement aux directeurs des départements d'anatomo-pathologie de toutes les écoles de médecine du monde. Il est également possible de les acheter à l'OMS ou à ses agents; chaque livre et chaque jeu de diapositives peuvent être pris séparément.

En outre, le centre international de référence prépare, à partir de sa propre collection, des jeux de coupes histologiques qui sont envoyés aux sociétés nationales d'anatomo-pathologie comme matériel de référence. La diffusion en est assurée par le Conseil international des Sociétés d'Anatomie pathologique.

Le centre ou les laboratoires collaborateurs disposent en général des moyens et installations nécessaires pour permettre à des anatomo-pathologistes d'acquérir une connaissance plus approfondie des classifications en étudiant les collections de lames.

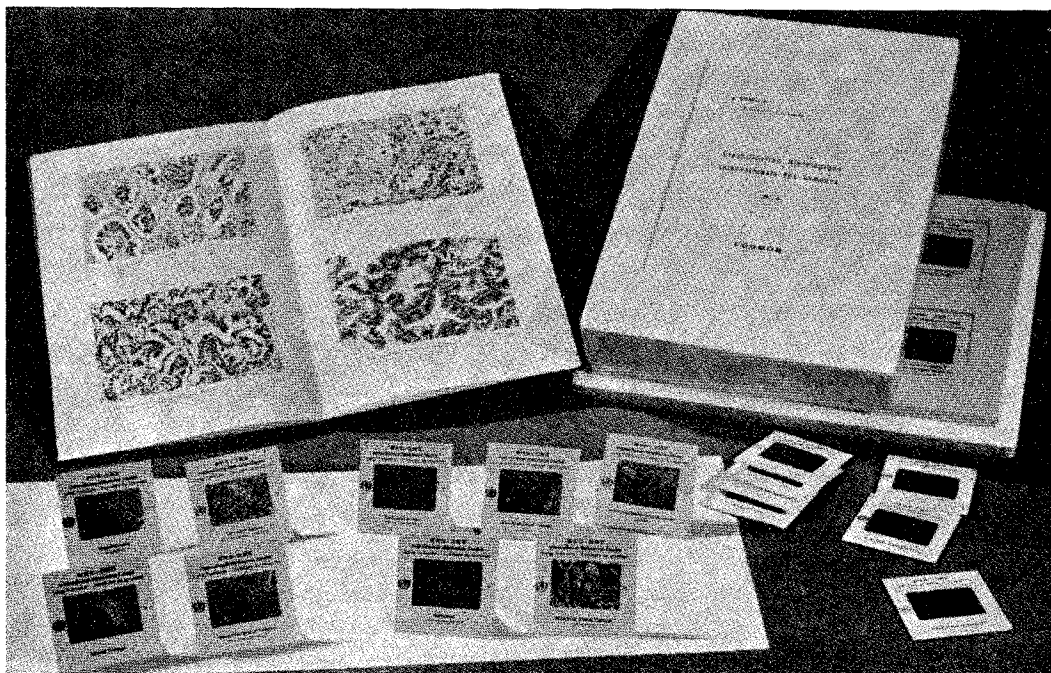
Extension du programme

Dix-neuf centres internationaux de référence pour la classification histologique des tumeurs ont été créés depuis 1958 (voir tableau). Cinq d'entre eux ont déjà publié leur classification ou sont sur le point de le faire, et les autres en sont à divers stades des travaux préparatoires. Ceci concerne la version anglaise; pour le français, trois classifications ont déjà paru.

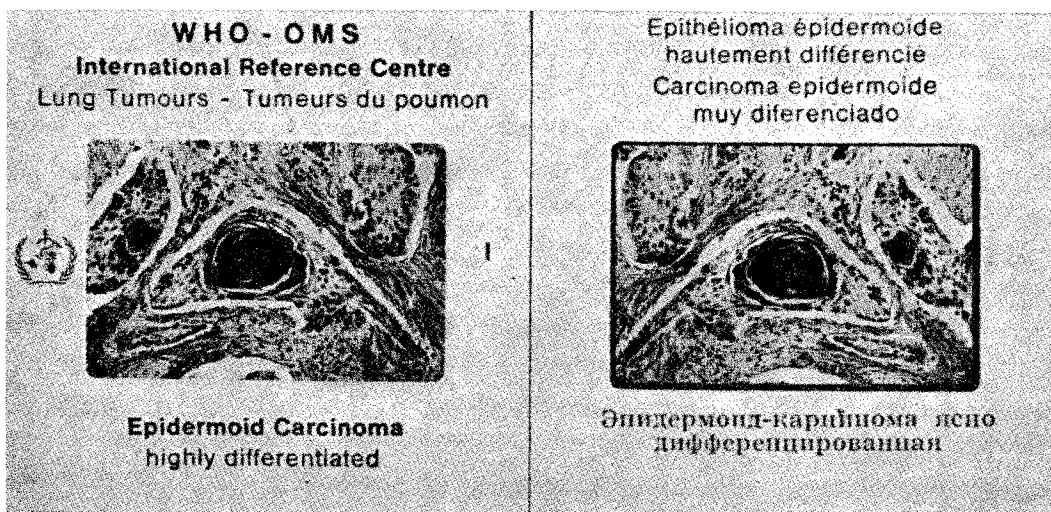
Le centre international de référence pour les tumeurs de l'appareil génito-urinaire masculin a terminé la classification des tumeurs de la vessie et poursuit ses travaux sur les testicules, la prostate, les reins et les structures apparentées. Le centre chargé de la nomenclature concernant la cytologie exfoliative a terminé ses travaux sur l'appareil génital féminin et a entrepris l'étude de la cytologie extra-génitale.

En plus des principales localisations tumorales chez l'homme, les tumeurs des animaux domestiques font l'objet de recherches dans un centre international de référence pour l'oncologie comparée.

Il est prévu d'établir des centres internationaux de référence pour les tumeurs du foie, des voies



Chaque publication se compose d'un livre illustré, accompagné d'un jeu de diapositives en couleurs



Chaque diapositive comporte une légende en anglais, français, espagnol et russe

Centres internationaux OMS de référence pour la nomenclature et la classification des tumeurs.

Sujet des travaux	Emplacement	Date de création	Etat des travaux
Poumon	Oslo	1958	Classification publiée en anglais 1967, en français 1967 ¹
Sein	Londres	1958	Classification publiée en anglais 1968, en français 1968 ²
Tissus mous	Washington	1958	Classification publiée en anglais 1969, en français 1970 ³
Leucémies/lymphomes	Villejuif	1962	En préparation
Oropharynx	Agra	1963	Classification publiée en anglais 1971 ⁴
Os	Buenos Aires	1963	En préparation
Ovaire	Léningrad	1963	» »
Corps thyroïde	Zurich	1964	» »
Glandes salivaires	Londres	1964	» »
Peau	Perth	1965	» »
Appareil génito-urinaire masculin	Washington	1965	» »
Tissus odontogènes	Copenhague	1966	Classification en anglais sous presse ⁵
Oncologie comparée	Washington	1966	En préparation
Utérus	Copenhague	1967	» »
Etats précancéreux de la cavité buccale	Copenhague	1967	» »
Estomac-cœsophage	Tokyo	1968	» »
Intestin	Londres	1968	» »
Cytologie exfoliative	Genève	1968	» »
Système nerveux central	Cologne	1970	» »

¹ Kreyberg L., Liebow A. A. et Uehlinger E. A. (1967): «Types histologiques des tumeurs du poumon», Genève, Organisation mondiale de la Santé («Classification histologique internationale des tumeurs», No 1).

² Scarff R. W. et Torloni H. (1968). «Types histologiques des tumeurs du sein», Genève, Organisation mondiale de la Santé («Classification histologique internationale des tumeurs», No 2).

³ Enzinger F. M., Lattes R. et Torloni H. (1970): «Types histologiques des tumeurs des tissus mous», Genève, Organisation mondiale de la Santé («Classification histologique internationale des tumeurs», No 3).

⁴ Wahi P. N., Cohen B., Luthra U. K. et Torloni H. (1971): «Histological typing of oral and oropharyngeal tumours», Genève, Organisation mondiale de la Santé («Classification histologique internationale des tumeurs», No 4).

⁵ Pindborg J., Kramer I. et Torloni H. (1971): «Histological typing of odontogenic tumours, jaw cysts, and allied lesions», Genève, Organisation mondiale de la Santé («Classification histologique internationale des tumeurs», No 5) (sous presse).

billiaires et du pancréas, de l'œil, des voies respiratoires supérieures et des glandes endocrines. Par ailleurs, l'OMS a dernièrement accordé son appui à l'élaboration d'une terminologie descriptive des ganglions lymphatiques, qui mettrait en évidence leur rôle immunologique; elle a également fourni son assistance technique à des travaux sur les aspects anatomo-pathologiques des affections rénales.

Jusqu'à ce jour, plus de 200 anatomo-pathologistes de 48 pays ont collaboré au programme de l'OMS. Des rapports concernant les études étiolo-

logiques, cliniques, épidémiologiques et anatomo-pathologiques fondées sur les premières classifications publiées par l'OMS ont déjà paru dans la littérature scientifique.

Pour pouvoir comparer les résultats des études sur le cancer – qu'il s'agisse d'essais cliniques, de recherches étiologiques ou d'enquêtes épidémiologiques –, il est indispensable que l'on dispose d'un système uniforme de nomenclature. L'étude par sondage de dix-huit rapports récemment parus dans la littérature médicale britannique sur la thérapeutique du cancer du poumon

et la survie des malades qui en sont atteints, a pourtant montré que huit systèmes différents de nomenclature histopathologique avaient été utilisés. Bien que ce soit l'un de leurs principaux objectifs, les classifications de l'OMS ne constituent pas seulement une nouvelle tentative d'atteindre la perfection nosologique. Elles visent avant tout à améliorer la communication entre les hommes de science et à limiter le gaspillage de données qui se produit lorsqu'elles sont difficilement, ou pas du tout, comparables.

Les classifications sont créées pour des raisons très diverses. Dans l'état actuel des connaissances, celles qui tendent à établir des rapports histogénétiques ou étiologiques particuliers, ou qui sont fondées sur certains critères morphologiques ou fonctionnels, ne contribuent pas nécessairement à améliorer la comparabilité des données à l'échelon international. Toutefois, des classifications répondant à ces différents objectifs pourraient exister parallèlement, tout comme il y a dans chaque langue des vocabulaires différents pour la littérature, l'usage courante et la technologie.

Pro und contra Geschwindigkeitsbeschränkung.
Eine Stellungnahme der Schweiz. Beratungsstelle für Unfallverhütung (BfU) unter Berücksichtigung der wichtigsten Einwände.

Die vom Bundesrat beantragte Regelung, das heißt einheitlich 100 km/h für die Außerortsstraßen (mit Ausnahme der Autobahnen), ist im Prinzip als positiv zu werten. Sie trägt der grundlegenden Erkenntnis Rechnung, daß durch die Maßnahme die Zahl und vor allem die Schwere der Unfälle reduziert werden kann. Der geplante dreijährige Versuch wird von der BfU unterstützt. Freilich hat eine starre Höchstgeschwindigkeit den Nachteil, die Verschiedenartigkeit der einzelnen Straßenkategorien nicht im wünschbaren Maße zu berücksichtigen. Die BfU gäbe einer Differenzierung den Vorzug. Danach wären die vortrittsberechtigten Hauptstraßen außerorts mit Höchstgeschwindigkeiten von 90 respektive 110 km/h zu belegen. Das sind die wesentlichsten Schlüsse einer von der BfU zuhanden des Bundesrates durchgeführten Expertise.

Wirksame Sofortmaßnahme!

Außerorts hat die Zahl der verletzten Personen von 1960 bis 1970 um 21 % zugenommen, diejenige der Todesopfer gar um 44 %, wobei die Unfallkurve ab 1967 einen besonders schlechten Verlauf nahm. Diese tragische Tatsache zwingt zu einer Überprüfung der bisher getroffenen Maßnahmen: Verkehrserziehung, Aufklärung, Weiterbildung, Gesetz, Straßenbau usw. Überdies muß die Unfallforschung mit allen Mitteln vorwärts getrieben werden. Unter den sich anbietenden Möglichkeiten sind zunächst aber diejenigen zu ergreifen, die unmittelbar Erfolg versprechen. Hierzu gehört die Geschwindigkeitsbeschränkung außerorts.

Zielsetzung

Das Ziel der Geschwindigkeitsbeschränkung besteht darin, die Zahl der schweren Unfälle zu senken. Eine frühere Studie der BfU weist zunächst einmal nach, daß dieses Ziel auf diversen Teilstrecken des Außerortsnetzes erreicht worden ist (ein Drittel weniger Unfälle, drei Viertel weniger Verletzte und Tote pro 1 Million Fahrzeugkilometer). Forschungsberichte des Auslandes, das heißt von Staaten, welche ausgedehnte Versuche mit Geschwindigkeitsbeschränkungen durchgeführt haben, gelangen ebenfalls zu positiven Ergebnissen. Um von dauerhafter Wirkung zu sein, sollte die Geschwindigkeitsbeschränkung jedoch mit dem «Charakter» der Straße soweit wie möglich übereinstimmen.

Ergebnisse der neuesten BfU-Untersuchung

Wissenschaftliche Untersuchungen haben übereinstimmend ergeben, daß das Unfallrisiko mit zunehmender Gleichmäßigkeit des Verkehrsflusses zurückgeht. Dieses Ziel kann durch eine Reduktion der Geschwindigkeitsdifferenzen erreicht werden. Alle in- und ausländischen Erfahrungen erbringen denn auch den Nachweis, daß durch Geschwindigkeitsbeschränkung die Streuungen der Fahrgeschwindigkeiten tatsächlich vermindert werden.

Eingehende Versuche der BfU mit Geschwindigkeitsbeschränkungen im Sommer 1971 haben gezeigt und bestätigt, daß die international bekannte und als begleitend betrachtete «85%-Geschwindigkeit» das Optimum zwischen Wirkung und Beachtung darstellt. Betrachtet man Beachtungsgrad

und Effekt einer Geschwindigkeitsbeschränkung aus verkehrsanalytischer Sicht, zeigt sich, daß die verantwortbare Höchstgeschwindigkeit maximal 10 km/h von der «85%-Geschwindigkeit» entfernt liegen darf, sollen nicht eine massenweise Mißachtung und ein stark verminderter Effekt in Kauf genommen werden.

Auf repräsentativen Abschnitten vortrittsberechtigter Hauptstraßen in der Schweiz hat die gezielte Studie ergeben, daß 85 % der Lenker Geschwindigkeiten, die zwischen 80 und 120 km/h liegen, nicht überschreiten.

Auf dem zulässigen Wahlbereich der Höchstgeschwindigkeiten (85 %-Geschwindigkeit plus 10 respektive minus 10 km/h) geht somit hervor, daß Geschwindigkeitsbeschränkungen – sollen sie beachtet werden und in der Folge auf die Dauer wirksam sein – differenziert anzuwenden sind.

Die Unfallanalysen haben gezeigt, daß typische Unfallarten wie Selbst-, Überhol-, Auffahrunfälle usw. auf den 15 untersuchten vortrittsberechtigten Hauptstraßen annähernd gleich häufig vorkommen. Demzufolge kann eine Geschwindigkeitsbeschränkung außerorts in Übereinstimmung mit deren Zielsetzung auf allen diesen Kategorien erfolgsversprechend angewendet werden.

Folgerung

Der überwiegende Teil der Lenker wählt gefühlsmäßig oder verstandlich die mit den einzelnen Straßentypen sicherheitsmäßig zu vereinbarenden Geschwindigkeiten richtig, die andern weichen in objektiv gefährlicher Weise davon ab. Hieraus entstehen ausgeprägte Tempodifferenzen, die das Unfallgeschehen als solches und mit zunehmender Höhe der Geschwindigkeit vor allem auch seine Schwere maßgeblich beeinflussen. Diese Differenzen sind durch Geschwindigkeitsbeschränkungen, die einen möglichst gleichmäßigen Verkehrsfluß herbeiführen, auf ein Minimum zu reduzieren. Eine Geschwindigkeitsbeschränkung muß von der Mehrheit der Fahrer als vernünftig, nicht aber als unnötiger Zwang oder gar Schikane empfunden werden. 90 km/h respektive 110 km/h – differenziert je nach Beschaffenheit des Straßentyps – tragen diesem Aspekt Rechnung.

Obschon in gradueller Hinsicht vom Gutachten der BfU abweichend, wird der Grundsatzentscheid des Bundesrates – allgemeine Geschwindigkeits-

beschränkung (mit Ausnahme der Autobahnen) – grundsätzlich unterstützt.

Auch bei einer einheitlichen Geschwindigkeitsbeschränkung ist ein Rückgang der Selbst-, Überhol-, Auffahrunfälle usw. zu erwarten. Mit dieser Maßnahme – Respektierung vorausgesetzt – dürften in der Schweiz jährlich schätzungsweise 200 Menschenleben erhalten und eine große Zahl von Verletzten vor ihrem oft tragischen Schicksal bewahrt werden.

Wer vorgibt, die Unfallverhütung mit allen zu Gebote stehenden Mitteln unterstützen zu wollen, kann sich der Durchführung eines Versuchs mit einer 100-km/h-Begrenzung in guten Treuen nicht mehr widersetzen!

Rapport de la Commission de recherche pour la santé. (Tiré du rapport annuel 1970 du Fonds national suisse de la recherche scientifique).

Le Fonds national suisse a été, en 1970, doté d'un nouvel organe: la Commission de recherche pour la santé qui a tenu sa séance constituante le 14 mai 1970, en présence du conseiller fédéral, Monsieur H.-P. Tschudi.

Le message du 28 mai 1969 du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale, concernant le nouveau régime de la subvention annuelle au Fonds national, fait brièvement l'historique de la Commission de recherche pour la santé. Cette Commission a pour tâche principale d'encourager la recherche dans le domaine de la santé, particulièrement dans les secteurs de l'épidémiologie, de l'hygiène, de la médecine préventive et sociale. Point n'est besoin d'insister sur l'importance croissante que prend la recherche dans ces secteurs. Il suffit de songer à quelques-unes des conséquences auxquelles a conduit notre civilisation technologique: augmentation des affections cardiaques, des maladies dues aux troubles de la circulation, ainsi que de différentes formes de cancer; sous-alimentation et suralimentation; manque de mouvement; abus de médicaments; toxicomanies; troubles psychiques; accidents de la circulation, etc.

L'aspect de politique sanitaire que présentent les problèmes à résoudre dans ce domaine intéresse également la Commission, car elle exerce son activité non seulement en tant qu'organe d'admi-

nistration et de coordination, mais aussi comme organe consultatif, en se tenant à la disposition des institutions publiques – Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, Service fédéral de l'hygiène publique – et privées qui s'occupent de questions touchant à la santé.

La Commission de recherche pour la santé a commencé son activité dans le courant du mois de mai 1970; il est donc compréhensible que le nombre des requêtes introduites en 1970 n'ait pas été très élevé. La Commission a examiné 13 requêtes; 11 subsides ont été accordés pour un montant total de fr. 1 244 973.–; une requête a été rejetée, une autre retirée. La répartition des subsides, par secteur, est la suivante:

Secteurs	Nombre	Montant fr.
Epidémiologie	6	817 201.–
Hygiène	1	66 520.–
Médecine préventive	1	48 352.–
Médecine sociale	3	312 900.–
Total	11	1 244 973.–

Des mesures efficaces de médecine préventive, appelées à diminuer la morbidité et la mortalité, présupposent un travail préparatoire important de médecine sociale; il est notamment nécessaire de procéder à des examens médicaux, ainsi qu'à des enquêtes épidémiologiques et statistiques permettant de déceler les causes de maladie, d'invalidité et de mort prématurée. En outre, la portée des mesures prises doit être appréciée et les résultats obtenus mis en valeur. Ainsi seulement il est possible d'atteindre une amélioration sensible de l'état de santé de la population. Les requêtes relatives à des études de cette nature ne posent certainement pas de problème quant à la compétence de la Commission de recherche pour la santé. Il en va autrement des requêtes qui touchent tout à la fois au domaine de la médecine clinique et à celui de la médecine préventive et sociale; pour trancher de tels cas, une collaboration étroite avec la Division III du Conseil de la recherche est indispensable.

Un problème préoccupe particulièrement la Commission: l'encouragement et la formation de la

relève. En Suisse, il n'y a actuellement que peu de chercheurs dans le domaine de la médecine préventive et sociale; la plupart ont été formés à l'étranger.

D'autre part, la Commission de recherche pour la santé devrait, selon les termes mêmes du message du Conseil fédéral, prendre «l'initiative de stimuler, de planifier et de coordonner». Ceci suppose que la Commission soit informée de l'activité des institutions publiques et des organisations privées qui, à un titre ou à un autre, s'occupent de questions touchant à la santé publique et qu'elle dispose de données statistiques sur la morbidité et la mortalité. A cet effet, elle envisage de faire procéder à deux grandes enquêtes: la première se fera, sur le plan cantonal et public, par l'intermédiaire de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, la deuxième, sur le plan privé, par la Conférence nationale suisse de travail social.

La Commission a précisé son programme de travail en dressant un catalogue des secteurs d'activité et une liste des domaines de recherches qu'elle considère comme prioritaires; ce sont:

- Enquêtes et études multidisciplinaires sur la morbidité et les causes de maladie et/ou d'états pré-pathologiques et sur les groupes de la population particulièrement menacés par la maladie et/ou les accidents.
- Dépistage précoce et traitement immédiat des maladies chroniques et du cancer; évaluation de l'efficacité des mesures mises en œuvre.
- Hygiène du milieu et assainissement (pollution de la terre, des eaux et de l'atmosphère; lutte contre le bruit; habitation, hygiène du logement; alimentation).
- Hygiène industrielle.
- Hygiène personnelle (soins personnels, nutrition, abus de l'alcool et du tabac).
- Hygiène mentale (toxicomanie, troubles mentaux et suicide).
- Hygiène du vieillissement, problèmes de l'âge.
- Etudes des mesures visant à modifier les connaissances, les attitudes et les habitudes à l'égard de la santé; évaluation de l'efficacité des mesures mises en œuvre.
- Evolution et besoins dans les domaines des services de la santé publique et des services des soins médicaux.

- Evolution et besoins de la recherche dans les domaines de l'épidémiologie, de l'hygiène et de la médecine sociale et préventive; méthodes et thèmes modernes d'enseignement.
 - Conséquences économiques et sociales de la maladie, des accidents et de la mort prématurée.
- Il incombera également à la Commission de faire l'inventaire des institutions publiques et privées concernées et de délimiter leur champ d'activité, de réunir les informations et les statistiques nécessaires sur la morbidité et la mortalité, de dresser, sur la base des connaissances épidémiologi-

ques, un catalogue des mesures de médecine sociale et préventive à considérer comme urgentes, et de promouvoir la collaboration entre toutes les instances qui s'occupent des problèmes de la santé. Dans cet ordre d'idées, les contacts avec les institutions internationales, notamment l'Organisation mondiale de la santé, devront être renforcés.

Le président de la Commission de recherche pour la santé

Meinrad Schär

Wer zu Erkrankungen der Nieren und Blase neigt, sollte Urinex nehmen.

URINEX

das neue Nieren- und Blasentee-Konzentrat

wird im Laboratorium des Hauses KERN hergestellt, wobei der verschiedenartigen Struktur der Heilpflanzen Rechnung getragen wird, so dass deren Wirkstoffe schonend und vollständig extrahiert werden. Dem sorgfältigen Herstellungsverfahren, der Qualität und ausgewogenen Zusammensetzung der Heilkräuter verdankt URINEX als harntreibendes Mittel auf rein pflanzlicher Basis seine überragend gute Wirkung. Gegen Krankheiten, Unterfunktion der Nieren, Prostatabeschwerden, Entzündungen der Blase, der Harnwege, Wasserbrennen und Anschwellen der Füße -

Urinex hilft!

Präparate der Vertrauensmarke



über 40 Jahre im Dienste der Gesundheit

Urinex-Flaschen Fr. 6.75/12.50
In Ihrer Apotheke und Drogerie



BRANDEIS VERSICHERUNGEN

Manessestrasse 10
8003 Zürich
Tel. 01 23 85 59