

Wir haben für Sie gelesen Nous avons lu pour vous

Que fait le Bureau régional de l'Europe de l'OMS?
Le docteur L. Lataillade, ancien directeur des services de santé du Bureau régional de l'Europe, vient de publier une revue des activités du Bureau régional.

Décentralisation

Par rapport à la plupart des institutions spécialisées des Nations Unies, l'Organisation mondiale de la Santé se caractérise par un haut degré de décentralisation.

En effet, si une décision de la Première Assemblée mondiale de la Santé, en 1948, a fixé le quartier général de l'Organisation à Genève, elle a en même temps adopté le principe de la régionalisation. Six Bureaux régionaux de l'OMS fonctionnent ainsi, à Alexandrie pour la Méditerranée orientale, à Washington pour les Amériques, à Brazzaville pour l'Afrique, à New Delhi pour l'Asie du Sud-Est, à Manille pour le Pacifique occidental, à Copenhague pour l'Europe.

Ce sont les pays eux-mêmes qui choisissent leur appartenance à telle ou telle Région, et cette structure leur permet de bénéficier de l'assistance de l'OMS sous une forme plus directe, plus concrète, plus pratique, mieux adaptée à leurs besoins et à leurs ressources. Qui plus est, dans les pays où les activités sont importantes et le personnel international suffisamment nombreux – il s'agit ici en fait des pays en voie de développement – le degré de décentralisation va jusqu'à l'établissement, à l'échelon national, d'un bureau dirigé par un représentant permanent de l'OMS. Celui-ci joue le rôle de conseiller en santé publique auprès des autorités sanitaires en même temps qu'il coordonne les programmes établis en commun et s'assure, en liaison avec le Représentant du Programme des Nations Unies pour le Développement, de leur intégration dans les plans généraux de l'essor économique et social du pays.

Pays Membres

Cent trente-cinq pays font à l'heure actuelle partie de l'OMS. La Région européenne, quant à elle, regroupe 31 pays, parmi lesquels figurent l'Algérie, le Maroc et la Turquie. Les pays d'Afrique du Nord ont en effet souhaité se maintenir dans la Région de l'Europe après leur indépendance, à l'exception de la Tunisie, qui a rejoint le Bureau de la Méditerranée orientale, à Alexandrie. Il convient

de signaler ici que tous les Etats, membres ou non de l'Organisation des Nations Unies, peuvent demander leur admission à l'OMS et qu'il suffit à cet effet d'un vote à la majorité simple de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Responsabilité du Bureau

S'agissant de continents aussi développés que l'Europe ou l'Amérique, il est parfois difficile de se rendre compte des responsabilités respectives de leurs Bureaux régionaux et du Siège de l'Organisation, lequel assure nécessairement dans le domaine de la santé publique des fonctions de caractère global. Il s'agit par exemple des services d'épidémiologie et de quarantaine internationale (et l'on sait le rôle qu'ils jouent devant la menace actuelle et grandissante du choléra), de la classification statistique des causes de mortalité et de morbidité, de la standardisation biologique, de la pharmacopée internationale, de l'établissement de centres mondiaux de référence, enfin de la stimulation et de la coordination de la recherche qui s'est développée au cours de ces dernières années grâce à la création d'une Division de Recherche en Epidémiologie et en Informatique. Le Siège est notamment responsable de la mise en place de tableaux d'experts du monde entier couvrant une cinquantaine de spécialités, ainsi que des publications les plus diverses, de caractère officiel ou technique, diffusées en plusieurs langues.

En Europe, un bureau spécial temporaire pour le relèvement des pays dévastés par la guerre avait commencé à fonctionner dès le 1er janvier 1949. Mais le Bureau régional de l'Europe a vu le jour en tant que tel le 1er janvier 1952 à Genève et a été transféré en juin 1957 à Copenhague.

Aujourd'hui, sa responsabilité s'étend de l'Atlantique au Pacifique, du pôle nord du Sahara, englobant une population de près de 800 millions d'âmes. A l'origine, son action a dû tenir compte par priorité des conditions sanitaires et sociales qui prédominaient alors dans la plupart des pays: taux élevé de mortalité infantile ou de tuberculose, troubles nutritionnels, nombre considérable d'infirmités ou d'invalides, insuffisance des installations hospitalières, pénurie de personnel. Des situations comparables existent encore dans certains pays de la Région, où la lutte contre les maladies con-

tagieuses classiques, le paludisme par exemple, la mise en place de services de santé de base, l'amélioration des facilités d'hygiène élémentaires constituent l'essentiel des programmes mis en œuvre. C'est ainsi que le Bureau local de l'OMS coordonne le travail des différents spécialistes et des équipes sur le terrain à Alger, à Ankara et à Rabat. C'est ainsi encore que le Bureau de l'Europe agit, dans les pays bénéficiant de l'assistance technique des Nations Unies, comme agence d'exécution d'une douzaine de projets d'une ampleur considérable, la plupart dans le domaine de l'hygiène du milieu, préparant ainsi la voie au financement des travaux par des organismes tels que la Banque mondiale.

Mais il est évident que le développement économique et social des pays hautement industrialisés d'Europe a peu à peu orienté les efforts du Bureau régional vers la lutte contre les maladies de la civilisation, les désordres que l'homme est en train de créer lui-même. En même temps s'est affirmé le désir des Etats Membres de concentrer des moyens relativement limités en termes de personnel et de budget vers quelques grands domaines de la santé publique où s'impose la notion de planification à long terme, plutôt que d'attaquer tous les problèmes superficiellement en ordre dispersé.

Les grands programmes

Le premier en date, de ces grands programmes concerne les maladies cardio-vasculaires, qui représentent la cause principale de mortalité en Europe. Il s'est attaqué à son début aux cardiopathies ischémiques (l'infarctus du myocarde) et envisage à présent l'hypertension et les affections cérébro-vasculaires, toujours sous le quadruple aspect de la prévention, des techniques de soins, de la réadaptation et de la formation du personnel. Un deuxième programme s'adresse à la santé mentale, particulièrement à la santé mentale des adolescents et des jeunes, ainsi qu'à l'alcoolisme et à la pharmaco-dépendance.

Un troisième programme a été mis en œuvre dans la lutte contre la pollution du milieu – qu'il s'agisse de l'eau, de l'air, du sol, du bruit – et trouve sa juste place au milieu des activités entreprises par de nombreux organismes nationaux et internationaux de plus en plus préoccupés aujourd'hui par ces problèmes.

D'autres programmes à long terme sont en cours, par exemple dans la lutte contre les accidents, et spécialement les accidents de la route ou l'organisation des soins médicaux dans leur ensemble. On touche ici au vaste secteur de l'administration de la santé publique, qui constitue le terrain d'élection de l'OMS depuis sa création, et qui s'enrichit aujourd'hui de l'apport des économistes, des écologistes, des sociologues, des spécialistes de l'informatique, de la gestion et de la recherche opérationnelle. Sans négliger pour autant les disciplines médicales de base, le Bureau régional de l'Europe joue un rôle de pionnier en abordant des sujets encore mal connus ou insuffisamment acceptés, mais qui conditionnent la planification et l'évaluation rationnelles des programmes de santé publique dans un monde moderne.

L'enseignement et la formation professionnelle

C'est sans doute l'enseignement et la formation professionnelle, plus précisément encore la formation des formateurs et des enseignants, qui demeure l'impératif essentiel, recouvrant et recoupant toutes les activités du Bureau régional. Il s'agit de la diffusion des méthodes modernes d'enseignement dans les facultés de médecine, les écoles de santé publique et toutes les institutions responsables de la formation du personnel auxiliaire, des ingénieurs sanitaires, des diverses catégories de techniciens, et aussi de la coopération des pays de la Région européenne avec tous les pays du monde en voie de développement.

Diffusion des connaissances

L'assistance directe de l'OMS se traduit normalement par l'envoi de consultants à court terme ou à long terme, par l'attribution de bourses d'études (plus de 2000 boursiers en Europe en 1970) et, à un moindre degré, par la fourniture d'équipements indispensables. Mais, en Europe, elle consiste davantage encore dans l'organisation de réunions, symposia, conférences, groupes de travail, ou encore de cours et de séminaires qui permettent aux spécialistes des différents pays de confronter leurs vues et de s'enrichir mutuellement. Toutes ces activités, de même que les documents qui les préparent et les rapports qui en découlent, utilisent normalement trois langues de travail: l'anglais, le français et le russe. Ceci per-

met une diffusion très large des connaissances et des informations.

Agent catalyseur et coordonnateur

Le Bureau de l'Europe collabore ainsi étroitement avec les autres institutions spécialisées des Nations Unies, avec le Conseil de l'Europe et son Comité de Santé publique, avec les Communautés européennes, l'OCDE, le Conseil nordique, le Conseil d'Assistance économique mutuelle (COMECON), les sociétés scientifiques, les administrations nationales d'assistance bilatérale. Il a conscience d'assumer ainsi au mieux sa responsabilité d'agent catalyseur et coordonnateur, tel qu'elle est inscrite dans la Constitution de l'OMS depuis 1948.

Le mercure: un poison insidieux Communiqué OMS/12 – 1972

La concentration de mercure dans les eaux fluviales, les lacs et les estuaires, principalement à cause des déchets industriels, constitue dès maintenant un grand danger qui menace également les générations à venir. En effet, quand bien même cette forme de pollution viendrait à s'arrêter miraculeusement de jour au lendemain, les micro-organismes présents dans les boues déposées au fond des eaux peuvent continuer à utiliser les dépôts de mercure existants et à le transformer en méthyl-mercure, forme organique toxique pour le poisson et partant pour l'homme qui s'en nourrit. Or, la charge de mercure dans l'environnement et en particulier dans les eaux proches du littoral ne cesse de s'accroître. Plus de 80 types d'industries utilisent le mercure d'au moins 3000 manières différentes et notamment comme *catalyseur*, dans la *production* de matériel électrique tel que commutateurs, lampes, batteries, comme *additif* à la peinture et pour la *fabrication* de thermomètres, de baromètres et d'autres instruments de mesure. Le mercure est également présent dans l'agriculture où il sert à protéger les semences des moisissures; il est ainsi souvent la proie des animaux sauvages, surtout des oiseaux; parfois, les semences ainsi traitées entrent par inadvertance dans l'alimentation humaine. Un tel accident vient précisément de se produire en Irak et au Pakistan.

Si le mercure est moins répandu aujourd'hui dans les produits pharmaceutiques et cosmétiques, il sert encore à la fabrication de certains onguents, médicaments diurétiques et produits contraceptifs. Enfin, le mercure est partout dans la nature puisqu'il entre dans la composition de certaines roches et qu'on le trouve en conséquence sous différentes formes organiques ou inorganiques dans l'air, le sol et l'eau.

Effet irréversible

Bien qu'il se rencontre partout, le mercure ne figure pas parmi les oligo-éléments essentiels à la santé de l'homme. A la naissance, l'organisme humain n'en contient pas, sauf en cas d'intoxication de la mère, auquel cas le fœtus en porte les conséquences qui peuvent être fatales. En effet, parce que son élimination est très lente, le mercure tend à s'accumuler dans les tissus et à partir d'une certaine concentration, il provoque des atteintes irréversibles du cerveau, plus particulièrement dans les centres gouvernant la vision, l'ouïe et le toucher, et parfois la motilité. Une légère intoxication peut passer inaperçue; un cas grave est fatal.

Comment évaluer la quantité de mercure entrant dans l'organisme par l'eau, l'air et les aliments? Quelles sont les doses responsables des différents états d'intoxication? Le niveau de mercure dans le sang est le plus sûr indicateur de la concentration totale. Dans le sang, cette dernière correspond d'assez près aux traces de mercure retrouvées dans les cheveux, dont la croissance régulière permet de dater les périodes d'intoxication exceptionnelle.

Le plumage des oiseaux est également révélateur. On a découvert par exemple que les plumes de l'orfraie, oiseau de proie migrateur, contiennent sensiblement plus de mercure après une saison en Suède que pendant la migration en Méditerranée ou en Afrique.

Tel est le tableau de la situation qui a amené une réunion de sommités médicales à l'OMS pendant dix jours. Y participaient des experts venus du Japon, de Suède, d'Angleterre, des Etats-Unis, de France et de plusieurs autres pays, formant le Comité mixte OMS/FAO des Additifs alimentaires. Outre le mercure, le Comité avait également à faire rapport sur deux autres métaux qui contaminent les aliments, à savoir le plomb et le cadmium,

et à établir les taux admissibles pour le consommateur moyen. Le Comité devait en outre se prononcer sur divers additifs alimentaires au sujet desquels des doutes existent.

D'autre part, sont en préparation des monographies sur ces substances, avec toutes les données biologiques connues, une évaluation toxicologique détaillée, les niveaux de contamination observés dans certains aliments, et les méthodes d'analyse à employer. Ces monographies serviront aux administrations nationales pour établir leur législation sur les denrées alimentaires, ainsi qu'à la Commission du Codex Alimentarius créée par l'OMS et la FAO.

Le poisson

Si tous les aliments contiennent des traces de mercure suivant leur lieu d'origine et l'état de pollution de l'environnement, c'est le poisson qui pose le principal problème, tant pour le savant que pour le consommateur.

La concentration de mercure dans la chair du poisson peut être plusieurs milliers de fois plus forte que celle de l'eau où il vit. Le poisson est dangereux non seulement à cause de la biosynthèse microbiologique qui libère le méthylmercure dans l'eau, mais parce que certains déchets industriels se présentent déjà sous cette forme toxique. De plus, on vient de découvrir que le foie de certains poissons — le thon et le requin par exemple — transforme le mercure en méthylmercure. Comme le mercure est essentiellement stable, les poissons se nourrissant de leurs congénères sont les plus dangereux, car leur chair en contient de fortes quantités. Plus ils sont vieux, plus ils ont eu le temps d'en absorber et les poissons côtiers — espadon, thon et requin — ont probablement les taux de mercure les plus élevés. Mais les poissons d'eau douce, notamment la perche et le brochet, ne sont pas sans danger. Par contre, le saumon, que les migrations entraînent en haute mer, contient souvent peu de ce poison même lorsqu'il est pêché dans des eaux contaminées.

De toutes façons, la concentration de mercure chez les poissons, même ceux pêchés en mer, dans des lacs ou dans des rivières que l'on croit non pollués, reste plus élevée que celle de la plupart des autres denrées alimentaires et le pro-

blème se pose pour le monde entier puisque le poisson est un aliment universel.

Alerte au Japon

La situation est particulièrement préoccupante au Japon si fortement industrialisé et où le poisson est une denrée de base. Des intoxications très graves s'y sont produites, notamment à Minimata et à Niigata. Les études faites à ce sujet par les savants japonais ont beaucoup contribué aux connaissances, mais il reste encore un grand nombre d'inconnues et l'étendue même du problème est mal délimitée. Le diagnostic de l'intoxication mercurielle est difficile à poser et il arrive que les malades ne se présentent au médecin qu'après des années de symptômes. Du point de vue numérique, la mortalité attribuée à cette intoxication reste peu impressionnante, quelques centaines de décès peut-être, et les cas d'invalidité s'élèvent à quelques milliers tout au plus.

L'avenir

Mais il y a d'autres considérations. Des intoxications d'allure épidémique se produisent de temps à autre et personne ne peut les prédire. Il faut aussi tenir compte de l'extrême susceptibilité du fœtus aux intoxications mercurielles de la mère. On sait aussi que les gros consommateurs de poisson, dans des pays non touchés par ces intoxications, ont, dans le sang et dans la chevelure, de fortes concentrations de mercure qui approchent les niveaux relevés chez les intoxiqués eux-mêmes. Enfin, il pourrait exister une relation entre certaines anomalies génétiques et la consommation de poisson contaminé.

Le Comité OMS/FAO a pris tous ces facteurs en considération en établissant la dose maximale admissible de mercure dans les aliments. Mais il n'a pu la fixer à un niveau trop bas, qui aurait pratiquement interdit la consommation de poisson dans des pays où cet aliment représente la source principale de protéines. Il a également fallu prendre en considération la situation de l'industrie de la pêche qui est déjà ébranlée dans certaines régions comme la Suède, les Etats-Unis et le Canada. Le chômage et l'appauvrissement auxquels seraient condamnés les pêcheurs entraîneraient aussi des conséquences d'importance pour la santé publique.

OMS-Presses

L'opium, la morphine, la codéine ne sont plus indispensables

Communiqué OMS/22 – 1972

L'opium, la morphine et la codéine ne sont plus indispensables en médecine, de l'avis d'un groupe d'experts de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), dont le rapport est maintenant disponible¹. Si, à l'heure actuelle, quelque 1350 tonnes d'opium sont utilisées tous les ans pour faire face à la plupart des besoins médicaux, une quantité presque égale – au moins 1200 tonnes – alimente le marché illicite sous diverses formes, contribuant ainsi au grave problème de la drogue à travers le monde.

Les plus importants des opiacés (substances naturelles dérivées du pavot somnifère) sont la *morphine*, qui joue un rôle majeur dans le traitement de la douleur modérée à forte, et la *codéine* pour le traitement de la toux et de la douleur légère à modérée.

Afin de les remplacer dans la mesure du possible, les experts de l'OMS ont passé en revue les succédanés synthétiques ayant fait l'objet d'essais étendus et ont comparé leur efficacité et leurs effets adverses avec les opiacés d'origine naturelle. Ils ont conclu qu'il existe des succédanés synthétiques d'action équivalente et peut-être à certains égards supérieure à celle des opiacés pour le traitement des algies modérées à fortes.

Pour le traitement des algies légères à modérées, il existe également des succédanés synthétiques dont l'action peut être équivalente à celle de la codéine qu'aucun d'eux ne lui soit nettement supérieur.

Dans ces deux catégories, les succédanés synthétiques sont déjà largement utilisés.

On a de bonnes raisons de penser que certains succédanés synthétiques utilisables et dans une certaine mesure déjà utilisés contre la toux possèdent une efficacité aussi grande que la codéine. Mais dans la plupart des cas, l'absence d'essais cliniques contrôlés satisfaisants empêche de porter un jugement définitif sur leurs mérites relatifs. Il existe des succédanés synthétiques dont l'action antidiarrhéique est au moins égale à celle des opiacés, et certains sont largement utilisés.

Il en résulte que les opiacés naturels peuvent être

considérés comme non indispensables en médecine moderne, déclarent les experts.

De nouvelles recherches recommandées

Les experts ont recommandé d'intensifier les travaux sur la relation entre structure chimique et activité afin de mieux dissocier l'action antitussive ou analgésique recherchée des réactions adverses et notamment de la capacité d'engendrer une dépendance.

Ils ont également recommandé d'intensifier les recherches sur les causes de la pharmacodépendance et sur les mécanismes de l'interaction entre la drogue et l'organisme chez l'homme et les animaux, et de l'interaction entre l'organisme et l'environnement.

Le rapport des experts recommande enfin qu'on s'attache davantage à: a) améliorer les méthodes permettant de déterminer l'efficacité thérapeutique d'une série de doses; b) à augmenter les moyens affectés aux essais cliniques portant sur l'administration unique ou répétée de médicaments et c) à élaborer dans les plus brefs délais de nouveaux programmes de formation dans ce secteur de la pharmacologie clinique.

L'OMS avait invité 13 experts provenant de Belgique, d'Egypte, des Etats-Unis d'Amérique, de France, de l'Inde, du Japon, de la République fédérale d'Allemagne, du Sénégal, de Thaïlande et de l'URSS; la Division des Stupéfiants de l'ONU était représentée à cette réunion ainsi que l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants.

OMS-Presse

Médicaments modernes: nouveaux problèmes

Communiqué WHA/18 – 1972

L'Assemblée mondiale de la Santé a décidé qu'il était temps d'adopter une approche globale en vue d'assurer la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments et d'aider les gouvernements à s'acquitter de leurs responsabilités dans ce domaine. L'action de l'OMS s'étend également à la détection des réactions adverses aux médicaments, et à la diffusion de renseignements exacts sur ces produits.

En conséquence, l'Assemblée a recommandé aux

¹ Série de Rapports techniques, No 495.

gouvernements de prendre, lorsqu'ils l'estiment nécessaire, des mesures appropriées pour informer le public au sujet de l'emploi, des risques et des limites d'efficacité des médicaments.

De son côté, l'OMS doit faire rapport à la prochaine Assemblée sur:

1. la possibilité de réaliser un *système international d'information* sur les bases scientifiques et les conditions d'homologation des divers médicaments;

2. les normes minimales pratiques pour une approche globale en vue d'assurer la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments qui se trouvent dans le commerce international.

Enfin, le Directeur général de l'OMS est prié d'entreprendre une étude portant sur un *système uniforme* d'étiquetage indiquant les limites de conservation des produits pharmaceutiques aux conditions de stockage prévues, la date de fabrication et le numéro du lot, et de tenir des dossiers facilitant le contrôle des divers stades de la distribution.

La révolution pharmaceutique

Au cours des dernières décennies, la découverte et l'emploi de multiples et puissants médicaments ont eu des effets très favorables sur la santé et la longévité humaines. Cette «révolution pharmaceutique», indique un rapport présenté hier par le Directeur général de l'OMS à l'Assemblée, a eu indéniablement des effets salutaires mais a aussi posé un certain nombre de problèmes.

Sur le plan international, le besoin d'échanges réguliers d'informations sur les médicaments entre les autorités sanitaires nationales se fait sans cesse davantage sentir. Les renseignements relatifs aux médicaments ayant des effets toxiques sérieux qui peuvent nécessiter l'application de mesures de contrôle dans tel ou tel pays intéressent aussi tous les autres pays.

D'autre part, le rapport souligne qu'on ressent de plus en plus le besoin d'un système international de certification propre à garantir que les médicaments faisant l'objet d'un commerce international répondent aux normes de qualité requises. On observe, tout au moins à l'intérieur de groupes de pays ayant atteint un degré comparable de développement socio-économique, une tendance à la reconnaissance mutuelle des inspections pharmaceutiques.

Pas de remède-miracle

Le rapport signale, d'autre part, que «depuis quelques années, on prend de plus en plus conscience du fait que l'enseignement de la pharmacologie fondamentale dans les écoles de médecine n'est pas suffisante pour faire acquérir aux médecins l'esprit scientifique et critique dont ils doivent absolument faire preuve à l'égard des médicaments modernes. Il est sans intérêt pour l'étudiant en médecine d'acquérir des connaissances pharmacologiques s'il n'est pas ensuite capable de les appliquer dans l'exercice de sa profession.»

Passant ensuite au comportement des consommateurs de médicaments, le rapport souligne que «l'insistance des gens à obtenir du médecin un médicament dès qu'ils ont un ennui de santé est sans aucun doute un facteur qui contribue au mauvais usage ou à l'abus des médicaments. L'espoir de profiter de 'remèdes miraculeux' ou d'obtenir des guérisons 'magiques' est en partie responsable de l'attitude indulgente de certains médecins qui, au lieu de se soucier uniquement de bien-être du malade et de la rationalité du traitement, en particulier dans les cas bénins, prescrivent sans nécessité des médicaments très actifs.»

Le suicide trop facile

Le rapport note enfin que les accidents ou suicides par intoxication aiguë au moyen de médicaments ou de substances chimiques sont de plus en plus préoccupants dans de nombreux pays. Dans les cas d'urgence, les services d'information anti-poisons fournissent rapidement des informations sur la composition et la toxicité probable des substances ainsi que des avis sur le traitement à instituer. Des centres anti-poisons dotés de moyens de diagnostic et de traitement ont été également créés dans certains pays.

Pharmacodépendance

En ce qui concerne l'usage abusif des drogues engendrant la dépendance, l'OMS a l'obligation de donner, du point de vue médical, l'impulsion, les avis autorisés et l'assistance technique aux pays, notamment dans le domaine de l'éducation, de la prévention, du traitement et de la recherche. Un programme élargi dans ce domaine est prévu, et doit comprendre des études épidémiologiques.

L'OMS doit explorer les moyens d'accroître l'appui financier qui lui permettra cette action.

OMS-Presse

Der schweizerische Bierdurst

Nach amtlichen Angaben konsumierten die Schweizer im Jahre 1971 über 491 Millionen Liter Bier. Es entspricht dies einem Verbrauch von 78 Liter je Kopf der Gesamtbevölkerung, Kinder inbegriffen. Ein schon wirklichkeitsnäheres Bild ergibt die Umrechnung auf die über 18 Jahre alte Bevölkerung. Der Konsum beträgt dann im Mittel rund 110 Liter pro Kopf, Männer und Frauen als gleichwertige Konsumeinheiten betrachtet. Er betrug nach Dr. F. Welti im Jahr fünfzig 1945–1949 etwa 47 Liter, 1950–1955 bereits über 67 Liter, 1956–1960 rund 84 Liter; er erreichte 1961–1965 die Hunderter-Grenze. Innerhalb des vergangenen Vierteljahrhunderts hat sich der Bierkonsum je Erwachsenen also um 134% erhöht, von 47 Liter auf 110 Liter.

Die spezifische Bierbelastung beträgt zurzeit 11 Rappen pro Liter, was dem Bund im Jahre 1971 dank des hohen Konsums rund 48 Mio Franken eintrug. Schwedens Staatshaushalt zieht aus einem etwas kleineren Bierkonsum über 500 Mio Kronen, also über 400 Mio Franken.

SAS

Wer beaufsichtigt den Drogenhandel?

An der Grenze sind die Bekämpfung des illegalen Handels mit Drogen und die Kontrolle des legalen Handels mit Betäubungsmitteln Aufgabe des Bundes; im Inneren des Landes sind dafür die Kantone zuständig. Auf Bundesebene ist die Beaufsichtigung des legalen Handels mit den erwähnten Substanzen Sache des Eidgenössischen Gesundheitsamtes. Die Bekämpfung des ungesetzlichen Handels liegt der Bundesanwaltschaft ob bzw. der Zentralstelle für die Bekämpfung des illegalen Betäubungsmittelverkehrs. An der Grenze werden die zwei Instanzen unterstützt durch die Organe der Zollverwaltung, welche die Innehaltung der gesetzlichen Bestimmungen überwachen.

Die gegen drogengefährdete Personen zu treffenden Maßnahmen, die Erteilung von Bewilligungen und die strafrechtliche Verfolgung von Zuwiderhandlungen fallen in den Machtbereich der Kantone unter der Oberaufsicht durch den Bund.

SAS

Gefahr: Wechsel des «Trinkmusters»

Im staatlichen Karolinska-Krankenhaus in Stockholm wurde im Jahre 1962 auf Reichtagsbeschluss zu Studienzwecken eine *Alkoholikerklinik* eröffnet, die nur freiwillig sich anmeldende Alkoholabhängige aufnehmen darf. Prof. Dr. med. Lundquist untersuchte dort besonders die *Frühsymptome* einer sich ankündenden Trunksucht.

Ein solches bestehe insbesondere im mehr oder weniger ruckweisen Wechsel des «Trinkmusters». Wenn einer sich während einiger Jahre an ein gewisses, mäßiges Quantum gehalten habe und dann anfangs, zuerst an Wochenenden oder bei besonderen Anlässen wesentlich mehr, vielleicht doppelt soviel, zu trinken, befinde er sich bereits in der Gefahrenzone. Bald fange er dann auch an, am falschen Ort und zu falscher Zeit zu trinken: vor oder während der Arbeit oder auch, bevor er sich an das Steuer setze. Das Führen des Fahrzeuges in angetrunkenem Zustande müsse als ein *typisches Frühsymptom* der Alkoholabhängigkeit betrachtet werden.

Wichtiger und erfolgreicher als die schwierige Heilung fortgeschrittener Trunksuchtsfälle ist die viel aussichtsreichere Behandlung von Frühfällen.

SAS

Wie andere Staaten den Branntwein besteuern

Die Ausgabe 1972 der «Statistischen Angaben» der Eidg. Alkoholverwaltung gestattet, den internationalen Rang der Schweiz in bezug auf die Besteuerung gebrannter Getränke zu bestimmen. Unter den 12 aufgeführten europäischen Staaten weisen nur Italien und Österreich niedrigere Ansätze auf, nämlich (alle Angaben in Schweizer Franken je Liter 100%igen Alkohols umgerechnet) mit 5.85 bis 9.75 in unserem südlichen und 7.45 bis 8.65 in unserem östlichen Nachbarstaat. Die Schweiz folgt mit dem drittniedrigsten Minimalansatz, nämlich mit demjenigen der Spezialitätensteuer von 11.— (entsprechend 4.40 je Liter von Trinkstärke); die bedeutend größere Menge des von der Alkoholverwaltung verkauften Trinksprits ist mit dem Monopolgewinn von 18.— belastet, und die «besondere Monopolgebühr», die allerdings nur in Flaschen importierte Spitzenprodukte betrifft, kann bis 31.— steigen.

Interessant ist, daß Frankreich destillierte Getränke gesamthaft stärker besteuert als die Schweiz, nämlich mit 21.65 bis 28.35. Dasselbe ist der Fall bei Belgien, mit 18.30 bis 23.15.

Unter den skandinavischen Ländern ist Dänemark das «mildeste», mit 45.65 bis 54.35. Die Rekorde haben Großbritannien und Schweden inne, mit 71.45 bis 71.90 das erstgenannte, mit 70.20 bis 80.10 das zweitgenannte Land.

Die vergleichsweise milde Besteuerung gebrannter Getränke in unserem Land begünstigte die vom Bundesrat gemachte Feststellung, daß im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte der Konsum dieser Getränke je Kopf der Bevölkerung von 3 Liter auf 4,7 Liter, also um 57 %, gestiegen ist.

Die Pest des chilenischen Volkes

Wie Prof. R. Schürmann von der Universität in Concepcion feststellt, ist der Alkoholismus die am weitesten verbreitete Krankheit in Chile. Von den ca. 6 Millionen Erwachsenen (Chile zählt ca. 10 Mio Einwohner) seien 750 000 schwere Trinker und 250 000 chronische Alkoholiker. Im ganzen handle es sich um eine Million Alkoholkranker, was 16,6 % der erwachsenen Bevölkerung entspreche. Erschwerend wirkt die Tatsache, daß der dritte Teil davon Frauen sind. Unter der «poblacion marginal» in den Randgebieten Santiagos seien 19 % der Männer alkoholkrank. Daß der Alkoholismus noch immer im Zunehmen begriffen ist, wird durch die Feststellungen bei den Leichenöffnungen der im Universitätskrankenhaus in Concepcion Gestorbenen bestätigt: bei mehr als ei-

nem Viertel der Sezierten findet man eine alkoholische Leberzirrhose. Auch nach der Statistik der Weltgesundheitsorganisation weist Chile nach Frankreich die größte Häufigkeit an Todesfällen infolge Leberzirrhose auf.

Nach Schürmann erklärt sich der Alkoholismus zur Hauptsache als Folge des hohen Weinkonsums, der dadurch erleichtert werde, daß der mittlere Teil von Chile für den Rebbau optimale klimatische Verhältnisse bietet. Die Jahresproduktion an Wein wird heute auf 600 Mio Liter geschätzt. Dazu kommen Branntwein, Pisco und andere Spirituosen, in den Städten auch Bier. Die starke Verbreitung des Alkoholismus wirkt natürlich einer Hebung des sozialen und kulturellen Niveaus der breiten Volksschichten entgegen, was wiederum die Bekämpfung des Alkoholismus durch Unterricht, Information und prophylaktische Maßnahmen erschwert. SAS

Promille-Grenzen in Europa

Nach einer Enquete des Allgemeinen Deutschen Automobilclubs (ADAC) gelten in Europa für Motorfahrzeuge folgende Promille-Grenzen: 0,0 in Finnland und DDR; 0,2 Polen; 0,3 Tschechoslowakei; 0,5 Bulgarien, Griechenland, Jugoslawien, Niederlande, Norwegen, Schweden; 0,8 Frankreich, Großbritannien, Österreich, Schweiz, Ungarn; 1,0 Dänemark und Rumanien; 1,3 Bundesrepublik Deutschland (das Bundesverkehrsministerium plant die Einführung von 0,8 ‰); 1,5 Belgien. In Italien, Spanien und Portugal entscheiden die Behörden noch nach den individuellen Umständen. SAS