

Wir haben für Sie gelesen Nous avons lu pour vous

*Les accidents de la route*¹. Par le Dr J.D.J. Harvard, Sous-Secrétaire de la British Medical Association, Londres (Angleterre), Spécialiste des problèmes de la sécurité routière.

La mortalité et la morbidité dues aux accidents de la route augmentent chaque année dans presque tous les pays techniquement développés. Bien que les statisticiens des transports arrivent à la conclusion que le nombre des accidentés diminue par rapport au nombre total de véhicules, au nombre estimatif de kilomètres parcourus par an et à divers autres critères, il incombe aux autorités de la santé publique de signaler que le nombre *absolu* de décès et de traumatismes par accidents de la route continue à augmenter et prend une place de plus en plus grande dans l'ensemble du problème de la santé publique: il est probable que d'ici peu d'années le chiffre total des décès, dont les accidents de la route seront responsables, dans le monde chaque année atteindra 250 000, tandis que celui des blessés dépassera 10 millions. Un aspect extrêmement important de ce problème est la mortalité et la morbidité disproportionnées qui sont imputables aux accidents de la route dans le groupe d'âges de 15 à 24 ans. Le tabl. 1 montre que dans de nombreux pays ces accidents sont la cause, pour le sexe masculin, de 40 % à 50 % de tous les décès dans ce groupe d'âges. La fig. 1 indique la distribution par âge des victimes d'accidents de la route (sexe masculin) dans quatre pays qui sont *grosso modo* comparables. Ces données statistiques soulèvent pour les autorités de la santé publique des questions d'importance. En premier lieu, elles indiquent que les accidents de la route occupent une place beaucoup plus grande dans la perte d'espérance de vie que dans les statistiques de mortalité générale: les tab. 2 et 3, qui ont été élaborés avec l'aide de l'ordinateur de l'OMS, font apparaître l'importance des accidents dans un certain nombre de pays européens par rapport à la perte d'espérance de vie due aux maladies infectieuses et au cancer²; or l'importance économique que présentent pour la collectivité les jeunes hommes du groupe d'âges

¹ distribué par OMS Europe.

² Les tableaux tiennent compte de *tous* les accidents, mais dans les pays techniquement développés les accidents de la route représentent près de la moitié de la mortalité par accident.

Pays	Nombre de décès dus à des véhicules à moteur pour 100 décès, toutes causes	
	Tous les âges 15-24 ans	
Allemagne, Républ. féd. d'	3,6	50,2
Pays-Bas	3,8	47,3
Danemark	3,2	45,6
Belgique	2,9	44,2
France	3,6	43,8
Autriche	3,7	43,3
Angleterre et Pays de Galles	1,8	41,9
Irlande du Nord	2,2	41,0
Suède	2,0	35,3
Suisse	3,8	34,2
Ecosse	1,8	33,2
Finlande	3,3	32,5
Grèce	2,3	28,8
Tchécoslovaquie	2,5	28,1
Irlande	1,7	28,0
Norvège	1,8	27,2
Islande	3,1	24,1
Portugal	2,5	21,6
Bulgarie	2,3	20,3
Pologne	1,8	14,9
Hongrie	1,3	14,4

Source: Organisation mondiale de la Santé (1970), Annuaire de statistiques sanitaires mondiales 1967.

Tab. 1 Pourcentage des décès dus à des véhicules à moteur chez les hommes en 1967 par pays, pour tous les âges réunis et dans le groupe d'âges de 15 à 24 ans.

dont il s'agit ne doit échapper à personne. En second lieu, il importe d'observer que ce sommet de mortalité, qui touche en majeure partie de jeunes conducteurs de véhicules à moteur, se produit à un moment de la vie où les performances physiologiques, motrices et sensorielles qui sont réputées intervenir largement dans la détermination du risque d'accident couru par un conducteur sont les meilleures: le risque est minimal dans les dernières décennies de la vie, alors que la vue, l'ouïe et les réactions commencent à se détériorer. Un autre aspect important du problème, aux yeux des autorités de la santé publique, est la gravité de plus en plus grande des traumatismes résultant des accidents de la route. Si l'amélioration de la

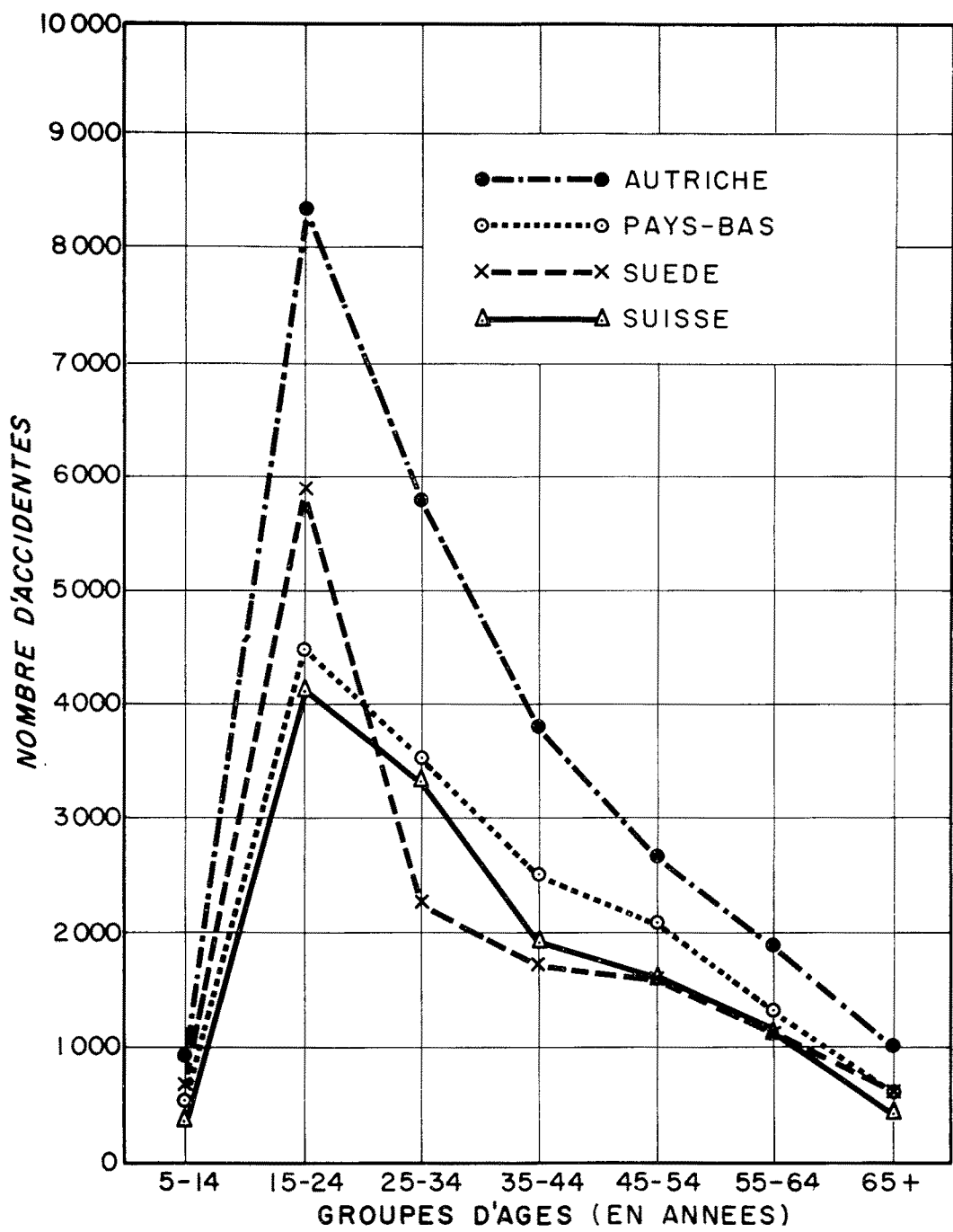


Fig. 1 Distribution par âge des accidentés de la route; conducteurs et passagers dans 4 pays européens.

Pays	Espérance de vie à la naissance	Augmentation de l'espérance de vie due à la suppression de certaines causes de décès			Probabilité de décès accidentel pour 1000 habitants
		Accidents	Maladies infectieuses	Cancer	
<i>Hommes</i>					
Autriche	66,5	2,0	0,4	2,6	72
France	68,6	1,8	0,3	2,8	69
Finlande	66,0	1,8	0,2	2,2	68
Islande	71,1	2,0	0,2	2,8	61
Allemagne, République fédérale d'	67,7	1,6	0,2	2,5	58
Tchécoslovaquie	67,4	1,5	0,3	2,9	56
Belgique	67,9	1,5	0,2	2,7	55
Pays-Bas	71,3	1,4	0,1	3,3	53
Pologne	66,4	1,6	1,0	2,1	53
Norvège	71,4	1,4	0,1	2,3	51
Italie	68,4	1,3	0,4	2,5	49
Luxembourg	66,3	1,5	0,2	2,5	49
Danemark	70,6	1,2	0,1	2,8	47
Suède	71,9	1,2	0,1	2,3	46
Grèce	70,5	1,2	0,5	2,3	45
Bulgarie	68,4	1,4	0,5	2,3	44
Hongrie	67,0	1,1	0,5	2,5	43
Ecosse	67,4	1,2	0,2	2,9	40
Irlande	69,0	1,0	0,2	2,2	37
Angleterre et Pays de Galles	69,0	0,9	0,1	2,8	33
Irlande du Nord	69,0	0,9	0,2	2,3	33

Source: Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe.

Tab. 2 Espérance de vie à la naissance en 1967 dans les pays de la région européenne, par sexe; augmentation résultant de la suppression de certaines causes de décès, et probabilité de décès accidentel.

construction des grandes voies routières et de la conception des véhicules diminue le risque d'accidents, elle permet en revanche des vitesses supérieures et des accélérations plus fortes, avec des différences de vitesse plus grandes entre les véhicules. Alors qu'il y a quelques années les accidents de la circulation faisaient dans les pays techniquement développés deux à trois fois plus de victimes parmi les piétons que parmi les occupants des véhicules, on en arrive maintenant dans certains pays à la situation inverse, ce que la fig. 2 fait clairement apparaître en ce qui concerne le Royaume-Uni. Une forte proportion de conducteurs victimes d'accidents sont atteints à la tête, et, avec la vitesse croissante que cumulent des

véhicules qui se heurtent, la proportion des blessés de la tête qu'il est possible réadapter est de plus en plus faible. Les accidents de la route sont aujourd'hui responsables d'une proportion substantielle des handicapés permanents dans la collectivité étant donné — ce qu'il convient de ne pas oublier — que le sommet atteint par le nombre de ces accidents s'observe dans le groupe d'âges de 15 à 24 ans, et qu'à ces âges le conducteur grièvement blessé a une meilleure chance de survivre à ses blessures que s'il appartenait à un groupe d'âges supérieur.

Le rôle des autorités de la santé publique

Traditionnellement, le rôle des autorités de la

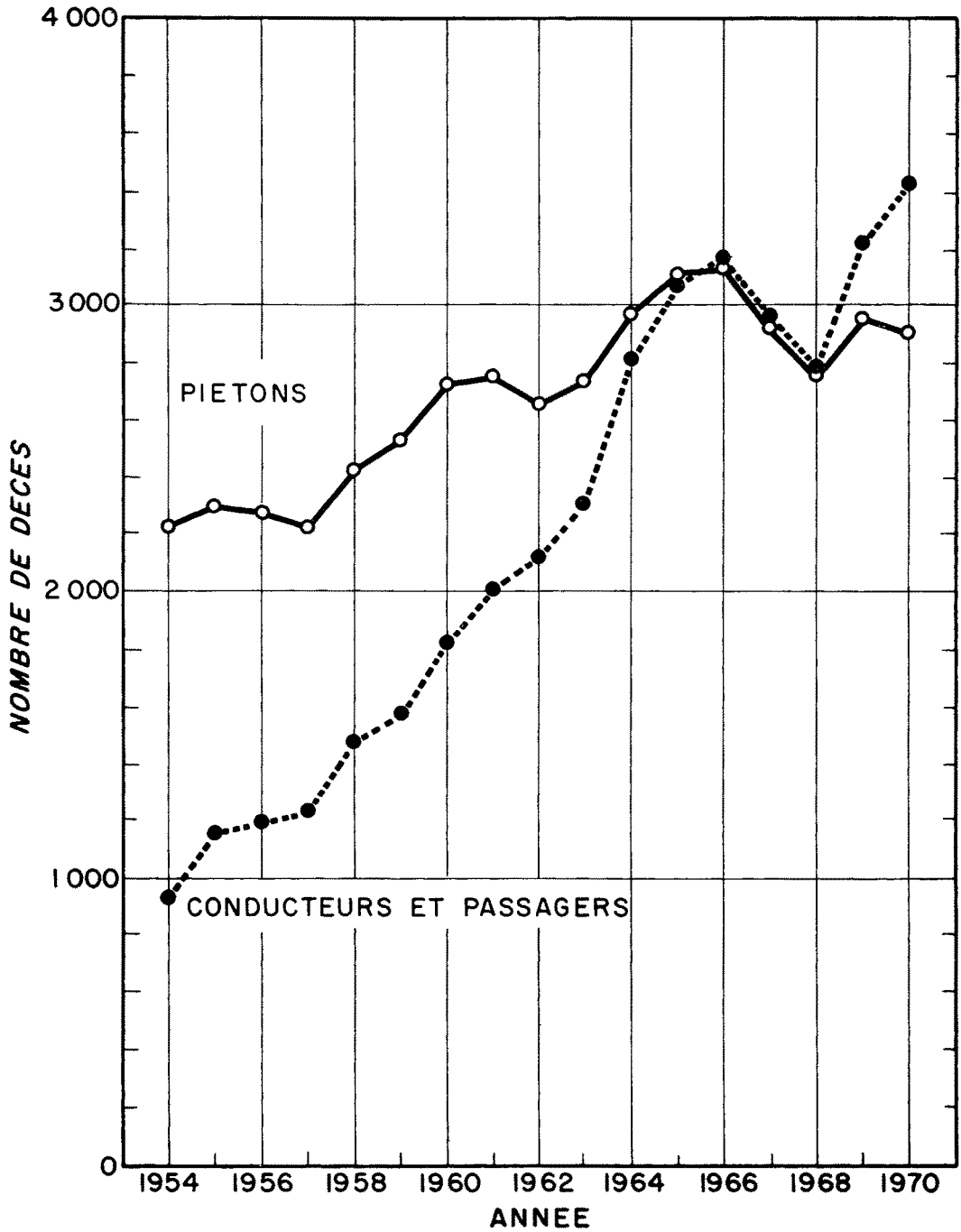


Fig. 2 Nombre total de décès par suite d'accidents de la route: piétons, conducteurs et passagers, Angleterre, Ecosse et Pays de Galles, 1954-1970.

Pays	Espérance de vie à la naissance	Augmentation de l'espérance de vie due à la suppression de certaines causes de décès			Probabilité de décès accidentel pour 1000 habitants
		Accidents	Maladies infectieuses	Cancer	
<i>Femmes</i>					
France	76,0	0,9	0,2	2,5	53
Pays-Bas	76,8	0,7	0,1	3,1	49
Allemagne, République fédérale d'	73,9	0,7	0,1	2,8	45
Belgique	74,3	0,7	0,2	2,7	40
Autriche	73,4	0,7	0,2	2,7	39
Danemark	75,4	0,6	0,1	3,2	38
Tchécoslovaquie	73,8	0,6	0,2	2,5	36
Finlande	73,6	0,6	0,2	2,0	33
Islande	76,7	0,5	0,1	3,3	32
Ecosse	73,7	0,6	0,1	2,7	31
Grèce	74,3	0,5	0,2	1,7	30
Angleterre et Pays de Galles	75,3	0,5	0,1	2,8	29
Hongrie	72,1	0,4	0,2	2,4	29
Suède	76,7	0,5	0,1	2,6	29
Irlande	73,4	0,5	0,2	2,5	27
Italie	74,0	0,4	0,2	2,3	27
Pologne	72,7	0,6	0,5	2,2	25
Irlande du Nord	74,4	0,4	0,2	2,4	23
Luxembourg	72,7	0,6	0,2	2,7	20
Bulgarie	72,6	0,4	0,3	1,8	16
Malte	72,0	0,2	0,1	1,6	10

Source Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe.

Tab. 3 Espérance de vie à la naissance en 1967 dans les pays de la région européenne, par sexe; augmentation résultant de la suppression de certaines causes de décès, et probabilité de décès accidentel.

santé publique est circonscrit aux secteurs du traitement et de la réadaptation des accidentés. Mais s'il est important d'améliorer les services de premiers secours, de soins d'urgence, de traitement hospitalier et de réadaptation, le développement de ces services est arrivé à l'heure actuelle à un point tel dans la plupart des pays techniquement développés qu'on ne peut guère attendre davantage d'améliorations éventuelles qu'une incidence mineure sur la mortalité et la morbidité par accidents de la route, qui augmentent toutes deux d'année en année. Aussi l'attention se tourne-t-elle maintenant vers le problème de la prévention de l'accident lui-même, et, si celui-ci doit cependant survenir, vers la protection de l'utilisateur de la

route contre ses conséquences les plus graves. Nous avons déjà indiqué que c'est dans le groupe des conducteurs et des passagers de véhicules à moteur que la mortalité et la morbidité augmentent le plus rapidement; à cet égard, l'utilisation des ceintures de sécurité à deux bandes: horizontale et diagonale, est probablement le facteur considéré isolément qui contribue le plus à réduire la gravité des traumatismes et améliorer les chances de survie. On commence à disposer d'informations en provenance de pays qui ont récemment rendu obligatoire le port des ceintures de sécurité, et les premiers résultats témoignent d'une réduction marquée de la mortalité et de la morbidité. De 1959 à 1969, le nombre de personnes

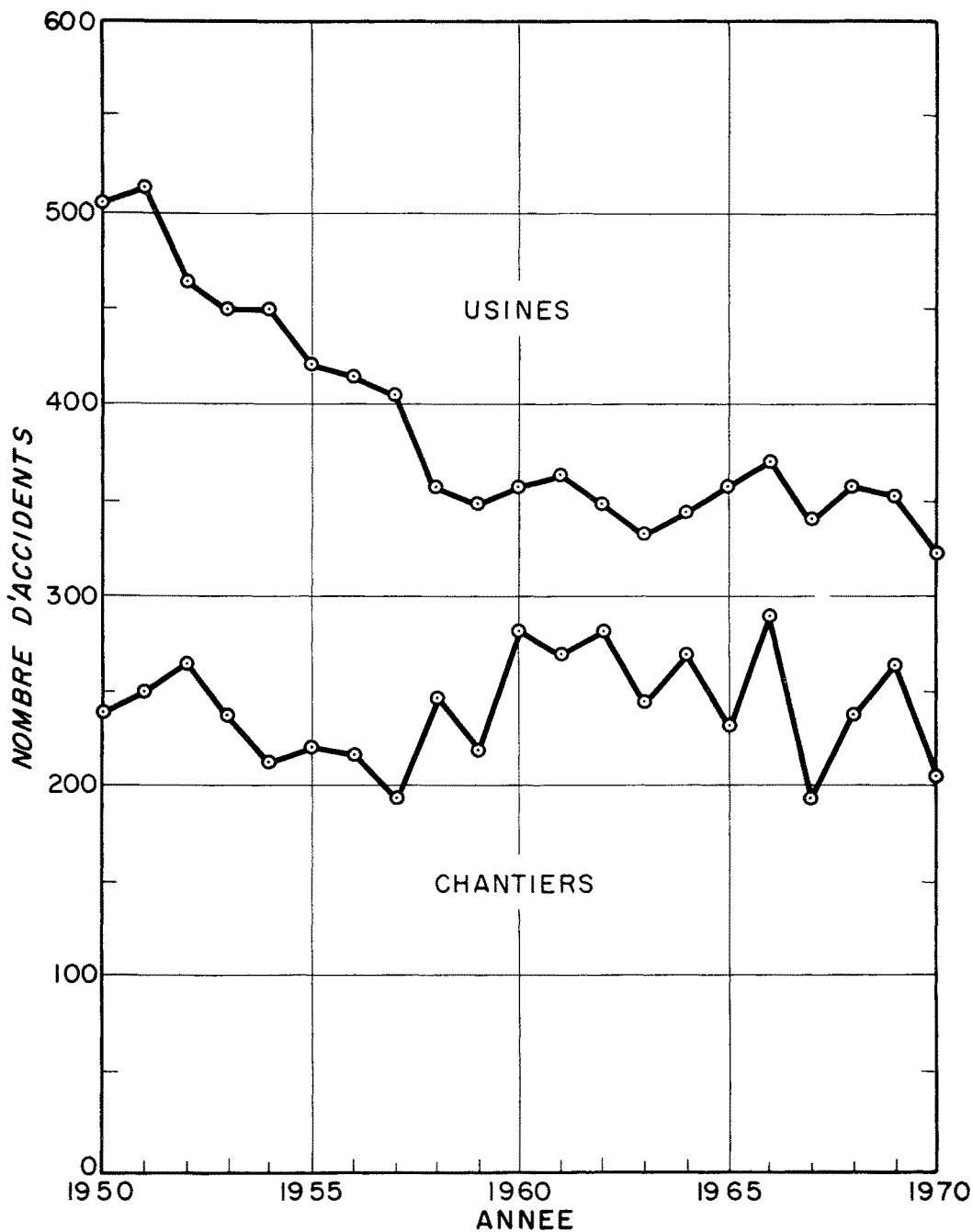


Fig. 3 Accidents mortels dans les usines et sur les chantiers de construction, Angleterre, Ecosse et Pays de Galle, 1950-1970.

tuées ou blessées dans l'Etat de Victoria (Australie) marquait un accroissement annuel moyen de 4,6 %, analogue à celui de nombreux pays européens. Le port de ceintures de sécurité à deux bandes a été rendu obligatoire en 1971, et les statistiques des cinq premiers mois de cette même année indiquent une réduction d'environ 12 % du nombre d'accidentés par rapport à la moyenne des deux années précédentes. Les lésions spinales ont été de 36 % moins nombreuses, et celles qu'ont subies les personnes qui portaient une ceinture de sécurité offraient des perspectives de guérison complète ou quasi complète. L'impression générale des chirurgiens est que les traumatismes étaient moins graves, et ceux de la face ont été observés chez des personnes non munies de ceintures de sécurité. Il est encore trop tôt pour évaluer les résultats de cette réglementation, mais des textes analogues sont déjà en préparation dans d'autres Etats australiens et en Nouvelle-Zélande. Parmi les autres mesures importantes visant à réduire la gravité des traumatismes causés par les accidents de la route figurent les modifications apportées à la conception interne et externe des véhicules, le port de casques protecteurs par les motocyclistes, l'enlèvement de tout ce qui peut présenter un danger sur les routes, la mise en place de glissières de sécurité ainsi que d'autres modifications de l'environnement.

L'examen épidémiologique du problème exige que l'on se préoccupe avant tout de prévenir l'accident lui-même, et c'est à cet égard qu'il y a encore beaucoup à faire. Les résultats obtenus par les responsables de la prévention routière ne sont pas à la hauteur de ceux qui ont été atteints par les autorités de la santé publique dans la prévention de la maladie, ce qui tient principalement à ce que les travaux de recherche sur les facteurs qui augmentent le risque de survenue d'un accident n'ont pas été suffisants, et qu'en conséquence les mesures prises l'ont été à telle ou telle fin spéciale, sans une base scientifique adéquate. Les deux variables qui déterminent l'étendue du risque de survenue d'un accident sont l'utilisateur de la route lui-même et l'environnement, et l'interaction entre elles est très importante. Les facteurs environnementaux comme l'état du véhicule, celui de la route et les variations météorologiques agissent sur le comportement du conducteur, et c'est là

mesure dans laquelle celui-ci est à même de compenser l'influence de conditions adverses éventuelles qui conditionne l'étendue du risque. Ces conditions peuvent être si défavorables (par exemple lorsque le conducteur est en état d'ébriété) que l'environnement ne peut plus être modifié dans la mesure où il devrait l'être pour réduire le risque. Dans l'évaluation du risque d'accident, les autorités de la santé publique devraient tenir compte de l'importance de l'environnement: des décisions administratives prises par des planificateurs du réseau routier, par exemple en ce qui concerne l'emplacement des carrefours, peuvent souvent, en effet, déterminer à l'avance la mesure du risque d'accidents; aussi — eu égard au nombre des décès et des traumatismes occasionnés aujourd'hui sur la route — devrait-il être accepté, plus largement que ce n'est le cas, qu'au 20^e siècle l'ingénierie routière est aussi importante pour la santé publique que l'était le génie sanitaire au siècle dernier.

La nature unique des accidents de la route

Les résultats obtenus par les responsables de la prévention routière ne soutiennent pas mieux la comparaison avec ceux auxquels sont arrivés les responsables de la prévention d'autres types d'accidents, par exemple dans l'industrie, où l'on a réussi à réduire dans une très grande mesure la mortalité et la morbidité³. La raison de cet état de choses est que la plupart des accidents autres que ceux de la route se produisent dans des situations relativement stables, dans des cadres physiques qui se retrouvent sans grande variation et avec des expositions analogues et répétées au risque. Les accidents de la route, eux, présentent à l'analyse des aspects beaucoup plus complexes. Il a été très difficile d'identifier des facteurs intrinsèquement dangereux et en même temps communs à suffisamment de situations pour permettre la prise de mesures correctives propres à réduire appréciablement le nombre des victimes. Il existe très peu de solutions simples et de remèdes fondés sur les résultats d'études de laboratoire, et les expériences portant les performances réelles

³ On pourra le constater en comparant la fig. 3, qui indique le taux de mortalité par accidents industriels au Royaume-Uni, avec la fig. 2, qui indique la mortalité par accidents de la route pendant une période comparable.

au volant se sont souvent soldées par un échec, en grande partie à cause de l'impossibilité de reproduire à des fins expérimentales les conditions réelles de la circulation dans lesquelles se produisent les accidents. Il serait en effet difficile de trouver un secteur où il soit plus dangereux de recommander des contre-mesures en l'absence de données scientifiques probantes. Un exemple simple suffira à montrer les traquenards qui attendent le réformateur zélé: l'ischémie coronarienne est connue comme étant la cause la plus fréquente d'une défaillance au volant; or si l'on s'en tenait uniquement à cette cause, c'est-à-dire si l'on instituait des examens médicaux systématiques et obligatoires, il serait peu probable que le nombre d'accidentés soit réduit pour autant. En premier lieu, il est extrêmement rare qu'un conducteur frappé d'ischémie coronarienne et qui s'affaisse sur son volant provoque un accident dont sont victimes d'autres usagers de la route. En second lieu, les investigations ayant porté sur des conducteurs saisis d'un malaise dans de telles circonstances ont montré que les chances de prédire la survenue d'un phénomène de ce genre sont relativement faibles, même avec des examens médicaux réguliers. Ce qui apparaissait au premier abord comme une priorité majeure dans la réduction des accidents de la route se révèle maintenant relativement peu important.

Les mesures correctives

L'instrument de recherche le plus important est représenté par l'enquête contrôlée, au cours de laquelle un certain nombre de variables sont soumises à l'analyse multifactorielle. C'est cette méthode d'investigation qui a permis, non seulement de prouver la relation existant entre l'absorption d'alcool par les conducteurs et la risque d'accident, mais encore d'évaluer l'étendue du risque en fonction de concentration croissantes d'alcool dans le sang. Les témoignages fournis par ces enquêtes ont clairement montré que lorsque l'alcool est présent dans le sang à une concentration de 80 mg/100 ml (0,8 pour mille) il devient le facteur dominant qui détermine le risque d'être impliqué dans un accident. Les faits ainsi établis ont été passés en revue par le Comité d'Experts de l'OCDE sur l'alcool et les médicaments, et la Conférence européenne des Ministres des Transports (CEMT), agissant sur les avis de ce groupe, a re-

commandé à ses Gouvernements membres d'adopter pour les stipulations de leur législation nationale la concentration de 0,8 pour mille. Le Gouvernement du Royaume-Uni, où une telle mesure est en vigueur depuis 1967, est ainsi arrivé à abaisser dans de très fortes proportions le nombre des accidentés de la route; ces résultats sont indiqués en détail au tab. 4. Malheureusement, il n'existe qu'un très petit nombre d'aspects du comportement du conducteur sur lesquels on en sache assez pour pouvoir appliquer de telles mesures correctives efficaces. Bien que la limitation de vitesse soit reconnue depuis des années comme un facteur important, on s'intéresse de nouveau à la façon dont cette limitation peut effectivement agir. Ce qui importe est la différence de vitesse entre les véhicules circulant sur la route. Les autoroutes sont plus sûres que les autres routes à priorité, mais on peut améliorer encore leur sécurité en appliquant une limitation de vitesse fixée à des niveaux appropriés (au Royaume-Uni, 70 miles/heure, soit approximativement 112 km), qui réduisent les différences de vitesse entre véhicules.

Sanctions pénales

Aucune loi sur la sécurité routière ne peut être efficace si le respect n'en est pas rigoureusement assuré et si les sanctions prévues ne sont pas adéquates. Le but final doit être la rééducation des contrevenants et le retrait de leur permis de conduire jusqu'à ce qu'ils puissent sans danger reprendre le volant. Le groupe d'experts de l'OCDE sur le comportement des conducteurs étudie des méthodes de rééducation à cet égard, mais les résultats qu'elles ont donnés jusqu'à présent n'ont pas été impressionnants. Il est, cependant, manifestement important que le retrait du permis et sa durée soient en rapport avec la gravité de l'infraction appréciée en fonction du danger potentiel qu'elle représente pour les autres usagers de la route. Le Conseil de l'Europe a récemment étudié cette question, et le Comité des Ministres a adopté une résolution demandant aux gouvernements des Etats Membres de promulguer des textes législatifs incorporant des principes selon lesquels certaines infractions routières entraîneraient le retrait du permis de conduire. En fait, cette résolution équivaut à recommander l'adoption dans d'autres pays du système de «points» pratiqué en Ré-

	Nombre total de kilomètres-véhicules à moteur sur toutes les routes (100 millions)	Tués	Blessés graves	Blessés légers	Tous accidentés	
1967	1130	Chiffres réels	7319	93 757	268 902	369 978
		Chiffres prévus	8193	100 909	288 150	394 935
		Différence en %	- 11	- 7	- 7	- 6
1968	1184	Chiffres réels	6810	88 563	253 835	349 208
		Chiffres prévus	8252	101 232	285 344	392 378
		Différence en %	- 17	- 13	- 11	- 11
1969	1216	Chiffres réels	7365	90 719	254 810	352 894
		Chiffres prévus	8135	99 469	276 032	380 973
		Différence en %	- 9	- 9	- 8	- 7
1970	1284	Chiffres réels	7501	93 499	262 353	363 353
		Chiffres prévus	8230	100 280	273 492	379 037
		Différence en %	- 9	- 7	- 4	- 4

Source: *Newby R. F.* (1971): *Casualty reductions in Great Britain following the Road Safety Act, 1967.* Exposé lu au Symposium international de l'OCDE sur les «Countermeasures to Driving under the influence of Alcohol and Other Drugs», BMA House, Londres, 22/23 septembre 1971.

Tab. 4 Accidents de la circulation en Angleterre, en Ecosse et au Pays de Galles, nombre réel et prévu de personnes accidentées (d'après la tendance des quatre années précédentes)

publique fédérale d'Allemagne, en France et (sous une forme modifiée) au Royaume-Uni.

Les autorités de la santé publique ne doivent pas oublier que si le retrait du permis tient le conducteur fautif éloigné de la route pendant un certain temps, il ne garantit pas qu'il pourra, à la fin de cette période, reprendre le volant sans risque pour les autres usagers de la route. Non seulement les méthodes actuelles de rééducation sont peu satisfaisantes, mais encore il est rare que le retrait du permis soit assorti de l'obligation de se soumettre à cette rééducation. La situation est particulièrement mauvaise dans le cas des conducteurs condamnés pour avoir pris le volant en étant sous l'influence de l'alcool. La concentration de 80 mg par 100 ml (0,8 pour mille) adoptée dans un certain nombre de pays représente la limite supérieure de la consommation ordinaire d'alcool dans la vie sociale, et il plus que vraisemblable qu'un individu condamné pour conduite en état d'ivresse a un certain penchant pour la boisson, si même il ne s'agit pas d'un alcoolique chronique. A moins que l'on ne lui fournisse la possibi-

lité de suivre un traitement pendant la période durant laquelle il sera privé de son permis, et que celui-ci ne lui soit rendu que si le traitement a été régulièrement suivi jusqu'au résultat voulu, le conducteur reprendra le volant dans le même état que précédemment, en courant un très grand risque d'être impliqué dans un accident qui entraînera la mort ou des blessures graves pour d'autres usagers de la route. Une enquête faite récemment aux Pays-Bas montre qu'il n'existe aucune relation entre la sévérité de la sanction infligée pour conduite en état d'ivresse et la probabilité de récidive.

Mesures éducatives

L'augmentation de la mortalité et de la morbidité par accidents de la route, ainsi que l'identification d'un important groupe à risque élevé — celui des jeunes conducteurs de 15 à 24 ans — devraient être considérées par les autorités de la santé publique ont prêté peu d'attention au problème, les campagnes de prévention routière et autres activités éducatives du même ordre étant considérées comme relevant des responsables des

transports. Malheureusement, ces activités n'ont guère réussi jusqu'à présent à réduire la mortalité et la morbidité imputables aux accidents de la route, et dans ces conditions il serait légitime d'envisager un recours éventuel aux méthodes d'éducation sanitaire.

Conclusion

Aucune possibilité de freiner l'accroissement de la mortalité et de la morbidité par accidents de la circulation n'apparaît dans l'immédiat. L'évolution observée quant à la nature et à la gravité de ces accidents doit retenir l'attention des autorités de la santé publique, dans les préoccupations desquelles le problème de la prévention est appelé à prendre une place de plus en plus grande.

Les effets biologiques de l'amiante

Lyon. — Le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) se préoccupe depuis plusieurs années des effets cancérogènes de l'amiante. Une série de réunions a été pour examiner ce problème et la troisième, qui vient de se terminer récemment au siège du CIRC, a passé en revue les progrès réalisés dans ce domaine et proposé de nouveaux sujets de recherche. Cette conférence, à laquelle participaient 130 spécialistes venus de vingt pays avait été organisée avec l'aide du service de recherche sur la pneumoconiose du Medical Research Council de Grande-Bretagne. Les travaux de cette conférence seront publiés à une date ultérieure.

Le cas de l'amiante

Il n'est désormais plus possible de nier la relation directe qui existe entre l'inhalation de poussières d'amiante et certains cancers du poumon, de la plèvre et du péritoine; nombre d'études effectuées dans des pays très différents l'ont prouvé de manière convaincante. Cet effet cancérogène semble dû à l'action mécanique de fibres microscopiques dans la poussière d'amiante. Le degré de danger de ces fibres est fonction de leur forme, leur longueur et surtout leur diamètre et elles sont d'autant plus dangereuses qu'elles sont droites et fines.

Les travailleurs les plus exposés sont ceux de l'in-

dustrie de transformation de l'amiante et notamment ceux des usines de tissage d'amiante où la filature produit beaucoup de poussière. Le risque est moindre dans d'autres industries utilisant l'amiante pour les garnitures de conduites, garnitures de freins, filtres et carrelages, et les fabriques d'amiante-ciment, car ce matériel est travaillé avec de l'eau et contient alors moins de poussière.

Les mines d'amiante et les usines où ce minéral est préparé en vue d'une utilisation dans l'industrie sont également dangereuses, mais toutefois à un degré moindre que dans les industries de transformation.

Les risques que court le grand public sont très réduits par rapport aux risques professionnels. Des enquêtes révèlent que la concentration de poussière d'amiante dans l'atmosphère des villes est dix mille fois moindre que la concentration tolérée dans les usines. Toutefois, dans le passé, des cas de cancer nettement attribuables à l'amiante ont été relevés dans des quartiers exposés aux émissions d'usines d'amiante. D'autre part, on a signalé ce cancer chez les habitants des maisons où logent des ouvriers de l'amiante, car les vêtements de ces derniers étaient imprégnés de la dangereuse poussière.

La maladie se caractérise par une longue période de latence de trente à quarante années, et c'est pourquoi il faut être extrêmement prudent dans l'appréciation du risque réel actuel. Il faut noter aussi que dans l'industrie, les conditions de travail dans les usines d'amiante sont bien meilleures que par le passé.

Mais les ouvriers de l'amiante ne sont pas les seuls exposés à ce risque et il est très important d'instruire également les travailleurs du bâtiment et des chantiers navals où l'amiante est fort utilisé. Enfin, les savants participant à la réunion du CIRC ont tous souligné l'immense danger que représente la cigarette associée à l'exposition à la poussière d'amiante. Les travailleurs non fumeurs risquent déjà le cancer dans l'industrie de l'amiante, mais la menace qui pèse sur les gros fumeurs est infiniment plus grande.

Nouvelles recherches

La réunion du CIRC a recommandé de faire porter la recherche à l'avenir sur les sujets suivants:

— mécanisme cancérogène de la poussière d'amiante,

- méthode de protection contre ce risque et lutte contre le cancer,
- détermination de la quantité d'amiante dans les tissus pulmonaires et autres tissus du corps humain qui pourraient constituer un signal d'alarme,
- normalisation des critères de diagnostic, car ils varient suivant les pays.

OMS-Presse

Seminaire sur l'organisation du programme de bourses d'études de l'OMS, Trieste, 27 au 29 novembre 1972

L'objet essentiel de cette réunion était d'améliorer la qualité des programmes des bourses d'études dans la Région européenne de l'Organisation mondiale de la Santé, où, pour ne citer qu'un exemple, 2602 boursiers ont été placés en 1971.

Qu'est-ce qu'une «bourse d'études»?

La bourse d'études est une somme d'argent attribuée à un candidat choisi par son gouvernement pour lui permettre de suivre, en général à l'étranger, un stage de formation théorique ou pratique. Cette forme d'assistance a pour but d'aider les gouvernements à renforcer leurs services de santé, à promouvoir la coopération scientifique et à améliorer l'enseignement. Les bourses d'études de

courte durée (moins de trois mois) sont de préférence attribuées à des candidats occupant des postes de direction dans leur pays. Les bourses de moyenne durée (de trois à neuf mois) sont attribuées à des candidats employés par des organismes nationaux de santé, qui s'engagent à pleinement utiliser les services de l'intéressé à son retour. Les bourses de longue durée (de l'ordre d'une année ou davantage) sont destinées à des études de niveau universitaire, et sont le plus souvent sanctionnées par un diplôme reconnu.

Objectifs des bourses d'études

Les bourses d'études répondent à un ou plusieurs des trois objectifs suivants:

- assurer le perfectionnement de personnel national, en donnant la possibilité aux boursiers de suivre des cours régulièrement organisés;
- permettre à des boursiers de visiter des institutions et des centres qui mettent en œuvre des programmes particuliers en vue d'acquérir une expérience supplémentaire dans telle ou telle branche particulière de la médecine;
- former du personnel national dans le cadre de projets qui bénéficient de l'assistance de l'OMS.

Importance du programme de bourses d'études dans la Région européenne

Mieux que des mots, le tableau ci-après illustre de façon éloquente l'ampleur de ce programme.

Pays d'accueil	Année						
	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Belgique	58	57	67	88	75	76	67
Danemark	205	279	231	285	221	219	242
France	271	300	303	323	344	414	339
Pays-Bas	81	94	76	115	100	123	118
République fédérale d'Allemagne	92	88	85	115	108	121	146
Royaume-Uni	489	525	555	593	762	857	881
Suède	95	97	76	141	133	128	141
Suisse	106	109	105	102	113	137	136
Tchécoslovaquie	61	99	94	109	116	98	87
URSS	49	51	49	103	138	119	118
Autres pays	273	278	320	355	322	368	327
Total	1780	1977	1961	2327	2432	2660	2602

Nombre de placements dans la Région européenne pendant la période 1965-1971 par pays et par année civile (boursiers originaires de la Région européenne et des autres régions)

Kanadas Fiskus ist zugriffig

Die etwas über 8 Millionen zählende Provinz Ontario hat gemäß einem staatlichen Institut mit der Schweiz das gemeinsam, daß die Zahl der Alkoholiker ebenfalls rund 130 000 beträgt. Es seien dies etwas über 6% der alkoholkonsumierenden Bevölkerung Ontarios.

Die Ausgaben der Konsumenten erreichen rund 2,5 Milliarden Schweizer Franken. Auch in der Schweiz nähern sie sich dieser Summe.

Erstaunlich aber ist für uns Schweizer die Verteilung dieser Summe. Produktion und Handel erhalten davon etwa 34%, der Fiskus der Provinz 36%, der Fiskus der Bundesregierung 30%. Vier Sechstel fließen also in Provinz- und Bundeskasse. In der Schweiz begnügt sich der Fiskus mit weniger als einem Sechstel

SAS

Erste Hilfe bei Alkoholsucht

In einem Rundschreiben des Eidgenössischen Personalamtes wird in vorzüglicher Weise zur «Früh- erfassung der Alkoholgefährdeten» geraten:

«Alkoholmißbrauch wirkt sich in der Regel zunächst durch Unausgeglichenheit bei der Arbeit, erhöhte Reizbarkeit oder Gleichgültigkeit aus. Oft ziehen sich Alkoholgefährdete von den bisherigen Freunden und Kollegen zurück und schließen sich ändern, vor allem Wirtshausbesuchern, an oder ergeben sich daheim dem Trunk. Verminderte Arbeitsleistung, Unpünktlichkeit, Einsichtslosigkeit usw. können Anzeichen von chronischem Alkoholmißbrauch sein, ebenso Absenzen nach Ruhe- oder Zahltagen. An Alkoholismus muß auch gedacht werden, wenn Bedienstete häufig wegen geringfügiger Beschwerden die Arbeit aussetzen oder wiederholt Unfälle erleiden.

Bestätigt sich die Vermutung, daß der Bedienstete gewohnheitsmäßig oder gelegentlich in erhöhtem Maße alkoholische Getränke konsumiert und damit seine Gesundheit gefährdet, so soll der Vorgesetzte mit ihm reden und ihn wohlwollend, aber unmißverständlich auf die schweren Folgen übermäßigen Alkoholgenusses aufmerksam machen. Will ein Vorgesetzter diese Aufgabe nicht selbst übernehmen, so beauftragt er eine geeignete Vertrauensperson oder eine Fürsorgestelle. SAS

Evaluation et examen du programme de bourses

Les discussions qui se sont tenues à Trieste se

sont basées notamment sur l'évaluation faite par le Bureau régional du programme des bourses pendant la période 1955–1964 qui avait en particulier pour but d'établir dans quelle mesure les objectifs des bourses avaient été atteints, d'analyser les facteurs responsables du succès ou de l'insuccès d'une bourse, et de déterminer si la sélection des boursiers avait été satisfaisante, si les programmes d'études avaient été bien établis, et à quel point les nouvelles connaissances des boursiers avaient été utilisées à leur retour.

Le Bureau régional de l'Europe a d'autre part procédé à un examen du programme de bourses pendant la période 1965–1970. Les quelques observations qui suivent permettent d'en résumer très brièvement les résultats.

Le comité de sélection national est indispensable car, le plus souvent, l'insuccès des bourses est dû à une mauvaise sélection des candidats, soit sur le plan universitaire soit sur le plan psychologique. Heureusement, les échecs sont peu nombreux, mais il est essentiel de procéder à une bonne sélection surtout lorsque la formation doit s'étendre sur une ou plusieurs années (bourses de longue durée). Il est, d'autre part, évidemment indispensable que les boursiers aient une certaine connaissance de la langue ou des langues à utiliser. C'est ainsi que, dans certaines circonstances particulières, les boursiers devraient suivre un cours de langue «accélééré» dans le pays d'accueil. Il s'agit en un mot de sérieusement préparer les boursiers à une vie nouvelle pour eux.

L'objet de la réunion de Trieste était d'améliorer la qualité – donc l'utilité – des programmes de bourses d'études de l'OMS dans la Région européenne. Il s'est agi en fait de trouver des méthodes et des moyens propres à assurer cette amélioration, notamment en étudiant les problèmes liés à la planification des bourses, ainsi qu'à la préparation et au placement des boursiers. Les discussions ont porté aussi sur les caractéristiques des institutions, souvent fort diverses, qui reçoivent les boursiers.

Sans doute convient-il de rappeler ici que l'octroi des bourses constitue l'une des principales activités pratiques de l'Organisation mondiale de la Santé. C'est dire l'importance que le Bureau régional de l'Europe attache à la réunion de Trieste.

OMS-EURO