

Wir haben für Sie gelesen Nous avons lu pour vous

Enquête mondiale sur la rage

Communiqué OMS/30, 23 décembre 1968

Le total mondial des décès causés par la rage dans 92 pays en 1967 a été de 637, contre 699 en 1966, d'après une enquête mondiale sur la rage que publie aujourd'hui l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Ces chiffres, cependant, ne représentent que le cinquième ou le dixième du nombre réel de décès. 92 pays ont répondu à un questionnaire de l'OMS sur la rage et 63 d'entre eux signalent la présence de la rage sur leur territoire.

Il a fallu vacciner 560 000 personnes qui avaient été en contact avec des animaux suspects d'infection.

En *Europe Centrale*, la rage chez les renards est maintenant endémique, surtout en *Allemagne*, d'où l'infection se propage vers les pays voisins. La *Pologne* et la *Tchécoslovaquie* signalent une augmentation du nombre des cas chez les animaux sauvages et la maladie continue à progresser en *Autriche* où elle est réapparue pour la première fois depuis 7 ans. L'épidémie a atteint la *Suisse* en 1967; un renard enragé a été tué près de la frontière allemande. On espérait pouvoir circonscrire la poussée épidémique dans la région au nord du Rhin, mais elle a gagné les cantons de Zurich, Thurgovie, Zoug et en 1968, Argovie. La rage continue à s'étendre en *Belgique* et au *Luxembourg*. En 1968, elle a traversé la frontière allemande et pénétré en *France*.

Dans tous ces pays, le *renard* est à la fois la cause et la victime de cette épidémie, mais dans l'ensemble jusqu'ici les animaux domestiques n'ont pas été atteints par l'infection. Les administrations sanitaires multiplient les efforts en vue d'endiguer l'infection — chasse aux renards et aux blaireaux, interdiction de transporter les chiens et les chats — mais n'ont pas jusqu'ici décrété la vaccination obligatoire des animaux domestiques. Dans les *Amériques*, en *République Dominicaine*, le nombre des cas de rage animale, qui était en moyenne de 50 par an depuis plusieurs années, s'est élevé l'an dernier à 235. Au *Mexique*, la rage est en augmentation depuis 20 ans, mais grâce à la vaccination des chiens, on constate une diminution des cas d'infection humaine. Pour la première fois en 1967, on a découvert des cas de rage bovine au *Surinam* où l'on pense que la ma-

ladie a été introduite par des vampires; on ignore encore le nombre des animaux atteints mais jusqu'ici aucun cas humain n'a été signalé.

En revanche, d'autres pays d'Amérique latine ont signalé une amélioration de la situation. Au *Paraguay*, le nombre des cas de rage a diminué de moitié entre 1966 et 1967 et au *Pérou*, il est tombé de 1600 à 907 pendant la même période, grâce aux mesures mises en œuvre. C'est en *Uruguay* que l'on a enregistré la régression la plus marquée avec, en 1967, 29 cas de rage animale et aucun cas de rage humaine, contre 516 cas de rage animale et un cas de rage humaine en 1966. A *Trinité et Tobago*, la protection de cheptel chevalin et bovin est assurée par des campagnes annuelles de vaccination et par la destruction systématique des vampires.

Aux *Etats-Unis*, il n'y a pas eu de cas de rage dans la population autochtone mais deux personnes qui avaient contracté cette maladie en Afrique ont succombé.

Le meilleur ami de l'homme . . .

Les principaux vecteurs de la rage en Afrique, en Amérique latine, en Asie et dans le sud de l'Europe sont les *chiens*, tandis que dans le reste de l'Europe et en Amérique du Nord ce sont les *renards* et d'autres animaux sauvages. Les *skunks* jouent un rôle important dans la transmission de la maladie en Amérique du Nord. Il en va de même des vampires dans certains pays d'Amérique latine — Brésil, Mexique, Surinam, Trinité et Tobago — ainsi que des *chauves-souris insectivores* au Canada et aux Etats-Unis.

Table ronde: «Qui partage la responsabilité d'évaluer les médicaments?» organisée avec le concours de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'Unesco. Genève, 8 et 9 octobre 1968. Communiqué de Presse CIOMS.

Conclusions adoptées (original: anglais)

La collaboration étroite entre la recherche académique, dans le sens le plus large, et la recherche industrielle est importante pour l'évaluation pharmacologique des médicaments. La recherche appliquée a été surtout entreprise dans les laboratoires de l'industrie; la recherche fondamentale

est aujourd'hui partagée entre les laboratoires de l'industrie et ceux de l'Université: cette collaboration est souhaitable et s'annonce fructueuse. Cependant, entre les recherches académique, industrielle et gouvernementale, un effort commun est nécessaire à l'amélioration des techniques d'évaluation de la toxicité des agents chimiques.

Après l'évaluation pharmacologique et toxicologique d'une substance proposée comme médicament, on passe aux essais cliniques de différentes manières selon les pays. Lorsque cette étape est contrôlée par des institutions gouvernementales, il importe que la décision sur l'évaluation des tests précliniques soit prise rapidement.

Les premiers *essais cliniques* doivent être confiés à des personnes hautement qualifiées. Les efforts actuels pour le développement de la pharmacologie clinique doivent être encouragés et on doit leur donner une haute priorité. Si les essais sur les médicaments sont faits par des chercheurs insuffisamment compétents, les règlements doivent imposer une surveillance professionnelle.

L'acceptation internationale des données précliniques doit être encouragée; l'évaluation doit se fonder exclusivement sur la qualité de la recherche, sans être gênée par des règlements nationaux, ce qui doit permettre une meilleure utilisation du personnel scientifique disponible. Le même principe doit être appliqué à l'évaluation finale de l'efficacité et de la sécurité cliniques, compte tenu des différences géographiques dues aux facteurs génétiques, nutritionnels ou climatiques.

Avant la mise en circulation d'un nouveau médicament, les institutions gouvernementales doivent tenir compte de leurs limites sur le plan scientifique en évaluant les données obtenues sur l'animal de laboratoire et en clinique. Aussi le groupe recommande-t-il vivement une *collaboration étroite entre les institutions gouvernementales* — responsables de l'application des règlements — *et la communauté scientifique*. On doit également établir des règles assurant le maintien de la conformité du médicament aux qualifications d'efficacité et de sécurité établies à l'origine.

L'information fournie au médecin ou au pharmacien par le document publicitaire de conditionnement ou par tout autre imprimé similaire cons-

titue une première information utile pour l'usage du médicament. Cependant, ce document ne doit pas entraîner des implications légales qui empêcheraient le médecin de prescrire le médicament dans une indication différente de celles qui y sont spécifiées, à la condition qu'il existe des raisons scientifiques justifiant un tel usage. De plus, la posologie d'un médicament varie beaucoup d'un individu à l'autre et *le médecin doit être juge de la dose à administrer*, sans être trop lié par la posologie recommandée.

Pour le maintien d'un niveau élevé de pratique thérapeutique, il faut que s'établisse une collaboration aussi étroite que possible entre la médecine académique, l'industrie pharmaceutique, les institutions gouvernementales et le corps médical, qui ont tendance à suivre des voies divergentes.

Dans certains pays, les organes gouvernementaux chargés d'appliquer les règlements ont été créés pour protéger le malade contre les fraudes et les effets nocifs des médicaments; ces organes se sont de plus en plus transformés en *institutions activement engagées à promouvoir la santé et non seulement à user de la répression*. Cet élargissement de leurs objectifs est hautement apprécié par le corps médical.

Le groupe pense que c'est aux services administratifs travaillant en liaison étroite avec les promoteurs de nouveaux médicaments de s'assurer que les renseignements adéquats sont disponibles dès qu'ils sont introduits. Il en va de même pour les médicaments qui peuvent être retirés de la vente à la demande des services administratifs et pour ceux dont la posologie et les indications ont été modifiées; dans ces derniers cas, la décision doit faire l'objet d'une justification. Ce genre de renseignements doit être fourni au corps médical à la fois *sur le plan national et international*. A cet effet, *il faudrait créer un centre de documentation* qui pourrait être un organisme intergouvernemental ou une organisation scientifique internationale non gouvernementale ou au besoin les deux à la fois.

Le corps médical et la communauté scientifique académique, en collaboration étroite avec les promoteurs des médicaments et les services administratifs, doivent partager également la *responsabilité d'une réévaluation permanente de la sécurité et de l'efficacité de tous les médicaments* disponibles sur le marché. De plus, lorsqu'ils

autorités de santé publique envisagent de réglementer un médicament commercialisé, elles doivent être guidées par les données d'évaluation existantes et par les critiques formulées.

En raison du nombre croissant de médicaments nouveaux, toujours plus efficaces et plus toxiques, il est essentiel que le médecin praticien admette sa responsabilité personnelle de se maintenir au courant des progrès de la thérapeutique médicale. Les universités et les gouvernements doivent prendre en considération la nécessité d'*instituer pour les médecins des cours post-universitaires d'information sur les médicaments.*

L'information du public quant à l'utilité et quant aux risques des médicaments est *un facteur essentiel dans notre société.* Toutes les parties intéressées — gouvernements, industries, organisations médicales et médecins praticiens — partagent la responsabilité d'informer utilement le public non initié.

Dans les limites de leurs responsabilités constitutionnelles et de leurs mandats respectifs, l'Organisation Mondiale de la Santé et le CIOMS sont invités à poursuivre et à accroître leurs efforts dans tous les domaines indiqués.

La prévention du suicide

Communiqué OMS/25, 20 novembre 1968

Le suicide occupe maintenant la troisième place parmi les causes de décès pour les personnes âgées de 15 à 44 ans dans 8 pays industrialisés, d'après un rapport statistique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la période allant de 1955 à 1966.

Dans 8 autres pays industrialisés, il arrive en quatrième place¹.

On constate le même phénomène dans les pays en voie de développement, où les cas de suicide augmentent considérablement et figurent mainte-

¹ Entre 15 et 45 ans, le suicide vient en 3^e place parmi les causes de décès dans les pays suivants: Allemagne (Rép. féd.), Autriche, Canada, Danemark, Finlande, Hongrie, Suède, Suisse; en 4^e place en Australie, Belgique, aux Etats-Unis d'Amérique, en France, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande, et en 5^e place en Pologne. Dans ces pays, les accidents représentent presque toujours la cause principale de décès à cet âge, suivis par le cancer et les maladies cardiovasculaires.

nant parmi les dix principales causes de décès pour les jeunes adultes, dans 10 sur 17 pays d'Afrique, d'Amérique du Sud, d'Amérique centrale et d'Asie. Enfin, dans certains pays, on enregistre même des suicides chez des enfants de moins de quinze ans.

Pendant les 10 ans sur lesquels porte l'étude de l'OMS, le taux global de mortalité par suicide n'a pas accusé de changements importants. La mortalité a légèrement diminué dans certains pays comme le Japon, la Suisse et le Danemark et a augmenté dans d'autres: Hongrie, Australie et Colombie. Dans un troisième groupe de pays, notamment en Autriche et en Belgique, elle ne s'est pas sensiblement modifiée.

Nouvelles tendances

Si les taux de mortalité par suicide restent plus élevés pour les hommes, surtout ceux âgés de 75 ans et plus, on constate une nouvelle tendance qui consiste pour les femmes encore dans la force de l'âge à mettre fin à leurs jours. En effet, le taux de mortalité par suicide atteint un maximum pour les femmes âgées de 55 à 64 ans.

On note également un changement dans les méthodes de suicide. Alors qu'en 1955, près de la moitié de l'ensemble des suicides avaient été commis par pendaison (33 %) ou par armes à feu ou explosifs (13 %), on constate dix ans plus tard que l'empoisonnement par analgésiques ou soporifiques passe à la seconde place. Chez les femmes en particulier, en 1965, ce sont les suicides et tentatives de suicide à l'aide de ces médicaments qui sont venus en tête (30 % du total), ceux commis par pendaison ne représentant plus que 19 %.

Prévention du suicide

La prévention du suicide est désormais une responsabilité majeure des services de santé publique, déclare une autre publication² de l'OMS qui indique les mesures à prendre pour combattre ce véritable fléau.

Le premier pas consiste à identifier quels sont les groupes les plus vulnérables de la population. Ce sont:

- les personnes âgées: mauvaise santé physique et mentale, solitude, mort d'un être cher, inter-

² *Prevention of suicide*, OMS, 1968, Genève. (Version française en préparation.)

ruption du mode de vie habituel, arrêt de l'activité lors de la retraite (et souvent brusque diminution du revenu) sont parmi les facteurs auxquels on impute les taux élevés de suicide des personnes âgées;

- étudiants et femmes d'âge moyen: les recherches ont montré que souvent ces victimes n'obéissent pas à un désir nettement affirmé de mourir, mais qu'elles se sentent prises au piège d'une situation sans issue et ont recours au suicide dans le but d'y mettre fin;
- les personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier d'états dépressifs;
- les alcooliques (et leurs enfants). Certains psychiatres estiment que la dépendance à l'égard de l'alcool ou d'autres drogues sert, comme le suicide, de moyen d'évasion;
- les personnes appartenant à des collectivités socialement désorganisées: logements surpeuplés, solitude (immigrants, ressortissants étrangers, personnes divorcées ou séparées), criminalité, grande mobilité de la population, etc.

L'identification de ces groupes très menacés permet déjà d'envisager certains moyens de prévenir les suicides, moyens énumérés dans la publication de l'OMS.

Seconde tentative de suicide

Il n'est pas moins important de prévenir les secondes tentatives de suicide que les premières. C'est commettre une grave négligence que de laisser un rescapé quitter l'hôpital sans l'aide et les conseils de personnes qualifiées, pour se retrouver devant une situation exactement semblable à celle qui l'avait incité à se donner la mort. Le rapport de l'OMS souligne en effet que, pour chaque personne qui se donne la mort, huit à dix autres tentent de le faire. Celles-ci peuvent être souvent sauvées et ne renouvelleront pas leur geste si elles sont soignées à temps.

Les personnes qui tentent de se suicider obéissent essentiellement à trois types de motivations:

- celles qui éprouvent un violent désir de mourir et se laissent peu de chances de survivre;
- celles qui appellent simplement à l'aide et ne souhaitent pas réellement mourir;
- celles qui, dans un état de désarroi et d'indécision, obéissent à une impulsion et laissent au hasard le soin de décider de leur vie ou de leur mort.

Si l'on pouvait venir en aide aux membres du second et du troisième groupes en discutant avec eux de leurs problèmes et en les conseillant sur la manière de faire face à la situation qui les pousse au suicide, on pourrait prévenir le renouvellement d'un tel acte.

Les études consacrées au suicide montrent qu'un pourcentage élevé des victimes manifestent leur intention verbalement ou par des actions. Dans certains cas, plus de 50% avaient vu leur médecin au cours des trois mois précédents et 25% avaient été en contact avec des services psychiatriques.

Services de prévention du suicide

L'étude de l'OMS passe en revue les services de prévention du suicide de divers pays et donne un aperçu des mesures à prendre pour les organiser ou les améliorer.

Elle insiste sur la nécessité de programmes de formation destinés en premier lieu aux groupes-clés de la collectivité: médecins, assistants sociales, clergé, enseignants, professeurs, police. En second lieu, il est nécessaire de faire l'éducation du grand public pour permettre l'identification des tendances au suicide, afin d'aider ceux qui les manifestent en leur apportant un soutien et des soins.

Recherches

Divers aspects de la vie moderne semblent avoir une influence décisive sur l'incidence des suicides. Il est nécessaire de poursuivre des recherches sur les facteurs suivants:

- urbanisation, perte d'influence des institutions religieuses, effondrement des structures sociales;
- exutoire de tendances agressives;
- évolution du rôle de la femme;
- chômage, mise à la retraite, sentiment de ne plus appartenir à un groupe, facteurs qui contribueraient plus que la misère elle-même à provoquer le suicide.

Sources:

Rapport de Statistiques sanitaires mondiales, Vol. 21, No 6 (1968).

Rapport épidémiologique et démographique, Vol. 20, No 1 (1967).

«Prevention of suicide» (à paraître en français).

Chronique de l'OMS, novembre 1968.

Pays		Tous âges		Groupes d'âge années					
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et plus	
Canada (1966)	T	1,1	5,9	8,6	5,9	3,1	1,4	0,4	0,1
	M	1,5	6,6	9,2	6,8	3,4	1,5	0,6	0,2
	F	0,7	3,9	7,3	4,5	2,6	1,2	0,2	0,0
United States - Etats-Unis (1966)	T	1,1	5,5	8,0	5,1	2,7	1,3	0,6	0,2
	M	1,5	5,8	8,5	5,5	2,9	1,6	0,7	0,4
	F	0,7	4,9	7,1	4,4	2,3	1,0	0,3	0,1
Israël (1966)	T	1,0	5,5	9,2	4,5	2,8	1,3	0,4	0,1
	M	1,2	5,9	12,7	5,7	3,3	1,0	0,5	0,1
	F	0,8	4,8	4,6	3,1	2,1	1,6	0,4	0,1
Japon (1965)	T	2,1	15,1	11,7	5,0	3,0	1,9	1,2	0,6
	M	2,2	13,0	11,6	5,2	3,1	1,9	1,1	0,6
	F	1,9	19,2	11,8	4,8	2,8	1,8	1,3	0,6
Allemagne (République féd.)	T	1,7	13,0	14,1	9,2	5,3	2,4	0,9	0,4
	M	2,2	13,1	15,2	10,7	5,5	2,5	1,0	0,5
	F	1,3	12,9	11,7	7,3	5,1	2,3	0,8	0,3
Berlin-Ouest (1966)	T	2,3	37,2	33,9	16,0	8,2	3,1	1,2	0,5
	M	2,8	40,0	37,5	18,3	7,6	3,3	1,0	0,7
	F	1,8	30,0	27,8	13,4	8,9	2,9	1,5	0,5
Autriche (1966)	T	1,8	13,3	15,4	10,9	5,6	2,8	1,1	0,4
	M	2,5	14,5	16,9	12,5	6,1	3,1	1,1	0,6
	F	1,2	9,9	11,5	8,4	5,0	2,3	1,1	0,2
Belgique (1965)	T	1,2	7,5	8,7	5,6	3,3	1,8	0,9	0,4
	M	1,6	7,5	8,8	5,8	3,4	2,0	1,0	0,7
	F	0,9	7,4	8,5	5,2	3,1	1,6	0,7	0,2
Bulgarie (1966)	T	1,2	7,6	3,8	3,0	2,5	1,5	0,9	0,6
	M	1,6	7,8	3,5	3,7	3,0	1,7	1,1	0,8
	F	0,8	7,3	4,4	1,8	1,6	1,1	0,7	0,4
Danemark (1965)	T	1,9	11,8	21,2	13,7	7,4	3,0	0,8	0,3
	M	2,2	11,3	19,1	16,2	7,8	2,8	0,9	0,3
	F	1,6	13,0	27,2	10,6	7,0	3,5	0,7	0,2
Espagne (1964)	T	0,6	2,2	2,8	2,4	1,5	0,9	0,4	0,2
	M	0,8	2,4	3,5	2,8	1,8	1,2	0,6	0,3
	F	0,3	2,0	1,9	1,6	0,9	0,6	0,2	0,0
Finlande (1966)	T	2,0	11,9	16,6	9,8	5,3	2,1	0,9	0,1
	M	2,9	11,6	18,2	11,1	5,7	2,5	1,2	0,3
	F	1,1	12,7	12,9	6,9	4,5	1,4	0,6	0,0
France (1966)	T	1,5	6,1	9,4	6,5	4,2	2,3	1,0	0,4
	M	2,1	5,9	10,4	7,6	4,7	2,6	1,3	0,7
	F	0,8	6,5	7,1	4,3	3,3	1,8	0,8	0,2
Grèce (1966)	T	0,4	4,2	2,6	1,9	1,6	0,4	0,2	0,1
	M	0,5	3,1	2,8	1,7	1,7	0,4	0,2	0,2
	F	0,3	6,7	2,2	2,1	1,5	0,4	0,1	0,0
Hongrie (1966)	T	3,0	24,9	21,8	14,3	8,5	3,3	1,4	0,8
	M	4,0	25,3	25,6	17,9	9,9	3,9	1,6	1,1
	F	1,9	24,0	14,7	9,1	6,5	2,5	1,2	0,5

Pourcentage des suicides par rapport au total de décès, selon le sexe et l'âge, dernière année disponible

Pays		Tous âges			Groupes d'âge années				
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et plus	
Irlande (1966)	T	0,2	1,4	2,7	0,7	0,6	0,4	0,2	0,0
	M	0,3	1,1	3,4	0,9	0,8	0,4	0,3	0,0
	F	0,1	2,1	1,6	0,3	0,2	0,3	0,1	—
Islande (1966)	T	2,7	7,5	27,3	18,8	3,6	4,4	0,6	0,2
	M	4,0	8,8	30,8	26,9	4,2	5,8	1,1	0,4
	F	1,0	—	14,3	9,1	2,6	1,8	—	—
Italie (1965)	T	0,6	3,3	3,4	2,6	1,6	0,9	0,4	0,1
	M	0,7	3,0	3,5	2,9	1,7	1,0	0,5	0,2
	F	0,3	4,1	3,3	2,0	1,3	0,6	0,2	0,1
Norvège (1965)	T	0,8	5,9	9,9	6,0	2,7	1,2	0,4	0,1
	M	1,1	5,9	11,4	6,1	3,2	1,4	0,6	0,2
	F	0,4	5,6	5,4	5,6	1,7	0,9	0,3	0,0
Pays-Bas (1966)	T	0,9	3,7	7,8	3,6	3,0	1,3	0,6	0,2
	M	1,0	3,9	7,7	3,9	2,9	1,2	0,7	0,3
	F	0,7	3,3	7,8	3,3	3,2	1,4	0,6	0,1
Pologne (1966)	T	1,2	9,3	8,3	5,5	2,9	1,1	0,4	0,1
	M	1,9	10,3	10,3	7,6	3,8	1,4	0,5	0,2
	F	0,5	6,9	3,8	2,1	1,4	0,7	0,2	0,1
Portugal (1966)	T	0,9	4,5	5,2	3,7	2,6	1,4	0,7	0,2
	M	1,3	3,6	5,6	4,4	3,4	1,9	0,9	0,5
	F	0,4	6,1	4,4	2,3	1,4	0,6	0,5	0,1
Royaume-Uni:									
Angleterre et Pays de Galles (1966)	T	0,9	6,6	9,4	5,8	2,8	1,2	0,6	0,2
	M	1,0	6,5	9,7	6,1	2,5	1,1	0,5	0,2
	F	0,8	7,0	9,0	5,5	3,3	1,6	0,7	0,1
Irlande du Nord (1966)	T	0,5	4,9	7,1	5,5	1,5	0,8	0,2	0,0
	M	0,5	3,2	6,4	7,1	1,7	0,6	0,3	0,0
	F	0,4	8,5	8,3	4,1	1,2	1,2	0,1	0,0
Ecosse (1966)	T	0,6	5,2	6,9	3,6	2,0	1,0	0,3	0,1
	M	0,8	5,2	6,4	3,7	1,8	1,1	0,3	0,1
	F	0,5	5,4	7,9	3,3	2,2	1,0	0,3	0,1
Suède (1966)	T	2,0	14,3	20,6	15,2	8,3	3,2	0,9	0,3
	M	2,7	13,4	21,5	18,7	9,4	3,9	1,2	0,4
	F	1,2	16,5	18,8	9,5	6,4	2,1	0,5	0,1
Suisse (1965)	T	1,9	16,2	15,3	11,9	6,1	2,6	1,1	0,3
	M	2,7	17,1	15,3	14,0	7,0	3,1	1,4	0,5
	F	1,1	13,7	15,1	8,3	4,6	1,8	0,6	0,1
Tchécoslovaquie (1965)	T	2,2	17,5	15,8	11,0	5,4	2,4	1,1	0,5
	M	2,9	16,9	17,1	13,3	6,0	2,7	1,3	0,8
	F	1,3	19,0	12,6	7,0	4,3	1,9	1,0	0,3
Australie (1966)	T	1,6	7,3	13,7	8,9	4,3	1,6	0,7	0,2
	M	1,8	6,1	12,7	8,8	4,1	1,6	0,8	0,3
	F	1,3	10,5	15,6	9,1	4,6	1,7	0,6	0,1
Nouvelle-Zélande (1966)	T	1,0	5,1	4,1	5,6	3,9	1,4	0,6	0,1
	M	1,2	3,3	4,2	6,2	4,0	1,3	0,7	0,2
	F	0,9	10,8	4,0	4,8	3,6	1,6	0,5	0,0

Pourcentage des suicides par rapport au total de décès, selon le sexe et l'âge, dernière année disponible

Occupation, education, and coronary heart disease. Von L. E. Hinkle Jr., L. Holland Whitney, E. W. Lehmann, J. Dunn, B. Benjamin, R. King, A. Plakun and B. Flehinger. Science 161/3838, 238–246 (1968).

Sowohl bei Laien als auch bei Medizinern herrscht die Überzeugung, daß Männer mit hohen Verantwortungen und schwerer beruflicher Belastung ein erhöhtes Risiko für Koronarkrankheiten und Herzinfarkt haben. Diese Auffassung hat zum bekannten Begriff der Managerkrankheit geführt.

Seit mehreren Jahren häufen sich in der Literatur die Berichte, wonach diese Auffassung der Wirklichkeit nicht entspricht. Einen neuen wertvollen Beitrag zu dieser Frage leistet die vorliegende Arbeit, in welcher bei der Bell Telephone Company 270 000 männliche Angestellte während fünf Jahren systematisch untersucht wurden. Die Ergebnisse zeigten, daß die Angestellten in den höchsten Stellungen, die man üblicherweise als Manager zu bezeichnen pflegt, nicht häufiger koronare Herzkrankheiten aufwiesen als die Gesamtheit der Angestellten. Von besonderem Interesse war die Beobachtung, daß Angestellte mit einem akademischen Grad ein geringeres Risiko für koronare Herzkrankheiten aufwiesen. Dieser Befund wurde auch bestätigt beim Vergleich mit gleichen Altersgruppen und unter Berücksichtigung regionaler Bedingungen. Dabei zeigte sich, daß das geringere Risiko der Akademiker bereits im Zeitpunkt des Eintritts in das Unternehmen signifikant war. E. Grandjean, Zürich

La gêne causée par le bruit autour des aéroports. Rapport de fin d'étude, 1er mars 1968. Centre

scientifique et technique du bâtiment, 4 avenue du Recteur Poincaré, Paris 16e.

Die Autoren berichten über psychosozialologische Untersuchungen, die in der Umgebung der Flugplätze von Paris, Marseille und Lyon in den letzten Jahren durchgeführt wurden. Um die Lärmbelastung zu erfassen, wurden außer der Befragung der Flugplatzanwohner auch die Lärmintensität in dbA und die Zahl der Flugbewegungen pro Tag erhoben. Aus der Häufigkeit der Flugbewegungen und der Intensität des Fluglärms haben die Autoren einen Index R berechnet. Dabei entspricht die Verdoppelung der Flugbewegungen pro Tag einer Erhöhung der Lärmspitzen um 4,5 dbA.

Aus den Fragebogen ging hervor, daß sich die Anwohner um so häufiger spontan über Lärmstörung beklagten, je größer der Index R für das betreffende Wohngebiet war. Die häufigsten spontanen Klagen waren: Störungen von Radio- und Fernsehempfang, Störungen der sprachlichen Kommunikation und Weckwirkungen in der Nacht. In charakteristischer Weise nahmen auch die Antworten, daß der Fluglärm den Grund zum Wegzug darstelle, mit dem Indexwert zu. 26% der Befragten schließen nachts die Fenster wegen des Fluglärms.

Die Korrelation zwischen dem Index R und der Einstufung der Befragten über Lärmstörung war sehr hoch ($r = 0,93$). Die Autoren kommen zum Schluß, daß die höchstzumutbare Fluglärmbelastung bei einem Index R = 84 liege. Dieser Wert entspricht 100 Flugbewegungen pro Tag mit durchschnittlichen Lärmspitzen von 98 PNdb oder 86 dbA. E. Grandjean, Zürich