

Wir haben für Sie gelesen Nous avons lu pour vous

Zur Frage des Alkoholismus

Gemeindehilfe für Schwedens Trinker

Nach einem Gesetz des schwedischen Königreichs sind alle Gemeinden verpflichtet, eine mindestens aus fünf Mitgliedern bestehende, ständige Kommission zu ernennen, deren Aufgabe darin besteht, für die größtmögliche Nüchternheit punkto Alkohol auf dem Gemeindegebiet zu sorgen und zu diesem Zweck auch den Alkoholismusfällen nachzugehen. Einer der bekanntesten schwedischen Schriftsteller der Gegenwart, Per Olof Sundman, hat einst selbst in seiner Heimatgemeinde im nördlichen Schweden die dortige Kommission präsiert. Die dabei gemachten Erfahrungen haben in seinem Roman «Die Untersuchung» ihren Niederschlag gefunden.

Daß die Tätigkeit der «Nüchternheitskommissionen» nicht bloß auf dem Papier steht, ergibt sich daraus, daß im Jahre 1970 von allen Kommissionen des Landes über 36 000 Untersuchungen von Alkoholismusfällen gemeldet wurden. In 22 000 Fällen entschieden sich die Kommissionen für *Hilfsmaßnahmen*, in 10 400 Fällen wurde zu gesetzlichen Zwangsmaßnahmen Zuflucht genommen.

Nach dem Gesetz liegt Alkoholmißbrauch vor, wenn jemand alkoholische Getränke «zum offensibaren Schaden anderer oder zum eigenen Schaden konsumiert». Die Anweisung ist also ähnlich wie in den verschiedenen kantonalen Trinkerfürsorgegesetzen in der Schweiz. Je nach dem Grad der Alkoholsucht und der Schwere des Falles können in Schweden, wie angedeutet, Hilfs- oder Zwangsmaßnahmen ergriffen werden. Der endgültige Beschluß liegt allerdings nicht bei der «Nüchternheitskommission», sondern bei höheren Behörden. In einem Staat, der die *soziale Sicherheit* für alle anstrebt, hat die Verfügungsgewalt über sich selbst ihre Grenzen und gilt das Recht des Individuums, «sich zu Tode zu trinken», nicht mehr.

SAS

Alkoholkonsum der Schweizer

Die Eidgenössische Alkoholverwaltung hat die provisorischen Konsumzahlen der alkoholischen Getränke für das Jahr 1971 bekanntgegeben. Wir vergleichen mit den Zahlen des vorangehenden Jahrfünftes:

Alkoholkonsum je Einwohner (in Liter)

	1966–1970	1971
Wein	40,2	40
Bier	77,5	78
Apfelwein	7,6	8
Branntwein	4,7	4,8
		SAS

In Frankreich: immer weniger Hausbrenner

Das auch in der Schweiz bestehende Privileg des steuerfreien Eigenverbrauchs von Branntwein aus eigener Ernte bildet in Frankreich eine zeitlich weit zurück reichende Ursache der starken Verbreitung des Alkoholismus in gewissen ländlichen Gebieten. Deshalb hat der im Mai 1958 zur Macht gelangte General *de Gaulle* im August 1960 ein Gesetz erlassen, das dieses Sonderrecht zwar grundsätzlich abschaffte, aber bis zum Tod der damaligen Nutznießer bestehen ließ; der Anspruch auf steuerfreien Eigenverbrauch ist jedoch nicht vererbbar.

Als direkte Folge dieses Gesetzes hat sich zwischen der Brennkampagne 1960/61 und derjenigen von 1970/71 die Zahl der eingeschriebenen Hausbrenner, also der Nutznießer von 1960, von 3 110 081 auf 2 429 919, also um 680 162, d. h. um ein gutes Fünftel, vermindert. Auch die Gesamtmenge des deklarierten steuerfreien Eigenverbrauchs ist in dieser Zeit um etwa ein Viertel kleiner geworden. (Natürlich kann auch in Frankreich der steuerfreie Selbstbehalt der Produzenten nur mangelhaft kontrolliert werden.)

Die «Aussterbekurve» der Nutznießer des Steuerprivilegs und damit die mehr oder weniger parallele Abnahme der Mengen steuerfreien Selbstbehaltes werden sich naturgemäß umso mehr beschleunigen, je mehr Jahre verfließen sein werden – bis zum völligen Verschwinden dieses Sonderrechtes, das vielen zum Verhängnis geworden ist.

SAS

Fiskus und Spiritus

Trotz der vom Bundesrat auf Beginn des Jahres 1973 vorgenommenen Erhöhung der Branntweinbesteuerung erheben nach den neuesten «Stati-

stischen Angaben» der Eidgenössischen Alkoholverwaltung nur Österreich und Italien noch niedrigere Minimalsteuersätze auf gebrannten Getränken als die Schweiz. Während der *Mindestsatz der Branntweinbesteuerung* (inklusive Umsatzsteuer) je Liter zu 50% Alkohol in der Schweiz nun Fr. 8.55 beträgt, erreicht er in der Deutschen Bundesrepublik und in Frankreich (in schweizerischer Währung) je 11 Fr., in Belgien über 15 Fr., in Dänemark fast 27 Fr., in Großbritannien über 38 Fr., in Norwegen und Schweden über 40 Fr.

SAS

Milde Richter für angetrunkene Fahrer

Nach Art. 91.1 des Straßenverkehrsgesetzes kann das Führen eines Motorfahrzeuges in angetrunkenem Zustand mit Gefängnis bis zu sechs Monaten oder mit Buße bestraft werden. Nach dem kürzlich erschienenen Band «Die Strafurteile der Schweiz 1971» wurden nicht weniger als 7818 Verurteilungen wegen des genannten Deliktes ausgesprochen. Dabei handelte es sich bei 3776 Verurteilten, also bei 48%, um schon «Vorbefrahte». Insgesamt erfreuten sich 3271 Verurteilte, d. h. 42%, der Wohltat des *bedingten* Strafvollzuges. Eine *Gefängnisstrafe* wurde bei 5229 Angeklagten, also in 67% aller Verurteilten, ausgesprochen, jedoch bei 3131 Verurteilten, d. h. in 60% der Fälle, durch den *bedingten* Strafvollzug gemildert. Was das Strafmaß betrifft, so lautete es bei 60% auf höchstens 14 Tage; bei 28% auf 15 Tage bis 1 Monat; bei 11% auf 1 bis 3 Monate. Nur in 29 Fällen überschritt die Gefängnisdauer drei Monate. Die Urteilspublikation wurde in rund 1000 Fällen angeordnet.

Wegen Führens eines nichtmotorisierten Fahrzeuges in betrunkenem Zustand, für welches Delikt das Gesetz nur Haft oder Buße vorsieht, wurden 798 Fahrer verurteilt; von diesen waren 460, also rund drei Fünftel, vorbestraft. Ebenso waren von den 92 wegen Verweigerung der Blutprobe Verurteilten drei Fünftel schon Vorbefrahte.

Eine kantonsweise Analyse der zugrunde liegenden Statistik würde wohl bedeutende Unterschiede in der Gerichtspraxis ergeben. Im gesamten bleibt der Eindruck bestehen, daß sich die Gerichte, wohl insbesondere viele erstinstanzliche, bei Fällen von Angetrunkenheit am Volant großer Nachsicht und Milde befleißigen.

SAS

Warum Führerausweis-Entzug?

Nach der Polizeiabteilung des Eidg. Justiz- und Polizeidepartementes wurde im Jahre 1972 der Führerausweis-Entzug in 21281 Fällen angeordnet. Bei 10050 Entzügen oder in 47% aller Fälle lag der Entzugsgrund in einer Verletzung von Verkehrsregeln, wobei es in rund $\frac{3}{4}$ dieser Fälle zu einem Unfall gekommen war.

Die Proportion zwischen den Fällen *mit* oder *ohne* Unfall gestaltet sich etwas anders bei den 9221 Entzügen, d. h. bei 43% aller Entzüge, die wegen *Angetrunkenheit* angeordnet wurden. Es handelte sich 4157mal ($\frac{9}{20}$ dieser Fälle) um das Delikt der Angetrunkenheit, ohne daß der Fahrer bereits einen Unfall verursacht hatte, während 5064mal ($\frac{11}{20}$) der Entzug erst nach erfolgtem Unfall verfügt wurde. In 18 Kantonen war die Zahl der alkoholbedingten Entzüge im Zusammenhang *mit Unfall* höher, oft anderthalb- bis zweieinhalbmals höher, als diejenige der Entzüge ohne Unfall. Dies darf sicher in dem Sinne ausgelegt werden, daß diese Maßnahme im Zusammenhang mit Angetrunkenheit des Fahrers eher zurückhaltend angewandt wird.

Wegen «Krankheit oder Gebrechen» wurde der Entzug nur in 394 Fällen, also in weniger als 2% aller Entzüge, verfügt, wegen «Leumund, Charakter» in 176 Fällen, in weniger als 1% aller Entzüge. Im konsequenten Entzug des Führerausweises besitzen die Behörden eine der wirksamsten Maßnahmen gegen verantwortungsloses Führen von Motorfahrzeugen.

SAS

Quelle médecine, demain?¹

a) La médecine de haute technicité qu'il est possible de maintenir dans les hôpitaux de ville doit être articulée sur une *médecine de la santé* assurant toutes les tâches préventives nécessaires et permettant que s'exerce à l'égard de chaque patient et par l'entremise des généralistes une indispensable fonction de synthèse. C'est la condition d'une humanisation de la technique.

b) A cet égard, le rôle du *généraliste* doit être

¹ Extrait d'une synthèse des travaux du Congrès médico-social protestant «Quelle médecine, demain, pour quel homme?» Lausanne, 24-27 mai 1973, par Marc Faessler.

largement revalorisé. C'est lui qui peut faire le point avec chaque malade, donner tout renseignement, sur le milieu de vie et l'anamnèse lors d'une hospitalisation. Dans plusieurs groupes de discussion on a insisté sur l'importance de la visite du praticien à l'hôpital et sur sa présence indispensable au chevet du malade hospitalisé lorsqu'une décision thérapeutique importante doit être prise. Sur le plan de la recherche, le généraliste devrait se voir confier, dans le cadre de programmes d'investigation précis, une tâche de description clinique de la pathologie due à l'environnement, aux conditions d'habitat, ou aux conditions de travail.

La mise en place de centrales d'informations médicales auxquelles sera relié le praticien, est grandement souhaitable car cela rompra son isolement scientifique et comblera les lacunes de sa formation.

c) Une conversion – pour reprendre l'expression parabolique de H. R. Weber – à la valeur et à l'importance du travail en *équipe médico-sociale* doit régénérer les esprits et les cœurs! Cela réclame une grande disponibilité mais c'est la seule façon réaliste de permettre au praticien d'assurer la fonction de synthèse qu'on réclame de lui, de développer intensivement l'hospitalisation à domicile, de réussir une véritable hospitalisation sur le plan psychologique.

d) Il est indispensable d'*inclure* dans toute la mesure du possible *le malade et sa famille à l'équipe médico-sociale*. Cela signifie modifier profondément l'attitude classique de prise en charge du malade, en faisant de sa maladie non le moment d'une régression, mais le temps d'une réflexion, d'une formation possible, d'une évaluation constante de sa situation jusqu'au recouvrement de son autonomie complète. Dans un tel état d'esprit, le problème délicat de l'information médicale se pose différemment parce qu'il est inclus dans un dialogue constant, donc maîtrisé tant du côté du malade et de sa famille que du côté du médecin et de l'équipe médico-sociale. Ce nouvel état d'esprit réclame cependant de la part de tout le personnel soignant une authenticité très grande, capable d'accompagner autrui dans des moments où happé par la négativité, il lui faut prendre appui sur le néant et trouver le courage de surmonter l'obstacle.

e) La médecine doit accepter *la mort comme un phénomène naturel* et se souvenir que malgré sa propension actuelle à devenir une science, elle reste un art. L'acharnement thérapeutique, notamment dans le cas de gériatrie ou de maladie incurable, où des moyens inconsidérés en regard des résultats, raisonnablement attendus sont mis en œuvre, doit être absolument évité. La qualité de survie espérée est, parmi les différents éléments qui entrent en ligne de compte, l'un des plus importants lorsque doit être prise une décision, à laquelle devrait être associée l'ensemble de l'équipe médico-sociale et, suivant le cas, la famille. La préparation à la mort est une tâche médicale et humaine aussi importante que les soins. On n'a pas le droit de s'y dérober.

Quelle médecine, demain, pour quel homme? Une médecine largement au service de la santé générale de la population. Une médecine qui réintègre la maladie, la souffrance et la mort au cœur de l'existence sociale comme des dimensions naturelles de la vie, capables de nous faire mûrir et progresser dans la vérité et l'authenticité. Une médecine d'équipe conçue pour et avec les malades. Une médecine de synthèse qui ne méprise aucunement la technique, mais désire l'humaniser. Une médecine qui prend sa place dans la polyphonie du monde, aurore encore imperceptible d'une nouvelle sagesse de vie où s'enracinera peut-être un jour la possibilité d'offrir à tous les hommes, du pain et des soins.

Marc Faessler

L'homme, son cœur et l'environnement par le Dr T. Strasser, Organisation mondiale de la Santé, Genève

Certains facteurs d'environnement qui ont des effets adverses sur l'appareil cardio-vasculaire pourraient être éliminés rapidement. Ceci s'applique à un certain nombre de risques physico-chimiques connus ainsi qu'à certains risques inhérents au comportement, créés et entretenus par l'environnement social: l'usage du tabac, la vie sédentaire ou la malnutrition en sont des exemples.

Dans la première semaine de décembre 1930, une épidémie insolite frappa la vallée de la Meuse en Belgique, tuant quelque 60 personnes. On estime

qu'il y eut au moins dix fois plus de décès que dans une période équivalente de la même saison dans des circonstances normales.

Le mystère fut éclairci plus tard, lorsqu'il devint évident que cette mortalité sans exemple était associée à des conditions météorologiques durables et extrêmement défavorables. Une inversion de température avait maintenu une épaisse couverture d'air pollué au-dessus de la vallée. La plupart des décès furent attribués à des maladies respiratoires aiguës, et il est difficile de déterminer le nombre de cas où la défaillance cardiaque a été la vraie cause de décès. Vingt-deux ans plus tard, en décembre 1952, une épaisse couche de brouillard enveloppa Londres pendant quatre jours. Au cours de la semaine suivante, on enregistra, dans le Grand Londres, 4000 décès de plus qu'habituellement à cette époque de l'année, et, selon des données disponibles pour la ville de Londres, on nota une augmentation de plus de 250 % des décès par maladies coronariennes.

De telles catastrophes — et on en trouve d'autres exemples — ne sont que des crises dans la lutte incessante de l'homme pour s'adapter à son milieu, ou pour le modifier, ou encore pour ramener à un niveau acceptable les préjudices causés par lui. L'air de Londres est maintenant bien plus sain qu'il n'a été, c'est vrai, et un nouveau drame de 1952 est peu vraisemblable. Néanmoins, le problème de l'homme, de l'environnement et des maladies de cœur est de plus en plus au centre des préoccupations des scientifiques.

Des facteurs d'environnement peuvent être à l'origine d'infarctus du myocarde et de décès par cette cause, comme ce fut le cas à Londres en 1952. En outre, certaines indications donnent à penser que l'infarctus du myocarde a une distribution saisonnière; on enregistre un plus grand nombre de cas au printemps et en automne; cela est dû peut-être aux conditions atmosphériques ou à l'instabilité météorologique. Sont touchés les cœurs qui sont malades depuis bien des années, des dizaines d'années même: un récipient plein finit toujours par déborder. L'essentiel est d'établir comment l'environnement de l'homme influe sur l'étiologie des maladies du cœur.

L'environnement

L'environnement est le monde extérieur à l'intérieur duquel l'organisme vivant maintient son in-

tégrité et sa vie propre. Il est bien connu que l'organisme vivant (corps et esprit) est très influencé par le milieu et qu'il ne peut préserver sa singularité que par l'adaptation, c'est-à-dire en vivant. Cependant il n'est pas toujours facile de déterminer quel environnement exerce le plus d'influence. Un monsieur bien emmitoufflé qui descend la rue, dans le froid, un jour d'hiver, ne vit pas dans une atmosphère froide, mais dans la chaleur très douillette et peut-être excessive de son pardessus. Un promeneur qui fume dans le forêt, bien loin de profiter de l'air frais et agréable des bois, respire son air fortement pollué. D'autres exemples illustrent le fait que l'homme vit dans le «micro-environnement» qui lui est propre et que le «macro-environnement» n'a qu'une influence indirecte sur l'organisme, car ses effets peuvent être atténués ou renforcés par l'homme ou par la nature. Au figuré, l'homme vit «dans sa peau» — il en va de même de l'environnement physique, chimique et social.

De nombreux *facteurs d'environnement d'origine physique et chimique* influent sur l'appareil cardio-vasculaire. *L'environnement thermique* n'en est qu'un, et il a été l'objet d'études très approfondies. Le stress thermique peut imposer au cœur une charge de travail considérable; dans certaines circonstances, le débit cardiaque peut être quintuplé par la seule chaleur extérieure. Alors qu'un cœur bien portant peut supporter assez facilement les effets de la chaleur, un autre aura beaucoup à en souffrir. L'humidité aggrave considérablement les effets nocifs de la chaleur. «Mettre un malade cardiaque dans un milieu chaud et humide, c'est comme le contraindre à faire le tour de l'hôpital au pas de course», a dit un éminent cardiologue il y a quelques années. D'autre part, il est bien connu qu'une température basse peut favoriser une crise d'angine de poitrine. Les malades qui souffrent d'angine de poitrine se plaignent souvent de douleurs cordiales ressenties au froid, en hiver, dans la rue.

La pression atmosphérique est un autre facteur physique qui a été bien étudié en liaison avec les variables météorologiques et géographiques. Les effets des hautes pressions ont aussi été étudiés du point de vue de la médecine du travail, et à des fins curatives. D'un autre côté, plusieurs millions de gens vivent en permanence en haute altitude, à plus de 3000 m au-dessus du niveau de la

mer. La densité de l'air est basse et la quantité d'oxygène apportée aux poumons par la respiration s'en trouve diminuée. L'habitant des plaines amené sans transition en haute altitude par le train ou un funiculaire souffre de la diminution rapide de l'oxygène contenu dans le sang (hypoxie aiguë), ce qui peut créer de sérieux problèmes de santé. Néanmoins, les gens qui sont nés et qui vivent dans des zones de haute altitude comme les Andes s'adaptent remarquablement à cette situation. Fait curieux, le débit sanguin dans les artères coronaires est moindre que chez les habitants des plaines, comme l'ont décrit le Professeur Moret, de Genève, et d'autres spécialistes. Le cœur de ces habitants des cimes bat avec moins d'oxygène et il bat fort bien. Il convient de signaler que parmi les populations vivant en haute altitude la fréquence des maladies coronariennes est basse et que l'hypertension artérielle est presque inexistante, paradoxe qui montre que des situations environnementales adverses peuvent produire des effets favorables. Bien sûr, le contraire peut être vrai également, c'est-à-dire que des conditions considérées habituellement comme favorables peuvent avoir des effets nocifs. C'est là une autre raison pour être prudent lorsqu'on généralise en matière d'effets de l'environnement. Outre les épisodes aigus de pollution atmosphérique mentionnés plus haut, on ne manque pas d'exemples des effets de l'environnement chimique sur l'appareil cardio-vasculaire. L'exposition prolongée à l'air pollué est une cause courante de bronchite chronique, qui aboutit à la longue au cœur pulmonaire chronique, affection qui résiste souvent au traitement. Quelques substances toxiques bien définies peuvent aussi favoriser l'apparition de l'athérosclérose. Dans des usines, on a constaté que des travailleurs exposés au sulfure de carbone étaient atteints d'athérosclérose à évolution rapide et fréquemment d'infarctus du myocarde. L'exposition chronique au tétrachlorure de carbone peut aussi jouer un rôle dans le déclenchement de l'athérosclérose. Le monoxyde de carbone absorbé accidentellement dans le «macro-environnement», ou intentionnellement par le fumeur s'est aussi révélé athérogène. Les conducteurs sont plus susceptibles de ressentir les douleurs de l'angine de poitrine dans l'atmosphère chargée de CO et de CO₂ d'une agglomération urbaine où la circulation est dense que sur

une grande route dans une atmosphère moins polluée — encore que la tension psychologique puisse aussi jouer un rôle.

La présence dans les aliments et dans l'eau de boisson de quantités minuscules de métal, appelées «oligo-éléments», exerce des effets beaucoup moins bien connus sur l'appareil cardio-vasculaire. Il existe une hypothèse selon laquelle les différences dans la fréquence des maladies de cœur dans les régions à eau dure et à eau non dure pourraient être liées à la qualité de l'eau elle-même. On a établi une relation entre les régions à eau non dure et la genèse de l'athérosclérose; d'autre part, le fait de vivre dans des régions à eau dure peut avoir un effet protecteur. Toutefois, il est nécessaire de réunir un plus grand nombre de données probantes et, en fait, des recherches sont en cours dans diverses parties du monde sur les effets de l'eau de boisson et des divers oligo-éléments présents dans les aliments (par exemple le sucre et le riz), dans le corps humain et dans les excréments. On possède néanmoins quelques informations précises sur les oligo-éléments. Un bon exemple est celui de la cardiopathie des buveurs; maladie caractérisée par une forte dilatation du cœur et observée en 1965 principalement à Québec, Canada, mais encore dans d'autres régions, dont les USA et la Belgique, chez les gros buveurs de bière. Il a fallu plusieurs années pour que l'on se rende compte que la maladie n'est pas causée par la bière elle-même, mais par les petites quantités de cobalt que l'on y ajoute pour stabiliser la mousse. Celles-ci auraient été inoffensives pour la plupart des gens, mais il est apparu qu'elles présentent un risque pour le gros buveurs de bière qui souffrent déjà des effets de l'alcoolisme, et atteints notamment de lésions du myocarde et de malnutrition protéique, qui sont si courants chez les alcooliques.

L'environnement social, bien que plus difficile à définir et souvent impondérable, joue peut-être un rôle encore plus important dans le déclenchement des maladies cardio-vasculaires. Il est difficile de passer en revue l'infinité de variables qui font de l'homme un phénomène si captivant et humanisent «l'espèce humaine». Parmi divers groupes d'influences psycho-sociales, on trouve des comportements particuliers provoqués et entretenus par la société, tels que l'usage du tabac, la

boisson, la suralimentation, la conduite automobile, le fait de regarder la télévision pendant des heures, ou, pour citer quelques aspects plus positifs, le sport et la musique. Un autre groupe comprend les *réactions psychologiques* aux stimuli sociaux; ces réactions dépendent de la structure de la personnalité de l'individu. Bien que le mot «stress» soit communément lié à des situations adverses, un jugement plus objectif montre que les stimuli psycho-sociaux ont quelquefois et même souvent des effets positifs. La même situation peut provoquer des effets nuisibles chez une personne, et positifs chez une autre. La réponse individuelle au stimulus est bien plus importante que le stimulus lui-même. La tension nerveuse, la frustration, l'agressivité chronique refoulée et d'autres réactions semblables exercent des effets adverses sur le cœur, les vaisseaux sanguins, les glandes endocriniennes et d'autres organes. Un certain nombre de réactions physiologiques peuvent être définies et étudiées objectivement, mais il est beaucoup plus difficile d'évaluer les réactions psychologiques, ce qui rend l'évaluation objective du «stress» psycho-social très difficile. Un troisième groupe de phénomènes sociaux qui influent sur les fonctions organiques se compose de facteurs du macro-environnement social, tels que l'urbanisation, la société de consommation correspondant, à l'industrialisation, les migrations, les conflits de sexe, les conflits de générations, l'insécurité générale, etc. Tous sont complexes et très difficiles à définir. Ils peuvent affecter le système cardio-vasculaire de plus d'une façon.

Les maladies

Parmi les maladies cardio-vasculaires dues à l'influence de l'environnement, la plus importante de loin est la cardiopathie ischémique sous les deux formes: l'angine de poitrine et l'infarctus du myocarde. La cardiopathie ischémique est provoquée par l'athérosclérose des artères du cœur (les coronaires). L'athérosclérose entrave la circulation sanguine dans les vaisseaux qui approvisionnent en sang le muscle du cœur. Des études portant sur des nombreuses populations du monde ont montré que les facteurs d'environnement social jouent un rôle dans le déclenchement de l'athérosclérose. Les plus importants sont: la suralimentation (trop de calories et trop de graisses), l'usage du tabac et la sédentarité. Les relations

psycho-sociales sont d'une importance capitale pour le rétablissement des patients après un infarctus. Ces mêmes facteurs jouent un rôle dans le déclenchement de l'attaque apoplectique. L'élément le plus important est l'*hypertension* artérielle, maladie qui dépend également dans une certaine mesure des facteurs d'environnement tels que la tension nerveuse chronique due à des situations de conflit. L'influence de l'environnement se fait probablement le plus sentir au stade de début de l'hypertension quand la maladie est encore un désordre fonctionnel réversible. En étudiant des groupes de population, il devient évident qu'environ la moitié seulement de tous les individus hypertendus se rendent compte de leur état, un quart seulement subissent un traitement, et seulement un huitième sont traités de manière constante et efficace. Les raisons de ce comportement sont à l'étude.

L'*asthénie neuro-circulatoire* et la névrose cardiaque, affections au cours desquelles les patients ressentent les symptômes d'une maladie de cœur, alors que le cœur lui-même n'est pas touché, ont manifestement de profondes racines psycho-sociales. D'un autre côté, l'*hypertension pulmonaire* ou *cœur pulmonaire chronique*, due le plus souvent à la bronchite chronique, peut pour cette raison être associée à la pollution atmosphérique et éventuellement à l'usage du tabac. Bien sûr, d'autres maladies broncho-pulmonaires peuvent également être à l'origine du cœur pulmonaire chronique. L'absorption par les voies respiratoires de poussières provenant de l'environnement provoque tout un groupe de maladies appelées pneumoconioses, par exemple la *silicose*, si les poussières contiennent de la silice. L'inhalation de poussières contenant du *beryllium* est particulièrement dangereuse. Les allergènes inhalés dans l'environnement peuvent causer l'asthme bronchique, qui à la longue aboutit fréquemment au cœur pulmonaire chronique.

La cardiopathie rhumatismale est provoquée par le rhumatisme articulaire aigu, qui est lui-même une séquelle d'une infection par un groupe spécial de streptocoques. Le nombre et la virulence de ces germes dépend en grande partie de l'environnement. Les cardiopathies rhumatismales posent encore un problème de santé publique dans de nombreux pays surpeuplés où les conditions de vie sont mauvaises. Des efforts sont faits pour

pallier aux effets néfastes de l'environnement, en administrant de la pénicilline aux personnes exposées aux infections streptococciques, car la pénicilline peut prévenir le rhumatisme articulaire ou aigu si elle est administrée au moment de l'infection streptococcique. Lorsque le rhumatisme articulaire aigu et la cardiopathie rhumatismale se déclarent à la suite d'une infection streptococcique non soignée (cette maladie passe souvent inaperçue), la pénicilline peut encore contribuer à prévenir l'aggravation de la maladie du cœur. Néanmoins, — et pour ajouter une note optimiste à la série des effets adverses des modifications de l'environnement — on a noté que la gravité et l'incidence des cardiopathies rhumatismales avaient baissé dans plusieurs parties du monde, plusieurs dizaines d'années avant que la pénicilline ne soit introduite, et cela simplement grâce à l'amélioration des conditions de vie et des normes générales d'hygiène. Ainsi des changements bénéfiques dans l'environnement socio-économique peuvent faire beaucoup pour enrayer cette maladie, qui endommage le cœur de tant d'enfants.

Que faire?

L'homme est capable de changer son environnement de façon imprévue, quelquefois en bien et souvent en mal. Des changements plus favorables peuvent être apportés si l'humanité agit dans un but réfléchi selon un plan fondé sur les progrès scientifiques.

Certains facteurs d'environnement qui ont des effets avérés sur l'appareil cardio-vasculaire pourraient être éliminés rapidement. Ceci s'applique à un certain nombre de risques physico-chimiques connus ainsi qu'à certains risques inhérents au comportement, créés et entretenus par l'environnement social: l'usage du tabac, la vie sédentaire ou la malnutrition en sont des exemples. Cependant, un grand nombre des facteurs d'environnement doivent être étudiés plus avant; il faudrait élucider leur rôle, leur importance, et les mécanismes par lesquels ils agissent sur la santé du cœur et des vaisseaux. Le rôle des oligo-éléments mentionnés plus haut en est un exemple. Il peut y avoir d'autres facteurs inconnus qui pourront cependant être identifiés dans l'avenir à la suite de recherches systématiques sur l'étiologie des maladies cardio-vasculaires.

On obtiendrait aussi de bons résultats par l'éducation sanitaire de la population: les gens encore trop souvent fument la cigarette ou s'exposent à d'autres facteurs de risques au lieu de chercher à les éviter. Les bases psychologiques des comportements-réponses que suscitent les stimuli de l'environnement nécessitent une étude aussi approfondie que les stimuli eux-mêmes.

On commence à ce rendre compte de l'importance des interactions de l'homme avec l'environnement. Pour que les actions entreprises soient plus efficaces, il faut développer la recherche. Le progrès scientifique est la clef d'une meilleure prévention des maladies cardio-vasculaires.

OMS