

Wir haben für Sie gelesen – Nous avons lu pour vous

Baisse de la mortalité infantile et juvénile. Chronique OMS 19, No 3 (1965).

Le taux de mortalité infantile, c'est-à-dire le nombre des décès de nourrissons de moins d'un an par 1000 naissances vivantes pendant une période déterminée, constitue un indice précis de l'état de santé général. Une étude récemment parue dans le *Rapport épidémiologique et démographique*¹ de l'OMS traite de la mortalité infantile et juvénile dans les pays suivants: Australie, Belgique, Canada, Ceylan, Colombie, Danemark, Etats-Unis d'Amérique, Finlande, France, Italie, Japon, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni (Angleterre/Pays de Galles, Ecosse, Irlande du Nord), Suède, Suisse et Venezuela. Ces pays ont été choisis parce qu'on possède à leur sujet des renseignements sur: a) la mortalité infantile de 1951 à 1955 et en 1961; b) la mortalité infantile par cause et par âge en 1961 ou 1962; et c) la mortalité parmi les enfants de 1-9 ans pendant la période 1959-1961, par sexe, âge et cause de décès.

On signale, au début de cette étude, certaines insuffisances dans les données relatives à la mortalité infantile: lacunes dans l'enregistrement des naissances dans les pays en voie de développement comme dans les pays développés (à un degré moindre cependant pour ces derniers), et manque de précision des statistiques concernant les décès de nourrissons, d'ailleurs parfois incomplètes.

Pour faciliter l'étude de la question, la mortalité infantile a été divisée en mortalité néonatale (jusqu'à 28 jours) et mortalité post-néonatale (de 28 jours à 11 mois).

Niveaux et tendances de la mortalité infantile

Tous les pays choisis accusent un recul du taux de mortalité infantile entre 1951-1959 et 1961 (tableau 1). Le chiffre le plus élevé durant la période 1951-1959 est de 109 par 1000 naissances vivantes (Colombie) et le plus bas de 19 (Suède). En 1961, les taux varient entre 90 pour 1000 (Colombie) et 15 pour 1000 (Pays-Bas). Si l'on tient compte de l'âge.

Tableau 1. Taux moyens de mortalité infantile et recul de ces taux dans certains pays pour les années 1951-1955 et 1961, selon l'âge.

Age	Taux moyens		Recul %
	1951-1955	1961	
Moins d'un an	33	26	21
Moins de 7 jours	17	15	12
Moins de 28 jours	21	17	19
De 28 jours à 11 mois	13	8	38

on trouve les taux les plus élevés, pour 1951-1955 comme pour 1961, dans le groupe post-néonatal; en comparaison du groupe néonatal, ce groupe présente aussi une plus grande variabilité pendant la même période. En 1951-1955, les taux de la mortalité post-néonatale varient de 68 pour 1000 (Colombie) à 5 pour 1000 (Suède,) tandis qu'en 1961 ils se situent entre 60 (Portugal) et 3 (Suède); les taux de la mortalité néonatale varient de 44 (Ceylan) à 13 (Norvège) en 1951-1955, et de 36 (Colombie) à 11 (Pays-Bas) en 1961.

En moyenne, la mortalité post-néonatale a régressé davantage que la mortalité néonatale entre 1951-1955 et 1961; l'amélioration a été la moins marquée chez les nouveau-nés

¹ *Rapp. épidém. démogr.*, 1964, 17. 536.

de moins de 7 jours. D'une manière générale, 60–70% du nombre total des décès d'enfants sont survenus au cours de la période néonatale, et durant cette période plus de 80% des décès sont survenus chez des enfants de moins de 7 jours.

Causes de la mortalité infantile

La majorité des décès (tableau 2) se classe sous la rubrique « Autres maladies de la première enfance et débilité congénitale sans précisions ». Ce groupe comporte les affections du nouveau-né dues à certaines maladies de la mère pendant la grossesse, la maladie hém-

Tableau 2. Taux moyens de mortalité infantile dans certains pays, par groupes de causes, en 1961 et 1962¹

Groupes de causes ²	Taux par 100 000 naissances vivantes		
	Moins d'un an	Moins de 28 jours	De 28 jours à 11 mois
Maladies de la première enfance et débilité congénitale sans précisions	652	553	24
Lésions obstétricales, et asphyxie et atélectasie post-natales	545	541	5
Malformations congénitales	385	233	152
Grippe, pneumonie, bronchite	253	1	236

¹ Sept des pays étudiés ne disposaient d'aucune donnée pour 1962; les taux sont établis pour l'ensemble de la période 1961–1962, en présumant qu'aucune modification importante des taux ne s'est produite, en ce qui les concerne, entre 1961 et 1962.

² D'après la Liste intermédiaire de 150 rubriques pour la mise en tableaux des causes de morbidité et de mortalité, destinées à l'usage international. Dans: Organisation mondiale de la Santé (1957) *Manuel de la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, revision 1955*, vol. 1, Genève, p. 385.

lytique et la maladie hémorragique du nouveau-né, le déséquilibre alimentaire, les maladies mal définies particulières à la première enfance et la débilité congénitale. En 1961/62, ce groupe de causes de décès est responsable des taux de mortalité les plus élevés dans 16 des pays considérés, soit en moyenne, de 28% de la totalité des décès au cours de la première année. En outre, 84,8% des décès dus à cette catégorie de causes sont survenus pendant la période néonatale. Le taux de mortalité le plus élevé dû à ce groupe de causes est de 2399 par 100 000 naissances vivantes (Ceylan) et le plus bas de 335 (Pays-Bas).

Le groupe « Lésions obstétricales, et asphyxie et atélectasie post-natales » est responsable d'un taux moyen de mortalité infantile de 545 par 100 000 naissances vivantes et l'on peut attribuer 22% des décès de nouveau-nés (dans 99% des cas, avant le 28e jour). Le taux de mortalité le plus élevé par ce groupe de causes est de 806 par 100 000 naissances vivantes (Ecosse) et le plus bas de 160 (Japon).

Bien que les malformations congénitales soient la cause d'un grand nombre de décès durant la période néonatale, elles n'en jouent pas moins un rôle important durant la période post-néonatale: le taux moyen des décès est de 385 par 100 000 naissances vivantes, soit 233 pour la période néonatale et 152 pour la période post-néonatale. Les taux varient, suivant les pays, de 641 par 100 000 naissances vivantes (Irlande du Nord) à 28 (Ceylan). La proportion des décès dus à cette cause se situe entre 27,7% (Pays-Bas) et 0,5% (Ceylan).

Les infections respiratoires – grippe, pneumonie et bronchite – sont responsables de 9% de la mortalité infantile et de plus du quart des décès de la période post-néonatale. Le taux moyen de mortalité par ce groupe de causes est de 253 par 100 000 naissances vivantes; les taux, par pays, varient de 1463 (Colombie) à 58 (Pays-Bas).

Pendant la période 1961–1962, 78% des décès d'enfants de moins d'un an peuvent être imputés à l'ensemble des causes mentionnées ci-dessus. En ce qui concerne les rubriques «Gastrites, duodénite, entérite et colite», les taux de mortalité les plus élevés sont enregistrés au Portugal et en Colombie, soit respectivement 2339 et 1642 par 100 000 naissances vivantes. Tous les décès sont survenus durant la période post-néonatale. Dans d'autres pays, par contre, les affections gastro-intestinales occupent une place moins importante: c'est ainsi qu'elles ne provoquent que 0,7% des décès d'enfants au-dessous d'un an aux Pays-Bas et 1% en France et en Suède. Les taux de la mortalité infantile due à des causes mal définies ou inconnues sont les plus élevées en Colombie (1544 par 100 000 naissances vivantes) et au Venezuela (1381).

Mortalité juvénile

La mortalité juvénile, pour l'ensemble des maladies, est plus faible dans le groupe d'âge 5–9 ans que dans celui 1–4 ans (tableau 3). Dans les deux groupes, elle a été généralement plus élevée chez les garçons que chez les filles, sauf à Ceylan.

Tableau 3. Mortalité juvénile dans certains pays, par sexe, groupe d'âge et cause, en 1959/61.

Groupe de causes ¹	1–4 ans				5–9 ans			
	Taux pour 100 000		Pourcentage de toutes les maladies		Taux pour 100 000		Pourcentage de toutes les maladies	
	H	F	H	F	H	F	H	F
Accidents	36	27	28 ²	23 ²	25	13	42 ²	30 ²
Maladies de l'appareil respiratoire	23	20	23	26	4	4	13	14
Tumeurs malignes	11	10	13	13	8	6	28	23
Malformations congénitales	11	11	15	16	3	3	11	14
Maladies du système nerveux	11	8	13	10	4	3	13	11
Maladies de l'appareil digestif	10	8	13	11	2	2	8	8
Autres maladies spécifiées	8	8	10	9	5	5	15	17
Toutes maladies	86	74			31	27		

¹ D'après la Classification internationale: Table analytique des termes à inclure et subdivisions à quatre chiffres. Dans: Organisation mondiale de la Santé (1957) *Manuel de la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, révision 1955*, vol. 1, Genève, p. 43.

² Pourcentage de l'ensemble des causes.

En 1959/61, les accidents constituent la principale cause de mortalité juvénile: 28% de tous les décès chez les garçons de 1–4 ans et 23% de tous les décès chez les filles du même groupe d'âge leur sont dus. Pour le groupe d'âge 5–9 ans, la proportion des décès dus aux accidents est de 42% chez les garçons et de 30% chez les filles. Chez les enfants âgés de 1–4 ans, le taux de mortalité le plus élevé est, pour les garçons, de 88,8 pour 100 000 (Japon) et pour les filles, de 57,5 (Japon); le taux le plus bas est, pour les garçons, de 23,8 (Angleterre/Pays de Galles) et pour les filles de 15,2 (Suède). Les taux de mortalité par accidents dans les groupes d'âge 5–9 ans varient de 44,7 (Japon) à 18,1 (France) pour les garçons, et de 26,1 (Venezuela) à 7,8 (Irlande du Nord) pour les filles. Les taux de mortalité sont plus élevés chez les garçons que chez les filles, dans les deux groupes d'âge.

Les tumeurs malignes sont responsables de 13% des décès par maladie enregistrés chez les enfants de 1–4 ans. Chez les garçons, le taux le plus élevé s'élève à 14,2 (Norvège et Suède) et le

plus bas de 2,2 (Ceylan), soit un taux moyen de 11 par 100 000 enfants exposés au risque. Chez les filles, le taux le plus élevé est de 12,3 (Nouvelle-Zélande) et le plus bas de 1,9 (Ceylan), soit un taux moyen de 10. Dans le groupe d'âge 5-9 ans, les taux les plus élevés sont de 22,4 pour les garçons et 21,1 pour les filles en Suède, et les plus bas, de 0,3 (Colombie) pour les garçons et 0,2 (Ceylan) pour les filles, soit des taux moyens de 8 et 6.

Dans le groupe d'âge 1-4 ans, les maladies de l'appareil respiratoire entraînent 23% de l'ensemble des décès chez les garçons et 26% chez les filles, soit un taux moyen de 23 pour 100 000 chez les garçons et de 20 chez les filles. Le taux le plus élevé enregistré chez les garçons de ce groupe d'âge est de 355 (Colombie) et le plus bas, de 13,6 (Irlande du Nord); chez les filles du même groupe d'âge, les taux varient de 387 (Colombie) à 12,4 (Pays-Bas). Dans le groupe d'âge 5-9 ans, ces maladies causent 13% de décès chez les garçons et 14% chez les filles, soit un taux moyen de 4 pour chaque sexe. Les taux de mortalité se situent entre 41,7 (Colombie) et 1,0 (Irlande du Nord) pour les garçons et de 47 (Colombie) à 1,8 (Danemark) pour les filles.

Les malformations congénitales constituent toujours une importante cause de mortalité juvénile et provoquent, d'une manière générale, 15% des décès enregistrés chez les garçons de 1-4 ans et 16% chez les filles du même groupe d'âge, et 11% et 14% respectivement chez les enfants de 5-9 ans. Dans le groupe d'âge 1-4 ans, le taux moyen de mortalité est le même pour les deux sexes (11 pour 100 000), les taux par pays et territoires variant de 16,7 (Pays-Bas) à 0,2 (Ceylan) chez les garçons et de 16,2 (Irlande du Nord) à 5,1 (Colombie) chez les filles. Dans le groupe d'âge de 5-9 ans, les taux les plus élevés sont les mêmes pour les deux sexes, soit 5,1 - chez les garçons (Ecosse) et chez les filles (Pays-Bas) -, les taux les plus bas étant enregistrés à Ceylan (0,2 chez les garçons, et 0,1 chez les filles).

Les maladies du système nerveux provoquent à peu près le même pourcentage de décès chez les garçons (13% dans le groupe 1-4 ans, et 11% dans le groupe 5-9 ans) que chez les filles (10% dans le groupe 1-4 ans et 11% dans le groupe 5-9 ans) des deux groupes d'âge. Sous cette rubrique figurent: la méningite, sauf les méningites méningococcique et tuberculeuse, l'encéphalite, la myélite et l'encéphalomyélite, sauf les formes infectieuses aiguës ainsi que les autres maladies du système nerveux et des organes des sens. Le taux moyen de la mortalité due à ce groupe de maladies pour le groupe d'âge 1-4 ans est de 11 pour 100 000 chez les garçons, les taux variant selon les pays et territoires de 133 (Ceylan) à 6,6 (Australie); pour les filles, les taux varient de 150,8 (Ceylan) à 4,8 (Irlande du Nord), avec un taux moyen de 8.

Les maladies de l'appareil digestif représentent une importante cause de mortalité chez les enfants de 1-4 ans en Colombie (474 pour 100 000 chez les garçons et 465 chez les filles), au Portugal (314 chez les garçons et 300 chez les filles), au Venezuela (130 et 141) et à Ceylan (105 et 114). Sous cette rubrique figurent: l'appendicite, les hernies abdominales et l'occlusion intestinale, les gastrites et duodénites, les entérites et les colites, sauf la diarrhée du nouveau-né et les autres maladies de l'appareil digestif.

Les principales causes de décès. Chronique OMS 18, No 11 (1964).

Pays d'Amérique du Nord, d'Europe et d'Océanie

Dans un groupe de pays industrialisés, 73% de tous les décès sont imputables, en 1961, aux cinq causes suivantes: 1) maladies du cœur, 2) tumeurs malignes, 3) lésions vasculaires affectant le système nerveux central, 4) accidents et 5) grippe et pneumonie. En 1954-56, ces cinq causes sont responsables de 70% de tous les décès dans ces mêmes pays.

Tels sont les faits qui ressortent d'une récente étude du *Rapport épidémiologique et démographique*¹ concernant des pays d'Amérique du Nord, d'Europe et d'Océanie. Les données devaient répondre aux exigences ci-après: a) les décès devaient être classés d'après la liste abrégée (Liste B) des 50 rubriques recommandées pour l'usage inter-

¹ *Rapp. épidém. démogr.*, 1964, 17, 54.

national¹; b) les chiffres de la population devaient être donnés, par âge, pour 1954-56 ou 1955-57, 1960 et 1961; c) le nombre annuel des décès pour chaque pays devait être égal ou supérieur à 5000; d) les décès imputables à la « sénilité, sans mention de psychoses et causes mal définies ou inconnues » ne devaient pas représenter plus de 25% de l'ensemble des décès. Les pays étudiés sont les suivants: Allemagne (République fédérale), Australie, Autriche, Belgique, Berlin-Ouest, Canada, Danemark, Etats-Unis d'Amérique, Finlande, France, Hongrie, Irlande, Italie, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni (Angleterre et Pays-de-Galles, Ecosse, Irlande du Nord), Suède, Suisse.

Maladies du cœur

Dans le groupe d'âge 1-4 ans, les maladies du cœur ne figurent pas parmi les principales causes de décès en 1954-56, 1960 et 1961. Elles prennent un peu d'importance dans le groupe 5-14 ans, avec un taux moyen de mortalité de 0,95 par 100 000 habitants en 1961: elles occupent ainsi le quatrième rang parmi les principales causes de décès. Les taux moyens de mortalité deviennent dix fois plus élevés dans le groupe d'âge 15-44 ans que dans le groupe 5-14 ans; on constate la même augmentation dans le groupe 45-64 ans par rapport au groupe 15-44 ans. Dans le groupe 45-64 ans, les maladies du cœur, avec un taux moyen de mortalité de 255 par 100 000 en 1961, sont responsables de 30% de l'ensemble des décès. Le taux moyen de mortalité le plus élevé s'observe à 65 ans et au-dessus: 2084 en 1961. Les maladies du cœur sont la principale cause de décès dans ce dernier groupe d'âge; on peut leur imputer en moyenne 36% de tous les décès.

Tumeurs malignes

En 1961, les tumeurs malignes arrivent au troisième rang parmi les causes de décès dans le groupe d'âge 1-4 ans, avec un taux moyen de 10,3 par 100 000. Dans le groupe 5-14 ans, elles sont au second rang et 15% de tous les décès leur sont imputables (taux moyen de mortalité: 6,4). Les taux augmentent avec l'âge, et dans le groupe 45-64 ans les tumeurs malignes sont au premier rang: on peut leur attribuer 29% en moyenne de tous les décès. Le taux moyen de mortalité le plus élevé s'observe dans le groupe d'âge 65 ans et au-dessus (988).

Lésions vasculaires affectant le système nerveux central

Les lésions vasculaires affectant le système nerveux central n'apparaissent parmi les principales causes de décès dans aucun des pays étudiés dans le groupe d'âge 1-4 ans en 1954-56, 1960 et 1961, sauf en 1960 en Ecosse où elles arrivent au dixième rang avec un taux de mortalité de 1,6 par 100 000. Dans le groupe d'âge 5-14 ans, elles sont toujours absentes des dix principales causes de décès en 1954-56. En 1961, le taux moyen de mortalité est de 0,4 dans ce groupe d'âge; il augmente légèrement dans le groupe 15-44 ans, puis brusquement dans le groupe 45-64 ans où il atteint 96 par 100 000. Le taux moyen de mortalité le plus élevé par cette cause (1091) s'observe en 1961 dans le groupe d'âge 65 ans et plus.

Accidents

Les accidents constituent la principale cause de décès dans le groupe d'âge 1-4 ans, avec un taux moyen de mortalité de 33 par 100 000 en 1954-56 et en 1961. Ce taux diminue de moitié dans le groupe d'âge suivant (5-14 ans), où il est de 16 en 1961, mais les accidents y restent la principale cause de décès. Dans le groupe 15-44 ans, le taux moyen de mortalité s'élève à 34. Les accidents sont responsables en 1961 de la plus forte proportion de l'ensemble des décès à partir des groupes 1-4 ans jusqu'à 15-44. Le taux moyen de mortalité continue d'augmenter avec l'âge pour atteindre 169 dans le groupe d'âge 65 ans et plus en 1961.

¹ Organisation mondiale de la Santé (1957) *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, Revision 1955*, Vol. 1, Genève, p. 391.

Grippe et pneumonie

Dans le groupe d'âge 1-4 ans, la grippe et la pneumonie arrivent au deuxième rang des principales causes de décès en 1961, avec un taux moyen de mortalité de 14 par 100 000; elles sont responsables de 12% en moyenne de l'ensemble des décès. Dans le groupe d'âge 5-14 ans, le taux moyen de mortalité tombe à son niveau le plus bas (1,85). Il s'élève à 2,4 dans le groupe d'âge 15-44 ans; ces maladies sont alors au cinquième rang parmi les causes de décès. Dans le groupe 45-64 ans, elles sont responsables de 1,6% en moyenne de l'ensemble des décès et le taux de mortalité est de 17. Les taux sont maximums dans le groupe d'âge 65 ans et plus, avec une moyenne de 248 en 1961.

Pays d'Afrique, d'Amérique centrale, d'Amérique du Sud et d'Asie

D'après une étude parue dans un récent numéro du *Rapport épidémiologique et démographique*¹ de l'OMS, les gastro-entérites ont été en 1954-56 et en 1960 la principale cause de décès dans certains pays d'Afrique, d'Amérique centrale, d'Amérique du Sud et d'Asie.

Cette étude porte sur les dix principales causes de décès dans douze pays: Ceylan, Chili, Colombie, Costa Rica, Guatemala, Israël, Japon, Ile Maurice, Mexique, Panama, République Arabe Unie, Trinité et Tobago. Ces pays ont été choisis parce qu'ils remplissaient les conditions suivantes: a) les décès devaient être classés par âge et par cause, d'après la liste abrégée (Liste B) des 50 rubriques recommandées,² pour deux années quelconques, composées entre 1954 et 1957, et pour 1960; b) les chiffres de la population devaient être donnés par âge; c) le nombre annuel des décès pour chaque pays devait être égal ou supérieur à 5000; d) les décès imputables à la « sénilité sans mention de psychoses et causes mal définies ou inconnues » ne devaient pas représenter plus de 25% de l'ensemble des décès.

Les cinq principales causes de décès sont les suivantes: 1) gastrite, duodénite, entérite et colite, sauf diarrhée du nouveau-né; 2) grippe et pneumonie; 3) maladies du cœur; 4) tumeurs malignes; 5) accidents.

Dans les pays choisis, ces causes sont responsables de 31% en moyenne de tous les décès en 1960 et d'environ 28% en 1954-56. Entre 1945-56 et 1960, les taux moyens de mortalité par gastro-entérite, maladies du cœur et tumeurs malignes sont en augmentation, tandis que diminuent les taux moyens de mortalité par grippe et pneumonie et par accidents.

Gastrite, duodénite, entérite et colite, sauf diarrhée du nouveau-né

Ce sont les groupes d'âge les plus jeunes et les plus avancés qui sont les plus touchés par ces affections. Dans le groupe 1-4 ans, elles sont responsables, en 1960, de la mortalité moyenne la plus élevée, soit de plus de 20% de tous les décès survenus dans ce groupe d'âge. Le taux moyen de mortalité le plus élevé dû à cette cause s'observe à 65 ans et plus, mais ces affections n'occupent alors que la quatrième place parmi les causes de décès.

Maladies du cœur

Les maladies du cœur arrivent, en 1954-56, à la troisième place parmi les causes de décès dans les pays étudiés, avec un taux moyen de mortalité de 71 par 100 000 habitants. En 1960, elles prennent la deuxième place, avec un taux moyen de mortalité de 77 par 100 000. Les taux de mortalité reconnaissant cette cause en Israël, au Japon, à l'Ile Maurice et en République Arabe Unie, s'accroissent entre 1954-56 et 1960. Dans tous les pays, les taux moyens de mortalité augmentent avec l'âge et, à partir de 45 ans, ils sont plus élevés que les taux par toute autre cause de décès.

¹ *Rapp. épidém. démogr.*, 1964, 17, 118.

² Organisation mondiale de la Santé (1957) *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, Revision 1955*, Vol. 1, Genève, p. 391.

Grippe et pneumonie

La grippe et la pneumonie viennent au deuxième rang parmi les principales causes de décès en 1954-56. En 1960, le taux moyen de mortalité s'abaisse et ces affections passent en troisième position. Cette diminution se manifeste dans tous les pays étudiés, sauf en Colombie, au Costa Rica, au Guatemala et au Panama. Dans le groupe d'âge 1-4 ans, ces affections sont responsables en moyenne de 13% de tous les décès, n'étant dépassées que par la gastro-entérite. La mortalité moyenne par grippe et pneumonie s'élève en 1960 à 134 par 100 000 habitants dans ce groupe d'âge; elle s'abaisse ensuite pour atteindre son niveau le plus bas dans le groupe 15-44 ans. Puis on observe une courbe ascendante qui atteint son maximum dans le groupe d'âge 65 ans et plus.

Tumeurs malignes

Entre 1954-56 et 1960, on constate dans tous les pays étudiés, sauf à la Trinité et Tobago, une augmentation de la mortalité par tumeurs malignes. Le taux moyen devient mesurable dans le groupe d'âge 5-14 ans: il est alors de 3,2 par 100 000 habitants. Il augmente avec l'âge et atteint son maximum à 65 ans et plus; dans ce groupe d'âge, les tumeurs malignes viennent au deuxième rang parmi les causes de décès.

Accidents

En général, les accidents occupent la cinquième place parmi les causes de décès en 1954-56 et en 1960. En ce qui concerne les taux de mortalité selon l'âge, les accidents viennent en tête de toutes les causes de décès jusqu'à 44 ans, sauf dans le groupe d'âge 1-4 ans où ils sont au troisième rang. La mortalité moyenne par cette cause est la plus élevée dans le groupe d'âge 65 ans et plus.

Tuberculose

Bien que la tuberculose ne figure pas parmi les cinq principales causes de décès, son importance ne doit pas être négligée. Dans le groupe d'âge 15-44 ans, cette affection vient immédiatement après les accidents: elle est responsable d'environ 7% de tous les décès, et la mortalité moyenne est de 26 par 100 000.

Il ressortait de l'étude faite dans des pays de l'Amérique du Nord, de l'Europe et de l'Océanie, résumée précédemment, que les maladies du cœur et les tumeurs malignes constituaient les principales causes de décès dans ces pays. Dans les pays étudiés d'Afrique, d'Amérique centrale, d'Amérique du Sud et d'Asie, ces affections commencent en 1960 à prendre de l'importance, mais les affections gastro-intestinales prédominent toujours.

1963, la plus mauvaise année pour le choléra depuis cinq ans. Communiqué OMS/30, 5 octobre 1964.

En 1963, dans le monde entier: 65 157 cas de choléra et 21 735 décès, contre 41 575 cas et 12 016 décès en 1962, annonce l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans son dernier Relevé Epidémiologique¹. 1963 est la plus mauvaise année en ce qui concerne le choléra depuis cinq ans.

L'Inde et le Pakistan Oriental sont en tête, avec 55 069 cas en 1963, contre 28 182 en 1962. (Plus de 90% des cas sont survenus en Inde.)

Les Philippines, la Birmanie et la Thaïlande ont dépassé, respectivement, les 2000 cas enregistrés en 1962.

L'Indonésie a été sérieusement touchée.

¹ Relevé Epidémiologique Hebdomadaire, No 39.

La République du Viet-Nam a été épargnée en 1963, mais, début 1964, une épidémie s'est déclarée: 17 559 cas ont été dénombrés entre le 5 janvier et le 25 juillet.

Le choléra «El Tor», circonscrit jusqu'en 1961 aux Célèbes (Indonésie) a poursuivi sa marche à travers le Pacifique Occidental.

Ce type de choléra constitue un problème tel qu'il figure désormais sur la liste internationale des maladies quaranténaires, au même titre que le choléra classique. Après avoir atteint Java, Sarawak, Hong-Kong, Macao, les Philippines, le Nord Bornéo, Taiwan et la Nouvelle Guinée Occidentale, le choléra «El Tor» est apparu en 1963 en Corée du Sud, ainsi que dans la plupart des pays de la péninsule malaise.

Pour la première fois, deux cas de choléra, importés au Japon par voie aérienne, ont été détectés.

Autre fait notable: une incidence élevée du choléra dans les villes voisines de ports et d'aéroports. C'est ainsi qu'il a été dénombré 4 592 cas pour la seule ville de Calcutta.

Diabète: Augmentation dans le monde entier. Les pays bien nourris les plus touchés. Communiqué OMS/30, 5 octobre 1964.

Le diabète sucré, qui était en régression pendant la deuxième guerre mondiale dans les pays soumis à un rationnement alimentaire, de même qu'il l'avait été en France (par exemple) pendant la guerre de 1870, fait de nouveau des progrès dans les pays où l'obésité est redevenue fréquente sous l'effet d'une consommation alimentaire accrue et de l'absence d'activité physique.

De même, on ne peut manquer d'être frappé du fait que cette maladie se rencontre maintenant dans toutes les classes de la société, alors qu'elle était l'apanage des milieux aisés au début du siècle. Plus significatif encore, elle apparaît avec une fréquence croissante parmi les éléments jeunes des classes laborieuses. Tels sont les faits qui ont incité l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), constatant l'importance croissante du diabète pour la santé publique, à réunir un premier comité d'experts chargé de passer en revue les connaissances actuelles et donner une base internationale aux futures recherches.

Une maladie secrète

La fréquence exacte du diabète est difficile à déterminer, car chaque pays tient ses statistiques d'une façon différente. L'exemple des Etats-Unis permet néanmoins de se faire une idée de la situation, puisqu'on y évalue à 4 millions le nombre des diabétiques, dont la moitié sont connus, l'autre restant à découvrir: plusieurs enquêtes ont en effet démontré qu'un diabétique sur deux s'ignore.

Bien qu'il y ait encore beaucoup de chemin à parcourir dans le domaine de la recherche, le diabète est une maladie suffisamment connue pour que le médecin puisse disposer de plusieurs méthodes de traitement. Cette maladie est provoquée essentiellement par l'insuffisance de la production d'insuline, qui joue un rôle capital dans l'utilisation des sucres fournis par l'alimentation. Il en résulte une accumulation de sucre dans le sang, d'où il passe dans l'urine. De l'avis général, le diabète, qui est une maladie familiale, et peut-être d'origine génétique, peut passer longtemps inaperçu, avant que les symptômes se manifestent. Ceux-ci diffèrent suivant les pays: les diabétiques européens ont soif et se sentent fatigués, alors que les diabétiques des régions tropicales ont des maladies de peau. En outre, le diabète peut subir des éclipses: il apparaît puis disparaît parfois pendant la grossesse, ou à la suite d'une période d'inaction et de suralimentation, ou lorsque l'organisme a été éprouvé par une autre maladie.

Les prédispositions héréditaires

On est en droit de penser que le diabète est héréditaire si l'on considère que lorsqu'un diabétique a un jumeau, celui-ci est également diabétique sept fois sur dix, encore que la

maladie puisse apparaître chez les deux frères avec dix ans de décalage ou plus. De même, on admet généralement qu'il convient de conseiller à un diabétique de ne pas épouser une diabétique, ou alors de ne pas avoir d'enfants.

Avant qu'on ne sache fabriquer de l'insuline pour suppléer aux défaillances de l'organisme, il était rare qu'une femme diabétique puisse mener une grossesse à terme ou que l'enfant vive. Même avec les traitements modernes, l'enfant risque d'être mort-né, ou d'avoir un poids excessif ou de présenter des troubles graves.

La question du poids

Les experts ont estimé que l'obésité prédispose incontestablement au diabète. Aux Etats-Unis, la mortalité des hommes de plus de 45 ans qui ont un excédent de poids de 20 kilos est de 136 pour 100 000 habitants, contre 6 pour 100 000 habitants chez les hommes du même âge qui sont en-dessous du poids normal. Dans les Iles Cook, la mortalité par diabète au-dessus de 26 ans est dix fois plus élevée chez les obèses que chez les individus de poids normal.

Puisque le diabète ne se signale de façon apparente qu'à un stade tardif, il s'agit avant tout pour les responsables de la santé publique de dépister les cas qui s'ignorent et de les traiter.

La base de la thérapeutique reste le régime, complété par des injections d'insuline ou par la prise d'autres médicaments antidiabétiques. Chez l'enfant, l'insuline est l'arme principale, mais un régime est nécessaire pour assurer une croissance normale. A tous les âges, l'activité physique régulière constitue une protection importante.

L'emploi des diabétiques

Le comité a constaté avec un vif regret que beaucoup de pays mettent des obstacles à l'emploi des diabétiques. Ces interdictions n'ont qu'un effet négatif, et elles reposent sur des préjugés ou sur des idées fausses quant à la capacité de travail des diabétiques. Les cas les plus bénins, qui sont justiciables d'un traitement diététique et qui n'ont pas besoin d'insuline, peuvent être employés dans les mêmes conditions que n'importe quel individu normal. Les sujets plus atteints, qui sont convenablement traités par l'insuline et qui suivent un régime approprié, peuvent être employés sans inconvénient moyennant quelques précautions élémentaires. Le comité a présenté un certain nombre de recommandations au sujet des conditions d'emploi et de l'admissibilité aux assurances sur la vie et aux assurances-maladie de groupe.

Il a également recommandé que les administrations sanitaires nationales prennent des mesures d'ensemble contre le diabète et organisent le dépistage, le traitement et l'éducation sanitaire.

Il convient d'entreprendre des études épidémiologiques comparatives sur la fréquence du diabète dans des populations de cultures et d'habitudes alimentaires différentes, notamment dans les villes et dans les campagnes d'un même pays, afin de préciser certains des facteurs qui permettent de démasquer le diabète, et d'obtenir des indications plus concluantes sur le rôle du régime alimentaire, de l'obésité et de l'exercice physique. De même, le comité a recommandé que l'on étudie dans des pays différents les rapports entre la grossesse et le diabète et que l'on poursuive plus activement les recherches sur les origines génétiques de la maladie.

Les décès par maladies du cœur augmentent chez les hommes encore jeunes. Communiqué de Presse EURO 220, Copenhague, 6 mars 1965.

Les statistiques les plus récentes de l'Organisation mondiale de la Santé révèlent en Europe une forte augmentation des taux de décès par les maladies cardiaques chez des hommes encore jeunes.

D'ores et déjà, plus de la moitié des décès survenant dans la majeure partie de cette Région est attribuable aux maladies cardio-vasculaires. Il ne s'agit plus d'une « maladie de vieux » mais d'une affection qui emporte les hommes de plus en plus tôt.

Cette augmentation – en cinq ans elle a été de l'ordre de 46% en Norvège! – est due, en particulier, à la catégorie la plus importante des maladies cardio-vasculaires, à savoir l'ischémie cardiaque. Voici les chiffres se rapportant à 10 pays d'Europe :

Mortalité par artériosclérose des coronaires et cardiopathie dégénérative pour 100 000 hommes âgés de 55 à 64 ans, 1954–1956 et 1961.

Pays	1954–56	1961	Variation en %
Belgique	340,7	362,1	6
Danemark	416,9	497,7	19
France	146,7	191,4	13
Italie	301,1 ¹	361,5	20
Norvège	355,4	520,5	46
Pays-Bas	366,4	436,3	19
Royaume-Unie			
Angleterre et Pays			
de Galles	579,9	648,6	12
Ecosse	784,1	916,5	17
Suède	419,5	478,4	14
Suisse	371,9	408,9	10
¹ 1954 seulement			

Un rapport statistique qui fait état de ce phénomène inquiétant souligne que cette augmentation est réelle, et qu'elle est la cause principale de l'élévation des taux de mortalité pour toutes causes chez les hommes d'âge moyen.

La preuve du retour de la syphilis. Communiqué OMS/36, 18 décembre 1964.

Des études ont montré que dans 76 (72%) des 105 pays et territoires considérés, un minimum sans précédent a été atteint entre 1955 et 1958 et qu'ensuite l'incidence n'a cessé d'augmenter.

Le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé, lors de sa dernière session à Genève, a examiné le programme de l'OMS sur les maladies vénériennes. Du rapport soumis au Conseil, « Santé du Monde », le magazine de l'Organisation mondiale de la Santé, a publié dans son dernier numéro le chapitre sur les « transformations du milieu » qui ont pu favoriser la remontée de la syphilis ou entraver la lutte contre cette maladie.

La maladie fait moins peur

Depuis quelques années, un certain nombre de difficultés nouvelles liées au milieu entravent la lutte contre les maladies vénériennes dans les pays développés comme dans les pays en voie de développement. L'efficacité de la pénicilline, la modicité de son prix et la facilité avec laquelle on l'administre ont fini par créer une impression de sécurité trompeuse qui rend les intéressés indifférents au danger d'infection et diminue la crainte qu'inspiraient les conséquences de la maladie.

Dislocation des structures

En outre, la dislocation des structures anciennes et l'apparition de structures nouvelles dans une époque de transformations techniques, et d'industrialisation et d'urbanisation

accéléérées ont joué un rôle de plus en plus grand dans la propagation de nombreuses maladies transmissibles, en particulier dans celle des maladies vénériennes.

À l'heure actuelle, si l'on considère la situation dans l'ensemble du monde, on constate que la population des villes augmente deux fois et demie plus rapidement que celle des campagnes. Cette tendance très nette à l'urbanisation et à l'absorption de populations rurales nombreuses par des villes en voie d'expansion rapide revêt certainement en l'occurrence une importance croissante, la syphilis étant surtout une maladie urbaine. Les déplacements de travailleurs et d'autres groupes qui doivent temporairement ou durablement s'intégrer dans un milieu nouveau situé dans le même pays ou dans un pays étranger contribuent aussi à propager l'infection. D'autre part, les rapports bien connus entre consommation d'alcool et contamination vénérienne font l'objet d'une attention nouvelle en une époque de prospérité économique où le nombre des jeunes salariés sexuellement actifs ne cesse d'augmenter.

Une maladie internationale

Enfin les déplacements, sans précédent pour le nombre et la rapidité, de civils et de militaires voyageant par voie de terre et de mer et par avion, ainsi que les fréquentes escales des marins travaillant sur des bâtiments de haute mer dont le trafic s'intensifie, contribuent de plus en plus à faire de l'infection vénérienne une maladie « internationale ». Certains pays signalent que la proportion de cas diagnostiqués sur leur territoire, mais contractés à l'étranger, représente jusqu'à 50% du total et des études spéciales par sondage sur les bateaux marchands de haute mer d'une grande nation maritime ont montré que 20% environ des équipages avaient contracté l'infection au cours de l'année. Une étude effectuée dans une autre grande nation maritime met en évidence un autre fait sociologique étroitement lié au précédent, à savoir que 11,2% des équipages des bâtiments de haute mer se composent d'adolescents de 15 à 17 ans.

Révolution des mœurs

L'apparition plus rapide de la puberté et la liberté plus grande entre jeunes gens et jeunes filles ont dans beaucoup de régions révolutionné les mœurs et fait prévaloir des règles nouvelles. Les efforts déployés en matière de psychologie et d'éducation sanitaire n'ont pas empêché les maladies vénériennes de se répandre parmi les adolescents vivant dans un monde en transformation rapide. D'autre part, des rapports publiés depuis quelques années semblent indiquer que, chez les adolescents comme dans les groupes plus âgés, on observe une fréquence accrue de la syphilis (et de la blennorrhagie) parmi les homosexuels, sinon une augmentation de l'homosexualité elle-même.

La prostitution remplacée

La fermeture des maisons de tolérance et la suppression de la prostitution réglementée ont soulevé des controverses dans certains pays qui ont ratifié la Convention des Nations Unies pour la répression et l'abolition de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui ou qui y ont adhéré parce qu'on s'est demandé si ces mesures ne faisaient pas obstacle à la lutte antivénérienne et si elles n'allaient pas provoquer une recrudescence des maladies vénériennes. On a constaté que, depuis quelques années, la fréquence des maladies vénériennes s'accroît à la fois dans les pays développés où les maisons de tolérance ont été supprimées il y a plusieurs dizaines d'années (pays scandinaves) et dans ceux où cette suppression est plus récente (France, Italie); en outre, dans certains pays, il semble que la prostitution ait été en grande partie remplacée comme source de contamination vénérienne par la promiscuité sexuelle clandestine (« non professionnelles enthousiastes », « filles de rencontre », « call-girls », « barmaids », « entraîneuses », etc.). Ce sont là des phénomènes liés aux transformations sociales que connaissent certains pays; ailleurs, la prostitution est demeurée un moyen d'existence qui soulève des problèmes épidémiologiques, sociaux et économiques.

Pénurie mondiale de personnel médical. Chronique OMS 19, No 2 (1965).

La pénurie de médecins et de personnel sanitaire se prolonge, et les obstacles aux efforts faits pour y remédier sont l'un des principaux problèmes qui se posent dans les diverses parties du monde. Les six rapports traitent de la situation dans les Régions OMS de l'Afrique¹, des Amériques,² de l'Asie du Sud-Est³, de l'Europe,⁴ de la Méditerranée orientale⁵ et du Pacifique occidental,⁶ et passent en revue les moyens envisagés pour l'améliorer.

Dans la Région africaine de l'OMS, les efforts des administrations nationales de santé publique pour faire face aux immenses besoins sont entravés, d'une part, par l'insuffisance des ressources financières et, d'autre part, par la pénurie de personnel qualifié. Le rapport annuel sur les activités de santé publique dans la Région en 1963/64 révèle en outre que, malgré la place non négligeable réservée à la formation du personnel dans la plupart des projets régionaux de l'OMS, les résultats acquis jusqu'à présent sont encore loin de répondre aux besoins actuels. Il faut faire beaucoup plus si l'on veut rattraper, dans un avenir prévisible, le retard dont souffrent beaucoup de pays. Les graves déficiences constatées dans les secteurs primaire et secondaire de l'enseignement diminuent encore sensiblement les possibilités de recrutement et la qualification de base des futurs candidats destinés à recevoir une formation sanitaire.

Dans la Région des Amériques, beaucoup de pays n'ont pas assez de médecins convenablement formés ni de chercheurs. Des territoires étendus et d'accès difficile sont dépourvus de services de santé permanents. En général, les services de médecine préventive et curative sont séparés, et il n'y a que peu ou pas de collaboration entre eux et les services d'enseignement. En ce qui concerne les soins médicaux, il n'existe aucune correspondance entre l'action des ministères de santé publique et celle des organismes de sécurité sociale, et très souvent les attributions des administrations et des services chevauchent inutilement.

En mettant fin à ces doubles emplois, on pourrait soigner plus de gens avec les mêmes ressources. Selon le Dr A. Horwitz, Directeur régional, il s'agit d'une nécessité impérieuse :

Les systèmes actuels sont à la fois la cause et le résultat des méthodes de formation des médecins et des professions connexes. Bien qu'en théorie on ait formulé avec précision ce que l'on pouvait attendre d'une telle formation, il est rare que les techniciens de ces disciplines s'acquittent de leur tâche en ayant une vue d'ensemble des problèmes et de leurs fondements sociaux et écologiques, et en s'efforçant d'unir leurs efforts pour atteindre le but essentiel: la prévention des maladies, l'arrêt de leur propagation et l'amélioration de la santé.

En Asie du Sud-Est, le rapport pour 1963/64 du Directeur régional, le Dr C. Mani, fait état de projets de valeur qui ont échoué par manque de personnel, malgré les efforts et les sacrifices financiers. L'accroissement de la population et la complexité grandissante des problèmes à résoudre entraînent une demande de plus en plus forte qui ne peut être satisfaite. Son ampleur est un obstacle à une juste rémunération qui a pour effet à son tour de compromettre la mise en place du personnel indispensable. En théorie, il serait possible

¹ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique (1964) *Rapport annuel au Comité régional de l'Afrique sur les activités de l'OMS dans la Région africaine (1er juillet 1963-30 juin 1964)*, Brazzaville.

² Pan American Health Organization (1964) *Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization, 1963*, Washington, D.C. (Official Documents, No. 56).

³ World Health Organization, Regional Office for South-East Asia (1964) *Sixteenth annual report of the Regional Director to the Regional Committee for South-East Asia, 1st August 1963-1st August 1964*, New Delhi.

⁴ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe (1964) *Rapport du Directeur régional, juillet 1963-juin 1964*, Copenhague.

⁵ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour la Méditerranée orientale (1964) *Rapport annuel du Directeur régional à la quatorzième session du Comité régional (1er juillet 1963-30 juin 1964)*, Alexandrie.

⁶ World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific (1964) *Fourteenth annual report of the Regional Director to the Regional Committee for the Western Pacific covering the period 1st July 1963-30 June 1964*, Manila.

de pallier ces déficiences par des méthodes d'organisation saines, mais la réorganisation d'un secteur de l'activité publique a des répercussions sur la structure des autres et dans la compétition qui en résulte le besoin en personnel demeure partout insatisfait.

La pénurie de médecins qualifiés, toujours plus grave, a provoqué une expansion des établissements d'enseignement médical, mais le personnel enseignant indispensable fait défaut. C'est ainsi qu'en Inde on comptait 66 écoles de médecine en 1962, 73 en 1963 et 80 en 1964, soit deux ans avant la date prévue dans le troisième Plan quinquennal du pays (1961-1966). Le Conseil central de Santé, réuni en novembre 1963, a émis le vœu de voir les gouvernements des Etats employer les dernières années de fonctionnement du Plan pour consolider et renforcer les institutions déjà existantes plutôt que d'en créer de nouvelles. Néanmoins, il a pris également en considération un projet prévoyant l'ouverture de plus de vingt écoles de médecine supplémentaires au cours du quatrième Plan quinquennal de 1966 à 1971, en vue d'obtenir le taux d'un médecin pour 3500 habitants.

Dans son rapport, le Dr Mani constate d'autre part qu'il faut d'urgence s'opposer aux tendances qui aboutissent à une dégradation de la qualité de l'enseignement. Il est également indispensable de revoir les méthodes d'enseignement et le programme des cours afin de les accorder aux progrès récents accomplis dans les pays développés. Beaucoup de ces méthodes n'ont subi aucune modification au cours des trente dernières années.

On peut dans une certaine mesure améliorer la situation par l'octroi de bourses de perfectionnement, mais il n'est guère possible de permettre à un grand nombre de bénéficiaires de se rendre à l'étranger pour poursuivre des études alors que les cadres du personnel enseignant en fonction sont déjà insuffisants.

Il s'avère également difficile d'obtenir le concours de professeurs de pays développés qui viendraient en Asie du Sud-Est renforcer les effectifs locaux pendant un laps de temps suffisamment long, par exemple deux ou trois ans. En effet il n'y a pas assez d'enseignants et ceux qui acceptent risquent de perdre les possibilités d'avancement offertes dans leur pays d'origine.

On pourrait s'attendre à trouver dans la Région européenne de l'OMS une situation complètement différente, et cependant il existe des analogies avec les conditions qu'on observe en Asie du Sud-Est. Passant en revue les cinq années d'activité du service de l'enseignement et de la formation professionnelle, créé au Bureau régional, le Directeur, le Dr P. van de Calseyde, signale qu'une des caractéristiques de la Région réside dans la grande diversité des ressources qu'elle offre en matière de formation du personnel. Ce fait n'empêche cependant pas la persistance d'une pénurie de médecins et de personnel sanitaire dans la plupart des pays; plusieurs d'entre eux ont exprimé leurs craintes à ce sujet. Malgré ces vastes possibilités, les conceptions nouvelles se heurtent souvent à de sérieux obstacles. C'est peut-être en raison de l'ancienneté des traditions européennes que les réformes qu'impose l'évolution moderne sont parfois lentes à se réaliser.

Presque toutes les écoles de médecine, en Europe, sont surpeuplées et il faut, soit en créer de nouvelles soit agrandir celles qui existent. Dans de nombreux pays, les équipements de laboratoire sont insuffisants et les amphithéâtres et les salles de conférences trop peu nombreux. En outre, on manque de professeurs à plein temps. Quant aux programmes, ils sont généralement surchargés en raison du grand nombre de matières nouvelles et des connaissances qui ne cessent de s'accumuler dans certaines disciplines comme la biochimie. L'enseignement des aspects sociaux et préventifs de la médecine, en revanche, reçoit rarement toute l'attention désirable.

Le manque de professeurs, dans certains pays d'Europe, incite les étudiants à recourir exagérément aux manuels, mais les facilités qu'offrent les bibliothèques sont limitées à cause de la pénurie de bibliothécaires compétents. Dans certains pays, l'enseignement post-universitaire est organisé de façon rationnelle, mais dans d'autres, qui constituent la majorité, aucun plan d'ensemble n'est prévu.

Retraçant les activités du Bureau régional pour la Méditerranée orientale au cours des quinze années écoulées depuis sa fondation, le Dr A. H. Taba, Directeur régional, fait remarquer que le budget régional pour 1964 a prévu un montant trois fois plus élevé que le budget de 1961 pour les postes relatifs à la formation du personnel médical et paramédical. Sur les 580 projets approuvés par le Bureau, 220 concernaient principalement

l'enseignement et la formation. De 1949 à 1964, le nombre des écoles de médecine de la Région a passé de 12 à 33 et l'effectif médical a augmenté de 50-100%.

Malgré les efforts accrus en vue de pallier la pénurie aiguë de médecins, la partie est loin d'être gagnée et l'insuffisance des effectifs médicaux, dans des territoires étendus, reste inquiétante. Dans les pays qui groupent les deux tiers de la population de la Région, le rapport médecin/habitants varie de 1 pour 1000 à 1 pour 10 000; dans le reste du territoire, il est de 1 pour plus de 50 000.

Le Dr I. C. Fang, Directeur du Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, affirme que le manque de personnel qualifié apte à organiser, administrer et étoffer les services de santé nationaux reste un des problèmes les plus sérieux auxquels aient à faire face les administrateurs de santé publique. En plusieurs occasions, ce manque de personnel a fait obstacle au développement des programmes de santé dans la Région. On l'attribue généralement à la pénurie de diplômés de l'enseignement primaire et secondaire parmi lesquels doit s'effectuer le recrutement, au manque de possibilités dans la domaine de la formation sanitaire et à l'insuffisance numérique du personnel enseignant.

La Région compte 79 écoles qui délivrent des diplômes de médecins et 4 écoles destinées à la formation des fonctionnaires médicaux adjoints. Le recrutement du personnel enseignant dans les facultés est difficile, notamment pour les sciences de base; dans certains pays où les possibilités de perfectionnement post-universitaire sont insuffisantes, les diplômés sont obligés de se rendre à l'étranger. Le nombre de médecins par habitants est très variable suivant les pays - 1 pour 900 habitants en Australie et au Japon, par exemple, mais seulement 1 pour 40 000 habitants au Cambodge. De plus, les médecins ne sont pas répartis de façon égale dans tout le pays et sont installés en beaucoup plus grand nombre dans les zones urbaines.

Wohnungen für Behinderte. Von F. Nüscheler, als Erstdruck erschienen im Jahresbericht 1963, Schweizerische Rheumaliga.

Zur wirkungsvollen Eingliederung Behinderter gehören medizinische und berufliche Maßnahmen. Recht oft muß auch das Wohnproblem der Invaliden gelöst werden, um eine dauerhafte berufliche Eingliederung zu erreichen. Wir erleben es immer wieder, daß an sich arbeitsfähige Invalide nur deshalb nicht richtig eingegliedert werden können, weil das *Wohnproblem* für sie nicht befriedigend gelöst ist. Oft bietet die Überwindung des Treppenhauses in der Wohnung größere Schwierigkeiten als der Weg von der Haustüre zum Arbeitsplatz, der nun dank der Motorisierung auch von ganz gehunfähigen Behinderten gemeistert wird. Es ist deshalb notwendig, nicht nur an die Invalidenfahrzeuge zu denken, sondern auch für Wohnungen zu sorgen, die im *Rollstuhl ebenerdig* oder mit dem Lift *ohne Treppentritte* und *ohne Schwellen* erreichbar sind.

Die nachträgliche Umgestaltung eines Hauses und Anpassung an die Bedürfnisse eines nicht gehfähigen Behinderten ist äußerst kostspielig und führt leicht zu einer Verunstaltung des Gebäudes. Wenn man aber schon bei der Planung eines Hauses daran denkt, daß *Schwellen und Tritte* zu vermeiden sind und daß alle Türen breit genug sein müssen, um einen Fahrstuhl durchzulassen, dann entstehen praktisch keine Mehrkosten. Es ist deshalb wichtig, daß Bauherren und Architekten rechtzeitig über die Bedürfnisse der Behinderten orientiert sind und *vor Baubeginn* sich zur Berücksichtigung der notwendigen baulichen Anforderungen entschließen können.

Im Jahre 1960 hat in Zürich eine Studiengruppe damit begonnen, alle wünschbaren technischen Postulate bezüglich der Invalidenwohnungen zusammenzutragen. Auf Grund der Vorarbeit von Herrn W. Schweingruber, dem damaligen Leiter der Eingliederungsstätte Basel, wurden dann im September 1961 neue *Richtlinien* für den *Wohnungsbau* zusammengestellt. Bei diesen Richtlinien ging man vom Grundsatz aus, daß nur die allerwichtigsten Postulate berücksichtigt werden sollten, damit jede Wohnung auch für Nichtinvaliden wohnlich bleibt. Dies bedeutet, daß alle technischen Spezialeinrichtungen außerhalb der Diskussion blieben. Aus dieser bewußten Beschränkung ergibt sich die

Möglichkeit, alle Neubauten so zu planen, daß sie Familien mit einem invaliden Familienmitglied oder auch alleinstehenden Invaliden dienen können.

Diese Richtlinien wurden von der Zentralstelle für Baurationalisierung BSA/SIA überarbeitet, wozu eine kleine Spezialkommission eingesetzt wurde, bestehend aus Prof. M.R. Francillon, Balgrist, Zürich, Fräulein R. Frey, Beschäftigungstherapeutin, Rotes Kreuz, Zürich, Architekt J. Höhn, Thun, Architekt Heinz Joss, Zürich, Dr. med. E. Morscher, Kinderspital, Basel, und Dr. F. Nüscher, SAEB, Zürich. Auf Grund der Vorschläge dieser Kommission hat der Vorstand der BSA/SIA Zentralstelle das *Normblatt* über Wohnungen für Behinderte geprüft und am 18. September 1962 einstimmig genehmigt. Die Publikation des Normblattes erfolgte in allen drei Landessprachen. Es steht allen Architekten und weiteren interessierten Kreisen zur Verfügung (Norm SNV 1963/DK 728 : 1 : 362.4).

Diese neuen Baunormen enthalten *präzise Bestimmungen* über Lage und Zufahrt zur Wohnung, maximale zulässige Steigung für Rollstuhl-Benützer, Größenmaße von Türen (90 cm breit) und Lift, Anordnung von Armaturen, Türklinken und Fenstergriffen, Steckdosen, Bestimmungen über Heizung und gleitsichere Bodenbeläge. Von Bedeutung sind auch die Maßnormen für die Küchen, um einer invaliden Hausfrau die Arbeit zu ermöglichen, zum Beispiel freier Raum unter dem Spültisch und unter dem Kochrechaud (70 cm hoch). Beim Bad- und WC-Raum ist es wichtig, die Anordnung so zu treffen, daß mit einem Rollstuhl hineingefahren und die Türen dahinter geschlossen werden können. Wände und Decken sind so zu konstruieren, daß die im Einzelfall nötigen Haltevorrichtungen nachträglich angebracht werden können. Es folgen besondere Bestimmungen über Badewanne, Balkon, Waschküche und sogar über die günstige Höhe von Brief- und Milchkasten. Den Baunormen sind *Zeichnungen* beigelegt mit präzisen Maßangaben über einen Rollstuhl, über schwellenlose Türen und über WC und Badezimmer sowie über die Garage. Für Behinderte ist es von wesentlicher Bedeutung, ihr Leben in einer normalen Gemeinschaft verbringen zu können und nicht mangels geeigneter Wohnungen an Pflegeanstalten gebunden zu sein. Die Baunorm empfiehlt deshalb, daß nicht mehr als drei Invalidenwohnungen pro Wohngruppe vorgesehen sollen. Damit erreichen wir, daß man die Invaliden im Sinne einer sozialen und gesellschaftlichen *Eingliederung* möglichst unter die gesunden Mitmenschen verteilt. Häuser, die ausschließlich Invaliden dienen, sollen die Ausnahme bilden, weil eine Kumulierung der Invaliden eher zu einer Absonderung statt zu einer Eingliederung führt. In dieser Hinsicht müssen wir aus den Erfahrungen im Ausland lernen, um Fehlleistungen zu vermeiden. Andererseits können wir aber viele technische Anregungen aus dem Ausland übernehmen.

Um den Behinderten das Leben zu erleichtern, müssen wir aber nicht nur an die Wohnbauten denken, sondern auch an die Geschäftshäuser, Fabriken und an die *öffentlichen Bauten*. Der Invalide soll hindernisfrei Zugang haben zu Post, Bahnhof, Schule, Kirche, Theater und Gaststätten, Sportanlagen usw. Meist handelt es sich ja nur um den Zugang zum ebenerdigen Geschoß. Leider bilden aber hier in den meisten Fällen ein oder zwei unnütze Treppentritte ein schweres Hindernis. Diese wenigen *Treppentritte* bei den Hauseingängen hatten früher einmal in unseren mittelalterlichen Städten einen Sinn. Damals, als der Zürcher Paradeplatz noch «Söimärt» hieß, gab es keine Kanalisationen. Vielmehr flossen die Abwässer durch die Gassen, und man brachte bei den Türen Stufen an, um sich gegen diese Abwässer zu sichern. Heutzutage haben diese Eingangstritte ihren Sinn längst verloren, und es ist unbegreiflich, daß sie bei modernen Wohnbauten immer wieder auftauchen, obwohl ein treppen- und schwellenloser Eingang doch mindestens so praktisch und schön wäre. Es ist deshalb zu hoffen, daß die BSA/SIA-Baunorm auch im *öffentlichen Bauwesen* Berücksichtigung findet.

Mit Freude können wir feststellen, daß bei den zuständigen Behörden das Verständnis für unsere Anliegen im Wachsen begriffen ist. In der Bundesversammlung wurde ein Postulat Allemann über diese Baunormen angenommen, so daß sich die künftige Anwendung der Normen bei öffentlichen Bauten und im sozialen Wohnungsbau je länger je mehr durchsetzen wird. So beschloß beispielsweise der Basler Regierungsrat, die Invaliden bei kommunalen und subventionierten Neubauten zu berücksichtigen. Danach sollen in solchen Neubauten im Parterre-Geschoß die Eingangstüren verbreitert und schwellenlos gestaltet

werden. Das ist immerhin ein Anfang. Allerdings genügt es nicht, die Invaliden nur auf Parterre-Wohnungen zu verweisen. Gerade für Rheumainvalide werden Wohnungen in oberen Stockwerken vorgezogen. In modernen Wohnbauten gehört der Lift zur Selbstverständlichkeit. Es muß aber darauf geachtet werden, daß die *Lifttüren* der Baunorm entsprechen.

Auch bei der Planung der *öffentlichen Verkehrsmittel* sollte an die Invaliden gedacht werden. Zwar wird der an den Rollstuhl gebundene Behinderte immer auf die individuelle Motorisierung angewiesen sein, wozu ihm bekanntlich die Invalidenversicherung hilft. Für die übrigen Gehbehinderten, die sich mit Prothesen, Gehapparaten oder Krücken vorwärtsbewegen können, wäre es aber wesentlich, daß der Zugang zu den öffentlichen Verkehrsmitteln stufenlos gestaltet wird. Sofern die Rolltreppe richtig gebaut ist, können Gehbehinderte die Untergrundbahn leichter benützen als Tram und Bus, denn der Zugang vom Perron zum Wagen erfolgt dort flach und ohne Tritte. Neben dieser theoretischen Vorarbeit, die nun zur Anerkennung von allgemein gültigen Baunormen geführt hat, sind verschiednenorts Bestrebungen im Gange, *praktische Lösungen des Wohnproblems* zu realisieren.

In *Basel* wurden bereits im Jahre 1962 in den Exerziermatten die vier Wohnblöcke eingeweiht, in denen jeweils eine Parterre-Wohnung für Invalide eingerichtet ist. In *Bümpliz bei Bern* ist eine großzügige Überbauung des Tscharnergutes geplant, wobei in einem Hochhaus die sechs untersten Geschosse für Invalidenwohnungen vorgesehen sind.

In *Zürich* ist die Baugenossenschaft Turicum bereit, in ihren derzeit entstehenden Neubauten «Hohenstein» im Triemli sechs bis acht Wohnungen für Invalide entsprechend den erwähnten Baunormen einzurichten. In zwei von diesen Wohnungen soll auch die Küche den Normen gemäß so gestaltet werden, daß eine behinderte Hausfrau vom Rollstuhl aus den Haushalt führen kann. Im großen Stadtzürcher Bauprojekt *Lochergut* werden nun rund 25 Wohnungen gemäß den BSA/SIA-Normen fahrradstuhlgängig gebaut.

Es darf erwartet werden, daß diese Beispiele immer mehr Schule machen und weitere für Invalide geeignete Wohnungen entstehen.

Dr. iur. F. Nüscherler

Norm SNV 1963. Wohnungen für Gehbehinderte. Erhältlich beim Herausgeber: BSA/SIA Zentralstelle für Baurationalisierung, Torgasse 4, Zürich 1 oder bei SAEB, Seestraße 161, 8002 Zürich.

Santé mentale et recherche. Chronique OMS 18, 402-405 (1964).

On s'accorde généralement à reconnaître que la plupart des troubles mentaux relèvent de causes multiples. Comme ces causes elles-mêmes sont peu ou mal connues, les progrès ne sont que partiels et ce n'est que graduellement que l'on avance vers une meilleure compréhension des processus pathologiques. Parmi ces progrès partiels, il convient de citer: les études des chromosomes au cours des syndromes accompagnés de retard mental, les recherches sur certains troubles héréditaires des systèmes enzymatiques, les progrès obtenus grâce à l'électroencéphalographie dans l'identification de certaines psychoses autrefois rattachées à la schizophrénie, les recherches pharmacologiques sur l'activité de certains constituants du cerveau (acétylcholine, histamine, catécholamines, etc.) et des médicaments psychotropes, l'application à l'étude du comportement humain et animal de la théorie des réflexes conditionnés, l'identification des facteurs responsables de certains troubles psycho-somatiques.

Contrastant avec la lenteur des acquisitions dans le domaine de l'étiologie, les changements quantitatifs et qualitatifs survenus depuis vingt ans dans le travail effectué par les services psychiatriques peuvent être qualifiés de radicaux. Ces changements n'ont pas seulement affecté les pays possédant des services hautement spécialisés mais aussi certains pays en voie de développement. C'est ainsi qu'à Taiwan et au Nigéria des psychiatres ont inauguré l'application de nouvelles méthodes à l'organisation de leurs services de traitement, en utilisant les caractères culturels particuliers de la collectivité.

Malgré ces progrès, les données scientifiques nécessaires à l'édification de programmes pratiques de prophylaxie et de traitement font défaut. C'est pourquoi le Groupe scientifique estime que la recherche fondamentale en matière de santé mentale doit retenir autant

d'attention que celle accordée jusqu'ici presque exclusivement à la santé physique. Parfaitement averti de l'immensité de la tâche à accomplir, le Groupe a tenu à souligner tout d'abord la nécessité de réunir de petits groupes d'experts chargés d'étudier dans leurs détails les recherches que le Groupe s'est borné à énumérer par ordre décroissant de priorité.

Epidémiologie

Le Groupe estime qu'une priorité absolue doit être accordée à l'encouragement de la recherche épidémiologique sur la répartition des troubles mentaux dans les différents pays et l'efficacité des services de traitement et de prévention. L'assistance de l'OMS est essentielle pour deux activités d'importance capitale pour la comparabilité internationale des enquêtes. Ce sont :

a) La mise au point d'une classification des troubles mentaux acceptable et applicable partout. Les étapes en seront des études des variations du diagnostic posé en présence d'un même syndrome par des psychiatres de nationalités différentes et la préparation de glossaires destinés à simplifier les méthodes diagnostiques couramment utilisées en différents pays.

b) La mise au point de méthodes normalisées de dépistage et d'établissement du pronostic. Là encore on peut espérer que l'enregistrement systématique des symptômes et des troubles du comportement conduira à l'identification de syndromes cliniques objectifs.

Un certain nombre d'études épidémiologiques sur le terrain devraient être entreprises sous l'impulsion de l'OMS et bénéficier de son assistance technique. Ce sont :

a) Des enquêtes sur des populations bien définies, où l'on établira avec certitude la morbidité psychiatrique et la répartition de telle ou telle maladie mentale parmi des sous-groupes de populations.

b) Une collaboration à d'autres enquêtes; c'est ainsi qu'au cours d'enquêtes sur le cancer ou les maladies cardio-vasculaires on pourra faire la part des troubles mentaux.

c) Des enquêtes sur des groupes très vulnérables (habitants de zones où certaines affections sont endémiques, veufs et veuves, retraités, enfants nés de parents schizophrènes, etc.).

d) Des enquêtes sur le suicide et les tentatives de suicide.

e) Des études sur les changements de la morbidité psychiatrique avec le temps et sur leurs rapports avec les changements survenus dans le milieu social lui-même.

f) Des études longitudinales destinées à dégager l'«histoire naturelle» des différentes maladies mentales et à préciser en particulier la fréquence relative des guérisons spontanées, afin de pouvoir mieux juger de l'efficacité de tel ou tel traitement prophylactique ou curatif.

g) Enfin la formation des chercheurs. Il s'agit là d'une tâche essentielle, car bien souvent l'enseignement classique de la psychiatrie fait peu de place à l'initiation aux méthodes de recherche. En ce qui concerne les pays en voie de développement, il apparaît que les jeunes psychiatres y souffrent surtout du manque d'instruction en méthodologie et de la pénurie de bibliothèques recevant toutes les revues spécialisées. C'est surtout dans ce domaine que l'OMS peut faire œuvre utile si les chercheurs du service de la santé mentale constituent un centre de référence susceptible de fournir des conseils pour l'élaboration des projets de recherche et des indications bibliographiques sur le sujet à étudier.

Psychiatrie sociale

Dans ce domaine, des progrès ne seront effectués qu'en faisant appel à la recherche épidémiologique opérationnelle, centrée non sur l'étude de populations entières mais sur le fonctionnement des services médicaux existants. C'est à elle qu'il appartient de répondre à des questions telles que: Quels genres de malades viennent consulter les psychiatres? Quel traitement leur a-t-il été administré? Quel en a été le résultat?

Cette recherche opérationnelle est d'une importance particulière pour les pays où les services psychiatriques en sont à leurs débuts et où leur fonctionnement conserve une certaine souplesse.

L'assistance de l'OMS à la recherche opérationnelle peut s'exercer dans les domaines suivants :

a) Aide aux autorités nationales dans leurs efforts pour recueillir des données uniformes sur les malades traités dans des établissements psychiatriques.

b) Formation du personnel en vue de l'analyse et de la tabulation des données sur les malades mentaux.

c) Etablissement de registres cumulatifs, embrassant toutes les formes de traitement psychiatrique.

d) Diffusion d'informations sur la recherche clinique (études cliniques sur des syndromes particuliers, études de cohortes de malades classés selon des groupes d'affections, essais cliniques contrôlés de nouveaux médicaments ou de toute autre forme de traitement).

e) Etudes de l'attitude de la collectivité envers les maladies mentales et le traitement psychiatrique.

f) Etudes sur l'utilisation des services psychiatriques par différents secteurs de la population.

g) Etudes comparatives de types opposés d'organisation des soins psychiatriques (par exemple traitement dans un hôpital psychiatrique, ou dans un hôpital général ou encore dans un hôpital de jour; post-cure confiée à des infirmières de santé publique ou à une équipe psychiatrique).

L'unanimité s'est faite au sein du Groupe scientifique sur l'intérêt que présenterait, pour l'exécution de ces projets de recherches et aussi pour la formation du personnel en matière de méthodologie et d'analyse statistique, la création par l'OMS d'un centre international de rassemblement et d'analyse des données sur la morbidité mentale et l'utilisation des services psychiatriques.

Facteurs de culture et de milieu

Tout au long des délibérations du Groupe scientifique, l'accent a été mis sur l'importance des facteurs de culture et de milieu. Culture s'entend ici au sens anthropologique du terme : mode de vie d'un peuple, organisation sociale, économique et politique, modes généraux de pensée et de réaction, relations interhumaines. Quant au milieu, ils'agit aussi bien du climat physique que des conditions générales de la vie : surpeuplement ou isolement, pollution de l'eau et de l'air, architecture intérieure et extérieure des hôpitaux psychiatriques, etc.

L'extrême diversité des cultures dans le monde d'aujourd'hui permet d'en étudier le retentissement comme en autant de laboratoires naturels. Comme elles changent rapidement, il convient de recueillir des données à la fois avant et pendant ces changements.

Cependant, avant de pouvoir mener à bien de telles recherches, il convient de former, avec l'assistance de l'OMS, des sociologues qui mettront au point des méthodes plus précises pour les recherches en santé mentale auxquelles ils participent. Par la suite, l'OMS pourrait convoquer un groupe d'experts auxquels incomberait la tâche de proposer des études comparatives sur les influences des cultures particulières. Il serait intéressant d'étudier par exemple les rapports entre la structure familiale et les tables de valeur des groupes d'une part et la santé mentale d'autre part.

Génétique et troubles mentaux

Des découvertes comme celle de l'origine chromosomique du mongolisme ou celle du polymorphisme génétique de populations normales en ce qui concerne le pouvoir individuel de métaboliser et d'inactiver des médicaments psychotropes montrent l'intérêt que présentent de tels faits pour la santé mentale. Là encore, l'OMS devrait accorder des bourses d'études qui permettraient aux jeunes chercheurs de se perfectionner dans les techniques d'analyse des chromosomes et de biochimie des métabolites anormaux.

Mais surtout il convient de se souvenir des liens qui unissent la génétique à la psychiatrie biologique et à l'épidémiologie. Il serait intéressant de choisir un des plus petits pays et d'y détecter toutes les formes de troubles mentaux et toutes les anomalies déterminées par l'hérédité. Les bases d'un tel système existent déjà dans des pays tels que le Danemark, la Norvège et la Suisse. C'est ainsi qu'au Danemark il est possible de connaître le nombre

exact de cas d'hémophilie et le nombre exact de jumeaux. L'application du système danois à un autre petit pays, si possible de culture et de constitution génétiques très différentes, faciliterait les recherches sur l'étiologie et l'épidémiologie des troubles mentaux, sur l'anthropologie culturelle et sur la psychiatrie sociale et la psychodynamique intrafamiliale.

Le Groupe scientifique a par ailleurs insisté sur l'importance d'enquêtes menées au sein de groupes dont la composition génétique est très spéciale du fait de coutumes particulières (polygamie, polyandrie) ou d'unions consanguines dues à l'isolement.

Santé mentale des jeunes et des personnes âgées

Les troubles mentaux de l'enfance devraient être l'objet de recherches plus nombreuses et mieux orientées. L'OMS pourrait accorder son aide dans les domaines suivants :

a) Etudes transversales et longitudinales sur le développement de l'intelligence et de la personnalité d'enfants normaux soumis aux facteurs du milieu : culture, alimentation, instruction, famille, etc. Toute recherche sur la personnalité devrait comprendre une étude de cette période critique que représente l'adolescence. Il s'agit d'un problème capital, car les troubles de l'intelligence et de la personnalité influent non seulement sur la santé des individus mais aussi sur le bien-être de la collectivité.

b) Etudes prospectives et rétrospectives sur l'enfant hors du milieu familial (foyers nourriciers, crèches, etc.).

c) Recherches opérationnelles sur les enfants traités dans des services de psychiatrie. La comparaison des résultats obtenus dans différents pays permettra une meilleure évaluation de ces services.

d) Recherches sur les répercussions du planning familial sur le développement mental de l'enfant.

Quant aux troubles mentaux des vieillards, ils posent un problème d'importance croissante. Le Groupe scientifique estime qu'à cet égard l'OMS devrait encourager des études sur la prévalence des maladies mentales chez les personnes âgées appartenant à différents types de sociétés, les facteurs sociaux (y compris l'attitude de la famille et de la collectivité à leur égard), l'influence possible des facteurs génétiques et nutritionnels, ainsi que des maladies cardio-vasculaires sur les lésions dégénératives du système nerveux.

Réflexes conditionnés et théorie de l'apprentissage

L'étude de l'activité réflexe conditionnée présente pour la recherche en santé mentale un immense intérêt car elle permet de comprendre la nature et la dynamique des phénomènes physiques au niveau du cerveau, d'établir des rapports entre les lois qui régissent l'activité nerveuse supérieure et les influences du milieu, d'incorporer les résultats obtenus par d'autres méthodes à une compréhension totale du comportement de l'homme, à l'état normal et pathologique, de fournir au traitement psychiatrique une base scientifique solide. Ces investigations ont été surtout poursuivies dans les instituts de recherche de l'URSS. Dans d'autres pays, en particulier aux Etats-Unis d'Amérique et au Royaume-Uni, on s'est intéressé aux applications de la théorie de l'apprentissage (illustrée par les travaux de Thorndike, Hull, Skinner et Eysenck) et de la théorie de l'information à l'étude de la pensée, des sensations et du comportement de l'homme. Il en est résulté des méthodes de traitement à base scientifique et non plus seulement empirique.

Selon le Groupe scientifique, l'OMS devrait accorder des bourses d'études permettant aux chercheurs de s'initier au traitement résultant de la théorie des réflexes conditionnés et de la théorie de l'apprentissage dans les centres où l'on utilise ces techniques de façon intensive. Elle devrait également envoyer des consultants dans les instituts de recherche qui s'initient à ce genre d'études. Enfin la dissémination et l'échange d'informations à ce sujet, sous forme de traduction de la littérature existante, de publication de revues générales, ou de réunions internationales, sont hautement souhaitables.

Outre ces importants problèmes, le Groupe a abordé plusieurs questions intéressant les recherches à poursuivre dans les domaines de la psychiatrie biologique, des troubles psychosomatiques, de la psychothérapie, de l'alcoolisme, de la toxicomanie, des répercussions mentales de l'industrialisation et des aspects médico-légaux de la psychiatrie.