

## *Services d'épidémiologie et de statistiques sanitaires*

---

La coopération internationale en matière de statistiques sanitaires a une histoire aussi ancienne et chargée d'événements que celle des conventions sanitaires. Le premier Congrès international de Statistique, qui eut lieu à Bruxelles en 1853, comme on l'a vu plus haut, invita William Farr et Marc d'Espine à présenter des propositions pour une nomenclature médicale au deuxième congrès international, en 1855. Une liste transactionnelle fut adoptée par le congrès et servit de base à la Nomenclature internationale des causes de décès, dont l'élaboration fut confiée en 1891 à l'Institut international de Statistique. L'American Public Health Association, lors de sa session d'Ottawa en 1898, lança l'idée de révisions décennales; celles-ci furent effectuées par la suite à Paris, en 1900, 1910 et 1920.

Lorsque la Société des Nations fut créée, l'Institut international de Statistique s'assura sa collaboration pour les travaux ultérieurs relatifs aux Nomenclatures internationales. C'est à cet arrangement que l'on dut les quatrième (1929) et cinquième (1938) révisions.

Une des premières mesures prises par la Commission intérimaire de l'Organisation mondiale de la Santé fut de constituer un comité d'experts pour la préparation de la sixième révision décennale des Nomenclatures internationales des maladies et causes de décès. Ce comité fonda ses travaux sur une classification préparée par le United States Committee on Joint Causes of Death. La Conférence internationale pour la Sixième Révision décennale des Nomenclatures internationales des maladies et causes de décès, réunie à Paris en 1948 par le Gouvernement français, avec l'aide de l'OMS, élaborait un classement statistique international des maladies, traumatismes et causes de décès. Ce classement fut officiellement adopté par la Première Assemblée mondiale de la Santé en juillet de la même année, en même temps que le Règlement N° 1 de l'OMS. Ce Règlement avait une importance historique, non seulement parce qu'il fournissait aux États Membres des directives pour l'établissement des statistiques de mortalité et de morbidité selon la cause, l'âge et le sexe et pour diverses régions du territoire national, mais aussi parce

qu'il constituait une innovation en droit international en imposant des obligations aux États Membres sans qu'il y ait signature et ratification d'un accord officiel.

Une clause importante du Règlement consiste dans l'obligation qu'ont les pays d'adopter un modèle de certificat médical de cause de décès faisant clairement ressortir la cause initiale du décès. Le Règlement prévoit également que la certification médicale de la cause de décès incombera autant que possible au médecin traitant et que le caractère confidentiel du certificat devra être respecté dans les divers actes administratifs.

Les recommandations de la Conférence internationale pour la Sixième Revision furent publiées par l'OMS en anglais, en français et en espagnol dans le *Manuel de Classement statistique international des maladies, traumatismes et causes de décès*. Ce travail assura, dans les diverses rubriques, une plus grande uniformité que celle qui avait pu être obtenue jusqu'alors. Le texte des revisions précédentes ayant été publié en français seulement, plusieurs pays avaient établi une traduction eux-mêmes.

L'Organisation publia également à titre subsidiaire un index alphabétique latin, en liaison avec ce classement, à l'intention des pays utilisant la terminologie médicale latine.

Un Centre pour le Classement des Maladies, dont la tâche consiste à s'occuper des problèmes posés par l'interprétation et l'application du classement, fut créé par l'OMS en 1951 au General Register Office à Londres. Grâce à l'expérience qu'il a acquise en s'occupant des problèmes de certification et de classement, le Centre a été en mesure de jouer un rôle important dans la préparation de la Conférence internationale pour la Septième Revision qui se réunit à Paris en 1955. Il a fait paraître en outre une série de publications pour aider les statisticiens à se servir des Nomenclatures internationales.

Le classement révisé par cette conférence fut approuvé par la Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,<sup>1</sup> en même temps que des amendements au Règlement N° 1 de l'OMS. Ces amendements permirent de surmonter certaines difficultés qui avaient surgi lors de l'application du classement précédent: il fut désormais plus facile d'établir des statistiques de mortalité dans des zones d'enregistrement choisies à cet effet et on disposa d'une plus grande latitude dans le choix du classement et le dépouillement des données relatives à la morbidité.

En vue de faciliter la comparabilité internationale des statistiques, l'OMS donna en 1950 la définition des termes « naissance d'enfant vivant » et « mort fœtale », qui présentent de l'importance pour les taux de natalité et de mortinatalité, de mortalité infantile et de mortalité générale. Ces définitions, de même que les règles prescrites par l'OMS pour la certification des causes de décès, ont été incorporées par l'Organisation des Nations Unies dans ses recommandations

---

<sup>1</sup> Cette revision fut publiée en 1957 sous le nouveau titre de *Manuel de la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*.

concernant l'amélioration des statistiques démographiques et plus particulièrement dans ses « Principes directeurs d'un système de statistiques de l'état civil ».

Comme il était impossible d'établir une démarcation nette entre les statistiques de l'état civil et les statistiques sanitaires, puisque les données de mortalité leur sont communes, la division du travail entre l'Organisation des Nations Unies et l'OMS fut établie en fonction de considérations pratiques, ainsi que des compétences techniques et des préoccupations des deux institutions. Il fut décidé que l'Organisation des Nations Unies rassemblerait, sur les populations et le mouvement de la population, des statistiques présentant un intérêt général ou démographique, tandis que l'OMS s'occuperait de celles qui font intervenir des connaissances médicales (certification des causes) et qui revêtent une importance sanitaire (causes de décès). Cette règle s'appliquait non seulement à la réunion et à la publication des données par les deux organisations, mais encore aux études faites par leurs commissions et comités respectifs et à l'enseignement donné dans les séminaires et cours régionaux institués par chacune d'elles pour la formation de statisticiens. En pratique, d'ailleurs, la collaboration entre services alla même plus loin que ne le prévoyaient les accords officiels qui avaient été conclus.

Comme il importait d'encourager l'amélioration des statistiques sanitaires nationales, l'attention se porta spécialement sur la formation professionnelle, surtout à partir de 1952. Un spécialiste se rendit dans de nombreux pays et, en collaboration avec les bureaux régionaux respectifs, donna des avis pour la création et l'amélioration des systèmes statistiques locaux. La plupart des bureaux régionaux sont maintenant dotés d'un conseiller afin de pouvoir développer cette importante activité, car les statistiques sont indispensables aux organisations sanitaires et médicales locales pour leur développement et l'élaboration de leurs programmes. C'est surtout dans la Région des Amériques que la coordination des activités des pays dans ce domaine a progressé. Le Bureau régional a rédigé plusieurs rapports sur les données de mortalité et de morbidité communiquées par les pays de cette Région.

Les communications reçues de presque toutes les administrations sanitaires nationales ont permis à l'OMS de publier, dans ses *Statistiques épidémiologiques et démographiques* mensuelles, des données récentes sur les maladies transmissibles et sur les tendances démographiques. De plus, grâce à des rapports complémentaires également reçus de l'Organisation des Nations Unies et des bureaux nationaux de statistique, l'OMS publie des *Rapports épidémiologiques et démographiques annuels* qui renferment des données rectifiées et plus complètes, ainsi que des statistiques des causes de décès provenant d'un certain nombre de pays dont les chiffres sont, à cet égard, particulièrement dignes de confiance.

Ces deux publications continuent des publications analogues de la Société des Nations, si bien que l'ensemble fournit un matériel d'étude qui s'étend sur une période ininterrompue d'environ trente-cinq ans.

Les renseignements concernant les maladies transmissibles sont évidemment plus complets dans les pays possédant de nombreux médecins que dans les autres, mais, même dans les pays où le corps médical est réduit, les données accusent de nettes variations saisonnières et des manifestations épidémiques. D'autre part, l'assiette relativement restreinte des statistiques de mortalité actuellement publiées montre qu'un immense effort est à faire pour étendre la certification des causes de décès et l'enregistrement des données d'état civil à travers le monde.

Le Comité d'experts OMS des Statistiques sanitaires et la Conférence internationale pour la Septième Revision des Nomenclatures internationales des maladies et causes de décès ont recommandé de meilleures méthodes pour l'établissement des statistiques de mortalité. Ils ont souligné qu'il faudrait aussi mettre au point des méthodes permettant de renseigner utilement les administrations sanitaires sur la santé de leurs populations dans les régions où la pénurie de médecins et l'insuffisance de l'appareil administratif empêchent d'appliquer les méthodes standards d'enregistrement et de certification des décès. En conséquence, l'OMS s'est efforcée par divers moyens — recours à des consultants, patronage de centres de formation en statistique, organisation de cours en commun avec l'Organisation des Nations Unies — de faciliter l'utilisation de méthodes standards de statistiques sanitaires, et elle a simultanément essayé, lors de séminaires régionaux, d'élaborer à titre expérimental des méthodes de remplacement grâce auxquelles la réunion des données nécessaires pourrait être confiée à du personnel non médical ou à du personnel médical semi-qualifié.

Les statistiques de morbidité, à l'exception de certaines statistiques hospitalières reposant sur les Nomenclatures internationales des maladies et causes de décès, sont encore loin d'avoir atteint le degré d'uniformité qui caractérise les statistiques de mortalité.

Dès 1949, le Comité d'experts des Statistiques sanitaires souligna qu'il faudrait améliorer l'uniformité des statistiques de morbidité. En 1950, un sous-comité spécial proposa des règles uniformes pour l'établissement des statistiques hospitalières. Ce sous-comité aboutit à la conclusion que le classement statistique international répond d'une manière générale mieux que tout autre aux besoins des hôpitaux. Il estima qu'il faudrait encourager certains pays à établir d'une manière courante des statistiques de morbidité hospitalière, mais ajouta que l'établissement courant de statistiques de ce genre dans tous les pays et dans tous les hôpitaux n'était ni nécessaire ni souhaitable. Il recommanda la méthode du rapport individuel et l'application de certains principes pour les relevés. Il préconisa l'étude des problèmes relatifs aux statistiques des hôpitaux psychiatriques et des hôpitaux pour tuberculeux et à celles portant sur les accouchements, les opérations et anesthésies, et les admissions répétées.

En 1951, une conférence se réunit pour examiner les autres formes de statistiques de morbidité. Elle fit ressortir qu'il faudrait arriver à un accord international

sur les définitions d'une série de termes employés communément pour décrire et pour mesurer la morbidité. Elle chargea de l'application expérimentale de ces termes les commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires créées dans un certain nombre de pays à la suite de la recommandation de la Conférence de revision de 1948.

Ces commissions, qui ont pour tâche d'améliorer la coordination nationale et internationale entre services responsables de l'enregistrement des faits de l'état civil et des statistiques sanitaires, ont rempli leur rôle à cet égard, ainsi que l'a fait valoir la conférence de leurs représentants qui s'est tenue à Londres en 1953. Le rapport de cette conférence<sup>1</sup> a servi de guide pour les études entreprises dans divers pays. Celles-ci avaient suffisamment progressé pour que le Comité d'experts OMS des Statistiques sanitaires, réuni en 1956, puisse recommander l'adoption, sur le plan international, de certaines unités statistiques pour l'élaboration des statistiques de morbidité; ces unités seraient soit des « personnes », soit des « maladies », soit des « épisodes (ou « périodes ») de maladie ». Le Comité d'experts a recommandé aussi de mettre à l'essai un certain nombre de définitions ayant trait à la mesure de la morbidité en vue de leur adoption ultérieure sur le plan international.

Le Comité a également envisagé d'autres formes de statistiques de morbidité, notamment les enquêtes sur les maladies. Ces enquêtes, lorsqu'elles sont basées sur la méthode des sondages, constituent une source valable d'informations pour les administrations sanitaires. Le Comité a examiné ensuite la valeur des analyses des rapports des médecins, ainsi que celles des statistiques de la sécurité sociale.

### *Maladies transmissibles*

Dans l'étude de l'épidémiologie des maladies transmissibles, la collaboration internationale est plus poussée que dans n'importe quelle activité analogue. Les efforts entrepris de bonne heure en vue d'empêcher la propagation des maladies au-delà des frontières nationales ont stimulé les recherches sur leur épidémiologie. La découverte des organismes pathogènes et, dans une grande mesure, de la façon dont ils se propagent a permis de mieux combattre ces maladies et même d'en éradiquer quelques-unes dans certaines circonstances. De nombreux problèmes se rapportant à l'épidémiologie internationale de ces affections restent cependant à résoudre.

L'épidémiologie internationale des maladies quaranténaires est traitée dans le chapitre 18. Au cours de ces dernières années, les travaux épidémiologiques internationaux se sont étendus à d'autres maladies transmissibles, y compris le paludisme, la tuberculose, le trachome, la lèpre, les maladies transmissibles courantes de l'en-

---

<sup>1</sup> *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.*, 1954, 85

fance, l'hépatite infectieuse, la méningite cérébro-spinale et les affections diarrhéiques. De nombreux travaux relatifs à l'épidémiologie de la grippe et de la poliomyélite ont également été entrepris. Pour ces deux maladies, ainsi que pour les infections à salmonellae et à shigellae, les travaux ont été facilités par l'établissement de centres internationaux pour l'identification des souches en cause.

D'autres chapitres traitent de l'épidémiologie de plusieurs de ces maladies.

### *Autres études épidémiologiques et statistiques*

Conformément à la conception moderne selon laquelle les recherches épidémiologiques ne doivent pas se limiter uniquement aux maladies transmissibles mais s'appliquer à tous les facteurs affectant la santé d'une collectivité, l'Organisation a été amenée, particulièrement au cours de ces dernières années, à s'intéresser à des études portant, entre autres, sur l'épidémiologie des affections mentales, des troubles d'origine nutritionnelle, des affections chroniques de l'appareil circulatoire, des accidents, des maladies respiratoires et des maladies dentaires. Les recommandations faites par des comités d'experts et d'autres groupes sur la nomenclature, les définitions, les classifications et les méthodes d'enquête et de sondage ont été utilisées dans ces études. Les nouveaux moyens d'investigation épidémiologique que pourrait fournir l'emploi des radio-isotopes ont également retenu l'attention. L'Organisation s'est attachée en outre à fournir du matériel documentaire aux services et aux organismes locaux en diffusant dans ses publications statistiques courantes les données dont elle disposait et elle a encouragé la préparation des études qui ont paru par la suite dans le *Bulletin* de l'OMS.

C'est surtout depuis 1953 que les recherches épidémiologiques sont devenues un élément constant de nombreux programmes de services consultatifs que l'OMS assure aux gouvernements. Même lorsque les programmes de ce genre ne portent pas directement sur des recherches, toutes les occasions sont mises à profit pour recueillir des données épidémiologiques. La nécessité d'introduire de telles recherches dans tous les programmes bénéficiant de l'aide de l'Organisation ressort notamment du nombre de demandes de renseignements qu'elle a reçues ces dernières années sur les aspects internationaux d'un grand nombre de maladies et autres troubles affectant la santé publique. La tendance à considérer l'Organisation comme un « bureau de renseignements médicaux » s'est affirmée progressivement au cours des dix dernières années. Les institutions et services locaux, les universités et les laboratoires de recherche demandent de plus en plus à l'OMS des informations pouvant servir de base à l'élaboration de programmes de développement régional ou national, particulièrement depuis qu'a pris fin la phase initiale où l'Organisation devait aider à résoudre des problèmes spéciaux ou présentant un caractère urgent. Afin de répondre à ces demandes, l'Organisation a renforcé depuis 1953 ses services d'épidémiologie et de statistiques sanitaires, et si elle

s'attache actuellement à les développer c'est qu'elle prévoit que, le moment venu, ils deviendront l'un des principaux moyens internationaux de diffusion d'informations statistiques et épidémiologiques.

On peut citer comme exemple significatif d'un service de ce genre l'aide que l'Organisation fut priée d'accorder à un groupe constitué par l'Organisation des Nations Unies, avec la participation de certaines institutions spécialisées. Ce groupe était chargé d'effectuer une étude sur le développement ou l'insuffisance du développement social, qui aurait servi de guide pour l'élaboration de programmes rationnels d'assistance internationale. A cet effet, le groupe cherchait des critères qui permettraient de comparer différents niveaux de vie réels ou désirables et grâce auxquels il serait possible de se faire une idée plus précise des mesures requises pour l'amélioration de ces niveaux et d'évaluer jusqu'à quel point les mesures prises avaient été efficaces. De grandes difficultés ont surgi lorsqu'on a essayé de donner un sens à des termes tels que « niveaux de vie réels » ou « niveaux de vie désirables ». Un comité d'experts des Nations Unies, trouvant qu'il était impossible pour le moment d'adopter un indicateur unique pour l'évaluation des niveaux de vie réels, estima que le meilleur moyen de s'attaquer au problème consisterait à choisir certains facteurs appropriés pouvant être clairement définis et mesurés. Le comité appela « éléments constitutifs » ces facteurs — qui comprennent la santé, la nutrition, l'éducation, les conditions de travail, le niveau de l'emploi, etc. — et adopta le terme « indicateurs » pour désigner les critères permettant de mesurer les éléments en question. L'OMS fut priée de donner des avis au sujet des indicateurs sanitaires et constitua un groupe d'étude qui présenta son rapport en 1955. Ce groupe d'étude estima que les indicateurs sanitaires utilisables pourraient être rangés en trois catégories :

1. État de santé de l'individu ou du groupe;
2. Conditions de milieu;
3. Activités sanitaires.

Le groupe d'étude fut d'avis que les difficultés inhérentes à la nature même du problème empêchaient de formuler des recommandations concernant le moyen d'évaluer directement le bien-être social comme tel et suggéra qu'il conviendrait de rechercher des indicateurs au moyen d'enquêtes par sondage auprès des familles. Le Comité d'experts OMS des Statistiques sanitaires réaffirma en 1956 une opinion qui avait été formulée précédemment, à savoir que les espérances de vie à la naissance, à l'âge d'un an ou à tout autre âge constituaient en principe le meilleur indicateur, mais qu'on ne pouvait l'obtenir que pour un petit nombre de pays. Il adopta pour cette raison une suggestion selon laquelle un taux de mortalité proportionnel (c'est-à-dire le pourcentage des décès de personnes âgées de cinquante ans et plus par rapport au nombre total des décès) devrait être utilisé à titre expérimental comme indicateur sanitaire global.

Ces dernières années, l'Organisation a été souvent priée d'envoyer des consultants pour conseiller les pays dans des questions de statistique et d'épidémiologie se rattachant à l'élaboration de leurs programmes sanitaires; d'autre part, le nombre des personnes appartenant aux services nationaux qui désirent acquérir une formation supérieure au moyen de bourses de l'OMS s'est accru rapidement. Les statisticiens récemment nommés dans de nombreux pays, de même que ceux qui sont attachés aux bureaux régionaux de l'OMS, ont fortement encouragé le recours aux travaux statistiques, et un grand nombre de projets entrepris avec l'aide de l'OMS bénéficient actuellement de leur concours. L'Organisation a décidé en 1957 d'examiner sa politique et d'étudier l'orientation de ses futurs programmes; elle a confié cette tâche à un groupe d'experts représentant plusieurs branches de l'épidémiologie.

### *Étude internationale du cancer*

Les recherches sur le cancer ont pris une très grande ampleur, particulièrement en Amérique du Nord et dans certains pays d'Europe. Les investigations poursuivies sur le plan local étant de nature à satisfaire la plupart des besoins immédiats pour les recherches de laboratoires et pour les travaux cliniques ou pratiques, les programmes internationaux ont été limités à certaines questions spécifiques. Les recherches internationales sur le cancer ont par conséquent été principalement orientées, au cours des dix dernières années, vers la coordination des études statistiques locales. L'Organisation a poursuivi l'étude commencée par la Société des Nations sur le cancer du col de l'utérus. Suivant son exemple, elle a encouragé les chercheurs des différents pays à s'entendre sur des questions comme les définitions, les nomenclatures et le classement: cette uniformisation et l'utilisation de techniques communes pour le diagnostic et le traitement sont indispensables, par exemple, dans l'étude des variations d'ordre géographique des types et des formes cliniques du cancer. En 1951, un Sous-Comité OMS de l'Enregistrement des Cas de Cancer étudia les principes généraux qui doivent régir le classement statistique des tumeurs et reconnut qu'un tel classement doit distinguer les localisations anatomiques, les types histologiques et le stade de développement. Un classement révisé des tumeurs malignes fut préparé et finalement inclus dans la septième révision de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès. Les commissions nationales de statistiques démographiques et sanitaires et d'autres institutions ont été invitées à encourager l'adoption des définitions et des classements recommandés.

Un autre progrès réalisé au cours de cette période de dix ans, grâce à une aide considérable des sous-comités de l'OMS s'occupant des statistiques du cancer, a été l'introduction de registres du cancer dans les pays qui possèdent des services

médicaux et statistiques suffisamment développés pour tenir de tels registres. L'évaluation des résultats des divers modes de traitement du cancer — traitements chirurgical, radiologique et autres — a également retenu l'attention. Par suite de l'absence de connaissances épidémiologiques et statistiques suffisantes sur l'évolution des tumeurs dans différentes conditions, les déductions faites précédemment sur la base de relevés cliniques ne présentent que peu d'intérêt; dès 1950, le Sous-Comité de l'Enregistrement des Cas de Cancer présenta des suggestions sur les définitions, les règles et les méthodes à adopter dans l'établissement de statistiques relatives aux résultats du traitement et dans le calcul des taux de survie et de guérison.

Les données provenant des relevés envoyés par les pays et complétées par les informations recueillies à l'occasion de certaines enquêtes entreprises par l'Organisation ont été classées et présentées sous forme de tableaux dans les *Statistiques épidémiologiques et démographiques annuelles* et dans le *Rapport épidémiologique et démographique mensuel*. Les études publiées portaient sur la mortalité par cancer en Europe au cours du vingtième siècle, la mortalité par tumeurs malignes de l'appareil respiratoire, la mortalité due à la maladie de Hodgkin et à la leucémie et la mortalité due au cancer du sein et des organes génitaux féminins.

En 1955, un groupe d'experts a donné à l'Organisation des avis au sujet de ses activités dans le domaine des recherches sur le cancer. Le groupe a confirmé qu'il est de la plus haute importance que les pays adoptent et utilisent des définitions, des nomenclatures et des critères du diagnostic uniformes. Le groupe a aussi suggéré à ce propos la création de centres internationaux de référence anatomo-pathologiques; on s'efforce actuellement de mettre en pratique ces propositions. Des difficultés continuent à surgir lors du diagnostic pathologique des tumeurs et lors de la comparaison des diagnostics émis dans des pays différents. Le groupe a estimé pour cette raison qu'il y aurait intérêt à ce que l'Organisation mette des prélèvements de tissus néoplastiques de référence à la disposition des laboratoires locaux intéressés et des chercheurs spécialisés. La fréquence et le type de tumeurs varient selon les régions; on ne connaît pas encore bien les causes de ces différences qui pourraient toutefois provenir des conditions épidémiologiques locales; s'il était possible de déterminer la nature de ces relations, on comprendrait peut-être le rôle de certains facteurs étiologiques et connexes du cancer; le groupe a été d'avis que toute l'aide possible devrait être accordée aux chercheurs travaillant dans ce sens.

L'UNESCO a établi des programmes internationaux de recherches concernant les phénomènes physiques, chimiques et biologiques de la croissance des cellules; afin d'éviter les doubles emplois et de coordonner les travaux des deux institutions, il a été convenu que l'OMS assumerait la responsabilité principale des recherches intéressant la santé et la médecine, sans porter atteinte pour autant au droit de l'UNESCO de s'occuper des sciences pures.

Diverses organisations non gouvernementales, en particulier l'Union internationale contre le Cancer, ont collaboré avec l'Organisation dans ce domaine. L'Union s'est préoccupée d'élargir les études mentionnées plus haut sur les variations d'ordre géographique des types de cancer. L'OMS suit aussi de près les travaux entrepris par le Congrès international de Radiologie sur les résultats des divers traitements du cancer.

### *Études spéciales*

L'OMS, au cours de ses dix années d'activité, a recueilli un matériel utile concernant des maladies telles que la tuberculose, le pian, le paludisme, la bilharziose, etc., auxquelles elle a consacré ses efforts. Ces maladies, comme on l'a déjà mentionné, sont étudiées dans d'autres parties de ce volume. De plus, la quantité de données relatives à la mortalité et la morbidité réunies par l'Organisation a permis d'établir des statistiques qui figurent dans le *Rapport épidémiologique et démographique* et qui servent de base aux travaux de comités d'experts et des groupes d'étude de l'Organisation en matière de statistique.

Le taux de la mortalité infantile, généralement considéré comme une indication utile sur les conditions sanitaires, a été examiné de bonne heure au cours d'études internationales. Ce travail a révélé en 1948 que la mortalité infantile avait augmenté de manière inquiétante dans plusieurs pays touchés par la deuxième guerre mondiale; d'autre part, il était surprenant de voir que le taux habituel n'avait pas ou guère changé dans beaucoup de pays ayant subi eux aussi les effets de la guerre. Des études analogues entreprises en 1950, 1951 et 1952 ont permis de constater que, dans la plupart des pays d'Europe, la mortalité infantile en ce qui concerne les décès dus aux causes qu'il est le plus facile d'éviter par des mesures préventives atteignait le taux minimum et qu'elle s'établissait à trente décès, ou moins encore, pour mille enfants nés vivants. Une situation analogue a été signalée pour la même période en Australie, au Canada, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis d'Amérique.

Ces dernières années, il a été possible d'utiliser les données disponibles pour faire figurer dans les publications mensuelles et annuelles des tableaux indiquant, surtout pour l'Europe, les taux de la mortalité due à des causes telles que la tuberculose, le cancer, la morbidité maternelle, certaines maladies transmissibles, l'artériosclérose et les accidents. En 1952, une étude fut effectuée au sujet de l'influence de la baisse de la mortalité sur la récente augmentation du chiffre de la population dans le monde.

Enfin, il convient de noter que les travaux de l'Organisation dans les domaines de l'épidémiologie internationale et des statistiques sanitaires s'étendent également à de nombreuses activités décrites dans d'autres chapitres du présent ouvrage.

On reconnaît de plus en plus que ces disciplines jouent un rôle essentiel dans l'élaboration et l'exécution des programmes internationaux, de même que dans les recherches qui leur sont associées. La réalisation complète de beaucoup de ces programmes dépend d'avis techniques adéquats au sujet des principes et des méthodes de l'épidémiologie et des statistiques.

---