

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

MATERNITÉ de l'HOPITAL
St-ANTOINE

Sec du P. ag. MAYER
Laboratoire de Recherches

BULLETIN

DE

Cste 7

L'INSTITUT NATIONAL
D'HYGIÈNE

TOME 7

N° 3. — JUILLET-SEPTEMBRE 1952

*VIRTUTE DVCE CO-
MITE FORTITVDINE*



COLLEGIUM CIVILE
AD SANITATEM

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN
===== PARIS (VI^e) =====

SOMMAIRE

MALADIES SOCIALES

TUBERCULOSE	487
L'avenir des tuberculoses pulmonaires miliaires traitées par la streptomycine	487
Mortalité par tuberculose en France en 1951	526
Mortalité par tuberculose dans les villes françaises en 1951	538
CANCER	549
Cancer du col de l'utérus. Définition du stade « 0 »	549
MALADIES VÉNÉRIENNES	555
Statistiques épidémiologiques et activité des dispensaires antivénéériens au cours du quatrième trimestre 1951	555
ALCOOLISME	584
L'évolution du suicide et de l'homicide en France en 1950	584
Evolution comparée du suicide et de l'homicide de 1939 à 1946 dans 54 pays	589
Evolution comparée de l'alcoolisme de 1939 à 1946 dans 34 pays	602
Particularités de l'écart d'âge des couples dont le mari est alcoolique	609
NUTRITION	
Enquête sur l'état de nutrition de la population, Paris (hiver 1950-1951)	613
Enquête sur l'appareillage ménager	644
PÉDIATRIE	
Mortalité fœto-infantile en 1951 ; troisième et quatrième trimestres	654
Enquête sur la mortinatalité et la mortalité infantile précoce à Paris	663
ÉPIDÉMIOLOGIE	
Evolution des maladies épidémiques en France pendant le premier trimestre 1952	690
DOCUMENTATION GÉNÉRALE	
Etat sanitaire comparé de deux départements français à population urbaine, en 1947	711
Mortalité générale dans un certain nombre de villes de France, premier trimestre 1952	726

Les chiffres de base des articles portant sur la Mortalité, et provenant des déclarations de décès, sont fournis par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS - PARIS

MALADIES SOCIALES

TUBERCULOSE

L'AVENIR DES TUBERCULOSES PULMONAIRES MILIAIRES TRAITÉES PAR LA STREPTOMYCINE

Etude sur 114 cas chez l'adulte.

Dès l'introduction de la streptomycine en France, la Clinique de la Tuberculose de Paris sous la direction du Professeur ETIENNE BERNARD a été chargée de l'étude clinique des effets de cet antibiotique chez les tuberculeux adultes.

Depuis quatre ans de multiples études sur la tuberculose miliaire des poumons y ont donc été poursuivies. La plus récente concerne le pronostic de la miliaire de l'adulte envisagé avec un long délai d'observation. Elle a fait l'objet d'un mémoire présenté le 22 juin 1951 à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris par MM. ETIENNE BERNARD, B. KREIS, M^{lle} ALICE LOTTE et M. BERGOT.

La Section de la Tuberculose de l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE ayant été amené dès le début à assurer l'exploitation statistique des résultats de la streptomycinothérapie, nous avons pensé qu'il était intéressant de présenter ici, *in-extenso*, les documents statistiques de base qui n'ont pu trouver place dans le mémoire publié dans le Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Avant d'étudier ces résultats statistiques, plusieurs remarques s'imposent. Notons tout d'abord que, malgré la possibilité que nous avons d'étudier un lot de plusieurs centaines de malades, nous avons préféré

ne tenir compte que des 114 premiers cas traités afin de ne juger des résultats qu'avec un grand recul. En effet, notre dernière enquête ayant été effectuée en tenant compte des informations recueillies au début de l'année 1951, la durée d'observation était, pour ces 114 malades, suffisamment longue : 25 mois au minimum, 46 mois au maximum. De plus, afin d'établir des bilans statistiques parfaitement homogènes, nous nous sommes bornés à l'étude des faits qui, pour chaque malade, sont survenus pendant une période de 2 ans suivant le début du traitement de la miliaire.

Si, en effet, le délai écoulé n'était pas identique pour tous les malades, il était en tous cas pour tous, sans exception, d'au moins 2 ans et même pour presque tous d'au moins 2 ans et demi.

Ces remarques étant faites, précisons encore que le traitement mis en œuvre a été le seul traitement streptomycinique à des doses quotidiennes sensiblement égales pour tous les malades (1 g 50 I. M. en moyenne) pendant une durée d'environ 4 mois (rarement plus courte, rarement plus longue), sans adjonction d'autres antibiotiques, sans associations (tout au moins pendant la durée du traitement streptomycinique) d'autres thérapeutiques, collapsothérapie médicale ou chirurgicale par exemple. Les sujets traités étaient tous (sauf 3) des adultes.

Notons enfin que, depuis le début du traitement de leur miliaire et pendant ces deux années, les malades ont été suivis et périodiquement examinés à l'hôpital Laënnec par la même équipe médicale qui a donc pu observer toutes les modifications survenues dans leur état.

Toutes ces conditions préliminaires étaient, soulignons-le, nécessaires pour établir un bilan statistique valable et pour en interpréter objectivement les résultats.

Nous étudierons successivement :

1° les résultats globaux du traitement par la streptomycine avec un recul de 2 années,

2° les résultats comparatifs des diverses formes cliniques traitées, résultats qui nous permettront de dégager un certain nombre d'éléments de pronostic en fonction des facteurs cliniques, radiologiques et bactériologiques observés au début de la miliaire.

I. — ÉTUDE DES RÉSULTATS OBTENUS
CHEZ LES 114 PREMIERS MALADES TRAITÉS,
AVEC UN REcul DE 2 ANNÉES

Rien ne saurait mieux montrer l'importance de la durée d'observation pour apprécier les résultats d'une thérapeutique anti-tuberculeuse que de présenter les 2 bilans statistiques successifs concernant le même lot de 114 malades (tableau I et graphique 1).

TABLEAU I
(Voir graphique 1.)

Miliaires pulmonaires tuberculeuses : 114 premiers cas.
Evolution depuis le début du traitement streptomycinique.
Durée d'observation : 2 ans depuis l'arrêt du traitement.

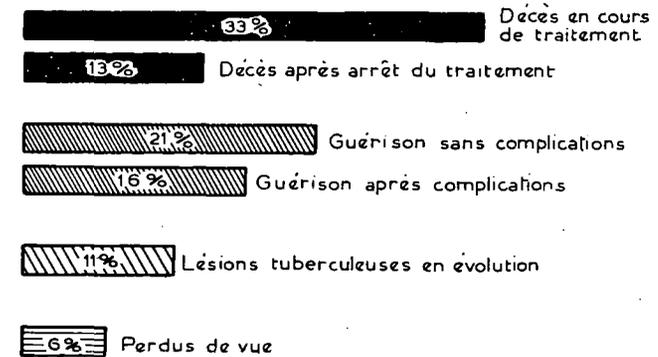
	Nombre de sujets	% par rapport aux 114 sujets traités	
		%	±
Bilan en fin de traitement :			
Décédés	37	33	± 4,3
Vivants	77	67	± 4,3
Evolution au terme des 2 années suivant l'arrêt du traitement :			
Perdus de vue	7	6	± 2,2
{ N'ayant pas présenté de complications	24	21	± 3,7
Observés { Ayant présenté des complications	46	40	± 4,6
{ suivies de décès	15	13	
{ suivies de guérison	18	16	
{ encore en évolution	13	11	
Bilan définitif :			
Sujets décédés	52	46	± 4,6
Sujets apparemment guéris	42	37	± 4,6
Sujets encore en traitement	13	11	± 4,6
Sujets perdus de vue	7	6	± 2,2

MILIAIRES PULMONAIRES TUBERCULEUSES : 114 premiers cas

EVOLUTION DEPUIS LE DEBUT DU TRAITEMENT STREPTOMYCIQUE

Durée d'observation : 2 ans au minimum depuis l'arrêt du traitement.

Bilan en Janvier 1951



Institut National d'Hygiène

N° 22461

GRAPHIQUE 1

Le premier bilan donne les résultats immédiats obtenus en fin de traitement, c'est-à-dire, après un délai d'observation de quelques mois seulement :

décédés : 37 = 33 %
vivants : 77 = 67 %

Le deuxième bilan, établi après 2 ans d'observation, nous montre que les résultats tardifs sont les suivants :

perdus de vue : 7 = 6 %
décédés : 52 = 46 %
vivants : 55 = 48 %

Si, après quelques mois d'évolution, le lot initial s'est déjà amenuisé de 1/3, 2 ans plus tard il a diminué de moitié.

Il est donc instructif d'étudier en détail le déroulement des faits survenus au cours de l'évolution de ces miliaires pulmonaires, pendant toute la durée du traitement et après l'arrêt de celui-ci.

1° Eliminons tout d'abord les sujets qui ont été perdus de vue. Au terme de ces 2 années d'observation, ils sont au nombre de 7 et ne représentent donc que 6 % du groupe initial.

Ce « pourcentage d'indétermination » est, somme toute, assez faible et ne risque guère de fausser les résultats d'ensemble de la statistique. Au reste, il convient de mentionner que si, parmi ces malades, 3 particulièrement indociles ont été perdus de vue rapidement, les 4 autres ont été observés pendant plus d'un an. A cette période ils étaient bien portants et n'avaient présenté à aucun moment de complication méningée. Il y a donc tout lieu de penser que, maintenant encore, ils sont vivants, quoiqu'au bout de 2 ans ils aient échappé à notre enquête.

2° Les sujets décédés, pendant les 2 années d'observation (à dater du début du traitement), sont au nombre de 52, ce qui représente presque la moitié du groupe initial.

Les causes de décès sont diverses. Des faits consignés sur le tableau II, il ressort que la méningite tuberculeuse (contemporaine de la miliaire ou lui succédant, comme nous le verrons plus loin) est la cause principale de l'évolution fatale de bon nombre de miliaires, puisqu'elle représente à elle seule un peu plus des 2/3 des causes de décès. Ces complications méningées mortelles, sur lesquelles nous reviendrons, sont, on le voit, assez précoces, puisque les 3/4 d'entre elles (28 sur 37) surviennent moins de 6 mois après le début du traitement (dont 12 avant la fin du 3^e mois). Les autres sont un peu plus tardives. Passé un an, en tout cas, aucune méningite mortelle n'est survenue.

Les décès par toxî-infection et asphyxie, survenus très précocement dans les premiers jours du traitement, sont, contrairement aux précédents, en petit nombre (5 = 10 % de l'ensemble des décès). Mais la gravité de ces miliaires aiguës à forme asphyxique nous incite à souli-

gner l'intérêt qu'il y a à associer systématiquement l'oxygénothérapie et la médication toni-cardiaque à la mycothérapie.

Les rechutes de miliaires ne sont responsables que de 3 décès (6 % des cas mortels), décès assez tardifs survenus au cours de la 2^e année d'observation; mais elles n'en constituent pas moins une entité clinique fort intéressante puisque, chez ces malades apparemment guéris cliniquement et radiologiquement par la streptomycine, on a assisté ultérieurement à l'écllosion d'une nouvelle miliaire aussi typique et aussi diffuse que la première. Cette éventualité, pour rare qu'elle soit, n'en est pas

TABLEAU II

Miliaires pulmonaires tuberculeuses : 114 cas.
Causes des décès et durée de survie.

Durée de survie (à dater du début du traitement)	Méningite	Toxi-infection asphyxie	Rechute de miliaires pulm.	Lésions pulm. en évolution	Adéno- pathies sup- purées	Causes mal détermi- nées	Toutes causes	% par rapport aux 52 décès	
								%	ε
Moins de 6 mois.	28	5	—	1	2	1	37	71	± 6,2
7 à 12 mois.....	9	—	—	1	—	1	11	21	± 5,6
1 à 2 ans.....	—	—	3	—	—	1	4	8	± 3,7
Total	37	5	3	2	2	3	52	—	—
% p. rapport aux 52 décès.	71 %	10 %	6 %	4 %	4 %	6 %	—	—	—

moins redoutable puisque sur 4 malades atteints de rechute (comme nous le verrons plus loin) 3 sont décédés.

Les adénopathies cervicales suppurées phagédéniques, également rares (2 = 4 % des décès) constituent, elles aussi, une entité clinique bien particulière, venant compliquer des miliaires aiguës graves à localisation à la fois pulmonaire et laryngée, non influencées par la streptomycine (du fait de la streptomycino-résistance des germes), entraînant la mort dans la cachexie en moins de 6 mois malgré l'effacement radiologique des grains miliaires pulmonaires.

Enfin les complications pulmonaires de type phthisique (lésions cavitaires hémoptoïques) ont été la cause de 2 décès (4 %), survenus dans le cours de la 1^{re} année. De ces 2 cas, l'un concerne une miliaire atypique qui, malgré un effacement très important, a laissé subsister une lésion cavitaire justiciable d'une collapsothérapie refusée par le malade; l'autre concerne une miliaire secondaire à une lésion cavitaire qui, malgré la guérison de l'effervescence nodulaire, a continué à évoluer pour son propre compte et a été à l'origine d'une hémoptysie foudroyante.

Restent encore 3 décès que nous avons rangés dans le groupe : « causes indéterminées ». Si pour 2 de ces malades, morts en dehors du service,

nous manquons en effet de précisions suffisantes, pour le troisième nous pouvons préciser que le décès a été provoqué par un accident brutal d'intolérance médicamenteuse qui s'est produit sous nos yeux, 8 mois

TABLEAU III
(Voir graphique 2.)

Miliaires pulmonaires tuberculeuses : 114 cas.

Evolution en fonction du temps écoulé depuis le début du traitement.

Délai depuis le début du traitement	Décédés		Vivants observés		Perdus de vue	
	Nombre cumulatif	%	N.	%	N.	%
1 mois	7	6,1	107	93,9	—	—
3 mois	18	15,8	93	81,6	3	2,6
6 mois	37	32,5	74	64,9	3	2,6
1 an	48	42,1	63	55,3	3	2,6
1 an-1/2	48	42,1	62	54,4	4	3,5
2 ans	52	45,6	55	48	7	6,1

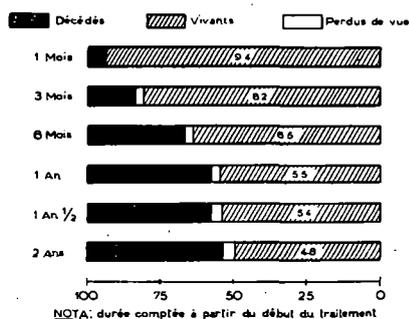
après l'arrêt du traitement streptomycinique. Ce fait exceptionnel nous a permis de vérifier la guérison anatomique des lésions pulmonaires et méningées dont avait été atteint ce malade.

MILIAIRES PULMONAIRES TUBERCULEUSES

traitées par la streptomycine

114 premiers cas

EVOLUTION EN FONCTION DE LA DUREE D'OBSERVATION



INSTITUT NATIONAL D'HYGIENE

N°22428

GRAPHIQUE 2

Tel est le bilan de ces miliaires à évolution mortelle. La durée de survie de ces 52 malades a été variable (tableau II). Fait important, 37 d'entre eux (un peu plus des 2/3) sont décédés dans un délai de 6 mois

à dater du début du traitement, dont 7 en moins d'un mois, 11 en 1 à 3 mois, 19 en 4 à 6 mois. 11 sont décédés au cours du second semestre; 4 au cours de la seconde année.

Autrement dit, la létalité (c'est-à-dire le % de décès par rapport aux malades traités) est, en fonction du temps écoulé à partir du début du traitement, la suivante (tableau III et graphique 2) :

6 %	à la fin du 1 ^{er} mois.
16 %	— du 3 ^e mois.
33 %	— du 6 ^e mois.
42 %	— de la 1 ^{re} année.
46 %	— de la 2 ^e année.

Quelle que soit la façon dont on l'exprime, la statistique nous permet donc de souligner : d'une part la fréquence d'une évolution mortelle

TABLEAU III bis.

Risque de décès chez les 114 malades traités, en fonction du temps écoulé depuis le début du traitement.

Période d'observation après le début du traitement	Vivants observés au début de chaque période (perdus de vue exclus)	Nouveaux décès survenus durant chaque période		
		Nombre	% par rapport aux sujets vivant au début de la période (1)	ϵ
1 ^{er} semestre	114	37	33	$\pm 4,3$
2 ^e semestre	74	11	15	$\pm 4,1$
2 ^e année	63	4	6	$\pm 2,9$

(1) Les différences observées sont statistiquement significatives, comme le montre le calcul de l'« erreur probable » et du coefficient X^2 de Pearson.

malgré la mise en œuvre du traitement antibiotique, évolution dont est essentiellement responsable la méningite tuberculeuse associée à la miliaire des poumons; d'autre part, l'importance croissante de la létalité tuberculeuse en fonction du temps écoulé; enfin, la fréquence des décès précoces survenant, pour la majorité, au cours des 6 premiers mois qui suivent le début du traitement. Passé 1 semestre et surtout passé 1 an, le risque de mort, sans être négligeable, est beaucoup moins grand (tableau III bis).

Si maintenant nous envisageons les décès non plus en fonction de la durée de survie, mais par rapport à la période du traitement de la miliaire, nous constatons (tableau IV) que des 52 décès ci-dessus énumérés, 37 sont survenus en cours de traitement et 15 (un peu plus du 1/4) après l'arrêt du traitement chez des sujets dont la streptomycine avait

cependant guéri la miliaire pulmonaire. Le deuxième groupe comprend : 3 décès de « causes indéterminées » (dont un dû, en réalité, à l'accident anaphylactique dont nous avons parlé plus haut) ; 5 décès dus aux rechutes de miliaire et aux lésions pulmonaires cavitaires; enfin, 7 décès par méningite. Ces complications méningées mortelles (dont 2 rechutes de méningites antérieures et 5 méningites nouvelles) sont donc, tardivement, encore assez fréquentes. Toutefois il est vraisemblable que des examens systématiques du liquide céphalo-rachidien eussent pu les dépister et conduire à un traitement plus intensif susceptible de les juguler. Elles sont survenues dans un assez court délai, moins de 6 mois ou même moins de 3 mois pour la plupart, après l'arrêt du traitement.

TABLEAU IV

Miliaires pulmonaires tuberculeuses.

Décès survenus après l'arrêt du traitement de la miliaire.

Délai depuis l'arrêt du premier traitement	Causes des décès				Total
	Méningite	Rechutes de miliaires pulm.	Lésions pulm. évol.	Causes mal déterminées	
1 à 6 mois.....	6	—	1	2	9
7 à 12 mois.....	1	—	1	1	3
1 à 2 ans.....	—	3	—	—	3
<i>Total</i>	7	3	2	3	15

Par conséquent, parmi les 114 malades chez lesquels la streptomycinothérapie avait été instituée, la fréquence des décès tardifs, survenant après le moment où nous pouvions admettre que la cure de streptomycine avait été suffisante, a été de 13 % (tableau I). Si, au lieu de rapporter ces chiffres de 15 décès au lot initial de 114 malades, on le rapporte au groupe des 77 sujets dont le traitement avait été arrêté volontairement, on constate que cette léthalité tardive est, au bout de deux ans, de l'ordre de 20 % (1) (tableau V et graphique 3).

Elle s'accroît en fonction du temps écoulé après l'arrêt du traitement (voir tableau VI) :

- 12 % au bout de 6 mois.
- 16 % au bout d'un an.
- 18 % au bout d'un an et demi.
- 20 à 21 % au bout de 2 ans.

(1) Nota : 20 % par rapport aux 77 sujets vivant en fin de traitement; 21 % par rapport aux 70 sujets observés pendant 2 ans, les 7 perdus de vue étant exclus.

TABLEAU V
(Voir graphique 3.)*Miliaires pulmonaires tuberculeuses.*Evolution depuis l'arrêt du traitement chez 70 sujets (1).
Durée d'observation : 2 ans.

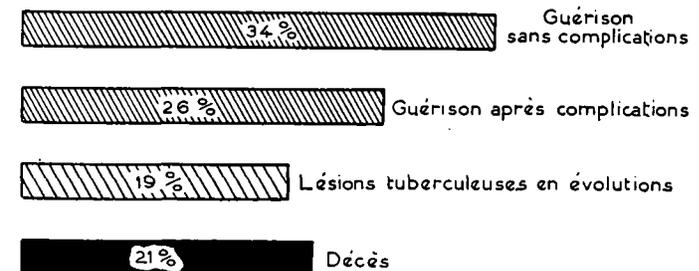
	Nombre	% par rapport aux 70 sujets observés	
		%	±
Sujets n'ayant pas présenté de complications pendant ces années	24	34	± 5,7
Sujets ayant présenté des complications pendant ces 2 années.	suivies de décès	15	± 4,8
	suivies de guérison ..	18	± 5,2
	encore en évolution...	13	± 4,7
au total	46	66	± 5,7
Total des sujets observés pendant ces 2 années.	décédés	15	± 4,8
	guéris	42	± 5,8
	encore en traitement .	13	± 4,7

(1) Ici, des 77 sujets vivant en fin de traitement, on a exclu les 7 sujets qui, au terme des 2 années suivant l'arrêt du traitement, avaient été perdus de vue.

MILIAIRES PULMONAIRES TUBERCULEUSES

EVOLUTION PENDANT LES 2 ANNEES
SUIVANT L'ARRÊT DU TRAITEMENT CHEZ 70 SUJETS

Bilan en Janvier 1951



Institut National d'Hygiène

N° 22459

GRAPHIQUE 3

Cependant, là encore, le risque de décès est surtout notable dans les 6 premiers mois; il diminue sensiblement ensuite (tableau VI bis).
3° Les sujets vivants sont donc, au terme des 2 années d'observation,

au nombre de 55 : la moitié environ (48 %) du lot initial des 114 malades. Ces 55 sujets peuvent être divisés en *plusieurs catégories* suivant que, depuis l'arrêt du traitement de leur miliaire, ils ont ou n'ont pas pré-

TABLEAU VI
Miliaires pulmonaires tuberculeuses.

77 sujets vivant en fin de traitement.

Evolution en fonction du temps écoulé depuis l'arrêt du traitement.

Délais depuis l'arrêt du traitement	Décédés (nombre cumulatif)		Vivants observés		Perdus de vue	
	N.	%	N.	%	N.	%
Fin de traitement ...	—	—	77	—	—	—
6 mois	9	11,7	66	85,7	2	2,6
1 an	12	15,6	63	81,8	2	2,6
1 an 1/2	14	18,2	59	76,6	4	5,2
2 ans	15	19,5	55	71,4	7	9,1

sente de manifestations pathologiques et qu'ils ont ou n'ont pas guéri de ces complications (tableaux I et V et graphiques 1 et 3).

Dans un premier groupe, 13 malades ont présenté des localisations

TABLEAU VI bis.

Risque de décès chez les sujets vivant en fin de traitement en fonction du temps écoulé après l'arrêt du traitement.

Période d'observation après l'arrêt du traitement	Vivants observés au début de chaque période	Nouveaux décès survenus durant chaque période		
		Nombre	% par rapport aux sujets vivant au début de la période (1)	ε
1 ^{er} semestre	77	9	12	± 3,7
2 ^e semestre	66	3	4,5	± 2,55
3 ^e semestre	63	2	3	± 2,14
4 ^e semestre	59	1	1,6	± 1,63

(1) Le calcul de l'« erreur probable » et du coefficient X² de Pearson montre qu'il existe une différence statistiquement significative entre la première période et les autres. Par contre, entre 2^e, 3^e et 4^e semestre, les différences sont moins valables.

tuberculeuses qui, au terme des 2 années d'observations, sont encore en évolution :

dans 4 cas, il s'agit d'une tuberculose ostéo-articulaire qui n'existait pas au début de la miliaire : un mal de Pott, une tumeur blanche du genou, une coxalgie, un abcès froid d'origine chondro-sternale ; dans

2 cas, il s'agit d'une tuberculose rénale grave (tuberculose du rein restant chez l'un de ces deux malades); dans 5 cas, il existe une lésion pulmonaire résiduelle, bacillifère, lésion qui chez l'un des malades préexistait à la miliaire et chez les 4 autres était apparue vers la fin du traitement, alors que la miliaire elle-même s'effaçait. De ces 5 malades, 3 ont dû subir une collapsothérapie, médicale ou chirurgicale, après l'arrêt du traitement streptomycinique.

Enfin, 2 malades ont présenté des localisations tuberculeuses multiples : tuberculose rénale grave et mal de Pott, chez l'un d'eux; épididymite tuberculeuse et caverne pulmonaire traitée par pneumothorax extra-pleural chez l'autre; toutes lésions qui ne sont apparues qu'après la fin du traitement antibiotique.

Dans un deuxième groupe, 18 malades ont présenté postérieurement à l'arrêt du traitement des complications qui s'avèrent maintenant guéries au terme des 2 années d'observation.

Chez 3 malades, une méningite tuberculeuse est apparue : rechute chez l'un d'eux qui en fin de cure présentait tous les signes d'une guérison clinique et humorale et qui a dû subir à nouveau un traitement antibiotique de longue durée; complication méningée nouvelle chez les 2 autres qui, antérieurement, étaient indemnes de toute lésion cérébro-méningée.

Une malade a présenté un mal de Pott traité par immobilisation plâtrée et par greffe. Une autre, une tuberculose ganglionnaire suppurée et fistulisée. 3 malades ont présenté une tuberculose génito-urinaire et, chez l'un d'eux, une épидидymectomie a dû être faite.

De plus, 10 malades ont présenté des lésions pulmonaires d'importance variable qui, chez certains d'entre eux, préexistaient à la miliaire et continuaient à évoluer après elle tandis que, chez les autres, elles étaient apparues au cours du traitement ou postérieurement à lui. Ces lésions ont, en tout cas, évolué vers la guérison clinique et bactériologique.

Enfin, dans le troisième groupe, 24 sujets ont guéri sans incident, sans qu'aucune manifestation tuberculeuse soit survenue après l'arrêt du traitement de la miliaire. Notons que 2 d'entre eux ont présenté une localisation méningée contemporaine du début de la miliaire; mais cette méningite a guéri complètement et sans rechute; c'est pourquoi nous classons ces deux malades dans le groupe de ceux qui ont guéri sans complications ultérieures.

En résumé, le bilan après 2 années d'observation des 55 sujets vivants se présente de la façon suivante :

malades présentant des complications encore en évolution : 13 = 24 % de ce groupe de 55;

sujets guéris après complications : 18 = 33 % de ce groupe de 55;

sujets guéris sans complications : 24 = 43 % de ce groupe de 55.

Si la plupart de ces sujets (les 3/4) peuvent donc être considérés comme guéris, un certain nombre d'entre eux (1/4) doivent être encore maintenus sous surveillance médicale rigoureuse.

4° Mais si l'on veut apprécier exactement la fréquence des complications tuberculeuses post-miliaires, il convient d'ajouter aux 31 cas compliqués de lésions encore évolutives ou actuellement guéries, les 15 complications mortelles survenues après l'arrêt du traitement, complications dont nous avons parlé plus haut.

Au total, du lot initial de 114 malades, 46, soit 40 %, ont présenté en fin de traitement ou après l'arrêt du traitement, des complications dont nous venons de décrire l'évolution (tableau I et graphique 1).

Mais il est plus intéressant d'apprécier la fréquence des complications post-miliaires par rapport au lot de 70 sujets dont le traitement avait été arrêté volontairement (les 7 sujets ultérieurement perdus de vue ont été éliminés, nous l'avons déjà dit, du groupe des 77 sujets vivant en fin de traitement).

Le bilan de ces 70 cas, après deux ans d'observation, est alors le suivant (tableau V et graphique 3) :

- malades ayant présenté des complications : 46 = 66 %
- dont {
 - malades décédés : 15 = 21 %
 - malades sous surveillance médicale : 13 = 19 %
 - malades guéris : 18 = 26 %
- sujets n'ayant pas présenté de complications : 24 = 34 %

En résumé, chez les 2/3 des sujets dont la miliaire pulmonaire avait été guérie cliniquement et radiologiquement par la streptomycine, des lésions tuberculeuses pulmonaires ou extra-pulmonaires ont été observées. Cependant, parmi ces sujets qui ont présenté des complications, une discrimination s'impose : 16 d'entre eux, en effet, gardaient en fin de traitement, malgré la guérison de leur miliaire, une lésion résiduelle qui continuait ultérieurement à évoluer ; les 30 autres, par contre, ont présenté des complications post-streptomyciniques vraiment nouvelles, puisque, en fin de traitement, ils paraissaient indemnes de toute lésion résiduelle cliniquement perceptible. Si l'on ne tient compte que de ces 30 cas, la proportion de sujets ayant présenté des complications post-miliaires vraiment patentes et nouvelles n'est plus que de 43 % au lieu de 66 %. C'est encore, notons-le, un pourcentage élevé.

Par ailleurs, il est intéressant de souligner que le risque de complications post-miliaires nouvelles diminue au fur et à mesure que le temps s'écoule : parmi les sujets vivant en fin de traitement, 29 % ont été atteints pendant la 1^{re} année, tandis que parmi les sujets restant en vie à la fin de cette première période, 13 % seulement ont été atteints au cours de leur 2^e année d'observation (tableau VII).

En tous cas, après ces deux années d'observation, il faut noter que chez ces sujets qui avaient bénéficié de façon immédiate de l'antibiotique, la guérison n'est actuellement obtenue que dans un peu plus de la moitié des cas (60 %). Une observation plus prolongée nous permettra d'apprécier la stabilité de cette guérison.

5° En réalité, les manifestations tuberculeuses post-miliaires ont été encore plus fréquentes que ne le montrent les chiffres ci-dessous énoncés.

En effet, certains malades ont, nous l'avons vu, présenté plusieurs complications tuberculeuses concomitantes ou successives. Aussi est-il

TABLEAU VII

Risque de complications après l'arrêt du traitement chez les sujets dont le traitement a été arrêté volontairement.

Période d'observation après l'arrêt du traitement	Nombre de sujets vivant au début de chaque période	Ensemble des sujets ayant présenté des complications (lésions résiduelles évolutives ou lésions nouvelles) (1)			Sujets ayant présenté des complications nouvelles (1)		
		N.	%	±	N.	%	±
1 ^{re} année	77	37	48	±5,17	22	29	±5,7
2 ^e année	63	9	14	±4,23	8	13	±4,37

(1) La différence observée entre la 1^{re} et la 2^e année est statistiquement valable, comme le montre le calcul de l'« erreur probable » et du coefficient X² de Pearson.

intéressant de présenter un tableau complet de ces diverses manifestations pathologiques post-thérapeutiques et d'apprécier la fréquence de chacune d'elles par rapport au lot de 70 sujets vivant en fin de traitement et observés pendant 2 ans.

Leur nombre total est élevé : 53 (tableau VIII et graphique 4). Il s'agit, il est vrai, de manifestations d'importance très variable, les unes étant cliniquement patentes, les autres ayant une simple traduction bactériologique.

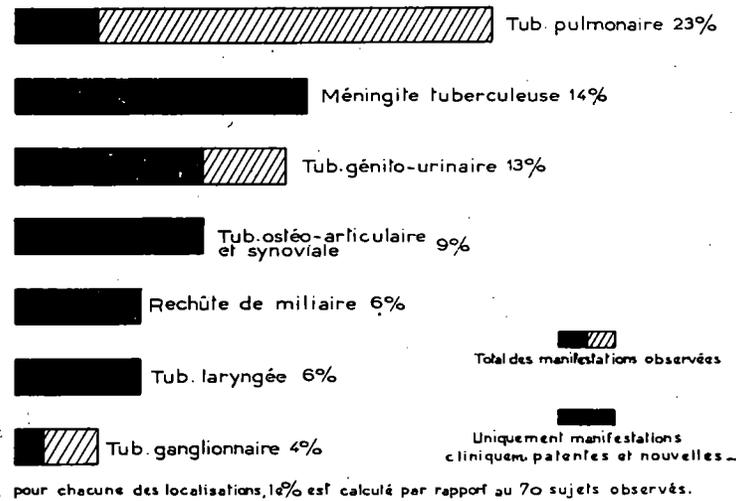
Les plus fréquentes sont les complications pulmonaires de type phtisique qui s'observent chez 23 % des 70 sujets. Viennent ensuite les complications méningées (méningites nouvelles ou rechutes), les complications génito-urinaires et ostéo-articulaires qui atteignent respectivement 14 %, 13 % et 9 % des sujets. Les rechutes de miliaires, les lésions laryngées et ganglionnaires sont plus rares : 6 %, 6 % et 4 % des sujets observés.

Mais là encore, parmi ces complications post-miliaires, la discrimination dont nous avons parlé plus haut s'impose. Il faut en effet distin-

MILIAIRES PULMONAIRES TUBERCULEUSES

FREQUENCE DES MANIFESTATIONS TUBERCULEUSES (53)
OBSERVEES CHEZ 70 SUJETS PENDANT LES DEUX ANNEES
SUIVANT L'ARRET DU TRAITEMENT

(Bilan en janvier 1951)



Institut National d'Hygiène

N°22463

GRAPHIQUE 4

TABLEAU VIII

(Voir graphiques 4 et 5.)

Miliaires pulmonaires tuberculeuses.

Manifestations tuberculeuses (cliniques et bactériologiques) (1)
observées chez 70 sujets
pendant les 2 années suivant l'arrêt du traitement de la miliaire
(% calculés par rapport aux 70 sujets observés).

Période d'observation après arrêt du traitement	Méningites (2)	Rechutes de miliaires	Tub. ganglionnaires	Tub. ostéo-articulaires	Tub. génito-urinaires	Tub. laryngées	Tub. pulm. non miliaires	Total des manifestations
1 ^{er} semestre...	10	—	2	2	3	—	12	29
2 ^e semestre...	—	4	1	1	3	3	—	12
2 ^e année.....	—	—	—	3	3	1	5	12
Total des 2 premières années ...	N. 10 % 14% ± 4,1	4 6% ± 2,9	3 4% ± 2,2	6 9% ± 3,4	9 13% ± 4	4 6% ± 2,9	17 23% ± 5	53 —

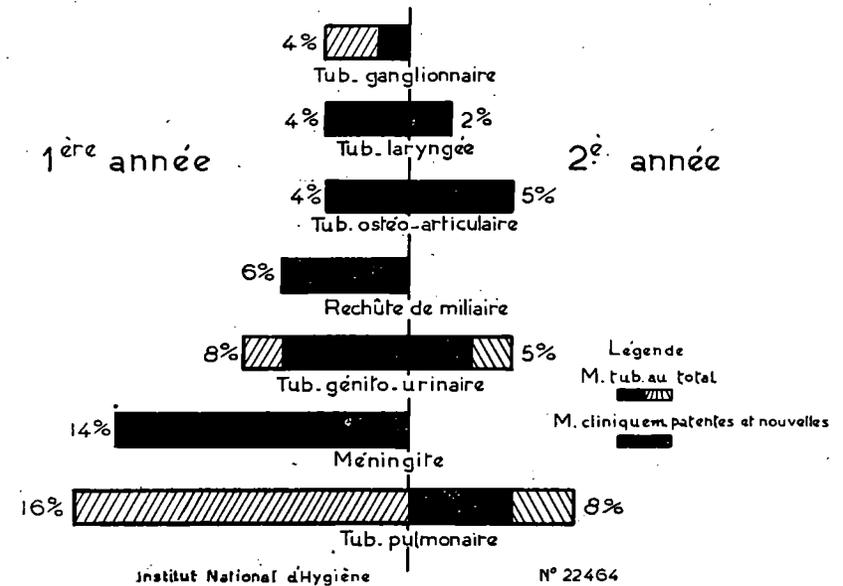
(1) Il s'agit ici de toutes les complications observées, qu'elles soient cliniquement patentes ou qu'elles soient latentes et révélées seulement par les examens bactériologiques systématiques; qu'elles aient été constatées en fin de traitement et aient continué à évoluer, ou qu'elles soient nouvelles, apparues dans les délais variables après l'arrêt du traitement.

(2) Méningites nouvelles ou rechutes de méningites antérieures chez des sujets qui étaient en état de guérison apparente en fin de traitement.

MILIAIRES PULMONAIRES TUBERCULEUSES

FREQUENCE ET DELAI D'APPARITION DES MANIFESTATIONS
TUBERCULEUSES OBSERVEES CHEZ 70 SUJETS APRES L'ARRET DU TRAITEMENT

Bilan en Janvier 1951



Institut National d'Hygiène

N°22464

GRAPHIQUE 5

TABLEAU IX

(Voir graphiques 4 et 5.)

Manifestations tuberculeuses cliniquement patentes et nouvelles
observées chez 70 sujets pendant les 2 années suivant l'arrêt du traitement (1)
(% calculés par rapport aux 70 sujets observés).

Période d'observation après arrêt du traitement	Méningites (2)	Rechutes de miliaires	Tub. ganglionnaires	Tub. ostéo-articulaires	Tub. génito-urinaires	Tub. laryngées	Tub. pulm. non miliaires	Total des manifestations
1 ^{er} semestre...	10	—	—	2	3	—	—	15
2 ^e semestre...	—	4	1	1	1	3	—	10
2 ^e année.....	—	—	—	3	2	1	3	9
Total des 2 premières années ...	N. 10 % 14% ± 4,1	4 6% ± 2,9	1 1,5% ± 1,45	6 9% ± 3,4	6 9% ± 3,4	4 6% ± 2,9	3 4% ± 2,2	34 —

(1) Il ne s'agit ici (contrairement au tableau VIII) que de complications cliniquement patentes, les manifestations latentes, découvertes par les examens bactériologiques étant exclues. Il ne s'agit aussi que des manifestations nouvelles, apparues après l'arrêt du traitement, les manifestations qui avaient déjà été constatées à la fin du traitement de la miliaire étant également exclues.

(2) Méningites nouvelles (7) ou rechutes de méningites antérieures (3) chez des sujets qui étaient en état de guérison apparente en fin de traitement.

guer, dans le lot global des manifestations pathologiques, celles qui ont été contemporaines de la miliaire et qui après la fin du traitement ont poursuivi leur évolution (1), de celles qui sont apparues comme des faits cliniques nouveaux (tableau IX et graphique 4) chez des sujets indemnes en fin de traitement de toute lésion résiduelle clinique, radiologique ou bactériologique.

Fait important, ces complications cliniquement patentes et nouvelles, les plus intéressantes au regard du pronostic tardif, sont encore nombreuses : 34. De plus, 11 d'entre elles seulement, c'est-à-dire 1/3, se sont produites dans la sphère respiratoire, les 2/3, par contre, dans les territoires extra-pulmonaires, ce qui souligne bien l'importance de la diffusion hémotogène dans ce type de tuberculose.

La fréquence de ces faits cliniques nouveaux est alors, par ordre d'importance, la suivante :

tuberculose méningée	: 14	%	des 70	sujets	observés	pendant	2	ans.
tuberculose génito-urinaire	: 9	%	»	»	»	»	»	»
tuberculose ostéo-articulaire	: 9	%	»	»	»	»	»	»
rechutes de miliaire	: 6	%	»	»	»	»	»	»
tuberculose laryngée	: 6	%	»	»	»	»	»	»
tuberculose pulmonaire	: 4	%	»	»	»	»	»	»
(non miliaire)								
tuberculose ganglionnaire	: 1,5	%	»	»	»	»	»	»

En matière de complications pulmonaires (infiltrats, cavités) cette discrimination entre lésions nouvelles, post-miliaires, et lésions résiduelles contemporaines de la miliaire, s'avèrait donc particulièrement indispensable, puisque leur fréquence se trouve réduite de 23 % à 4 %.

La date d'apparition de ces complications, principalement des complications cliniquement nouvelles, par rapport à la fin du traitement de la miliaire, est également intéressante à préciser (tableaux VIII, IX et graphique 5).

Les méningites ont été précoces, se démasquant dans les 6 mois qui ont suivi l'arrêt du traitement (ou même 3 mois pour la plupart d'entre elles). Passé ce délai, nous n'en avons jusqu'à présent observé aucune.

Les rechutes de miliaire ont été semi-précoces, survenant dans le cours du second semestre, de même que les tuberculoses ganglionnaires et laryngées.

Par contre, les lésions pulmonaires nouvelles (infiltrats ou petites lésions cavitaires) sont apparues plus tardivement, au cours de la seconde année.

Quant aux complications génito-urinaires et ostéo-articulaires elles se

(1) Par exemple : infiltrations ou cavernes pulmonaires, B. K. dans les urines, etc...

sont échelonnées dans le temps et ont été observées aussi bien précocement que tardivement.

Dans l'ensemble, les manifestations pathologiques post-miliaires ont été nettement plus fréquentes au cours des 2 premiers semestres (41 sur 53, c'est-à-dire plus des 3/4), qu'au cours de la 2^e année (12 cas). Si l'on ne considère même que les manifestations cliniquement patentes et nouvelles, on peut noter également que 25 sur 34 (presque les 3/4 d'entre elles) sont apparues pendant la 1^{re} année, 9 seulement pendant la 2^e année. Comme nous l'avons montré plus haut, le risque de complications post-miliaires paraît donc être moins grand tardivement que précocement.

En résumé, si la streptomycine influence d'une façon remarquable la tuberculose miliaire des poumons, il importe de connaître, avec l'épreuve du temps, la proportion de ces succès et leur solidité.

Les statistiques que nous venons de présenter nous montrent que, en présence d'une miliaire, on ne doit pas compter seulement avec la localisation pulmonaire. L'effacement à peu près constant du semis miliaire sous l'influence de l'antibiotique n'est pas suffisant pour qu'on soit assuré de la guérison de la maladie.

En dehors de la méningite, qui est le risque majeur de cette tuberculose hémotogène et qui substitue son pronostic à celui de la miliaire pulmonaire, en dehors de la rechute possible de la miliaire (rechute dont un petit foyer caséux résiduel peut être le point de départ), il faut craindre que les bacilles fixés dans divers organes au moment de la phase de dissémination ne donnent lieu, même à longue échéance, à une évolution clinique retardée.

Ces faits nous incitent, actuellement, à prolonger davantage le traitement antibiotique des tuberculoses miliaires.

II. — ÉLÉMENTS DU PRONOSTIC

Nous avons cherché à apprécier la valeur de divers facteurs susceptibles d'influencer le pronostic de la tuberculose miliaire des poumons, afin d'essayer de prévoir, d'une part les risques de décès, d'autre part la fréquence et la localisation des complications au cours du traitement par la streptomycine et après celui-ci.

Les statistiques dont nous ferons état tiennent compte, comme nous l'avons précisé au chapitre précédent, des faits enregistrés pendant une durée d'observation de 2 ans à 2 ans 1/2, à dater du début du traitement, et de 2 ans à dater de l'arrêt du traitement.

Envisageant, par conséquent, une durée d'observation identique pour tous les malades, nous étudierons l'influence que peuvent avoir sur l'évolution de la maladie : l'importance des signes de diffusion héma-

togène, l'aspect clinique et radiologique de la miliaire, le sexe et l'âge des sujets atteints, leurs antécédents, leurs réactions cutanées d'allergie.

Enfin, nous essaierons de préciser le rôle de la durée du traitement.

1° *Les signes de diffusion hémotogène.* — Fréquente, en effet, est la constatation au début de l'évolution de la miliaire pulmonaire de ces « signes de diffusion » : les uns cliniquement patents, tels que méningites, laryngites, épидидymites, etc.; les autres latents (découverts par les examens systématiques) tels que tubercules choroïdiens, bacilles de Koch dans les urines, dans la moelle sternale. *Ce syndrome de diffusion* influe-t-il sur l'évolution ultérieure de la miliaire, malgré la mise en œuvre de la streptomycinothérapie ? (tableau X).

TABLEAU X

Valeur pronostique des signes de diffusion chez 114 malades atteints de miliaire pulmonaire.

Signes de diffusion au début de la miliaire	Nombre de malades initialement traités	Nombre de décès survenus en cours de traitement	Nombre de décès, au total, survenus en cours de traitement ou après l'arrêt du traitement	Nombre de perdus de vue (au bout de 2 ans)
Un ou plusieurs signes...	88	34	45	4
Aucun signe.....	26	3	7	3

Comme il était logique de le prévoir, sa gravité paraît indéniable : chez les malades présentant, à l'entrée dans le service, un ou plusieurs signes de diffusion, la fréquence des décès survenus en cours de traitement a été trois fois plus grande que chez ceux qui, par contre, ne présentaient au début aucun signe de dissémination. On retrouve une différence non moins notable dans la létalité globale après 2 années d'observation : presque 2 fois plus importante dans le premier groupe que dans le second. (Les perdus de vue, au bout de 2 ans, sont en petit nombre dans les 2 groupes.)

Parmi ces signes de diffusion, les *tubercules choroïdiens* ont un intérêt pronostique évident (tableau XI).

L'incidence de cette dissémination choroïdienne sur la fréquence des localisations méningées précoces ou tardives est, en effet, particulièrement manifeste : ces dernières ont été presque 2 fois plus fréquentes chez les sujets porteurs de tubercules choroïdiens que chez les autres. Aussi ne faut-il pas s'étonner du fait que les décès aient été également beaucoup plus nombreux dans le premier groupe, que dans le second.

C'est dire l'importance primordiale, du point de vue pronostic, de la

localisation méningée et ceci malgré la mise en œuvre du traitement streptomycinique. Le risque de méningite au cours des miliaries, très important chez l'enfant (ceci est une notion bien connue), est également notoire chez l'adulte. Nous avons déjà insisté sur ce point au premier chapitre de ce travail. Mais il est intéressant de préciser exactement la fréquence et la gravité de cette complication de même que sa date d'apparition.

Si, parmi les 114 sujets traités, la méningite a été observée dans 44 cas (39 %), elle n'était contemporaine de la miliaire que dans 24 cas (un peu plus de la moitié des miliaries compliquées de méningites) tandis que chez 13 malades elle n'est apparue qu'en cours de traitement et chez

TABLEAU XI

Valeur pronostique des tubercules choroïdiens chez 94 malades dont le F. O. a été examiné au début de la miliaire.

Examen du F. O.	Nombre de méningites (primitives ou secondaires)	Nombre de décès par méningites	Nombre de décès de toutes causes
Malades présentant des tubercules choroïdiens : 32 (aucun perdu de vue au bout de 2 ans).	19	13	19
Malades ne présentant pas de tubercules choroïdiens : 62 (6 perdus de vue au bout de 2 ans).....	19	18	20

7 autres après l'arrêt de celui-ci. (Nous ne comptons naturellement dans ce dernier groupe que les complications méningées nouvelles à l'exclusion des rechutes.)

Par conséquent, le risque de méningite n'est pas seulement un risque immédiat; c'est également un risque tardif que le traitement antibiotique ne suffit pas à prévenir complètement. Cependant le risque de complications méningées nouvelles, secondaires ou tardives, chez des malades antérieurement indemnes, diminue progressivement avec le temps. Peut-être eût-il été encore moins grand si nous avions pratiqué chez tous les sujets des ponctions lombaires systématiques (comme nous le faisons à l'heure actuelle) amenant à instituer un traitement intrarachidien précoce et prolongé en cas de « réaction méningée » humorale.

Si, du point de vue statistique, on veut évaluer exactement le risque de méningite à chaque période, il faut d'ailleurs rapporter les chiffres, non pas au nombre initial de sujets traités, mais au nombre de sujets vivants et n'ayant pas encore présenté de méningite au début de la période considérée. Les pourcentages ainsi établis (tableau XII) confirment la notion ci-dessus énoncée : le risque de complication méningée,

s'il reste notable à tout moment, diminue sensiblement au fur et à mesure que les délais écoulés, depuis le début du traitement et depuis l'arrêt du traitement, deviennent plus longs. Quant à la gravité de ces miliaires compliquées de méningites, elle est, nous l'avons vu, considérable : la létalité globale, après 2 années d'observation, est de 86 %, donc plus de 4 fois plus élevée que dans le groupe des miliaires sans méningite où elle n'est que de 20 % (tableau XIII et graphique 6). Cette létalité est même plus élevée que celle des méningites isolées (75 % avec

TABLEAU XII

Risque de complication méningée, précoce ou tardif (1).

	Méningites		
	Nombre de méningites nouvelles	% par rapport au nombre de sujets en traitement au début de chaque période et n'ayant pas encore présenté de complication méningée	
		%	ε
Miliaires au début du traitement : 114 cas.....	24	21	± 3,8
Miliaires en cours de traitement : 85 cas (à l'exclusion des méningites primitives et des décès précoces par toxiféction)	13	15	± 3,9
Miliaires après l'arrêt du traitement : 63 cas (à l'exclusion des méningites et des décès survenus en cours de traitement)	7	11	± 3,9

(1) Les calculs statistiques (« erreur probable », coefficient X² de Pearson) montrent que la différence entre le 1^{er} groupe (miliaires au début du traitement) et le 3^e groupe (miliaires après l'arrêt du traitement) est statistiquement significative.

un recul de 3 ans), méningites sans miliaires que nous avons traitées pendant la même période.

Enfin, parmi les miliaires compliquées de méningites, les méningites tardives apparues en cours de traitement ou après l'arrêt de celui-ci semblent être encore plus graves (18 décès sur 20) que les méningites précoces contemporaines de la miliaire (20 décès sur 24). Si les groupements numériques sont trop restreints pour que les pourcentages établis aient une valeur formelle, il n'en reste pas moins vrai que cette notion mérite d'être signalée.

Parmi les signes de diffusion hémotogène, quels sont ceux qui peuvent encore influencer sur le pronostic immédiat ou éloigné de la miliaire ?

La présence de bacilles de Koch dans les urines (tableau XIV), si

fréquemment décelée par les cultures au début de la miliaire (38 % des cas), même en l'absence de tout antécédent ou de tout signe clinique uro-génital (36 % de bacilluries isolées), a une incidence indéniable sur la fréquence des complications uro-génitales post-miliaires.

Nous avons en effet étudié, parmi les malades dont les urines avaient

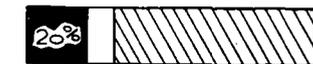
MILIAIRES PULMONAIRES TUBERCULEUSES

114 PREMIERS CAS

GRAVITE DES COMPLICATIONS MÉNINGÉES



Miliaires + méningites 44 cas



Miliaires sans méningites 20 cas

DÉCÉDÉS PERDUS DE VUE VIVANTS

Note : durée d'observation : 2 ans (à dater de l'arrêt du traitement) pour tous les vivants.

Institut National d'Hygiène

N° 22471.

GRAPHIQUE 6

TABLEAU XIII

(Voir graphique 6.)

Pronostic des miliaires pulmonaires tuberculeuses avec ou sans méningites (1).

Evolution après 2 ans d'observation.

F. cliniques	Nombre total	Perdus de vue		Décédés			Vivants		
		N.	%	N.	%	ε	N.	%	ε
Miliaires sans méningites..	70	7	10	14	20	± 5,48	49	70	± 4,7
Miliaires avec méningites (primatives ou secondaires)	44	0	0	38 (2)	86	± 5,27	6	14	± 5,2
Total des 2 groupes.	114	7	6	52	46		55	48	

(1) La différence de gravité de ces 2 formes est confirmée par les calculs statistiques (« erreur probable » et coefficient X² de Pearson).

(2) L'un de ces malades n'est pas mort de sa méningite, mais d'un accident anaphylactique alors que sa méningite était guérie.

été examinées au début du traitement, un groupe de 49 sujets dont nous avons pu suivre l'état de santé jusqu'à la fin de la seconde année d'observation. On ne pouvait, évidemment, retenir pour cette étude les sujets

TABLEAU XIV

Miliaires pulmonaires tuberculeuses.

Présence de B. K. dans les urines au début de la maladie.

Catégories de malades	Nombre de cas où l'examen d'urines a été fait	Nombre de cas -	Nombre de cas +
Malades sans antécédents ni signes cliniques uro-génitaux...	88	56	32 = 36 %
Malades présentant des antécédents récents ou des signes cliniques uro-génitaux contemporains de la miliaire.....	14	7	7
<i>Total des cas examinés...</i>	102	63	39 = 38 %

dont le décès était survenu plus ou moins précocement du fait de méningites ou autres lésions n'intéressant pas la sphère uro-génitale.

Ces 49 sujets se divisent en 2 groupes (voir tableau XV) suivant que

TABLEAU XV

Valeur pronostique de la bacillurie chez des malades ne présentant ni antécédents ni signes cliniques de tuberculose uro-génitale contemporaine de la miliaire.

Examens d'urines au début de la miliaire	Evolution pendant les 2 années suivant l'arrêt du traitement			
	Nombre de complications uro-génitales			Pas de complications uro-génitales
	C. graves	C. bénignes	C. au total	
Examens négatifs : 29 cas	0	1	1	28
Examens positifs : 20 cas	3	3	6	14

la bacillurie était absente (29 cas) ou était décelée (20 cas) avant tout traitement antibiotique. Aucun d'eux ne présentait d'antécédents récents ou de signes cliniques de tuberculose uro-génitale.

Il est frappant de constater que si, dans le premier groupe, un seul sujet a présenté une complication (épididymite d'ailleurs bénigne) après

l'arrêt du traitement, le second groupe a été beaucoup plus atteint puisque 6 malades ont présenté des complications uro-génitales post-miliaires : complications bénignes et se bornant à une simple bacillurie tardive dans 3 cas; complications graves et nécessitant une intervention chirurgicale dans 3 autres cas.

Autrement dit, parmi les malades atteints de complications uro-génitales post-thérapeutiques, tous, sauf un, avaient présenté en début de traitement une bacillurie latente et chez certains d'entre eux cette bacillurie persistait encore en fin de traitement malgré la guérison clinique de la miliaire.

On voit donc que si la lésion rénale microscopique, dont cette bacillurie latente est le témoin, n'a dans les 2/3 des cas aucune suite fâcheuse, elle est, dans 1/3 des cas environ, le point de départ d'une complication qui pourra ne se manifester qu'après l'arrêt du traitement et dans un délai souvent assez long.

La notion d'une bacillurie précoce, fût-elle absolument latente, est donc à retenir dans les éléments de pronostic.

2° *L'aspect clinique de la miliaire.* — L'acuité des symptômes fonctionnels et généraux au début de la miliaire, notamment la présence d'une fièvre élevée et la persistance de cette hyperthermie malgré la mise en œuvre de la streptomycinothérapie, est un élément important pour le pronostic.

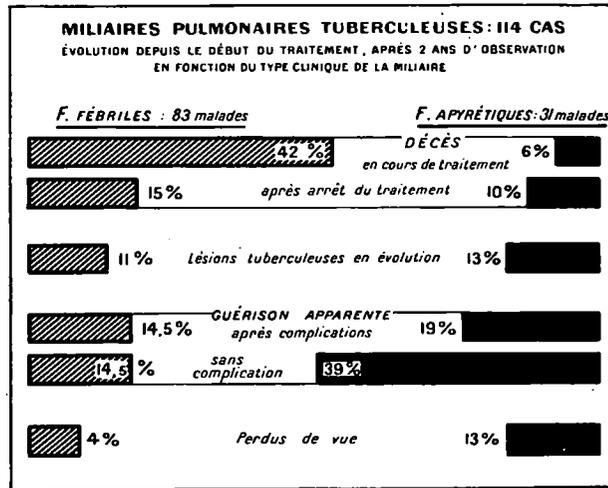
Toutes les statistiques que nous avons établies témoignent de la gravité beaucoup plus grande des miliaires aiguës fébriles par rapport aux formes subfébriles et apyrétiques.

Dans le groupe des 83 malades atteints de miliaire fébrile, la létalité précoce s'élève à 42 %; elle est 7 fois moins grande dans le groupe des 31 miliaires apyrétiques. Après une durée d'observation de 2 ans, la létalité globale est de 57 % dans le premier groupe, donc plus de 3 fois plus grande que dans le second (tableaux XVI et XVII, graphiques 7 et 8). La proportion des sujets perdus de vue est, certes, un peu différente dans les 2 groupes. Mais malgré ce « pourcentage d'indétermination », cette différence considérable dans le pronostic ne saurait être mise en doute.

Cette dissemblance n'est d'ailleurs pas pour nous étonner, si l'on songe à la fréquence particulière des signes de diffusion hémotogène, notamment des méningites, chez ces sujets atteints de miliaire aiguë fébrile : les complications méningées ont entraîné la mort de 42 % d'entre eux; ce pourcentage de décès est 7 fois moins grand dans le groupe des miliaires apyrétiques (tableaux XVIII et XIX).

Cette gravité des formes aiguës fébriles ne se manifeste pas seulement dans l'immédiat mais se retrouve encore lors de l'évolution ultérieure.

A ne considérer, en effet, que les sujets dont le traitement avait été arrêté volontairement et dont la miliaire était par conséquent guérie



GRAPHIQUE 7

TABLEAU XVI
(Voir graphique 7.)

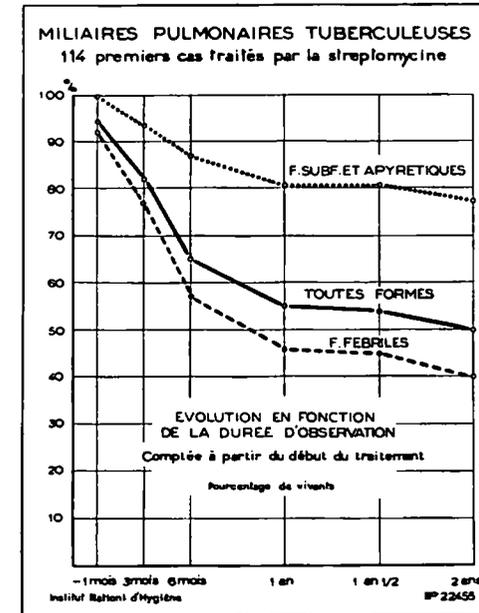
Miliaires pulmonaires tuberculeuses : 114 premiers cas.

Evolution depuis le début du traitement, en fonction du type clinique de la miliaire.

Durée d'observation : 2 ans depuis l'arrêt du traitement.

	Formes fébriles Nombre de sujets	Formes subfébriles et apyrétiques Nombre de sujets
Sujets traités	83	31
Bilan en fin de traitement :		
Décédés	35	2
Vivants	48	29
Evolution depuis l'arrêt du traitement :		
Perdus de vue	3	4
Observés {	Ayant présenté des complications	13
	suivies de décès	3
	encore en évolution	4
	suivies de guérison	6
N'ayant pas présenté de complications	12	12
Total des {	décédés	5
	guéris	18
	malades en traitement	4

(tableau XX, graphiques 9 et 10), il est frappant de noter que le risque de complications post-miliaires est bien différent dans les 2 groupes : il est beaucoup plus important dans le groupe des miliaires fébriles où les 3/4 ou presque des sujets ont présenté une ou plusieurs manifestations pathologiques post-thérapeutiques, que dans le groupe des miliaires



GRAPHIQUE 8

TABLEAU XVII
(Voir graphique 8.)

Miliaires pulmonaires tuberculeuses.

Evolution en fonction de la durée d'observation depuis le début du traitement.

Délai après le début du traitement	Formes fébriles : 83			Formes subfébriles ou apyrétiques : 31		
	Décédés	Vivants observés	Perdus de vue	Décédés	Vivants observés	Perdus de vue
Moins 1 mois	7	76	0	0	31	0
3 mois	18	64	1	0	29	2
6 mois	35	47	1	2	27	2
1 an	44	38	1	4	25	2
1 an 1/2	44	37	2	4	25	2
2 ans	47	33	3	5	22	4

froides, où la moitié des sujets ont été atteints. Les complications mortelles, en particulier, ont été plus de 2 fois plus fréquentes dans le premier groupe que dans le second.

Quant au détail même de ces manifestations pathologiques, il est fort

TABLEAU XVIII

Miliaires pulmonaires tuberculeuses : 114 premiers cas.

Fréquence des complications méningées en fonction du type clinique de la miliaire.

Durée d'observation : 2 ans.

Formes cliniques	Nombre de cas initialement traités	Nombre de perdus de vue	Nombre de complications méningées
Formes fébriles	83	3	40
Formes subfébriles et apyrétiques	31	4	4

intéressant à considérer : si les lésions pulmonaires de type phthisique, les adénopathies, les tuberculoses ostéo-articulaires ou synoviales ont une fréquence sensiblement égale dans les 2 groupes, *les rechutes de*

TABLEAU XIX

Miliaires tuberculeuses.

Fréquence des décès par méningite suivant le type clinique de la miliaire

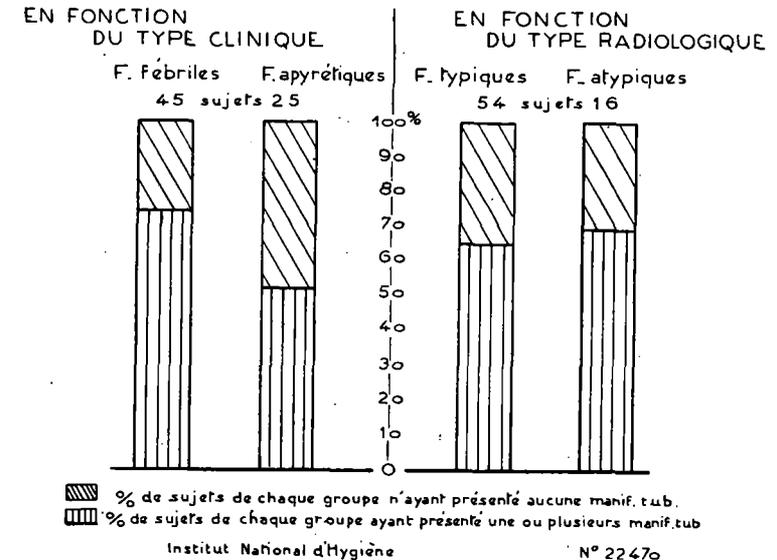
en tenant compte d'une durée d'observation de 2 ans pour tous les sujets.

Formes cliniques	Nombre de cas initialement traités	Nombre de perdus de vue	Décès par méningite	Décès d'autres causes	Total des décès
Formes fébriles....	83	3	35	12	47
Formes subfébriles et apyrétiques ...	31	4	2	3	5
<i>Total des cas...</i>	<i>114</i>	<i>7</i>	<i>37 = 33 %</i>	<i>15 = 13 %</i>	<i>52 = 46 %</i>

miliaires, les méningites, les tuberculoses génito-urinaires sont environ 2 fois plus fréquentes dans le groupe des miliaires fébriles (tableau XXI et graphique 11). Il faut donc souligner, encore une fois, l'incidence des signes de diffusion précoces (plus nombreux dans les miliaires aiguës que dans les autres) sur la fréquence, non seulement des complications précoces, mais aussi des complications tardives post-streptomyciniques.

MILIAIRES PULMONAIRES TUBERCULEUSES

Evolution pendant les 2 années suivant l'arrêt du traitement chez 70 sujets



GRAPHIQUE 9

TABLEAU XX

(Voir graphiques 9 et 10.)

Miliaires pulmonaires tuberculeuses : 114 premiers cas.

Evolution depuis l'arrêt du traitement chez 70 sujets (1), en fonction du type clinique de la miliaire.

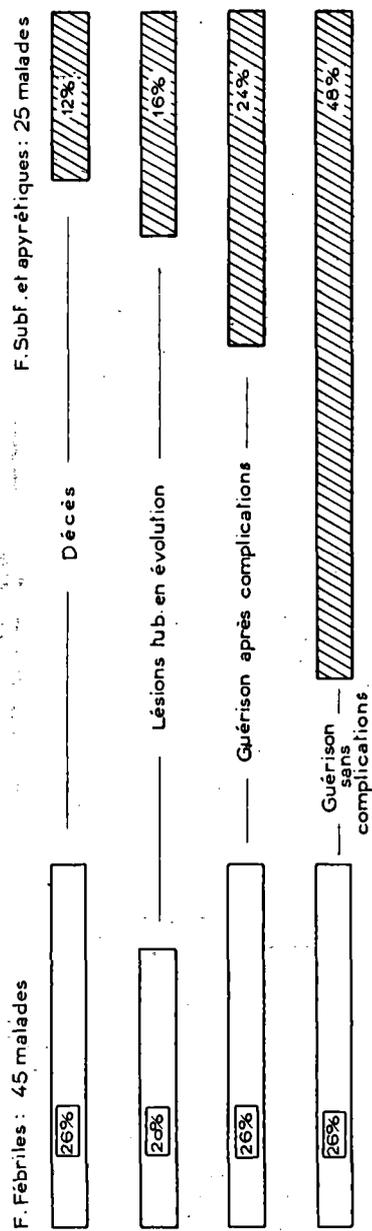
Durée d'observation minima : 2 ans.

	Formes fébriles Nombre de sujets	Formes subfébriles et apyrétiques Nombre de sujets
Complications suivies de décès	12	3
Complications encore en évolution.....	9	4
Complications actuellement guéries.....	12	6
Complications au total	33	13
Sans complications	12	12
Guérison apparente actuelle.....	24	18
<i>Total des sujets observés depuis l'arrêt du traitement.....</i>	<i>45</i>	<i>25</i>

(1) Des 77 sujets vivant en fin de traitement, on a exclu les 7 sujets qui, au terme de ces 2 années, ont été perdus de vue.

MILIAIRES PULMONAIRES TUBERCULEUSES

EVOLUTION PENDANT LES 2 ANNEES SUIVANT L'ARRET DU TRAITEMENT EN FONCTION DU TYPE CLINIQUE DE LA MILIAIRE



Institut National d'Hygiène

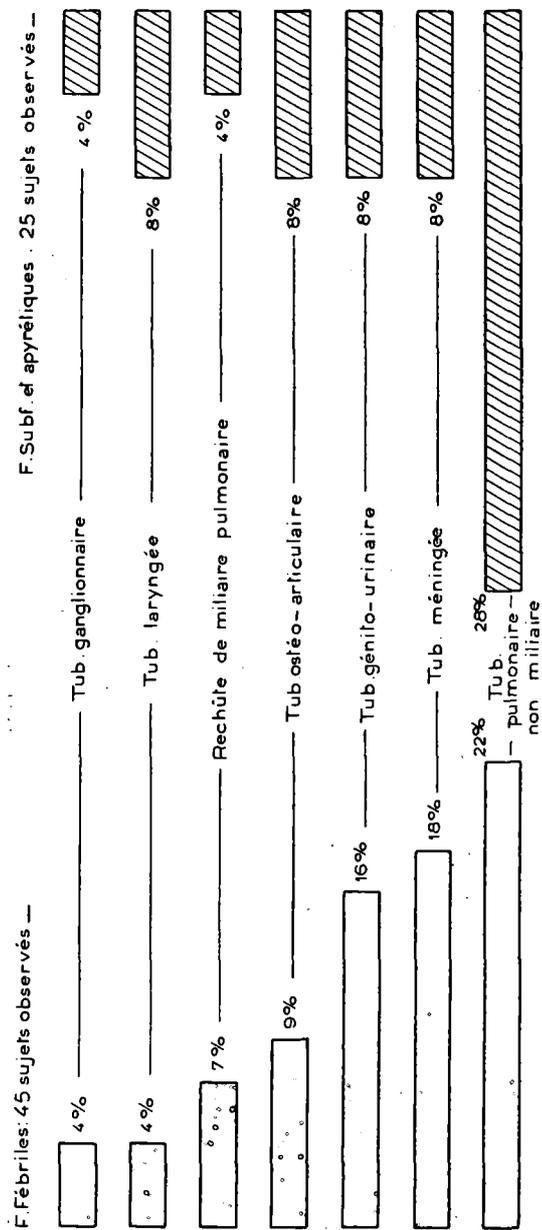
GRAPHIQUE 10

N° 22466

3° *L'aspect radiologique de la miliaire.* — L'aspect des images radiologiques joue également un rôle dans les éléments du pronostic. Si les « *miliaires atypiques* », à nodules plus gros, moins réguliers et plus

MILIAIRES PULMONAIRES TUBERCULEUSES

FREQUENCE DES MANIFESTATIONS TUBERCULEUSES OBSERVEES CHEZ 70 SUJETS PENDANT LES 2 ANNEES SUIVANT L'ARRET DU TRAITEMENT EN FONCTION DU TYPE CLINIQUE



Pour chacune des manifestations tuberculeuses, le % est calculé par rapport au nombre de sujets observés dans chaque catégorie pendant ces 2 années.

Institut National d'Hygiène

GRAPHIQUE 11

N° 22468

inégalement répartis que les « *miliaires typiques* » réagissent comme celles-ci au traitement streptomycinique, leur pronostic diffère de celui de la classique granulie par bien des points :

La fièvre y est moins fréquemment observée : on trouve 10 formes fébriles sur 23 miliaires atypiques et 73 sur 91 miliaires typiques. Les signes de diffusion hémotogène y sont moins nombreux et, en particulier,

TABLEAU XXI
(Voir graphique 11.)

Miliaires pulmonaires tuberculeuses.

Fréquence des manifestations observées chez 70 sujets pendant les 2 années suivant l'arrêt du traitement en fonction du type clinique de la miliaire.

Manifestations pathologiques	Formes fébriles Nombre de complications	Formes subfébriles et apyrétiques Nombre de complications
Méningites	8	2
Rechutes de miliaire	3	1
Tuberculose ganglionnaire	2	1
Tuberculose ostéo-articulaire	4	2
Tuberculose génito-urinaire	7	2
Tuberculose laryngée	2	2
Tuberculose pulmonaire non miliaire...	10	7
<i>Total des manifestations</i>	<i>36</i>	<i>17</i>
<i>Total des sujets observés depuis l'arrêt du traitement.....</i>	<i>45</i>	<i>25</i>

TABLEAU XXII

Miliaires tuberculeuses.

Fréquence des décès par méningite suivant le type radiologique de la miliaire, en tenant compte d'une durée d'observation de 2 ans pour tous les sujets.

Formes cliniques	Nombre de cas initialement traités	Nombre de perdus de vue	Décès par méningite	Décès d'autres causes	Total des décès
Formes radiologi- ques typiques....	91	4	33	12	45
Formes radiologi- ques atypiques...	23	3	4	3	7
<i>Total des cas...</i>	<i>114</i>	<i>7</i>	<i>37 = 33 %</i>	<i>15 = 13 %</i>	<i>52 = 46 %</i>

la fréquence des méningites primitives ou secondaires y est moins grande : 3 cas sur 27 au lieu de 40 sur 91. Aussi, les décès par méningite ayant été environ 2 fois moins fréquents dans ces formes atypiques que

dans les autres, ne faut-il pas s'étonner que la *létalité globale*, après 2 années d'observation, y soit *nettement moins élevée* (tableau XXII, XXIII, XXIV; graphique 12). Cependant, la différence de létalité entre formes typiques et atypiques est moins importante qu'entre formes fébriles et apyrétiques.

Enfin, la *dissemblance* entre des miliaires radiologiquement différentes

TABLEAU XXIII

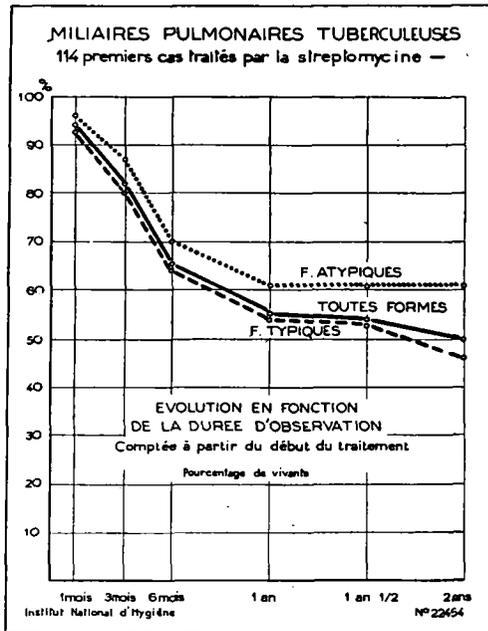
Miliaires pulmonaires tuberculeuses : 114 premiers cas.

Evolution depuis le début du traitement, en fonction du type radiologique de la miliaire.

	Formes typique Nombre de sujets	Formes atypiques Nombre de sujets	
<i>Sujets traités</i>	<i>91</i>	<i>23</i>	
<i>Bilan en fin de traitement :</i>			
Décédés	33	4	
Vivants	58	19	
<i>Evolution depuis l'arrêt du traite- ment :</i>			
Perdus de vue	4	3	
<i>Observés</i> {	Ayant présenté des compli- cations	35	11
	suivies de décès	12	3
	encore en évolution.....	9	4
	suivies de guérison.....	14	4
N'ayant pas présenté de com- plications	19	5	
<i>Total des</i> {	décédés	45	7
	guéris	33	9
	en évolution	9	4

se marque encore dans l'évolution des complications post-streptomyci-
niques. En effet, si le nombre de sujets qui ont présenté des complica-
tions tardives (tableau XXV) est très voisin dans les 2 groupes (les
2/3 environ), la fréquence respective des diverses manifestations patho-
logiques post-miliaires est, par contre, chez les uns et les autres, bien
différente (tableau XXVI) : les rechutes de miliaire sont l'apanage des
miliaires typiques et les complications méningées tardives sont ici
presque 3 fois plus fréquentes; à l'inverse, le *risque de lésion pulmo-
naires tardives, de type phthisique, est plus de 2 fois plus grand dans les
formes atypiques* que dans les autres formes.

Résumant l'incidence de ces deux importants facteurs : symptômes généraux et type radiologique, nous pouvons donc affirmer qu'il existe un élément certain de gravité dans les miliaires fébriles et les miliaires radiologiquement typiques, ces deux caractères allant, d'ailleurs, sou-



GRAPHIQUE 12

TABLEAU XXIV

(Voir graphique 12.)

Miliaires pulmonaires tuberculeuses.

Evolution en fonction de la durée d'observation depuis le début du traitement.

Délai après le début du traitement	Formes typiques : 91			Formes atypiques : 23		
	Décédés	Vivants observés	Perdus de vue	Décédés	Vivants observés	Perdus de vue
Moins 1 mois	6	85	0	1	22	0
3 mois	17	73	1	1	20	2
6 mois	32	58	1	5	16	2
1 an	41	49	1	7	14	2
1 an 1/2	41	48	2	7	14	2
2 ans	45	42	4	7	13	3

vent de pair. La cause essentielle de cette gravité réside dans la fréquence de la complication méningée, fréquence notablement moins

TABLEAU XXV
(Voir graphique 9.)

Evolution depuis l'arrêt du traitement chez 70 sujets (1), en fonction du type radiologique de la miliaire.
Durée d'observation : 2 ans.

	Formes typiques Nombre de sujets	Formes atypiques Nombre de sujets
Complications suivies de décès	12	3
Complications encore en évolution	9	4
Complications actuellement guéries	14	4
Complications au total	35	11
Sans complications	19	5
Guérison apparente actuelle	33	9
<i>Total des sujets observés depuis l'arrêt du traitement</i>	54	16

(1) Des 77 sujets vivant en fin de traitement, on a exclu les 7 sujets qui, au terme de ces 2 années, ont été perdus de vue.

TABLEAU XXVI

Miliaires pulmonaires tuberculeuses.

Fréquence des manifestations observées chez 70 sujets pendant 2 années suivant l'arrêt du traitement (1), en fonction de l'aspect radiologique initial.

Manifestations pathologiques	Formes typiques	Formes atypiques
Méningites	9	1
Rechutes de miliaire	4	0
Tuberculose ganglionnaire	3	0
Tuberculose ostéo-articulaire	4	2
Tuberculose génito-urinaire	7	2
Tuberculose laryngée	4	0
Tuberculose pulmonaire non miliaire	10	7
<i>Total des manifestations</i>	41	12
<i>Total des sujets observés (bilan en janvier 1951)</i>	54	16

(1) Des 77 sujets vivant en fin de traitement, on a exclu les 7 sujets qui, au terme de ces 2 années, avaient été perdus de vue.

grande dans les miliaires atypiques et surtout dans les miliaires atypiques.

D'autres facteurs peuvent-ils encore nous aider à porter un pronostic?

4° La notion d'âge et de sexe nous paraît avoir une certaine importance. Parmi les 49 hommes et les 65 femmes que nous avons traités, la

TABLEAU XXVII

Miliaires pulmonaires tuberculeuses : 114 premiers cas.

Fréquence et gravité suivant l'âge et le sexe.

Durée d'observation : 2 ans (1).

	Moins de 5 ans		15 à 24 ans		25 ans et plus		Total tous âges			
	N. de cas	N. de décès	N. de cas	N. de décès	N. de cas	N. de décès	N. de cas	Nombre de décès		
								N.	%	ε
Sujets du sexe masculin ...	1	1	31	14	17	11	49	26	53	± 7,12
Sujets du sexe féminin	2	1	47	18	16	7	65	26	40	± 6,1
Sujets des 2 sexes	3	2	78	32	33	18	114	52	46	

(1) Perdus de vue au bout de 2 ans : 3 chez les hommes, 4 chez les femmes, donc 6 % dans chaque groupe.

létalité globale, après 2 années d'observation pour tous les sujets, a été de 53 % pour les premiers et de 40 % chez les secondes (tableau XXVII).

TABLEAU XXVIII

Miliaires pulmonaires tuberculeuses : 114 premiers cas.

Fréquence des complications méningées suivant l'âge et le sexe.

	Moins de 5 ans		15 à 24 ans		25 ans et plus		Total tous âges			
	N. de cas	N. de méningites	N. de cas	N. de méningites	N. de cas	N. de méningites	N. de cas	Méningites		
								N.	%	ε
Sujets du sexe masculin ...	1	1	31	14	17	8	49	23	45	± 7,1
Sujets du sexe féminin	2	1	47	15	16	5	65	21	32	± 5,6
Sujets des 2 sexes	3	2	78	29	33	13	114	44	39	

Cette *surmortalité masculine*, chez les miliaires traitées par la streptomycine, surmortalité qui frappe plus spécialement les hommes adultes que les adolescents (mais il ne s'agit pas, ici, d'enfants), doit donc être

notée, encore que les tests statistiques ne permettent pas d'affirmer qu'elle soit absolument significative.

Cette différence dans le pronostic s'explique, en partie tout au moins,

TABLEAU XXIX

Fréquence des décès par méningite suivant l'âge et le sexe.

	Moins de 5 ans		15 à 24 ans		25 ans et plus		Tous âges			
	N. de miliaires	N. de décès par méningite	N. de miliaires	N. de décès par méningite	N. de miliaires	N. de décès par méningite	N. de miliaires	Décès par méningite		
								N.	%	ε
Sujets du sexe masculin (1).	1	1	31	10	17	7	49	18	37	± 6,9
Sujets du sexe féminin (2)...	2	1	47	13	16	5	65	19	29	± 5,6
Sujets des 2 sexes	3	2	78	23	33	12	114	37	33	

(1) Perdus de vue au bout de 2 ans : 3 = 6 %.
(2) Perdus de vue au bout de 2 ans : 4 = 6 %.

par la différence de fréquence des méningites : complications méningées et, par conséquent, décès par méningite, sont en effet plus nom-

TABLEAU XXX

Miliaires pulmonaires : formes fébriles.

Fréquence des décès suivant l'âge et le sexe.

	Moins de 5 ans		15 à 24 ans		25 ans et plus		Tous âges			
	N. de cas	N. de décès	N. de cas	N. de décès	N. de cas	N. de décès	N. de cas	Décès		
								N.	%	ε
Sujets du sexe masculin ...	1	1	20	11	13	10	34	22	65	± 8,2
Sujets du sexe féminin	1	1	32	17	16	7	49	25	51	± 7,1
Sujets des 2 sexes	2	2	52	28	29	17	83	47	57	

breux chez les hommes que chez les femmes, un peu plus nombreux après 25 ans qu'avant cet âge (tableaux XXVIII et XXIX).

Cette dissemblance ne peut, en tous cas, être l'effet du hasard, en

particulier d'un hasard de répartition des miliaires aiguës ou froides dans les groupes que nous venons d'étudier.

En effet, si dans ces groupements on ne retient que les sujets atteints de miliaires fébriles (tableau XXX), on retrouve encore une semblable différence d'évolution entre les hommes et les femmes d'une part, les adolescents et les adultes d'autre part. Ces faits devraient, évidemment, être confirmés par des statistiques plus étendues. Mais ils concordent avec ce que nous savons des statistiques générales de mortalité tuberculeuse en France et dans les autres pays.

5° *La notion d'antécédents*, et en particulier d'antécédents récents de primo-infection, nous semble moins intéressante à l'égard du pronostic précoce ou tardif que la notion d'âge et de sexe.

Chez les adolescents ou jeunes adultes que nous avons traités, les statistiques établies ne nous permettent pas de constater une différence notable de gravité entre les miliaires post-primaires, survenant dans les 6 à 12 mois suivant la primo-infection, et les miliaires survenant plus tardivement dans le cycle de l'infection tuberculeuse.

Mais l'incertitude où nous sommes souvent, chez les adultes, de la date exacte de la primo-infection, d'une part, et d'autre part le nombre trop restreint de miliaires post-primaires traitées dans le service, nous empêchent d'établir des statistiques valables et, par conséquent, nous nous garderions bien de donner sur ce chapitre une appréciation trop hasardeuse.

6° *Les réactions cutanées d'allergie* ont été également étudiées chez les malades atteints de miliaires avant tout traitement streptomycinique, en cours de traitement et après l'arrêt de celui-ci.

La positivité ou la négativité des tests cutanés tuberculiques sont-ils des facteurs dont on puisse tenir compte pour le pronostic ? Certes, des tests tuberculiques négatifs ont été observés avec une certaine fréquence chez les sujets, adolescents ou adultes, atteints de miliaire : 30 % des 95 sujets testés par cuti-réaction; 7 % des sujets éprouvés par 1 mg de tuberculine intra-dermique; mais ils concernaient aussi bien des sujets atteints de miliaire froide et en bon état général que des sujets atteints de miliaires aiguës fébriles et gravement touchés.

Toutefois, il n'est pas sans intérêt de noter que si, parmi 43 malades à cuti-réaction positive, des résultats favorables sous l'influence de la streptomycine ont été obtenus dans 27 cas, parmi les 29 malades à cuti-réaction initialement négative, le nombre de bons résultats n'a été que de 14.

Par ailleurs, l'évolution de la sensibilité cutanée à la tuberculine, chez les malades périodiquement testés au cours du traitement streptomycinique, nous paraît intéressante à étudier. Nous pouvons constater, en effet, que la proportion de résultats favorables est plus élevée chez

les malades dont la sensibilité tuberculique s'est accrue que ceux dont la sensibilité cutanée n'a pas varié.

Sans vouloir tirer de déductions trop assurées de ces constatations,

TABLEAU XXXI

Miliaires pulmonaires tuberculeuses.

Fréquence des décès après l'arrêt du traitement streptomycinique en fonction de la durée de ce traitement.

Durée d'observation : 2 ans.

Durée du traitement initial	Nombre de sujets vivant en fin de traitement	Nombre de décès survenus pendant les 2 ans suivant l'arrêt du traitement
Moins de 3 mois et 3 mois révolus.....	27	8
4 et 5 mois.....	31	5
6 mois et plus.....	12	2
<i>Total</i>	70 (1)	15

(1) Des 77 sujets vivant en fin de traitement, on a exclu les 7 sujets qui, au terme des 2 années d'observation, ont été perdus de vue.

qui mériteraient d'être faites sur une plus grande échelle, nous pouvons dire qu'une sensibilité tuberculique retrouvée ou accrue indique plus souvent une évolution vers l'amélioration que vers l'aggravation.

TABLEAU XXXII

Fréquence des complications ostéo-articulaires et génito-urinaires après l'arrêt du traitement streptomycinique, en fonction de la durée de ce traitement.

Durée d'observation : 2 ans.

Durée du traitement initial	Nombre de sujets vivant en fin de traitement	Nombre de complications ostéo-articulaires	Nombre de complications génito-urinaires
Moins de 3 mois et 3 mois révolus	27	2	3
4 à 6 mois et plus.....	43	4	6
<i>Total</i>	70	6	9

7° *La durée du traitement streptomycinique* est, enfin, le dernier facteur que nous voudrions étudier, car son intérêt n'est pas seulement théorique mais pratique. Apprécier avec objectivité l'influence de la

durée du traitement sur le pronostic de la miliaire, est, à vrai dire, assez difficile. La disparition des signes radiologiques et bactériologiques et

TABLEAU XXXIII

Fréquence des complications pulmonaires après l'arrêt du traitement streptomycinique, en fonction de la durée du traitement.

Durée d'observation : 2 ans.

Durée du traitement initial	Nombre de sujets vivant en fin de traitement	Nombre de complications pulmonaires non miliaires	
		Complications au total	Complications cliniquement patentés et nouvelles seulement
Moins de 3 mois et 3 mois révolus	27	6	1
4 à 6 mois et plus.....	43	11	2
Total.....	70	17	3

TABLEAU XXXIV

Fréquence des complications méningées après l'arrêt du traitement streptomycinique, en fonction de la durée de ce traitement.

Durée d'observation : 2 ans.

Durée du traitement initial	Nombre de sujets vivant en fin de traitement et apparemment guéris	Nombre de complications méningées (mén. nouvelles ou rechutes)	Nombre de décès par méningite
Moins de 3 mois et 3 mois révolus	27	7	7
4 et 5 mois.....	31 } 43	2 } 3	0
6 mois et plus.....	12 }	1 }	0
Total.....	70 (1)	10	7

(1) Des 77 sujets vivant en fin de traitement, on a exclu les 7 sujets qui, au terme des 2 années d'observation, ont été perdus de vue.

la notion de complications (méningées en particulier) sont les facteurs qui nous ont guidés pour fixer la durée du traitement.

Il en résulte que les traitements les plus longs ont été appliqués aux

miliaires graves et compliquées, miliaires qui, nous l'avons vu, ont comporté la plus forte mortalité.

Aussi l'observation de nos 114 miliaires ne nous semble-t-elle pas valable pour apprécier l'incidence de ce facteur : la durée du traitement. En revanche, si nous limitons cette étude aux 70 malades qui étaient vivants en fin de traitement et qui ont pu être suivis, nous observons pendant les 2 années suivantes des faits qui ne sont pas sans intérêt : parmi les sujets dont le traitement n'a été poursuivi que pendant 3 mois ou moins de 3 mois, nous enregistrons 1 décès sur 3 environ ; parmi les sujets traités pendant 4 à 6 mois ou même plus de 6 mois, la fréquence des décès tardifs est presque moitié moins grande, 1 décès sur 6 seulement (tableau XXXI).

Si la fréquence des complications ostéo-articulaires et génito-urinaires post-miliaires n'est guère différente dans les 2 groupes (tableaux XXXII et XXXIII), par contre, et ceci est capital, la fréquence des complications méningées post-miliaires (méningites nouvelles ou rechutes) est presque 4 fois plus grande dans les cas de traitement court que dans les cas de traitement long (tableau XXXIV). Une telle différence n'est donc pas sans signification.

Tels sont les différents éléments du pronostic qui, nous semble-t-il, peuvent être dégagés des faits qu'il nous a été donné de constater.

Sans doute des statistiques plus importantes et une durée d'observation encore plus longue seraient-elles susceptibles de modifier, dans une certaine mesure, les résultats rapportés. Surtout, l'usage des antibiotiques associés, les modifications techniques apportées dans le traitement des méningites, sont des éléments dont il faudra tenir compte et dont l'étude nécessitera d'autres enquêtes et de nouvelles statistiques.

Travail de la Clinique de la Tuberculose et de l'Institut National d'Hygiène présenté par

A. LOTTE.

MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE EN FRANCE, EN 1951

I. — MORTALITÉ DANS L'ENSEMBLE DE LA FRANCE

La mortalité par tuberculose en France a légèrement augmenté en 1951 par rapport à l'année précédente, sans atteindre toutefois le taux de 1949 (66 pour 100 000 habitants).

Pour l'ensemble des 90 départements on a enregistré, en effet, en 1951 (statistique établie en tenant compte du domicile des décédés) :

Tuberculose (toutes formes cliniques)...	25 053	décès =	59	p. 100 000 hab.
Tuberculose de l'appareil respiratoire...	20 886	décès =	49	p. 100 000 hab.
Autres localisations tuberculeuses.....	4 167	décès =	10	p. 100 000 hab.
dont : tuberculoses méningées	2 488	décès =	6	p. 100 000 hab.

Les taux de mortalité correspondants étaient, pour l'année 1950 :

Tuberculose (toutes formes cliniques)...	57	pour 100 000 habitants.
Tuberculose de l'appareil respiratoire...	47	pour 100 000 habitants.
Autres localisations	10	pour 100 000 habitants.

L'augmentation de la mortalité en 1951 par rapport à 1950 est donc imputable aux tuberculoses de l'appareil respiratoire, le nombre des décès dus aux autres formes cliniques ayant continué à décroître légèrement.

Les décès par tuberculose de l'appareil respiratoire représentent 83 % de la totalité des décès dus à la tuberculose. La tuberculose méningée, bien qu'en légère diminution, arrive au second rang puisqu'elle a été responsable, en 1951, de 9,5 % des décès dus à la tuberculose.

L'incidence de la tuberculose sur la mortalité générale est de 5 %, proportion identique à celle de l'année précédente par suite d'une augmentation semblable de la mortalité générale (131 pour 10 000 habitants en 1951, contre 126 en 1950).

Le nombre de *décès de causes non précisées* est toujours aussi élevé, puisqu'il représente 11 % de la mortalité générale.

MORTALITE PAR TUBERCULOSE DEPUIS 1905

SEINE ET FRANCE ENTIERE

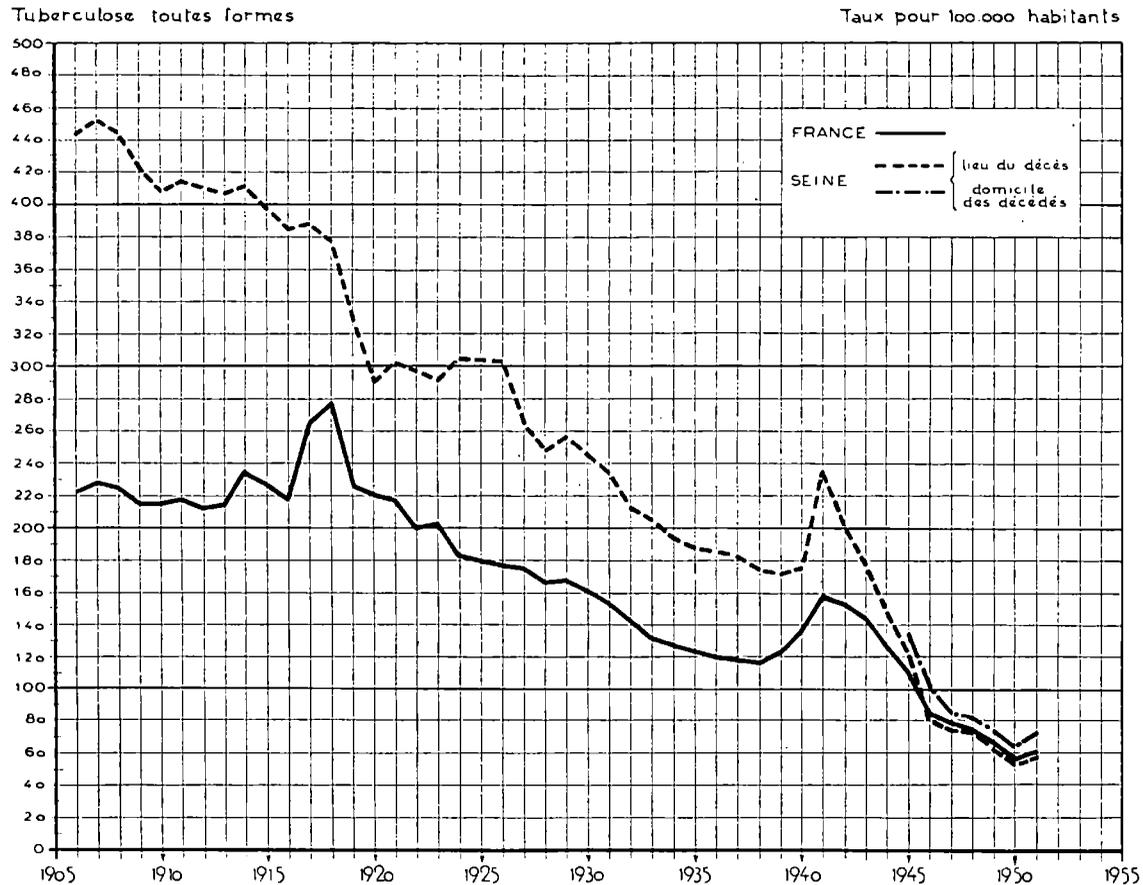


Fig. 1.

N° 22 549

II. — ÉVOLUTION SAISONNIÈRE (TABLEAU I)

La répartition trimestrielle des décès par tuberculose est assez semblable d'une année à l'autre. Le taux minimum est généralement celui du 3^e trimestre, les taux les plus élevés étant ceux du premier et du 4^e trimestre. Les taux trimestriels (calculés sur la base annuelle) pour les dernières années sont en effet :

1949 : 80 ; 62 ; 58 ; 62. Taux annuel : 66.
 1950 : 59 ; 58 ; 53 ; 57. Taux annuel : 57.
 1951 : 65 ; 61 ; 55 ; 58. Taux annuel : 59.

III. — RÉPARTITION DÉPARTEMENTALE

Les proportions élevées de « causes de décès indéterminées » sont chaque année le fait des mêmes départements (tableau II, fig. 2). Cependant ces pourcentages ont légèrement diminué en 1951, puisqu'ils atteignent 20 % dans 7 départements seulement, au lieu de 16 en 1950 ; ces départements sont les suivants :

Basses-Alpes	57 %	(61 % en 1950)
Corse	48 »	(46 » »)
Alpes-Maritimes	39 »	(41 » »)
Landes	38 »	(48 » »)
Seine-Inférieure	27 »	(28 » »)
Haute-Loire	21 »	(23 » »)
Drôme	20 »	(38 » »)

Pour la majorité des départements, cependant (58), la proportion des causes indéterminées n'atteint pas 10 %. Pour 25 départements, 10 à 20 % des causes de décès ne sont pas précisées.

Parmi les 82 départements où le taux de causes de décès indéterminées n'excède pas 15 %, 25 ont présenté, en 1951, une mortalité par tuberculose (toutes formes cliniques) supérieure à 59 pour 100 000 habitants, taux moyen de la France (tableau III, fig. 3). Pour 10 d'entre eux, ces taux sont particulièrement élevés :

Morbihan	100	Bas-Rhin	78
Finistère	98	Ille-et-Vilaine	74
Pas-de-Calais	91	Nord	72
Loire-Inférieure	79	Seine	71
Côtes-du-Nord	78	Haut-Rhin	70

Tous ces taux sont supérieurs aux taux correspondants de 1950 et, comme chaque année, nous trouvons en tête de liste le Pas-de-Calais et les 5 départements bretons.

Les taux les plus bas correspondent aux départements suivants :

Aveyron	39 pour 100 000	Lot	37 pour 100 000
Haute-Marne	38 » »	Deux-Sèvres	35 » »
Tarn-et-Garonne	38 » »	Ariège	28 » »

POURCENTAGE
DE CAUSES DE DÉCÈS
INDÉTERMINÉES.

Année 1951.

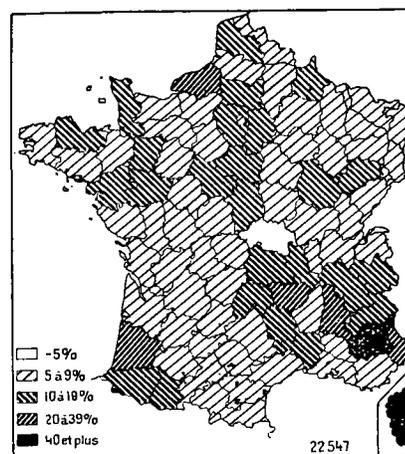


FIG. 2.

MORTALITÉ
PAR TUBERCULOSE TOUTES FORMES
EN 1951.

Taux pour 100 000 habitants.
 Statistique établie en tenant compte
 du lieu du décès.

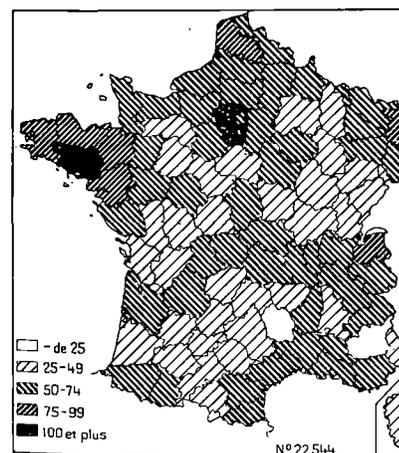


FIG. 4.

MORTALITÉ
PAR TUBERCULOSE TOUTES FORMES
EN 1951.

Taux pour 100 000 habitants.

Statistique établie en tenant compte
 du domicile des décédés.

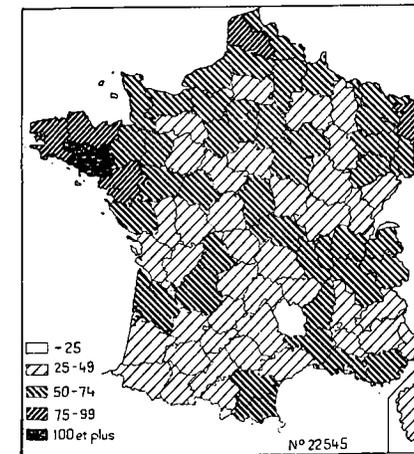


FIG. 3.

MORTALITÉ
PAR TUBERCULOSE PULMONAIRE
EN 1951.

Taux pour 100 000 habitants.
 Statistique établie en tenant compte
 du lieu du décès.

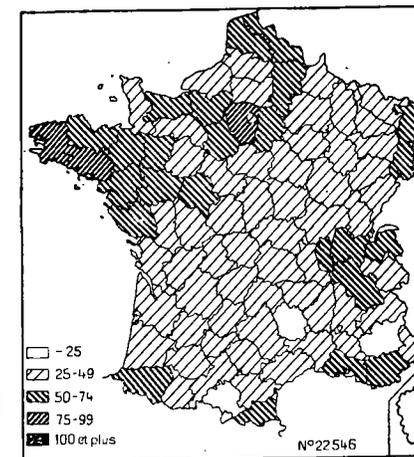


FIG. 5.

Les taux que nous venons d'indiquer correspondent à la *statistique établie en tenant compte du domicile du décédé*. Pour la grande majorité des départements, ces taux sont peu différents de ceux qui ont été calculés d'après le nombre de tuberculeux décédés dans le département considéré, même s'ils n'y étaient pas domiciliés. Cependant, 2 départements présentent des taux nettement plus élevés dans la seconde statistique, ce sont :

Les Basses-Pyrénées 61 au lieu de 46 suivant le domicile;
et la Seine-et-Oise 102 au lieu de 64 suivant le domicile.

Pour la Seine, la variation est inverse : 58 pour 100 000 habitants si l'on tient compte du lieu du décès et 71 pour 100 000 habitants si l'on tient compte des sujets domiciliés dans le département, qu'ils soient ou non décédés sur son territoire.

Pour les autres départements les variations, en plus ou en moins, sont de beaucoup moindre importance.

L'évolution de la mortalité par tuberculose d'une année à l'autre est très différente suivant les départements. Pour ceux dont la population est supérieure à 1 000 000 d'habitants, c'est-à-dire : Seine (fig. 1), Nord, Seine-et-Oise et Pas-de-Calais, la courbe de mortalité par tuberculose, après avoir présenté un minimum en 1950, s'est relevée légèrement, sans atteindre toutefois le niveau de 1949. Nous avons vu que l'on constatait le même phénomène pour les taux correspondant à la France entière.

Pour les départements que nous avons signalés plus haut comme présentant la mortalité par tuberculose la plus élevée, le minimum a été atteint également en 1950 (tous ces départements ont d'ailleurs une population de plus de 500 000 habitants).

Pour les départements qui comptent moins de 1 000 000 d'habitants ou qui ont totalisé moins de 70 décès par tuberculose pour 100 000 habitants en 1951, l'évolution de la mortalité par tuberculose a été très variable. Il semble bien que, pour ces départements moins peuplés et présentant des nombres absolus de décès moins élevés, les courbes de mortalité ne puissent être dressées qu'avec les taux moyens calculés à l'aide des chiffres de plusieurs années consécutives.

La mortalité par tuberculose a constitué en 1951, pour la France entière, 5 % de la mortalité générale. Cette proportion atteint 7 % dans le Morbihan et le Pas-de-Calais et même 8 % dans le Finistère, départements où la mortalité par tuberculose est particulièrement élevée. Pour la Seine, 5 % des décès de 1951 (53 424 décès au total) étaient dus à la tuberculose.

Le rapport entre la mortalité par tuberculose de l'appareil respiratoire et la mortalité totale par tuberculose est très variable suivant les départements. Pour les 4 départements les plus peuplés, il est voisin de celui qui est calculé pour la France entière (83 %) :

Seine : 87 %; Nord : 80 %; Seine-et-Oise : 81 %; Pas-de-Calais : 81 %.

La tuberculose méningée, avec 2 488 décès pour l'ensemble de la France

(6 pour 100 000 habitants), entre pour près de 10 % dans la mortalité totale par tuberculose.

Les nombres absolus de décès par tuberculose méningée et les taux correspondants sont les suivants pour les 4 départements les plus peuplés :

Seine	347 décès =	7 pour 100 000
Nord	198 décès =	10 pour 100 000
Seine-et-Oise	85 décès =	6 pour 100 000
Pas-de-Calais	142 décès =	11 pour 100 000

et pour les 2 départements où la mortalité par tuberculose est, de loin, la plus élevée :

Morbihan	45 décès =	8 pour 100 000
Finistère	74 décès =	10 pour 100 000

Nous ne savons pas encore à quelles formes cliniques doivent être rapportés les 1 679 décès par tuberculose que compte encore la statistique, en plus des décès dus aux localisations pleuro-pulmonaires et méningées, mais leur nombre peu élevé ne pourrait se prêter, de toute façon, à une étude sur le plan départemental.

La répartition par groupes d'âges et par sexes, qui n'est pas encore établie à ce jour, fera, elle aussi, l'objet d'une étude ultérieure.

Travail de la Section de la Tuberculose présenté par

A. LOTTE et J. POUSSIER.

TABLEAU I

Mortalité par tuberculose en 1951

(TUBERCULOSE TOUTES FORMES)

Statistique établie en tenant compte du lieu du décès.

N. = Nombre de décès. T. = Taux pour 100 000 h. (base annuelle).

Départements	1 ^{er} trimestre		2 ^e trimestre		3 ^e trimestre		4 ^e trimestre	
	N.	T.	N.	T.	N.	T.	N.	T.
Ain	53	68	49	63	55	70	47	60
Aisne	101	84	80	67	70	58	67	56
Allier	57	60	48	51	38	40	47	50
Alpes (Basses-)...	6	28	3	14	1	5	6	28
Alpes (Hautes-)..	10	46	5	23	16	73	14	64
Alpes-Marit.	48	42	36	32	38	33	56	49
Ardèche	38	59	36	55	34	53	36	56
Ardennes	29	45	51	79	21	32	29	45
Ariège	12	33	10	27	7	19	11	30
Aube	34	55	29	47	31	50	39	63
Aude	40	58	37	54	17	25	43	62
Aveyron	36	46	28	36	32	41	22	28
Belfort (Ter. de)..	20	87	17	74	11	48	11	48
Bouches-d.-Rh. ...	183	73	164	65	156	62	169	67
Calvados	64	60	67	63	66	62	82	77
Cantal	21	44	18	38	15	31	13	27
Charente	40	50	28	35	37	46	37	46
Charente-Mar. ...	52	48	46	43	54	50	55	51
Cher	46	63	46	63	40	55	32	44
Corrèze	28	43	26	40	23	36	26	40
Corse	16	24	17	25	14	21	22	32
Côte-d'Or	32	37	34	39	29	33	34	39
Côtes-du-Nord ...	118	86	109	80	106	78	107	78
Creuse	20	42	30	64	24	51	30	64
Dordogne	62	63	55	56	43	44	51	52
Doubs	31	39	45	57	40	50	34	43
Drôme	26	38	23	33	16	23	31	45
Eure	54	65	49	59	63	76	48	58
Eure-et-Loir	49	73	50	74	32	48	38	56
Finistère	197	104	190	101	159	84	176	93
Gard	68	67	47	46	46	45	54	53
Garonne (Hte-)..	78	59	64	49	51	39	60	46
Gers	19	40	21	44	14	29	15	31
Gironde	140	63	109	49	97	44	120	54
Hérault	74	62	62	52	53	45	72	61
Ille-et-Vilaine ...	114	75	117	77	100	66	127	84
Indre	29	45	30	47	34	53	29	45
Indre-et-Loire ...	49	54	65	71	47	52	60	66
Isère	100	68	88	60	73	49	90	61
Jura	30	54	23	41	22	39	31	55
Landes	23	37	23	37	21	33	28	44
Loir-et-Cher	34	54	22	35	25	40	33	53
Loire	115	70	108	66	76	46	78	47
Loire (Haute-)...	24	42	27	47	22	38	28	49
Loire-Inférieure .	142	81	153	87	135	77	121	69
Loiret	35	39	33	37	38	42	38	42
Lot	10	26	14	36	12	31	17	44
Lot-et-Garonne ..	32	47	44	65	27	40	29	43

TABLEAU I. — MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE (suite).

Départements	1 ^{er} trimestre		2 ^e trimestre		3 ^e trimestre		4 ^e trimestre	
	N.	T.	N.	T.	N.	T.	N.	T.
Lozère	6	26	3	13	5	22	—	—
Maine-et-Loire ..	76	58	74	57	79	61	71	54
Manche	92	80	70	61	67	58	59	51
Marne	48	47	50	49	47	46	48	47
Marne (Hte-)....	20	42	18	38	17	36	13	27
Mayenne	56	83	48	71	39	58	24	36
Meurthe-et-Mos. .	77	55	78	56	81	58	87	62
Meuse	25	50	26	52	24	48	18	36
Morbihan	152	114	135	101	119	89	124	93
Moselle	92	56	101	61	87	53	81	49
Nièvre	30	48	26	41	35	55	27	43
Nord	385	76	371	73	362	72	370	73
Oise	67	64	68	65	43	41	55	53
Orne	32	45	42	59	25	35	25	35
Pas-de-Calais ...	260	83	278	89	288	92	251	80
Puy-de-Dôme ...	70	57	57	47	58	48	58	48
Pyénées (Bses-). .	75	70	63	59	59	55	65	61
Pyénées (Htes-). .	32	62	17	33	27	53	29	56
Pyénées-Or.	45	77	25	43	31	53	35	60
Rhin (Bas-).....	165	95	130	75	134	77	150	86
Rhin (Haut-)....	88	73	101	83	89	74	81	67
Rhône	166	69	146	61	106	44	143	60
Saône (Haute-)...	27	51	20	38	27	51	21	40
Saône-et-Loire ..	69	53	58	45	52	40	60	46
Sarthe	45	42	55	51	52	48	45	42
Savoie	36	59	31	51	36	59	30	49
Savoie (Haute-)..	61	87	59	84	48	68	43	61
Seine	766	61	760	61	619	50	747	60
Seine-Inférieure .	157	70	147	65	126	56	121	54
Seine-et-Marne ...	67	64	59	56	53	50	66	63
Seine-et-Oise	383	105	402	110	349	95	373	102
Sèvres (Deux-)... .	36	44	31	38	29	36	19	23
Somme	67	58	49	42	54	47	63	54
Tarn	30	39	44	57	26	24	23	30
Tarn-et-Gar.	11	26	19	44	19	44	17	40
Var	59	62	61	64	57	60	60	63
Vaucluse	38	59	33	51	34	52	36	55
Vendée	73	71	73	71	77	74	56	54
Vienne	48	59	30	37	34	42	30	37
Vienne (Hte-)....	51	60	45	53	55	64	33	39
Vosges	53	58	48	53	43	47	38	42
Yonne	29	43	37	55	36	53	39	58
<i>Total</i> <i>pour la France.</i>	6 804	65	6 461	61	5 829	55	6 177	59

TABLEAU II

Mortalité par tuberculose en France, en 1951

Statistique rapportée au lieu du décès (d'après les états trimestriels).

Départements	Population	Caus. inconnues % par rapport à la mort. gén.	Tuberculose toutes formes			Tuberculose de l'appareil respiratoire			Autres tuberculoses				
			N.	Taux pour 100 000 h.	% par rapport à la mort. gén.	N.	Taux pour 100 000 h.	% par rapport à la mort. gén.	Mé-nin-gées N.	Autr. N.	Total N.	Taux pour 100 000 h.	% par rapport à tub. t. form.
Ain	314 000	8	204	65	5	172	55	84	10	22	32	10	16
Aisne	480 000	9	318	66	5	270	56	85	29	19	48	10	15
Allier	379 000	3	190	50	3	162	43	85	17	11	28	7	15
Alpes (Basses-)	84 700	57	16	19	1	13	15	81	—	3	3	4	19
Alpes (Hautes-)	87 800	10	45	51	4	38	43	85	2	5	7	8	15
Alpes-Marit.	455 000	39	178	39	3	147	32	83	17	14	31	7	17
Ardèche	259 500	9	144	56	4	118	46	82	14	12	26	10	18
Ardennes	259 400	11	130	50	4	106	41	82	18	6	24	9	18
Ariège	146 700	7	40	27	2	35	24	88	3	2	5	3	12
Aube	247 000	7	133	54	4	117	47	88	9	7	16	6	12
Aude	275 000	9	137	50	4	120	44	88	9	8	17	6	12
Aveyron	314 000	9	118	38	3	95	30	81	15	8	23	7	19
Belfort (Ter. de)	91 600	6	59	64	5	49	54	83	6	4	10	11	17
Bouches-du-Rh.	1 006 000	8	669	67	5	587	59	88	52	30	82	8	12
Calvados	427 000	9	279	65	5	217	51	78	43	19	62	14	22
Cantal	192 300	13	67	35	3	52	27	78	9	6	15	8	22
Charente	320 000	8	142	44	3	114	36	80	10	18	28	9	20
Charente-Mar.	433 000	9	207	48	3	162	37	78	25	20	45	10	22
Cher	291 000	13	164	57	4	141	48	86	7	16	23	8	14
Corrèze	259 000	6	103	40	3	74	29	72	14	15	29	11	28
Corse	272 000	48	69	25	3	51	19	74	14	4	18	7	26
Côte-d'Or	350 000	11	129	37	3	100	28	78	13	16	29	8	22
Côtes-du-Nord	547 000	12	440	81	6	370	68	84	43	27	70	13	16
Creuse	189 000	7	104	55	3	87	46	84	10	7	17	9	16
Dordogne	396 000	7	211	53	4	174	44	82	19	18	37	9	18
Doubs	316 000	9	150	48	4	130	41	87	15	5	20	6	13
Drôme	275 000	20	96	35	3	80	29	84	10	6	16	6	16
Eure	331 000	9	214	65	5	184	56	86	18	12	30	9	14
Eure-et-Loir	270 000	8	169	63	5	139	52	82	19	11	30	11	18
Finistère	757 000	8	722	95	8	602	79	83	74	46	120	16	17
Gard	405 000	11	215	53	4	189	47	88	13	13	26	6	12
Garonne (Hte-)	527 000	8	253	48	4	195	37	77	39	19	58	11	23
Gers	192 300	8	69	36	3	55	29	80	7	7	14	7	20
Gironde	889 000	7	466	52	4	396	45	85	40	30	70	8	15
Hérault	475 000	7	261	55	4	222	47	85	25	14	39	8	15
Ille-et-Vilaine	608 000	7	458	75	6	397	65	87	30	31	61	10	13
Indre	258 000	9	122	47	4	96	37	79	12	14	26	10	21
Indre-et-Loire	365 000	6	221	61	5	184	51	83	19	18	37	10	17
Isère	591 000	15	351	59	5	299	51	85	18	34	52	9	19
Jura	224 000	7	106	47	4	86	39	81	2	18	20	9	19
Landes	252 000	38	95	38	3	79	31	83	5	11	16	6	17
Loir-et-Cher	251 000	12	114	46	3	88	35	77	7	19	26	10	23
Loire	658 000	10	377	57	4	314	48	83	41	22	63	10	17
Loire (Haute-)	231 000	21	101	44	3	86	37	85	7	8	15	7	15
Loire-Inférieure	702 000	14	551	79	6	451	64	82	60	40	100	14	18
Loiret	361 000	14	144	40	3	125	35	87	9	10	19	5	13
Lot	156 100	7	53	34	3	40	26	76	8	5	13	8	24
Lot-et-Garonne	272 000	7	132	49	4	107	39	81	10	15	25	9	19

TABLEAU II. — MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE (suite).

Départements	Population	Caus. inconnues % par rapport à la mort. gén.	Tuberculose toutes formes			Tuberculose de l'appareil respiratoire			Autres tuberculoses				
			N.	Taux pour 100 000 h.	% par rapport à la mort. gén.	N.	Taux pour 100 000 h.	% par rapport à tub. t. form.	Mé-nin-gées N.	Autr. N.	Total N.	Taux pour 100 000 h.	% par rapport à tub. t. form.
Lozère	92 800	12	14	15	1	10	11	71	2	2	4	4	29
Maine-et-Loire	523 000	10	300	57	4	259	50	86	27	14	41	8	14
Manche	463 000	11	288	62	5	228	49	79	28	32	60	13	21
Marne	410 000	8	193	47	4	151	37	78	24	18	42	10	22
Marne (Haut-)	191 000	9	68	36	3	51	27	75	7	10	17	9	15
Mayenne	270 000	10	167	62	5	135	50	81	15	17	32	12	19
Meurthe-et-Mos.	564 000	6	323	57	5	263	46	82	43	17	60	11	18
Meuse	200 000	9	93	47	4	77	39	83	6	10	16	8	17
Morbihan	533 000	8	530	100	7	455	86	86	45	30	75	14	14
Moselle	661 000	7	361	55	5	302	46	84	34	25	59	9	16
Nièvre	253 000	8	118	47	3	101	40	86	11	6	17	7	14
Nord	2 020 000	8	1 488	74	5	1 203	60	81	198	87	285	14	19
Oise	418 000	14	233	56	4	202	48	87	17	14	31	7	13
Orne	287 000	9	124	43	3	100	35	81	14	10	24	8	19
Pas-de-Calais	1 255 000	10	1 077	86	7	881	70	82	142	54	196	16	18
Puy-de-Dôme	489 000	11	243	50	3	202	41	83	24	17	41	8	17
Pyrénées (Bses-)	428 000	13	262	61	5	236	55	90	16	10	26	6	10
Pyrénées (Htes-)	206 000	10	105	51	4	92	45	88	8	5	13	6	12
Pyrénées-Or.	235 000	8	136	58	5	119	51	87	11	6	17	7	13
Rhin (Bas-)	697 000	5	579	83	6	490	70	85	46	43	89	13	15
Rhin (Haut-)	485 000	5	359	74	5	306	63	86	32	21	53	11	14
Rhône	958 000	6	561	59	5	496	52	88	41	24	65	7	12
Saône (Haute-)	211 000	10	95	45	3	83	39	87	9	3	12	6	13
Saône-et-Loire	520 000	8	239	46	3	191	37	80	19	29	48	9	20
Sarthe	435 000	9	197	45	4	163	38	83	20	14	34	8	17
Savoie	245 000	17	133	54	4	108	44	81	11	14	25	10	19
Savoie (Haute-)	282 000	9	211	75	6	168	59	80	23	20	43	15	20
Seine	4 990 000	8	2 892	58	5	2 381	48	82	347	164	511	10	18
Seine-Inférieure	901 000	27	551	61	5	443	49	80	78	30	108	12	20
Seine-et-Marne	422 000	12	245	58	4	213	51	87	18	14	32	8	13
Seine-et-Oise	1 468 000	10	1 507	102	8	1 358	92	90	85	64	149	10	10
Sèvres (Deux-)	327 000	7	115	35	3	92	28	80	15	8	23	7	20
Somme	464 000	7	233	50	4	182	39	78	28	23	51	11	22
Tarn	306 000	8	123	40	3	106	35	86	6	11	17	6	14
Tarn-et-Gar.	172 000	7	66	38	3	53	31	80	2	11	13	8	20
Var	382 000	8	237	62	5	200	53	84	17	20	37	10	16
Vaucluse	260 000	6	141	54	4	117	45	83	13	11	24	9	17
Vendée	414 000	9	279	68	5	225	54	81	30	24	54	13	19
Vienne	327 000	9	142	43	3	106	32	75	23	13	36	11	25
Vienne (Hte-)	343 000	7	184	54	4	155	45	84	21	8	29	8	16
Vosges	363 000	5	182	50	4	139	38	76	27	16	43	12	24
Yonne	271 000	8	141	52	3	115	43	82	9	17	26	10	18
Total pour la France.	42 184 000	11	25 271	60	5	21 072	50	83	2 488	1 711	4 199	10	17

TABLEAU III

Mortalité par tuberculose en France, en 1951

Statistiques annuelles rapportées au domicile du décédé.

Départements	Population	Tuberculose toutes formes		Tuberculose de l'appareil respiratoire			Tuberculose autres formes		
		N.	Taux pour 100 000 h.	N.	Taux pour 100 000 h.	% p. rapport à tub. t. form.	N.	Taux pour 100 000 h.	% p. rapport à tub. t. form.
Ain	314 000	180	58	145	46	81	35	11	19
Aisne	480 000	278	58	234	49	84	44	9	16
Allier	379 700	189	50	161	43	85	28	7	15
Alpes (Basses-)	84 700	23	27	19	22	83	4	5	17
Alpes (Hautes-)	87 800	40	46	33	38	83	7	8	17
Alpes-Marit.	435 000	165	36	136	30	82	29	6	18
Ardèche	259 500	143	55	115	44	81	28	11	19
Ardennes	259 400	131	51	106	41	81	25	10	19
Ariège	146 700	41	28	34	23	83	7	5	17
Aube	247 000	134	54	116	47	87	18	7	13
Aude	275 000	141	51	123	45	87	18	7	13
Aveyron	314 000	122	39	100	32	82	22	7	18
Belfort (Ter. de)	91 600	58	63	49	53	84	9	10	16
Bouches-d.-Rh.	1 006 000	655	65	576	57	88	79	8	12
Calvados	427 000	279	66	216	51	77	63	15	23
Cantal	192 300	66	34	51	27	77	15	8	23
Charente	320 000	145	46	117	37	81	28	9	19
Charente-Mar.	433 000	196	45	151	35	77	45	10	23
Cher	291 000	154	53	131	45	85	23	8	15
Corrèze	259 000	105	41	75	29	71	30	12	29
Corse	272 000	87	32	68	25	78	19	7	22
Côte-d'Or	350 000	122	35	98	28	80	24	7	20
Côtes-du-Nord	547 000	429	78	360	66	84	69	13	16
Creuse	189 000	90	48	73	39	81	17	9	19
Dordogne	396 000	207	52	170	43	82	37	9	18
Doubs	316 000	145	46	124	39	86	21	7	14
Drôme	275 000	114	42	95	35	83	19	7	17
Eure	331 000	203	61	169	51	83	34	10	17
Eure-et-Loir	270 000	163	60	132	49	81	31	11	19
Finistère	757 000	739	98	619	82	84	120	16	16
Gard	405 000	236	58	203	50	86	33	8	14
Garonne (Hte-)	527 000	249	47	203	38	81	46	9	19
Gers	192 300	79	41	63	33	80	16	8	20
Gironde	889 000	451	51	389	44	86	62	7	14
Hérault	475 000	221	47	192	40	87	29	6	13
Ille-et-Vilaine	608 000	449	74	390	64	87	59	10	13
Indre	258 000	121	47	96	37	80	25	10	20
Indre-et-Loire	365 000	212	58	174	48	82	38	10	18
Isère	591 000	298	51	246	42	83	52	9	17
Jura	224 000	104	47	85	38	82	19	9	18
Landes	252 000	95	38	79	32	83	16	6	17
Loir-et-Cher	251 000	119	48	92	37	77	27	11	23
Loire	658 000	393	60	331	50	84	62	9	16
Loire (Haute-)	231 000	96	42	81	35	84	15	7	16
Loire-Inférieure	702 000	555	79	454	65	82	101	14	18
Loiret	361 000	148	41	129	36	87	19	5	13
Lot	156 100	58	37	42	27	72	16	10	28
Lot-et-Garonne	272 000	127	47	103	38	81	24	9	19

TABLEAU III. — MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE (suite).

Départements	Population	Tuberculose toutes formes		Tuberculose de l'appareil respiratoire			Tuberculose autres formes		
		N.	Taux pour 100 000 h.	N.	Taux pour 100 000 h.	% p. rapport à tub. t. form.	N.	Taux pour 100 000 h.	% p. rapport à tub. t. form.
Lozère	92 800	16	17	11	12	69	5	5	31
Maine-et-Loire	523 000	302	58	259	50	86	43	8	14
Manche	463 000	283	61	223	48	79	60	13	21
Marne	410 000	198	48	156	38	79	42	10	21
Marne (Hte-)	191 000	73	38	56	29	77	17	9	23
Mayenne	270 000	171	63	138	51	81	33	12	19
Meurthe-et-Mos.	564 000	284	51	235	42	83	49	9	17
Meuse	200 000	97	49	81	41	83	16	8	17
Morbihan	533 000	530	100	458	86	86	72	14	14
Moselle	661 000	409	62	342	52	84	67	10	16
Nièvre	253 000	116	46	98	39	85	18	7	15
Nord	2 020 000	1 444	72	1 170	58	81	274	14	19
Oise	418 000	197	47	166	40	84	31	7	16
Orne	287 000	128	45	107	37	84	21	7	16
Pas-de-Calais	1 255 000	1 139	91	934	74	82	205	16	18
Puy-de-Dôme	489 000	231	47	193	39	84	38	8	16
Pyénées (Bses-)	428 000	198	46	174	41	88	24	5	12
Pyénées (Htes-)	206 000	91	44	78	38	86	13	6	14
Pyénées-Or.	235 000	132	56	113	48	86	19	8	14
Rhin (Bas-)	697 000	542	78	462	66	85	80	12	15
Rhin (Haut-)	485 000	337	70	284	59	84	53	11	16
Rhône	938 000	514	54	459	48	89	55	6	11
Saône (Haute-)	211 000	111	53	94	46	85	17	8	15
Saône-et-Loire	520 000	245	47	196	38	80	49	9	20
Sarthe	435 000	192	44	158	36	82	34	8	18
Savoie	245 000	147	60	120	49	82	27	11	18
Savoie (Haute-)	282 000	190	67	149	53	78	41	15	22
Seine	4 990 000	3 566	71	3 097	62	87	469	9	13
Seine-Inférieure	901 000	570	63	460	51	81	110	12	19
Seine-et-Marne	422 000	246	58	210	49	85	36	9	15
Seine-et-Oise	1 468 000	936	64	764	52	82	172	12	18
Sèvres (Deux-)	327 000	114	35	89	27	78	25	8	22
Somme	464 000	243	52	191	41	79	52	11	21
Tarn	306 000	127	42	107	35	84	20	7	16
Tarn-et-Gar.	172 000	65	38	49	29	76	16	9	24
Var	382 000	244	64	206	54	84	38	10	16
Vaucluse	260 000	127	49	102	39	80	25	10	20
Vendée	414 000	280	68	225	54	81	55	13	19
Vienne	327 000	143	44	108	33	75	35	11	25
Vienne (Hte-)	343 000	172	50	142	42	83	30	9	17
Vosges	363 000	206	57	158	44	77	48	13	23
Yonne	271 000	142	53	116	43	82	26	10	18
Total pour la France.	42 184 200	25 053	59	20 886	49	83	4 167	10	17

MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE DANS LES VILLES FRANÇAISES EN 1951

Pendant l'année 1951 l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE a reçu de 75 villes (77 villes en 1950) des documents statistiques concernant la mortalité, soit :

- 22 villes de 100 000 habitants et plus, sur 24
(manquent : Le Havre et Rennes);
- 18 villes de 50 à 100 000 habitants sur 21
(manquent : Béziers, Calais, Tourcoing),
- et 35 villes comptant moins de 50 000 habitants.

Parmi ces 75 villes, 6 ont indiqué le nombre total de décès survenus sur leur territoire, qu'il s'agisse ou non de sujets domiciliés dans la ville même, ce sont : Cahors, Châlons-sur-Marne, Gap, Marseille, Montauban et Tours. Les autres villes ont séparé les sujets domiciliés des non domiciliés (dont le nombre est loin d'être négligeable pour certaines); bien entendu, nous ne faisons état que des nombres concernant les domiciliés.

La proportion des causes de décès indéterminées est, pour l'ensemble des villes, à peu près comparable à ce qu'elle était en 1950, c'est-à-dire notablement plus élevée (excepté pour Grenoble) que celle des années antérieures. Pour 29 villes sur 75, plus de 15 % des causes de décès ne sont pas précisées (27 villes sur 77 en 1950) (tableau II).

Pour les 22 villes de 100 000 habitants et plus, qui nous ont envoyé des documents statistiques, les pourcentages de décès de cause indéterminée étaient les suivants, pour chacune des deux dernières années (tableau I, fig. 1) :

Les 44 villes (dont 15 de plus de 100 000 habitants) où les causes indéterminées n'excèdent pas 15 % des décès et qui décomptent les sujets non domiciliés, présentent pour 1951 des *taux de mortalité par tuberculose, toutes formes* échelonnés entre :

29 (Laon) et 95 pour 100 000 habitants (Chartres et Strasbourg).

Décès dans les villes en 1951.

Tuberculose et causes inconnues.

PROPORTION POUR 100 DÉCÈS DE TOUTES CAUSES

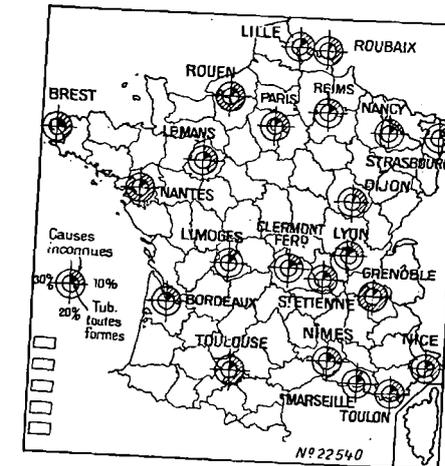


Fig. 1.

Année 1951.

Mortalité par tuberculose.

15 VILLES DE PLUS DE 100 000 HABITANTS

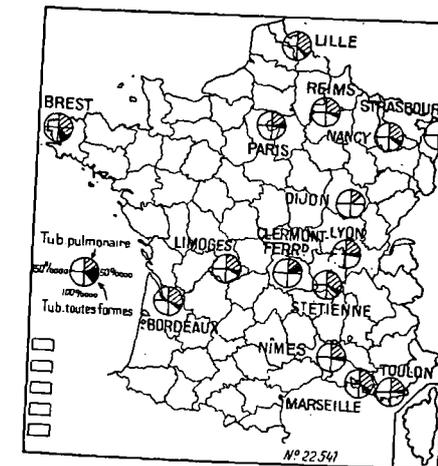


Fig. 2.

TABLEAU I

Pourcentage de causes de décès indéterminées	1950 (21 villes)	1951 (22 villes)
Moins de 5 % ..	Limoges, Marseille.	Limoges, Marseille.
De 5 à 9 % ..	Clermont-Ferrand, Lyon, Reims.	Clermont - Ferrand, Strasbourg.
De 10 à 14 % ..	Bordeaux, Brest, Dijon, Le Mans, Lille, Nancy, Nimes, Paris, Strasbourg.	Bordeaux, Lille, Lyon, Nancy, Nimes, Paris, Reims, Toulon.
De 15 à 19 % ..	Nice, Roubaix, Saint-Etienne, Toulouse.	Brest (15 %), Dijon (15 %), Le Mans (16 %), Nice (16 %), Roubaix (17 %), Saint-Etienne (15 %).
20 % et +	Rouen (29,5 %), Nantes (32 %), Grenoble (39 %).	Toulouse (22 %), Rouen (32 %), Nantes (36 %), Grenoble (37 %).

La comparaison d'une année à l'autre n'est valable que pour les grandes villes; en effet, quelques décès en plus ou en moins font varier considérablement les taux d'une année à l'autre pour les villes de faible population; l'exemple de Laon (17 400 habitants) est démonstratif : 11 décès par tuberculose donnent un taux de 62 pour 100 000 habitants en 1950, tandis que 5 décès donnent 29 pour 100 000 habitants en 1951.

Les villes de plus de 100 000 habitants accusent, pour 1951, les taux suivants de mortalité par tuberculose (toutes formes) (tableau II, fig. 2) :

15 % au plus de causes indéterminées		Plus de 15 % de causes indéterminées	
Strasbourg	95 p. 100 000	Nantes	68 p. 100 000
Brest	92 »	Roubaix	63 »
Marseille	80 »	Rouen	62 »
(dom. + n. dom.)		Le Mans	51 »
Lille	74 »	Toulouse	40 »
Saint-Etienne	73 »	Grenoble	37 »
Nancy	72 »	Nice	35 »
Bordeaux	70 »		
Limoges	61 »		
Reims	60 »		
Nimes	56 »		
Lyon	53 »		
Paris	53 »		
Toulon	50 »		
Clermont-Ferrand ..	49 »		
Dijon	34 »		

MORTALITE PAR TUBERCULOSE

DANS QUELQUES GRANDES VILLES FRANCAISES

EN 1946-1948-1950-1951

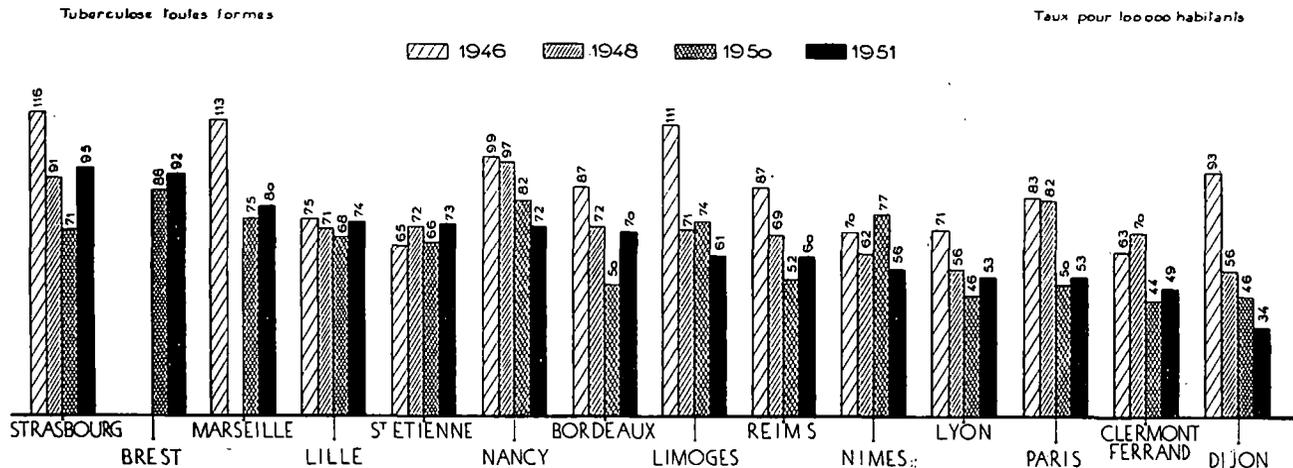


FIG. 3.

N° 22542

Dans 15 sur 21 de ces villes (nous ne possédons pas de renseignements antérieurs pour Toulon) la mortalité par tuberculose a augmenté, souvent de façon importante, par rapport à l'année 1950 où elle avait atteint un minimum, ce qui concorde avec le phénomène observé pour l'ensemble de la France (fig. 3).

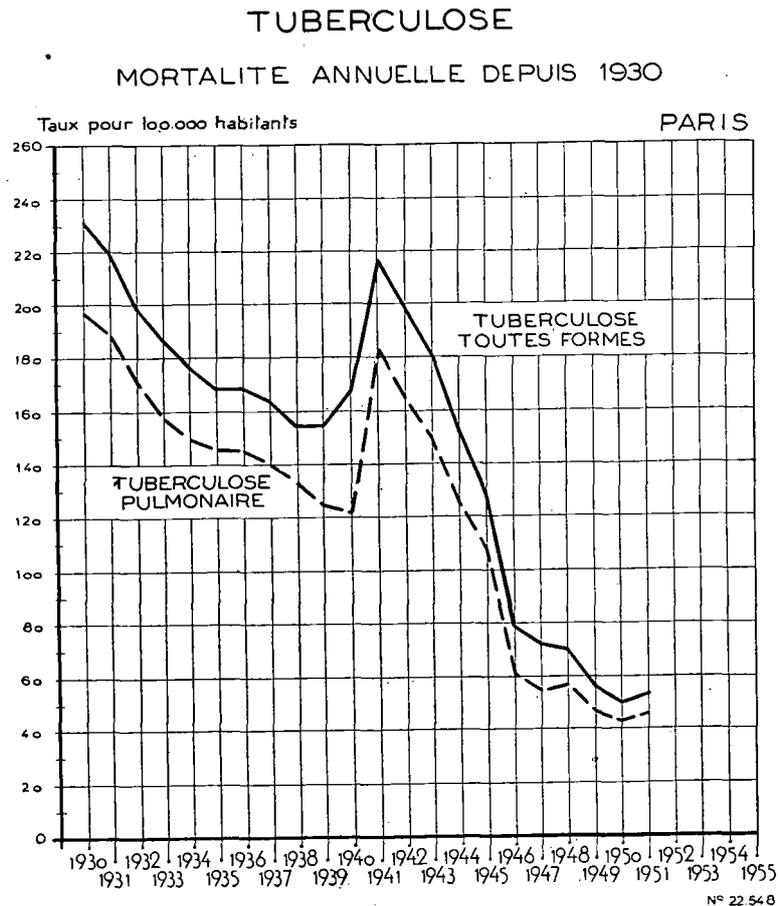


Fig. 4.

La forme de la courbe de mortalité annuelle par tuberculose établie pour Paris (fig. 4) est absolument comparable à celle qui correspond à la France entière : minimum en 1950, relèvement de la courbe en 1951.

Pour les autres grandes villes, dont la population n'est cependant pas assez importante pour conférer aux taux annuels une valeur absolue, nous avons établi la figure 5 à l'aide des moyennes de deux années. La moyenne 1950-1951 est alors supérieure à celle de 1948-1949 dans deux

villes seulement : Clermont-Ferrand et Strasbourg. Pour les autres villes, les moyennes bisannuelles continuent à décroître.

La tuberculose pulmonaire est responsable, pour les grandes villes, de 75 % (Clermont-Ferrand) à 91 % (Dijon), de la totalité des décès dus à la tuberculose. Cette proportion est comprise entre des valeurs extrêmes beaucoup plus éloignées, pour les villes moins importantes, mais nous avons vu avec quelle circonspection il convient d'utiliser des taux annuels calculés à partir de groupements de population inférieurs à 100 000 habitants; un seul exemple nous suffira, celui de Laon, déjà cité, pour lequel le rapport $\frac{\text{tub. pulmonaire}}{\text{tub. toutes formes}}$ qui était de 73 % en 1950 est de 40 % seulement en 1951. Pour Paris, ce rapport est comparable d'une année à l'autre : 81 % en 1949, 83 % en 1950, 85 % en 1951 et comparable à ceux qui ont été établis à l'aide des chiffres de la France entière pour les années correspondantes, c'est-à-dire : 83 %, 82 % et 83 %.

L'incidence de la tuberculose sur la mortalité générale, égale à 5 % pour la France entière en 1951, varie elle aussi considérablement d'une ville à une autre. Les pourcentages sont les suivants pour les grandes villes :

Villes comptant 15 % au plus de causes indéterminées :

Brest	9 %	}	Clermont-Ferrand	} 5 %
Strasbourg	8 %		Lille	
Bordeaux	} 6 %	Limoges		
Marseille		Lyon		
Nancy		Paris		
Nîmes		Reims		
Saint-Etienne		Toulon	} 3 %	
		Dijon		

Villes comptant plus de 15 % de causes indéterminées :

Nantes	} 6 %	}	Grenoble	} 4 %
Rouen			Toulouse	
Le Mans	} 5 %	}	Roubaix	} 3 %
Nice				

L'évolution saisonnière (tableau III) de la mortalité par tuberculose est assez variable suivant les villes. Dans l'ensemble, cependant, le minimum se place au 3^e trimestre et le maximum aux 1^{er} et 4^e trimestres. Il en est ainsi pour Bordeaux, Brest, Lyon, Paris et Saint-Etienne.

La répartition trimestrielle est, pour les plus grandes villes, semblable à celle que l'on constate pour l'ensemble de la France (excepté Marseille où la mortalité par tuberculose atteint son maximum au 3^e trimestre). Les villes de moindre importance présentent des courbes d'évolution saisonnière extrêmement différentes suivant les années.

Comme nous l'avons déjà souligné, l'étude de la mortalité par tuberculose dans les villes françaises serait plus valable si on tenait compte de moyennes quinquennales ou décennales. Malheureusement, les rensei-

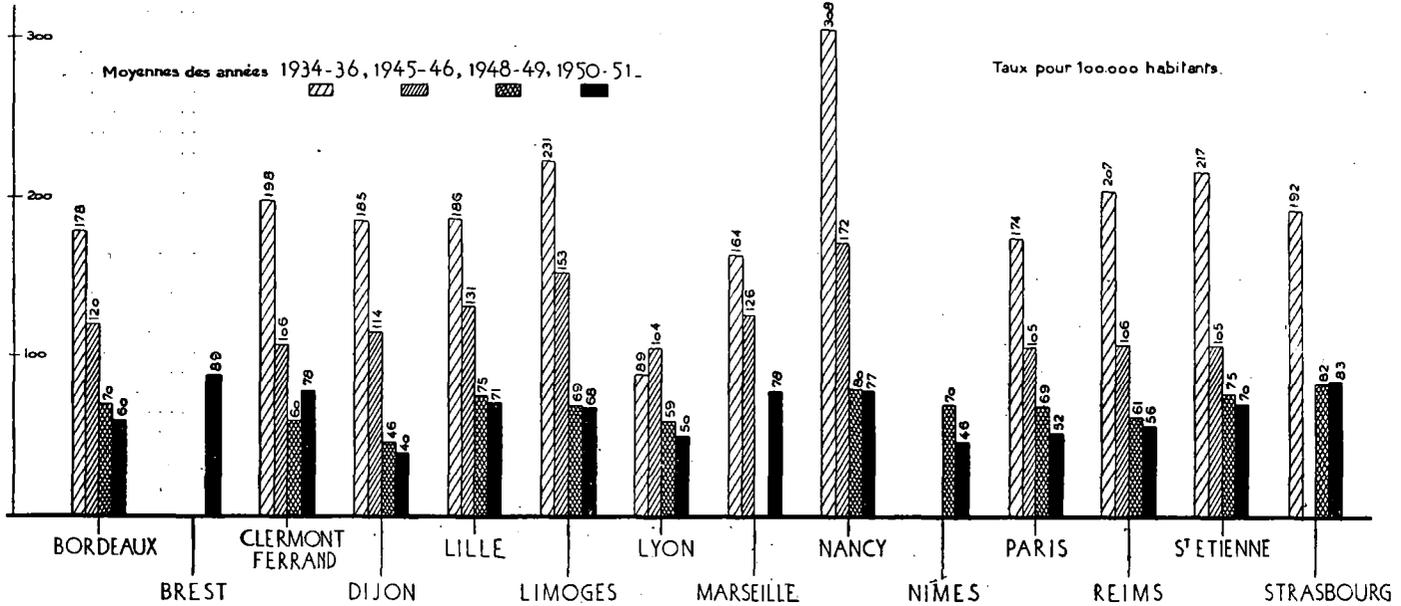
gnements statistiques fournis par un grand nombre d'entre elles sont de valeur très inégale suivant les années, ce qui diminue considérablement le nombre des villes qui pourraient être étudiées pendant des périodes assez longues. Le pourcentage, souvent trop élevé, de causes de décès indéterminées, ainsi que l'absence de renseignements concernant deux grandes villes de plus de 100 000 habitants, le Havre et Rennes, sont des faits particulièrement regrettables.

Travail de la Section de la Tuberculose présenté par

A. LOTTE et J. POUSSIER.

MORTALITE PAR TUBERCULOSE TOUTES FORMES

DANS 14 GRANDES VILLES DE FRANCE



TUBERCULOSE

FIG. 5.

N° 22543.

TABLEAU II. — MORTALITÉ TUBERCULEUSE ET MORTALITÉ GÉNÉRALE DANS 75 VILLES FRANÇAISES EN 1951

Villes	Population	Mortalité par tuberculose				% de tub. pulmonaire p. rapport à la tub. t. formes	Mortalité générale		% des décès par tub. par rapport à mortalité générale	Causes inconnues	
		Tuberculose pulmonaire		Tuberculose t. formes			N.	Taux pour 10 000 h.		N.	% par rapport aux décès t. causes
		N.	Taux p. 100 000 h.	N.	Taux p. 100 000 h.						
<i>Domiciliés (69 villes) :</i>											
Aix-en-Prov.	50 000	23	46	24	48	96	571	114	4	191	34
Agen	33 397	9	27	12	36	75	369	111	3	34	9
Alençon	19 691	17	86	18	92	94	283	144	6	70	25
Amiens	84 774	38	45	45	53	84	1 217	144	4	123	10
Angers	94 408	68	72	68	72	100	1 259	133	5	141	11
Anncy	26 722	10	37	13	49	77	293	110	4	38	13
Argenteuil	62 000	32	52	36	58	89	578	93	6	51	9
Auch	15 253	4	26	5	33	80	262	172	2	34	13
Auxerre	24 282	12	50	14	58	86	314	130	5	12	4
Avignon	60 053	17	28	21	35	81	693	116	3	30	4
Bar-le-Duc	15 460	3	19	6	39	50	136	88	4	11	8
Bayonne	32 620	10	31	10	31	100	442	135	2	181	41
Belfort	40 900	19	47	29	71	65	405	99	7	27	7
Besançon	63 508	22	35	23	36	95	672	106	3	97	14
Bordeaux	253 751	142	56	176	70	81	3 120	123	6	330	11
Bourg	25 944	20	76	22	85	91	293	113	7	54	18
Bourges	51 040	30	58	34	67	88	758	149	5	260	34
Brest	100 000	76	76	92	92	83	1 070	107	9	163	15
Brive	33 501	15	45	19	57	79	354	105	5	15	4
Caen	51 445	32	62	39	76	82	564	109	7	102	18
Chambéry	29 975	15	50	17	57	88	287	96	6	83	29
Chartres	26 422	18	68	25	95	72	343	130	7	50	15
Clerm.-Ferrand ..	108 090	40	37	53	49	75	1 077	100	5	84	8
Cherbourg	40 042	31	78	34	85	91	431	108	8	74	17
Colmar	46 124	35	76	42	91	83	621	134	7	53	9
Dijon	100 664	31	31	34	34	91	1 103	110	3	164	15
Dieppe	26 365	15	57	21	80	71	317	120	7	39	12
Grenoble	102 161	30	29	38	37	79	1 048	102	4	389	37
Laon	17 401	2	11	5	29	40	168	96	3	14	8
La Roche-s.-Yon.	18 107	15	83	15	83	100	181	100	8	22	12
Le Mans	100 465	50	50	60	60	83	1 292	129	5	210	16
Lille	188 871	119	63	140	74	85	2 530	134	5	322	13
Limoges	107 857	57	53	66	61	86	1 266	117	5	54	4
Lorient	53 843	39	73	44	82	89	483	90	9	105	22
Lons-le-Saunier..	15 568	6	39	9	58	67	145	93	6	15	10
<i>Lyon</i>											
Lyon	460 748	200	43	242	53	83	5 313	115	5	504	10
Metz	70 105	32	46	34	49	94	799	114	4	44	6
Montpellier	93 102	47	51	56	60	84	1 117	120	5	138	12
Moulins	23 254	13	56	15	65	86	296	127	5	24	8
Mulhouse	99 631	48	48	53	53	91	1 158	116	5	201	17
Nancy	113 477	64	57	82	72	78	1 305	115	6	138	10
Nantes	192 770	116	60	130	68	89	2 318	120	6	825	36
Narbonne	29 975	14	47	16	53	87	403	134	4	13	3
Nice	240 034	128	53	146	61	88	2 831	118	5	444	16
Nîmes	104 109	51	49	58	56	88	1 034	99	6	111	11
Niort	32 752	12	37	16	49	75	482	147	3	161	33
Orléans	70 240	12	17	14	20	86	814	116	2	131	16
Paris	2 725 374	1 220	45	1 435	53	85	26 676	98	5	3 251	12
Pau	46 158	31	67	38	83	81	536	116	7	60	11
Perpignan	74 984	33	44	38	51	87	762	102	5	150	20
Privas	5 787	4	69	4	69	100	76	131	5	7	9
Reims	110 749	56	51	66	60	85	1 246	112	5	138	11
Roubaix	100 978	37	37	42	42	88	1 666	166	3	279	17
Rouen	118 623	73	62	78	66	94	1 354	114	6	430	32
Rueil-Malmaison.	27 016	7	26	9	33	78	198	73	5	26	13
Saint-Brieuc	36 674	7	19	11	30	63	339	93	3	87	26
Saint-Germain ..	22 013	12	55	14	64	86	297	135	5	37	12
Saint-Etienne ..	177 966	112	63	129	73	87	2 082	117	6	314	15
Saint-Quentin ..	48 556	24	50	28	58	86	710	146	4	125	18
Strasbourg	175 515	140	80	167	95	84	2 144	122	8	139	7
Tarbes	44 854	3	67	6	132	50	410	92	1	95	23
Toulon	125 742	53	42	63	50	84	1 367	109	5	181	13
Toulouse	264 411	81	31	106	40	76	3 052	115	4	670	22
Troyes	58 805	44	75	48	82	92	666	113	7	97	15
Valence	40 020	6	15	10	25	60	408	101	2	89	22
Vesoul	11 825	6	51	6	51	100	92	78	7	6	7
Vannes	28 189	25	89	27	96	92	357	127	8	56	16
Versailles	70 141	17	24	22	32	77	765	109	3	193	25
Villeurbanne ..	82 399	20	24	20	24	100	652	79	3	146	22
<i>Domiciliés + non domic. (6 villes) :</i>											
Cahors	15 345	8	52	11	72	73	205	134	5	3	2
Châlons-s.-Marn.	31 120	31	100	34	110	91	311	101	11	70	23
Gap	16 371	17	104	18	110	95	200	122	9	38	19
Marseille	636 264	446	70	504	80	89	8 345	131	6	228	3
Montauban	36 281	25	69	28	77	89	549	151	5	48	9
Tours	80 044	77	96	86	106	89	1 222	153	7	91	8

TABLEAU III

MORTALITÉ SAISONNIÈRE DANS 15 GRANDES VILLES FRANÇAISES EN 1951
Tuberculose toutes formes.

Villes	1 ^{er} trimestre		2 ^e trimestre		3 ^e trimestre		4 ^e trimestre	
	N.	T.	N.	T.	N.	T.	N.	T.
Bordeaux	63	99	34	54	31	49	48	76
Brest	23	92	23	92	18	72	28	112
Clermont-Ferrand	20	74	6	22	13	48	14	52
Dijon	5	20	6	24	10	40	13	52
Lille	30	64	34	72	34	72	42	89
Limoges	18	67	17	63	23	85	8	30
Lyon	68	59	57	50	52	45	65	56
Marseille	126	79	121	76	134	84	123	77
Nancy	25	89	23	81	19	67	15	53
Nîmes	21	81	9	35	13	50	15	58
Paris	386	57	367	54	306	45	376	55
Reims	17	61	12	43	16	58	21	76
Saint-Etienne	44	99	35	79	23	52	27	61
Strasbourg	43	98	41	94	41	94	42	96
Toulon	18	57	13	41	16	51	16	51

CANCER

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE

INSTITUT NATIONAL
D'HYGIÈNE

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS
DÉFINITION DU STADE " 0 "

Pour rassembler les documents relatifs à l'adjonction éventuelle d'un stade 0 à la Classification internationale des cancers de l'utérus, l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE a sollicité l'avis d'un certain nombre de spécialistes parisiens sur cette question. Ces derniers se sont réunis à plusieurs reprises dans le service de M. le Professeur FUNCK-BRENTANO à l'Hôpital Broca, sous la présidence de M. le Professeur LACASSAGNE.

A l'issue de la réunion du 20 mars 1952, le groupe de travail, composé de :

M^{me} le Docteur SIMONE LABORDE;

MM. les Professeurs DELARUE, FUNCK-BRENTANO, HUGUENIN, LACASSAGNE, MOULONGUET, OBERLING;

MM. les Docteurs DE BRUX, DENOIX, GRICOUROFF, MORICARD, a adopté le texte suivant :

I. — CARACTÈRES CLINIQUES

Le résultat du traitement d'un cancer d'une variété histologique déterminée dépend tout particulièrement de l'extension anatomique de la tumeur, le pourcentage des guérisons diminuant rapidement à mesure que l'envahissement néoplasique est plus étendu.

Pour le cancer du col utérin, afin de pouvoir comparer fructueusement les différentes statistiques de guérison, il a paru à juste titre important de répartir les cas en quatre catégories, en quatre stades, selon

l'étendue des lésions (classification de la Société des Nations). Dans cette classification, le stade 1 englobe tous les cas où le cancer est « strictement localisé au col », c'est-à-dire ceux où l'examen clinique ne révèle aucune extension du cancer au delà du col vers le corps, le paramètre ou le vagin.

Or, il est apparu qu'il y aurait lieu de distinguer et de classer à part les lésions qui, n'ayant pas à l'examen gynécologique les caractères cliniques et macroscopiques classiques d'une lésion maligne, sont cependant reconnues comme vraisemblablement malignes à l'examen histologique.

Il est proposé de réunir en un groupe ces cancers superficiels sous le nom de **cancer du col au stade « 0 »**, groupe qui serait dorénavant distinct de celui des cancers de stade 1. Puisqu'il s'agit de faciliter la comparaison des statistiques de traitement, il est important de définir, avec le plus de précision possible, ce stade 0.

Tout d'abord, il convient de rappeler que la classification en quatre stades établie par la S. D. N. est une classification purement clinique, le degré d'extension du néoplasme étant déterminé par le seul examen gynécologique. Mais il n'a pas été possible de se conformer à cette règle et de trouver pour le stade 0 une définition uniquement clinique.

Il s'agirait de cas où l'attention a été attirée sur le col :

a) soit à l'occasion d'un dépistage systématique (colposcopie, test de Schiller, frottis, etc...);

b) soit du fait de symptômes fonctionnels (hémorragies minimales spontanées ou provoquées, par exemple), mais pour lesquels l'exploration clinique et les signes physiques ne révèlent rien qui soit caractéristique d'une tumeur maligne. Et ce n'est que la biopsie, montrant une transformation néoplasique du revêtement épithélial de la muqueuse, transformation d'ailleurs strictement intra-épithéliale, sans infiltration du tissu conjonctif, qui permettrait de considérer le cas comme étant un épithélioma au stade 0.

L'exploration gynécologique étant différente pour les lésions de l'exocol (accessible à la vue et au toucher) et pour celle du canal endocervical, il paraît nécessaire de définir séparément ces deux variétés topographiques.

STADE « 0 » EXOCERVICAL. — Le stade 0 doit englober tous les épithéliomas non-infiltrants de l'exocol classés jusqu'ici au stade 1. Pour ce stade 1, l'Atlas de 1938 distingue trois types macroscopiques de cancer exocervical (type *a* : petite ulcération; type *b* : « chou-fleur »; type *c* : forme nodulaire). Pour appartenir au stade 0, les lésions ne doivent être ni franchement ulcéreuses ou creusantes, ni végétantes ou exophytiques, ni nodulaires ou infiltrantes. La forme et les dimensions du col sont normales. Sa surface peut être exulcérée, légèrement dépolie, leucoplasique, érythroplasique ou granuleuse. Le toucher ne révèle aucune

induration nodulaire ou diffuse évoquant un cancer infiltrant. Si la muqueuse est bourgeonnante, la base d'implantation des bourgeons n'est pas indurée. Le contact du doigt peut provoquer un léger saignement.

En somme, ou bien le col a une apparence normale, ou bien il présente des lésions, mais celles-ci ne sont pas cliniquement caractéristiques. Seul, l'examen histologique d'un prélèvement biopsique permettra d'affirmer le diagnostic et distinguera le cancer d'avec les métropathies exocervicales inflammatoires, hyperplasiques, métaplasiques ou dysplasiques qui peuvent revêtir le même aspect clinique.

STADE « 0 » ENDOCERVICAL. — Le canal cervical n'étant en général accessible directement ni à la vue, ni au toucher, il y a lieu de définir à part le stade 0 endocervical, l'examen purement clinique (toucher et spéculum) étant ici utilement complété par l'exploration instrumentale et l'hystérogaphie. Pour le stade 1, l'Atlas distingue deux types de cancer endocervical (type *d* : cratère endocervical; type *e* : col ver-moulu). L'exploration du canal à l'aide d'un instrument (hystéromètre, curette) révèle, lorsqu'il s'agit du stade 1 type *d*, la présence d'une cavité anfractueuse à paroi bourgeonnante ou indurée. L'hystérogaphie peut confirmer l'existence d'une perte de substance. Pour le stade 1, type *e*, l'instrument permet de reconnaître la friabilité de la paroi du canal. Dans ces deux variétés, il s'agit évidemment de cancers infiltrants ayant dépassé le stade de cancer superficiel. Ne pourront donc être retenus comme appartenant au stade 0 endocervical, que les cas où l'instrument et l'hystérogaphie ne révèlent rien d'anormal ou ne révèlent que de petites irrégularités de la muqueuse dépourvues de tout caractère pathognomonique de malignité. Un léger saignement sera parfois provoqué par l'exploration instrumentale. L'étude des frottis, démontrant la présence de cellules épithéliales suspectes, conduit à pratiquer une biopsie; celle-ci, faite ici à la curette, pourra seule démontrer qu'il y a transformation maligne du revêtement et qu'il s'agit d'un cancer au stade 0.

II. — CARACTÈRES HISTOPATHOLOGIQUES

ESSAI D'UNE DÉFINITION HISTOLOGIQUE DE L'ÉPITHÉLIOMA PAVIMENTÉUX INTRA-ÉPITHÉLIAL DU COL UTÉRIN

L'épithélioma intra-épithélial (*in situ* ou pré-invasif) est une lésion néoplasique maligne du revêtement du col (exo ou endo-col), sans envahissement du tissu conjonctif sous-épithélial.

Comme il n'y a pas de caractère cytologique spécifique de la cellule cancéreuse, on est obligé de rechercher des anomalies morphologiques

dont le groupement permet de faire le diagnostic d'épithélioma intra-épithélial.

Le diagnostic histologique ne peut donc être fondé que sur des groupes de critères, dont les plus importants sont :

- 1° des anomalies cellulaires;
- 2° des anomalies architecturales de l'épithélium.

1° ANOMALIES CELLULAIRES.

- a) *Anaplasie* : inégalité de taille et de forme, basophilie du cytoplasme, diminution ou disparition du glycogène, augmentation du rapport nucléoplasmatique.
- b) *Atypies nucléaires* : gigantisme : multiplicité des noyaux, noyaux polylobés, anomalies nucléolaires, telles que : augmentation de volume ou de nombre.
- c) *Anomalies de la prolifération* :
 - *quantitatives* : mitoses en nombre excessif;
 - *qualitatives* : mitoses anormales (pluripolaires), anomalies de position des chromosomes, possibilités de polyploïdie;
 - *topographiques* : présence de mitoses dans les couches superficielles.

2° ANOMALIES ARCHITECTURALES.

- a) Discontinuité entre le revêtement normal et le revêtement pathologique en raison des anomalies sus-décrites.
- b) Bouversement structural avec disproportion de l'épaisseur relative des différentes couches (accroissement d'épaisseur de la couche indifférenciée).

Quand tous ces caractères coexistent, le diagnostic d'épithélioma intra-épithélial est probable. Mais aucun d'eux, pris individuellement, n'est spécifique, de sorte que le diagnostic devient très difficile ou même impossible lorsqu'un petit nombre seulement de ces caractères sont constatés. Les plus importants sont :

- l'anaplasie;
- les anomalies qualitatives de la mitose;
- les discontinuités structurales.

III. — UTILITÉ PRATIQUE DE LA DISCRIMINATION D'UN STADE « 0 »

La distinction d'un stade 0 a une importance clinique indéniable et, cela, du triple point de vue de la précocité du diagnostic, de la précision du pronostic et du progrès thérapeutique. La réalité du stade 0

est évidente, car le cancer prend naissance au niveau du revêtement épithélial du col et passe par ce stade initial avant de devenir infiltrant. Si, jusqu'ici, la proportion des cancers au stade 0 est faible, c'est que le néoplasme n'est habituellement reconnu qu'à un stade plus avancé, l'attention n'étant attirée sur le col que lorsqu'existent déjà des lésions cliniquement suspectes. Mais le développement des méthodes de dépistage précoce (soit par l'examen gynécologique systématique, soit par l'application des techniques sus-indiquées) fera graduellement augmenter le nombre de cas au stade 0 et cela aura pour conséquence fort heureuse de diminuer, au cours des années ultérieures, la proportion des cas aux stades plus avancés. Dès maintenant, selon le mode de recrutement des malades (consultations gynécologiques ou dépistage systématique), la fréquence absolue et relative des cas 0 peut être très différente. De ce fait même découlent des considérations sur la place du stade 0 dans les statistiques de traitement du cancer du col utérin.

IV. — PLACE DU STADE « 0 » DANS LES STATISTIQUES DE TRAITEMENT

Il est, bien entendu, nécessaire de faire figurer le stade 0 dans les statistiques des *résultats stade par stade*, ne serait-ce que pour donner une estimation chiffrée de la précocité du diagnostic. Mais il est également nécessaire — c'est là la principale justification de la création d'un stade 0 — de le séparer nettement du stade 1. En effet, lorsqu'il s'agit d'un cancer non-infiltrant, la guérison est à peu près assurée. Bloquer les cas 0 avec les cas du stade 1 rendrait difficile la comparaison des statistiques.

Pour la même raison, il paraît judicieux de ne pas inclure le stade 0 dans les statistiques *globales* réunissant l'ensemble des cancers cervico-utérins traités. D'un pronostic excellent, les cancers du stade 0 n'ont aucune importance en ce qui concerne les progrès techniques à réaliser dans le traitement des cancers infiltrants. Les faire entrer dans une statistique globale ne pourrait, lorsque les cas 0 seront nombreux, que donner un pourcentage total de guérisons trop optimiste et sans rapport avec la réalité.

Un argument d'un autre ordre et né de la pratique courante vient à l'appui de cette exclusion. Comme on l'a vu, le diagnostic histopathologique de l'épithélioma présente de réelles difficultés. Un facteur personnel intervient dans l'appréciation des caractères microscopiques sur lesquels on se fonde pour affirmer qu'il s'agit d'un cancer. Bien des patientes ont été traitées ou opérées pour une lésion superficielle considérée comme un « cancer au début » par l'anatomo-pathologiste responsable, alors qu'il ne s'agissait, aux yeux d'autres pathologistes d'égale compétence, que d'une métaplasie, dont, non seulement la malignité

n'est pas évidente, mais dont il n'est même pas démontré qu'elle représente un état « pré-cancéreux », au sens de lésion destinée à se transformer en cancer dans un avenir plus ou moins éloigné. Quoi qu'on fasse, une telle divergence d'interprétation subsistera. Inclure les cas 0 dans les statistiques globales (« tous stades ») risquerait donc d'y introduire un nombre non négligeable de cas traités « préventivement », ce qui, on le conçoit, altérerait la véracité des chiffres et des pourcentages.

*EN CONCLUSION, IL EST PROPOSÉ LE TEXTE SUIVANT
POUR LA DÉFINITION DU STADE « 0 »*

« Lésion limitée au col (exo ou endo-col), ne présentant à l'examen gynécologique aucun des caractères cliniques habituels du cancer du col, alors que l'examen histologique révèle un aspect d'épithélioma intra-épithélial (comme défini plus haut). S'il est noté, histologiquement un aspect invasif classique, une telle forme doit être classée dans le stade 1. »

Les membres de la Commission souhaitent voir réunis le plus grand nombre possible de documents histologiques se rapportant à la définition proposée pour le stade 0. La confrontation de ces préparations nouvelles avec la série déjà constituée, et qui a servi de base aux travaux du groupe de travail, permettrait d'établir la valeur des caractères énumérés pour la définition du stade 0.

L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE est prêt à collecter ces documents anatomo-pathologiques et serait reconnaissant à tous ceux qui rencontrent des lésions du stade 0 tel qu'il est défini par le texte précédent, de vouloir bien communiquer les préparations à la Section du Cancer de l'I. N. H. (3, rue Léon-Bonnat, Paris, XVI^e).

Un registre de lésions au stade 0 sera ainsi établi; les interprétations des divers spécialistes consultés y seront notées et l'on s'efforcera de suivre le devenir des patients en cause. Ce dernier sera particulièrement intéressant à étudier en fonction du traitement institué: traitement chirurgical, radiations, surveillance médicale sans thérapeutique spécifique immédiate...

La Section du Cancer de l'I. N. H. suivra l'évolution des lésions en reprenant contact périodiquement avec le médecin traitant et constituera des dossiers individuels aussi complets que possible.

Travail présenté par la Section du Cancer.

MALADIES VÉNÉRIENNES

STATISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

et

ACTIVITÉ DES DISPENSAIRES ANTIVÉNÉRIENS

au cours du quatrième trimestre 1951.

RENSEIGNEMENTS STATISTIQUES
DES MALADIES VÉNÉRIENNES DÉCLARÉES

au cours de l'année 1951.

Les renseignements statistiques publiés ici concernent :

1° Les maladies vénériennes déclarées au cours du quatrième trimestre 1951, en application de la loi du 31 décembre 1942.

2° Le fonctionnement des dispensaires antivénériens au cours du quatrième trimestre 1951.

3° Une étude statistique des maladies vénériennes déclarées au cours de l'année 1951. Cette étude envisage pour chaque maladie la nature et l'origine des déclarations effectuées, la fréquence respective des diverses causes de contamination, le sexe et l'âge des malades ayant fait l'objet d'une déclaration.

Le nombre des maladies vénériennes déclarées au cours du quatrième trimestre 1951 a été de 4 330. Il se décompose ainsi :

Blennorragie	3 719
Syphilis primaire et secondaire	574
Chancre mou	33
Maladie de Nicolas-Favre	4

La comparaison de ces chiffres à ceux du trimestre précédent montre : une diminution du nombre de cas de blennorragie déclarés (3 719 contre 3 861), surtout importante dans les départements suivants : Seine (2 273 contre 2 340), Bouches-du-Rhône (139 contre 173), Var (59 contre 90); une augmentation du nombre de cas de syphilis primaire et secondaire déclarés (574 contre 402), surtout importante dans le département de la Seine (316 contre 157); une diminution du nombre de cas de chancre

mou (33 contre 47). Il convient de noter que sur 33 cas déclarés, 19 l'ont été dans le département des Bouches-du-Rhône, 10 dans le département de la Seine, et que la diminution constatée est très importante dans le département des Bouches-du-Rhône (19 contre 33).

Les renseignements statistiques concernant le fonctionnement des dispensaires antivénériens indiquent notamment que 16 285 séances de consultations ont eu lieu au cours du quatrième trimestre 1951 (dont 4 875 dans le département de la Seine) et que 549 890 consultations ont été données dont 242 532 dans le département de la Seine.

Le nombre des examens de laboratoire effectués a été de 161 740, se décomposant ainsi :

Examens sérologiques	128 604
Examens bactériologiques	33 136

Le nombre de piqûres faites a été de 318 099, se décomposant ainsi :

Préparations bismuthiques	260 489
Préparations mercurielles	33 298
Préparations arsenicales	24 312

Les quantités de pénicilline fournies ont été de 8 841 9 millions d'unités se décomposant ainsi :

Traitement de la syphilis.....	6 673 2 millions d'unités.
Traitement de la blennorragie...	2 168 7 » »

Les quantités de sulfamides fournies ont été de 24 946 grammes.

Le nombre de maladies vénériennes déclarées au cours de l'année 1951 a été de 16 849, il se décompose ainsi :

Blennorragie	14 664
Syphilis primaire	898
Syphilis secondaire	1.100
Chancre mou	175
Maladie de Nicolas-Favre	12

Ces chiffres sont tous inférieurs à ceux correspondants de l'année précédente qui étaient les suivants :

Blennorragie	17 888
Syphilis primaire	1 167
Syphilis secondaire	1 566
Chancre mou	178
Maladie de Nicolas-Favre	18

L'étude statistique des fiches épidémiologiques montre qu'ont été effectuées 14 858 déclarations simples et 1 991 déclarations nominales.

Ces déclarations nominales comprennent :

Blennorragie	1 837
Syphilis primaire	47
Syphilis secondaire	101
Chancre mou	6

Les motifs de déclarations nominales ont été :

Prostitution	1 646
Risques graves de transmission	99
Absence de traitement	29
Profession	3

Le motif de la déclaration n'a pas été indiqué dans 214 cas.

Sur 16 841 fiches établies, le mode de contamination a été indiqué dans 8 770 cas, ces causes de contamination se répartissent ainsi :

Relations libres	6 004
Prostitution	1 941
Relations conjugales	764
Contamination non vénériennes	61

Sur 16 441 fiches précisant le sexe des malades, on compte 11 383 malades du sexe masculin et 5 058 malades du sexe féminin.

Travail de la Section de Vénérologie présenté par

Dr R. PIERRON et M^{lle} D. LAFAGE.

I. — Maladies vénériennes déclarées, en application de la loi du 31 Décembre 1942.
au cours du quatrième trimestre 1951.

1° BLENNORRAGIE

Départements	Oct.	Nov.	Déc.	Tot.	Départements	Oct.	Nov.	Déc.	Tot.	Départements	Oct.	Nov.	Déc.	Tot.
Ain	1	0	0	1	Garonne (Haute-)	13	12	15	40	Pas-de-Calais	3	4	7	14
Aisne	0	0	3	3	Gers	1	1	0	2	Puy-de-Dôme	5	1	3	9
Allier	2	2	1	5	Gironde	23	47	54	124	Pyrénées (Basses-)	5	6	10	21
Alpes (Basses-)	0	0	0	0	Hérault	5	14	9	28	Pyrénées (Hautes-)	2	1	2	5
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	Ille-et-Vilaine ..	2	2	0	4	Pyrénées-Orient.	6	7	4	17
Alpes-Maritimes	14	19	14	47	Indre	12	7	18	37	Rhin (Bas-)	14	14	7	35
Ardèche	1	2	0	3	Indre-et-Loire ..	1	2	5	8	Rhin (Haut-)	4	5	4	13
Ardennes	1	0	0	1	Isère	3	11	7	21	Rhône	36	33	30	99
Ariège	0	0	0	0	Jura	0	0	0	0	Saône (Haute-)	0	2	0	2
Aube	16	23	11	50	Landes	5	3	0	8	Saône-et-Loire ..	2	1	6	9
Aude	0	0	0	0	Loir-et-Cher	0	0	0	0	Sarthe	0	0	0	0
Aveyron	0	0	0	0	Loire	0	14	1	15	Savoie	0	0	0	0
Belfort (Terr. de)	6	6	9	21	Loire (Haute-)	1	0	0	1	Savoie (Haute-)	3	1	0	4
Bouches-du-Rh. ..	37	48	54	139	Loire-Inférieure ..	1	5	4	10	Seine	938	620	715	2 273
Calvados	13	7	6	26	Loiret	4	1	0	5	Seine-Inférieure ..	16	58	32	106
Cantal	0	0	0	0	Lot	0	0	0	0	Seine-et-Marne ..	2	4	1	7
Charente	0	2	0	2	Lot-et-Garonne ..	0	0	1	1	Seine-et-Oise	9	5	11	25
Charente-Marit. ..	11	14	17	42	Lozère	0	0	0	0	Sèvres (Deux-)	0	0	0	0
Cher	2	1	1	4	Maine-et-Loire ..	1	4	1	6	Somme	18	21	5	44
Corrèze	0	0	0	0	Manche	13	6	2	21	Tarn	0	0	0	0
Corse	1	0	1	2	Marne	3	1	1	5	Tarn-et-Garonne ..	2	1	5	8
Côte-d'Or	4	7	2	13	Marne (Haute-)	1	1	1	3	Var	16	17	26	59
Côtes-du-Nord ..	0	0	1	1	Mayenne	0	0	1	1	Vaucluse	1	1	2	4
Creuse	0	0	0	0	Meurthe-et-Moselle	18	19	20	57	Vendée	0	0	0	0
Dordogne	2	0	0	2	Meuse	0	0	1	1	Vienne	3	0	5	8
Doubs	0	5	2	7	Morbihan	0	0	1	1	Vienne (Haute-)	0	2	0	2
Drôme	1	0	0	1	Moselle	19	19	11	49	Vosges	2	1	2	5
Eure	0	0	2	2	Nièvre	0	0	0	0	Yonne	4	3	5	12
Eure-et-Loir	0	0	0	0	Nord	31	42	27	100					
Finistère	1	0	1	2	Oise	0	1	0	1					
Gard	6	6	1	13	Orne	1	1	0	2					
										<i>France entière.</i>	<i>1 368</i>	<i>1 163</i>	<i>1 188</i>	<i>3 719</i>

2° SYPHILIS PRIMAIRE ET SECONDAIRE

Départements	Oct.	Nov.	Déc.	Tot.	Départements	Oct.	Nov.	Déc.	Tot.	Départements	Oct.	Nov.	Déc.	Tot.
Ain	0	0	1	1	Garonne (Haute-)	1	0	0	1	Pas-de-Calais	1	1	0	2
Aisne	2	1	0	3	Gers	0	0	0	0	Puy-de-Dôme	0	0	0	0
Allier	0	0	0	0	Gironde	3	2	7	12	Pyrénées (Basses-)	3	3	2	8
Alpes (Basses-)	0	0	0	0	Hérault	2	2	1	5	Pyrénées (Hautes-)	0	1	1	2
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	Ille-et-Vilaine ..	0	1	0	1	Pyrénées-Orient.	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	4	2	1	7	Indre	0	0	1	1	Rhin (Bas-)	4	5	4	13
Ardèche	0	2	0	2	Indre-et-Loire ..	0	0	0	0	Rhin (Haut-)	0	1	0	1
Ardennes	1	1	0	2	Isère	1	0	0	1	Rhône	4	4	9	17
Ariège	0	0	0	0	Jura	0	0	0	0	Saône (Haute-)	1	0	1	2
Aube	1	1	0	2	Landes	0	0	1	1	Saône-et-Loire ..	1	0	0	1
Aude	0	0	0	0	Loir-et-Cher	0	1	0	1	Sarthe	0	0	0	0
Aveyron	0	0	0	0	Loire	1	1	1	3	Savoie	0	0	0	0
Belfort (Terr. de)	0	0	0	0	Loire (Haute-)	1	0	0	1	Savoie (Haute-)	1	0	0	1
Bouches-du-Rh.	3	6	6	15	Loire-Inférieure ..	3	4	3	10	Seine	111	127	78	316
Calvados	6	1	2	9	Loiret	0	1	0	1	Seine-Inférieure ..	2	4	1	7
Cantal	0	3	0	3	Lot	0	0	0	0	Seine-et-Marne ..	3	0	0	3
Charente	1	0	0	1	Lot-et-Garonne ..	0	1	0	1	Seine-et-Oise	2	2	3	7
Charente-Marit.	0	3	0	3	Lozère	0	0	0	0	Sèvres (Deux-)	0	0	0	0
Cher	0	0	0	0	Maine-et-Loire ..	1	2	1	4	Somme	0	2	1	3
Corrèze	0	0	0	0	Manche	1	1	0	2	Tarn	1	0	0	1
Corse	1	0	1	2	Marne	2	0	0	2	Tarn-et-Garonne ..	1	0	0	1
Côte-d'Or	1	0	0	1	Marne (Haute-)	0	0	0	0	Var	1	3	3	7
Côtes-du-Nord ..	0	0	1	1	Mayenne	0	0	1	1	Vaucluse	3	0	1	4
Creuse	0	0	0	0	Meurthe-et-Moselle	0	0	1	1	Vendée	0	0	0	0
Dordogne	1	3	1	5	Meuse	0	0	0	0	Vienne	1	5	1	7
Doubs	0	0	0	0	Morbihan	0	0	2	2	Vienne (Haute-)	0	0	0	0
Drôme	0	0	0	0	Moselle	1	9	5	15	Vosges	1	1	0	2
Eure	0	0	3	3	Nièvre	0	0	0	0	Yonne	2	1	3	6
Eure-et-Loir	0	0	0	0	Nord	4	7	10	21					
Finistère	1	0	2	3	Oise	2	3	2	7					
Gard	0	2	0	2	Orne	2	2	0	4	<i>France entière.</i>	<i>190</i>	<i>222</i>	<i>162</i>	<i>574</i>

3° CHANCRE MOU

Départements	Octobre	Novembre	Décembre	Total
Bouches-du-Rhône	11	2	6	19
Gironde	1	0	0	1
Seine	1	1	8	10
Seine-Inférieure	0	0	1	1
Var	0	0	2	2
<i>Total</i>	13	3	17	33

4° MALADIE DE NICOLAS-FAVRE

Départements	Octobre	Novembre	Décembre	Total
Corse	0	1	0	1
Seine	0	2	1	3
<i>Total</i>	0	3	1	4

5° INDICES DE MORBIDITÉ DE LA BLENNORRAGIE ET DE LA SYPHILIS

(AU COURS DU QUATRIÈME TRIMESTRE 1951)

Indices calculés sur la base annuelle et rapportés à 100 000 habitants.

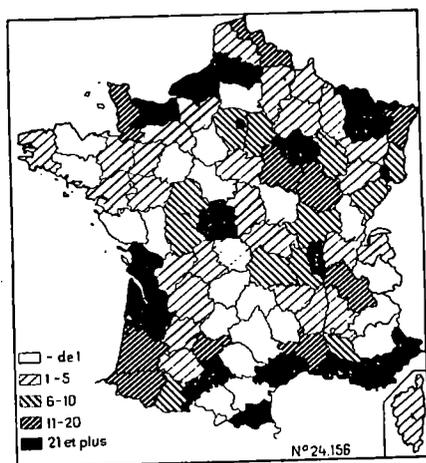
Départements	Blennorragie	Syphilis	Départements	Blennorragie	Syphilis	Départements	Blennorragie	Syphilis
Ain	1,2	1,2	Garonne (Haute-) ...	30,3	0,7	Pas-de-Calais	4,4	0,6
Aisne	2,5	2,5	Gers	4,1	0	Puy-de-Dôme	7,5	0
Allier	5,2	0	Gironde	55,7	5,3	Pyrénées (Basses-) ..	19,6	7,4
Alpes (Basses-)	0	0	Hérault	23,7	4,2	Pyrénées (Hautes-) ..	9,7	3,8
Alpes (Hautes-)	0	0	Ille-et-Vilaine	2,6	0,6	Pyrénées-Orientales ..	28,9	0
Alpes-Maritimes	41,3	6,1	Indre	57,3	1,5	Rhin (Bas-)	20	7,5
Ardèche	4,6	3	Indre-et-Loire	8,4	0	Rhin (Haut-)	10,7	0,8
Ardennes	1,5	3	Isère	15,9	0,6	Rhône	41,3	7
Ariège	0	0	Jura	0	0	Saône (Haute-)	3,7	3,7
Aube	81	3,2	Landes	12,6	1,6	Saône-et-Loire	6,9	0,7
Aude	0	0	Loir-et-Cher	0	1,6	Sarthe	0	0
Aveyron	0	0	Loire	9,1	1,8	Savoie	0	0
Belfort (Terr. de)	91,3	0	Loire (Haute-)	1,7	1,7	Savoie (Haute-)	5,6	1,4
Bouches-du-Rhône	55,2	5,9	Loire-Inférieure	5,6	5,6	Seine	182	25,3
Calvados	24,3	8,4	Loiret	5,5	1,1	Seine-Inférieure	47	3,1
Cantal	0	6,2	Lot	0	0	Seine-et-Marne	6,6	2,8
Charente	2,5	1,2	Lot-et-Garonne	1,4	1,4	Seine-et-Oise	6,7	1,9
Charente-Maritime	38,7	2,7	Lozère	0	0	Sèvres (Deux-)	0	0
Cher	5,4	0	Maine-et-Loire	4,5	3	Somme	37,9	2,6
Corrèze	0	0	Manche	18,1	1,7	Tarn	0	1,3
Corse	2,9	2,9	Marne	4,8	1,9	Tarn-et-Garonne	18	2,3
Côte-d'Or	14,8	1,1	Marne (Haute-)	6,2	0	Var	61,7	7,3
Côtes-du-Nord	0,7	0,7	Mayenne	1,4	1,4	Vaucluse	6,2	6,2
Creuse	0	0	Meurthe-et-Moselle ..	40,4	0,7	Vendée	0	0
Dordogne	2	5	Meuse	2	0	Vienne	9,7	8,5
Doubs	8,8	0	Morbihan	0,7	1,5	Vienne (Haute-)	2,3	0
Drôme	1,4	0	Moselle	29,6	9	Vosges	5,5	2,2
Eure	2,4	3,6	Nièvre	0	0	Yonne	17,6	8,8
Eure-et-Loir	0	0	Nord	19,8	4,1			
Finistère	1	1	Oise	0,9	6,6			
Gard	12,8	2,9	Orne	2,7	5,5			
						<i>France entière</i>	35,3	5,4

6° VARIATIONS DÉPARTEMENTALES DES INDICES DE MORBIDITÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES

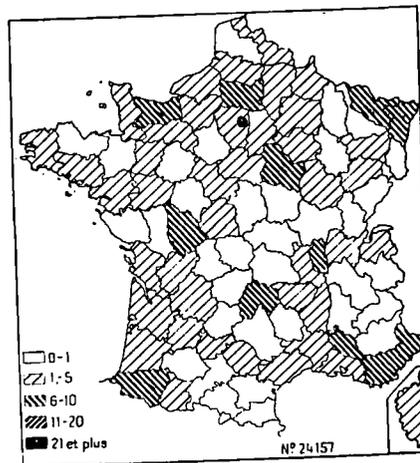
(AU COURS DU QUATRIÈME TRIMESTRE 1951)

(Indices calculés sur la base annuelle et rapportés à 100 000 habitants.)

BLENNORRAGIE



SYPHILIS



II. — Renseignements statistiques concernant le fonctionnement des Dispensaires antivénériens au cours du quatrième trimestre 1951.

1° FONCTIONNEMENT DES CONSULTATIONS ANTIVÉNÉRIENNES

Départements	Nombre de consultations données				Nb. de séances de consul.	Départements	Nombre de consultations données				Nb. de séances de consul.
	H.	F.	E.	T.			H.	F.	E.	T.	
Ain	135	100	3	238	38	Creuse	29	30	1	60	12
Aisne	845	1 019	188	2 052	146	Dordogne	284	404	15	703	48
Allier	665	1 025	142	1 832	75	Doubs	1 748	1 338	319	3 405	224
Alpes (Basses-)	33	9	1	43	24	Drôme	960	840	319	2 119	50
Alpes (Hautes-)	158	116	6	280	68	Eure	518	630	94	1 242	199
Alpes-Maritimes	5 090	7 379	437	12 906	411	Eure-et-Loir	588	372	85	1 045	121
Ardèche	75	346	235	656	41	Finistère	313	301	28	642	100
Ardennes	360	303	8	671	101	Gard	2 116	2 296	60	4 472	160
Ariège	—	—	—	—	—	Garonne (Haute-)	2 669	6 149	375	9 193	489
Aube	986	944	65	1 995	112	Gers	201	257	—	458	59
Aude	380	298	19	697	50	Gironde	4 238	5 296	497	10 031	599
Aveyron	483	365	194	1 042	87	Hérault	2 350	2 042	323	4 715	230
Belfort (Terr. de)	897	950	42	1 889	39	Ille-et-Vilaine	1 234	945	1 287	3 466	264
Bouches-du-Rhône	12 848	22 583	3 065	38 496	910	Indre	382	418	53	853	79
Calvados	2 177	1 601	227	4 005	268	Indre-et-Loire	927	643	288	1 858	205
Cantal	201	270	14	485	38	Isère	3 248	3 125	612	6 985	323
Charente	851	750	276	1 877	77	Jura	397	496	119	1 012	132
Charente-Maritime	1 418	1 444	602	3 464	144	Landes	463	786	78	1 327	75
Cher	424	473	6	903	204	Loir-et-Cher	348	357	70	775	108
Corrèze	70	120	—	190	54	Loire	2 429	887	92	3 408	330
Corse	573	575	575	1 723	167	Loire (Haute-)	130	171	8	309	68
Côte-d'Or	—	—	—	3 833	132	Loire-Inférieure	1 938	2 791	242	4 971	248
Côtes-du-Nord	468	859	591	1 918	196	Loiret	421	387	20	828	62

· FONCTIONNEMENT DES CONSULTATIONS ANTIVÉNÉRIENNES (suite).

Départements	Nombre de consultations données				Nb. de séances de consul.	Départements	Nombre de consultations données				Nb. de séances de consul.
	H.	F.	E.	T.			H.	F.	E.	T.	
Lot	144	476	10	630	90	Rhône	11 799	9 282	1 059	22 140	449
Lot-et-Garonne	—	—	—	—	—	Saône (Haute-)	252	241	181	674	61
Lozère	160	19	6	185	30	Saône-et-Loire	1 702	1 592	392	3 686	137
Maine-et-Loire	1 178	1 042	898	3 118	248	Sarthe	318	391	1	710	85
Manche	480	960	251	1 691	189	Savoie	641	661	59	1 361	193
Marne	1 394	1 613	1 155	4 162	291	Savoie (Haute-)	1 060	1 103	164	2 327	88
Marne (Haute-)	153	327	32	512	82	Seine	137 853	100 215	4 464	242 532	4 875
Mayenne	131	117	—	248	76	Seine-Inférieure	9 622	6 912	773	17 307	386
Meurthe-et-Moselle	2 138	3 336	236	5 710	534	Seine-et-Marne	1 186	1 803	92	3 081	325
Meuse	65	108	3	176	58	Seine-et-Oise	—	—	—	18 945	702
Morbihan	252	277	51	580	89	Sèvres (Deux-)	255	275	5	535	72
Moselle	2 810	1 782	122	4 714	283	Somme	2 714	2 645	508	5 867	288
Nièvre	190	176	16	382	76	Tarn	668	549	21	1 238	107
Nord	6 663	6 013	1 532	14 208	795	Tarn-et-Garonne	816	1 021	125	1 962	117
Oise	1 341	1 626	392	3 359	78	Var	3 246	5 849	829	9 924	422
Orne	207	624	85	916	65	Vaucluse	758	1 849	445	3 052	242
Pas-de-Calais	2 132	2 372	110	4 614	439	Vendée	60	82	—	142	92
Puy-de-Dôme	1 546	1 761	79	3 386	300	Vienne	253	131	79	463	41
Pyrénées (Basses-)	1 754	2 019	375	4 148	176	Vienne (Haute-)	147	169	41	357	94
Pyrénées (Hautes-)	567	313	12	892	84	Vosges	911	1 611	749	3 271	169
Pyrénées-Orient.	401	1 163	8	1 572	125	Yonne	299	462	149	910	61
Rhin (Bas-)	1 807	2 170	99	4 076	352						
Rhin (Haut-)	2 125	2 185	745	5 055	127						
						<i>Total (88 départements).....</i>				549 890	16 285

Remarques. — Les renseignements concernant le fonctionnement des dispensaires antivénériens au cours du quatrième trimestre 1951, dans les départements de l'Ariège et du Lot-et-Garonne, n'ont pas été communiqués à l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE.
A titre indicatif, nous rappelons qu'au cours du deuxième trimestre 1951, et pour ces deux départements réunis, le nombre des consultations données a été de 1 153 et le nombre des séances de consultations faites, de 378.

2° FONCTIONNEMENT DU SERVICE SOCIAL ANTIVÉNÉRIEN

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Nombre de personnes visitées à domicile	7 264	9 964	4 187	21 415
Nombre de personnes ramenées au traitement par le Service social.....	4 053	4 252	851	9 156
Nombre de personnes amenées aux consultations pour la première fois pour examen ou traitement (enquêtes épidémiologiques, etc.).....	1 660	2 426	786	4 872

3° FONCTIONNEMENT DU FICHER SANITAIRE ET SOCIAL DE LA PROSTITUTION

	Mineures	Majeures	Total
Nombre de femmes inscrites au fichier, visitées pendant le trimestre.....	62	5 125	5 187
Nombre de femmes inscrites au fichier, qui ont dû être hospitalisées pour maladies vénériennes contagieuses	22	487	509

**4° RÉSULTATS DES EXAMENS PRATIQUÉS SUR DES SUJETS VENUS CONSULTER
POUR LA PREMIÈRE FOIS**

Résultats des examens cliniques et sérologiques	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Personnes reconnues indemnes	9 120	6 848	2 575	18 543
Syphilis :				
congénitale	29	52	302	383
primaire	175	17	3	195
secondaire	151	49	—	200
ancienne avec manifestations cliniques	307	169	8	484
sérologique cliniquement latente	886	604	12	1 502
Blennorrhagie	2 686	701	14	3 401
Chancres mou	33	—	—	33
Maladie de Nicolas-Favre	8	1	2	11
Dermatoses non syphilitiques	7 821	6 917	1 860	16 598
Totaux	21 216	15 358	4 776	41 350

MALADIES SOCIALES

5° RÉSULTATS DES EXAMENS PRATIQUÉS SUR DES SUJETS SOUMIS A UN EXAMEN SYSTÉMATIQUE

A. — EXAMENS PRATIQUÉS AU TITRE DE LA LÉGISLATION SUR LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Résultats des examens cliniques et sérologiques	Examens pré-nuptiaux			Examens pré- et post-nataux				
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Nour- rissons	Enfants de + de 2 ans
Personnes reconnues indemnes	9 850	10 262	20 112	2 120	21 062	23 182	5 427	804
Syphilis :								
congénitale	1	9	10	3	32	35	124	43
primaire	1	—	1	3	9	12	—	—
secondaire	5	6	11	2	16	18	—	—
ancienne avec manifestation clinique	1	2	3	4	25	29	—	—
sérologique cliniquement latente	65	49	114	23	160	183	1	3
Blennorrhagie	—	3	3	—	11	11	—	—
Chancres mou	—	—	—	—	—	—	—	—
Maladie de Nicolas-Favre	—	—	—	—	—	—	—	—
Dermatoses non syphilitiques	—	—	—	—	10	10	18	3
Totaux	9 923	10 331	20 254	2 155	21 325	23 480	5 570	853

B. — EXAMENS DE SANTÉ PRATIQUÉS AU TITRE DE LA LÉGISLATION SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Résultats des examens cliniques et sérologiques	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Personnes reconnues indemnes	522	673	13	1 208
Syphilis :				
congénitale	—	2	1	3
primaire	—	—	—	—
secondaire	—	—	—	—
ancienne avec manifestations cliniques	—	—	—	—
sérologique cliniquement latente	15	11	—	26
Blennorrhagie	—	—	—	—
Chancres mou	—	—	—	—
Maladie de Nicolas-Favre	—	—	—	—
Dermatoses non syphilitiques	—	—	—	—
Totaux	537	686	14	1 237

MALADIES VÉNÉRIENNES

C. — EXAMENS PRATIQUÉS AU TITRE DE LA LÉGISLATION SUR L'IMMIGRATION

Résultats des examens cliniques et sérologiques	Hommes		Femmes		Total
Personnes reconnues indemnes	1 269		772		2 041
Syphilis :					
congénitale	1		—		1
primaire	—		—		—
secondaire	5		—		5
ancienne avec manifestations cliniques	14		2		16
sérologique cliniquement latente	34		10		44
Blennorrhagie	32		—		32
Chancres mou	—		—		—
Maladie de Nicolas-Favre	—		—		—
Dermatoses non syphilitiques	10		—		10
<i>Totaux</i>	<i>1 365</i>		<i>784</i>		<i>2 149</i>

D. — EXAMENS PRATIQUÉS AU TITRE D'AUTRES LÉGISLATIONS

Résultats des examens cliniques et sérologiques	La législation relative à la lutte antivenérienne dans les prisons			La législation relative au contrôle sanitaire de la prostitution
	Hommes	Femmes	Total	
Personnes reconnues indemnes	12 053	2 532	14 585	1 141
Syphilis :				
congénitale	3	2	5	—
primaire	10	—	10	6
secondaire	13	4	17	6
ancienne	104	20	124	2
sérologique	371	110	481	55
Blennorrhagie	101	36	137	535
Chancres mou	—	1	1	7
Maladie de Nicolas-Favre	2	1	3	—
Dermatoses non syphilitiques	559	140	699	55
<i>Totaux</i>	<i>13 216</i>	<i>2 846</i>	<i>16 062</i>	<i>1 807</i>

**6° NATURE ET RÉSULTATS DES EXAMENS
DE LABORATOIRE PRATIQUÉS**

Nature des examens pratiqués		Résultats	
		Positifs	Négatifs
<i>Examens sérologiques.</i>	Sang	16 625	110 741
	Liquide C.-R.	155	1 083
	<i>Total</i>	<i>16 780</i>	<i>111 824</i>
<i>Examens microbiologiques.</i>	Tréponèmes	193	631
	Gonocoques	4 714	27 598
	<i>Total</i>	<i>4 907</i>	<i>28 229</i>

7° PRINCIPAUX MÉDICAMENTS ANTIVÉNÉRIENS UTILISÉS

A. — PRÉPARATIONS ARSENICALES, BISMUTHIQUES ET MERCURIELLES

Nature du produit	Mode d'emploi	Nombre d'injections faites
Préparations arsenicales.	Injections intraveineuses.	5 026
	Injections intramusculaires.	19 286
Préparations bismuthiques.	Injections intramusculaires.	260 489
Préparations mercurielles.	Injections.	30 724
	Autres voies.	2 574

B. — PÉNICILLINE ET SULFAMIDES

Nature du produit	Nombre de malades traités	Doses employées (médicaments fournis par les Dispensaires)
Pénicilline : pour le traitement de la syphilis. pour le traitement de la blennorrhagie.....	2 769	6 673,2 millions d'unités.
	3 423	2 168,7 millions d'unités.
Sulfamides	1 721	24 946 grammes.

III. — Etude statistique des Maladies vénériennes déclarées au cours de l'année 1951.

1° BLENNORRAGIE

A. — NATURE ET ORIGINE DES DÉCLARATIONS EFFECTUÉES

Mois	Déclarations simples			Déclarations nominales							
	Origine		Nb. de déclarations	Origine		Nb. de déclarations	Motifs				
	Médecins praticiens	Autres médecins		Médecins praticiens	Autres médecins		Absence de traitement	Prostitution	Profession	Risques graves de transmission	Non précisés
Janvier	70	1 115	1 185	1	65	66	—	61	—	5	—
Février	62	814	876	3	177	180	1	166	—	8	5
Mars	65	872	937	2	169	171	1	137	1	1	31
Avril	78	984	1 062	1	59	60	2	54	—	4	—
Mai	59	916	975	6	250	256	—	239	—	9	8
Juin	54	1 134	1 188	6	123	129	1	30	—	4	94
Juillet	80	1 059	1 139	1	114	115	—	113	—	2	—
Août	48	1 014	1 062	1	189	190	—	183	—	4	3
Septembre	72	1 220	1 292	—	62	62	—	47	—	—	15
Octobre	69	1 069	1 138	5	225	230	1	216	—	5	8
Novembre	65	965	1 030	4	129	133	1	121	—	7	4
Décembre	56	887	943	—	245	245	1	220	1	4	19
Total	778	12 049	12 827	30	1 807	1 837	8	1 587	2	53	187

BLENNORRAGIE

B. — FRÉQUENCE RESPECTIVE DES DIVERSES CAUSES DE CONTAMINATION

Mois	Nb. de déclarations effectuées	Prostitution		Relations conjugales		Rapports libres		Contaminations non vénériennes		Mode de contamination non précisé
		M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Janvier	1 251	65	89	32	35	301	133	—	2	594
Février	1 056	56	55	19	25	243	106	1	2	549
Mars	1 108	56	77	27	21	272	89	—	2	564
Avril	1 122	73	86	25	19	292	127	4	5	491
Mai	1 231	56	74	27	23	279	105	1	3	663
Juin	1 317	76	70	28	34	342	97	1	4	665
Juillet	1 254	43	66	31	24	343	93	—	1	653
Août	1 252	69	98	19	21	337	79	—	1	628
Septembre	1 354	91	93	34	35	440	128	—	1	532
Octobre	1 368	46	80	33	35	319	131	1	1	722
Novembre	1 163	95	102	17	28	305	141	—	2	473
Décembre	1 188	85	77	11	19	259	97	—	5	635
Total	14 664	811	967	303	319	3 732	1 326	8	29	7 169

BLENNORRAGIE

C. — RÉPARTITION PAR GROUPES D'ÂGES DES MALADES AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DÉCLARATION

Mois	Nb. de déclarations effectuées	Naissance à 1 an		1 à 14		15 à 17		18 à 20		21 à 29		30 à 44		45 & +		Age et sexe non précisés
		M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Janvier	1 251	—	1	—	1	13	8	88	39	538	172	251	55	45	16	24
Février	1 056	—	1	3	1	8	9	73	53	371	215	167	69	29	12	45
Mars	1 108	—	—	1	5	7	4	78	50	389	192	210	100	44	19	9
Avril	1 122	—	1	1	5	6	6	87	47	454	166	211	63	42	15	18
Mai	1 231	—	—	3	2	7	9	82	62	425	241	221	75	46	29	29
Juin	1 317	—	1	—	8	11	13	84	67	540	181	231	76	46	20	39
Juillet	1 254	2	—	1	2	4	3	78	38	559	174	261	68	44	7	13
Août	1 252	—	—	—	1	8	5	97	57	466	198	238	104	38	14	26
Septembre	1 354	—	1	4	1	16	4	112	47	573	167	277	69	41	11	31
Octobre	1 368	—	—	1	1	9	9	96	47	515	272	215	104	51	29	19
Novembre	1 163	—	—	—	4	9	7	86	53	432	194	196	93	40	17	32
Décembre	1 188	—	—	1	11	7	4	77	51	420	256	174	101	36	22	28
Total	14 664	2	5	15	42	105	81	1 038	611	5 682	2 428	2 652	977	502	211	313

2° SYPHILIS PRIMAIRE

A. — NATURE ET ORIGINE DES DÉCLARATIONS EFFECTUÉES

Mois	Déclarations simples			Déclarations nominales							
	Origine		Nb. de déclarations	Origine		Nb. de déclarations	Motifs				
	Médecins patriciens	Autres médecins		Médecins patriciens	Autres médecins		Absence de traitement	Prostitution	Profession	Risques graves de transmission	Non précisés
Janvier	10	52	62	—	4	4	1	1	—	2	—
Février	13	49	62	2	2	4	1	1	—	2	—
Mars	10	57	67	—	2	2	—	1	—	—	1
Avril	17	53	70	—	2	2	1	—	—	—	1
Mai	4	56	60	—	7	7	1	3	—	3	—
Juin	10	66	76	2	3	5	2	—	—	1	2
Juillet	8	58	66	—	1	1	—	1	—	—	—
Août	9	64	73	—	4	4	—	3	—	—	1
Septembre	8	49	57	3	2	5	—	1	—	—	4
Octobre	7	78	85	—	4	4	1	1	—	—	2
Novembre	16	91	107	1	5	6	—	5	—	—	1
Décembre	5	61	66	1	2	3	1	1	—	1	—
Total	117	734	851	9	38	47	8	18	—	9	12

SYPHILIS PRIMAIRE

B. — FRÉQUENCE RESPECTIVE DES DIVERSES CAUSES DE CONTAMINATION

Mois	Nb. de déclarations effectuées	Prostitution		Relations conjugales		Rapports libres		Contaminations non vénériennes		Mode de contamination non précisé
		M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Janvier	66	5	—	—	—	19	10	—	—	32
Février	66	4	2	1	4	22	14	—	1	18
Mars	69	4	2	3	2	20	9	—	—	29
Avril	72	9	—	7	4	14	5	—	1	32
Mai	67	5	1	2	3	20	21	1	—	14
Juin	81	3	2	2	3	25	3	—	—	43
Juillet	67	6	3	3	4	25	3	—	—	23
Août	77	7	2	3	—	21	3	—	—	41
Septembre	62	8	2	1	2	15	8	2	2	22
Octobre	89	7	—	3	1	32	4	—	—	42
Novembre	113	4	1	4	2	31	13	—	—	58
Décembre	69	7	2	1	2	21	1	—	—	35
Total	898	69	17	30	27	265	94	3	4	389

MALADIES SOCIALES

SYPHILIS PRIMAIRE

C. — RÉPARTITION PAR GROUPES D'ÂGES DES MALADES AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DÉCLARATION

Mois	Nb. de déclarations effectuées	Naissance à 1 an		1 à 14		15 à 17		18 à 20		21 à 29		30 à 44		45 et +		Âge et sexe non précisés
		M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Janvier	66	—	1	—	—	—	1	6	3	19	7	16	2	8	1	2
Février	66	—	—	—	—	—	1	4	1	21	12	12	4	6	1	4
Mars	69	—	—	—	—	—	2	6	2	23	6	21	4	2	—	3
Avril	72	—	—	—	—	—	—	6	3	25	10	13	2	9	1	3
Mai	67	1	—	1	—	—	—	5	3	21	2	18	6	6	2	2
Juin	81	—	—	—	—	1	—	7	—	32	5	18	5	9	1	3
Juillet	67	—	—	—	—	—	—	3	—	27	7	18	5	5	—	2
Août	77	—	—	—	—	1	—	13	3	31	2	20	1	5	—	1
Septembre	62	1	1	—	—	—	1	5	—	17	9	18	2	8	—	—
Octobre	89	—	—	—	—	—	—	6	2	37	5	23	1	10	2	3
Novembre	113	—	—	—	—	—	1	6	2	41	10	29	9	10	2	3
Décembre	69	—	—	—	—	—	—	5	—	25	5	17	2	9	2	4
Total	898	2	2	1	—	2	6	72	19	319	80	223	43	87	12	30

MALADIES VÉNÉRIENNES

3° SYPHILIS SECONDAIRE

A. — NATURE ET ORIGINE DES DÉCLARATIONS EFFECTUÉES

Mois	Déclarations simples			Déclarations nominales							
	Origine		Nb. de déclarations	Origine		Nb. de déclarations	Motifs				
	Médecins praticiens	Autres médecins		Médecins praticiens	Autres médecins		Absence de traitement	Prostitution	Profession	Risques graves de transmission	Non précisés
Janvier	10	89	99	1	3	4	1	—	—	1	2
Février	8	71	79	1	8	9	1	3	—	4	1
Mars	15	79	94	5	3	8	1	1	—	5	1
Avril	12	79	91	—	1	1	—	—	—	—	1
Mai	14	81	95	2	11	13	3	6	—	3	1
Juin	11	92	103	2	3	5	—	—	—	2	3
Juillet	6	57	63	—	14	14	—	3	—	11	—
Août	2	44	46	1	5	6	2	2	—	2	—
Septembre	8	54	62	1	4	5	1	—	—	1	3
Octobre	9	84	93	—	8	8	—	5	—	3	—
Novembre	8	86	94	1	14	15	1	11	1	1	1
Décembre	17	63	80	1	12	13	2	6	—	4	1
Total	120	879	999	15	86	101	12	37	1	37	14

MALADIES SOCIALES

SYPHILIS SECONDAIRE

B. — FRÉQUENCE RESPECTIVE DES DIVERSES CAUSES DE CONTAMINATION

Mois	Nb. de déclarations effectuées	Prostitution		Relations conjugales		Rapports libres		Contaminations non vénériennes		Mode de contamination non précisé
		M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
		Janvier	103	3	1	2	6	24	29	
Février	88	7	3	4	2	19	32	—	—	20
Mars	102	2	2	4	6	29	19	1	1	36
Avril	92	4	—	2	4	23	14	—	1	44
Mai	108	3	—	2	7	30	35	2	1	28
Juin	108	6	—	7	6	33	22	2	—	32
Juillet	77	2	3	—	3	20	18	1	—	30
Août	52	2	1	2	2	11	13	—	—	21
Septembre	67	4	2	3	2	20	21	—	—	15
Octobre	101	3	2	—	6	25	25	—	1	39
Novembre	109	1	5	4	5	29	25	1	—	39
Décembre	93	3	1	—	3	24	21	1	2	38
Total	1 100	40	20	30	52	287	274	8	9	380

MALADIES VÉNÉRIENNES

SYPHILIS SECONDAIRE

C. — RÉPARTITION PAR GROUPES D'ÂGES DES MALADES AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DÉCLARATION

Mois	Nb. de déclarations effectuées	Naissance à 1 an		1 à 14		15 à 17		18 à 20		21 à 29		30 à 44		45 et +		Age et sexe non précisés
		M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Janvier	103	—	—	—	—	—	1	2	7	26	29	18	11	4	3	2
Février	88	—	—	—	—	—	—	3	7	15	29	17	9	2	3	3
Mars	102	—	—	1	1	—	—	—	7	25	19	25	10	6	6	2
Avril	92	1	—	—	—	—	1	1	9	25	21	15	11	3	4	1
Mai	108	—	—	—	—	—	2	2	11	22	20	15	16	9	8	3
Juin	108	—	—	—	1	1	—	4	8	21	24	24	9	13	2	1
Juillet	77	—	—	—	—	—	—	—	3	19	23	8	5	5	2	12
Août	52	—	—	—	—	—	—	—	2	10	10	12	11	3	2	2
Septembre	67	—	—	—	—	—	1	1	—	19	17	8	11	4	5	1
Octobre	101	—	—	—	—	2	1	6	3	21	22	16	12	7	8	3
Novembre	109	—	—	—	—	—	2	2	5	26	17	19	15	8	7	8
Décembre	93	—	—	—	1	1	1	—	3	21	21	13	12	11	1	8
Total	1 100	1	—	1	3	4	9	21	65	250	252	190	132	75	51	46

4° CHANCRE MOU

A. — NATURE ET ORIGINE DES DÉCLARATIONS EFFECTUÉES

Mois	Déclarations simples			Déclarations nominales										
	Origine		Nb. de déclarations	Origine		Nb. de déclarations	Motifs							
	Médecins praticiens	Autres médecins		Médecins praticiens	Autres médecins		Absence de traitement	Prostitution	Profession	Risques graves de transmission	Non précisés			
Janvier	1	20	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Février	3	8	11	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Mars	1	20	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Avril	—	10	10	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Mai	2	18	20	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Juin	—	7	7	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Juillet	—	14	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Août	—	19	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Septembre	—	14	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Octobre	—	13	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Novembre	—	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Décembre	—	16	16	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Total	7	162	169	2	4	6	1	4	—	—	—	—	—	1

CHANCRE MOU

B. — FRÉQUENCE RESPECTIVE DES DIVERSES CAUSES DE CONTAMINATION

Mois	Nb. de déclarations effectuées	Prostitution		Relations conjugales		Rapports libres		Contaminations non vénériennes		Mode de contamination non précisé
		M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Janvier	21	1	1	—	—	—	—	—	—	19
Février	13	—	2	—	—	4	—	—	—	7
Mars	21	3	—	—	—	1	1	—	—	16
Avril	11	—	1	—	—	2	—	—	—	8
Mai	21	—	1	3	—	7	—	—	—	10
Juin	8	—	—	—	—	—	—	—	—	8
Juillet	14	2	—	—	—	2	—	—	—	10
Août	19	3	—	—	—	—	—	—	—	16
Septembre	14	1	—	—	—	3	1	—	—	9
Octobre	13	1	—	—	—	—	—	—	—	12
Novembre	3	—	—	—	—	1	—	—	—	2
Décembre	17	1	—	—	—	2	—	—	—	14
<i>Total</i>	<i>175</i>	<i>12</i>	<i>5</i>	<i>3</i>	<i>—</i>	<i>22</i>	<i>2</i>	<i>—</i>	<i>—</i>	<i>131</i>

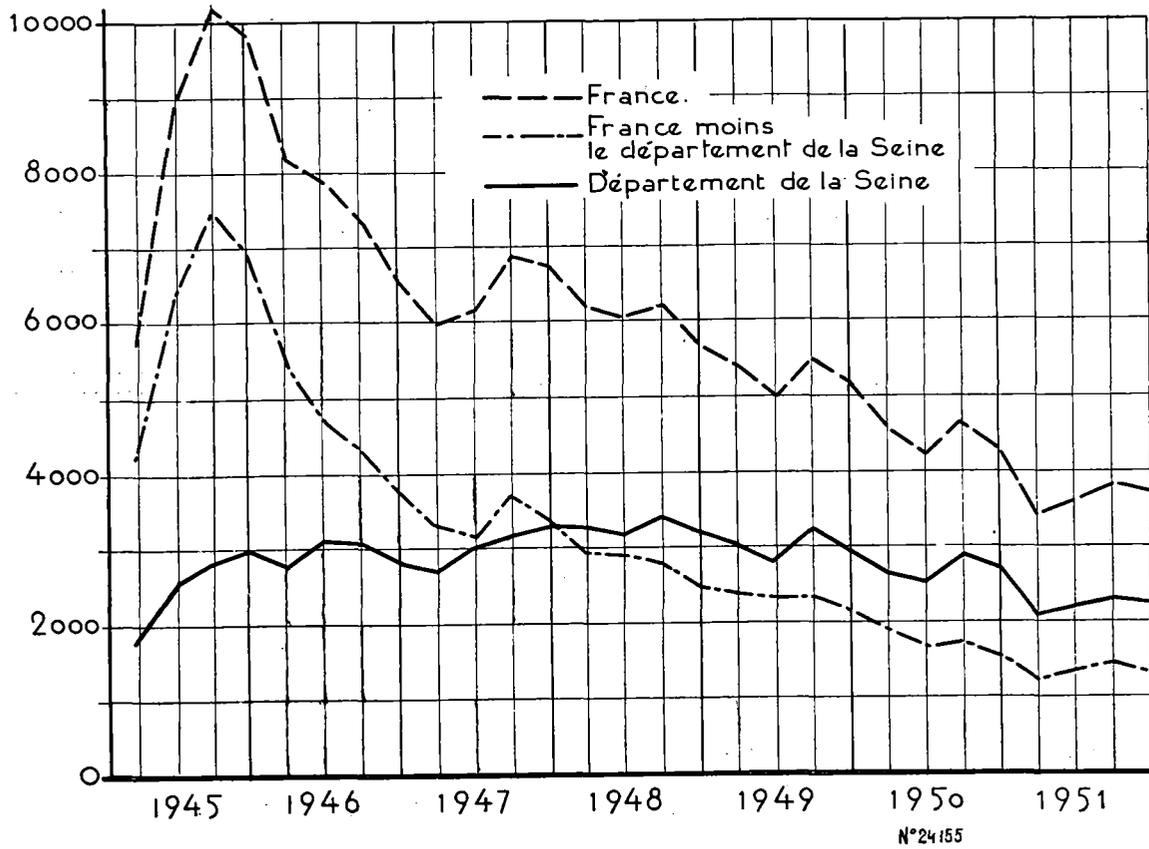
CHANCRE MOU

C. — RÉPARTITION PAR GROUPES D'ÂGES DES MALADES AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DÉCLARATION

Mois	Nb. de déclarations effectuées	Naissance à 1 an		1 à 14		15 à 17		18 à 20		21 à 29		30 à 44		45 et +		Age et sexe non précisés
		M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Janvier	21	—	—	—	—	—	—	4	1	5	1	8	1	1	—	—
Février	13	—	—	—	—	—	—	—	—	6	1	2	2	2	—	—
Mars	21	—	—	—	—	—	—	3	—	7	—	4	3	3	1	—
Avril	11	—	—	—	—	—	—	—	—	7	2	—	2	—	—	—
Mai	21	—	—	—	—	—	—	5	1	11	1	2	—	—	—	—
Juin	8	—	—	—	—	1	1	—	—	2	1	—	2	—	—	1
Juillet	14	—	—	—	—	—	—	—	—	7	1	4	—	1	—	1
Août	19	—	—	—	—	—	—	2	—	12	—	3	2	—	—	—
Septembre	14	—	—	—	—	1	—	1	—	6	—	4	1	—	—	1
Octobre	13	—	—	—	—	—	—	3	1	5	—	3	—	—	—	1
Novembre	3	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—
Décembre	17	—	—	—	—	—	—	—	—	8	1	4	2	—	—	2
<i>Total</i>	<i>175</i>	<i>—</i>	<i>—</i>	<i>—</i>	<i>—</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>19</i>	<i>3</i>	<i>76</i>	<i>8</i>	<i>35</i>	<i>16</i>	<i>7</i>	<i>1</i>	<i>7</i>

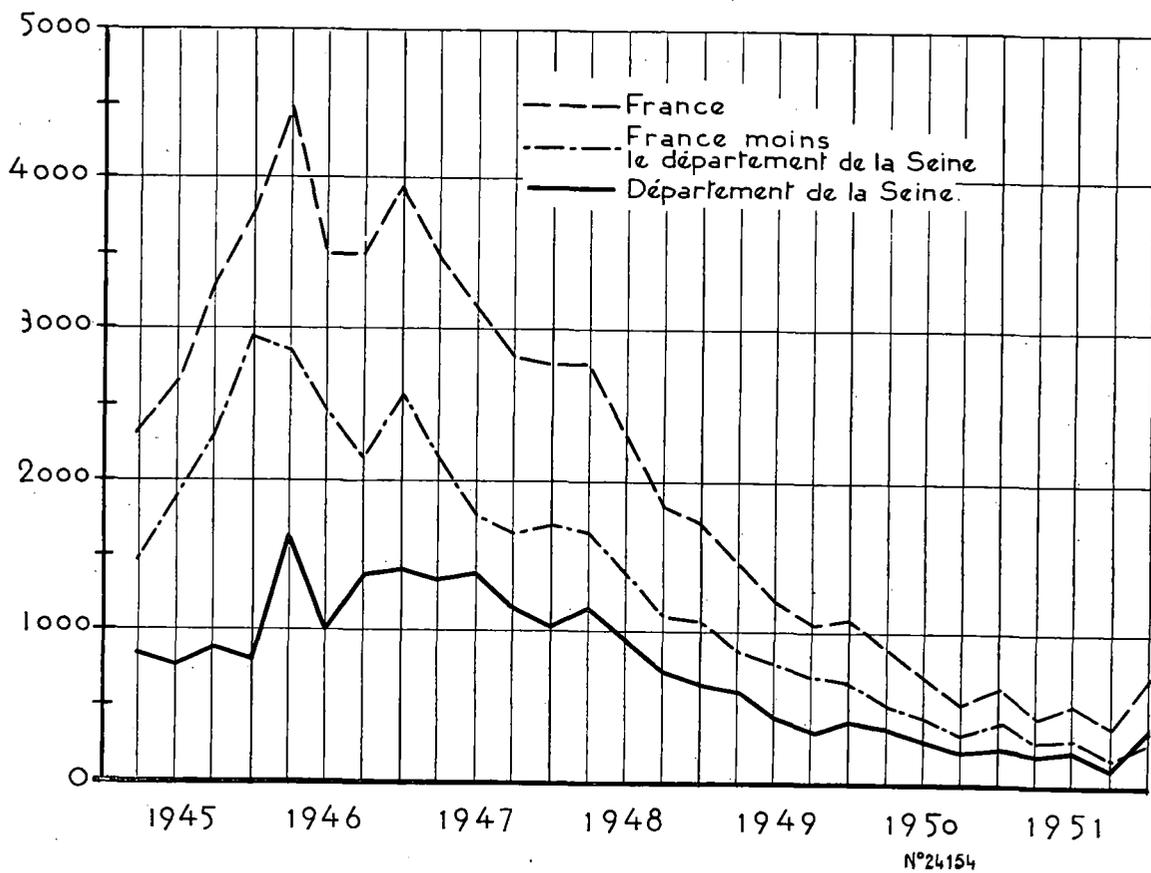
ÉVOLUTION ET RÉPARTITION DU NOMBRE DES CAS DE BLENNORRAGIE

DÉCLARÉS ENTRE LE 1^{er} JANVIER 1945 ET LE 31 DÉCEMBRE 1951



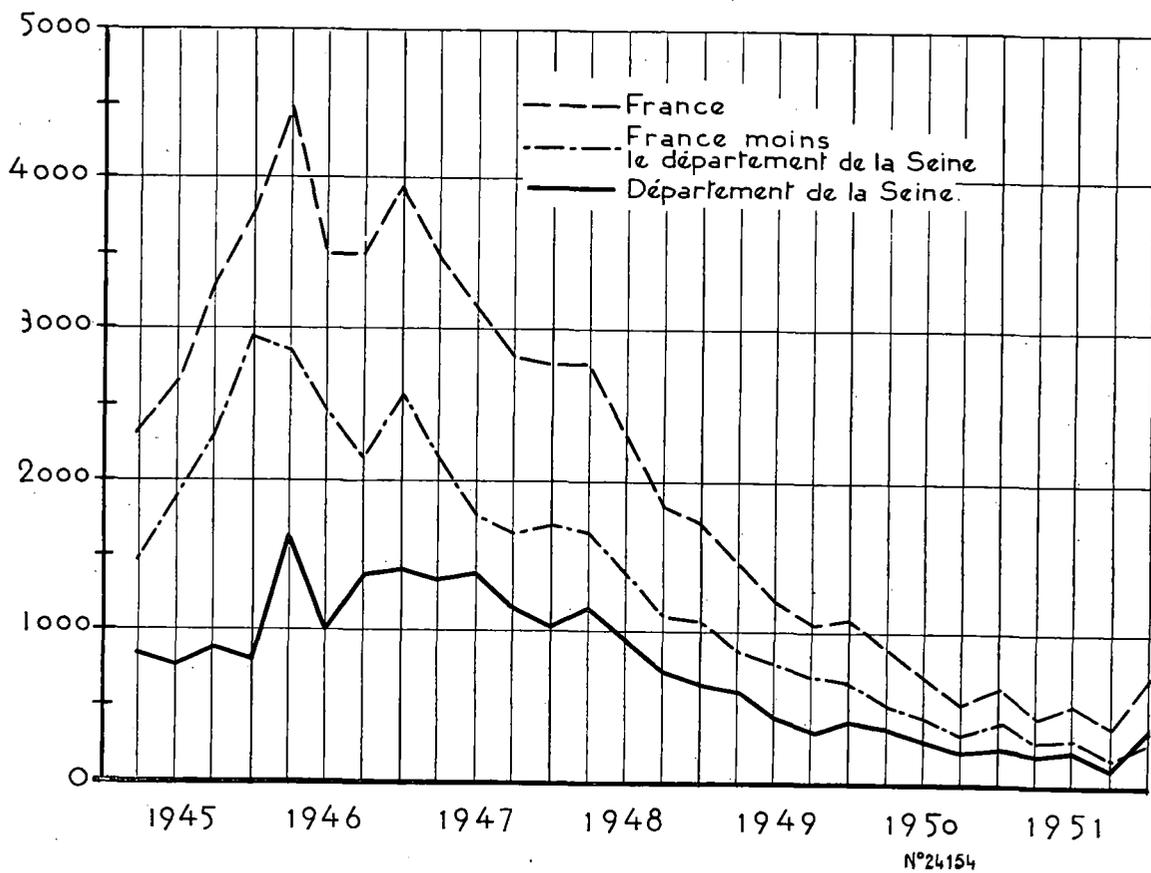
ÉVOLUTION ET RÉPARTITION DU NOMBRE DES CAS DE SYPHILIS

DÉCLARÉS ENTRE LE 1^{er} JANVIER 1945 ET LE 31 DÉCEMBRE 1951



ÉVOLUTION ET RÉPARTITION DU NOMBRE DES CAS DE SYPHILIS

DÉCLARÉS ENTRE LE 1^{er} JANVIER 1945 ET LE 31 DÉCEMBRE 1951



ALCOOLISME

L'ÉVOLUTION DU SUICIDE ET DE L'HOMICIDE
EN FRANCE EN 1950

La présente étude de l'évolution du suicide et de l'homicide en France en 1950, comme les précédentes, est établie d'après les données statistiques fournies par les déclarations de décès. (Relevés dans les documents transmis par l'I. N. S. E. E.)

I. — SUICIDES

Durant les 4 dernières années, le nombre total des suicides ayant fait l'objet de déclaration et de vérification médicales a été le suivant :

Années	Chiffres bruts	Taux pour 100.000 habitants
1947.....	4 960	12,4
1948.....	5 645	13,9
1949.....	6 083	14,6
1950.....	6 188	14,8

La progression que nous avons précédemment signalée persiste encore.

Suicides.

ANNÉE 1950

France entière (90 départements).

Ages	Masculin			Féminin			Deux sexes		
	Mort. générale	N.	%	Mort. générale	N.	%	Mort. générale	N.	%
0-19 ans.....	31 066	68	0,2	23 136	33	0,1	54 202	101	0,2
20-24 ».....	2 921	151	5,2	2 058	54	2,6	4 979	205	4,1
25-29 ».....	3 694	198	5,4	2 588	56	2,2	6 282	254	4
30-34 ».....	2 804	146	5,2	2 076	50	2,4	4 880	196	4
35-39 ».....	4 844	299	6,2	3 504	76	2,2	8 348	375	4,5
40-44 ».....	7 981	472	5,9	4 981	130	2,6	12 962	602	4,6
45-49 ».....	12 156	620	5,1	7 177	147	2	19 333	767	4
50-54 ».....	15 915	598	3,8	9 692	170	1,8	25 607	768	3
55-59 ».....	16 704	452	2,7	12 666	170	1,3	29 370	622	2,1
60-64 ».....	21 897	414	1,9	17 492	181	1	39 389	595	1,5
65-69 ».....	28 438	422	1,5	25 477	169	0,7	53 915	591	1,1
70-79 ».....	73 485	694	0,9	77 023	264	0,3	150 508	958	0,6
80 et +.....	46 668	266	0,6	71 487	71	0,1	118 155	337	0,3
Age inconnu...	84	3	—	54	—	—	138	3	—
Total.....	268 657	4 803	1,8	259 111	1 571	0,6	528 068	6 374	1,2

Suicides.

ANNÉE 1950

N. = Chiffres absolus.
T. = Taux pour 100.000 habitants.

Ages	Masculin		Féminin		Deux sexes	
	N.	T.	N.	T.	N.	T.
0-1 an.....	—	—	—	—	—	—
1-4 ans.....	—	—	1	0,1	1	0,03
5-9 ».....	—	—	1	0,1	1	0,03
10-14 ».....	6	0,4	1	0,1	7	0,2
15-19 ».....	62	3,9	30	1,8	92	2,8
20-24 ».....	151	9,9	54	3,2	205	6,4
25-29 ».....	198	18,7	56	5,1	254	11,9
30-34 ».....	146	10,5	50	3,5	196	6,9
35-39 ».....	299	19,1	76	4,8	375	11,8
40-44 ».....	472	29,8	130	8,2	602	19,1
45-49 ».....	620	45,5	147	9,8	767	26,6
50-54 ».....	598	59,7	170	12,4	768	31,9
55-59 ».....	452	47	170	13,4	622	27,7
60-64 ».....	414	47,9	181	15,4	595	29,7
65-69 ».....	422	55,8	169	16,6	591	33,4
70-79 ».....	694	79	264	20,7	958	44,6
80 et +.....	266	147	71	20	337	62,8
Age inconnu.....	3	—	—	—	3	—
Total.....	4 803	24,1	1 571	7,2	6 374	15,2

La répartition des suicides par rapport à la mortalité générale pour les deux sexes est de 1,2 contre 1,1 en 1949.

Le maximum de fréquence par tranches d'âge et pour les deux sexes s'observe, en chiffres bruts, au delà de 80 ans.

Pour le sexe masculin, les chiffres bruts maximum sont atteints au delà de 80 ans; pour le sexe féminin, entre 70 et 79 ans.

Par contre, par rapport à la mortalité générale, le maximum s'observe entre 20 et 49 ans.

II. — HOMICIDES ET INFANTICIDES

Durant les 4 dernières années, le nombre total des homicides et infanticides ayant fait l'objet de vérification médicale et de déclaration a été le suivant :

Années	Chiffres bruts	Taux pour 100.000 habitants
1947.....	333	0,8
1948.....	300	0,7
1949.....	252	0,6
1950.....	292	0,7

Homicides et infanticides.

ANNÉE 1950

France entière (90 départements).

Ages	Masculin			Féminin			Deux sexes		
	Mort. générale	N.	%	Mort. générale	N.	%	Mort. générale	N.	%
0-19 ans.....	31 066	35	0,1	23 136	22	0,1	54 202	57	0,1
20-24 ».....	2 921	12	0,4	2 058	7	0,3	4 979	19	0,4
25-29 ».....	3 694	20	0,5	2 588	9	0,3	6 282	29	0,5
30-34 ».....	2 804	11	0,4	2 076	5	0,2	4 880	16	0,3
35-39 ».....	4 844	27	0,6	3 504	11	0,3	8 348	38	0,5
40-44 ».....	7 981	17	0,2	4 981	11	0,2	12 962	28	0,2
45-49 ».....	12 156	20	0,2	7 177	5	0,1	19 333	25	0,1
50-54 ».....	15 915	13	1	9 692	10	1	25 607	23	1
55-59 ».....	16 704	10	0,06	12 666	4	0,03	29 370	14	0,05
60-64 ».....	21 897	8	0,04	17 492	7	0,04	39 389	15	0,04
65-69 ».....	28 438	6	0,02	25 477	5	0,02	53 915	11	0,02
70-79 ».....	73 485	13	0,02	77 023	2	0,03	150 508	15	0,02
80 et +.....	46 668	8	0,04	71 487	4	0,06	118 155	12	0,01
Age inconnu....	84	2	—	54	2	—	138	4	—
Total.....	268 657	202	0,08	259 111	104	0,04	528 068	306	0,06

Homicides et infanticides.

ANNÉE 1950

N. = Chiffres absolus.
T. = Taux pour 100.000 habitants.

Ages	Masculin		Féminin		Deux sexes	
	N.	T.	N.	T.	N.	T.
0-1 an.....	21	4,8	11	2,6	32	3,7
1-4 ans.....	6	0,4	3	0,2	9	0,3
5-9 ».....	3	0,2	1	0,1	4	0,1
10-14 ».....	3	0,2	2	0,1	5	0,2
15-19 ».....	2	0,1	5	0,3	7	0,2
20-24 ».....	12	0,8	7	0,4	19	0,6
25-29 ».....	20	2	9	0,8	29	1,4
30-34 ».....	11	0,8	5	0,3	16	0,6
35-39 ».....	27	1,7	11	0,7	38	1,2
40-44 ».....	17	1,1	11	0,7	28	0,9
45-49 ».....	20	1,5	5	0,3	25	0,9
50-54 ».....	13	1,3	10	0,7	23	1
55-59 ».....	10	1	4	0,3	14	0,6
60-64 ».....	8	0,9	7	0,6	15	0,7
65-69 ».....	6	0,8	5	0,5	11	0,6
70-79 ».....	13	1,5	2	0,2	15	0,7
80 et +.....	8	4,4	4	1,1	12	2,2
Age inconnu....	2	—	2	—	4	—
Total.....	202	1	104	0,5	306	0,7

La répartition par département est la suivante :

ANNÉE 1950

N. = Nombre de décès.
T. = Taux pour 100.000 habitants.

Départements	Suicides		Homicides et infanticides	
	N.	T.	N.	T.
Ain.....	61	19,4	5	1,6
Aisne.....	89	18,9	2	0,4
Allier.....	53	14	3	0,8
Alpes (Basses-).....	11	13	—	—
Alpes (Hautes-).....	15	17,2	—	—
Alpes-Maritimes.....	47	10,2	—	—
Ardèche.....	36	14	2	0,8
Ardennes.....	46	18	2	0,8
Ariège.....	15	10,3	—	—
Aube.....	51	21	2	0,8
Aude.....	26	9,5	—	—
Aveyron.....	16	5,1	—	—
Belfort (Terr. de).....	17	18,8	—	—
Bouches-du-Rhône.....	113	11,3	12	1,2
Calvados.....	76	18	4	0,9
Cantal.....	14	7,3	—	—
Charente.....	58	18,2	—	—
Charente-Maritime.....	86	20	2	0,5
Cher.....	56	19,3	5	1,7
Corrèze.....	42	16,2	—	—
Corse.....	10	3,7	2	0,7
Côte-d'Or.....	61	17,6	7	2
Côtes-du-Nord.....	115	21	1	0,2
Creuse.....	48	25,4	—	—
Dordogne.....	64	16,2	2	0,5
Doubs.....	32	10,2	3	1
Drôme.....	36	13,1	2	0,7
Eure.....	71	21,5	2	0,6
Eure-et-Loir.....	64	24	1	0,4
Finistère.....	110	14,6	1	1,3
Gard.....	27	6,7	2	0,5
Garonne (Haute-).....	51	9,7	4	0,8
Gers.....	18	9,4	—	—
Gironde.....	104	11,8	6	0,7
Hérault.....	28	5,9	1	0,2
Ille-et-Vilaine.....	75	12,4	4	0,7
Indre.....	47	18,3	5	1,9
Indre-et-Loire.....	61	16,8	2	0,5
Isère.....	88	15	2	0,3
Jura.....	40	18	1	0,4
Landes.....	22	8,7	1	0,4
Loir-et-Cher.....	52	21	1	0,4
Loire.....	88	13,4	4	0,6
Loire (Haute-).....	20	8,7	2	0,9
Loire-Inférieure.....	97	14	3	0,4
Loiret.....	97	27	1	0,3
Lot.....	16	10,3	—	—
Lot-et-Garonne.....	40	14,7	1	0,4
Lozère.....	4	4,3	—	—
Maine-et-Loire.....	78	15	—	—
Manche.....	65	14,2	4	0,9
Marne.....	88	21,5	8	1,9
Marne (Haute-).....	23	12,2	1	0,5
Mayenne.....	25	9,5	—	—

Départements	Suicides		Homicides et infanticides	
	N.	T.	N.	T.
Meurthe-et-Moselle	79	14,2	6	1,1
Meuse	22	11,1	—	—
Morbihan	90	17	1	0,2
Moselle	61	9,4	12	1,8
Nièvre	39	15,5	—	—
Nord	352	17,7	7	3,5
Oise	95	23	2	0,5
Orne	46	16,2	2	0,7
Pas-de-Calais	179	14,5	10	0,8
Puy-de-Dôme	38	8	1	0,2
Pyrénées (Basses-)	34	8	—	—
Pyrénées (Hautes-)	16	7,8	3	1,5
Pyrénées-Orientales	31	13,2	2	0,9
Rhin (Bas-)	89	12,9	4	0,6
Rhin (Haut-)	104	21,6	6	1,2
Rhône	34	3,6	10	1
Saône (Haute-)	26	12,4	1	0,5
Saône-et-Loire	127	24,5	5	1
Sarthe	114	26,3	3	0,7
Savoie	34	14	1	0,4
Savoie (Haute-)	32	11,5	5	1,8
Seine	613	12,4	50	1
Seine-Inférieure	185	20,8	2	0,2
Seine-et-Marne	123	29,2	7	1,7
Seine-et-Oise	261	18	6	0,4
Sèvres (Deux-)	48	18,4	2	0,6
Somme	100	21,8	2	0,4
Tarn	33	10,9	9	3
Tarn-et-Garonne	15	8,8	1	0,6
Var	39	10,2	1	0,3
Vaucluse	36	14	3	1,1
Vendée	59	12,7	1	0,2
Vienne	47	14,5	2	0,6
Vienne (Haute-)	70	20,5	2	0,6
Vosges	65	18,2	6	1,7
Yonne	66	24,5	2	0,8
<i>France entière</i>	6 188	14,8	292	0,7

En dehors de la mortalité inhérente à l'infanticide, le maximum de fréquence, en chiffres bruts, s'observe pour le sexe masculin de 35 à 39 ans; pour le sexe féminin entre 35 et 44 ans.

Par rapport à la mortalité générale, le maximum de fréquence pour les deux sexes est atteint de 25 à 29 ans et de 35 à 39 ans.

Travail présenté par

L. DÉROBERT.

ÉVOLUTION COMPARÉE DU SUICIDE ET DE L'HOMICIDE DE 1939 A 1946 DANS 54 PAYS

L'organisation Mondiale de la Santé vient de publier la statistique annuelle des causes de décès de 1939 à 1946 dans un certain nombre de pays.

Nous avons extrait de cette publication les chiffres statistiques relatifs au suicide et à l'homicide qui figurent dans la nomenclature sous les rubriques « suicides » et « homicides ». Nous n'avons retenu que les taux de mortalité rapportés à 100 000 habitants.

En vue d'une comparabilité géographique, les pays intéressés ont été répartis de la façon suivante :

Suicides.

EUROPE

Pays	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Autriche		44,2	35,3	30,2	28,8	26,2	23,4	24,2	68,8	20,4
Belgique		18	16,9	18,1	14	13	13	12,2	14,7	14,6
Bulgarie		18,8	19,8	18,4	16	13,8	15,9	20,5	—	—
Danemark		20,8	17,9	17,8	17,4	17,3	21,3	22,2	24,8	25,9
Espagne	4,3	4,5	7,5	6,1	6,9	6,1	5,6	5,4	4,9	5,4
Finlande		19,8	22,7	20,9	18,2	14,5	17,8	15,9	16,8	17
France		—	—	18,7	17,2	12,8	11,7	11,4	12,1	11,6
Irlande		3,3	2,7	3,3	3	2,8	2,7	2,6	2,4	2,7
Islande		12,7	10,9	9,9	6,6	10,6	9,6	5,5	9,3	13,7
Italie		7,2	6,9	5,9	5,3	5,2	5	4	4,8	5,3
Luxembourg		11,6	12,3	14,5	14,7	15,9	6,6	16,8	16,6	13
Norvège	6,8	6,9	6,7	6,9	4,2	5	5,7	5,6	9,2	6,1
Pays-Bas		—	7,8	10,8	6,5	9	8,1	6,5	9,4	7,8
Portugal		10,6	12,7	11,6	11,9	9,4	8,8	9,1	9,5	9,7
<i>Royaume-Uni :</i>										
Angleterre et Pays de Galles		12,9	12,3	11,3	9,4	8,9	9,3	9,1	9,6	10,6
Ecosse		9,2	9,2	7,9	7,9	7,3	7,3	6,8	6,3	6,1
Irlande du Nord		4,2	5,2	4,6	4,3	3,4	4	3,6	2,1	3,5
Suède	15,6	15,8	16,2	17,1	15,8	14,3	15,1	13,1	15,3	15,5
Suisse		24,5	23,8	23,6	24,4	23,2	23,8	25,6	27,9	26
<i>Tchécoslovaquie :</i>										
Bohême-Moravie- Silésie		31,9	28,4	24,3	22,4	22,9	19,6	18,2	31,9	25,7
Slovaquie			12,2	10,5	10,9	11,2	9,2	—	12,1	11

Suicides.

Pays	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
<i>Afrique :</i>										
Egypte		2	2	1	0,9	0,8	0,4	0,3	0,2	0,1
Ile Maurice		6,5	5,7	6,4	6,9	7,3	8,3	6,9	11,6	7,3
Union Sud-Africaine ...		10,3	11,3	9,2	7,4	6,4	7,4	7,1	7,4	8,3
<i>Amérique :</i>										
Canada		8,5	8,7	8,3	7,8	7,2	6,4	6,1	6,3	8,2
Chili		4,7	4,1	4,7	3,5	2,9	3,1	4,5	4,6	3,5
Etats-Unis		15,3	14,1	14,3	12,9	12	10,2	10	11,2	11,5
Mexique		0,8	1	1	1	0,9	1,8	2	2	—
Salvador		—	0,8	1	0,8	1,9	1,7	3,8	2,9	2,9
Uruguay		11,2	13,6	14,5	13,1	13,1	13,1	—	11,3	11,4
<i>Asie :</i>										
Ceylan		7,2	6,6	6,3	6,9	6,2	6,6	6,3	5,8	5,9
Japon	20,1	17,2	15,1	13,7	13,2	12,7	11,8	—	—	—
<i>Océanie :</i>										
Australie		10,8	11,2	10,6	8,8	8,3	7,1	7,4	7,7	9,8
Nouvelle-Zélande ..		12,4	11,7	10,9	9,3	10,9	8,6	10	11	10

Homicides.

EUROPE

Pays	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Autriche		0,5	0,9	1,1	1,2	1,1	2,4	3,9	17,5	6,1
Belgique		1,2	1,3	1,8	1,3	2,6	8,4	22,2	2,9	2,8
Bulgarie		5,3	6,9	5,2	5,7	5,6	14	13,9	—	—
Danemark		0,5	0,4	0,4	0,5	0,9	0,7	0,9	1,4	0,5
Espagne	21,1	55,7	59,9	26	—	—	—	2,5	1,5	1,6
Finlande		5,4	4,7	4,1	4,3	5,1	5,8	6,2	6,9	4,7
France		—	—	1	0,8	0,7	2	17,4	2	1,2
Irlande		0,7	0,5	0,4	0,6	0,5	0,6	0,4	0,6	0,4
Islande		0	0	0	0	1,6	0	0	2,3	0
Italie		1,7	1,5	1,3	1	1,3	4,7	27,9	24,2	5,1
Luxembourg		3	0,3	0,3	1	0,7	1	2,8	5,3	2,1
Norvège	0,4	0,7	0,2	0,6	1	15,4	12,9	11,7	9,7	0,3
Pays-Bas		—	0,5	0,4	0,5	0,7	1,4	5,5	3,1	0,8
Portugal		2,7	2,4	1,8	1,9	2,1	1,9	2,3	1,9	1,9
<i>Royaume-Uni :</i>										
Angleterre et Pays de Galles.		0,4	0,5	0,4	0,5	0,6	0,5	0,5	0,7	0,5
Ecosse		0,5	0,6	0,4	0,4	0,8	0,3	0,4	0,7	0,4
Irlande du Nord...		0,8	0,5	0,4	0,9	1,7	0,9	0,6	0,5	0,1
Suède	0,8	0,8	0,6	0,8	0,7	0,7	0,9	0,7	0,8	0,8
Suisse		1,3	1,3	1,2	1,8	1,3	1,5	1,4	1,9	1,1
<i>Tchécoslovaquie :</i>										
Bohême-Moravie-Silésie		1,5	1,5	1,1	0,7	0,5	0,4	1,0	3,8	1,9
Slovaquie		—	3,2	1,9	2,1	—	2,2	—	12,7	3,5

Homicides.

Pays	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
<i>Afrique :</i>										
Egypte		22,1	20,8	19,3	20,6	17,4	15,8	15,3	13,5	10,7
Ile Maurice		1,5	0,7	2,5	2,4	4,4	9,2	7,2	3,5	3,3
Union Sud-Africaine ...		1,7	1,9	2	1,9	3,3	2,3	2	2,2	3,5
<i>Amérique :</i>										
Canada		1,2	1,1	1,3	1,1	1	1,1	0,9	1,3	1,2
Chili		15,3	17,8	15,7	15	15,4	13,6	13,7	13	13
Etats-Unis		6,8	6,4	6,2	6	5,8	5	4,9	5,6	6,3
Mexique		60,1	59	66,7	51,6	45,8	46,3	45,7	48,6	—
Salvador		—	0,8	16,8	3,8	25,3	25,7	29,7	31,1	27,1
Uruguay		2,9	2,6	3,2	2,6	3,4	3,8	—	6,4	5,3
<i>Asie :</i>										
Ceylan		6,2	5,9	6,7	6,1	6,7	6,8	3,4	7,7	6,1
Japon	0,6	0,6	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3	—	—	—
<i>Océanie :</i>										
Australie		1,2	1,1	1,4	0,8	1,3	1	1,5	1	1,2
Nouvelle-Zélande ..		0,8	0,3	0,5	1	0,6	1,2	1	1,6	0,9

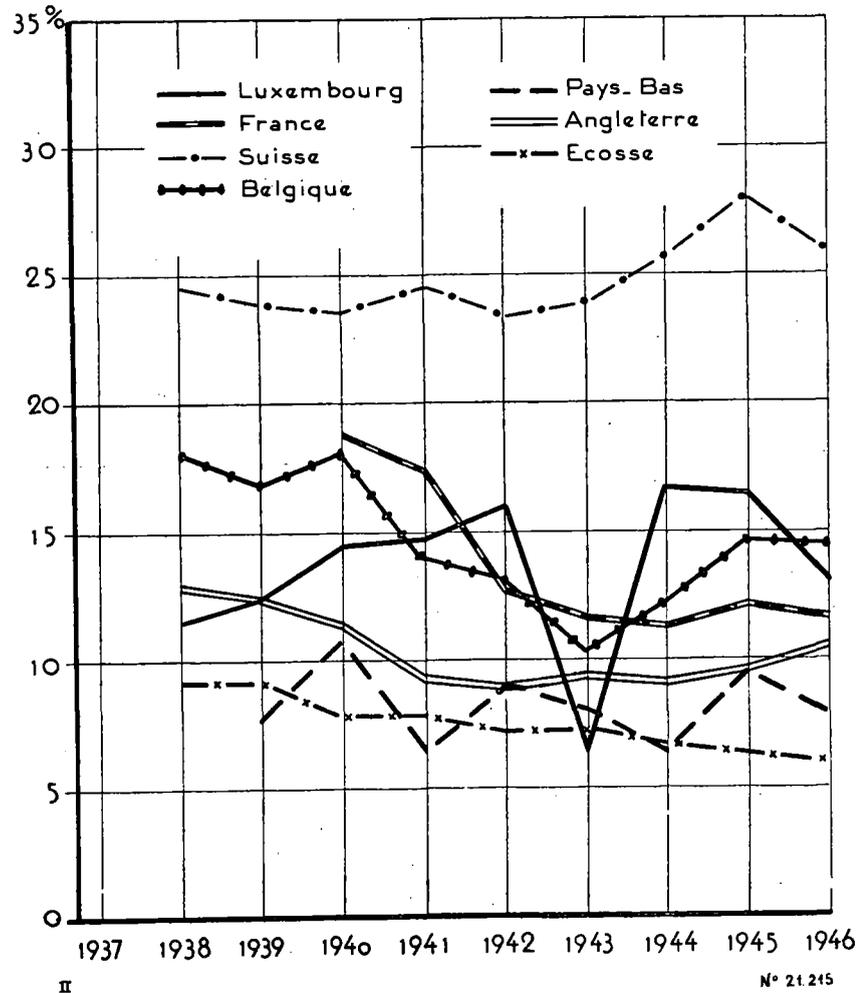
L'examen des chiffres des courbes montre que la mortalité par suicide a diminué de façon très accusée dans les pays belligérants, durant la période des hostilités, pour présenter, dans les années qui suivirent la cessation de la guerre, des clochers manifestes. Ce phénomène a déjà été observé au cours des guerres précédentes.

La forte mortalité par homicide qu'offrent certains pays est l'expression des pertes subies par faits de guerre et n'est pas la conséquence d'une criminalité accrue.

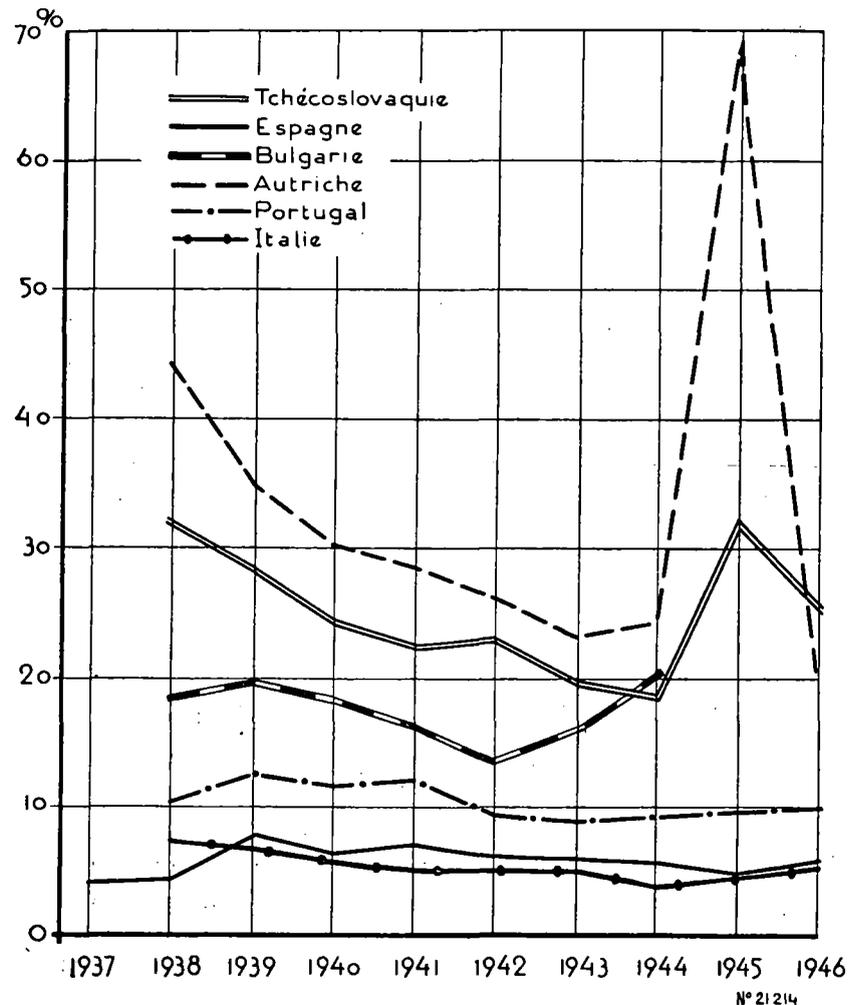
Travail présenté par

L. DÉROBERT.

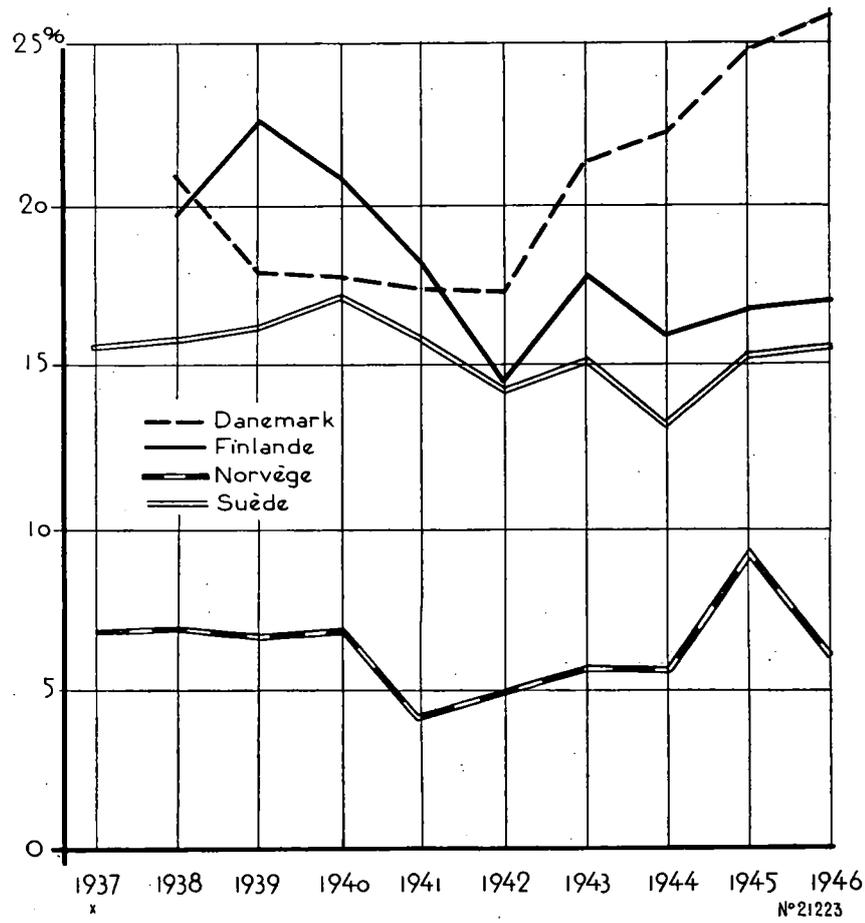
Suicides.



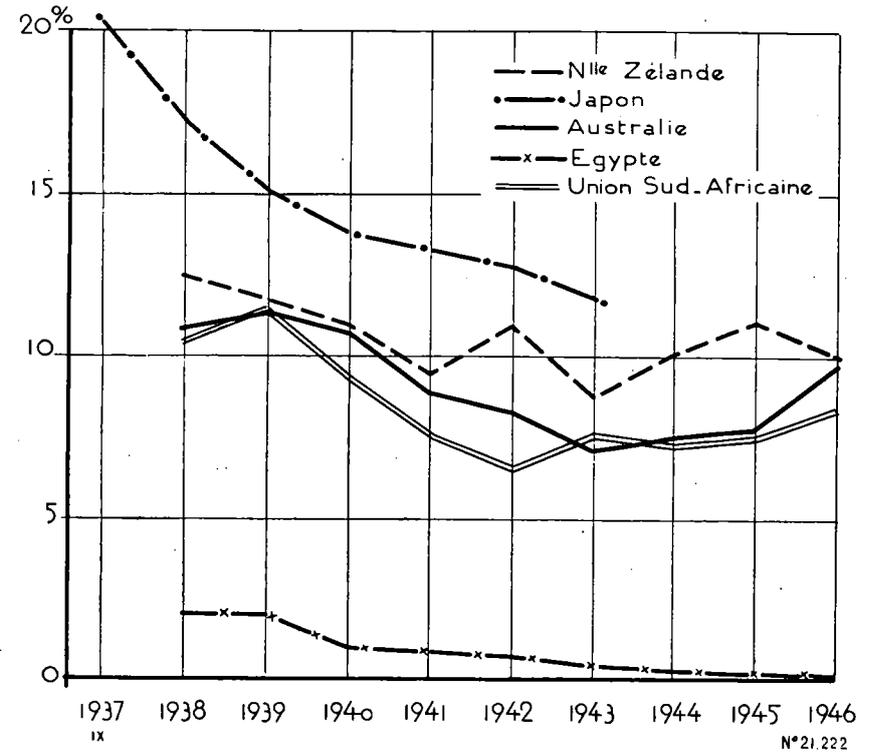
Suicides (suite).



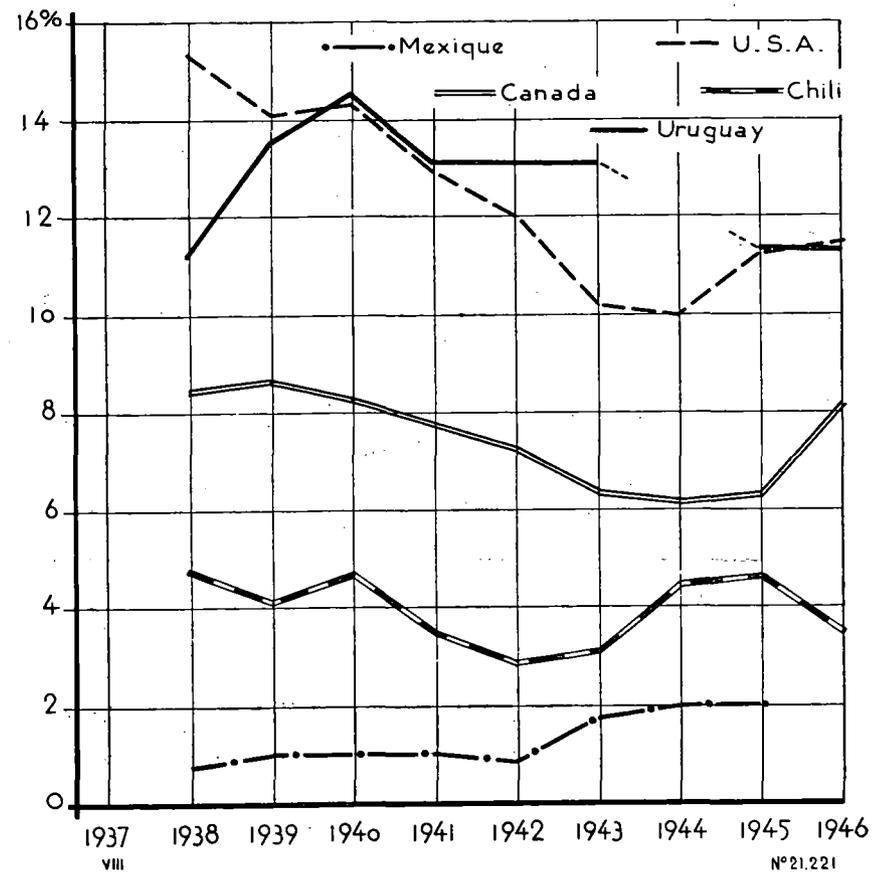
Suicides (suite).



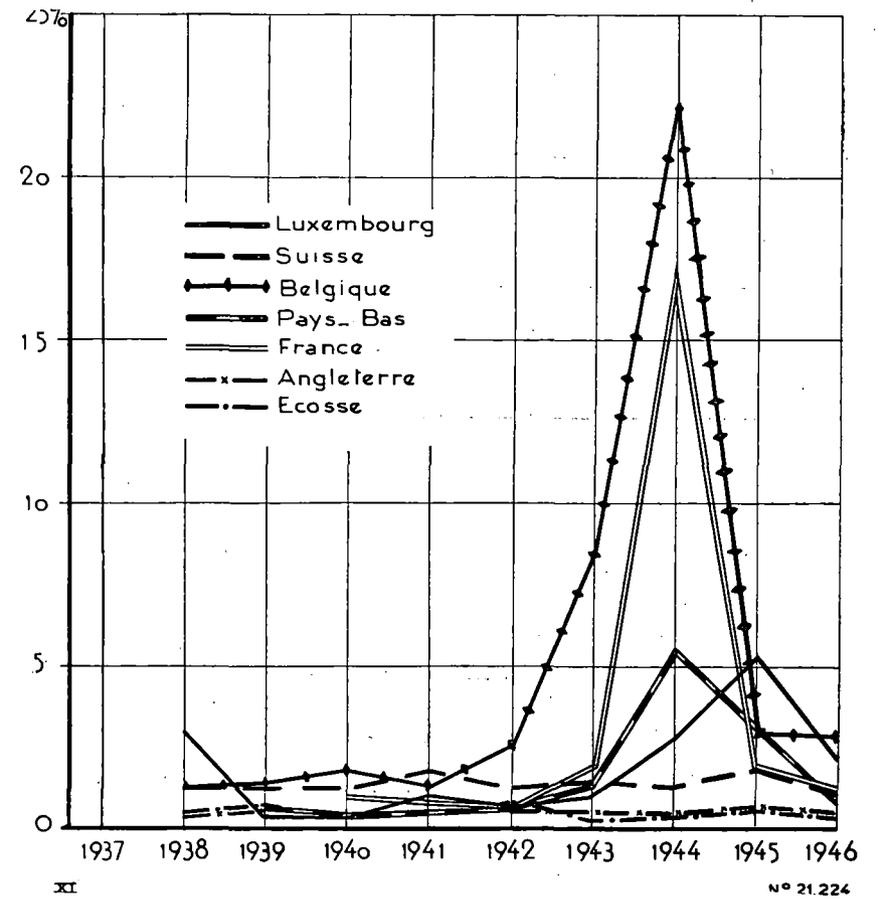
Suicides (suite).



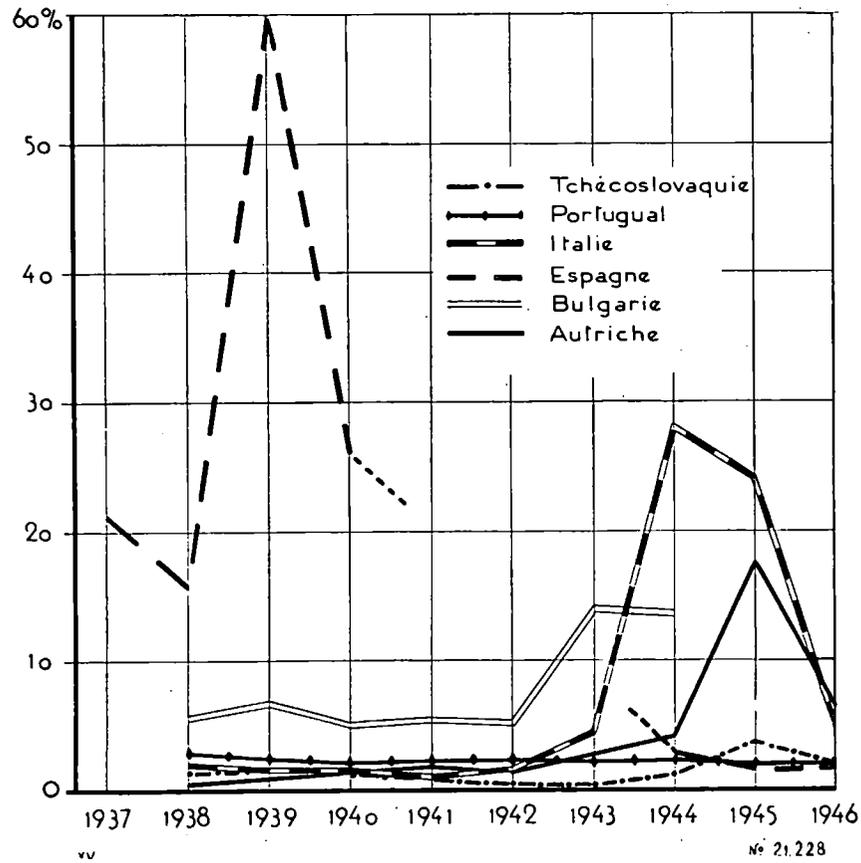
Suicides (suite).



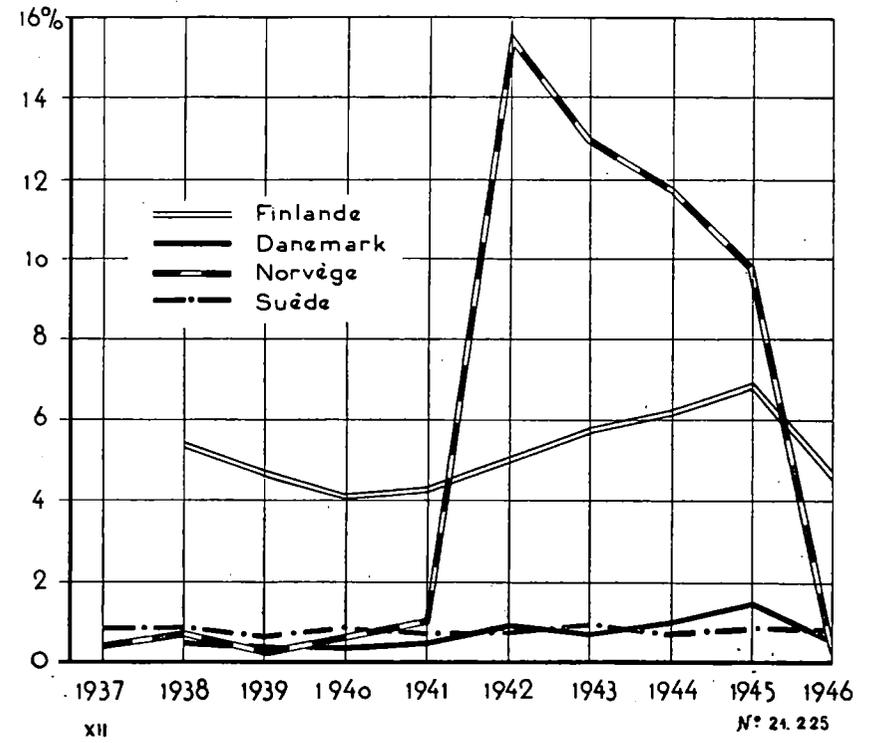
Homicides.



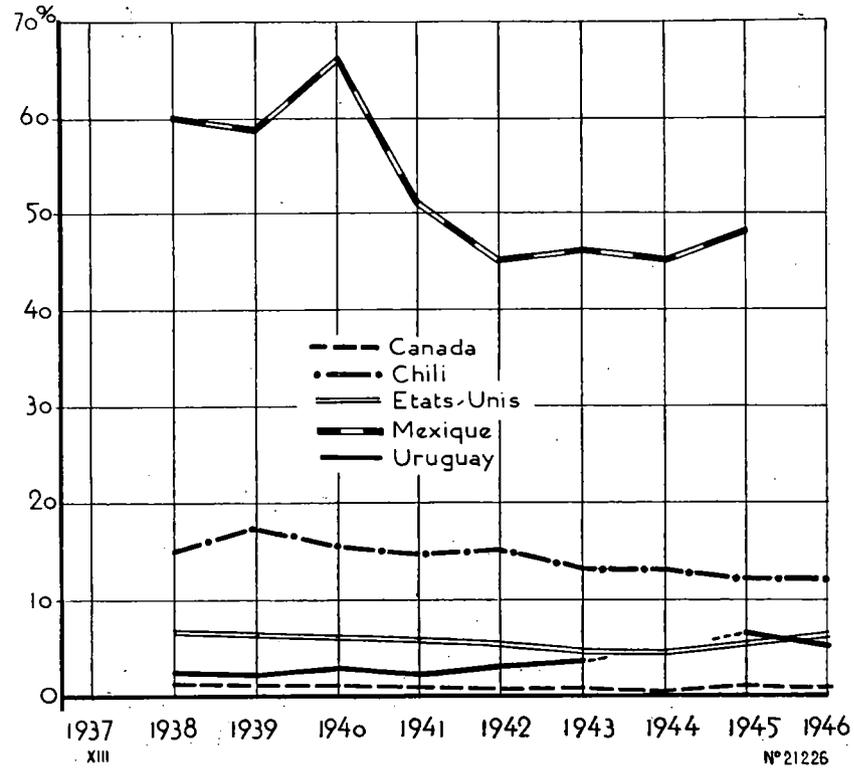
Homicides (suite).



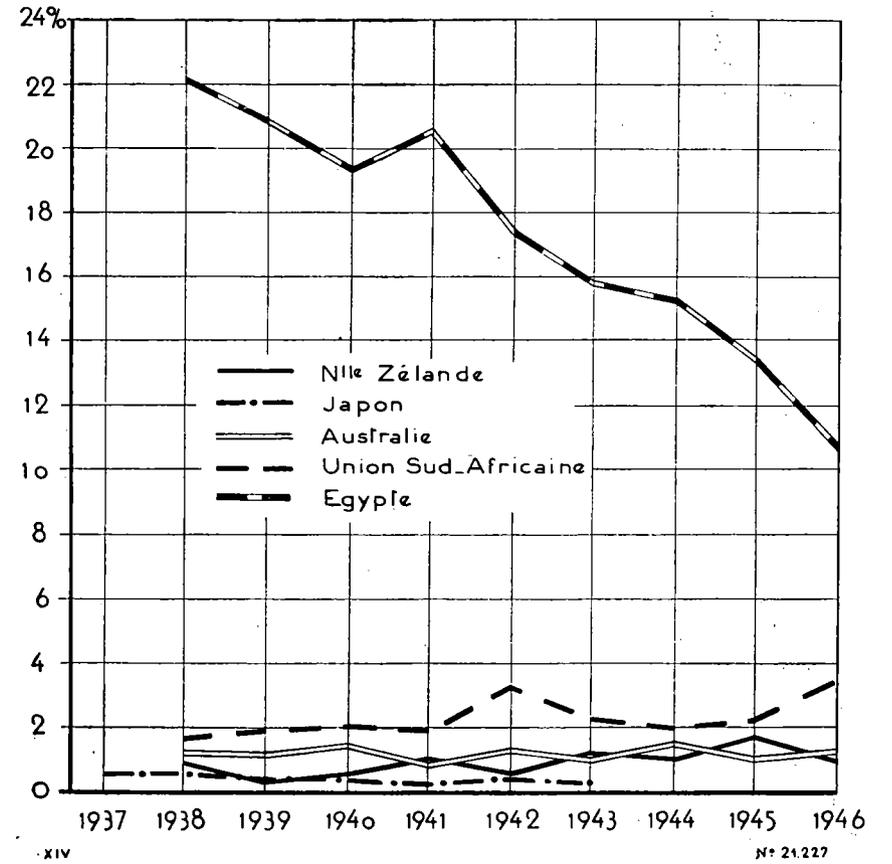
Homicides (suite).



Homicides (suite).



Homicides (suite).



ÉVOLUTION COMPARÉE DE L'ALCOOLISME DE 1939 A 1946 DANS 34 PAYS

L'organisation Mondiale de la Santé vient de publier la statistique annuelle de causes de décès de 1939 à 1946 dans un certain nombre de pays.

Nous avons extrait de cette publication les chiffres statistiques relatifs à l'alcoolisme qui figurent dans la nomenclature sous la rubrique « alcoolisme aigu et chronique ». Nous n'avons retenu que les taux de mortalité rapportés à 100 000 habitants.

En vue d'une simplification géographique, les pays intéressés ont été répartis de la façon suivante :

Alcoolisme aigu et chronique.

EUROPE

Pays	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Autriche		0,3	1,2	1,2	0,6	0,2	0,3	0,2	2,4	0,5
Belgique		1,1	1	1,1	1,2	0,7	0,5	0,8	0,9	0,8
Bulgarie		2,5	1,2	2,2	1,3	1,5	1,8	2,2	—	—
Danemark		1,5	1,6	1,2	1,3	1,3	0,9	1,2	0,4	1,4
Espagne	1,9	1,8	1,2	1,2	1,3	0,8	0,9	1,1	1,1	1
Finlande		0,8	0,7	0,7	0,4	0,5	0,6	0,3	0,4	0,5
France		—	—	3,3	3,5	1,6	1,5	1,8	2	1,2
Irlande		0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
Islande		0	0,8	1,7	0	0	1,6	0,8	0,8	4,6
Italie		1	0,9	1	1,1	1,6	1,2	0,9	0,6	0,5
Luxembourg		0	0	0	0,7	0	0	0,3	0,4	0,7
Norvège	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,4	0,2	0,6	1,2	1,9
Pays-Bas		—	0,3	0,3	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2	0,2
Portugal		2,7	4,4	3,6	3	2,5	2,1	3,1	4,1	4
<i>Royaume-Uni :</i>										
Angleterre et Pays de Galles		0,2	0,2	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Ecosse		0,5	0,4	0,5	0,8	0,6	0,4	0,4	0,3	0,4
Irlande du Nord		0,5	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,5	0,2
Suède	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0	0,1	0,1	0,1	0,2
Suisse		1,9	1,3	1,3	1,2	1	1,1	1,7	1,6	1,8
<i>Tchécoslovaquie :</i>										
Bohême-Moravie- Silésie		1,2	1,1	1,3	0,8	0,2	0,2	0,2	0,6	0,7
Slovaquie			1	1,2	0,9	—	1,4	—	2,9	1,7

Pays	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
<i>Afrique :</i>										
Egypte		0	0,1	0,1	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Ile Maurice		0,5	0	0,7	0	0	0,5	0,5	0,5	0,5
Union Sud-Africaine		1,5	2	2,3	1,9	1,4	1,5	1,8	1,7	1,1
<i>Amérique :</i>										
Canada		1,5	1,1	1,3	0,7	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7
Chili		2,9	2,5	2,2	1,7	2,4	2,7	3,8	5,5	3,6
Etats-Unis		2	2	1,9	1,8	1,9	1,6	1,4	1,7	1,6
Mexique		7,8	7,1	9,7	7,7	9,3	10,1	6,9	8,1	—
Salvador			2,9	2,2	2	2,9	3,2	4,7	4,4	4,8
Uruguay		0,5	0,4	0,5	0,4	0,6	0,5	—	1,3	1,1
<i>Asie :</i>										
Ceylan		0,1	0,1	0,1	0	0,1	0,1	0,2	0	0,1
Japon	0,4	0,4	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Océanie :</i>										
Australie		0,8	1	1,2	1,3	1,2	0,9	1	0,9	1,5
Nouvelle-Zélande ..		0,5	0,7	0,5	0,5	0,5	0,1	0,3	0,4	0,2

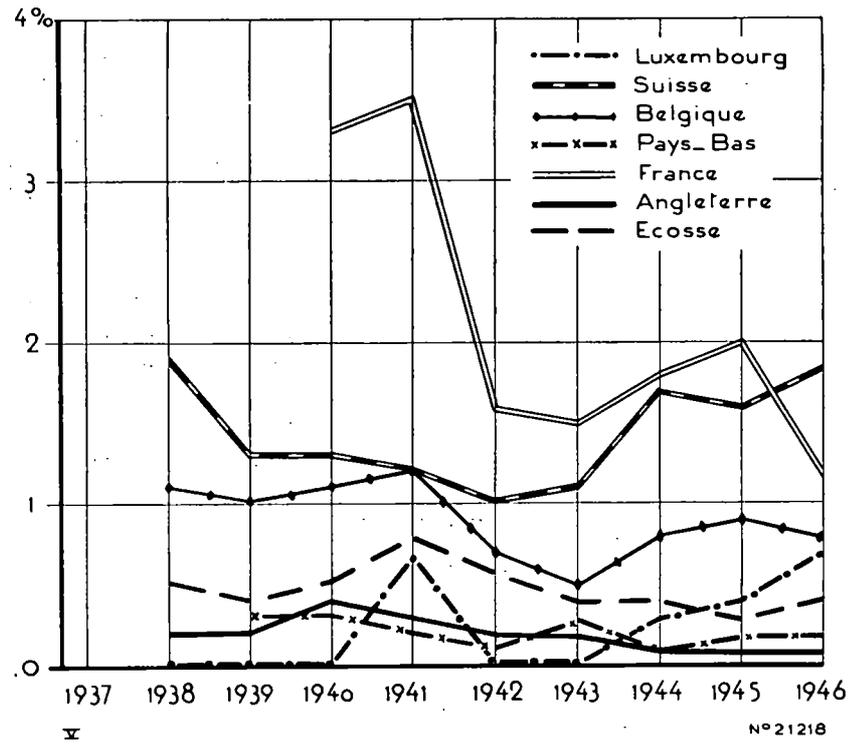
L'étude des chiffres et des courbes montre que la mortalité par alcoolisme aigu et chronique a présenté, d'une façon générale, des fluctuations analogues dans les pays soumis directement aux faits de la guerre.

La mortalité par alcoolisme aigu et chronique a augmenté pour atteindre un clocher qui, selon les pays, se fixe à 1939, 1940 et 1942, puis a régressé pour présenter, depuis 1944 et 1945, une ascension progressive.

Travail présenté par

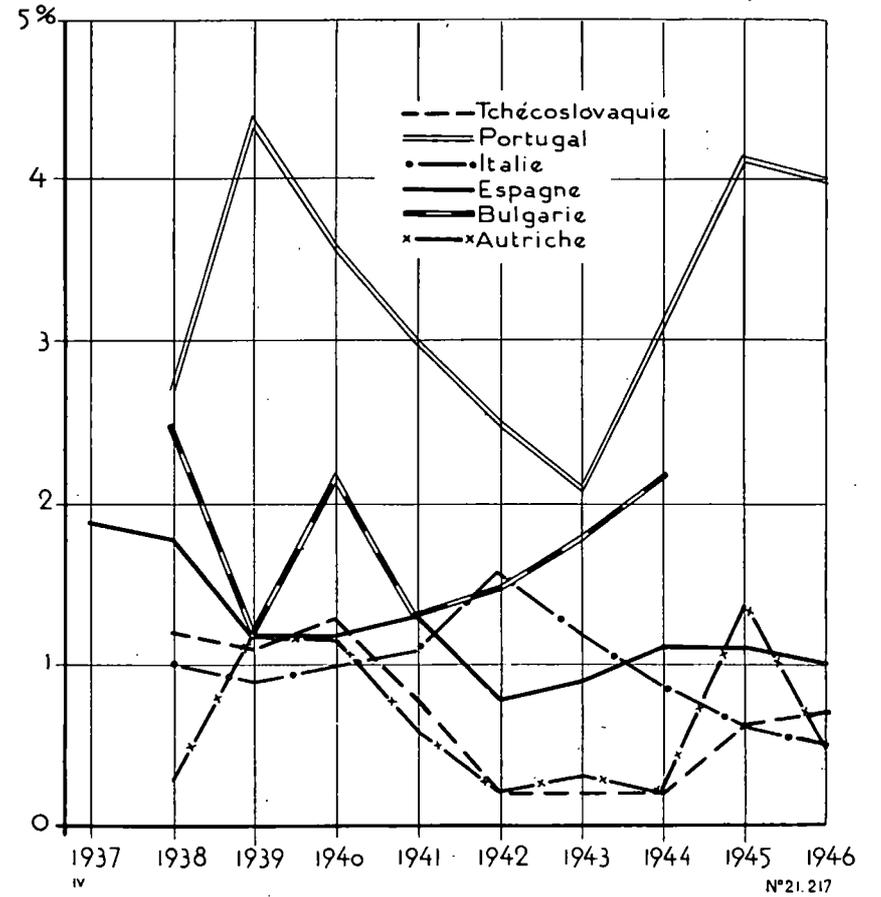
L. DÉROBERT.

Alcoolisme aigu et chronique.



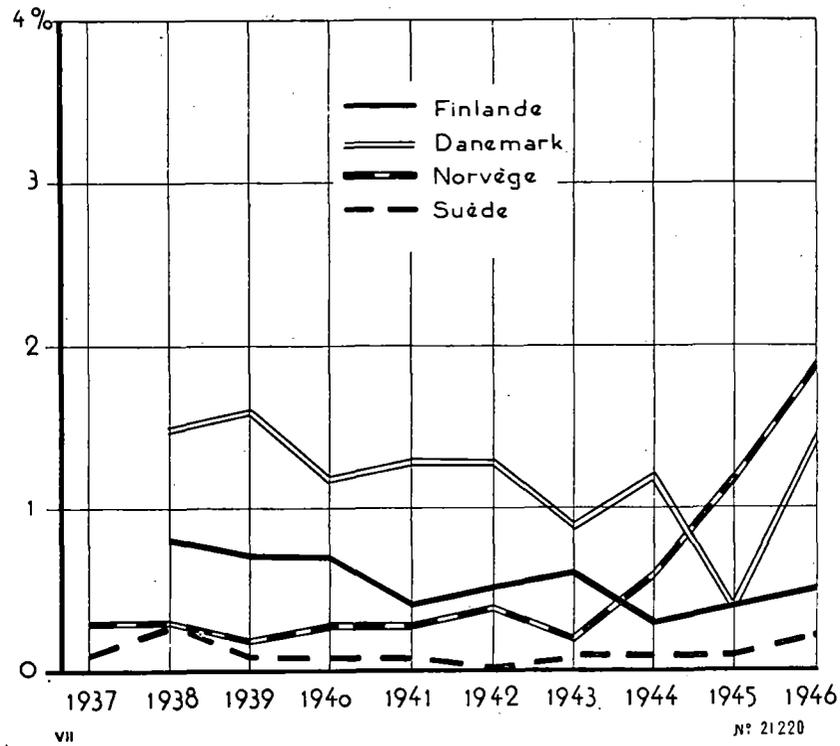
N° 21218

Alcoolisme aigu et chronique (suite).

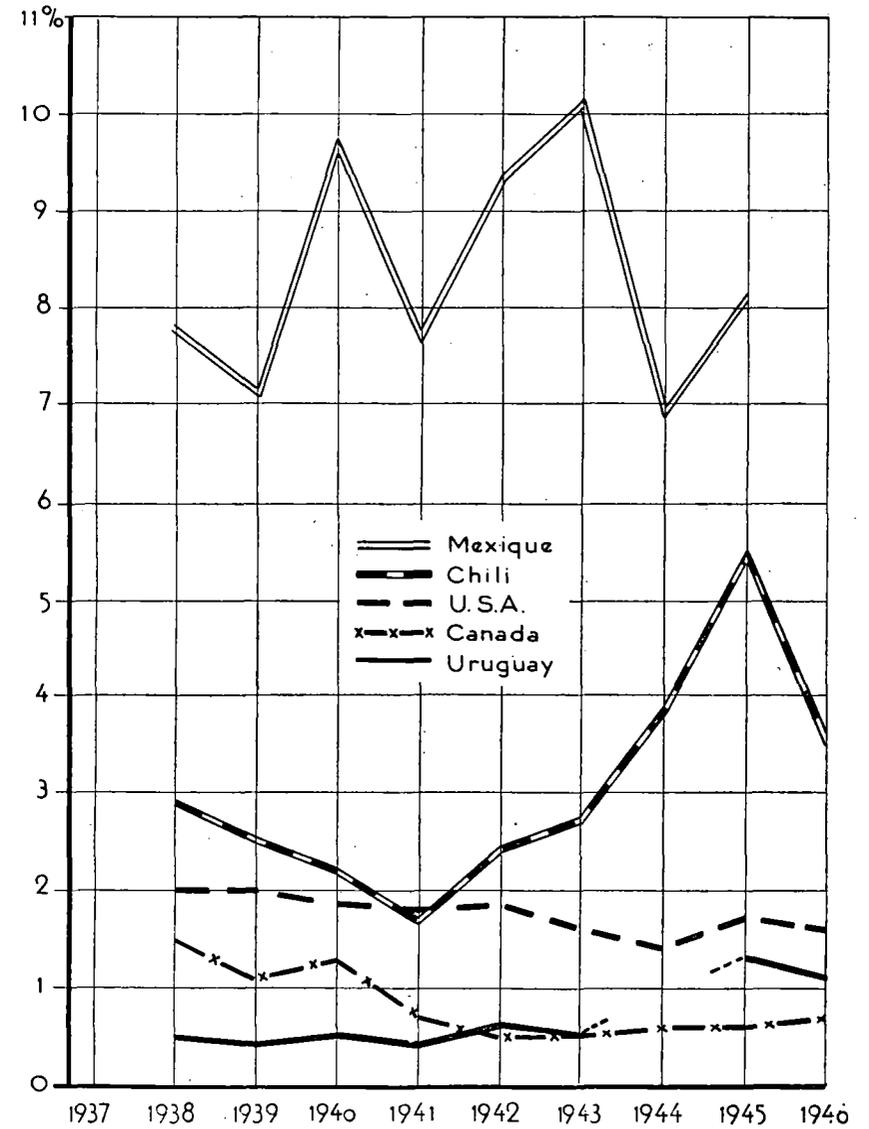


N° 21.217

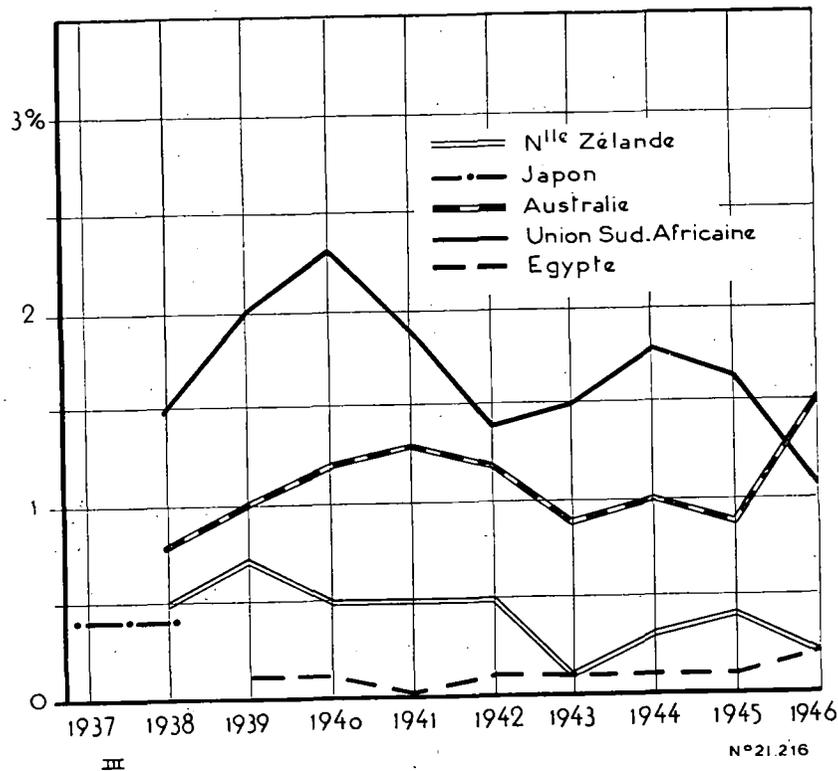
Alcoolisme aigu et chronique (suite).



Alcoolisme aigu et chronique (suite).



Alcoolisme aigu et chronique (suite).



III

N°21.216

PARTICULARITÉS DE L'ÉCART D'ÂGE DES COUPLES DONT LE MARI EST ALCOOLIQUE

I. — PROBLÈME ÉTUDIÉ

Plusieurs auteurs avaient signalé la fréquence qui leur paraissait caractéristique, des hommes atteints d'alcoolisme chronique ayant épousé des femmes d'un âge très supérieur au leur. Cependant, avant une étude d'Åmarck (1951), aucun travail, à notre connaissance, n'avait envisagé une démonstration statistique de ce qui restait une impression clinique. Sans pouvoir entrer dans les détails d'une analyse qui paraîtra *in extenso* ultérieurement, bornons-nous à remarquer :

1° Que l'hypothèse, accordant une valeur à une telle constatation, relève de la conception suivant laquelle une partie (difficile à évaluer) des alcooliques chroniques présentent des perturbations de la personnalité, dont les excès de boissons ne sont qu'un aspect.

2° Qu'il n'est pas question de considérer le mariage d'un homme avec une femme plus âgée que lui comme nécessairement pathologique, mais que ce fait peut prendre une valeur significative, dans notre société actuelle, soit dans une analyse individuelle approfondie qui le rattache à des troubles de la maturation affective, soit lorsqu'une différence statistique avec la population moyenne est constatée pour un groupe d'individus. C'est cette deuxième méthode, plus objective bien que moins explicite sur le déterminisme que nous avons essayé d'utiliser.

3° Un tel travail nous paraît d'ailleurs entraîner des considérations méthodologiques de la plus haute importance pour la recherche psychiatrique. Nous reviendrons ultérieurement sur ces points théoriques.

II. — SCHÉMA GÉNÉRAL DE L'ENQUÊTE

a) Le groupe des alcooliques est formé par les hommes adressés à la consultation spéciale de désintoxication pour alcooliques de l'un de nous, entre son ouverture le 31 mars 1948 et le 31 mars 1951, à l'exception :

- de 8 cas d'alcoolisme trop douteux pour être retenus;
- des célibataires, bien entendu, mais même de ceux qui, vivant en concubinage, depuis de nombreuses années, sont considérés comme mariés par leur entourage;
- des remariages après divorce ou veuvage, le premier mariage étant seul retenu.

Nous avons pu nous fonder, en définitive et sans autre sélection sur

145 hommes mariés dont l'alcoolisme était plus ou moins ancien et grave, mais incontestable.

b) Il était fort difficile de constituer un groupe de contrôle, la statistique générale de la France ne donnant les écarts d'âge des mariages que par tranche de 5 ans. Nous avons donc réuni les âges des conjoints sur 300 fiches prises au hasard parmi les allocataires des Caisses d'Allocations familiales. Ce groupe paraissait d'emblée et, comme l'expérience l'a montré, relativement sélectionné et différent de la population générale.

Nous avons heureusement bénéficié d'un travail tout récent de P. Gasc (*Journal de la Société de Statistique de Paris*) donnant pour 1948 la répartition des mariages suivant la différence par année d'âge des époux, pour la France entière.

III. — RÉSULTATS GLOBAUX

Proportions pour 1 000 mariages en France en 1948 (P. Gasc)		Différence d'âge en années révolues	Répartition des 145 alcooliques d'une consultation spécialisée	
Mari — âgé que sa femme	Mari + âgé que sa femme		Mari — âgé que sa femme	Mari + âgé que sa femme
70,2	92,5	0	9	5
47	101,4	1	10	11
31,5	102,5	2	7	12
21,2	93,6	3	4	10
14,6	80,4	4	2	13
10,1	67	5	5	6
7,1	53,4	6	3	10
5,4	41,1	7	2	6
4	31,3	8	3	5
3	23,8	9	2	4
2,2	18,9	10	1	—
1,9	14,9	11	3	3
1,4	11,9	12	1	—
1	9,8	13	1	2
0,8	7,4	14	—	1
0,6	5,8	15	—	2
0,4	4,5	16	—	—
0,3	3,4	17	—	1
0,2	2,7	18	1	—
0,2	2,2	19	—	—
0,6	8,1	20 et plus	—	—
223,7	776,3		54	91
22,37 %	77,6 %		37,3 %	62,7 %

La différence de distribution entre les deux groupes est hautement significative, comme les calculs le montrent facilement.

En se limitant aux maris plus jeunes que leurs femmes, on constate en outre, dans le groupe des alcooliques, un excès de sujets à grande différence d'âge comme en témoigne le simple tableau suivant :

Maris plus jeunes que leurs femmes	Pour 1 000 mariages en 1948		Pour 145 alcooliques	
	Nombre	%	Nombre	%
De 0 à 5 ans	194,6	19,46	37	25,4
De plus de 5 ans	29,1	2,91	17	11,7
<i>Total</i>	223,7	22,37	54	37,3

IV. — DISCUSSION

La signification des différences observées dans l'écart d'âge des époux, suivant qu'il s'agit d'alcooliques ou de l'ensemble des mariages en France, en 1948, doit tenir compte d'un grand nombre de considérations :

1° La définition de l'alcoolisme, le mode de recrutement de la consultation ayant fourni les alcooliques sont susceptibles d'intervenir dans les caractéristiques observées.

2° La répartition des écarts d'âge dans la population globale est une donnée démographique sur laquelle nous possédons assez peu de documents et qui est susceptible, sans doute, de variations suivant l'époque, la région, etc.

D'ores et déjà, deux constatations importantes doivent être envisagées dans l'interprétation des chiffres précédents :

a) *L'âge au mariage* est susceptible d'intervenir, les hommes ayant évidemment plus de chances (et peut-être plus de tendances) d'épouser une femme d'un âge égal ou supérieur lorsqu'ils se marient très jeunes.

La répartition de nos 145 alcooliques en fonction de leur âge au mariage et de leur date de naissance (la moyenne d'âge au mariage s'étant abaissée dans les 80 dernières années) n'a pas apporté de preuves d'hétérogénéité et il ne semble pas possible d'établir une variation importante du phénomène, sur ces données.

Néanmoins, la comparaison avec le groupe de contrôle des Allocations familiales met en évidence une proportion de 19 % de sujets nés après 1920 contre 7 % dans le groupe des alcooliques.

Bien que les 37,3 % d'alcooliques plus jeunes que leurs femmes représentent une différence significative avec l'ensemble des mariages français en 1948 (où ils n'atteignent que 22,4 %), il faut faire les réserves qui découlent d'un âge au mariage s'écartant dans les deux groupes parce que :

— notre population d'alcooliques est essentiellement urbaine, ce qui favorise les unions précoces;

— nos alcooliques ont une moyenne âge plus élevée, ce qui peut agir en sens inverse.

b) Nous avons eu connaissance, après notre enquête, d'une remarquable étude danoise sur l'alcoolisme de 1951, due à ÅMARCK, dans

laquelle le même problème a été étudié avec des conclusions opposées, puisque cet auteur n'a trouvé aucune différence statistiquement significative entre les écarts d'âges des conjoints de son groupe d'alcooliques et des groupes de contrôle.

Mais en distribuant les chiffres de notre enquête sous la même forme que ceux d'AMARCK, on remarque immédiatement, ce que confirme le calcul, qu'il n'existe pas de différence significative entre la distribution des écarts d'âges chez les alcooliques danois ou français, alors que cette différence est hautement significative pour les populations globales correspondantes :

	Nombre total de cas	Age de la femme :					
		supérieur d'un an ou plus à celui du mari		égal à un an près à celui du mari		inférieur d'un an ou plus à celui du mari	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Alcooliques danois. (Amarck)	105	29	27,6	13	12,4	68	60,2
Alcooliques français.	145	45	31	14	9,6	86	59,3
Recensement danois de 1945			25,1		6,9		68
Mariages en France en 1948			15,3		16,27		68,3

De nombreux commentaires et de nouvelles recherches seraient nécessaires pour essayer de dégager la signification de l'excédent de femmes plus âgées que leur mari dans la population danoise.

CONCLUSIONS

1° Les écarts d'âge entre conjoints, observés sur 145 hommes alcooliques d'une consultation parisienne spécialisée, comportent un excédent très significatif de femmes plus âgées que leur mari (37,3 %) par rapport à l'ensemble des mariages français, en 1948 (où le chiffre correspondant est 22,37 %).

2° Un certain nombre de réserves nécessaires dans l'interprétation de ces chiffres ne permettent pas encore de donner à cette constatation une valeur confirmative de l'hypothèse suivant laquelle ce fait caractériserait des troubles de la personnalité chez certains alcooliques. Cependant, on peut espérer que des études en cours éclairciront le sens exact des résultats acquis.

Travail de la Section Alcoolisme et Psychiatrie, présenté par

H. DUCHÊNE, M. P. SCHUTZENBERGER, J. BIRO et B. SCHMITZ.

NUTRITION

ENQUÊTES SUR L'ÉTAT DE NUTRITION DE LA POPULATION (PARIS, hiver 1950-1951.)

Durant l'hiver 1950-1951 (mois de novembre 1950 à février 1951), l'I. N. S. E. E. a organisé à Paris une enquête auprès de familles d'ouvriers et d'employés; nous avons entrepris le dépouillement du questionnaire de cette enquête relatif à l'alimentation. (Les enquêtes furent suspendues pendant la période des fêtes de fin d'année, du 20 décembre au 15 janvier environ.)

La population des familles soumises à l'enquête comprenait des familles d'ouvriers, d'employés et quelques familles de retraités.

La composition de ces familles était de l'un des types suivants :

1 homme et 1 femme adultes.....	HF
1 homme et 1 femme adultes et	
1 enfant de moins de 16 ans.....	HF E
1 homme et 1 femme adultes et	
2 enfants de moins de 16 ans.....	HF EE
1 homme et 1 femme adultes et	
3 enfants de moins de 16 ans.....	HF EEE

Les familles furent tirées au sort d'après les documents recueillis lors du recensement quinquennal de 1946.

La composition de l'échantillon, selon la profession du chef de famille et le sexe et l'âge des sujets, est indiquée dans le tableau ci-dessous :

TABLEAU I

Structure de l'échantillon.

	Employés				Ouvriers				Re- traités	Total
	HF	HF E	HF EE	HF EEE	HF	HF E	HF EE	HF EEE		
Nombre de familles..	82	41	21	10	106	64	34	12	23	393
Enfants de — 1 an...	—	2	4	1	—	1	4	2	—	14
1 et 2 ans	—	4	5	2	—	5	10	5	—	31
3 à 6 ans	—	8	16	9	1	20	32	8	—	94
7 à 12 ans	—	21	10	17	—	20	15	15	—	98
13 à 20 ans	—	6	7	1	1	18	7	6	—	46
Femmes sédentaires..	67	38	—	—	92	58	—	—	16	271
actives	14	3	21	10	12	6	34	12	—	112
Hommes sédentaires..	79	41	21	10	—	—	—	—	8	159
travail actif	—	—	—	—	78	44	27	12	—	161
travail très actif...	—	—	—	—	19	20	7	—	—	46
Vieillards	H 4	—	—	—	6	—	—	—	15	25
	F 1	—	—	—	3	—	—	—	7	11
<i>Total</i>	165	123	84	50	212	192	136	60	46	1 068

Le nombre des questionnaires retenus pour le dépouillement des résultats concernant l'alimentation, s'est élevé à 393.

Le questionnaire utilisé fut, comme pour les enquêtes précédentes, celui établi conjointement par l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE et l'INSTITUT NATIONAL DES STATISTIQUES ET ETUDES ECONOMIQUES, du type du carnet d'achats.

I

ÉTUDE DES CONSOMMATIONS

Les moyennes de consommation par personne et par jour pour le groupe total des familles enquêtées sont indiquées au tableau II. Nous les avons présentées conjointement avec les moyennes obtenues durant la même période à Marseille et avec les résultats obtenus en mars, avril et mai 1950, à Strasbourg.

Le taux calorique est moins élevé qu'à Strasbourg, plus élevé qu'à Marseille; le taux des protides animaux, celui des lipides, du calcium, de la vitamine A sont abondants, se rapprochant des taux rencontrés à Strasbourg.

L'ensemble des denrées du groupe : viande, charcuterie, poisson, œufs, correspond à une consommation abondante puisqu'il atteint une

TABLEAU II

Moyennes de consommation (ensemble des familles).

Éléments	Paris (hiver 1950-1951)	Marseille (4 ^e trim. 1950)	Strasbourg (2 ^e trim. 1950)
Nombre de familles	393	203	185
Nombre de sujets	1 068	722	583
Calories (boisson comprise)	3 367	2 979	3 582
Calories (boisson non comprise) ..	3 070	2 637	3 423
Protides animaux	58	46	53
Protides végétaux	49	48	54
Lipides totaux	115	95	127
Glucides	400	381	459
Calcium	1 130	1 010	1 149
Fer	23	23	22,5
Vitamine A	900	654	1 135
Vitamine B1	2 038	1 825	2 110
Vitamine B2	1 985	1 693	2 115
Vitamine C	159	183	110
Viande de boucherie, abats .. (g)	171	121	126
Porc	147	—	89
Charcuterie	24	—	37
Poisson	15	14	20
Œufs	41	41	22
Lait entier	20	16	36
Lait écrémé	284	238	472
Crème	—	5	—
Fromage gras	0,9	—	5
Fromage blanc	32	23	18
Beurre	5	3	2
Huile	28	14	22
Margarine	23	34	23
Saindoux	5	2	9
Pain	3	1	14
Céréales	334	280	376
Pommes de terre	50	96	108
Légumes frais	345	278	353
Légumes secs	295	232	180
Fruits frais :	13	10	8
Fruits de pays	110	135	—
Agrumes	218	241	92
Bananes	80	83	—
Fruits secs	28	23	—
Sucre	8	6	2,5
Chocolat	46	42	56
Confiture	4	5	6,5
Boissons :	9	11	12
Vin	465	297	293
Bière	418	—	106
Cidre	34	—	—
Apéritifs	13	—	—
Alcools	2	—	—

moyenne journalière de 247 g à Paris, pour 204 g à Strasbourg et 192 g à Marseille.

Ces moyennes traduisent une alimentation copieuse, très variée, reflétant probablement la facilité de choix dans les achats qu'apportent

les marchés bien achalandés de la région parisienne : le poisson atteint en effet un taux aussi élevé qu'à Marseille; les quantités de légumes frais, de pommes de terre, de fruits, sont élevées ainsi que celles des produits laitiers, des fromages gras et du beurre.

La quantité totale de matières grasses utilisées atteint 68 g à Strasbourg, 59 g à Paris, 51 g à Marseille; leur consommation est caractérisée par une consommation élevée de beurre à Paris, de saindoux à Strasbourg, d'huile à Marseille.

TABLEAU III

Moyennes de consommation suivant la taille de la famille.

Eléments	HF	HFE	HF EE	HF EEE
Nombre de familles	211	105	55	22
Nombre de sujets	423	315	220	96
Calories (boisson comprise)	3 640	3 200	2 930	2 850
Calories (boisson non comprise)	3 270	2 920	2 770	2 640
Protides animaux (g)	64	56	51	46
Protides végétaux	53	47	44	42
Lipides animaux	85	72	69	60
Lipides végétaux	38	35	32	29
Glucides	421	379	366	371
Calcium (mg)	1 200	1 070	1 020	1 000
Fer	25	22	20	19
Vitamine A (γ)	958	904	760	724
Vitamine B1	2 195	1 904	1 800	1 775
Vitamine B2	2 115	1 888	1 770	1 720
Vitamine C (mg)	179	143	128	117
Viande, abats (g)	160	141	125	113
Charcuterie	17	13	14	8
Porc	26	23	20	12
Poisson	48	36	29	29
Œufs	22	19	18	17
Lait entier	261	306	311	335
Crème	1	0,7	—	2
Fromage gras	36	29	26	22
Fromage blanc	4	4	6	5
Beurre	31	28	23	18
Huile	24	22	20	17
Margarine	5	5	5	5
Saindoux	3	2	3	3
Pain	360	310	289	312
Céréales	49	52	49	44
Pommes de terre	368	317	323	314
Légumes frais	347	253	226	195
Légumes secs	12	14	13	9
Fruits frais	244	194	187	171
Fruits secs	10	6	5	4
Sucre	46	48	43	48
Chocolat	4	5	5	4
Confiture	9	8	10	13
Vin	486	385	278	252
Bière	20	44	67	36
Cidre	13	8	15	42
Apéritifs	3	2	2	0,6
Alcools	2	2	2	0,5

II

INFLUENCE DE LA TAILLE DE LA FAMILLE
SUR LA CONSOMMATION ALIMENTAIRE

Nous avons recherché l'influence de la taille de la famille sur la consommation alimentaire.

Le tableau III rapporte les résultats qui révèlent des consommations plus basses à mesure que la taille de la famille grandit; notamment en ce qui concerne les familles de trois enfants, mais la présence de jeunes enfants explique en partie ces différences, qui traduisent une adaptation empirique aux besoins nutritionnels des individus du groupe observé.

On constate néanmoins que lorsque l'homme et la femme sont seuls au foyer, l'alimentation est pléthorique et que si les quantités de denrées ingérées diminuent à mesure que la taille de la famille augmente, la qualité nutritionnelle de l'alimentation reste néanmoins satisfaisante.

TABLEAU IV

	HF 211 familles		HFE 105 familles		HF EE 55 familles		HF EEE 22 familles	
	Ecart- type	Coeff. de variat.	Ecart- type	Coeff. de variat.	Ecart- type	Coeff. de variat.	Ecart- type	Coeff. de variat.
Calories sans bois- son	710	21,6	645	22,1	690	24,6	570	21,6
Protides anim.	20	30,6	15	25,9	13	24	10	22
Lipides	35	32,3	28	25,3	29	28,3	29	32
Calcium	400	33,1	276	25,8	282	28	204	20,4
Pain	124	34,5	102	34	116	39,1	114	36
Viande, porc, char- cuterie	85	41,5	72	41,3	56	34,2	46	34
Lait	185	67	133	43,3	150	48	140	41
Fromage gras	19	50,5	14	9,5	11	42	13	58

Le tableau IV présente, pour ces groupes de familles, les écarts-types et les coefficients de variation se rapportant à quelques facteurs.

Le tableau V présente la décomposition de la dépense alimentaire suivant la taille de la famille (1).

On voit qu'à mesure que la taille de la famille augmente, la part des dépenses réservées aux produits à base de farine (pain, céréales, biscuits) s'élève ainsi que celle réservée aux produits laitiers et aux produits sucrés, ce qui s'explique par le besoin d'équilibrer l'alimentation à meilleur compte et d'assurer aux enfants une alimentation adéquate.

(1) Ce tableau, comme les suivants se rapportant aux dépenses des familles, nous ont été obligeamment fournis par le service d'enquêtes de l'I. N. S. E. E.

TABLEAU V

Décomposition de la dépense alimentaire suivant la taille de la famille.

Eléments	HF	HF E	HF EE	HF EEE
<i>Produits à base de farine :</i>				
Pain	5,5	5,5	5,8	7,1
Farine	0,4	0,7	0,8	0,9
Pâtes alimentaires	1,6	1,5	1,7	1,8
Biscuits, pâtisserie	2,1	2,1	2,4	1,9
Ensemble des produits à base de farine.....	9,6	9,8	10,7	11,7
<i>Produits laitiers :</i>				
Lait	3,5	4,8	6,2	7,2
Crème	0,1	0,1	0,2	—
Beurre	6,3	6,6	6,6	5,4
Fromage	5,5	5,4	5,3	6
Ensemble des produits laitiers.....	15,4	16,9	18,3	18,6
<i>Matières grasses autres que le beurre.....</i>				
	3,9	3,8	3,9	4
<i>Viandes, charcuterie, volailles :</i>				
Viandes fraîches	17,3	18,6	17,7	18,9
Charcuterie	5,3	5,1	5,7	3,6
Triperie	1,1	1,5	1,4	1,4
Volaille	4,1	3,5	2,2	2,9
Viande conservée	0,1	0,1	0,1	—
Ensemble des viandes, charcuterie et volailles.....	27,9	28,8	27,1	26,8
<i>Poissons et coquillages.....</i>				
	4	3,5	3,5	3,2
<i>Oufs</i>				
	2,9	2,8	2,8	3,3
<i>Légumes :</i>				
Pommes de terre.....	2	1,9	2,3	2,6
Légumes frais	5,9	5,2	4,7	4,5
Légumes secs	1	1,2	1	0,9
Légumes en conserves	0,5	0,4	0,5	0,4
Ensemble des légumes	9,4	8,7	8,5	8,4
<i>Fruits frais</i>				
	6	4,3	4,5	5,4
<i>Sucre et produits sucrés :</i>				
Sucre	1,9	2,1	2	2,3
Confitures	0,7	0,7	0,8	1,3
Chocolat et petits déjeuners.....	0,7	1,2	1,3	1,4
Fruits secs et fruits conservés.....	0,5	0,4	0,4	0,4
Ensemble des produits sucrés	3,8	4,3	4,5	5,4
<i>Boissons :</i>				
Vin	11,1	10,2	8,2	8
Cidre et bière.....	0,2	0,5	1	1
Alcool	0,7	0,5	0,7	0,1
Café, thé, chicorée, tisanes.....	4,3	3,5	3,4	3,2
Ensemble des boissons	16,3	14,7	13,3	12,3
<i>Sel et condiments.....</i>				
	0,7	0,7	0,6	0,4
<i>Produits du jardin ou de l'élevage familial.....</i>				
	0,1	0,1	0,8	—
TOTAL GÉNÉRAL				
	100	100	100	100
Dépenses alimentaires hebdomadaires, en francs, non compris les repas pris à l'extérieur.....				
	4 486	5 488	5 937	6 953
Dépenses hebdomadaires, en francs, pour les repas pris à l'extérieur				
	156	198	230	142

III

INFLUENCE DU MILIEU SOCIAL
SUR LA CONSOMMATION ALIMENTAIRE

Le tableau VI traduit les résultats relatifs à la consommation journalière et à sa valeur nutritionnelle en tenant compte du milieu social.

TABLEAU VI

Moyennes de consommation alimentaire suivant le milieu social.

Éléments	HF		HFE		HF EE		HF EEE		Re- traités
	Ouvr.	Empl.	Ouvr.	Empl.	Ouvr.	Empl.	Ouvr.	Empl.	
Nombre de familles.....	106	82	64	41	34	21	12	10	23
Nombre de sujets.....	214	163	192	123	136	84	60	50	46
Calories (boisson comprise).	3 695	3 670	3 250	3 140	3 040	2 770	2 929	2 728	3 096
Calories (bois. non compr.)	3 316	3 355	2 950	2 885	2 820	2 700	2 707	2 577	2 798
Protides animaux..... (g)	65	65	56	55	51	52	47	45	48
Protides végétaux.....	54	54	48	44	45	43	44	40	46
Lipides animaux.....	87	88	74	76	69	68	58	61	66
Lipides végétaux.....	38	39	33	38	33	31	30	28	33
Glucides.....	424	431	390	363	374	354	382	366	380
Calcium..... (mg)	1 202	1 256	1 061	1 084	1 025	1 000	1 016	982	1 009
Fer.....	26	26	22	21	21	20	20	19	20
Vitamine A..... (γ)	973	983	885	933	758	767	646	817	815
Vitamine B1.....	2 242	2 230	1 980	1 785	1 840	1 735	1 897	1 630	1 873
Vitamine B2.....	2 160	2 160	1 890	1 880	1 790	1 750	1 759	1 678	1 783
Vitamine C..... (mg)	174	201	144	141	132	120	115	120	133
Viande, abats..... (g)	167	166	143	138	124	126	124	98	109
Porc, lard.....	31	22	25	20	19	21	11	14	21
Charcuterie.....	19	17	13	14	16	12	10	6	12
Poisson.....	48	51	36	36	27	32	21	37	38
Œufs.....	23	22	17	22	15	22	15	20	18
Lait entier.....	255	276	280	345	311	312	332	340	234
Crème.....	2	0,7	0,2	1,3	—	—	4	—	—
Fromage gras.....	38	37	31	26	25	26	23	21	28
Fromage blanc.....	4	5	3	7	7	5	3	8	4
Beurre.....	30	35	27	29	24	20	16	20	23
Huile.....	24	25	21	24	22	17	17	17	23
Margarine.....	5	5	4	7	4	7	4	6	5
Saindoux.....	3	3	3	2	3	4	1	4	1
Pain.....	376	345	336	268	301	268	347	268	346
Céréales.....	48	54	50	55	49	50	44	43	39
Pommes de terre.....	373	378	329	295	323	323	327	298	309
Légumes frais.....	326	398	255	251	236	207	187	204	256
Légumes secs.....	14	10	14	15	12	14	7	12	10
Fruits frais.....	225	280	185	208	187	189	141	206	202
Fruits secs.....	11	10	6	5	4	7	6	1	3
Sucre.....	45	49	47	50	43	44	48	48	41
Chocolat.....	4	4	5	5	5	5	4	4	3
Confiture.....	8	10	7	9	11	8	6	20	13
Vin.....	534	450	419	333	288	263	326	164	402
Bière.....	26	18	31	63	85	39	40	32	—
Cidre.....	14	1	7	9	13	19	24	65	46
Apéritif.....	2	4	2	3	3	—	—	—	—
Alcool.....	2	2	2	2	2	3	—	—	4

Le tableau VII présente pour quelques éléments nutritionnels et quelques denrées, les écarts-types et les coefficients de variation.

Le tableau VIII la répartition des dépenses alimentaires.

L'étude de ces tableaux permet les remarques suivantes : dans l'ensemble, la valeur de l'alimentation ne semble pas subir l'influence du milieu social; en ce qui concerne les protides animaux, les lipides, le calcium, les résultats sont même assez remarquablement concordants. On observe pourtant que la consommation des fruits frais a tendance à

TABLEAU VII

Éléments	HF				HFE				HF EE			
	Ouvriers 106 familles		Employés 82 familles		Ouvriers 64 familles		Employés 41 familles		Ouvriers 34 familles		Employés 21 familles	
	Ecart- type	Coef. de var.	Ecart- type	Coef. de var.	Ecart- type	Coef. de var.	Ecart- type	Coef. de var.	Ecart- type	Coef. de var.	Ecart- type	Coef. de var.
Calories (sans boisson).....	720	21,7	660	19,6	655	22,2	635	22	775	27,3	510	18,9
Protides anim....	21	32	18	28,2	13	23,4	16	30	13	25,3	12	22,4
Lipides.....	34	27	34	27	26	24	30	26	28	27	27	27
Calcium.....	375	31,5	400	32	291	27,4	228	21,3	313	30,3	204	20,4
Pain.....	131	35	110	32	97	29,5	96	37	136	44,5	70	26,1
Viande, porc, charcuterie....	81	37,4	85	42	70	38,5	71	41	60	37	47	29,7
Lait.....	182	67,5	182	62	130	46,3	127	37	142	45	110	34,7
Fromage gras ..	20	53	17	45	15	46,2	13	51,2	11	42,4	11	40,5

être plus élevée en milieu employé qu'en milieu ouvrier alors que, pour ce dernier, les consommations sont légèrement plus fortes en porc et charcuterie, nettement plus élevées pour le pain et la boisson, ce qui est probablement dû à la consommation courante de casse-croûte.

Ces différences sont plus accentuées en ce qui concerne les familles sans enfant (graphique 1).

L'étude de la répartition des dépenses alimentaires montre également fort peu de différences d'un milieu à l'autre, sauf en ce qui concerne les boissons pour lesquelles la dépense alimentaire est plus élevée en milieu ouvrier.

Il apparaît, en résumé, que dans cette enquête le milieu social semble n'influencer que faiblement l'alimentation et les dépenses que celles-ci nécessite.

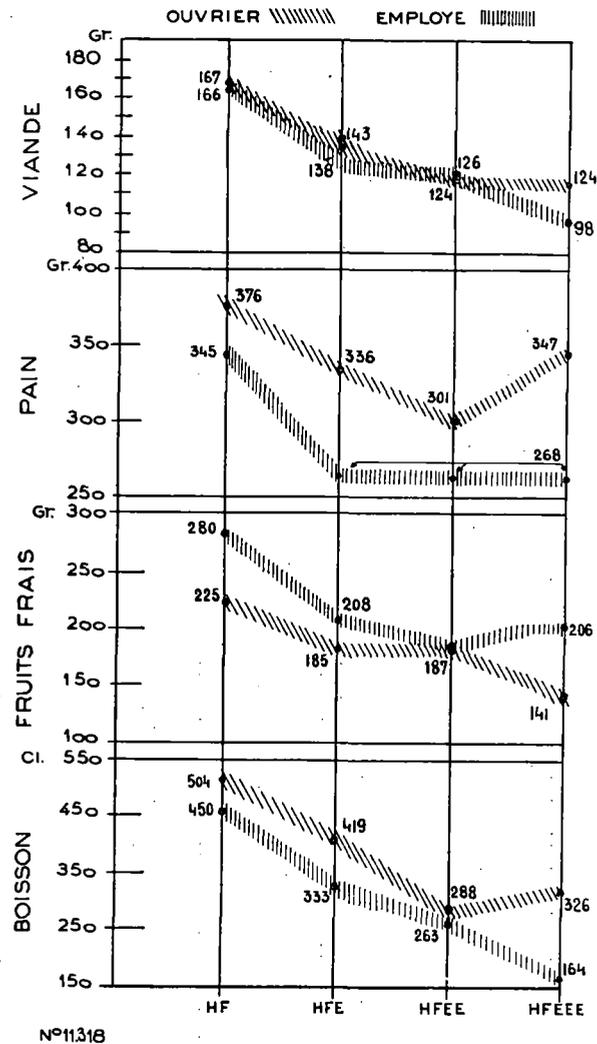
TABLEAU VIII

Décomposition de la dépense alimentaire suivant le type de ménage et la situation sociale du chef de famille.
Paris, hiver 1950-1951.

Éléments	H F		H F E		H F E E		H F E E E	
	Ouvrier	Employé	Ouvrier	Employé	Ouvrier	Employé	Ouvrier	Employé
<i>Produits à base de farine :</i>								
Pain	5,5	5,2	5,9	4,9	5,6	6,1	7,6	6,4
Farine	0,3	0,4	0,7	0,6	1	0,5	0,5	1,4
Pâtes alimentaires	1,5	1,6	1,6	1,4	1,7	1,8	2	1,5
Biscuits, pâtisserie	2	2,5	1,6	2,7	2,4	2,5	1,7	2,1
Ensemble des produits à base de farine.....	9,3	9,7	9,8	9,6	10,7	10,9	11,8	11,4
<i>Produits laitiers :</i>								
Lait	3,3	3,5	4,4	5,3	6	6,6	6,9	7,6
Crème	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	—	—
Beurre	6	6,7	6,5	6,7	6,7	6,3	5,2	5,7
Fromage	5,7	5,2	5,6	5,1	5,3	5,5	6,5	5,5
Ensemble des produits laitiers.....	15,2	15,5	16,6	17,2	18,1	18,8	18,6	18,8
<i>Matières grasses autres que le beurre.....</i>	3,3	3,7	3,6	4,1	3,9	3,8	3,4	4,8
<i>Viandes, charcuterie, volailles :</i>								
Viandes fraîches	17,3	17,3	18,6	18,8	17,5	18,5	19,3	18,5
Charcuterie	5,3	5,4	4,4	6,1	6	5	4,2	2,8
Triperie	1,3	0,9	1,8	1,1	1,4	1,4	0,5	2,5
Volaille	4,2	4,1	3,9	3	2,1	2,3	3,8	1,8
Viande conservée	0,1	—	0,1	—	0,1	—	—	—
Ensemble des viandes, charcuterie et volailles.....	28,2	27,7	28,8	29	27,1	27,2	27,8	25,6
<i>Poissons et coquillages.....</i>	4	4,1	3,5	3,4	3,5	3,5	2,8	3,7
<i>Œufs</i>	3	2,8	2,6	3,3	2,3	3,5	2,9	3,8
<i>Légumes :</i>								
Pommes de terre.....	2,1	1,9	2,2	1,7	2,2	2,4	2,7	2,5
Légumes frais	5,3	6,6	5,2	5,2	5,2	3,8	4,4	4,7
Légumes secs	1,1	0,9	1,1	1,4	1	0,9	0,9	1
Légumes en conserves.....	0,4	0,7	0,4	0,3	0,4	0,7	0,1	0,5
Ensemble des légumes.....	8,9	10,1	8,9	8,6	8,8	7,8	8,1	8,7
<i>Fruits frais</i>	5,6	6,5	5,7	6,1	6,3	5,7	4,9	7
<i>Sucre et produits sucrés :</i>								
Sucre	1,9	1,9	2	1,9	1,9	2,1	2,3	2,3
Confitures	0,7	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,7	2
Chocolat et petits déjeuners.....	0,7	0,6	1,1	1,4	1,3	1,3	1,3	1,5
Fruits secs et fruits conservés.....	0,6	0,4	0,3	0,4	0,3	0,5	0,4	0,1
Ensemble des produits sucrés.....	3,9	3,7	4,1	4,5	4,3	4,7	4,7	5,9
<i>Boissons :</i>								
Vin	11,7	10,6	10,9	9,2	8,8	7,2	10,2	5,4
Cidre et bière	0,3	0,2	0,5	0,8	1,2	0,5	0,8	1,4
Alcool	0,8	0,6	0,5	0,5	0,5	1,1	—	0,3
Café, thé, chicorée, tisanes.....	4,5	3,9	3,7	3,1	3,1	3,9	3,5	2,9
Ensemble des boissons.....	17,3	15,3	15,6	13,6	13,6	12,7	14,5	10
<i>Sel et condiments.....</i>	0,6	0,8	0,7	0,5	0,6	0,6	0,5	0,3
<i>Produits du jardin ou de l'élevage familial.....</i>	0,1	0,1	0,1	0,1	0,8	0,8	—	—
TOTAL GÉNÉRAL	100							
Dépense alimentaire hebdomadaire en francs, non compris les repas pris à l'extérieur.....	4 650	4 733	5 330	5 730	6 129	5 644	7 003	6 893
Dépense hebdomadaire en francs pour les repas pris à l'extérieur.....	183	175	222	161	203	272	121	167

Consommation alimentaire suivant le milieu social.

Paris, hiver 1950-1951.



GRAPHIQUE 1.

**

COMPARAISON AUX NORMES

Comme dans nos précédentes études, nous avons établi la comparaison des moyennes aux normes du National Research Council, en tenant compte de la répartition des diverses catégories de consommateurs, de leur âge, de leur sexe et de leur activité.

Le tableau IX indique les résultats obtenus ainsi que le rapport :

$$\frac{\text{moyenne théorique calculée} - \text{moyenne réelle}}{\text{moyenne théorique calculée}} \times 100$$

TABEAU IX

Comparaison des consommations aux normes du National Research Council.

	Ouvriers			Employés		
	Moy. calculée	Moy. réelle	%	Moy. calculée	Moy. réelle	%
HF :						
Calories	2 873	3 695	+ 28	2 523	3 670	+ 45,4
Protides animaux	40	65	+ 62,5	40	65	+ 62,5
Protides totaux	90	119	+ 32,2	85	119	+ 40
Calcium	815	1 202	+ 47	808	1 256	+ 55,5
HF E :						
Calories	2 681	3 250	+ 21,2	2 295	3 140	+ 36,7
Protides animaux	42	56	+ 33,3	41	55	+ 34,1
Protides totaux	89	104	+ 16,8	81	99	+ 22,2
Calcium	891	1 061	+ 19	877	1 084	+ 23,7
HF EE :						
Calories	2 336	3 040	+ 30	2 164	2 770	+ 28
Protides animaux	40	51	+ 27,5	40	52	+ 30
Protides totaux	80	96	+ 20	75	95	+ 26,6
Calcium	892	1 025	+ 14,9	881	1 000	+ 13,5
HF EEE :						
Calories	2 650	2 929	+ 10,5	2 114	2 720	+ 28,9
Protides animaux	41	47	+ 14,2	39,9	45	+ 10
Protides totaux	80	91	+ 13,7	74	85	+ 12
Calcium	931	1 016	+ 9,1	914	982	+ 5

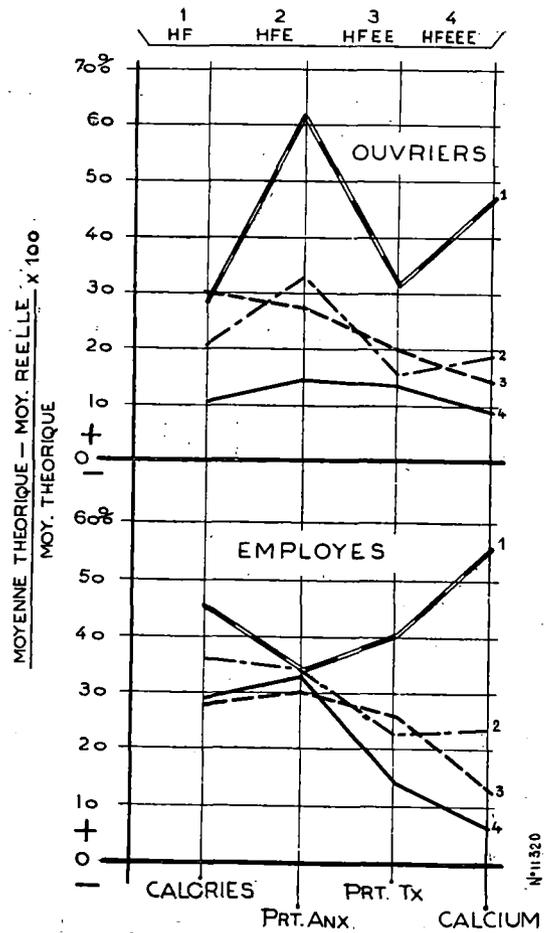
Le graphique 2 présente ces résultats. On observe que les consommations réelles sont au-dessus des normes pour l'ensemble des familles et pour les différents milieux sociaux.

En ce qui concerne le milieu ouvrier, les familles sans enfant pré-

sentent des taux très excédentaires (principalement en protides animaux). Pour les familles de deux et trois enfants, les différences sont assez comparables (de 15 et 30 %), mais la consommation réelle des familles de trois enfants ne dépasse les normes que de 10 à 15 %.

Comparaison des consommations aux normes.

Paris, hiver 1950-1951.



GRAPHIQUE 2.

En ce qui concerne le milieu employé, la consommation des familles sans enfant est également très au-dessus des normes; celle des familles de 1, 2 et 3 enfants montre des différences assez comparables, notamment pour les calories et les protides animaux.

IV

INFLUENCE DU NOMBRE DES SALAIRES DE LA FAMILLE SUR LA CONSOMMATION ALIMENTAIRE

Le tableau X indique les moyennes relatives à la consommation journalière et à sa valeur nutritionnelle en tenant compte de la composition de la famille et du milieu social (1).

Le tableau XI indique la répartition des dépenses alimentaires.

De l'étude de ces tableaux, il ressort que l'adjonction d'un deuxième salaire à celui du chef de famille entraîne une augmentation de la consommation de certaines denrées coûteuses de l'alimentation, c'est-à-dire que les quantités de viande de boucherie, de charcuterie, de fruits frais, de boisson sont plus élevées, alors que celles de lait, de pain diminuent; les différences étant plus marquées pour les ménages sans enfant.

Ceci se retrouve dans la répartition des dépenses alimentaires: l'examen du tableau XI montre qu'un deuxième salaire entraîne une légère diminution dans le pourcentage des dépenses relatives au pain et au lait, une légère augmentation des dépenses réservées aux viandes et poissons.

V

INFLUENCE DU NIVEAU DE VIE SUR L'ALIMENTATION

Le tableau XII indique les moyennes relatives à la consommation journalière et à sa valeur nutritionnelle suivant l'importance des dépenses totales selon le niveau de vie.

Les différentes catégories du niveau de vie ont été délimitées de la

(1) La part réservée aux dépenses alimentaires dans les dépenses totales n'a pas été indiquée par suite d'incertitudes sur les réponses à certains postes de dépenses non alimentaires. Cette part varierait de 53 à 62 %.

TABLEAU X. — Moyennes de consommation suivant

Éléments	Employés						
	HF		HF E		HF EE		HF EEE
	1 salaire	2salaires	1 salaire	2salaires	1 salaire	2salaires	1 salaire
Nombre de familles.....	48	41	23	18	16	5	9
Nombre de sujets.....	96	82	69	54	64	20	45
Calories (boisson comprise).	3 707	3 718	2 998	3 316	2 806	3 178	2 757
Calories (bois. non compr.).	3 357	3 351	2 789	3 010	2 609	2 978	2 609
Protides animaux..... (g)	62	69	48	65	50	59	46
Protides végétaux.....	55	53	43	45	41	48	40
Lipides animaux.....	88	89	72	82	67	71	62
Lipides végétaux.....	36	41	35	41	27	41	28
Glucides.....	438	420	363	361	345	381	359
Calcium..... (mg)	1 231	1 294	1 099	1 061	1 000	1 006	1 012
Fer.....	26	27	19	22	19	22	19
Vitamine A..... (γ)	844	1 177	864	1 021	670	1 075	849
Vitamine B1.....	2 192	2 291	1 709	1 882	1 686	1 885	1 652
Vitamine B2.....	2 092	2 256	1 790	1 995	1 701	1 913	1 717
Vitamine C..... (mg)	189	216	139	144	116	133	120
Viande, abats..... (g)	153	184	108	176	119	146	97
Charcuterie.....	15	19	10	19	11	15	7
Porc.....	26	17	16	26	21	22	13
Poisson.....	50	52	25	50	27	48	37
Œufs.....	20	24	19	26	19	30	20
Lait entier.....	280	270	356	328	339	227	353
Crème.....	1	1	1	2	—	—	—
Fromage gras.....	36	38	27	24	25	31	22
Fromage blanc.....	4	5	9	4	4	7	9
Beurre.....	35	35	31	28	22	15	20
Huile.....	23	27	22	27	16	20	17
Margarine.....	6	3	7	7	5	11	6
Saindoux.....	5	2	2	2	3	8	4
Pain.....	351	335	273	261	271	260	271
Céréales.....	62	41	58	52	44	68	46
Pommes de terre.....	369	392	289	302	318	341	289
Légumes frais.....	384	418	260	239	174	312	206
Légumes secs.....	13	6	14	17	14	13	13
Fruits frais.....	267	299	189	232	202	144	213
Fruits secs.....	5	17	5	5	5	14	1
Sucre.....	51	46	47	52	43	46	48
Chocolat.....	5	3	2	9	5	5	4
Confiture.....	8	12	11	7	5	18	18
Vin.....	396	526	292	386	271	236	165
Bière.....	—	45	38	95	5	148	28
Cidre.....	—	3	4	16	24	—	58
Apéritif.....	5	4	—	6	—	—	—
Alcool.....	2	1	1	4	3	0,6	1

façon suivante par l'I. N. S. E. E. : on a fixé l'unité de consommation à 1 pour le premier adulte; à 1,7 pour le couple; à 0,5 pour chacun des enfants. Ainsi les différents types de familles correspondent aux unités de consommation suivantes :

HF.....	1,7
HF E.....	2,2
HF EE.....	2,7
HF EEE.....	3,2

le milieu social et le nombre de salaires.

Éléments	Ouvriers						
	HF		HF E		HF EE		HF EEE
	1 salaire	2 salaires	1 salaire	2 salaires	1 salaire	2 salaires	1 salaire
Nombre de familles.....	65	41	34	30	31	3	12
Nombre de sujets.....	131	82	102	90	124	12	60
Calories (boisson comprise).	3 515	3 982	3 200	3 287	2 957	3 868	2 929
Calories (bois. non compr.).	3 162	3 561	2 909	2 989	2 752	3 526	2 707
Protides animaux..... (g)	60	73	52	60	50	58	47
Protides végétaux.....	52	56	49	47	43	58	44
Lipides animaux.....	81	98	67	83	67	91	58
Lipides végétaux.....	35	42	36	29	33	38	30
Glucides.....	413	441	391	387	365	472	382
Calcium..... (mg)	1 120	1 332	1 052	1 074	1 000	1 287	1 016
Fer.....	25	28	22	23	20	26	20
Vitamine A..... (γ)	865	1 138	821	957	759	746	646
Vitamine B1.....	2 158	2 374	1 953	2 013	1 795	2 287	1 897
Vitamine B2.....	2 035	2 357	1 838	1 956	1 753	2 178	1 759
Vitamine C..... (mg)	166	186	133	155	124	213	115
Viande, abats..... (g)	149	196	126	161	122	143	124
Charcuterie.....	18	20	11	14	15	21	10
Porc.....	30	32	20	30	19	17	11
Poisson.....	49	46	38	33	27	33	21
Œufs.....	22	26	17	17	14	27	15
Lait entier.....	244	272	285	274	316	257	332
Crème.....	2	2	—	—	—	—	4
Fromage gras.....	32	47	31	31	25	33	23
Fromage blanc.....	4	3	3	3	7	7	3
Beurre.....	25	38	23	31	24	29	16
Huile.....	21	28	23	18	22	31	17
Margarine.....	7	2	5	3	5	—	4
Saindoux.....	4	1	3	3	2	15	1
Pain.....	376	373	348	322	290	419	347
Céréales.....	48	49	56	43	46	74	44
Pommes de terre.....	370	377	311	351	324	308	327
Légumes frais.....	314	345	249	261	221	387	187
Légumes secs.....	15	13	14	14	14	—	7
Fruits frais.....	207	253	163	210	183	228	141
Fruits secs.....	8	16	9	2	4	—	6
Sucre.....	42	48	44	51	41	60	48
Chocolat.....	4	5	4	6	5	—	4
Confiture.....	7	11	7	7	10	11	6
Vin.....	501	588	406	432	275	422	326
Bière.....	10	52	36	26	93	—	40
Cidre.....	9	22	7	6	14	—	24
Apéritif.....	2	2	1	2	1	16	1
Alcool.....	0,8	3	—	4	1	8	—

TABLEAU XI

Décomposition de la dépense alimentaire suivant le type de ménage et le nombre de salaires.
Paris, hiver 1950-1951.

Éléments	HF		HF E		HF EE		HF EEE	
	1 salaire	2 salaires						
<i>Produits à base de farine :</i>								
Pain	5,7	5	6,2	4,8	6	4,5	7,1	6,1
Farine	0,4	0,3	0,8	0,6	0,7	1,4	0,9	—
Pâtes alimentaires	1,6	1,3	1,7	1,3	1,7	1,8	1,7	3
Biscuits, pâtisserie	2,3	2,2	1,8	2,4	2,3	3,3	1,8	3
Ensemble des produits à base de farine	10	8,8	10,5	9,1	10,7	11	11,5	12,1
<i>Produits laitiers :</i>								
Lait	3,6	3,2	5,5	4	6,4	4,9	7,4	4,8
Crème	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	—	—
Beurre	6,1	6,5	6,8	6,4	6,8	4,8	5,4	7,5
Fromage	5,4	5,7	5,9	5	5,3	5,3	6,2	2
Ensemble des produits laitiers	15,2	15,6	18,3	15,5	18,7	15,1	19	14,3
<i>Matières grasses autres que le beurre</i>	4,3	3,2	4,1	3,5	3,6	5,9	4,1	2,3
<i>Viandes, charcuterie, volailles :</i>								
Viandes fraîches	17,7	16,9	17,3	19,9	18	16,6	18,8	22,5
Charcuterie	4,9	5,7	4,3	5,9	5,6	5,8	3,7	1
Triperie	1	1,2	1,7	2,4	1,3	2,5	1,5	—
Volaille	3,3	5,3	3,1	3,9	2	3,1	2,8	5,5
Viande conservée	0,1	—	0,1	—	0,1	—	—	—
Ensemble des viandes, charcuterie et volailles	27	29,1	26,5	31,1	27	28	26,8	29
<i>Poissons et coquillages</i>	3,9	4,2	3,3	3,8	3,4	4,3	3,2	3,9
<i>Œufs</i>	2,9	2,8	2,7	3	2,7	3,7	3,1	4
<i>Légumes :</i>								
Pommes de terre	2,1	1,9	2	1,9	2,4	2,1	2,6	3
Légumes frais	5,7	6,1	5,7	4,6	4,5	6	4,5	5,6
Légumes secs	1,2	0,7	1,3	1,1	0,9	0,9	1	—
Légumes en conserves	0,4	0,6	0,4	0,4	0,5	0,6	0,3	—
Ensemble des légumes	9,4	9,3	9,4	8	8,3	9,6	8,4	8,6
<i>Fruits frais</i>	6,2	5,9	5,8	6	6,2	4,9	5,9	5,4
<i>Sucre et produits sucrés :</i>								
Sucre	2,2	1,7	2,1	1,8	2	2,1	2,3	2,3
Confitures	0,7	0,9	0,9	0,6	0,8	0,9	1,2	4,1
Chocolat et petits déjeuners	0,7	0,6	0,8	1,6	1,3	1	1,4	—
Fruits secs et fruits conservés	0,4	0,7	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	—
Ensemble des produits sucrés	4	3,9	4,2	4,3	4,5	4,4	5,3	6,4
<i>Boissons :</i>								
Vin	11,1	11,3	10,1	10,2	8,4	7,1	8,1	5,3
Cidre et bière	0,2	0,5	0,5	0,6	0,9	0,8	1	2,2
Alcool	0,5	0,9	0,1	0,8	0,7	0,8	0,1	—
Café, thé, chicorée, tisanes	4,4	3,9	3,7	3,3	3,4	3,7	3,1	5,3
Ensemble des boissons	16,2	16,6	14,4	14,9	13,4	12,4	12,3	12,8
<i>Sel et condiments</i>	0,8	0,6	0,7	0,7	0,6	0,7	0,4	1,2
<i>Produits du jardin ou de l'élevage familial</i>	0,1	—	0,1	0,1	0,9	—	—	—
TOTAL GÉNÉRAL	100	100	100	100	100	100	100	100
Dépense alimentaire hebdomadaire en francs, non compris les repas pris à l'extérieur	4 492	4 950	5 038	6 019	6 000	5 540	6 996	6 042
Dépense hebdomadaire en francs pour les repas pris à l'extérieur	97	298	170	230	133	839	134	305

TABLEAU XII

Moyennes de consommation suivant le niveau de vie.

Eléments	I	II	III	IV	V
Nombre de familles	71	106	90	64	58
Nombre de sujets	197	300	268	157	132
Calories (boisson comprise)	2 799	3 113	3 441	3 698	4 014
Calories (boisson non comprise) ..	2 581	2 887	3 147	3 369	3 631
Protides animaux	44	52	59	67	77
Protides végétaux	43	47	49	52	57
Lipides animaux	59	72	82	90	98
Lipides végétaux	30	31	35	42	44
Glucides	354	384	410	419	446
Calcium	900	1 024	1 170	1 241	1 407
Fer	19	22	24	26	28
Vitamine A	698	779	931	1 049	1 184
Vitamine B1	1 771	1 915	2 081	2 204	2 350
Vitamine B2	1 621	1 809	2 049	2 199	2 419
Vitamine C	122	144	152	178	215
Viande de boucherie, abats .. (g)	103	122	150	185	200
Charcuterie	13	14	15	15	20
Porc	17	25	23	23	31
Poisson	35	40	39	41	53
Oeufs	12	18	20	26	30
Lait entier	228	266	320	307	317
Crème	—	0,2	2	2	2
Fromage gras	25	29	31	34	44
Fromage blanc	2	5	6	6	3
Beurre	20	24	30	34	38
Huile	20	17	16	26	29
Margarine	5	5	5	4	4
Saindoux	3	6	9	4	1
Pain	319	329	351	329	345
Céréales	42	49	52	53	63
Pommes de terre	316	350	345	344	364
Légumes frais	235	252	292	340	407
Légumes secs	13	12	13	12	14
Fruits frais :	158	192	196	264	314
Fruits secs	1	4	8	19	13
Sucre	39	46	48	49	51
Chocolat	2	3	7	6	7
Confiture	7	8	7	10	11
Boissons :					
Vin	337	398	403	478	509
Bière	14	18	56	53	36
Cidre	18	8	19	13	10
Apéritifs	—	0,6	2	4	7
Alcools	—	2	2	3	4

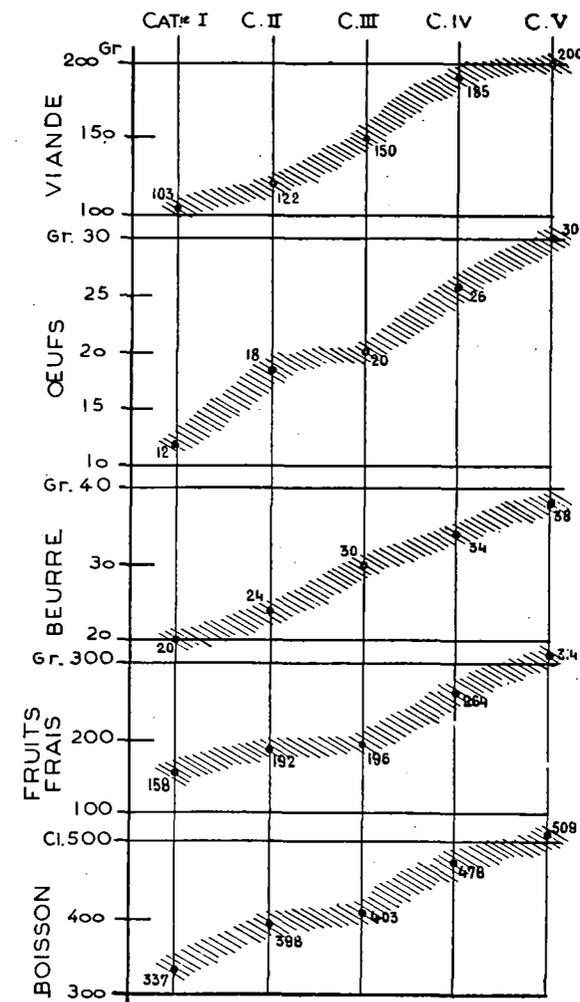
Les ménages ont été répartis en cinq catégories en raison de la dépense totale par unité de consommation; les tranches délimitant les catégories ont été les suivantes :

- Catégorie I : dépenses par unité de consommation, inférieures à 3 000 fr;
- Catégorie II : entre 3 000 et 4 000 fr;
- Catégorie III: entre 4 000 et 5 000 fr;
- Catégorie IV: entre 5 000 et 6 000 fr;
- Catégorie V : supérieures à 6 000 fr.

L'examen des moyennes de consommation montre qu'à mesure que le budget augmente, les quantités d'aliments consommés augmentent, conduisant à une alimentation de valeur nutritionnelle excessivement

Moyenne de consommation et milieu de vie.

Paris, hiver 1950-1951.



GRAPHIQUE 3. N° 11319

élevée, notamment en ce qui concerne les protides animaux dont la moyenne atteint 77 g, et les lipides. On peut se demander à quel niveau correspondrait une saturation de consommation (graphique 3).

TABLEAU XIII

Décomposition de la dépense alimentaire suivant l'importance des dépenses totales par unité de consommation.
Paris, hiver 1950-1951.

Eléments	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4	Catégorie 5	Ensemble
<i>Produits à base de farine :</i>						
Pain	7,6	6,1	5,9	4,7	4,5	5,6
Farine	0,6	0,7	0,6	0,5	0,4	0,6
Pâtes alimentaires	1,9	1,7	1,5	1,3	1,5	1,6
Biscuits, pâtisserie	1	2	2,1	2,4	2,8	2,1
Ensemble des produits à base de farine.....	11,1	10,5	10,1	8,9	9,2	9,9
<i>Produits laitiers :</i>						
Lait	5	5,2	4,8	4,2	3,4	4,6
Crème	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
Beurre	6,5	6,4	6,8	6	6,1	6,4
Fromage	5,5	5,8	5,6	5,1	5,5	5,5
Ensemble des produits laitiers.....	17,1	17,5	17,3	15,5	15,2	16,6
<i>Matières grasses autres que le beurre.....</i>	4,7	4	4	3,6	3,3	3,9
<i>Viandes, charcuterie, volailles :</i>						
Viandes fraîches	17,4	18,4	18	18,3	17,2	18
Charcuterie	4,9	4,9	4,6	6	5,6	5
Triperie	1,5	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3
Volaille	2,2	3,1	3,7	4,1	4,1	3,5
Viande conservée	—	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Ensemble des viandes, charcuterie et volailles.	26	27,7	27,6	29,8	28,3	27,9
<i>Poissons et coquillages.....</i>	3,7	3,4	3,6	4	4	3,7
<i>Œufs</i>	2,6	2,7	2,9	3,2	3,1	2,9
<i>Légumes :</i>						
Pommes de terre.....	2,5	2,5	2,1	1,9	1,8	2,1
Légumes frais	5,4	5,2	5,4	5,3	5,7	5,4
Légumes secs	1,3	1,1	1	1	1	1
Légumes en conserves.....	0,3	0,4	0,4	0,4	0,7	0,5
Ensemble des légumes.....	9,5	9,2	8,9	8,6	9,2	9
<i>Fruits frais</i>	5,6	5,7	5,8	6,4	6,6	6
<i>Sucre et produits sucrés :</i>						
Sucre	2,4	2,2	2	1,6	1,7	2
Confitures	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8
Chocolat et petits déjeuners.....	0,5	0,8	1,3	0,8	1,3	0,9
Fruits secs et fruits conservés.....	0,1	0,4	0,5	0,8	0,5	0,4
Ensemble des produits sucrés.....	3,8	4,3	4,6	4	4,3	4,1
<i>Boissons :</i>						
Vin	10,5	9,6	9,8	10,4	11	10,2
Cidre et bière	0,3	0,3	0,2	0,5	0,3	0,6
Alcool	—	0,4	0,7	0,7	1	0,6
Café, thé, chicorée, tisanes.....	4,4	3,9	3,7	3,6	3,7	3,8
Ensemble des boissons.....	15,2	14,2	14,4	15,2	16	15,2
<i>Sel et condiments.....</i>	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
<i>Produits du jardin ou de l'élevage familial.....</i>	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
TOTAL GÉNÉRAL	100	100	100	100	100	100
Dépense alimentaire hebdomadaire en francs, non compris les repas pris à l'extérieur.....	3 457	4 695	5 443	5 626	6 577	5 078
Dépense hebdomadaire en francs pour les repas pris à l'extérieur.....	75	97	174	264	353	177

Les aliments qui subissent une augmentation constante à mesure que le niveau de vie s'élève sont : en premier lieu, la viande dont la consommation augmente de 97 %; les œufs, le fromage gras, le beurre, les légumes et les fruits frais, la boisson.

Le tableau XIII, qui indique la répartition des dépenses alimentaires, révèle qu'à un niveau de vie élevé, correspond un pourcentage un peu plus élevé attribué aux viandes et charcuterie, compensé par une légère diminution des dépenses pour les produits à base de céréales, les produits laitiers, les matières grasses autres que le beurre.

On voit quelle est l'influence prépondérante du niveau de vie sur la composition de l'alimentation.

**POURCENTAGE DE L'APPORT NUTRITIONNEL
DE CERTAINS ÉLÉMENTS SUIVANT LE NIVEAU DE VIE**

Le tableau XIV indique le pourcentage d'éléments nutritionnels apportés par les principaux aliments suivant le niveau de vie.

TABLEAU XIV
Aliments de base selon le niveau de vie.

	Catégorie I	Catégorie II	Catégorie III	Catégorie IV	Catégorie V
% des calories (boissons comprises) apportées par :					
Poisson	1	1,5	1	1	1,2
Pain	28,6	26,3	25,5	22,3	21,5
Céréales	5,1	5,3	5,1	4,9	5,3
Viande	6,1	6,4	7,2	8,2	8,2
Charcuterie et porc ...	4,1	4,7	4,2	3,9	4,8
Lait	5,2	5,4	6	5,3	5
Fromage	3,1	3,2	3,1	3,2	3,8
Beurre	5,4	5,8	6,6	7	7,2
Huile	6,4	4,9	4,2	6,3	6,5
Pommes de terre	9	8,9	8	7,4	7,3
Sucre	5,6	5,9	5,6	5,3	5,1
Boissons (vin)	7,9	8,4	7,7	8,5	8,4
% des protides animaux apportés par :					
Viande	37,5	37,5	40,7	44,2	42,8
Charcuterie et porc ...	15	16,3	14,2	12	14,5
Poisson	14,3	13,8	11,9	11	12,3
Œufs	3,2	4,2	4,1	4,6	4,7
Lait	16,6	19,3	23	22,3	23
Fromage	11,8	11,7	11	11,6	11,9
% du calcium apporté par :					
Lait	30,4	31,2	32,8	29,6	27
Fromage	22,2	22,6	21,2	21,9	25
Légumes frais	19,5	18,4	18,7	20,5	21,7
Fruits frais	2,6	2,8	2,5	3,2	3,4

La concordance des résultats d'un groupe de familles à l'autre nous paraît assez remarquable.

En ce qui concerne les calories :

la viande et la charcuterie apportent.	de 28 à 21,5 %	des calories
le pain et les céréales apportent....	» 10,2 à 13 »	»
le lait et le fromage.....	» 8,3 à 8,8 »	»
le beurre et l'huile.....	» 11,8 à 13,7 »	»
les pommes de terre.....	» 9 à 7,3 »	»

Pour les familles à niveau de vie élevé, le pourcentage de calories apportées par le pain et les pommes de terre diminuent alors que celui de la viande et du beurre augmentent, celui des produits laitiers (lait, fromage) est stable.

En ce qui concerne les protides animaux :

la viande et la charcuterie apportent.	de 52,5 à 57,3 %	des P. A.
le poisson	» 14,3 à 12,3 »	»
le lait et le fromage	» 28,4 à 34,9 »	»
les œufs	» 3,2 à 4,7 »	»

Pour les familles à niveau de vie élevé, le pourcentage des protides animaux apportés par la viande de boucherie, les œufs et surtout le lait, augmentent alors que celui du poisson diminue.

En ce qui concerne le calcium :

le lait et le fromage apportent....	de 52,6 à 52 %	du calcium
les légumes et les fruits frais.....	» 22,1 à 25,1 »	»

Dans les familles à niveau de vie élevé, le pourcentage de calcium apporté par le lait diminue, celui du fromage augmente ainsi que celui des légumes et fruits frais.

La comparaison de ces résultats, avec ceux que nous avons obtenus pour les régions rurales, montre qu'en milieu urbain :

— le pain apporte 21,5 à 28,6 % des calories pour 30 à 43 % en milieu rural;

— la viande et la charcuterie apportent 52,5 à 57,3 % des protides animaux pour 40 à 80 % en milieu rural;

— le lait apporte 16,6 à 23 % des protides animaux pour 18 à 30 % en milieu rural,

et 27 à 30,4 % du calcium pour 18 à 30 % en milieu rural.

On se trouve devant des types d'alimentation d'équilibre nutritionnel distincts du fait de la consommation en milieu urbain de denrées alimentaires plus variées (apport important du poisson, de légumes frais et de fruits frais).

**

VI

HABITUDES ALIMENTAIRES

Afin d'étudier les habitudes alimentaires, nous avons calculé pour l'ensemble des familles le pourcentage de présence des aliments par rapport au total des cas possibles dans la semaine d'enquête. (Les calculs ont été faits pour 354 enquêtes.)

Ces résultats sont indiqués dans les tableaux XV, XVI, XVII et XVIII.

1^{er} repas. — Le premier repas dont les résultats figurent au tableau XV est composé essentiellement de lait, consommé rarement pur (5 % des

TABLEAU XV

Fréquence de consommation des aliments
au petit déjeuner.

1 ^{er} repas	%
Lait	4,8
Café au lait	75
Thé (20 % au lait)	3
Café	18
Potages	1,1
Chocolat au lait	6
Charcuterie	0,6
Œufs	0,7
Fromages	0,9
Pâtisserie	0,5
Biscuits	0,3
Brioche ou croissants	2,3
Beurre	67
Confiture, miel	2,7
Fruits	0,1

cas), principalement associé à du café (75 % des cas); le café noir ne figurant que pour 18 % des cas.

Ce repas est associé à des tartines beurrées dans 67 % des cas.

2^e repas. — Le tableau XVI figure la fréquence de consommation alimentaire concernant le repas de midi :

- le potage n'y figure que très rarement (5 % des cas);
- le plat principal est composé essentiellement de viande, de poisson ou d'œufs, quelquefois présents ensemble au même repas;
- la viande représente à elle seule 93,7 % des cas, qu'il s'agisse de viande de boucherie, d'abats, de charcuterie ou de volaille;

— la viande de boucherie est servie en moyenne, à la fréquence de 4 repas par semaine environ, la charcuterie ou le porc 2 fois par semaine, le poisson ou les coquillages apparaissent entre 1 et 2 fois par semaine.

Le plat de légumes est constitué essentiellement par les pommes de terre, qui apparaissent à la fréquence moyenne de 3 à 4 repas dans la semaine, puis par la salade crue, 1 et 2 fois par semaine; par les légumes

TABLEAU XVI

Fréquence de consommation des aliments au repas du midi.

2 ^e repas	%	2 ^e repas	%
<i>Potages :</i>		<i>Légumes :</i>	
au lait	0,1	Pommes de terre	47
aux légumes	3,9	Céréales et pâtes	17
bouillon gras	0,3	Légumes secs	6
au pain	0,1	Légumes frais	20
aux légumes et céréales ..	0,4	Conserves de légumes	4
<i>Crudités</i>	5	<i>Beurre servi sur la table</i> ..	2,9
<i>Salades</i>	24	Fromage	62
<i>Viandes :</i>		Crème fraîche	0,6
grillée ou rôtie	37	Yaourt	0,7
en hachis	2,2	<i>Fruits :</i>	
en ragoût	5	crus locaux	28
Pot-au-feu	3,5	crus exotiques	37
Viande froide	1,7	cuits	1,6
Abats	5	secs	2,6
Viande de cheval	2,9	Confiture, miel	5
Porc frais	8	<i>Préparations culinaires :</i>	
Porc salé	0,7	Sauces	2,6
Charcuterie	18	Entremets plus crêpes ..	1,6
Lard	1,7	Entrées	0,4
Volailles	3,8	Pâtisseries	4,3
Lapins	4,2	Plats au lait	0,9
<i>Poissons :</i>		Biscuits, pain d'épices ..	5
Coquillages	3,8	gâteaux secs	5
Poisson frais	6	Restes	2,6
Poisson de conserve	8	<i>Café (dont 6,5 % café au</i>	
<i>Œufs nature</i>	6	lait)	12
		<i>Thé</i>	0,1

frais cuits, 1 et 2 fois par semaine; les céréales ou les pâtes, 1 et 2 fois par semaine; les conserves de légumes, les légumes secs, n'apparaissent que rarement (dans 3,5 et 6 % des cas en moyenne).

Le dessert se compose souvent de fromage et de fruits frais, la fréquence étant de 4 à 5 fois par semaine pour chaque sorte de denrées; les autres desserts, tels que: fruits cuits, fruits secs, pâtisseries, biscuits, sont rarement présents au repas.

3^e repas. — Le troisième repas ou goûter n'apparaît que pour 36 % des cas, mais les calculs ont été faits pour l'ensemble des familles alors

que le goûter se trouve consommé de manière assez exclusive dans les seules familles ayant des enfants ou celles comprenant des vieillards; d'autre part, le beurre n'a pu être sorti car il ne figurait pas sur les enquêtes au menu du goûter, alors que pour le petit déjeuner il était mentionné — les résultats ne sont donc donnés qu'à titre d'indication.

On rencontre un assez grand choix d'aliments variés : le fromage, le chocolat, la confiture, le miel, la charcuterie, les fruits frais sont, par ordre de fréquence décroissante, les plus fréquemment rencontrés.

TABLEAU XVII

Fréquence de consommation des aliments
au goûter.

3 ^e repas	%
Viande	0,2
Charcuterie ou Porc	4
Fromages	7
Fruits locaux	1,7
Fruits exotiques	3
Confiture, miel	3,9
Chocolat (en tablettes)	6
Pâtisseries	0,4
Brioche ou croissants	0,5
Pain d'épices, gâteaux secs	2
Restes	2,6
Café	1,1
Café au lait	1,3
Thé au lait	1
Lait	1,4

4^e repas. — Le tableau XVIII figure la fréquence de consommation au quatrième repas ou repas du soir.

La soupe est consommée par un grand nombre de familles puisqu'elle apparaît dans 86,3 % des cas; elle est le plus souvent à base de légumes (77 % des cas).

On trouve ensuite un plat, soit :

— à base de viande de boucherie, d'abats ou de volailles pour 26 % des cas, deux fois par semaine environ;

— à base de charcuterie ou de porc pour 16 % des cas, un peu plus d'une fois par semaine;

— à base d'œufs, pour 15 % des cas, soit 1 fois par semaine environ;
— à base de poisson frais, de poisson de conserve ou de coquillages, pour 10 % des cas environ, soit un peu moins d'une fois par semaine.

Puis le plat de légumes frais qui paraît dans 96 % des cas, les légumes cuits pour 70 %, la salade crue pour 26 %.

Parmi les légumes cuits figurent des pommes de terre deux fois par semaine environ en moyenne, des céréales ou des pâtes une fois par semaine, des légumes de saison 1 à 2 fois par semaine.

Le fromage est consommé le soir aussi fréquemment qu'au repas de midi pour 63 % des cas, soit 4 à 5 fois par semaine environ.

Les fruits locaux ou exotiques apparaissent au dessert pour 55 % des cas; les autres desserts, rarement présents, sont composés de fruits secs, de fruits cuits, de confiture, de miel.

TABLEAU XVIII

Fréquence de consommation des aliments au repas du soir.

4 ^e repas	%	4 ^e repas	%
<i>Potages :</i>		<i>Légumes :</i>	
au lait	3	Pommes de terre	27
aux légumes	73	Céréales et pâtes	17
bouillon gras	4,2	Légumes secs	4
au pain	0,3	Légumes frais cuits	20
aux légumes et céréales	4,4	Conserves de légumes	1,7
Viandox	0,4	<i>Fromage :</i>	
<i>Crudités</i>	1	Fromage gras	63
<i>Salades</i>	26	Yaourt	1,3
<i>Viandes :</i>		Crème fraîche	0,4
grillée ou rôtie	9	<i>Beurre servi sur la table</i>	3,2
en hachis	1,5	<i>Fruits :</i>	
en ragoût	2,2	crus locaux	26
Pot-au-feu	2,6	crus exotiques	29
Viande froide	3,2	cuits	4,8
Abats	1,9	secs	3,1
Viande de cheval	0,9	Confiture, miel	7
Porc frais	2,3	Chocolat	1,3
Porc salé	0,8	<i>Préparations culinaires :</i>	
Charcuterie	13	Sauces	1,5
Lard	1,3	Entrées	0,1
Volailles	1,5	Entremets plus crêpes	2,3
Lapins	2,2	Pâtisseries	2,7
<i>Poissons :</i>		Plats au lait	1,9
Coquillages	2,1	Brioche ou croissants	—
Poisson frais	4,4	Restes	16
Poisson de conserve	3,9	Biscuits, pain d'épices, gâteaux secs	5
<i>Œufs nature</i>	15	<i>Café</i> (dont 8 % café au lait)	2,7
		<i>Thé</i>	0,4

Il apparaît en général que l'alimentation révèle pour bon nombre de familles le désir de se bien nourrir : les menus sont variés et sans qu'il y ait pourtant de préparations culinaires compliquées, les menus témoignent d'une variété assez grande non seulement dans leur ordonnance, mais dans la recherche des denrées, le choix des morceaux. C'est ainsi qu'on trouve un grand choix dans les viandes, avec prédominance des viandes grillées et des viandes rôties : beefsteack, tournedos, côtelettes, mais aussi de la tête de veau, de la langue, du lapin aux champignons,

de la blanquette de veau, du bœuf bourguignon, du veau braisé, des tripes, du jarret de veau, etc.

Une assez grande variété dans les poissons : harengs, merlans, colins, daurades, des huîtres quelquefois.

On trouve parfois d'excellents repas témoignant du plaisir de consommer un repas copieux avec apéritif, digestif, desserts préparés à la maison, tartes, mousses au chocolat. Il semble en ressortir que la ménagère s'est appliquée à bien nourrir sa famille.

On trouve pourtant aussi des menus peu variés où le repas du soir est composé des restes de celui de midi,

ou bien d'une grande simplicité dans le choix des mets où le repas de midi lui-même est du type : viande, légumes, fromage, sans entrée, sans autre dessert.

En ce qui concerne les familles ayant de jeunes enfants, les menus comportent plus souvent des céréales : bouillies au petit déjeuner, pâtes, riz, etc...; plus de purées de pommes de terre, plus de petits suisses.

Les menus des quelques familles de retraités sont de deux types : les uns copieux au repas de midi, montre une assez grande recherche et variété de menus; mais il s'agit là de ménages de retraités, et des enquêtes plus étendues, faites postérieurement, montrent que c'est l'alimentation du retraité ou du vieillard isolé qui est très précaire;

d'autres témoignent de difficultés pécuniaires par leur frugalité et par le choix des denrées moins coûteuses. Le repas du soir pour l'ensemble de ces familles est toujours très léger, souvent composé d'une soupe, de fromage, de confiture, ou d'une soupe et de riz au lait, ou de soupe, légumes, petits suisses — les fruits cuits en compote sont fréquemment rencontrés.

CONCLUSION

L'étude des moyennes de consommation des familles parisiennes durant l'hiver 1950-1951 a révélé une alimentation variée et copieuse.

L'influence de la taille de la famille se traduit par une diminution des moyennes de consommation à mesure que la famille augmente, diminution qui s'explique en partie par la présence de jeunes convives au foyer; le pourcentage des dépenses attribuées à l'achat des produits à base de céréales et de produits laitiers s'élève.

L'influence du milieu social sur la consommation et la répartition des dépenses est peu marquée; seules les consommations de pain et de boisson sont nettement plus élevées en milieu ouvrier.

La comparaison des moyennes de consommation réelle pour certains éléments nutritionnels aux normes théoriques représentatives du groupe de familles enquêtées montre une consommation de valeur nutritionnelle supérieure aux normes, les différences étant moins élevées pour les familles ouvrières de trois enfants.

L'influence du nombre de salaires se traduit par une élévation de la consommation des denrées coûteuses : viande de boucherie, charcuterie, fruits frais, boisson; élévation plus marquée pour les familles sans enfant.

Les dépenses totales par unité de consommation en s'élevant entraînent une augmentation quantitative de l'alimentation, sans qu'il y ait stabilisation de consommation, sauf pour la margarine, le saindoux et les légumes secs; on voit l'influence prépondérante du budget familial sur la consommation alimentaire dans les milieux sociaux enquêtés.

Le calcul du pourcentage de l'apport nutritionnel de certains aliments, suivant les dépenses alimentaires par consommateur type, montre qu'à mesure qu'elles s'élèvent :

— le pourcentage des calories apportées par le pain et les pommes de terre diminue, que celui des produits laitiers est stable, que celui de la viande et du beurre augmente;

— le pourcentage des protides animaux apportés par la viande de boucherie, les œufs, le lait augmente, mais celui des protides animaux apportés par le poisson diminue;

— le pourcentage du calcium apporté par le fromage, les légumes et les fruits frais augmente alors que le pourcentage du calcium apporté par le lait diminue.

L'étude des habitudes alimentaires confirme la variété de l'alimentation, variété dans le choix des denrées, variété dans l'ordonnance des menus et dans les préparations culinaires.

(Enquêtes effectuées par l'I. N. S. E. E.
dans le programme de coopération avec l'I. N. H.)
Dépouillement et rédaction :

J. TRÉMOLIÈRES et F. VINIT.

ENQUÊTE SUR L'APPAREILLAGE MÉNAGER

La Section de Marseille de l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE a effectué en mai et juin 1951 une enquête sur l'organisation ménagère avec l'aide de l'I. N. S. E. E. et le concours de l'Electricité de France.

Cette enquête était destinée à faire connaître, en prenant plus spécialement pour objet les installations électriques, quelle était à Marseille l'organisation du chauffage, du logement, les installations d'eau chaude et les installations culinaires, les appareils ménagers, les acquisitions souhaitées et les acquisitions réalisables dans un court laps de temps.

Les feuilles de ménage de 1946 ont servi de première base au tirage de l'échantillon dont la valeur représentative fut améliorée par une stratification des quartiers de Marseille, c'est-à-dire que les quartiers furent groupés en trois strates, le nombre des ménages interrogés tirés au sort à l'intérieur de chaque strate étant proportionnel au nombre total des ménages de la strate.

Afin d'étudier plus spécialement l'équipement électrique, les ménages furent classés en trois groupes d'après le type de contrat souscrit au point de vue électrique : dans le groupe A furent classés les ménages très électrifiés; dans le groupe C les ménages possédant seulement le courant lumière; dans le groupe B les ménages ayant des contrats de valeurs intermédiaires.

Le groupe A fut interrogé dans sa totalité; dans le groupe B on interrogea un ménage sur deux; dans le groupe C un ménage sur cinq.

L'échantillon fut redressé en appliquant les coefficients 2 et 5 aux résultats des groupes B et C; l'échantillon ainsi constitué comprit 1 669 ménages après avoir éliminé les refus de réponses qui s'élevaient à 3 %.

Le nombre total de ménages a été estimé à 204 000 pour la ville de Marseille; ce chiffre n'est évidemment qu'approché, les modifications depuis 1946 ne pouvant être précisées; de ce fait, les nombres donnés dans les *tableaux statistiques et se rapportant à l'ensemble de la population ne sont que des indications.*

LES PROFESSIONS furent classées sous les neuf rubriques ci-dessous, mais avec les remarques suivantes :

— la dénomination « cadres » fut appliquée aux industriels, directeurs d'usine, ingénieurs, officiers, hauts fonctionnaires;

— celle de « maîtrise » fut appliquée aux navigateurs de marine marchande, aux agents de police et aux contremaitres;

— on classa dans les employés, des employés de commerce ou des fonctionnaires subalternes;

— les retraités I représentent les retraités de professions libérales, les retraités II représentent les vieux travailleurs.

CLASSEMENT PAR PROFESSIONS

Professions	Nombre absolu	%	Estimation pour l'ensemble de la ville
Libérales	80	4,8	9 800
Cadres	88	5,3	10 800
Maîtrise	172	10,4	21 000
Artisans	157	9,4	19 200
Commerçants	220	13,1	26 900
Employés	370	22,2	45 200
Ouvriers	338	20,2	41 300
Retraités I	80	4,8	9 800
Retraités II	164	9,8	20 000

La COMPOSITION DES FAMILLES étudiées fut la suivante :

	Nombre absolu.	%	Estimation pour l'ensemble de la ville
1 et 2 personnes	628	37,6	76 800
3 et 4 personnes	716	42,9	87 500
5 personnes et plus	325	19,5	39 700

On étudia les CONDITIONS D'HABITATION pour lesquelles on adopta la classification en appartements : possédant un salon, possédant seulement une salle à manger ou n'en possédant pas.

Les résultats montrent que 52,6 % des ménages appartiennent à cette troisième catégorie.

	Nombre absolu	%	Estimation pour l'ensemble de la ville
Appartement possédant un salon.	132	7,8	16 200
Appartement possédant une salle à manger	661	39,6	80 800
Appartement ne possédant ni salon ni salle à manger	876	52,6	107 000

Les rubriques concernant le SYSTÈME DE CHAUFFAGE permirent d'établir les résultats suivants : les installations de chauffage sont évidemment influencées par la situation méridionale de la ville de Marseille où la douceur du climat n'exige pas d'installations de chauffage aussi développées que dans le nord de la France. C'est ainsi que les installations de chauffage central individuel sont très rares, elles n'existent que pour 7 % seulement des cas. En dehors de ce mode de chauffage, on remarque que les systèmes de chauffage les plus répandus sont les cuisinières à charbon, les poêles à bois ou à charbon et les feux dans les cheminées; l'utilisation des appareils électriques n'intervenant que comme chauffage d'appoint, celle des appareils à gaz de ville étant fort rares.

Les divers modes de chauffage se surajoutent communément les uns aux autres.

MODES DE CHAUFFAGE UTILISÉS

	Nombre absolu	%	Estimation pour l'ensemble de la ville
Chauffage central :			
par l'immeuble	37	2,2	4 500
individuel	84	5	10 200
Cheminées utilisées	308	18	37 700
Poêles à bois	109	6,5	13 300
Poêles à charbon	495	29,6	60 500
Cuisinières à bois	31	1,8	3 800
Cuisinières à charbon	1 198	71	146 400
Chauffage au gaz de ville.....	55	3,2	6 700
Chauffage à l'électricité :			
pour chauffage total	34	2	4 200
pour chauffage d'appoint	295	17,6	36 100

Le dénombrement des INSTALLATIONS SANITAIRES révéla que 80 % des logements ne comportent aucune installation spécialement destinée à la toilette; 11 % seulement des logements possèdent une salle de bain et 9,8 % un cabinet de toilette.

La pénurie de ces installations semblerait liée à Marseille à son aménagement hydraulique qui demanderait à être amélioré de telle sorte que les installations sanitaires puissent être plus facilement multipliées.

	Nombre absolu	%	Estimation pour l'ensemble de la ville
Salle de bain.....	185	11	22 600
Cabinet de toilette avec douche..	41	2,5	7 000
Cabinet de toilette avec eau courante	123	7,3	15 000

Le nombre des foyers possédant l'EAU CHAUDE COURANTE est peu élevé : 16,7 % seulement.

Parmi les 16 % des ménages possédant une installation permettant l'usage de l'eau chaude, celle-ci est obtenue par les moyens suivants qui se surajoutent les uns aux autres pour un certain nombre d'entre eux.

	Nombre absolu	%	Estimation pour l'ensemble de la ville
Appareils électriques	188	11,2	23 000
Appareils à gaz	73	4,3	9 000
Chaudières	57	3,4	7 000

Les installations d'eau chaude existent :

dans la salle de bain pour 182 familles, soit 10,9 %;

dans le cabinet de toilette pour 95 familles, soit 51,6 %;

sur l'évier pour 82 familles, soit 4 %.

Parmi ces familles, 38 d'entre elles, soit 2,2 % de l'ensemble des familles enquêtées, ont plusieurs installations.

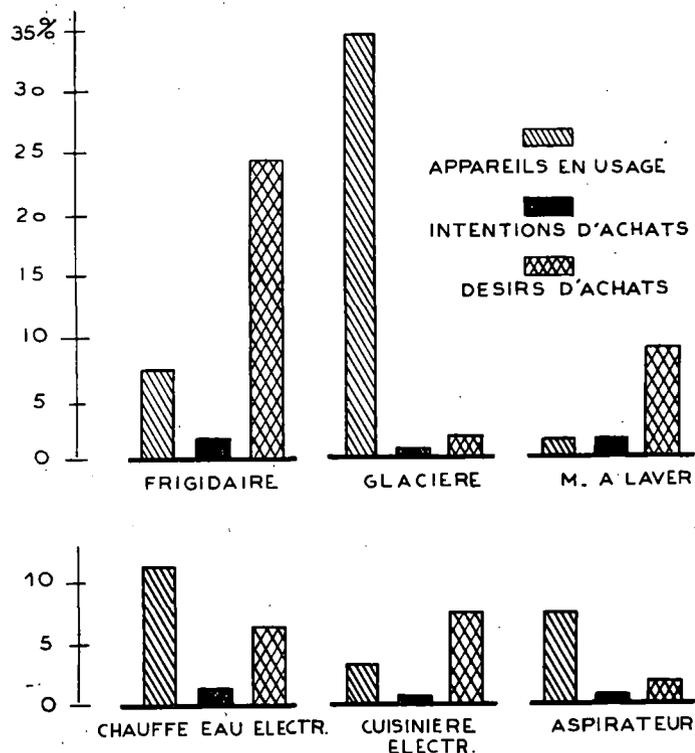
L'utilisation des installations varie selon les saisons, l'eau chaude étant fournie en hiver par chaudière, en été par chauffe-eau au gaz ou électrique, ou bien l'eau chaude n'étant utilisée que deux jours par semaine.

Les APPAREILS MÉNAGERS utilisés sont les suivants, par valeur décroissante :

	Valeur absolue	%	Estimation pour l'ensemble de la ville
Fers à repasser :			
électriques	1 498		
au gaz	17		
en fonte	161		
<i>Total</i>	1 676	100,6	204 800
Machines à coudre.....	880	52,5	107 500
Glacières	577	34,5	70 500
Frigidaire	127	7,5	15 500
Aspirateurs	118	7	14 400
Bouilloires électriques	52	3,1	6 400
Séchoirs à cheveux	32	1,9	3 900
Machines à laver	24	1,3	2 900
Moulins à café électriques.....	21	1,2	2 600
Ventilateurs	18	1	2 200
Circuses électriques	15	0,9	1 400
Couvertures chauffantes	2	0,1	200

Outre les fers électriques et les machines à coudre, les appareils les plus répandus sont les frigidaires et les glacières; on retrouve là l'influence du climat méridional; puis les aspirateurs, les bouilloires électriques et en très petit nombre se succèdent les autres appareils ménagers.

Les questionnaires comportaient ensuite des rubriques relatives aux INTENTIONS D'ACHATS et abordaient ensuite la question plus vague des DÉSIRS D'ACHATS exprimés par les familles.



GRAPHIQUE I

N°11307

Comparaison entre les appareils en usage, les intentions d'achats et les désirs d'achats.

Le nombre des ménages ayant formulé des INTENTIONS D'ACHATS s'est élevé à 108, soit 6,4 %; 1 561 ménages, soit 93,6 %, n'ayant pas d'intentions d'achats.

Le nombre des ménages ayant exprimé des DÉSIRS D'ACHATS s'est élevé à 1 208, soit 72,3 %; 461 ménages, soit 27,7 %, n'ayant pas exprimé de désirs d'achats. Ces 27,7 % sont représentés par de vieux ménages ou bien de jeunes ménages ayant déclaré préférer les vieilles routines.

Le tableau ci-dessous et le graphique I indiquent les résultats concernant les intentions et les désirs d'achats (en %) en les comparant aux appareils en usage.

COMPARAISON ENTRE LES APPAREILS EN USAGE, LES INTENTIONS D'ACHATS ET LES DÉSIRS D'ACHATS

	Appareils en usage en %	Intentions d'achats en %	Désirs exprimés en %
Frigidaires	7,5	1,7	24,5
Glacières	34,5	0,3	1,6
Machines à laver	1,3	1,3	8,9
Chauffe-eau électrique	11,2	1,1	6
Chauffe-eau au gaz	4,3	0,3	0,55
Machines à coudre électriques	2,5	—	3,6
Fers à repasser électriques	90	—	0,2
Aspirateurs	7	0,1	1,8
Radiateurs	19,9	0,4	5,3
Cuisinières électriques	3	0,2	7
Réchauds ou fours au gaz de ville	35,6	—	6,3
Cuisinières à gaz butane	0,05	0,1	—
Réchauds à gaz butane	14,6	0,4	—
Appareils de T. S. F.	71	0,35	2

On est frappé des différences existant entre intentions et désirs d'achats. Aux questions posées sur les raisons retenant les enquêtés dans leurs réalisations d'achats, on a obtenu les résultats suivants :

	Nombre absolu	%	Estimation pour l'ensemble de la ville
<i>Désirs d'achats retenus :</i>			
par le prix d'achat	1 102	66,2	134 600
le tarif de consommation	41	2,4	5 000
le manque de place	30	1,7	3 700
les dépenses d'installation intérieure	28	1,6	3 400
les dépenses de raccordement	7	0,4	900

L'étude du graphique II, traitant de l'incidence de la profession sur les intentions et les désirs d'achats, révèle que le plus grand nombre de familles ayant exprimé des intentions et des désirs d'achat appartiennent aux professions libérales et aux cadres, une plus grande aisance favorisant projets et réalisations.

Les commerçants, qui connaissent la valeur de l'argent, réalisent mais ne rêvent pas.

INTENTIONS D'ACHATS ET DÉSIRS D'ACHATS PAR

Appareils ménagers	Libérales		Cadres		Maîtrise		Artisans	
	Nb. absolu	%						
Nombre de cas.....	80	4,8	88	5,3	172	10,4	157	9,4
<i>Frigidaires.</i>								
Intentions	1	1,25	7	7,9	—	—	5	3,1
Désirs	19	23,8	17	19,3	54	31,3	36	22,9
<i>Machines à laver.</i>								
Intentions	—	—	8	9	—	—	—	—
Désirs	11	13,8	19	21,6	22	12,8	5	3,1
<i>Aspirateurs.</i>								
Intentions	1	1,25	1	1,1	—	—	—	—
Désirs	3	3,7	5	5,7	1	0,6	8	5,1
<i>Cuisinières électriques.</i>								
Intentions	—	—	—	—	—	—	—	—
Désirs	5	6,2	12	13,6	12	6,9	18	1,6
<i>Radiateurs électriques.</i>								
Intentions	2	2,5	—	—	5	2,9	—	—
Désirs	—	—	5	5,7	10	5,8	5	3,1
<i>Chauffe-eau électriques.</i>								
Intentions	1	1,25	—	—	5	2,9	—	—
Désirs	19	23,7	5	5,7	11	6,4	3	1,9
<i>Chauffe-eau au gaz.</i>								
Intentions	5	6,2	—	—	—	—	—	—
Désirs	—	—	5	5,7	—	—	5	3,1
<i>Cireuses.</i>								
Intentions	1	1,25	—	—	—	—	—	—
Désirs	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Rasoirs électriques.</i>								
Intentions	—	—	—	—	—	—	—	—
Désirs	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Moulins à café électriques.</i>								
Intentions	1	1,25	—	—	—	—	—	—
Désirs	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>T. S. F.</i>								
Intentions	—	—	—	—	—	—	—	—
Désirs	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Glacières.</i>								
Intentions	—	—	—	—	—	—	5	3,1
Désirs	—	—	—	—	5	2,9	1	0,6

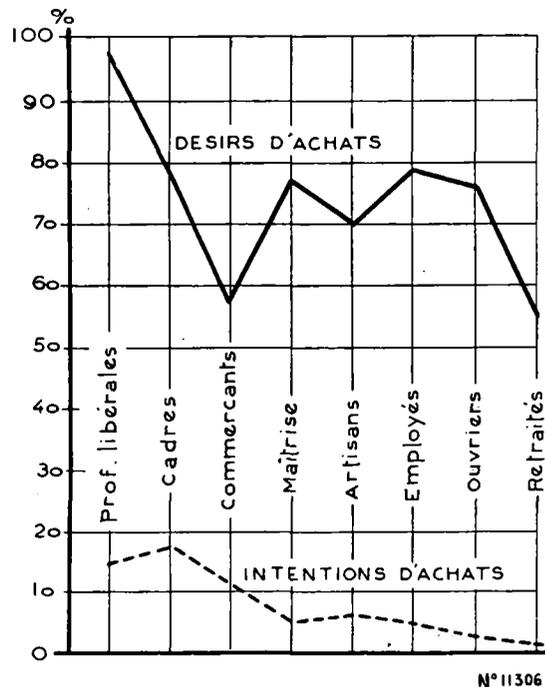
PROFESSION POUR CERTAINS APPAREILS MÉNAGERS

	Commerçants		Employés		Ouvriers		Retraités		Total	
	Nb. absolu	%	Nb. absolu	%	Nb. absolu	%	Nb. absolu	%	Nb. absolu	%
	220	13,1	370	22,2	338	20,2	244	14,6	1 669	100
<i>Frigidaires.</i>										
Intentions	10	4,6	3	0,8	2	0,6	—	—	28	1,7
Désirs	57	25,9	109	29,6	74	21,9	43	17,6	409	24,5
<i>Machines à laver.</i>										
Intentions	6	2,8	6	1,6	—	—	—	—	20	1,3
Désirs	12	5,4	36	9,7	31	9,3	12	4,9	148	8,9
<i>Aspirateurs.</i>										
Intentions	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,1
Désirs	4	1,8	5	1,25	5	1,5	—	—	31	1,8
<i>Cuisinières électriques.</i>										
Intentions	2	0,9	—	—	2	0,6	—	—	4	0,6
Désirs	21	9,5	26	7,1	19	5,6	5	2,1	118	7
<i>Radiateurs électriques.</i>										
Intentions	—	—	—	—	—	—	—	—	7	0,4
Désirs	6	2,8	35	9,5	27	7,9	—	—	88	5,3
<i>Chauffe-eau électriques.</i>										
Intentions	7	3,2	4	1,1	—	—	2	0,8	19	1,1
Désirs	8	3,6	18	4,9	20	5,9	10	4,1	94	6
<i>Chauffe-eau au gaz.</i>										
Intentions	—	—	—	—	—	—	—	—	5	0,3
Désirs	—	—	—	—	—	—	—	—	10	0,5
<i>Cireuses.</i>										
Intentions	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,05
Désirs	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Rasoirs électriques.</i>										
Intentions	1	0,5	—	—	—	—	—	—	1	0,05
Désirs	—	—	5	1,5	—	—	—	—	5	0,3
<i>Moulins à café électriques.</i>										
Intentions	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,05
Désirs	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>T. S. F.</i>										
Intentions	1	0,5	5	1,25	—	—	—	—	6	0,3
Désirs	5	2,3	5	1,25	15	4,4	10	4,1	35	2
<i>Glacières.</i>										
Intentions	—	—	—	—	—	—	—	—	5	0,3
Désirs	—	—	9	2,4	7	2	5	2,1	27	1,6

Les familles d'artisans, celles appartenant à la maîtrise, les employés, les ouvriers ne peuvent passer aux réalisations, mais leurs désirs d'achats sont multiples.

Les retraités n'ont ni intentions ni désirs d'achats.

Le tableau précédent (pp. 650-651) permet la comparaison entre intentions et désirs d'achats par rapport aux professions pour certains appareils ménagers.



GRAPHIQUE II

Incidence de la profession sur les intentions d'achats et les désirs d'achats exprimés par les familles.

(En % à l'intérieur de chaque profession.)

Il apparaît en conclusion que l'appareillage ménager pour l'ensemble de la ville de Marseille est encore peu développé.

Les installations sanitaires pour la toilette (salles de bain, cabinets de toilette) se trouvent seulement dans 20 % des habitations; pour 80 % des ménages, la toilette se fait à la cuisine.

Les installations de chauffage central sont extrêmement rares (2,2 %); celles de chauffage au gaz plus encore; les moyens de chauffage les plus communément utilisés sont les cuisinières (72,8 %) et les poêles (36 %), les radiateurs électriques n'étant encore considérés que comme chauffages d'appoint ou de secours.

Les appareils procurant l'eau chaude courante sont encore rares (16 %).

Les appareils ménagers utilisés les plus couramment sont les fers à repasser (100 %), les machines à coudre (52 %), les glacières (34 %); l'usage des autres appareils ménagers électriques étant fort rare.

La différenciation entre « intentions d'achats » et « désirs d'achats » nous paraît apporter un élément assez remarquable quant à la psychologie des familles enquêtées, les intentions d'achats n'existant que pour 6 % des familles, alors que 72 % d'entre elles ont exprimé des désirs d'achats. L'incidence des professions sur les acquisitions possibles est intéressante à observer; elle paraît conditionnée par le prix de l'appareillage ménager actuel qui, pour 66 % des familles, est invoqué comme le principal obstacle à la réalisation de leurs désirs.

Travail de la Section de Marseille de l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE,

M^{me} DEJEAN ;

avec l'aide technique de P. CARRÈRE, de la Direction régionale de l'I. N. S. E. E.
et le concours de l'ÉLECTRICITÉ DE FRANCE.

PÉDIATRIE

MORTALITÉ FŒTO-INFANTILE EN 1951

(TROISIÈME ET QUATRIÈME TRIMESTRES)

L'évolution pendant le troisième trimestre de l'année 1951 a continué à être favorable. L'indice de la mortalité infantile est le plus bas enregistré jusqu'à présent : 36,4 ‰. Par contre, l'indice du 4^e trimestre, bien qu'assez satisfaisant (41 ‰), accuse une augmentation par rapport à celui de 1950-iv.

Le tableau ci-dessous résume cette évolution :

MORTALITÉ INFANTILE

Indices trimestriels. Base annuelle.

	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre
1949 (rappel)	53	50
1950	37	38
1951	36	41
<i>Différence entre 1950 et 1951 (%)</i>	- 2,7	+ 7

Les taux de mortinatalité, à peu près stationnaires pendant le 1^{er} semestre 1950, puis en augmentation pendant le 2^e semestre 1950 et le 1^{er} semestre 1951, accusent une tendance à la diminution pendant le 3^e et le 4^e trimestre 1951. Mais il s'agit de variations faibles.

MORTINATALITÉ

Taux pour 1 000 naissances totales.

	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre
1950	24,6	26,3
1951	24	26,2
<i>Variations %</i>	- 2,4	- 0,3

L'étude de la mortalité infantile par tranche d'âge montre, pour les 3^e et 4^e trimestres de 1951, une répartition voisine de celle qui fut observée pendant les périodes homologues de l'année précédente, c'est-

MORTALITÉ INFANTILE PAR TRANCHE D'ÂGE

Troisième trimestre.

	1950		1951	
	% décès	% naissances vivantes (1)	% décès	% naissances vivantes (1)
0 à 6 jours.....	33,7	12,6	32,3	11,7
7 à 27 jours.....	16	5,9	14	5,1
28 à 364 jours.....	50,3	18,9	53,6	19,5
<i>Total</i>	100	37,5	99,9	36,3
0 à 27 jours.....	49,7	18,5	46,1	16,8

(1) Indices trimestriels bruts (base annuelle).

Quatrième trimestre.

	1950		1951	
	% décès	% naissances vivantes (1)	% décès	% naissances vivantes (1)
0 à 6 jours.....	32	12,4	30,2	12,2
7 à 27 jours.....	15,7	6	13,3	5,4
28 à 364 jours.....	52,4	20,2	56,5	23
<i>Total</i>	100	38,5	100	40,6
0 à 27 jours.....	47,7	18,4	43,5	17,6

(1) Indices trimestriels bruts (base annuelle).

à-dire que la mortalité des 4 premières semaines, représente près de la moitié de la mortalité totale de la première année. On note cependant une légère tendance à la diminution de cette mortalité précoce en 1951 (3^e et 4^e trimestres).

En ce qui concerne la mortalité par cause incriminée, on ne relève que de faibles variations : les indices « rougeole » et « broncho-pneumonie » sont en augmentation, alors que la gastro-entérite est moins souvent invoquée (la différence porte surtout sur le 3^e trimestre). Les malformations congénitales ont été un peu plus souvent invoquées.

MORTALITÉ INFANTILE PAR CAUSES

Indices trimestriels.

	3 ^e trimestre				4 ^e trimestre			
	1950		1951		1950		1951	
	N.	% N. V.	N.	% N. V.	N.	% N. V.	N.	% N. V.
Tuberculose	93	0,43	102	0,49	94	0,44	94	0,46
Coqueluche	131	0,47	82	0,40	50	0,23	45	0,22
Rougeole	19	0,09	74	0,35	16	0,07	30	0,14
Grippe	8	0,03	9	0,04	64	0,30	81	0,39
Otite et mastoïdite	75	0,35	75	0,36	89	0,41	100	0,49
Broncho-pneumonie	645	3,01	680	3,29	901	4,22	1 071	5,22
Gastro-entérite	863	4,03	581	2,81	535	2,50	502	2,45
Malformations congén.	603	2,81	613	3,02	570	2,66	630	3,08
Lésions dues à l'accouch. ...	391	1,82	423	2,04	370	1,73	388	1,89
Asphyxie et atelectasie post-natales	86	0,40	78	0,37	78	0,36	85	0,42
Débilité et prématur.			1 181	5,72			1 339	6,54
Autres affections particulières à la première enfance	3 256	15,20	1 857	9	3 285	15,40	1 895	9,26

Sur le plan départemental, on pourra remarquer que les départements les plus défavorisés pendant le 3^e trimestre sont la Corse et la Lozère. Puis viennent le Pas-de-Calais, les Pyrénées-Orientales et la Haute-Garonne. Ces cinq départements sont les seuls dont l'indice trimestriel soit supérieur à 50 ‰. Pour le 4^e trimestre, la situation est, évidemment, moins favorable dans l'ensemble. Le Pas-de-Calais reprend sa place habituelle, en tête de la mortalité infantile, avec un indice de 83 ‰ en augmentation de 20 ‰ sur l'indice de 1950-iv. La Corse, le Nord viennent ensuite avec des augmentations du même ordre. On notera aussi des augmentations notables dans d'autres départements.

Pour certains, il s'agit d'un retour aux indices enregistrés pendant le dernier trimestre des années précédentes, après une chute spectaculaire en 1950-iv (par exemple, Dordogne, Loiret, Haute-Marne). Pour d'autres,

l'indice de 1951-iv est non seulement très supérieur à celui de 1950-iv, mais aussi à celui de 1949-iv; c'est le cas du Territoire de Belfort et de la Haute-Savoie.

En résumé, la mortalité reste pratiquement stationnaire pendant le deuxième semestre de l'année 1951. La mortalité infantile a présenté, au cours du 3^e trimestre, l'indice le plus faible qui ait été enregistré en France jusqu'ici; mais le 4^e trimestre, moins favorable, a eu au contraire une légère augmentation par rapport à la période homologue de l'année précédente. Dans l'ensemble les résultats pour l'année 1951, qui seront publiés en détail dans un prochain Bulletin, sont très voisins de ceux de l'année précédente (mortalité : 25 ‰ en 1950 et en 1951; mortalité infantile 47 ‰ en 1950 et 46 ‰ en 1951; mortalité fœto-infantile : 71 ‰ en 1950, 70 ‰ en 1951).

Travail de la Section de Pédiatrie, présenté par

F. ALISON et M^{me} CORONE.

(Chiffres de base fournis par l'I. N. S. E. E.)

TABLEAU I

Mortalité infantile

(TROISIÈME TRIMESTRE)

Départements	1949-III	1950-III	1951-III	Différence entre 1950 et 1951 (en %)
Ain	53	41	32	- 21
Aisne	56	35	49	+ 40
Allier	47	34	35	+ 2
Alpes (Basses-)	32	43	22	- 48
Alpes (Hautes-)	45	43	31	- 27
Alpes-Maritimes	36	29	44	+ 51
Ardèche	71	52	40	- 23
Ardennes	72	38	50	+ 31
Ariège	82	60	44	- 26
Aube	67	32	42	+ 31
Aude	31	34	34	0
Aveyron	63	48	32	- 33
Belfort (Terr. de)	42	38	36	- 5
Bouches-du-Rhône	52	38	37	- 2
Calvados	64	33	38	+ 15
Cantal	61	54	35	- 35
Charente	36	30	29	- 3
Charente-Maritime	51	24	28	+ 16
Cher	56	37	30	- 18
Corrèze	47	52	18	- 65
Corse	91	75	81	+ 8
Côte-d'Or	30	31	37	+ 19
Côtes-du-Nord	62	35	39	+ 11
Creuse	44	25	33	+ 32
Dordogne	48	32	29	- 9
Doubs	54	43	45	+ 4
Drôme	40	31	36	+ 16
Eure	51	32	32	0
Eure-et-Loir	57	35	28	- 20
Finistère	51	35	38	+ 8
Gard	51	61	39	- 36
Garonne (Haute-)	42	38	51	+ 34
Gers	35	52	37	- 28
Gironde	48	30	30	0
Hérault	45	40	41	+ 2
Ille-et-Vilaine	60	47	36	- 23
Indre	45	31	31	0
Indre-et-Loire	45	26	27	+ 3
Isère	43	38	33	- 13
Jura	40	42	35	- 16
Landes	50	49	45	- 8
Loir-et-Cher	49	38	29	- 23
Loire	55	42	38	- 9
Loire (Haute-)	56	44	47	+ 6
Loire-Inférieure	58	32	32	0
Loiret	49	32	36	+ 12
Lot	47	33	37	+ 12
Lot-et-Garonne	52	28	26	- 7
Lozère	82	42	60	+ 42
Maine-et-Loire	67	31	28	- 9
Manche	60	42	38	- 9
Marne	51	37	41	+ 10

TABLEAU I. — MORTALITÉ INFANTILE (suite).

Départements	1949-III	1950-III	1951-III	Différence entre 1950 et 1951 (en %)
Marne (Haute-)	78	38	48	+ 26
Mayenne	65	44	44	0
Meurthe-et-Moselle	51	44	32	- 27
Meuse	62	47	48	+ 2
Morbihan	62	47	50	+ 6
Moselle	64	47	36	- 23
Nièvre	39	30	30	0
Nord	62	45	47	+ 4
Oise	79	38	38	0
Orne	62	41	40	- 2
Pas-de-Calais	69	52	56	+ 7
Puy-de-Dôme	47	30	31	+ 3
Pyrénées (Basses-)	43	46	30	- 8
Pyrénées (Hautes-)	51	34	28	- 17
Pyrénées-Orientales	53	47	53	+ 12
Rhin (Bas-)	46	35	37	+ 5
Rhin (Haut-)	48	38	31	- 18
Rhône	42	34	30	- 11
Saône (Haute-)	50	43	44	+ 2
Saône-et-Loire	42	32	26	- 18
Sarthe	66	38	36	- 5
Savoie	38	36	32	- 11
Savoie (Haute-)	48	37	32	- 13
Seine	33	21	22	+ 4
Seine-Inférieure	95	42	42	0
Seine-et-Marne	54	34	41	+ 20
Seine-et-Oise	47	30	29	- 3
Sèvres (Deux-)	36	29	29	0
Somme	59	53	43	- 18
Tarn	43	38	41	+ 7
Tarn-et-Garonne	50	26	23	- 11
Var	46	43	31	- 27
Vaucluse	40	50	41	- 18
Vendée	46	28	30	+ 7
Vienne	47	26	31	+ 19
Vienne (Haute-)	33	22	23	+ 4
Vosges	57	48	36	- 25
Yonne	63	33	40	+ 21
France entière	53	37,5	36,4	- 2,9

TABLEAU II

Mortalité infantile

(QUATRIÈME TRIMESTRE)

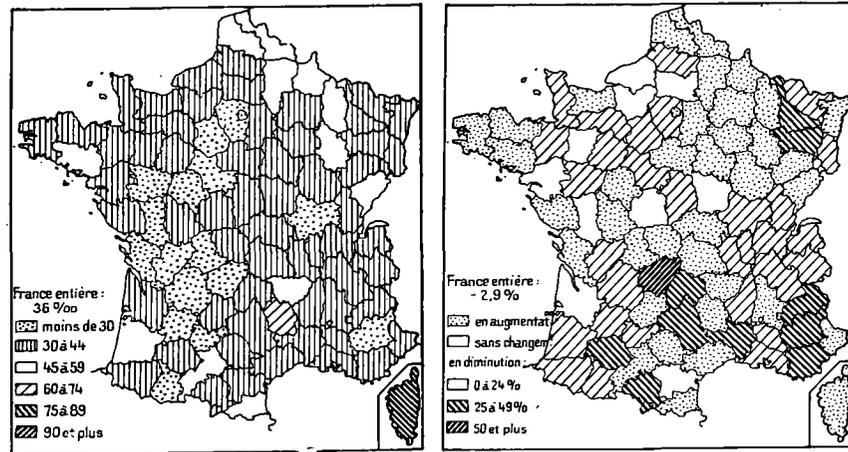
Départements	1949-iv	1950-iv	1951-iv	Différence entre 1950 et 1951 (en %)
Ain	47	32	34	+ 6
Aisne	62	48	58	+ 20
Allier	35	26	32	+ 23
Alpes (Basses-)	27	26	32	+ 23
Alpes (Hautes-)	34	30	34	+ 13
Alpes-Maritimes	43	27	28	+ 3
Ardèche	33	45	46	+ 2
Ardenes	66	48	50	+ 4
Ariège	71	29	46	+ 58
Aube	40	28	27	- 3
Aude	40	29	36	+ 24
Aveyron	41	36	23	- 36
Belfort (Terr. de)	31	28	48	+ 71
Bouches-du-Rhône	36	39	39	0
Calvados	47	41	40	- 2
Cantal	52	39	51	+ 30
Charente	38	34	33	- 2
Charente-Maritime	37	33	27	- 18
Cher	34	28	43	+ 53
Corrèze	30	29	36	+ 24
Corse	66	58	70	+ 20
Côte-d'Or	40	28	31	+ 10
Côtes-du-Nord	66	39	41	+ 5
Creuse	45	29	30	+ 3
Dordogne	38	26	42	+ 61
Doubs	40	41	35	- 14
Drôme	34	32	33	+ 3
Eure	67	47	30	- 36
Eure-et-Loir	43	27	33	+ 22
Finistère	39	34	39	+ 14
Gard	59	51	29	- 43
Garonne (Haute-)	39	33	37	+ 12
Gers	34	37	31	- 16
Gironde	38	26	31	+ 19
Hérault	43	37	39	+ 5
Ille-et-Vilaine	64	42	44	+ 4
Indre	40	42	33	- 21
Indre-et-Loire	46	32	23	- 28
Isère	30	34	34	0
Jura	55	33	38	+ 15
Landes	51	29	36	+ 24
Loir-et-Cher	49	38	25	- 34
Loire	62	34	40	+ 17
Loire (Haute-)	57	41	44	+ 7
Loire-Inférieure	56	34	31	- 8
Loiret	46	25	38	+ 52
Lot	48	48	41	- 14
Lot-et-Garonne	36	36	29	- 19
Lozère	69	64	46	- 28
Maine-et-Loire	60	29	31	+ 6
Manche	55	42	43	+ 2
Marne	48	40	40	0

TABLEAU II. — MORTALITÉ INFANTILE (suite).

Départements	1949-iv	1950-iv	1951-iv	Différence entre 1950 et 1951 (en %)
Marne (Haute-)	54	28	54	+ 93
Mayenne	56	46	50	+ 8
Meurthe-et-Moselle	42	37	46	+ 24
Meuse	52	43	46	+ 6
Morbihan	55	36	41	+ 13
Moselle	51	47	40	- 14
Nièvre	25	36	28	- 22
Nord	74	57	65	+ 14
Oise	55	51	59	+ 15
Orne	55	43	48	+ 11
Pas-de-Calais	95	69	83	+ 20
Puy-de-Dôme	35	26	31	+ 19
Pyrénées (Basses-)	41	32	44	+ 37
Pyrénées (Hautes-)	45	24	25	+ 4
Pyrénées-Orientales	43	53	43	- 18
Rhin (Bas-)	41	36	38	+ 5
Rhin (Haut-)	45	31	26	- 16
Rhône	45	40	31	- 22
Saône (Haute-)	44	37	42	+ 13
Saône-et-Loire	41	33	31	- 6
Sarthe	68	37	47	+ 27
Savoie	31	33	37	+ 12
Savoie (Haute-)	41	33	52	+ 57
Seine	34	30	29	- 3
Seine-Inférieure	73	47	55	+ 17
Seine-et-Marne	52	36	42	+ 16
Seine-et-Oise	44	35	41	+ 17
Sèvres (Deux-)	41	31	25	- 19
Somme	74	54	55	+ 1
Tarn	42	25	35	+ 40
Tarn-et-Garonne	39	35	41	+ 17
Var	31	39	43	+ 10
Vaucluse	34	33	40	+ 21
Vendée	54	28	19	- 31
Vienne	38	25	28	+ 12
Vienne (Haute-)	27	18	15	- 16
Vosges	49	27	35	+ 29
Yonne	70	32	40	+ 25
France entière	50	38	41	+ 7

Mortalité infantile.

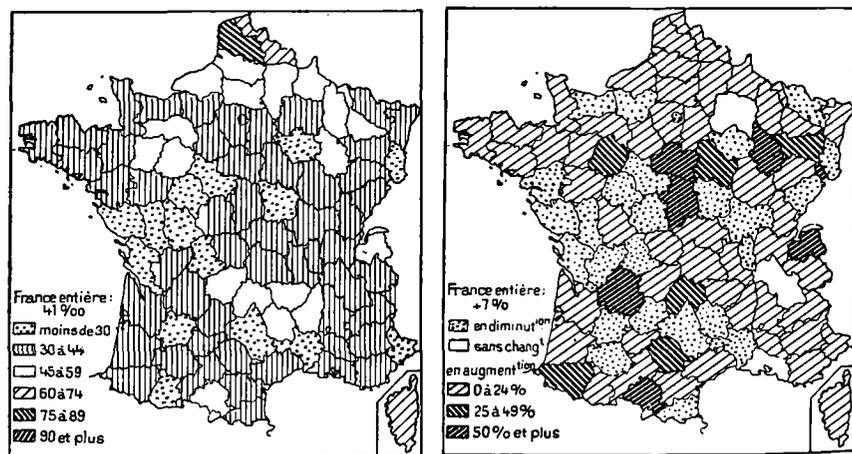
TROISIÈME TRIMESTRE



Troisième trimestre 1951.

Variation des taux
entre 1950-III et 1951-III.

QUATRIÈME TRIMESTRE



Quatrième trimestre 1951.

Variation des taux
entre 1950-IV et 1951-IV.ENQUÊTE SUR LA MORTINATALITÉ
ET LA MORTALITÉ INFANTILE PRÉCOCE A PARIS

On sait que la partie de la mortalité fœto-infantile la plus importante numériquement et la plus difficile à réduire, est représentée par la mortinatalité et les décès du premier mois. C'est pourquoi il a paru intéressant d'étudier d'une manière aussi précise que possible les facteurs médicaux et sociaux de cette mortalité. Dans ce but, une enquête a été effectuée, pendant l'année 1949, dans 5 maternités de Paris, portant sur tous les mort-nés et sur tous les décès survenus avant la fin du 1^{er} mois. Les décès survenus, lorsque l'enfant avait quitté la maternité, ont été connus grâce à la collaboration des services de l'Etat civil des mairies de Paris et du département de la Seine (1).

Une commission s'est réunie à plusieurs reprises pour mettre au point les modalités de l'enquête; elle comprenait MM. les P^{rs} BUGNARD, DEBRÉ, LACOMME, LANTUÉJOL, LELONG, LÉVY-SOLAL et PORTES, les P^{rs} agrégés M. MAYER et RAVINA, les D^{rs} BERLIOZ et ALISON.

Le secteur de l'enquête comprenait : la Clinique Baudelocque (P^r LÉVY-SOLAL), la Maternité Port-Royal (P^r PORTES), la Clinique TARNIER (P^r LANTUÉJOL), la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine (P^r LACOMME), la Maternité de l'Hôpital Lariboisière (P^r agrégé RAVINA).

Les détails de l'organisation de l'enquête seront rapportés dans une monographie éditée par les soins de la Caisse Nationale de Sécurité sociale, ainsi que l'ensemble des tableaux exprimant les résultats. Nous devons nous borner ici à en résumer les principales données.

Chaque cas, qu'il s'agisse d'un mort-né ou d'un décès avant l'âge d'un mois, a fait l'objet d'une double enquête, médicale et sociale, sur les conditions de la gestation et de l'accouchement, ainsi que de la période post-natale pour les enfants nés vivants. Il s'agissait de déterminer,

(1) Nous adressons l'expression de notre respectueuse reconnaissance à M. le Préfet de la Seine, ainsi que nos remerciements aux Services des Mairies, grâce à qui notre enquête a pu être menée complètement.

d'une manière aussi peu arbitraire que possible, les causes médicales du décès, les facteurs sociaux antécédents et concomitants, ainsi que le caractère évitable ou non de ce décès.

L'enquête médicale comportait le dépouillement de l'observation prise à la Maternité, complétée éventuellement par des renseignements demandés aux médecins et sages-femmes qui avaient suivi le cas, à l'hôpital ou en ville.

L'enquête sociale comportait l'interrogatoire de la mère à son domicile chaque fois qu'il était possible, complété éventuellement par des renseignements fournis par les services sociaux dont relevait la mère.

L'enquête médicale a pu être faite dans tous les cas, l'enquête sociale a fait défaut dans 23 cas (sur 596) parce que la mère n'a pu être retrouvée (fausse adresse ou départ pour une destination inconnue).

Les résultats de l'enquête médicale et de l'enquête sociale étaient confrontés pour chaque cas, et à cette occasion une fiche récapitulative était établie, indiquant les conclusions. Certains cas, particulièrement difficiles à classer, ont été soumis pour arbitrage à l'un des chefs de service, membre de la commission.

Enfin, l'enquête a comporté l'étude parallèle de cas témoins (618), enfants vivants, nés dans les 5 maternités précitées, en 1949. Ces cas témoins étaient choisis au hasard sous la seule condition d'une parité égale et d'un âge voisin pour la mère de l'enfant décédé et pour la mère de l'enfant témoin (l'influence de l'âge et de la parité étant classiques, il avait été décidé d'éliminer ce facteur dans la comparaison des décès et des cas témoins).

Nous présenterons successivement :

a) Les données principales sur la mortalité (répartition, causes médicales, facteurs sociaux, caractère évitable ou non du décès).

b) Les données principales sur l'étude comparative des décès et des cas témoins.

c) Les données principales concernant les prématurés et les enfants de faible poids.

I. — MORTINATALITÉ ET MORTALITÉ DE 0 A 30 JOURS

1° RÉPARTITION. — Pour les besoins de l'enquête, les définitions suivantes avaient été retenues par la Commission :

Mort-né : fœtus né après une gestation de 6 mois ou plus, ou pesant 1 000 g ou plus et qui, après expulsion ou séparation complète du corps de la mère, n'a pas présenté de mouvements respiratoires spontanés.

Enfant né vivant : fœtus qui, quelle que soit la durée de la gestation et quel que soit son poids de naissance, a présenté au moins un mou-

vement respiratoire spontané après expulsion ou séparation complète du corps de la mère.

(Ces définitions ont été adoptées avant l'avis du Comité d'experts des statistiques sanitaires, réuni à Genève en avril 1950. Ce Comité a recommandé des définitions différentes.)

Les résultats suivants ont été obtenus :

Naissances vivantes	13 517
Mort-nés	288
Décès de 0 à 30 jours.....	308

Les taux s'établissent comme suit :

a) Mortinatalité (pour 1 000 naissances totales).....	20,9
b) Mortalité de 0 à 30 jours (pour 1 000 naissances vivantes)...	22,8
Mortalité totale (a + b pour 1 000 naissances totales).....	43,2

Ces décès se répartissaient de la manière suivante :

	Nombre	% décès	% naissances ou % survivants
Mort-nés avant travail	146	24,5	10,6
Mort-nés pendant travail	142	23,8	10,3
Décès de la 1 ^{re} heure.....	20	3,4	1,5
Décès du 1 ^{er} jour	146	24,5	10,8
Décès de la 1 ^{re} semaine.....	226	37,9	16,7
Décès de la 2 ^e semaine	28	4,7	2,1
Décès de la 3 ^e semaine	32	5,4	2,4
Décès de la 4 ^e semaine	22	3,7	1,7

Les mort-nés se répartissent à peu près également en décès survenus avant le déclenchement du travail et en décès survenus au cours du travail (notion qui n'est presque jamais précisée dans les statistiques de mortinatalité).

Les décès du 1^{er} mois sont groupés en majorité pendant la 1^{re} semaine et, parmi ces derniers, ceux de la 1^{re} journée sont les plus nombreux (ils représentent 64 % de la mortalité de la 1^{re} semaine).

La surmortalité de la 3^e semaine, par rapport à la mortalité de la 2^e semaine, était inattendue. Elle s'est manifestée dans l'une seulement des 5 maternités, à cause d'une épidémie d'infections de crèche, connue et repérée. Ce clocher, relativement tardif, montre que l'effet des infections contractées pendant les premiers jours de la vie peut être retardé et entraîner le maximum de mortalité bien après la date de sortie habituelle de l'enfant de l'établissement hospitalier (10-12^e jour).

L'étude de la répartition saisonnière a également réservé une surprise: alors que la mortalité post-natale présente, comme il est classique, un clocher hiverno-vernale, nous avons noté un clocher estival imprévu pour la mortinatalité pendant le travail (l'étude statistique faite par le D^r SCHUTZENBERGER a établi que ces chiffres étaient significatifs d'un

excès de mortalité pendant le 3^e trimestre, une pareille différence ne pouvant résulter du hasard que dans 2 % des cas environ). Voici le tableau indiquant cette répartition.

	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre
Naissances totales	3 652	3 601
Mortinatalité avant le travail	45 soit 11,8 ‰ N. T.	34 soit 9,4 ‰ N. T.
Mortinatalité pendant le travail	32 soit 8,8 ‰ N. T.	36 soit 10 ‰ N. T.
Mortalité du 1 ^{er} mois	88 soit 24,6 ‰ N. V.	87 soit 24,6 ‰ N. V.
	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre
Naissances totales	3 251	3 301
Mortinatalité avant le travail	33 soit 10,2 ‰ N. T.	36 soit 10,9 ‰ N. T.
Mortinatalité pendant le travail	45 soit 13,8 ‰ N. T.	29 soit 8,8 ‰ N. T.
Mortalité du 1 ^{er} mois	55 soit 17,3 ‰ N. V.	78 soit 24,1 ‰ N. V.

Cette surmortalité estivale pendant le travail n'a pas encore été signalée, à notre connaissance. S'agit-il d'un fait constant, en rapport avec une susceptibilité plus grande du fœtus au traumatisme de la naissance pendant la saison chaude ? S'agit-il d'un accident fortuit, lié aux vacances du personnel, entraînant un surmenage de ceux qui assurent le service pendant cette période ? Est-ce une cause qui nous échappe ? Nous pensons qu'il y aurait lieu d'effectuer de nouvelles recherches.

2° CAUSES MÉDICALES DES DÉCÈS. — Ces causes ont été réparties sur 7 têtes de chapitres (classification inspirée par les travaux du D^r CHOMÉ).

La prématurité n'a été invoquée comme cause de décès que si son étiologie était inconnue et si, d'autre part, aucune autre cause capable d'entraîner le décès à elle seule n'a été retenue. La gemellité n'a été retenue que s'il n'y avait aucun autre motif permettant d'expliquer le décès à lui seul.

Les tableaux détaillés pour chacune des subdivisions sur la mortalité seront publiés ailleurs. On trouvera ci-dessous la répartition par cause retenue pour les mort-nés d'une part, pour les décès du 1^{er} mois de l'autre. Dans 433 cas sur 596 (72,6 %), une cause médicale unique a été invoquée. Dans 163 cas (27,4 %), deux ou plusieurs causes ont été incriminées. On a distingué chaque fois, parmi les causes associées, responsables d'un même décès, la cause principale d'une part, et d'autre part, la ou les causes accessoires.

CAUSES MÉDICALES DES DÉCÈS

Cause unique = C. un.
 Causes associées = C. ass.
 Cause principale = P.
 Cause accessoire = Acc.

	Mort-nés			Décès 1 ^{er} mois		
	C. un.	C. ass.		C. un.	C. ass.	
		P.	Acc.		P.	Acc.
A) MALADIES DE LA MÈRE						
Anomalies du bassin	5	3	6	2	2	2
Néphropathie gravidique	38	5	5	3	3	3
Néphropathie non gravidique	3	2	1	2	0	3
Infection maternelle aiguë	7	2	0	5	1	8
Syphilis	10	1	0	8	3	5
Cardiopathie maternelle	0	0	2	2	0	1
Endométrite	1	0	1	4	3	4
Traumatisme maternel	1	0	0	0	0	1
Autres maladies de la mère	4	2	2	6	1	1
<i>Total des maladies de la mère ..</i>	<i>69</i>	<i>15</i>	<i>17</i>	<i>32</i>	<i>13</i>	<i>38</i>
B) MALADIES DE L'ŒUF OU DU FŒTUS						
Malformations congénitales	7	2	2	19	4	14
Hydramnios	6	4	6	0	4	2
Placenta prævia	8	5	4	8	2	2
Infection amniotique	2	1	2	2	0	0
Infection transplacentaire	0	0	0	1	0	1
Gemellité	6	1	2	6	5	5
Autre maladie œuf ou fœtus	2	4	1	2	0	1
<i>Total des maladies de l'œuf ou du fœtus</i>	<i>31</i>	<i>17</i>	<i>17</i>	<i>38</i>	<i>15</i>	<i>25</i>
C) CIRCONSTANCES DE L'ACCOUCHEMENT						
Présentation dystocique	10	4	10	2	1	2
Dystocie dynamique	8	6	2	2	2	4
Dystocie des parties molles	0	1	2	0	1	1
Anomalies du cordon (providence, circulaire, nœud)	15	2	12	5	1	2
Accouchement mal surveillé (arrivée trop tardive à la maternité)	4	4	1	6	2	6
Autres circonstances de l'accouchement	10	4	4	6	1	9
<i>Total des circonstances de l'accouchement</i>	<i>47</i>	<i>21</i>	<i>31</i>	<i>21</i>	<i>8</i>	<i>24</i>
Hémorragie cérébro-méningée sans traumatisme net	2	2	0	6	3	11

	Mort-nés		Décès 1 ^{er} mois	
	C. un.	C. ass.	C. un.	C. ass.
		P. Acc.		P. Acc.
D) CIRCONSTANCES POST-NATALES				
Infection pharyngo-otitique	—	—	2	1 3
Infection broncho-pulmonaire	—	—	7	12 3
Infection septicémique	—	—	1	4 0
Infection méningée	—	—	2	1 0
Autre infection	—	—	10	4 1
Hémorragie (sauf C. M.)	—	—	3	1 2
Etat neuro-toxique (étiologie indéterminée)	—	—	6	3 1
Erreur diététique	—	—	0	1 6
Autre circonstance post-natale	—	—	1	0 1
<i>Total des circonstances post-natales</i>			32	27 16
E) INCOMPATIBILITÉ SANGUINE FŒTO-MATERNELLE				
Incompatibilité sanguine	9	0 0	9	0 2
F) DIVERS				
Macération sans étiologie connue	52	0 0	0	0 0
Prématurité	3	1 0	40	29 0
Cyanose	1	0 0	3	4 0
Autre cause	2	0 0	3	8 0
Cause inconnue	16	0 0	17	0 0
<i>Total général</i>	232	56 65	201	107 116

Le tableau récapitulatif ci-dessous indique la répartition pour chacune des têtes de chapitre (cause unique et cause principale seulement).

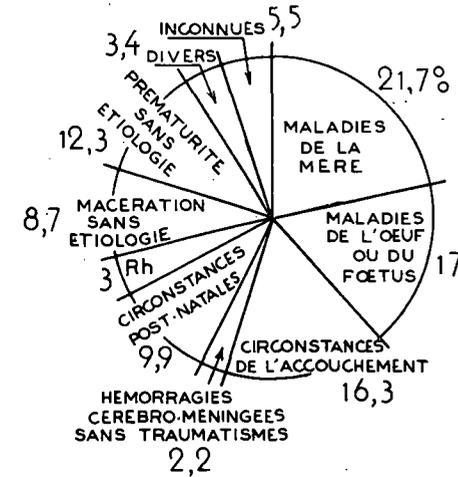
	Nombre	Taux pour 100 décès
Maladies de la mère	129	21,7
Maladies de l'œuf ou du fœtus	101	16,9
Circonstances de l'accouchement	97	16,3
Circonstances post-natales	59	9,9
Hémorragies cérébro-méningées sans traumatisme net	13	2,2
Incompatibilité sanguine	18	3
Causes diverses	146	24,5
Causes inconnues	33	5,5
<i>Total</i>	596	100

Il y a lieu de remarquer que le groupement des causes est forcément arbitraire; pour ne prendre qu'un seul exemple, il est certain que ce que l'on a appelé ici néphropathie gravidique (terme très critiquable),

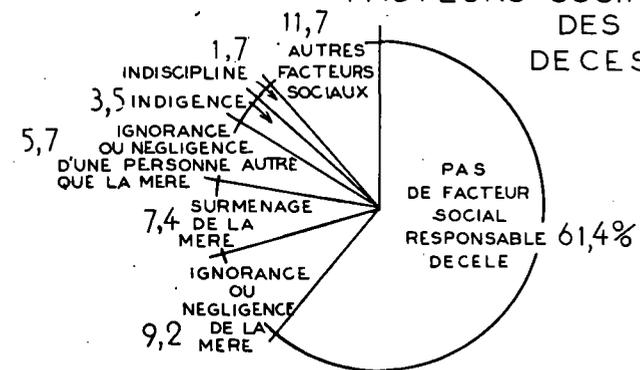
peut être considéré comme une maladie de l'œuf (SMITH) et non comme une maladie de la mère.

D'autre part, on ne peut manquer d'être frappé par l'importance numérique des causes mal précisées. Il faut, en effet, ajouter aux 33 décès

CAUSES MEDICALES DES DECES



FACTEURS SOCIAUX DES DECES



N. 12 216

Fig. 1.

totallement inexpliqués, les cas qui relèvent des rubriques suivantes : macération sans étiologie décelable (52), prématurité sans étiologie décelable (73), hydramnios essentiels (18), divers (21) ce qui représente au total 197 cas sur 596, soit 33 %, dont la cause médicale est inconnue ou imprécise. Des progrès sont donc souhaitables sur ce point.

Enfin, pour permettre la comparaison avec d'autres statistiques établies

par rapport aux naissances, nous indiquons ci-dessous un relevé des taux de mortalité pour les principales causes (unique ou principale) rapportées à 1 000 naissances.

	Mort-nés	Décès du 1 ^{er} mois
Anomalies du bassin	0,6	0,3
Néphropathies gravidiques	3,1	0,4
Infection aiguë maternelle	0,6	0,5
Syphilis	0,8	0,8
Malformations congénitales	0,6	1,7
Hydramnios	0,7	0,3
Placenta prævia	0,9	0,7
Gemellité	0,5	0,8
Présentation dystocique	1	0,2
Dystocie dynamique	1	0,3
Anomalies du cordon	1,2	0,4
Hémorragie méningée non traumatique	0,3	0,7
Infections post-natales	—	3,2
Etat neuro-toxique	—	0,6
Incompatibilité sanguine	0,6	0,6
Macération (sans étiologie)	3,7	—
Prématurité (sans étiologie)	0,2	5,1

3° FACTEURS SOCIAUX DES DÉCÈS. — Pour chaque décès, on a recherché si un facteur social avait pu jouer un rôle principal ou secondaire dans l'évolution fatale. Si plusieurs facteurs pouvaient être incriminés, le principal, seul, a été retenu.

Les simples coïncidences n'ont pas été notées (par exemple, une femme indigente accouche d'un mort-né par suite d'une procidence du cordon; il est évident que l'indigence n'a joué aucun rôle si la femme a été correctement suivie et traitée au point de vue obstétrical).

Dans ces conditions, on a pu incriminer un ou plusieurs facteurs sociaux dans l'étiologie de 38 % du total des décès. La répartition de ces facteurs est la suivante :

	Mort-nés avant le travail		Mort-nés pendant le travail		Décès du 1 ^{er} mois	
	N.	%	N.	%	N.	%
Pas de facteur social connu	97	66,4	102	71,8	167	54,2
Ignorance ou négligence de la mère	21	14,4	6	4,2	28	9,1
Ignorance ou négligence d'une autre personne	5	3,4	19	13,4	10	3,2
Indigence des parents	2	1,4	1	0,7	18	5,8
Indiscipline maternelle	1	0,7	2	1,4	7	2,3
Surmenage maternel	9	6,2	5	3,5	30	9,8
Autres facteurs sociaux	11	7,5	7	4,9	48	15,6

4° POURCENTAGE DES DÉCÈS ÉVITABLES ET MESURES PAR LESQUELLES CES DÉCÈS AURAIENT PU ÊTRE ÉVITÉS. — Chaque cas a été classé d'après les critères utilisés en 1928 par R. DEBRÉ, P. JOANNON et M. TH. CRÉMIEU-ALCAN dans leur enquête effectuée sous les auspices du Comité d'Hygiène de la Société des Nations. « Nous considérons comme évitables les décès

qu'on aurait pu empêcher par une meilleure application des soins et une meilleure organisation sanitaire, sans qu'un changement profond ait été apporté aux très graves défauts de l'organisation économique et de l'état social. Nous excluons par cette définition aussi bien les hypothèses chimériques que les espoirs légitimes de progrès difficiles ou lents à réaliser, pour n'envisager que les moyens placés à notre portée et qu'un effort réfléchi peut mettre en œuvre immédiatement. »

Le caractère évitable d'un décès pouvait apparaître comme plus ou moins évident. On a distingué ainsi les décès évitables, probablement évitables et peut-être évitables. Certains cas n'ont pu être classés.

La répartition des décès, selon leur caractère évitable ou non, s'établit comme suit :

	Mort-nés avant le travail		Mort-nés pendant le travail		Décès du 1 ^{er} mois	
	N.	%	N.	%	N.	%
Décès évitables	3	2,1	8	5,6	12	3,9
Décès probablement évitables	6	4,1	9	6,3	28	9,1
Décès peut-être évitables	26	17,8	35	24,7	99	32,2
Décès inévitables	95	65	77	54,2	127	41,3
Cas inclassables	16	11	13	9,2	42	13,6

Ainsi, sur 596 décès, 23 seulement sont apparus comme évitables, 43 comme probablement évitables, 160 comme peut-être évitables. Cette proportion n'est nullement négligeable et indique que des progrès appréciables pourraient être rapidement obtenus.

On s'est efforcé, enfin, de déterminer pour chaque cas la mesure par laquelle un décès évitable (à un degré quelconque) aurait pu être prévenu. Les mesures le plus souvent proposées ont été les suivantes : mesures relevant de la technique médicale ou obstétricale, permettant d'éviter des erreurs graves avant l'arrivée de la femme à la maternité; mesures de dépistage (surtout en matière de néphropathie gravidique); meilleure éducation sanitaire des parents; meilleure organisation hospitalière, par aménagement des locaux et renforcement du personnel, selon les demandes maintes fois répétées par les chefs de service; meilleure organisation du travail des femmes enceintes; aide à domicile; meilleure liaison des organismes sanitaires.

Voici la répartition des mesures proposées pour éviter les décès :

	N.	%
Technique médicale	16	7,1
Technique obstétricale	42	18,6
Dépistage	29	12,8
Éducation sanitaire	31	13,7
Organisation hospitalière	28	12,4
Reclassement professionnel	16	7,1
Autres mesures	34	15
Association de plusieurs mesures	30	13,3

II. — ÉTUDE COMPARATIVE DES DÉCÈS ET DES CAS TÉMOINS PAR RAPPORT A CERTAINS FACTEURS MÉDICAUX ET SOCIAUX

Cette étude s'appuie sur la comparaison entre les observations des enfants mort-nés et des enfants décédés avant la fin du 1^{er} mois, d'une part, et les observations d'enfants vivants pris comme témoins, d'autre part. Deux éventualités peuvent intervenir :

1° Le facteur étudié se trouve à égalité dans l'un et l'autre groupe : il n'a vraisemblablement aucune influence sur la mortalité.

2° Le facteur étudié se trouve en plus forte proportion dans le groupe des décès : ce facteur joue vraisemblablement un rôle favorisant dans la mortalité, à condition que cette différence soit suffisamment importante pour être statistiquement significative.

On peut également étudier des subdivisions du groupe mortalité (mort-nés avant travail, mort-nés pendant travail, mortalité de la 1^{re} semaine, etc.).

Nous avons envisagé successivement certains facteurs de progénèse, certains facteurs biologiques, médicaux, obstétricaux et enfin certains facteurs sociaux.

1. — FACTEURS DE PROGÉNÈSE DANS LA SÉRIE DÉCÈS ET DANS LA SÉRIE TÉMOIN

L'enquête, par son étendue limitée, se prêtait mal à l'étude de ces facteurs, mieux accessibles par des enquêtes de masse. Celles-ci ont bien mis en évidence le rôle de l'âge de la mère, du rang de naissance. Il nous est cependant apparu que la distinction entre la mortinatalité avant le début du travail et la mortalité pendant le travail, rarement faite dans les travaux classiques, pourrait peut-être, grâce à des recherches plus étendues, conduire à modifier quelques-unes des conclusions habituellement admises.

L'étude de l'espacement des grossesses (intervalle entre la fin de la grossesse étudiée et la fin de la grossesse précédente) a montré que les intervalles inférieurs à deux ans étaient plus fréquemment rencontrés dans le groupe décès que les intervalles compris entre 2 et 5 ans.

	Décès totaux		Témoins vivants	
	N.	%	N.	%
Intervalle inférieur à 2 ans	106	39,2	84	26,7
Intervalle compris entre 2 et 5 ans .	163	60,8	198	73,3

(différence significative,
car p est inférieur à 0,02)

X² = 5,72

Le rapprochement des grossesses est donc un facteur favorisant de la mortalité. Un espacement trop grand (10 ans et plus) est également un facteur défavorable : mais alors intervient la notion de l'âge de la mère.

2. — FACTEURS BIOLOGIQUES, MÉDICAUX ET OBSTÉTRICAUX DANS LA SÉRIE DÉCÈS ET DANS LA SÉRIE TÉMOIN

On se bornera ici à indiquer les résultats d'ensemble pour les principaux facteurs étudiés. Les tableaux détaillés sont disponibles par ailleurs.

a) *Sexe.* — La fragilité plus grande des garçons est retrouvée ici (le groupe mortalité comprend 56,1 % de garçons contre 50,7 % dans le groupe témoin).

b) Antécédents d'avortements, de mortinatalité, de mortalité d'enfants en bas âge, d'accouchements prématurés (primigestes exclues).

On relève des différences significatives, témoignant du rôle joué par ces facteurs, mais seulement sur une partie de la mortalité.

	Mort-nés pendant le travail		Témoins		X ²
	N.	%	N.	%	
Pas d'avortement antérieur	36	47	239	66,2	9,5
Avortement antérieur (un ou plusieurs) ..	40	52	122	33,9	
Pas d'antécédent de mortinatalité	135	84,4	334	93,4	10,2
Antécédents de mortinatalité	25	15,6	24	6,6	

	Décès du 1 ^{er} mois		Témoins		X ²
	N.	%	N.	%	
Pas d'antécédent de mortalité infantile ..	122	71,4	281	79,4	4,1
Antécédents de mortalité infantile	49	28,6	73	20,6	
Pas d'antécédent d'accouchement prématuré	134	78,4	317	89,9	12,5
Antécédents d'accouchement prématuré ..	37	21,6	36	10,1	

(Une valeur de X² égale ou supérieure à 3,84 indique, pour un degré de liberté, une probabilité p égale ou inférieure à 0,05.)

La conclusion pratique de ce chapitre est la confirmation d'une notion de simple bon sens : une femme qui a déjà fait un avortement ou qui a mis au monde un mort-né, un prématuré ou un enfant décédé précocement doit être particulièrement surveillée lors d'une grossesse ultérieure. Le risque porte sur la mortinatalité en cas d'antécédents d'avortement ou de mortinatalité et sur la mortalité précoce en cas d'antécédents de prématurité ou de décès d'enfant en bas âge.

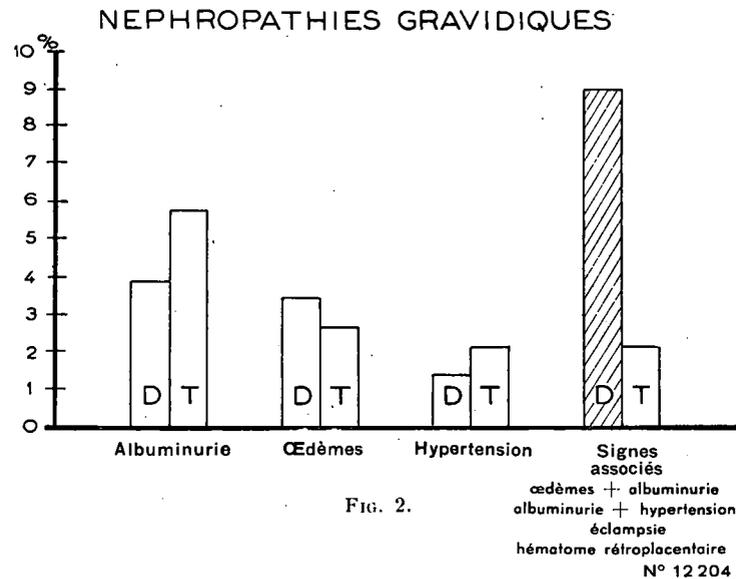
c) *Maladies de la mère.* — Comme on pouvait s'y attendre, elles sont plus fréquemment rencontrées dans le groupe mortalité, sauf pour les cardiopathies. L'incidence de la syphilis maternelle est de 7,7 % dans le groupe mortalité et de 3 % parmi les témoins. Pour la tuberculose,

les taux sont de 4,5 % et de 2,7 %. Les hémorragies au cours de la gestation ont été rencontrées dans 9,9 % des cas dans le groupe mortalité contre 3,2 % dans le groupe témoins.

d) *Néphropathies gravidiques.* — Pour l'enquête, la notation a été purement symptomatique: albuminurie, hypertension artérielle, œdèmes, isolés ou associés; éclampsie (crises convulsives), hématome rétroplacentaire.

Une albuminurie isolée et restant isolée a été rencontrée avec une fréquence un peu moindre dans le groupe décès.

Il en est de même pour l'hypertension isolée. Les œdèmes isolés sont



à peine plus fréquents dans le groupe décès. Par contre, l'association de deux ou plusieurs symptômes, l'éclampsie, l'hématome rétro-placentaire sont évidemment beaucoup plus fréquents dans le groupe mortalité (X2 est égal à 27,6).

	Décès totaux		Témoins vivants	
	N.	%	N.	%
Albuminurie isolée	23	3,9	35	5,7
Œdèmes isolés	20	3,4	17	2,7
Hypertension isolée	8	1,3	13	2,1
S. associés	42	7	12	1,9
Eclampsie	4	0,7	1	0,2
Hématome rétro-placentaire	8	1,3	0	—

e) *Durée de la gestation et poids de naissance.* — Le pourcentage des gestations écourtées, ainsi que celui des poids de naissance faible, est évidemment beaucoup plus fort dans le groupe mortalité. On y reviendra.

Signalons aussi que les gestations anormalement prolongées sont plus fréquentes dans le groupe mortalité (5,4 % contre 3 % dans le groupe témoin).

Il en est de même pour les poids de naissance supérieurs à 4 000 g (sans qu'il existe un rapport obligatoire avec la donnée précédente). Voici les résultats montrant que les « gros enfants », comme il est classique, sont surtout menacés pendant l'accouchement.

	Mort-nés avant le travail	Mort-nés pendant le travail	Décès du 1 ^{er} mois	Témoins
Enfant pesant de 3 001 à 4 000 g..	19	58	60	399
Enfant pesant plus de 4 000 g	6	15	6	53

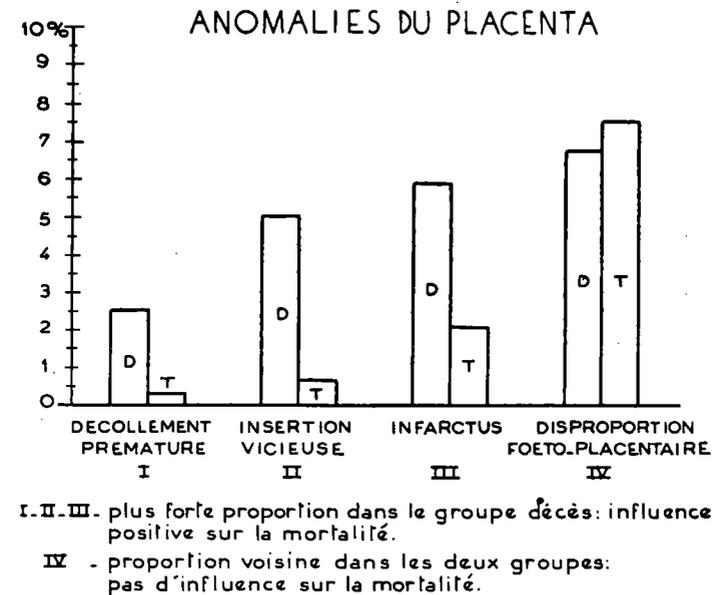


Fig. 3.

N° 12217.

f) *Durée totale du travail et durée du travail depuis la rupture des membranes.* — Une durée prolongée est plus souvent rencontrée dans le groupe mortalité.

g) *Dystocies et interventions obstétricales.* — Comme on pouvait s'y attendre, la fréquence des dystocies et des interventions obstétricales est plus grande dans le groupe mortalité. On a noté cependant que la fréquence des césariennes avant le début du travail a été à peu près la même dans les deux groupes.

h) *Anomalies du cordon et anomalies du placenta.* — Conformément aux données classiques, les différentes anomalies du cordon sont plus

fréquentes dans le groupe mortalité, sauf les circulaires peu serrées du cordon. Il en est de même pour les anomalies placentaires, sauf pour la disproportion fœto-placentaire (groupe décès 6,7 % des cas, groupe témoin 7,5 %). Cette disproportion semble donc n'avoir pas d'influence sur la mortalité.

i) *Signes de souffrance fœtale au cours du travail; état du nouveau-né à la naissance; manifestations post-natales.* — La proportion des signes de souffrance fœtale décelée au cours du travail est plus élevée dans le groupe des décès de la 1^{re} semaine qu'elle ne l'est dans le groupe témoin.

Par contre, la différence entre le groupe des décès des 2^e, 3^e et 4^e semaines et le groupe témoin est minime :

	Décès de la 1 ^{re} sem.		Décès des 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e sem.		Témoins	
	N.	%	N.	%	N.	%
Pas de signes de souffrance fœtale .	133	67,5	62	85	518	86,3
Signes de souffrance fœtale	64	32,5	11	15	82	13,7

Le retard à l'établissement de la respiration après la naissance est rencontré avec une fréquence considérable parmi les décès de la 1^{re} semaine.

Cette fréquence est moindre pour les décès des 2^e, 3^e et 4^e semaines, mais elle est encore supérieure à celle qui est mise en évidence dans les cas témoins. Les mêmes résultats, encore plus nets, se retrouvent pour les troubles de la respiration au cours des premiers jours de la vie.

	Décès de la 1 ^{re} sem.		Décès des 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e sem.		Témoins	
	N.	%	N.	%	N.	%
Première respiration immédiate . . .	111	57,8	62	80	542	89,6
Première respiration retardée	81	42,2	15	19	63	10,4
Respiration normale	27	22,5	58	84	521	99,1
Respiration anormale	93	77,4	11	16	5	0,9

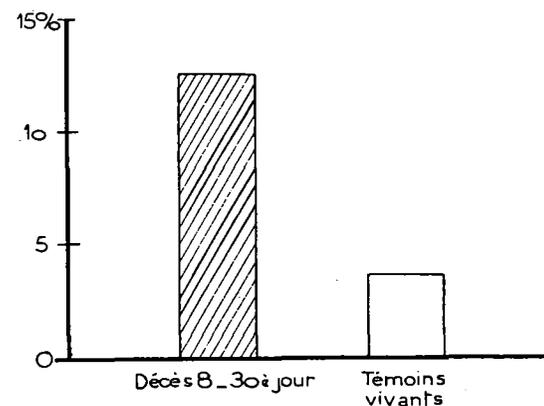
En ce qui concerne les manifestations pathologiques observées chez les nouveau-nés, il était normal de les rencontrer avec plus de fréquence dans le groupe décès. Cependant, on ne peut manquer d'être frappé par la fréquence notable des signes d'infection acquise rencontrés dans le groupe témoin. Voici quelques résultats :

	Décès du 1 ^{er} mois		Témoins	
	N.	%	N.	%
Hémorragie cérébro-méningée	63	20,4	2	0,3
Anoxie post-natale	69	22,4	7	1,1
Malformations congénitales	37	12	7	1,1
Infection acquise	59	19,1	45	7,3
Syphilis du nouveau-né (spécifiée comme telle)	5	1,6	1	0,2

j) *Allaitement pendant le séjour à la maternité.* — On a comparé la fréquence des cas de sevrage complet précoce (pendant le séjour à la Maternité) dans le groupe mortalité de 8 à 30 jours et dans le groupe témoin. Cette fréquence est beaucoup plus grande dans le groupe mortalité, confirmant le rôle néfaste de la privation du lait maternel.

	Décès des 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e sem.		Témoins		X ²
	N.	%	N.	%	
Sevrage complet	13	12	22	3,7	
Allaitement maternel et allaitement mixte	93	87	571	96,3	13,9

SEVRAGE COMPLET PRÉCOCE



La différence est statistiquement significative et indique une action favorisante du sevrage précoce sur la mortalité des enfants âgés de 8 à 30 jours.

FIG. 4.

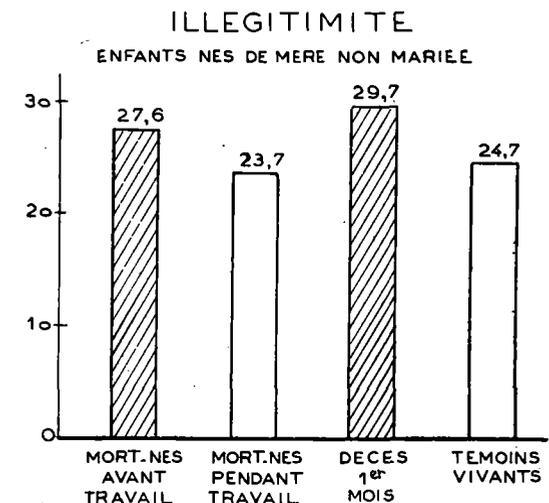
N°12252

3. — FACTEURS SOCIAUX DANS LA SÉRIE DÉCÈS ET DANS LA SÉRIE TÉMOIN

Depuis l'étude de R. DEBRÉ, P. JOANNON et M. Th. CRÉMIEU-ALCAN (*La mortalité infantile et la mortinatalité*, Masson, édit., Paris, 1933), aucune étude n'a été faite en France, à notre connaissance, sur l'ensemble des facteurs sociaux et économiques vis-à-vis de la mortalité fœto-infantile.

La comparaison entre le groupe mortalité et le groupe témoin permet certaines déductions. On trouvera ci-dessous celles qui nous ont paru les plus intéressantes. On notera que les jumeaux ont été exclus afin de ne pas compter deux fois les mêmes facteurs sociaux, qui étaient évidemment identiques pour l'un et l'autre jumeau.

a) *Etat légal de l'enfant (légitimité)*. — Les enfants illégitimes sont en proportion plus forte dans les groupes mortalité, ce qui est classique, à l'exception du groupe mortalité pendant le travail. Cette exception est conforme à la logique, puisque les parturientes, mariées ou non, reçoivent



LA MORTALITÉ AVANT LE TRAVAIL ET LA MORTALITÉ DU 1^{er} MOIS SONT INFLUENCÉES PAR L'ILLEGITIMITÉ. LA MORTALITÉ PENDANT LE TRAVAIL NE L'EST PAS ICI. (LES CONDITIONS OBSTÉTRICALES SONT LES MÊMES).

FIG. 5.

N° 12218

exactement la même assistance obstétricale à la Maternité. On ne saurait en dire autant des conditions prénatales et des circonstances qui suivent la sortie de la Maternité.

	Mort-nés avant le travail		Mort-nés pendant le travail		Décès du 1 ^{er} mois		Témoins	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Légitimes	92	72,4	90	76,2	177	70,3	438	75,3
Illégitimes	35	27,6	28	23,7	75	29,7	144	24,7

X² = 2,23

b) *Profession de la mère*. — Aucune différence significative n'a été relevée (la répartition est très voisine dans l'une et l'autre série). Il en est de même pour la situation de la mère vis-à-vis de la Sécurité sociale (assurée, conjointe d'assurée, non assujettie).

c) *Activité de la mère et surmenage pendant la gestation*. — Le pourcentage des femmes ayant eu une activité réduite pendant leur gestation est plus fort dans le groupe des décès. Ceci est dû à l'incidence des grossesses pathologiques ayant contraint la mère au repos (ce point a été vérifié en comparant le pourcentage des maladies de la mère chez les femmes ayant eu une activité réduite et chez celles qui ont eu une activité normale ou excessive).

Si l'on fait abstraction de ces cas d'activité réduite, pour comparer seulement les cas d'activité normale et d'activité excessive (qu'il s'agisse de surmenage professionnel, familial ou mixte) on obtient les résultats suivants :

Le pourcentage des femmes surmenées au cours de la gestation est plus élevé dans la série mortalité qu'il ne l'est dans la série témoin (38 % dans la série mortalité, 28,3 % dans la série témoin — X² = 8,4).

Ceci est vrai pour les 3 subdivisions de la mortalité (Mn A. T., Mn P. T., décès du 1^{er} mois) comme le montre le tableau suivant :

	Mort-nés avant le travail		Mort-nés pendant le travail		Décès du 1 ^{er} mois		Témoins	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Surmenage	34	38	30	37	69	38,3	134	28,3
Activité normale	56	62	51	63	111	61,6	339	71,6

Cette constatation est nettement en faveur d'une influence du surmenage maternel sur la mortalité du fœtus et du nouveau-né.

On a étudié également, dans le groupe des enfants nés à terme, l'influence du repos prénatal réglementaire (mères salariées). On a constaté qu'un repos prénatal d'une durée insuffisante (inférieure à 6 semaines) a été observé dans 30 % des cas de mortinatalité, dans 24 % des cas de mortalité du 1^{er} mois, dans 21 % des cas témoins.

L'influence d'un repos prénatal écourté pourrait donc paraître s'exercer sur la mortinatalité. Mais la différence n'est pas significative (X² = 1,9).

d) *Alimentation maternelle*. — Les investigations sur ce point étaient obligatoirement succinctes, parce que rétrospectives. Les assistantes sociales se sont cependant efforcées d'estimer par l'interrogatoire des mères la quantité et la qualité de leur alimentation au cours de la gestation. Sans doute les résultats sont-ils critiquables. On a constaté cependant que les données qui en résultaient, parfois surprenantes, étaient en accord avec certaines observations antérieures.

C'est ainsi qu'une alimentation insuffisante en quantité a été retrouvée plus souvent parmi les mères d'enfants nés vivants et décédés avant le 30^e jour. La différence est significative.

Alimentation (3 ^e trimestre de la gestation)	Mort-nés		Décès du 1 ^{er} mois		Témoins	
	N.	%	N.	%	N.	%
Quantité suffisante	189	84	148	76,3	479	86,8
Quantité insuffisante	36	16	46	23,7	73	13,8

$$X2 = 11,9$$

De même, une alimentation insuffisante en qualité a été plus fréquemment suspectée parmi les mères d'enfants décédés avant le 30^e jour (21 % contre 10,6 % chez les témoins).

En revanche, une alimentation de qualité insuffisante (pauvre en protides ou en vitamines, déséquilibrée) a été moins souvent suspectée dans le groupe des mort-nés (aussi bien pour les mort-nés avant travail que pour les mort-nés pendant le travail).

Alimentation (3 ^e trimestre de la gestation)	Mort-nés		Témoins	
	N.	%	N.	%
Qualité suffisante	208	92,9	489	89,4
Qualité insuffisante	16	7,1	58	10,6

$$X2 = 2,2$$

Sans doute, le test X2 montre que la différence n'est pas très significative (un résultat identique a 10 à 20 chances sur 100 d'être dû au hasard seul). Mais on se rappellera que de 1941 à 1945 la mortinatalité n'a cessé de décroître en France, malgré une alimentation très défectueuse, alors que la mortalité des enfants nés vivants s'élevait progressivement.

e) *Habitat*. — Plusieurs points ont été précisés :

- nombre de personnes vivant au foyer (nouveau-né non compris) et nombre de pièces;
- genre d'habitat (logement personnel, hôtel, etc...);
- propreté et salubrité.

Les résultats suivants ont été obtenus :

Le pourcentage de surpeuplement du logement n'est pas plus élevé dans les groupes mortalité. On sait d'ailleurs que ce facteur intervient surtout par aggravation du péril infectieux et que l'incidence de celui-ci est surtout manifeste après les premières semaines de la vie.

Les femmes disposant d'un logement personnel sont plus nombreuses dans le groupe témoin qu'elles ne le sont dans le groupe décès du 1^{er} mois. La différence est significative ($X2 = 6,2$). Au contraire, il n'y a pas de différence entre le groupe témoin et le groupe des mort-nés.

Domicile de la mère	Mort-nés		Décès du 1 ^{er} mois		Témoins	
	N.	%	N.	%	N.	%
Logement personnel	214	86,6	195	80,2	497	87
Hôtel	25	10,1	41	16,9	59	10,3
Maison maternelle	3	1,2	2	0,8	10	1,7
Changement de domicile	5	2	5	2,1	5	0,9

L'insalubrité de l'habitat a été plus fréquemment rencontrée dans le groupe des décès du 1^{er} mois (42,5 % contre 26,3 % chez les témoins). La malpropreté de cet habitat a été constatée plus fréquemment dans le groupe des décès du 1^{er} mois et dans celui des mort-nés avant travail. Mais les différences ne sont pas significatives.

f) *Surveillance sanitaire prénatale*. — En ce qui concerne le nombre d'examen prénataux et la date du 1^{er} examen, aucune différence digne de remarque n'a été enregistrée. La réglementation est respectée par environ 80 % des femmes (trois examens au moins, le premier étant subi avant la fin du 3^e mois).

L'étude du lieu des examens prénataux permet une remarque intéressante. Voici la répartition qui a été observée :

	Groupe mortalité du premier mois		Groupe témoin	
	N.	%	N.	%
Examens prénataux subis en totalité ou en partie à la maternité où a eu lieu ultérieurement l'accouchement	135	57,5	403	71,4
Aucun examen prénatal n'a été subi dans la maternité où a eu lieu ultérieurement l'accouchement ..	100	42,5	161	28,2

$$X2 = 14,8$$

Le fait d'avoir subi au moins l'un des examens à la Maternité chargée de l'accouchement apparaît donc comme un facteur favorable puisqu'il est plus souvent rencontré dans le groupe des témoins vivants.

Si l'on précise la proportion des femmes ayant subi tous les examens prénataux dans la Maternité où elles ont accouché ultérieurement, on trouve les pourcentages suivants :

- dans le groupe témoin 44 % (250 sur 564);
- dans le groupe décès du 1^{er} mois 36 % (85 sur 235);
- dans le groupe mort-nés avant travail 34 % (40 sur 120);
- dans le groupe mort-nés pendant le travail 25 % (30 sur 119).

La conclusion pratique nous semble la suivante : comme l'ont réclamé à plusieurs reprises les obstétriciens, et particulièrement le P^r LACOMME, il y a intérêt à inciter les femmes à se faire examiner avant l'accouchement dans le service où aura lieu cet accouchement et non pas par des tiers irresponsables. L'effet de cette recommandation se ferait sentir surtout comme il est logique sur la mortinatalité pendant le travail, mortalité proprement obstétricale.

g) *Allocations prénatales et ressources maternelles*. — Les femmes qui n'ont pas perçu leurs allocations prénatales sont plus nombreuses dans le groupe mortalité (23,5 % des cas, contre 16,2 % chez les

témoins). On ne peut préciser si cette non-perception a rendu plus difficile la situation de la femme et a été ainsi un facteur indirect de mortalité ou bien s'il ne s'agit pas de deux effets (non perception d'une part et mauvaises conditions générales de l'autre) dépendant l'un et l'autre d'une même cause : négligence ou ignorance de la femme.

L'étude des ressources maternelles (allocations exclues) a été faussée en partie par les erreurs, réticences ou dissimulations de la part d'un certain nombre de mères. Avec ces réserves, on peut noter une légère

EXAMENS PRENATAUX PRATIQUES EN DEHORS DE LA MATERNITE OU A EU LIEU L'ACCOUCHEMENT

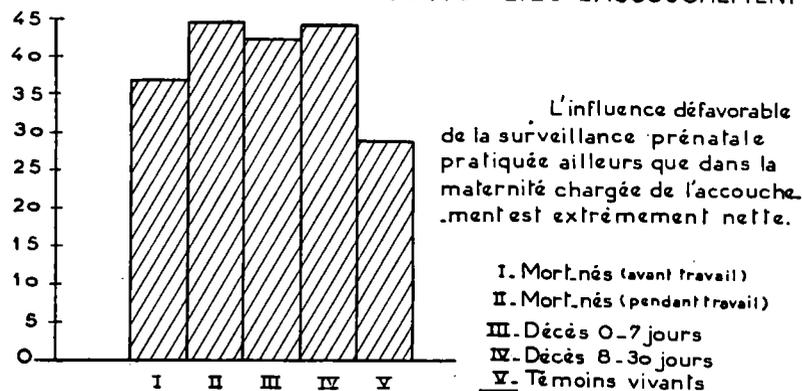


FIG. 6.

prédominance des ressources faibles (inférieures à 20 000 fr. par mois) dans le groupe mortalité, à l'exception intéressante des mort-nés pendant le travail.

	Mort-nés avant le travail		Mort-nés pendant le travail		Décès du 1 ^{er} mois		Témoins	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Ressources inférieures à : 20 000 fr.	52	53,1	45	41,5	118	54,8	218	44
20 000 à 30 000 fr.	26	26,6	40	37,1	51	23,7	176	35,7
30 000 et plus	20	20,3	23	21,3	46	21,4	99	20,1

h) *Association de plusieurs facteurs.* — Il est évident que des facteurs sociaux défavorables peuvent s'associer entre eux, et qu'il est difficile, si cette association est fréquente, de connaître l'influence respective de chacun d'eux. Nous nous sommes efforcé par des dépouillements successifs d'étudier l'influence propre de quelques-uns de ces facteurs (activité de la mère, alimentation pendant la gestation, salubrité de l'habitat) et l'incidence de leur association.

L'interprétation des résultats est rendue difficile par le nombre relativement restreint des observations. Nous ne pouvons reproduire ici, faute de place, les tableaux qui ont été établis, non plus que les hypothèses suggérées par leur examen.

III. — PRÉMATURÉS

On a considéré comme prématurés, selon la définition internationale, les enfants pesant 2 500 g ou moins à la naissance. Ils représentent la moitié de la mortalité totale (mort-nés et décès du 1^{er} mois) alors que dans le groupe témoin le pourcentage des prématurés est de 5,7 %. Ceci confirme l'importance de la prématurité dans l'étude de la mortalité périnatale.

On a étudié un certain nombre de points chez les prématurés et chez les non-prématurés, dont on trouvera le résumé ci-dessous. Soulignons, pour ne plus y revenir, que dans tous les cas on a seulement étudié les groupes décès, parce que les prématurés « témoins » étaient trop peu nombreux pour permettre des comparaisons utiles ; les jumeaux ont aussi été exclus de cette étude.

Voici le tableau qui montre la répartition selon le poids de naissance dans les différents groupes.

	Mort-nés avant le travail		Mort-nés pendant le travail		Décès du 1 ^{er} mois		Témoins	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
1 000 g ou moins	20	15	4	3,2	12	4,5	1	0,2
1 001 à 1 500 g.	24	18	11	8,7	61	23	4	0,7
1 501 à 2 000 g.	28	21	14	11,7	38	14,3	4	0,7
2 001 à 2 500 g.	13	9,8	10	7,9	34	12,8	22	3,7
2 501 à 3 000 g.	23	17,3	14	11,1	54	20,4	112	18,8
3 001 g et plus	25	18,8	63	57,6	66	24,9	452	76

Les décès se répartissent de la manière suivante, selon qu'il s'agit de prématurés ou non.

	Prématurés		Non prématurés	
	N.	%	N.	%
Mort-nés avant travail	89	32,5	52	19,2
Mort-nés pendant le travail	39	14,2	90	33,2
Décès du 1 ^{er} jour	77	28,1	51	18,8
Décès de la 1 ^{re} semaine, sauf 1 ^{er} jour.	46	16,8	22	8,1
Décès 2 ^e , 3 ^e , 4 ^e semaines	23	8,4	56	20,7

On peut remarquer que 46 % des décès de prématurés sont survenus avant la naissance. Malgré les perfectionnements apportés aux soins des prématurés, une partie importante de ceux-ci ne peut en bénéficier.

C'est un argument supplémentaire pour perfectionner la prophylaxie de la prématurité.

Cette mortinatalité des prématurés survient surtout avant le travail. C'est l'inverse pour les non prématurés. De même, pour les décès du 1^{er} mois, la répartition est bien différente dans l'un et l'autre groupe. Chez les prématurés les décès précoces (1^{re} semaine et surtout 1^{er} jour) représentent une proportion nettement plus forte. La mortalité de la 1^{re} journée représente 52 % des décès du 1^{er} mois chez les prématurés, contre 39 % chez les non prématurés. Ceci démontre l'importance de la conduite de l'accouchement et des soins immédiats pour les prématurés.

1° CAUSES MÉDICALES DES DÉCÈS CHEZ LES PRÉMATURÉS. — Certaines causes sont plus fréquemment retrouvées dans le groupe des prématurés qu'elles ne le sont pour l'ensemble de l'enquête. Ces causes sont les suivantes :

Causes (uniques et associées)	Prématurés		Enquête générale	
	N.	%	N.	%
Néphropathies gravidiques	31	9	57	7,3
Infections aiguës maternelles	15	4,4	23	3
Syphilis	19	5,5	27	3,5
Endométrite	12	3,5	13	1,7
Placenta prævia	21	6,1	29	3,7
Macération cryptogénétique	33	9,6	52	6,7

Par contre, les anomalies du bassin, l'incompatibilité sanguine fœto-maternelle, les circonstances post-natales représentent un pourcentage plus faible de causes de décès dans le groupe des prématurés.

2° FACTEURS SOCIAUX DES DÉCÈS ET PRÉMATURITÉ. — On a plus souvent trouvé un facteur social considéré comme responsable du décès dans le groupe des prématurés (48 % chez les prématurés, 33 % chez les non-prématurés — $X^2 = 13,2$). Ce sont surtout l'ignorance ou la négligence maternelle et le surmenage pendant la grossesse qui ont paru plus fréquents.

	Prématurés		Non prématurés	
	N.	%	N.	%
Ignorance ou négligence de la mère.	35	12,8	18	6,6
Surmenage maternel	31	11,3	9	3,3
Total des cas	274		271	

3° CARACTÈRE ÉVITABLE DES DÉCÈS. — La répartition des décès selon leur caractère inévitable ou évitable (à un degré quelconque) n'est pas très différente chez les prématurés et chez les non prématurés.

Quant aux mesures proposées pour éviter les décès, il s'agissait plus

souvent de mesures d'éducation sanitaire et de reclassement professionnel (pour éviter le surmenage) dans le groupe des prématurés. Dans le groupe des non prématurés, les mesures dépendant de la technique obstétricale sont en revanche au premier plan.

4° FACTEURS DE PROGÉNÈSE ET PRÉMATURITÉ. — On a trouvé peu de différence dans la répartition selon l'âge de la mère et selon l'espacement des grossesses.

Les primipares sont plus nombreuses parmi les mères de prématurés pour les 2 catégories suivantes :

a) Mères de mort-nés avant travail : 52 % sont des primipares dans le groupe des prématurés, contre 40 % dans le groupe des non-prématurés ($X^2 = 1,6$, différence non significative).

b) Mères d'enfants décédés au cours du 1^{er} mois : 45 % contre 38 % ($X^2 = 1,6$, différence non significative).

L'inverse a été constaté dans le groupe des mort-nés pendant le travail : 33 % contre 60 % ($X^2 = 8,2$; différence significative).

5° FACTEURS BIOLOGIQUES, MÉDICAUX, OBSTÉTRICAUX ET PRÉMATURITÉ. — Des différences notables de répartition entre les groupes « prématurés » et « non-prématurés » ont été relevées pour les facteurs suivants, dont la fréquence est plus grande dans le groupe des prématurés :

— accouchements prématurés antérieurs : 87 % contre 76 % ($X^2 = 4,4$);

— hémorragies au cours de la gestation : 13 % contre 4 % ($X^2 = 13$);

— syphilis maternelle : 9,9 % contre 5,9 % ($X^2 = 1,9$);

— formes sérieuses de néphropathie gravidique : 11,9 % contre 6,7 % ($X^2 = 4,2$);

— rupture prématurée des membranes : 22 % contre 15 % ($X^2 = 3,77$);

— présentation du siège : (17,9 % contre 6,2 %);

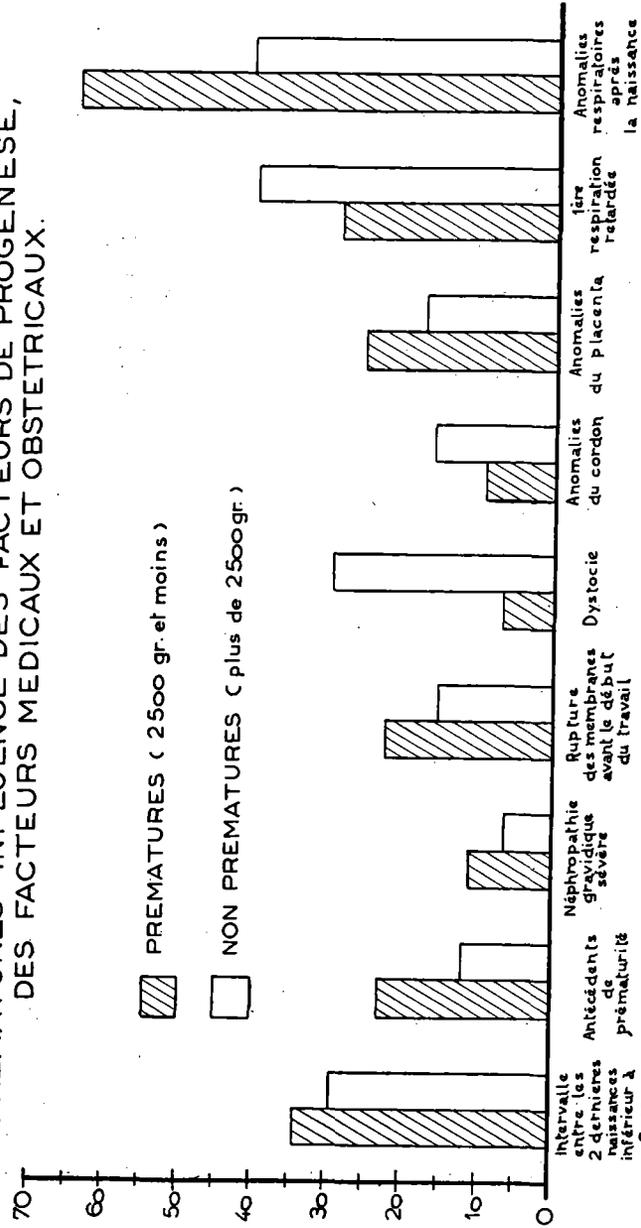
— anomalie du placenta (sauf disproportion fœto-placentaire) : 25 % contre 17 %.

Les facteurs suivants sont rencontrés plus rarement dans le groupe des prématurés : anomalies du bassin, durée prolongée du travail, dystocies, emploi des ocytociques et analgésiques, application de forceps, anomalies du cordon.

Les facteurs suivants ont été rencontrés avec une fréquence à peu près égale dans l'un et l'autre groupe : antécédents de mortinatalité et de mortalité infantile, formes monosymptomatiques de néphropathie, cardiopathie maternelle, emploi d'analgésiques, signes de souffrance fœtale constatés au cours du travail.

Les troubles respiratoires du nouveau-né méritent une place à part. En effet, deux constatations ont été faites : la première respiration s'est

PREMATURES - INFLUENCE DES FACTEURS DE PROGENESE, DES FACTEURS MEDICAUX ET OBSTETRICAUX.



N° 12.205

Fig. 7.

installée immédiatement chez 71 % des prématurés nés vivants contre seulement 52 % des cas chez les non-prématurés nés vivants ($X^2 = 3,68$). Mais, ce qui est classique, des anomalies respiratoires au cours des pre-

PREMATURES - INFLUENCE DES FACTEURS SOCIAUX

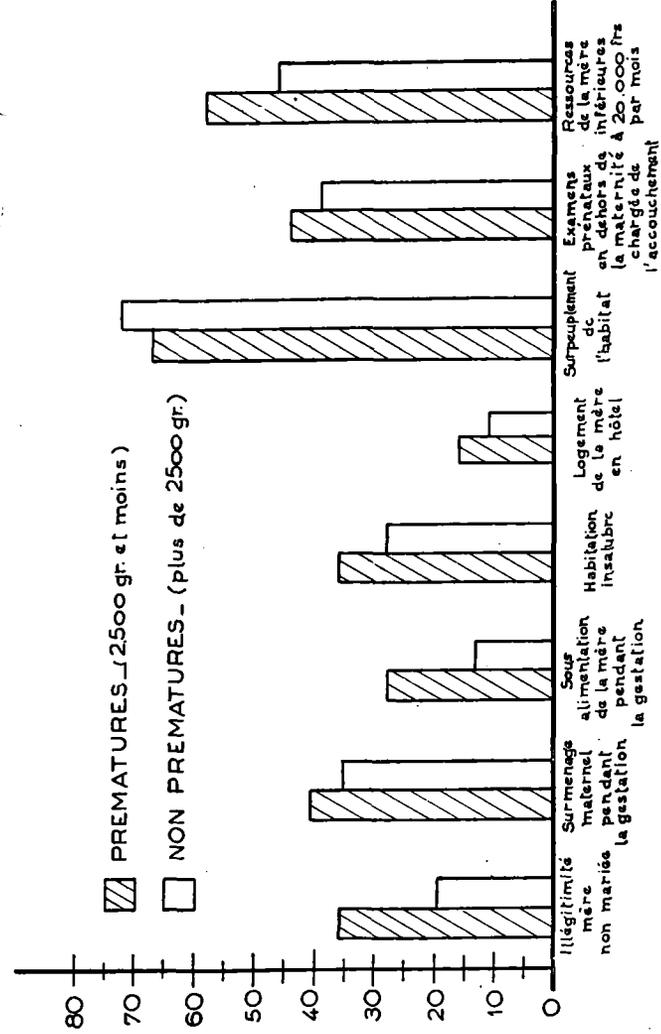


Fig. 8.

N° 12206

mières heures ou des premiers jours ont été notées chez 64 % des prématurés contre 40 % chez les non-prématurés ($X^2 = 9,5$). Corrélativement, des signes d'anoxie post-natale, ont été enregistrés plus fréquemment dans le groupe des prématurés (14,2 % contre 8,9 %).

6° FACTEURS SOCIAUX ET PRÉMATURITÉ. — L'étude comparative des facteurs sociaux, sans préjuger de leur influence éventuelle sur la mortalité, a été faite dans les conditions vues plus haut. Les facteurs suivants ont été plus souvent relevés dans le groupe des prématurés :

- illégitimité : 35 % (prématurés) contre 19 % (non prématurés);
- alimentation maternelle insuffisante en quantité : 28 % contre 13 % (X2 = 15);
- alimentation maternelle insuffisante en qualité : 18 % contre 9 % (X2 = 8);
- malpropreté de l'habitat : 20 % contre 11 % (X2 = 5,2);
- ressources maternelles faibles : 57 % contre 45 % (X2 = 5,9).

La répartition d'autres facteurs ne présente pas de différences notables : surpeuplement de l'habitat, lieu des examens prénataux, date du premier examen prénatal.

Enfin on a pu constater des différences de répartition qui portaient seulement sur une partie de la mortalité. Par exemple :

- pour le groupe des décès du 1^{er} mois : logement en hôtel : 22 % pour les mères de prématurés, 11 % pour les mères de non prématurés (X2 = 4,4);
- pour le groupe des décès du 1^{er} mois : surmenage maternel : 49 % contre 29 % (X2 = 6,9);
- pour le groupe des mort-nés avant travail : insalubrité de l'habitat : 35 % contre 9 % (X2 = 7,7).

IV. — ENFANTS DE POIDS FAIBLE

On a étudié séparément les enfants pesant de 2 501 à 3 000 g, que l'on pourrait appeler « non prématurés de poids faible ».

Ils représentent, jumeaux exclus, 17,3 % des décès et 18,8 % des témoins. Mais si l'on met à part les prématurés, pour n'étudier que les enfants pesant au minimum 2 501 g, la proportion s'établit comme suit :

Poids de naissance	Mort-nés avant le travail		Mort-nés pendant le travail		Décès du 1 ^{er} mois		Témoins	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
2 501 à 3 000 g.....	23	48	14	16	54	45	112	19,9
3 001 g et plus.....	25	52	73	84	66	55	452	80,1

On peut ainsi remarquer l'importance du pourcentage des enfants de poids faible parmi les mort-nés avant travail et parmi les décès du 1^{er} mois. Par contre, comme il est logique, ces enfants sont moins nombreux dans la catégorie des mort-nés pendant le travail.

On retiendra donc la fragilité de cette catégorie d'enfants (2 501 à 3 000 g); si elle est moindre que celle des prématurés, elle ne doit pas être négligée.

V. — JUMEAUX

Sur 596 enfants décédés, 51 étaient des produits de grossesses multiples, soit 8,6 % des décès, alors que sur 618 témoins il n'y avait que 10 jumeaux (5 grossesses), soit 1,6 % des enfants témoins. Ceci confirme la fragilité bien connue des jumeaux.

Parmi les 51 décès, il y a eu 4 décès d'enfants issus d'une grossesse quadruple, 3 décès d'enfants issus d'une grossesse triple, 44 décès d'enfants issus de grossesses gemellaires (dont 32 décès de l'un et l'autre jumeau et 12 décès d'un seul des 2 jumeaux). Le poids des jumeaux décédés n'a été que 5 fois supérieur à 2 500 g.

Sur 51 décès, il y a eu 18 mort-nés, 18 décès du premier jour, 12 décès du 2^e au 7^e jour, 3 décès du 8^e au 30^e jour.

RÉSUMÉ

Nous présentons les principaux résultats d'une enquête sur la mortinatalité et sur la mortalité néo-natale (0 à 30 jours). Cette enquête a porté sur 13 805 naissances survenues en 1949 dans 5 maternités parisiennes. On a enregistré 596 décès qui ont été étudiés au point de vue médical et social, comparativement avec une série à peu près équivalente de cas témoins, enfants vivants, nés dans les mêmes maternités. L'influence de certains facteurs a pu être ainsi confirmée et précisée.

Travail de la Section Maternité-Pédiatrie.

Enquêteurs médicaux : Dr NATHALIE P. MASSE, Dr GAUD, Dr LHUSSIER.

Enquêteurs sociaux : M^{me} CONTET, M^{lle} SLATOFF, M^{me} FERRIER.

Coordination de l'enquête : F. ALISON.

Enquête réalisée avec le concours financier de la CAISSE NATIONALE DE SÉCURITÉ SOCIALE.

ÉPIDÉMIOLOGIE

ÉVOLUTION DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES EN FRANCE PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE 1952

Les infections typhiques ont présenté deux poussées épidémiques : — l'une, en janvier, a surtout atteint le Lot-et-Garonne, 70 cas répartis dans 3 localités riveraines de la Garonne. Il s'agissait de formes à bacilles d'Eberth dont l'origine ostréaire paraît probable. Quelques cas analogues ont été observés au même moment en Gironde.

— l'autre, dans la deuxième quinzaine de mars, s'est développée en Vendée, dans la Loire-Inférieure, le Morbihan et le Maine-et-Loire. Presque tous les cas relevaient de bacilles Para B, sauf dans la Loire-Inférieure où le bacille d'Eberth fut responsable de quelques-uns. Un des foyers vendéens semble être d'origine coquillière.

Au cours des premières semaines de janvier, quelques cas de poliomyélite ont encore été observés, malgré la saison froide, dans les départements très touchés par l'épidémie estivo-automnale (Cantal, Gard, Isère). Dans les départements limitrophes (Bouches-du-Rhône, Haute-Savoie, Rhône, Puy-de-Dôme), quelques cas sporadiques témoignaient d'une extension de la maladie autour du foyer initial. A partir de février, les déclarations sont devenues rares et l'épidémie pouvait être considérée comme terminée.

A la fin du mois de février a éclaté à Marseille une épidémie de variole. Cette épidémie s'est développée au cours du mois de mars, mais semblait terminée au début d'avril. Au total, elle se solde par 38 cas, 34 dans les Bouches-du-Rhône, 2 dans le Var, 2 en Vaucluse. 4 décès

ont été observés au début de l'épidémie. Par la suite, la maladie s'est manifestée surtout sous une forme bénigne ou fruste. La vaccination et la revaccination ont été rendues obligatoires dans les Bouches-du-Rhône d'abord, en Vaucluse par la suite. L'origine de l'épidémie est liée à un cas de variole survenu chez un militaire rapatrié d'Indochine, qui avait échappé à la revaccination prescrite à bord du paquebot de rapatriement en raison de l'apparition d'un cas de variole et d'un cas douteux chez deux de ses camarades hospitalisés à l'escale d'Oran. Parmi les cas observés, on peut signaler particulièrement celui de la mère d'une employée d'un hôpital civil, elle-même indemne, qui contracta la variole 9 jours après avoir été vaccinée, et celui d'un enfant de neuf ans, qui avait subi la vaccination antivariolique en février, mais sans succès.

Les autres maladies transmissibles appellent peu de commentaires :

Une petite épidémie scolaire de diphtérie a été observée à Nantes.

La tularémie continue à être signalée sous forme de cas sporadiques en Moselle et en Meurthe-et-Moselle; un cas a été déclaré dans l'Orne, département indemne jusque-là.

STATISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

PREMIER TRIMESTRE 1952

	Nombre de cas		Indice de morbidité	
	1951	1952	1951	1952
<i>Infections typhiques.</i>				
Janvier	347	395	9,6	10,9
Février	284	332	8,7	9,8
Mars	356	441	9,9	12,2
<i>Diphtérie.</i>				
Janvier	338	326	9,4	9
Février	269	193	8,3	5,7
Mars	267	247	7,4	6,8
<i>Rougeole.</i>				
Janvier	2 105	5 308	58,7	148
Février	2 655	4 911	82	146
Mars	3 306	3 553	92,2	98,9
<i>Scarlatine.</i>				
Janvier	1 160	903	32,3	25,1
Février	834	745	25,7	22,1
Mars	745	759	20,7	21,1

	Nombre de cas		Indice de morbidité	
	1951	1952	1951	1952
Poliomyélite.				
Janvier	68	99	1,8	2,7
Février	30	46	0,9	1,3
Mars	30	45	0,8	1,2

Méningite cérébro-spinale.

Janvier	94	74	2,6	2
Février	74	65	2,2	1,9
Mars	85	95	2,3	2,6

Fièvre ondulante.

Janvier	51	61	1,4	1,6
Février	68	73	2,1	2,1
Mars	94	92	2,6	2,5

Coqueluche.

Janvier	289	775	8	21,5
Février	364	693	11,2	20,6
Mars	319	741	8,8	20,6

Tétanos.

Janvier	29	17	0,8	0,4
Février	30	18	0,9	0,5
Mars	23	22	0,6	0,6

TABLEAU RÉCAPITULATIF*Premier trimestre.*

	1951	1952
Typhoïde	987	1 168
Diphthérie	874	766
Rougeole	8 066	13 772
Scarlatine	2 739	2 407
Poliomyélite	128	190
Méningite cérébro-spinale	253	234
Fièvre ondulante	213	226
Coqueluche	972	2 209
Tétanos	82	57
Variole	0	38

Rougeole.**STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES***Premier trimestre 1952.*

R. M. = Nombre de cas indiqué sur le relevé mensuel.

I. M. = Indice de morbidité calculé sur la base annuelle, rapporté à 100 000 habitants.

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	129	483	54	216	23	86,1
Aisne	138	335	72	187	32	77,6
Allier	85	264	77	256	45	140
Alpes (Basses-)	49	680	56	831	2	27,7
Alpes (Hautes-)	0	0	5	71,7	7	93,8
Alpes-Maritimes	125	324	130	360	190	493
Ardèche	9	40,8	13	63	10	45,3
Ardennes	6	26,9	5	21,5	39	175
Ariège	4	32,1	0	0	0	0
Aube	41	194	32	162	27	128
Aude	1	4,2	1	4,5	0	0
Aveyron	0	0	11	44	18	67,4
Belfort (Terr. de)	0	0	4	54,2	0	0
Bouches-du-Rhône	124	145	211	263	128	149
Calvados	23	62,8	50	146	64	175
Cantal	294	1797	102	667	30	183
Charente	44	162	86	338	43	158
Charente-Maritime	34	92	53	153	37	100
Cher	2	8	17	73,7	49	199
Corrèze	21	95,6	42	205	0	0
Corse	20	86,7	8	37,1	0	0
Côte-d'Or	89	297	93	332	67	224
Côtes-du-Nord	18	38,6	16	36,7	13	27,9
Creuse	0	0	0	0	15	93,6
Dordogne	14	41,6	48	152	34	101
Doubs	62	229	39	154	13	48
Drôme	12	51,3	87	398	11	47
Eure	19	67,1	34	128	15	52,9
Eure-et-Loir	16	69,4	88	408	35	152
Finistère	47	72,8	45	74,6	9	13,9
Gard	47	136	34	106	29	84,2
Garonne (Haute-)	6	13,3	1	2,3	5	11,1
Gers	27	164	45	293	0	0
Gironde	31	40,9	88	124	37	48,8
Hérault	5	12,3	35	92,5	7	17,3
Ille-et-Vilaine	31	59,6	49	101	29	55,8
Indre	1	4,5	3	14,6	3	13,6
Indre-et-Loire	0	0	3	10,2	10	32
Isère	13	25,8	24	50,9	27	53,6
Jura	29	152	18	101	12	62,9
Landes	5	23,4	19	95,1	77	361
Loir-et-Cher	50	234	2	10	2	9,3
Loire	192	342	59	112	12	21,3
Loire (Haute-)	3	15,3	0	0	1	5,1
Loire-Inférieure	239	398	160	285	45	74,8
Loiret	7	22,6	20	69,1	3	9,6
Lot	39	295	0	0	0	0
Lot-et-Garonne	12	51,8	64	296	4	17,2
Lozère	54	685	20	271	16	203
Maine-et-Loire	316	706	182	435	177	395

STATISTIQUES CONCERNANT LA ROUGEOLE (suite).

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Manche	154	389	314	848	36	90,9
Marne	21	59,8	12	36,5	38	108
Marne (Haute-)	16	97,8	9	58,8	15	91,7
Mayenne	58	252	41	190	3	13
Meurthe-et-Moselle	294	607	63	139	84	173
Meuse	18	105	8	49,9	30	175
Morbihan	119	262	52	122	49	108
Moselle	294	518	96	181	37	65,2
Nièvre	20	93,2	14	69,8	70	326
Nord	182	105	311	192	113	65,3
Oise	19	53,1	18	53,8	12	33,5
Orne	9	36,7	18	78,6	17	69,4
Pas-de-Calais	244	226	69	68,5	33	30,6
Puy-de-Dôme	10	24	11	28,3	0	0
Pyrénées (Basses-)	21	57,6	13	38,1	30	82,3
Pyrénées (Hautes-)	0	0	11	67,3	1	5,7
Pyrénées-Orientales	9	45,1	4	21,4	1	5
Rhin (Bas-)	14	23,5	18	32,3	35	58,8
Rhin (Haut-)	59	143	51	132	75	181
Rhône	146	179	170	222	128	157
Saône (Haute-)	17	94,1	8	47,3	19	105
Saône-et-Loire	107	241	70	168	21	47,2
Sarthe	24	64,5	19	54,6	34	91,3
Savoie	42	201	26	133	11	52,5
Savoie (Haute-)	58	241	114	506	43	179
Seine	431	101	568	142	640	150
Seine-Inférieure	38	49,1	19	26,2	8	10,3
Seine-et-Marne	24	66,6	43	128	79	219
Seine-et-Oise	33	26,3	73	62,4	160	128
Sèvres (Deux-)	9	32,2	18	69	18	64,5
Somme	8	20,1	21	56,6	1	2,5
Tarn	32	123	0	0	4	15,3
Tarn-et-Garonne	0	0	14	102	6	40,9
Var	156	479	206	677	93	286
Vaucluse	13	58,7	12	58	18	81,3
Vendée	46	130	31	93,8	40	113
Vienne	0	0	2	10,5	1	4,9
Vienne (Haute-)	4	13,7	5	18,3	27	92,6
Vosges	7	22,5	5	17,1	23	73,9
Yonne	19	82,4	49	227	48	208

Scarlatine.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES

Premier trimestre 1952.

R. M. = Nombre de cas indiqué sur le relevé mensuel.
I. M. = Indice de morbidité calculé sur la base annuelle, rapporté à 100 000 habitants.

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	9	33,7	15	60	3	11,2
Aisne	12	29,1	13	33,7	4	9,7
Allier	10	31	2	6,6	0	0
Alpes (Basses-)	0	0	0	0	0	0
Alpes (Hautes-)	3	40,2	9	129	2	26,8
Alpes-Maritimes	12	31,1	6	16,6	7	18,1
Ardèche	4	18,1	4	19,4	1	4,5
Ardennes	4	17,9	5	23,9	3	13,4
Ariège	0	0	0	0	0	0
Aube	14	66,3	11	55,7	7	33,1
Aude	0	0	0	0	1	4,2
Aveyron	0	0	1	4	1	3,7
Belfort (Terr. de)	2	25,3	2	27	10	127
Bouches-du-Rhône	12	14	18	22,4	19	22,1
Calvados	9	24,5	5	14,6	7	19,1
Cantal	2	12,2	2	13	0	0
Charente	5	18,3	0	0	3	11
Charente-Maritime	4	10,8	5	14,4	1	2,7
Cher	9	36,4	6	26	6	24,3
Corrèze	0	0	0	0	12	54,6
Corse	0	0	0	0	0	0
Côte-d'Or	4	13,3	7	25	1	3,3
Côtes-du-Nord	1	2,1	0	0	0	0
Creuse	0	0	1	6,6	1	6,2
Dordogne	0	0	1	3,1	0	0
Doubs	3	11	2	7,9	1	3,6
Drôme	3	12,8	2	9	2	8,5
Eure	5	17,6	6	22,6	6	21,1
Eure-et-Loir	16	69,4	1	4,6	4	17,3
Finistère	3	4,6	3	4,9	2	3,1
Gard	1	2,9	4	12,4	4	11,6
Garonne (Haute-)	2	4,4	4	9,5	3	6,6
Gers	0	0	1	6,5	7	42,5
Gironde	12	15,8	6	8,4	3	3,9
Hérault	5	12,3	2	5,2	3	7,4
Ille-et-Vilaine	8	15,3	1	2	5	9,6
Indre	9	41	2	9,7	13	59,2
Indre-et-Loire	5	16	2	6,8	3	9,6
Isère	11	21,8	4	8,4	6	11,9
Jura	3	15,7	1	5,6	2	10,4
Landes	0	0	0	0	0	0
Loir-et-Cher	3	14	2	10	2	9,3
Loire	12	21,3	26	49,5	11	19,6
Loire (Haute-)	1	5,1	7	38,2	2	10,2
Loire-Inférieure	9	14,9	9	16	7	11,6
Loiret	14	45,2	15	51,8	10	32,3
Lot	0	0	0	0	0	0
Lot-et-Garonne	1	4,3	1	4,6	1	4,3
Lozère	5	63,4	0	0	1	12,6
Maine-et-Loire	12	26,8	8	19,1	9	20,1

STATISTIQUES CONCERNANT LA SCARLATINE (suite).

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Manche	6	15,1	6	16,2	9	22,7
Marne	30	85,5	11	33,5	25	71,2
Marne (Haute-)	1	6,1	3	19,6	1	6,1
Mayenne	18	78	5	23,1	2	8,6
Meurthe-et-Moselle	14	28,9	14	30,9	7	14,4
Meuse	3	17,5	2	12	2	11,6
Morbihan	19	41,8	0	0	1	2,2
Moselle	6	10,5	7	13,2	5	8,8
Nièvre	2	9,3	1	4,9	4	18,6
Nord	23	13,3	36	22,2	43	24,8
Oise	15	41,9	4	11,9	8	22,3
Orne	8	32,6	2	8,7	8	32,6
Pas-de-Calais	7	6,4	7	6,9	9	8,3
Puy-de-Dôme	4	9,6	1	2,5	1	2,4
Pyrénées (Basses-)	2	5,4	1	2,9	8	21,9
Pyrénées (Hautes-)	1	5,7	0	0	1	5,7
Pyrénées-Orientales	0	0	0	0	1	5
Rhin (Bas-)	15	25,2	15	26,9	14	23,5
Rhin (Haut-)	18	43,5	8	20,6	19	45,9
Rhône	49	59,9	69	90,3	61	74,6
Saône (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Saône-et-Loire	15	33,7	11	26,4	8	18
Sarthe	9	24,1	4	11,4	9	24,1
Savoie	2	9,5	0	0	0	0
Savoie (Haute-)	15	62,3	9	39,9	18	74,7
Seine	197	46,2	175	43,9	20,5	48,1
Seine-Inférieure	17	21,9	11	15,2	16	20,7
Seine-et-Marne	19	52,7	24	71,2	7	19,4
Seine-et-Oise	77	61,5	66	56,4	59	47,1
Sèvres (Deux-)	0	0	7	26,8	0	0
Somme	12	30,2	0	0	2	5
Tarn	1	3,8	5	20,5	3	11,5
Tarn-et-Garonne	0	0	0	0	0	0
Var	5	15,3	7	23	4	12,2
Vaucluse	5	22,6	1	4,8	0	0
Vendée	8	22,6	1	3	3	8,4
Vienne	4	19,7	1	5,2	1	4,9
Vienne (Haute-)	3	10,2	1	3,6	0	0
Vosges	13	41,7	8	27,5	9	28,9
Yonne	1	4,3	0	0	0	0

Méningite cérébro-spinale.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES

Premier trimestre 1952.

R. M. = Nombre de cas indiqué sur le relevé mensuel.

I. M. = Indice de morbidité calculé sur la base annuelle, rapporté à 100 000 habitants.

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	0	0	0	0	0	0
Aisne	0	0	0	0	1	2,4
Allier	0	0	1	3,3	0	0
Alpes (Basses-)	0	0	0	0	0	0
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	1	13,4
Alpes-Maritimes	1	2,5	2	5,5	1	2,5
Ardèche	0	0	0	0	1	4,5
Ardennes	0	0	0	0	0	0
Ariège	0	0	0	0	0	0
Aube	0	0	0	0	0	0
Aude	1	4,2	0	0	1	4,2
Aveyron	0	0	0	0	0	0
Belfort (Terr. de)	0	0	0	0	0	0
Bouches-du-Rhône	0	0	0	0	3	3,5
Calvados	1	2,7	2	5,8	3	8,1
Cantal	0	0	0	0	0	0
Charente	0	0	1	3,9	0	0
Charente-Maritime	2	5,4	2	5,7	1	2,7
Cher	0	0	0	0	0	0
Corrèze	0	0	0	0	0	0
Corse	0	0	0	0	0	0
Côte-d'Or	1	3,3	1	3,5	0	0
Côtes-du-Nord	1	2,1	0	0	2	4,2
Creuse	0	0	0	0	0	0
Dordogne	1	2,9	0	0	0	0
Doubs	0	0	0	0	1	3,6
Drôme	0	0	1	4,5	1	4,2
Eure	0	0	1	3,7	1	3,5
Eure-et-Loir	0	0	1	4,6	0	0
Finistère	2	3,1	2	3,3	0	0
Gard	1	2,9	0	0	1	2,9
Garonne (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Gers	0	0	1	6,5	0	0
Gironde	0	0	3	4,2	3	3,9
Hérault	0	0	1	2,6	1	2,4
Ille-et-Vilaine	2	3,8	1	2	1	1,9
Indre	0	0	0	0	0	0
Indre-et-Loire	1	3,2	0	0	0	0
Isère	0	0	1	2,1	5	9,9
Jura	0	0	0	0	0	0
Landes	0	0	0	0	0	0
Loir-et-Cher	0	0	1	5	0	0
Loire	2	3,5	3	5,7	4	7,1
Loire (Haute-)	0	0	0	0	1	5,1
Loire-Inférieur	0	0	1	1,7	0	0
Loiret	0	0	0	0	1	3,2
Lot	0	0	0	0	0	0
Lot-et-Garonne	0	0	0	0	0	0
Lozère	0	0	0	0	0	0
Maine-et-Loire	1	2,2	1	2,3	6	13,4

STATISTIQUES CONCERNANT LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE (suite).

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Manche	0	0	0	0	0	0
Marne	1	2,8	2	6	1	2,8
Marne (Haute-)	1	6,1	0	0	1	6,1
Mayenne	0	0	0	0	1	4,3
Meurthe-et-Moselle	1	2	1	2,2	1	2
Meuse	0	0	0	0	0	0
Morbihan	0	0	3	7	4	8,8
Moselle	0	0	1	1,8	3	5,2
Nièvre	0	0	0	0	0	0
Nord	3	1,7	4	2,4	4	2,3
Oise	0	0	1	2,9	1	2,7
Orne	0	0	0	0	0	0
Pas-de-Calais	3	2,7	2	1,9	4	3,7
Puy-de-Dôme	0	0	0	0	0	0
Pyrénées (Basses-)	1	2,7	0	0	1	2,7
Pyrénées (Hautes-)	0	0	0	0	0	0
Pyrénées-Orientales	0	0	0	0	1	5
Rhin (Bas-)	6	10	0	0	3	5
Rhin (Haut-)	1	2,4	0	0	1	2,4
Rhône	0	0	0	0	2	2,4
Saône (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Saône-et-Loire	0	0	4	9,6	2	4,5
Sarthe	1	2,6	1	2,8	0	0
Savoie	0	0	1	5,1	1	4,7
Savoie (Haute-)	2	8,3	0	0	0	0
Seine	16	3,7	9	2,2	13	3
Seine-Inférieure	3	3,8	0	0	2	2,5
Seine-et-Marne	1	2,7	0	0	0	0
Seine-et-Oise	14	11,1	7	5,9	2	1,5
Sèvres (Deux-)	0	0	0	0	0	0
Somme	0	0	0	0	0	0
Tarn	0	0	0	0	0	0
Tarn-et-Garonne	0	0	0	0	1	6,8
Var	1	3	0	0	1	3
Vaucluse	1	4,5	0	0	2	9,4
Vendée	0	0	1	3	2	5,6
Vienne	1	4,9	1	5,2	0	0
Vienne (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Vosges	0	0	0	0	1	3,2
Yonne	0	0	0	0	0	0

Poliomyélite.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES

Premier trimestre 1952.

R. M. = Nombre de cas indiqué sur le relevé mensuel.
I. M. = Indice de morbidité calculé sur la base annuelle, rapporté à 100 000 habitants.

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	0	0	1	4	0	0
Aisne	0	0	1	2,5	1	2,4
Allier	0	0	0	0	0	0
Alpes (Basses-)	0	0	0	0	0	0
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	1	13,4
Alpes-Maritimes	2	5,1	1	2,7	1	2,5
Ardèche	0	0	0	0	1	4,5
Ardennes	0	0	0	0	0	0
Ariège	0	0	0	0	0	0
Aube	0	0	0	0	1	4,7
Aude	0	0	0	0	0	0
Aveyron	1	3,7	0	0	1	3,7
Belfort (Terr. de)	0	0	0	0	0	0
Bouches-du-Rhône	2	2,3	1	1,2	1	1,1
Calvados	2	5,4	0	0	0	0
Cantal	0	0	1	6,5	0	0
Charente	0	0	0	0	0	0
Charente-Maritime	0	0	0	0	0	0
Cher	0	0	0	0	0	0
Corrèze	0	0	0	0	0	0
Corse	0	0	0	0	0	0
Côte-d'Or	0	0	0	0	0	0
Côtes-du-Nord	1	2,1	1	2,2	0	0
Creuse	1	6,2	0	0	1	6,2
Dordogne	1	2,9	1	3,1	0	0
Doubs	0	0	0	0	0	0
Drôme	1	4,2	0	0	2	8,5
Eure	1	3,5	0	0	0	0
Eure-et-Loir	0	0	0	0	0	0
Finistère	0	0	0	0	0	0
Gard	0	0	0	0	0	0
Garonne (Haute-)	2	4,4	2	4,7	0	0
Gers	1	6	0	0	0	0
Gironde	2	2,6	2	2,8	1	1,3
Hérault	3	7,4	4	10,5	0	0
Ille-et-Vilaine	1	1,9	0	0	1	1,9
Indre	2	9,1	0	0	2	9,1
Indre-et-Loire	0	0	0	0	0	0
Isère	3	5,9	1	2,1	3	5,9
Jura	0	0	0	0	0	0
Landes	0	0	0	0	0	0
Loir-et-Cher	1	4,6	1	5	1	4,6
Loire	2	3,5	5	9,5	0	0
Loire (Haute-)	1	5,1	1	5,4	0	0
Loire-Inférieure	0	0	1	1,7	0	0
Loiret	1	3,2	0	0	1	3,2
Lot	0	0	0	0	0	0
Lot-et-Garonne	2	8,6	0	0	0	0
Lozère	0	0	0	0	0	0
Maine-et-Loire	5	11,1	2	4,7	0	0

STATISTIQUES CONCERNANT LA POLIOMYÉLITE (suite).

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Manche	3	7,5	0	0	0	0
Marne	0	0	1	3	0	0
Marne (Haute-)	2	12,2	0	0	0	0
Mayenne	1	4,3	0	0	0	0
Meurthe-et-Moselle	0	0	0	0	1	2
Meuse	0	0	1	6,2	0	0
Morbihan	2	4,4	0	0	2	4,4
Moselle	0	0	0	0	1	1,7
Nièvre	0	0	0	0	0	0
Nord	2	1,1	0	0	0	0
Oise	1	2,7	0	0	0	0
Orne	2	8,1	0	0	1	4
Pas-de-Calais	0	0	2	1,9	0	0
Puy-de-Dôme	9	21,6	0	0	1	2,4
Pyrénées (Basses-)	0	0	0	0	1	2,7
Pyrénées (Hautes-)	0	0	0	0	1	5,7
Pyrénées-Orientales	2	10	2	10,7	1	5
Rhin (Bas-)	1	1,6	0	0	0	0
Rhin (Haut-)	3	7,2	0	0	0	0
Rhône	1	1,2	2	2,6	0	0
Saône (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Saône-et-Loire	0	0	1	2,4	0	0
Sarthe	0	0	0	0	3	8
Savoie	1	4,7	1	5,1	1	4,7
Savoie (Haute-)	1	4,1	1	4,4	0	0
Seine	18	4,2	5	1,2	9	2,1
Seine-Inférieure	1	1,2	1	1,3	0	0
Seine-et-Marne	0	0	0	0	0	0
Seine-et-Oise	3	2,3	2	1,7	2	1,5
Sèvres (Deux-)	1	3,5	0	0	0	0
Somme	1	2,5	1	2,6	0	0
Tarn	0	0	0	0	0	0
Tarn-et-Garonne	0	0	0	0	0	0
Var	2	6,1	0	0	0	0
Vaucluse	3	13,5	0	0	0	0
Vendée	0	0	0	0	0	0
Vienne	1	4,9	0	0	0	0
Vienne (Haute-)	0	0	0	0	2	6,8
Vosges	0	0	0	0	0	0
Yonne	0	0	0	0	0	0

Fièvre ondulante.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES

Premier trimestre 1952.

R. M. = Nombre de cas indiqué sur le relevé mensuel.
I. M. = Indice de morbidité calculé sur la base annuelle, rapporté à 100 000 habitants.

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	0	0	0	0	0	0
Aisne	1	2,4	0	0	1	2,4
Allier	0	0	0	0	0	0
Alpes (Basses-)	2	27,7	3	44,5	2	27,7
Alpes (Hautes-)	1	13,4	3	43	0	0
Alpes-Maritimes	0	0	5	13,8	1	2,5
Ardèche	0	0	2	9,7	1	4,5
Ardennes	0	0	0	0	0	0
Ariège	0	0	0	0	1	8
Aube	0	0	0	0	0	0
Aude	1	4,2	0	0	0	0
Aveyron	0	0	4	16	1	3,7
Belfort (Terr. de)	0	0	0	0	0	0
Bouches-du-Rhône	5	5,8	2	2,4	5	5,8
Calvados	2	5,4	0	0	0	0
Cantal	0	0	0	0	0	0
Charente	0	0	0	0	0	0
Charente-Maritime	0	0	0	0	0	0
Cher	0	0	1	4,3	0	0
Corrèze	0	0	0	0	0	0
Corse	12	52	20	92,7	31	134
Côte-d'Or	0	0	0	0	1	3,3
Côtes-du-Nord	0	0	0	0	0	0
Creuse	0	0	0	0	0	0
Dordogne	1	2,9	0	0	1	2,9
Doubs	0	0	0	0	0	0
Drôme	0	0	0	0	2	8,5
Eure	0	0	0	0	0	0
Eure-et-Loir	0	0	0	0	0	0
Finistère	0	0	0	0	0	0
Gard	3	8,7	1	3,1	9	26,1
Garonne (Haute-)	0	0	1	2,3	0	0
Gers	0	0	0	0	1	6
Gironde	0	0	0	0	1	1,3
Hérault	3	7,4	5	13,2	4	9,8
Ille-et-Vilaine	0	0	0	0	0	0
Indre	0	0	1	4,8	0	0
Indre-et-Loire	0	0	0	0	0	0
Isère	4	7,9	8	16,9	4	7,9
Jura	0	0	0	0	0	0
Landes	0	0	0	0	0	0
Loir-et-Cher	0	0	1	5	0	0
Loire	1	1,7	4	7,6	0	0
Loire (Haute-)	0	0	0	0	1	5,1
Loire-Inférieure	0	0	1	1,7	0	0
Loiret	0	0	0	0	0	0
Lot	0	0	0	0	0	0
Lot-et-Garonne	3	12,9	0	0	1	4,3
Lozère	0	0	0	0	0	0
Maine-et-Loire	0	0	0	0	3	6,7

STATISTIQUES CONCERNANT LA FIÈVRE ONDULANTE (suite).

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Manche	1	2,5	0	0	1	2,5
Marne	1	2,8	0	0	0	0
Marne (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Mayenne	0	0	1	4,6	0	0
Meurthe-et-Moselle	1	2	0	0	1	2
Meuse	0	0	1	6,2	0	0
Morbihan	0	0	0	0	0	0
Moselle	0	0	0	0	1	1,7
Nièvre	0	0	0	0	0	0
Nord	1	0,5	0	0	0	0
Oise	0	0	0	0	0	0
Orne	0	0	0	0	0	0
Pas-de-Calais	0	0	0	0	0	0
Puy-de-Dôme	0	0	0	0	1	2,4
Pyrénées (Basses-)	0	0	0	0	0	0
Pyrénées (Hautes-)	0	0	0	0	0	0
Pyrénées-Orientales	1	4,9	2	10,7	0	0
Rhin (Bas-)	1	1,6	0	0	1	1,6
Rhin (Haut-)	0	0	0	0	0	0
Rhône	0	0	0	0	0	0
Saône (Haute-)	0	0	0	0	1	5,5
Saône-et-Loire	0	0	1	2,4	1	2,2
Sarthe	1	2,6	0	0	1	2,6
Savoie	8	38,2	4	20,4	1	4,7
Savoie (Haute-)	1	4,1	1	4,4	1	4,1
Seine	1	0,2	1	0,2	0	0
Seine-Inférieure	0	0	0	0	0	0
Seine-et-Marne	0	0	0	0	1	2,7
Seine-et-Oise	0	0	0	0	0	0
Sèvres (Deux-)	0	0	0	0	0	0
Somme	0	0	0	0	0	0
Tarn	0	0	0	0	0	0
Tarn-et-Garonne	0	0	0	0	0	0
Var	4	12,2	0	0	1	3
Vaucluse	1	4,5	0	0	8	36
Vendée	0	0	0	0	1	2,8
Vienne	0	0	0	0	0	0
Vienne (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Vosges	0	0	0	0	0	0
Yonne	0	0	0	0	0	0

Diphthérie.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES

Premier trimestre 1952.

R. M. = Nombre de cas indiqué sur le relevé mensuel.
I. M. = Indice de morbidité calculé sur la base annuelle, rapporté à 100 000 habitants.

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	1	3,7	2	8	3	11,2
Aisne	3	7,2	1	2,5	1	2,4
Allier	3	9,3	2	6,6	3	9,3
Alpes (Basses-)	0	0	1	14,8	0	0
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	16	41,4	5	13,8	9	23,3
Ardèche	4	18,1	2	9,7	2	9
Ardennes	2	8,9	1	4,7	3	13,4
Ariège	1	8	0	0	0	0
Aube	8	37,9	3	15,2	3	14,2
Aude	1	4,2	1	4,5	3	12,8
Aveyron	1	3,7	0	0	0	0
Belfort (Terr. de)	1	12,6	0	0	0	0
Bouches-du-Rhône	16	18,6	5	6,2	7	8,1
Calvados	2	5,4	2	5,8	2	5,4
Cantal	0	0	1	6,5	0	0
Charente	0	0	0	0	1	3,6
Charente-Maritime	1	2,7	0	0	0	0
Cher	0	0	2	8,6	1	4
Corrèze	0	0	0	0	0	0
Corse	0	0	0	0	0	0
Côte-d'Or	1	3,3	4	14,3	5	16,7
Côtes-du-Nord	1	2,1	0	0	0	0
Creuse	0	0	1	6,6	0	0
Dordogne	1	2,9	5	15,8	2	5,9
Doubs	3	11	6	23,7	0	0
Drôme	7	29,9	7	32	3	12,8
Eure	3	10,5	2	7,5	0	0
Eure-et-Loir	1	4,3	1	4,6	4	17,3
Finistère	1	1,5	7	11,6	1	1,5
Gard	4	11,6	1	3,1	0	0
Garonne (Haute-)	4	8,9	0	0	4	8,9
Gers	1	6	0	0	2	12,1
Gironde	4	5,2	1	1,4	3	3,9
Hérault	3	7,4	0	0	0	0
Ille-et-Vilaine	9	17,3	8	16,4	8	15,3
Indre	0	0	1	4,8	0	0
Indre-et-Loire	0	0	1	3,4	0	0
Isère	5	9,9	2	4,2	4	7,9
Jura	1	5,2	0	0	0	0
Landes	0	0	2	10	0	0
Loir-et-Cher	1	4,6	0	0	0	0
Loire	6	10,6	2	3,8	2	3,5
Loire (Haute-)	1	5,1	1	5,4	2	10,2
Loire-Inférieure	8	13,3	4	7,1	32	53,2
Loiret	7	22,6	3	10,3	2	6,4
Lot	0	0	1	8	0	0
Lot-et-Garonne	0	0	2	9,2	0	0
Lozère	1	12,6	0	0	0	0
Maine-et-Loire	4	8,9	6	14,3	0	0

STATISTIQUES CONCERNANT LA DIPHTÉRIE (suite).

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Manche	8	20,2	1	2,7	5	12,6
Marne	5	14,2	3	9,1	2	5,7
Marne (Haute-)	1	6,1	0	0	0	0
Mayenne	5	21,6	0	0	3	13
Meurthe-et-Moselle	11	22,7	3	6,6	8	16,5
Meuse	2	11,6	2	12,4	3	17,5
Morbihan	3	6,6	4	9,4	1	2,2
Moselle	5	8,8	2	3,7	6	10,5
Nièvre	0	0	0	0	3	13,9
Nord	17	9,8	7	4,3	4	2,3
Oise	0	0	0	0	2	5,5
Orne	2	8,1	1	4,3	3	12,2
Pas-de-Calais	18	16,7	4	3,9	10	9,2
Puy-de-Dôme	1	2,4	1	2,5	1	2,4
Pyrénées (Basses-)	0	0	0	0	0	0
Pyrénées (Hautes-)	2	11,4	0	0	3	17,1
Pyrénées-Orientales	0	0	1	5,3	1	5
Rhin (Bas-)	4	6,7	7	12,5	4	6,7
Rhin (Haut-)	5	12	3	7,7	3	7,2
Rhône	17	20,8	5	6,5	14	17,1
Saône (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Saône-et-Loire	4	9	2	4,8	0	0
Sarthe	1	2,6	3	8,6	1	2,6
Savoie	1	4,7	0	0	2	9,5
Savoie (Haute-)	10	41,5	1	4,4	3	12,4
Seine	21	4,9	15	3,7	14	3,2
Seine-Inférieure	12	15,5	9	12,4	19	24,5
Seine-et-Marne	1	2,7	0	0	1	2,7
Seine-et-Oise	10	7,9	7	5,9	9	7,1
Sèvres (Deux-)	0	0	0	0	0	0
Somme	5	12,6	7	18,8	3	7,5
Tarn	4	15,3	2	8,2	0	0
Tarn-et-Garonne	2	13,6	0	0	0	0
Var	1	3	0	0	3	9,2
Vaucluse	1	4,5	0	0	0	0
Vendée	4	11,3	4	12,1	0	0
Vienne	2	9,8	3	15,8	4	19,7
Vienne (Haute-)	4	13,7	0	0	0	0
Vosges	0	0	0	0	0	0
Yonne	0	0	0	0	0	0

Typhoïde.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES
Premier trimestre 1952.

R. M. = Nombre de cas indiqué sur le relevé mensuel.
I. M. = Indice de morbidité calculé sur la base annuelle, rapporté à 100 000 habitants.

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	1	3,7	2	8	2	7,4
Aisne	0	0	1	2,5	1	2,4
Allier	5	15,5	1	3,3	6	18,6
Alpes (Basses-)	0	0	0	0	0	0
Alpes (Hautes-)	2	26,8	0	0	4	53,6
Alpes-Maritimes	3	7,7	8	22,1	7	18,1
Ardèche	5	22,6	0	0	1	4,5
Ardennes	0	0	0	0	2	8,9
Ariège	1	7,9	0	0	0	16
Aube	0	0	2	10,1	1	4,7
Aude	1	4,2	0	0	1	4,2
Aveyron	0	0	1	4	0	0
Belfort (Terr. de)	1	12,6	0	0	0	0
Bouches-du-Rhône	5	5,8	7	8,7	3	3,5
Calvados	2	5,4	7	20,4	4	10,9
Cantal	2	12,2	2	13	0	0
Charente	0	0	0	0	3	11
Charente-Maritime	7	18,9	1	2,8	2	5,4
Cher	0	0	1	4,3	2	8,1
Corrèze	2	9,1	1	4,8	0	0
Corse	5	21,6	2	9,2	5	21,6
Côte-d'Or	3	10	0	0	0	0
Côtes-du-Nord	4	8,5	4	9,1	4	8,5
Creuse	3	18,7	1	6,6	1	6,2
Dordogne	2	5,9	5	15,8	1	2,9
Doubs	0	0	3	11,8	7	25,8
Drôme	1	4,2	0	0	0	0
Eure	0	0	7	26,4	4	14,1
Eure-et-Loir	1	4,3	5	23,1	2	8,6
Finistère	14	21,7	8	13,2	4	6,2
Gard	1	2,9	3	9,3	2	5,8
Garonne (Haute-)	5	11,1	3	7,1	2	4,4
Gers	1	6	0	0	2	12,1
Gironde	4	5,2	16	23,7	5	6,5
Hérault	4	9,8	5	13,2	4	9,8
Ille-et-Vilaine	9	17,3	8	16,4	12	23
Indre	4	18,2	2	9,7	2	8,7
Indre-et-Loire	2	6,4	0	0	0	0
Isère	4	7,9	3	6,3	0	0
Jura	1	5,2	0	0	5	26,2
Landes	5	23,4	1	5	1	4,6
Loir-et-Cher	1	4,6	1	5	2	9,3
Loire	3	5,3	4	7,6	6	10,6
Loire (Haute-)	3	15,3	0	0	1	5,1
Loire-Inférieure	37	61,5	22	39,1	52	86,5
Loiret	3	9,6	1	3,4	3	9,6
Lot	0	0	1	8	0	0
Lot-et-Garonne	51	220	34	157	4	17,2
Lozère	0	0	0	0	0	0
Maine-et-Loire	14	31,2	20	47,8	74	165

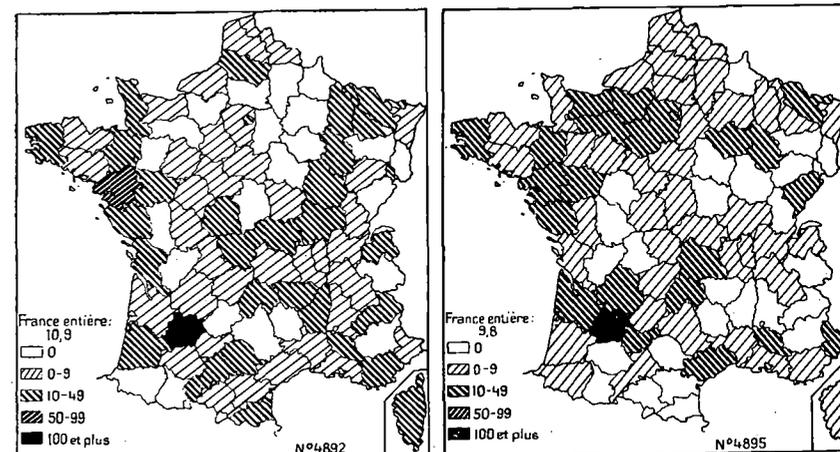
STATISTIQUES CONCERNANT LA TYPHOÏDE (suite).

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Manche	4	10,1	3	8,1	2	5
Marne	0	0	1	3	2	5,7
Marne (Haute-)	2	12,2	2	13	1	6,1
Mayenne	0	0	1	4,6	5	21,6
Meurthe-et-Moselle	5	10,3	4	8,8	5	10,3
Meuse	3	17,4	1	6,2	1	5,8
Morbihan	4	8,8	2	4,7	17	37,4
Moselle	6	10,5	11	20,7	5	8,8
Nièvre	2	9,3	0	0	0	0
Nord	2	1,1	6	3,7	4	2,3
Oise	0	0	1	2,9	1	2,7
Orne	0	0	3	13,1	2	8,1
Pas-de-Calais	1	0,9	2	1,9	3	2,7
Puy-de-Dôme	4	9,6	4	10,3	4	9,6
Pyrénées (Basses-)	0	0	1	2,9	1	2,7
Pyrénées (Hautes-)	0	0	0	0	0	0
Pyrénées-Orientales	3	15	0	0	0	0
Rhin (Bas-)	4	6,7	5	8,9	5	8,4
Rhin (Haut-)	0	0	0	0	0	0
Rhône	1	1,2	3	3,9	9	11
Saône (Haute-)	1	5,5	0	0	0	0
Saône-et-Loire	6	13,5	2	4,8	0	0
Sarthe	2	5,3	1	2,8	1	2,6
Savoie	0	0	0	0	1	4,7
Savoie (Haute-)	4	16,6	2	8,8	3	12,4
Seine	70	16,4	46	11,5	34	7,9
Seine-Inférieure	6	7,7	5	6,9	15	19,4
Seine-et-Marne	0	0	1	2,9	2	5,5
Seine-et-Oise	9	7,1	12	10,2	15	11,9
Sèvres (Deux-)	0	0	1	3,8	1	3,5
Somme	8	20,1	3	8	6	15,1
Tarn	3	11,5	0	0	2	7,6
Tarn-et-Garonne	1	6,8	2	14,5	1	6,8
Var	6	18,4	3	9,8	6	18,4
Vaucluse	5	22,6	3	14,5	0	0
Vendée	9	25,4	8	24,2	37	105
Vienne	1	4,9	0	0	1	4,9
Vienne (Haute-)	1	3,4	0	0	1	3,4
Vosges	0	0	0	0	2	6,4
Yonne	0	0	0	0	0	0

Typhoïde.

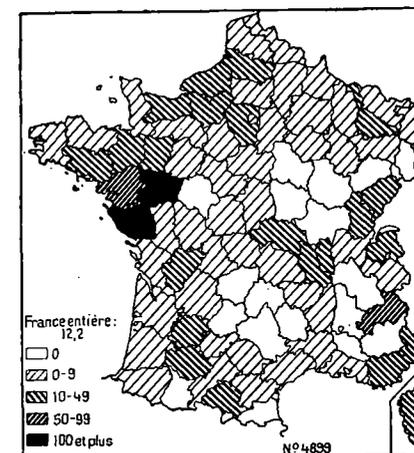
MORBIDITÉ

INDICE CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS ET RAPPORTÉ À LA BASE ANNUELLE



Janvier 1952.

Février 1952.

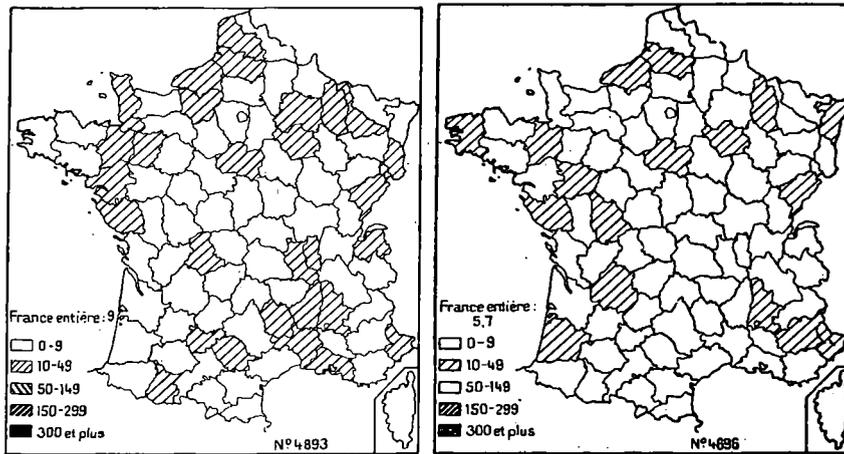


Mars 1952.

Diphtérie.

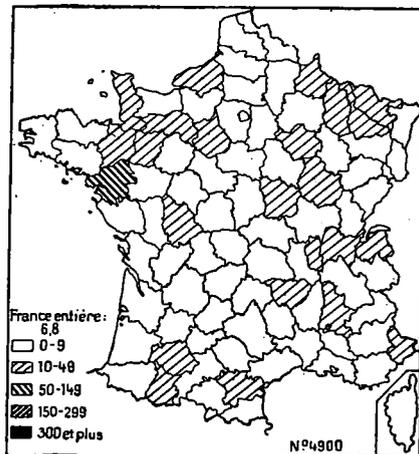
MORBIDITÉ

INDICE CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS ET RAPPORTÉ A LA BASE ANNUELLE



Janvier 1952.

Février 1952.

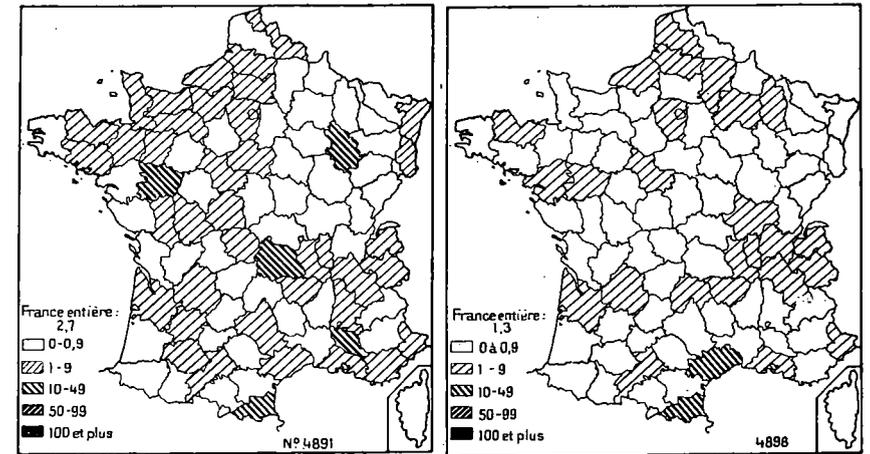


Mars 1952.

Poliomyélite.

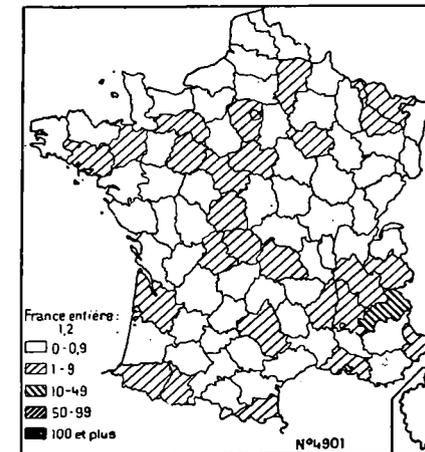
MORBIDITÉ

INDICE CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS ET RAPPORTÉ A LA BASE ANNUELLE



Janvier 1952.

Février 1952.

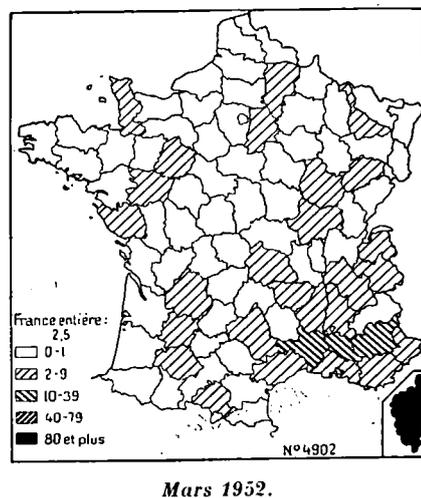
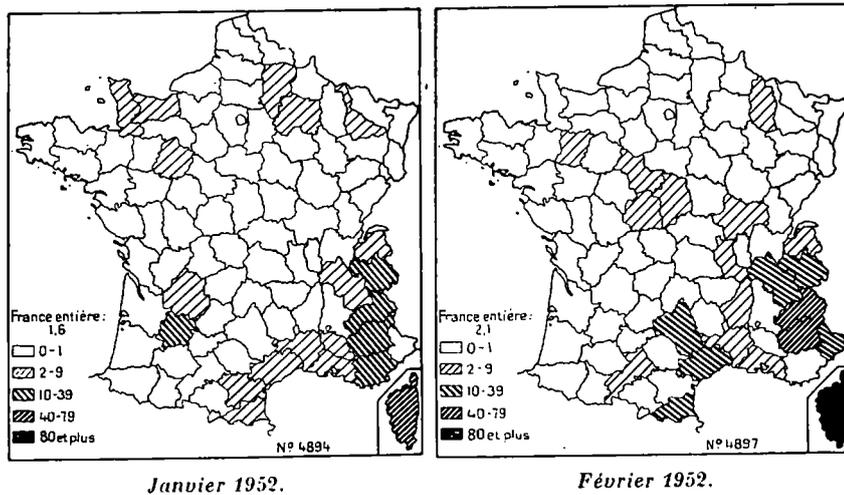


Mars 1952.

Fièvre ondulante.

MORBIDITÉ

INDICE CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS ET RAPPORTÉ À LA BASE ANNUELLE



DOCUMENTATION GÉNÉRALE

ÉTAT SANITAIRE COMPARÉ
DE DEUX DÉPARTEMENTS FRANÇAIS A POPULATION URBAINE
EN 1947

Les départements du Nord et du Rhône ont respectivement une superficie de 5 774 et 2 859 kilomètres carrés et une population (recensement de 1946) de 1 917 452 et 918 866 habitants.

Leur densité kilométrique étant de 333 et 321 personnes, et leur population rurale représentant 24,4 et 19,8 % du total rendent comparables ces deux territoires.

De plus, ces deux départements étant très industrialisés, nous nous croyons autorisés à les considérer comme étant de ceux qui accumulent, après la Seine, le maximum de caractéristiques conférant à leurs habitants le titre de population urbaine.

En effet, l'Institut National de Statistique et des Etudes économiques définit ainsi qu'il suit cette démarcation (1) :

« Depuis 1886, la population de la France est répartie, à chaque dénombrement, en deux catégories :

La population urbaine est la population totale de toutes les communes dont la population agglomérée au chef-lieu dépasse 2 000 habitants.

La population rurale est la population totale de toutes les autres communes.

Cette distinction est arbitraire et ne répond peut-être pas toujours très exactement aux préoccupations qui l'ont suggérée.

On a voulu classer à part les campagnes, c'est-à-dire les communes dont la population vit surtout du travail agricole. Or, des localités ayant plus de 2 000 habitants agglomérés au chef-lieu sont parfois exclusive-

(1) Les résultats du recensement du 10 mars 1946, volume 1, page 61, publiés par l'Institut National de Statistique et des Etudes économiques. Imprimerie Nationale. Presses Universitaires, 1948.

ment agricoles, tandis que des communes ayant moins de 2 000 habitants au chef-lieu possèdent souvent des exploitations minières ou industrielles importantes dont le siège, hors du chef-lieu de la commune, groupe de nombreux ouvriers d'industrie. »

Ceci posé, il est donc légitime de se demander si ces deux populations bénéficient d'un même état sanitaire, ou si elles présentent à ce point de vue des différences notables.

*
**

En 1947, on a enregistré 28 098 décès généraux dans le Nord et 11 612 dans le Rhône, soit une mortalité de 146 et 126 pour 10 000 domiciliés (1). La surmortalité du Nord est donc égale à 15,9 %.

Cette surcharge est importante et, si on l'envisage suivant le sexe, on s'aperçoit que l'inégalité devant la vie est encore beaucoup plus grande pour l'homme que pour la femme. En effet, on a, en 1947, dans le Nord, 164 décès pour 10 000 habitants du sexe masculin au lieu de 134 chez la femme, soit 122 contre 100, tandis que dans le Rhône ces taux sont respectivement de 135 et de 121, soit 112 contre 100.

De plus, pour 100 décès masculins dans le Rhône on en observe 121 dans le Nord, et pour 100 décès féminins dans l'un, il y en a 111 dans l'autre.

Ces écarts, bien qu'ils tendent à s'atténuer en 1948-1950, paraissent donc justifier le présent travail, et ces constatations en appellent maintenant l'examen en fonction de l'âge des populations.

DÉCÈS SUIVANT L'ÂGE ET LE SEXE

On a relevé chez l'enfant de première année du département du Nord une surmortalité de 46,3 % chez les garçons et de 40,7 % chez les filles, comparativement aux niveaux observés dans le Rhône (cf. tableaux A et B).

Chez l'enfant de 1 à 4 ans, les différences sont de 45,1 % pour les garçons et de 13,8 % pour les filles.

L'âge scolaire (5-14 ans) présente également une hypermortalité de 21,7 et de 5,27 %.

Par contre, les adolescents et jeunes adultes masculins (15-24 ans) bénéficient d'une mortalité plus faible dans le Nord que dans le Rhône, mais la femme maintient sa position primitive avec un excès de 45 %, soit 20,6 décès pour 10 000 contre 14,2 dans le département du Nord.

(1) SOURCES : Mouvement de la population, 2^e partie. Les causes de décès années 1946 et 1947, publié par l'Institut National de Statistique et des Etudes économiques. Imprimerie Nationale et Presses Universitaires de France, 1950.

Une remarque similaire s'impose pour l'homme âgé de 25 à 44 ans domicilié dans le Nord, chez qui la mortalité est inférieure de 4,4 % à celle du Rhône, tandis que la femme y conserve un léger excédent de 3,28 %, avec 31,5 décès pour 10 000, contre 30,5 dans le Rhône.

Entre 45 et 64 ans, la mortalité masculine est de même ordre de grandeur dans les deux départements, cependant que la femme âgée de 65 à 69 ans paye dans le Rhône un tribut excédentaire de 11,5 % et de 10,7 %.

Mais la situation primitive se rétablit et les septuagénaires ont, dans le Nord, selon le sexe, un excédent de décès de 5,3 et de 2,2 %. Au delà de 80 ans, ces excédents sont de 17,6 et de 12,1 %.

D'une manière générale, ces taux étant très fréquemment plus élevés dans un département que dans l'autre confirment la surmortalité qui affecte le Nord.

MORTALITÉ SUIVANT LA CAUSE (1)

Les tableaux A et B fournissent les décès généraux suivant l'âge et le sexe et leur rapport à 1 000 personnes de chaque groupe.

On y trouvera également les décès suivant la cause rapportés à 100 000 habitants de chaque série.

Maladies infectieuses (1-5 et 8-14). — Les décès dus à ces affections sont plus fréquents dans le Nord avec 362 pour 100 000 garçons nés vivants que dans le Rhône, où ce taux n'est que de 187, soit une surcharge égale à 93,5 %.

Entre 1 et 14 ans, on relève un excès notable de ces décès dans le Nord, mais de 15 à 24 ans c'est le Rhône qui présente une mortalité plus élevée de 148 %.

Au delà de 25 ans, le Nord est le plus sévèrement frappé et ces inégalités augmentent avec le nombre des années.

La mortalité féminine provoquée par les maladies transmissibles est toujours plus élevée dans le Nord, où les filles de moins d'un an accusent un surplus de décès égal à 150 %.

Notons que c'est entre 5 et 14 ans que cette mortalité est minimum.

Tuberculose (6 et 7). — On se reportera utilement aux tableaux A et B, ainsi qu'à la figure 1, qui matérialise l'importance des décès provoqués par les maladies de nature tuberculeuse et les inégalités observées entre ces deux populations.

Les décès par tuberculose observés dans le Nord, chez les garçons de moins d'un an, font plus que tripler le taux du département du Rhône; entre 1 et 4 ans et entre 5 et 14 ans, la mortalité de ce dernier est doublée par celle du département du Nord.

(1) Les chiffres entre parenthèses indiquent, dans ce chapitre, les causes de décès ainsi signalées dans les tableaux A et B.

Les petites filles du département du Nord paraissent également beaucoup plus exposées à ces affections et le sexe féminin leur paye, dans tout le cours de l'existence, un tribut largement excédentaire.

Tuberculose (toutes formes).

MORTALITÉ POUR 100 000 HABITANTS D'ÂGE ET DE SEXE CORRESPONDANTS, EN 1947

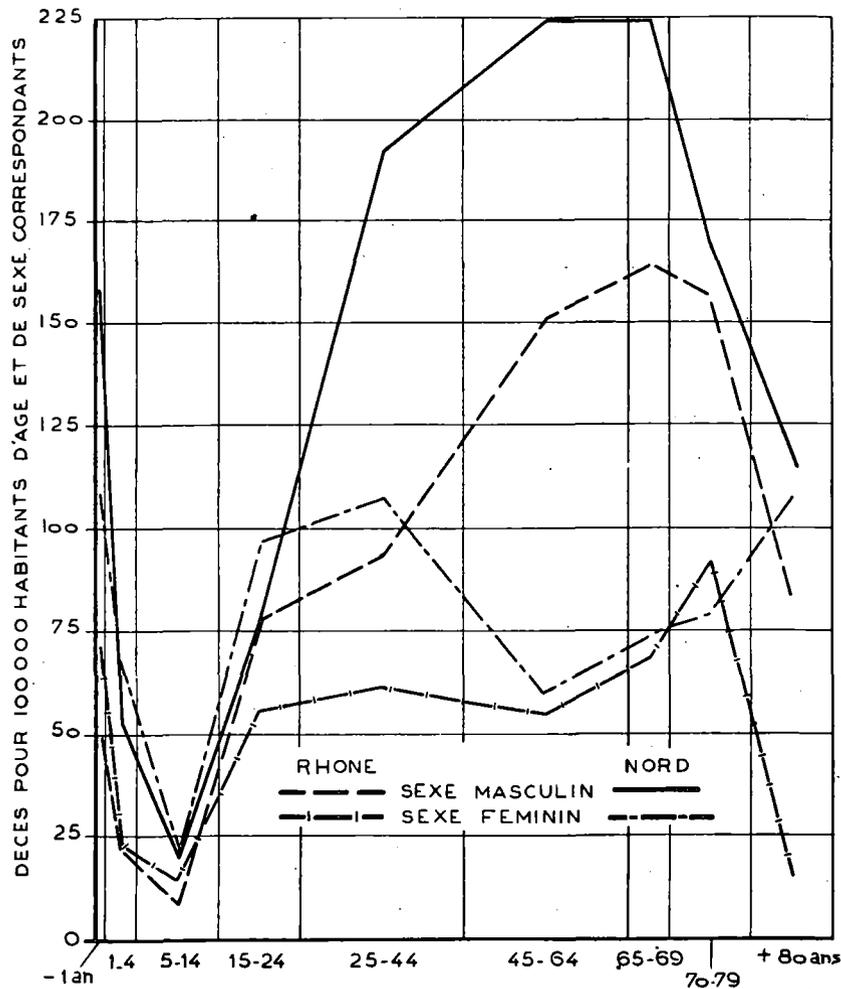


Fig. 1.

N°71128

Mais les écarts les plus grands sont observés chez les adultes.

Entre 45 et 70 ans, les courbes masculines sont si prédominantes que les différences vont de 1 à 4 ans dans le Nord et de 1 à 3 ans dans le Rhône.

Cancer (15 et 16). — La figure 2 montre l'évolution progressive selon l'âge de la mortalité cancéreuse. Elle signale la prédominance masculine dans le Rhône, qui se prolonge jusque chez les septuagénaires. Au delà de 80 ans, le Nord accuse 2 063 décès pour 100 000 au lieu de 1 500 dans

Cancer et tumeurs.

MORTALITÉ POUR 100 000 HABITANTS D'ÂGE ET DE SEXE CORRESPONDANTS, EN 1947

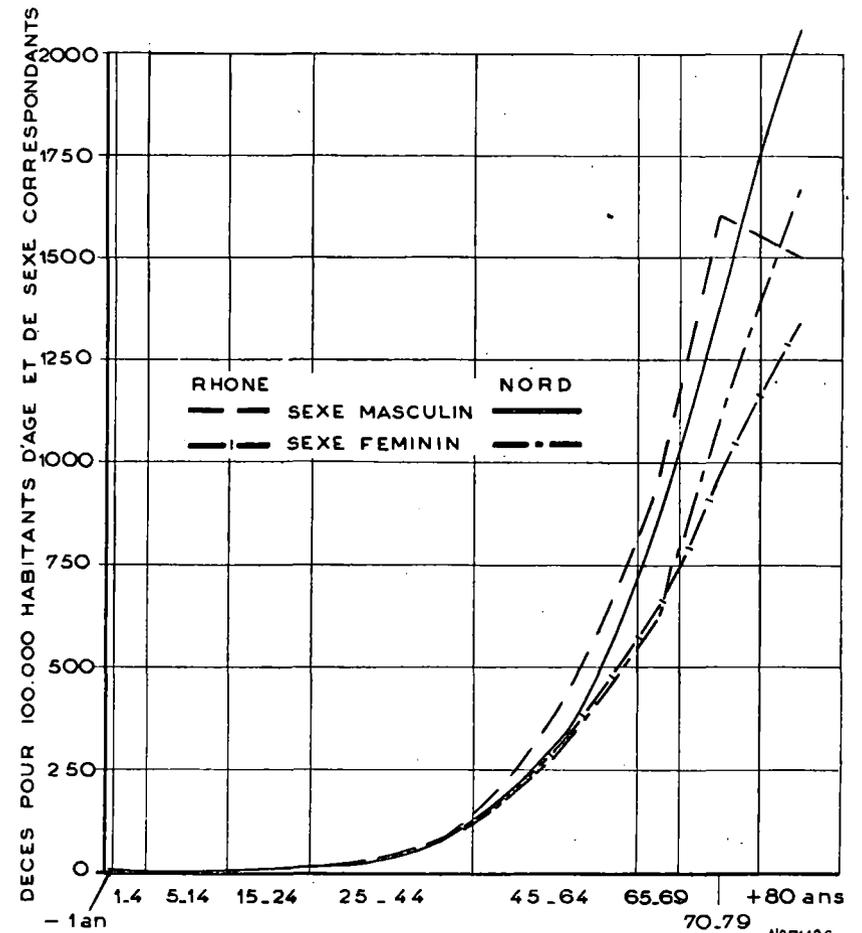


Fig. 2.

N°71126

le Rhône. Une différence est remarquée entre les courbes établies pour le sexe féminin, à partir de 70 ans.

Ces courbes rappellent que le cancer est observé dès le plus jeune âge.

Maladies rhumatismales de la nutrition, des empoisonnements chroniques, etc. (17-20). — Le n° 17, rhumatisme chronique et goutte, n'a

groupé que 4,3 % des décès provoqués par cet ensemble d'affections. Le diabète (18), par contre, a été rendu responsable de 35 % de la mortalité de ce groupe ; ces décès sont observés dès l'enfance, mais leur fréquence augmente dans l'âge mûr et dans la vieillesse. *L'alcoolisme* (19) n'a donné lieu, à son égard, qu'à 8,5 % de ces décès ; les abus de l'alcool se manifestant à partir de l'âge adulte, le taux de mortalité croît avec le nombre des années. Sous le numéro 20, les avitaminoses, autres maladies générales du sang, et les empoisonnements chroniques, représentent 52 % des décès de ce groupe (17-20). Leur plus grande fréquence est remarquée au-dessous de 5 ans ; rares chez l'adulte, ces décès augmentent ensuite jusqu'à la période ultime de la vie.

Maladies du système nerveux et des organes des sens (21-23). — Comme pour le groupe précédent, les tableaux A et B indiquent des discordances entre ces deux populations où la mortalité est maximum tantôt dans le Nord, tantôt dans le Rhône. Les taux les plus élevés sont notés aux deux extrémités de la vie et ces groupes d'âge sont dans le Nord les plus touchés.

Parmi ces trois rubriques, il convient de signaler les lésions intracranienne d'origine vasculaire (22) qui représentent plus de 80 % de décès consignés aux numéros 21, 22 et 23.

Maladies de l'appareil circulatoire (24 et 25). — On sait que les affections cardio-vasculaires se classent depuis plusieurs cycles en tête de liste dans la nosographie des pays évolués. En France, elles représentent plus de 20 % de la mortalité générale. Les tableaux A et B donnent, pour les deux départements en cause, les décès suivant l'âge et leur rapport à 100 000 personnes de chaque série. Les courbes de la figure 3 montrent, en dehors de la première année, que ce risque est très progressif à partir de la cinquantaine et que le Nord présente des taux de mortalité doublant ceux du Rhône au delà de 80 ans.

Les *maladies de l'appareil respiratoire* (26-28) justifient elles aussi la traduction de leurs taux de mortalité sur des courbes. N'observe-t-on pas, en effet, sur la figure 4, l'importance de ces affections chez l'enfant qui, dans le Nord, accuse une surmortalité de 59 % pour les garçons et de 48 % pour les filles ?

Si ces courbes vont *decrecendo* chez l'adolescent, leur amplitude ne tarde pas à se manifester chez l'adulte et plus particulièrement au seuil de la vieillesse, pour atteindre 3 000 décès pour 100 000 personnes de plus de 80 ans.

Parmi ces affections, le n° 27, groupant la *broncho-pneumonie* (y compris bronchite capillaire), la *pneumonie lobaire* (pneumococcique) et la *pneumonie non spécifiée* (y compris congestion pulmonaire aiguë), totalise 48 % des décès consignés sous ce chapitre.

Sous les numéros 29 à 32, sont groupés les *troubles gastro-intestinaux*

(29), *l'appendicite* (30), les *maladies du foie et des voies biliaires* (31) et les autres *maladies de l'appareil digestif* (32).

D'une façon générale, le n° 29 est de beaucoup le plus important. Les décès d'enfants de moins d'un an représentent 80 % des morts dues à

Appareil circulatoire.

MORTALITÉ POUR 100 000 HABITANTS D'ÂGE ET DE SEXE CORRESPONDANTS, EN 1947

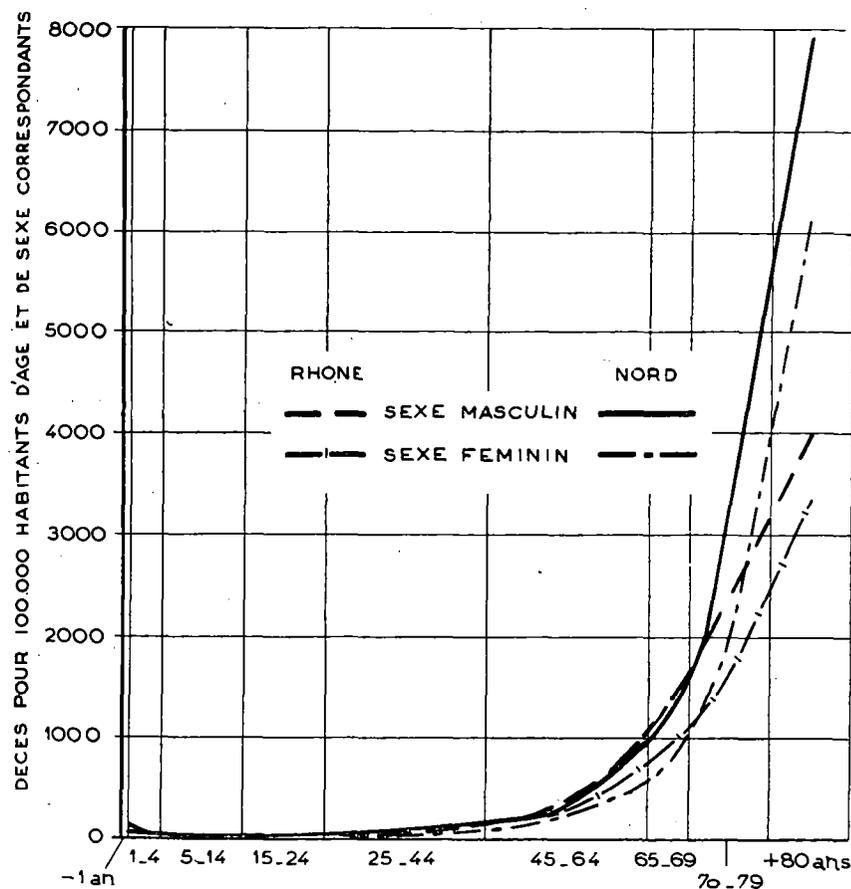


FIG. 3.

N° 71127

la diarrhée et entérite. Les sujets du sexe masculin de moins de 15 ans et de 25 à 44 ans sont plus affectés dans le Nord par ce groupe de maladies. Il en est de même pour le sexe féminin de moins de 25 ans, comme pour les deux sexes au delà de 65 ans.

Les affections de l'appareil génito-urinaire (33 et 34) présentent des variations peu marquées entre ces deux régions jusqu'à 45 ans, âge à

partir duquel le Nord est le plus atteint avec des taux doublant chez la femme ceux du Rhône. Chez l'homme, cette surcharge est comme de 1 à 3.

Les décès par *maladies de la grossesse, de l'accouchement et état*

Appareil respiratoire.

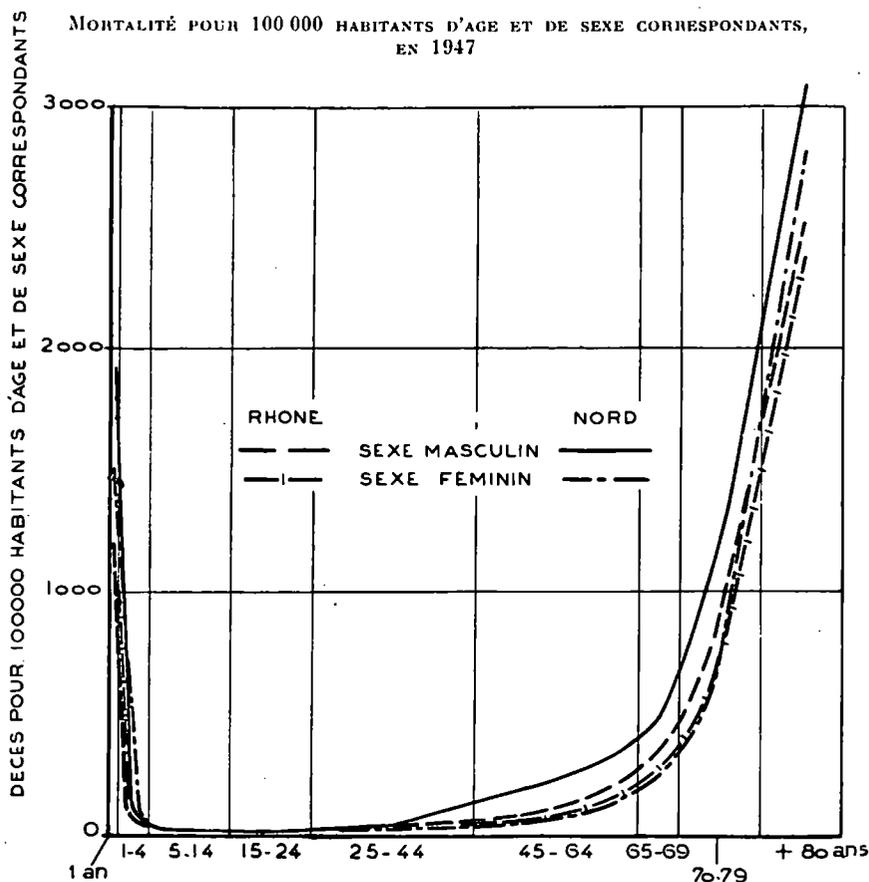


FIG. 4.

N°71125

puerpéral (35 et 36) ne sauraient valablement être rapprochés de l'ensemble de la population féminine d'âge correspondant.

Ces décès ont donc été rapportés aux naissances vivantes, étant donné que nous ne disposons pas de bases plus convenables. Le département du Nord signale 1,12 décès pour 1 000 au lieu de 0,15 dans le Rhône.

La mortalité par *maladies de la peau* (37) n'appelle aucun commen-

taire, bien que le Nord ait présenté une prédominance aux jeunes âges (cf. tableaux A et B).

Les décès consécutifs aux *vices de conformation, aux maladies particulières à la première année de la vie* (38) sont nettement plus fréquents dans le Nord, avec 3 005 décès pour 100 000 garçons nés vivants et 2 170 chez les filles, contre 2 080 et 1 635 dans l'autre région.

Autrement dit, pour 100 décès de garçons dans un département, il y en a 145 dans l'autre; pour 100 décès de filles dans le Rhône, il y en a 133 dans le Nord. Pour 100 décès de filles dans le Nord, il y a 138 décès de garçons; pour 100 décès de filles dans le Rhône, il y en a 127 de garçons.

Sénilité (39). — Les tableaux A et B indiquent pour ces deux départements des différences notables et cette constatation ne serait-elle pas de nature à atténuer dans une certaine mesure les excédents observés dans l'âge mûr et mis au compte de certaines maladies ?

Sous les numéros 40 à 43 sont groupées les *morts violentes et accidentelles* (suicides, homicides, accidents d'automobile et autres accidents). Leur fréquence décroît jusqu'à la fin de l'âge scolaire obligatoire où elle est minimum. Les garçons de 5 à 14 ans leur payent un tribut plus lourd que les filles, chez qui on note peu de différences. Le risque est plus marqué chez l'homme.

Enfin, le n° 44 concerne les *décès de causes inconnues ou mal définies*. Ces décès ont été rapportés aux décès généraux. L'indétermination oscille suivant l'âge dans des limites très inférieures à 10 % et n'altèrent pas sensiblement les taux de mortalité établis suivant la cause. Toutefois, cette altération est la même pour les deux départements, contrairement à ce que l'on a pu remarquer au sujet de la sénilité qui, il est vrai, ne peut avoir de répercussions appréciables au-dessous de 65 ans d'âge.

POPULATION DOMICILIÉE

L'exposé précédent a mis en lumière la surmortalité générale qui affecte les habitants du département du Nord. Cette situation a été analysée suivant la cause des décès, par âge et par sexe, et on a constaté, presque à chaque segment de l'existence, des excédents parfois importants dans ce département. Quels sont donc les facteurs qui influent sur la pathologie de cette région ?

Un facteur, parmi tant d'autres, nous a paru devoir jouer un rôle non négligeable : l'importance numérique des éléments étrangers. A leur arrivée, ces immigrés ne peuvent pas toujours s'installer dans des conditions favorables de logement. Leurs conditions de travail, leurs salaires alignés sur leurs besoins immédiats, leur comportement individuel et démographique en font, peut-être très souvent, des déshérités. Et ces

TABLEAU A. — MORTALITÉ SUIVANT LA CAUSE, L'ÂGE

N. = Nombres absolus; T. = Taux

		Sexe masculin								
Age.....		< 1an(1)	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-69	70-79	> 80 ans
<i>Causes * :</i>										
1 à 5 et	N.	87	29	12	7	28	68	23	39	23
8 à 14.....	T.	362	56,8	8,23	4,77	11,1	33,1	67,1	103	291
6 et 7.....	N.	38	27	29	113	480	459	77	64	9
	T.	158	52,9	19,9	76,9	191	224	224	169	117
15 et 16.....	N.	3	2	5	10	79	643	297	549	159
	T.	12,5	3,92	4,11	6,8	31,3	313	865	1 450	2 063
17 à 20.....	N.	16	3	14	7	22	72	28	39	9
	T.	67	5,88	9,6	4,76	8,73	35,1	81,7	103	117
21 à 23.....	N.	331	36	15	30	65	291	198	520	254
	T.	1 380	70,5	10,3	20,4	25,8	142	577	1 375	3 300
24 et 25.....	N.	6	8	9	29	97	741	411	1 099	612
	T.	250	15,7	6,2	19,7	38,5	362	1 200	2 910	7 950
26 à 28.....	N.	457	40	10	18	102	439	161	451	237
	T.	1 905	78,5	6,85	12,2	40,5	214	470	1 191	3 080
29 à 32.....	N.	515	42	19	19	72	185	70	97	43
	T.	2 145	82,3	13	12,9	28,6	90,1	204	257	559
33 et 34.....	N.	1	3	1	13	27	147	114	347	216
	T.	4,17	5,88	0,69	8,8	10,7	71,9	332	917	2 810
35 et 36.....	N.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	T.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
37.....	N.	7	—	2	—	2	11	1	7	—
	T.	29,1	—	1,37	—	0,79	5,37	2,9	18,5	—
38.....	N.	732	4	2	—	—	2	—	—	—
	T.	3 005	7,85	1,37	—	—	0,98	—	—	—
39.....	N.	—	—	—	—	—	9	22	197	388
	T.	—	—	—	—	—	4,38	63,1	521	5 040
40 à 43.....	N.	17	19	43	67	136	158	43	88	49
	T.	71	37,2	39,4	48,6	54	77,3	125	233	637
44 (2).....	N.	100	9	1	22	47	85	57	105	51
	%.	4,33	4,05	0,61	6,39	4,29	2,5	3,8	2,92	2,49
1 à 44 (3)...	N.	2 310	222	153	345	1 093	3 404	1 502	3 602	2 051
	T.	96,1	4,37	1,12	2,35	4,34	16,6	43,7	95,3	267

(1) Pour 100 000 naissances vivantes en 1947.

(2) Pour 100 décès généraux.

(3) Les décès généraux (1-44) ont été rapportés dans chaque sexe à 1 000 habitants la cause expriment le rapport des décès à 100 000 habitants de chaque série, sauf des naissances vivantes.

* Nomenclature internationale abrégée des causes de décès revue en 1938 (voir — Néant.

ET LE SEXE DANS LE DÉPARTEMENT DU NORD EN 1947

(voir notés au bas du tableau).

		Sexe féminin								
Age.....		< 1an(1)	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-69	70-79	> 80 ans
<i>Causes * :</i>										
1 à 5 et	N.	70	24	11	27	27	61	6	35	45
8 à 14.....	T.	305	48,7	7,65	16,6	10,2	24,3	13,3	62,7	302
6 et 7.....	N.	25	33	31	158	283	150	33	44	16
	T.	108	66,9	21,5	97,1	107	59,6	73	79	107
15 et 16.....	N.	1	2	1	7	119	727	279	637	249
	T.	4,35	4,05	0,7	4,3	44,7	290	617	1 143	1 670
17 à 20.....	N.	11	6	8	18	29	81	35	71	32
	T.	47,9	15,3	5,67	11,1	10,9	32,3	77,3	127	215
21 à 23.....	N.	236	20	17	15	45	313	200	640	382
	T.	1 025	40,1	11,8	9,2	16,9	125	441	1 147	2 160
24 et 25.....	N.	5	4	13	22	91	537	334	1 114	918
	T.	21,7	8,1	9,1	13,5	34,3	214	739	2 000	6 160
26 à 28.....	N.	346	45	4	17	46	151	112	407	416
	T.	1 505	91,3	2,78	10,4	17,3	60	248	730	2 795
29 à 32.....	N.	415	17	13	16	46	121	55	100	60
	T.	1 805	34,5	9,1	9,8	17,3	48,1	122	179	403
33 et 34.....	N.	1	1	3	11	34	130	61	168	103
	T.	4,35	2,03	2,09	6,75	12,8	51,7	135	302	681
35 et 36.....	N.	—	—	—	10	41	2	—	—	—
	T.	—	—	—	1,12	—	—	—	—	—
37.....	N.	5	1	—	2	3	7	2	2	2
	T.	21,7	2,03	—	1,23	1,13	2,79	4,42	3,59	13,4
38.....	N.	499	3	2	3	—	—	—	—	—
	T.	2 170	6,1	1,39	1,84	—	—	—	—	—
39.....	N.	—	—	—	—	—	6	16	266	653
	T.	—	—	—	—	—	2,39	35,4	477	4 380
40 à 43.....	N.	7	21	10	19	21	41	21	64	56
	T.	30,5	42,5	6,95	11,7	7,9	16,3	46,5	115	376
44 (2).....	N.	63	5	2	6	30	55	30	86	91
	%.	3,75	2,75	1,74	1,79	3,59	2,28	2,54	2,37	3,01
1 à 44 (3)...	N.	1 684	182	115	335	837	2 412	1 184	3 634	3 023
	T.	72,7	3,7	0,8	2,06	3,15	9,6	26,1	65,1	203

de chaque âge dénombrés en 1946 (population présente), alors que les taux selon pour les rubriques 35 et 36 dont les décès ont été rapprochés en bloc du nombre chapitre Mortalité suivant la cause).

TABLEAU B. — MORTALITÉ SUIVANT LA CAUSE, L'ÂGE
N. = Nombres absolus; T. = Taux

Sexe masculin									
Age.....	< 1 an (1)	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-69	70-79	> 80
<i>Causes * :</i>									
1 à 5 et	N. 19	9	3	8	7	24	5	6	1
8 à 14.....	T. 187	33,4	5,13	11,9	5,41	24,7	35,7	40,8	41,7
6 et 7.....	N. 5	6	5	52	120	147	23	23	2
	T. 49,1	22,3	8,57	77,5	92,7	151	164	157	83,3
15 et 16.....	N. —	—	—	7	53	393	135	236	36
	T. —	—	—	10,4	40,9	403	960	1 605	1 500
17 à 20.....	N. 49	6	1	3	14	24	8	13	2
	T. 481	22,3	1,71	4,47	10,8	24,7	57,1	89,3	83,3
21 à 23.....	N. 112	12	12	8	39	160	96	172	43
	T. 1 100	44,6	20,5	11,9	30,1	165	687	1 170	1 790
24 et 25.....	N. 1	1	4	12	87	340	189	350	95
	T. 9,8	3,71	6,85	17,9	67,3	350	1 350	2 380	3 960
26 à 28.....	N. 122	18	10	14	44	123	46	130	60
	T. 1 200	66,9	17,1	20,9	34	127	329	893	2 500
29 à 32.....	N. 101	12	4	11	29	116	36	46	11
	T. 990	44,6	6,85	16,4	22,4	120	257	313	457
33 et 34.....	N. 3	2	3	3	15	63	28	102	21
	T. 29,5	7,43	5,13	4,47	11,6	64,9	200	695	875
35 et 36.....	N. —	—	—	—	—	—	—	—	—
	T. —	—	—	—	—	—	—	—	—
37.....	N. —	—	—	—	—	1	—	1	1
	T. —	—	—	—	—	1,03	—	6,9	41,7
38.....	N. 212	1	—	—	—	—	—	—	—
	T. 2 080	3,71	—	—	—	—	—	—	—
39.....	N. —	—	—	—	—	—	3	173	235
	T. —	—	—	—	—	—	21,4	1 180	9 800
40 à 43.....	N. 8	9	7	46	132	130	17	41	12
	T. 78,7	33,4	12	68,5	102	134	121	279	500
44 (2).....	N. 36	5	5	16	49	91	24	40	27
%.	5,39	6,17	9,27	8,9	8,33	5,65	3,95	3	4,94
1 à 44 (3)...	N. 668	81	54	180	589	1 612	609	1 333	546
	T. 65,7	3,01	0,92	2,68	4,54	16,6	43,4	90,5	227

(1) Pour 100 000 naissances vivantes en 1947.

(2) Pour 100 décès généraux.

(3) Les décès généraux (1-44) ont été rapportés dans chaque sexe à 1 000 habitants la cause expriment le rapport des décès à 100 000 habitants de chaque série, sauf des naissances vivantes.

* Nomenclature internationale abrégée des causes de décès revue en 1938 (voir — Néant.

ET LE SEXE DANS LE DÉPARTEMENT DU RHÔNE EN 1947
(voir notes au bas du tableau).

Sexe féminin									
Age.....	< 1 an (1)	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-69	70-79	> 80
<i>Causes * :</i>									
1 à 5 et	N. 12	9	3	10	14	13	3	9	5
8 à 14.....	T. 122	34,9	5,17	13,2	10	10,2	13,6	34,4	82
6 et 7.....	N. 7	6	8	42	85	70	15	24	1
	T. 71,5	23,2	13,8	55,5	50,7	54,7	67,9	92	16,4
15 et 16.....	N. —	1	3	5	59	399	144	257	81
	T. —	3,88	5,17	6,6	42,1	312	653	985	1 330
17 à 20.....	N. 37	6	4	1	11	29	11	21	2
	T. 378	23,2	6,9	1,32	7,9	22,7	49,7	80,5	32,8
21 à 23.....	N. 94	14	5	6	38	189	90	269	93
	T. 960	54,3	8,63	7,91	27,1	148	407	1 040	1 525
24 et 25.....	N. 6	2	3	13	61	315	203	437	205
	T. 61,3	7,75	5,17	17,1	43,5	246	917	1 670	3 360
26 à 28.....	N. 100	21	4	10	31	105	60	196	144
	T. 1 020	81,3	6,9	13,2	22,1	82,1	271	753	2 360
29 à 32.....	N. 55	7	4	4	31	88	23	41	23
	T. 551	27,2	6,9	5,28	22,1	68,7	104	157	377
33 et 34.....	N. 3	2	1	2	16	53	29	54	21
	T. 30,6	7,75	1,72	2,64	11,4	41,4	131	207	344
35 et 36.....	N. —	—	—	—	3	—	—	—	—
	T. —	—	—	—	0,15	—	—	—	—
37.....	N. 2	—	—	—	—	—	—	4	—
	T. 20,4	—	—	—	—	—	—	15,3	—
38.....	N. 160	—	—	—	—	—	—	—	—
	T. 1 635	—	—	—	—	—	—	—	—
39.....	N. —	—	—	—	—	—	3	255	461
	T. —	—	—	—	—	—	13,6	977	7 560
40 à 43.....	N. 7	7	5	11	52	52	25	36	31
	T. 71,5	27,2	8,63	14,5	37,1	40,7	103	139	508
44 (2).....	N. 27	9	4	4	26	60	32	54	35
%.	5,33	10,7	9,1	3,71	6,1	4,37	5,02	3,25	3,18
1 à 44 (3)...	N. 507	84	44	108	427	1 373	638	1 657	1 102
	T. 51,7	3,25	0,76	1,42	3,05	10,7	28,9	63,7	181

de chaque âge dénombrés en 1946 (population présente), alors que les taux selon pour les rubriques 35 et 36 dont les décès ont été rapprochés en bloc du nombre chapitre Mortalité suivant la cause).

perturbations sociales au foyer familial ne manquent certainement pas de retentir défavorablement sur leur état de santé.

D'après le recensement du 10 mars 1946, le Nord comptait à cette date 120 747 étrangers, soit 630 pour 10 000 domiciliés, contre 36 854, ou 401 pour 10 000 dans le Rhône. La population étrangère de l'un était donc supérieure de 57 % à celle de l'autre.

Ce surplus de 57 % d'étrangers d'origine et de conditions diverses serait-il de nature à expliquer la surcharge de 15,9 % de mortalité générale constatée dans le Nord ? La surmortalité observée au regard de la tuberculose ou d'autres causes pathologiques trouverait-elle là sa justification ?

La répartition des étrangers par localité doit être d'un précieux secours pour déterminer le retentissement de ces facteurs sur l'état de résistance devant la maladie des populations en cause.

Villes	Population totale	Population étrangère	%	Décès généraux	Décès pour 10 000 habitants
Lille	188 871	7 763	4,1	3 078	16,3
Roubaix	100 978	7 141	7,1	1 764	17,4
Tourcoing	76 080	4 005	5,3	1 217	16
Lyon	460 748	17 125	3,7	6 070	13,1

Ces données montrent un certain parallélisme entre le taux de mortalité générale et le % d'étrangers, bien qu'une légère discordance soit observée entre Lille et Tourcoing.

Cette discordance peut être le fait d'hospitalisation en provenance des faubourgs de ces cités; l'âge moyen des habitants français et étrangers n'est pas non plus sans valeur et peut faire varier soit dans un sens, soit dans l'autre le calcul de ces taux de mortalité. L'absence de ces éléments d'information : âge moyen, domicile habituel des décédés, nous empêche ici de conclure.

Poussant plus loin cette analyse, nous allons considérer maintenant ces deux départements par arrondissement.

Arrondissements et départements	Population totale	Etrangers	Etrangers pour 10 000 habitants	Décès (1) généraux	Décès de moins d'un an (2)
Douai	194 362	25 643	1319	141	95,7
Valenciennes	287 984	28 756	999	143	99,5
Avesnes	202 022	11 488	717	146	77,3
Lille	850 131	45 563	536	145	79,7
Dunkerque	227 568	5 799	255	151	93,5
Cambrai	155 385	3 498	225	158	80,3
Nord	1 917 452	120 747	630	146	85,7
Lyon	792 271	34 713	438	122	59
Villefranche	126 595	2 141	169	150	61,7
Rhône	918 866	36 854	401	126	59,3

(1) Pour 10 000 habitants. — (2) Pour 1 000 naissances vivantes.

On a classé dans ce tableau les arrondissements dans l'ordre décroissant de la fréquence des étrangers présents dans les populations de domicile habituel, pour les deux départements étudiés.

Disons tout d'abord que l'arrondissement de Villefranche, bien que n'ayant qu'un petit groupe d'étrangers, a une mortalité générale supérieure à la moyenne du département du Nord. Sa mortalité infantile est faible (66 %, en 1947, pour la France entière).

Dans l'arrondissement de Lyon, le taux de la mortalité générale est bas, comme celui des enfants de première année. La population étrangère y est inférieure à la moyenne constatée dans le Nord où elle est de 630 pour 10 000 habitants, mais bien supérieure à celle de Villefranche.

Cependant, on voit dans le département du Nord, que les arrondissements qui comptent le plus d'étrangers présentent les taux de mortalité générale les moins élevés. Mais une situation inverse est remarquée chez l'enfant de moins d'un an et les taux de mortalité les plus élevés sont observés dans les arrondissements à fortes populations étrangères. L'arrondissement de Dunkerque, quoi qu'il ait peu d'étrangers, vient en troisième position; il est au deuxième rang quant à la mortalité générale.

Ces divergences sont encore insuffisantes pour expliquer les inégalités constatées sur ces territoires. Plus intéressante, à notre avis, est la corrélation qui paraît exister entre la fréquence des étrangers et la mortalité des nourrissons.

Nous avons là, il est vrai — encore que la discrimination des enfants et des décès infantiles ne soit pas établie selon les origines — des décès d'âge connu (moins d'un an) et cela vient confirmer la nécessité de disposer de données sur l'âge des décédés et des vivants.

Toutefois, il est permis d'espérer, pour une date prochaine, une appréciable amélioration des statistiques des causes de décès.

La prise en considération des professions, des naissances et des décès par catégorie de population permettrait, en effet, de déceler les facteurs sociaux et professionnels qui prédisposent les organismes, même les plus solides, aux atteintes pathologiques.

Il sera ainsi possible, en groupant plusieurs années, d'élaborer des monographies départementales d'un plus grand intérêt et reposant sur des bases mieux assurées.

Cette étude comparée de deux populations pratiquement homogènes vient de montrer des inégalités qu'il convient de faire disparaître. Et si les fortes agglomérations étrangères pouvaient être mises en cause, il appartiendrait aux pouvoirs publics de se montrer plus sévères lors de l'admission de ces travailleurs et de leurs familles. Il serait alors possible de s'assurer, grâce à l'équipement sanitaire, que ces sujets puissent bénéficier d'une existence saine, digne du pays qui les accueille.

Travail présenté par

M. MOINE et Cl. MOINE.

TABLEAU I (suite).

Villes	Population	Nb. de décès	Taux
Montpellier	93 102	—	—
Amiens	84 774	313	149
Villeurbanne	82 399	186	90
Tours	80 044	—	—
Perpignan	74 984	237	127
Orléans	70 240	208	119
Versailles	70 141	221	126
Metz	70 105	219	125
Besançon	63 508	217	137
Argenteuil	62 000	156	101
Avignon	60 053	199	133
Troyes	58 805	177	120
Lorient	53 843	124	92
Caen	51 445	171	132
Bourges	51 040	220	173
Aix-en-Provence	50 000	188	151
La Rochelle	48 923	161	132
Saint-Quentin	48 556	167	138
Poitiers	48 546	154	127
Pau	46 158	153	132
Colmar	46 124	211	183
Tarbes	44 854	124	111
Belfort	40 900	127	124
Cherbourg	40 042	106	106
Valence	40 020	108	108
Saint-Brieuc	36 674	92	100
Montauban	36 281	138	152
Albi	34 342	109	127
Lens	34 342	117	136
Brive-la-Gaillarde	33 501	171	205
Agen	33 397	114	137
Niort	32 752	89	109
Chalon-sur-Saône	32 683	117	143
Bayonne	32 620	108	133
Châlons-sur-Marne	31 120	68	88
Narbonne	29 975	—	—
Chambéry	29 975	90	120
Vannes	28 189	83	118
Rueil-Malmaison	27 016	92	100
Annecy	26 722	94	141
Chartres	26 422	91	138
Dieppe	26 365	70	107
Bourg	25 944	91	141
Auxerre	24 282	97	160
Moulins	23 254	89	153
Saint-Germain	22 013	64	117
Evreux	20 436	48	94
Lunéville	20 377	—	—
Alençon	19 691	73	149
La Roche-sur-Yon	18 107	44	97
Laon	17 401	—	—
Chaumont	16 851	42	100
Gap	16 371	45	110
Lons-le-Saunier	15 568	52	134
Bar-le-Duc	15 460	48	124
Auch	15 253	72	189
Vesoul	11 825	26	88
Privas	5 787	18	125

MORTALITÉ GÉNÉRALE

DANS UN CERTAIN NOMBRE DE VILLES DE FRANCE

(PREMIER TRIMESTRE 1952)

Nous publions les renseignements sur la mortalité générale dans un certain nombre de villes de France. Ces renseignements nous sont adressés directement par les bureaux d'hygiène de ces différentes villes à l'exception de Paris. Ce tableau ne contient que les villes qui font la discrimination nécessaire entre les domiciliés et les non domiciliés, seule une statistique ne comprenant que les domiciliés a une valeur réelle.

TABLEAU I

PREMIER TRIMESTRE 1952.

N. = Nombre de décès de personnes domiciliées dans la ville.
T. = Taux pour 10 000 habitants, calculés sur la base annuelle.

Villes	Population	Nb. de décès	Taux
Paris	2 725 374	7 486	110
Lyon	460 748	1 436	125
Toulouse	264 411	863	131
Bordeaux	253 751	828	131
Nice	240 034	870	145
Nantes	192 770	629	129
Lille	188 871	684	145
Saint-Etienne	177 966	660	149
Strasbourg	175 515	581	133
Toulon	125 742	411	130
Rouen	118 623	350	118
Rennes	113 781	307	108
Reims	110 749	363	131
Clermont-Ferrand	108 090	341	126
Limoges	107 857	349	130
Nîmes	104 109	288	111
Grenoble	102 161	297	116
Dijon	100 664	277	111
Le Mans	100 465	324	129
Brest	100 000	300	120
Mulhouse	99 631	334	134
Angers	94 408	353	150

Le Gérant : G. MASSON.

Imprimé par F. Soullisse-Martin, à Niort (France), 1952.

Dépôt légal, 3^e trim. 1952. N^o d'ordre : 197.Masson et C^{ie}, Edit., Paris. Dépôt légal, 3^e trim. 1952. N^o d'ordre : 1506.

BULLETIN DE L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

CONDITIONS DE PUBLICATION

(4 numéros par an)

PRIX DE L'ABONNEMENT (1952) :

France et Union française Fr. 2 500
Règlement par Mandat, Chèques postaux (Compte 599, Paris)
ou Chèque bancaire.

ÉTRANGER :

Belgique et Luxembourg Fr. B. 400
Autres pays \$ U. S. A. 8

Prix également payables dans les autres monnaies, au cours
des règlements commerciaux, le jour du paiement. Règle-
ment par Banque Nationale.

Le Numéro : 650 francs.

Changement d'adresse : 50 fr.

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VI^e)
— Téléphone : DANTON 56-11 (lignes groupées) —

Ce *Bulletin* assure la publication des informations sanitaires
recueillies par l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE dans le semestre
ou le trimestre précédent.

Les lecteurs qui voudraient obtenir des documents peuvent
s'adresser à

L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

3, RUE LÉON-BONNAT, PARIS (XV^e)

*
**

Quant au *Recueil des Travaux de l'INSTITUT NATIONAL
D'HYGIÈNE*, il assume la diffusion des études poursuivies par les
Sections de l'INSTITUT, ainsi que des recherches entreprises dans
les établissements (Laboratoires ou Services) qu'il subventionne.



PUBLICATION PÉRIODIQUE TRIMESTRIELLE