

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

MATERNITÉ de l'HOPITAL
St-ANTOINE

Sec du Pr ag. MAYER
Laboratoire de Recherches

F
Cote 7

DE

**L'INSTITUT NATIONAL
D'HYGIÈNE**

TOME 8

N° 2. — AVRIL-JUIN 1953

*VIRTUTE DVCE CO-
MITE FORTITVDINE*



COLLEGIUM CIVILE
AD SANITATEM

MASSON & C^o, ÉDITEURS
126, BOULEVARD SAINT-GERMAIN
PARIS (VI^e)

SOMMAIRE

MALADIES SOCIALES

TUBERCULOSE.....	245
Mortalité par tuberculose en France pendant les trois premiers trimestres de l'année 1952	245
CANCER	247
Contribution à l'étude du rôle des facteurs héréditaires dans le cancer	247
MALADIES VÉNÉRIENNES	258
Maladies vénériennes déclarées et activité des dispensaires antivénéériens au cours du troisième trimestre 1952.....	258
ALCOOLISME	274
Evolution de l'alcoolisme en France en 1951.....	274

NUTRITION

Remarques sur l'utilisation d'une ration alimentaire-type comme base de l'établissement d'un budget-type.....	282
---	-----

STOMATOLOGIE

Etude de la carie dentaire dans un groupe d'enfants d'âge scolaire de la région parisienne. Chiffres moyens portant sur 5 années scolaires 1945-1946 à 1949-1950.....	308
---	-----

PÉDIATRIE

Mortalité fœto-infantile en 1952	315
--	-----

ÉPIDÉMIOLOGIE

Evolution des maladies épidémiques en France pendant le quatrième trimestre 1952	324
Statistiques épidémiologiques, quatrième trimestre 1952.....	326
Evolution générale des maladies épidémiques en France au cours de l'année 1952	349
La vaccination antidiphthérique et tétanique en France en 1950 (résultats statistiques partiels)	374

HYGIÈNE GÉNÉRALE

L'enquête hydrogéologique et sanitaire en France	377
--	-----

DOCUMENTATION GÉNÉRALE

Mortalité générale dans un certain nombre de villes de France (quatrième trimestre et année 1952)	385
---	-----

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^o, ÉDITEURS - PARIS

MALADIES SOCIALES

TUBERCULOSE

MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE EN FRANCE
PENDANT LES TROIS PREMIERS TRIMESTRES
DE L'ANNÉE 1952

Pour l'ensemble des 90 départements et pour chacun des trois premiers trimestres, les décès par tuberculose ont diminué de façon très importante, en 1952, par rapport aux trimestres correspondants des années précédentes.

La diminution constatée pour les 2^e et 3^e trimestres est particulièrement remarquable; en effet, les taux les plus bas enregistrés jusqu'alors pendant ces deux trimestres, c'est-à-dire ceux de 1950, atteignaient encore 58,5 et 53, alors qu'ils sont de 49 et 31 pour 100 000 en 1952. Le taux du 1^{er} trimestre est égal à celui de 1950, année où l'on avait enregistré un minimum.

La diminution de la mortalité par tuberculose concerne à la fois les formes pulmonaires et les formes extrapulmonaires.

A Paris, la mortalité par tuberculose pendant le 1^{er} trimestre est stationnaire depuis trois ans; mais, comme pour la France entière, les taux des 2^e et 3^e trimestres sont nettement moins élevés que ceux des années antérieures.

	1951			1952		
	1 ^{er} trim.	2 ^e trim.	3 ^e trim.	1 ^{er} trim.	2 ^e trim.	3 ^e trim.
Pour l'ensemble des départements français.						
<i>Tuberculose toutes formes :</i>						
Nombre de décès.....	6 804	6 461	5 829	6 311	5 225	3 287
Taux pour 100 000 h. (1).	65	61	55	59	49	31
% par rapport aux décès de toutes causes.....	4 %	5 %	5 %	4 %	4 %	3 %
<i>Tuberculose de l'appareil respiratoire :</i>						
Nombre de décès.....	5 759	5 307	4 780	5 333	4 326	2 636
Taux pour 100 000 h. (1).	54	50	45	50	41	25
<i>Décès de causes indéterminées :</i>						
% par rapport aux décès de toutes causes.....	10 %	10 %	12 %	10 %	10 %	10 %
Pour Paris (2).						
<i>Tuberculose toutes formes :</i>						
Nombre de décès.....	386	367	306	391	254	164
Taux pour 100 000 h. (1).	57	54	45	57	37	24
% par rapport aux décès de toutes causes.....	4 %	6 %	6 %	5 %	4 %	3 %
<i>Tuberculose de l'appareil respiratoire :</i>						
Nombre de décès.....	333	308	253	331	214	132
Taux pour 100 000 h. (1).	49	45	38	49	31	19
<i>Décès de causes indéterminées :</i>						
% par rapport aux décès de toutes causes.....	15 %	14 %	14 %	12 %	14 %	13 %

(1) Les taux pour 100 000 habitants sont calculés sur la base annuelle.
(2) Pour Paris, il s'agit uniquement des sujets domiciliés à Paris et décédés dans la Seine.

CANCER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU RÔLE DES FACTEURS HÉRÉDITAIRES
DANS LE CANCER

Les documents recueillis au cours de l'enquête sur la condition biologique des porteurs de tumeurs ont été étudiés en vue d'apporter quelques éléments nouveaux à la discussion sur l'influence des facteurs héréditaires dans l'apparition des divers types de cancers. Nous avons rassemblé ici les éléments numériques de cette étude et nous les présentons avec un commentaire explicatif qui n'a d'autre ambition que de justifier et d'expliquer les calculs effectués. C'est donc dire qu'une analyse critique de ces résultats et qu'une bibliographie ne sauraient trouver place ici; nous renvoyons, pour cette étude approfondie, à la thèse publiée sur ce sujet par l'un de nous (1).

NATURE DES DOCUMENTS RECUEILLIS

Le matériel de base se compose de 3 331 dossiers recueillis dans les Centres Anticancéreux de France, dans les services spécialisés de l'Assistance Publique et, enfin, dans un hôpital militaire. Ce matériel n'a été l'objet d'aucune sélection préalable et comporte, pour chaque sujet, mention :

1° de la localisation du cancer traité;
2° de l'existence éventuelle d'un cancer chez les grands-parents, père et mère, frères et sœurs (nous appellerons systématiquement ces derniers « germains »). Aucun compte n'a été tenu de la mention éventuelle d'un cancer parmi les oncles ou neveux du proposant. Enfin, chaque famille n'est représentée qu'une fois dans notre échantillon.

La précision du diagnostic relatif au cas de cancer dans la famille est évidemment sujette à caution, mais nous ne pensons pas que cette enquête diffère qualitativement sur ce point des autres travaux similaires effectués tant en France qu'à l'étranger. Il est bien connu, en effet, que de par la nature même de la maladie, il est impossible de tenir un compte exact de l'influence des divers facteurs perturbateurs qui

(1) DENOIX (GILLES). Recherches et considérations sur les modalités héréditaires du cancer basées sur le dépouillement de 3 331 dossiers d'enquête. Thèse, Paris, 1953.

TABLEAU I

Localisation du proposant	Nombre total de proposants	Avec au moins 1 cas chez les ascendants		Avec au moins 1 cas chez les ascendants			Avec au moins 1 cas chez les ascendants		
		+ un germain au moins	Sans germain	Chez le père ou la mère	Chez les grands- parents	Dans les deux géné- rations	Paternels	Maternels	Des deux côtés
Bucco-pharynx	473	8	60	54	11	3	33	33	2
Larynx	164	1	20	20	1	0	13	7	1
Col utérin	1 243	13	221	151	63	20	89	129	16
Vulve, vagin, trompes	95	1	20	14	3	4	8	10	3
Corps utérin	58	1	14	10	3	2	11	2	2
Verge, testicules	73	2	12	12	1	1	6	8	0
Ovaires	26	0	4	2	2	0	2	2	0
Tube digestif	224	5	31	25	8	3	14	14	3
Poumon, trachée	23	0	6	5	1	0	3	3	0
Sein	413	9	84	56	33	4	31	59	3
Peau exposée	251	6	31	27	6	4	15	20	2
Peau non exposée	62	1	14	11	2	2	7	8	0
Tissu osseux	45	0	6	3	3	0	2	4	0
Tissu hémopoïétique	65	1	10	6	5	0	6	5	0
Tissu musculaire et conjonctif	27	0	4	2	1	1	4	0	0
Péritoine, foie	34	0	9	8	0	1	4	5	0
Rein	10	0	0	0	0	0	0	0	0
Urèthre, vessie	26	0	4	4	0	0	2	2	0
Glandes endocrines	19	0	3	2	0	1	2	1	0

risquent de fausser les statistiques (âge auquel a eu lieu le décès des parents ou des germains; évolution dans la sûreté du diagnostic des cancers, etc.).

I. *Incidence globale du cancer dans la famille des proposant.* — L'ensemble des informations est consigné dans le tableau I qui donne, en pourcentage, le nombre moyen, pour 100 proposant, des cas observés chez les grands-parents, parents ou germains. La classification que nous avons adoptée (voies aérodigestives supérieures, tube digestif, col utérin, sein, peau exposée et varia) peut sûrement être l'objet de critiques nombreuses. Nous l'avons choisie, tant pour permettre une comparaison facile entre les cancers chez le proposant et les cancers dans sa famille, que pour regrouper les dossiers en classes relativement homogènes et surtout représentées par un nombre de cas du même ordre de grandeur, ce qui était, *a priori*, une exigence nécessaire pour la suite des calculs.

TABLEAU I bis

Nombre moyen de cas de cancer observés pour 100 familles de proposant classés suivant le degré de parenté.

	Nombre de dossiers de proposant	Nombre de grands-parents cancéreux %	Nombre de pères et mères %	Nombre de germains %	Nombre de dossiers avec au moins un cancer dans la famille
V. A. D. S. (voies aéro-digestives supérieures).	637	2,2	12,4	6,1	115
T. D. (tube digestif).	224	4,9	13	5,8	44
Utérus	1 301	7	14,8	4,3	287
Sein	413	9,5	14,8	8	115
Peau exposée	251	3,9	12,7	8,4	51
Varia	505	5,7	15,9	5,9	125

On observera que la dernière colonne donne une indication sensiblement différente du reste du tableau; en effet, elle concerne le nombre de dossiers dans lesquels ont été relevés un ou plusieurs cancers parmi les membres de la famille du proposant. Les chiffres des autres colonnes sont relatifs au nombre de cas de cancer par dossier, qui est nécessairement plus élevé puisque de nombreux sujets présentent, par exemple, simultanément un cancer chez un de leurs grands-parents et chez un ou plusieurs de leurs germains. Aucun commentaire particulier n'est nécessité par ce tableau; on remarquera, toutefois, que la proportion des parents atteints de cancer est à peu près uniforme, quelle que soit la localisation du cancer (de l'ordre de 10 à 15 %) et qu'elle est très nettement plus forte que celle relative aux grands-parents. En dehors des raisons purement génétiques, il semble nécessaire d'invoquer là le rôle d'une méconnaissance des faits les plus anciens. Enfin, chez les ger-

ains, le pourcentage est relativement élevé par rapport à celui des parents, surtout si l'on tient compte de ce fait que, par définition, les germains sont à peu près du même âge que le malade dont on a recueilli l'observation.

II. *Distribution des localisations cancéreuses chez les parents des proposants* (tableau II). — Dans ce tableau nous avons donné, en chiffres absolus, le nombre de grands-parents, parents et germains présentant une localisation (colonne) pour chaque localisation (ligne) du proposant. Le nombre des cases qui ne sont pas représentées par aucun sujet rend nécessaire d'opérer des regroupements si l'on veut aboutir à quelque résultat. C'est ce qui a été fait dans le tableau III où nous avons totalisé, pour chaque paire de localisation, le nombre de cas observés.

La première hypothèse à vérifier est la liaison entre la localisation du sujet et celle qu'on rencontre dans sa famille. En supposant que,

TABLEAU II

		Localisations dans les familles						Total
		V.A.D.S.	T. D.	Utérus	Sein	Peau	Varia	
Localisations des proposants.	V. A. D. S.	3 19 9	6 21 9	0 9 12	2 13 4	0 2 1	6 15 4	17 19 39
	T. D.	1 1 0	4 10 2	0 1 3	1 1 0	3 2 2	2 14 6	11 29 13
	Utérus	11 17 5	18 80 15	24 41 19	14 17 10	9 5 0	15 33 7	91 193 56
	Sein	5 6 3	10 25 8	0 9 5	10 9 10	2 3 0	5 9 7	39 61 33
	Peau exposée...	1 2 2	3 10 6	0 4 3	3 5 4	1 4 1	2 7 5	10 32 21
	Varia	2 8 5	9 33 10	6 14 5	5 8 1	1 2 0	6 15 9	29 80 30
	<i>Total</i>	23 53 24	50 179 50	37 78 47	35 53 29	16 18 4	36 93 38	197 474 192

Un sujet appartenant aux pères et mères, atteint de cancer de la peau, n'est pas compté dans ce tableau.
N. B. Lire dans chaque case :

Grands-parents.
Pères et mères.
Germaines.

quelle que soit la localisation du sujet, la même proportion de cas devrait être observée dans les différentes lignes du tableau, on aboutit aux valeurs théoriques indiquées entre parenthèses dans le tableau III. Il est très immédiat que les chiffres, situés dans la diagonale principale, présentent un net excès par rapport aux valeurs théoriques. Ceci indique que les membres de la famille d'un malade manifestent beaucoup plus souvent la même localisation que celui-ci; au total, en effet, on ne devrait trouver que 144 couples (proposant/membres de sa famille) présentant la même localisation, alors que l'on en a observé 196. Cette différence est très significative et nous permet d'établir, de manière formelle, une conclusion déjà souvent signalée par les différents auteurs qui se sont occupés de ces problèmes et qui est la tendance à l'apparition du cancer à une même localisation dans une même famille.

TABLEAU III

		Localisations dans les familles					
		V. A. D. S.	T. D.	Utérus	Sein	Peau exp.	Varia
Localisations des proposants.	V. A. D. S.	31 (15,6)	36 (43,6)	21 (25,3)	19 (18,3)	3 (5,9)	25 (26,1)
	T. D.	2 (6,1)	16 (17,1)	4 (9,9)	2 (7,2)	7 (2,3)	22 (10,2)
	Utérus	33 (39,4)	113 (109,9)	84 (63,8)	41 (46,1)	14 (15)	55 (65,8)
	Sein	14 (15,4)	43 (43)	21 (25)	29 (18)	5 (5,8)	21 (25,7)
	Peau exposée...	5 (7,3)	19 (20,4)	7 (11,8)	12 (8,5)	6 (2,8)	14 (12,2)
	Varia	15 (16,1)	52 (44,9)	25 (26,1)	14 (18,8)	3 (6,1)	30 (26,9)
	<i>Total</i>	100	279	162	117	38	167 863

III. — Si nous voulons aller plus loin, il nous faut donc éliminer cette première influence. Nous avons donc calculé quelle serait la distribution du cancer dans la famille du proposant si on se limitait aux cas dont la localisation n'est pas la même que la sienne. Il s'en déduit des chiffres qui sont consignés entre parenthèses au tableau IV. Les chiffres ont été calculés de la manière suivante, soit : P_{ij} la probabilité pour un parent d'un proposant, présentant une localisation i , d'avoir, s'il est cancéreux, une localisation j . Le tableau III nous a montré que la probabilité P_{ii} était plus grande que les autres. Dans notre 2^e hypo-

thèse, nous nous limitons donc aux probabilités P_{ij} correspondant à i différent de j . L'hypothèse selon laquelle celle-ci ne dépendrait pas de j quand $j = i$ revient à effectuer le calcul sur la base des probabilités

$$P'_{ij} = \frac{P_{ij}}{1 - P_{ii}}$$

et à tester l'hypothèse que ces probabilités P'_{ij} sont indépendantes de l'indice i caractérisant la localisation du sujet. Sans entrer dans les détails techniques de peu d'intérêt pour le lecteur non spécialisé, rappelons qu'il suffit pour cela de résoudre l'équation au maximum de vraisemblance puis d'en déduire les fréquences attendues du tableau V.

L'échantillon est sans doute trop restreint pour que l'on puisse prouver des déviations, à moins qu'elles ne soient très importantes. Nous sommes donc réduits à ne proposer que des hypothèses quant aux constellations familiales de localisations. Les cas correspondant à des différences marquées ont été indiqués d'un astérisque dans le tableau V. On notera que les cas correspondant à chacun des deux éléments de la triade (V. A. D. S. - utérus - sein) présentent un excès des nombres observés sur les nombres attendus. Sans pouvoir en déduire des conclusions formelles et à titre de simple hypothèse directrice pour des travaux ultérieurs, on suggérera que ces 3 localisations forment un groupe, à l'intérieur duquel tendrait à se manifester un certain type de prédisposition héréditaire. Il serait très nécessaire de multiplier le nombre d'observations, afin d'aboutir à des résultats plus sûrs qui pourraient révéler d'intéressantes liaisons entre les mécanismes favorisant le développement des tumeurs, notamment, il serait souhaitable de posséder un échantillon dont la répartition initiale entre les différentes localisations soit plus homogène.

Dans le cas des cancers de l'utérus et du sein le dépouillement complet des observations fournit les chiffres suivants :

TABLEAU IV

	Localisation de la famille													
	V. A. D. S.		T. D.		Utérus		Sein		Peau exp.		Varia		Total	
	Ut.	S.	Ut.	S.	Ut.	S.	Ut.	S.	Ut.	S.	Ut.	S.	Ut.	S.
Père	15	6	47	8	0	—	1	—	4	1	21	6	88	21
Mère	2	—	33	17	41	9	16	9	1	2	12	3	105	40
Frère	5	3	4	7	—	—	—	—	—	—	5	2	14	12
Sœur	—	—	11	1	19	5	10	10	—	—	2	5	42	21
Grand-père pat. ...	4	2	3	—	—	—	—	—	1	1	3	1	11	4
Grand-mère pat. ...	—	—	1	2	10	3	6	4	—	—	3	2	20	11
Grand-père mat. ...	7	2	6	4	—	—	—	—	1	1	1	—	15	7
Grand-mère mat. ...	—	1	8	4	14	4	8	6	7	—	8	2	45	17

(Ut. : proposantes présentant un cancer de l'utérus.)
(S. : proposantes présentant un cancer du sein.)

A titre d'exemple illustrant de manière assez frappante cette similitude des localisations, on peut extraire du tableau III les chiffres suivants qui sont particulièrement remarquables puisqu'ils ne concernent que des proposantes et des localisations chez les membres de la famille, pour lesquelles des erreurs de diagnostic sont relativement plus improbables :

Proposant	Total famille	
	Utérus	Sein
Utérus.....	84	41
Sein.....	21	29

IV. — De nombreux auteurs ont observé que, lorsqu'il s'agit d'une proposante, il se rencontrait beaucoup plus de cancers chez sa mère ou ses sœurs ou ses grands-mères que parmi les membres masculins de sa famille.

TABLEAU V

Localisations des proposants.	Localisations dans les familles						
	V. A. D. S.		T. D.	Utérus	Sein	Peau exp.	Varia
	Ut.	S.					
V. A. D. S.			(41,30) 36*	(18,39) 21	(15,15) 19	(4,97) 3*	(24,18) 25*
T. D.	(5,81) 2*			(9,15) 4*	(7,54) 2*	(2,47) 7	(13,03) 22
Utérus	(30,74) 33		(108,67) 113		(39,88) 41	(13,09) 14	(61,62) 55*
Sein	(12,09) 14		(42,73) 43	(19,03) 21		(5,15) 5*	(25,01) 21*
Peau exposée...	(6,02) 5*		(21,26) 19	(9,47) 7*	(7,80) 12		(12,45) 14
Varia	(13,92) 15		(49,19) 52	(21,91) 25	(18,05) 14*	(5,93) 3*	

A priori, ceci n'est nullement surprenant si l'on fait la supposition, bien naturelle, qu'il existe des facteurs héréditaires commandant, par exemple, l'apparition des cancers des organes génitaux et que, d'autre part, l'extériorisation de ces facteurs est plus facile chez les sujets du sexe féminin. D'autre part, il a été signalé, sans preuve bien formelle,

qu'une certaine matroclinie se manifesterait dans l'hérédité cancéreuse, c'est-à-dire que les filles seraient plus dépendantes du patrimoine héréditaire qu'elles ont reçu de leur grand-mère *maternelle* que de leur grand-mère *paternelle*. Le mécanisme de tels modes d'hérédité est extrêmement obscur si l'on se limite à un schéma mendélien. Il n'en serait que plus intéressant de déterminer exactement l'existence de semblables phénomènes. Nous avons donc repris sous cet angle les chiffres fournis par l'enquête. Pour cela, nous nous sommes limités aux localisations indépendantes a priori de toute influence sexuelle (V. A. D. S., tube digestif, peau, et varia non sexuel); les chiffres suivants ont été obtenus :

Sexe des proposant	Nombre de cas	
	Frères	Sœurs
Masculin	26	31
Féminin	13	16

Sexe des proposant	Nombre de cas		
	Pères	Mères	Total
Masculin	60 (53,4)	55 (61,6)	115
Féminin	25 (31,6)	43 (37,4)	68
Total	85	98	183

Aucune différence n'apparaît en ce qui concerne les frères et sœurs; par contre, en ce qui concerne les pères et les mères, la comparaison entre les chiffres observés et les chiffres attendus (entre parenthèses dans le tableau), dans l'hypothèse d'une non-influence des facteurs sexuels, est significative; il semble donc qu'on ne puisse assimiler rigoureusement les cancers, même de localisation non sexuelle, chez les hommes et chez les femmes. Enfin, le tableau suivant, donnant le nombre de cas de cancers chez les grands-parents en fonction du sexe du proposant, révèle une différence intéressante, bien que non significative.

Sexe du proposant	Nombre de cas	
	Grand-père paternel	Grand-mère paternelle
Masculin	12	11
Féminin	2	8

Sexe du proposant	Nombre de cas	
	Grand-père maternel	Grand-mère maternelle
Masculin	7	6
Féminin	5	4

Regroupant ce tableau, on observe 19 cas de cancers chez des sujets mâles présentant un cancer parmi leurs *grands-parents mâles*, alors que

17,0 seulement auraient dû être observés s'il n'y avait pas d'influence sexuelle. Mais, regroupant d'une autre manière, on observe 23 cancers chez des sujets mâles, présentant aussi un autre cas chez leurs grands-parents paternels, au lieu du nombre attendu : 21,6. Une fois de plus, il ne s'agit là que d'une simple indication qui demanderait à être précisée sur des nombres plus grands. Les chiffres correspondants pour les cancers sexuels féminins ont été donnés dans le tableau IV.

Enfin, le total général des cas de cancers, en fonction du sexe du proposant et des membres de sa famille, donne les chiffres suivants :

Nombre de cas chez ses	Sexe du proposant	
	Masculin	Féminin
- frères	26	39
- sœurs	31	79
- père	60	134 ←
- mère	55	188 ←
- grand-père paternel	12	17 ←
- grand-mère paternelle	11	39 ←
- grand-père maternel	7	27 ←
- grand-mère maternelle	6	66 ←

Les oppositions significatives sont marquées d'une double flèche et l'on observera que, chez les proposantes, il y a bien cette matroclinie qui n'était qu'indiquée chez les proposant. Ce résultat nous paraît fort important, il est regrettable qu'il soit basé, peut-être, sur un nombre de cas trop peu élevé pour que l'on puisse tenir compte des différents facteurs susceptibles d'en fausser la signification. Toutefois, il ne semble pas très clair comment une erreur systématique pourrait entraîner les femmes à se souvenir plus d'un cancer chez leurs grands-parents maternels que les hommes chez leurs grands-parents paternels; nous sommes persuadés, quant à nous, qu'il s'agit bien là d'une réalité et non point d'un artefact statistique.

CONCLUSION

L'étude des 3 331 dossiers nous a permis de comparer la fréquence du cancer chez les parents les plus proches des proposant, en fonction de la localisation.

Il est certain que la même localisation se retrouve préférentiellement dans toute la famille d'un proposant. Il semble que, au delà de ce fait, il existe une certaine inégalité dans la distribution des cancers de la

famille, en fonction de la localisation du proposant, et on peut suggérer l'association V. A. D. S.-utérus-sein. Enfin, l'examen des chiffres relatifs aux G. P. semble indiquer l'existence d'une matroclinie et d'une patroclinie dont l'interprétation est extrêmement difficile et qui mériterait des recherches ultérieures. Dans ce but, il nous semblerait indiqué de reprendre une semblable enquête sur un nombre plus considérable de sujets et surtout sur un échantillon mieux représenté en divers types importants, tels que les cancers digestifs. Il serait, de même, très utile de ne pas être obligé de regrouper ensemble des cancers aussi divers que les cancers du rein ou du poumon, qui semblent présenter d'ailleurs de grandes différences dans le rôle qu'y jouent pour eux les facteurs héréditaires. Afin de simplifier au maximum le travail des enquêteurs, il semble qu'on pourrait se limiter à la seule mention des données figurant dans la fiche ci-jointe que nous soumettrons à l'appréciation des cancérologues.

Travail de la Section Cancer, présenté par

P. F. DENOIX, M. P. SCHÜTZENBERGER, G. DENOIX.

**PROJET DE QUESTIONNAIRE
POUR UNE ENQUÊTE SUR L'HÉRÉDITÉ DU CANCER**

**Enquête hospitalière
sur l'hérédité morbide des porteurs de tumeurs.**

Nom du malade Prénom..... Sexe.....
N° du dossier hospitalier.....
Service hospitalier

Age du malade au 1 ^{er} signe de cancer (ou, faute de mieux, à la 1 ^{re} consultation où le diagnostic de cancer a été envisagé).		Diagnostic du cancer (variété histologique ou signe de certitude).	
Causes de décès (ou existence d'un cancer guéri, en évolution ou ayant cédé le pas à une autre cause de mort).			
du père :		de la mère :	
âge de décès (ou âge actuel).		âge de décès (ou âge actuel).	
du grand-père paternel :	de la grand-mère paternelle :	du grand-père maternel :	de la grand-mère maternelle :
âge de décès (ou âge actuel).	âge de décès (ou âge actuel).	âge de décès (ou âge actuel).	âge de décès (ou âge actuel).
des frères :		des sœurs :	
.....		
âge de décès (ou âge actuel).		âge de décès (ou âge actuel).	
S'il existe des oncles ou tantes ayant présenté un cancer : quels sont-ils ? quel cancer ?			

Nota. — Mieux vaut écrire un diagnostic sans précision qu'un diagnostic plus précis mais moins sûr.

MALADIES VÉNÉRIENNES

MALADIES VÉNÉRIENNES DÉCLARÉES

et

ACTIVITÉ DES DISPENSAIRES ANTIVÉNÉRIENS

au cours du troisième trimestre 1952.

1. *Maladies vénériennes déclarées au cours du troisième trimestre 1952.*

— Le nombre des maladies vénériennes déclarées au cours du troisième trimestre 1952 fut de 4 339, comprenant :

Blennorragie	3 808
Syphilis primaire et secondaire	485
Chancre mou	44
Maladie de Nicolas-Favre	2

La comparaison de ces chiffres à ceux du trimestre précédent montre que le nombre total de maladies vénériennes déclarées ne diffère pas de façon significative. Le nombre de cas de syphilis déclarés est en augmentation de 83. Le nombre de cas de blennorragie déclarés n'a pas varié de façon sensible.

Le tableau suivant compare de façon détaillée le nombre de cas de maladies vénériennes déclarées au troisième trimestre 1952, au troisième trimestre 1951 et au deuxième trimestre 1952.

	3 ^e trim. 1952	3 ^e trim. 1951	2 ^e trim. 1952
Blennorragie	3 808	3 861	3 723
Syphilis primaire et secondaire	485	402	443
Chancre mou	44	47	32
Maladie de Nicolas-Favre	2	2	1
<i>Total</i>	<u>4 339</u>	<u>4 312</u>	<u>4 199</u>

2. *Activité des dispensaires antivénériens au cours du troisième trimestre 1952.* — Les renseignements statistiques, concernant le fonctionnement des dispensaires antivénériens, indiquent que 449 519 consultations ou actes thérapeutiques se répartissent en 20 934 séances de consultations. Ces chiffres sont en diminution sur ceux du trimestre précédent où on relevait 72 239 consultations ou actes thérapeutiques et 838 séances de consultations de plus. Il s'agit d'une baisse saisonnière (probablement en rapport avec la période des vacances) moins accusée

que celle qui fut notée au troisième trimestre 1951, par rapport au deuxième trimestre 1951.

Diminution des consultations et actes thérapeutiques	94 874
Diminution du nombre de séances de consultations	1 431

Par ailleurs, la comparaison des chiffres du troisième trimestre 1952 à ceux du troisième trimestre 1951, révèle qu'il y eut cette année 65 790 consultations et actes thérapeutiques de moins et 1 413 séances de consultations de plus. Ces chiffres peuvent être interprétés comme un effort pour maintenir le nombre de séances de consultations pendant une période de baisse saisonnière qui se superpose à la baisse générale du nombre des consultants et malades traités.

Il faut noter que la diminution du nombre des consultants et actes thérapeutiques ne correspond nullement à une diminution appréciable du nombre de cas dépistés. Le tableau suivant le démontre :

	2 ^e trim. 1952	3 ^e trim. 1952
Indemnes	87 069	85 649
Dermatoses non syphilitiques	19 416	17 242
Syphilis primaire et secondaire	532	613
Autres syphilis dépistées	3 351	3 019
Blennorragie	4 422	4 553
Chancre mou	28	37
Maladie de Nicolas-Favre	2	4
<i>Total</i>	<u>114 820</u>	<u>111 117</u>

En fait, si le nombre des cas dépistés est pratiquement stationnaire, le nombre de cas contagieux dépistés est en légère augmentation significative en ce qui concerne la syphilis.

Le nombre des examens de laboratoire effectués fut de 153 861, comprenant :

116 386 examens sérologiques, dont 13 427 positifs.

37 475 examens microbiologiques, dont 5 300 positifs.

211 869 injections ont été faites, dont la répartition est donnée au tableau.

3 129 malades ont été traités pour syphilis par 122 297 millions d'unités de pénicilline, ce qui représente en moyenne 3 900 000 unités par malade.

2 805 blennorragies ont été traitées par 760 000 unités de pénicilline en moyenne.

2 700 malades ont reçu en moyenne 10 grammes de sulfamides.

3. Les chiffres provenant de la Martinique et de la Réunion sont publiés ici pour la deuxième fois. Il est trop tôt pour juger de leurs variations.

En conclusion, durant le troisième trimestre 1952, la diminution saisonnière des consultations et actes thérapeutiques dans les dispensaires ne s'accompagne pas d'une diminution du nombre de cas dépistés.

Travail de la Section de Vénérologie présenté par

Dr G. PEQUIGNOT et M^{lle} D. LAFAGE.

I. — Maladies vénériennes déclarées, en application de la loi du 31 Décembre 1942.
au cours du troisième trimestre 1952.

1° BLENNORRAGIE

Départements	Juil.	Août	Sep.	Tot.	Départements	Juil.	Août	Sep.	Tot.	Départements	Juil.	Août	Sep.	Tot.
Ain	0	1	0	1	Garonne (Hte-)	9	12	9	30	Pas-de-Calais	5	4	3	12
Aisne	2	0	1	3	Gers	0	0	0	0	Puy-de-Dôme	2	0	3	5
Allier	1	2	4	7	Gironde	41	29	85	155	Pyrénées (Bses-)	3	3	5	11
Alpes (Basses-)	0	0	0	0	Hérault	7	13	8	28	Pyrénées (Htes-)	0	1	2	3
Alpes (Hautes-)	0	2	0	2	Ille-et-Vilaine	2	1	3	6	Pyrénées-Or.	12	7	14	33
Alpes-Marit.	19	15	13	47	Indre	11	16	13	40	Rhin (Bas-)	12	8	9	29
Ardèche	0	0	0	0	Indre-et-Loire	1	3	6	10	Rhin (Haut-)	3	4	4	11
Ardennes	3	3	1	7	Isère	1	3	8	12	Rhône	50	10	57	117
Ariège	0	0	0	0	Jura	0	0	0	0	Saône (Haute-)	1	1	0	2
Aube	2	0	11	13	Landes	0	0	1	1	Saône-et-Loire	2	6	3	11
Aude	1	0	1	2	Loir-et-Cher	0	5	0	5	Sarthe	4	4	2	10
Aveyron	0	0	0	0	Loire	8	6	1	15	Savoie	0	1	1	2
Belfort (Ter. de)	12	11	7	30	Loire (Haute-)	0	0	0	0	Savoie (Haute-)	5	3	2	10
Bouches-d.-Rh.	37	52	46	135	Loire-Inférieure	2	3	4	9	Seine	822	780	679	2 281
Calvados	13	7	11	31	Loiret	1	1	0	2	Seine-Inférieure	37	24	34	95
Cantal	0	0	0	0	Lot	0	0	0	0	Seine-et-Marne	1	1	1	3
Charente	1	0	0	1	Lot-et-Garonne	0	0	2	2	Seine-et-Oise	9	6	11	26
Charente-Mar.	18	14	10	42	Lozère	0	0	0	0	Sèvres (Deux-)	0	0	0	0
Cher	8	6	0	14	Maine-et-Loire	1	0	1	2	Somme	10	7	9	26
Corrèze	0	1	0	1	Manche	6	5	6	17	Tarn	0	0	0	0
Corse	0	0	1	1	Marne	2	3	3	8	Tarn-et-Garonne	2	1	0	3
Côte-d'Or	7	8	10	25	Marne (Hte-)	0	0	0	0	Var	10	33	46	89
Côtes-du-Nord	1	0	1	2	Mayenne	0	0	1	1	Vaucluse	3	6	4	13
Creuse	0	0	0	0	Meurthe-et-Mos.	18	17	32	67	Vendée	2	0	0	2
Dordogne	1	2	0	3	Meuse	4	1	1	6	Vienne	3	4	4	11
Doubs	4	6	0	10	Morbihan	0	4	2	6	Vienne (Hte-)	0	1	3	4
Drôme	1	0	0	1	Moselle	16	8	7	31	Vosges	7	1	0	8
Eure	3	6	2	11	Nièvre	0	1	0	1	Yonne	0	0	0	0
Eure-et-Loir	2	0	0	2	Nord	49	30	52	131					
Finistère	0	0	0	0	Oise	0	0	0	0					
Gard	5	7	2	14	Orne	0	0	1	1					
										France entière.	1 325	1 220	1 263	3 808

2° SYPHILIS PRIMAIRE ET SECONDAIRE

Départements	Juil.	Août	Sept.	Tot.	Départements	Juil.	Août	Sept.	Tot.	Départements	Juil.	Août	Sept.	Tot.
Ain	0	0	0	0	Garonne (Hte-)	1	2	3	6	Pas-de-Calais	1	1	0	2
Aisne	0	0	1	1	Gers	0	0	0	0	Puy-de-Dôme	0	0	0	0
Allier	7	0	1	8	Gironde	0	1	3	4	Pyrénées (Bses-)	7	4	1	12
Alpes (Basses-)	0	0	0	0	Hérault	1	3	6	10	Pyrénées (Htes-)	0	0	0	0
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	Ille-et-Vilaine	2	1	2	5	Pyrénées-Or.	1	0	1	2
Alpes-Marit.	0	1	11	12	Indre	0	0	0	0	Rhin (Bas-)	2	3	2	7
Ardèche	0	0	1	1	Indre-et-Loire	0	2	0	2	Rhin (Haut-)	0	0	1	1
Ardennes	3	0	0	3	Isère	1	1	0	2	Rhône	13	3	12	28
Ariège	0	0	0	0	Jura	0	0	0	0	Saône (Haute-)	0	0	1	1
Aube	1	0	1	2	Landes	0	0	0	0	Saône-et-Loire	0	0	0	0
Aude	0	0	0	0	Loir-et-Cher	0	0	0	0	Sarthe	0	0	0	0
Aveyron	0	0	0	0	Loire	3	1	0	4	Savoie	0	1	2	3
Belfort (Ter. de)	0	0	0	0	Loire (Haute-)	0	0	0	0	Savoie (Haute-)	0	0	0	0
Bouches-d.-Rh.	4	7	6	17	Loire-Inférieure	6	2	3	11	Seine	76	68	68	212
Calvados	2	2	0	4	Loiret	0	1	1	2	Seine-Inférieure	2	1	5	8
Cantal	0	0	0	0	Lot	0	0	0	0	Seine-et-Marne	0	1	3	4
Charente	0	0	0	0	Lot-et-Garonne	0	0	0	0	Seine-et-Oise	5	3	1	9
Charente-Mar.	0	0	1	1	Lozère	0	0	0	0	Sèvres (Deux-)	0	0	0	0
Cher	2	0	0	2	Maine-et-Loire	0	0	2	2	Somme	4	0	5	9
Corrèze	0	0	1	1	Manche	0	0	0	0	Tarn	0	0	3	3
Corse	0	0	1	1	Marne	0	0	0	0	Tarn-et-Garonne	0	0	0	0
Côte-d'Or	1	2	2	5	Marne (Hte-)	0	0	1	1	Var	5	0	2	7
Côtes-du-Nord	0	0	0	0	Mayenne	3	1	0	4	Vaucluse	1	1	0	2
Creuse	0	0	0	0	Meurthe-et-Mos.	1	2	2	5	Vendée	0	1	1	2
Dordogne	0	2	5	7	Meuse	0	0	0	0	Vienne	0	0	0	0
Doubs	0	0	0	0	Morbihan	0	0	1	1	Vienne (Hte-)	0	0	0	0
Drôme	0	0	0	0	Moselle	4	5	7	16	Vosges	2	1	0	3
Eure	5	1	1	7	Nièvre	0	0	0	0	Yonne	1	3	3	7
Eure-et-Loir	0	0	0	0	Nord	1	3	4	8					
Finistère	0	1	0	1	Oise	3	4	0	7					
Gard	0	0	0	0	Orne	0	0	0	0					
										France entière.	171	136	178	485

3° CHANCRE MOU

Départements	Juillet	Août	Septembre	Total
Bouches-du-Rhône	3	7	4	14
Charente-Maritime	1	0	0	1
Doubs	0	2	0	2
Gironde	2	0	1	3
Ille-et-Vilaine	0	1	0	1
Manche	1	1	0	2
Nord	1	0	1	2
Rhône	1	0	2	3
Seine	2	2	3	7
Seine-Inférieure	1	0	0	1
Seine-et-Marne	0	1	0	1
Var	2	1	4	7
<i>Total</i>	<i>14</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>44</i>

4° MALADIE DE NICOLAS-FAVRE

Départements	Juillet	Août	Septembre	Total
Bouches-du-Rhône	1	0	0	1
Nord	1	0	0	1
<i>Total</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>2</i>

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

(AU COURS DU TROISIÈME TRIMESTRE 1952)

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

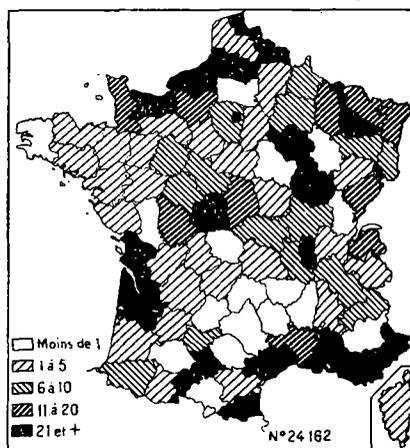
Départements	Blennorragie	Syphilis	Départements	Blennorragie	Syphilis	Départements	Blennorragie	Syphilis
Ain	1,2	0	Garonne (Haute-) ...	22,7	4,5	Pas-de-Calais	3,8	0,6
Aisne	2,5	0,8	Gers	0	0	Puy-de-Dôme	4,1	0
Allier	7,5	8,4	Gironde	69,7	1,8	Pyrénées (Basses-) ..	10,3	7,4
Alpes (Basses-)	0	0	Hérault	23,6	8,4	Pyrénées (Hautes-) ..	5,8	0
Alpes (Hautes-)	9,1	0	Ille-et-Vilaine	3,9	3,3	Pyrénées-Orientales ..	56,1	3,5
Alpes-Maritimes	41,3	10,4	Indre	62	0	Rhin (Bas-)	16,6	4
Ardèche	0	1,5	Indre-et-Loire	10,9	2,2	Rhin (Haut-)	9,1	0,8
Ardennes	10,8	4,6	Isère	8,1	1,4	Rhône	48,8	11,7
Ariège	0	0	Jura	0	0	Saône (Haute-)	3,7	1,9
Aube	21	3,2	Landes	1,6	0	Saône-et-Loire	8,4	0
Aude	2,9	0	Loir-et-Cher	7,9	0	Sarthe	9,2	0
Aveyron	0	0	Loire	9,1	2,4	Savoie	3,3	4,9
Belfort (Terr. de)	130	0	Loire (Haute-)	0	0	Savoie (Haute-)	14,2	0
Bouches-du-Rhône	53,6	6,7	Loire-Inférieure	5,1	6,2	Seine	182	17
Calvados	29	3,7	Loiret	2,2	2,2	Seine-Inférieure	42,1	3,5
Cantal	0	0	Lot	0	0	Seine-et-Marne	2,8	3,8
Charente	1,2	0	Lot-et-Garonne	2,9	0	Seine-et-Oise	7,1	2,4
Charente-Maritime	38,8	0,9	Lozère	0	0	Sèvres (Deux-)	0	0
Cher	19,2	2,7	Maine-et-Loire	1,5	1,5	Somme	22,4	3,4
Corrèze	1,5	1,5	Manche	14,7	0	Tarn	0	3,9
Corse	1,4	1,4	Marne	7,8	0	Tarn-et-Garonne	6,9	0
Côte-d'Or	28,6	5,7	Marne (Haute-)	0	2,1	Var	93,2	7,3
Côtes-du-Nord	1,4	0	Mayenne	1,5	5,9	Vaucluse	26	4
Creuse	0	0	Meurthe-et-Moselle ..	47,5	3,5	Vendée	1,9	1,9
Dordogne	3	7,1	Meuse	12	0	Vienne	13,4	0
Doubs	12,6	0	Morbihan	4,5	0,7	Vienne (Haute-)	4,6	0
Drôme	1,4	0	Moselle	18,8	9,8	Vosges	8,8	3,3
Eure	13,3	8,4	Nièvre	1,5	0	Yonne	0	10,3
Eure-et-Loir	2,9	0	Nord	25,9	1,5			
Finistère	0	0,5	Oise	0	6,7			
Gard	13,8	0	Orne	1,4	0	<i>France entière</i> ..	<i>35,7</i>	<i>4,5</i>

6° VARIATIONS DÉPARTEMENTALES DES INDICES DE MORBIDITÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES

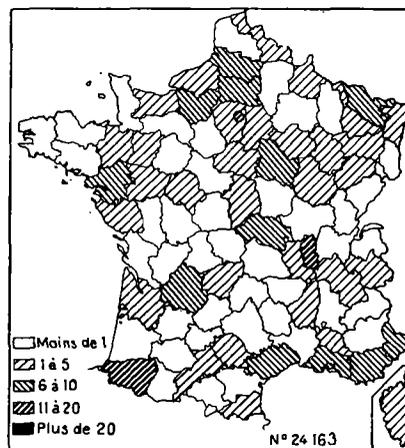
(AU COURS DU TROISIÈME TRIMESTRE 1952)

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

BLENNORRAGIE



SYPHILIS



II. — Renseignements statistiques concernant le fonctionnement des Dispensaires antivénéériens au cours du troisième trimestre 1952.

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	113	82	12	207	50	Creuse	9	18	2	29	11
Aisne	257	355	40	652	123	Dordogne	213	354	19	586	44
Allier	548	788	149	1 485	85	Doubs	1 249	1 077	177	2 503	226
Alpes (Basses-)	28	6	2	36	25	Drôme	456	323	119	898	35
Alpes (Hautes-)	134	67	8	209	69	Eure	348	425	41	814	149
Alpes-Maritimes	3 500	5 463	153	9 116	349	Eure-et-Loir	449	230	40	719	133
Ardèche	96	273	111	480	39	Finistère	348	312	3	663	95
Ardennes	337	254	25	616	115	Gard	1 682	1 576	70	3 328	184
Ariège	4	8	—	12	15	Garonne (Haute-)	2 283	6 171	270	8 724	489
Aube	864	834	22	1 720	94	Gers	172	204	2	378	30
Aude	169	182	8	359	60	Gironde	2 868	4 070	360	7 298	552
Aveyron	332	328	8	668	85	Hérault	1 550	1 398	222	3 170	209
Belfort (Terr. de)	606	711	32	1 349	35	Ille-et-Vilaine	837	859	900	2 596	263
Bouches-du-Rhône	9 861	24 944	3 401	38 206	754	Indre	302	392	60	754	37
Calvados	2 019	1 343	133	3 495	225	Indre-et-Loire	659	520	306	1 485	159
Cantal	194	298	—	492	36	Isère	2 738	2 751	248	5 737	343
Charente	876	884	192	1 952	75	Jura	347	419	19	785	142
Charente-Maritime	1 100	1 783	419	3 302	139	Landes	270	569	13	852	77
Cher	477	316	24	817	199	Loir-et-Cher	265	287	48	600	98
Corrèze	61	91	—	152	43	Loire	3 153	1 807	390	5 350	341
Corse	238	333	289	860	110	Loire (Haute-)	82	138	—	220	36
Côte-d'Or	—	—	—	3 538	136	Loire-Inférieure	1 640	2 462	148	4 250	231
Côtes-du-Nord	413	643	539	1 595	174	Loiret	244	354	5	603	59

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	148	402	—	550	93	Rhône	9 398	7 515	628	17 541	378
Lot-et-Garonne	583	478	26	1 087	352	Saône (Haute-)	282	248	95	625	50
Lozère	11	15	—	26	13	Saône-et-Loire	1 287	1 268	295	2 850	129
Maine-et-Loire	884	793	873	2 550	190	Sarthe	213	401	—	614	88
Manche	379	714	124	1 217	162	Savoie	477	589	38	1 104	190
Marne	961	1 234	698	2 893	273	Savoie (Haute-)	825	892	128	1 845	79
Marne (Haute-)	217	191	41	449	66	Seine	109 197	72 400	3 560	185 157	5 674
Mayenne	60	87	—	147	79	Seine-Inférieure	6 831	5 886	587	13 304	363
Meurthe-et-Moselle	3 424	3 263	200	6 887	529	Seine-et-Marne	1 169	1 571	73	2 813	341
Meuse	38	290	6	334	52	Seine-et-Oise	—	—	—	17 757	759
Morbihan	276	220	54	550	85	Sèvres (Deux-)	288	195	1	484	78
Moselle	2 077	1 743	164	3 984	243	Somme	2 481	2 378	357	5 216	270
Nièvre	92	106	4	202	49	Tarn	986	1 238	1	2 225	92
Nord	5 669	4 845	1 429	11 943	670	Tarn-et-Garonne	934	1 256	128	2 318	74
Oise	1 107	1 211	64	2 382	110	Var	2 767	5 094	359	8 220	416
Orne	203	400	61	664	55	Vaucluse	643	1 795	414	2 852	247
Pas-de-Calais	2 260	2 161	63	4 484	249	Vendée	28	8	1	37	35
Puy-de-Dôme	1 183	1 671	46	2 900	268	Vienne	188	136	17	341	37
Pyrénées (Basses-)	1 375	1 774	227	3 376	171	Vienne (Haute-)	161	137	57	355	98
Pyrénées (Hautes-)	541	337	6	884	75	Vosges	1 055	1 082	225	2 362	105
Pyrénées-Orient.	428	1 301	9	1 738	130	Yonne	223	377	44	644	41
Rhin (Bas-)	1 416	1 945	66	3 427	360						
Rhin (Haut-)	1 868	1 935	718	4 521	138	<i>Total</i>	<i>209 024</i>	<i>198 284</i>	<i>20 916</i>	<i>449 519</i>	<i>20 934</i>

2° FONCTIONNEMENT DU SERVICE SOCIAL ANTIVÉNÉRIEN

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Nombre de personnes visitées à domicile.....	5 390	7 193	3 795	16 378
Nombre de personnes ramenées au traitement par le Service social.....	2 951	2 925	524	6 400
Nombre de personnes amenées aux consultations pour la première fois pour examen ou traitement (enquêtes épidémiologiques, etc.).....	1 310	1 894	679	3 883

3° FONCTIONNEMENT DU FICHER SANITAIRE ET SOCIAL DE LA PROSTITUTION

	Mineures	Majeures	Total
Nombre de femmes inscrites au fichier, visitées pendant le trimestre.....	50	5 022	5 072
Nombre de femmes inscrites au fichier, qui ont dû être hospitalisées pour maladies vénériennes contagieuses.....	—	—	651

**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.....	9 442	5 911	2 611	17 964
Syphilis :				
congénitale	22	38	250	310
primaire	168	50	12	230
secondaire	130	96	10	236
ancienne avec manifestations cliniques.....	270	167	1	438
sérologique cliniquement latente	775	568	19	1 362
Blenorragie	3 066	665	4	3 735
Chancre mou	25	3	—	28
Maladie de Nicolas-Favre	3	—	—	3
Dermatoses non syphilitiques	7 776	7 181	1 690	16 647
Totaux	21 677	14 679	4 597	40 953

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.....	12 005	12 531	24 536	1 732	19 031	20 763	4 822	985
Syphilis :								
congénitale	2	3	5	1	21	22	37	9
primaire	1	7	8	7	34	41	30	13
secondaire	2	2	4	2	5	7	—	—
ancienne	5	3	8	2	22	24	1	—
sérologique	69	63	132	9	93	102	5	4
Blenorragie	—	1	1	—	—	—	—	1
Chancre mou	—	—	—	—	—	—	—	—
Maladie de Nicolas-Favre	—	—	—	—	—	—	—	—
Dermatoses non syphilitiques	—	—	—	—	19	19	20	7
Totaux	12 084	12 610	24 694	1 753	19 225	20 978	4 915	1 019

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.....	671	678	55	1 404
Syphilis :				
congénitale	—	—	—	—
primaire	2	1	—	3
secondaire	3	—	—	3
ancienne avec manifestations cliniques.....	7	1	—	8
sérologique cliniquement latente	31	19	—	50
Blenorragie	3	2	—	5
Chancre mou	1	1	—	2
Maladie de Nicolas-Favre	—	—	—	—
Dermatoses non syphilitiques	4	2	—	6
Totaux	722	704	55	1 481

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.....	1 162	796	1 958
Syphilis :			
congénitale	—	1	1
primaire	1	—	1
secondaire	3	—	3
ancienne avec manifestations cliniques.....	2	2	4
sérologique cliniquement latente	26	6	32
Blennorrhagie	24	—	24
Chancre mou	—	—	—
Maladie de Nicolas-Favre	—	—	—
Dermatoses non syphilitiques	9	1	10
<i>Totaux</i>	<i>1 227</i>	<i>806</i>	<i>2 033</i>

D. — EXAMENS PRATIQUÉS AU TITRE D'AUTRES LÉGISLATIONS

Résultats des examens cliniques et sérologiques	La législation relative à la lutte antivénéérienne dans les prisons			La législation relative au contrôle sanitaire de la prostitution
	Hommes	Femmes	Total	
Personnes reconnues indemnes.....	10 427	1 311	11 738	1 479
Syphilis :				
congénitale	3	—	3	1
primaire	3	—	3	7
secondaire	13	3	16	8
ancienne avec manifestations cliniques.....	49	12	61	2
sérologique cliniquement latente	285	39	324	74
Blennorrhagie	86	32	118	669
Chancre mou	1	—	1	6
Maladie de Nicolas-Favre	1	—	1	—
Dermatoses non syphilitiques	358	88	446	87
<i>Totaux</i>	<i>11 226</i>	<i>1 485</i>	<i>12 711</i>	<i>2 333</i>

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

Nature des examens pratiqués		Résultats	
		Positifs	Négatifs
<i>Examens sérologiques.</i>	Sang	13 224	101 901
	Liquide C.-R.	203	1 058
	<i>Total</i>	<i>13 427</i>	<i>102 959</i>
<i>Examens microbiologiques.</i>	Tréponèmes	186	324
	Gonocoques	5 120	31 845
	<i>Total</i>	<i>5 306</i>	<i>32 169</i>

7° PRINCIPAUX MÉDICAMENTS ANTIVÉNÉRIENS UTILISÉS

A. — PRÉPARATIONS ARSENICALES, BISMUTHIQUES ET MERCURIELLES

Nature du produit	Mode d'emploi	Nombre d'injections faites
Préparat. arsenicales.	Injections intraveineuses.	3 854
	Injections intramusculaires.	12 047
Préparations bismuthiques.	Injections intramusculaires.	173 381
Préparations mercurielles.	Injections.	22 587
	Autres voies.	—

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 blennorragie	3 129	12 229, 7 millions d'unités.
	2 805	2 150, 6 millions d'unités.
Sulfamides	2 700	27 948 grammes.

Statistiques concernant les territoires d'outre-mer.

1° STATISTIQUES MENSUELLES

	La Martinique				La Réunion			
	Juil.	Août	Sept.	Total	Juil.	Août	Sept.	Total
Blennorrhagie	1	5	4	10	11	17	3	31
Syphilis primaire	0	2	1	3	0	1	4	5
Syphilis secondaire	1	1	1	3	0	0	1	1
Chancre mou	0	1	0	1	0	0	0	0
Maladie de Nicolas-Favre.	0	0	2	2	0	0	0	0

2° STATISTIQUES TRIMESTRIELLES, TROISIÈME TRIMESTRE 1952

	Nombre de consultations données (traitement compris)				Nombre de séances de consultations
	Hommes	Femmes	Enfants	Total	Total
La Martinique	1 140	1 215	225	2 580	13
La Réunion	427	727	158	1 312	46

Consultants bénévoles	Protection maternelle et infantile Examens pré- et post-nataux				Travailleurs étrangers			Détenus			Prostituees				
	H.	F.	E.	Tot.	H.	F.	N.	E. — 2 ans	H.	F.		Tot.			
La Martinique...	32	16	4	52	0	0	0	0	2	13	15	0	0	0	2
La Réunion ...	76	108	49	233	0	23	22	1	0	0	0	1	0	1	17

NATURE ET RÉSULTATS DES EXAMENS DE LABORATOIRE PRATIQUÉS.

Nature des examens pratiqués		Résultats			
		Positifs		Négatifs	
		La Martinique	La Réunion	La Martinique	La Réunion
Examens sérologiques..	Sang	112	47	98	529
	Liquide C. R.	—	—	—	—
	Total ...	112	47	98	529
Examens microbiologiques	Tréponèmes.	—	—	—	1
	Gonocoques.	1	34	—	47
	Total ...	1	34	—	48

PRINCIPAUX MÉDICAMENTS UTILISÉS

PRÉPARATIONS ARSENIQUES, BISMUTHIQUES ET MERCURIELLES

	Nature du produit	Mode d'emploi	Nombre d'injections faites
La Martinique..	Préparat. arsenicales.	Inject. intravein. Inject. intramuscul.	203 196
La Réunion	Préparat. arsenicales.	Inject. intramuscul.	6
La Martinique..	Préparat. bismuth.	Inject. intramuscul.	667
La Réunion	Préparat. bismuth.	Inject. intramuscul.	104
La Martinique..	Préparat. mercure.	Injections.	859

ALCOOLISME

ÉVOLUTION DE L'ALCOOLISME EN FRANCE EN 1951

Les documents statistiques, fournis par l'Institut National de la statistique et des Etudes économiques, concernent, d'une part, la mortalité par alcoolisme aigu et chronique, et, d'autre part, la mortalité par cirrhose du foie.

A. — MORTALITÉ PAR « ALCOOLISME AIGU ET CHRONIQUE »

En 1950, la mortalité par alcoolisme aigu et chronique faisait l'objet de 2 362 déclarations, soit une proportion de 5,6 pour 100 000 habitants.

Durant l'année 1951, il y eut 2 653 déclarations sous cette rubrique, soit une proportion de 6,2 pour 100 000 habitants.

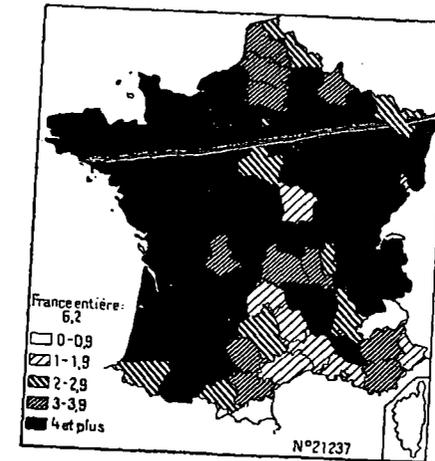
Les départements ayant eu les taux les plus élevés sont les suivants : Seine-Inférieure (35,9), Morbihan (29), Orne (25,3), Côtes-du-Nord (21,7), Mayenne (20,1).

La répartition par tranches d'âge montre que le maximum de la mortalité est atteint pour les deux sexes, en nombre absolu, entre 50 et 54 ans.

ALCOOLISME

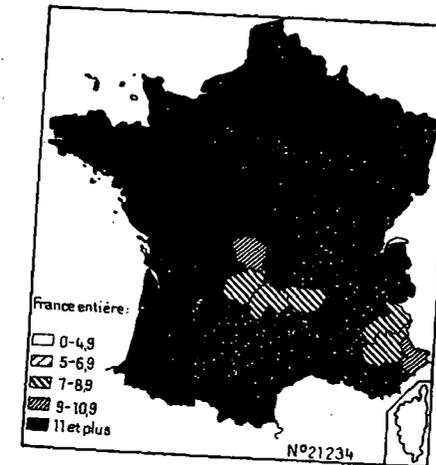
Mortalité par alcoolisme aigu et chronique.

TAUX POUR 100 000 HABITANTS



Cirrhose du Foie.

TAUX POUR 100 000 HABITANTS



Décès déclarés par Alcoolisme aigu et chronique.

ANNÉE 1951. — Résultats par départements.

Départements	Sexe masculin	Sexe féminin	Les deux sexes	Taux pour 100 000 h.
Ain	16	—	16	5,1
Aisne	25	8	33	6,8
Allier	12	8	20	5,3
Alpes (Basses-)*	2	1	3	3,7
Alpes (Hautes-)	—	—	—	0
Alpes-Maritimes*	8	1	9	1,8
Ardèche	19	1	20	7,9
Ardennes	5	4	9	3,3
Ariège	4	—	4	2,8
Aube	13	7	20	8,1
Aude	8	1	9	3,3
Aveyron	3	4	7	2,3
Bouches-du-Rhône	11	3	14	1,3
Calvados	45	21	66	15,2
Cantal	3	—	3	1,6
Charente	22	5	27	8,5
Charente-Maritime	15	7	22	5
Cher	11	1	12	4,2
Corrèze	11	1	12	4,7
Corse*	1	—	1	0,4
Côte-d'Or	16	5	21	6
Côtes-du-Nord	75	38	113	21,7
Creuse	8	—	8	4,3
Dordogne	34	10	44	11,2
Doubs	12	3	15	4,7
Drôme*	6	1	7	2,5
Eure	22	10	32	9,8
Eure-et-Loir	8	8	16	6
Finistère	86	35	121	16,5
Gard	3	2	5	1,2
Garonne (Haute-)	23	15	38	7,2
Gers	17	4	21	10,9
Gironde	31	12	43	4,8
Hérault	5	—	5	1,1
Ille-et-Vilaine	70	40	110	18,3
Indre	10	5	15	6
Indre-et-Loire	10	5	15	4,1
Isère*	25	7	32	5,5
Jura	18	1	19	8,6
Landes*	18	10	28	11,2
Loir-et-Cher	8	3	11	4,5
Loire	20	6	26	3,9
Loire (Haute-)*	12	3	15	6,8
Loire-Inférieure	77	21	98	13,8
Loiret	7	2	9	2,5
Lot	8	2	10	6,5
Lot-et-Garonne	30	5	35	13,1
Lozère*	1	—	1	1,2
Maine-et-Loire	23	6	29	5,6
Manche	64	19	83	18
Marne	14	15	29	7,1
Marne (Haute-)	14	8	22	11,3
Mayenne	34	19	53	20,1

(*) Départements qui sont affectés d'une proportion de causes de décès, mal définies ou non déclarées, supérieure à 15 %.

DÉCÈS DÉCLARÉS PAR ALCOOLISME AIGU ET CHRONIQUE (suite).

Départements	Sexe masculin	Sexe féminin	Les deux sexes	Taux pour 100 000 h.
Meurthe-et-Moselle	15	9	24	4,1
Meuse	7	4	11	5,5
Morbihan	107	45	152	29
Moselle	13	3	16	2,2
Nièvre	4	—	4	1,6
Nord	38	17	55	2,6
Oise	7	6	13	3,1
Orne	53	18	71	25,3
Pas-de-Calais	35	8	43	3,4
Puy-de-Dôme	16	3	19	3,9
Pyrénées (Basses-)*	10	2	12	2,8
Pyrénées (Hautes-)	19	12	31	15,1
Pyrénées-Orientales	1	—	1	0,4
Rhin (Bas-)	32	6	38	5,4
Rhin (Haut-)	55	11	66	13,3
Rhône	20	4	24	2,5
Saône (Haute-)	8	4	12	5,8
Saône-et-Loire	37	7	44	8,5
Sarthe	35	17	52	12,9
Savoie*	16	1	17	6,7
Savoie (Haute-)	25	6	31	10,6
Seine	96	47	143	2,9
Seine-Inférieure*	23	10	33	35,9
Seine-et-Marne	17	10	27	6,3
Seine-et-Oise	50	29	79	5,3
Sèvres (Deux-)	11	5	16	5
Somme	13	4	17	3,7
Tarn	9	3	12	3,9
Tarn-et-Garonne	7	4	11	6,4
Var	10	3	13	3,3
Vaucluse	9	3	12	4,5
Vendée	27	7	34	8,4
Vienne	15	—	15	4,6
Vienne (Haute-)	7	3	10	3
Vosges	28	6	34	9,3
Yonne	11	3	14	5,1
Belfort (Terr. de)	9	2	11	1,2
France entière	1 938	715	2 653	6,2

(*) Départements qui sont affectés d'une proportion de causes de décès mal définies ou non déclarées, supérieure à 15 %.

Décès déclarés par Alcoolisme aigu et chronique

SUIVANT LE SEXE ET L'ÂGE

ANNÉE 1951. — France entière (90 départements).

Âges	Les deux sexes	Sexe masculin	Sexe féminin
0-1 an	—	—	—
1-4 ans	—	—	—
5-9 »	—	—	—
10-14 »	—	—	—
15-19 »	1	1	—
20-24 »	8	6	2
25-29 »	39	34	5
30-34 »	63	46	17
35-39 »	148	114	34
40-44 »	328	254	74
45-49 »	407	328	79
50-54 »	458	340	118
55-59 »	347	242	105
60-64 »	275	188	87
65-69 »	254	169	85
70-74 »	181	124	57
75-79 »	99	63	36
80-84 »	33	25	8
85 et +	12	4	8
Age non déclaré	—	—	—
<i>Total (tous âges)</i>	2 653	1 938	715

B. — MORTALITÉ PAR « CIRRHOSE DU FOIE »

En 1950, la mortalité par cirrhose du foie a fait l'objet de 6 692 décès, soit une proportion de 16,4 pour 100 000 habitants.

En 1951, il y eut 8 349 déclarations de décès par cirrhose du foie, soit une proportion de 19,6 pour 100 000 habitants.

En 1950, 16 départements offraient un taux de mortalité inférieur à 10 pour 100 000 habitants; en 1951, 6 départements seulement entraient dans cette catégorie. Par contre, 21 départements présentaient un taux allant de 20 à 30 décès pour 100 000 habitants, et 6 départements un taux allant de 30 à 40 décès pour 100 000 habitants. Le taux maximum observé, 39,5, intéresse le département de la Loire-Inférieure.

La répartition par tranches d'âge montre que le maximum de la mortalité est atteint pour les deux sexes, entre 60 et 64 ans. La cirrhose du foie représente, dans cette tranche d'âge considérée, 3,1 % de la mortalité générale, tandis que le taux est de 5,2 % entre 45 et 49 ans, 5,3 % entre 50 et 54 ans.

Travail présenté par

L. DÉROBERT.

Décès déclarés par cirrhose du Foie.

ANNÉE 1951. — Résultats par départements.

Départements	Sexe masculin	Sexe féminin	Les deux sexes	Taux pour 100 000 h.
Ain	35	17	52	16,5
Aisne	43	30	73	15
Allier	51	17	68	17,9
Alpes (Basses-)*	5	1	6	7,1
Alpes (Hautes-)	5	2	7	7,9
Alpes-Maritimes*	34	13	47	10,4
Ardèche	41	10	51	19,6
Ardennes	20	12	32	12,2
Ariège	17	5	22	15
Aube	20	16	36	14,5
Aude	26	16	42	15,2
Aveyron	35	13	48	15,2
Belfort (Terr. de)	13	1	14	15,1
Bouches-du-Rhône	130	68	198	19,6
Calvados	46	43	89	20,6
Cantal	10	7	17	8,8
Charente	36	23	59	18,4
Charente-Maritime	54	38	92	21,1
Cher	40	10	50	17,2
Corrèze	14	7	21	8,1
Corse*	4	3	7	2,6
Côte-d'Or	41	18	59	16,8
Côtes-du-Nord	102	72	174	31,7
Creuse	17	—	17	9
Dordogne	66	43	109	27,5
Doubs	23	15	38	11,9
Drôme*	39	11	50	18,1
Eure	29	28	57	17,1
Eure-et-Loir	28	10	38	14
Finistère	97	47	144	18,9
Gard	52	24	76	18,7
Garonne (Haute-)	58	51	109	20,6
Gers	31	25	56	28,9
Gironde	125	103	228	25,5
Hérault	78	20	98	20,6
Ille-et-Vilaine	138	89	227	37
Indre	28	21	49	19
Indre-et-Loire	41	30	71	19,3
Isère*	79	45	124	20,9
Jura	26	16	42	18,7
Landes*	26	14	40	15,8
Loir-et-Cher	36	14	50	19,8
Loire	92	61	153	23,1
Loire (Haute-)*	11	8	19	8,2
Loire-Inférieure	171	109	280	39,5
Loiret	32	16	48	13,1
Lot	16	10	26	16,6
Lot-et-Garonne	30	26	56	20,5
Lozère*	9	2	11	11,8
Maine-et-Loire	69	54	123	23,4
Manche	66	38	104	22,3
Marne	43	41	84	20,3
Marne (Haute-)	15	10	25	13

(*) Départements qui sont affectés d'une proportion de causes de décès mal définies ou mal déclarées, supérieure à 15 %.

DÉCÈS DÉCLARÉS PAR CIRRHOSE DU FOIE (suite).

Départements	Sexe masculin	Sexe féminin	Les deux sexes	Taux pour 100 000 h.
Mayenne	47	46	93	34,2
Meurthe-et-Moselle	52	39	91	15,9
Meuse	22	14	36	17,9
Morbihan	95	86	181	33,7
Moselle	53	27	80	12
Nièvre	25	8	33	13
Nord	172	140	312	15,3
Oise	30	25	55	13
Orne	45	33	78	26,9
Pas-de-Calais	106	55	161	12,7
Puy-de-Dôme	65	21	86	17,6
Pyrénées (Basses-) *	36	24	60	13,9
Pyrénées (Hautes-)	11	12	23	11,1
Pyrénées-Orientales	28	11	39	16,6
Rhin (Bas-)	97	34	131	18,7
Rhin (Haut-)	107	41	148	30,3
Rhône	188	100	288	29,7
Saône (Haute-)	22	8	30	14,1
Saône-et-Loire	52	19	71	13,5
Sarthe	55	39	94	21,5
Savoie *	28	22	50	20,3
Savoie (Haute-)	57	14	71	25
Seine	618	587	1 205	23,9
Seine-Inférieure *	82	50	132	14,5
Seine-et-Marne	27	22	49	11,6
Seine-et-Oise	158	132	290	19,7
Sèvres (Deux-)	33	20	53	16,1
Somme	35	18	53	11,3
Tarn	35	23	58	18,9
Tarn-et-Garonne	25	9	34	19,8
Var	56	28	84	21,9
Vaucluse	32	13	45	17,2
Vendée	70	36	106	23,4
Vienne	31	27	58	17,7
Vienne (Haute-)	42	10	52	15,1
Vosges	41	25	66	18
Yonne	33	4	37	13,6
France entière	5 104	3 245	8 349	19,6

(*) Départements qui sont affectés d'une proportion de causes de décès mal définies ou mal déclarées, supérieure à 15 %.

Cirrhose du Foie.

ANNÉE 1951

Répartition selon le sexe et l'âge, en fonction de la population.

Ages	Masculin		Féminin		Deux sexes	
	N. (1)	T. (2)	N. (1)	T. (2)	N. (1)	T. (2)
0- 1 an.....	2	0,5	1	0,2	3	0,2
1- 4 ans.....	—	—	—	—	—	—
5- 9 ».....	1	0,07	1	0,07	2	0,07
10-14 ».....	—	—	1	0,08	1	0,03
15-19 ».....	8	0,5	2	0,1	10	0,3
20-24 ».....	5	0,8	1	0,06	6	0,2
25-29 ».....	12	0,7	15	0,9	27	0,8
30-34 ».....	27	2,1	41	3,3	68	2,7
35-39 ».....	111	8,8	101	8	212	8,4
40-44 ».....	310	20,5	249	16,3	559	18,4
45-49 ».....	593	39,2	434	28,3	1 027	33,7
50-54 ».....	872	64,6	582	40,2	1 454	48,5
55-59 ».....	854	88	587	44,6	1 441	62,8
60-64 ».....	830	98,8	456	38,7	1 286	63,7
65-69 ».....	728	102	382	36,6	1 110	63,1
70-79 ».....	682	72,4	334	23,2	1 016	42,6
80 et +.....	68	30,5	58	12,9	126	18,8
Age inconnu..	1	—	—	—	1	—
Tous âges..	5 104	25	3 245	14,8	8 349	19,7

(1) Chiffres absolus.
(2) Taux pour 100 000 habitants.

Cirrhose du Foie.

ANNÉE 1951. — France entière (90 départements).

Répartition selon le sexe et l'âge, en fonction de la mortalité générale.

Ages	Masculin			Féminin			Deux sexes		
	Mort. génér.	N.	%	Mort. génér.	N.	%	Mort. génér.	N.	%
0-19 ans.....	29 570	11	0,04	22 313	5	0,02	51 883	16	0,03
20-24 ».....	2 780	5	0,2	1 926	1	2,05	4 706	6	0,1
25-29 ».....	3 635	12	0,3	2 565	15	0,6	6 200	27	0,4
30-34 ».....	3 239	27	0,8	2 411	41	1,7	5 650	68	1,2
35-39 ».....	4 489	111	2,5	3 148	101	3,2	7 637	212	2,8
40-44 ».....	8 111	350	3,8	4 896	249	5,1	13 011	559	4,3
45-49 ».....	12 587	593	4,7	7 281	434	6	19 868	1 027	5,2
50-54 ».....	17 132	872	5,1	10 097	582	5,8	27 229	1 454	5,3
55-59 ».....	18 087	854	4,7	13 491	587	4,4	31 578	1 441	4,6
60-64 ».....	22 790	830	3,6	18 364	456	2,5	41 154	1 286	3,1
65-69 ».....	29 843	728	2,6	26 325	382	1,4	56 168	1 110	1,9
70-79 ».....	79 846	682	0,9	84 268	334	0,4	164 114	1 016	0,6
80 et +.....	51 383	68	0,1	80 278	58	0,07	131 661	126	0,9
Age inconnu..	80	1	—	55	—	—	135	1	—
Tous âges..	283 576	5 104	1,8	277 418	3 245	1,2	560 994	8 349	1,5

NUTRITION

REMARQUES SUR L'UTILISATION D'UNE RATION ALIMENTAIRE-TYPE COMME BASE D'ÉTABLISSEMENT D'UN BUDGET-TYPE

Dans une précédente étude (1), nous avons proposé pour le Français moyen des standards caloriques, protéiques et une ration-type basée sur une analyse de la nature des standards alimentaires et sur nos enquêtes.

Le problème que nous étudierons maintenant est le suivant : dans quelle mesure et à quelles conditions une ration alimentaire-type peut-elle servir à l'élaboration d'un budget-type ?

Notre étude sera divisée en trois parties :

1° Nous étudierons comment, dans le but de déterminer ce qu'était un salaire réel, le B. I. T. a été amené à souligner l'importance de la ration alimentaire-type dans la définition d'un budget-type.

2° Nous résumerons brièvement comment il est possible d'établir une ration alimentaire-type.

3° Puis, nous essayerons de dégager la signification à attribuer à cette ration-type. Autrement dit, à quelles conditions il pourrait être possible de l'utiliser comme base pour un budget-type.

I

IMPORTANCE DE LA RATION ALIMENTAIRE-TYPE DANS LA DÉFINITION D'UN BUDGET-TYPE

Le recours à l'analyse d'un poste alimentaire pour l'élaboration partielle d'un budget-type, comme le recours à un budget-type pour la détermination des variations d'un salaire réel sont des opérations devenues familières.

(1) TRÉMOLIÈRES (J.), SERVILLE (Y.) et VINIT (F.) : Etude sur la ration alimentaire-type à préconiser pour le Français. *Bull. de Pl. N. H.*, t. 7, n° 4, pp. 767-825.

lières. Le fait qu'elles donnent lieu à de sévères contestations indique assez qu'elles ne sont pas, pour autant, devenues simples. Il paraît donc opportun d'analyser les processus de réflexion, à la suite desquels elles se sont imposées.

On prendra pour champ d'analyse cette quinzaine d'années de jurisprudence internationale en la matière, représentées par l'effort collectif du B. I. T. entre 1923 et 1939. C'est dans ce champ que semble se synthétiser, le plus clairement, le recours progressif des sciences sociales aux sciences de l'alimentation à partir du projet initial d'obtenir sinon la maîtrise, du moins la conscience de ce facteur décisif de la vie économique moderne : le mouvement du salaire réel.

I. — DU SALAIRE NOMINAL AU SALAIRE RÉEL PAR L'INDICE DU COUT DE LA VIE

Dès la première Conférence internationale des Statisticiens du Travail, l'étude du salaire se trouve liée à l'étude du coût de la vie : « Lorsqu'on veut étudier les salaires au point de vue du niveau de vie des travailleurs, il est nécessaire de distinguer entre le salaire nominal ou en espèces et le salaire réel, c'est-à-dire le pouvoir d'achat du salaire nominal. Cela entraîne la publication de statistiques de prix » (1).

Autre précision immédiate : ces deux premiers éléments : statistique (et éventuellement indice) des salaires nominaux, d'une part, et, d'autre part, statistique (et éventuellement indice) des prix, exigent un troisième élément pour déterminer la statistique (et éventuellement l'indice) du salaire réel, qu'il s'agisse simplement de calculer théoriquement les variations de celui-ci ou qu'il s'agisse de le maintenir pratiquement au même niveau en assurant la variation des salaires nominaux. Ce troisième élément se trouve dans les nombres indices du coût de la vie, « montrant les variations du pouvoir d'achat de l'argent pour les articles qui contribuent à déterminer le coût de la vie, étant bien précisé que ceux-ci doivent correspondre à « la consommation réelle » (2).

Or, cette consommation réelle varie : géographiquement, d'une région à l'autre; sociologiquement, d'une classe à l'autre de la population. D'où la nécessité de se référer par quelque méthode à la consommation de cette région ou de cette classe. Par ailleurs, la consommation réelle varie chronologiquement d'une époque à l'autre. Certes, pour remplir leur office, les articles et quantités, retenus comme étalons pour les nombres indices du coût de la vie, doivent rester fixes pour isoler la variation des prix; il est clair également « que la valeur d'une série de nombres indices des prix devient douteuse dès que les articles sur lesquels ils portent ou dès que leurs coefficients de consommation ne correspondent plus aux

(1) Méthodes de la statistique des salaires, de la durée du travail. *B. I. T.* : Et. et Doc., n° 2, Genève, 1933, pp. 9-10.

(2) *B. I. T.* : Et. et Doc., n° 2, Genève, 1933, p. 64; souligné par nous.

habitudes de consommation, de sorte qu'un remaniement peut s'imposer » (1). D'où la nécessité de se référer à *la consommation réelle* dans les conditions de vie où l'on veut fixer ces indices.

Or, le calcul du salaire réel à partir du salaire nominal ne peut se faire qu'à travers, d'une part, des tableaux de prix donnés par la statistique des prix de l'époque correspondante, d'autre part par un tableau qualitatif (liste d'articles) et quantitatif (poids et quantités) des biens, services ou denrées effectivement consommés par la population salariée de la région, de la classe ou de l'époque pour laquelle il s'agit de calculer ce salaire réel.

2. — DE L'INDICE DU COUT DE LA VIE AUX ENQUÊTES SUR LES BUDGETS FAMILIAUX

Déjà amorcé à la première Conférence des Statisticiens du Travail, le problème de la méthode susceptible de déterminer la liste des articles de référence et de leurs pondérations fut spécifiquement traité deux ans plus tard par la deuxième conférence et son rapport préparatoire : « Méthodes d'établissement du coût de la vie » (2). Trois méthodes furent envisagées :

a) *La méthode de la consommation globale*. — Les statistiques économiques (production, exportation, importation) et les statistiques démographiques permettent d'obtenir le tableau de référence recherché pour une consommation par *habitant indifférencié*. Déjà, la première conférence reconnaissait : « il est évident que si les statistiques de la production nationale, des importations et des exportations sont exactes, cette méthode peut donner des résultats très satisfaisants pour la population prise dans son ensemble, mais non pas nécessairement pour une classe ou une localité données » (3).

La deuxième conférence souligne l'importance de cette réserve, particulièrement dans le cas où l'établissement d'un indice du coût de la vie est destiné à interpréter ou à transformer une échelle de salaires : « cette méthode présente un désavantage du fait que les pondérations obtenues, bien que représentatives de la consommation de l'ensemble de la collectivité, ne sont pas forcément représentatives d'une classe déterminée de la population. Si l'on veut rechercher des nombres indices permettant d'adapter les salaires aux modifications du coût de la vie, on obtiendra le meilleur résultat *en utilisant des pondérations qui correspondent à la consommation moyenne de la catégorie de travailleurs dont il s'agit*. Il est, en effet, de toute évidence que les quantités relatives et les qualités des divers articles consommés par les familles ouvrières diffèrent de celles des articles consommés par les autres classes de la population, et que les nombres indices établis sur la base des premières pourront indiquer un

mouvement de prix différent de celui que pourraient indiquer des nombres indices tenant compte de la consommation de toute la collectivité. En pratique, *la méthode de la consommation globale est, pour ainsi dire, inutilisable pour la détermination des chiffres de pondération indiquant les consommations d'une classe déterminée de la population* » (1).

D'autres passages du même document insistent sur la double finalité que peut se proposer un indice du coût de la vie : ou bien une fin plus générale et plus théorique : mesurer le pouvoir d'achat de la monnaie sur le marché de détail; ou bien une fin plus précise et plus pratique : servir de base à l'adaptation des salaires. La même rigueur n'est pas requise dans l'un et l'autre cas. *Dans le second cas*, la conférence entend que les enquêtes de base sur la consommation réelle soient circonscrites non seulement sociologiquement à la catégorie salariale visée, mais aussi chronologiquement à la période précisément envisagée.

« Le coût de la vie dépend à la fois des articles consommés et du prix de ces articles, de sorte qu'une modification du coût de la vie peut provenir soit d'un changement dans les articles consommés, soit d'une modification des prix, soit encore de l'action simultanée de ces deux facteurs. On peut dire, de façon générale, que la durée de la période pendant laquelle une série de nombres indices du coût de la vie demeure satisfaisante, est déterminée surtout par la mesure dans laquelle les articles et quantités d'articles qui lui servent de base *restent représentatifs de la consommation réelle*. La période pendant laquelle cette série pourra être appliquée sans modification des chiffres de pondération pourra être plus courte si ces nombres doivent servir de base à l'adaptation des salaires que s'ils doivent indiquer, à des fins plus théoriques, la modification du pouvoir d'achat de la monnaie sur le marché de détail. Dans le premier cas, le salaire de base correspondant à un nombre indice donné, est susceptible d'être modifié en raison des variations survenues dans les conditions économiques de l'industrie intéressée, et le nouveau salaire de base pourra facilement être adapté à la nouvelle série d'indices du coût de la vie, calculés au moyen de nouveaux articles, de nouveaux chiffres de pondération et de nouvelles méthodes » (2).

A la rigueur, cette mesure des variations dans le temps des habitudes de consommation pourrait être assurée par la méthode des consommations globales. C'est par cette méthode que M. HALBWACHS évalua l'évolution des besoins en France au cours du XIX^e siècle et au début du XX^e (3), faute d'instruments d'observation plus directs. Mais s'il s'agit de mesurer à la fois dans le temps et pour une catégorie sociale donnée les dites

(1) *B. I. T.* : Et. et Doc., n° 6, p. 15.

(2) *B. I. T.* : Et. et Doc., n° 6, pp. 24-25.

(3) HALBWACHS (M.) : *L'évolution des besoins dans les classes ouvrières*, Paris, Alcan, 1933, p. 110 et suiv. « A défaut de budgets de ménage, comment l'étude du mouvement des consommations par tête, depuis un siècle ou presque, peut révéler certaines variations de la dépense. »

(1) *B. I. T.*, p. 65.

(2) *B. I. T.* : Et. et Doc., n° 6, Genève, 1925.

(3) *B. I. T.* : Et. et Doc., n° 2, Genève, 1923, p. 66.

variations, la méthode de consommation globale se heurte à l'impossibilité de différencier sociologiquement ses moyennes (1).

b) *La méthode du budget théorique.* — Cette méthode se serait exclusivement appliquée à l'établissement d'un poste alimentaire. Pleine d'optimisme sur les données de la science médicale, elle se proposait d'établir, d'une part, par l'analyse biologique des besoins humains, les principes nutritifs nécessaires, d'autre part, par l'analyse biochimique des denrées alimentaires, les denrées nutritionnellement suffisantes. Un budget théorique minimum serait donc calculé à partir du poste alimentaire ainsi précisé (2).

Dès l'abord, le rapporteur lui-même exprima des réserves et reconnut : « cependant, la détermination des quantités nécessaires repose également en partie sur une étude de la consommation d'un certain nombre d'individus, de sorte que cette méthode se rapproche de celle du budget-type » (3). En effet, il a été précisé, depuis, comment les « normes nutritionnelles » avaient essentiellement une valeur empirique et se trouvaient être, pour la plupart, basées sur des consommations de fait observées chez des individus de référence (4). Sur ce point, les propositions de cette conférence (en 1925) correspondaient au changement d'optique, intervenu entre les deux guerres mondiales, sur les rapports entre les enquêtes alimentaires et les normes nutritionnelles (5). Elles furent d'ailleurs immédiatement controversées.

c) *La méthode du budget familial ou budget de ménage.* — Le compte rendu de la conférence manifeste comment ces propositions se heurtèrent

(1) C'est ainsi que les trois cas rassemblés par M. HALBWACHS dans le livre cité, ne se trouvent pas homogènes. Dans les deux premiers — Allemagne et Etats-Unis — il s'agit effectivement, sur la base d'observations directes, de l'évolution des besoins dans les *classes ouvrières*. Dans le troisième — France — il s'agit plutôt de l'évolution des habitudes de consommation du Français moyen. L'auteur était d'ailleurs conscient de cette limite de son travail. *Loc. cit.*

(2) Description in : *B. I. T.*, n° 6, p. 16. Et antérieurement : *B. I. T.*, n° 2, p. 66; « On se base, en partie, sur les résultats d'études médicales en tenant compte des besoins divers des personnes d'âge, de sexe et de profession différents. D'après les constatations faites, on détermine les quantités d'albumine, de graisse, d'hydrates de carbone et de calories nécessaires pour maintenir en état de santé les adultes des deux sexes employés à divers travaux, les enfants des différents âges et les vieillards qui ne travaillent plus. L'analyse chimique des aliments détermine alors les articles qui correspondent à ces besoins. Comme à des époques différentes et selon les saisons et les localités, la même valeur nutritive peut être fournie à meilleur compte par un groupe d'aliments ou par un autre, les articles sur lesquels portent les calculs peuvent varier selon la situation du marché. Les données réunies permettent de déterminer les besoins alimentaires d'une famille ouvrière moyenne. »

(3) *B. I. T.*, n° 6, p. 22.

(4) Cf. TRÉMOLIÈRES (J.) et coll. : *Etude sur la ration alimentaire-type à préconiser pour le Français. Bull. I. N. H.*, oct.-déc. 1952, pp. 776 et suiv.

(5) Alors que jusque vers 1935, les enquêtes alimentaires avaient principalement servi à établir des standards et les standards à prévoir un ravitaillement, on se mit à utiliser les standards pour déterminer la valeur quantitative et qualitative de groupes sociaux, c'est-à-dire à les utiliser comme normes. *Ib.*, p. 776.

dans la discussion aux réticences formelles susdites de certains participants (1). Et de fait, la résolution s'y rapportant ne fait qu'une allusion conditionnelle à cette méthode théorique (2). Comme la méthode de consommation globale elle-même faisait l'objet d'expresses réserves, la méthode du budget familial recevait donc la priorité sur les deux autres (3) et paraissait à l'ordre du jour de la III^e Conférence internationale des Statisticiens du Travail.

3. — DE L'ENQUÊTE SUR LES BUDGETS DE FAMILLE A LA DÉTERMINATION DU POSTE ALIMENTAIRE

On sait que cette III^e Conférence internationale, reprenant la question ainsi amorcée, définit les principales caractéristiques de l'enquête sur le budget de famille (taille, durée, échantillonnage, etc.). Elle stimula le lancement d'enquêtes de ce type et inaugura un vaste effort de coordination et d'enregistrement qui devait porter, de 1926 à 1940, sur une trentaine de pays. Cette tâche, rendue immédiatement urgente par la nécessité d'effectuer ou de mettre à jour le calcul théorique des nombres indices du coût de la vie, ne rendait d'ailleurs pas moins désirable l'élaboration d'enquêtes de ce type, pour atteindre la seconde finalité déjà fixée antérieurement : la mesure pratique d'un niveau de vie dans une classe précise de la population (4). A mesure que le matériel d'analyse se fit plus abondant, ce second aspect de la recherche prit une impor-

(1) M. HILTON s'oppose catégoriquement à toute mention de la méthode du budget minimum. A son avis, les statistiques du coût de la vie doivent être basées non sur des théories, mais sur des faits, et la solution devrait souligner encore davantage la supériorité du budget familial. C. R. des discussions, *B. I. T.*, n° 6, pp. 19-20.

(2) Des budgets théoriques, évalués au moyen de toutes les informations disponibles, pourraient aussi être utilisés. *Ib.*, p. 76.

(3) Vu l'insuffisance actuelle des statistiques de consommation, le meilleur moyen de déterminer les pondérations pour les différents articles et groupes d'articles, apparaît être de se baser sur le budget familial type, établi en faisant une enquête sur les dépenses moyennes d'un nombre de familles pendant une période donnée.

A défaut de statistique de budget de famille, les statistiques de la consommation nationale pourraient être de quelque valeur pour déterminer l'importance relative de certains articles pour l'ensemble du pays, en tenant compte du fait que certains articles sont utilisés pour d'autres buts que la consommation humaine.

La clause : « A défaut de statistique de budget de famille », après intervention de M. HUBER et de M. HILTON, avait remplacé une clause moins radicale pour la méthode de consommation globale. Cf. Discussion, *B. I. T.*, n° 6, pp. 19-20; et résolution, *Ib.*, p. 76.

(4) Les pondérations nécessaires pour le calcul des nombres indices du coût de la vie peuvent être obtenues par une enquête relativement simple, consistant à réunir pour une courte période, les budgets d'un petit nombre de familles. Les renseignements recueillis au cours des enquêtes sur les budgets familiaux peuvent cependant présenter encore un autre intérêt. En poussant plus loin les investigations, il est possible de réunir des données utiles sur le niveau de vie de la classe ou des classes dont on cherche à établir le budget. *B. I. T.* : Méthodes d'enquête sur les budgets familiaux. *Et. et Doc.*, n° 9, Genève, 1926, p. 3.

tance accrue. L'analyse globale des résultats (portant sur 25 pays) publiés en 1939-1941 (1), ainsi que les deux traités méthodologiques parus respectivement en 1941 (2) et 1949 (3), en témoignent. L'ouvrage classique du B. I. T. : « L'alimentation des travailleurs et la politique sociale » (4) se situe au centre de cette réflexion, au cours de laquelle la détermination du poste alimentaire prend une importance décisive dans l'élaboration des budgets-types et donc, par contrecoup, dans les appréciations du salaire réel.

On peut déceler plusieurs raisons de cette importance progressive :

La première tient au fait que le poste alimentaire est quantitativement le plus important des postes d'un budget de ménage. Souvent il dépasse 50 % de la dépense budgétaire totale et, la plupart du temps, son pourcentage dépasse tout autre pourcentage de dépenses. Ce caractère massif l'impose déjà à l'attention.

Ensuite, ce poste est le mieux connu. Il semble prêter à l'analyse la plus précise et la plus riche. La méthode pondérale et la méthode du carnet de comptes permettent des mensurations exactes et, par surcroît, elles ramènent des données abondantes et variées qui font de la distribution interne de ce poste un des indices les plus parlants du niveau de vie. Le rythme de la dépense alimentaire est celui qui se prête le plus facilement à une observation à court terme (5) sans devoir recourir à des estimations

(1) Analyse internationale des récentes enquêtes sur les budgets familiaux. *Rev. Int. Trav.*, mai-juin 1939, juin 1940, avril 1941.

(2) B. I. T. : Méthodes d'enquêtes sur les conditions de vie des familles. Revenu, dépenses, consommation (R. M. WOODBURY). *Et. et Doc.*, n° 23, Genève, 1941. — Parmi les raisons fournies pour justifier la nouvelle terminologie (enquêtes sur les conditions de vie des familles au lieu de : enquêtes sur les budgets de famille) : on peut relever celle-ci, comme significative de l'importance prise par l'analyse du poste alimentaire. « Certaines enquêtes ne portent que sur un aspect particulier des conditions, par exemple l'alimentation, et il convient précisément de signaler à ce propos que, depuis quelques années, les enquêtes alimentaires portant sur la consommation d'aliments et les habitudes de cette consommation des familles ont pris une grande importance. On ne saurait qualifier de telles études d'enquêtes sur les budgets familiaux, mais elles forment, en revanche, un élément important des enquêtes sur les conditions de vie des familles. » *Loc. cit.*, *ib.*, pp. 105-134 : Ch. VI, exclusivement consacré aux « problèmes de l'alimentation et enquêtes sur les régimes alimentaires ». Ce chapitre se propose surtout d'intégrer aux règles générales des enquêtes sur les conditions de vie des familles. Les règles spécifiques élaborées à cette date pour la conduite des enquêtes alimentaires sont condensées dans l'ouvrage du Dr BIGWOOD (S. D. N.) : *Directives pour les enquêtes sur la nutrition des populations*. S. D. N., Genève, 1939.

(3) B. I. T. : Méthodes d'enquêtes sur les conditions de vie des familles. Genève, 1949.

(4) B. I. T. : *Et. et Doc.*, B. 23, Genève, 1936. — B. I. T. : Le standard de vie des travailleurs. *Et. et Doc.*, B. 30, Genève, 1938.

(5) En général, le rythme hebdomadaire corrigé par le rythme saisonnier. Ce fut le critère du B. I. T. en 1926 : « Quand il ne sera pas possible d'avoir des comptes annuels, on devra s'efforcer d'obtenir, pour le plus grand nombre possible de familles, des comptes portant au moins sur la période d'une semaine, choisie en des saisons différentes. Ces relevés fourniront des données suffisantes pour les dépenses qui se renouvellent chaque jour. » — III^e Conférence internationale du Travail. 2^e résolution, in : B. I. T., n° 12, Genève, 1926, p. 112.

ou à des extrapolations toujours aléatoires. Par ailleurs, il est celui pour lequel la dépense est déclarée par l'enquête avec le minimum de réticences, celui, en tout cas, pour lequel celui-ci peut avoir la conscience la plus claire parce que la plus immédiate. En tout cas, de l'aveu des enquêteurs et des directeurs d'enquêtes, c'est le poste pour lequel les données peuvent être considérées, la plupart du temps, comme les plus sûres.

Enfin, ce poste est le plus sensible (1) aux différenciations économiques (niveau de revenu), sociologiques (taille de la famille, profession, conditions de vie plus générales comme logement, etc.) ou géographiques. Cette sensibilité s'inscrit soit dans les différenciations externes (dépense alimentaire relative, comparaison des moyennes réelles et des moyennes calculées), soit dans des différenciations internes (composition biochimique des quantités d'aliments, distribution socio-économique des classes d'aliments), différenciations dont le relevé et le calcul sont facilement réalisables et ont été dans un grand nombre de cas effectivement réalisés. L'existence éventuelle de seuils vitaux (standards caloriques, protéiques, minéraux ou vitaminiques) rend évidemment cette sensibilité d'autant plus impressionnante qu'à travers toutes ces variations quantitatives se laissent lire ou percevoir les différences qualitatives entre une alimentation satisfaisante d'une part, et, d'autre part, une alimentation déséquilibrée ou insuffisante, donc la menace ou la proximité de situations pathologiques.

Toutes ces considérations ont sans doute implicitement joué dans l'attention croissante, portée par le B. I. T. aux rapports entre le poste alimentaire et le niveau de vie des travailleurs, et dans la proposition formulée par lui en 1936 : « On doit, semble-t-il, reconnaître une valeur pratique certaine aux tentatives de fixation des taux de salaires sur la base des standards alimentaires » (2).

Dès lors, une fois posée la corrélation : niveau alimentaire - niveau socio-économique, peut-on en préciser le premier terme ?

II

ÉTABLISSEMENT D'UNE RATION ALIMENTAIRE-TYPE

Autrement dit, quelles sont les données que la nutrition peut avancer actuellement pour rationaliser l'alimentation de l'homme ? Comment se présente à nous un « niveau alimentaire » ?

(1) Par l'amplitude de ses variations, le poste « divers » serait un peu dans le même cas ou dans un cas complémentaire, puisque ces variations sont souvent inverses de celles du poste alimentaire. Mais c'est aussi le poste le plus difficile à cerner par l'analyse.

(2) B. I. T. : *Et. et Doc.*, B. 23, p. 135.

Des études précédentes ont déjà abordé ce sujet (1-2). Mais soit sur un plan physiologique, soit sur un plan statistique et pas sur le plan de l'application pratique. Ici, nous voudrions schématiser brièvement ce qui semble actuellement applicable.

CARACTÈRES DES BASES
SUR LESQUELLES ON PEUT ÉTABLIR DES STANDARDS ALIMENTAIRES

a) Dans l'état actuel de nos connaissances, les standards alimentaires ne reposent pas sur des bases proprement scientifiques. En d'autres termes, la connaissance des facteurs d'un genre de vie (taille, poids, température, travail, etc.) ne permettent pas de prévoir le besoin nutritionnel d'un individu ou même de l'individu moyen d'une population avec une probabilité suffisante. La connaissance des processus d'ajustement à des rations réduites ou excédentaires constitue l'un des secteurs qu'il serait nécessaire de mieux connaître.

b) Les données physiologiques ou biochimiques permettent seulement de mieux comprendre la nature du besoin nutritionnel. Dans l'état actuel des choses, la meilleure base semble, d'une part, la consommation de fait de l'individu moyen d'une population active et considérée comme en bonne santé, d'autre part, l'observation que, lorsqu'on s'éloigne dans une certaine mesure de cette consommation, il se produit une diminution de l'activité ou un fléchissement des index sanitaires.

Nous avons montré par ailleurs que la consommation de fait de groupes très divers en France, se nourrissant librement, aboutissait, malgré des habitudes et des niveaux d'activité très divers, à une homogénéité remarquable de leurs taux caloriques et azotés référés à l'échelle des standards admis à l'Institut National d'Hygiène. A l'opposé, il ne semble pas exister de comportement homogène vis-à-vis des autres éléments nutritionnels étudiés (protides animaux, calcium, riboflavine).

Lorsqu'une population semble ainsi régler quasi-spontanément certains taux nutritionnels de son alimentation, il nous est apparu possible de dire que ces taux pouvaient être considérés, faute de mieux, comme des standards provisoires.

STANDARDS ALIMENTAIRES

Dans une étude précédente, nous avons observé qu'il était possible d'avancer des standards caloriques et azotés, et que les discordances des consommations de fait de groupes actifs et en bonne santé, et l'expérience

(1) TRÉMOLIÈRES (J.) et PÉQUIGNOT (G.) : Réflexions sur les données fournies par le bilan N, pour l'établissement des taux caloriques et azotés d'un régime. *Voeding*, t. 13, n° 12, 1952, pp. 662-700.

(2) TRÉMOLIÈRES (J.), SERVILLE (Y.) et VINIT (F.) : Etude sur la ration alimentaire-type à préconiser pour le Français. *Bull. I. N. H.*, t. 7, n° 4, 1952, pp. 767-825.

TABLEAU I

Standards caloriques et azotés par catégorie d'individus.

Catégories	N. R. C. (1)		F. A. O. (2)	I. N. H. (3)		Écarts par rapport aux consommations réelles 1948-1950
	Calories (4)	P. T.	Calories (4)	Calories (5)	P. T.	
<i>Homme</i> : sédentaire.....	2 500	70		2 500	80	C. R. (6) > 20 à 30 %. Pas de différence notable entre le groupe employés et ouvriers. C. R. < 10 %.
modérément actif.....	3 000	70	3 200	3 000	100	
très actif.....	4 500	70		4 500	105	
<i>Femme</i> : sédentaire.....	2 100	60		2 100	70	La consommation réelle par groupe d'âge correspond aux standards de l'I. N. H., l'enfant français moyen consomme 2 300 calories.
modérément active.....	2 500	60	2 300	2 500	90	
très active.....	3 000	60		3 000	95	
enceinte.....	2 500	85	2 750	2 500	100	
allaitante.....	3 000	100	3 300	3 000	115	
<i>Enfants</i> : moins de 1 an.....	100/kg	3,5/kg	110/kg			
1 à 3 ans.....	1 200	40	1 200	1 100	50	
4 à 6 ans.....	1 600	50	1 600	1 500	60	
7 à 9 ans.....	2 000	60	2 000	1 800	70	
10 à 12 ans.....	2 500	70	2 500	2 000	80	
<i>Garçons</i> : 13 à 15 ans.....	2 600	80	2 600	3 000	105	
16 à 20 ans.....	3 800	100		3 000	105	
<i>Filles</i> : 13 à 15 ans.....	2 600	80	2 600	3 000	105	
16 à 20 ans.....	2 400	75		3 000	105	

(1) Recommended dietary allowances. *Bull. Nat. Research Council*, n° 122, 1945.(2) Rapport du Comité sur les besoins en calories de la F. A. O. (in *Ann. Nutr. et Alim.*).(3) Adopté par le Comité technique de la Section de Nutrition de l'I. N. H. en 1944 (Pr A. CHEVALLIER, Pr N. FIESSINGER, R. JACQUOT, Pr LAMBLING, Pr LEMOIGNE, Dr E. LESNÉ, Pr M. LOEPER, Pr MAGHERGUEUF, Pr POLONOVSKY, M^{me} L. RANDOIN, Pr SCHAEFFER, Pr H. SIMONNET, Dr J. TRÉMOLIÈRES). *Recueil des Travaux I. N. H.*, t. I, vol. 3, 1944.

(4) Les calories ne comprennent pas l'alcool.

(5) Incluant l'alcool. Nous estimons qu'en France les calories de l'alcool doivent être incluses dans le calcul des rations, à condition qu'elles ne dépassent pas 10 % des calories non alcooliques. Voir J. TRÉMOLIÈRES, *Alimentation et la Vie*, vol. 4, n° 7-8-9, 1952.

(6) C. R. = consommation réelle.

de la dernière guerre ne permettaient pas, à notre avis, d'avancer actuellement des standards minéraux et vitaminiques intéressants en France.

Les standards ainsi proposables sont indiqués dans les tableaux I et II.

TABLEAU II

Standards caloriques de l'individu moyen d'un type de famille donné (y compris l'alcool) (3), basés sur la consommation de fait, en 1948-1950, de groupes considérés comme actifs et en bonne santé.

Famille comprenant	Employés et ouvriers (2)	Travailleurs de force (1)
HF	3 600	4 800
HF E	3 200	3 800
HF EE	3 000	3 200
HF EEE	2 900	3 000

(1) Mineurs, dockers.
 (2) Ouvriers urbains, excepté mineurs et dockers.
 (3) En moyenne 210 calories sont dues à l'alcool (320 calories pour le groupe HF).
 (4) L'E. moyen consomme 2 300 calories.

Ces standards ne sont applicables qu'à des individus moyens d'un groupe et non pas à des individus isolés.

Il semble que des variations de ± 20 % autour de ces valeurs soient difficiles à interpréter.

Des variations de 30 % et plus semblent conditionner des modifications dans l'activité ou les indices sanitaires. Lorsque de telles variations se sont produites dans le passé, on a enregistré conjointement des fléchissements importants des index sanitaires. Il est donc prudent de penser que, dans l'avenir, des déficits alimentaires comparables peuvent donner lieu aux mêmes phénomènes sanitaires.

RATIONS-TYPES

Il y a un nombre infini de manières de répondre avec des aliments aux standards nutritionnels ci-dessus. Dans le choix des aliments constituant une ration conforme aux standards, trois ordres de considération entrent en jeu : la valeur nutritionnelle, la valeur psycho-sensorielle, la valeur économique.

Nous avons montré, dans l'article déjà cité, que si l'on étudie la consommation de fait non pas par aliment isolé, mais en les groupant suivant ces trois critères, on observait que chaque population présentait une véritable « ration-type » caractéristique.

Les groupes adoptés à l'I. N. H. depuis 1946 ont été établis sur des données de ce type.

TABLEAU III
Rations-types en France 1948-1950.

Moyenne de consommation réelle par groupe d'aliments.

	Viande et charc. 75 % (3)	Lait, 66 % (3)	Graisses	Céréales (3)	Fruits	Pommes de terre Légumes cuits
	Poisson, 15 à 20 % Légumes secs. 5 à 9 %	Fromage (en lait) (Eufs, 5 %)	Beurre, 30 à 42 %	Pain, 80 %	Crudités	Pommes de terre. 49 à 62 %
Cadres	186	447	61	366	235	510
Employés	182	459	63	404	186	567
Ouvriers	177	450	53	418	180	524
Travailleurs de force	186	463	50	435	180	500
Ensemble villes	192	498	54	390	185	529
Moyenne ruraux	297	470	49	509	45 (2)	462
HF (1)	243	564	75	487	198	704
HF E	195	529	61	425	170	544
HF EE	172	488	53	395	151	510
HF EEE	159	510	45	397	149	508
HF EEEE (2)	135	415	42	509	126	425

(1) Employés, ouvriers.
 (2) Hiver.
 (3) Marges comprenant les 2/3 des familles : viande + charcuterie, ± 40 % ; produits laitiers, ± 35 % ; pain, ± 30 %.

a) Une valeur psychosensorielle commune. Les viandes sont « fortifiantes » (1) « stimulantes » pour l'appétit, « toniques », et sont les aliments préférés au premier chef dans notre civilisation. Les produits laitiers sont des aliments « bons pour la santé, pour les enfants, les vieillards ou les malades », et que l'on mange par raison. Les céréales calment la faim, etc.

b) Une valeur alimentaire commune. Les viandes et le poisson renferment de 15 à 20 % de protéines, de la riboflavine. Les produits laitiers, outre leurs protéines, sont des aliments complets sauf en fer et en vitamine C. Les graisses apportent le maximum de calories sous le plus faible volume, etc.

c) La valeur économique intervient à un moindre degré.

Au sein de chaque groupe, l'homogénéité est assez grande. En effet, le coefficient de variation, c'est-à-dire les marges comprenant 2/3 des cas de part et d'autre de la valeur moyenne sont de ± 30 % pour le pain, de ± 35 % pour les produits laitiers et ± 40 % pour la viande + charcuterie.

Ceci implique que, dans notre type de civilisation, le comportement se trouve non seulement stabilisé par le besoin calorique et azoté global comme nous l'avons vu plus haut, mais également par le désir spontané d'établir un certain équilibre entre les grandes classes d'aliments.

Ces classes correspondent à la fois aux grands groupes de qualités gustatives correspondant à l'ordonnance habituelle des menus, et, d'autre part, à une valeur nutritionnelle plus ou moins simplifiée.

Il existe donc, en fait, pour une population donnée, une ration-type bien homogène pouvant effectivement servir à caractériser la dite population.

Le tableau III présente les moyennes générales tirées de nos enquêtes.

III

SIGNIFICATION A ATTRIBUER A CETTE RATION-TYPE

A quelles conditions pourrait-il être possible d'utiliser des rations-types de ce genre comme base d'un budget-type ?

Nous n'aborderons ici qu'un des aspects de cette question. Comment varie une ration-type suivant le niveau socio-économique ? Des modifications assez minimes sur le niveau de vie vont-elles de pair avec des modifications notables de la ration-type ? Nous verrons qu'il en est ainsi, c'est-à-dire qu'une *ration alimentaire-type ne peut être prise pour base d'un budget-type que pour un milieu socio-économique bien précis.*

(1) Ces termes ont été enregistrés comme des modes d'expression populaire spontanée de ce facteur psychosensoriel, lors des enquêtes.

A. — VARIATIONS DE LA RATION TYPE SUIVANT LE MILIEU SOCIO-ÉCONOMIQUE

Nous avons montré ailleurs (1) que si l'on étudie les consommations alimentaires de diverses régions rurales en France, il existe de véritables compensations entre certains groupes d'aliments. Les produits laitiers remplacent, en partie, la viande, les pommes de terre, les céréales, etc.

Ici, nous voudrions observer ce phénomène plus largement en nous adressant à une période de temps et de lieu plus large que la France d'après-guerre.

Nous étudierons particulièrement l'évolution des céréales, des viandes et des produits laitiers suivant les conditions socio-économiques.

1. — LES CÉRÉALES

Dans les périodes ou dans les milieux où la possibilité de se procurer des aliments est très réduite, la préférence contrainte va vers l'aliment le moins cher, c'est-à-dire dans nos pays : le pain.

Ainsi, la fin du XVIII^e siècle : « la part du pain domine dans le budget ouvrier moyen. A la veille de la Révolution, elle représente 88 % des dépenses d'une famille ouvrière. C'est ce qui explique les conséquences immédiates de toute augmentation du prix du pain sur les conditions de la vie ouvrière » (2).

Le tableau suivant résume un certain nombre d'estimations que nous avons pu recueillir sur la part du pain dans la ration calorique à partir des enquêtes :

Estimations de la part du pain dans l'apport calorique.

Années	Campagnes	Villes	France entière	Auteurs
1791	—	—	40 %	LAVOISIER (3).
1861	66 %	—	—	LE PLAY.
1900	—	31 %	—	RICHET (Paris).
1909-1914	—	—	41 %	Com. Inter. Rav. 1918.
1930	—	—	42 %	Cons. Comm. Extérieur.
1936-1939	36 %	30 %	33 %	L. RANDOIN.
1946-1949	30 à 43 %	30 à 36 %	35 %	Inst. Nat. Hyg.

(1) Géographie de l'alimentation en France. Taux nutritionnels et habitudes alimentaires dans 6 régions rurales types, par J. TRÉMOLIÈRES, Y. SERVILLE, F. VINIT et COLSON : *Recueil des Travaux de P. N. H.*, t. IV, vol. II, p. 495.

(2) LABROUSSE (C. E.) : *Esquisse du mouvement des prix et des revenus en France au XVIII^e siècle*, Paris, 1933.

(3) LAVOISIER : De la richesse territoriale de la France : essai sur la population de la ville de Paris. *Œuvres*, t. VI, pp. 429-438.

Le tableau ci-dessous complète les données précédentes pour la France :

Blé par tête de français (Annuaire statistique de la France) (1).

	En hectol.	Nb. relatifs
1851-1860	2,494	100
1861-1870	2,7	108
1871-1880	2,9	116
1881-1890	3,230	129
1891-1900	3,194	128
1901-1913	3,2	128
1921-1930	2,839	114

En Belgique, d'après M. GOTTSCHALK (2), l'évolution fut de même sens :

1891	1910	1921	1929
100	95	91,6	78,5 (en nb. relat.)

Les données fournies ici par les enquêtes concordent avec celles fournies par les statistiques économiques. Les tableaux suivants empruntés au rapport de la S. D. N., cités plus haut, permettent de le vérifier.

I

Pourcentage des calories fournies par les céréales (3)

Pays	Pourcentage du total des calories fournies par les céréales	Pourcentage du total des calories fournies par les blés.	Pourcentage en blé du total des céréales
Etats-Unis	34	26	75
Grande-Bretagne	35	31	89
Allemagne	39	16	40
France	55	50	91
Italie	64	47	73
Russie	73	19	26
Japon	87	6	7

(1) HALBWACHS (M.) : *L'évolution des besoins dans les classes ouvrières*. F. Alcan, Paris, 1933, p. 113.

(2) GOTTSCHALK (M.) : Le pouvoir d'achat et la consommation des ouvriers belges à différentes époques. *Revue internationale du Travail*, juin 1932, vol. XXV, n° 6.

(3) In S. D. N. : L'alimentation dans ses rapports avec l'hygiène, l'agriculture et la politique économique.

Les chiffres s'appliquent aux années immédiatement antérieures à la guerre; ils ont été établis d'après des calculs effectués pendant la guerre, surtout en vue d'établir les bases d'un rationnement. Les données sont empruntées aux études sur le blé, effectuées par le *Food Research Institute*, vol. V, n° 4 ; *The Place of Wheat in the diet* (Stanford University, California, 1929). Les chiffres d'après-guerre du pourcentage du total des calories fournies par les céréales seraient, dans tous les cas, inférieurs à ceux qui figurent ci-dessus.

II

Consommation de blé par tête (1)

	1894-1899	1909-1914 (en kg)	1929-1934
France	216,4	219,6	190
Italie	126,3	162,2	171,2
Îles Britanniques	151,3	153,2	134,7
Etats-Unis d'Amérique	145,6	140,2	100,2

Aux U. S. A., l'évolution de la situation économique de 1902 à 1918 a permis d'observer un phénomène différent.

D'après le *Monthly Labor Review*, 1919, p. 90 et *Statistical Abstract of the U. S.*, p. 504, les prix sont passés de 100 à 232 de 1902 à 1918. Pendant la même période, d'après une analyse des enquêtes faites par M. HALBWACHS, la dépense pour la nourriture est passée de 313 à 601 dollars par an, soit une augmentation de 92 % contre une augmentation des prix de 132 %. Le résultat est que la structure de la consommation alimentaire a changé. La consommation de viande a diminué des 2/5; de 15 % pour le lait. Alors que la consommation de pain + farine est restée stationnaire et celle des pommes de terre et du riz s'est élevée.

Evolution de quelques consommations (en livres par ménage, par an) à Détroit (U. S. A.) en comparaison de l'évolution de l'index des prix et des dépenses alimentaires.

	1902	1918	1930
Index des prix	100	232	—
Dépenses alimentaires de la famille moyenne	100	192	—
Viande	768	471	383
Lait	354	324	367
Fromage	16	19	16
Farine + pain	933	997	954

Nous interpréterons ainsi ces faits :

1° En France avant 1890, et dans d'autres pays à une date variable, la consommation de pain s'est élevée progressivement jusqu'à un maximum. Cette augmentation est essentiellement le fait de l'augmentation de consommation dans les campagnes, substituant le pain de froment au pain de seigle, de sarrasin et aux soupes. En effet, dans les villes, la consommation reste stable. Puis l'appétit, pour le pain de blé, s'est vu à son tour détourné vers d'autres aliments comme nous le verrons plus loin.

2° Aux U. S. A., dans les conditions de lieu et de temps citées, la consommation se maintenait ou même augmentait légèrement, comportant partiellement une diminution importante de consommation de viande.

(1) D'après les « Wheat Studies » du *Food Research Institute*, vol. XI, n° 7 et vol. XII, n° 10.

Ce phénomène allait de pair avec une élévation des prix, supérieure de 40 % à l'élévation des dépenses alimentaires.

Le tableau suivant montre que dans les villes de la Nouvelle-Angleterre, en 1935, d'après d'autres enquêtes et à une autre époque, le même phénomène s'est produit, c'est-à-dire que la consommation de pain augmente quand le revenu diminue alors que celle des denrées onéreuses diminue.

**RELATION ENTRE LA SITUATION ÉCONOMIQUE
ET LA DEMANDE D'ALIMENTS DÉTERMINÉS**

Etats-Unis d'Amérique, 1935 (a).

Consommation, par tête, relative des familles, avec dépenses par unité de consommation (b).

	Moins de 300 dollars	300-399 dollars	400-499 dollars	500 dollars et plus
	%	%	%	%
Fruits frais et jus de fruits...	100	181	202	258
Légumes frais (sans feuilles)...	100	124	185	249
Légumes à feuilles	100	116	195	189
Viandes, volaille, poisson	100	122	150	168
Œufs	100	134	145	168
Fromage	100	138	75	150
Beurre et succédanés	100	124	124	133
Lait, crème et glaces	100	130	128	125
Pommes de terre	100	110	117	117
Pain	100	88	90	82

(a) Faith WILLIAMS : « Consommation de denrées à différents niveaux économiques », *Monthly Labour Review*, avril 1936. 181 familles de salariés et d'employés de bureau peu payés, villes représentatives de la nouvelle Angleterre (Etats-Unis d'Amérique, printemps 1935).

(b) L'échelle d'unités de consommation utilisée est une échelle composite fondée sur les dépenses relatives de personnes d'âge et de sexe différents en aliments et en vêtements, et sur les dépenses par tête en ce qui concerne les autres articles.

Dans les divers pays, lorsque le revenu s'élève, la consommation qui diminue n'est pas toujours celle du pain. En Suède (1935, S. D. N., *op. cit.*), c'est la margarine. En Tchécoslovaquie, ce sont les pommes de terre, les légumes et le lait (S. D. N., *op. cit.*).

2. — VIANDE

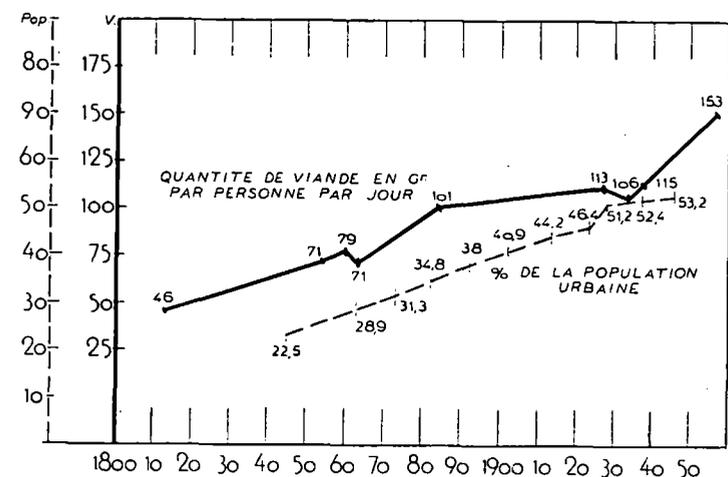
Les graphiques joints (A et B) montrent que les taux de viande consommés à l'échelon national, d'après les statistiques économiques, s'élèvent parallèlement au pourcentage de population urbaine.

L'analyse des enquêtes publiées par ailleurs (1) permet les remarques suivantes :

a) Il y apparaît que dans les villes et plus particulièrement à Paris, la

(1) TRÉMOLIÈRES (J.) et CLAUDIAN (J.) : La consommation de la viande en France. *Annales de la Nutrition et de l'Alimentation*, année 1952, vol. VI, pp. C. 30-C. 118.

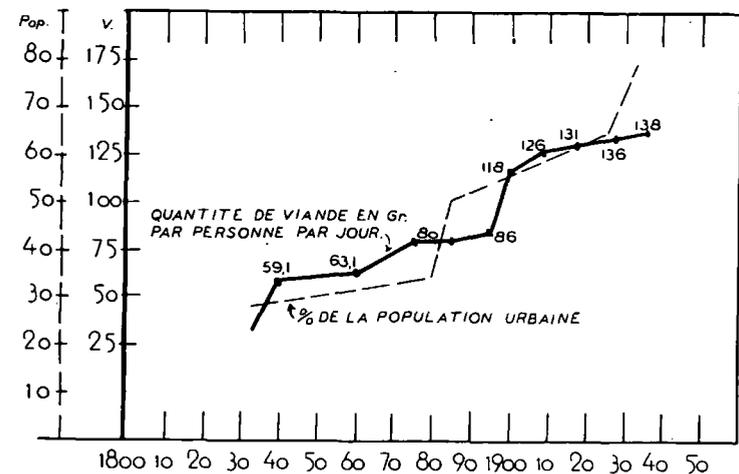
consommation de viande est assez stable depuis fort longtemps, variant de façon épisodique avec les événements socio-économiques;



GRAPHIQUE A.

N° 11.343

Evolution de la consommation de la viande et pourcentage de la population urbaine en France.



GRAPHIQUE B.

N° 11.344

Evolution de la consommation de la viande et pourcentage de la population urbaine en Allemagne.

b) Que dans les campagnes, ce n'est que tout récemment, lors de la dernière guerre, que la consommation de viande a rejoint les taux urbains;
c) C'est donc le passage de la vie rurale à la vie urbaine et les modifi-

cations économique-sociales survenues récemment dans nos campagnes, qui paraissent conditionner l'élévation de la consommation de la viande;

d) En réalité, dans les villes elles-mêmes, les tendances de consommation varient suivant les milieux sociaux.

Si on compare les consommations des milieux ouvriers, employés ou cadres dans les mêmes villes en 1948-1950, on obtient, en général, des consommations un peu plus fortes dans le milieu ouvrier.

En Belgique, d'après M. GOTTSCHALK (*op. cit.*), la consommation de viande de l'ouvrier adulte s'est élevée depuis 1890 :

	1891	1910	1921	1929
Viande de bœuf	100	81,8	115,2	99,5
Viande de porc	100	420	353	338,6
	200	501,8	468,2	438,1

En Allemagne, d'après les enquêtes de l'Institut de Statistique, la consommation de viande du travailleur manuel passe de 90 à 100 g par adulte mâle en 1907-1908, à 126 g en 1927-1928.

Nous avons signalé plus haut, d'après les enquêtes de la ville de Détroit (U. S. A.), la diminution de consommation de viande liée à l'élévation des prix et à l'élévation moindre des dépenses alimentaires.

Ainsi, si la vie urbaine va en général de pair, en France, avec une consommation élevée de viande, en réalité, bien des phénomènes secondaires viennent donner à chaque classe sociale et dans chaque circonstance économique un comportement particulier vis-à-vis de la viande.

3. — PRODUITS LAITIERS

Le comportement vis-à-vis des produits laitiers apparaît particulièrement complexe. Nous n'en soulignerons que quelques caractères.

a) *Qualité du lait et appétit pour le lait.* — En France, d'après les enquêtes de l'Institut National d'Hygiène, il était surtout deux régions de très faible consommation de lait : la Bretagne et les villes méditerranéennes.

La Bretagne était un pays producteur de lait, grand consommateur de beurre (environ 70 g p. C/par jour), utilisant les sous-produits de fabrication du beurre pour nourrir les porcs. Dans ces deux régions, les conditions de récolte ou de transport livraient à la consommation un lait de qualité insuffisante. En 1948, un gros effort pour améliorer la qualité fut fait dans le Sud-Est. Voici son incidence sur la consommation à Marseille: (voir tableau, p. 301).

A Paris, où le problème de la qualité du lait n'était pas aussi aigu, le phénomène inverse se produisit, c'est-à-dire que la consommation du lait de la meilleure qualité, mais plus onéreuse, diminua lors de la cessation du rationnement (Communication personnelle des Services techniques du S. P. E. L.).

Vente du lait pasteurisé certifié mis en bouteille et du lait cru dans le département des Bouches-du-Rhône.

	Lait pasteurisé mis en bouteille	Lait cru
	hl	hl
4 ^e trimestre 1950	2 403	6 066
1 ^{er} » 1951	4 352	6 806
2 ^e » 1951	6 664	7 386
3 ^e » 1951	9 030	8 040
4 ^e » 1951	13 008	8 760
1 ^{er} » 1952	14 663	9 146
Avril-mai 1952	15 144	9 300

(Renseignements donnés par M. BRODEUR, chargé des questions laitières à la Direction des Services agricoles de Marseille.)

b) *Dissociation du comportement intellectuel et de l'appétit alimentaire vrai pour le lait.* — Dans un pays comme la France, où la qualité du lait ne permettait pas jusqu'ici d'en faire une boisson, il existe une tradition familiale conditionnant un comportement souvent en contradiction avec l'opinion intellectuelle sur la valeur de cet aliment. Ainsi, lors des essais de distribution de lait à l'école, à Paris, en 1946-1947, nous avons observé le fait suivant (1) :

— 95,7 % des parents (sur 2 426) pensent que le lait est bon pour la santé des enfants parce que c'est un aliment complet, nourrissant et fortifiant, riche en vitamines et calcium. Mais, seulement 83,8 % désirent que leurs enfants prennent du lait au goûter.

— 96 % des enfants (sur 3 149) pensent que le lait est bon pour la santé, pour des raisons identiques à celles des parents. Mais, seulement 64 % ont répondu qu'ils aimeraient boire un bol de lait pour le goûter. Dans une période de rationnement encore sévère, seulement 80 % en hiver et 50 % à partir du printemps acceptèrent le bol de cacao au lait en poudre écrémé qui leur était offert.

c) *Milk is a liquid food, of primary importance because of its health-giving qualities* (2). — Dans des pays comme les U. S. A. et l'U. K., le lait apparaît à la fois comme un substitut économique de la viande et comme « l'aliment de la santé ». Nous appuyons cette opinion sur deux ordres de fait :

1° Le tableau montre l'évolution de la consommation de lait en Angleterre sous l'influence des conditions économiques de guerre :

(1) TRÉMOLIÈRES (J.) et VINIT (F.) : Enquêtes sur l'intérêt de distribution de suppléments scolaires sous forme de lait cacaoté. *Bull. de l'I. N. H.*, t. V, n° 1, 1950, pp. 95-153.

(2) Conclusion d'un rapport ronéotypé au Comité on Food Habits du N. R. C., 27 mars, 1943. P. WOODWARD, N. F. JOFFE et M. JANIS.

Consommation domestique en Angleterre, par tête, par semaine (1).

	1938-39 (a)	1941	1945	1947	1949
Lait (+ condensé) pt.....	1,8	3,6	4,4	4,3	4,7
Fromage, oz.....	1,7	1,9	2,5	2,2	2,2
Viande (+ bacon), oz.....	24,3	28,6	26,4	24,6	22,7
Poisson (+ conserve), oz.....	5,7	5,8	9,2	9,5	8,4
Œufs, oz.....	2,6	1,4	3	2,1	2,8
Graisses, oz.....	7,6	8,3	8,6	7,8	10,7
Céréales, oz.....	64	86	85,5	83,7	85,4
Pommes de terre, oz.....	60	69,4	68,5	69,8	68,9
<i>Taux de protides animaux.....</i>			35	36	34

(a) Consommation réelle d'après l'enquête Carnégie, portant sur des familles pauvres, non directement comparables aux chiffres du Min. of Food.

Le lait et le fromage se sont substitués, en fait, à la viande, de telle façon que le taux de protides animaux a pu rester pratiquement constant malgré la diminution de la consommation de viande. Nous avons signalé un processus analogue observé dans les enquêtes américaines de 1902 à 1918, sous la pression des prix.

2° Le rapport du Comité sur les habitudes alimentaires du N. R. C. (*op. cit.*) analyse l'attitude américaine vis-à-vis du lait :

— « In the American scene, milk is most important first as a food for » children, second as a food for « sub-adults », invalids, the aged, etc., last as a food for adults;

— In general, milk is most valued in the form of pasteurized whole milk, and when in other forms, although it may have the same constituents, it is considered less beneficial;

— Milk has certain magical or quasi-medical values, some of which have little actual scientific foundation, and is therefore the object of many fantasies of its omnipotence;

— Milk is moving out of its orbit as a pleasure food into the area of being a « good food ».

Ce dernier point nous semble rejoindre la question de M. MEAD, lorsqu'elle soulignait l'intérêt qu'il y aurait à étudier à travers quel cheminement socio-économique l'américain avait fait de son alimentation un objet « délibidinisé » concernant son super-ego.

Le lait apparaît ici comme l'aliment bon pour la santé, que l'on prend par devoir et qui, économiquement, est moins cher que la viande.

Ainsi, lorsque le lait est de bonne qualité, lorsque la tradition familiale l'a accepté, le lait, que la science et l'économie préconisent, peut être accepté en plus grande quantité.

(1) The urban Working. Class Household diet 1940 to 1949. Furst report of The National food Survey Committee. H. M. St. Off., 1951.

Nous ne prétendons pas, ici, faire une véritable étude des tendances du comportement vis-à-vis de ces trois groupes alimentaires. Nous voulons seulement en dégager une hypothèse de travail; le comportement alimentaire est fort différent suivant la place du centre de gravité économique-social sur lequel il s'appuie :

1° Dans les périodes où les ressources alimentaires sont fortement comprimées par des circonstances économiques de disette, ou de crises de concurrence, l'appétit pour ce qui nourrit à bas prix, c'est-à-dire dans nos pays les céréales, se développe; c'était autrefois le cas des campagnes françaises.

2° Dans les circonstances où les ressources alimentaires sont larges et ne subissent pas la pression de biens de consommation non alimentaires, l'appétit pour la viande se développe.

3° Dans les circonstances où les ressources alimentaires sont larges, mais subissent la concurrence d'autres biens de consommation, l'appétit pour ce qui nourrit sainement à bas prix, c'est-à-dire en particulier les produits laitiers, lorsqu'ils sont de bonne qualité, se développe.

B. — VARIATIONS DES DÉPENSES ALIMENTAIRES A L'INTÉRIEUR DE LA RATION TYPE SUIVANT LE NIVEAU DE REVENU

ERNST ENGEL formulait, dès 1857, sa première loi qui, à quelques nuances près, reste valable : « Plus le revenu est faible, plus est grande la proportion des dépenses totales consacrées à la nourriture », et plus le pourcentage de la dépense nourriture dans le budget total augmente, plus la nourriture elle-même devient médiocre, c'est-à-dire plus la dépense absolue pour la nourriture diminue (1).

M. HALBWACHS (2), travaillant sur la grande enquête allemande de l'Office de statistiques du Reich, de 1927-1928, présente le tableau suivant :

Dépense pour la nourriture et la boisson dans la classe ouvrière allemande en 1927-1928. (Office de Statistiques du Reich.)

	% de la dépense totale		Montant par personne-unité (nombres relatifs)
	par ménage	par personne-unité	
Revenus les plus bas.....	47,9	46,4	100
» »	47,3	44,8	122
» »	45,6	41,8	138
» »	44,5	40	160
Revenus les plus hauts.....	41,5	36,9	197
Moyenne générale	45,3	41,2	144

(1) ENGEL (ERNST) : *Zeitschrift des statistischen Büros des Königl. Sächs. Ministeriums des Innern*, n° 8-9, 1857.

(2) HALBWACHS (M.) : *L'évolution des besoins dans les classes ouvrières*, Paris, 1933. Alcan, édit., pp. 18-19.

De cette analyse qui a le mérite de considérer l'incidence du revenu au sein du même milieu social, il conclut : « Dans la classe ouvrière, au fur et à mesure que le revenu augmente, la proportion de la dépense pour la nourriture diminue d'environ 13 % par ménage, d'environ 20 % par personne-unité, des plus bas aux plus hauts revenus, et la dépense absolue pour la nourriture augmente d'environ 97 % des plus bas aux plus hauts revenus ». Autrement dit, pour une diminution faible de la proportion des dépenses de nourriture, l'augmentation absolue de la dépense est considérable quand le revenu s'élève.

Les tableaux joints montrent pour la période 1946-1950, dans d'autres pays que l'Allemagne, comment varie la dépense alimentaire suivant le revenu ou la dépense globale.

TABLEAU A

Variations en pourcentages des divers postes du budget familial suivant le niveau de revenu.

Lieu et date	Si le revenu augmente de	L'alimentation diminue de	Les divers augmentent de	Le logement varie de	L'habillement varie de
	%	%	%	%	%
Norvège 1947-1948	+ 59	- 21	+ 20	+ 3	- 2
Suède 1948	+ 180	- 17	+ 14	- 3	+ 6
Suisse 1945	+ 100	- 16	+ 11	+ 2	+ 3
Canada 1947-1948	+ 381	- 12	+ 11	- 5	+ 6
Etats-Unis 1944	+ 386	- 10	+ 6	- 11	+ 15
Belgique 1928-1929	+ 139	- 7	+ 9	- 5	+ 3

TABLEAU B

Variations en « valeur absolue » des divers postes du budget familial quand varie le niveau de revenu.

Lieu et date	Si le revenu augmente de	La valeur absolue			
		de l'alimentation	des dépenses diverses	du logement	de l'habillement
	%	%	%	%	%
Norvège 1947-1948	+ 59	- 17	+ 178	+ 87	+ 42
Suède 1948	+ 180	+ 74	+ 375	+ 139	+ 303
Suisse 1945	+ 100	+ 30	+ 190	+ 119	+ 172
Canada 1947-1948	+ 381	+ 221	+ 616	+ 300	+ 66
Etats-Unis 1944	+ 386	+ 268	+ 554	+ 236	+ 193
Belgique 1928-1929	+ 139	+ 113	+ 366	+ 69	+ 185

Les enquêtes plus récentes vérifient toujours la loi d'ENGEL. Le tableau C présente l'évolution de la structure du budget ouvrier et employé en Suisse.

TABLEAU C
Décomposition en % des dépenses effectives totales des familles (1).

SUISSE

	1912	1919	1920	1921	1922	1936-37	1937-38	1945	1946	1947	1948	1949	1950
<i>Ensemble des familles :</i>													
Denrées alimentaires	41,7	42,7	41,2	38,8	34,1	28,2	29,2	36,4	33,8	32,7	32,4	29,7	29,7
Boissons et tabacs	4,4	3,3	3,3	3,1	3,3	3,1	3,2	3,6	3	2,9	2,6	2,6	2,5
Habillement	12	12,9	12,9	10,9	11,9	9,2	9,2	9,5	10,3	10,8	11,4	10,7	10,9
Habitation (a)	22,6	22,4	22,9	24,4	25,4	28,6	27,7	24,1	24	23,8	23,2	22,2	22,8
Hygiène et soins (b)	9,2	9,1	9	9,9	10,9	13,8	13,6	11,6	12,6	12,9	13,1	15,1	15
Dépenses diverses (c)	10,1	9,6	10,7	12,9	14,4	17,1	17,1	14,8	16,3	16,9	17,3	19,7	19,1
<i>Familles ouvrières :</i>													
Denrées alimentaires	44,1	47,7	44,9	45	39,5	32,9	33,4	37,6	36	35,4	35,1	33,2	33,1
Boissons et tabacs	4,9	3,9	3,8	3,6	3,7	3,7	3,6	3,7	3,2	3,1	2,7	3	2,9
Habillement	11,7	11,8	12,2	10,9	11,9	8,9	9	9,6	10,5	10,9	11,4	10,7	10,7
Habitation (a)	22,3	21,5	22,2	22,8	24,3	27,8	27	23,8	23,8	23,2	23	21,8	22
Hygiène et soins (b)	8,7	7	7,5	7,5	8,6	11,1	11,2	11,1	11,7	12,2	12	13,6	13,4
Dépenses diverses (c)	8,3	8,1	9,4	10,2	12,1	15,6	15,8	14,2	14,8	15,2	15,8	17,7	17,9
<i>Familles d'employés :</i>													
Denrées alimentaires	36,5	38,8	36,2	34,2	30	24,8	25,7	30,6	27	26,3	27,2	26,5	26,3
Boissons et tabacs	3,4	2,9	2,7	2,7	2,9	2,7	2,8	3,2	2,4	2,5	2,3	2,2	2,1
Habillement	12,5	13,7	13,9	10,7	11,9	9,5	9,4	9	9,9	10,7	11,3	10,8	11,1
Habitation (a)	23,1	23,1	23,8	25,6	26,4	29,4	28,4	24,8	25,1	25	23,5	22,7	23,3
Hygiène et soins (b)	10,4	10,7	10,9	11,7	12,7	15,4	15,5	14,6	15,4	14,7	15,4	16,4	16,7
Dépenses diverses (c)	14,1	10,8	12,5	15,1	16,1	18,2	18,2	17,8	20,2	20,8	20,3	21,4	20,5

(1) Enquête du Bureau Fédéral d'Economie et du Travail.

(a) Loyer, aménagement du logement, chauffage, éclairage, nettoyage de l'habillement et du logement;

(b) Soins d'hygiène, instruction et distractions, transports et voyages;

(c) Impôts et taxes, dépenses de société, dépenses diverses.

Ainsi, lorsque les revenus d'une classe sociale ou d'un pays s'élèvent, un double phénomène se produit :

Chaque famille affecte à l'alimentation une part moins importante. Mais il ne faut pas penser que ce phénomène corresponde à une alimentation moins onéreuse; la valeur absolue des dépenses alimentaires s'élève en moindre proportion que les autres dépenses.

Autrement dit, le seuil de satiété des satisfactions alimentaires est plus vite atteint, en moyenne, que celui des autres besoins de l'homme.

Le tableau présenté plus haut montre, pour les U. S. A., comment change la structure de la consommation. D'études analogues faites en Suède, en Tchécoslovaquie (publiées par la S. D. N.), en France (enquêtes I. N. H.), il résulte que, quand le revenu s'élève, les consommations de produits tels que le pain, la margarine, les pommes de terre, diminuent ou restent stables; celles de la viande, du beurre, des œufs, des fruits et légumes frais augmentent.

CONCLUSION

Les démarches du B. I. T., résumées plus haut, posaient une question : dans quelles conditions un budget-type proposé pour déterminer un salaire réel, peut-il être déterminé lui-même par une ration-type ?

L'étude des modes d'établissement de cette ration-type fournit les réponses suivantes :

a) Cette ration-type n'est pas établie sur une base physiologique selon une méthode déductive, mais sur des comportements empiriques. Il n'est pas possible, dans l'état actuel des connaissances, d'appliquer la méthode factorielle déduisant le besoin uniquement de données, telles que l'âge, le sexe, le poids, le climat, le travail, etc.

Des standards calorique et protéique sont présentés d'après les consommations de fait de groupes actifs de la population française.

b) La ration-type repose : 1° sur l'observation des consommations de fait de l'individu moyen; 2° sur le fait que cet individu moyen appartient à une population considérée comme étant en bonne santé; 3° sur le fait qu'une diminution des taux de cette ration — à partir d'une certaine amplitude — se traduirait soit par une diminution de l'activité, soit par un fléchissement des index sanitaires.

Il s'ensuit donc :

1° que ces standards ne sont applicables qu'à des individus moyens d'un groupe et non à des individus isolés;

2° que les variations autour des taux indiqués doivent atteindre une certaine amplitude (± 20 à 30%) pour devenir significatives;

3° que la satisfaction de ce besoin calorique et azoté global semble s'opérer dans une sorte d'équilibre spontané entre grandes classes d'aliments. Les proportions entre les classes d'aliments deviennent ainsi susceptibles d'entrer dans la définition de la ration-type;

4° sous ces conditions et dans ces limites, la ration-type peut devenir un élément de référence pour la détermination d'un budget-type, le niveau de celui-ci devant assurer ou permettre l'élimination des taux nutritionnels qui abaisseraient les index sanitaires ou altéreraient le niveau d'activité;

5° à ce plan et dans ces perspectives, apparaîtront comme particulièrement décisives les variations budgétaires familiales s'accompagnant éventuellement de variations caloriques ou protéiques dont l'amplitude laisserait supposer de telles modifications dans le niveau d'activité ou de santé.

c) Mais la réponse ainsi fournie par l'examen de la ration-type au problème posé par l'établissement du budget-type fait surgir une question nouvelle.

En effet, la ration-type ainsi définie en elle-même et sous conditions par une certaine fixité des compositions calorique et protéique ne devient concrètement *partie intégrante d'un budget-type*, situé historiquement et socialement, qu'à travers une double différenciation.

1° Une différenciation psycho-physiologique, car un même taux calorique et protéique peut être assuré par une proportion différente des classes d'aliments. A son tour, telle ou telle proportion dans les classes d'aliments correspond à une variation de la proportion de la satisfaction alimentaire dans la satisfaction humaine globale (valeur psycho-sensorielle des aliments).

2° Une différenciation socio-économique, car un même taux calorique et protéique peut être assuré par une proportion différente des *coûts* (en argent ou en travail) des classes d'aliments, et telle ou telle variation du coût correspond à une variation de la proportion de la dépense alimentaire dans la dépense budgétaire totale (coût économique de l'alimentation).

Or, une ration-type, établie comme il a été dit — et à l'heure actuelle, elle ne saurait être établie autrement — ne détermine pas, à elle seule, ces différenciations. Elle est même tout autant déterminée par ces dernières, telles qu'elles se trouvent progressivement fixées par le niveau historico-social correspondant.

Ainsi, la question posée : comment définir un niveau socio-économique par une ration-type ? se retourne en une question nouvelle : comment définir une ration-type par un niveau socio-économique ?

L'étude présente se proposait seulement de soulever ce problème à travers quelques exemples. Il fera l'objet d'un examen plus systématique dans les études qui suivront.

(Travail de la Section de Nutrition de l'Institut National d'Hygiène et du Centre d'Etudes Sociologiques du C. N. R. S.)

J. TRÉMOLIÈRES, H. C. DESROCHES et A. BOUCHE.

STOMATOLOGIE

ÉTUDE DE LA CARIE DENTAIRE DANS UN GROUPE D'ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE DE LA RÉGION PARISIENNE

(CHIFFRES MOYENS PORTANT SUR CINQ ANNÉES SCOLAIRES, 1945-1946 A 1949-1950.)

Entreprise par l'Institut National d'Hygiène depuis l'année scolaire 1945-1946, l'enquête statistique sur les aspects de la carie dentaire dans un groupe d'enfants d'âge scolaire de la région parisienne, a été poursuivie chaque année depuis et a fait l'objet d'un certain nombre de publications.

Il nous a paru intéressant d'étudier ce que produirait le groupement des chiffres des cinq premières années d'enquête afin d'essayer d'obtenir des chiffres moyens pour les divers aspects, pouvant peut-être servir de point de comparaison pour nos différentes enquêtes annuelles.

Ce sont ces chiffres moyens que nous présentons ici. Rappelons que, chaque année, l'âge de l'enfant est calculé en retranchant l'année de naissance du premier millésime de l'année scolaire correspondante; d'autre part, nous ne pouvons, ici, montrer la part relative de chacune des deux dentures dans la carie en raison de l'absence de cette distinction dans nos premières enquêtes.

PRÉSENTATION ANALYTIQUE DES RÉSULTATS

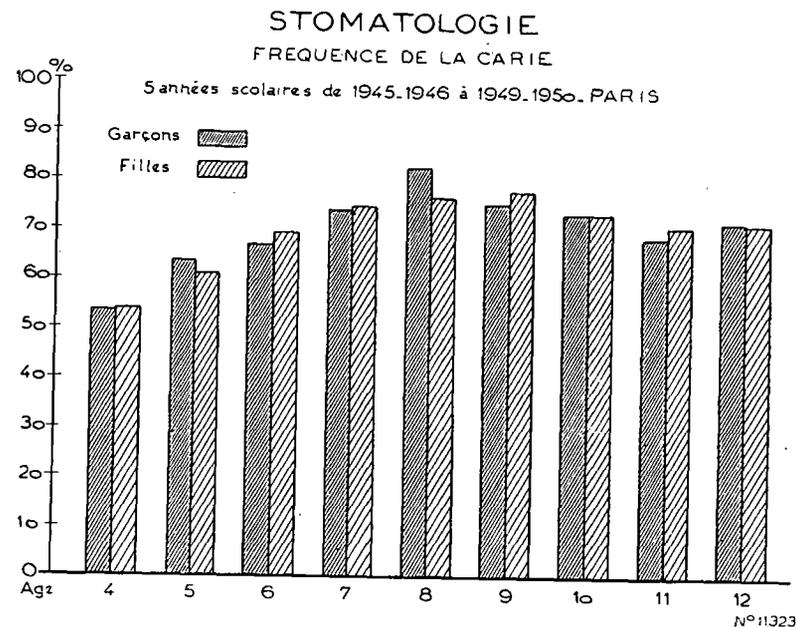
Pour les cinq années scolaires (comprises entre 1945-1946 et 1949-1950), les fiches dépouillées furent de 27 196 enfants, comprenant 13 432 garçons et 13 564 filles, âgés de 4 à 12 ans, soit un nombre presque équivalent pour les deux sexes. Les chiffres obtenus chaque année ont été additionnés et les pourcentages calculés ensuite.

Les différentes données ont été rassemblées dans un tableau, selon le mode adopté pour nos publications précédentes.

Signalons que, dans chacun des deux sexes, pour chaque âge, le total des enfants examinés est supérieur à 1 000 et le plus souvent à 1 500.

COMMENTAIRES

Comme précédemment, une représentation graphique des divers résultats a été réalisée et permettra une interprétation plus facile des diverses données. Un point commun mérite d'être signalé, c'est la concordance à peu près entière et constante pour les deux sexes.



GRAPHIQUE 1.

1. — FRÉQUENCE DE LA CARIE SUIVANT L'ÂGE ET LE SEXE

En abscisse, sont portés les âges; en ordonnée, les pourcentages d'enfants porteurs de caries.

L'allure générale est celle à laquelle nous sommes habitués :

- dès 4 ans, 53,2 % des enfants n'ayant jamais reçu de soins sont porteurs de caries;
- ce pourcentage augmente progressivement avec un maximum de 82,1 % (garçons de 8 ans), puis ne diminue que légèrement

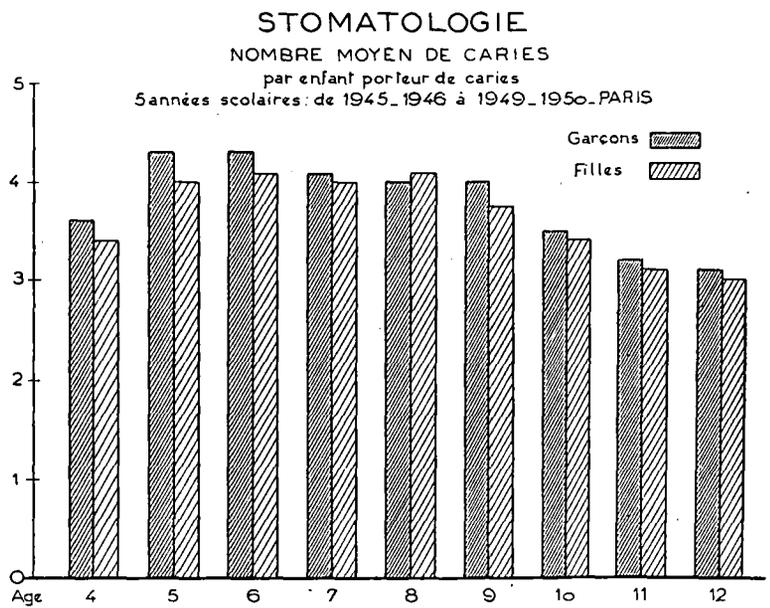
ensuite, sans descendre au-dessous de 63,8 % (garçons de 11 ans);

— les chiffres, dans l'ensemble, sont très voisins pour les garçons et les filles.

2. — NOMBRE MOYEN DE CARIES PAR ENFANT PORTEUR DE CARIE

En abscisse, sont portés les âges; en ordonnée, les chiffres moyens de caries.

Dès 4 ans, le nombre moyen est supérieur à 3,4, puis augmente et se maintient au-dessus et autour de 4, de 5 à 9 ans, pour diminuer ensuite, sans toutefois descendre au-dessous de 3; par contre, peu de différence entre les garçons et les filles.



GRAPHIQUE 2.

3. — GRAVITÉ DE LA CARIE SUIVANT L'ÂGE ET LE SEXE

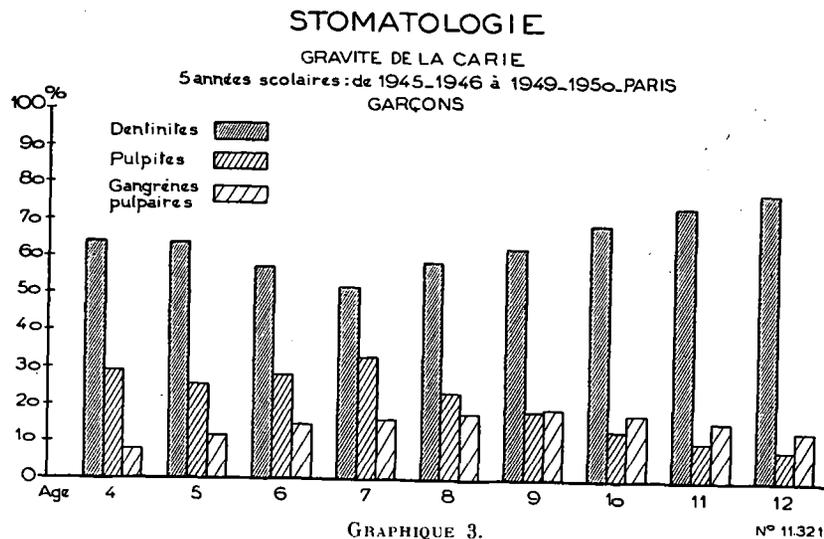
Sur chaque graphique, en abscisse, sont mentionnés les âges; en ordonnée, les pourcentages correspondant aux divers degrés des lésions par rapport à la totalité des caries.

La première colonne représente les dentinites; la seconde, les pulpites; la troisième, les gangrènes pulpaire. Les trois colonnes sont complémentaires pour obtenir 100 %.

Les deux graphiques sont presque superposables.

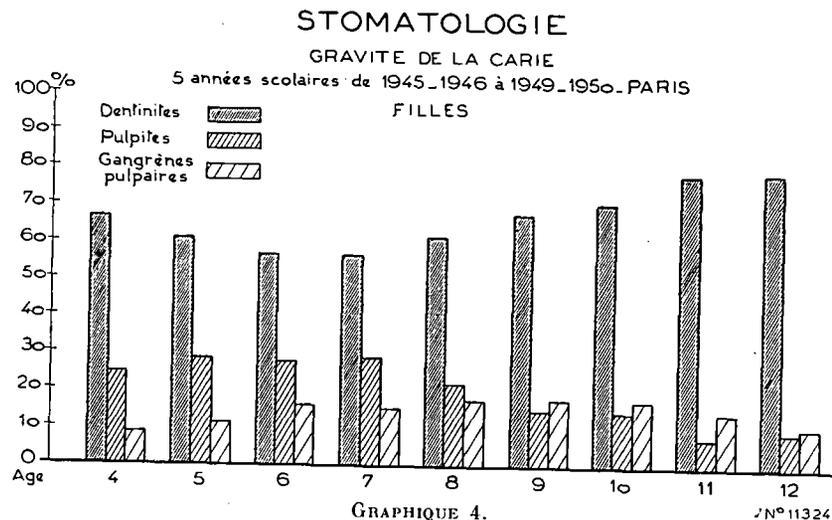
Les dentinites prédominent :

— à 4 ans, elles représentent 63,6 % chez les garçons, 66,5 % chez les filles;



GRAPHIQUE 3.

N° 11321



GRAPHIQUE 4.

N° 11324

— leur importance s'infléchit légèrement avec un minimum à 51,2 % chez les garçons, 56,6 % chez les filles;

— puis augmente avec une progression régulière pour atteindre son maximum à 12 ans : 77,7 % chez les garçons, 79,4 % chez les filles.

FRÉQUENCE ET GRAVITÉ DE LA CARIE DENTAIRE CHEZ

CINQ ANNÉES :

Age (ans)	Garçons						
	4	5	6	7	8	9	10
Total des enfants examinés.	1 143	1 696	2 021	1 783	1 503	1 458	1 399
Avec soins antérieurs. { C. A. %	91 8	211 12,4	377 18,7	401 22,5	322 21,5	284 19,5	225 16,1
Sans soins antérieurs. { C. A. %	1 052 92	1 485 87,6	1 644 81,3	1 382 77,4	1 181 78,5	1 174 80,5	1 174 83,9
Sans caries { C. A. %	492 46,8	543 36,6	544 33,1	359 26	212 17,9	292 24,9	316 26,9
Avec caries { C. A. %	560 53,2	941 63,4	1 100 66,9	1 023 74	969 82,1	882 75,1	858 73,2
Total des caries	1 997	4 037	4 696	4 205	3 911	3 559	3 048
Nombre moyen de caries....	3,6	4,3	4,3	4,1	4	4	3,5
Dentinites { C. A. %	1 269 63,6	2 548 63,1	2 678 57	2 152 51,2	2 291 58,6	2 234 62,7	2 103 69
Pulpites { C. A. %	572 28,6	1 018 25,2	1 333 28,4	1 387 33	932 23,8	650 18,3	404 13,3
Gangrènes pulpaires... { C. A. %	156 7,8	471 11,7	685 14,6	666 15,8	688 17,6	675 19	541 17,7

Les *pulpites* représentent de 25 à 30 % des caries de 4 à 7 ans, puis les chiffres diminuent progressivement, sans descendre au-dessous de 7,6 %.

Les *gangrènes pulpaires* ont, dans l'ensemble, une schématisation inverse de celle des dentinites :

— peu nombreuses à 4 ans (7,8 %-8,6 %), elles augmentent avec un maximum à 9 ans (19 %-17,7 %), puis diminuent sans descendre au-dessous de 10,8 %.

LES ENFANTS D'AGE SCOLAIRE (RÉGION PARISIENNE)

(1945-1946 à 1949-1950).

		Filles										
		11	12	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		1 258	1 171	926	1 656	1 867	1 936	1 649	1 572	1 476	1 330	1 152
		207 16,5	137 11,7	61 6,6	239 14,4	336 18	412 21,3	321 19,5	272 17,3	280 19	238 17,9	189 16,4
		1 051 83,5	1 034 88,3	865 93,4	1 417 85,6	1 531 82	1 524 78,7	1 328 80,5	1 300 82,7	1 196 81	1 092 82,1	963 83,6
		332 31,6	292 28,2	404 46,7	554 39,1	471 30,7	392 25,8	311 23,4	288 22,1	320 26,7	321 29,4	273 28,3
		719 68,3	742 71,8	461 53,2	863 60,9	1 060 69,2	1 133 74,2	1 017 76,6	1 012 77,9	876 73,2	771 70,6	690 71,6
		2 271	2 318	1 554	3 451	4 382	4 533	4 202	3 783	3 008	2 356	2 069
		3,2	3,1	3,4	4	4,1	4	4,1	3,75	3,4	3,1	3
		1 669 73,4	1 801 77,7	1 033 66,5	2 103 60,9	2 463 56,9	2 565 56,6	2 571 61,1	2 557 67,6	2 114 70,3	1 841 78,2	1 643 79,4
		240 10,6	197 8,5	387 24,9	968 28,1	1 185 27,4	1 297 28,6	906 21,6	556 14,7	369 12,3	179 7,6	203 9,8
		362 16	320 13,8	134 8,6	380 11	680 15,7	671 14,8	725 17,3	670 17,7	525 17,4	336 14,2	223 10,8

CONCLUSIONS

Cette étude, portant sur les chiffres obtenus au cours de nos cinq premières années d'enquête, montre un intérêt certain.

Portant sur 27 196 enfants (13 432 garçons et 13 564 filles), les résultats représentent un aspect certainement très proche de la vérité; les variations d'un sexe à l'autre sont pratiquement inexistantes. Ainsi, ces chiffres moyens nous semblent, devoir être retenus comme bases suffisantes, permettant la confrontation avec nos résultats annuels précédents et ceux que nous obtiendrons ultérieurement.

D'une façon plus précise, pour les différents aspects sur lesquels a porté notre étude, on doit retenir :

1° *Fréquence de la carie.*

- dès 4 ans, 53,2 % des enfants sont porteurs de caries;
- le maximum de 82,1 % est atteint pour les enfants de 8 ans;
- ensuite, le pourcentage ne descend pas au-dessous de 68,3 %.

2° *Nombre moyen de caries par enfant porteur de caries.*

- dès 4 ans, 3,4 caries par enfant;
- entre 5 et 9 ans, plus de 4;
- toujours supérieur à 3 ensuite.

3° *Gravité de la carie suivant l'âge et le sexe.*

Bien qu'ici, il soit délicat de conclure, en raison des difficultés d'appréciation des lésions, à un simple examen, cependant, il semble pouvoir être retenu que :

- les dentinites représentent les lésions les plus fréquentes avec, cependant, des variations suivant l'âge (de 51,2 % à 79,4 %);
- les pulpites représentent 25 à 30 % des caries entre 4 et 7 ans;
- les gangrènes pulpaires restent modérées, comprises entre 7,8 % et 19 %.

Ces derniers résultats mettent bien en valeur l'importance du problème posé par la carie dentaire chez l'enfant.

Travail de la Section de Stomatologie présenté par le

D^r PALFER-SOLLIER.

PÉDIATRIE

MORTALITÉ FËTO-INFANTILE EN 1952

(PREMIER ET DEUXIÈME TRIMESTRES)

Les deux premiers trimestres de l'année 1952 marquent une évolution satisfaisante; en effet, si le premier trimestre est peu différent du 1^{er} trimestre 1951, le 2^e trimestre 1952 accuse une diminution importante par rapport au trimestre homologue de 1951, pour la mortalité infantile proprement dite.

Le tableau ci-dessous exprime cette évolution :

MORTALITÉ INFANTILE. INDICES TRIMESTRIELS. BASE ANNUELLE

	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre
1950 (rappel)	60	51
1951	53	51
1952	52	43
<i>Différence entre 1951 et 1952 (%).....</i>	— 1,9	— 15,7

D'autre part, on enregistre, en 1952, quelques changements dans les taux de mortalité.

On sait qu'un léger progrès avait été enregistré en 1948 et 1949; puis, pendant l'année 1950, les taux étaient restés stationnaires et, en 1951, c'est une augmentation que l'on avait constatée.

Les taux pour les deux premiers trimestres de l'année 1952 interrompent cette évolution défavorable.

MORTINATALITÉ. TAUX POUR 1 000 NAISSANCES TOTALES

	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre
1945 (rappel)	25,4	24,4
1949 (rappel)	25,4	24,4
1951	25,8	26,4
1952	24,9	23,9
<i>Différence entre 1951 et 1952 (%).....</i>	- 3,4	- 9,4

MORTALITÉ PAR TRANCHE D'ÂGE

L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques avait modifié le classement des décès par tranche d'âge depuis le 1^{er} janvier 1950, en supprimant, en 1950 et 1951, les tranches suivantes :

28 à 90 jours.
91 à 180 jours.
181 à 365 jours.

Depuis 1952, ces subdivisions sont rétablies.

Nous indiquons ici les indices correspondants ainsi que l'indice pour la tranche 28 à 365 jours (afin de pouvoir comparer l'indice de 1952 à celui de 1951).

		Premier trimestre.		1952			
		1951		1952			
	% décès	% naissances vivantes	% décès	% naissances vivantes			
0- 6 jours.....	26,6	14,3	26	13,4			
7- 27 »	12,4	6,7	13,3	6,8			
28- 90 »	61	32,8	17,4	9	60,6	9,5	31,4
91-180 »			18,3	12,9			
181-365 »			24,9	12,9			
0- 27 »	39	21	39,2	20,2			
		Deuxième trimestre.		1952			
		1951		1952			
	% décès	% naissances vivantes	% décès	% naissances vivantes			
0- 6 jours.....	27,8	14,2	31	13,3			
7- 27 »	11,4	5,9	11,2	4,8			
28- 90 »	60,8	31,2	15,4	6,6	57,6	6,9	24,8
91-180 »			16	11,3			
181-365 »			26,2	11,3			
0- 27 »	39,2	20,1	42,2	18,1			

On note que pendant le 2^e trimestre 1952, 42 % des décès sont survenus pendant le 1^{er} mois (alors que pendant le 1^{er} trimestre 1952, ainsi qu'en 1951, 39 % seulement des décès survenaient pendant le 1^{er} mois).

C'est la constatation qui est faite habituellement lorsque l'indice de mortalité de 0 à 1 an s'abaisse : l'importance relative de la mortalité néo-natale s'accroît.

CAUSES INVOQUÉES

En ce qui concerne les causes incriminées, on observe des variations de peu d'importance pour les chapitres comparables entre eux. La rubrique « coqueluche » augmente un peu. La grippe, les broncho-pneumonies sont moins souvent incriminées. Enfin, la rubrique « lésions dues à l'accouchement » qui avait subi un net gonflement en 1951 par rapport à 1950 reste à peu près stationnaire en 1952 (1^{er} et 2^e trimestres).

MORTALITÉ INFANTILE PAR CAUSE
Indices trimestriels.

	1 ^{er} trimestre				2 ^e trimestre			
	1951		1952		1951		1952	
	N.	% N. V.	N.	% N. V.	N.	% N. V.	N.	% N. V.
Tuberculose	153	0,7	97	0,4	172	0,8	103	0,5
Coqueluche	83	0,4	116	0,6	81	0,4	136	0,7
Rougeole	55	0,2	79	0,3	148	0,7	87	0,4
Grippe	507	2,4	172	0,8	111	0,5	42	0,2
Otite et mastoïdite	167	0,8	159	0,8	153	0,7	113	0,6
Broncho-pneumonie	2 020	9,7	1 832	8,9	1 718	8,3	1 064	5,2
Gastro-entérite	424	2	372	1,8	500	2,4	303	1,5
Malformations congénitales de l'appareil circulatoire.			321	1,6			278	1,4
Autres malformations congénitales	675	3,2	391	1,9	655	3,1	348	1,7
Lésions dues à l'accouchement	454	2,2	460	2,2	448	2,1	473	2,3
Asphyxie, atelectasie pulmonaire	80	0,4	100	0,5	95	0,5	102	0,5
Erythroblastose			112	0,5			117	0,6
Prématurité	1 462	7	1 435	7	1 549	7,4	1 452	7,1
Débilité			370	1,8			246	1,2
Toxicose			1 326	6,5			1 239	6,1
Autres affections de la première enfance			501	2,4			401	2

INDICES DÉPARTEMENTAUX

Pour le 1^{er} trimestre, la diminution par rapport à 1951 est faible et porte surtout sur le Nord et sur quelques départements de l'Ouest. Le Cantal présente l'indice le plus élevé, suivi par le Pas-de-Calais. Les Landes et le Vaucluse, dont les indices avaient déjà augmenté en 1951-1 par rapport à 1950-1, accusent une nouvelle augmentation en 1952-1.

Pour le 2^e trimestre, la plupart des indices départementaux sont en diminution. Seuls font exception quelques départements de l'Est et du

quadrant Sud-Ouest, ainsi que le Cher et le Maine-et-Loire. Au contraire, les Alpes-Maritimes, la Vienne, l'Aveyron, les Deux-Sèvres qui avaient subi une forte aggravation pour 1951-II, profitent d'une très importante diminution en 1952-II.

En conclusion, on voit que la mortalité infantile continue à diminuer au début de 1952. Cette diminution est faible pour le premier trimestre, mais très notable pour le second trimestre. Les chiffres concernant le troisième trimestre viennent d'être publiés par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Ils feront l'objet d'une étude dans le prochain Bulletin. Mais nous pouvons déjà signaler que, malgré une augmentation de la mortalité infantile pendant le mois de juillet, l'indice du trimestre d'été s'établit à un niveau bas (33 ‰), inférieur à celui qui a été observé pendant le trimestre homologue des années précédentes.

Travail de la Section Pédiatrie, présenté par

F. ALISON et M^{me} CORONE.

TABLEAU I

Mortalité infantile

(PREMIER TRIMESTRE)

Départements	1951-I	1952-I	Différence entre 1951 et 1952 (en ‰)
Ain	58	60	+ 3
Aisne	65	62	- 4
Allier	34	47	+ 38
Alpes (Basses-)	21	32	+ 52
Alpes (Hautes-)	36	68	+ 89
Alpes-Maritimes	43	31	- 27
Ardèche	67	63	- 6
Ardennes	65	74	+ 13
Ariège	38	44	+ 15
Aube	46	46	0
Aude	29	40	+ 38
Aveyron	53	56	+ 5
Belfort	47	60	+ 27
Bouches-du-Rhône	50	50	0
Calvados	55	45	- 18
Cantal	68	91	+ 33
Charente	37	46	+ 24
Charente-Maritime	42	46	+ 9
Cher	50	64	+ 28
Corrèze	37	38	+ 2
Corse	68	73	+ 7
Côte-d'Or	32	35	+ 9
Côtes-du-Nord	69	57	- 17
Creuse	38	38	0
Dordogne	42	42	0
Doubs	72	47	- 34
Drôme	41	52	+ 26
Eure	56	51	- 8
Eure-et-Loir	34	49	+ 44
Finistère	49	57	+ 16
Gard	48	58	+ 20
Garonne (Haute-)	53	49	- 7
Gers	55	47	- 14
Gironde	44	42	- 4
Hérault	43	44	+ 2
Ille-et-Vilaine	64	56	- 12
Indre	42	33	- 21
Indre-et-Loire	40	25	- 37
Isère	41	43	+ 4
Jura	41	42	+ 2
Landes	54	66	+ 22
Loir-et-Cher	39	51	+ 30
Loire	51	61	+ 19
Loire (Haute-)	67	65	- 3
Loire-Inférieure	44	50	+ 13
Loiret	46	36	- 21
Lot	58	47	- 19
Lot-et-Garonne	39	45	+ 15
Lozère	82	69	- 15
Maine-et-Loire	43	50	+ 16
Manche	66	53	- 19
Marne	60	53	- 11

TABLEAU I. — MORTALITÉ INFANTILE (suite).

Départements	1951-I	1952-I	Différence entre 1951 et 1952 (en %)
Marne (Haute-)	59	63	+ 6
Mayenne	64	65	+ 1
Meurthe-et-Moselle	47	52	+ 10
Meuse	56	63	+ 12
Morbihan	53	63	+ 18
Moselle	60	67	+ 11
Nièvre	37	50	+ 35
Nord	71	71	0
Oise	58	55	- 5
Orne	58	60	+ 3
Pas-de-Calais	91	84	- 7
Puy-de-Dôme	39	46	+ 18
Pyrénées (Basses-)	45	43	- 4
Pyrénées (Hautes-)	39	31	- 20
Pyrénées-Orientales	61	42	- 31
Rhin (Bas-)	49	46	- 6
Rhin (Haut-)	54	48	- 11
Rhône	53	47	- 11
Saône (Haute-)	44	55	+ 25
Saône-et-Loire	43	55	+ 28
Sarthe	68	45	- 33
Savoie	45	50	+ 11
Savoie (Haute-)	51	54	+ 5
Seine	45	33	- 26
Seine-Inférieure	75	72	- 4
Seine-et-Marne	51	48	- 5
Seine-et-Oise	50	41	- 18
Sèvres (Deux-)	46	40	- 13
Somme	74	64	- 13
Tarn	40	47	+ 17
Tarn-et-Garonne	50	51	+ 2
Var	48	43	- 10
Vaucluse	60	68	+ 13
Vendée	43	44	+ 2
Vienne	44	37	- 15
Vienne (Haute-)	44	36	- 18
Vosges	45	47	+ 4
Yonne	54	66	+ 22
France entière.....	53	52	- 1,9

TABLEAU II

Mortalité infantile

(DEUXIÈME TRIMESTRE)

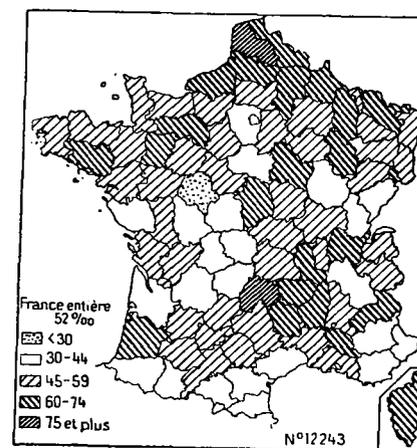
Départements	1951-II	1952-II	Différence entre 1951 et 1952 (en %)
Ain	59	39	- 33
Aisne	72	61	- 15
Allier	43	31	- 27
Alpes (Basses-)	64	37	- 42
Alpes (Hautes-)	47	47	0
Alpes-Maritimes	51	29	- 43
Ardèche	61	60	- 1
Ardennes	79	49	- 38
Ariège	42	28	- 33
Aube	50	39	- 22
Aude	45	33	- 26
Aveyron	69	46	- 33
Belfort	54	49	- 9
Bouches-du-Rhône	39	33	- 15
Calvados	52	46	- 11
Cantal	74	66	- 10
Charente	36	40	+ 11
Charente-Maritime	41	41	0
Cher	46	58	+ 26
Corrèze	44	38	- 13
Corse	75	33	- 56
Côte-d'Or	37	33	- 10
Côtes-du-Nord	67	55	- 17
Creuse	44	43	- 2
Dordogne	45	33	- 26
Doubs	51	50	- 1
Drôme	46	48	+ 4
Eure	58	54	- 6
Eure-et-Loir	56	41	- 26
Finistère	52	42	- 19
Gard	55	38	- 30
Garonne (Haute-)	50	51	+ 2
Gers	48	37	- 22
Gironde	46	30	- 34
Hérault	38	43	+ 13
Ille-et-Vilaine	68	50	- 26
Indre	48	47	- 2
Indre-et-Loire	42	37	- 11
Isère	47	41	- 12
Jura	48	45	- 6
Landes	59	52	- 11
Loir-et-Cher	46	40	- 13
Loire	53	41	- 22
Loire (Haute-)	68	61	- 10
Loire-Inférieure	50	38	- 24
Loiret	42	30	- 28
Lot	43	44	+ 2
Lot-et-Garonne	27	16	- 40
Lozère	46	49	+ 6
Maine-et-Loire	31	39	+ 25
Manche	51	42	- 17
Marne	46	45	- 2

TABLEAU II. — MORTALITÉ INFANTILE (suite).

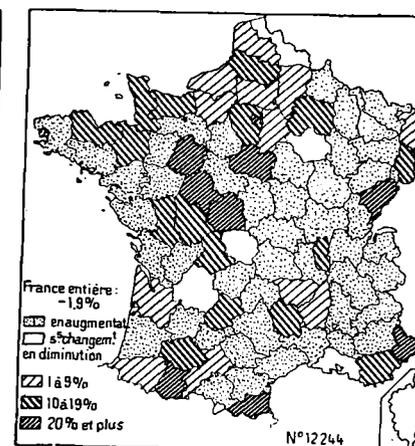
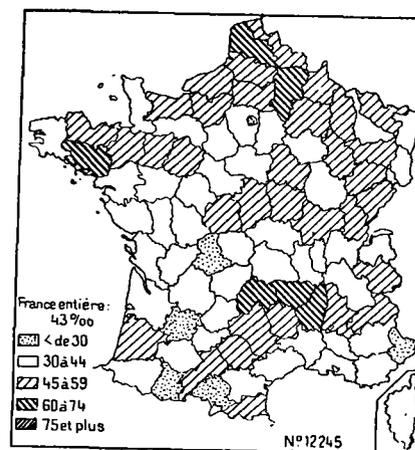
Départements	1951-11	1952-11	Différence entre 1951 et 1952 (en %)
Marne (Haute-)	64	55	- 14
Mayenne	59	50	- 15
Meurthe-et-Moselle	48	38	- 20
Meuse	47	52	+ 10
Morbihan	64	62	- 3
Moselle	53	59	+ 11
Nièvre	65	47	- 27
Nord	65	49	- 24
Oise	70	50	- 28
Orne	54	38	- 29
Pas-de-Calais	71	61	- 14
Puy-de-Dôme	48	40	- 16
Pyrénées (Basses-)	29	36	+ 24
Pyrénées (Hautes-)	49	26	- 46
Pyrénées-Orientales	45	50	+ 11
Rhin (Bas-)	53	41	- 22
Rhin (Haut-)	36	43	+ 19
Rhône	54	36	- 33
Saône (Haute-)	59	47	- 20
Saône-et-Loire	61	56	- 8
Sarthe	52	45	- 13
Savoie	52	48	- 7
Savoie (Haute-)	35	44	+ 25
Seine	33	27	- 18
Seine-Inférieure	65	56	- 13
Seine-et-Marne	47	43	- 8
Seine-et-Oise	41	38	- 7
Sèvres (Deux-)	60	36	- 40
Somme	63	51	- 19
Tarn	38	47	+ 23
Tarn-et-Garonne	51	34	- 33
Var	37	35	- 5
Vaucluse	54	41	- 24
Vendée	44	42	- 4
Vienne	68	43	- 36
Vienne (Haute-)	25	24	- 4
Vosges	50	51	+ 2
Yonne	77	52	- 32
France entière.....	51	43	- 15

Mortalité foeto-infantile.

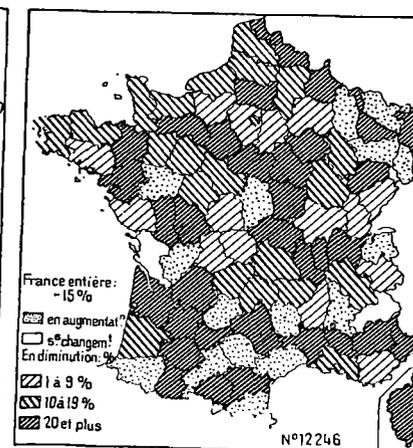
INDICES TRIMESTRIELS, BASE ANNUELLE



Premier trimestre 1952.

Variations relatives des taux
entre le premier trimestre 1951
et le premier trimestre 1952.

Deuxième trimestre 1952.

Variations relatives des taux
entre le deuxième trimestre 1951
et le deuxième trimestre 1952.

ÉPIDÉMIOLOGIE

ÉVOLUTION DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES EN FRANCE PENDANT LE QUATRIÈME TRIMESTRE 1952

Le quatrième trimestre 1952 a été marqué par l'apparition de deux recrudescences endémiques d'infections typhiques. Au cours du mois d'octobre, la première s'est développée en Maine-et-Loire, et particulièrement dans la région de Cholet. Ce département constitue d'ailleurs avec la Loire-Inférieure, la Vendée, la Charente-Maritime, une zone permanente d'endémie typhique sur laquelle se greffent, de temps en temps, des poussées épidémiques plus ou moins fortes. Dans cette région, le germe le plus souvent en cause s'est révélé être le *S. paratyphi B*, du type Jersey. La deuxième recrudescence endémique a été observée en décembre, en Meurthe-et-Moselle, principalement dans la région de Toul. Il s'agit ici de *S. paratyphi B* de type Dundee. Dans un grand nombre d'autres départements, quelques cas isolés ont été signalés sans constituer d'épidémies véritables.

La poliomyélite, dont la poussée annuelle a été plus précoce qu'en 1951, a également été plus fréquente pendant les 3 premiers trimestres de 1952 : 280 cas de plus qu'en 1951 avaient été déclarés. Par contre, le quatrième trimestre a été marqué par une décroissance brutale du nombre des déclarations, et les mois de novembre et décembre n'ont été marqués par aucune épidémie, le nombre des cas déclarés étant dans l'ensemble moindre qu'en 1951. Seuls, sont à signaler quelques cas survenus dans le Doubs fin octobre, et à Mulhouse dans la première quinzaine de novembre (dans cette ville, la fermeture d'une école, que fréquentaient plusieurs enfants atteints, a été décidée).

La dernière quinzaine de décembre a été marquée par une certaine recrudescence de la diphtérie, dont on a signalé quelques cas dans la région de Perpignan.

Notons encore une augmentation des cas de rougeole et de coqueluche et une épidémie de 36 cas de scarlatine dans la Meuse.

Quelques cas de tularémie continuent à être observés dans l'Aube, la Meurthe-et-Moselle, la Somme et les Ardennes; une dizaine de cas au total.

Un cas de typhus exanthématique a été dépisté dans la Seine chez une malade originaire d'Afrique du Nord. Il s'est agi d'une forme bénigne.

Enfin, une intoxication alimentaire collective s'est manifestée en Seine-et-Oise à la suite de la consommation de chocolats glacés. Le germe responsable s'est avéré être le *S. enteridis*.

STATISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

(INFECTIONS TYPHIQUES, DIPHTÉRIE, ROUGEOLE, SCARLATINE, POLIOMYÉLITE, MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE, FIÈVRE ONDULANTE, COQUELUCHE, TÉTANOS)

QUATRIÈME TRIMESTRE 1952

Nombre de cas		Indice de morbidité	
1951	1952	1951	1952

Infections typhiques.

Octobre	705	456	19,6	12,6
Novembre	422	354	12,1	10,1
Décembre	320	384	8,9	10,6

Diphtérie.

Octobre	206	168	5,7	4,6
Novembre	263	255	7,5	7,3
Décembre	237	306	6,6	8,5

Rougeole.

Octobre	1490	260	41,5	7,2
Novembre	3043	707	87,7	20,3
Décembre	3116	667	86,9	18,5

Scarlatine.

Octobre	555	673	15,4	18,7
Novembre	940	1245	27	35,8
Décembre	840	1290	23,4	35,9

Poliomyélite.

Octobre	279	198	7,7	5,5
Novembre	148	82	4,2	2,3
Décembre	114	73	3,1	2

Méningite cérébro-spinale.

Octobre	31	49	0,8	1,3
Novembre	33	35	0,9	1
Décembre	45	49	1,2	1,3

	Nombre de cas		Indice de morbidité	
	1951	1952	1951	1952

Fièvre ondulante.

Octobre	31	36	0,8	1
Novembre	35	38	1	1
Décembre	38	37	1	1

Coqueluche.

Octobre	300	308	8,3	8,5
Novembre	439	489	12,6	14
Décembre	504	779	14	21,6

Tétanos.

Octobre	43	29	1,1	0,8
Novembre	36	29	1	0,8
Décembre	32	37	0,8	1

TABLEAU RÉCAPITULATIF

Quatrième trimestre 1951 et 1952.

	1951	1952
Typhoïde	1 448	1 194
Diphtérie	706	729
Rougeole	7 649	1 634
Scarlatine	2 335	3 208
Poliomyélite	541	353
Méningite cérébro-spinale	109	133
Fièvre ondulante	104	111
Coqueluche	1 243	1 576
Tétanos	111	95

Typhoïde.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES

Quatrième 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	Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	2	7,4	0	0	2	7,4
Aisne	18	43,7	3	7,5	1	2,4
Allier	2	6,2	2	6,4	2	6
Alpes (Basses-)	0	0	0	0	0	0
Alpes (Hautes-)	3	40,2	2	27,7	2	26,8
Alpes-Maritimes	5	12,9	4	10,7	2	5,1
Ardèche	3	13,6	4	18,7	4	18,1
Ardennes	4	17,9	1	4,6	1	4,4
Ariège	4	32,1	0	0	0	0
Aube	2	9,4	0	0	1	4,7
Aude	1	4,2	0	0	0	0
Aveyron	0	0	1	3,8	3	11,2
Belfort (Terr. de)	0	0	1	13,1	0	0
Bouches-du-Rhône	15	17,5	13	15,6	7	8,1
Calvados	4	10,9	6	16,9	3	8,1
Cantal	1	6,1	1	6,3	1	6,1
Charente	2	7,3	0	0	1	3,6
Charente-Maritime	13	35,1	9	25,1	5	13,5
Cher	3	12,1	4	16,7	2	8,1
Corrèze	2	9,1	1	4,7	1	4,5
Corse	4	17,3	3	13,4	4	17,3
Côte-d'Or	5	16,7	2	6,9	6	20
Côtes-du-Nord	2	4,2	3	6,6	9	19,3
Creuse	1	6,2	0	0	0	0
Dordogne	1	2,9	2	6	1	2,9
Doubs	1	3,6	0	0	2	7,3
Drôme	6	25,6	1	4,4	1	4,2
Eure	0	0	1	3,6	1	3,5
Eure-et-Loir	0	0	0	0	4	17,3
Finistère	5	7,7	4	6,4	3	4,6
Gard	10	29	5	15	3	8,7
Garonne (Haute-)	9	20	4	9,2	1	2,2
Gers	2	12,1	0	0	0	0
Gironde	4	5,2	5	6,8	2	2,6
Hérault	1	2,4	5	12,7	2	4,9
Ille-et-Vilaine	12	23	8	15,9	13	25
Indre	1	4,5	2	9,4	1	4,5
Indre-et-Loire	4	12,8	7	23,2	6	19,2
Isère	12	23,8	2	4,1	2	3,9
Jura	3	15,7	0	0	0	0
Landes	0	0	1	4,8	1	4,6
Loir-et-Cher	0	0	1	4,8	2	9,3
Loire	21	37,4	15	27,6	5	8,9
Loire (Haute-)	2	10,2	1	5,2	0	0
Loire-Inférieure	13	21,6	4	6,8	15	24,9
Loiret	2	6,4	3	10	0	0
Lot	1	7,5	2	15,6	1	7,5
Lot-et-Garonne	0	0	1	4,4	1	4,3
Lozère	0	0	1	13,1	0	0
Maine-et-Loire	27	60,3	19	43,9	24	53,6

STATISTIQUES CONCERNANT LA TYPHOÏDE (suite).

Départements	Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Manche	1	2,5	4	10,4	2	5
Marne	1	2,8	2	5,8	3	8,5
Marne (Haute-)	1	6,1	1	6,3	1	6,1
Mayenne	0	0	2	8,9	2	8,6
Meurthe-et-Moselle	6	12,3	13	27,7	78	161
Meuse	3	17,5	1	6	7	40,8
Morbihan	11	24,2	8	18,2	15	33
Moselle	12	21,1	21	38,2	14	24,6
Nièvre	3	13,9	3	14,4	0	0
Nord	9	5,2	5	2,9	10	5,7
Oise	6	16,7	4	11,5	1	2,7
Orne	1	4	2	8,4	1	4
Pas-de-Calais	4	3,7	6	5,7	0	0
Puy-de-Dôme	0	0	2	4,9	1	2,4
Pyrénées (Basses-)	0	0	0	0	1	2,7
Pyrénées (Hautes-)	1	5,7	1	6	1	5,7
Pyrénées-Orientales	2	10	3	15,5	0	0
Rhin (Bas-)	2	3,3	5	8,6	5	8,4
Rhin (Haut-)	3	7,2	1	2,5	0	0
Rhône	5	6,1	0	0	2	2,4
Saône (Haute-)	2	11	0	0	1	5,4
Saône-et-Loire	2	4,5	4	9,3	6	13,5
Sarthe	1	2,6	3	8,3	9	24,1
Savoie	0	0	1	4,9	1	4,7
Savoie (Haute-)	6	24,9	16	68,7	7	29
Seine	64	15	35	8,4	29	6,8
Seine-Inférieure	16	20,7	9	12	4	5,1
Seine-et-Marne	7	19,4	2	5,7	2	5,5
Seine-et-Oise	14	11,1	8	6,6	10	7,9
Sèvres (Deux-)	1	3,5	2	7,4	1	3,5
Somme	12	30,2	6	15,6	3	7,5
Tarn	4	15,3	0	0	0	0
Tarn-et-Garonne	1	6,8	0	0	0	0
Var	4	12,2	3	9,5	8	24,5
Vaucluse	3	13,5	0	0	1	4,5
Vendée	8	22,6	16	46,8	6	16,9
Vienne	2	9,8	0	0	1	4,9
Vienne (Haute-)	2	6,8	2	7	1	3,4
Vosges	0	0	5	16,6	2	6,4
Yonne	3	13	4	17,9	0	0

Diphthérie.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES

Quatrième 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	Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	3	11,2	0	0	2	7,4
Aisne	1	2,4	1	2,5	0	0
Allier	3	9,3	1	3,2	2	6,2
Alpes (Basses-)	0	0	3	43	11	153
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	5	12,9	10	26,8	8	20,7
Ardèche	0	0	2	9,3	7	31,7
Ardennes	3	13,4	1	4,6	2	8,9
Ariège	0	0	1	8,2	1	8
Aube	1	4,7	4	19,5	3	14,2
Aude	3	12,8	0	0	3	12,8
Aveyron	0	0	0	0	2	7,4
Belfort (Terr. dc)	0	0	0	0	0	0
Bouches-du-Rhône	9	10,5	12	14,4	21	24,5
Calvados	2	5,4	3	8,4	1	2,7
Cantal	0	0	1	6,3	0	0
Charente	3	11	0	0	0	0
Charente-Maritime	2	5,4	0	0	1	2,7
Cher	0	0	0	0	0	0
Corrèze	0	0	1	4,7	0	0
Corse	0	0	1	4,4	0	0
Côte-d'Or	1	3,3	0	0	1	3,3
Côtes-du-Nord	0	0	1	2,2	2	4,2
Creuse	0	0	0	0	1	6,2
Dordogne	0	0	5	15,3	0	0
Doubs	0	0	5	19,1	3	11
Drôme	2	8,5	1	4,4	1	4,2
Eure	0	0	0	0	0	0
Eure-et-Loir	2	8,6	3	13,4	3	13
Finistère	1	1,5	0	0	0	0
Gard	4	11,6	7	21	1	2,9
Garonne (Haute-)	2	4,4	2	4,6	1	2,2
Gers	0	0	2	12,5	1	6
Gironde	5	6,5	9	12,2	6	7,9
Hérault	3	7,4	2	5,1	0	0
Ile-et-Vilaine	2	3,8	1	1,9	4	7,6
Indre	3	13,6	0	0	1	4,5
Indre-et-Loire	0	0	1	3,3	1	3,2
Isère	6	11,9	13	26,7	11	21,8
Jura	1	5,2	1	5,4	3	15,7
Landes	1	4,6	0	0	1	4,6
Loir-et-Cher	0	0	0	0	1	4,6
Loire	4	7,1	1	1,8	2	3,5
Loire (Haute-)	0	0	1	5,2	0	0
Loire-Inférieure	5	8,3	11	18,9	12	19,9
Loiret	5	16,1	5	16,7	4	12,9
Lot	0	0	2	15,6	1	7,5
Lot-et-Garonne	1	4,3	0	0	0	0
Lozère	0	0	0	0	0	0
Maine-et-Loire	0	0	0	0	6	13,4

STATISTIQUES CONCERNANT LA DIPHTHÉRIE (suite).

Départements	Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Manche	1	2,5	2	5,2	10	25,2
Marne	0	0	0	0	0	0
Marne (Haute-)	0	0	3	18,9	3	18,3
Mayenne	1	4,3	1	4,4	2	8,6
Meurthe-et-Moselle	5	10,3	9	19,2	9	18,5
Meuse	1	5,8	1	6	6	35
Morbihan	0	0	0	0	3	6,6
Moselle	0	0	7	12,7	1	1,7
Nièvre	0	0	1	4,8	4	18,7
Nord	3	1,7	10	5,9	12	6,9
Oise	0	0	1	2,8	1	2,7
Orne	0	0	1	4,2	0	0
Pas-de-Calais	7	6,4	2	1,9	7	6,4
Puy-de-Dôme	6	14,4	1	2,4	1	2,4
Pyrénées (Basses-)	3	8,2	4	11,3	0	0
Pyrénées (Hautes-)	0	0	2	11,8	2	11,4
Pyrénées-Orientales	7	35,1	11	57,1	20	100
Rhin (Bas-)	3	5	10	17,3	6	10
Rhin (Haut-)	0	0	1	2,5	3	7,2
Rhône	4	4,8	9	11,3	23	28,1
Saône (Haute-)	1	5,5	0	0	1	5,5
Saône-et-Loire	0	0	3	6,9	1	2,2
Sarthe	2	5,3	2	5,5	3	8
Savoie	1	4,7	1	4,9	0	0
Savoie (Haute-)	1	4,1	1	4,2	1	4,1
Seine	10	2,3	31	7,5	24	5,6
Seine-Inférieure	4	5,1	2	2,6	2	2,5
Seine-et-Marne	1	2,7	1	2,8	2	5,5
Seine-et-Oise	5	3,9	7	5,7	14	11,1
Sèvres (Deux-)	0	0	0	0	1	3,5
Somme	4	10	4	10,4	2	5
Tarn	1	3,8	2	7,9	0	0
Tarn-et-Garonne	8	54,5	4	28,1	0	0
Var	0	0	0	0	4	12,2
Vaucluse	2	9	1	4,6	0	0
Vendée	1	2,8	0	0	4	11,3
Vienne	0	0	2	10,2	2	9,8
Vienne (Haute-)	2	6,8	1	3,5	1	3,4
Vosges	0	0	2	6,6	0	0
Yonne	1	4,3	1	4,4	0	0

Rougeole.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES
Quatrième 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	Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	0	0	5	19,3	11	41,2
Aisne	9	21,8	5	12,5	0	0
Allier	1	3,1	4	12,8	4	12,4
Alpes (Basses-)	2	26,5	0	0	0	0
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	0	0	1	2,6	0	0
Ardèche	1	4,5	0	0	1	4,5
Ardennes	0	0	0	0	0	0
Ariège	0	0	2	16,5	0	0
Aube	0	0	0	0	1	4,7
Aude	0	0	0	0	0	0
Aveyron	0	0	0	0	0	0
Belfort (Terr. de)	0	0	0	0	0	0
Bouches-du-Rhône	0	0	1	1,2	0	0
Calvados	0	0	0	0	3	8,1
Cantal	15	91,7	1	6,3	30	184
Charente	2	7,3	4	15,2	2	7,3
Charente-Maritime	0	0	0	0	0	0
Cher	13	52,7	16	67	14	56,7
Corrèze	0	0	0	0	0	0
Corse	0	0	0	0	0	0
Côte-d'Or	0	0	4	13,8	4	13,3
Côtes-du-Nord	0	0	2	4,4	0	0
Creuse	0	0	0	0	0	0
Dordogne	0	0	30	92,1	10	29,7
Doubs	1	3,6	1	3,8	1	3,6
Drôme	0	0	1	4,4	0	0
Eure	2	7	1	3,6	0	0
Eure-et-Loir	0	0	0	0	12	52
Finistère	0	0	3	4,7	1	1,5
Gard	0	0	0	0	0	0
Garonne (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Gers	5	30,4	0	0	0	0
Gironde	0	0	0	0	0	0
Hérault	8	19,7	9	23	0	0
Ille-et-Vilaine	0	0	0	0	1	1,9
Indre	5	22,7	14	65,9	22	100
Indre-et-Loire	0	0	0	0	12	38,4
Isère	22	43,7	17	34,9	4	7,9
Jura	5	26,1	7	37,9	0	0
Landes	0	0	0	0	0	0
Loir-et-Cher	0	0	0	0	0	0
Loire	0	0	0	0	0	0
Loire (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Loire-Inférieure	0	0	0	0	1	1,6
Loiret	0	0	3	10	3	9,6
Lot	2	15,1	18	141	0	0
Lot-et-Garonne	0	0	0	0	0	0
Lozère	0	0	0	0	0	0
Maine-et-Loire	7	15,6	4	9,2	8	17,8

STATISTIQUES CONCERNANT LA ROUGEOLE (suite).

Départements	Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Manche	0	0	8	20,8	1	2,5
Marne	0	0	2	5,8	6	17,1
Marne (Haute-)	0	0	1	6,3	2	12,2
Mayenne	4	17,3	1	4,4	0	0
Meurthe-et-Moselle	0	0	2	4,2	4	8,2
Meuse	7	40,8	2	12	4	23,3
Morbihan	31	68,2	1	2,2	3	6,6
Moselle	3	5,2	15	27,3	25	44
Nièvre	0	0	0	0	1	4,6
Nord	13	7,5	10	5,9	52	30
Oise	0	0	0	0	2	5,5
Orne	7	28,5	1	4,2	2	8,1
Pas-de-Calais	1	0,9	165	158	8	7,4
Puy-de-Dôme	1	2,4	1	2,4	1	2,4
Pyrénées (Basses-)	0	0	0	0	0	0
Pyrénées (Hautes-)	0	0	0	0	0	0
Pyrénées-Orientales	0	0	1	5,1	1	5
Rhin (Bas-)	18	30,2	111	193	162	272
Rhin (Haut-)	1	2,4	9	22,5	0	0
Rhône	0	0	1	1,2	7	8,5
Saône (Haute-)	2	11	0	0	8	44,3
Saône-et-Loire	2	4,5	5	11,6	2	4,5
Sarthe	0	0	26	72,2	0	0
Savoie	1	4,7	0	0	9	42,9
Savoie (Haute-)	0	0	2	8,5	0	0
Seine	53	12,4	105	25,4	185	43,4
Seine-Inférieure	1	1,2	0	0	9	11,6
Seine-et-Marne	1	2,7	2	5,7	7	19,4
Seine-et-Oise	7	5,5	75	61,9	15	11,9
Sèvres (Deux-)	0	0	0	0	0	0
Somme	0	0	0	0	0	0
Tarn	0	0	0	0	1	3,8
Tarn-et-Garonne	0	0	5	35,2	0	0
Var	0	0	0	0	5	15,3
Vaucluse	0	0	0	0	0	0
Vendée	1	2,8	0	0	0	0
Vienne	1	4,9	1	5,1	0	0
Vienne (Haute-)	0	0	2	7	0	0
Vosges	4	12,8	0	0	0	0
Yonne	1	4,3	0	0	0	0

Scarlatine.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES

Quatrième 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	Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	7	26,2	14	54,2	20	74,9
Aisne	16	38,8	30	75,3	21	50,9
Allier	6	18,6	6	19,2	3	9,3
Alpes (Basses-)	0	0	6	86,1	0	0
Alpes (Hautes-)	5	67	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	4	10,3	10	26,8	19	49,2
Ardèche	1	4,5	2	9,3	1	4,5
Ardennes	1	4,4	3	13,9	5	22,4
Ariège	1	8	0	0	0	0
Aube	13	61,6	13	63,6	8	37,9
Aude	14	59,8	30	133	25	107
Aveyron	0	0	8	30,9	3	11,2
Belfort (Terr. de)	1	12,6	0	0	0	0
Bouches-du-Rhône	20	23,3	36	43,4	36	42
Calvados	6	16,3	6	16,9	9	24,5
Cantal	1	6,1	0	0	2	12,2
Charente	4	14,7	7	26,6	7	25,7
Charente-Maritime	4	10,8	2	5,5	4	10,8
Cher	1	4	4	16,7	6	24,3
Corrèze	1	4,5	0	0	4	18,2
Corse	0	0	1	4,4	0	0
Côte-d'Or	3	10	5	17,2	9	30
Côtes-du-Nord	1	2,1	0	0	0	0
Creuse	3	18,7	17	110	5	31,2
Dordogne	1	2,9	5	15,3	4	11,8
Doubs	8	29,5	0	0	3	11
Drôme	3	12,8	4	17,6	7	29,9
Eure	5	17,6	1	3,6	9	31,7
Eure-et-Loir	2	8,6	3	13,4	12	5,2
Finistère	0	0	2	3,2	2	3,1
Gard	1	2,9	6	18	3	8,7
Garonne (Haute-)	5	11,1	10	23	8	17,8
Gers	0	0	0	0	6	36,4
Gironde	3	3,9	9	12,2	6	7,9
Hérault	3	7,4	8	20,4	10	24,7
Ille-et-Vilaine	7	13,4	9	17,9	4	7,6
Indre	5	22,7	8	37,6	8	36,4
Indre-et-Loire	0	0	2	6,6	3	9,5
Isère	14	27,8	16	32,8	18	35,7
Jura	1	5,2	3	16,2	3	15,7
Landes	0	0	0	0	0	0
Loir-et-Cher	3	14	6	29	9	42,1
Loire	15	26,7	38	70	37	65,9
Loire (Haute-)	1	5,1	0	0	1	5,1
Loire-Inférieure	8	13,3	38	65,3	21	34,9
Loiret	14	45,2	17	56,8	7	22,6
Lot	0	0	0	0	1	7,5
Lot-et-Garonne	2	8,6	5	22,3	2	8,6
Lozère	0	0	9	118	0	0
Maine-et-Loire	16	35,7	17	39,2	8	17,8

STATISTIQUES CONCERNANT LA SCARLATINE (suite).

Départements	Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Manche	2	5	11	28,7	7	17,6
Marne	21	59,8	5	14,7	12	34,2
Marne (Haute-)	0	0	5	31,6	6	36,6
Mayenne	5	21,6	3	13,4	0	0
Meurthe-et-Moselle	5	10,3	15	32	13	26,8
Meuse	2	11,6	44	266	9	52,5
Morbihan	0	0	3	6,8	16	35,2
Moselle	7	12,3	4	7,2	11	19,3
Nièvre	8	37,3	2	9,6	12	55,9
Nord	25	14,4	34	20,3	67	38,7
Oise	5	13,9	20	57,8	28	78,2
Orne	2	8,1	5	21,1	4	16,3
Pas-de-Calais	9	8,3	11	10,5	15	13,9
Puy-de-Dôme	2	4,8	7	17,4	5	12
Pyrénées (Basses-)	0	0	1	2,8	3	8,2
Pyrénées (Hautes-)	2	11,4	4	23,6	11	63
Pyrénées-Orientales	0	0	3	15,5	1	5
Rhin (Bas-)	11	18,4	32	55,6	32	53,6
Rhin (Haut-)	9	21,7	4	10	14	33,8
Rhône	64	78,3	103	130	115	141
Saône (Haute-)	5	27,6	4	22,9	0	0
Saône-et-Loire	12	27	9	20,9	8	18
Sarthe	5	13,4	11	30,5	4	10,7
Savoie	1	4,7	8	39,5	8	38,2
Savoie (Haute-)	5	20,7	15	64,4	15	62,3
Seine	134	3,1	245	59,4	276	64,7
Seine-Inférieure	8	10,3	15	20	14	18,1
Seine-et-Marne	12	33,3	5	14,3	13	36
Seine-et-Oise	50	39,9	96	79,3	101	80,7
Sèvres (Deux-)	0	0	5	18,5	1	3,5
Somme	4	10	8	20,8	8	20,1
Tarn	6	23	2	7,9	6	23
Tarn-et-Garonne	0	0	4	28,2	5	34,1
Var	3	9,2	7	22,2	32	98,3
Vaucluse	0	0	2	9,3	4	18
Vendée	3	8,4	0	0	5	14,1
Vienne	4	19,7	3	15,3	5	24,6
Vienne (Haute-)	3	10,2	4	14,1	13	44,5
Vosges	7	22,5	69	229	8	25,7
Yonne	2	8,6	1	4,4	4	17,3

Poliomyélite.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES

Quatrième 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	Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	6	22,4	1	3,8	0	0
Aisne	5	12,1	1	2,5	0	0
Allier	1	3,1	0	0	0	0
Alpes (Basses-)	0	0	0	0	0	0
Alpes (Hautes-)	0	0	1	13,8	1	13,4
Alpes-Maritimes	0	0	1	2,6	1	2,5
Ardèche	2	9	0	0	2	9
Ardennes	1	4,4	0	0	0	0
Ariège	0	0	0	0	0	0
Aube	0	0	0	0	1	4,7
Aude	0	0	0	0	1	4
Aveyron	1	3,7	1	3,8	2	7,4
Belfort (Terr. de)	0	0	1	13,1	0	0
Bouches-du-Rhône	10	11,6	6	7,2	1	1,1
Calvados	2	5,4	0	0	2	5,4
Cantal	1	6,1	0	0	1	6,1
Charente	1	3,6	0	0	2	7,3
Charente-Maritime	2	5,4	1	2,7	1	2,7
Cher	0	0	1	4,1	0	0
Corrèze	5	22,7	0	0	1	4,5
Corse	2	8,6	0	0	0	0
Côte-d'Or	1	3,3	0	0	2	6,6
Côtes-du-Nord	0	0	3	6,6	0	0
Creuse	3	18,7	0	0	0	0
Dordogne	3	8,9	0	0	1	2,9
Doubs	3	11	1	3,8	0	0
Drôme	3	12,8	0	0	0	0
Eure	2	7	3	10,9	2	7
Eure-et-Loir	0	0	0	0	0	0
Finistère	2	3,1	1	1,6	1	1,5
Gard	1	2,9	1	3	0	0
Garonne (Haute-)	1	2,2	1	2,3	0	0
Gers	2	12,1	0	0	0	0
Gironde	4	5,2	1	1,3	2	2,6
Hérault	7	17,3	1	2,5	0	0
Ille-et-Vilaine	3	5,7	1	1,9	2	3,8
Indre	1	4,5	1	4,7	0	0
Indre-et-Loire	2	6,4	0	0	0	0
Isère	3	5,9	0	0	2	3,9
Jura	1	5,2	0	0	0	0
Landes	3	14	0	0	1	4,6
Loir-et-Cher	0	0	1	4,8	1	4,6
Loire	4	7,1	1	1,8	2	3,5
Loire (Haute-)	0	0	2	10,5	0	0
Loire-Inférieure	2	3,3	2	3,4	2	3,3
Loiret	0	0	0	0	0	0
Lot	3	22,6	1	7,7	0	0
Lot-et-Garonne	0	0	1	4,4	1	4,3
Lozère	0	0	1	13,1	0	0
Maine-et-Loire	2	4,4	2	4,6	1	2,2

STATISTIQUES CONCERNANT LA POLIOMYÉLITE (suite).

Départements	Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Manche	6	15,1	0	0	0	0
Marne	0	0	1	2,9	0	0
Marne (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Mayenne	0	0	1	4,4	0	0
Meurthe-et-Moselle	0	0	2	4,2	1	2
Meuse	2	11,6	0	0	0	0
Morbihan	0	0	0	0	0	0
Moselle	7	12,3	1	1,8	6	10,5
Nièvre	0	0	0	0	0	0
Nord	1	0,5	2	1,1	2	1,1
Oise	3	8,3	1	2,8	2	5,5
Orne	0	0	0	0	0	0
Pas-de-Calais	4	3,7	0	0	3	2,7
Puy-de-Dôme	4	9,6	0	0	1	2,4
Pyrénées (Basses-)	1	2,7	0	0	0	0
Pyrénées (Hautes-)	0	0	0	0	0	0
Pyrénées-Orientales	0	0	0	0	0	0
Rhin (Bas-)	5	8,4	2	3,4	3	5
Rhin (Haut-)	3	7,2	6	15	0	0
Rhône	8	9,7	1	1,2	0	0
Saône (Haute-)	2	11	0	0	0	0
Saône-et-Loire	4	9	4	9,3	3	6,7
Sarthe	2	5,3	2	5,5	0	0
Savoie	3	14,3	0	0	0	0
Savoie (Haute-)	1	4,1	0	0	0	0
Seine	20	4,6	8	1,9	9	2,1
Seine-Inférieure	4	5,1	2	2,6	2	2,5
Seine-et-Marne	2	5,5	3	8,6	1	2,7
Seine-et-Oise	4	3,1	2	1,6	1	0,7
Sèvres (Deux-)	0	0	1	3,7	0	0
Somme	1	2,5	0	0	0	0
Tarn	0	0	0	0	2	7,6
Tarn-et-Garonne	1	6,8	1	7	0	0
Var	4	12,2	0	0	0	0
Vaucluse	0	0	1	4,6	0	0
Vendée	3	8,4	0	0	3	8,4
Vienne	0	0	0	0	0	0
Vienne (Haute-)	5	17,1	1	3,5	0	0
Vosges	3	9,6	0	0	0	0
Yonne	0	0	1	4,4	0	0

Méningite cérébro-spinale.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES
Quatrième 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	Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	0	0	0	0	1	3,7
Aisne	0	0	0	0	2	4,8
Allier	0	0	1	3,2	0	0
Alpes (Basses-)	0	0	0	0	0	0
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	1	2,5	0	0	0	0
Ardèche	0	0	0	0	0	0
Ardennes	0	0	0	0	0	0
Ariège	0	0	0	0	0	0
Aube	0	0	0	0	0	0
Aude	0	0	0	0	0	0
Aveyron	0	0	0	0	0	0
Belfort (Terr. de)	0	0	0	0	0	0
Bouches-du-Rhône	1	1,1	3	3,6	1	1,1
Calvados	0	0	2	5,6	0	0
Cantal	0	0	0	0	0	0
Charente	0	0	0	0	0	0
Charente-Maritime	0	0	1	2,7	0	0
Cher	0	0	0	0	0	0
Corrèze	0	0	1	4,7	0	0
Corse	1	4,3	0	0	0	0
Côte-d'Or	0	0	0	0	0	0
Côtes-du-Nord	1	2,1	0	0	1	2,1
Creuse	0	0	0	0	0	0
Dordogne	0	0	0	0	0	0
Doubs	0	0	0	0	1	3,6
Drôme	1	4,2	0	0	0	0
Eure	2	7	0	0	1	3,5
Eure-et-Loir	0	0	0	0	0	0
Finistère	1	1,5	0	0	1	1,5
Gard	0	0	0	0	0	0
Garonne (Haute-)	0	0	1	2,2	0	0
Gers	0	0	0	0	1	6
Gironde	2	2,6	2	2,7	2	2,6
Hérault	0	0	0	0	0	0
Ille-et-Vilaine	3	5,7	0	0	2	3,8
Indre	0	0	0	0	0	0
Indre-et-Loire	0	0	0	0	1	3,2
Isère	4	7,9	1	2	1	1,9
Jura	1	5,2	0	0	0	0
Landes	0	0	0	0	0	0
Loir-et-Cher	0	0	0	0	1	4,6
Loire	1	1,7	2	3,6	0	0
Loire (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Loire-Inférieure	0	0	0	0	0	0
Loiret	0	0	0	0	0	0
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	0	0	0	0

STATISTIQUES CONCERNANT LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE (suite).

Départements	Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Manche	1	2,5	1	2,6	0	0
Marne	0	0	0	0	0	0
Marne (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Mayenne	0	0	2	8,9	0	0
Meurthe-et-Moselle	2	4,1	0	0	1	2
Meuse	0	0	0	0	0	0
Morbihan	0	0	1	2,2	2	4,4
Moselle	0	0	0	0	0	0
Nièvre	0	0	0	0	0	0
Nord	3	1,7	1	0,5	1	0,5
Oise	3	8,3	0	0	1	2,7
Orne	0	0	1	4,2	1	4
Pas-de-Calais	0	0	4	3,8	0	0
Puy-de-Dôme	0	0	0	0	0	0
Pyrénées (Basses-)	1	2,7	0	0	0	0
Pyrénées (Hautes-)	0	0	0	0	0	0
Pyrénées-Orientales	0	0	0	0	0	0
Rhin (Bas-)	0	0	1	1,7	0	0
Rhin (Haut-)	0	0	0	0	0	0
Rhône	1	1,2	0	0	0	0
Saône (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Saône-et-Loire	0	0	0	0	3	6,7
Sarthe	0	0	0	0	0	0
Savoie	0	0	0	0	0	0
Savoie (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Seine	13	3	4	0,9	13	3
Seine-Inférieure	1	1,2	0	0	2	2,5
Seine-et-Marne	0	0	0	0	1	2,7
Seine-et-Oise	3	2,3	5	4,1	2	1,5
Sèvres (Deux-)	0	0	0	0	0	0
Somme	0	0	0	0	1	2,5
Tarn	0	0	1	3,9	0	0
Tarn-et-Garonne	0	0	0	0	0	0
Var	0	0	0	0	0	0
Vaucluse	0	0	0	0	0	0
Vendée	0	0	0	0	1	2,8
Vienne	0	0	0	0	3	14,8
Vienne (Haute-)	0	0	0	0	1	3,4
Vosges	0	0	0	0	0	0
Yonne	1	4,3	0	0	0	0

Fièvre ondulante.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES

Quatrième 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	Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	0	0	1	3,8	0	0
Aisne	0	0	0	0	0	0
Allier	0	0	0	0	0	0
Alpes (Basses-)	1	13,8	0	0	4	55,5
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	1	13,4
Alpes-Maritimes	0	0	1	2,6	0	0
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	0	0	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	1	1,2	4	4,6
Calvados	0	0	1	2,8	1	2,7
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	0	0	0	0
Corrèze	0	0	0	0	0	0
Corse	7	30,3	3	13,4	10	43,2
Côte-d'Or	2	6,6	0	0	0	0
Côtes-du-Nord	0	0	0	0	0	0
Creuse	0	0	0	0	0	0
Dordogne	0	0	0	0	1	2,9
Doubs	0	0	0	0	1	3,6
Drôme	0	0	2	8,8	0	0
Eure	0	0	0	0	0	0
Eure-et-Loir	0	0	0	0	0	0
Finistère	0	0	0	0	0	0
Gard	2	5,8	1	3	1	2,9
Garonne (Haute-)	0	0	1	2,3	1	2,2
Gers	0	0	0	0	0	0
Gironde	0	0	0	0	0	0
Hérault	6	14,8	3	7,6	0	0
Ille-et-Vilaine	0	0	0	0	0	0
Indre	0	0	0	0	0	0
Indre-et-Loire	0	0	0	0	0	0
Isère	0	0	1	2	0	0
Jura	0	0	0	0	0	0
Landes	0	0	0	0	0	0
Loir-et-Cher	0	0	0	0	0	0
Loire	1	1,7	0	0	0	0
Loire (Haute-)	0	0	1	5,2	0	0
Loire-Inférieure	0	0	0	0	0	0
Loiret	0	0	0	0	0	0
Lot	0	0	0	0	0	0
Lot-et-Garonne	2	8,6	4	17,8	0	0
Lozère	0	0	0	0	0	0
Maine-et-Loire	0	0	3	6,9	0	0

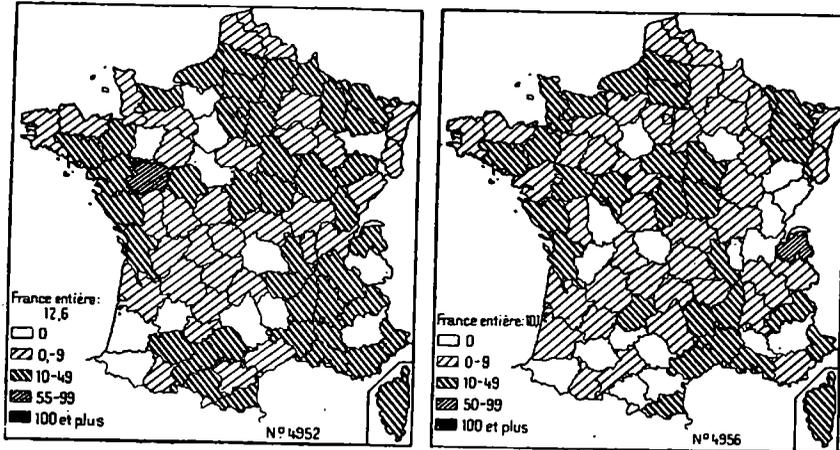
STATISTIQUES CONCERNANT LA FIÈVRE ONDULANTE (suite).

Départements	Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Manche	2	5	0	0	0	0
Marne	0	0	0	0	0	0
Marne (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Mayenne	0	0	0	0	0	0
Meurthe-et-Moselle	1	2	0	0	1	2
Meuse	1	5,8	3	18,1	2	11,6
Morbihan	0	0	0	0	0	0
Moselle	3	5,2	1	1,8	0	0
Nièvre	1	4,6	0	0	0	0
Nord	0	0	2	1,1	1	0,5
Oise	1	2,7	1	2,8	0	0
Orne	0	0	0	0	0	0
Pas-de-Calais	0	0	0	0	1	0,9
Puy-de-Dôme	0	0	1	2,4	0	0
Pyrénées (Basses-)	0	0	1	2,8	0	0
Pyrénées (Hautes-)	1	5,7	0	0	0	0
Pyrénées-Orientales	0	0	0	0	2	10
Rhin (Bas-)	1	1,6	0	0	0	0
Rhin (Haut-)	0	0	0	0	0	0
Rhône	1	1,2	1	1,2	0	0
Saône (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Saône-et-Loire	0	0	0	0	0	0
Sarthe	0	0	0	0	0	0
Savoie	0	0	0	0	0	0
Savoie (Haute-)	1	4,1	2	8,5	1	4,1
Seine	0	0	1	0,2	1	0,2
Seine-Inférieure	0	0	0	0	0	0
Seine-et-Marne	0	0	1	2,8	1	2,7
Seine-et-Oise	0	0	0	0	0	0
Sèvres (Deux-)	0	0	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	0	0	0	0	0	0
Vaucluse	0	0	0	0	1	4,5
Vendée	1	2,8	0	0	0	0
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

Typhoïde.

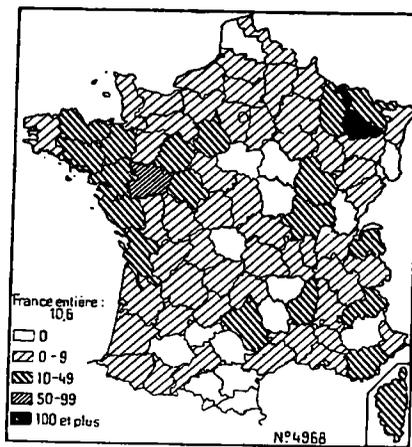
MORBIDITÉ

INDICE CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS ET RAPPORTÉ A LA BASE ANNUELLE



Octobre 1952.

Novembre 1952.

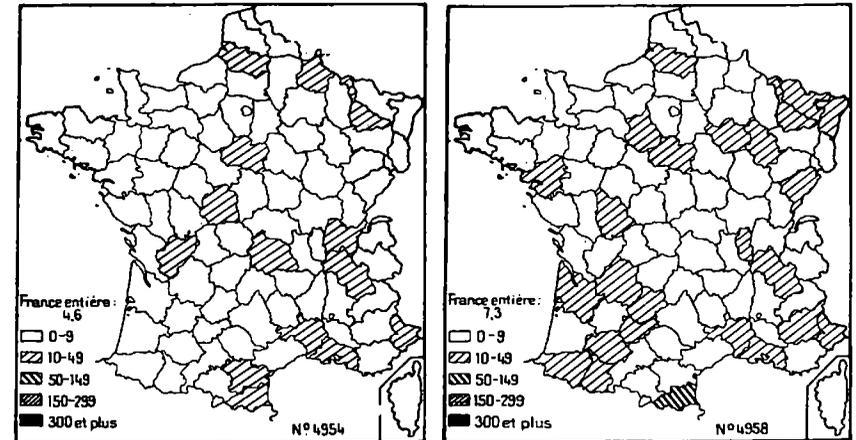


Décembre 1952.

Diphtérie.

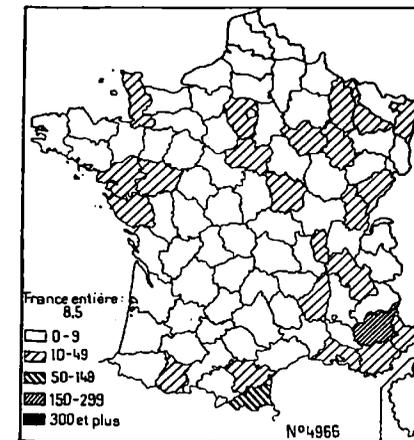
MORBIDITÉ

INDICE CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS ET RAPPORTÉ A LA BASE ANNUELLE



Octobre 1952.

Novembre 1952.

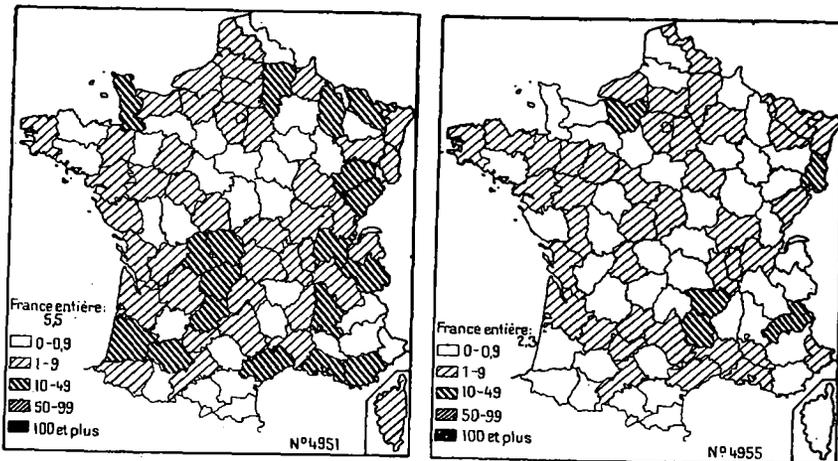


Décembre 1952.

Poliomyélite.

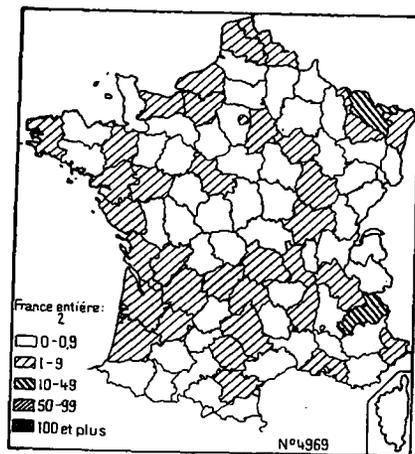
MORBIDITÉ

INDICE CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS ET RAPPORTÉ A LA BASE ANNUELLE



Octobre 1952.

Novembre 1952.

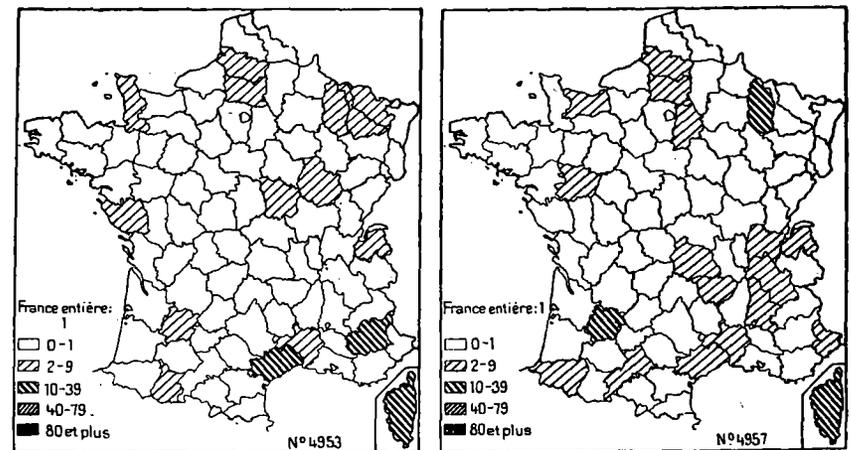


Décembre 1952.

Fièvre ondulante.

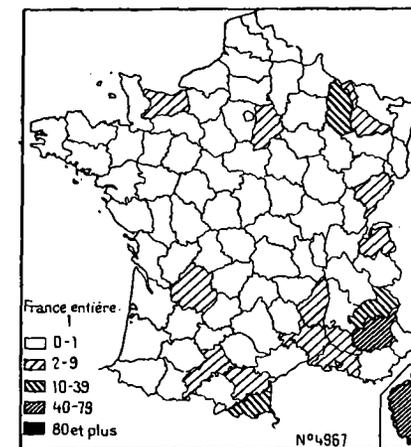
MORBIDITÉ

INDICE CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS ET RAPPORTÉ A LA BASE ANNUELLE



Octobre 1952.

Novembre 1952.

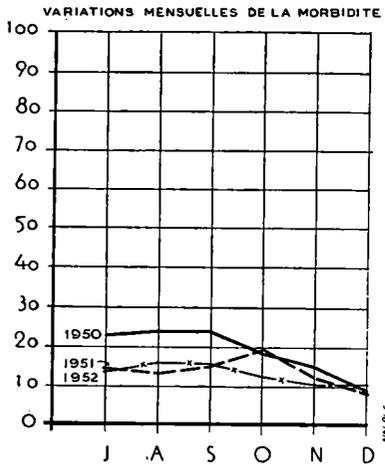


Décembre 1952.

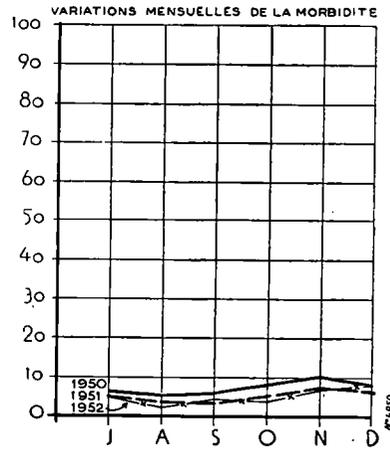
Graphiques épidémiologiques.

Deuxièmes semestres 1950, 1951 et 1952.

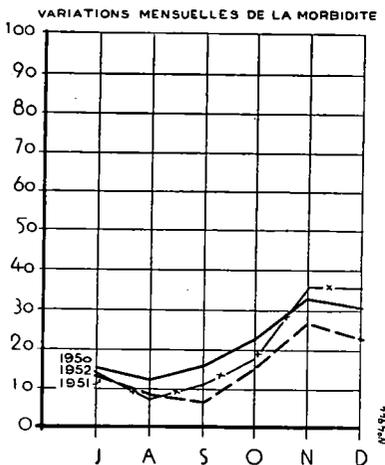
TYPHOÏDE



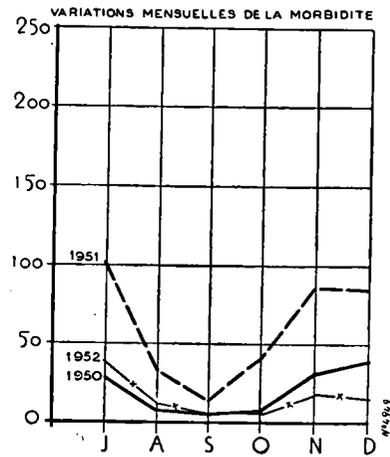
DIPHTÉRIE



SCARLATINE



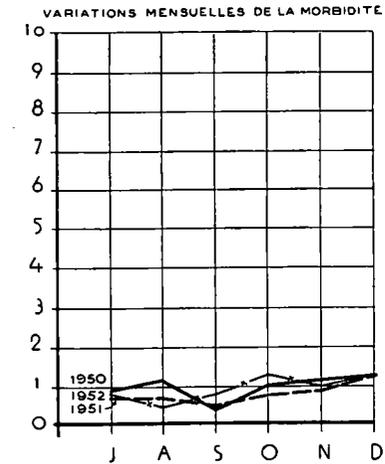
ROUGEOLE



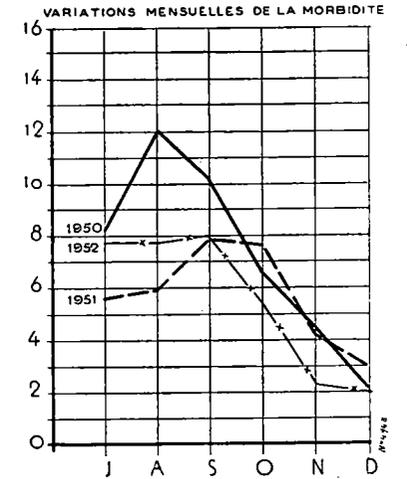
Graphiques épidémiologiques (suite).

Deuxièmes semestres 1950, 1951 et 1952.

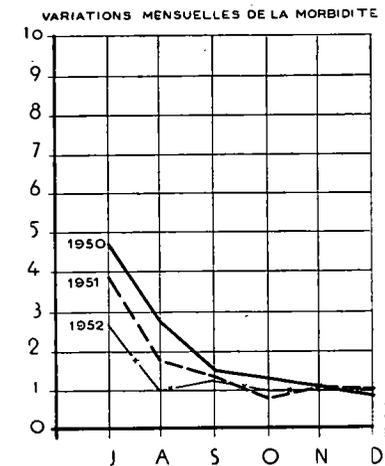
MENINGITE CÉRÉBRO-SPINALE



POLIOMYÉLITE



FIÈVRE ONDULANTE



STATISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ANNUELLES

POUR LA FRANCE ENTIÈRE

NOMBRE DE CAS ET INDICE DE MORBIDITÉ 1951-1952

I. M. = Indice de morbidité calculée sur la base annuelle, rapporté à 100 000 habitants

TYPHOÏDE				SCARLATINE			
1951		1952		1951		1952	
N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.
5 393	12,7	5 944	14	8 073	19,1	8 693	20,5
ROUGEOLE				DIPHTÉRIE			
1951		1952		1951		1952	
N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.
40 229	95,3	26 479	62,4	2 689	6,3	2 547	6
MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE				POLIOMYÉLITE			
1951		1952		1951		1952	
N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.
586	1,3	579	1,3	1 493	3,5	1 665	3,9
FIÈVRE ONDULANTE				COQUELUCHE			
1951		1952		1951		1952	
N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.
1 104	2,6	1 077	2,5	4 539	10,7	7 492	17,6
TÉTANOS				TULARÉMIE			
1951		1952		1951		1952	
N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.
407	0,9	411	0,9	64	0,1	49	0,1

ÉVOLUTION GÉNÉRALE
DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES EN FRANCE
au cours de l'année 1952.

1° *Infections typhiques.* — Plusieurs poussées épidémiques se sont succédé en France au cours de l'année 1952.

a) En janvier, la maladie 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. Leur origine ostréaire est apparue probable. Quelques cas analogues ont été observés au même moment en Gironde.

b) Du 15 mars au 15 mai, plusieurs poussées épidémiques sont apparues dans les départements de l'Ouest, siège d'une endémie typhique permanente. Le Maine-et-Loire, le Morbihan, la Loire-Inférieure et la Vendée ont été atteints. Il s'est agi presque toujours de *S. paratyphi B*, type Jersey, sauf dans la Loire-Inférieure, où quelques cas relevaient du bacille d'Eberth. Au même moment, des cas dispersés étaient observés dans la Marne et dans la Seine. Il y a lieu de remarquer que ce dernier département reçoit de la région de l'Ouest une quantité importante de beurre, de légumes et de fruits.

c) Au début de juillet, une petite épidémie s'est développée dans l'Aisne.

d) Au cours de la deuxième quinzaine d'août, une épidémie importante est apparue dans la région de Montbrison (Loire). Le nombre des cas déclarés dans ce département s'est élevé au mois d'août à 130. L'origine hydrique était vraisemblable.

e) Au début d'octobre, le Maine-et-Loire a été à nouveau le siège d'une poussée épidémique, particulièrement dans la région de Cholet. Fin octobre, la Charente-Maritime était atteinte à son tour.

f) La deuxième quinzaine de décembre a vu apparaître une poussée

épidémique en Meurthe-et-Moselle, surtout dans la région de Toul. Il s'est agi de *S. paratyphi* de type Dundee. L'origine hydrique de l'épidémie est suspectée.

2° *Poliomyélite*. — Les premières semaines de janvier ont été marquées par la persistance, malgré la saison froide, de quelques cas isolés dans les départements très touchés par l'épidémie estivo-automnale de 1951 (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. Les mois de février et mars ne furent marqués que par un très petit nombre de déclarations, et l'indice de 2,7 en janvier passait à 1,2 en mars.

Dès avril, cependant, une certaine recrudescence se faisait jour avec une petite poussée épidémique dans le territoire de Belfort, une assez forte poussée dans les Bouches-du-Rhône, des cas isolés dans de nombreux départements. L'indice s'élevait à 4,6 en juin, alors qu'il était seulement de 1,9 pendant le mois correspondant de 1951.

Les mois d'été virent l'épidémie des Bouches-du-Rhône se développer au cours du mois de juillet, régresser en août et présenter une légère recrudescence en septembre. Du 15 juillet au 15 août, une trentaine de cas furent déclarés dans la Marne et des indices de morbidité élevés, supérieurs à 30, étaient encore notés dans certains départements : Hautes-Alpes, Isère (siège d'une importante épidémie en 1951), Loir-et-Cher, Hautes-Pyrénées, Savoie, Seine-et-Marne. Le quatrième trimestre, par contre, a vu brusquement diminuer le nombre des déclarations. Fin octobre, quelques cas sont apparus dans le Doubs et, au cours de la première quinzaine de novembre, à Mulhouse où une école dut être fermée. Au total, la poliomyélite a présenté en 1952, en France, une évolution épidémique plus précoce, mais moins durable qu'en 1951. Le nombre total des cas, supérieur de 170 environ à celui de 1951, n'a cependant pas atteint le chiffre de 1950, un des plus élevés observés en France. Il est à remarquer que notre pays a été, proportionnellement, beaucoup moins atteint que la Belgique, la Hollande, l'Allemagne de l'Ouest et le Danemark.

3° *Variole*. — A la fin du mois de février a éclaté à Marseille une épidémie de variole qui s'est développée au cours du mois de mars et s'est terminée vers le 10 avril. Au total, elle s'est soldée 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, on a seulement noté des formes bénignes. La vaccination et la revaccination ont été rendues obligatoires dans les Bouches-du-Rhône d'abord, en Vaucluse par la suite. 650 000 vaccinations ont été pratiquées dans la seule ville de Marseille.

L'origine de l'épidémie était liée à un cas de variole survenu chez un militaire rapatrié d'Indochine.

Alors que se développait l'épidémie des Bouches-du-Rhône, apparaissait, dans la deuxième quinzaine de mars, un nouveau cas dans l'Aisne. Il s'agissait d'une forme bénigne pour laquelle fut d'abord porté le diagnostic de varicelle. L'apparition d'un cas nouveau fit rectifier cette erreur et appliquer strictement les mesures prophylactiques. Au 15 mai, l'épidémie pouvait être considérée comme terminée; elle avait comporté 27 cas au total, dont 23 dans la même commune. Un petit foyer secondaire, apparu à Abbeville, s'est rapidement éteint grâce aux mesures prophylactiques.

4° *Diphthérie*. — Le nombre total des cas signalés est encore légèrement inférieur à celui de 1951. Quelques petites épidémies scolaires ont été observées : en janvier à Nantes et en décembre à Perpignan.

5° *Rougeole*. — Le nombre des cas est nettement inférieur à celui de 1951, année, il est vrai, qui fut marquée par une très forte épidémie.

6° *Scarlatine*. — Le nombre des cas est peu différent de celui de 1951. A signaler, toutefois, une petite épidémie dans la Meuse, en décembre.

7° La *méningite cérébro-spinale*, les *brucelloses*, les *spirochètoses*, appellent peu de commentaires, le nombre des cas déclarés étant voisin de celui de 1951.

8° En ce qui concerne le *tétanos*, le nombre de déclarations est légèrement supérieur à celui de 1951. Mais cette constatation ne doit être interprétée qu'avec réserve, un grand nombre de cas ayant pu échapper à la déclaration en 1951.

9° Le nombre des déclarations de *coqueluche* a nettement augmenté par rapport à 1951. Il est toutefois difficile de préciser la valeur de cette constatation : conséquence d'une réelle augmentation du nombre des cas, ou seulement d'une meilleure déclaration de la maladie.

10° *Tularémie*. — 49 cas ont été signalés, contre 64 en 1951, et 191 en 1950. Les départements où la maladie a été constatée sont la Meurthe-et-Moselle, la Moselle, la Seine-et-Marne, l'Orne, l'Indre, les Ardennes, l'Aube, la Somme.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

Années 1951-1952.

	1951	1952	Médian
Typhoïde	5 393	5 944	10 787
Diphthérie	2 689	2 547	7 235
Rougeole	40 229	26 479	31 315
Scarlatine	8 073	8 693	14 013
Méningite cérébro-spinale	586	579	756
Poliomyélite	1 493	1 665	1 551
Fièvre ondulante	1 104	1 077	1 400
Coqueluche	4 539	7 492	
Tétanos	407	411	
Tularémie	64	49	
Variole		75	

STATISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES (ANNÉES 1951-1952)

Mois	TYPHOÏDE				DIPHTÉRIE				MÉNINGITE C.-SPINALE			
	Nb. de cas		I. M.		Nb. de cas		I. M.		Nb. de cas		I. M.	
	1951	1952	1951	1952	1951	1952	1951	1952	1951	1952	1951	1952
Janvier	347	395	9,6	10,9	338	326	9,4	9	94	74	2,6	2
Février	284	332	8,7	9,8	269	193	8,3	5,7	74	65	2,2	1,9
Mars	356	441	9,9	12,2	267	247	7,4	6,8	85	95	2,3	2,6
Avril	433	516	12,2	14,8	224	207	6,4	5,9	51	60	1,4	1,7
Mai	435	729	12,1	20,2	221	175	6,1	4,8	53	48	1,4	1,3
Juin	531	641	15,3	18,4	184	189	5,3	5,4	46	22	1,3	0,6
Juillet	530	515	14,7	14,3	182	183	5	5	28	31	0,7	0,8
Août	502	606	14	16,8	150	127	4,1	3,5	26	20	0,7	0,5
Septembre	528	575	15,2	16,5	148	171	4,2	4,9	20	31	0,5	0,8
Octobre	705	456	19,6	12,6	206	168	5,7	4,6	31	49	0,8	1,3
Novembre	422	354	12,1	10,1	262	255	7,5	7,3	33	35	0,9	1
Décembre	320	384	8,9	10,6	237	306	6,6	8,5	45	49	1,2	1,3

Mois	FIÈVRE ONDULANTE				ROUGEOLE				SCARLATINE			
	Nb. de cas		I. M.		Nb. de cas		I. M.		Nb. de cas		I. M.	
	1951	1952	1951	1952	1951	1952	1951	1952	1951	1952	1951	1952
Janvier	51	61	1,4	1,6	2 105	5 308	58,7	148	1 160	903	32,3	25,1
Février	68	73	2,1	2,1	2 655	4 911	82	146	834	745	25,7	22,1
Mars	94	92	2,6	2,5	3 306	3 553	92,2	98,9	745	759	20,7	21,1
Avril	172	191	4,9	5,4	4 994	2 866	144	82,5	679	562	19,5	16,1
Mai	183	228	5,1	6,3	7 437	3 559	207	99	680	606	18,9	16,8
Juin	172	142	4,9	4,2	6 786	2 691	196	77,4	615	770	17,7	22,1
Juillet	143	98	3,9	2,7	3 625	1 373	101	38,1	449	464	12,5	12,8
Août	65	38	1,8	1	1 162	401	32,4	11,1	323	301	9	8,3
Septembre	52	43	1,4	1,2	510	183	14,4	5,2	253	359	7,2	10,3
Octobre	31	36	0,8	1	1 490	260	41,5	7,2	555	673	15,4	18,7
Novembre	35	38	1	1	3 043	707	87,7	20,3	940	1 245	27	35,8
Décembre	38	37	1	1	3 116	667	86,9	18,5	840	1 290	23,4	35,9

STATISTIQUES ANNUELLES DÉPARTEMENTALES

NOMBRE DE CAS ET INDICE DE MORBIDITÉ 1951-1952

I. M. = Indice de morbidité calculé sur la base annuelle, rapporté à 100 000 habitants.

Départements	TYPHOÏDE					DIPHTHÉRIE				
	Médian (1)	1951		1952		Médian (1)	1951		1952	
		N. cas	I. M.	N. cas	I. M.		N. cas	I. M.	N. cas	I. M.
Ain	35	32	10,1	37	11,7	89	14	4	23	7,3
Aisne	29	20	4,1	201	41,3	43	18	3,7	15	3
Allier	89	92	24,2	45	11,8	68	26	6,8	27	7,1
Alpes (Basses-)	18	11	12,9	0	0	32	24	28,2	23	27
Alpes (Hautes-)	28	34	38,6	28	31,8	20	1	1,1	1	1,1
Alpes-Maritimes	135	111	24,3	62	13,6	156	130	28,5	89	19,5
Ardèche	81	37	14,2	31	11,9	79	30	11,5	33	12,6
Ardennes	38	17	6,5	35	13,3	64	26	10	22	8,3
Ariège	25	5	3,4	18	12,2	21	6	4	4	2,7
Aube	21	10	4	18	7,2	103	57	23	31	12,4
Aude	97	23	8,3	15	5,4	41	20	7,2	16	5,7
Aveyron	46	12	3,8	8	2,5	78	14	4,4	4	1,2
Belfort (Terr. de)	109	14	15,2	10	10,7	23	8	8,6	2	2,1
Bouches-du-Rhône	321	141	14	101	9,9	256	147	14,6	94	9,2
Calvados	97	71	16,6	67	15,5	82	25	5,8	14	3,2
Cantal	21	19	9,8	13	6,7	21	8	4,1	4	2
Charente	55	22	6,8	10	3,1	44	12	3,7	11	3,4
Charente-Maritime	81	56	12,9	71	16,2	68	15	3,4	21	4,8
Cher	31	13	4,4	22	7,5	31	12	4,1	6	2
Corrèze	28	25	9,6	20	7,7	17	5	1,9	3	1,1
Corse	96	85	31,2	55	20,2	19	6	2,2	7	2,5
Côte-d'Or	80	23	6,5	42	11,8	124	28	8	24	6,7
Côtes-du-Nord	105	81	14,8	53	9,6	92	35	6,3	12	2,1
Creuse	37	27	14,2	16	8,4	17	3	1,5	3	1,5
Dordogne	38	40	10,1	29	7,3	35	13	3,2	19	4,7
Doubs	134	41	12,9	31	9,7	80	58	18,3	34	10,6
Drôme	74	40	14,5	18	6,5	58	26	9,4	32	11,5
Eure	57	26	7,8	31	9,2	104	13	3,9	8	2,3
Eure-et-Loir	84	25	9,2	29	10,6	23	10	3,7	24	8,8
Finistère	77	101	13,3	59	7,7	37	23	3	16	2,1
Gard	87	47	11,6	47	11,5	60	39	9,6	25	6,1
Garonne (Haute-)	86	36	6,8	14	8,3	109	14	2,6	20	3,7
Gers	25	8	4,1	11	5,6	15	12	6,2	13	6,6
Gironde	122	48	5,3	84	9,3	130	47	5,2	49	5,4
Hérault	210	57	12	52	10,9	67	17	3,5	13	2,7
Ille-et-Vilaine	210	266	43,7	153	24,9	116	35	5,7	51	8,3
Indre	41	34	13,1	38	14,6	27	13	5	11	4,2
Indre-et-Loire	54	24	6,5	30	8,1	46	13	3,5	19	5,1
Isère	105	73	12,3	80	13,4	125	52	8,7	60	10,1
Jura	28	37	16,5	43	19,1	45	11	4,9	9	4
Landes	25	11	4,3	14	5,5	37	5	1,9	8	3,1
Loir-et-Cher	32	10	3,9	12	4,7	23	4	1,5	3	1,1
Loire	270	130	19,7	279	42,1	173	56	8,5	43	6,4
Loire (Haute-)	60	20	8,6	19	8,2	30	9	3,8	16	6,8
Loire-Inférieure	310	158	22,5	347	48,9	170	67	9,5	160	22,5
Loiret	45	30	8,3	41	11,2	45	15	4,1	44	12
Lot	16	15	9,5	11	7	10	3	1,9	6	3,8
Lot-et-Garonne	46	12	4,4	108	39,5	37	7	2,5	19	6,9
Lozère	11	15	16,1	5	5,3	16	4	4,3	3	3,2
Maine-et-Loire	217	179	34,2	388	73,4	84	25	4,7	27	5,1
Manche	95	91	19,6	66	14,1	68	23	4,9	43	9,2
Marne	37	25	6	77	18,5	64	19	4,6	25	6
Marne (Haute-)	51	14	7,3	54	27,9	37	6	3,1	11	5,6
Mayenne	19	29	10,7	33	12,1	65	23	8,5	21	7,7
Meurthe-et-Moselle	252	96	17	145	25,3	64	38	6,7	68	11,9
Meuse	101	31	15,5	28	13,8	73	15	7,5	19	9,4
Morbihan	112	63	11,8	158	29,4	68	14	2,6	15	2,7
Moselle	203	256	38,7	130	19,4	105	44	6,6	28	4,1
Nièvre	54	14	5,5	20	7,8	65	23	9	11	4,3
Nord	222	77	3,8	114	5,5	316	106	5,2	88	4,3
Oise	146	31	7,4	62	14,6	46	9	2,1	12	2,8
Orne	44	53	18,4	17	5,8	72	22	7,6	15	5,1
Pas-de-Calais	108	50	3,9	33	2,5	186	90	7,1	77	6
Puy-de-Dôme	154	57	11,6	46	9,3	65	15	3	16	3,2
Pyrénées (Basses-)	47	12	2,8	16	3,7	40	22	5,1	9	2
Pyrénées (Hautes-)	51	28	13,5	12	5,8	31	22	10,6	15	7,2
Pyrénées-Orientales	71	33	14	37	15,7	15	5	2,1	50	21,2
Rhin (Bas-)	556	173	24,8	75	10,6	261	62	8,8	46	6,5
Rhin (Haut-)	73	40	8,2	20	4	167	52	10,7	35	7,1
Rhône	236	94	9,8	115	11,9	240	114	11,8	108	11,2
Saône (Haute-)	69	12	5,6	15	7	20	2	0,9	2	0,9
Saône-et-Loire	66	46	8,8	42	8	76	10	1,9	11	2

STATISTIQUES ANNUELLES DÉPARTEMENTALES (suite).

Départements	TYPHOÏDE					DIPHTÉRIE				
	Médian (1)	1951		1952		Médian (1)	1951		1952	
		N. cas	I. M.	N. cas	I. M.		N. cas	I. M.	N. cas	I. M.
Sarthe	62	33	7,5	33	7,5	45	13	2,9	23	5,2
Savoie	45	28	11,4	21	8,5	96	36	14,6	9	3,6
Savoie (Haute-)	41	57	20,2	64	22,5	110	19	6,7	23	8
Seine	1 174	538	10,7	562	11,1	551	205	4,1	176	3,5
Seine-Inférieure	153	143	15,8	130	14,2	162	62	6,8	70	7,6
Seine-et-Marne	55	18	4,2	51	12	28	8	1,8	12	2,8
Seine-et-Oise	361	167	11,3	175	11,8	217	133	9	90	6
Sèvres (Deux-)	58	24	7,3	49	14,8	33	11	3,3	3	0,9
Somme	117	62	13,3	107	22,8	69	26	5,6	46	9,8
Tarn	51	29	9,4	19	6,1	60	43	14	18	5,8
Tarn-et-Garonne	37	14	8,1	8	4,6	32	10	5,8	14	8
Var	253	143	37,4	74	19,2	125	44	11,5	31	8
Vaucluse	52	18	6,9	26	9,9	50	12	4,6	8	3
Vendée	140	150	36,2	187	44,8	51	27	6,5	25	5,9
Vienne	187	93	28,4	30	12,5	54	12	3,6	23	9,5
Vienne (Haute-)	83	22	6,4	53	15,4	43	6	1,7	15	4,3
Vosges	176	42	11,5	24	6,5	91	23	6,3	7	1,9
Yonne	43	23	8,4	35	12,8	27	3	1,1	8	2,9

(1) N.-B. — La moyenne arithmétique du nombre des cas déclarés au cours des cinq dernières années risquant de donner un chiffre trop influencé par les chiffres élevés des années épidémiques, nous publions, comme élément comparatif, un chiffre dit « médian », qui correspond à celui situé à égale distance du plus élevé et du plus bas dans la série statistique considérée.

ÉPIDÉMIOLOGIE

STATISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES (ANNÉES 1951-1952)

NOMBRE DE CAS ET INDICE DE MORBIDITÉ 1951-1952

I. M. = Indice de morbidité calculé sur la base annuelle, rapporté à 100 000 habitants.

Départements	ROUGEOLE					SCARLATINE				
	Médian (1)	1951		1952		Médian (1)	1951		1952	
		N. cas	I. M.	N. cas	I. M.		N. cas	I. M.	N. cas	I. M.
Ain	218	213	67,8	399	127	104	53	16,8	101	32
Aisne	445	1 066	222	264	54,3	138	88	18,3	137	28,1
Allier	190	326	86	347	93,9	94	74	19,5	43	11,3
Alpes (Basses-)	65	210	247	184	216	18	43	50,5	9	10,5
Alpes (Hautes-)	48	194	220	37	42	46	43	48,8	29	32,9
Alpes-Maritimes	121	528	116	568	125	209	120	26,3	80	17,5
Ardèche	30	49	18,9	72	27,6	16	36	13,8	30	11,5
Ardennes	200	1 052	445	107	40,6	57	47	18,1	24	9,1
Ariège	6	63	42,8	6	4	6	0	0	3	2
Aube	237	226	91,4	180	72,2	126	103	41,6	103	41,3
Aude	150	175	63,6	120	43,4	21	15	5,4	81	29,3
Aveyron	133	828	264	17	18,2	36	8	2,5	17	5,3
Belfort (Terr. de)	55	33	35,8	82	26	22	5	5,4	25	26,8
Bouches-du-Rhône	198	478	47,5	528	52,2	316	227	22,5	187	18,4

STATISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Départements	ROUGEOLE					SCARLATINE				
	Médian (1)	1951		1952		Médian (1)	1951		1952	
		N. cas	I. M.	N. cas	I. M.		N. cas	I. M.	N. cas	I. M.
Calvados	123	233	54,5	209	48,3	97	59	13,8	69	15,9
Cantal	37	123	64	775	402	30	12	6,2	10	5,1
Charente	23	337	105	1 003	312	47	25	7,8	33	10,2
Charente-Maritime	52	222	51,2	393	90,1	50	29	6,6	38	8,7
Cher	104	49	16,8	239	82,1	90	93	31,9	47	16,1
Corrèze	21	188	72,5	115	44,4	27	26	10	21	8,1
Corse	1	17	6,2	28	10,2	11	2	0,7	8	2,9
Côte-d'Or	144	683	195	382	108	116	63	18	60	16,9
Côtes-du-Nord	18	81	14,8	70	12,7	80	34	6,2	7	1,2
Creuse	36	49	25,9	81	42,8	17	25	13,3	28	14,8
Dordogne	181	233	58,8	262	65,9	41	13	3,2	50	12,5
Doubs	70	238	75,3	184	57,6	65	39	12,3	45	14,1
Drôme	18	127	46,1	140	50,7	63	45	16,3	35	12,6
Eure	242	333	101	125	37,4	157	58	17,5	46	13,7
Eure-et-Loir	190	136	50,3	310	114	112	72	26,6	64	23,5
Finistère	55	55	7,2	152	19,9	49	19	2,5	13	1,7
Gard	43	164	40,4	195	48	43	30	7,4	26	6,4
Garonne (Haute-)	95	1 004	194	39	7,3	101	64	12,1	40	7,5
Gers	35	291	151	118	60,8	49	15	7,8	27	13,9
Gironde	232	228	25,6	188	21	146	88	9,8	65	7,2
Hérault	57	212	44,6	90	18,8	50	49	10,3	47	9,8
Ille-et-Vilaine	156	280	46	228	37,1	206	102	16,7	66	10,7
Indre	64	113	43,7	113	43,6	75	29	11,2	63	24,3
Indre-et-Loire	44	129	35,3	38	10,3	99	48	13,1	33	8,9
Isère	97	345	58,3	170	28,6	205	218	36,8	123	20,7
Jura	72	117	52,2	99	44	32	17	7,5	20	8,8
Landes	64	119	47,2	383	152	21	37	14,6	11	4,3
Loir-et-Cher	23	388	154	236	93,6	44	37	14,7	38	15
Loire	151	422	64,1	284	42,9	197	169	25,6	202	30,5
Loire (Haute-)	61	227	98,2	30	12,9	37	20	8,6	20	8,6
Loire-Inférieure	90	282	40,1	479	67,5	209	177	25,2	149	21
Loiret	256	488	135	56	15,3	167	102	28,2	138	37,8
Lot	42	259	166	129	82,6	12	4	2,5	3	1,9
Lot-et-Garonne	83	368	135	112	41	85	13	4,7	14	5,1
Lozère	15	84	90,3	118	127	7	4	4,3	27	29
Maine-et-Loire	128	682	130	881	167	175	103	19,6	111	21

Manche	113	754	163	700	150	47	13	18,3	53	11,3
Marne	292	576	140	269	64,9	110	76	18,5	164	39,6
Marne (Haute-)	97	448	234	102	52,8	41	24	12,5	35	18,1
Mayenne	12	186	68,8	54	49,2	63	33	12,2	37	13,6
Meurthe-et-Moselle	434	914	162	682	119	356	72	12,7	96	16,8
Meuse	89	147	73,5	124	61,3	70	41	20,5	99	49
Morbihan	66	101	18,9	330	61,5	65	20	3,7	44	8,2
Moselle	369	890	135	729	109	165	107	16,1	69	10,3
Nièvre	264	160	63,2	190	75	152	28	11	40	15,8
Nord	1 867	1 635	80,9	1 111	54,4	685	383	18,9	413	20,2
Oise	216	256	61,2	99	23,4	178	64	15,3	111	26,3
Orne	39	92	32	107	37	77	32	11,1	36	12,4
Pas-de-Calais	648	945	75,2	779	61,2	221	125	9	99	7,7
Puy-de-Dôme	144	105	52,7	83	16,9	45	37	7,5	42	8,5
Pyrénées (Basses-)	108	12	2,8	99	23	28	14	3,2	24	5,5
Pyrénées (Hautes-)	32	933	453	35	16,9	29	58	28,1	24	11,6
Pyrénées-Orientales	34	218	92,7	31	13,1	18	6	2,5	7	2,9
Rhin (Bas-)	285	547	78,4	489	69,6	268	195	27,9	192	27,3
Rhin (Haut-)	198	637	131	255	52,2	149	139	28,6	131	26,8
Rhône	506	962	100	608	63	605	476	49,6	649	67,3
Saône (Haute-)	47	47	22,2	85	39,9	16	17	8	11	5,1
Saône-et-Loire	195	367	70,5	354	67,5	78	115	22,1	76	14,5
Sarthe	63	138	31,7	235	53,5	110	85	19,5	77	17,5
Savoie	5	162	66,1	145	58,7	141	45	18,3	34	13,7
Savoie (Haute-)	1 170	123	43,6	251	88,3	225	105	37,2	103	36,2
Seine	5 003	8 311	166	4 060	80,7	3 779	1 823	36,5	1 879	37,3
Seine-Inférieure	392	299	33,1	97	10,6	408	110	12,2	164	10,9
Seine-et-Marne	287	755	178	211	49,6	151	67	15,8	107	25,1
Seine-et-Oise	930	1 419	96,6	724	49	881	524	35,6	706	47,8
Sèvres (Deux-)	27	123	37,6	99	30	32	10	3	23	6,9
Somme	96	303	65,3	73	15,5	137	66	14,2	52	11,1
Tarn	124	680	222	124	40,3	69	23	7,5	63	20,5
Tarn-et-Garonne	66	632	367	45	26	44	34	19,7	14	8
Var	269	328	85,8	704	183	70	94	24,6	107	27,8
Vaucluse	113	81	31,1	103	39,4	21	14	5,3	14	5,3
Vendée	10	372	89,8	203	48,6	71	30	7,2	28	6,7
Vienne	49	156	47,7	10	4,1	58	13	3,9	28	11,7
Vienne (Haute-)	30	109	31,7	128	37,2	71	13	3,7	31	9
Vosges	163	73	20,1	286	77,9	86	35	9,6	1 131	35,6
Yonne	286	213	78,5	221	81,2	53	32	11,8	14	5,1

(1) N.-B. — La moyenne arithmétique du nombre des cas déclarés au cours des cinq dernières années risquant de donner un chiffre trop influencé par les chiffres élevés des années épidémiques, nous publions, comme élément comparatif, un chiffre dit « médian », qui correspond à celui situé à égale distance du plus élevé et du plus bas dans la série statistique considérée.

STATISTIQUES ANNUELLES DÉPARTEMENTALES

NOMBRE DE CAS ET INDICE DE MORBIDITÉ 1951-1952

I. M. = Indice de morbidité calculé sur la base annuelle, rapporté à 100 000 habitants.

Table with 16 columns: Départements, Médian (1), 1951 (N. cas, I. M.), 1952 (N. cas, I. M.), Médian (1), 1951 (N. cas, I. M.), 1952 (N. cas, I. M.), Médian (1), 1951 (N. cas, I. M.), 1952 (N. cas, I. M.). Rows include departments like Ain, Aisne, Allier, etc., up to Saône-et-Loire.

STATISTIQUES ANNUELLES DÉPARTEMENTALES (suite).

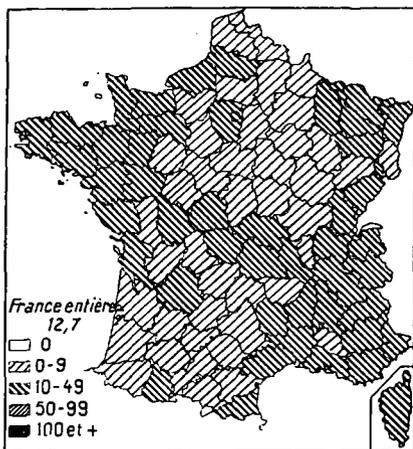
Départements	POLIOMYÉLITE				MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE				FIÈVRE ONDULANTE						
	Médian (1)	1951		1952		Médian (1)	1951		1952		Médian (1)	1951		1952	
		N. cas	I. M.	N. cas	I. M.		N. cas	I. M.	N. cas	I. M.		N. cas	I. M.	N. cas	I. M.
Sarthe	18	15	3,4	30	6,8	4	2	0,4	5	1,1	4	3	0,6	4	0,9
Savoie	12	10	4	31	12,5	6	2	0,8	2	0,8	32	12	4,8	16	6,4
Savoie (Haute-)	6	11	3,9	19	6,6	5	5	1,7	5	1,7	10	12	4,2	16	5,6
Seine	151	114	2,2	143	2,8	123	70	0,1	103	2	4	8	0,1	9	0,1
Seine-Inférieure	47	12	1,3	36	3,9	16	9	0,9	10	1,3	0	0	0	0	0
Seine-et-Marne	13	8	1,8	27	6,3	7	4	0,9	5	1,1	11	5	1,1	7	1,6
Seine-et-Oise	61	43	2,9	43	2,9	31	24	1,6	40	2,7	3	3	0,2	1	0,06
Sèvres (Deux-)	8	3	0,9	17	5,1	4	1	0,3	0	0	0	1	0,3	1	0,3
Somme	8	5	1	9	1,9	6	9	1,9	4	0,8	2	3	0,6	8	1,7
Tarn	2	10	3,2	7	2,2	6	4	1,3	2	0,6	3	7	2,2	8	2,6
Tarn-et-Garonne	3	3	1,7	4	2,3	3	3	1,7	1	0,5	5	4	2,3	4	2,3
Var	4	2	0,5	15	3,9	10	6	1,5	3	0,7	59	27	7	15	3,9
Vaucluse	3	12	4,6	19	7,2	1	2	0,7	3	1,1	22	9	3,4	15	5,7
Vendée	13	5	1,2	19	4,5	6	4	0,9	7	1,6	1	12	3,8	13	3,1
Vienne	11	8	2,4	11	4,6	5	3	0,9	6	2,5	1	1	0,3	0	0
Vienne (Haute-)	5	8	2,3	20	5,8	1	7	2	1	0,2	1	2	0,5	0	0
Vosges	10	18	4,9	13	3,5	2	0	0	1	0,2	3	4	1,1	3	0,8
Yonne	16	5	1,8	10	3,6	3	2	0,7	2	0,7	2	1	0,3	1	0,3

(1) N.-B. — La moyenne arithmétique du nombre des cas déclarés au cours des cinq dernières années risquant de donner un chiffre trop influencé par les chiffres élevés des années épidémiques, nous publions, comme élément comparatif, un chiffre dit « médian », qui correspond à celui situé à égale distance du plus élevé et du plus bas dans la série statistique considérée.

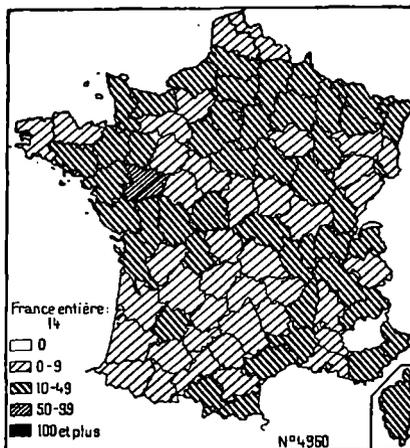
ANNÉE 1951-1952

INDICE ANNUEL DE MORBIDITÉ CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS

Typhoïde.

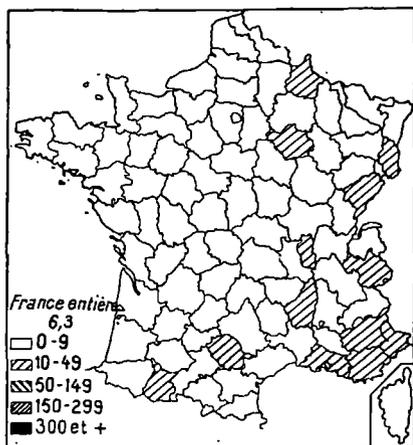


1951.

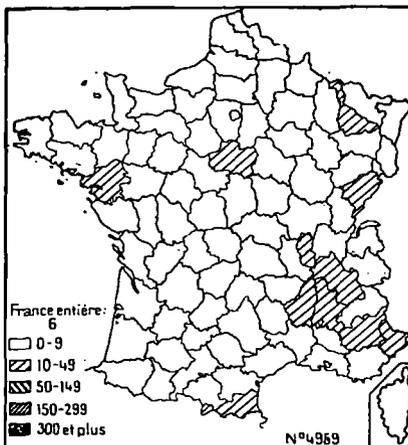


1952.

Diphthérie.



1951.

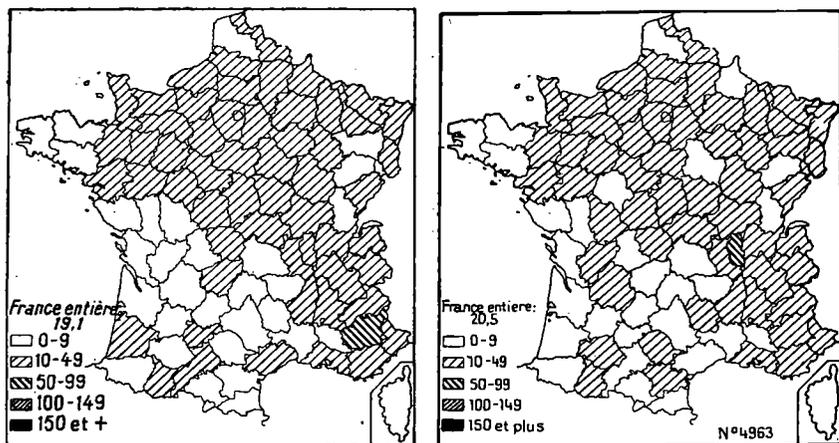


1952.

ANNÉE 1951-1952

INDICE ANNUEL DE MORBIDITÉ CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS

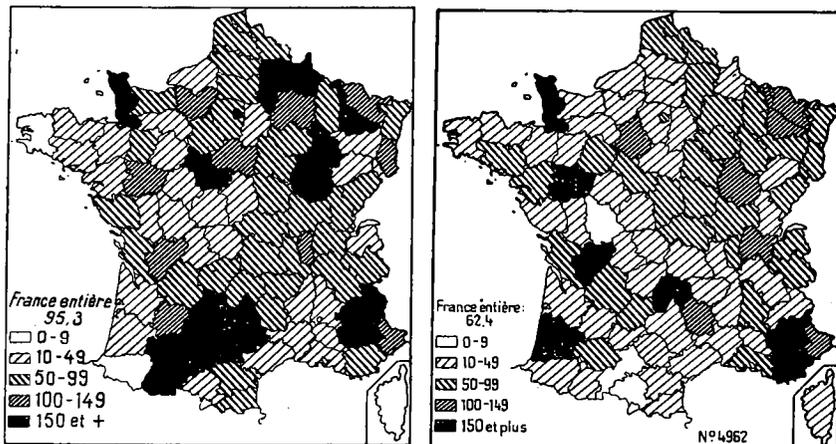
Scarlatine.



1951.

1952.

Rougeole.



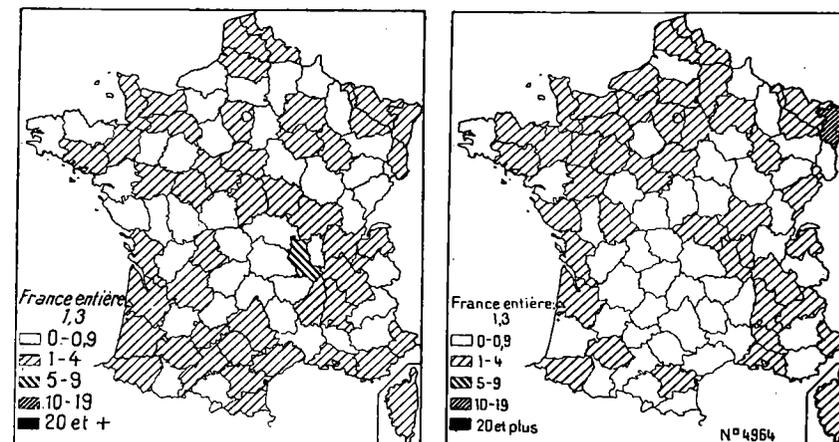
1951.

1952.

ANNÉE 1951-1952

INDICE ANNUEL DE MORBIDITÉ CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS

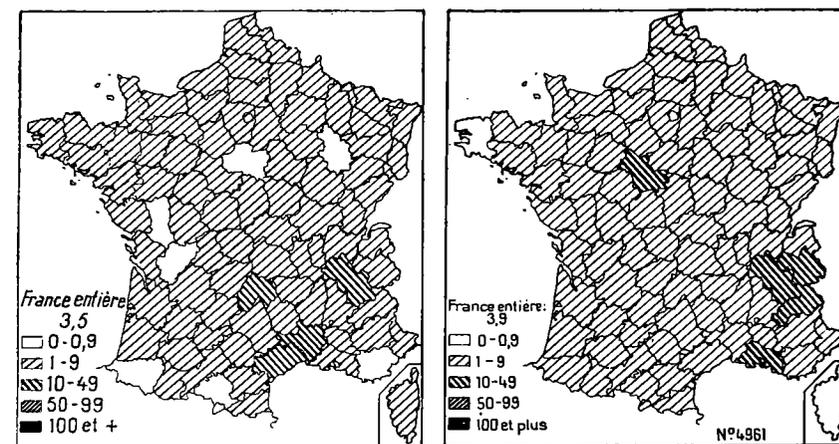
Méningite cérébro-spinale.



1951.

1952.

Poliomyélite.



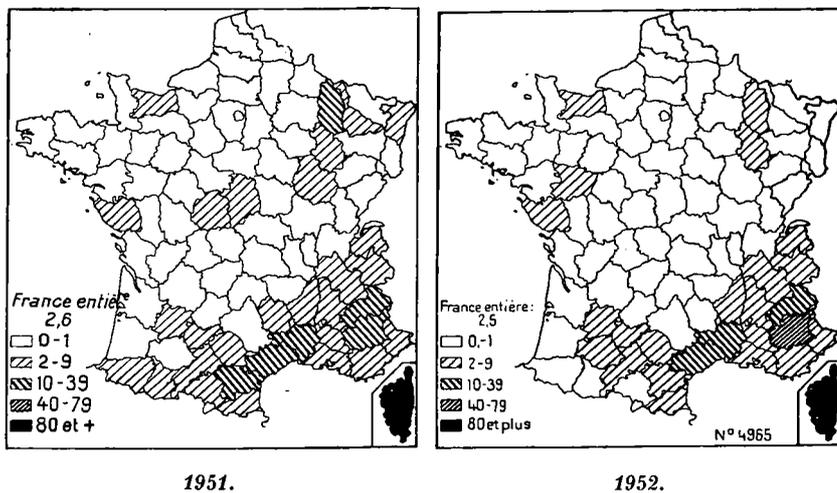
1951.

1952.

ANNÉE 1951-1952

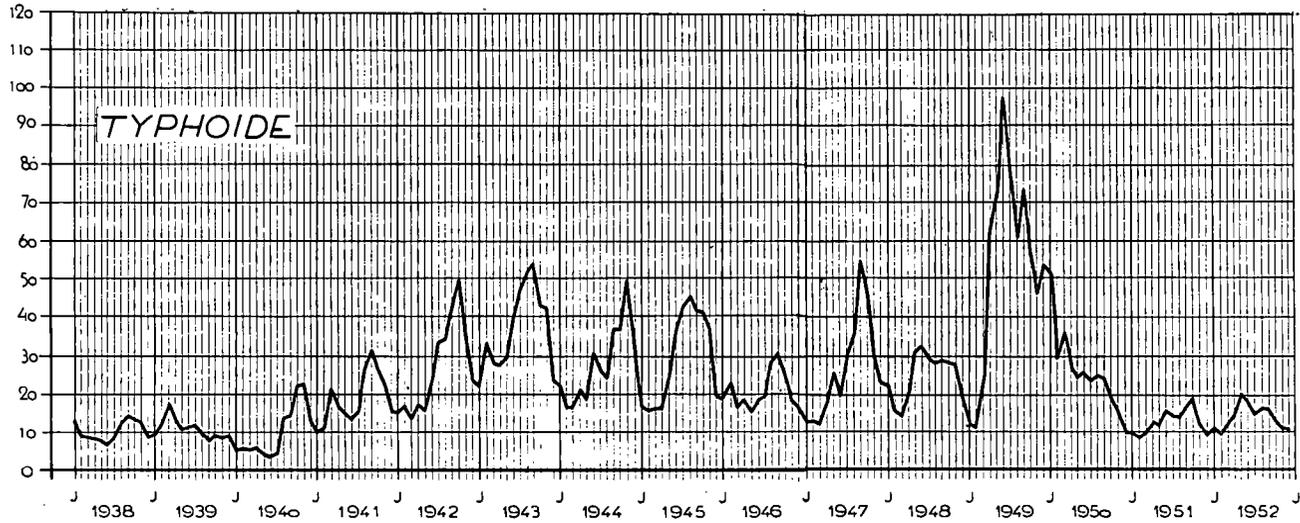
INDICE ANNUEL DE MORBIDITÉ CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS

Fièvre ondulante.

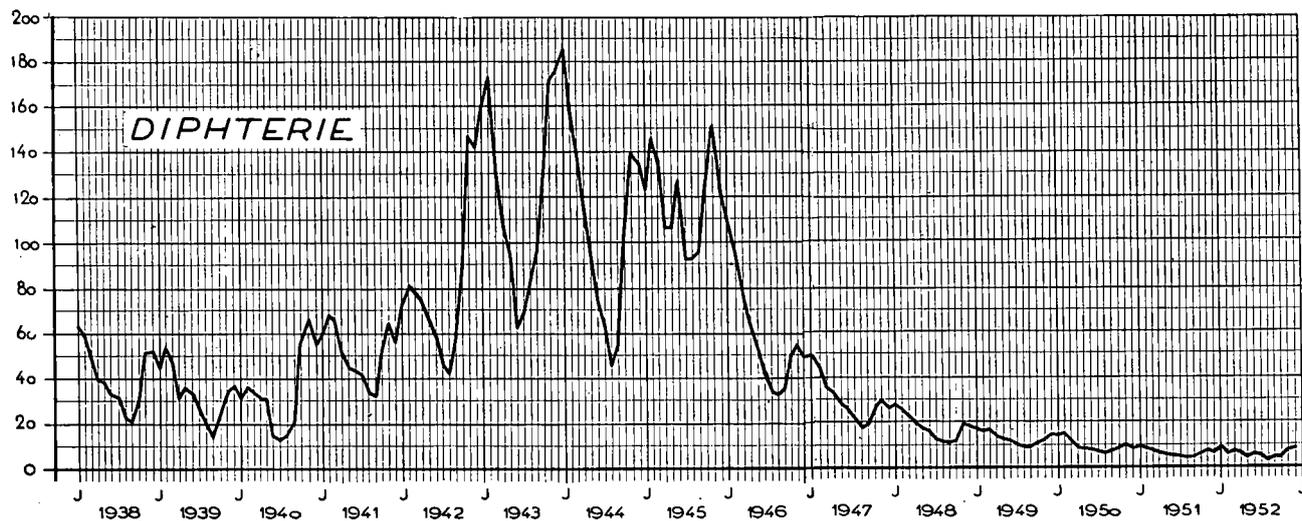


INDICE DE MORBIDITÉ

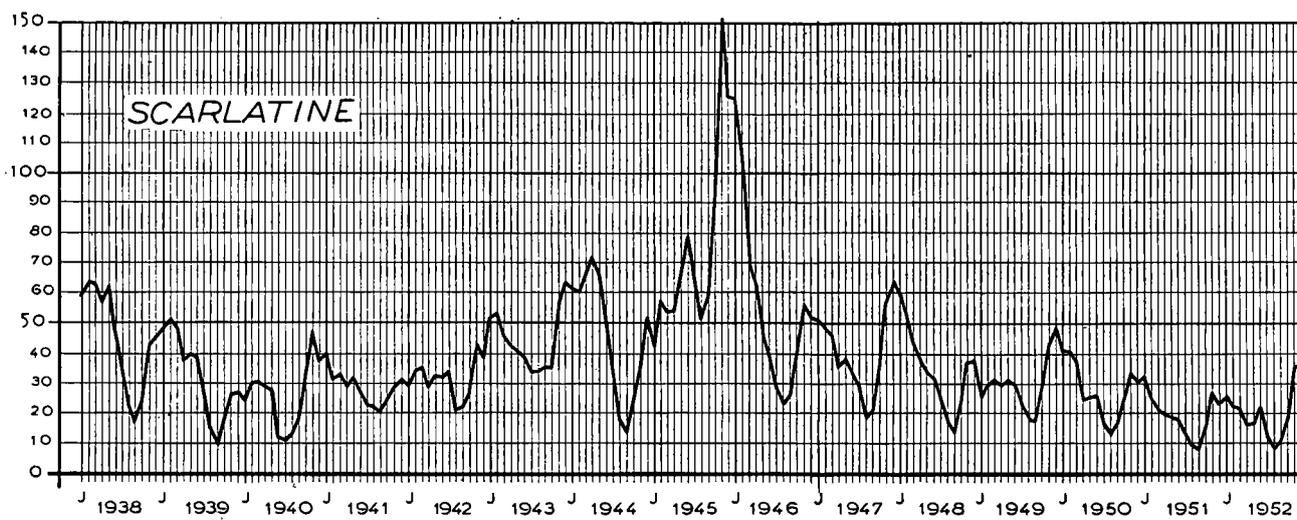
TAUX POUR 100 000 HABITANTS CALCULÉ SELON LA BASE ANNUELLE



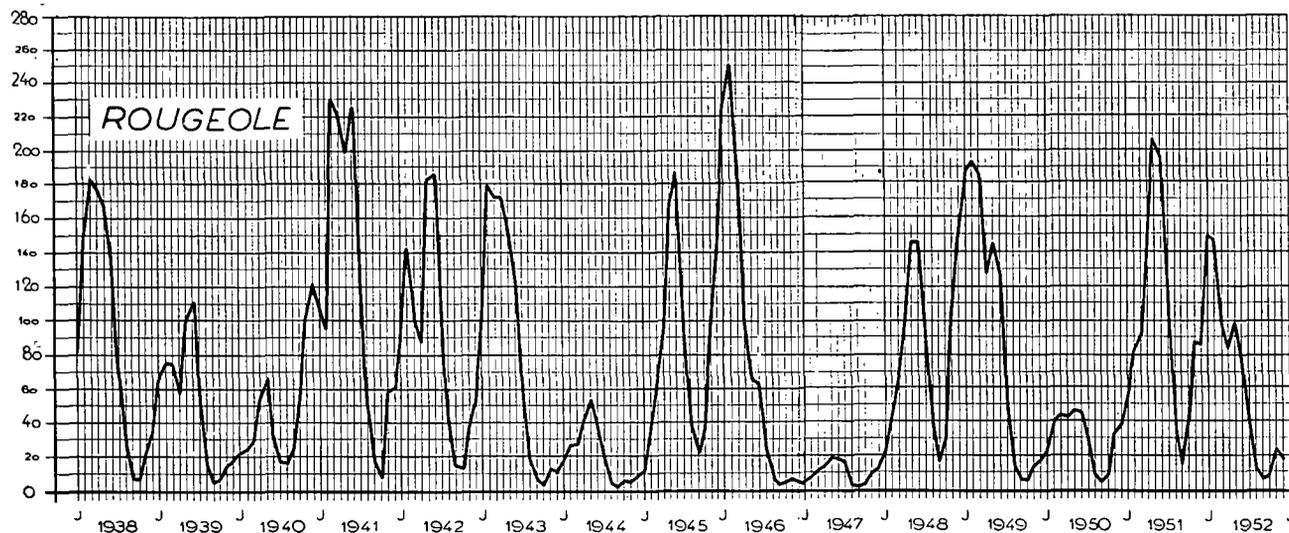
INDICE DE MORBIDITÉ
TAUX POUR 100 000 HABITANTS CALCULÉ SELON LA BASE ANNUELLE



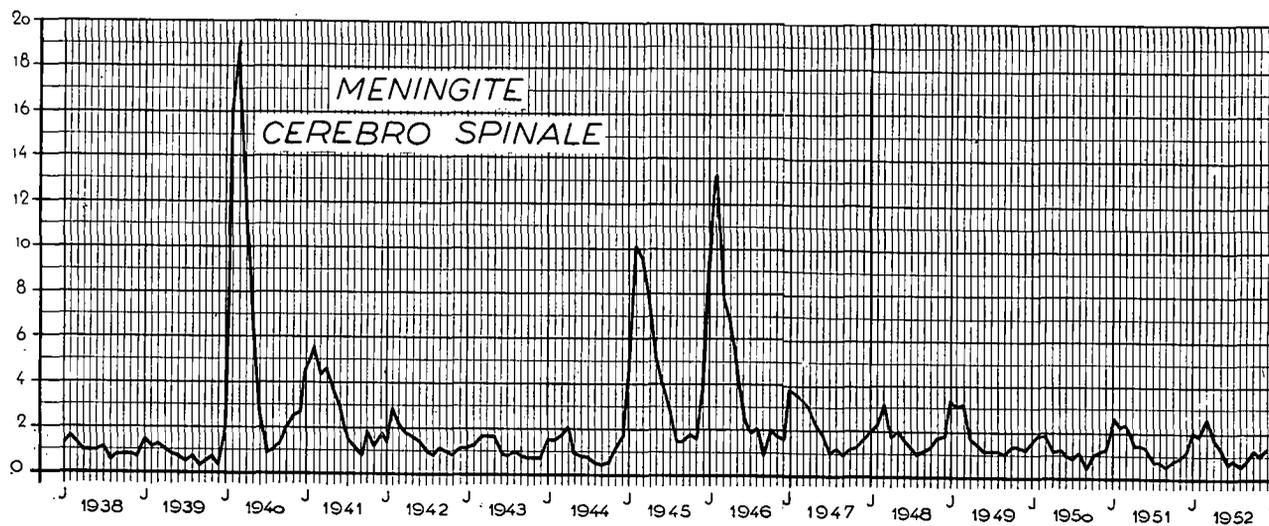
INDICE DE MORBIDITÉ
TAUX POUR 100 000 HABITANTS CALCULÉ SELON LA BASE ANNUELLE

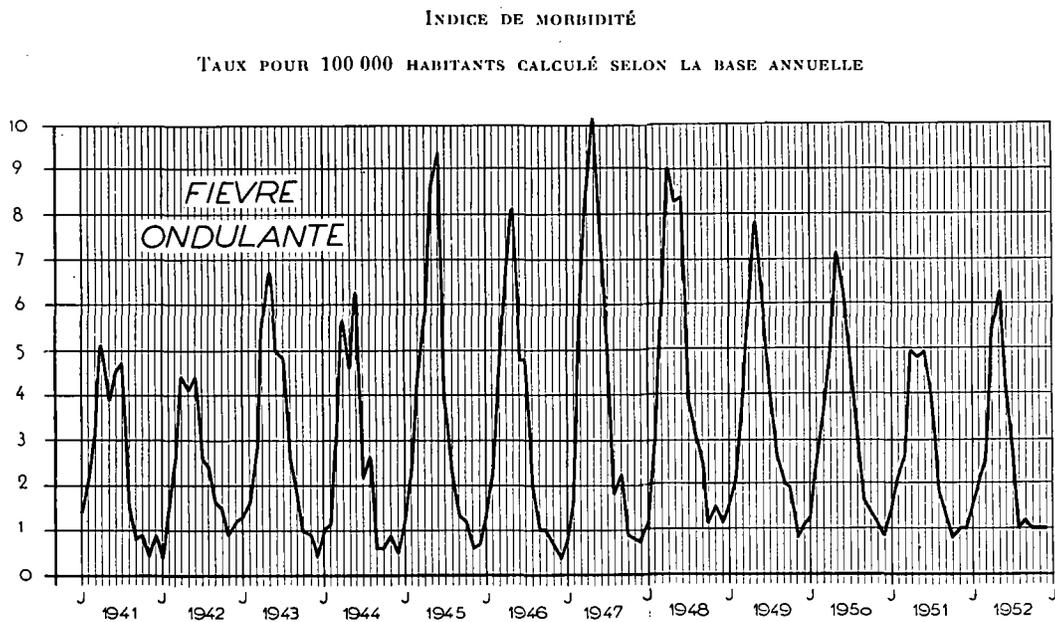
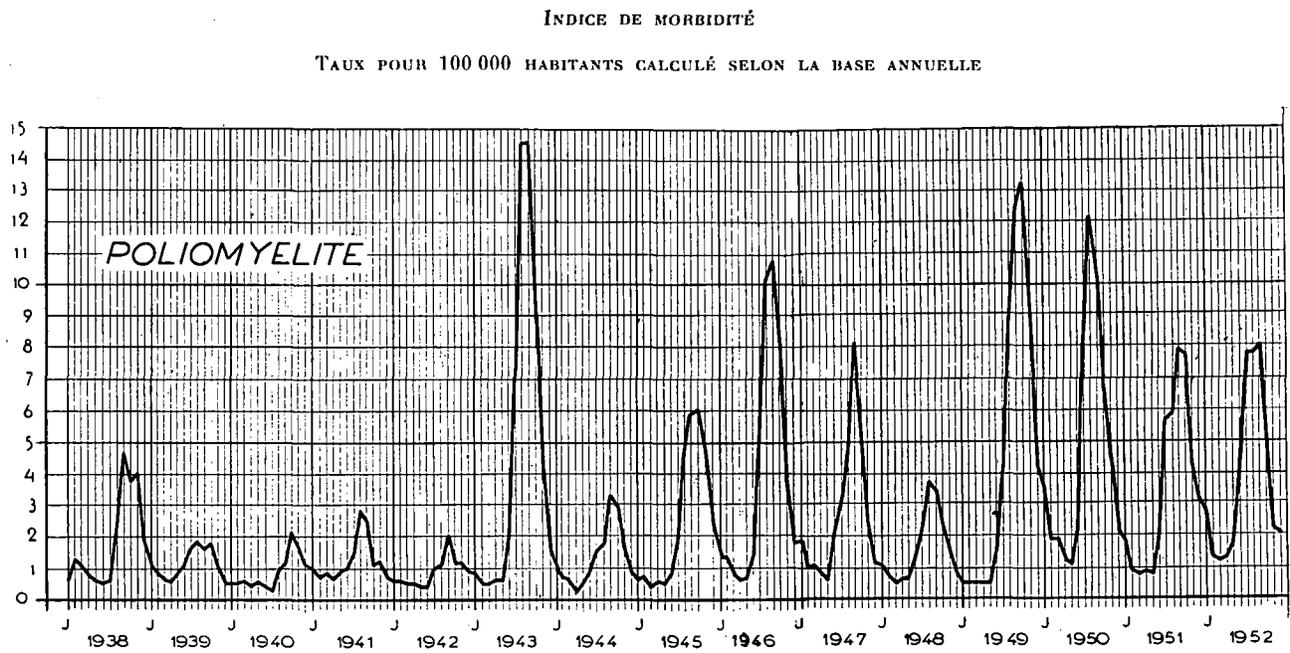


INDICE DE MORBIDITÉ
TAUX POUR 100 000 HABITANTS CALCULÉ SELON LA BASE ANNUELLE



INDICE DE MORBIDITÉ
TAUX POUR 100 000 HABITANTS CALCULÉ SELON LA BASE ANNUELLE





LA VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE ET ANTITÉTANIQUE EN FRANCE EN 1950

RÉSULTATS STATISTIQUES PARTIELS

Les statistiques qui font l'objet de ce travail sont incomplètes. En effet, les rapports sur le fonctionnement des séances vaccinales n'ont pas été fournis par tous les départements, et ceux qui ont été adressés au Ministère de la Santé sont loin d'être toujours utilisables statistiquement. Nous avons retenu ceux de 46 départements (1), mais nous n'avons pu envisager que les injections vaccinales effectuées dans les communes où des séances avaient été organisées. Le nombre des assujettis, s'il est, en effet, connu généralement dans ces communes, est presque toujours ignoré pour l'ensemble du département.

Quoi qu'il en soit, ces résultats partiels portent cependant sur un nombre élevé de vaccinations et permettent quelques remarques non dénuées d'intérêt.

PRIMO-VACCINATION

Dans les communes des 46 départements envisagés, où les séances vaccinales ont été organisées, le nombre des assujettis à la vaccination antidiphtérique et antitétanique s'est élevé, en 1950, à 1 060 310. Répartis par groupe d'âge, ils comprenaient 25,6 % d'enfants de moins de 2 ans, 18 % de 2 à 3 ans, 23,8 % de 3 à 6 ans, 18,5 % de 6 à 10 ans et 13,9 % de 10 à 14 ans. Le nombre des enfants qui n'avaient pas satisfait à la loi fixant l'âge limite de la vaccination est donc considérable.

Le nombre des enfants assujettis à la vaccination et qui ont reçu une primo-vaccination complète (3 injections au moins) s'élève à 559 701 et représente 53 % environ du total. La répartition par âge des sujets vaccinés montre que la pratique de la vaccination chez les jeunes enfants,

(1) Ces départements sont les suivants : Allier, Basses-Alpes, Alpes-Maritimes, Ariège, Aube, Aveyron, Territoire de Belfort, Cantal, Charente-Maritime, Cher, Côte-d'Or, Creuse, Drôme, Eure, Eure-et-Loir, Haute-Garonne, Loir-et-Cher, Loire, Haute-Loire, Lot-et-Garonne, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Morbihan, Nièvre, Oise, Pas-de-Calais, Puy-de-Dôme, Basses-Pyrénées, Hautes-Pyrénées, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Sarthe, Haute-Savoie, Seine, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise, Deux-Sèvres, Tarn, Tarn-et-Garonne, Var, Vaucluse, Vienne.

pourtant fort désirable, reste encore mal acceptée. En effet, si le groupe des moins de 2 ans représentait 25 % des sujets à vacciner, il ne représente plus que 18 % des sujets vaccinés. Pour les autres groupes d'âges, par contre, le pourcentage des sujets vaccinés est égal ou supérieur à celui des assujettis.

Parmi les 559 701 enfants ayant reçu une primo-vaccination complète, on en dénombre 124 718 qui ont été vaccinés par le vaccin DT-TAB, le reste ayant reçu le vaccin DT; soit une proportion de 22,4 % de vaccin DT-TAB. L'âge des enfants vaccinés par le DT-TAB est, comme on pouvait s'y attendre, en général supérieur à 3 ans. Les sujets de 3 à 14 ans représentent, en effet, environ 80 % du total. Dans certains départements, le pourcentage des sujets vaccinés par le DT-TAB est particulièrement élevé. Tel est le cas des Basses-Alpes, de l'Ariège, du Territoire de Belfort, de la Charente-Maritime, de la Meuse, de la Seine, de la Seine-et-Marne, du Var. Dans ces départements, 45 à 85 % des enfants ont été vaccinés par le DT-TAB. Une endémie typhique, persistante depuis plusieurs années, a justifié, pour certains d'entre eux, le choix du vaccin triple mixte.

550 609 assujettis n'ont pas été vaccinés ou ont reçu une vaccination incomplète, soit 47 % environ du total des assujettis.

La plupart des sujets non vaccinés ne se sont pas présentés ou n'ont pas fourni de certificats. Les contre-indications représentent, en effet, une infime minorité : 1,6 % de contre-indications temporaires, 0,3 % de contre-indications définitives. Les sujets vaccinés incomplètement sont au nombre de 69 815. Ces derniers ont reçu seulement une ou deux injections.

Le lieu où s'est effectuée la primo-vaccination est connu dans la quasi-totalité des cas. 63 % d'entre elles ont eu lieu au cours des séances organisées à l'école ou à la mairie, 20 % au dispensaire, 15 % chez un médecin privé. Si l'on envisage cette répartition par groupes d'âges, il y a lieu de remarquer que la fréquentation du dispensaire ou la visite chez le médecin sont sensiblement plus fréquentes quand il s'agit d'enfants de 3 à 6 ans. L'inverse est constaté pour les enfants de moins de 2 ans, plutôt vaccinés en séances publiques. La répartition est sensiblement égale pour les autres âges.

Un certain nombre de départements ont noté les incidents d'ordre général ou local ayant accompagné les vaccinations. Sur 55 107 enfants vaccinés dans ces départements par le vaccin DT, une réaction fébrile importante a été notée 856 fois, soit 1,5 %. Compte tenu de l'âge, cette réaction générale est particulièrement fréquente entre 6 et 10 ans (3,8 %), très rare par contre avant 2 ans ou après 10 ans (moins de 1 %). Les réactions locales importantes ont été observées dans des proportions analogues (1,4 % en moyenne). Toutefois, les enfants de 6 à 10 ans sont encore plus nettement touchés (5,7 %), la proportion ne dépassant pas 1,5 % pour les autres groupes d'âges. Il a enfin été relevé, dans 7 cas, l'existence d'une réaction septique locale.

Avec le vaccin DT-TAB les réactions vaccinales apparaissent infiniment plus fréquentes. Sur 9 570 enfants, une réaction fébrile importante a été notée dans 29 % des cas. Ici encore, ce sont les enfants de 6 à 10 ans qui réagissent le plus vivement (41 % des cas), et ceux de moins de 2 ans et de plus de 10 ans qui sont le moins touchés (respectivement 13 % et 12 %). Les réactions locales marquées sont moins fréquentes, mais le restent cependant plus qu'en cas de vaccin DT : 8,5 %. Par contre, les jeunes enfants de moins de 2 ans semblent plus sensibles qu'au vaccin DT, car, c'est à cet âge que l'on constate la plus forte proportion de manifestations locales importantes : 17 %. Il a été enfin constaté, dans 5 cas, une réaction septique locale.

INJECTION DE RAPPEL

Le nombre des enfants assujettis à l'injection de rappel s'élevait à 486 037. 380 407, soit 78 % environ, l'ont reçue. Parmi les 105 630 qui y ont échappé, 8 646, soit 8,1 %, présentaient une contre-indication obligeant à surseoir à l'injection. La proportion de réfractaires est donc infiniment plus faible que pour la primo-vaccination. Comme on pouvait le prévoir, c'est surtout à partir de 3 ans que les injections de rappel sont pratiquées avec régularité. La presque totalité des assujettis de 3 à 6 ans a, en effet, reçu l'injection vaccinale. Les réfractaires se trouvent surtout chez les jeunes enfants et principalement avant 2 ans.

Travail de la Section d'Epidémiologie présentée par

P. CHASSAGNE.

HYGIÈNE GÉNÉRALE

L'ENQUÊTE HYDROGÉOLOGIQUE ET SANITAIRE EN FRANCE

Ce travail inaugure la publication des résultats de l' « Enquête hydrogéologique et sanitaire » entreprise depuis 1943 par la Section Hygiène Générale de l'I. N. H.

On peut s'étonner du déroulement assez lent de cette enquête; il faut considérer qu'elle s'effectue à l'échelle communale, qu'elle nécessite des investigations nombreuses et détaillées soulevant nécessairement des difficultés réelles, tant sur le plan matériel que sur le plan financier.

La rédaction des dossiers communaux est l'œuvre des services du Génie rural départemental et, pour les analyses d'eau, de la Direction départementale de la Santé. Nous sommes heureux d'exprimer ici, à ces organismes, nos plus vifs remerciements pour la compréhension, la conscience et la bonne volonté qu'ils ont mises à établir, pour chaque commune, un dossier aussi précis que possible.

Certes, tout n'est pas parfait et une enquête de cette envergure, étendue en principe aux 90 départements, réclamerait un personnel et des crédits importants : les circonstances actuelles ne permettent ni l'un, ni l'autre.

Avec des moyens très limités, avec surtout l'aide efficace du Génie rural et de la Direction départementale de la Santé, nous avons pu collecter l'ensemble des dossiers communaux de 17 départements. Actuellement, l'enquête demeure inachevée dans 51 départements, faute de crédits. Elle est en voie d'achèvement dans 22 autres, dont nous serons sans doute à même de publier prochainement les résultats. Il reste à souhaiter qu'au cours des années à venir le déroulement de cette enquête puisse s'effectuer dans des conditions plus normales; elle permettrait d'avoir une vue d'ensemble très précise de l'hygiène générale dans nos campagnes, où nous savons trop qu'il reste beaucoup à faire. Le problème de l'équipement sanitaire et médico-social, celui de l'évacuation des nuisances, celui, aussi important, des adductions, sont loin d'être résolus d'une façon satisfaisante.

Notre travail n'aura pas été inutile, s'il permet de mettre en lumière les améliorations les plus urgentes. Leur réalisation ne dépend plus de nous.

BUTS ET MÉCANISME DE L'ENQUÊTE

La Section d'Hygiène générale a pour principale tâche l'inventaire des ressources en eaux et des conditions hygiéniques, sanitaires et médico-sociales, des communes de France.

Pour atteindre, ce but, un questionnaire dit « dossier communal d'enquête » a été élaboré. Ce sont des spécialistes, délégués par les services départementaux du Génie rural, qui sont chargés de la rédaction de ces dossiers, dont un exemplaire est transmis à notre service.

Dès que tous les dossiers communaux d'un département nous sont parvenus, nous en réalisons la codification sur une fiche mécanographique. Ce travail aboutit donc à l'établissement d'un *casier sanitaire communal*, qui comporte une documentation très complète.

Un projet est actuellement à l'étude, qui permettrait de rendre cette enquête permanente, c'est-à-dire de la maintenir sans cesse à jour par l'adjonction d'une fiche annuelle complémentaire précisant les modifications récentes survenues dans l'équipement hygiénique ou médico-social de chaque commune. La création de cette fiche, d'un modèle standard, permettrait ainsi de suivre les efforts réalisés pour favoriser le développement de l'hygiène dans chaque département.

NATURE DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR L'ENQUÊTE

1. — RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Sous ce titre, sont groupés les renseignements relatifs aux variations de la population des communes, de 1938 à 1949, la répartition de la population d'après les derniers recensements, population agglomérée au chef-lieu, d'une part, et population de chaque hameau, d'autre part; le nombre de foyers, de maisons; les sources utilisées pour l'alimentation, les puits, les citernes, sont également dénombrés. Ensuite figurent les renseignements géologiques, cadastraux et financiers, et enfin, une vue d'ensemble sur l'énumération des services médico-sociaux de la commune (hôpitaux, hospices, dispensaires, préventoria et sanatoria, colonies de vacances, assistance sociale, services de P. M. I.).

2. — FICHE INTERCALAIRE

De plus, sur une première fiche intercalaire, se trouve un plan de la commune au 1/50 000, où sont indiqués :

a) Les emplacements de cimetières, abattoirs, tueries, établissements dangereux ou insalubres, selon leur catégorie.

b) Les emplacements des sources, puits, forages utilisés pour l'alimentation humaine.

c) Les points d'eau où des prélèvements ont été effectués, en vue de l'analyse des eaux dont les fiches sont jointes aux dossiers.

3. — ALIMENTATION EN EAU

Cette fiche comprend :

a) Les caractéristiques des principales sources de la commune.

b) Les caractéristiques des principaux puits et forages.

c) Si la commune possède un réseau d'adduction d'eau potable, ou, si celui-ci est en cours de réalisation, les quartiers alimentés, l'origine de l'eau distribuée, les captages, le débit horaire, le mode d'élévation des eaux, etc., sont inventoriés; le mode d'exploitation, l'entretien du réseau et la surveillance sont spécifiés.

Si la commune ne possède pas de réseau d'adduction d'eau potable, la fiche comporte des renseignements sur la nature géologique du terrain et les ouvrages d'alimentation en eau potable.

4. — ÉVACUATION DES EAUX USÉES

Dans le cas où la commune possède un réseau de « tout à l'égout », un rapport spécial est joint au dossier, sinon la nature générale des eaux usées évacuées par la voie publique est précisée.

5. — ANALYSE DES EAUX

Les eaux font l'objet d'une analyse physique, chimique et bactériologique.

Au point de vue physique, la température, la turbidité, la résistivité ainsi que le pH sont notés. Chimiquement, l'alcalinité et degré hydro-timétrique total et permanent sont précisés, de même que les dosages de Ca, Mg, Fe. Les sulfates sont exprimés en SO₄, les chlorures en Cl, les nitrates en NO₃. Enfin, on recherche la teneur en matières organiques. Bactériologiquement, sont connus : le nombre total de germes par cm³, celui des liquéfiantes et les diverses variétés de coli au litre.

Les résultats de cette enquête, tirés à la mécanographie, seront publiés périodiquement dans le Bulletin de l'I. N. H. Les premiers départements à paraître sont : Belfort, les Hautes-Alpes et l'ensemble des départements de l'Orléanais.

TERRITOIRE DE BELFORT

Communes : 106. Cantons : 5. Population : 86 648 (1).

Chefs-lieux de cantons	Communes	Altitudes	Nombre d'habitants
Belfort	32	258 m	54 406
Delle	30	368 m	16 622
Fontaine	21	362 m	4 092
Giromagny	19	460 m	9 688
Rougmont-le-Château	4	437 m	1 840

(1) Dénombrement de la population en 1946.

MARÉCAGES

2 communes	ont une superficie en marécages inférieure à 1 hectare.
3 »	ont une superficie en marécages inférieure à 50 hectares.
1 »	a une superficie en marécages inférieure à 100 hectares.
1 »	a une superficie en marécages inférieure à 150 hectares.

PUITS

6 communes	n'ont pas de puits.
8 »	ont de 1 à 5 puits.
16 »	ont de 6 à 10 puits.
5 »	ont de 11 à 15 puits.
10 »	ont de 16 à 20 puits.
8 »	ont de 21 à 25 puits.
10 »	ont de 26 à 30 puits.
8 »	ont de 31 à 35 puits.
5 »	ont de 36 à 40 puits.
20 »	ont plus de 40 puits.

SOURCES

15 communes	n'ont pas de source.
57 »	ont de 1 à 5 sources.
18 »	ont de 6 à 10 sources.
3 »	ont de 11 à 15 sources.
2 »	ont de 16 à 20 sources.
1 »	a de 31 à 35 sources.

CITERNES

76 communes	n'ont pas de citerne.
12 »	ont de 1 à 5 citernes.
1 »	a de 6 à 10 citernes.
2 »	ont de 11 à 15 citernes.
1 »	a de 16 à 20 citernes.
1 »	a de 36 à 40 citernes.
1 »	a plus de 40 citernes.

MARES

86 communes	n'ont pas de mare ou eau stagnante.
7 »	ont de 1 à 5 mares.

EQUIPEMENT

97 communes	ont l'électricité.
3 »	ont le gaz.
71 »	ont des moyens de défense contre l'incendie.
5 »	n'ont ni gaz, ni électricité, ni moyens de défense contre l'incendie.

NUISANCES

Ordures ménagères et eaux usées :

10 communes	ont le tout-à-l'égout.
87 »	déversent leurs eaux usées sur la voie publique.
8 »	ont un service de transport pour les ordures ménagères.

Fosses fixes.

73 communes	n'ont pas de fosse fixe.
11 »	ont 10 % de fosses fixes.
1 »	a 50 % de fosses fixes.
1 »	a 60 % de fosses fixes.

Fosses septiques.

74 communes	n'ont pas de fosse septique.
12 »	ont 10 % de fosses septiques.
2 »	ont 20 % de fosses septiques.

W.-C. à chasse d'eau.

81 communes	n'ont pas de W.-C. à chasse d'eau.
5 »	ont 10 % de W.-C. à chasse d'eau.

Tinettes mobiles.

1 commune	possède 20 % de tinettes mobiles.
1 »	» 50 % de tinettes mobiles.
1 »	» 60 % de tinettes mobiles.
2 »	» 70 % de tinettes mobiles.
6 »	» 80 % de tinettes mobiles.
80 »	» 90 % de tinettes mobiles.

Puits perdus.

83 communes	n'ont pas de puits perdus.
2 »	ont 10 % de puits perdus.
1 »	a 20 % de puits perdus.

TERRAINS DE JEUX

19 communes	ont un terrain de jeux.
82 »	n'en ont pas.

SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

Médecins.

25 communes	n'ont pas de médecin.
6 »	ont 1 médecin.
3 »	ont 2 médecins.
1 »	a 3 médecins.
1 »	a 5 médecins.
1 »	a 48 médecins.

Pharmaciens.

5 communes	ont 1 pharmacien.
2 »	ont 2 pharmaciens.
1 »	a 3 pharmaciens.
1 »	a 13 pharmaciens.

Sages-Femmes.

9 communes	ont une sage-femme.
------------	---------------------

ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Bavilliers	1 Assistante sociale dans la commune.
Beaucourt	1 Dispensaire.
	1 Hospice de vieillards.
Belfort	4 Dispensaires.
	1 Hôpital civil.
	2 Crèches.
	1 Service de P. M. I.
Chavannes-les-Grandes	1 Colonie de vacances.
Danjoutin	1 Consultation de P. M. I.
Delle	1 Hospice de vieillards.
Etueffont-Haut	1 Consultation de P. M. I.
	1 Assistante sociale dans la commune.
Fossemaque	1 Consultation de P. M. I.
Giromagny	1 Hospice de vieillards.
	1 Colonie de vacances.
Granvillards	1 Assistante sociale dans la commune.
Lachapelle-sous-Rougemont	1 Consultation de P. M. I.
Rougemont-le-Château	1 Consultation de P. M. I.
	1 Hospice de vieillards.

78 communes reçoivent la visite d'une assistante sociale venant d'une autre commune.

ADDUCTION

32 communes	ont une adduction avec branchements particuliers.
3 »	ont une adduction par bornes-fontaines.
71 »	n'ont pas d'adduction.

LAVOIRS

43 communes	n'ont pas de lavoir.
30 »	ont 1 lavoir.
11 »	ont 2 lavoirs.
10 »	ont 3 lavoirs.
3 »	ont 4 lavoirs.
1 »	a 5 lavoirs.
1 »	a 6 lavoirs.
2 »	ont plus de 9 lavoirs.

CIMETIÈRES

40 communes	n'ont pas de cimetière particulier.
62 »	ont 1 cimetière.
13 »	ont leur cimetière dans l'agglomération.
18 »	ont leur cimetière à moins de 400 mètres.
57 »	ont leur cimetière à plus de 400 mètres.

ÉLÉMENTS D'INSALUBRITÉ

13 communes	n'ont aucun élément d'insalubrité sur leur territoire.
9 »	sont dotées de mares ou d'étangs.
8 »	ont un dépôt d'ordures.
86 »	ont des dépôts de fumier.

HABITATIONS MALSAINES

98 communes	n'ont pas d'habitation malsaine.
1 »	a 1 habitation malsaine.
1 »	a 5 habitations malsaines.

DÉBITS DE BOISSON (BELFORT-VILLE NON COMPRIS)

35 communes	ont 1 débit de boisson	= 35 débits.
16 »	ont 2 débits de boisson	= 32 »
13 »	ont 3 »	= 39 »
9 »	ont 4 »	= 36 »
3 »	ont 5 »	= 15 »
3 »	ont 6 »	= 18 »
1 »	a 8 »	= 8 »
1 »	a 9 »	= 9 »
1 »	a 10 »	= 10 »
1 »	a 12 »	= 12 »
1 »	a 14 »	= 14 »
1 »	a 15 »	= 15 »
1 »	a 22 »	= 22 »

Soit 265 débits de boisson.

ORIGINE DE L'EAU DES COMMUNES ADDUCTIONNÉES

9 communes	s'approvisionnent à des sources.
1 »	s'approvisionne à un puits.
1 »	s'approvisionne à un forage.

DÉFENSE CONTRE L'INCENDIE

18 communes	n'ont pas de bouche d'incendie.
1 »	a 2 bouches d'incendie.
1 »	a 5 »
1 »	a 16 »
1 »	a 30 »

BRANCHEMENTS PARTICULIERS

2 communes	ont 1 branchement particulier
1 »	a 66 branchements particuliers.
1 »	a 75 »
1 »	a 175 »
1 »	a 387 »
1 »	a 580 »

FORME D'EXPLOITATION

3 communes ont une régie municipale.

QUALITÉ DE L'EAU

Communes avec A. E. P.

17 communes	ont une eau bonne.
5 »	ont une eau médiocre.
9 »	ont une eau polluée.

Communes sans A. E. P.

14 communes	ont une eau bonne.
3 »	ont une eau médiocre.
55 »	ont une eau polluée.

MORBIDITÉ PAR TYPHOÏDE

24 communes ont une morbidité due à la typhoïde.

REMARQUES SUR QUELQUES RÉSULTATS

CITERNES. — La plupart des communes sont dépourvues de citernes servant à l'alimentation humaine. Ce système est à rejeter, dans la mesure du possible, en raison de la tendance marquée des eaux à croupir, surtout pendant les périodes de chaleur. Par ailleurs, les eaux sont recueillies par les toits où sont accumulés des germes, des poussières et des matières organiques diverses.

Il est à remarquer qu'une commune possède plus de 40 citernes. Ceci tient certainement à la nature du terrain, ne permettant pas la construction d'un réseau d'adduction d'eau potable, ni le forage de puits.

MARES. — Il n'existe que peu de mares sur le territoire de Belfort, ce qui est au fond un avantage, malgré le rôle social important de celles-ci dans les villages : abreuvement des bestiaux, arrosage des jardins, lavage du linge, etc. Il est difficile d'en demander la suppression, bien qu'elles constituent une réserve importante de larves de moustiques et qu'elles contiennent une eau particulièrement impure.

ÉQUIPEMENT. — Satisfaisant dans l'ensemble, il est regrettable, cependant, que 4,7 % des communes n'aient ni gaz, ni électricité, ni moyens de défense contre l'incendie.

NUISANCES. — Comme en général, dans le milieu rural, le système dit tout-à-l'égout est peu répandu dans le territoire de Belfort, puisque seulement 9,5 % des communes en sont dotées. Le système le plus courant reste le déversement des eaux usées sur la voie publique. De même, l'extrême rareté des W.-C. à chasse-d'eau est à déplorer; l'usage des tinettes mobiles est très fréquent, ce procédé ne serait pas trop mauvais si un service régulier assurait la vidange des tinettes, celles-ci sont trop habituellement vidées dans les jardins.

TERRAINS DE JEUX. — Seulement 18 % des communes en sont pourvues. Ce chiffre est insuffisant, eu égard à leur importance sociale. Leur fréquentation varie en raison inverse de celle des débits de boissons.

ADDUCTION D'EAU POTABLE. — 30 % des communes sont desservies par un réseau d'adduction d'eau potable, ce qui permet de dire que le territoire de Belfort se classe, en France, parmi les départements les mieux desservis.

ÉLÉMENTS D'INSALUBRITÉ. — Remarquons l'importance inévitable des communes ayant des dépôts de fumier. Leur rôle précieux en agriculture en interdit la suppression. En fait, ils sont surtout dangereux lorsqu'on y mélange des matières fécales humaines contenant des germes pathogènes. Leur inconvénient majeur découle essentiellement de leur proximité des puits; en effet, la population paysanne tient généralement trop peu compte de ce facteur, et néglige de délimiter autour de ceux-ci un périmètre de protection.

QUALITÉ DE L'EAU. — Ce problème reste le plus important à toute l'hygiène rurale. Parmi les communes desservies par un réseau d'adduction d'eau potable, 28 % d'entre elles distribuent une eau mauvaise, sinon polluée.

Communes avec A. E. P. :

- 53 % des communes ont une eau bonne.
- 15,6 % des communes ont une eau médiocre.
- 28 % des communes ont une eau polluée.

Communes sans A. E. P. :

- 18,9 % des communes ont une eau bonne.
- 4 % des communes ont une eau médiocre.
- 67 % des communes ont une eau polluée.

Ces quelques remarques classent le territoire de Belfort dans les bons départements. On conçoit, cependant, tous les amendements qu'il y aurait lieu de proposer, puisqu'en matière d'hygiène rurale, le mieux est encore loin d'être l'idéal.

Travail de la Section Hygiène générale présenté par

J. LEGUÉRINAIS et CL. MOINE.

DOCUMENTATION GÉNÉRALE

MORTALITÉ GÉNÉRALE DANS UN CERTAIN NOMBRE DE VILLES DE FRANCE

(QUATRIÈME TRIMESTRE ET ANNÉE 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. Ces tableaux ne contiennent 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

QUATRIÈME 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	7 080	104
Lyon	460 748	1 297	113
Toulouse	260 411	769	117
Bordeaux	253 751	727	115
Nice	240 034	703	117
Nantes	192 770	580	121
Lille	188 871	606	129
Saint-Etienne	177 966	518	117
Strasbourg	175 515	513	117
Toulon	125 742	315	100
Rouen	118 623	317	107
Rennes	113 781	—	—
Nancy	113 477	357	121
Reims	110 749	340	123
Clermont-Ferrand	108 090	264	98
Limoges	107 857	305	113
Nîmes	104 109	228	87,7
Grenoble	102 161	242	95
Roubaix	100 978	424	170
Dijon	100 664	246	98
Le Mans	100 455	266	107
Brest	100 000	265	106

TABLEAU I (suite).

Villes	Population	Nb. de décès	Taux
Mulhouse	99 631	315	127
Angers	94 408	302	128
Montpellier	93 102	—	—
Amiens	84 774	312	147
Villeurbanne	82 399	150	72,9
Perpignan	74 984	205	109
Orléans	70 240	208	119
Versailles	70 141	167	95,5
Metz	70 105	182	104
Besançon	63 508	173	109
Argenteuil	62 000	135	86,4
Avignon	60 056	140	93,2
Troyes	58 805	147	100
Lorient	53 843	138	103
Caen	51 445	—	—
Bourges	51 040	173	136
Aix-en-Provence	50 000	157	126
La Rochelle	48 923	—	—
Saint-Quentin	48 556	191	157
Poitiers	48 546	90	74,2
Pau	46 158	137	119
Colmar	46 124	145	126
Tarbes	44 854	94	83,9
Belfort	40 900	101	98,7
Cherbourg	40 042	82	82
Valence	40 020	99	99
Saint-Brieuc	36 674	85	92,8
Montauban	36 281	98	108
Albi	34 342	87	101
Lens	34 342	120	140
Brive-la-Gaillarde	33 501	86	103
Agen	33 397	92	110
Niort	32 752	98	119
Chalon-sur-Saône	32 683	76	94,5
Bayonne	32 620	102	125
Châlons-sur-Marne	31 120	57	73,3
Narbonne	29 975	121	161
Chambéry	29 975	71	94,8
Vannes	28 189	77	110
Rueil-Malmaison	27 016	44	65,2
Annecy	26 722	77	115
Chartres	26 422	83	126
Dieppe	26 365	72	109
Bourg	25 944	60	92,5
Auxerre	24 052	—	—
Moulins	23 254	77	133
Saint-Germain	22 013	63	115
Evreux	20 436	49	96
Lunéville	20 377	—	—
Alençon	19 691	54	110
La Roche-sur-Yon	18 107	49	108
Laon	17 401	33	76
Chaumont	16 851	38	90,2
Gap	16 371	28	68
Lons-le-Saunier	15 568	31	79,7
Bar-le-Duc	15 460	—	—
Auch	15 253	49	129
Vesoul	11 825	26	85
Privas	5 787	26	180
Foix	7 798	—	—

TABLEAU II

ANNÉE 1952

N. = Nombre de décès de personnes domiciliées dans la ville.
T. = Taux pour 10 000 habitants.

Villes	Population	Nb. de décès	Taux
Paris	2 725 374	26 151	96
Lyon	460 748	4 908	107
Toulouse	260 411	2 809	108
Bordeaux	253 751	2 811	110
Nice	240 034	2 752	114
Nantes	192 770	2 175	113
Lille	188 871	2 246	119
Saint-Etienne	177 966	2 058	116
Strasbourg	175 515	2 099	120
Toulon	125 742	1 306	104
Rouen	118 623	1 267	107
Rennes	113 781	—	—
Nancy	113 477	1 330	117
Reims	110 749	1 215	110
Clermont-Ferrand	108 090	1 033	96
Limoges	107 857	1 131	105
Nîmes	104 109	923	89
Grenoble	102 161	980	96
Roubaix	100 978	1 480	148
Dijon	100 664	983	98,3
Le Mans	100 455	1 028	103
Brest	100 000	1 043	104
Mulhouse	99 631	1 123	113
Angers	94 408	1 187	125
Montpellier	93 102	—	—
Amiens	84 774	1 082	128
Villeurbanne	82 399	595	72,2
Perpignan	74 984	774	103
Orléans	70 240	758	108
Versailles	70 141	704	100
Metz	70 105	752	107
Besançon	63 508	725	114
Argenteuil	62 000	520	84
Avignon	60 056	616	103
Troyes	58 805	597	102
Lorient	53 843	440	81,7
Caen	51 445	—	—
Bourges	51 040	709	138
Aix-en-Provence	50 000	585	117
La Rochelle	48 923	—	—
Saint-Quentin	48 556	651	134
Poitiers	48 546	466	95
Pau	46 158	492	107
Colmar	46 124	634	138
Tarbes	44 854	410	91,4
Belfort	40 900	428	105
Cherbourg	40 042	363	91
Valence	40 020	372	93
Saint-Brieuc	36 674	330	90
Montauban	36 281	424	117
Albi	34 342	356	104
Lens	34 342	403	118
Brive-la-Gaillarde	33 501	405	121
Agen	33 397	332	99,8
Niort	32 752	336	103
Chalon-sur-Saône	32 683	380	116

TABLEAU II (suite).

Villes	Population	Nb. de décès	Taux
Bayonne	32 620	393	121
Châlons-sur-Marne	31 120	225	72,4
Narbonne	29 975	393	131
Chambéry	29 975	321	107
Vannes	28 189	288	102
Rueil-Malmaison	27 016	239	88,6
Anney	26 722	286	107
Chartres	26 422	337	127
Dieppe	26 365	272	103
Bourg	25 944	242	93,4
Auxerre	24 052	—	—
Moulins	23 254	287	124
Saint-Germain	22 013	248	112
Evreux	20 436	174	85,2
Lunéville	20 377	—	—
Alençon	19 691	222	113
La Roche-sur-Yon	18 107	178	98,5
Laon	17 401	—	—
Chaumont	16 851	155	92
Gap	16 371	130	79
Lons-le-Saunier	15 568	150	97
Bar-de-Duc	15 460	—	—
Auch	15 253	210	138
Vesoul	11 825	98	83
Privas	5 787	63	109
Foix	7 798	—	—

Le Gérant : G. MASSON.

Imprimé par F. Soullisse-Martin, à Niort (France), 1953.

Dépôt légal, 2^e trimestre 1953. N^o d'ordre : 222.

Masson et C^{ie}, Edit., Paris. Dépôt légal, 2^e trim. 1953. N^o d'ordre : 1702.

BULLETIN DE L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

CONDITIONS DE PUBLICATION

(4 numéros par an)

PRIX DE L'ABONNEMENT (1953) :

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 (XVI^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