

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

BULLETIN
DE
L'INSTITUT NATIONAL
D'HYGIÈNE

TOME 18

N° 2. — MARS-AVRIL 1963

PUBLICATION PÉRIODIQUE BIMESTRIELLE

*VIRTUTE DVCE CO-
MITE FORTITVDINE*



COLLEGIUM CIVILE
AD SANITATEM

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

BULLETIN DE L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

TOME 18

N° 2

1963

SOMMAIRE

MALADIES SOCIALES

TUBERCULOSE	153
Etude de l'Institut National d'Hygiène et du Centre International de l'Enfance sur l'épidémiologie de la tuberculose et des défaillances de la lutte antituberculeuse chez l'enfant.	153
CANCER	169
Présentation des cas de cancer observés en 1960 dans les républiques africaines d'expression française	169
VÉNÉRÉOLOGIE	183
Statistiques épidémiologiques et activité des dispensaires anti-vénéériens en France métropolitaine (au cours du troisième trimestre 1962)	183

PSYCHIATRIE

Données statistiques recueillies dans les établissements psychiatriques pour l'année 1960	197
---	-----

PÉDIATRIE

Enquête sur la toxoplasmose congénitale	209
---	-----

ÉPIDÉMIOLOGIE

Statistiques épidémiologiques	219
Evolution générale de morbidité	239

HYGIÈNE GÉNÉRALE

Enquête sanitaire rurale	259
--------------------------------	-----

DOCUMENTATION GÉNÉRALE

Les adductions d'eau dans les communes rurales	281
Mortalité générale dans un certain nombre de villes de France (quatrième trimestre et année 1962)	287

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

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS - PARIS

Bulletin de l'Institut National d'Hygiène.

Tome 18, 1963, n° 2, pp. 153 à 168.

MALADIES SOCIALES

TUBERCULOSE

ÉTUDE DE L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE ET DU CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE SUR L'ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE ET LES DÉFAILLANCES DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE CHEZ L'ENFANT

Dans un précédent bulletin (1), nous avons exposé, dans ses grandes lignes, le plan de l'étude épidémiologique qu'il était convenu d'entreprendre à la fois en France, en Pologne, en Suisse et en Yougoslavie.

Ce travail de recherches épidémiologiques a été effectivement organisé et commencé. Quoiqu'il soit encore à un stade de début et que, de ce fait, il ne puisse donner matière à étude statistique, il a été la source d'indications précieuses qu'il importe de prendre en considération avant de poursuivre les investigations.

C'est pourquoi il nous a paru opportun de faire le point de la situation : tout d'abord en ce qui concerne la France où, du fait des étroites et fréquentes liaisons qui existent entre les quatre Centres d'enquête provinciaux, d'une part, et le Centre international de l'Enfance et l'Institut national d'hygiène, d'autre part, il est aisé d'établir un premier « bilan » du travail réalisé en 1961 et 1962.

(1) Tome 17, n° 5, sept.-oct. 1962, pp. 809-914.

1. — RAPPEL DE LA GENÈSE ET DES BUTS DE L'ÉTUDE

L'étude qui a été commencée dans quatre régions de France (Bordeaux, Lille, Soissons, Strasbourg) (1) en coopération internationale (2) avec la Pologne, la Suisse, la Yougoslavie, est une étude épidémiologique en profondeur, visant à connaître de façon précise les données du problème relatif à la tuberculose, problème envisagé, bien entendu, sous l'angle de la santé publique.

Le *primum movens* de ce projet de travail est l'inquiétude ressentie devant la persistance de l'endémie tuberculeuse chez l'enfant; persistance anormale en regard de l'évolution régressive constatée dans maints pays voisins (par exemple, pays nordiques et anglo-saxons) et en regard de l'efficacité des moyens prophylactiques et thérapeutiques dont nous disposons à l'heure actuelle.

Son *objectif primordial* est de chercher les causes de cet état de fait et, surtout, de trouver les moyens les plus adéquats pour arriver à obtenir, dans les meilleurs délais, une réduction de l'endémie et même, si possible, une éradication de l'affection.

Pour y parvenir, il paraît nécessaire d'entreprendre dans une ou quelques « zones-pilote » géographiquement et démographiquement bien délimitées, un travail épidémiologique visant :

— à réunir, dans l'immédiat (durant une première période annuelle), une *documentation précise et complète* sur la fréquence de la tuberculose, sur ses circonstances d'apparition, sur l'application et le rendement de la lutte antituberculeuse et ses défaillances éventuelles;

— à suivre à longue échéance, pendant plusieurs années consécutives, *l'évolution des faits épidémiologiques*.

De portée essentiellement pratique (puisqu'il vise à l'acquisition d'une base d'information valable, intéressant directement les services de Santé publique), ce travail doit avoir obligatoirement pour corollaire un rôle éducatif (auprès de la population prospectée et auprès du personnel participant à la prospection) et favoriser par conséquent le *renforcement de la prophylaxie*.

Pour assurer sa validité, la condition essentielle est de réaliser dans chaque « zone-pilote » une *prospection complète et standardisée* de la population considérée :

— complète, c'est-à-dire atteignant intégralement l'ensemble de la popu-

(1) Personnalités responsables, pour chaque Centre, du travail de Recherches épidémiologiques : à Bordeaux, P^r FRÉOUR et P^r Agrégé SERISE; à Lille, P^r GERNEZ-RIEUX et P^r Agrégé GERVOIS; à Soissons, D^r BROUELLE; à Strasbourg, P^r OUDET et P^r Agrégé BURGHARD.

(2) Personnalités responsables : Pologne, P^r KOBIERSKA (Varsovie); Suisse, D^r PEYROT (Genève); Yougoslavie, P^r NEUBAUER (Ljubljana).

lation résidente, ou, en tout cas, dans cette population résidente, tous les sujets appartenant au groupe d'âge choisi pour l'enquête;

— standardisée, c'est-à-dire, effectuée suivant des techniques normalisées et bien codifiées représentées, en l'occurrence, par les tests tuberculiniques, les examens radiophotographiques et les examens bactériologiques; ceci, en vue d'assurer l'objectivité et l'uniformité des critères d'appréciation.

2. — SCHÉMA DE L'ORGANISATION DE L'ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE EN FRANCE

2.1. *L'organisation générale* a été confiée à la section de la tuberculose de l'Institut national d'hygiène (en coopération avec l'Unité de recherches statistiques), agissant en liaison étroite: avec le Centre international de l'Enfance, le Ministère de la Santé publique et le Ministère de l'Éducation nationale, sur le plan central; avec les personnalités responsables, sur le plan local, de la lutte antituberculeuse (université, services hospitaliers, services départementaux de la Santé, services de Santé scolaire, services de la Sécurité sociale).

Les personnalités locales et l'Institut national d'hygiène ont désigné des enquêteurs agissant, eux-mêmes, en étroite coopération avec les divers services municipaux et départementaux et s'efforçant également d'établir une coordination avec les médecins du secteur privé.

2.2. Diverses conjonctures (équipement, organisation administrative, possibilités de coopération avec les personnalités impliquées dans la lutte antituberculeuse) ont orienté le *choix des « zones-pilote »* sur quatre régions : Bordeaux, Lille, Strasbourg, Soissons.

Les conditions matérielles ont obligé, dans l'immédiat, à limiter la prospection à chacune des *villes* considérées (sauf pour Soissons où un secteur rural est inclus dans l'enquête), en attendant de pouvoir l'étendre à l'ensemble du département correspondant.

Pour les mêmes raisons (et compte tenu également des dispositions administratives et des conditions psychologiques actuelles), il a été décidé d'effectuer, en premier lieu, la prospection des *enfants d'âge scolaire (6 à 14 ans)* qui représentent le groupe démographique le plus aisément accessible, avant d'essayer d'atteindre l'ensemble de la population de tous âges.

Ces enfants d'âge scolaire représentent un *effectif de population d'environ 150 000* (60 000 à Bordeaux, 30 000 à Lille, 30 000 à Strasbourg, 30 000 pour les secteurs de l'Aisne inclus dans l'enquête).

Il s'agit là d'estimations effectuées par l'I. N. S. E. E. en 1960 sur la base du recensement de population de 1954.

Les effectifs exacts nous seront indiqués lors de l'exploitation complète

des résultats du recensement national de 1962 : ceux-ci sont d'ores et déjà connus (par départements et villes) pour l'ensemble de la population de tous âges (1); mais ils ne nous indiquent pas encore les effectifs par groupes d'âge.

2.3. Il a été décidé d'établir, pour chaque zone-pilote un *fichier central nominal des enfants d'âge scolaire* (6 à 14 ans) appartenant à des *familles résidant dans la ville* considérée.

Ce fichier doit comprendre :

— non seulement les enfants qui, au cours de l'année, auront subi l'examen médical scolaire obligatoire (plus particulièrement, les tests tuberculiques et l'examen radiophotographique);

— mais aussi tous les enfants (systématiquement examinés ou non) inscrits dans les écoles, quelle que soit l'appartenance de celles-ci (écoles publiques, écoles privées), y compris les enfants qui, appartenant à des familles résidant dans la ville, seraient inscrits dans des écoles situées hors de la ville;

— et enfin, les enfants non inscrits à l'école pour des raisons diverses (maladie par exemple) que l'on peut retrouver en s'adressant aux divers établissements susceptibles d'héberger des enfants d'âge scolaire.

Ce fichier devra être constitué par les enquêteurs. En effet, hormis le cas de quelques municipalités (qui, lors du recensement général de la population, ont établi des listes nominatives), il n'existe à l'heure actuelle, en France, aucun fichier nominal (municipal ou départemental) des enfants d'âge scolaire.

Ce fichier permettra de connaître la base démographique de référence et d'étudier : le rendement de la prospection; les résultats du dépistage systématique; le devenir des sujets initialement dépistés, en fonction d'un certain nombre de facteurs (en particulier, notion de B. C. G., sensibilité tuberculique, état radiologique).

Il devra être tenu à jour au cours des années suivantes.

2.4. Chez ces enfants d'âge scolaire, il a été décidé d'effectuer, *au cours d'une première période annuelle, un dépistage systématique collectif* par tests tuberculiques, examens radiophotographiques, suivis en cas de besoin (c'est-à-dire chez les sujets trouvés « suspects » de tuberculose) d'investigations complémentaires (médicales, en particulier bactériologiques) et médico-sociales (en particulier, recherche des causes de contamination).

Il est très important que *tests tuberculiques et examens radiophotographiques* soient effectués conjointement ou, en tout cas, à *bref intervalle*. Il est souhaitable que ces examens soient effectués en grandes séries et à un rythme assez rapide, afin de réaliser un dépistage complet dans un délai aussi bref que possible.

(1) Population de la France (départements, arrondissements, communes). Recensement 1962 (publication 1962 de l'I. N. S. E. E.).

Les tests tuberculiques seront pratiqués suivant une *méthode* uniforme (intradermo-réaction avec une dose standard de tuberculine purifiée), soit par les *techniciens* du service de santé scolaire (qui seront progressivement entraînés aux normes internationales), soit par les enquêteurs eux-mêmes. Il est instamment demandé : que le nombre des techniciens soit aussi réduit que possible (aux fins d'uniformité); que l'exécution et la lecture des tests soient confiées à la même personne.

Le *résultat de la mesure* des tests (diamètre de l'induration en millimètres) doit être noté ou reporté sur la fiche nominale. Si le test n'a pas été fait (ou pas lu), cette indication doit être portée sur la fiche.

Tous les enfants devront être *testés*, quel que soit le résultat de leur test antérieur, quels que soient leurs antécédents (primo-infection tuberculeuse connue antérieurement, par exemple), qu'ils aient été ou non vaccinés par le B. C. G. Cette notion de vaccination (actuelle ou ancienne) devra être soigneusement recherchée et notée sur les fiches nominales.

Préalablement aux séances de tests, qui auront lieu à l'école, un « *avis* » sera envoyé *aux parents* conformément aux dispositions réglementaires actuelles. A la demande des services de Santé scolaire, cet avis d'examen médical portera mention de l'intradermo-réaction.

Mais il est bien précisé qu'il s'agit d'un simple « *avis* » et qu'il n'est pas question de demander aux parents d'indiquer leur acceptation ou leur refus. L'examen médical est obligatoire et le médecin est juge des techniques à employer pour effectuer au mieux cet examen. Il faut toutefois spécifier qu'on ne peut passer outre à un refus notifié par écrit par les parents.

Pour les enfants non testés lors du premier dépistage du début d'année scolaire, on peut prévoir des séances de « *ratravage* » au cours de l'année.

Conjointement aux tests tuberculiques ou dans un bref délai après ceux-ci, il est prévu d'effectuer un *dépistage radiologique collectif par radiophotographie* (radiophotographie 7 × 7 ou 10 × 10) : soit à l'école même, par camion radiologique mobile; soit à un centre radiophotographique fixe (en amenant les enfants en groupe).

Devront être radiographiés *tous les enfants*, vaccinés ou non vaccinés, étiquetés *tuberculino-positifs* (en tenant compte de la limite conventionnellement fixée sur le plan international, tout au moins pour les pays européens : c'est-à-dire 6 mm ou plus de 6 mm de diamètre d'induration, 3 à 4 jours après l'injection intradermique d'une dose standard de tuberculine purifiée). Il est également demandé d'effectuer, dans toute la mesure du possible, des examens systématiques d'un « *échantillon* » des enfants étiquetés « *tuberculino-négatifs* » (diamètre d'induration < 6 mm).

L'interprétation des radiophotographies sera effectuée localement par les spécialistes habituellement habilités à ces lectures radiologiques.

La notation des résultats de ces lectures sera faite en fonction d'une *nomenclature* uniforme (nomenclature préparée par la Commission « Ad Hoc » de l'U. I. T.) et sous forme de code chiffré. Ce résultat sera reporté

sur les fiches nominales des enfants d'âge scolaire, au centre d'enquête. Au cas où des enfants tuberculino-positifs n'auraient pas été radiophographiés, mention devrait en être faite sur les fiches nominales.

Pour toute radiophotographie « anormale », quel que soit le type de l'anomalie, on demandera un duplicata du cliché qui sera conservé au centre d'enquête.

Au cas où des enfants auraient échappé au dépistage collectif standardisé, mais auraient été l'objet, par ailleurs, d'un *dépistage individuel* (test tuberculinique, examen radiologique) on en fera mention sur la fiche nominale, en précisant la date, la technique et les résultats des examens et on y joindra, le cas échéant, une réduction du cliché radiologique.

Au total, on demande de *consigner au fichier nominal* les résultats des tests tuberculins et examens radiologiques effectués durant l'année scolaire considérée, pour tous les enfants systématiquement examinés; qu'ils l'aient été à l'occasion du dépistage collectif ou en dehors de celui-ci et quelle qu'ait été la technique de ces examens.

On demande également de *conserver, au centre d'enquête, un duplicata* (ou une réduction sur film) des clichés des enfants présentant une « *anomalie* » thoracique dépistée par examen systématique collectif ou individuel.

Il est prévu (aux fins d'uniformité d'appréciation) de colliger tous ces clichés « anormaux » et de les soumettre à un « Comité » émanant des 4 centres d'enquête.

Il est envisagé, par ailleurs, de réunir à l'I. N. H. un « échantillon » (tiré au sort) de l'ensemble des films de dépistage systématique (films avec ou sans anomalie). Cet échantillon pourrait être soumis, aux fins de comparaison des interprétations : soit, successivement, aux lecteurs des 4 centres d'enquête; soit, uniquement à un lecteur-témoin.

2.5. *Certains enfants*, parmi ceux soumis au *dépistage systématique*, seront trouvés « *suspects* » de *maladie tuberculeuse* : enfants présentant une image radiologique respiratoire anormale; enfants présentant un « virage » récent certain ou probable, datant de moins d'un an, du test tuberculinique (avec ou sans anomalie radiologique).

Le signalement rapide de ces « suspects » aux enquêteurs est essentiel.

Il est, en effet, demandé à ceux-ci :

— de s'efforcer d'obtenir que les enfants « suspects » soient dirigés vers un centre spécialisé susceptible d'effectuer des *examens complémentaires* en vue de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de tuberculose (radiographie; recherche de B. K. par culture sur le liquide de tubage gastrique; intradermo-réaction tuberculinique de contrôle, éventuellement);

— ou, au moins (compte tenu des difficultés de centralisation dues à l'existence du secteur médical privé) d'obtenir, des services et personnalités adéquates, les résultats de ces examens;

— d'effectuer une *enquête médico-sociale*, en particulier familiale, en vue de préciser l'origine et les circonstances de la contamination, de détecter les « failles » éventuelles dans l'application des mesures de prévention qui auraient dû être précédemment prises et, enfin, de s'assurer de la mise en œuvre de mesures thérapeutiques ou prophylactiques adéquates.

Chaque cas de tuberculose confirmé, découvert à l'occasion du dépistage systématique, sera consigné sur une *fiche nominale de diagnostic* à laquelle est adjointe une *fiche médico-sociale*. Ces cas pourront donc être comptabilisés dans le *fichier de morbidité tuberculeuse* des enfants d'âge scolaire. Mais ils doivent figurer également au fichier général qui doit comprendre, par conséquent, aussi bien les enfants indemnes de maladie tuberculeuse (tuberculino-négatifs ou positifs) que les enfants atteints de lésions tuberculeuses probables ou certaines.

2.6. *Le recensement des enfants d'âge scolaire atteints de maladie tuberculeuse* (respiratoire ou extra-respiratoire) ne se borne pas aux cas détectés lors du dépistage systématique.

Il est convenu de rechercher également tous les *cas survenant ou existant pendant la période annuelle de l'enquête* :

— chez des enfants non inscrits à l'école parce que déjà malades;

— chez des enfants inscrits à l'école mais ayant, pour des raisons diverses, échappé au dépistage systématique collectif;

— chez des enfants qui, trouvés indemnes lors du dépistage, ont pu tomber malades par la suite, dans le cours de l'année scolaire.

Il peut s'agir, par conséquent :

— soit de cas « nouveaux » de tuberculose, diagnostiqués pour la première fois pendant la période de l'enquête;

— soit de « rechutes » actuelles de tuberculoses antérieurement guéries;

— soit de cas « anciens », diagnostiqués antérieurement à la période d'enquête mais considérés encore comme « actifs » ou « évolutifs » pendant cette période.

Il est convenu de rechercher ces enfants tuberculeux en s'adressant :

— aux services publics (dispensaires antituberculeux, hôpitaux et établissements de cure pour enfants, services de contrôle des caisses de Sécurité sociale);

— aux médecins du secteur privé (spécialistes et médecins généralistes).

Il est convenu de s'efforcer de réunir des documents objectifs (en particulier radiologiques et bactériologiques) et, si besoin est, d'obtenir que les malades soient dirigés vers un centre spécialisé en vue d'effectuer de nouveaux examens. On conservera au dossier du centre d'enquête un duplicata (ou une réduction sur film) des clichés les plus caractéristiques.

Tous ces cas doivent, s'ils sont authentifiés, figurer au fichier de morbidité tuberculeuse. Ils doivent figurer également au fichier général des enfants d'âge scolaire, puisque c'est celui-ci qui constitue la base démographique de référence.

3. — DÉBUT DE RÉALISATION DE L'ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE EN FRANCE

(Bilan en septembre 1962.)

3.1. Une première période prodromique, de juillet 1960 à septembre 1961 a été consacrée à la discussion et à la préparation du projet, à la coordination et à la mise en place du dispositif de prospection.

La deuxième période, de septembre 1961 à septembre 1962 concerne le travail d'enquête épidémiologique proprement dit. Le démarrage de l'enquête a coïncidé avec le début de l'année scolaire (c'est-à-dire, avec le début habituel des examens médicaux des écoliers).

Il s'agit là d'une période d'essai, devant permettre de se rendre compte de façon tangible des possibilités de réalisation de l'étude souhaitée. Il importe donc d'en faire, dès maintenant, un premier bilan schématique, en vue d'en tirer des renseignements susceptibles d'orienter le programme de travail de l'année 1962-1963.

3.2. De ce bilan, concernant les 4 « zones-pilote », se dégagent tout d'abord des éléments positifs dont les plus importants et les plus concrets peuvent être résumés comme suit :

- standardisation des tests tuberculiques en milieu scolaire, grâce à l'adoption de la méthode intradermique (utilisée, au cours de l'année scolaire 1961-1962, pour tous les écoliers qui, dans les 4 centres, ont été testés);

- entraînement du personnel technique en vue de se conformer aux normes internationales (pour l'exécution et la lecture des tests);

- effort de standardisation du dépistage radiologique, grâce à la généralisation, chez les écoliers, des examens radiophotographiques (substitués aux simples examens radioscopiques);

- effort de normalisation des interprétations et notations des lectures radiophotographiques, grâce à l'adoption d'une nomenclature uniforme (nomenclature proposée par l'U. I. T.);

- mise en place, à l'échelon de chaque « zone-pilote », d'un fichier central nominal des écoliers âgés de 6 à 14 ans;

- centralisation, dans ce fichier, des renseignements relatifs au dépistage de l'année 1961-1962 (résultat et dimension du test tuberculique; résultat de l'examen radiophotographique; notation, éventuellement, de l'abstention ou refus lors du dépistage), ainsi que des renseignements relatifs à l'état tuberculique antérieurement à l'enquête et des antécédents de vaccination par le B. C. G.;

- préparation de l'exploitation mécanographique et statistique du fichier de dépistage (dont un « échantillon » pourra être étudié prochainement, pour chaque centre d'enquête);

- préparation d'un fichier central de morbidité tuberculeuse (et d'un fichier médico-social) concernant les enfants;

- collecte des renseignements et documents relatifs aux cas de tuberculose auprès des divers services publics;

- début de collecte des renseignements auprès des médecins du secteur privé (ceci, dans 2 centres d'enquête seulement);

- réalisation d'une première campagne d'information (relative à la lutte antituberculeuse et, plus spécialement, au dépistage tuberculique), auprès des membres du corps enseignant, des écoliers et de leurs parents et des médecins du secteur privé.

Tous ces points ont été acquis grâce à un travail en équipe mené par les enquêteurs avec la participation effective d'un grand nombre de techniciens (médecins, infirmières, assistantes sociales) des services de Santé scolaire et des services de Santé publique et avec l'autorisation des administrations correspondantes. La réalisation de cette coordination est, justement, un élément positif important qui mérite d'être souligné.

3.3. Mais, malgré ces efforts conjugués, l'étude épidémiologique projetée n'a pas été intégralement réalisée.

Il importe, en effet, de faire remarquer les points suivants :

- le fichier des enfants d'âge scolaire n'est pas encore, démographiquement parlant, complètement à jour; n'y sont pas encore inclus les enfants de familles résidentes, non inscrits dans les écoles de la ville; de plus, dans 2 des centres, ne figurent pas encore au fichier, les enfants de certaines écoles non prospectées au cours de la présente année;

- la prospection en vue du dépistage tuberculique n'a pas porté, dans deux des « zones-pilote », sur la totalité des écoles (alors que, pour les deux autres zones, la prospection a été totale);

- nulle part, le dépistage tuberculique n'a été complet, en raison d'abstentions ou de refus de la part des écoliers ou de leur famille (10 à 40 % suivant les groupes scolaires);

- la standardisation de la technique des tests n'a pas encore été parfaitement obtenue dans tous les secteurs, en raison du trop grand nombre de techniciens participant au dépistage et de la dissociation entre personnel d'exécution et personnel chargé de la lecture des réactions;

- le dépistage radiophotographique n'a pas toujours été (pour des raisons d'ordre matériel) coordonné avec le dépistage tuberculique, mais a souvent été décalé de plusieurs mois par rapports aux tests;

- de ce fait, la prospection radiophotographique des enfants tuberculino-positifs n'a pas été complète; sans doute a-t-on effectué pour certains d'entre eux (en particulier, en cas de « virage » récent du test tuberculique) des examens radioscopiques ou, parfois, radiographiques; mais en fait, maints enfants ont échappé totalement au dépistage radiologique;

— le signalement des cas « suspects » (en particulier des « virages ») n'a pas toujours été fait dans un délai suffisamment rapide au centre d'enquête, d'où un retard préjudiciable dans le déclenchement de l'enquête médico-sociale et des examens médicaux;

— les examens complémentaires de ces enfants « suspects » de tuberculose, n'ont pas été suffisamment standardisés (absence fréquente d'examens radiographiques et, plus souvent encore, d'examens bactériologiques); ceci, en raison de la dispersion habituelle de ces jeunes consultants vers des services (publics ou privés) inégalement équipés ou inégalement intéressés au problème de la tuberculose;

— le diagnostic des cas de tuberculose n'a donc pas toujours été suffisamment authentifié;

— la recherche des enfants tuberculeux (déjà malades avant le dépistage ou devenus malades après le dépistage) n'a pas été achevée;

— en effet, le secteur médical privé, susceptible de connaître des cas ignorés des services publics, n'a été prospecté que dans 2 des centres d'enquête; là où cette liaison a été établie, la coopération a été satisfaisante quoique non totale; de plus, la collecte des renseignements a été assez décevante, du fait de l'absence fréquente d'une documentation objective et contrôlable (radiographique, bactériologique);

— il ressort, enfin, de tous les contacts qui ont été établis, que ni les médecins, ni le personnel para-médical, ni le grand public en général, ne sont à l'heure actuelle suffisamment informés des problèmes relatifs à la tuberculose, en particulier de l'intérêt d'une détection systématique de la maladie et de l'infection.

3.4. Au total, la période de travail correspondant à l'année scolaire 1961-1962, peut être considérée comme une période d'essai. Il importe maintenant d'effectuer une étude épidémiologique plus complète au cours de l'année scolaire 1962-1963, ce travail n'étant rentable que s'il nous est permis d'apporter un certain nombre de modifications et d'améliorations aux rouages de l'enquête.

Ces demandes ont été formulées par le Service de recherches épidémiologiques lors des réunions qui ont eu lieu au Centre international de l'Enfance, sous la présidence du P^r ROBERT DEBRÉ, en mars 1962 (1), juin 1962 (2) et septembre 1962 (1).

(1) Réunion de coordination, sur le plan français (liste des participants, en fin de rapport).

(2) Réunion de coordination, sur le plan international. Outre les représentants français, participaient à la réunion : les représentants de la Pologne (P^r KOBIEŃSKA), de la Suisse (D^r PEYROT), de la Yougoslavie (P^r NEUBAUER), ainsi que des représentants de l'Organisation mondiale de la Santé (D^r MAHLER), de l'Union internationale contre la tuberculose (D^r HOLM) et du T. N. O. La Haye (D^r BLEIKER).

4. — DEMANDES FORMULÉES PAR LES ENQUÊTEURS EN VUE DE LA RÉALISATION DU PROGRAMME 1962-1963

4.1. Renforcer la coordination entre les centres d'enquête d'une part, et, d'autre part, les services de Santé publique et les services de Santé scolaire, afin de réaliser une planification plus rationnelle du travail.

4.2. Organiser une campagne d'information sur les problèmes de lutte antituberculeuse en vue de préparer le public à une prospection systématique et d'améliorer le rendement de celle-ci.

Cette campagne d'information ne devrait pas être axée uniquement sur le dépistage systématique (par exemple, tests tuberculiques chez les enfants), mais sur la tuberculose, en général, en tant que problème majeur de Santé publique.

A ce travail de propagande devraient participer non seulement les personnes responsables directement de l'enquête épidémiologique, ainsi que les services de santé publique et les services de santé scolaire, mais aussi les centres d'éducation sanitaire (centre national, centre interrégionaux et départementaux).

La campagne d'information devrait s'adresser :

— aux médecins et au personnel paramédical, en particulier du secteur privé (conférences, articles dans des revues spécialisées, lettres et visites aux médecins);

— aux membres du corps enseignant (conférences à l'occasion des réunions pédagogiques, visites et envoi de notices aux directeurs d'écoles à l'occasion de la préparation des listes d'enfants devant être soumis aux examens médicaux, diffusion d'informations par la voie de l'inspection académique et de l'inspection primaire);

— aux familles des écoliers (en particulier par l'intermédiaire des associations de parents d'élèves) et aux écoliers eux-mêmes (petites conférences élémentaires faites dans les écoles avant le dépistage);

— enfin, au grand public (par la presse, la radiodiffusion et télévision).

Il est éminemment souhaitable que cette campagne d'information précède, de quelques semaines ou quelques mois, le dépistage scolaire.

4.3. C'est pourquoi on demande de différer quelque peu le démarrage du dépistage tuberculique qui pourrait débuter, par exemple, en novembre ou en décembre 1962, ou mieux, en janvier 1963.

Ce temps de latence serait tout à fait essentiel : et pour organiser la campagne d'information prévue, et pour préparer les listes d'écoliers afin de mettre à jour le fichier qui constitue la base de travail indispensable; et enfin pour préparer une planification rationnelle du dépistage.

4.4. En effet, il est éminemment souhaitable de modifier l'organisation et le rythme du dépistage. On demande :

— d'unifier le libellé de convocation et de n'y ajouter aucune mention relative à l'acceptation ou au refus éventuels des parents;

— de pratiquer les tests en grandes séries, donc de les dissocier d'avec les examens médicaux généraux (l'exécution et la lecture des intradermo-réactions peuvent avoir lieu à l'école, sans que l'on ait à conduire les enfants au centre médico-scolaire);

— de confier ce dépistage, pour chaque zone-pilote, à un nombre restreint de techniciens spécialement entraînés (il est, en effet, très difficile dans l'état actuel de l'organisation, de réaliser une formation suffisante et uniforme pour un très grand nombre de techniciens);

— d'effectuer conjointement (au moment de la lecture des tests, ou en tout cas dans un bref délai après celle-ci) le dépistage radiophotographique.

4.5. *Le dépistage tuberculinique concerne tous les enfants inscrits à l'école* (pour le groupe d'âge 6 à 14 ans), vaccinés ou non vaccinés, y compris les enfants antérieurement testés et trouvés tuberculino-positifs (sauf cas, d'ailleurs exceptionnels, de réactions hyperergiques précédemment constatées).

Au cours de l'année suivante (1963-1964), on devra effectuer un nouveau test chez les enfants dont le test aura été, en 1962-1963, inférieur à 6 mm, afin de déceler l'apparition éventuelle d'un « virage », c'est-à-dire la survenue d'une infection tuberculeuse. Il est convenu de « retester » aussi les enfants dont le test aura, en 1962-1963, un diamètre compris entre 6 et 10 mm, ceci, afin d'étudier d'éventuelles variations d'allergie et d'en mieux connaître la signification. A cet égard, il sera intéressant de retester, également, un « échantillon » d'enfants tuberculino-positifs dont la réaction actuelle, en 1962-1963, a un diamètre d'induration supérieur à 10 mm. Mais il ne sera pas nécessaire de tous les retester.

On emploiera, pour tous ces tests, la tuberculine utilisée dans toutes les campagnes internationales (lot RT 23) à la dose de 2 unités de la solution avec tween.

4.6. *Le dépistage radiophotographique concerne tous les enfants* (vaccinés ou non vaccinés) présentant une *réaction tuberculinique positive* d'un diamètre égal ou supérieur à 6 mm.

Il est souhaitable d'examiner également un « échantillon » *des enfants étiquetés tuberculino-négatifs* (c'est-à-dire ceux dont le test a un diamètre d'induration inférieur à 6 mm).

4.7. *On demande aux services habilités à effectuer ces examens radiophotographiques* (services de Santé scolaire ou de Santé publique, suivant les régions) de centrer au maximum les efforts de dépistage, en 1962-1963, sur les écoliers, afin d'essayer de réaliser une prospection complète de ce groupe démographique.

4.8. On demande à tous les services de dépistage (services scolaires, dispensaires) *de signaler très rapidement tous les enfants « suspects » de tuberculose* (y compris les simples « virages ») au centre d'enquête et,

dans toute la mesure du possible, de les orienter et centraliser vers un service spécialement outillé pour *effectuer les examens complémentaires* voulus.

Ces examens complémentaires devraient être, au minimum : une *radiographie standard* et une *recherche de B. K.* par culture du liquide de tubage gastrique.

Ce service central d'examen, pour chaque secteur d'enquête, pourrait être le service hospitalier de phthisiologie ou le dispensaire.

Pour tous ces cas, suspects de tuberculose ou tuberculeux confirmés, un duplicata du cliché thoracique devra être conservé au centre d'enquête.

4.9. *Le signalement par les services scolaires au centre d'enquête des enfants absents de l'école* pour raison de maladie (par exemple, absence de plus d'un mois), faciliterait la recherche d'éventuels cas de tuberculose. Ce signalement permettrait aux enquêteurs de motiver une visite d'information auprès de la famille ou auprès du médecin traitant.

5. — CONCLUSIONS

L'étude épidémiologique relative aux enfants d'âge scolaire qui a été réalisée au cours de l'année 1961-1962, ne peut être considérée comme suffisante : en effet, la base démographique de référence n'est pas absolument sûre, les enfants n'ont pas été intégralement prospectés et les cas de tuberculose détectés n'ont pas toujours été suffisamment authentifiés.

Mais le travail effectué a cependant été bénéfique.

Il a permis, en effet, de constituer et de centraliser une documentation épidémiologique (jusque-là éparse), sur des bases beaucoup plus complètes et beaucoup plus précises qu'auparavant, documentation dont l'exploitation statistique fournira, très prochainement, maintes indications utiles.

Il a permis, également, d'améliorer les techniques de prospection, de renforcer la coordination entre les services, de favoriser la diffusion de l'information sanitaire relative à la lutte antituberculeuse.

Ces divers points étant acquis, on peut envisager d'effectuer une étude épidémiologique plus complète au cours de l'année scolaire 1962-1963. Mais il apparaît nécessaire d'apporter dès maintenant au travail d'enquête un certain nombre de modifications et d'améliorations.

Travail de la Section de Tuberculose présenté par

A. LOTTE, S. PERDRIZET et A. ROUILLON.

RÉUNION DE TRAVAIL DU 28 SEPTEMBRE 1962

Président : Professeur ROBERT DEBRÉ

Liste des Participants

- D^r ALLIEN, Inspection régionale des services médicaux et sociaux du Ministère de l'Éducation nationale, *Lille*.
 D^r AUJOULAT, Centre national d'Éducation sanitaire, *Paris*.
 P^r ET. BERNARD, Chaire de Pneumo-phthisiologie de la Faculté de médecine, *Paris*.
 D^r BERTHET, Centre international de l'Enfance, *Paris*.
 D^r BROYELLE, Direction du Centre de Santé publique, *Soissons*.
 P^r Agr. BURGHARD, Clinique médicale infantile, *Strasbourg*.
 D^r DARON, Inspection régionale des services médicaux et sociaux du Ministère de l'Éducation nationale, *Bordeaux*.
 D^r DELCAMBRE, Institut Pasteur, *Lille*.
 D^r DESLORIEUX, Inspection départementale des services médicaux et sociaux du Ministère de l'Éducation nationale, *Laon*.
 D^r FABIA, Centre international de l'Enfance, *Paris*.
 D^r FILLASTRE, Centre international de l'Enfance, *Paris*.
 P^r FRÉOUR, Chaire d'hygiène, Faculté de médecine, *Bordeaux*.
 D^r FRIART, Inspection départementale des services médicaux et sociaux du Ministère de l'Éducation nationale, *Lille*.
 M^{me} GEORGE, Centre international de l'Enfance, *Paris*.
 P^r Agr. GERVOIS, Institut Pasteur, *Lille*.
 P^r GERNEZ-RIEUX, Institut Pasteur, *Lille*.
 D^r GOUJOU, Centre international de l'Enfance, *Paris*.
 D^r HATTON, Institut National d'Hygiène, *Paris*.
 D^r JACQUEMIN, Inspection régionale des services médicaux et sociaux du Ministère de l'Éducation nationale, *Reims*.
 D^r LAVOINE, Direction départementale de la Santé, *Lille*.
 M. LEBETTRE, Direction des services médicaux et sociaux du Ministère de l'Éducation nationale, *Paris*.
 D^r LEBLANC, Direction départementale de la Santé, *Strasbourg*.
 D^r LOTTE, Institut National d'Hygiène, *Paris*.
 D^r MAGLOIRE, Centre international de l'Enfance, *Paris*.
 P^r Agr. MANDE, Centre international de l'Enfance, *Paris*.
 D^r MARTIN, Direction générale de la Santé publique du Ministère de la Santé publique et de la Population, *Paris*.
 D^r METZ-MARCY, Inspection départementale des services médicaux et sociaux du Ministère de l'Éducation nationale, *Strasbourg*.
 M^{me} ORSSAUD, Centre international de l'Enfance, *Paris*.

- D^r PERDRIZET, Institut National d'Hygiène, *Paris*.
 D^r PIGNOL, Service de Pneumo-phthisiologie, Hospices civils, *Strasbourg*.
 D^r POISSON, Institut National d'Hygiène, *Paris*.
 D^r ROUQUETTE, Institut National d'Hygiène (Unité de recherches statistiques), *Paris*.
 D^r SAGOT, Inspection régionale des services médicaux et sociaux du Ministère de l'Éducation nationale, *Strasbourg*.
 P^r Agr. SERISÉ, Laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine, *Bordeaux*.
 D^r TICHAUER, Inspection départementale des services médicaux et sociaux du Ministère de l'Éducation nationale, *Bordeaux*.
 D^r TONDRE, Office municipal d'hygiène, *Strasbourg*.
 M. VENTURINI, Direction des services médicaux et sociaux du Ministère de l'Éducation nationale, *Paris*.

CANCER

**PRÉSENTATION DES CAS DE CANCER
OBSERVÉS EN 1960
DANS LES RÉPUBLIQUES AFRICAINES
D'EXPRESSION FRANÇAISE**

Malgré leur récente accession à l'indépendance, les jeunes républiques africaines d'expression française ont bien voulu continuer à nous apporter leur collaboration dans la poursuite de notre enquête sur l'épidémiologie du cancer chez le mélano-africain.

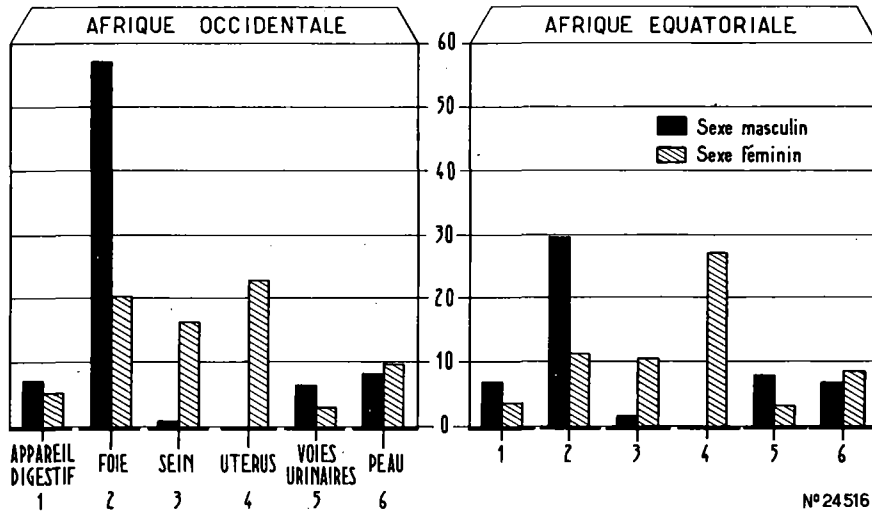
Nous sommes donc à même de présenter, comme chaque année, le bilan pour 1960 des cas de cancer relevés dans les populations de race noire, par l'ensemble du corps médical de la France d'Outre-mer, avec la collaboration des médecins africains. Les transformations politiques et administratives de ces deux dernières années, n'ont pas toujours permis d'effectuer, dans les conditions habituelles, l'enregistrement général des cas et, au moment de mettre sous presse, nous manquaient encore les cas observés dans cinq républiques : République Voltaïque, Gabon, Togo, Cameroun et Guinée. Nous restons persuadés que dans l'avenir nous pourrions présenter un bilan épidémiologique complet, incluant même, peut-être, la république de Guinée.

Au total, le recensement des cas diagnostiqués en 1960 s'élève à 1 437 (y compris Madagascar). Il est, par conséquent, sensiblement plus élevé que l'année précédente, malgré l'absence de renseignements pour les cinq républiques mentionnées plus haut.

En principe, tous les cas de cancer observés sont signalés et classés selon un schéma standard, très simple, comprenant les têtes de rubriques suivantes :

Formation sanitaire	Nom et prénom	Race	Sexe	Age	Localisation	Histologie
------------------------	------------------	------	------	-----	--------------	------------

Il serait évidemment souhaitable de pouvoir élargir le cadre des données recueillies dans cette enquête; c'est ainsi que la connaissance du stade, de l'adénopathie, des métastases, de la thérapeutique, de l'évolution, etc., serait du plus grand intérêt. Malheureusement, l'organisation des services médicaux en Afrique centrale ne permet pas encore de connaître ces données avec certitude et pour l'ensemble des cas. Il paraît raisonnable, par conséquent, de se contenter, pour le moment, des notions essentielles ci-dessus.



GRAPHIQUE 1.

Répartition des principales localisations du cancer.

Année 1960.

Il convient de rappeler tout d'abord que les statistiques présentées ici ne prétendent nullement représenter la morbidité réelle par cancer dans les républiques africaines d'expression française. Nous sommes loin de connaître la totalité des cas. Beaucoup de cancers échappent encore aux médecins et ces derniers ne participent pas dans leur ensemble à l'enregistrement des cas. Il serait donc prématuré de vouloir tirer de ces tableaux une notion quelconque de fréquence ou un taux, même provisoire, de morbidité. Il faudra encore de longues années avant de pouvoir déterminer la fréquence réelle et la répartition du cancer chez le mélanofricain.

Ces documents, établis avec des moyens limités, ne sont cependant pas

dépourvus d'intérêt. Leur présentation appelle, en 1960, les quelques remarques suivantes :

Nous avons conservé la répartition traditionnelle en deux groupes : Afrique Occidentale (A. O.) et Afrique Equatoriale (A. E.) (tableau I). Elle est géographiquement valable et, surtout, elle permet une comparaison plus aisée avec nos publications antérieures.

Comme d'habitude, c'est en Afrique occidentale qu'est collectée la majeure partie des cas, et le Sénégal occupe à ce point de vue — comme en 1959 — le premier rang. L'absence des données camerounaises a placé le Congo à la première place en Afrique équatoriale. Il est d'ailleurs à remarquer que c'est dans ce territoire qu'on relève la plus forte proportion de cas histologiquement vérifiés (42 %).

Les tumeurs primitives du foie demeurent, de loin, les plus fréquentes chez l'homme, représentant plus de la moitié de l'ensemble des cancers déclarés en Afrique occidentale. A ce point de vue, les relevés de 1960 sont absolument conformes à ceux des années antérieures. On sait que certaines races, au Sénégal et au Soudan (Oulof, Toucouleur, etc.), sont plus particulièrement exposées, mais l'importance du facteur racial n'est sans doute qu'apparente, puisque les Noirs américains, souvent originaires d'Afrique occidentale perdent leur « prédisposition » à l'hépatome.

Depuis ces dernières années, d'intéressants travaux se sont efforcés d'apporter un peu de lumière sur cette question troublante. Dans nos précédentes publications (1) nous avons rapporté l'essentiel des travaux publiés sur le cancer en Afrique noire. Ce que nous écrivions alors reste valable et on ne peut que rappeler l'importance de la cirrhose post-nécrotique (Laennec type B) dans la genèse de ces cancers : 60 à 70 % des hépatomes se développent sur une cirrhose pré-existante. Le plus habituellement cette cirrhose est elle-même consécutive à une hépatite nécro-sante d'origine virale (PAYET et CAMAIN, STEINER, etc.).

Tout récemment, l'Ecole de Montpellier (A. BAUMES et coll.) a repris ce problème à propos d'une observation d'hépatome malin survenu après une hépatite virale — chez un éthylique avéré, il est vrai. Sans pouvoir affirmer une filiation évidente, ces auteurs retiennent des éléments étiologiques cliniques et surtout anatomiques qui, à la lumière des travaux déjà parus, leur permettent d'évoquer un rapport entre ces deux affections sous l'angle d'un phénomène de co-carcinogénèse.

A côté de cette étiologie, généralement admise actuellement, il peut être intéressant de rappeler les conclusions récentes de recherches entreprises depuis 4 ans en Afrique noire par une équipe médicale française : la farine d'arachide contaminée par une moisissure rencontrée fréquemment sous les climats chauds et humides (*aspergillus flavus*) s'est révélée cancérigène chez le rat, au point que 16 à 30 % des animaux alimentés avec cette farine présentent des hépatomes. Ce produit étant fréquem-

(1) Bull. de l'I. N. H., t. 16, n° 6, nov.-déc. 1961, pp. 1039-1050.

ment utilisé pour l'alimentation humaine — surtout en Afrique occidentale —, les auteurs estiment qu'il pourrait exister là un facteur favorisant la transformation maligne d'affections hépatiques pré-existantes.

On a également invoqué l'origine nutritionnelle de ces tumeurs car on sait que les régimes carencés (surtout en protéides) favorisent chez l'animal l'apparition du cancer du foie; de tels déséquilibres nutritionnels sont malheureusement courants en Afrique noire.

Enfin, l'origine parasitaire de ces hépatomes (clonorchiasse en particulier) a quelquefois été invoquée; elle est indiscutable en Asie, mais il semble qu'en Afrique cette étiologie, bien que possible, ne soit pas la plus habituelle.

Nous avons déjà insisté sur l'uniformité histologique de ces épithéliomas qui sont presque tous du type hépato-cellulaire, le cholangiome ne représentant guère plus de 5 à 10 % de l'ensemble; les formes de transition ne sont pas exceptionnelles.

D'après la plupart des travaux, c'est dans les quatrième et cinquième décennies — entre 30 et 44 ans — que se rencontre la majorité des cas avec un maximum entre 35 et 39 ans chez l'homme. La femme, nubile à 10 ans, ménopausée à 40, vieillit plus vite que l'homme; elle fait donc son cancer plus tôt, le maximum de fréquence s'observant entre 28 et 30 ans. Cette conclusion ne semble d'ailleurs pas confirmée en 1960 par nos statistiques. Il est vrai que la notion d'âge est toute relative en Afrique noire.

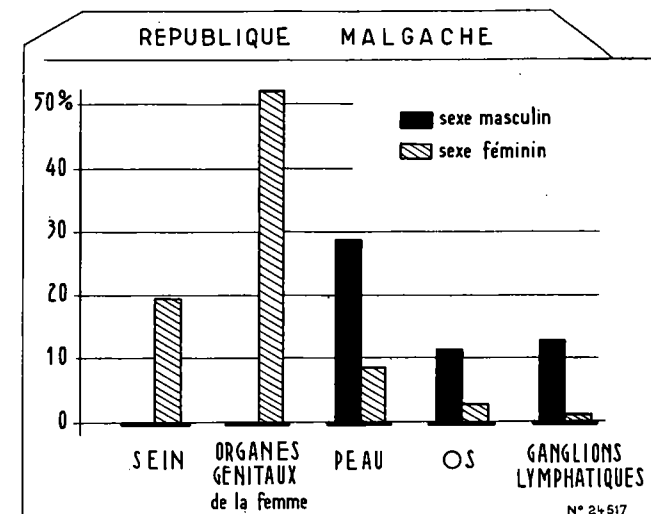
Comme les années précédentes, l'Afrique équatoriale demeure moins touchée par le cancer du foie, qui ne représente chez l'homme que 29,8 % de l'ensemble. Il est suivi d'assez près par les tumeurs utérines (27,2 %) qui sont ici, comme en 1959, les plus fréquentes chez la femme. A ce propos, il serait intéressant de savoir si la circoncision est la règle dans ces régions équatoriales.

De même que dans toutes les régions à forte irradiation solaire, les cancers cutanés ne sont pas rares en Afrique où ils représentent environ 8 % des cas. Ils sont suivis d'assez près par les tumeurs des voies urinaires certainement plus fréquentes qu'en Europe, en raison sans doute de la bilharziose.

On ne peut manquer de remarquer la rareté des épithéliomas broncho-pulmonaires dont 11 cas seulement ont été rapportés en 1960, pour les 10 républiques africaines. L'Ecole de Dakar (M. PAYET et coll.) a attiré l'attention sur l'influence du mode de vie dans la genèse de ces cancers : l'irritation des voies respiratoires par les poussières des villes, les fumées et le tabac — véritable rançon de la civilisation —, ne peut être invoquée en Afrique noire où la vie a gardé, le plus souvent, son caractère primitif.

On ne peut tirer aucune conclusion du total des cas quant à leur fréquence plus grande dans un sexe que dans l'autre : le recensement des tumeurs est en effet beaucoup trop incomplet.

Le tableau II bis présente le regroupement des localisations les plus importantes; il nous a permis d'établir le graphique ci-dessous qui met nettement en relief la prépondérance des localisations hépatique et utérine.



GRAPHIQUE 2.

Répartition des principales localisations du cancer.

Année 1960.

La répartition par âge (tableau III) ne diffère guère de celle des années précédentes, non plus que de celle rapportée par d'autres auteurs. Dans les deux sexes, et en Afrique occidentale comme en Afrique équatoriale, le maximum des cas s'établit autour de la quarantaine, alors que les vieillards semblent relativement moins touchés que les jeunes (enfants et adolescents). L'Afrique se distingue donc de l'Europe par la répartition des âges dans la maladie cancéreuse : le maximum de fréquence s'y observe une vingtaine d'années plus tôt. Ceci est pour une grande part lié à la brièveté habituelle de la vie sous ces climats, mais en tout état de cause, on ne pourrait en tirer de conclusions significatives que si l'on connaissait la répartition par âge de la population.

Depuis 1954, un dénombrement des cas de cancer a été organisé dans la République Malgache selon les mêmes modalités qu'en Afrique Centrale. Une première présentation des données recueillies en avait été réalisée dans la monographie de P. F. DENOIX et J. R. SCHLUMBERGER (1). Elle avait

(1) Monographie de l'I. N. H., n° 12, Paris 1957.

déjà permis de remarquer qu'il semblait exister des différences importantes entre l'Afrique occidentale et la grande île de l'Océan Indien. Ces différences se sont retrouvées dans le relevé des années suivantes et celui de 1960, numériquement supérieur à celui de 1959 (164 cas), aboutit aux mêmes conclusions : bien que le mode de vie et l'alimentation soient sensiblement les mêmes qu'en Afrique centrale, à quelques différences près sans doute, on n'y retrouve pas la même prépondérance du cancer du foie. A vrai dire, aucun cas n'a été signalé ces trois dernières années, alors que 15 cas avaient été dénombrés en 1957. Ceci ne peut être uniquement imputé au caractère incomplet du recensement, et il n'est pas douteux que les populations malgaches sont moins menacées par le cancer du foie que celles de l'Afrique occidentale. Une notion semble probable par ailleurs : l'hépatite virale cirrhogène paraît nettement plus rare à Madagascar qu'en Afrique occidentale.

Le total des cas masculins est trop réduit (63) pour qu'il soit possible d'en tirer des pourcentages significatifs; la prépondérance des tumeurs cutanées mérite cependant d'être signalée (plus du quart de l'ensemble des cancers chez l'homme). Par ailleurs, on peut remarquer que les tumeurs du squelette et des ganglions lymphatiques apparaissent plus fréquentes que les cancers digestifs.

Les seuls pourcentages valables concernent, dans le sexe féminin, les localisations mammaire (19,8) et surtout génitale (52,5). Ce dernier taux est parmi les plus importants relevés au cours de ces dernières années. Si la fréquence exceptionnellement élevée du cancer du col se précisait dans l'avenir, elle pourrait inciter à entreprendre des études particulières sur les différents facteurs étiologiques possibles (rôle de la multiparité, des cervicites, de la circoncision, etc.).

La répartition par âge, toutes localisations, fait apparaître une nette prédominance à la cinquantaine, dans l'un et l'autre sexe, c'est-à-dire une dizaine d'années plus tard qu'en Afrique centrale.

✱

De l'ensemble de ces données épidémiologiques, il faut encore se garder de tirer des conclusions précises. Cette réserve ne peut qu'être renforcée par l'absence de données dans 5 républiques sur 15. La valeur de ces statistiques en tant que document de morbidité s'en trouve notablement diminuée. Nous avons cependant la conviction que cet état de choses n'est que provisoire et qu'au cours des années à venir le recensement des cas de cancer s'effectuera de plus en plus complètement, grâce à la bienveillante collaboration des services épidémiologiques des différents Ministères de la Santé. Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de nos remerciements.

Qu'il nous soit permis également de remercier tous nos collègues du corps de santé français en Afrique, qui ont bien voulu s'intéresser à cet important problème du cancer chez le Noir. Dans l'avenir, alors que les grandes endémies tropicales sont appelées à régresser plus ou moins rapidement, une pathologie nouvelle se fera jour : elle sera de plus en plus calquée sur la pathologie européenne. Il est encore trop tôt pour prévoir les délais de cette évolution.

Travail de la Section Cancer présenté par
J. LEGUÉRINAIS, Cl. LAURENT et L. MAUJOL.

Cf. : tableaux pages suivantes :

TABLEAU I

Répartition des cas de cancers enregistrés
dans les Républiques Africaines d'expression française en 1960.

Territoires	Sexe		Non précisés	Total	Nombre de diagnostics vérifiés par histologie
	mas- culin	féminin			
A. O.					
République du Mali	185	96	1	282	131
République du Sénégal	222	66	6	294	127
République islamique de Mauritanie	20	22	—	42	4
République du Dahomey	52	85	2	139	—
République Voltaïque	—	—	—	—	—
République du Niger	81	62	1	144	37
République de la Guinée	—	—	—	—	—
République de Côte-d'Ivoire	13	6	1	20	4
Total	573	337	11	921	303
A. E.					
République du Tchad	92	62	—	154	29
République Centre Africaine	13	10	—	23	18
République du Congo	73	86	1	160	95
République du Gabon	—	—	—	—	—
République du Togo	—	—	—	—	—
République du Cameroun	—	—	—	—	—
Total	178	158	1	337	142
République Malgache	63	116	—	179	143
Total général : 1 437 cas.					

TABLEAU II

Répartition des cas de cancer enregistrés en 1960
selon la localisation.

Localisations	A. O.				A. E.			
	Sexe masculin		Sexe féminin		Sexe masculin		Sexe féminin	
	Nb. de cas	%	Nb. de cas	%	Nb. de cas	%	Nb. de cas	%
140 A — Lèvre supérieure cutanéomuqueuse	1	—	1	—	—	—	—	—
140 K — Lèvre S. A. I.	2	—	2	—	—	—	—	—
141 D — Partie postérieure de la langue	1	—	—	—	—	—	—	—
141 K — Langue S. A. I.	1	—	—	—	—	—	—	—
142 E — Parotide	5	—	5	—	—	—	5	—
142 K — Glandes salivaires S. A. I.	—	—	3	—	1	—	1	—
143 — Plancher de la bouche	1	—	—	—	1	—	—	—
144 D — Gencives	3	—	—	—	—	—	1	—
144 E — Face interne des joues	1	—	1	—	—	—	—	—
144 F — Muqueuse branche montante du maxillaire	1	—	4	—	—	—	—	—
144 K — Cavité buccale S. A. I.	1	—	1	—	1	—	—	—
145 D — Amygdale	1	—	1	—	1	—	—	—
145 K — Oropharynx S. A. I.	—	—	—	—	1	—	—	—
146 K — Nasopharynx	—	—	—	—	—	—	1	—
147 K — Hypopharynx S. A. I.	—	—	—	—	1	—	—	—
148 — Pharynx S. A. I.	—	—	—	—	1	—	—	—
150 K — Œsophage S. A. I.	3	—	1	—	1	—	1	—
151 A — Estomac : petite courbure	—	—	2	—	—	—	—	—
151 D — Estomac : région pylorique	2	—	1	—	—	—	1	—
151 K — Estomac S. A. I.	27	4,7	8	—	5	—	—	—
152 A — Duodénum	—	—	1	—	—	—	—	—
153 A — Côlon ascendant	2	—	—	—	—	—	—	—
153 B — Cæcum	—	—	—	—	1	—	—	—
153 C — Appendice	1	—	—	—	—	—	—	—
153 D — Côlon transvers et angles	1	—	—	—	1	—	—	—
153 F — Côlon sigmoïde	2	—	1	—	—	—	—	—
153 K — Gros intestin S. A. I.	3	—	2	—	—	—	1	—
154 A — Rectum (ampoule)	1	—	1	—	2	—	3	—
154 B — Anus	—	—	—	—	1	—	—	—
154 K — Rectum S. A. I.	1	—	1	—	1	—	—	—
155 A — Foie	328	57,2	68	20,2	53	29,8	18	11,4
156 — Foie secondaire et non spécifié	—	—	—	—	1	—	1	—
157 — Pancréas	1	—	—	—	2	—	1	—
158 — Péritoine	2	—	1	—	—	—	2	—
159 — Organes digestifs S. A. I.	2	—	3	—	7	—	4	—
160 — Nez et sinus S. A. I.	—	—	—	—	—	—	2	—
160 B — Fosses nasales	2	—	—	—	—	—	—	—
160 C — Sinus maxillaire (maxillaire supérieur)	2	—	—	—	—	—	—	—
160 D — Sinus maxillaire (région malaire)	—	—	1	—	—	—	—	—
160 E — Sinus maxillaire (région ethmoïdo-maxillaire)	2	—	1	—	—	—	—	—
160 G — Sinus maxillaire (cavité)	1	—	—	—	—	—	1	—

S. A. I. : Sans autre indication.

TABLEAU II (suite).

Localisations	A. O.				A. E.			
	Sexe masculin		Sexe féminin		Sexe masculin		Sexe féminin	
	Nb. de cas	%	Nb. de cas	%	Nb. de cas	%	Nb. de cas	%
160 K — Sinus frontal	—	—	1	—	—	—	—	—
161 M — Larynx S. A. I.	1	—	—	—	—	—	—	—
162 A — Trachée	1	—	—	—	—	—	—	—
162 K — Bronches et poumon	4	—	3	—	3	—	—	—
164 — Médiastin	—	—	—	—	1	—	1	—
170 K — Sein S. A. I.	5	—	55	16,3	3	—	17	—
171 K — Col S. A. I.	—	—	37	11	—	—	31	19,6
172 — Corps de l'utérus	—	—	3	—	—	—	1	—
174 — Utérus S. A. I.	—	—	36	10,7	—	—	11	7
175 A — Ovaire	—	—	4	—	—	—	10	6,3
176 A — Vulve	—	—	4	—	—	—	1	—
176 B — Vagin	—	—	2	—	—	—	2	—
176 K — Organes génitaux externes féminins S. A. I.	—	—	3	—	—	—	2	—
177 — Prostate	14	2,4	—	—	8	—	—	—
178 — Testicules	4	—	—	—	1	—	—	—
179 A — Verge	2	—	—	—	2	—	—	—
179 B — Scrotum	1	—	—	—	3	—	—	—
179 K — Organes génitaux masculins S. A. I.	2	—	—	—	—	—	—	—
180 K — Rein	6	—	1	—	1	—	2	—
181 A — Vessie	25	4,4	8	—	12	6,7	3	—
181 K — Vessie et autres organes urinaires S. A. I.	4	—	—	—	1	—	—	—
191 A — Peau : face	9	—	6	—	1	—	1	—
191 B — Peau : paupières	6	—	4	—	1	—	—	—
191 D — Peau : cuir chevelu et cou.	2	—	1	—	—	—	1	—
191 E — Peau : Tronc	1	—	3	—	—	—	—	—
191 C — Peau : membres supérieurs.	2	—	2	—	—	—	—	—
191 H — Peau : Membres inférieurs.	21	3,7	10	3	7	—	11	7
191 J — Peau : Localisations multiples	—	—	—	—	—	—	1	—
191 K — Peau : S. A. I.	4	—	5	—	3	—	—	—
192 — Œil	1	—	6	—	3	—	1	—
193 B — Enveloppes méningées	—	—	—	—	—	—	1	—
193 D — Nerfs périphériques	—	—	—	—	1	—	—	—
193 E — Système sympathique	—	—	1	—	—	—	—	—
193 K — Système nerveux S. A. I.	1	—	—	—	—	—	—	—
194 — Glande thyroïde	1	—	2	—	1	—	2	—
195 D — Hypophyse	1	—	—	—	1	—	—	—
196 A — Os : Crâne et face	1	—	2	—	—	—	—	—
196 B — Os : Maxillaire inférieur.	—	—	—	—	—	—	2	—
196 D — Os : Côtes, sternum et clavicules	2	—	—	—	2	—	—	—
196 E — Os : Membres supérieurs, os longs	3	—	1	—	—	—	—	—
196 G — Os : Ceinture pelvienne.	—	—	—	—	1	—	—	—
196 H — Os : Membres inférieurs, os longs	2	—	2	—	2	—	—	—
196 K — Os : S. A. I.	3	—	1	—	4	—	1	—
197 E — Tissu conjonctif : face et cou	—	—	—	—	2	—	—	—

S. A. I. : Sans autre indication.

TABLEAU II (suite).

Localisations	A. O.				A. E.			
	Sexe masculin		Sexe féminin		Sexe masculin		Sexe féminin	
	Nb. de cas	%	Nb. de cas	%	Nb. de cas	%	Nb. de cas	%
197 F — Tissu conjonctif : Tronc	4	—	1	—	2	—	1	—
197 G — Tissu conjonctif : Membres supérieurs	1	—	—	—	1	—	—	—
197 H — Tissu conjonctif : Membres inférieurs	3	—	—	—	3	—	—	—
197 K — Tissu conjonctif : S. A. I.	2	—	1	—	—	—	—	—
198 A — Ganglions lymphatiques (secondaire) cou	2	—	1	—	1	—	—	—
198 D — Ganglions lymphatiques (secondaire) creux axill.	2	—	—	—	1	—	—	—
198 E — Ganglions lymphatiques (secondaire) inguinal	1	—	—	—	1	—	—	—
199 C — Localisation mal définie : Thorax	—	—	—	—	1	—	—	—
199 D — Localisation mal définie : Abdomen	1	—	2	—	3	—	4	—
199 G — Tumeur généralisée	5	—	1	—	—	—	—	—
199 K — Localisation non spécifiée.	11	1,9	5	—	4	—	4	—
206 A — Ganglions lymphatiques : Face, cou	4	—	4	—	2	—	2	—
206 C — Ganglions lymphatiques : intra-abdominal	—	—	—	—	3	—	—	—
206 E — Ganglions lymphatiques : région inguinale et membres inférieurs	—	—	—	—	1	—	—	—
206 F — Ganglions lymphatiques : plusieurs groupes atteints.	—	—	1	—	—	—	—	—
206 K — Ganglions lymphatiques : S. A. I.	2	—	2	—	5	—	2	—
207 — Système hématopoïétique S. A. I.	1	—	3	—	—	—	—	—
207 A — Moelle osseuse	2	—	—	—	2	—	—	—
207 B — Rate	2	—	3	—	2	—	—	—
Total	573		337		178		158	

S. A. I. : Sans autre indication.

TABLEAU II bis

Regroupement des localisations les plus importantes.

Localisations	A. O.				A. E.			
	Sexe masculin		Sexe féminin		Sexe masculin		Sexe féminin	
	Nb. de cas	%	Nb. de cas	%	Nb. de cas	%	Nb. de cas	%
150-154 Appareil digestif	43	7,5	18	5,3	12	6,7	6	3,8
155 A Foie (primitif)	328	57,2	68	20,2	53	29,8	18	11,4
170 Sein	5	0,9	55	16,3	3	1,7	17	10,7
171-174 Utérus	—	—	76	22,6	—	—	43	27,2
180-181 Voies urinaires	35	6,1	9	2,7	14	7,9	5	3,2
190-191 Peau	45	7,8	31	9,2	12	6,7	14	8,9
Divers	117	20,5	80	23,7	84	47,2	55	34,8
Total	573		337		178		158	

TABLEAU III

Répartition des cas de cancers selon l'âge et le sexe, enregistrés en 1960.

Âges	A. O.		A. E.	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
0 à 4 ans	3	5	17	19
5 à 9 »	11	5	7	3
10 à 14 »	7	3	1	1
15 à 19 »	12	4	6	2
20 à 24 »	15	14	4	3
25 à 29 »	39	22	9	11
30 à 34 »	67	31	16	23
35 à 39 »	88	49	18	21
40 à 44 »	73	39	28	29
45 à 49 »	54	24	22	15
50 à 54 »	41	21	24	9
55 à 59 »	39	16	4	9
60 à 64 »	42	10	9	4
65 à 69 »	17	5	1	2
70 à 74 »	11	4	—	—
75 à 79 »	3	—	—	—
80 et +	6	2	—	—
Non déterminé	45	83	12	7
Tous âges	573	337	178	158

TABLEAU IV

Répartition des cas de cancer enregistrés dans la République Malgache en 1960, selon la localisation.

Localisations	Madagascar			
	Sexe masculin		Sexe féminin	
	Nb. de cas	%	Nb. de cas	%
140 A — Lèvre supérieure cutanéomuqueuse	1	—	—	—
140 C — Lèvre inférieure cutanéomuqueuse	—	—	1	—
141 D — Partie postérieure de la langue	1	—	—	—
141 K — Langue S. A. I.	1	—	1	—
141 E — Parotide	1	—	—	—
142 K — Glandes salivaires S. A. I.	1	—	—	—
144 A — Voile du palais mobile	—	—	1	—
144 E — Face interne des joues	—	—	1	—
146 K — Nasopharynx S. A. I.	3	—	—	—
148 — Pharynx S. A. I.	1	—	—	—
150 K — Œsophage S. A. I.	1	—	—	—
160 C — Sinus maxillaire	—	—	1	—
160 K — Sinus frontal	—	—	1	—
161 M — Larynx S. A. I.	1	—	—	—
162 K — Bronche et poumon	1	—	—	—
164 — Médiastin	1	—	—	—
170 K — Sein S. A. I.	—	—	23	19,8
171 — Col de l'utérus S. A. I.	—	—	49	61
174 — Utérus S. A. I.	—	—	2	
175 A — Ovaies	—	—	7	52,5
176 A — Vulve	—	—	3	
178 — Testicules	2	—	—	—
179 A — Verge	1	—	—	—
181 A — Vessie	2	—	—	—
191 A — Peau : face	6	—	5	10
191 B — Membres inférieurs	9	18	4	
191 E — Peau : tronc	1		28,6	1
191 H — Peau : membres inférieurs	2	—	—	—
192 — Œil	3	—	2	—
193 A — Encéphale	1	—	1	—
194 — Glande thyroïde	1	—	4	—
196 A — Os : crâne et face	2	—	3	—
196 D — Os : côtes, sternum et clavicules	1	7	—	11,1
196 E — Os : membres supérieurs os longs	1		—	
196 H — Os : membres inférieurs os longs	2		—	
196 J — Os : membres inférieurs os courts	1	—	—	—
198 A — Ganglions lymphatiques (secondaires) cou	2	—	—	—
198 D — Ganglions lymphatiques (secondaires) creux axillaire	—	—	1	—
199 B — Localisation mal définie de la tête, de la face et du cou	—	—	1	—
199 D — Localisation mal définie à l'abdomen	1	—	—	—
199 E — Localisation mal définie au pelvis	1	—	—	—
206 A — Ganglions lymphatiques : tête, face, cou	2	—	—	—
206 F — Ganglions lymphatiques : plusieurs groupes atteints	6	—	1	—
207 A — Moelle osseuse	4	—	3	—
Toutes localisations	63		116	

TABLEAU IV bis

République Malgache.
Regroupement des localisations les plus importantes.

Localisations	Sexe masculin		Sexe féminin	
	Nombre de cas	%	Nombre de cas	%
170 : Sein			23	19,8
171-176 : Organes génitaux de la femme			61	52,6
190-191 : Peau	18	28,6	10	8,6
196 : Os	7	11,1	3	2,6
206 : Ganglions lymphatiques	8	12,7	1	0,9
Divers	30	47,6	18	15,5
Total	63		116	

TABLEAU V

République Malgache.
Répartition des cas de cancer selon l'âge et le sexe enregistrés en 1960.

Âges	Masculin	Féminin
0 à 4 ans	2	3
5 à 9 »	5	—
10 à 14 »	3	1
15 à 19 »	2	2
20 à 24 »	1	1
25 à 29 »	4	5
30 à 34 »	4	5
35 à 39 »	4	13
40 à 44 »	4	17
45 à 49 »	6	16
50 à 54 »	9	16
55 à 59 »	7	14
60 à 64 »	5	14
65 à 69 »	5	1
70 à 74 »	1	3
75 à 79 »	1	2
80 et +	—	3
Tous âges	63	116

VÉNÉRÉOLOGIE

STATISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

et

ACTIVITÉ DES DISPENSAIRES ANTIVÉNÉRIENS

EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

au cours du troisième trimestre 1962.

Les renseignements figurant dans ce bulletin concernent les cas de maladies vénériennes déclarés au cours du troisième trimestre 1962, et le fonctionnement des dispensaires antivénériens, au cours de ce même trimestre, dans les 90 départements métropolitains.

I. — DÉCLARATION DES MALADIES VÉNÉRIENNES

Le nombre de cas de maladies vénériennes déclarés au cours du troisième trimestre 1962 a été de 4 637.

Il se décompose ainsi :

Blennorragie	3 581
Syphilis primo-secondaire	1 029
Chancre mou	21
Maladie de Nicolas-Favre	6

La comparaison de ces chiffres avec ceux du troisième trimestre 1961 donne les résultats suivants :

Départements	3 ^e trimestre 1962	3 ^e trimestre 1961	Différence
Blennorragie	3 581	3 630	— 49
Syphilis	1 029	883	+ 146
Chancre mou	21	56	— 35
Maladie de Nicolas-Favre	6	0	+ 6

Les déclarations obligatoires de ce trimestre permettent de constater une augmentation moins frappante du nombre de cas de syphilis. Depuis quelque temps, en effet, la remontée syphilitique était de l'ordre de 250 à 300 cas; on note seulement aujourd'hui 146 cas de plus qu'au troisième trimestre 1961. Certains départements font même l'objet d'une baisse assez sensible, particulièrement celui de la Seine où elle porte sur 34 cas.

Nous rappelons que ces comparaisons sont établies d'une année sur l'autre, pour des trimestres correspondants.

Il convient d'autre part de signaler une recrudescence persistante dans d'autres départements, dont les noms figurent dans le tableau suivant :

Départements	3 ^e trimestre 1962	3 ^e trimestre 1961	Augmen- tation
Garonne (Haute-)	47	7	+ 40
Gironde	46	20	+ 26
Pyrénées (Basses-)	28	15	+ 13
Rhin (Bas-)	25	13	+ 12
Rhône	123	86	+ 37

La blennorrhagie semble marquer un arrêt dans sa courbe descendante. Dans les précédents bulletins on notait une chute moyenné de 400 cas; dans nos dernières statistiques elle n'est plus que de 71 et de 49 seulement pour le troisième trimestre 1962, comparé au troisième trimestre 1961.

Quant au chancre mou, dont le nombre de cas était depuis quelque temps d'une quarantaine et atteignait même 56 au troisième trimestre 1961, sa fréquence est également moindre, puisque 21 cas seulement sont enregistrés au cours du troisième trimestre 1962.

II. — ACTIVITÉ DES DISPENSAIRES

Les chiffres des dispensaires se rapportent aux 90 départements.

Au cours de ce trimestre, 13 019 séances de consultations ont eu lieu et 228 369 consultations ou actes thérapeutiques ont été effectués.

Le nombre des examens de laboratoire a été de 102 163, comprenant :

84 257 examens sérologiques, dont 8 985 positifs.

17 906 examens microbiologiques, dont 3 714 positifs.

562 tests de Nelson, dont 310 positifs.

4 024 malades ont été traités pour syphilis par la pénicilline et ses dérivés.

1 078 malades ont été traités pour blennorrhagie par la pénicilline et ses dérivés.

514 malades ont été traités par les sulfamides, pour différentes affections.

Si le nombre de consultations n'a guère varié entre le troisième trimestre 1961 et le troisième trimestre 1962, on remarquera en revanche une augmentation du nombre d'examen de laboratoire, qui passe de 92 918 à 102 153.

Le nombre de malades traités est également plus élevé :

Au troisième trimestre 1961, on comptait 2 928 malades traités pour syphilis et 694 pour blennorrhagie.

Au troisième trimestre 1962 on compte 4 024 malades traités pour syphilis et 1 078 pour blennorrhagie.

Devant cet accroissement de l'activité des dispensaires, il paraît intéressant de suivre à l'aide des tableaux III et IV (A, B, C, D) l'évolution des syphilis de toutes catégories, par groupes de consultants.

On peut ainsi constater une recrudescence persistante chez les consultants nouveaux et bénévoles (tableau III). En effet :

Au troisième trimestre 1961, on relevait 1 866 cas de syphilis pour 32 948 consultants.

Au troisième trimestre 1962, on relève 2 075 cas pour 29 374 consultants, c'est-à-dire que pour 3 574 consultants de moins au cours de ce trimestre, on note 209 cas de plus.

Au cours des examens pratiqués pour la P. M. I. (tableau IV a), on constate, d'une part, une baisse de la syphilis dans la catégorie « pré et post-nataux », proportionnellement au nombre de consultants :

— Troisième trimestre 1961, 20 100 sujets : 127 cas;

— Troisième trimestre 1962, 22 342 sujets : 107 cas;

d'autre part, une augmentation dans la catégorie « pré-nuptiaux » de 32 cas, pour un nombre équivalent de consultants.

Une légère hausse est également enregistrée au cours des examens de la Sécurité sociale :

— Troisième trimestre 1961, 1 447 sujets : 38 cas;

— Troisième trimestre 1962, 1 241 sujets : 50 cas.

Parmi les travailleurs étrangers (tableau IV c), on relève 113 cas en 1962 pour 83 en 1961, pour un nombre presque égal de sujets.

Terminons par la rubrique des détenus, dont le nombre est passé de 13 695 au troisième trimestre 1961 à 17 812 au troisième trimestre 1962, avec seulement une augmentation de 18 cas.

De l'étude générale de ces tableaux, il ressort que la courbe syphilitique a encore tendance à s'élever; mais il convient de signaler que cette recrudescence est surtout sensible dans les cas de syphilis sérologique, cliniquement latente et non primo-secondaire.

Travail de la Section de Vénérologie présenté par

A. ROUSSEL et S. GOURLIAU.

I. — Maladies vénériennes déclarées, en application de l'article L 257 du Code de la Santé publique
(au cours du troisième trimestre 1962).

1° BLENNORRAGIE

Départements	Juil.	Août	Sept.	Tot.	Départements	Juil.	Août	Sept.	Tot.	Départements	Juil.	Août	Sept.	Tot.
Ain	2	2	0	4	Gers	0	0	0	0	Puy-de-Dôme	4	6	4	14
Aisne	2	0	0	2	Gironde	58	84	60	202	Pyrénées (Basses-)	19	21	8	48
Allier	2	1	1	4	Hérault	0	1	10	11	Pyrénées (Hautes-)	1	4	2	7
Alpes (Basses-)	0	0	0	0	Ille-et-Vilaine	2	2	3	7	Pyrénées-Orientales.	0	0	1	1
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	Indre	2	3	5	10	Rhin (Bas-)	8	7	9	24
Alpes-Maritimes	53	49	53	155	Indre-et-Loire	1	0	1	2	Rhin (Haut-)	5	2	4	11
Ardèche	1	0	0	1	Isère	15	16	9	40	Rhône	44	65	36	145
Ardennes	0	1	1	2	Jura	0	0	0	0	Saône (Haute-)	0	0	0	0
Ariège	0	0	0	0	Landes	0	0	0	0	Saône-et-Loire	3	1	1	5
Aube	5	3	7	15	Loir-et-Cher	0	0	0	0	Sarthe	0	0	0	0
Aude	0	0	0	0	Loire	6	13	8	27	Savoie	1	4	1	6
Aveyron	0	0	0	0	Loire (Haute-)	0	0	0	0	Savoie (Haute-)	1	0	0	1
Bouches-du-Rhône	47	15	49	111	Loire-Atlantique	5	4	3	12	Seine	708	699	714	2 121
Calvados	4	2	0	6	Loiret	2	1	0	3	Seine-Maritime	43	56	58	157
Cantal	0	0	0	0	Lot	0	0	0	0	Seine-et-Marne	1	0	0	1
Charente	0	0	0	0	Lot-et-Garonne	0	1	4	5	Seine-et-Oise	12	20	16	48
Charente-Maritime	5	2	6	13	Lozère	0	0	0	0	Sèvres (Deux-)	0	0	0	0
Cher	0	0	0	0	Maine-et-Loire	0	1	1	2	Somme	2	1	1	4
Corrèze	0	0	0	0	Manche	1	3	2	6	Tarn	0	0	0	0
Corse	0	0	0	0	Marne	5	1	1	7	Tarn-et-Garonne	1	0	0	1
Côte-d'Or	1	4	6	11	Marne (Haute-)	0	0	0	0	Var	63	44	37	144
Côtes-du-Nord	0	0	0	0	Mayenne	0	1	1	2	Vaucluse	1	3	1	5
Creuse	0	0	0	0	Meurthe-et-Moselle	13	14	8	35	Vendée	0	0	0	0
Dordogne	0	0	0	0	Meuse	0	0	0	0	Vienne	0	0	0	0
Doubs	8	6	9	23	Morbihan	0	0	0	0	Vienne (Haute-)	0	0	0	0
Drôme	1	2	1	4	Moselle	2	6	10	18	Vosges	0	3	2	5
Eure	1	0	7	8	Nièvre	0	0	0	0	Yonne	0	0	0	0
Eure-et-Loir	0	1	0	1	Nord	9	16	11	36	Belfort (Ter. de)...	2	1	1	4
Finistère	1	0	0	1	Oise	0	0	0	0					
Gard	3	4	1	8	Orne	0	0	0	0					
Garonne (Haute-)	5	15	11	31	Pas-de-Calais	3	1	0	4					
										<i>France entière.</i>	<i>1 184</i>	<i>1 212</i>	<i>1 185</i>	<i>3 581</i>

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	Gers	0	0	0	0	Puy-de-Dôme	1	1	0	2
Aisne	0	0	1	1	Gironde	12	21	13	46	Pyrénées (Basses-)	5	13	10	28
Allier	0	0	3	3	Hérault	2	7	1	10	Pyrénées (Hautes-)	0	0	3	3
Alpes (Basses-)	0	0	1	1	Ille-et-Vilaine	2	0	0	2	Pyrénées-Orientales.	0	0	1	1
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	Indre	0	0	3	3	Rhin (Bas-)	9	6	10	25
Alpes-Maritimes	3	9	8	20	Indre-et-Loire	0	0	0	0	Rhin (Haut-)	2	1	0	3
Ardèche	0	0	0	0	Isère	4	0	2	6	Rhône	29	43	51	123
Ardennes	0	0	0	0	Jura	0	0	0	0	Saône (Haute-)	0	0	0	0
Ariège	0	0	0	0	Landes	0	0	0	0	Saône-et-Loire	0	1	2	3
Aube	0	0	0	0	Loir-et-Cher	0	0	0	0	Sarthe	0	0	0	0
Aude	0	0	0	0	Loire	4	9	11	24	Savoie	1	0	0	1
Aveyron	0	0	0	0	Loire (Haute-)	0	1	0	1	Savoie (Haute-)	1	0	0	1
Bouches-du-Rhône	11	23	9	43	Loire-Atlantique	1	2	1	4	Seine	124	167	184	475
Calvados	3	3	1	7	Loiret	0	0	0	0	Seine-Maritime	5	7	5	17
Cantal	0	1	0	1	Lot	0	0	0	0	Seine-et-Marne	0	2	2	4
Charente	0	1	0	1	Lot-et-Garonne	0	0	0	0	Seine-et-Oise	7	3	14	24
Charente-Maritime	3	3	2	8	Lozère	0	0	0	0	Sèvres (Deux-)	0	0	0	0
Cher	0	1	1	2	Maine-et-Loire	0	0	0	0	Somme	2	3	0	5
Corrèze	0	0	0	0	Manche	0	1	0	1	Tarn	2	0	0	2
Corse	1	1	0	2	Marne	4	0	2	6	Tarn-et-Garonne	0	0	0	0
Côte-d'Or	1	0	0	1	Marne (Haute-)	0	0	0	0	Var	8	6	4	18
Côtes-du-Nord	0	0	0	0	Mayenne	0	1	0	1	Vaucluse	2	0	1	3
Creuse	0	0	0	0	Meurthe-et-Moselle	1	0	5	6	Vendée	0	0	0	0
Dordogne	0	0	0	0	Meuse	0	0	0	0	Vienne	0	0	0	0
Doubs	1	4	0	5	Morbihan	0	1	0	1	Vienne (Haute-)	0	0	2	2
Drôme	0	1	0	1	Moselle	9	0	0	9	Vosges	0	0	1	1
Eure	1	0	0	1	Nièvre	0	0	0	0	Yonne	0	2	0	2
Eure-et-Loir	0	1	0	1	Nord	3	4	1	8	Belfort (Ter. de)...	0	0	0	0
Finistère	1	0	1	2	Oise	4	0	3	7					
Gard	0	0	0	0	Orne	0	0	0	0					
Garonne (Haute-)	6	9	32	47	Pas-de-Calais	1	0	3	4					
										<i>France entière.</i>	<i>276</i>	<i>359</i>	<i>394</i>	<i>1029</i>

3° CHANCRE MOU

Départements	Juillet	Août	Septembre	Total
Bouches-du-Rhône	5	7	3	15
Rhône	0	0	1	1
Seine	1	0	0	1
Seine-Maritime	2	0	2	4
<i>Total</i>	8	7	6	21

4° MALADIE DE NICOLAS-FAVRE

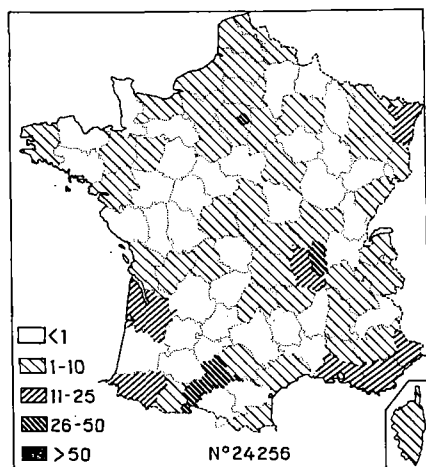
Départements	Juillet	Août	Septembre	Total
Gironde	0	1	1	2
Rhône	0	0	1	1
Seine	0	1	2	3
<i>Total</i>	0	2	4	6

6° VARIATIONS DÉPARTEMENTALES DES INDICES DE MORBIDITÉ
DES MALADIES VÉNÉRIENNES

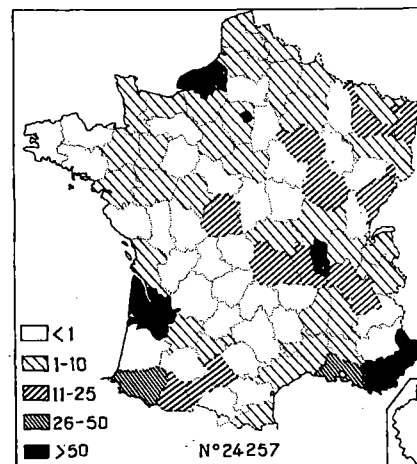
(AU COURS DU TROISIÈME TRIMESTRE 1962)

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

SYPHILIS



BLENNORAGIE



**II. — Indice de morbidité de la blennorrhagie et de la syphilis.
au cours du troisième trimestre 1962.**

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

Départements	Blennorrhagie	Syphilis	Départements	Blennorrhagie	Syphilis	Départements	Blennorrhagie	Syphilis
Ain	4,9	0	Gers	0	0	Puy-de-Dôme	11,2	1,6
Aisne	1,5	0,8	Gironde	85,1	19,5	Pyrénées (Basses-)	42,8	25
Allier	4,2	3,2	Hérault	8,8	8,1	Pyrénées (Hautes-)	13,1	5,6
Alpes (Basses-)	0	4,7	Ille-et-Vilaine	4,6	1,3	Pyrénées-Orientales	1,6	1,6
Alpes (Hautes-)	0	0	Indre	16,1	4,8	Rhin (Bas-)	12,7	13,3
Alpes-Maritimes	108	13,9	Indre-et-Loire	2,1	0	Rhin (Haut-)	8	2,2
Ardèche	1,6	0	Isère	23,2	3,5	Rhône	54,9	46,6
Ardennes	2,5	0	Jura	0	0	Saône (Haute-)	0	0
Ariège	0	0	Landes	0	0	Saône-et-Loire	3,7	2,2
Aube	23,8	0	Loir-et-Cher	0	0	Sarthe	0	0
Aude	0	0	Loire	15,6	13,9	Savoie	8,7	1,4
Aveyron	0	0	Loire (Haute-)	0	1,9	Savoie (Haute-)	1,2	1,2
Bouches-du-Rhône	38	14,7	Loire-Atlantique	5,9	1,9	Seine	148	33
Calvados	4,9	5,7	Loiret	3,1	0	Seine-Maritime	59,4	6,4
Cantal	0	2,3	Lot	0	0	Seine-et-Marne	0,8	3,1
Charente	0	1,2	Lot-et-Garonne	7,3	0	Seine-et-Oise	9,1	4,6
Charente-Maritime	10,8	6,6	Lozère	0	0	Sèvres (Deux-)	0	0
Cher	0	2,8	Maine-et-Loire	1,4	0	Somme	3,2	4,1
Corrèze	0	0	Manche	5	0,8	Tarn	0	2,5
Corse	0	4,8	Marne	6,3	5,4	Tarn-et-Garonne	2,2	0
Côte-d'Or	11,4	1	Marne (Haute-)	0	0	Var	126	15,7
Côtes-du-Nord	0	0	Mayenne	3,2	1,6	Vaucluse	6,7	4
Creuse	0	0	Meurthe-et-Moselle	20,5	3,5	Vendée	0	0
Dordogne	0	0	Meuse	0	0	Vienne	0	0
Doubs	25	5,4	Morbihan	0	0,7	Vienne (Haute-)	0	2,5
Drôme	5,4	1,3	Moselle	7,8	3,9	Vosges	5	1
Eure	8,9	1,1	Nièvre	0	0	Yonne	0	2,9
Eure-et-Loir	1,4	1,4	Nord	6,3	1,4	Belfort (Ter. de)	14,3	0
Finistère	0,5	1,1	Oise	0	5,7			
Gard	7,6	0	Orne	0	0			
Garonne (Haute-)	21,8	33	Pas-de-Calais	1,1	1,1			
						<i>France entière.</i>	<i>31,1</i>	<i>8,9</i>

MALADIES SOCIALES

**III. — Renseignements statistiques concernant le fonctionnement des Dispensaires antivenériens
au cours du troisième trimestre 1962.**

1° FONCTIONNEMENT DES CONSULTATIONS ANTIVENÉRIENNES

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	143	35	0	178	31	Dordogne	3	8	0	11	15
Aisne	239	188	23	450	130	Doubs	1 252	726	32	2 010	169
Allier	398	863	12	1 273	78	Drôme	306	245	25	576	26
Alpes (Basses-)	37	49	0	86	29	Eure	173	442	2	617	130
Alpes (Hautes-)	29	37	0	66	17	Eure-et-Loir	197	163	11	371	59
Alpes-Maritimes	2 895	3 441	22	6 358	339	Finistère	157	28	0	185	38
Ardèche	123	40	7	170	30	Gard	1 035	2 284	66	3 385	126
Ardennes	126	117	4	247	77	Garonne (Haute-)	2 308	3 046	168	5 522	404
Ariège	17	58	2	77	12	Gers	129	309	0	438	54
Aube	536	364	3	903	42	Gironde	1 635	2 415	43	4 093	357
Aude	247	342	6	595	62	Hérault	1 237	799	93	2 129	183
Aveyron	339	481	0	820	37	Ille-et-Vilaine	558	329	59	916	142
Bouches-du-Rhône	7 114	3 556	26	10 696	332	Indre	159	228	5	392	40
Calvados	1 246	1 369	118	2 733	131	Indre-et-Loire	870	1 258	31	2 159	104
Cantal	72	110	0	182	34	Isère	2 139	1 585	87	3 812	190
Charente	150	118	16	284	47	Jura	36	105	3	144	23
Charente-Maritime	830	1 635	74	2 539	147	Landes	106	429	0	535	63
Cher	117	2	0	119	54	Loir-et-Cher	120	99	80	299	90
Corrèze	121	238	0	359	43	Loire	925	673	37	1 635	255
Corse	108	281	1	390	62	Loire (Haute-)	115	120	0	235	34
Côte-d'Or	999	1 296	257	2 552	132	Loire-Atlantique	899	871	92	1 862	200
Côtes-du-Nord	101	118	198	417	48	Loiret	370	453	7	830	58
Creuse	1	0	0	1	6	Lot	145	280	0	425	50

VÉNÉRÉOLOGIE

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-et-Garonne	818	659	23	1 500	157	Saône (Haute-)	60	49	61	170	34
Lozère	10	4	0	14	19	Saône-et-Loire	448	323	4	775	93
Maine-et-Loire	380	474	1 212	2 066	116	Sarthe	56	20	0	76	32
Manche	117	137	9	263	75	Savoie	368	466	25	859	158
Marne	704	940	408	2 052	190	Savoie (Haute-)	338	251	12	601	34
Marne (Haute-)	172	461	0	633	37	Seine	56 947	22 598	404	79 949	2 624
Mayenne	57	17	0	74	31	Seine-Maritime	4 837	1 773	112	6 722	288
Meurthe-et-Moselle	2 504	2 470	455	5 429	393	Seine-et-Marne	1 077	1 165	25	2 267	168
Meuse	13	54	0	67	18	Seine-et-Oise	4 803	2 193	218	7 214	420
Morbihan	166	97	5	268	68	Sèvres (Deux-)	95	31	0	126	60
Moselle	1 092	1 562	121	2 775	169	Somme	1 163	1 413	201	2 777	187
Nièvre	133	17	0	150	23	Tarn	439	832	3	1 274	116
Nord	4 846	4 094	1 193	10 133	563	Tarn-et-Garonne	344	456	8	808	33
Oise	477	527	47	1 051	72	Var	1 412	2 665	67	4 144	430
Orne	65	107	12	184	15	Vaucluse	413	753	337	1 503	179
Pas-de-Calais	1 016	848	28	1 892	250	Vendée	0	0	0	0	0
Puy-de-Dôme	1 000	860	31	1 891	140	Vienne	22	52	4	78	23
Pyrénées (Basses-)	1 306	1 042	157	2 505	76	Vienne (Haute-)	108	108	10	226	33
Pyrénées (Hautes-)	504	671	0	1 175	46	Vosges	274	321	1	596	73
Pyrénées-Orientales	558	893	8	1 459	76	Yonne	283	205	0	488	36
Rhin (Bas-)	1 402	948	35	2 385	242	Belfort (Ter. de)	399	391	35	825	44
Rhin (Haut-)	1 114	842	20	1 976	140						
Rhône	8 207	4 099	537	12 843	308						
						<i>France entière.</i>	<i>131 409</i>	<i>89 522</i>	<i>7 438</i>	<i>228 369</i>	<i>13 019</i>

2° FONCTIONNEMENT DU SERVICE SOCIAL ANTIVÉNÉRIEN

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Nombre de personnes visitées à domicile	2 584	3 194	1 039	6 817
Nombre de personnes ramenées au traitement par le Service social	1 863	1 658	150	3 671
Nombre de personnes amenées aux consultations pour la première fois pour examen ou traitement (enquêtes épidémiologiques, etc.)	1 297	1 244	193	2 734

3° RÉSULTATS DES EXAMENS PRATIQUÉS SUR DES CONSULTANTS NOUVEAUX ET BÉNÉVOLES

Résultats des examens cliniques et sérologiques	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Personnes reconnues indemnes	6 392	3 451	424	10 267
Syphilis : { congénitale	15	10	22	47
{ primaire	351	64	—	415
{ secondaire	224	160	—	384
{ ancienne avec manifestations cliniques	104	40	—	144
{ sérologique cliniquement latente	732	350	3	1 085
Blenorragie	2 376	673	2	3 051
Chancres mou	16	—	—	16
Maladie de Nicolas-Favre	4	1	—	5
Dermatoses non syphilitiques	6 307	5 630	2 023	13 960
<i>Totaux</i>	<i>16 521</i>	<i>10 379</i>	<i>2 474</i>	<i>29 374</i>

4° 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	Nourrissons	Enfants + de 2 ans
Personnes reconnues indemnes	8 086	8 738	16 824	624	18 618	19 242	2 404	384
Syphilis :								
congénitale	1	2	3	—	4	4	4	3
primaire	—	1	1	1	—	1	—	—
secondaire	2	1	3	—	1	1	—	—
ancienne avec manifestations cliniques	1	1	2	—	5	5	—	—
sérologique cliniquement latente	27	40	67	2	87	89	—	—
Blennorrhagie	—	—	—	—	3	3	—	—
Chancre mou	—	—	—	—	—	—	—	—
Maladie de Nicolas-Favre	—	—	—	—	—	—	—	—
Dermatoses non syphilitiques	—	—	—	—	2	2	—	—
Totaux	8 117	8 783	16 900	627	18 720	19 347	2 408	687

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	429	527	212	1 168
Syphilis :				
congénitale	—	—	—	—
primaire	—	—	—	—
secondaire	1	—	—	1
ancienne avec manifestations cliniques	—	—	—	—
sérologique cliniquement latente	37	9	—	46
Blennorrhagie	3	—	—	3
Chancre mou	—	—	—	—
Maladie de Nicolas-Favre	—	—	—	—
Dermatoses non syphilitiques	10	9	4	23
Totaux	480	545	216	1 241

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

Résultats des examens cliniques et sérologiques	Hommes	Femmes	Total
Personnes reconnues indemnes	2 354	2 017	4 371
Syphilis :			
congénitale	1	0	1
primaire	0	0	0
secondaire	3	0	3
ancienne avec manifestations cliniques	0	1	1
sérologique cliniquement latente	77	31	108
Blennorrhagie	33	0	33
Chancre mou	0	0	0
Maladie de Nicolas-Favre	0	0	0
Dermatoses non syphilitiques	0	0	0
Totaux	2 468	2 049	4 517

D. — EXAMENS PRATIQUÉS AU TITRE D'AUTRES LÉGISLATIONS

Résultats des examens cliniques et sérologiques	Détenus		
	Hommes	Femmes	Total
Personnes reconnues indemnes	15 916	1 072	16 988
Syphilis :			
congénitale	2	0	2
primaire	11	1	12
secondaire	15	4	19
ancienne avec manifestations cliniques	10	2	12
sérologique cliniquement latente	196	16	212
Blennorrhagie	61	14	75
Chancre mou	2	0	2
Maladie de Nicolas-Favre	0	0	0
Dermatoses non syphilitiques	473	17	490
Totaux	16 686	1 126	17 812

**5° NATURE ET RÉSULTATS DES EXAMENS
DE LABORATOIRE PRATIQUÉS**

Nature des examens pratiqués		Résultats	
		Positifs	Négatifs
<i>Examens sérologiques.</i>	Sang	8 808	74 875
	Liquide C.-R.	177	397
	<i>Total</i>	8 985	75 272
<i>Examens microbiologiques.</i>	Tréponèmes	293	586
	Gonocoques	3 421	13 606
	<i>Total</i>	3 714	14 192
<i>Test de Nelson</i>		310	252

REMARQUE : Il y a lieu de signaler que dans le département de l'Aveyron, sur 111 examens sérologiques positifs, 105 ont été décelés parmi des sujets soumis à un contrôle militaire.

6° PRINCIPAUX MÉDICAMENTS ANTIVÉNÉRIENS UTILISÉS

A. — PRÉPARATIONS ARSENALES, BISMUTHIQUES ET MERCURIELLES

Nature du produit	Mode d'emploi	Nombre d'injections faites
Préparations arsenicales...	Injections intraveineuses ...	90
	Injections intramusculaires .	1 699
Préparations mercurielles..	Injections	3 946
	Autres voies	70
Préparations bismuthiques.	Injections intramusculaires .	39 196

B. — PÉNICILLINE ET SES DÉRIVÉS

ANTIBIOTIQUES EXPRIMÉS EN GRAMMES, ET DÉRIVÉS SULFAMIDÉS

Nature du produit	Nombre de malades traités	Doses employées (médicaments fournis par les Dispensaires)
Pénicilline et ses dérivés : pour le traitement de la syphilis. pour le traitement de la blennorragie	4 024	34 621,9 millions d'unités.
Antibiotiques exprimés en g. pour le traitement de la syphilis. pour le traitement de la blennorragie	1 078	2 419,2 millions d'unités.
pour le traitement du chancre mou	559	3 778 grammes.
Dérivés sulfamidés	7	68 grammes de streptomycine.
	514	4 362 grammes.

PSYCHIATRIE

DONNÉES STATISTIQUES

**RECUEILLIES DANS LES ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES (1)
POUR L'ANNÉE 1960**

Le 31 décembre 1960, le nombre des malades existant dans les établissements psychiatriques français était de 108 884. Ce nombre représente un taux de malades mentaux pour 100 000 habitants de 240,1.

La répartition par catégories diagnostiques de cette population a été établie d'après les chiffres fournis par les états MS 5 (tableau I, graphique I). Ces états ont été utilisés pour la dernière fois pour recueillir les données de 1960; les données concernant l'année 1961 ont été recueillies sur de nouveaux états. Sur ces nouveaux états, la répartition par catégories diagnostiques se fait selon une liste de 15 catégories correspondant mieux aux habitudes nosographiques généralement admises actuellement, que la nomenclature figurant sur les états MS 5. C'est cette liste qui a été utilisée dans ce travail pour donner la répartition selon le diagnostic de la population existante au 31 décembre 1960, à la différence près que les psychoses alcooliques et les cas d'alcoolisme chronique (en dehors des psychoses) ont été rassemblés dans une catégorie unique.

Le tableau I donne la liste de ces 14 catégories diagnostiques. La répartition entre ces 14 catégories a été obtenue par simple regroupement des chiffres figurant sous les différentes rubriques de la nomenclature des états de MS 5.

(1) Les établissements psychiatriques qui fournissent des données sont: les hôpitaux psychiatriques publics (départementaux et autonomes), les hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction d'établissement public et les quartiers psychiatriques des hôpitaux publics.

La schizophrénie, les états d'arriération et les délires chroniques systématisés constituent toujours la majorité des cas : 54 % chez les hommes et 53,9 % chez les femmes, soit un pourcentage pratiquement identique. Alors que le pourcentage des schizophrénies est voisin pour les deux sexes, le pourcentage des délires chroniques systématisés est de 16,6 % chez les femmes et 10,3 % seulement chez les hommes, tandis que pour les états d'arriération c'est le pourcentage des hommes qui est beaucoup plus élevé : 24 % contre 16,4 % chez les femmes. Ainsi, près du quart des hommes existant dans les établissements psychiatriques au 31 décembre 1960 a été classé dans la catégorie des états d'arriération; pour les deux sexes réunis : la schizophrénie et l'oligophrénie représentent 40,4 % des malades.

Viennent ensuite, par ordre de fréquence décroissante, chez les hommes : les psychoses alcooliques et l'alcoolisme chronique (11,3 %) et les psychoses maniaques et dépressives (7,7 %); chez les femmes : les psychoses maniaques et dépressives (12,8 %), et les états démentiels de la sénilité et démences préséniles (8,8 %). Les cas de psychose alcoolique et d'alcoolisme chronique (en dehors des psychoses) ne représentent que 3,2 % chez les femmes et les cas d'états démentiels de la sénilité et de démence présénile 3,9 % chez les hommes. Les six catégories ci-dessus représentent 76,9 %, soit plus des 3/4 des hommes et 78,7 % soit près des 4/5 des femmes.

A l'inverse, les névroses et états névrotiques ne représentent qu'un nombre très faible de cas : 2 044 soit 1,9 % du total et 3,1 % des cas n'ont pas été classés dans les 13 premières catégories.

Le tableau II indique le mouvement de l'ensemble de la population dans les hôpitaux psychiatriques, pour l'année 1960.

Le tableau III et les graphiques II et III indiquent la répartition par âge et par sexe, des malades existant dans les hôpitaux psychiatriques le 31 décembre 1960, comparée à celle de la population générale.

Le tableau IV donne le détail du mouvement des malades hospitalisés dans les établissements psychiatriques, au cours de l'année 1960.

Comme nous l'avons dit plus haut, les données statistiques concernant l'année 1961 ont été recueillies sur de nouveaux états annuels. Ces états font partie d'un nouveau système de statistiques psychiatriques qui maintient le principe d'un état statistique annuel par établissement, mais institue l'obligation que cet état soit établi par totalisation des indications contenues dans des états partiels, dits « par service », établis par chacun des services de l'établissement. Les nouveaux états permettent de recueillir des données concernant essentiellement :

— le mouvement d'entrée et de sortie des malades dans les différents services au cours de l'année et la situation de l'effectif au 31 décembre, selon le sexe et les catégories diagnostiques;

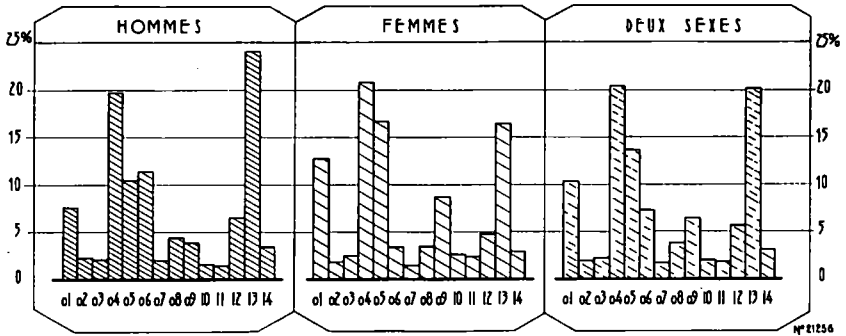
— la répartition selon l'âge, le sexe et les catégories diagnostiques, des

malades existant au 31 décembre (présents et en sortie d'essai), dans les différentes parties du service;

— la répartition selon l'âge et le sexe des différentes modalités d'entrée et de sortie au cours de l'année, dans les services d'adultes.

Les données recueillies à l'aide de ces nouveaux états seront d'une plus grande homogénéité et constitueront des informations plus précises et plus satisfaisantes que précédemment. Cette amélioration portera avant tout sur les renseignements concernant la population existant dans les établissements psychiatriques à une date déterminée, mais les données sur le mouvement donneront également des indications qui, bien qu'encore très imparfaites, pourront être considérées comme plus proches de la réalité.

Travail de la Section de Psychiatrie.



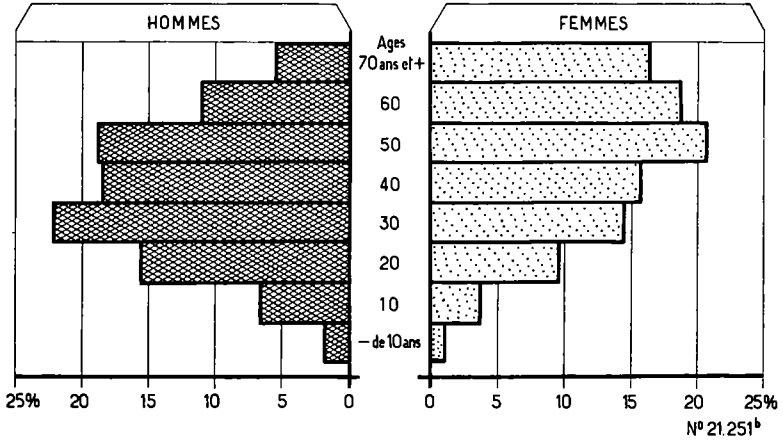
GRAPHIQUE I. — POURCENTAGE DES MALADIES MENTALES CHEZ LES MALADES HOSPITALISÉS LE 31 DÉCEMBRE 1960

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Psychose maniaque dépressive. Manies. Mélancolies. 2. Etats confusionnels aigus ou sub-aigus. 3. Syndromes délirants aigus. Bouffées délirantes. 4. Schizophrénies chroniques. Démence précoce. 5. Délires chroniques systématisés. 6. Psychoses alcooliques et alcoolisme chronique. 7. Paralyse générale. Autres troubles mentaux de la syphilis. 8. Troubles mentaux de l'épilepsie. Epilepsies. | <ol style="list-style-type: none"> 9. Etats démentiels de la sénilité et démences préséniles. 10. Troubles mentaux symptomatiques d'une affection cérébrale ou générale autre que citées. 11. Névroses. Etats névrotiques. Affections psychosomatiques. 12. Etats de déséquilibre mental. Personalités psychopathiques. Perversions. Toxicomanies (en dehors de l'alcoolisme). 13. Etats d'arriération. Oligophrénies. 14. Etats non classables dans les catégories précédentes. |
|---|--|

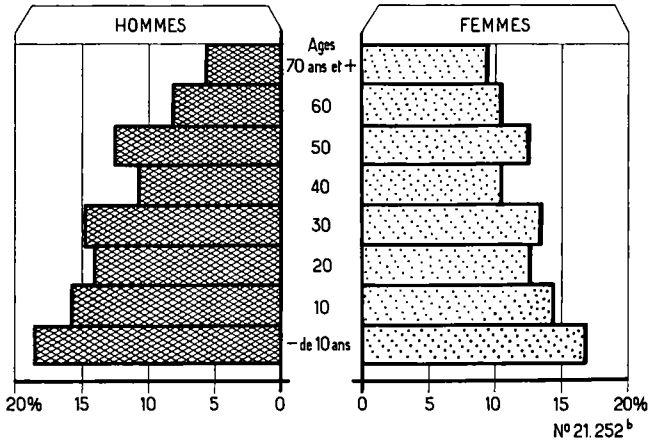
TABLEAU I

Répartition par catégories diagnostiques et par sexes
des malades existant au 31 décembre 1960.

Catégories diagnostiques	Hommes	%	Femmes	%	Deux sexes	%
1. Psychose maniaque dépressive. Manies. Mélancolies....	4 037	7,7	7 219	12,8	11 256	10,3
2. Etats confusionnels aigus ou subaigus.....	1 109	2,1	1 003	1,8	2 112	1,9
3. Syndromes délirants aigus. Bouffées délirantes.....	1 037	2	1 282	2,3	2 319	2,1
4. Schizophrénies chroniques. Démence précoce.....	10 386	19,7	11 704	20,9	22 090	20,3
5. Délires chroniques systématisés	5 447	10,3	9 354	16,6	14 801	13,6
6. Psychoses alcooliques et alcoolisme chronique.....	5 969	11,3	1 816	3,2	7 785	7,2
7. Paralysie générale. Autres troubles mentaux de la syphilis	1 075	2	721	1,3	1 796	1,7
8. Troubles mentaux de l'épilepsie. Epilepsies.....	2 251	4,3	1 840	3,3	4 091	3,8
9. Etats démentiels de la sénilité et démences préséniles..	2 056	3,9	4 928	8,8	6 984	6,4
10. Troubles mentaux symptomatiques d'une affection générale autre que citées.....	765	1,5	1 440	2,6	2 205	2
11. Névroses. Etats névrotiques. Affections psychosomatiques	760	1,4	1 284	2,3	2 044	1,9
12. Etats de déséquilibre mental. Personnalités psychopathiques. Perversions. Toxicomanies (en dehors de l'alcoolisme)	3 407	6,5	2 721	4,8	6 128	5,6
13. Etats d'arriération. Oligophrénies	12 681	24	9 226	16,4	21 907	20,1
14. Etats non classables dans les catégories précédentes....	1 720	3,3	1 646	2,9	3 366	3,1
Total	52 700	100	56 184	100	108 884	100



GRAPHIQUE II.



GRAPHIQUE III.

TABLEAU II. — *Mouvement de la population des hôpitaux psychiatriques au cours de l'année 1960.*

Mouvement.....	Admissions				Sorties					
Sexes	Admissions pour la 1 ^{re} fois	Admissions par transfert	Autres admissions	Total des admissions	Sorties (en dehors des transferts et évasions)	Sorties par transfert	Sorties par évaison	Décès	Total des sorties et décès	Existant au 31 décembre 1960
Hommes	28 375	1 053	14 535	43 963	34 657	4 841	610	2 608	42 716	52 700
Femmes	22 408	1 538	13 392	37 338	30 801	3 193	79	3 878	37 951	56 184
<i>Total</i>	50 783	2 591	27 927	81 301	65 458	8 034	689	6 486	80 667	108 884

TABLEAU III. — *Répartition par âge et par sexe de la population française et de celle existant dans les hôpitaux psychiatriques au 31 décembre 1960.*

Hommes				Tranches d'âge	Femmes			
Population française		Population des H. P.			Population des H. P.		Population française	
Effectifs	%	Effectifs	%		%	Effectifs	%	Effectifs
4 041 400	18,2	929	1,8	Moins de 10 ans.	1	575	16,6	3 897 900
3 533 400	15,9	3 545	6,7	De 10 à 19 ans.	3,5	1 980	14,5	3 408 100
3 166 200	14,2	8 201	15,6	De 20 à 29 ans.	9,6	5 382	12,6	2 960 700
3 308 600	14,9	11 692	22,2	De 30 à 39 ans.	14,8	8 269	13,6	3 209 500
2 380 200	10,7	9 714	18,4	De 40 à 49 ans.	15,6	8 788	10,3	2 430 000
2 770 400	12,5	9 900	18,8	De 50 à 59 ans.	20,4	11 461	12,5	2 930 600
1 797 100	8,1	5 811	11	De 60 à 69 ans.	18,5	10 390	10,4	2 436 900
1 227 000	5,5	2 908	5,5	70 ans et plus.	16,6	9 339	9,5	2 231 700
22 224 300	100	52 700	100		100	56 184	100	23 505 400

TABLEAU IV. — Mouvement des malades hospitalisés

Départements	Hôpitaux psychiatriques	Admissions pour la 1 ^{re} fois		Admissions par transfert		Autres admissions	
		M.	F.	M.	F.	M.	F.
Meuse	Fains-les-Sources.	167	85	2	3	139	117
Morbihan	Lesvellec, Saint-Avé.	419	368	1	5	159	204
Moselle	Lorquin.	484	221	13	4	344	239
Moselle	Sarreguemines.	73	44	76	26	16	15
Nièvre	La Charité.	402	354	2	3	122	160
Nord	Armentières.	890	—	5	—	722	—
Nord	Bailleul.	—	670	—	124	—	578
Nord	Lommelet,	489	—	5	—	274	—
	Saint-André-lès-Lille.						
Oise	Clermont.	877	702	10	8	446	323
Orne	Aleçon.	224	184	1	1	150	132
Pas-de-Calais	Saint-Venant.	—	489	—	3	—	491
Puy-de-Dôme	Clermont-Ferrand.	138	354	—	1	74	227
Pyrénées (Basses-)	Pau.	229	156	5	7	162	170
Pyrénées (Hautes-)	Lannemezan.	166	139	4	3	80	128
Rhin (Bas-)	Hoerd.	253	121	13	—	114	76
Rhin (Bas-)	Stephansfeld.	280	200	8	4	182	102
Rhin (Haut-)	Rouffach.	364	277	16	—	589	262
Rhône	Saint-Jean-de-Dieu, Lyon.	498	—	3	—	212	—
Rhône	Vinatier, Bron.	1 029	876	18	8	334	392
Sarthe	Le Mans.	311	267	4	2	126	217
Savoie	Bassens.	188	264	8	3	160	152
Sèvres (Deux-)	Niort.	387	346	—	1	40	77
Seine-Maritime	Sotteville-lès-Rouen.	557	335	7	9	472	495
Somme	Dury-lès-Amiens.	392	273	4	4	198	161
Tarn	Bon-Sauveur, Albi.	174	182	4	4	102	171
Tarn-et-Garonne	Montauban.	175	198	4	1	19	38
Var	Pierrefeu.	138	138	6	2	69	68
Vaucluse	Montdevergues, Montfavet.	251	320	9	3	94	91
Vendée	La Roche-sur-Yon.	318	218	1	1	201	149
Vienne	Poitiers.	442	381	3	4	70	127
Vienne (Haute-)	Naugeat, Limoges.	285	178	3	7	84	163
Vosges	Ravenel, Mirecourt.	412	303	2	18	140	233
Yonne	Auxerre.	310	282	2	—	71	120
<i>Département de la Seine :</i>							
Etablissement National de Saint-Maurice.....		34	312	14	—	32	116
Sainte-Anne		2 604	1 965	12	3	1 751	881
Villejuif		1 000	648	45	25	402	180
Perray-Vaucluse		823	269	62	9	522	75
Ville-Evrard		952	199	90	20	572	43
Maison-Blanche		—	386	—	652	—	381
Moisselles		—	104	—	7	—	11
Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher)....		1	41	11	101	—	11
Chezal-Benoît (Cher)		21	—	107	—	6	—
Colonie familiale de Ainay-le-Château (Allier).		9	—	155	—	12	—
Plouguernevel (Côtes-du-Nord)		25	41	11	61	5	13
Vieille-Eglise (Seine-et-Oise)		—	—	—	70	—	—
Saint-Rémi-Faverney (Haute-Saône)		94	195	11	37	6	73

dans les hôpitaux psychiatriques en 1960 (suite).

Total des admissions	Sorties (en dehors des transferts et évasions)		Sorties par transfert		Sorties par évasion		Décès		Total des sorties et décès		Existants au 31 décembre			
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.		
308	205	283	180	2	13	2	2	18	17	305	212	366	329	
579	577	462	473	3	2	1	—	27	39	493	514	939	804	
841	464	749	402	32	13	4	—	23	21	808	436	447	420	
165	85	71	32	37	9	2	—	7	6	117	47	607	159	
526	517	437	489	5	2	—	1	44	42	486	534	398	555	
1 617	—	1 461	—	7	—	—	—	104	—	1 589	—	2 075	—	
—	1 372	—	1 308	—	23	—	—	—	140	—	1 471	—	1 693	—
768	—	641	—	10	—	—	—	55	—	717	—	1 301	—	
1 333	1 033	1 081	871	48	77	52	5	93	151	1 274	1 104	1 827	2 255	
375	317	336	304	1	—	12	2	9	9	358	315	333	335	
—	983	—	894	—	—	—	—	—	74	—	968	—	1 067	—
212	582	200	523	3	2	3	1	10	72	216	598	329	1 225	
396	333	320	300	19	8	15	1	43	50	397	359	465	688	
250	270	231	226	6	2	1	—	12	20	250	248	587	568	
380	197	313	155	22	2	5	—	10	32	350	189	275	269	
470	306	404	191	7	6	—	—	55	61	466	258	704	759	
969	539	816	507	91	—	6	5	50	64	963	576	719	688	
713	—	662	—	—	—	3	—	60	—	725	—	1 191	—	
1 381	1 276	1 237	1 106	11	15	6	6	56	115	1 310	1 242	1 074	1 428	
441	486	392	461	6	3	2	1	29	30	429	495	447	469	
356	419	319	433	7	5	25	3	18	20	369	461	491	537	
427	424	401	403	8	22	—	—	16	19	425	444	333	320	
1 036	839	978	759	1	6	—	—	47	66	1 026	831	549	642	
594	438	543	410	6	3	15	—	23	35	587	448	435	384	
280	357	245	350	—	—	—	—	16	31	261	381	495	602	
198	237	176	228	—	1	—	—	6	10	182	239	130	120	
213	208	210	187	24	18	3	—	21	35	258	240	459	454	
354	414	286	321	—	—	6	2	43	47	335	370	890	969	
520	368	482	362	—	2	—	—	30	25	512	389	389	446	
515	512	449	488	3	5	—	—	12	24	464	517	375	343	
372	348	273	291	5	7	17	1	22	51	317	350	835	831	
554	554	491	525	29	10	3	1	37	45	560	581	857	824	
383	402	292	375	10	4	—	—	42	25	344	404	395	310	
80	428	70	317	5	6	—	—	18	73	93	396	360	693	
4 367	2 849	702	549	3 616	2 323	1	1	51	33	4 370	2 906	598	546	
1 447	853	1 254	714	166	31	7	1	110	101	1 537	847	1 531	954	
1 407	353	1 187	248	93	62	57	—	71	46	1 408	356	1 697	556	
1 614	262	1 104	153	168	30	118	2	79	69	1 469	254	1 059	561	
—	1 419	—	981	—	166	—	3	—	328	—	1 478	—	2 798	—
—	122	—	87	—	4	—	—	—	21	—	112	—	488	—
12	153	1	70	4	60	—	4	—	25	5	159	40	1 194	—
134	—	44	—	13	—	3	—	17	—	77	—	603	—	
176	—	52	—	104	—	7	—	12	—	175	—	1 124	—	
41	115	26	74	7	13	—	—	2	43	35	130	110	1 047	—
—	70	—	49	—	4	—	—	—	18	—	71	—	336	—
111	305	80	211	11	26	1	2	16	41	108	280	364	1 174	—

PÉDIATRIE

ENQUÊTE SUR LA TOXOPLASMOSE CONGÉNITALE

La toxoplasmose est une infection extrêmement répandue, particulièrement en France, où 85 % des adultes ont des réactions sérologiques positives, prouvant un contact antérieur avec le parasite. Cette parasitose, le plus souvent inapparente, entraîne peu de conséquences fâcheuses, sauf si elle survient chez une femme enceinte. Mais dans ce cas, le fœtus peut être infecté *in utero* et l'enfant peut présenter des lésions graves.

Une enquête a été entreprise à la Clinique de Pédiatrie et de Puériculture de la Faculté de Médecine de Paris (P^r MARCEL LELONG). Elle a pour but de préciser la fréquence et l'importance réelles de la toxoplasmose congénitale et d'étudier les possibilités de sa prophylaxie.

Il reste encore des points à éclaircir; mais certaines données peuvent être considérées comme acquises et méritent d'être résumées ici. Elles conduisent à une conception de la toxoplasmose congénitale qui s'éloigne des notions classiques.

Le problème a été abordé de deux façons :

1° Par l'étude sérologique de groupes de sujets présentant un syndrome clinique pour lequel le rôle possible de la toxoplasmose est envisagé.

2° Par des enquêtes conduites systématiquement chez des femmes enceintes.

I. — ENQUÊTE SÉROLOGIQUE
CHEZ LES SUJETS SUSPECTS DE TOXOPLASMOSE

Le Centre de la Clinique de pédiatrie et de puériculture reçoit un grand nombre de sérums, provenant, non seulement de la région parisienne, mais de presque toutes les régions de la France.

Une fiche de renseignements est demandée pour chacun d'eux.

Nous groupons ainsi les données d'une grande partie des cas de toxoplasmose congénitale reconnus en France. L'expérience acquise de cette façon repose sur une sélection clinique et n'apporte pas une connaissance exacte de l'incidence de la toxoplasmose congénitale, mais elle permet d'en apprécier la diversité des aspects et d'en juger la fréquence comme cause de différents syndromes pathologiques. Certaines notions peuvent ainsi être dégagées.

1° LA TOXOPLASMOSE CONGÉNITALE
N'EST PAS UNE MALADIE EXCEPTIONNELLE

Elle est de plus en plus souvent reconnue à mesure que les médecins sont mieux instruits de la diversité de ses manifestations :

a) *La forme neurologique et oculaire* est la mieux connue et, partant, la plus souvent diagnostiquée.

Dans le groupe des enfants de moins de 1 an qui présentent des lésions du système nerveux central, associées à des lésions oculaires, nous avons observé :

Nombre de sujets testés	266
Toxoplasmose congénitale	62 (23 %)

b) *La forme neurologique sans lésions oculaires* est certainement moins caractéristique.

Dans le groupe des sujets de moins de 1 an, étudiés pour des signes d'atteinte isolée du système nerveux central, les résultats sont les suivants :

Nombre de sujets testés	1016
Toxoplasmose congénitale	22 (2,2 %)

Parmi ceux-ci, la fréquence la plus grande de toxoplasmose congénitale correspond au groupe des *hydrocéphales* :

Nombre d'hydrocéphales testés	233
Toxoplasmose congénitale	12 (5,15 %)

c) *La forme généralisée.* — La toxoplasmose congénitale peut se manifester simplement par des signes d'infection viscérale, avec hépatomégalie, splénomégalie, parfois ictère. Cette éventualité est rare. Dans le groupe examiné de ce point de vue, on trouve :

Nombre de sujets testés	482
Toxoplasmose congénitale	7 (1,4 %)

2° LA TOXOPLASMOSE CONGÉNITALE
RESTE ÉVOLUTIVE APRÈS LA NAISSANCE

Cette notion importante repose sur des constatations cliniques et sérologiques.

a) *Constatations cliniques.* — L'infection est souvent inapparente chez le nouveau-né. Le pédiatre le plus averti peut avoir examiné le nouveau-né, l'avoir trouvé normal et voir apparaître ultérieurement les signes de la maladie.

Dans un groupe de 100 malades de moins de 1 an, où la date d'apparition des signes a pu être précisée, ceux-ci ont été 46 fois observés dans la période néo-natale (avant le 3^e mois). Ils sont apparus 22 fois entre le 3^e et le 6^e mois. 32 fois enfin, ils ont été reconnus seulement entre le 6^e et le 12^e mois.

La toxoplasmose s'est manifestée :

- soit comme une maladie généralisée, jusqu'à l'âge de 6 mois;
- soit comme une maladie neurologique, jusqu'à l'âge de 12 mois.

En ce qui concerne les formes essentiellement oculaires, leur découverte (ou leur apparition) est parfois plus tardive, souvent à l'âge scolaire ou à l'adolescence.

b) *Constatations sérologiques.* — Les tests sérologiques répétés chez 117 malades nous ont montré l'existence presque constante d'une reprise évolutive, s'accompagnant d'une ascension de titre des anticorps qui peut survenir entre le 2^e et le 12^e mois.

Ces faits conduisent à admettre que les lésions de la toxoplasmose sont de deux ordres :

— d'une part, des lésions fœtales. Quand on constate leur existence chez le nouveau-né ou le nourrisson, elles sont évidemment au-dessus de toute ressource thérapeutique et l'on peut seulement espérer les prévenir par une prophylaxie ante-natale. Mais elles ne sont pas toujours considérables et, dans la majorité des cas, elles seraient compatibles avec un développement normal de l'enfant;

— d'autre part, des lésions post-natales que le diagnostic précoce de la toxoplasmose chez le nouveau-né permettrait sans doute d'éviter.

3° LES FORMES RELATIVEMENT ATTÉNUÉES

DE LA TOXOPLASMOSE CONGÉNITALE SONT LES PLUS FRÉQUENTES

Elles correspondent sans doute aux cas où les lésions fœtales sont minimes : l'infection, passée inaperçue chez le nouveau-né et le nourrisson, se révèle ultérieurement à une période de la vie où le diagnostic devient incertain, du fait de la fréquence de la forme acquise, inapparente dans la population normale.

Les résultats des tests sérologiques de la toxoplasmose chez 717 enfants normaux, 324 enfants porteurs de choriorétinite et 851 sujets présentant des convulsions ou un retard mental ou d'autres troubles neurologiques, sans lésions oculaires ni modifications de volume du crâne, sont exposés, selon l'âge, dans le tableau suivant :

TABLEAU I

Age	Témoins normaux		Enfants présentant une choriorétinite		Enfants présentant des troubles neurologiques	
	Enfants examinés	Positif 1/25	Enfants examinés	Positif 1/25	Enfants examinés	Positif 1/25
12-23 mois.	132	17 (12,87 %)	44	21 (47,72 %)	264	12 (4,54 %)
2-3 ans.	228	57 (25 %)	58	38 (65,51 %)	281	71 (25,26 %)
4-7 ans.	216	114 (52,77 %)	99	75 (75,75 %)	218	96 (44,03 %)
8-14 ans.	141	105 (74,46 %)	123	101 (82,11 %)	88	59 (67,04 %)
Total.	717	293 (40,86 %)	324	235 (72,53 %)	851	238 (27,96 %)

On voit que l'incidence des tests positifs n'est pas plus forte chez les enfants présentant des troubles neurologiques, que chez les témoins normaux. Par contre, une différence très significative montre l'importance du rôle de la toxoplasmose comme cause des lésions oculaires : on peut estimer qu'elle est responsable d'environ 30 % d'entre elles.

Le diagnostic précis de chaque cas individuel est difficile, car le titre d'anticorps peut être faiblement positif dans une toxoplasmose ancienne, ce qui est généralement le cas des toxoplasmoses oculaires.

Pour résoudre cette difficulté, nous avons mis au point une technique

originale qui consiste à titrer les anticorps dans le sérum sanguin d'une part, et, d'autre part, dans le liquide retiré par ponction de la chambre antérieure de l'œil, les gamma-globulines étant dosées parallèlement dans le sang et l'humeur aqueuse (1).

Cette méthode est techniquement difficile, mais elle a un gros intérêt pratique et théorique : à la suite des poussées évolutives de toxoplasmoses oculaires, on constate en effet l'existence d'une production intra-oculaire d'anticorps. Ce phénomène permet d'affirmer le diagnostic. Il est d'ailleurs l'unique moyen de le poser avec certitude, à l'exception de quelques cas, où une énucléation de l'œil malade a permis le diagnostic parasitologique.

Cette méthode a été appliquée à un groupe d'enfants et d'adultes porteurs de diverses lésions oculaires, avec les résultats suivants :

Nombre de sujets examinés	355
Nombre de toxoplasmoses confirmées	70 (19 %)

Cette proportion est moindre que ne le laissait prévoir l'enquête statistique. La différence est due au recrutement différent des malades. Nous avons, en effet, examiné l'humeur aqueuse de sujets porteurs d'uvéites antérieures, à titre de contrôle de la méthode, puisque les uvéites antérieures ne sont généralement pas d'origine toxoplasmique.

Dans l'enquête statistique, nous n'avons considéré que les porteurs de chorioretinites et d'uvéites postérieures qui sont les lésions dont la toxoplasmose est souvent responsable.

Une autre donnée importante a été ainsi obtenue : les toxoplasmoses oculaires de l'adolescent et de l'adulte, même quand elles sont d'allure primitive, ne sont en fait le plus souvent que des rechutes d'une infection ancienne. Il est pratiquement acquis que c'est dans la plupart des cas une infection congénitale demeurée latente pendant les premières années de la vie.

Les formes atténuées de toxoplasmose congénitale ont donc une importance certaine. Si l'on admet que les uvéites sont responsables de 20 % des pertes de la vue, il en résulte qu'un aveugle sur 15 le serait à cause des séquelles d'une toxoplasmose congénitale.

II. — ENQUÊTE SYSTÉMATIQUE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Une enquête sérologique systématique chez les femmes enceintes est nécessaire pour apprécier exactement l'importance des risques de contamination au cours de la gestation et de ses conséquences pour l'enfant.

(1) DESMONTS (G.), BARON (A.), OFFRET (G.), COUVREUR (J.), LELONG (M.) et COUSIN (L.) : La production locale d'anticorps au cours des toxoplasmoses oculaires. *Arch. Opht.*, 1960, 2, 137.

Deux enquêtes parallèles sont actuellement conduites :

1. Dans deux maternités de Paris : Clinique Baudelocque (P^r LACOMME) et Maternité Pinard (P^r LEPAGE).

Du sang est prélevé à chaque consultation d'un groupe de femmes enceintes. Le sérum est conservé au congélateur, Ultérieurement, le sang du cordon est examiné. Quand il est positif à un titre compatible avec l'existence d'une toxoplasmose congénitale chez l'enfant (supérieur ou égal à 1/500), les sérums recueillis au cours de la grossesse sont examinés, pour préciser la date de l'infection. Les enfants sont suivis cliniquement et sérologiquement.

Les résultats actuels sont les suivants :

Nombre de sujets examinés	1 861
Nombre de tests positifs (supérieurs ou égaux à 1/500)	118 (6,34 %)

parmi ces 118 sujets suspects, on note :

110 infections antérieures à la gestation ;
8 infections acquises en cours de grossesse.

L'incidence de l'infection acquise en cours de grossesse est donc de 0,43 % de l'ensemble de ce groupe de femmes enceintes.

Les conséquences pour l'enfant sont décrites au paragraphe trois.

2. Avec les services de Protection maternelle et infantile de la Seine (D^r WEILL-SPIRE), l'enquête est conduite selon un schéma différent :

Un test sérologique est fait au cours du 3^e mois de grossesse pour déceler les sujets négatifs, c'est-à-dire ceux qui sont exposés au risque d'infection. Actuellement,

le nombre de sujets examinés est de	5 863
celui des sujets négatifs est de	914 (15,6 %)

Cette proportion est d'ailleurs variable selon l'origine géographique des parturientes. Elle est de :

- 12 % chez les Françaises métropolitaines,
- 25 % chez les Musulmanes nord-africaines,
- 28 % chez les femmes d'origine espagnole, portugaise ou italienne.

Pour ces sujets exposés à l'infection, nous demandons que le sang du cordon nous soit adressé. Les résultats actuels sont les suivants :

Nombre de sangs de cordon examinés	135
Nombre d'infections acquises en cours de grossesse	6 (4,44 %)

3. Conséquences pour l'enfant de l'infection maternelle acquise au cours de la grossesse.

a) les infections antérieures à la gestation n'ont entraîné aucune infection de l'enfant.

b) les conséquences des infections acquises en cours de gestation sont résumées dans le tableau II, qui comprend 12 observations complètement étudiées.

TABLEAU II

Conséquences pour l'enfant
de 12 infections maternelles acquises en cours de grossesse.

Observations	Date probable de l'infection maternelle	Preuve sérologique d'une infection congénitale chez l'enfant	Conséquence clinique pour l'enfant
1	Contemporaine de la conception.	Négative.	Enfant normal.
2	Deuxième mois.	Négative.	Enfant normal.
3	2 ^e au 6 ^e mois.	Négative.	Enfant normal.
4	3 ^e au 6 ^e mois.	Positive.	Cliniquement normal. L'infection congénitale est restée latente, sans traitement.
5	3 ^e au 6 ^e mois.	Positive.	Cliniquement normal. L'infection est restée latente, sans traitement.
6	7 ^e mois.	Positive.	Prématuré. Traité jusqu'à l'âge de 1 an. Pas de séquelles.
7	7 ^e mois.	Positive.	Cliniquement normal. L'infection est restée latente, sans traitement.
8	7 ^e mois.	Positive.	Cliniquement normal. Sans traitement.
9	8 ^e mois.	Positive.	Traité jusqu'à l'âge de 1 an. Cliniquement normal.
10	9 ^e mois.	Négative.	Enfant normal.
11	3 ^e au 9 ^e mois.	Négative.	Enfant normal.
12	3 ^e au 9 ^e mois.	Négative.	Enfant normal.

Grâce à ces enquêtes prospectives, nous avons jusqu'à présent observé 14 toxoplasmoses acquises en cours de grossesse, dont 12 ont été suivies avec un recul suffisant. Nous insistons sur l'importance de ces résultats : il existe actuellement seulement, dans la littérature mondiale, 5 observations de toxoplasmose acquise en cours de gestation. Ces cas ont été reconnus par l'existence de signes cliniques chez les mères. Les observations sont présentées dans la thèse de BEN RACHID (1). Les conséquences pour l'enfant sont résumées dans le tableau III.

TABLEAU III

Observations de toxoplasmose acquise en cours de grossesse recueillies dans la littérature.

Auteurs	Date de l'infection maternelle	Preuves d'une infection congénitale	Conséquences pour l'enfant
GARD et MAGNUSSON, 1951.	Proche de la conception.	Négative.	Enfant normal.
BECKETT et FLYNN, 1953.	10 ^e -11 ^e semaine.	Positive.	Décédé.
SHIM, 1956.	6 ^e semaine.	Positive.	Hydrocéphalie et lésions oculaires.
HAHN, 1958.	21 ^e -29 ^e semaine.	Discutable.	Enfant normal.
THALHAMMER, 1960.	11 ^e -12 ^e semaine (traitement en cours de grossesse.	Négative.	Enfant normal.

CONCLUSIONS

Dans l'état actuel de l'enquête sur la toxoplasmose, les conclusions ne peuvent être complètes. Cependant, les points suivants sont acquis :

1. Seule l'infection maternelle acquise en cours de grossesse fait courir à l'enfant un risque de toxoplasmose congénitale.
2. L'incidence de cette infection acquise est d'environ 0,43 % de l'ensemble des grossesses.
3. Le risque est couru uniquement par les femmes qui, au début de leur grossesse, n'ont pas encore d'anticorps contre la toxoplasmose.

(1) BEN RACHID (M. S.) : Toxoplasmose maternelle et contamination fœtale. Thèse Paris, 1963.

4. La fraction de la population susceptible de donner naissance à des enfants atteints de toxoplasmose congénitale est, dans la région parisienne, de 12 % chez les Françaises de la Métropole, et de 25 % environ chez les femmes récemment arrivées en France.

5. Dans le groupe des sujets réceptifs étudiés, l'incidence de la toxoplasmose acquise en cours de gestation, reconnue par les tests sérologiques, a été de 4,44 %.

6. La transmission au fœtus n'est pas constante : parmi les 12 infections maternelles observées, elle s'est produite 6 fois.

7. La toxoplasmose congénitale grave, entraînant des désordres irréversibles chez le nouveau-né, n'est pas fréquente : il n'en a pas été observé un seul cas au cours de l'enquête prospective. Son incidence est donc inférieure à 5 pour 10 000 naissances.

8. L'infection est le plus souvent latente à la naissance : compte tenu de ces formes, la fréquence de la toxoplasmose congénitale est grande : de l'ordre de 2 à 3 pour 1 000 naissances.

9. Patente ou latente chez le nouveau-né, l'infection congénitale peut devenir évolutive après la naissance.

10. Les conséquences lointaines de l'infection congénitale, même latente, sont sérieuses. Cette infection est cause d'une proportion importante de pertes de la vue chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte.

Telles sont les conclusions que nous pouvons actuellement proposer. Sur certains points, elles s'opposent à ce que l'on a pu penser sur ce sujet.

La toxoplasmose congénitale passe pour une maladie entraînant des lésions très graves du système nerveux central, souvent mortelles, mais *exceptionnelles*. En fait, ces formes sont les exceptions d'une maladie *fréquente* mais le plus souvent bénigne et compatible avec un développement normal de l'enfant.

Séquelle irréversible de lésions fœtales, la toxoplasmose congénitale ne permettait guère d'espérer un traitement efficace. Nous comprenons maintenant que dans un bon nombre de cas, les lésions fœtales sont minimes et que, dans une mesure qui reste à préciser, les désordres graves apparaissent après la naissance. Un diagnostic précoce de l'infection à la période néo-natale est donc souhaitable. Le traitement anti-parasitaire peut prévenir l'apparition des lésions post-natales, et permettre dans certains cas une guérison sans séquelles.

Ainsi, des mesures prophylactiques relativement simples peuvent avoir une certaine efficacité. Par un examen sérologique systématique il est possible de reconnaître les femmes qui n'ont pas d'anticorps contre le toxoplasme au début de leur grossesse et qui, de ce fait, sont exposées au risque. Chez ces femmes un 2^e examen au moment de l'accouchement permettra de distinguer celles qui auront contracté l'infection. Leurs enfants seront suivis et, éventuellement, traités.

Cette ligne de conduite néglige les formes les plus graves de la maladie congénitale. Mais ces formes sont rares et leur prévention exigerait une surveillance beaucoup plus complexe et difficilement réalisable.

Elle permet par contre une action efficace sur les formes atténuées, moins dramatiques, mais d'importance sociale réelle par leurs conséquences lointaines.

Travail présenté par

G. DESMONTS et J. COUVREUR.

RÉFÉRENCES

- BECKETT (R. S.) et FLYNN (F. J.) : *New England J. Med.*, 1953, 249, p. 345.
 GARD et MAGNUSSON : *Acta Med. Scand.*, 1951, 141, p. 59.
 HAHN (E.) : *Terapia*, 1958, 43, p. 67.
 SIM (J. C.) : *Human Toxoplasmosis*, 1960. Munksgaard, Copenhague.
 THALHAMMER (O.) : *Deutsch. Med. Wschr.*, 1960, 85, p. 177.

ÉPIDÉMIOLOGIE

STATISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

(INFECTIONS TYPHOÏDIQUES, DIPHTÉRIE, ROUGEOLE, SCARLATINE, POLIOMYÉLITE, MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE, BRUCELLOSE, COQUELUCHE, TÉTANOS)

TROISIÈME QUADRIMESTRE 1962

	Nombre de cas		Indice de morbidité	
	1961	1962	1961	1962
<i>Infections typhoïdiques.</i>				
Septembre	199	189	5,3	4,9
Octobre	157	196	4	4,9
Novembre	257	164	6,8	4,3
Décembre	158	126	4	3,2
<i>Diphtérie.</i>				
Septembre	48	22	1,2	0,5
Octobre	79	70	2	1,7
Novembre	69	61	1,8	1,6
Décembre	98	45	2,5	1,1
<i>Rougeole.</i>				
Septembre	107	99	2,8	2,6
Octobre	298	328	7,6	8,3
Novembre	381	572	10,1	15
Décembre	659	743	16,9	18,9
<i>Scarlatine.</i>				
Septembre	146	139	3,8	3,6
Octobre	415	448	10,6	11,4
Novembre	618	764	16,4	20,1
Décembre	591	704	15,2	17,9
<i>Méningite cérébro-spinale.</i>				
Septembre	24	25	0,6	0,6
Octobre	29	36	0,7	0,9
Novembre	33	35	0,8	0,9
Décembre	31	57	0,7	1,4

	Nombre de cas		Indice de morbidité	
	1961	1962	1961	1962
<i>Poliomyélite.</i>				
Septembre	133	164	3,5	4,3
Octobre	216	165	5,5	4,2
Novembre	144	146	3,8	3,8
Décembre	94	80	2,4	2

<i>Coqueluche.</i>				
Septembre	325	265	8,6	6,9
Octobre	207	316	5,3	8
Novembre	194	389	5,1	10,2
Décembre	175	406	4,5	10,3

<i>Brucellose.</i>				
Septembre	33	29	0,8	0,7
Octobre	23	31	0,5	0,7
Novembre	39	23	1	0,6
Décembre	38	31	0,9	0,7

<i>Tétanos.</i>				
Septembre	35	56	0,9	1,4
Octobre	26	41	0,6	1
Novembre	34	39	0,9	1
Décembre	20	35	0,5	0,8

TABLEAU RÉCAPITULATIF
Troisième quadrimestre 1962.

	1961	1962
Typhoïde	771	675
Diphthérie	294	198
Rougeole	1 445	1 742
Scarlatine	1 770	2 055
Méningite cérébro-spinale	117	153
Poliomyélite	587	555
Coqueluche	901	1 376
Brucellose	133	114
Tétanos	115	171
Trachome	3	0
Toxicose du nourrisson	57	24
Leptospirose	17	21
Toxi-infections alimentaires	138	67

Scarlatine.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES
Troisième quadrimestre 1962.

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	Septembre		Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	1	3,7	5	18,3	12	45,4	8	29,3
Aisne	0	0	7	15,8	13	30,3	4	9
Allier	0	0	3	9,3	4	12,8	2	6,2
Alpes (Basses-)	0	0	0	0	2	28,6	5	69,2
Alpes (Hautes-)	1	13,5	0	0	4	54	4	52,3
Alpes-Maritimes	0	0	4	8,2	16	34	12	24,6
Ardèche	0	0	0	0	1	4,8	0	0
Ardennes	1	3,9	3	11,3	4	15,6	9	34
Ariège	2	17,2	1	8,3	1	8,6	1	8,3
Aube	6	28,9	5	23,3	9	43,4	8	37,3
Aude	0	0	5	21,6	0	0	2	8,6
Aveyron	0	0	0	0	1	4,1	1	4
Bouches-du-Rhône	2	2	12	12	27	28,1	30	30,2
Calvados	1	2,4	14	33,7	19	47,3	16	38,5
Cantal	0	0	0	0	0	0	0	0
Charente	0	0	1	3,5	3	11,1	2	7,1
Charente-Maritime	2	5	6	14,6	9	22,7	2	4,8
Cher	0	0	1	4,1	2	8,4	2	8,2
Corrèze	1	5,1	2	9,8	0	0	0	0
Corse	1	7,3	0	0	0	0	0	0
Côte-d'Or	1	3,1	0	0	4	12,6	2	6
Côtes-du-Nord	0	0	8	18,8	6	14,6	4	9,4
Creuse	0	0	5	36,7	2	15,2	1	7,3
Dordogne	1	3,2	2	6,1	1	3,2	2	6,1
Doubs	0	0	5	15,9	7	23,1	0	0
Drôme	0	0	1	3,9	2	8,2	7	27,8
Eure	1	3,4	2	6,5	5	17	1	3,2
Eure-et-Loir	1	4,4	4	17,3	6	26,9	2	8,6
Finistère	0	0	2	3,1	8	13	5	7,8
Gard	1	2,9	1	2,8	3	8,7	5	14
Garonne (Haute-)	2	4,2	17	35,1	17	36,2	20	41,2
Gers	0	0	0	0	1	6,5	2	12,5
Gironde	0	0	1	1,2	2	2,5	5	6,2
Hérault	1	2,4	1	2,3	2	4,9	1	2,3
Ille-et-Vilaine	2	4	5	9,7	0	0	6	11,7
Indre	1	4,8	0	0	7	34,1	1	4,7
Indre-et-Loire	5	15,5	0	0	0	0	2	6
Isère	1	1,7	10	17	25	44	37	63,1
Jura	1	5,3	0	0	4	21,3	2	10,3
Landes	0	0	0	0	2	9,4	0	0
Loir-et-Cher	1	5	0	0	4	20,1	0	0
Loire	3	5,2	25	42,6	31	54,6	37	63,1
Loire (Haute-)	2	11,5	0	0	9	52,1	0	0
Loire-Atlantique	2	3	4	5,8	5	7,5	6	8,7
Loiret	0	0	4	12,1	9	28,2	8	24,3
Lot	0	0	0	0	4	33,5	3	24,3
Lot-et-Garonne	0	0	2	8,5	0	0	0	0
Lozère	0	0	0	0	0	0	1	14,7
Maine-et-Loire	2	4,3	2	4,2	7	15,3	6	12,7
Manche	1	2,5	2	4,9	4	10,2	3	7,4

STATISTIQUES CONCERNANT LA SCARLATINE (suite).

Départements	Septembre		Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Marne	1	2,7	5	13,3	4	11	8	21,3
Marne (Haute-)	0	0	1	5,5	5	28,6	2	11,1
Mayenne	1	4,8	2	9,3	5	24	1	4,6
Meurthe-et-Moselle	5	8,9	6	10,3	15	26,7	17	29,2
Meuse	2	10,9	6	31,6	2	10,9	3	15,8
Morbihan	1	2,2	0	0	0	0	1	2,1
Moselle	2	2,6	4	5,1	6	7,9	3	3,8
Nièvre	1	5	4	19,4	0	0	7	34
Nord	10	5,3	10	5,2	16	8,5	17	8,8
Oise	2	4,9	4	9,5	4	9,8	5	11,9
Orne	0	0	1	4	1	4,2	0	0
Pas-de-Calais	0	0	2	1,6	0	0	1	0,8
Puy-de-Dôme	1	2,4	3	7	2	4,8	4	9,4
Pyrénées (Basses-)	1	2,7	3	7,8	2	5,4	1	2,6
Pyrénées (Hautes-)	0	0	2	11	0	0	1	5,5
Pyrénées-Orientales	0	0	0	0	0	0	0	0
Rhin (Bas-)	6	9,7	15	23,4	31	50,1	24	37,5
Rhin (Haut-)	4	8,8	12	25,7	4	8,8	10	21,4
Rhône	4	4,6	39	43,5	54	62,2	35	39
Saône (Haute-)	1	5,5	0	0	0	0	0	0
Saône-et-Loire	5	11,4	3	6,6	3	6,8	9	19,8
Sarthe	1	2,7	2	5,2	3	8,1	3	7,8
Savoie	1	4,4	6	25,6	1	4,4	0	0
Savoie (Haute-)	2	7,6	0	0	4	15,3	10	37
Seine	27	5,7	95	19,4	170	35,9	162	33,2
Seine-Maritime	5	5,7	6	6,6	12	13,8	4	4,4
Seine-et-Marne	0	0	1	2,2	6	13,9	5	11,2
Seine-et-Oise	2	1,1	33	18,5	70	40,7	67	37,7
Sèvres (Deux-)	0	0	0	0	0	0	2	7,2
Somme	0	0	2	4,8	5	12,4	3	7,2
Tarn	0	0	1	3,7	2	7,6	3	11,1
Tarn-et-Garonne	0	0	0	0	0	0	0	0
Var	1	2,6	1	2,5	4	10,6	4	10,2
Vaucluse	0	0	1	3,9	3	12,2	1	3,9
Vendée	2	6	0	0	7	21	0	0
Vienne	0	0	0	0	0	0	0	0
Vienne (Haute-)	0	0	3	11,1	0	0	4	14,8
Vosges	2	6,1	1	2,9	3	9,1	1	2,9
Yonne	2	8,9	2	8,6	6	26,9	8	34,7
Territoire de Belfort	0	0	0	0	10	109	1	10,5

Typhoïde.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES
Troisième quadrimestre 1962.

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	Septembre		Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	1	3,7	0	0	1	3,7	1	3,6
Aisne	1	2,3	3	6,7	0	0	0	0
Allier	2	6,4	0	0	36	116	16	49,8
Alpes (Basses-)	0	0	0	0	0	0	0	0
Alpes (Hautes-)	0	0	1	13	0	0	1	13
Alpes-Maritimes	6	12,7	1	2	2	4,2	0	0
Ardèche	1	4,8	3	14,1	2	9,7	3	14,1
Ardennes	1	3,9	0	0	0	0	0	0
Ariège	0	0	0	0	0	0	0	0
Aube	0	0	2	9,3	0	0	2	9,3
Aude	0	0	5	21,6	0	0	1	4,3
Aveyron	3	12,5	2	8	0	0	0	0
Bouches-du-Rhône	9	9,3	10	10	1	1	4	4
Calvados	3	7,4	3	7,2	0	0	0	0
Cantal	1	6,8	0	0	0	0	1	6,6
Charente	0	0	2	7,1	3	11,1	0	0
Charente-Maritime	3	7,5	2	4,8	5	12,6	2	4,8
Cher	1	4,2	2	8,2	0	0	0	0
Corrèze	0	0	1	4,9	2	10,2	0	0
Corse	4	29,3	1	7	2	14,6	2	14,1
Côte-d'Or	0	0	1	3	0	0	0	0
Côtes-du-Nord	3	7,3	2	4,7	1	2,4	0	0
Creuse	0	0	0	0	0	0	0	0
Dordogne	0	0	0	0	2	6,4	1	3
Doubs	6	19,8	5	15,9	8	26,4	0	0
Drôme	1	4,1	0	0	2	8,2	1	3,9
Eure	0	0	0	0	0	0	0	0
Eure-et-Loir	3	13,4	1	4,3	2	8,9	0	0
Finistère	1	1,6	13	20,4	4	6,5	3	4,7
Gard	0	0	5	14	0	0	1	2,8
Garonne (Haute-)	4	8,5	0	0	3	6,4	1	2
Gers	2	13	0	0	0	0	0	0
Gironde	1	1,2	1	1,2	7	8,9	1	1,2
Hérault	0	0	0	0	0	0	3	7,1
Ille-et-Vilaine	5	10	1	1,9	4	8	4	7,8
Indre	1	4,8	2	9,4	2	9,7	4	18,9
Indre-et-Loire	1	3,1	0	0	0	0	0	0
Isère	4	7	2	3,4	3	5,2	1	1,7
Jura	2	10,6	1	5,1	1	5,3	0	0
Landes	0	0	1	4,5	1	4,7	1	4,5
Loir-et-Cher	0	0	0	0	0	0	1	4,8
Loire	3	5,2	3	5,1	6	10,5	2	3,4
Loire (Haute-)	1	5,7	0	0	1	5,7	0	0
Loire-Atlantique	2	3	0	0	2	3	1	1,4
Loiret	1	3,1	1	3	0	0	0	0
Lot	1	8,3	0	0	1	8,3	0	0
Lot-et-Garonne	0	0	0	0	0	0	0	0
Lozère	0	0	1	14,7	0	0	0	0
Maine-et-Loire	2	4,3	2	4,2	2	4,3	3	6,3
Manche	1	2,5	1	2,4	0	0	2	4,9

STATISTIQUES CONCERNANT LA **TYPHOÏDE** (suite).

Départements	Septembre		Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Marne	1	2,7	0	0	0	0	0	0
Marne (Haute-)	0	0	1	5,5	0	0	0	0
Mayenne	0	0	0	0	0	0	0	0
Meurthe-et-Moselle	1	1,7	1	1,7	1	1,7	0	0
Meuse	0	0	0	0	0	0	0	0
Morbihan	2	4,5	0	0	2	4,5	3	6,5
Moselle	3	3,9	1	1,2	1	1,3	2	2,5
Nièvre	1	5	0	0	0	0	1	4,8
Nord	5	2,6	5	2,6	1	0,5	2	1
Oise	0	0	3	7,1	2	4,9	1	2,3
Orne	2	8,4	0	0	0	0	0	0
Pas-de-Calais	2	1,7	5	4,2	0	0	2	1,6
Puy-de-Dôme	0	0	0	0	1	2,4	2	4,7
Pyrénées (Basses-)	2	5,4	0	0	1	2,7	0	0
Pyrénées (Hautes-)	1	5,7	0	0	1	5,7	0	0
Pyrénées-Orientales	3	15	3	14,5	2	10	0	0
Rhin (Bas-)	4	6,4	3	4,6	2	3,2	2	3,1
Rhin (Haut-)	1	2,2	1	2,1	2	4,4	1	2,1
Rhône	8	9,2	6	6,6	2	2,3	2	2,2
Saône (Haute-)	0	0	0	0	0	0	1	5,3
Saône-et-Loire	2	4,5	1	2,2	0	0	5	11
Sarthe	2	5,4	1	2,6	1	2,7	1	2,6
Savoie	0	0	3	12,8	0	0	5	21,4
Savoie (Haute-)	1	3,8	1	3,7	0	0	1	3,7
Seine	32	6,7	43	8,8	18	3,8	18	3,6
Seine-Maritime	2	2,3	1	1,1	0	0	0	0
Seine-et-Marne	1	2,3	0	0	5	11,6	1	2,2
Seine-et-Oise	10	5,8	14	7,8	2	1,1	1	0,5
Sèvres (Deux-)	8	29,9	10	36,2	7	26,1	0	0
Somme	2	4,9	0	0	0	0	0	0
Tarn	1	3,8	1	3,7	0	0	3	11,1
Tarn-et-Garonne	0	0	0	0	1	6,7	0	0
Var	3	7,9	5	12,8	1	2,6	1	2,5
Vaucluse	1	4	2	7,8	0	0	1	3,9
Vendée	5	15	2	5,8	2	6	2	5,8
Vienne	0	0	0	0	0	0	0	0
Vienne (Haute-)	0	0	0	0	2	7,6	1	3,7
Vosges	1	3	1	2,9	1	3	3	8,8
Yonne	0	0	1	4,3	0	0	1	4,3
Territoire de Belfort	1	10,8	0	0	0	0	0	0

Rougeole.STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES
Troisième quadrimestre 1962.

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	Septembre		Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	1	3,7	1	3,6	5	18,9	4	14,6
Aisne	0	0	0	0	0	0	1	2,2
Allier	0	0	0	0	0	0	0	0
Alpes (Basses-)	0	0	9	125	14	200	7	96,9
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	1	2,1	1	2	0	0	0	0
Ardèche	0	0	0	0	0	0	0	0
Ardennes	1	3,9	0	0	1	3,9	1	3,7
Ariège	0	0	0	0	0	0	0	0
Aube	0	0	0	0	0	0	0	0
Aude	0	0	0	0	0	0	0	0
Aveyron	0	0	0	0	0	0	0	0
Bouches-du-Rhône	2	2	2	2	12	12,4	3	3
Calvados	1	2,4	2	4,8	5	12,4	12	28,9
Cantal	1	6,8	0	0	0	0	2	13,2
Charente	0	0	0	0	0	0	0	0
Charente-Maritime	0	0	0	0	6	15,1	2	4,8
Cher	0	0	0	0	1	4,2	1	4,1
Corrèze	0	0	0	0	0	0	1	4,9
Corse	0	0	0	0	0	0	0	0
Côte-d'Or	1	3,1	0	0	5	15,7	3	9,1
Côtes-du-Nord	0	0	0	0	6	14,6	2	4,7
Creuse	2	15,2	0	0	0	0	0	0
Dordogne	0	0	0	0	0	0	0	0
Doubs	0	0	9	28,7	10	33	17	54,3
Drôme	1	4,1	1	3,9	1	4,1	1	3,9
Eure	0	0	0	0	0	0	0	0
Eure-et-Loir	0	0	0	0	1	4,4	0	0
Finistère	0	0	0	0	0	0	0	0
Gard	0	0	7	19,6	23	66,7	5	14
Garonne (Haute-)	0	0	0	0	0	0	8	16,5
Gers	2	13	0	0	2	13	0	0
Gironde	0	0	0	0	0	0	1	1,2
Hérault	0	0	0	0	1	2,4	0	0
Ille-et-Vilaine	0	0	4	7,8	1	2	4	7,8
Indre	1	4,8	8	37,8	5	24,4	16	75,6
Indre-et-Loire	0	0	0	0	0	0	1	3
Isère	2	3,5	0	0	20	35,2	42	71,6
Jura	1	5,3	3	15,4	3	16	5	25,8
Landes	1	4,7	0	0	0	0	9	41
Loir-et-Cher	0	0	0	0	0	0	3	14,6
Loire	0	0	2	3,4	1	1,7	0	0
Loire (Haute-)	0	0	0	0	0	0	0	0
Loire-Atlantique	2	3	1	1,4	2	3	4	5,8
Loiret	2	6,2	0	0	33	104	97	295
Lot	0	0	0	0	1	8,3	2	16,2
Lot-et-Garonne	0	0	0	0	0	0	0	0
Lozère	0	0	0	0	0	0	0	0
Maine-et-Loire	0	0	0	0	0	0	0	0
Manche	2	5,1	0	0	0	0	0	0

STATISTIQUES CONCERNANT LA **MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE** (suite).

Départements	Septembre		Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Marne	0	0	0	0	0	0	0	0
Marne (Haute-)	0	0	0	0	1	5,7	0	0
Mayenne	0	0	0	0	0	0	0	0
Meurthe-et-Moselle	0	0	0	0	6	10,6	1	1,7
Meuse	0	0	0	0	0	0	7	36,9
Morbihan	0	0	0	0	1	2,2	0	0
Moselle	1	1,3	1	1,2	1	1,3	3	3,8
Nièvre	0	0	0	0	0	0	0	0
Nord	1	0,5	1	0,5	3	1,6	3	1,5
Oise	0	0	1	2,3	0	0	1	2,3
Orne	0	0	0	0	0	0	0	0
Pas-de-Calais	1	0,8	1	0,8	1	0,8	1	0,8
Puy-de-Dôme	0	0	0	0	0	0	0	0
Pyrénées (Basses-)	0	0	0	0	0	0	0	0
Pyrénées (Hautes-)	1	5,7	0	0	0	0	0	0
Pyrénées-Orientales	0	0	1	4,8	0	0	0	0
Rhin (Bas-)	0	0	0	0	0	0	0	0
Rhin (Haut-)	0	0	0	0	0	0	0	0
Rhône	0	0	0	0	1	1,1	0	0
Saône (Haute-)	0	0	0	0	0	0	0	0
Saône-et-Loire	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarthe	0	0	0	0	1	2,7	0	0
Savoie	0	0	0	0	0	0	0	0
Savoie (Haute-)	0	0	0	0	0	0	0	0
Seine	5	1	11	2,2	7	1,4	13	2,6
Seine-Maritime	0	0	1	1,1	1	1,1	2	2,2
Seine-et-Marne	0	0	0	0	1	2,3	2	4,5
Seine-et-Oise	0	0	2	1,1	0	0	6	3,3
Sèvres (Deux-)	0	0	0	0	0	0	0	0
Somme	0	0	1	2,4	0	0	1	2,4
Tarn	0	0	0	0	0	0	0	0
Tarn-et-Garonne	0	0	0	0	0	0	0	0
Var	0	0	0	0	1	2,6	0	0
Vaucluse	0	0	0	0	0	0	0	0
Vendée	0	0	0	0	1	3	0	0
Vienne	0	0	0	0	0	0	0	0
Vienne (Haute-)	0	0	0	0	0	0	0	0
Vosges	0	0	0	0	0	0	0	0
Yonne	0	0	0	0	0	0	0	0
Territoire de Belfort...	0	0	0	0	0	0	0	0

Poliomyélite.STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES
Troisième quadrimestre 1962.

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	Septembre		Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	2	7,5	0	0	6	22,7	0	0
Aisne	1	2,3	0	0	1	2,3	0	0
Allier	0	0	0	0	0	0	0	0
Alpes (Basses-)	0	0	1	13,8	0	0	1	13,8
Alpes (Hautes-)	2	27	2	26,1	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	4	8,5	3	6,1	2	4,2	0	0
Ardèche	1	4,8	1	4,7	1	4,8	0	0
Ardennes	15	58,6	10	37,8	1	3,9	0	0
Ariège	0	0	2	16,6	0	0	0	0
Aube	0	0	0	0	1	4,8	0	0
Aude	0	0	0	0	0	0	0	0
Aveyron	0	0	0	0	0	0	0	0
Bouches-du-Rhône	8	8,3	6	6	3	3,1	3	3
Calvados	5	12,4	12	28,9	12	29,9	6	14,4
Cantal	0	0	0	0	3	20,4	2	13,2
Charente	0	0	0	0	0	0	0	0
Charente-Maritime	0	0	0	0	0	0	0	0
Cher	1	4,2	1	4,1	0	0	0	0
Corrèze	4	20,4	0	0	0	0	1	4,9
Corse	2	14,6	2	14,1	0	0	0	0
Côte-d'Or	7	22	10	30,4	3	9,4	1	3
Côtes-du-Nord	2	4,8	1	2,3	1	2,4	0	0
Creuse	0	0	1	7,3	0	0	0	0
Dordogne	0	0	1	3	0	0	0	0
Doubs	0	0	2	6,3	1	3,3	2	6,3
Drôme	1	4,1	0	0	1	4,1	1	3,9
Eure	3	10,2	0	0	4	13,6	1	3,2
Eure-et-Loir	0	0	1	4,3	2	8,9	0	0
Finistère	1	1,6	0	0	3	4,8	0	0
Gard	0	0	0	0	0	0	2	5,6
Garonne (Haute-)	0	0	1	2	2	4,2	0	0
Gers	2	13	0	0	0	0	0	0
Gironde	1	1,2	3	3,7	1	1,2	1	1,2
Hérault	2	4,9	2	4,7	1	2,4	5	11,9
Ille-et-Vilaine	2	4	3	5,8	1	2	2	3,9
Indre	0	0	0	0	0	0	0	0
Indre-et-Loire	0	0	0	0	0	0	0	0
Isère	1	1,7	8	13,6	6	10,5	2	3,4
Jura	1	5,3	0	0	0	0	0	0
Landes	0	0	0	0	1	4,7	0	0
Loir-et-Cher	0	0	0	0	0	0	0	0
Loire	2	3,5	4	6,8	3	5,2	3	5,1
Loire (Haute-)	0	0	0	0	0	0	0	0
Loire-Atlantique	2	3	0	0	0	0	1	1,4
Loiret	1	3,1	0	0	4	12,5	0	0
Lot	0	0	1	8,1	0	0	0	0
Lot-et-Garonne	1	4,4	1	4,2	0	0	1	4,2
Lozère	0	0	0	0	0	0	0	0
Maine-et-Loire	4	8,7	0	0	1	2,1	0	0
Manche	4	10,2	2	4,9	8	20,4	1	2,4

STATISTIQUES CONCERNANT LA POLIOMYÉLITE (suite).

Départements	Septembre		Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Marne	1	2,7	1	2,6	1	2,7	0	0
Marne (Haute-)	0	0	0	0	1	5,7	0	0
Mayenne	2	9,6	2	9,3	0	0	0	0
Meurthe-et-Moselle	0	0	2	3,4	0	0	0	0
Meuse	2	10,9	0	0	0	0	0	0
Morbihan	2	4,5	0	0	0	0	0	0
Moselle	1	1,3	7	9	3	3,9	1	1,2
Nièvre	2	10	2	9,7	0	0	2	9,7
Nord	5	2,6	5	2,6	5	2,6	7	3,6
Oise	0	0	4	9,5	0	0	1	2,3
Orne	4	16,8	2	8,1	5	21	1	4
Pas-de-Calais	3	2,6	7	5,9	0	0	3	2,5
Puy-de-Dôme	4	9,7	5	11,8	3	7,3	1	2,3
Pyrénées (Basses-)	2	5,4	2	5,2	0	0	0	0
Pyrénées (Hautes-)	0	0	0	0	0	0	0	0
Pyrénées-Orientales	0	0	0	0	0	0	0	0
Rhin (Bas-)	0	0	4	6,2	5	8	1	1,5
Rhin (Haut-)	2	4,4	0	0	1	2,2	0	0
Rhône	4	4,6	5	5,5	5	5,7	0	0
Saône (Haute-)	0	0	0	0	0	0	0	0
Saône-et-Loire	3	6,8	6	13,2	5	11,4	1	2,2
Sarthe	0	0	3	7,8	4	10,8	0	0
Savoie	0	0	0	0	0	0	0	0
Savoie (Haute-)	1	3,7	1	3,7	2	7,6	0	0
Seine	13	2,7	8	1,6	7	1,4	11	2,2
Seine-Maritime	15	17,2	9	10	9	10,3	1	1,1
Seine-et-Marne	0	0	1	2,2	0	0	1	2,2
Seine-et-Oise	9	5,2	4	2,2	10	5,8	5	2,8
Sèvres (Deux-)	0	0	0	0	0	0	1	3,6
Somme	6	14,8	3	7,2	4	9,9	0	0
Tarn	0	0	0	0	0	0	1	3,7
Tarn-et-Garonne	0	0	0	0	0	0	0	0
Var	1	2,6	0	0	1	2,6	3	7,7
Vaucluse	0	0	0	0	2	8,1	2	7,8
Vendée	0	0	1	2,9	0	0	1	2,9
Vienne	0	0	0	0	0	0	0	0
Vienne (Haute-)	0	0	0	0	0	0	0	0
Vosges	0	0	0	0	0	0	0	0
Yonne	0	0	0	0	0	0	0	0
Territoire de Belfort.	0	0	0	0	0	0	0	0

Brucellose.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES
Troisième quadrimestre 1962.

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.

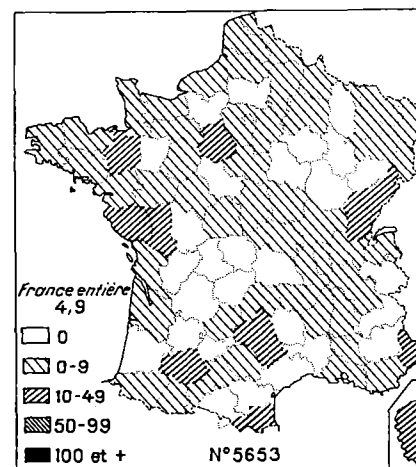
Départements	Septembre		Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	0	0	0	0	1	3,7	0	0
Aisne	0	0	0	0	1	2,3	1	2,2
Allier	2	6,4	2	6,2	0	0	0	0
Alpes (Basses-)	0	0	0	0	0	0	0	0
Alpes (Hautes-)	1	13,5	1	13	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	1	2,1	2	4,1	1	2,1	0	0
Ardèche	0	0	0	0	0	0	0	0
Ardennes	0	0	1	3,7	0	0	0	0
Ariège	1	8,6	0	0	0	0	0	0
Aube	0	0	0	0	0	0	0	0
Aude	0	0	0	0	0	0	0	0
Aveyron	0	0	0	0	0	0	0	0
Bouches-du-Rhône	0	0	2	2	1	1	1	1
Calvados	0	0	2	4,9	1	2,5	1	2,4
Cantal	1	6,8	1	6,6	0	0	0	0
Charente	0	0	0	0	0	0	0	0
Charente-Maritime	0	0	0	0	1	2,5	0	0
Cher	0	0	0	0	0	0	1	4,1
Corrèze	2	10,2	0	0	0	0	0	0
Corse	4	29,3	3	21,2	3	21,9	5	35,4
Côte-d'Or	0	0	0	0	0	0	0	0
Côtes-du-Nord	0	0	0	0	0	0	0	0
Creuse	0	0	0	0	0	0	0	0
Dordogne	1	3,2	0	0	0	0	0	0
Doubs	1	3,3	0	0	1	3,3	1	3,1
Drôme	1	4,1	0	0	0	0	2	7,9
Eure	0	0	0	0	0	0	1	3,2
Eure-et-Loir	0	0	0	0	0	0	0	0
Finistère	0	0	0	0	0	0	0	0
Gard	0	0	2	5,6	0	0	2	5,6
Garonne (Haute-)	0	0	2	4,1	1	2,1	0	0
Gers	0	0	1	6,2	0	0	1	6,2
Gironde	0	0	0	0	0	0	0	0
Hérault	0	0	0	0	0	0	0	0
Ille-et-Vilaine	0	0	0	0	0	0	0	0
Indre	0	0	0	0	0	0	0	0
Indre-et-Loire	0	0	0	0	0	0	0	0
Isère	1	1,7	1	1,7	0	0	0	0
Jura	1	5,3	1	5,1	2	10,6	2	10,3
Landes	0	0	0	0	0	0	0	0
Loir-et-Cher	1	5	0	0	0	0	0	0
Loire	0	0	0	0	1	1,7	0	0
Loire (Haute-)	0	0	0	0	0	0	0	0
Loire-Atlantique	0	0	0	0	0	0	0	0
Loiret	0	0	1	3	0	0	1	3
Lot	0	0	1	8,1	0	0	0	0
Lot-et-Garonne	0	0	0	0	0	0	0	0
Lozère	0	0	0	0	0	0	0	0
Maine-et-Loire	0	0	0	0	1	2,1	0	0
Manche	0	0	0	0	0	0	0	0

STATISTIQUES CONCERNANT LA BRUCELLOSE (suite).

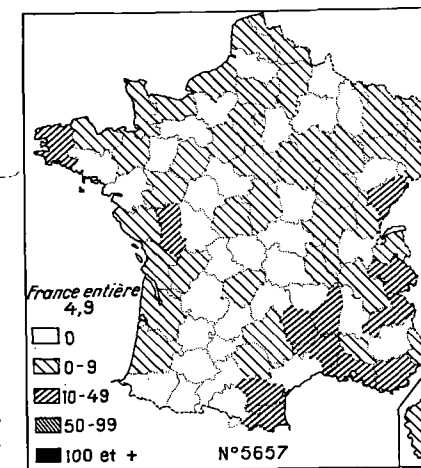
Départements	Septembre		Octobre		Novembre		Décembre	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Marne	0	0	0	0	0	0	0	0
Marne (Haute-)	0	0	0	0	1	5,7	0	0
Mayenne	0	0	0	0	0	0	0	0
Meurthe-et-Moselle	0	0	0	0	1	1,7	0	0
Meuse	1	5,4	2	10,5	0	0	0	0
Morbihan	0	0	0	0	0	0	0	0
Moselle	0	0	1	1,2	0	0	0	0
Nièvre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

Typhoïde.

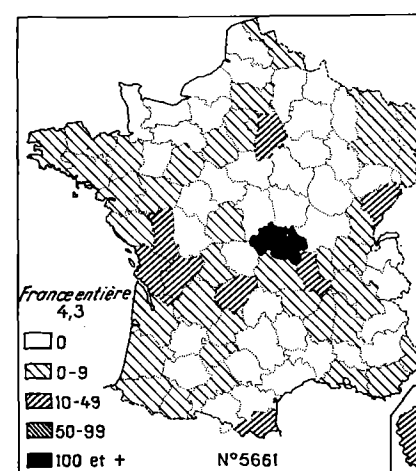
INDICE DE MORBIDITÉ CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS
ET RAPPORTÉ À LA BASE ANNUELLE



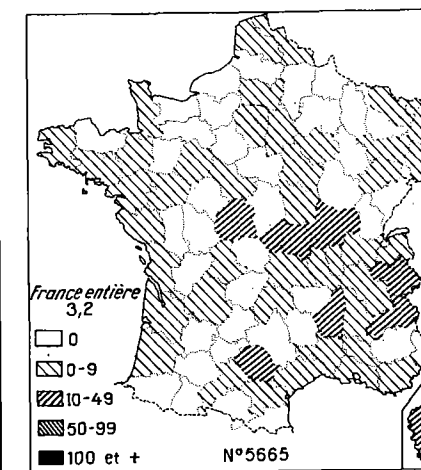
Septembre 1962.



Octobre 1962.



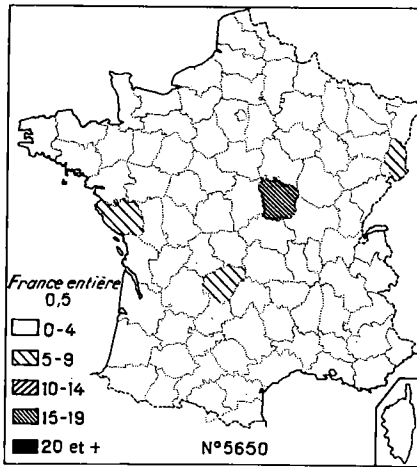
Novembre 1962.



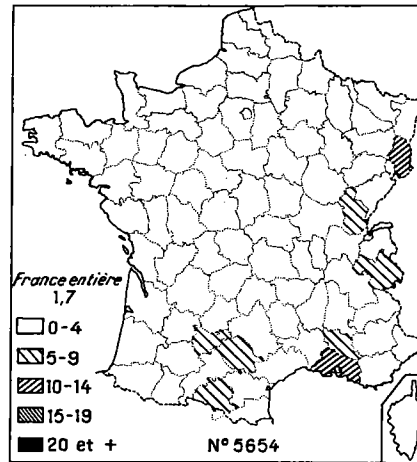
Décembre 1962.

Diptérie.

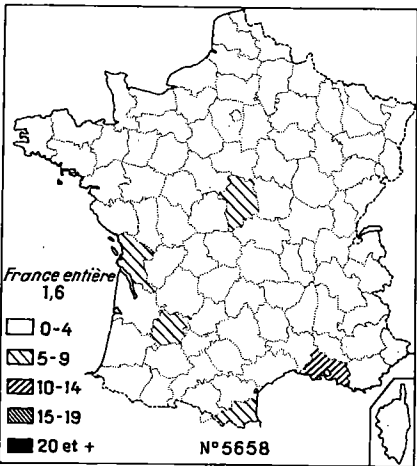
INDICE DE MORBIDITÉ CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS
ET RAPPORTÉ A LA BASE ANNUELLE



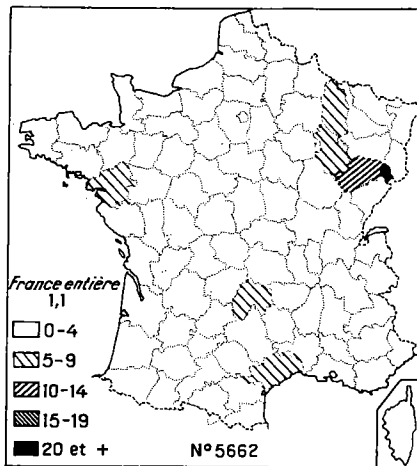
Septembre 1962.



Octobre 1962.



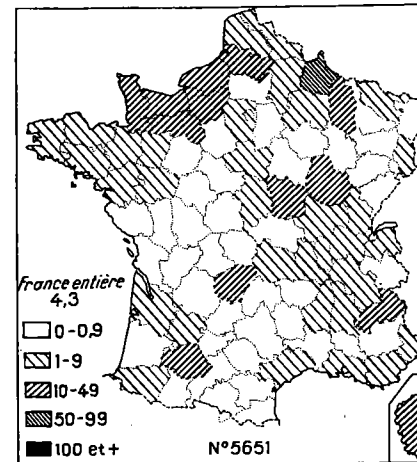
Novembre 1962.



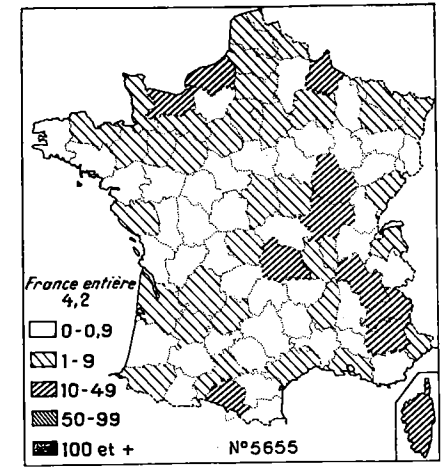
Décembre 1962.

Poliomyélite.

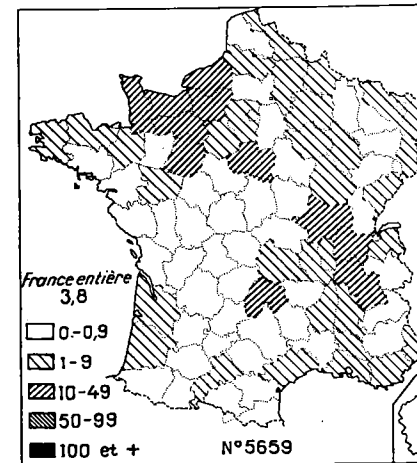
INDICE DE MORBIDITÉ CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS
ET RAPPORTÉ A LA BASE ANNUELLE



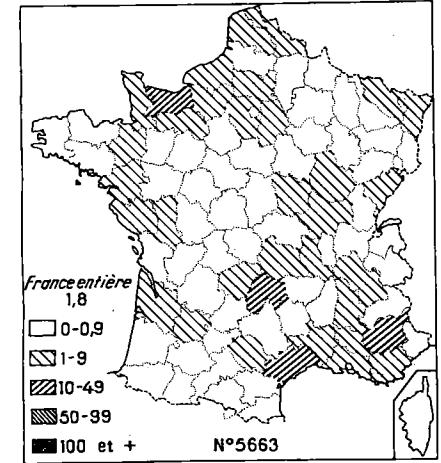
Septembre 1962.



Octobre 1962.



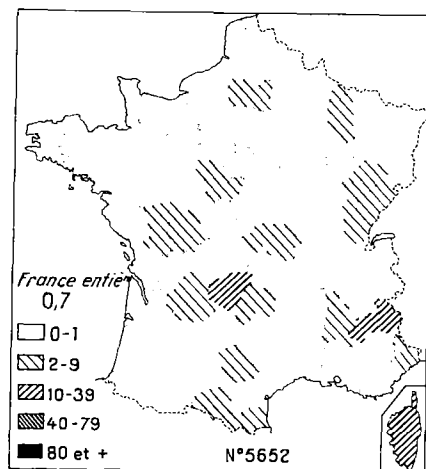
Novembre 1962.



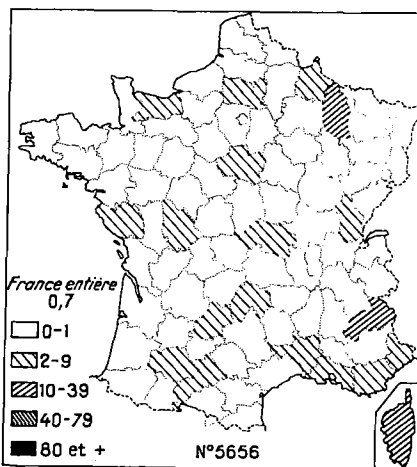
Décembre 1962.

Brucellose.

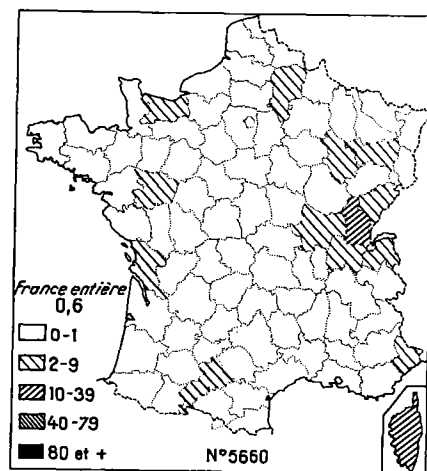
INDICE DE MORBIDITÉ CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS
ET RAPPORTÉ À LA BASE ANNUELLE



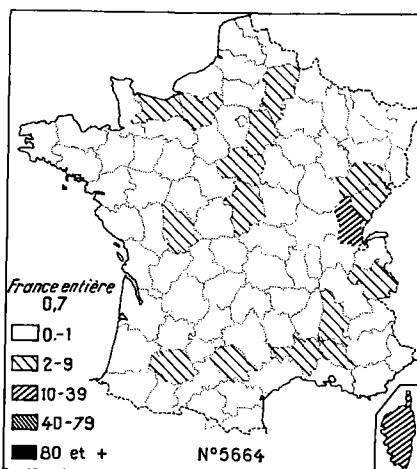
Septembre 1962.



Octobre 1962.



Novembre 1962.



Décembre 1962.

ÉVOLUTION GÉNÉRALE DE MORBIDITÉ

I. — INFECTIONS TYPHO-PARATYPHOÏDIQUES

Le nombre des cas signalés en 1962 est nettement inférieur à celui de 1961. L'indice passe de 4,6 à 3,4. Les derniers mois de 1961 avaient été marqués par l'apparition de deux foyers épidémiques (Jura et Saône-et-Loire) qui étaient éteints au début de 1962. L'indice de morbidité a baissé régulièrement jusqu'en avril pour remonter ensuite légèrement et atteindre son taux maximal (4,9) en septembre et octobre. Au cours du mois d'août un foyer épidémique d'une trentaine de cas a été signalé dans l'Ariège. A partir du mois d'octobre s'est développé un foyer dans l'Allier, infection à bacille d'Eberth, vraisemblablement d'origine hydrique. Il a groupé une cinquantaine de cas et était pratiquement éteint aux environs du 15 décembre.

II. — POLIOMYÉLITE

L'année 1962 a été marquée par une endémie poliomyélitique relativement faible, puisque le nombre des cas signalés dépasse légèrement le millier. L'indice passe de 3,3 en 1961 à 2,3 en 1962. L'évolution saisonnière s'est montrée sous son aspect habituel, passant par les taux les plus bas en mars, avril et mai. La poussée saisonnière s'est montrée très modérée. Une recrudescence légère s'est manifestée en août, principalement dans les Ardennes où une petite épidémie a groupé quelques cas dans la région de la Meuse, chez des sujets non vaccinés, d'autres ont été signalés dans le Morbihan et les Bouches-du-Rhône. D'autres départements ont été atteints à un moindre degré : la Côte-d'Or, le Calvados, le Pas-de-Calais, la Moselle et le Bas-Rhin. A la fin d'octobre quelques cas ont été signalés dans l'Isère. Puis la morbidité s'est atténuée et le nombre des cas signalés dans la première quinzaine de décembre est un des plus faibles enregistrés au cours des dix dernières années.

III. — GRIPPE

En janvier et février, quelques cas de grippe à virus A ont été dépistés par les méthodes sérologiques dans la région lyonnaise et dans celle de Grenoble. En mars un certain état endémique s'est manifesté. Atteignant la Côte-d'Or, la Drôme, l'Eure-et-Loir, l'Hérault, l'Aveyron, le Cantal, il a donné lieu à quelques épidémies surtout en milieu scolaire, en général sans gravité. Des recherches virologiques ont permis de dépister quelques cas à virus B à Lyon et à Grenoble. Les mois d'été virent l'endémie disparaître, mais des cas sporadiques à virus A réapparurent en octobre.

IV. — AUTRES INFECTIONS

Diphtérie. — Au début de l'année, 4 cas ont été signalés, avec deux évolutions mortelles, dans la Charente-Maritime, chez des enfants d'une même famille non vaccinés. Un nombre assez élevé de cas est survenu dans un établissement scolaire de Pontarlier, bénins dans l'ensemble. Néanmoins le nombre de cas de 1962 est inférieur à celui de 1961 et l'indice passe de 1,5 à 1,3.

Toxi-infections alimentaires. — De nombreux foyers ont surgi au cours de l'été. Signalons ceux de la Haute-Garonne (200 cas environ après un repas dans une cantine) tous bénins; ceux du Nord (41 cas après consommation d'une viande de cheval hachée) où il s'agissait de salmonelles; ceux du Loiret (200 cas) survenus dans les mêmes conditions; ceux de la Somme, survenus plus tardivement dans la saison et ayant atteint 63 personnes dans un hospice: il s'agissait d'une infection à staphylocoques. L'enquête a permis de retrouver 3 porteurs de germes de staphylocoques pathogènes entérotoxiques parmi le personnel de la cuisine de cet établissement.

Parmi les autres infections signalons :

- deux cas de *psittacoses* signalés en Haute-Saône;
- quelques cas de *rickettsioses* en Seine-Maritime et dans les Alpes-Maritimes. Dans ce dernier département il s'agissait de fièvre Q;
- des cas de *lèpre* concernant des sujets originaires de régions d'endémicité (Cambodge, Afrique du Nord) et résidant en France depuis peu de temps.

STATISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ANNUELLES

POUR LA FRANCE ENTIÈRE

NOMBRE DE CAS ET INDICE DE MORBIDITÉ 1961-1962

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

TYPHOÏDE				SCARLATINE			
1961		1962		1961		1962	
N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.
2 102	4,6	1 590	3,4	5 674	12,4	5 934	12,8
ROUGEOLE				DIPHTÉRIE			
1961		1962		1961		1962	
N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.
16 449	36	12 756	27,5	726	1,5	601	1,3
MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE				POLIOMYÉLITE			
1961		1962		1961		1962	
N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.
556	1,2	582	1,2	1 513	3,3	1 074	2,3
BRUCELLOSE				COQUELUCHE			
1961		1962		1961		1962	
N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.
720	1,5	781	1,6	5 516	12	3 324	7,1
TÉTANOS				TULARÉMIE			
1961		1962		1961		1962	
N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.
422	0,9	498	1	11	0,02	3	0,006
LEPTOSPIROSE ICTÉRO-HÉMORRAGIQUE				DYSENTERIE AMIBIENNE			
1961		1962		1961		1962	
N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.
28	0,06	39	0,08	47	0,1	44	0,009
TOXICOSE DU NOURRISSON				TOXI-INFECTIONS ALIM. COLLECTIVES			
1961		1962		1961		1962	
N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.
197	0,4	122	0,2	651	1,4	436	0,9

Mois	TYPHOÏDE				DIPHTÉRIE				MÉNINGITE C.-SPINALE			
	Nb. de cas		I. M.		Nb. de cas		I. M.		Nb. de cas		I. M.	
	1961	1962	1961	1962	1961	1962	1961	1962	1961	1962	1961	1962
Janvier	173	147	4,4	3,7	84	103	2,1	2,6	73	54	1,8	1,3
Février	189	122	5,3	3,4	81	84	2,3	2,3	76	63	2,1	1,7
Mars	201	110	5,1	2,8	64	56	1,6	1,4	64	73	1,6	1,8
Avril	174	57	4,6	1,4	49	47	1,3	1,2	51	78	1,3	2
Mai	146	96	3,7	2,4	55	24	1,4	0,6	51	58	1,3	1,4
Juin	135	124	3,5	3,2	26	39	0,6	1	51	51	1,3	1,3
Juillet	154	130	3,9	3,3	35	25	0,9	0,6	39	34	1	0,8
Août	159	129	4	3,2	38	25	0,9	0,6	34	18	0,8	0,4
Septembre	199	189	5,3	4,9	48	22	1,2	0,5	24	25	0,6	0,6
Octobre	157	196	4	4,9	79	70	2	1,7	29	36	0,7	0,9
Novembre	257	164	6,8	4,3	69	61	1,8	1,6	33	35	0,8	0,9
Décembre	158	126	4	3,2	98	45	2,5	1,1	31	57	0,7	1,4

Mois	BRUCELLOSE				ROUGEOLE				SCARLATINE			
	Nb. de cas		I. M.		Nb. de cas		I. M.		Nb. de cas		I. M.	
	1961	1962	1961	1962	1961	1962	1961	1962	1961	1962	1961	1962
Janvier	37	36	0,9	0,9	1 864	1 272	48	32,3	697	700	17,9	17,8
Février	64	65	1,8	1,8	2 186	1 547	62,3	43,6	743	635	21,2	17,9
Mars	76	86	1,9	2,1	2 616	1 891	67,4	48,1	682	837	17,5	21,3
Avril	80	79	2,1	2	2 001	1 574	53,2	41,4	434	514	11,5	13,5
Mai	109	114	2,8	2,9	2 529	1 456	65,2	37	567	450	14,6	11,4
Juin	93	133	2,4	3,4	2 331	1 779	62	46,8	482	419	12,8	11
Juillet	81	99	2	2,5	1 079	1 188	27,8	30,2	192	211	4,9	5,3
Août	47	55	1,2	1,4	398	307	10,2	7,8	107	113	2,7	2,8
Septembre	33	29	0,8	0,7	107	99	2,8	2,6	146	139	3,8	3,6
Octobre	23	31	0,5	0,7	298	328	7,6	8,3	415	448	10,6	11,4
Novembre	39	23	1	0,6	381	572	10,1	15	618	764	16,4	20,1
Décembre	38	31	0,9	0,7	659	743	16,9	18,9	591	704	15,2	17,9

STATISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES MENSUELLES (Années 1961-1962) (suite).

Mois	POLIOMYÉLITE				COQUELUCHE				TÉTANOS			
	Nb. de cas		I. M.		Nb. de cas		I. M.		Nb. de cas		I. M.	
	1961	1962	1961	1962	1961	1962	1961	1962	1961	1962	1961	1962
Janvier	92	54	2,3	1,3	672	397	17,3	10,1	18	28	0,4	0,7
Février	61	55	1,7	1,5	716	219	20,4	6,1	25	24	0,7	0,6
Mars	76	33	1,9	0,8	797	270	20,5	6,8	34	27	0,8	0,6
Avril	58	28	1,5	0,7	629	91	16,7	2,3	49	25	1,3	0,6
Mai	84	46	2,1	1,1	559	281	14,4	7,1	43	55	1,1	1,4
Juin	181	78	4,8	2	504	203	13,4	5,3	36	45	0,9	1,1
Juillet	177	98	4,5	2,4	370	205	9,5	5,2	56	68	1,4	1,7
Août	197	127	5	3,2	368	282	9,4	7,1	46	55	1,1	1,4
Septembre	133	164	3,5	4,3	325	265	8,6	6,9	35	56	0,9	1,4
Octobre	216	165	5,5	4,2	207	316	5,3	8	26	41	0,6	1
Novembre	144	146	3,8	3,8	194	389	5,1	10,2	34	39	0,9	1
Décembre	94	80	2,4	2	175	406	4,5	10,3	20	35	0,5	0,8

STATISTIQUES ANNUELLES DÉPARTEMENTALES

NOMBRE DE CAS ET INDICE DE MORBIDITÉ 1961-1962

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

Départements	TYPHOÏDE					DIPHTÉRIE				
	1961		1962		Médian (1)	1961		1962		Médian (1)
	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.		N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	
Ain	13	4	18	5,6	21	3	0,9	2	0,6	4
Aisne	3	0,5	6	1,1	8	5	0,9	3	0,5	5
Allier	14	3,7	70	18,5	14	7	1,8	5	1,3	9
Alpes (Basses-)	8	9,4	3	3,5	4	0	0	0	0	2
Alpes (Hautes-)	7	7,7	3	3,3	6	1	1,1	0	0	1
Alpes-Maritimes	29	5	11	1,9	19	6	1	6	1	10
Ardèche	22	8,8	21	8,4	22	7	2,8	6	2,4	7
Ardennes	1	0,3	1	0,3	3	4	1,3	3	0,9	1
Ariège	1	0,7	32	22,6	4	4	2,8	2	1,4	4
Aube	4	1,6	7	2,7	9	6	2,4	7	2,7	6
Aude	22	8,1	10	3,6	22	3	1,1	0	0	3
Aveyron	5	1,7	7	2,4	6	2	0,6	1	0,3	2
Bouches-du-Rhône	75	6,4	73	6,2	59	80	6,8	55	4,7	83
Calvados	35	7,2	21	4,3	28	7	1,4	2	0,4	2
Cantal	1	0,5	3	1,6	4	2	1,1	1	0,5	2
Charente	9	2,7	11	3,3	6	0	0	4	1,2	1
Charente-Maritime	16	3,3	20	4,1	27	2	0,4	10	2	7
Cher	8	2,7	7	2,4	8	1	0,3	5	1,7	10
Corrèze	1	0,4	8	3,3	6	0	0	2	0,8	2
Corse	24	14,5	31	18,6	34	31	18,7	4	2,4	5
Côte-d'Or	14	3,6	5	1,2	14	1	0,2	8	2	4
Côtes-du-Nord	48	9,6	19	3,8	32	0	0	2	0,4	5
Creuse	1	0,6	3	1,8	3	1	0,6	0	0	1
Dordogne	3	0,7	7	1,8	6	1	0,2	0	0	7
Doubs	23	6,3	32	8,6	23	60	16,5	94	25,5	7
Drôme	33	11,2	13	4,3	15	6	2	1	0,3	7
Eure	22	6,2	3	0,8	14	2	0,5	0	0	7
Eure-et-Loir	10	3,7	10	3,6	17	1	0,3	8	2,9	2
Finistère	32	4,3	39	5,2	35	3	0,4	5	0,6	14
Gard	18	4,3	11	2,6	34	8	1,8	5	1,1	7
Garonne (Haute-)	37	6,5	17	2,9	13	3	0,5	5	0,8	3
Gers	2	1	3	1,5	2	0	0	0	0	1
Gironde	13	1,3	24	2,5	13	1	0,1	1	0,1	8
Hérault	33	6,7	14	2,8	29	2	0,4	4	0,8	5
Ille-et-Vilaine	51	8,5	42	6,9	67	13	2,1	6	0,9	40
Indre	5	2	19	7,6	5	6	2,4	2	0,8	9
Indre-et-Loire	13	3,3	2	0,5	10	0	0	0	0	0
Isère	41	5,9	32	4,6	60	13	1,8	6	0,8	13
Jura	153	67,4	19	8,3	37	16	7	6	2,6	7
Landes	0	0	5	1,9	1	6	2,3	3	1,1	5
Loir-et-Cher	1	0,4	3	1,2	11	3	1,2	3	1,2	7
Loire	53	7,7	27	3,9	53	20	2,9	11	1,5	17
Loire (Haute-)	13	6,1	5	2,3	10	6	2,8	0	0	2
Loire-Atlantique	30	3,7	11	1,3	28	5	0,6	7	0,8	9
Loiret	9	2,3	3	0,7	9	0	0	0	0	4
Lot	0	0	3	2	1	1	0,6	1	0,6	2
Lot-et-Garonne	4	1,4	3	1	6	0	0	3	1	0
Lozère	2	2,5	1	1,2	2	0	0	0	0	1
Maine-et-Loire	32	5,8	38	6,8	25	6	1	5	0,9	6
Manche	25	5,3	19	4	20	0	0	2	0,4	4
Marne	7	1,5	3	0,6	13	3	0,6	3	0,6	3
Marne (Haute-)	7	3,3	4	1,8	12	1	0,4	3	1,4	6
Mayenne	32	12,7	2	0,7	8	11	4,3	3	1,1	3
Meurthe-et-Moselle	22	3,2	9	1,3	37	9	1,3	9	1,3	14
Meuse	6	2,7	4	1,7	18	1	0,4	3	1,3	3
Morbihan	37	6,9	14	2,6	37	4	0,7	2	0,3	5
Moselle	42	4,6	24	2,6	68	7	0,7	16	1,7	21
Nièvre	10	4,1	6	2,4	15	0	0	3	1,2	4
Nord	52	2,3	13	0,5	48	39	1,7	15	0,6	33
Oise	7	1,4	17	3,4	12	4	0,8	3	0,6	6
Orne	9	3,1	5	1,7	8	0	0	1	0,3	3
Pas-de-Calais	7	0,5	20	1,4	16	14	1	3	0,2	14
Puy-de-Dôme	6	1,2	10	2	12	6	1,2	3	0,6	13
Pyrénées (Basses-)	4	0,8	5	1,1	6	1	0,2	5	1,1	5
Pyrénées (Hautes-)	10	4,7	4	1,8	5	0	0	1	0,4	1
Pyrénées-Orientales	7	2,8	13	5,3	11	4	1,6	6	2,4	2
Rhin (Bas-)	32	4,2	27	3,5	64	4	0,5	3	0,3	6
Rhin (Haut-)	32	5,8	15	2,7	44	22	4	16	2,9	29
Rhône	69	6,6	42	3,9	62	21	2	7	0,6	21
Saône (Haute-)	6	2,7	4	1,8	10	1	0,4	4	1,8	1
Saône-et-Loire	82	15,4	26	4,8	16	1	0,1	2	0,3	2
Sarthe	26	5,8	15	3,3	14	0	0	0	0	4

STATISTIQUES ANNUELLES DÉPARTEMENTALES (suite).

Départements	TYPHOÏDE					DIPHTÉRIE				
	1961		1962		Médian (1)	1961		1962		Médian (1)
	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.		N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	
Savoie	12	4,3	13	4,7	14	7	2,5	2	0,7	10
Savoie (Haute-)	8	2,5	15	4,7	19	1	0,3	4	1,2	12
Seine	254	4,4	228	3,9	335	135	2,3	112	1,9	147
Seine-Maritime	51	4,8	17	1,6	30	15	1,4	7	0,6	15
Seine-et-Marne	6	1,1	17	3,2	8	2	0,3	2	0,3	4
Seine-et-Oise	91	4,3	65	3,1	107	13	0,6	25	1,1	36
Sèvres (Deux-)	18	5,5	36	11	9	2	0,6	1	0,3	4
Somme	18	3,7	9	1,8	28	6	1,2	3	0,6	14
Tarn	10	3,1	10	3,1	12	1	0,3	3	0,9	1
Tarn-et-Garonne	6	3,3	3	1,6	4	13	7,3	2	1,1	3
Var	34	7,4	23	5	34	5	1	1	0,2	15
Vaucluse	11	3,7	18	6	7	0	0	5	1,6	5
Vendée	22	5,4	22	5,4	32	4	0,9	7	1,7	7
Vienne	6	1,8	5	1,4	13	2	0,6	2	0,5	5
Vienne (Haute-)	2	0,6	4	1,2	9	3	0,9	4	1,2	3
Vosges	15	3,8	12	3	24	2	0,5	2	0,5	3
Yonne	7	2,5	4	1,4	9	3	1,1	0	0	3
Terr. de Belfort	0	0	2	1,7	6	4	3,6	2	1,7	2

(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 1961-1962

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

Départements	ROUGEOLE					SCARLATINE				
	1961		1962		Médian (1)	1961		1962		Médian (1)
	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.		N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	
Ain	25	7,8	119	37	173	114	35,6	89	27,7	114
Aisne	236	45,8	69	13,2	236	54	10,4	56	10,7	54
Allier	61	16,1	84	22,2	61	33	8,7	39	10,3	41
Alpes (Basses-)	108	127	85	100	108	18	21,1	18	21,1	18
Alpes (Hautes-)	22	24,4	39	43,3	78	18	20	19	21,1	18
Alpes-Maritimes	124	21,6	37	6,4	171	91	15,9	84	14,6	75
Ardèche	21	8,4	17	6,8	29	16	6,4	18	7,2	18
Ardennes	66	21,4	114	36,6	96	34	11	39	12,5	34
Ariège	32	22,6	14	9,9	2	2	1,4	7	4,9	3
Aube	265	106	5	1,9	103	35	14	58	23	111
Aude	47	17,3	120	44,1	49	14	5,1	14	5,1	14
Aveyron	33	11,3	66	22,6	74	9	3	2	0,6	9
Bouches-du-Rhône	275	23,7	86	7,3	235	110	9,4	108	9,2	165
Calvados	51	10,5	43	8,8	49	104	21,5	104	21,3	97

Départements	ROUGEOLE					SCARLATINE				
	1961		1962		Médian (1)	1961		1962		Médian (1)
	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.		N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	
Cantal	16	9	51	28,6	16	13	7,3	0	0	8
Charente	59	18	0	0	70	9	2,7	14	4,2	21
Charente-Maritime	146	30,6	32	6,6	146	11	2,3	34	7	17
Cher	24	8,3	82	28,5	24	33	11,5	26	9	53
Corrèze	88	36,9	49	20,5	84	11	4,6	40	16,8	8
Corse	6	3,6	1	0,6	7	2	1,2	2	1,2	4
Côte-d'Or	83	21,6	124	32,1	83	15	3,9	100	25,9	39
Côtes-du-Nord	28	5,6	19	3,8	36	10	2	21	4,8	41
Creuse	184	115	26	16,2	81	18	11,2	15	9,3	38
Dordogne	195	51,4	263	69,2	195	17	4,4	18	4,7	18
Doubs	104	28,6	83	22,5	108	32	8,8	25	6,7	40
Drôme	24	8,1	50	16,8	24	20	6,8	39	13,1	26
Eure	54	15,2	40	11,2	54	21	5,9	28	7,8	21
Eure-et-Loir	293	109	89	32,8	223	77	28,6	42	15,4	79
Finistère	14	1,8	14	1,8	32	41	5,5	33	4,4	19
Gard	141	33,8	133	31,7	465	20	4,7	52	12,4	39
Garonne (Haute-)	118	20,8	501	87,8	118	58	10,2	90	15,7	58
Gers	3	1,6	100	53,4	72	4	2,1	9	4,8	4
Gironde	44	4,6	106	11,1	44	22	2,3	15	1,5	26
Hérault	29	5,8	45	9,1	151	26	5,2	11	2,2	26
Ille-et-Vilaine	65	10,8	137	22,7	97	47	7,8	56	9,2	58
Indre	136	54,8	90	36,1	136	7	2,8	10	4	16
Indre-et-Loire	46	11,8	55	14,1	26	9	2,3	13	3,3	16
Isère	113	16,4	174	25,2	205	139	20,2	159	23	139
Jura	19	8,3	46	20,1	24	21	9,2	12	5,2	25
Landes	91	35,4	225	87,2	129	6	2,3	6	2,3	7
Loir-et-Cher	126	52,5	110	45,6	121	21	8,7	10	4,1	21
Loire	15	2,1	58	8,4	120	164	23,9	221	32	126
Loire (Haute-)	32	15,2	76	36,1	32	16	7,6	22	10,4	16
Loire-Atlantique	71	8,8	52	6,4	122	59	7,3	60	7,4	78
Loiret	213	55,3	677	175	213	104	27	71	18,3	104
Lot	239	165	104	71,7	152	6	4,1	19	13,1	4
Lot-et-Garonne	18	6,5	50	18,2	18	4	1,4	8	2,9	5
Lozère	9	11,2	7	8,7	14	0	0	3	3,7	0
Maine-et-Loire	226	41,2	150	27	145	70	12,7	43	7,7	70
Manche	169	35,8	90	18,9	169	24	5	37	7,7	36
Marne	136	31	205	46,3	158	119	27,1	106	23,9	119
Marne (Haute-)	96	45,7	6	2,8	108	13	6,1	17	8	22
Mayenne	96	38,2	32	12,6	96	27	10,7	15	5,9	27
Meurthe-et-Moselle	237	35,1	239	34,9	239	106	15,7	116	16,9	106
Meuse	90	40,7	62	27,7	54	29	13,1	21	9,4	29
Morbihan	29	5,4	41	7,6	29	10	1,8	12	2,2	12
Moselle	502	55,8	206	22,5	360	61	6,7	53	5,8	61
Nièvre	237	97,9	84	34,7	236	16	6,6	25	10,3	31
Nord	1 187	52,9	582	25,7	799	168	7,4	153	6,7	304
Oise	202	41,2	78	15,7	98	78	15,9	62	12,5	78
Orne	33	11,5	27	9,3	39	27	9,4	4	1,3	27
Pas-de-Calais	166	12,1	80	5,7	196	34	2,4	30	2,1	60
Puy-de-Dôme	83	16,7	156	31,3	58	34	6,8	40	8	34
Pyrénées (Basses-)	34	7,6	61	13,6	90	13	2,9	11	2,4	31
Pyrénées (Hautes-)	37	17,4	8	3,7	37	4	1,8	3	1,4	4
Pyrénées-Orientales	90	37,3	23	9,5	55	2	0,8	1	0,4	4
Rhin (Bas-)	374	50,1	80	10,6	374	90	12	155	20,6	104
Rhin (Haut-)	137	25,1	485	88,5	215	107	19,6	79	14,4	109
Rhône	112	10,7	391	37	271	565	54	504	47,7	565
Saône (Haute-)	47	21,6	29	13,3	47	13	5,9	9	4,1	13
Saône-et-Loire	60	11,3	224	42	86	69	13	76	14,2	39
Sarthe	91	20,4	45	10	114	85	19,1	35	7,7	85
Savoie	28	10,2	43	15,6	37	28	10,2	26	9,4	28
Savoie (Haute-)	101	32	72	22,6	216	81	25,7	84	26,4	97
Seine	5 384	94,5	3 454	60,1	4 749	1 339	23,5	1 481	25,7	1 558
Seine-Maritime	114	10,9	85	8	114	63	6	67	6,3	84
Seine-et-Marne	165	31,6	90	17,2	79	34	6,5	41	7,8	34
Seine-et-Oise	702	33,8	253	12	580	429	20,6	462	22	492
Sèvres (Deux-)	189	58,6	6	1,8	73	2	0,6	4	1,2	10
Somme	52	10,6	32	6,5	34	8	1,6	24	4,8	15
Tarn	117	37	125	39,4	119	16	5	20	6,3	16
Tarn-et-Garonne	7	3,8	25	13,9	8	2	1,1	3	1,6	10
Var	119	26	206	44,9	159	47	10,3	34	7,4	56
Vaucluse	130	43,9	117	39,2	66	26	8,7	13	4,3	21
Vendée	89	22,1	50	12,3	160	21	5,2	15	3,7	21
Vienne	9	2,7	1	0,2	16	14	4,2	3	0,8	9
Vienne (Haute-)	93	29,3	63	19,8	65	15	4,7	42	13,2	15
Vosges	78	19,7	29	7,2	78	34	8,6	19	4,7	34
Yonne	72	26,6	113	41,6	72	26	9,6	35	12,9	34
Belfort (Terr. de)	317	288	41	36,6	52	10	9	12	10,7	10

(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 1961-1962

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

Départements	POLIOMYÉLITE					MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE					BRUCELLOSE				
	1961		1962		Médian (1)	1961		1962		Médian (1)	1961		1962		Médian (1)
	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.		N. cas	I. M.	N. cas	I. M.		N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	
Ain	3	0,9	9	2,8	14	3	0,9	2	0,6	8	9	2,8	5	1,5	2
Aisné	19	3,6	4	0,7	46	2	0,3	1	0,1	2	4	0,7	5	0,9	4
Allier	31	8,2	3	0,7	31	4	1	10	2,6	5	14	3,7	6	1,5	6
Alpes (Basses-)	0	0	6	7	4	1	1,1	0	0	1	11	12,9	28	32,9	15
Alpes (Hautes-)	3	3,3	12	13,3	4	0	0	0	0	0	18	20	22	24,4	16
Alpes-Maritimes	13	2,2	19	3,3	16	2	0,3	13	2,2	3	8	1,3	12	2	8
Ardèche	3	1,2	12	4,8	6	8	3,2	2	0,8	3	4	1,6	6	2,4	7
Ardennes	6	1,9	65	20,9	13	4	1,3	5	1,6	3	3	0,9	4	1,2	3
Ariège	2	1,4	2	1,4	6	1	0,7	1	0,7	1	2	1,4	5	3,5	2
Aube	123	49,2	1	0,3	19	0	0	0	0	3	1	0,4	0	0	2
Aude	3	1,1	0	0	14	2	0,7	0	0	3	6	2,2	5	1,8	6
Aveyron	3	1	1	0,3	9	2	0,6	4	1,3	2	3	1	0	0	1
Bouches-du-Rhône	32	2,7	89	7,6	62	13	1,1	9	0,7	22	11	0,9	23	1,9	20
Calvados	4	0,8	43	8,8	24	6	1,2	3	0,6	8	5	1	4	0,8	5
Cantal	10	5,6	6	3,3	10	5	2,8	0	0	4	1	0,5	6	3,3	0
Charente	3	0,9	3	0,9	12	6	1,8	5	1,5	6	1	0,3	4	1,2	1
Charente-Maritime	15	3,1	6	1,2	22	6	1,2	10	2	5	4	0,8	4	0,8	2
Cher	7	2,4	8	2,7	25	4	1,3	0	0	4	5	1,7	2	0,6	1
Corrèze	6	2,5	8	3,3	12	1	0,4	6	2,5	5	2	0,8	2	0,8	1
Corse	8	4,8	6	3,6	4	1	0,6	2	1,2	2	263	159	247	149	263
Côte-d'Or	5	1,3	21	5,4	5	5	1,3	0	0	5	4	1	2	0,5	3
Côtes-du-Nord	14	2,8	7	1,4	16	11	2,2	13	2,6	11	1	0,2	0	0	0
Creuse	7	4,3	6	3,7	7	0	0	1	0,6	1	1	0,6	2	1,2	1
Dordogne	7	1,8	5	1,3	15	4	1	6	1,5	6	2	0,5	5	1,3	2
Doubs	6	1,6	10	2,7	20	3	0,8	0	0	3	5	1,3	10	2,7	3
Drôme	6	2	6	2	7	3	1	9	3	3	10	3,4	23	7,7	15
Eure	7	1,9	16	4,4	23	8	2,2	6	1,6	5	2	0,5	6	1,6	1
Eure-et-Loir	1	0,3	5	1,8	14	2	0,7	1	0,3	2	4	1,4	0	0	2
Finistère	7	0,9	5	0,6	16	3	0,4	8	1	3	0	0	0	0	0
Gard	6	1,4	4	0,9	11	6	1,4	2	0,4	7	33	7,9	25	5,9	47
Garonne (Haute-)	15	2,6	5	0,8	10	3	0,5	0	0	3	4	0,7	6	1	3
Gers	6	3,2	3	1,6	6	1	0,5	6	3,2	1	2	1	6	3,2	5
Gironde	17	1,7	14	1,4	32	2	0,2	5	0,5	11	3	0,3	1	0,1	3
Hérault	22	4,4	14	2,8	25	16	3,2	6	1,2	11	8	1,6	34	6,8	21
Ille-et-Vilaine	18	3	11	1,8	31	1	0,1	3	0,4	5	0	0	0	0	0
Indre	6	2,4	1	0,4	6	0	0	0	0	2	0	0	2	0,8	3
Indre-et-Loire	23	5,9	4	1	23	3	0,7	4	1	4	1	0,2	0	0	0
Isère	28	4	33	4,7	28	24	3,5	13	1,8	25	9	1,3	7	1	5
Jura	5	2,2	3	1,3	6	1	0,4	2	0,8	2	9	3,9	16	7	5
Landes	12	4,6	2	0,7	18	1	0,3	0	0	2	0	0	0	0	1
Loir-et-Cher	2	0,8	4	1,6	16	3	1,2	12	4,9	3	1	0,4	1	0,4	1
Loire	29	4,2	17	2,4	29	17	2,4	16	2,3	10	7	1	7	1	4
Loire (Haute-)	17	8	2	0,9	12	2	0,9	2	0,9	3	3	1,4	11	5,2	3
Loire-Atlantique	25	3,1	5	0,6	25	0	0	9	1,1	2	5	0,6	2	0,2	2
Loiret	10	2,5	9	2,3	18	2	0,5	2	0,5	5	5	1,2	5	1,2	3
Lot	2	1,3	2	1,3	5	1	0,6	2	1,3	1	2	1,3	3	2	2
Lot-et-Garonne	16	5,8	7	2,5	16	5	1,8	5	1,8	5	1	0,3	0	0	3
Lozère	1	1,2	0	0	1	0	0	3	3,7	1	7	8,7	3	3,7	1
Maine-et-Loire	37	6,7	9	1,6	37	7	1,2	9	1,6	13	5	0,9	2	0,3	5
Manche	5	1	16	3,3	22	6	1,2	6	1,2	7	4	0,8	0	0	4
Marne	11	2,5	6	1,3	14	7	1,5	5	1,1	7	5	1,1	2	0,4	6
Marne (Haute-)	13	6,1	2	0,9	6	2	0,9	2	0,9	2	2	0,9	3	1,4	2
Mayenne	3	1,1	7	2,7	13	2	0,7	5	1,9	2	1	0,3	1	0,3	2
Meurthe-et-Moselle	65	9,6	10	1,4	26	19	2,8	16	2,3	7	15	2,2	11	1,6	14
Meuse	9	4	5	2,2	8	6	2,7	15	6,7	6	14	6,3	25	11,2	14
Morbihan	14	2,6	15	2,7	25	3	0,5	2	0,3	3	0	0	1	0,1	1
Moselle	106	11,7	26	2,8	40	13	1,4	20	2,1	13	6	0,6	4	0,4	12
Nièvre	7	2,8	7	2,8	9	1	0,4	1	0,4	2	2	0,8	3	1,2	2
Nord	64	2,8	34	1,5	81	29	1,2	25	1,1	56	4	0,1	2	0,08	3
Oise	8	1,6	5	1	16	6	1,2	8	1,6	6	4	0,8	5	1	2
Orne	3	1	20	6,8	18	2	0,6	1	0,3	1	5	1,7	2	0,6	3
Pas-de-Calais	36	2,6	23	1,6	49	14	1	16	1,1	26	1	0,07	0	0	3
Puy-de-Dôme	34	6,8	17	3,4	24	5	1	1	0,2	3	1	0,2	2	0,4	2
Pyrénées (Basses-)	8	1,7	7	1,5	13	4	0,8	8	1,7	4	1	0,2	2	0,4	3
Pyrénées (Hautes-)	4	1,8	2	0,9	4	1	0,4	4	1,8	2	2	0,9	0	0	3
Pyrénées-Orientales	5	2	1	0,4	7	1	0,4	1	0,4	1	11	4,5	14	5,7	2
Rhin (Bas-)	13	1,7	18	2,3	13	1	0,1	1	0,1	1	10	1,3	3	0,3	9
Rhin (Haut-)	5	0,9	4	0,7	7	0	0	1	0,1	1	9	1,6	3	0,5	5
Rhône	33	3,1	29	2,7	50	6	0,5	13	1,2	11	7	0,6	11	1	6
Saône (Haute-)	5	2,3	0	0	5	1	0,4	0	0	1	6	2,7	3	1,3	5
Saône-et-Loire	18	3,3	20	3,7	22	3	0,5	3	0,5	3	7	1,3	6	1,1	4
Sarthe	11	2,4	9	2	28	8	1,7	6	1,3	8	2	0,4	0	0	1

STATISTIQUES ANNUELLES DÉPARTEMENTALES (suite).

Départements	POLIOMYÉLITE					MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE					BRUCELLOSE				
	1961		1962		Médian (1)	1961		1962		Médian (1)	1961		1962		Médian (1)
	N. cas	I. M.	N. cas	I. M.		N. cas	I. M.	N. cas	I. M.		N. cas	I. M.	N. cas	I. M.	
Savoie	14	5,1	3	1	14	5	1,8	3	1	3	11	4	10	3,6	11
Savoie (Haute-)	7	2,2	8	2,5	15	8	2,5	11	3,4	6	2	0,6	6	1,8	8
Seine	114	2	68	1,1	222	103	1,8	106	1,8	174	10	0,1	17	0,2	8
Seine-Maritime	16	1,5	54	5,1	46	9	0,8	9	0,8	13	2	0,1	5	0,4	1
Seine-et-Marne	18	3,4	6	1,1	18	12	2,3	4	0,7	11	4	0,7	3	0,5	1
Seine-et-Oise	69	3,3	52	2,4	75	29	1,3	37	1,7	29	3	0,1	3	0,1	3
Sèvres (Deux-)	24	7,4	5	1,5	24	3	0,9	0	0	4	3	0,9	2	0,6	3
Somme	3	0,6	22	4,4	16	1	0,2	5	1	3	1	0,2	0	0	3
Tarn	10	3,1	1	0,3	12	7	2,2	1	0,3	5	2	0,6	4	1,2	4
Tarn-et-Garonne	0	0	1	0,5	13	2	1,1	0	0	2	3	1,6	1	0,5	3
Var	9	1,9	14	3	17	16	3,5	11	2,4	13	19	4,1	12	2,6	21
Vaucluse	8	2,7	12	4	9	4	1,3	2	0,6	5	11	3,7	20	6,7	11
Vendée	27	6,7	4	0,9	27	7	1,7	3	0,7	7	8	1,9	11	2,7	7
Vienne	16	4,8	1	0,2	16	1	0,3	1	0,2	3	7	2,1	5	1,4	4
Vienne (Haute-)	0	0	0	0	16	0	0	4	1,2	2	4	1,2	2	0,6	2
Vosges	29	7,3	5	1,2	11	3	0,7	6	1,5	3	1	0,2	4	1	4
Yonne	17	6,2	2	0,7	13	1	0,3	1	0,3	2	1	0,3	2	0,7	1
Belfort (Terr. de)	1	0,9	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

(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 1962.

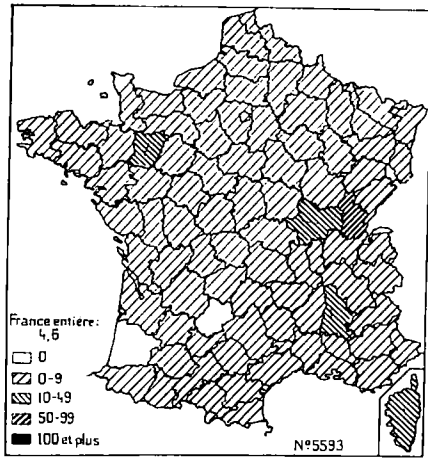
TABLEAU RÉCAPITULATIF

Maladies	1961	1962	Médian
Typhoïde	2 102	1 590	2 263
Diphthérie	726	601	1 049
Rougeole	16 449	12 756	16 449
Scarlatine	5 674	5 934	5 778
Méningite cérébro-spinale	556	582	717
Poliomyélite	1 513	1 074	1 662
Brucellose	720	781	720
Coqueluche	5 516	3 324	5 516
Tétanos	422	498	422
Tularémie	11	3	10
Leptospirose	28	39	28
Toxicose du nourrisson	197	122	319
Toxi-infections alimentaires	651	436	258
Dysenterie amibienne	47	44	81

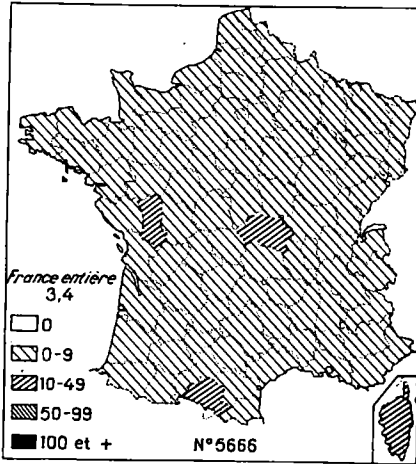
ANNÉES 1961-1962

INDICE ANNUEL DE MORBIDITÉ CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS

Typhoïde.

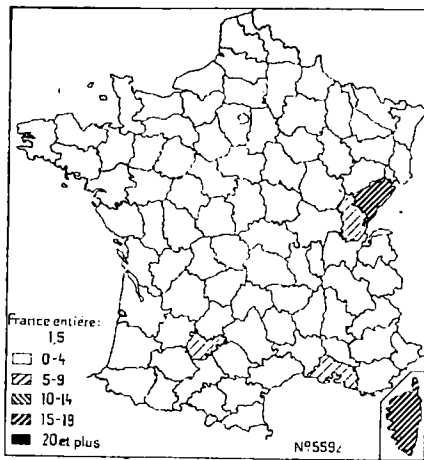


1961.

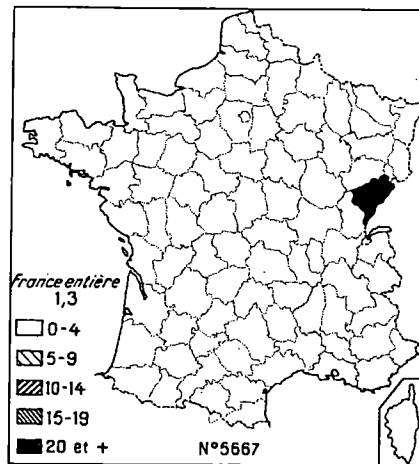


1962.

Diptérie.



1961.

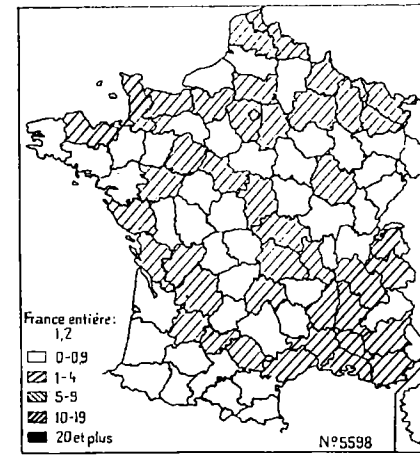


1962.

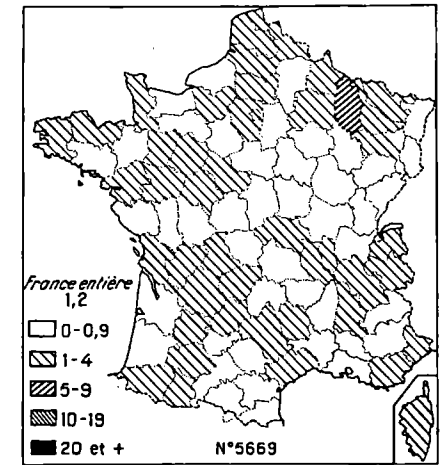
ANNÉES 1961-1962

INDICE ANNUEL DE MORBIDITÉ CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS

Méningite cérébro-spinale.

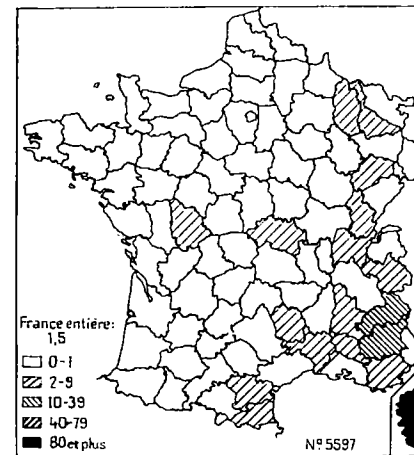


1961.

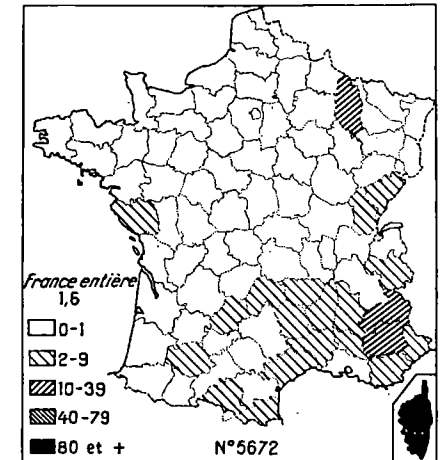


1962.

Brucellose.



1961.

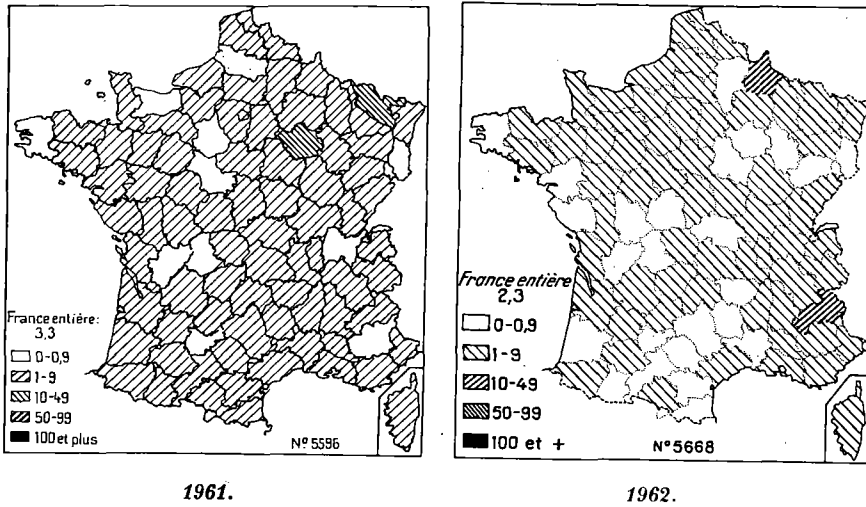


1962.

ANNÉES 1961-1962

INDICE ANNUEL DE MORBIDITÉ CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS

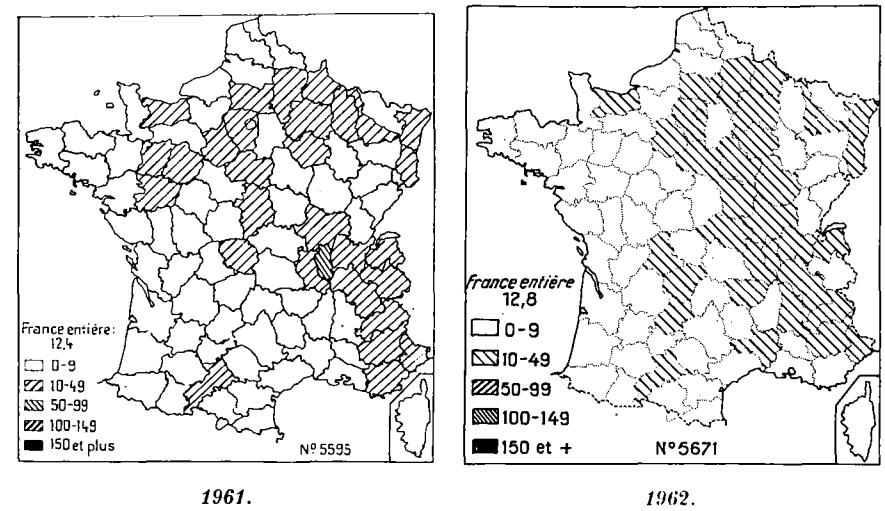
Poliomyélite.



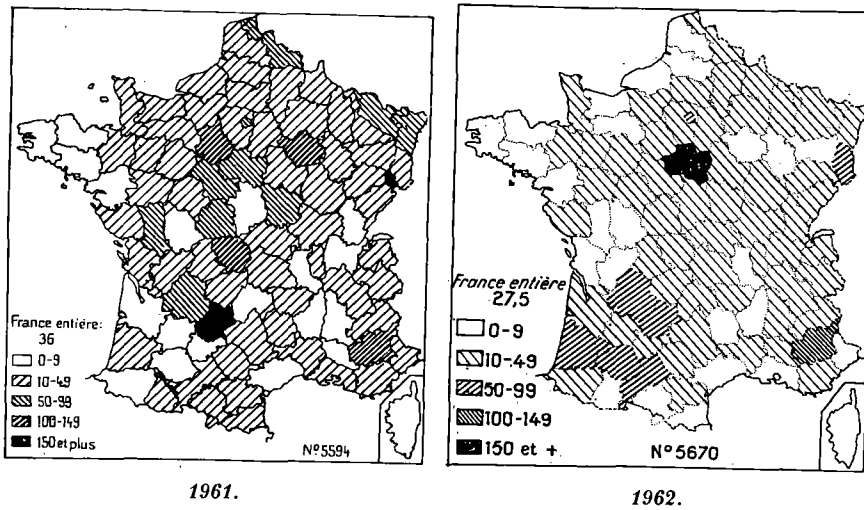
ANNÉES 1961-1962

INDICE ANNUEL DE MORBIDITÉ CALCULÉ POUR 100 000 HABITANTS

Scarlatine.

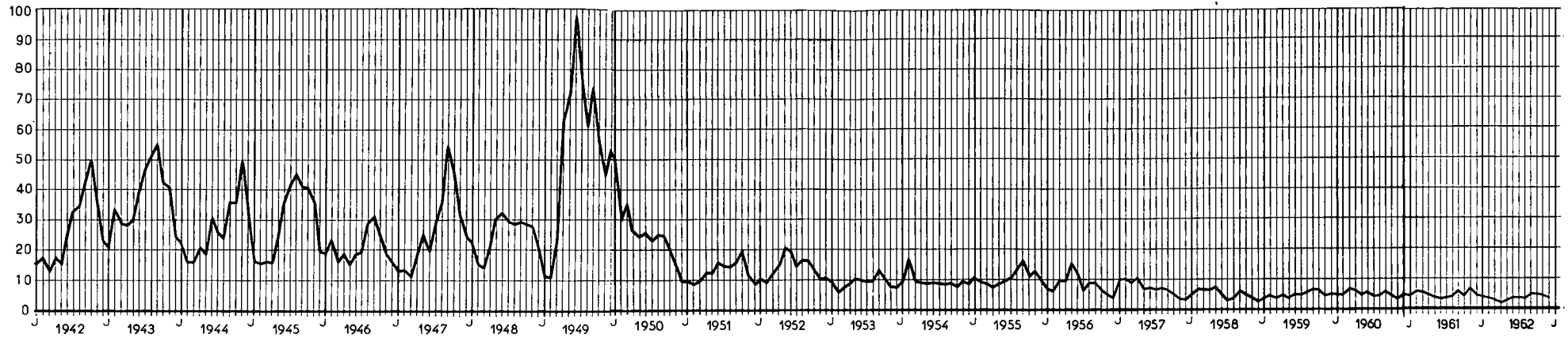


Rougeole.

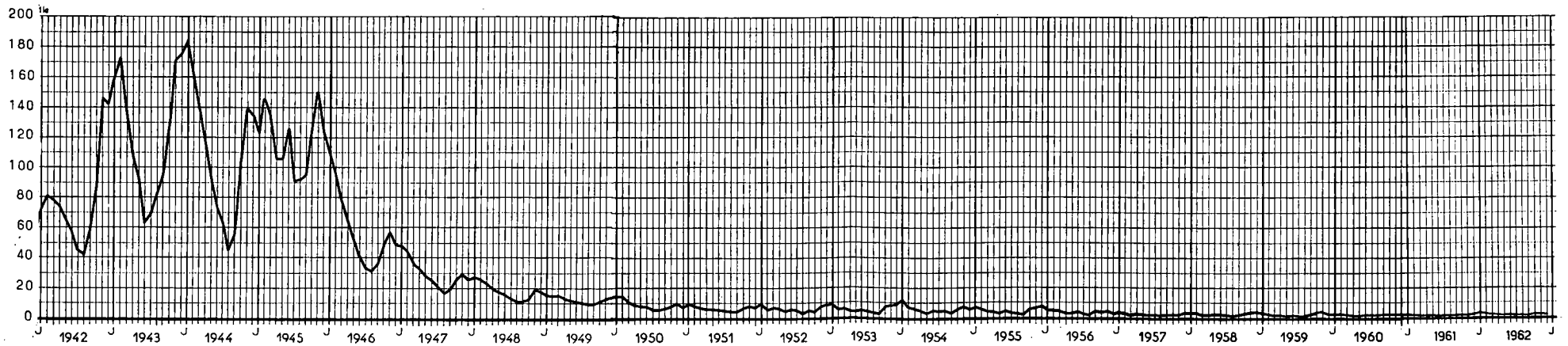


INDICE DE MORBIDITÉ POUR 100 000 HABITANTS CALCULÉ SUR LA BASE ANNUELLE

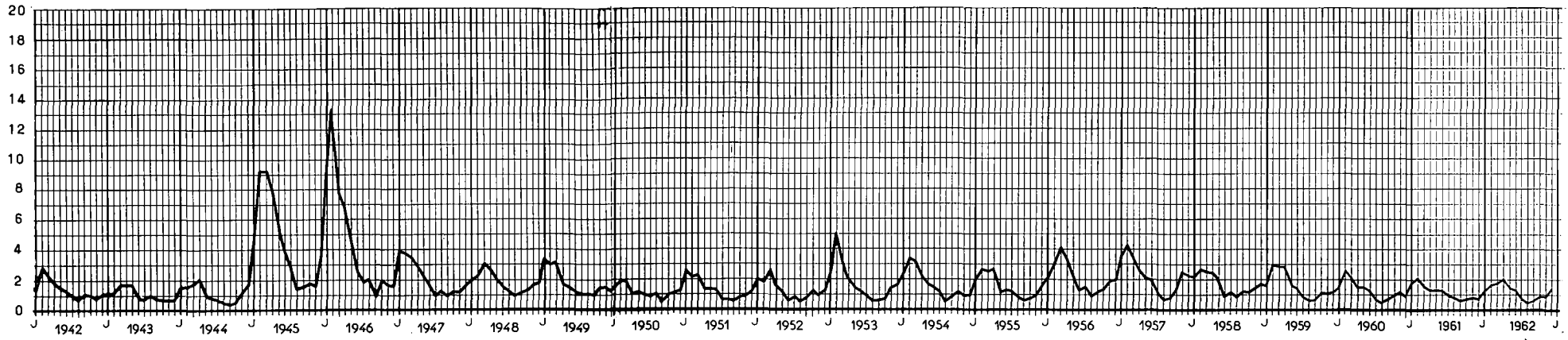
Typhoïde.



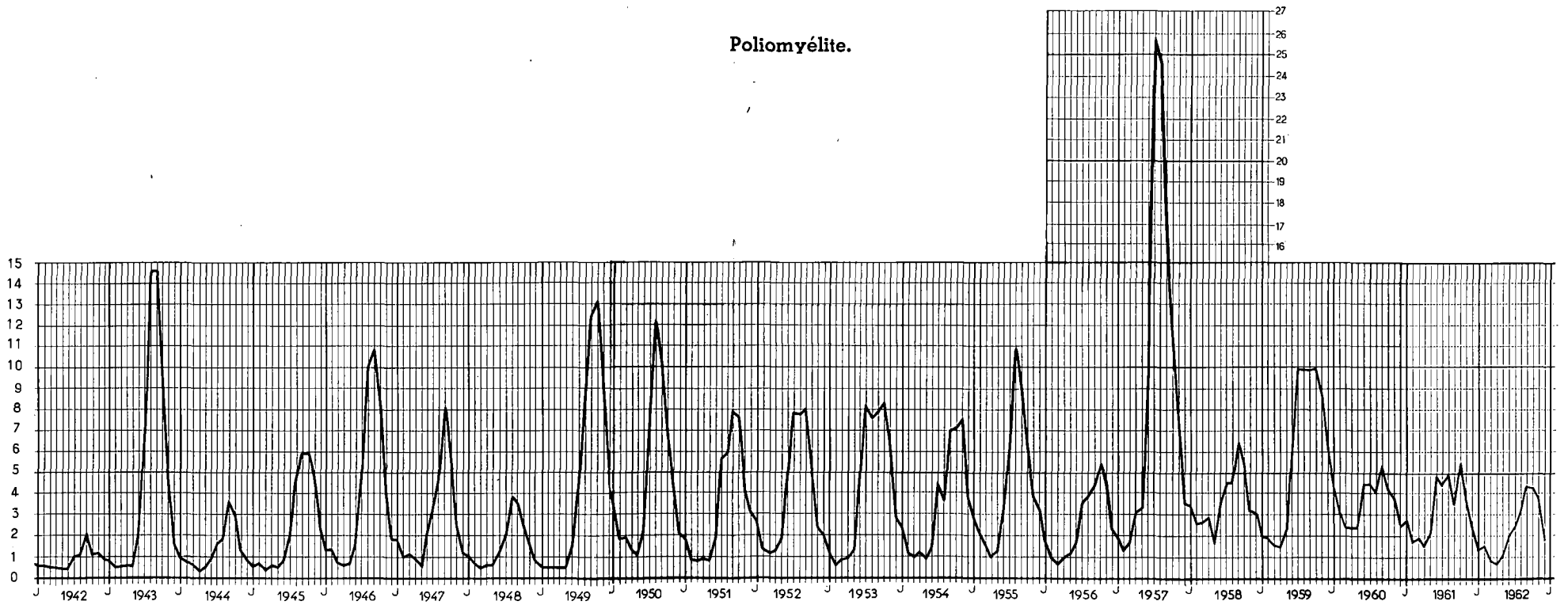
Diphthérie.



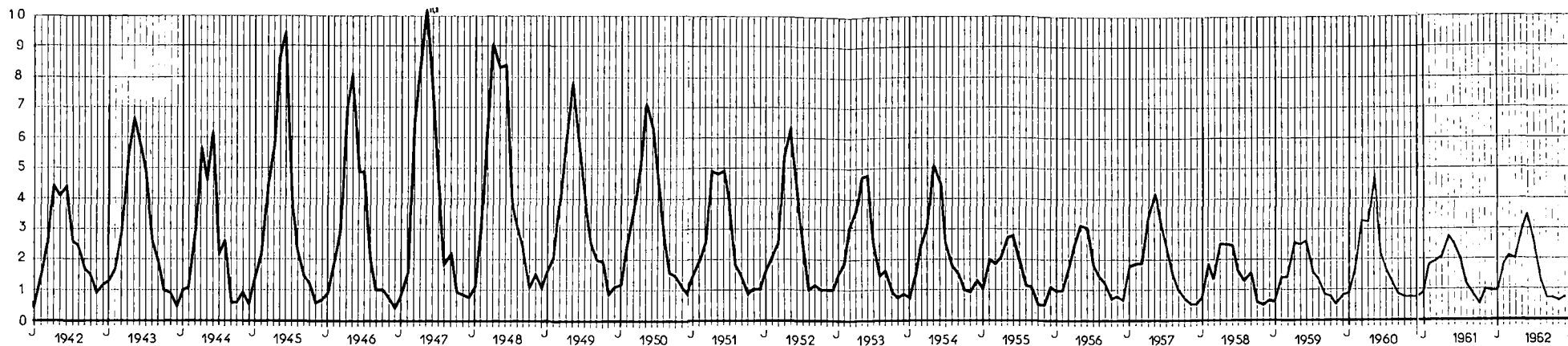
Méningite cérébro-spinale.



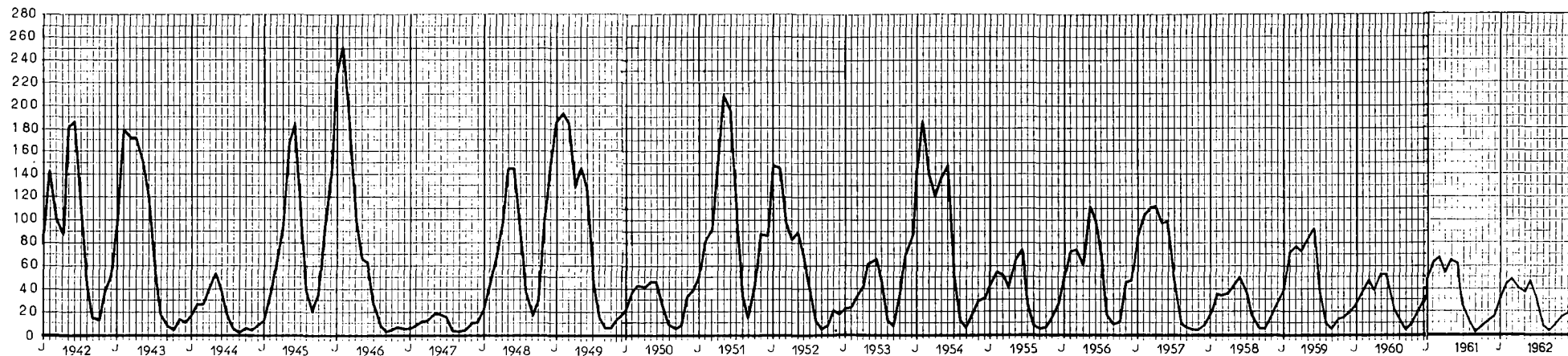
Poliomyélite.



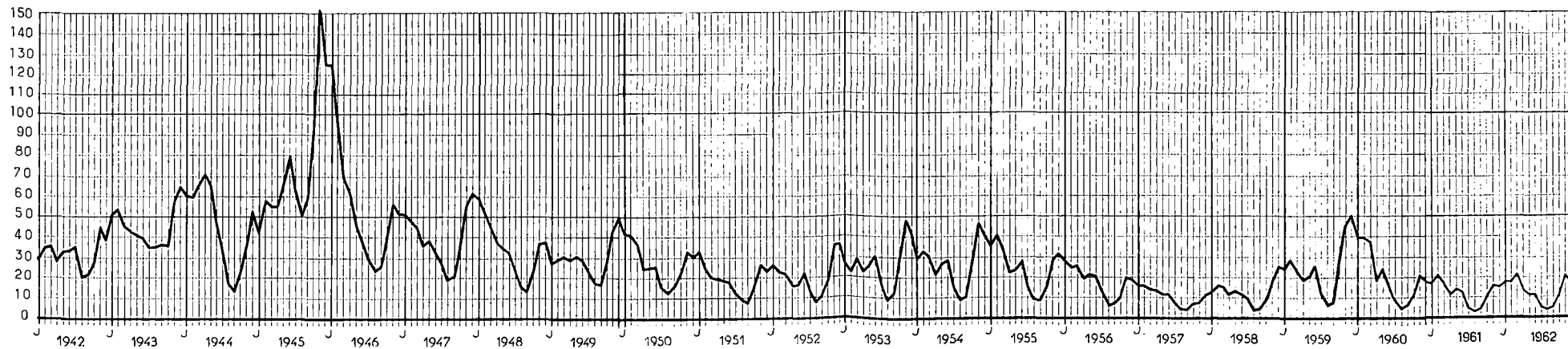
Brucellose.



Rougeole.



Scarlatine.



HYGIÈNE GÉNÉRALE

ENQUÊTE SANITAIRE RURALE

Département de la Manche.

Nous publions aujourd'hui les résultats de l'enquête sanitaire rurale pour le département de la Manche.

Suivant un usage maintenant solidement établi, nous nous permettons de la situer dans son contexte géographique. Il est bien évident que l'hygiène rurale d'une région est largement tributaire de sa géographie, physique, économique et humaine.

Suivant l'usage aussi nous réserverons une large place au problème de l'eau, qui reste le problème numéro un de l'hygiène rurale.

Long de 150 km, du nord au sud, large de 50 km en moyenne, le département de la Manche représente une superficie de 641 000 hectares, dont 500 000 de terres cultivables.

Il ne constitue pas une unité naturelle, ni du point de vue géographique, ni du point de vue démographique.

Tandis que le nord et le sud, restes d'anciens massifs très érodés, sont relativement accidentés, le centre constitue une vaste dépression, qui traverse tout le département. Cette zone très basse, souvent au-dessous du niveau des hautes mers dont elle est protégée par des digues est en grande partie couverte de marais.

Cette hétérogénéité du relief n'est que la traduction d'une hétérogénéité géologique : un socle Précambrien schistogréseux, traversé d'est en ouest par des massifs de granit allongés et étroits, occupe toute la moitié sud du département.

Le granit réapparaît au nord en massifs séparés par des terrains primaires très disloqués. Entre ces deux socles de terrains anciens un grand bassin sédimentaire étale avec régularité ses couches secondaires et tertiaires.

Le manque d'unité n'est pas moindre sur le plan démographique. Alors que La Hague et toute la région des bocages sont peuplées de souches typiquement normandes, dont l'ascendance scandinave est souvent très visible, le sud-ouest, et notamment l'Avranchin, a gardé une population celtique, très proche du type breton.

L'unité du département de la Manche existe cependant, et il la doit à son type d'économie agricole, conséquence directe d'un climat en permanence doux et humide.

Partout domine l'élevage bovin en plein air, qui donne au pays son aspect de « bocage », avec ses haies vives, ses rideaux d'arbres, ses chemins creux. Dans toute la moitié nord du département, plus de 90 % des terres agricoles sont consacrées aux herbages. Partout ailleurs, sauf dans le sud de l'Avranchin, cette proportion se situe entre 70 et 90 %. La race normande, excellente laitière et bonne productive de viande, est la véritable richesse de la Manche.

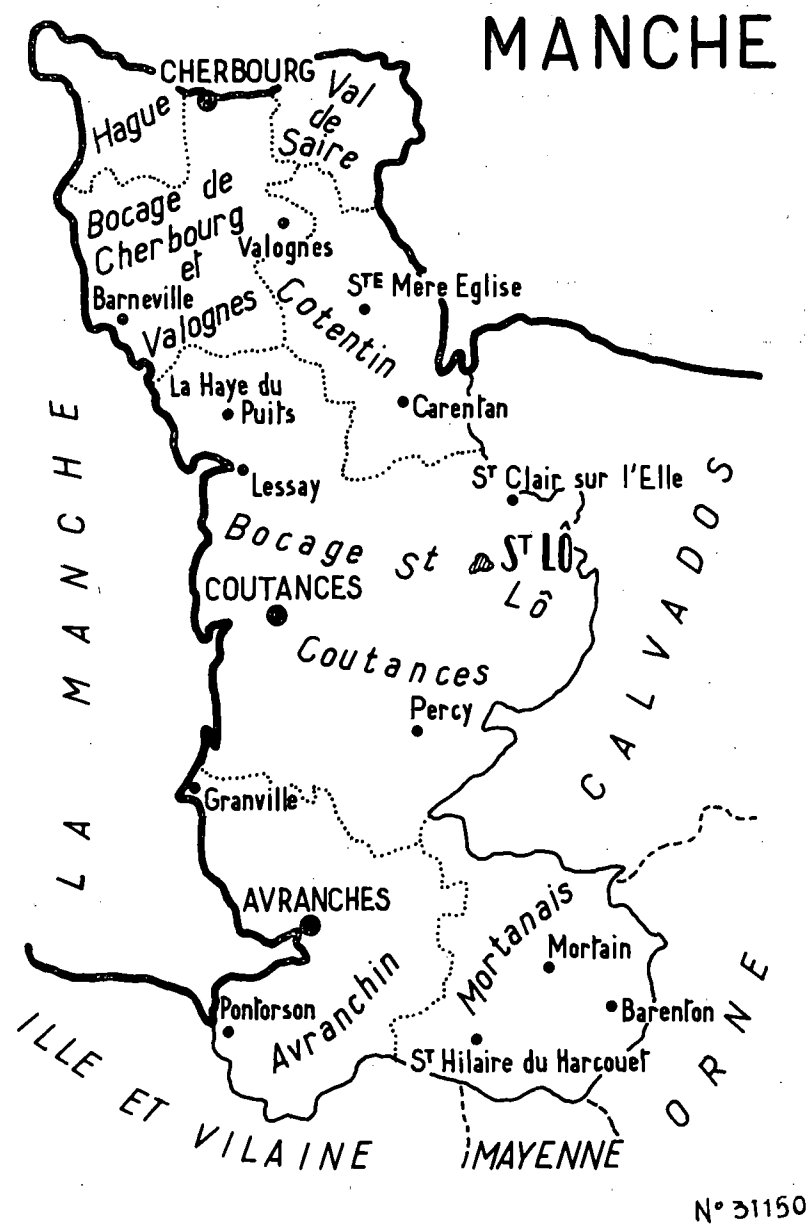
Autre élément du paysage et des traditions, sinon de la richesse du pays : le pommier à cidre. Il ne correspond plus à un besoin réel de l'économie et sa culture est en régression.

La proportion des terres agricoles ensemencées en céréales n'atteint 30 % que dans l'Avranchin. Partout ailleurs, elles n'apparaissent que sous l'aspect de ces champs de quelques ares, entourés de haies, disséminés dans les herbages, et qui n'ouvrent guère de grands espoirs à la mécanisation. Il semble cependant qu'un lent progrès des cultures céréalières commence à amorcer l'évolution économique de la région vers un meilleur équilibre entre culture et élevage.

Il importe de signaler, par contre, en bordure de mer, à l'ouest et au nord du département, une véritable ceinture de culture maraîchère en plein essor, qui concurrence sérieusement l'élevage, et qui tient déjà une grande place dans l'économie agricole du département.

Élevage et culture maraîchère font de la Manche une grosse consommatrice d'eau.

Certes, les nombreux points d'eau naturels : mares, sources, ruisseaux suffisent habituellement, tant pour abreuver le bétail dans les herbages que pour arroser les légumes. Mais lors des sécheresses, ces points d'eau tarissent. Aussi lorsque est mis en place un réseau d'adduction d'eau étendu aux écarts, de nombreux cultivateurs demandent-ils des bran-



Carte des régions naturelles du département de la Manche.

chements d'eau dans leurs herbages. Ces branchements ont l'heureuse conséquence de rendre rentable la desserte collective des écarts isolés.

Les seules industries qui nous intéressent, dans le cadre de cette étude d'hygiène rurale, sont celles qui sont liées à l'élevage, en premier lieu les industries laitières. La Manche est le premier département producteur de lait en France. Depuis la dernière guerre, l'équipement, qu'il soit le fait d'industriels privés ou de coopératives a connu un essor considérable, et il est, dans l'ensemble, très moderne. Ces usines sont grosses consommatrices d'eau, mais elles disposent en général de leur propre installation d'alimentation, moins onéreuse qu'un raccordement au réseau public.

Les abattoirs constituent la deuxième industrie agricole du département. Gros consommateurs d'eau également, rattachés au réseau public, ils entrent, de manière importante, dans le programme d'alimentation en eau potable.

DÉMOGRAPHIE

Le recensement de 1962 a dénombré 446 878 habitants pour l'ensemble du département soit une densité moyenne de 69,7 au km² (contre 84,6 pour l'ensemble de la France).

Sur ce total les 8 communes urbaines (communes dont le centime est supérieur à 10 fr) qui ont été éliminées de notre enquête représentent 110 945 habitants. Le nombre des ruraux est donc de 335 933, soit 75,1 % de l'ensemble.

La densité moyenne de la population rurale est de 52,4 au km².

Si la densité moyenne du département est inférieure à la moyenne de l'ensemble de la France, la densité moyenne de la population rurale est supérieure à la moyenne de la population rurale française, ce qui met en évidence le caractère essentiellement agricole du département.

La densité maxima s'observe dans les régions côtières, où la culture maraîchère est florissante. Elle y dépasse souvent 80 habitants ruraux au km². Les bocages du sud de Saint-Lô et de Cherbourg sont également très peuplés. Par contre, La Hague, au climat âpre et au sol pauvre, la région de Barenton avec ses forêts, la région des marais du centre nord du département, sont des régions de faible densité, de petite exploitation, et pauvres dans l'ensemble.

Ce qui caractérise l'habitat de ces régions de bocage, où l'eau se trouve partout, c'est son extrême dispersion. Il arrive souvent que 1/10 à peine de la population soit concentrée au « bourg ». Il arrive même que ce « bourg » soit constitué d'une église, d'une école et d'une mairie, sans aucune habitation. Les fermes sont généralement isolées ou groupées par deux ou trois. Cette structure de l'habitat influe considérablement, on le devine, sur le prix de revient de l'adduction d'eau collective. Cette dispersion de l'habitat, en regard de la multiplicité des points d'eau naturels.

suggère immédiatement la solution d'une alimentation individuelle des fermes; et, en fait, de nombreuses fermes se sont ainsi équipées.

Malheureusement la qualité de l'eau est souvent très mauvaise, et son traitement, à l'échelle individuelle, onéreux et aléatoire. De plus, beaucoup de ces dessertes privées manquent d'eau à l'étiage. Il ne s'agit là que d'une solution d'attente. La desserte collective apparaît comme nettement préférable, pour des raisons d'hygiène et de sécurité, et elle n'est pas, à l'usage, plus onéreuse. Aussi voit-on les fermes équipées d'un groupe de pompage l'abandonner pour se raccorder au réseau public dès que l'occasion leur en est offerte.

La population totale du département était de 530 600 habitants en 1801. Elle a augmenté jusqu'en 1826 où elle a atteint un maximum de 611 206. Jusque vers 1851 elle est restée voisine de 600 000, puis a commencé à décroître régulièrement pour tomber à 425 500 en 1921. Elle a amorcé alors une lente remontée qui l'amène à 446 878 au dernier recensement de 1962.

Par rapport au maximum atteint en 1826, la perte est de 164 328 soit 27 %.

La population rurale a suivi une évolution sensiblement parallèle. De 456 000 en 1802, elle est passée par un maximum de 515 000 en 1846, puis a diminué jusqu'en 1921, où elle est tombée à 325 000. Elle a ensuite remonté lentement jusqu'à 335 933 au recensement de 1962.

Par rapport au maximum de 1846, la diminution de la population rurale est de 179 000 en 115 ans, ce qui représente 34,7 %.

Ces chiffres font apparaître une remarquable stabilité de la population urbaine du département aux environs de 100 000 habitants. Ce sont les campagnes qui ont supporté tout le poids de la perte de population du département. D'autre part, cette dépopulation des campagnes ne s'est pas faite au profit des villes du département, mais au profit de centres industriels d'autres régions de France.

Ce qui n'apparaît pas dans ces chiffres c'est que l'exode rural continue. La lente croissance de la population rurale, d'un recensement à l'autre, n'est due qu'à sa forte natalité.

Notons cependant que les régions côtières, et surtout les régions de cultures maraîchères voient s'accroître sensiblement leur population rurale.

LE PROBLÈME DE L'EAU

Le problème de l'eau dans le département de la Manche est dominé par la diversité géologique que nous avons signalée et qui conditionne une grande diversité des ressources hydrologiques. Il est singulièrement influencé, sur le plan économique, par la dispersion de l'habitat.

Une première constatation s'impose : le prix de revient moyen du m³ d'eau y est relativement élevé; il oscille entre 1,40 fr et 1,80 fr.

Seconde constatation : ce prix de revient élevé n'a pas freiné sensiblement l'élan qui se manifeste maintenant dans tout le département en faveur de l'adduction collective.

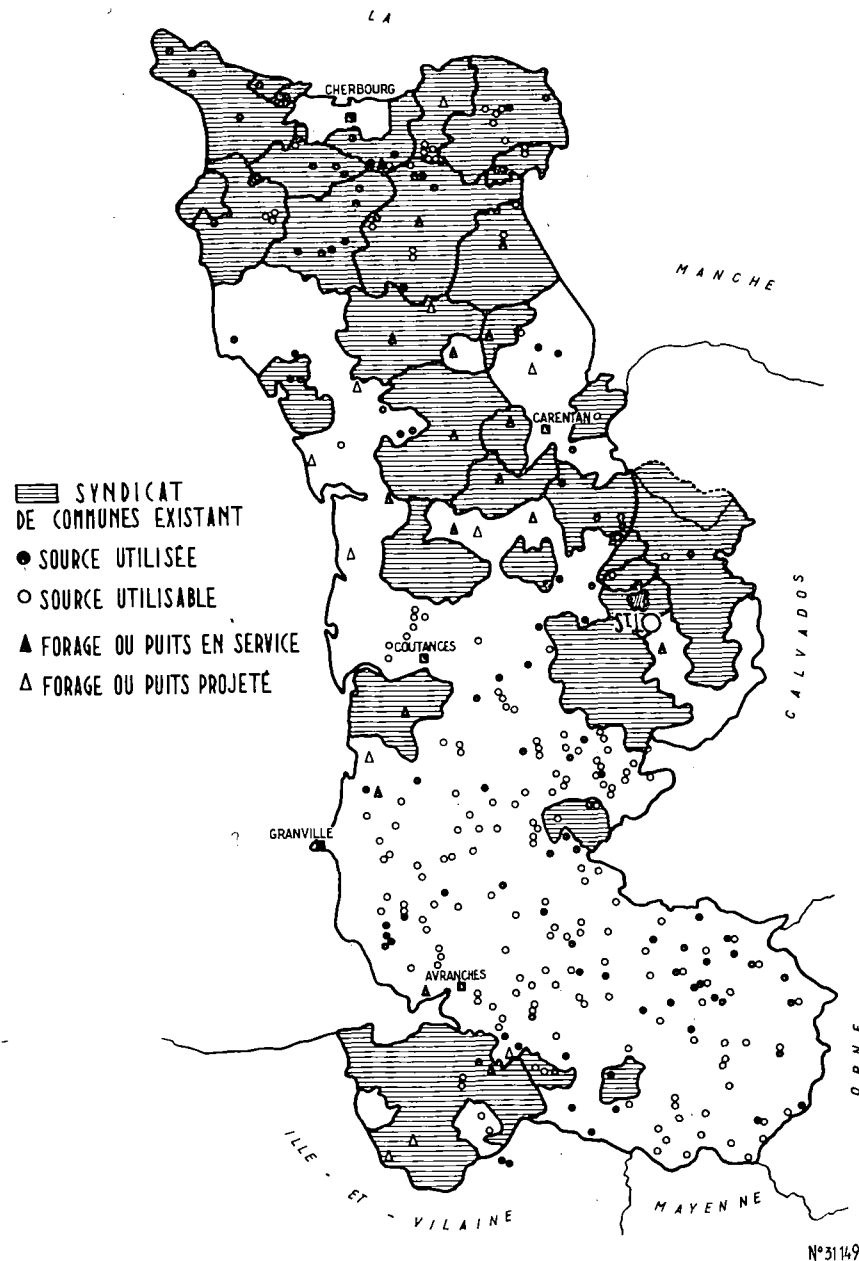
La reconstruction, après les dévastations de la dernière guerre, a joué un grand rôle dans la propagation de l'idée d'alimentation collective en eau potable. Les puits qui avaient été détruits ont été remplacés par un réseau collectif alimentant les bourgs. Puis les communes ont désiré étendre le réseau à leurs écarts. Peu à peu, à partir de ce phénomène, cet indice de progrès qu'est l'adduction d'eau a été ressenti comme un besoin. Il est à noter que ce sont les régions en expansion agricole qui ont demandé les premières à bénéficier de l'adduction collective.

Pour résoudre les problèmes que pose l'alimentation en eau d'une région, c'est vers les sources qu'on se tourne d'abord. Ce sont les points d'eau les plus économiques, parce qu'elles sont faciles à capter, et permettent souvent d'éviter tout pompage.

Malheureusement le département n'offre pas une répartition régulière de « belles » sources. Les sources importantes se trouvent presque toujours dans les terrains sédimentaires. C'est le cas pour la moitié nord du département, constitué par des terrains sédimentaires primaires, secondaires ou tertiaires. C'est là que se trouvent la majorité des grosses sources, sortant des sables du trias et des grès grossiers du Cambrien. Elles ont des débits qui oscillent entre 4 et 10 l/s, fournissent une eau d'excellente qualité et sont en général très faciles à capter. La carte ci-contre fait apparaître combien l'existence de ces sources a facilité la constitution des syndicats de communes.

Par contre, dans les terrains cristallins ou très métamorphisés du sud, le problème est très différent. Les sources y sont nombreuses, mais de faible débit, inférieur à 2 l/s dans l'immense majorité des cas, et de plus, elles accusent fortement les étiages. Il n'est pas possible dès lors de créer autour de ces sources de grands ensembles. C'est pourquoi les groupements d'utilisation du sud se limitent à 5 ou 6 communes au maximum.

En second lieu, à défaut de sources utilisables, on a recours aux nappes aquifères. Leur utilisation exige des travaux de forage, souvent très onéreux; elle ne présente d'intérêt que lorsque la réserve souterraine est susceptible de fournir un gros débit en un point unique. Ceci se produit le plus souvent avec les sables anciens tels que le trias et le pliocène et parfois avec des alluvions de vallées quaternaires. C'est ainsi qu'une très importante réserve d'eau est constituée par la vaste nappe triasique qui occupe le fond de la grande dépression du Cotentin. Cette réserve alimentée par les marais qui la bordent est exploitée actuellement en plusieurs points (Syndicats de Montebourg, de Sainte-Mère-Eglise) et plusieurs forages sont en projet.



Carte hydrologique de la Manche.

Moins importantes que les nappes du trias, les nappes pliocènes ont pu être utilisées pour l'alimentation de groupements plus limités. Enfin les alluvions quaternaires des vallées donnent parfois d'excellents débits. C'est ainsi qu'un puits creusé dans les alluvions récentes de la Sélune fournit un débit de 100 m³/heure qui permet d'alimenter le syndicat d'Avranches sud.

En troisième lieu enfin, faute de sources d'un débit suffisant et faute de nappes aquifères, il reste à recourir à la prise d'eau en rivière.

C'est le lot de beaucoup d'agglomérations urbaines, et celles de la Manche n'y échappent pas : Cherbourg, Equeurdreville et Granville sont ainsi alimentées depuis longtemps; Saint-Lô et Coutances, plus récemment ont dû compléter par de telles prises leurs sources devenues insuffisantes. C'est aussi la solution à laquelle doivent avoir recours certaines communes rurales qui, du fait de leur activité touristique ou balnéaire, voient leur consommation d'eau augmenter considérablement pendant l'été (Barneville, Donville, Agon, Carolles, Bouillon, Pontorson).

De plus le génie rural a suscité la création de certains syndicats de communes rurales dans le but de mettre en œuvre des projets de prises en rivière ou d'envisager cette solution comme un nécessaire appoint pendant les périodes d'étiage ou de consommation exceptionnelle.

Il est fort probable que l'augmentation de la consommation d'eau potable dans les campagnes, due à l'extension et à la multiplication des branchements, obligera de nombreux syndicats à avoir de plus en plus recours à cette solution d'appoint lorsque leurs réseaux deviendront déficitaires en eaux de sources ou de nappes.

Globalement, 123 555 habitants ruraux sont actuellement alimentés en eau potable par le réseau public, ce qui représente 35,5 % de la population rurale.

Il reste à alimenter 212 378 personnes.

La statistique du génie rural répartit ainsi les 640 communes rurales du département :

24 ont une desserte satisfaisante, pratiquement totale;

171 possèdent un projet en cours d'exécution dont la réalisation permettra une desserte satisfaisante, pratiquement totale;

59 possèdent une infrastructure satisfaisante, mais dont le développement est incomplet;

18 ont un réseau insuffisant, vétuste ou de composition archaïque;

368 enfin n'ont aucune adduction d'eau.

Les crédits nécessaires à la réalisation des projets qui permettront une desserte à 100 % des ruraux de la Manche s'élèvent, en 1962, à 289 660 000 fr.

L'ENQUÊTE SANITAIRE RURALE

Le début de notre enquête vise à préciser de façon statistique le cadre géographique dans lequel se posent les problèmes d'hygiène qui nous préoccupent.

Politiquement, le département se divise en 4 arrondissements, 48 cantons et 648 communes. Avec ses 446 878 habitants, il se situe au 30^e rang des départements français.

La répartition est la suivante :

Population : 446 878 habitants

Chefs-lieux	Nombre de communes	Nombre d'habitants
<i>Arrondissement d'Avranches :</i>		
16 cantons, 188 communes, 128 459 habitants.		
Avranches	16	14 261
Barenton	4	4 957
Brecey	16	7 684
Ducey	12	6 499
Granville	8	19 269
Haye-Pesnel	20	7 210
Isigny	11	4 085
Juvigny-le-Tertre	9	4 280
Mortain	11	7 638
Pontorson	16	8 821
Saint-Hilaire-du-Harcouet	12	12 028
Saint-James	12	8 516
Saint-Pois	10	5 097
Sartilly	14	6 965
Sourdeval	9	5 694
Le Teilleul	8	5 185
<i>Arrondissement de Cherbourg :</i>		
10 cantons, 161 communes, 139 405 habitants.		
Beaumont	20	5 652
Bricquebec	14	8 400
Cherbourg	1	38 262
Montebourg	22	6 883
Octeville	18	34 835
Les Pieux	15	8 697
Quettehou	16	9 746
Sainte-Mère-Eglise	26	9 114
Saint-Pierre-Eglise	20	7 695
Valognes	9	10 121

Chefs-lieux	Nombre de communes	Nombre d'habitants
<i>Arrondissement de Coutances :</i>		
11 cantons, 160 communes, 88 272 habitants.		
Barneville-sur-Mer	15	7 105
Bréhal	15	8 120
Coutances	8	11 782
Gavray	15	7 484
La-Haye-du-Puits	25	8 584
Lessay	13	8 543
Montmartin-sur-Mer	12	7 417
Périers	13	6 905
Saint-Malo-de-la-Lande	13	7 917
Saint-Sauveur-Lendelin	12	6 221
Saint-Sauveur-le-Vicomte	19	8 194
<i>Arrondissement de Saint-Lô :</i>		
11 cantons, 139 communes, 90 724 habitants.		
Canisy	11	6 382
Carentan	14	10 575
Cerisy-la-Salle	11	7 061
Marigny	11	5 397
Percy	12	7 035
Saint-Clair-sur-l'Elle	14	7 125
Saint-Jean-de-Daye	13	6 337
Saint-Lô	11	16 659
Tessy-sur-Vire	14	6 456
Torigni-sur-Vire	17	9 164
Villedieu-les-Poêles	11	8 533

Sont exclues de notre enquête les 8 communes urbaines suivantes :

Cherbourg	(39 201 habitants).
Saint-Lô	(15 651 habitants).
Granville	(11 243 habitants).
Tourlaville	(11 233 habitants).
Avranches	(9 866 habitants).
Equeurdreville	(9 383 habitants).
Coutances	(9 020 habitants).
Carentan	(5 348 habitants).

La présente enquête porte donc sur 640 communes rurales.

La superficie moyenne des communes de la Manche est de 990 ha. La répartition des superficies est la suivante :

Nombre de communes dont la superficie est :	
inférieure à 500 ha	176
comprise entre 501 ha et 1 000 ha	261
1 001 ha et 1 500 ha	119
1 501 ha et 2 000 ha	51
2 001 ha et 2 500 ha	21
2 501 ha et 3 000 ha	4
3 001 ha et 3 500 ha	5
3 501 ha et 4 000 ha	3

Si l'on envisage les superficies bâties, la répartition est la suivante :

Nombre de communes dont la superficie bâtie est comprise entre :

1 ha et 5 ha	206
6 ha et 10 ha	208
11 ha et 15 ha	99
16 ha et 20 ha	62
21 ha et 25 ha	14
26 ha et 30 ha	12
31 ha et 35 ha	9
36 ha et plus	19

Nombre de communes n'ayant pas donné de renseignements .. 11

L'altitude moyenne des communes est de l'ordre de 80 m, avec la répartition suivante :

Nombre de communes dont l'altitude est comprise entre :

0 et 25 m	163
26 et 50 m	120
51 et 75 m	60
76 et 100 m	117
101 et 250 m	145
251 et 500 m	12

Nombre de communes n'ayant pas donné de renseignements .. 23

La partie hydrographique de l'enquête met en évidence la richesse en eau du département.

Il est peu de communes qui ne possèdent au moins un petit ruisseau.

Il est peu de communes qui ne possèdent au moins un petit ruisseau.

397 sont traversées par plusieurs cours d'eau. Il faut ajouter 62 communes traversées par une rivière, 66 par une rivière et un ruisseau, et 81 par un ruisseau au moins. Au total, 606 communes au moins possèdent un cours d'eau.

Les statistiques suivantes qui concernent les sources, puits, mares, étangs et marécages montrent à quel point l'eau est naturellement et abondamment présente :

Sources.

Nombre de communes	
qui ont des sources	518
de 1 à 5 sources	349
6 à 10 sources	109
11 à 15 sources	34
16 à 20 sources	17
21 à 25 sources	5
31 à 35 sources	1
41 et plus	3

Puits.

Nombre de communes	
qui ont des puits	635
de 1 à 5 puits	8
6 à 10 puits	24
11 à 15 puits	51
16 à 20 puits	38
21 à 25 puits	34
26 à 30 puits	56
31 à 35 puits	29
36 à 40 puits	37
41 et plus	358

Lavoirs.

Nombre de communes	
qui ont des lavoirs	491
1 lavoir	170
2 lavoirs	93
3 lavoirs	69
4 lavoirs	40
5 lavoirs	21
6 lavoirs	26
7 lavoirs	15
8 lavoirs	13
9 lavoirs	44

Mares.

Nombre de communes	
qui ont des mares	510
de 1 à 5 mares	329
6 à 10 mares	93
11 à 15 mares	47
16 à 20 mares	16
21 à 25 mares	11
26 à 30 mares	7
31 à 35 mares	1
36 à 40 mares	2
41 et plus	4

Etangs.

Nombre de communes	
qui ont des étangs	146
1 étang	102
2 à 5 étangs	43
6 à 10 étangs	1

Par contre, peu de communes présentent des marécages (82 seulement). Pour 74 d'entre elles, la superficie de ces marécages est inférieure à 1 ha, pour les 8 autres, elle est comprise entre 1 et 50 ha.

Le nombre des citernes est également peu élevé. Il n'est pas nécessaire, en général, d'emmagasiner l'eau dans cette région.

Citernes.

Nombre de communes	
qui ont des citernes	285
de 1 à 5 citernes	185
6 à 10 citernes	39
11 à 15 citernes	30
16 à 20 citernes	14
21 à 25 citernes	3
26 à 30 citernes	6
31 à 35 citernes	1
36 à 40 citernes	—
41 et plus	7

EAU POTABLE

Malgré cette richesse naturelle en eau, le problème de l'eau potable est loin d'être résolu dans le département de la Manche.

A la question relative à la qualité des eaux consommées, 179 communes seulement ont déclaré que l'eau était de qualité satisfaisante, 12 l'ont déclarée médiocre, et les 449 autres communes n'ont rien répondu, leur alimentation étant exclusivement assurée par des puits dont la qualité de l'eau est souvent inconnue. Quand des analyses sont faites, elles révèlent souvent que l'eau est de fort mauvaise qualité. C'est la raison pour laquelle on n'hésite pas à l'abandonner, même lorsque des installations individuelles de pompage existent, au profit de celle que fournit l'adduction collective.

Cette adduction collective est en retard sur la moyenne de la France. Au 1^{er} janvier 1962 elle était réalisée à 35,58 % alors que pour la France entière elle est de 57,3 %.

448 communes n'ont encore aucune adduction, ou ont considéré comme inexistante une adduction archaïque et vétuste ou en cours de réalisation.

164 sont desservies par des branchements particuliers, 1 seule par bornes-fontaines et 27 ont une alimentation mixte.

Encore faut-il examiner pour ces 192 communes le pourcentage d'habitants desservis par des branchements :

Nombre de communes dont le pourcentage des habitants desservis par des branchements particuliers est :	
de 10 à 20 %	9
20 à 30 %	18
30 à 40 %	21
40 à 50 %	21
50 à 60 %	21
60 à 70 %	16
70 à 80 %	19
80 à 90 %	11
90 à 100 %	56

L'exploitation des adductions d'eau potable se répartit ainsi :

Par régie municipale	89 communes.
Par une régie syndicale	90 communes.
Par une concession	7 communes.
Aucun renseignement	6 communes.

L'origine des eaux est la suivante :

Nombre de communes dont l'eau provient :	
de sources exclusivement	102
de puits et forages exclusivement	37
de rivières exclusivement	13
de drainage	1
d'origine mixte (sources et forages)	3
d'origine mixte (sources et rivières)	27
Aucun renseignement	9

78 communes ont signalé le mode de traitement de l'eau fournie. Ces traitements se répartissent ainsi ;

endurcissement	20
stérilisation par hypochlorite	16
stérilisation par chlore gazeux	28
stérilisation par ozone	1
filtration + endurcissement	1
filtration + stérilisation par hypochlorite	7
filtration + stérilisation par chlore gazeux	2
filtration + stérilisation par ozone	3

Notons enfin que sur les 185 communes qui ont répondu à la question relative à l'état et à l'entretien de leur réseau d'A. E. P., 176 l'ont reconnu bon, 8 médiocre, et une seule mauvais.

EQUIPEMENT COMMUNAL

636 communes sont électrifiées. 7 seulement disposent d'une distribution de gaz de ville. 75 seulement possèdent un moyen de défense contre l'incendie.

201 communes possèdent des terrains de jeux, 25 sont dotées d'établissements de bains-douches.

Foires et marchés animent 94 communes parmi lesquelles 4 sont dotées de halles ou d'emplacements couverts.

8 de ces communes rurales possèdent des abattoirs, et 159 des tueries particulières.

ACTIVITÉS COMMUNALES

Nous donnons ci-dessous les tableaux de densité des commerçants, des artisans et des débits de boissons qui fournissent pour le milieu rural les meilleures indications sociologiques.

Nombre de communes	
qui ont des commerçants	562
1 ou 2 commerçants	215
3 ou 4 commerçants	115
5 ou 6 commerçants	58
7 ou 8 commerçants	40
9 ou 10 commerçants	14
11 ou 12 commerçants	15
13 ou 14 commerçants	10
15 ou 16 commerçants	14
17 et plus	81

Nombre de communes	
qui ont des artisans	544
1 ou 2 artisans	139
3 ou 4 artisans	126
5 ou 6 artisans	75
7 ou 8 artisans	50
9 ou 10 artisans	30
11 ou 12 artisans	22
13 ou 14 artisans	18
15 ou 16 artisans	8
17 et plus	76

Nombre de communes	
qui ont des débits de boissons	559
de 1 à 10 débits de boissons	521
11 à 20 débits de boissons	24
21 à 30 débits de boissons	11
31 à 40 débits de boissons	1
41 à 50 débits de boissons	1
51 à 60 débits de boissons	1

Ces tableaux révèlent un extrême éparpillement de l'activité économique rurale et son type extrêmement archaïque.

INSALUBRITÉ

Rançon de la richesse en eau que nous avons constatée, la présence d'eaux stagnantes constitue ici un important facteur d'insalubrité. Elle affecte au total 538 communes.

Un autre élément d'insalubrité est la quantité extraordinaire des dépôts permanents d'ordures (162 communes) et des dépôts permanents de fumier (190 communes).

Le tableau ci-dessous donne une idée assez précise de la répartition de ces différents facteurs d'insalubrité.

Nombre de communes qui ont :	
des eaux stagnantes seulement	266
des dépôts permanents d'ordures seulement	20
des dépôts permanents de fumier seulement	17
Nombre de communes qui ont à la fois :	
des eaux stagnantes et des dépôts permanents d'ordures....	103
des eaux stagnantes et des dépôts permanents de fumier	134
des eaux stagnantes, des ordures et du fumier	35
des dépôts permanents d'ordures et des dépôts de fumier ..	4

Les chiffres qui concernent l'évacuation des eaux usées et des ordures ménagères sont aussi, dans leur sécheresse, très évocateurs.

En regard de 55 communes qui possèdent un système d'égouts (pour la plupart extrêmement rudimentaire, ou extrêmement partiel) 595 n'ont d'autre voie d'évacuation des eaux usées que les caniveaux ou rigoles de la voie publique.

100 communes seulement ont organisé un ramassage périodique des ordures ménagères, et 41 sont dotées à la fois d'un égout et d'un transport d'ordures.

Le nombre de communes possédant des habitations malsaines est fort élevé: 379, soit 60 % des communes; le nombre d'habitations malsaines est parfois fort élevé dans la même commune.

Nombre de communes	
ayant des habitations malsaines	379
1 habitation malsaine	31
2 habitations malsaines	42
3 habitations malsaines	55
4 habitations malsaines	19
5 habitations malsaines	46
6 habitations malsaines	17
7 habitations malsaines	3
8 habitations malsaines	21
9 habitations malsaines et plus	145

Un autre élément d'insalubrité est la fréquence des cimetières situés à l'intérieur de l'agglomération, ou à moins de 400 m de l'agglomération.

Sur 616 communes possédant des cimetières, 390 en ont gardé au moins un à l'intérieur de l'agglomération. Il faut ajouter encore 196 communes dont le cimetière est à moins de 400 m de l'agglomération (9 d'entre elles ont à la fois un cimetière dans l'agglomération et un autre à moins de 400 m).

Il ne reste finalement que 40 communes qui aient situé leurs cimetières à plus de 400 m de l'agglomération.

EVACUATION DES EXCRETA

Nous retrouvons dans ce chapitre le même retard en équipement sanitaire. Fosses fixes, fosses septiques, W.-C. à chasse d'eau existent, certes, dans un certain nombre de communes; elles y sont toujours l'exception, et les puits perdus restent la règle.

Les tableaux analytiques de cette déplorable situation méritent d'être publiés.

345 communes ont des fosses fixes, mais ce mode d'évacuation équivaut :

10 % des habitations dans	286 communes.
20 % des habitations dans	42 communes.
30 % des habitations dans	13 communes.
40 % des habitations dans	4 communes.

210 communes ont des fosses septiques, mais ce mode d'évacuation n'est utilisé que par :

10 % des habitations dans	173 communes.
20 % des habitations dans	31 communes.
30 % des habitations dans	4 communes.
50 % des habitations dans	2 communes.

223 communes ont des W.-C. à chasse d'eau, mais ils desservent :

10 % des habitations dans	164 communes.
20 % des habitations dans	31 communes.
30 % des habitations dans	8 communes.
40 % des habitations dans	9 communes.
50 % des habitations dans	3 communes.
60 % des habitations dans	5 communes.
70 % des habitations dans	1 commune.
80 % des habitations dans	1 commune.
90 % des habitations dans	1 commune.

Le moyen des tinettes mobiles utilisé dans 127 communes donne la répartition suivante :

10 % dans	114 communes.
20 % dans	5 communes.
30 % dans	3 communes.
40 % dans	4 communes.
70 % dans	1 commune.

Par contre les puits perdus sont signalés dans 632 communes avec la statistique suivante :

10 % dans	7 communes.
20 % dans	4 communes.
30 % dans	9 communes.
40 % dans	20 communes.
50 % dans	21 communes.
60 % dans	50 communes.
70 % dans	81 communes.
80 % dans	84 communes.
90 % dans	356 communes.

Nous ajouterons enfin à ces nombreux facteurs d'insalubrité la statistique habituelle des établissements classés dangereux, incommodes, insalubres.

Nombre de communes possédant des établissements classés :

Nombre d'établissements	1 ^{re} classe	2 ^e classe	3 ^e classe
1	46	97	142
2	16	29	75
3	14	14	35
4	7	9	10
5	6	2	13
6	2	2	16
7	1	—	6
8	1	—	8
9	2	4	24
<i>Total</i>	95	157	329

Qu'il nous soit permis, en guise de conclusion, de relever dans les statistiques de morbidité par typhoïde :

66 cas en 1952, 62 cas en 1954, 73 cas en 1960 (soit un taux de 15,5 pour 100 000). La morbidité la plus basse de ces 10 dernières années est celle de 1959 avec 11 cas.

EQUIPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL

272 médecins sont inscrits au tableau départemental de l'ordre de la Manche. La densité médicale y est de 1 médecin pour 1 720 habitants. C'est là, pour la France où la densité moyenne est de 1 médecin pour 950 habitants, une densité très faible. La Manche fait partie des 3 départements français où la densité médicale est la plus faible (la Haute-Loire a 1 médecin pour 1 740 habitants et la Meuse 1 médecin pour 1 850 habitants).

Encore convient-il de noter, en ce qui concerne notre enquête que parmi ces 272 médecins, 128 sont installés dans les 8 communes urbaines, ce qui réduit à 144 le nombre des « médecins de campagne » de la Manche.

Notons encore parmi ces 272 médecins, 64 spécialistes. Soit 16 oto-rhino-laryngologistes, 12 chirurgiens, 9 électroradiologistes, 6 pneumo-physiologistes, 4 pédiatres, 4 gynécologues, 3 neuropsychiatres, 2 ophtalmologistes, 2 cardiologues, 2 biologistes, 1 dermatologue, 1 stomatologiste, 1 spécialiste de pathologie digestive, 1 anesthésiologiste.

C'est peu également pour une population de 447 000 habitants.

Le département compte 135 pharmaciens, soit un pharmacien pour 3 310 habitants.

Statistique peut-être plus significative encore des habitudes d'hygiène

de la population : le département ne compte que 91 dentistes, soit un dentiste pour 4 910 habitants.

Le département compte encore 51 assistantes sociales (27 dépendent de la direction départementale de la Santé et 24 de la Mutualité sociale agricole) et 26 sages-femmes.

Les taux pour 100 000 habitants sont les suivants :

Médecins	60,8
Pharmaciens	30,2
Dentistes	20,3
Assistants sociaux	11,4
Sages-femmes	5,8

Les services vétérinaires enfin comptent 5 vétérinaires fonctionnaires, et 74 vétérinaires de clientèle, soit au total 79 vétérinaires.

Le taux pour 100 000 habitants, qui est de 17,6, ne signifie pas grand chose. Mais si l'on considère que le cheptel bovin est de 659 000 têtes de bétail, on voit à quel point ce nombre de 74 vétérinaires est insuffisant.

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS
DU DÉPARTEMENT DE LA MANCHE

a) Centre hospitalier régional : néant.

b) Centre hospitalier :

Cherbourg 982 lits.

c) Hôpitaux :

Avranches 307 lits.
 Coutances 353 lits.
 Granville 320 lits.
 Pontorson 136 lits.
 Saint-Hilaire-du-Harcouet 163 lits.
 Saint-Lô 319 lits.
 Valognes 215 lits.

d) Hôpitaux ruraux :

Carentan 132 lits.
 Mortain 148 lits.
 Periers 91 lits.
 Saint-James 231 lits.
 Torgny-sur-Vire 79 lits.
 Villedieu 88 lits.

e) Hospices et Maisons de retraite publiques :

Barenton 44 lits.
 Barfleur 12 lits.
 Carquebut 10 lits.
 Ducey 46 lits.
 La-Haye-du-Puits 8 lits.
 La-Haye-Pesnel 39 lits.
 Le Teilleul 19 lits.
 Lithaire 9 lits.
 Magnéville 16 lits.
 Montebourg 60 lits.
 Neufmesnil 12 lits.

Perey	90 lits.
Quettehou	8 lits.
Sainte-Marie-du-Mont	12 lits.
Sainte-Mère-Eglise	44 lits.
Saint-Sauveur-le-Vicomte	50 lits.
Saint-Vaast-la-Hougue	40 lits.
Sartilly	24 lits.

Hôpitaux psychiatriques.

Pont-l'Abbé-Picauville	872 lits.
Pontorson	622 lits.
Saint-Lô	86 lits.

Aérium.

Créances (garçons et filles)	35 lits.
------------------------------------	----------

Maisons de repos et de convalescence.

Saint-Pair-sur-Mer, Saint-Nicolas.

Cliniques et maisons de santé.

Avranches — Priv.	Carentan — Chir. et acc.
— Obst.	
Pontorson — Chir.	Coutances — Chir.
Cherbourg — Oph.	Saint-Lô — Obst. et chir.
— Obst. et chir.	
— O. R. L.	Villedieu — Chir.
— Elec. et Rad.	
— 3 chir.	

Dispensaires.

Avranches, Carentan, Coutances, Granville, Pontorson, Saint-James, 7 à Cherbourg.

*Dispensaires polyvalents
du service départemental d'hygiène sociale.*

Avranches, Cherbourg, Coutances, Granville, Mortain, Valogne, Saint-Lô.

Centre de transfusion sanguine à Cherbourg.

CONCLUSION

Au terme de cette enquête, commune par commune, il faut en arriver à la conclusion que les habitants de la Manche vivent dans des conditions d'hygiène très mauvaises.

Certes, le pays est desservi à ce point de vue par sa géographie, par la nature de son sol, par son type d'économie rurale, par la dispersion de son habitat qui par ailleurs peut-être lui valent sa richesse et son charme.

Le problème de l'eau potable y est difficile. Le plan d'adduction parfait

tement étudié en a résolu les difficultés techniques. Il ne manque qu'un effort financier pour le réaliser. L'eau potable sous pression apportera une énorme amélioration des conditions d'hygiène.

Un effort éducatif considérable semble également nécessaire. Et c'est peut-être le rôle de l'école de faire désirer aux jeunes générations certains éléments d'équipement de l'habitation ou de la collectivité qui sont considérés par les générations adultes actuelles, par tradition, par habitude, comme un luxe.

Les pouvoirs publics ont certes leur responsabilité dans l'état actuel de sous-équipement du département de la Manche comme de beaucoup de départements de l'Ouest. Mais les collectivités locales, qui disposent le plus souvent de moyens financiers, n'y jouent pas suffisamment un rôle moteur dans cette voie du progrès sanitaire.

Les élites rurales quittent le département pour chercher ailleurs des conditions de vie plus modernes, plus attrayantes, plus humaines, et il est hors de doute que le sous-équipement que nous avons rencontré partout y est pour beaucoup.

Médecins, dentistes, sages-femmes sont peu attirés par ces conditions de vie et par une clientèle sanitaire sous-éduquée. Il y a là un cercle vicieux, dont il est parfaitement possible de sortir, puisque ce département n'est pas pauvre. L'électricité pénètre partout maintenant. Un gros effort est encore nécessaire pour que l'eau potable la suive. Il importe au premier chef que cet effort soit fait. Mais il faut aussi que l'école, partout présente, intensifie son effort, améliore le niveau culturel de ce pays. Toute promotion culturelle suscite à coup sûr un progrès de l'hygiène.

Travail de la Section d'Hygiène générale présenté par

R. LEPEZ et L. MAUJOL.

DOCUMENTATION GÉNÉRALE

LES ADDUCTIONS D'EAU DANS LES COMMUNES RURALES (1)

Dans un précédent bulletin (tome 17, n° 5), nous avons fait le point de l'alimentation en eau potable des communes urbaines (2). Nous présentons maintenant le deuxième tableau de ce diptyque, soit l'alimentation en eau des communes rurales françaises (3).

Rappelons d'abord quelques chiffres :

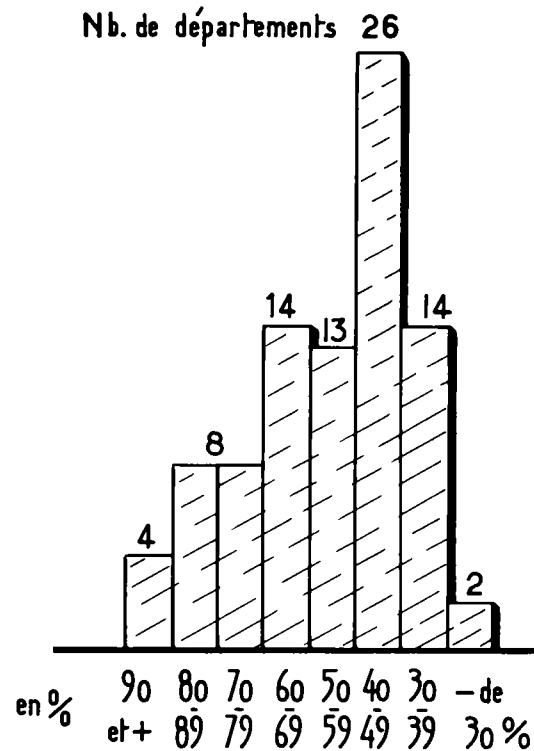
Sur les 37 978 communes que compte le territoire français, 36 912 sont des communes rurales, soit 97 %. Sur les 46 220 000 habitants que comptait notre pays au 1^{er} janvier 1961, 22 millions demeurent dans des communes rurales soit 47 %. Le simple rapprochement de ces nombres permet de mesurer la dispersion des groupements humains ruraux; or, les communes rurales sont elles-mêmes des zones d'habitations moins denses que les villes ou communes urbaines, ce qui ne fait qu'aggraver encore les difficultés inhérentes à leur alimentation en eau.

(1) Les données de bases ont été tirées de la publication du Ministère de l'Agriculture « Direction générale du Génie rural et de l'hydraulique agricole » et diffusées par le Comité Hygiène et Eau, 23, rue de Madrid, Paris (VIII^e).

(2) Communes de plus de 2 000 habitants à l'exception de la ville de Paris.

(3) Sont comptées comme communes rurales, celles dont le centime a une valeur moyenne inférieure à 10 F, pour les 4 derniers exercices, et les communes des départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, dont la valeur limite du centime est portée à 25 F. Remarquons que la définition des communes urbaines d'une part, rurales de l'autre, ne repose pas sur les mêmes critères; il s'ensuit que certaines communes figurent dans l'un et l'autre des inventaires.

Sur les 89 départements, celui de la Seine ne comprenant pas de communes rurales, 12 seulement ont une alimentation en eau potable touchant plus de 80 % de la population rurale. Par contre, 42 départements ont encore leurs populations rurales desservies à moins de 50 %. Notons de plus, que deux départements, la Creuse et l'Ille-et-Vilaine, n'ont respectivement que 29,68 % et 27,97 % de leurs populations rurales desservies en eau potable.



GRAPHIQUE I. — Répartition des départements français en fonction des pourcentages de dessertes en eau (population rurale).

Le graphique I donne la répartition des départements français, en fonction des pourcentages de dessertes en eau des populations rurales; il illustre l'effort nécessaire à réaliser pour doter les habitations rurales de ce minimum de confort que constitue le robinet d'eau potable à la maison.

Le tableau suivant présente pour chaque département le pourcentage de population desservie, d'une part par un réseau collectif, d'autre part par des installations individuelles à la date du 1^{er} janvier 1960, date de

Desserte en eau potable.

Pourcentage des populations desservies au 1^{er} janvier 1960.

Départements	Réseaux collectifs	Installations individuelles	Total	Evaluation 1 ^{er} janvier 1962 (1) Total
Ain	63,06	2,34	65,40	72,68
Aisne	56,03	3,89	59,92	64,86
Allier	32,32	0,88	32,20	42,55
Alpes (B.-)	62	15,64	77,64	86,39
Alpes (H.-)	64,61	2,49	67,10	69,56
Alpes-Marit.	80,44	—	80,44	82,44
Ardèche	46,51	7,15	53,66	59,77
Ardennes	31,33	1,37	32,70	37,92
Ariège	54,24	1,91	56,15	64,13
Aube	33,28	—	33,28	40,52
Aude	59,15	1,14	60,29	64,83
Aveyron	35,67	1,26	36,93	44,78
Bouch.-du-Rh.	59,45	11,75	71,20	77,93
Calvados	47,10	4,94	52,04	59,07
Cantal	32,47	1,77	34,24	41,07
Charente	36,39	0,26	36,65	46,33
Char.-Marit.	38,10	0,12	38,22	48,28
Cher	36,95	4,73	41,68	47,90
Corrèze	34,64	1,57	36,21	41,66
Corse	85,88	—	85,88	92,37
Côte-d'Or	51,33	0,95	52,28	59,20
Côtes-du-N.	30,15	11,97	42,12	47,73
Creuse	23,31	1,52	24,83	29,68
Dordogne	27,57	3,75	31,32	38,26
Doubs	56	14,06	70,06	75,61
Drôme	22,21	2,63	24,84	30,59
Eure	50,74	2,60	53,34	59,07
Eure-et-Loir	74,78	2,05	76,83	83,32
Finistère	26,58	4,98	31,56	38,67
Gard	59,60	4,23	63,83	70,17
Garonne (H.-)	38,77	—	38,77	45,72
Gers	28,66	—	28,66	35,20
Gironde	25,88	0,45	26,33	35,68
Hérault	38,88	2,03	40,91	47,38
Ille-et-Vilaine	20,61	—	20,61	27,97
Indre	38,66	8	46,66	51,19
Indre-et-L.	32,12	3,28	35,40	43,60
Isère	47,67	3,61	51,28	65,78
Jura	35,48	—	35,48	43,68
Landes	24,51	1,48	25,99	35,15
Loir-et-Cher	39,10	10,51	49,61	57,88
Loire	48,35	8,29	56,64	61,33
Loire (H.-)	26,91	0,68	27,59	37,69
Loire-Atlant.	34,57	8,93	43,50	51,65
Loiret	55,80	3,17	58,97	67,03
Lot	33,77	9,18	42,95	49,75
Lot-et-Gar.	28,15	2,30	30,45	38,35
Lozère	42,34	1,65	43,99	53
Maine-et-L.	28,42	6,63	35,05	41,66
Manche	29,06	0,29	29,35	35,58
Marne	55,29	—	55,29	59,80
Marne (H.-)	70,19	0,89	71,08	77,89
Mayenne	26,69	8,30	34,99	41,08
Meurthe-et-M.	81,95	0,81	82,76	88,14
Meuse	62,30	0,76	63,06	68,14
Morbihan	19,73	3,55	23,28	33,11
Moselle	61,46	0,44	61,90	67,27
Nièvre	36,06	4,25	40,31	46,30

Départements	Réseaux collectifs	Installations individuelles	Total	Evaluation 1 ^{er} janvier 1962 (1) Total
Nord	68,58	3,13	71,71	76,08
Oise	79,22	0,21	79,43	88,17
Orne	30,46	6,85	37,31	41,10
Pas-de-Calais	72,55	0,13	72,68	77,20
Puy-de-Dôme	61,29	0,79	62,08	66,68
Pyrénées (B.-)	39,02	6,07	45,09	50,76
Pyrénées (H.-)	28,14	—	28,14	37,55
Pyrénées-Or.	68,72	6,96	75,68	84,95
Rhin (Bas-)	84,19	—	84,19	89,87
Rhin (Haut-)	81,95	3,36	85,31	93,99
Rhône	69,82	0,05	69,87	73,21
Saône (H.-)	52,09	1,37	53,46	58,55
Saône-et-L.	33,04	—	33,04	38,47
Sarthe	29,55	—	29,55	34,56
Savoie	28,51	—	28,51	41,85
Savoie (H.-)	40,56	1,10	41,66	60,62
Seine-Marit.	36,92	—	36,92	46,10
Seine-et-M.	76,90	0,40	77,30	83,04
Seine-et-Oise	94,94	—	94,94	96,93
Sèvres (D.-)	35,16	0,81	35,97	43,69
Somme	61,11	—	61,11	67,77
Tarn-et-Gar.	34,69	6,70	41,39	44,22
Var	42,39	8,81	51,20	55,09
Vaucluse	39,90	11,88	51,48	58,53
Vendée	33,02	—	33,02	47,89
Vienne	36,13	—	36,13	44,86
Vienne (H.-)	33,15	5,61	38,76	45,46
Vosges	53,03	9,59	62,62	69,11
Yonne	45,39	11,85	57,24	65,39
T. de Belfort.	89,39	0,08	89,47	93,36
France	47,43	2,95	50,38	57,30

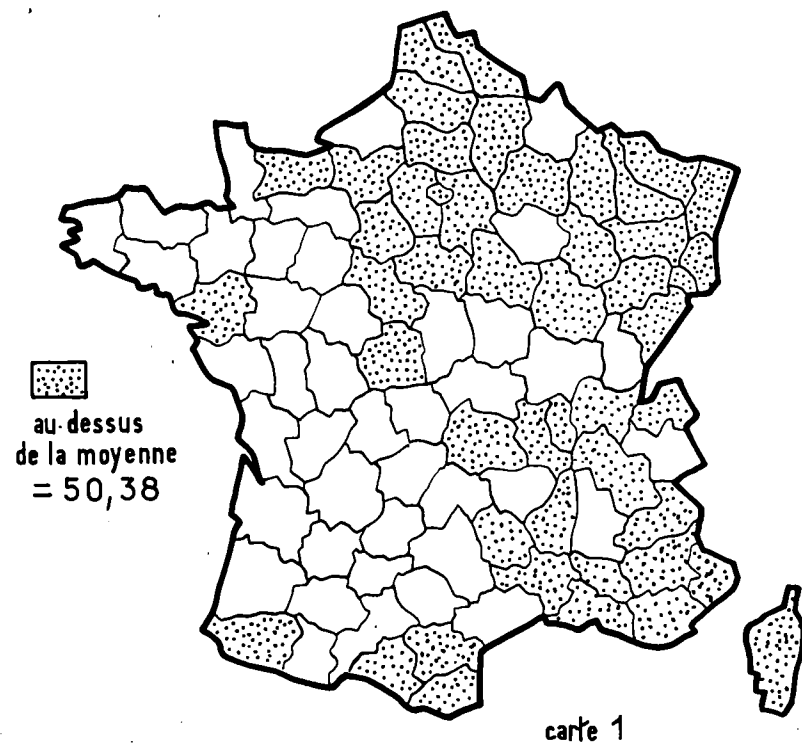
(1) Les résultats de l'enquête correspondent à la situation au début de 1960. Etant donné les délais nécessaires au dépouillement de l'inventaire, il est apparu nécessaire de compléter les données établies par une évaluation à une date plus proche. Cette évaluation a été réalisée compte tenu d'une part, des investissements correspondant aux travaux subventionnés du 1^{er} juillet 1959 au 31 décembre 1961 et, d'autre part, du prix de revient moyen de la desserte par habitant. Sur ces bases, a été calculé le nombre d'habitants par département qui ont été desservis en eau à la date du 1^{er} janvier 1962.

l'enquête. Mais étant donné les délais nécessaires au dépouillement, une évaluation des pourcentages des populations desservies a été réalisée à la date du 1^{er} janvier 1962 (voir note à la fin du tableau).

Pour l'ensemble du pays, notons que 47,43 % des populations rurales sont desservies par une adduction d'eau sous pression, délivrée à domicile par un service collectif, que 2,95 % des populations rurales ont des installations individuelles d'amenée d'eau et que, à la date du 1^{er} janvier 1962, nous pouvons estimer que plus de 57 % de la population rurale française bénéficient d'une amenée d'eau à la maison. La carte I délimite les départements dont un pourcentage de populations rurales est supérieur à la moyenne et bénéficie d'une desserte en eau. Cette carte montre que les régions des départements du centre et de l'ouest de la France sont parmi les moins bien pourvues. Ces départements sont également les moins industriels et les moins urbains. Malgré les efforts actuellement accomplis pour doter les ruraux de ce minimum de confort, nous remarquons — et la carte I le précise — que ce sont les régions les plus denses en habitants, les plus urbanisées et les plus industrialisées qui sont à ce jour les mieux desservies. Il reste donc un immense travail à effectuer pour doter les campagnes des régions essentiellement agricoles, donc d'habitats dispersés, en adduction d'eau (cf. : carte, page suivante).

Travail présenté par

Cl. MOINE, Technicien sanitaire.



CARTE 1. — Départements ayant un pourcentage de desserte en eau supérieur à la moyenne (population rurale).

MORTALITÉ GÉNÉRALE
DANS UN CERTAIN NOMBRE DE VILLES DE FRANCE
 (QUATRIÈME TRIMESTRE ET ANNÉE 1962)

Nous publions les renseignements sur la Mortalité générale dans un certain nombre de villes de France. Ces renseignements nous sont adressés directement par les bureaux d'hygiène de ces différentes villes, à l'exception de Paris. Ce tableau ne contient que les villes qui font la discrimination nécessaire entre les domiciliés et les non-domiciliés; seule une statistique ne comprenant que les domiciliés a une valeur réelle.

TABLEAU I
 QUATRIÈME TRIMESTRE 1962

N. = Nombre de décès de personnes domiciliées dans la ville.
 T. = Taux pour 100 000 habitants calculé sur la base annuelle.

Villes	Population	Nb. de décès	Taux
Paris	2 850 189	7 046	98,5
Marseille	699 421	2 308	132
Lyon	471 270	1 422	121
Toulouse	268 863	881	131
Bordeaux	257 946	705	110
Nice	244 360	940	154
Strasbourg	225 361	609	108
Nantes	222 790	548	98,5
Lille	201 289	649	129
Saint-Etienne	196 715	525	107
Le Havre	158 970	438	111
Toulon	151 341	446	118
Le Mans	135 546	297	87,6
Nancy	124 797	292	93,7
Rennes	124 122	298	96
Brest	123 858	291	94
Reims	121 145	344	114
Rouen	116 540	363	125
Grenoble	116 440	338	117
Clermont-Ferrand	113 390	294	104
Dijon	112 844	321	114
Angers	110 722	303	109
Roubaix	110 067	408	148
Limoges	105 990	347	131
Mulhouse	104 998	322	123

TABLEAU I (suite).

Villes	Population	Nb. de décès	Taux
Metz	102 242	250	98
Amiens	101 046	356	141
Montpellier	97 501	295	121
Versailles	91 414	217	95
Nîmes	89 130	301	135
Perpignan	82 509	249	121
Besançon	81 503	242	118
Orléans	76 439	212	111
Argenteuil	73 295	156	85,3
Avignon	62 768	—	—
Aix-en-Provence	59 800	190	127
Troyes	58 819	169	115
La Rochelle	58 799	166	113
Pau	54 322	145	107
Bourges	53 879	140	104
Saint-Quentin	53 866	163	121
Lorient	53 660	159	119
Poitiers	52 633	152	116
Rueil-Malmaison	52 089	67	51,6
Colmar	51 352	167	130
Belfort	47 437	82	69
Valence	46 408	106	91,2
Chalon-sur-Saône	45 865	—	—
Chambéry	41 676	93	89,5
Saint-Brieuc	41 522	102	98
Bayonne	40 985	112	109
Lens	40 753	106	104
Châlons-sur-Marne	40 659	86	84,7
Tarbes	40 242	131	130
Montauban	38 321	116	121
Cherbourg	38 262	96	101
Niort	37 395	91	97,5
Brive-la-Gaillarde	36 088	118	131
Albi	34 693	116	134
Saint-Germain	34 065	—	—
Narbonne	32 060	107	134
Bourg-en-Bresse	30 832	65	84,5
Vannes	30 789	94	122
Auxerre	29 383	81	110
Chartres	28 750	118	164
Dieppe	26 427	80	121
Moulins	24 437	71	116
Lunéville	24 355	61	100
Alençon	23 671	41	69,3
Chaumont	22 153	40	72,3
Laon	21 931	42	76,8
La Roche-sur-Yon	19 576	58	119
Gap	18 895	33	70
Evreux	17 684	54	123
Bar-le-Duc	16 609	38	91,6
Auch	16 382	67	164
Lons-le-Saunier	15 030	35	93
Vesoul	13 051	—	—
Privas	8 058	12	59,8
Foix	7 621	28	147

TABLEAU II

ANNÉE 1962

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

Villes	Population	Nb. de décès	Taux
Paris	2 850 189	26 576	93,2
Marseille	699 421	8 520	122
Lyon	471 270	5 288	112
Toulouse	268 863	3 131	117
Bordeaux	257 946	2 706	105
Nice	244 360	3 368	138
Strasbourg	225 361	2 254	100
Nantes	222 790	2 204	99
Lille	201 289	2 461	122
Saint-Etienne	196 715	2 109	107
Le Havre	158 970	1 827	115
Toulon	151 341	1 578	104
Le Mans	135 546	1 230	90,8
Nancy	124 797	1 204	96,3
Rennes	124 122	1 208	97,4
Brest	123 858	1 188	96,2
Reims	121 145	1 312	108
Rouen	116 540	1 271	109
Grenoble	116 440	1 281	117
Clermont-Ferrand	113 390	1 159	102
Dijon	112 844	1 164	103
Angers	110 722	1 057	95,5
Roubaix	110 067	1 651	150
Limoges	105 990	1 293	122
Mulhouse	104 998	1 238	118
Metz	102 242	933	91,3
Amiens	101 046	1 260	125
Montpellier	97 501	1 102	113
Versailles	91 414	737	80,8
Nîmes	89 130	1 096	123
Perpignan	82 509	917	111
Besançon	81 503	792	97,2
Orléans	76 439	842	110
Argenteuil	73 295	572	78,2
Aix-en-Provence	59 800	667	112
Troyes	58 819	679	115
La Rochelle	58 799	616	106
Pau	54 322	578	106
Bourges	53 879	633	117
Saint-Quentin	53 866	667	124
Lorient	53 660	591	110
Poitiers	52 633	533	101
Rueil-Malmaison	52 089	232	44,6
Colmar	51 352	635	124
Belfort	47 437	364	76,8
Valence	46 408	386	83,2
Chalon-sur-Saône	45 865	—	—
Chambéry	41 676	361	86,7
Saint-Brieuc	41 522	389	93,8
Bayonne	40 985	409	100
Lens	40 753	352	86,5
Châlons-sur-Marne	40 659	311	76,7
Tarbes	40 242	422	105
Anncy	39 545	328	83,5
Montauban	38 321	444	116
Cherbourg	38 262	392	103
Niort	37 395	345	92,5

TABLEAU II (suite)

Villes	Population	Nb. de décès	Taux
Brive-la-Gaillarde	36 088	413	115
Albi	34 693	455	131
Saint-Germain	34 065	—	—
Narbonne	32 060	408	127
Bourg-en-Bresse	30 832	271	88
Vannes	30 789	360	117
Auxerre	29 383	298	102
Chartres	28 750	418	146
Dieppe	26 427	306	116
Moulins	24 437	—	—
Lunéville	24 355	231	95
Alençon	23 671	212	89,8
Chaumont	22 153	176	79,7
Laon	21 931	171	78
La Roche-sur-Yon	19 576	184	94
Gap	18 895	142	75,3
Evreux	17 684	239	135
Bar-le-Duc	16 609	159	95,8
Auch	16 382	234	143
Lons-le-Saunier	15 030	131	87,3
Vesoul	13 051	—	—
Privas	8 058	54	67,1
Foix	7 621	110	145

MONOGRAPHIES DE L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE DÉJÀ PARUES

Le Directeur de l'Institut National d'Hygiène avise les lecteurs du Bulletin qu'il a décidé, à partir de 1952, la suppression du RECUEIL DES TRAVAUX et son remplacement par une nouvelle publication intitulée MONOGRAPHIE DE L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE.

- N° 1. - Documents statistiques sur la morbidité par cancer dans le monde, par P. F. DENOIX, Paris, 1953. Épuisé.
- N° 2. - L'économie de l'alcoolisme, par L. DÉROBERT, Paris, 1953. Épuisé.
- N° 3. - Mortalité urbaine et rurale en France en 1928, 1933 et 1947, par CH. CANDIOTTI et M. MOINE, Paris, 1953. Prix : 9 F.
- N° 4. - Contribution à l'étude de l'anophélisme et du paludisme en Corse, par C. TOUMANOFF, Paris, 1954. Prix : 12 F.
- N° 5. - De la diversité de certains cancers, par P. F. DENOIX, Paris, 1954. Épuisé.
- N° 6. - La lutte préventive contre les maladies infectieuses de l'homme et des animaux domestiques au moyen des vaccins, par G. RAMON, Paris, 1955. Prix : 12 F.
- N° 7. - Etudes de socio-psychiatrie, par H. DUCHÈNE et coll., Paris, 1955. Prix : 9 F.
- N° 8. - Rapport sur la fréquence et la sensibilité aux insecticides de « *pediculus humanus humanus* K. Linnaeus », 1758 (anoplura) dans le sud-est de la France, par R. NICOLI, Paris, 1956. Prix : 5 F.
- N° 9. - Etude sur la maladie de Bouillaud et son traitement, par J. CHEVALLIER, Paris, 1956. Prix : 11 F.
- N° 10. - Rapport d'enquête sur la réadaptation fonctionnelle des adultes en France, par H. G. POULIZAC, Paris, 1956. Prix : 10 F.
- N° 11. - Etude pour l'établissement de rations alimentaires pour le tuberculeux en sanatorium, par F. VINIT et J. TRÉMOLIÈRES, Paris, 1957. Prix : 12,50 F.
- N° 12. - Le cancer chez le Noir en Afrique française, par P. F. DENOIX et J. R. SCHLUMBERGER, Paris, 1957. Prix : 15 F.
- N° 13. - Broncho-pneumopathies à virus et à rickettsies chez l'enfant, par R. SOHIER, M. BERNHEIM, J. CHAPTAL et M. JEUNE, Paris, 1957. Prix : 13 F.
- N° 14. - L'assistance psychiatrique aux malades mentaux d'origine nord-africaine musulmane en métropole, par G. DAUMEZON, Y. CHAMPION et M^{me} J. CHAMPION-BASSET, Paris, 1957. Prix : 12 F.

Le Gérant : G. MASSON.

Imprimé par Soullisse et Cassegrain, à Niort (France), 1963.

Dépôt légal : 2^e trim. 1963. N° d'ordre : 591.

Masson et C^{ie}, Edit., Paris. Dépôt légal : 2^e trim. 1963. N° d'ordre : 4084.

(Printed in France.)

Monographies de l'Institut National d'Hygiène déjà parues

(suite).

- N° 15. - *Documents statistiques sur l'épidémiologie des infections typho-paratyphoïdiques, de la poliomyélite et des brucelloses en France en 1954 et 1955*, par P. CHASSAGNE et Y. GAIGNOUX, Paris, 1958. Prix : 11 F.
- N° 16. - *La pathologie régionale de la France. T. I, Régions du Sud et de l'Ouest*, par R. MAROT, Paris, 1958. Prix : 35 F.
- N° 17. - *La pathologie régionale de la France. T. II, Régions du Nord, de l'Est et du Centre*, par R. MAROT, Paris, 1958. Prix : 34 F.
- N° 18. - *De la destruction des bactéries par la chaleur. Etude de l'efficacité de la pasteurisation du lait*, par A. NEVOT, Ph. et J. LAFONT, Paris, 1958. Prix : 14 F.
- N° 19. - *Le cancer au Moyen-Orient (Israël et Iran). Données épidémiologiques*, par C. LAURENT et J. LEGUÉRINAIS, Paris, 1960. Prix : 13 F.
- N° 20. - *Problèmes posés par la définition des aliments*, par l'Unité de Recherche de Nutrition humaine de l'Institut National d'Hygiène, Paris, 1960. Prix : 15 F.
- N° 21. - *Accidents du travail et facteur humain*, par H. G. POULIZAC, Paris, 1960. Prix : 18 F.
- N° 22. - *Enquête sur les enfants et les adolescents atteints d'infirmité motrice*, par F. ALISON, J. FARIA et J. RAYNAUD, Paris, 1961. Prix : 11 F.
- N° 23. - *L'hospitalisation des enfants, étude de pédiatrie sociale dans l'agglomération parisienne*, par P. STRAUS, Paris, 1961. Prix : 16 F.
- N° 24. - *Méthodes psychologiques, pédagogiques et sociales en psychiatrie infantile*, sous la direction de G. AMADO, Paris, 1961. Prix : 19 F.
- N° 25. - *Epidémiologie et prophylaxie de la variole : étude des incursions de la variole à Paris au cours des vingt dernières années. Déductions épidémiologiques et prophylactiques*, par J. BOYER et A. ROUSSEL, Paris, 1962. Prix : 9,50 F.
- N° 26. - *Le cancer au Moyen-Orient, II (Turquie et Liban). Données épidémiologiques*, par C. LAURENT et J. LEGUÉRINAIS, Paris, 1962. Prix : 16 F.
- N° 27. - *La recherche médicale en 1961 (rapport d'activité)*. Prix : 15 F.
- N° 28. - *Effets physio-pathologiques des graisses alimentaires (Symposium, Dijon 1962)*. Paris 1963. A paraître.

Vente des publications à :

L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

3, rue Léon-Bonnat, Paris (16^e). Tél. : Auteuil 32-84.

(numéro de chèque postal : Institut National d'Hygiène, 9062-38 Paris)

BULLETIN
DE
L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

CONDITIONS DE PUBLICATION

(6 numéros par an)

Prix de l'abonnement (1963) :

France et zone franc (Pays acceptant le tarif d'affranchissement intérieur français pour les périodiques)	36 F.
Règlement à Masson, par Mandat, Chèques postaux (Compte 599, Paris) ou Chèque bancaire.	
ÉTRANGER :	
Belgique et Luxembourg	Fr. B. 469,50
Autres pays	46 F.

Prix également payables dans les autres monnaies, au cours des règlements commerciaux, le jour du paiement. Règlement par Banque Nationale.

Le Numéro : 6 F.

Changement d'adresse : 0,50 F.

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.

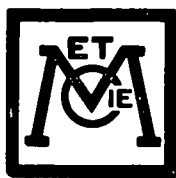
Les lecteurs qui voudraient obtenir des documents peuvent s'adresser à

L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

3, RUE LÉON-BONNAT, PARIS (XVI^e)

**

Le Recueil des Travaux de l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE a été remplacé, depuis 1953, par la collection *Monographie de l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE* (voir pages 291 et 292).



PRINTED IN FRANCE