

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

BULLETIN
DE
L'INSTITUT NATIONAL
D'HYGIÈNE

TOME 18

N° 1. — JANVIER-FÉVRIER 1963

PUBLICATION PÉRIODIQUE BIMESTRIELLE

*VIRTVT DVCE CO-
MITE FORITVDINE*



COLLEGIUM CIVILE
AD SANITATEM

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

SOMMAIRE

MALADIES SOCIALES

CANCER	1
L'activité des consultations avancées anticancéreuses en 1961	1
VÉNÉRÉOLOGIE	19
Récapitulation des statistiques épidémiologiques et de l'activité des dispensaires antivénéériens dans les départements de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Réunion (Années 1959, 1960 et 1961).....	19

NUTRITION

La consommation des matières grasses à Marseille (1961).....	31
--	----

PÉDIATRIE

La mortalité fœto-infantile en 1962 (premier et deuxième trimestres)	105
--	-----

ÉPIDÉMIOLOGIE

Incidence du sexe et de l'âge sur la morbidité et la mortalité par maladies infectieuses en 1961	115
--	-----

DOCUMENTATION GÉNÉRALE

De quoi meurent les médecins américains ?.....	137
Mortalité générale dans un certain nombre de villes de France (troisième trimestre 1962).....	149

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

BULLETIN
DE
L'INSTITUT NATIONAL
D'HYGIÈNE

TOME 18 — 1963

*VIRTUTE DVCE CO-
MITE FORITVDINE*



COLLEGIUM CIVILE
AD SANITATEM

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

MALADIES SOCIALES

CANCER

L'ACTIVITÉ DES CONSULTATIONS AVANCÉES ANTICANCÉREUSES EN 1961

Dans l'armement anticancéreux les consultations avancées (C. A.) représentent maintenant un élément dont on ne saurait négliger l'importance. Bien que leur création soit récente (Blois, 1947, P^r agrégé DENOIX) (1), leur extension a pris ces dernières années un tel essor que leur nombre a pratiquement doublé depuis 1957. On en dénombre actuellement 73 et il est certain que de nouvelles C. A. seront créées en 1963.

Dans un précédent travail (2), nous avons exposé les buts, le rôle et le fonctionnement de ces « antennes » des centres anticancéreux (C. A. C.) que sont les consultations avancées. Nous croyons donc inutile d'y revenir; qu'il nous suffise seulement de rappeler à quelles catégories de malades elles s'adressent :

1° Aux malades nouveaux pour lesquels les médecins de la région désirent avoir l'avis d'un cancérologue qualifié qui joue alors le rôle de consultant. Il convient de bien préciser à ce propos que la consultation avancée ne fonctionne jamais comme centre de traitement, mais qu'elle permet, au contraire, d'orienter la thérapeutique, toujours en accord

(1) Cette première C. A. qui fut créée par le Prof. Agrégé P. F. DENOIX, a servi en quelque sorte de « pilote » pour celles qui ont été organisées par la suite.

(2) *Bulletin de l'I. N. H.*, tome 15, n° 5, septembre 1960, pp. 833-852.

avec le médecin local. Si l'admission au centre régional est décidée d'un commun accord, on aura ainsi évité au malade une première consultation à ce centre, ce qui, lorsqu'il n'y a pas de lit vacant, oblige le malade à rentrer chez lui pour attendre une nouvelle convocation. Bien entendu, le médecin traitant a le libre choix du spécialiste local chaque fois que l'hospitalisation au C. A. C. ne s'est pas révélée nécessaire.

2° Aux malades traités antérieurement dans le C. A. C. ou l'hôpital régional et pour lesquels une surveillance régulière est nécessaire en vue du dépistage d'éventuelles reprises évolutives. Là encore, ces anciens malades sont suivis en liaison avec leur médecin traitant. L'existence d'une consultation avancée peut ainsi éviter à ces malades, d'une santé souvent précaire, d'importants déplacements, toujours fatigants, lorsque leur domicile est éloigné du centre.

Les échanges qui se produisent ainsi entre le consultant et les différents médecins ou spécialistes régionaux semblent profitables à tous. Ils sont évidemment conditionnés par un service social actif qui établit la liaison avec l'ensemble du corps médical, facilite les rapports du médecin traitant et du consultant, et résout au mieux les problèmes posés par les déplacements de malades plus ou moins valides.

Le développement rapide et le succès des consultations avancées sont les témoins de leur utilité. Il n'est pas douteux qu'elles contribuent à l'amélioration du traitement du cancer, non seulement dans la métropole mais aussi dans nos départements d'outre-mer.

On sait que — de même que les centres anticancéreux — les consultations avancées participent aux enquêtes sur la morbidité par cancer, poursuivies par l'Institut national d'hygiène. La présentation des premiers résultats diagnostiques et thérapeutiques de cette enquête fit précisément l'objet d'un précédent travail qui sera d'ailleurs repris lorsque le nombre des dossiers recueillis sera assez élevé.

Mais à côté de cet aspect proprement médical qui est celui de l'enquête I. N. H. il nous est également apparu nécessaire de publier annuellement, comme pour les C. A. C., un bilan d'activité orienté simplement sur l'aspect administratif et médico-social de chaque consultation avancée. On pourra ainsi suivre d'année en année la progression de ce nouveau chaînon dans la lutte anticancéreuse que représente la consultation avancée.

PRÉSENTATION DES TABLEAUX D'ACTIVITÉ

Les renseignements que nous présentons correspondent à l'année 1961. Ils nous ont été communiqués par le Ministère de la santé publique, sous-direction de l'hygiène sociale, à qui chaque consultation avancée adresse un relevé annuel d'activité établi sur un formulaire standard.

Il nous a semblé pratique de répartir les données contenues dans ce questionnaire sur 6 tableaux où sera reporté systématiquement le centre anticancéreux auquel se rattache chaque consultation avancée; ceci pour mieux mettre en évidence cette notion essentielle : la C. A. est une « antenne » du centre anticancéreux régional.

Tableau I. — Ce tableau est le seul de ce travail qui concerne l'année 1962 (tous les autres se rapportent à 1961). Son intérêt est surtout de présenter la répartition actuelle (au 1^{er} janvier 1963) des C. A. et leur périodicité; celle-ci est habituellement mensuelle, plus rarement trimestrielle. On remarquera que si certains centres ont créé des consultations dans une ou deux villes de leur ressort administratif, d'autres ont eu la possibilité d'en implanter de nombreuses (15 à l'Institut Gustave-Roussy) dont certaines fort éloignées du centre anticancéreux d'origine. Il reste actuellement 3 centres qui, pour diverses raisons, n'ont pu créer de consultation avancée.

Bien qu'elles ne soient pas rattachées à un centre anticancéreux, les consultations de dépistage d'Argenteuil, de Versailles, de Blanc-Mesnil et de Saint-Germain-en-Laye, ont été cependant incluses dans nos tableaux. Leurs relevés d'activité nous sont en effet régulièrement communiqués et elles participent à l'enquête médicale de l'I. N. H.

La lecture de la carte ci-dessus fixera mieux les idées quant à l'actuelle répartition des C. A. On remarquera que certaines régions — le Massif Central en particulier — apparaissent moins favorisées.

Tableau II. — Ce tableau démontre éloquemment — s'il en était besoin — l'excellent accueil fait par le corps médical aux consultations avancées. En 1961, plus de 17 000 consultations ont été données à 10 200 malades (chacun d'eux est susceptible de se présenter plusieurs fois dans l'année). Le recrutement est évidemment très variable selon la région, et si certaines C. A. donnent plus de 1 000 consultations dans l'année, d'autres n'atteignent pas la trentaine. La moyenne annuelle s'établit autour de 250 consultations.

Tableau III. — Il est assez intéressant de remarquer que la proportion relative des lésions malignes examinées varie considérablement selon les régions. Certaines C. A. ont un recrutement presque exclusivement orienté vers les tumeurs malignes (Evreux, Cherbourg, Saint-Etienne, Tours, etc.), alors qu'à d'autres (Limoges, Mantes, Saint-Brieuc, etc.) se présentent une grande majorité de lésions dites bénignes.

Notons l'importance de la consultation avancée de Metz qui a enregistré 400 nouveaux malades dans l'année.

Au total 4 039 nouveaux malades se sont présentés en 1961, dont plus de la moitié (51 %) étaient atteints de lésions malignes.

Tableau IV. — Ce tableau correspond à la deuxième catégorie de malades, mentionnés au début de cet article : ceux qui, précédemment examinés, traités ou suivis dans un centre, s'adressent au spécialiste de la C. A., soit simplement à titre de surveillance systématique, soit parce qu'un élément nouveau est intervenu dans l'évolution du cancer. Cette dernière éventualité apparaît — et de loin — comme la moins fréquente à la lecture des tableaux. D'une façon générale, on remarquera que les consultations avancées reçoivent davantage de nouveaux malades (4 039, tableau III) que d'anciens malades des centres (3 798, tableau IV), bien que la différence ne soit pas considérable. Mais ceci n'est vrai que dans l'ensemble, et certaines consultations (Saint-Girons, Auch, Mende, etc.) ont un recrutement beaucoup plus orienté vers la surveillance des anciens malades. Il est certain que les « facteurs locaux » jouent à ce point de vue un rôle important.

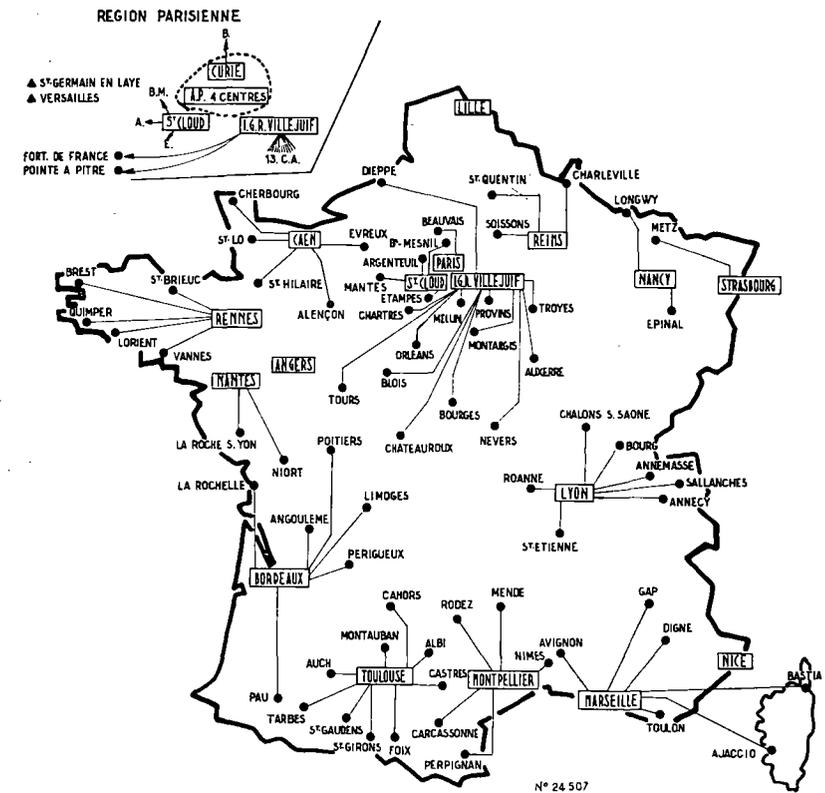
Enfin, il convient de n'attribuer qu'une valeur toute relative à la quatrième colonne de ce tableau (malades reconnus atteints d'une métastase) car, d'une part, il n'est pas toujours facile pour les secrétariats médicaux d'établir une distinction entre les notions de récurrence, d'adénopathie et de métastase; d'autre part, il est parfois très difficile de dépister les métastases, tout au moins à leur début.

Tableau V. — Il s'adresse à la catégorie la moins nombreuse de malades, ceux qui ont été traités antérieurement dans un autre établissement que le C. A. C. régional (hôpitaux ou cliniques privées). Pratiquement, ce recrutement est 2 fois plus faible que le précédent (2 363 malades), mais il permet d'étendre l'activité de la consultation avancée au-delà du centre anticancéreux de rattachement. Certaines C. A. (Beauvais, Toulon, Bourgen-Bresse, etc.) reçoivent une forte proportion de malades de cette catégorie.

D'une façon générale, on peut considérer que — de même que dans le tableau IV — les reprises évolutives (récidives et métastases) ne sont pas très fréquentes puisqu'on n'en relève que 357 sur un ensemble de 2 363 malades, soit 15 %.

La quatrième colonne de chiffres (métastases et nouveaux cancers) appelle, bien entendu, les mêmes remarques que pour le tableau précédent.

Tableau VI. — Il est assez intéressant en ce qu'il précise l'orientation thérapeutique des consultations avancées. Elle varie évidemment beaucoup selon les régions, mais il convient de remarquer que près de 50 % des malades sont traités en utilisant les possibilités locales. C'est en effet la règle que se sont fixée l'ensemble des spécialistes : n'adresser le malade au C. A. C. régional que s'il est avéré que l'équipement radio-chirurgical de ce dernier permet d'assurer des soins d'une efficacité reconnue supérieure — spécialement dans la forme de néoplasie considérée. Cette ligne



CARTE I. — Répartition des consultations avancées selon le Centre Anticancéreux.

de conduite est la plus raisonnable, tant dans l'intérêt du malade que dans celui du maintien des rapports de confraternité entre le corps médical et les spécialistes de la C. A.

Il arrive même, comme à Tours, que 87 % des consultants soient traités en dehors du centre anticancéreux régional.

La solution mixte, qui a la préférence dans certaines consultations (Pau, Saint-Brieuc, Chalon-sur-Saône), n'est utilisée que dans 13,1 % des cas.

Travail de la Section Cancer présenté par

J. LEGUÉRINAIS,

avec la collaboration de L. BOUCHER.

ERRATUM

Dans le numéro du Bulletin tome 17, n° 6, nov.-déc. 1962, une erreur de typographie s'est glissée.

Il faut lire page 1103, ligne 18 : 21 — et non 24 — Centres anticancéreux.

Nous tenons à préciser que sous ce nombre sont compris séparément les 4 centres de l'Assistance publique à Paris.

TABLEAU I

*Les consultations avancées
et leur centre anticancéreux de rattachement.*

(Les consultations avancées imprimées en italique ont été créées récemment et ne sont par conséquent pas mentionnées dans les tableaux suivants.)

Centres Anticancéreux (C. A. C.)	Consultations avancées (C. A.)	Nom et titre du médecin chargé de la consultation	Nb de consultations mensuelles
Bordeaux.	Angoulême (Charente)	P ^r LACHAPÈLE.	1
	Limoges (Haute-Vienne)	D ^{rs} SARDIN et FORESTIER.	2
	Pau (Basses-Pyrénées)	P ^r LACHAPÈLE.	1
	Périgueux (Dordogne)	P ^r LACHAPÈLE.	1
	Poitiers (Vienne)	P ^r LACHAPÈLE.	1
La Rochelle (Charente-Marit.) ..	P ^r LACHAPÈLE.	1	
Caen.	Cherbourg (Manche)	D ^{rs} JACOB et ABBATUCCI.	1
	Evreux (Eure)	D ^r JACOB.	1
	Saint-Lô (Manche)	D ^{rs} JACOB et ABBATUCCI.	1
	Saint-Hilaire (Manche)	D ^{rs} JACOB et ROBILLARD.	1
Alençon (Orne)	D ^{rs} JACOB et ROBILLARD.	1	
Lyon.	<i>Annecy (Haute-Savoie)</i>	P ^r DARGENT.	1
	<i>Annemasse (Haute-Savoie) ...</i>	P ^r DARGENT.	
	<i>Bourg-en-Bresse (Ain)</i>	P ^r DARGENT.	
	<i>Chalon-sur-Saône (S.-et-L.) ...</i>	P ^r DARGENT.	
	<i>Roanne (Loire)</i>	P ^r DARGENT.	
	<i>Saint-Etienne (Loire)</i>	P ^r DARGENT.	
<i>Sallanches (Haute-Savoie) ...</i>	P ^r DARGENT.	2	
Marseille.	Ajaccio (Corse)	P ^r PAOLI et D ^{rs} COLONNA D'ISTRIA et SPITALIER.	3 par an.
	Bastia (Corse)	P ^r PAOLI et D ^{rs} COLONNA D'ISTRIA et SPITALIER.	3 par an.
	Avignon (Vaucluse)	P ^r PAOLI.	1
	Digne (Basses-Pyrénées)	P ^r PAOLI.	1
	Gap (Hautes-Alpes)	P ^r PAOLI.	1
	Toulon (Var)	P ^r PAOLI et D ^r R. ALMALRIC.	5
Montpellier.	Carcassonne (Aude)	P ^r LAMARQUE.	1
	Mende (Lozère)	P ^r LAMARQUE.	9 par an.
	Nîmes (Gard)	P ^r LAMARQUE.	
	Perpignan (Pyrén.-Orient.) ...	P ^r LAMARQUE.	
	Rodez (Aveyron)	P ^{rs} LAMARQUE et ROMIEU	
		1	
Nancy.	Epinal (Vosges)	P ^r MELNOTTE.	1
	Longwy (Meurthe-et-Mos.) ...	D ^r SCHOUMACHER.	1
Nantes.	Niort (Deux-Sèvres)	D ^r TARDIVEAU.	1
	La Roche-sur-Yon (Vendée) ..	D ^r TARDIVEAU.	1
Reims.	Charleville (Ardennes)	P ^r LEFÈVRE.	1
	Saint-Quentin (Aisne)	P ^r LEFÈVRE et D ^r LAURAIN.	1
	Soissons (Aisne)	P ^r LEFÈVRE et D ^r LAURAIN.	1

TABLEAU I (suite).

Centres Antituberculeux (C. A. C.)	Consultations avancées (C. A.)	Nom et titre du médecin chargé de la consultation	Nb de consultations mensuelles
Rennes.	Brest (Finistère)	P ^r GUELFY et D ^r ILLES.	1
	Lorient (Morbihan)	P ^r GUELFY et D ^r ILLES.	1
	Quimper (Finistère)	P ^r GUELFY.	1
	Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord) ..	P ^r GUELFY et D ^r ILLES.	1
	Vannes (Morbihan)	P ^r GUELFY et D ^r ILLES.	1
Saint-Cloud.	Argenteuil (Seine-et-Oise) (1) ..	D ^r SARACINO.	4
	Blanc-Mesnil (S.-et-O.) (1)	D ^r SARACINO.	4
	Etampes (Seine-et-Oise)	D ^r BOURDIN.	1
	Mantes (Seine-et-Oise)	D ^r HARVEY.	1
Strasbourg.	Metz (Moselle)	P ^r CHEVALIER et P ^r Agr. J. KUNTZMANN.	1
Toulouse.	Albi (Tarn)	P ^r MARQUÈS.	1
	Auch (Gers)	P ^r MARQUÈS.	1
	Cahors (Lot)	P ^r MARQUÈS.	1
	Castres (Tarn)	P ^r MARQUÈS.	1
	Foix (Ariège)	P ^r MARQUÈS.	8 par an.
	Montauban (Tarn-et-Garonne) ..	D ^r NÈGRE.	1
	Saint-Gaudens (Haute-Gar.)	P ^{rs} MARQUÈS et BRU. et D ^r PINEL.	1
	Saint-Girons (Ariège)	P ^r MARQUÈS.	4 par an.
	Tarbes (Hautes-Pyrénées)	P ^r MARQUÈS et D ^r DURANT-DASTRES.	1
	Curie (Paris).	Beauvais (Oise)	D ^r COURTIAL.
Institut Gustave-Roussy (Villejuif).	Auxerre (Yonne)	D ^r FAUVET.	1
	Blois (Loir-et-Cher)	P ^r Agr. P. F. DENOIX.	1
	Bourges (Cher)	D ^r LACOUR.	1
	Chartres (Eure-et-Loir)	P ^r Agr. P. F. DENOIX.	1
	Châteauroux (Indre)	M ^{me} D ^r ROUJEAU.	1
	Dieppe (Seine-Maritime)	P ^r Agr. P. F. DENOIX.	1
	Melun (Seine-et-Marne)	P ^r Agr. P. F. DENOIX.	1
	Montargis (Loiret)	D ^r LACOUR.	2
	Nevers (Nièvre)	D ^r LACOUR.	1
	Orléans (Loiret)	D ^r LACOUR.	2
	Provins (Seine-et-Marne)	P ^r Agr. P. F. DENOIX.	1
	Tours (Indre-et-Loire)	P ^r Agr. P. F. DENOIX.	1
	Troyes (Aube)	P ^r Agr. P. F. DENOIX.	1
	Fort-de-France (Martinique) ..	D ^r LACOUR.	4 par an
	Pointe-à-Pître (Guadeloupe) ..	D ^r LACOUR.	4 par an.
	(1)	St-Germain-en-Laye (S.-et-O.) ..	D ^r WALLON.
	Versailles (Seine-et-Oise)	D ^r CHAUVIN.	8

(1) Ces 4 consultations, Argenteuil, Blanc-Mesnil, Saint-Germain-en-Laye, Versailles, bien que n'entrant pas dans le cadre des « Consultations avancées », fonctionnent néanmoins comme centres de dépistage et participent à ce titre à l'enquête de l'I. N. H.

TABLEAU II

Activité des consultations avancées en 1961.
Nombre de malades et de consultations.

Centres anticancéreux (C. A. C.)	Consultations avancées (C. A.)	Nombre total de malades vus dans l'année, anciens et nouveaux	Nombre total de consultations données dans l'année
Bordeaux	Angoulême	48	93
	Limoges	147	203
	Pau	18	32
	Périgueux	109	109
	Poitiers	57	75
	La Rochelle	40	82
Caen	Cherbourg	45	112
	Evreux	61	164
	Saint-Lô	53	124
	Saint-Hilaire	75	140
Lyon	Bourg-en-Bresse	111	211
	Chalon-sur-Saône	170	289
	Roanne	151	291
	Saint-Etienne	271	509
Marseille	Ajaccio	143	247
	Bastia	147	217
	Avignon	51	124
	Digne	99	236
	Gap	148	387
	Toulon	399	977
	Montpellier	Carcassonne	188
	Mende	118	212
	Nîmes	80	128
	Perpignan	635	897
	Rodez	105	180
Nancy	Epinal	77	124
	Longwy	69	126
Nantes	Niort	110	238
	La Roche-sur-Yon	73	91
Reims	Charleville	169	347
	Saint-Quentin	57	142
	Soissons	112	221
Rennes	Brest	90	183
	Lorient (1)	189	299
	Vannes (1)	90	112
	Quimper	146	181
	Saint-Brieuc	146	181
Saint-Cloud	Argenteuil	231	589
	Blanc-Mesnil	108	223
	Etampes	38	90
	Mantes	109	111
Strasbourg	Metz	465	575

(1) Pour ces 2 C. A., les résultats nous ont été communiqués groupés.

TABLEAU II (suite).

Centres anticancéreux (C. A. C.)	Consultations avancées (C. A.)	Nombre total de malades vus dans l'année, anciens et nouveaux	Nombre total de consultations données dans l'année
Toulouse	Albi	217	401
	Auch	285	447
	Cahors	45	47
	Castres	106	128
	Foix	172	172
	Montauban	175	311
	Saint-Gaudens	139	303
	Saint-Girons	69	69
	Tarbes	313	531
	Curie (Paris)	Beauvais	324
Inst. G.-Roussy... (Villejuif).	Auxerre	113	203
	Blois	112	138
	Bourges	68	116
	Chartres	122	179
	Châteauroux	211	388
	Dieppe	187	253
	Melun	41	70
	Montargis	83	304
	Orléans	120	177
	Nevers	112	27
	Provins	21	27
	Tours	143	152
	Troyes	189	189
	Fort-de-France	157	257
Pointe-à-Pitre	269	353	
	<i>Total</i>	9 395	15 565
Consultations de dépistage et de traitement assimi- lables aux C. A.	Saint-Germain-en-Laye	185	272
	Versailles	620	1 163
	<i>Total</i>	805	1 440
<i>Total général</i>		10 200	17 005

TABLEAU III

Activité des consultations avancées en 1961.
Répartition des nouveaux malades.

Centres anticancéreux	Consultations avancées	Nombre total de nouveaux malades vus dans l'année	Nombre de malades non reconnus atteints de tumeur maligne	Nombre de malades reconnus atteints de tumeur maligne
Bordeaux	Angoulême	27	14	13
	Limoges	133	120	13
	Pau	—	—	—
	Périgueux	23	12	11
	Poitiers	32	9	23
	La Rochelle	7	—	7
Caen	Cherbourg	23	2	21
	Evreux	21	—	21
	Saint-Lô	8	1	7
	Saint-Hilaire-du-Harcouet	26	12	14
Lyon	Bourg-en-Bresse	35	5	30
	Chalon-sur-Saône	68	8	60
	Roanne	47	40	7
	Saint-Etienne	124	4	120
Marseille	Ajaccio	56	24	32
	Bastia	47	8	39
	Avignon	17	10	7
	Digne	33	16	17
	Gap	56	10	46
	Toulon	96	81	15
	Montpellier	Carcassonne	53	15
Mende		22	15	7
Nîmes		6	3	3
Perpignan		170	47	123
Rodez		43	18	25
Nancy	Epinal	7	1	6
	Longwy	20	12	8
Nantes	Niort	69	29	40
	La Roche-sur-Yon	49	12	37
Reims	Charleville	145	80	65
	Saint-Quentin	32	23	9
	Soissons	71	41	30
Rennes	Brest	52	8	44
	Lorient (1)	36	15	21
	Vannes (1)	8	5	3
	Quimper	109	100	9
	Saint-Brieuc			
Saint-Cloud	Argenteuil	101	87	14
	Blanc-Mesnil	44	35	9
	Etampes	31	28	3
	Mantes	50	48	2
Strasbourg	Metz	400	250	150

(1) Pour ces 2 C. A., les résultats nous ont été communiqués groupés.

TABLEAU III (suite).

Centres anticancéreux	Consultations avancées	Nombre total de nouveaux malades vus dans l'année	Nombre de malades non reconnus atteints de tumeur maligne	Nombre de malades reconnus atteints de tumeur maligne
Toulouse	Albi	79	53	26
	Auch	39	23	16
	Cahors	1	0	1
	Castres	24	23	1
	Foix	23	12	11
	Montauban	37	35	2
	Saint-Gaudens	43	34	9
	Saint-Girons	7	5	2
	Tarbes	192	59	43
Curie (Paris)	Beauvais	143	42	101
	Inst. G.-Roussy... (Villejuif).			
Consultations de dépistage et de traitement assimi- lables aux C. A.	Auxerre	38	10	28
	Blois	40	18	22
	Bourges	28	8	20
	Chartres	64	39	25 dont 2 suspects
	Châteauroux	101	29	72
	Dieppe	84	33	51
	Melun	25	9	16
	Montargis	25	18	7
	Orléans	43	29	14
	Nevers	44	10	34 dont 2 suspects
	Provins	15	3	12
	Tours	64	1	63
	Troyes	60	23	37
	Fort-de-France	96	30	66
	Pointe-à-Pitre	148	55	93
		Total	3 770	1 849
	Saint-Germain-en-Laye	71	37	34
	Versailles	198	104	94
	Total	269	141	128
Total général		4 039	1 990	2 049

TABLEAU IV

Activité des consultations avancées en 1961.
Répartition des anciens malades venant d'un centre anticancéreux.

Centres anticancéreux	Consultations avancées	Nombre d'anciens malades précédemment traités dans un C. A. C.	Nombre de malades maintenus sous surveillance	Nombre de malades reconnus atteints d'une récurrence	Nombre de malades reconnus atteints d'une nouvelle tumeur maligne
Bordeaux	Angoulême	15	15	0	0
	Limoges	9	8	0	1
	Pau	13	10	3	0
	Périgueux	46	39	6	1
	Poitiers	24	16	8	0
	La Rochelle	26	18	8	0
Caen	Cherbourg	15	12	2	1
	Evreux	25	21	4	0
	Saint-Lô	45	40	5	0
	Saint-Hilaire	34	32	2	0
Lyon	Bourg-en-Bresse ..	27	25	2	0
	Chalon-sur-Saône ..	91	67	24	0
	Roanne	72	61	10	1
	Saint-Etienne	54	40	14	0
Marseille	Ajaccio	78	69	2	7
	Bastia	78	74	3	1
	Avignon	30	25	4	1
	Digne	47	39	5	3
	Gap	45	44	1	0
	Gap	45	44	1	0
	Toulon	145	136	7	2
Montpellier ...	Carcassonne	79	77	2	0
	Mende	94	87	7	0
	Nîmes	54	49	5	0
	Perpignan	272	223	42	7
	Rodez	22	19	3	0
	Rodez	22	19	3	0
Nancy	Epinal	69	63	5	1
	Longwy	43	35	8	0
Nantes	Niort	12	8	4	0
	La Roche-sur-Yon ..	13	12	1	0
Reims	Charleville	22	19	3	0
	Saint-Quentin	22	20	2	0
	Soissons	21	18	1	2
Rennes	Brest	37	29	7	1
	Vannes (1)				
	Lorient (1)	121	119	2	0
	Quimper	82	72	10	0
	Saint-Brieuc	32	25	3	4
Saint-Cloud ..	Argenteuil	116	108	6	2
	Blanc-Mesnil	55	51	2	2
	Etampes	3	3	0	0
	Mantes	7	5	2	0
Strasbourg ...	Metz	65	30	25	10

(1) Pour ces 2 C. A., les résultats nous ont été communiqués groupés.

TABLEAU IV (suite).

Centres anticancéreux	Consultations avancées	Nombre d'anciens malades précédemment traités dans un C. A. C.	Nombre de malades maintenus sous surveillance	Nombre de malades reconnus atteints d'une récurrence	Nombre de malades reconnus atteints d'une nouvelle tumeur maligne	
Toulouse	Albi	108	89	19	0	
	Auch	227	214	12	1	
	Cahors	44	40	4	0	
	Castres	80	40	32	8	
	Foix	149	129	12	8	
	Montauban	127	118	7	2	
	Saint-Gaudens	95	88	7	0	
	Saint-Girons	62	52	6	4	
	Tarbes	203	191	8	4	
	Curie (Paris) ..	Beauvais	4	2	2	0
Inst. G.-Roussy (Villejuif)	Auxerre	29	19	0	10	
	Blois	37	32	5	0	
	Bourges	37	29	5	3	
	Chartres	44	38	6	0	
	Châteauroux	62	50	11	1	
	Dieppe	41	26	12	3	
	Melun	14	11	2	1	
	Montargis	1	1	0	0	
	Orléans	3	2	1	0	
	Nevers	64	54	10	0	
	Provins	5	4	1	0	
	Tours	21	17	2	2	
	Troyes	96	96	0	0	
	Fort-de-France ..	30	25	5	0	
	Pointe-à-Pitre ..	25	19	6	0	
		<i>Total</i>	3 768	3 249	425	94
	Consultations de dépistage et de traitement assimilables aux C. A.	Saint-Germain-en-Laye...	6	4	1	1
Versailles		24	19	5	0	
<i>Total</i>		30	23	6	1	
<i>Total général</i>		3 798	3 272	431	95	

TABLEAU V

Activité des consultations avancées en 1961.

Répartition des anciens malades non traités dans un centre anticancéreux.

Centres anticancéreux	Consultations avancées	Nombre d'anciens malades précédemment traités ailleurs que dans un C. A. C.	Nombre de malades maintenus sous surveillance	Nombre de malades reconnus atteints d'une récurrence	Nombre de malades reconnus atteints d'une nouvelle tumeur maligne
Bordeaux	Angoulême	6	6	0	0
	Limoges	5	3	2	0
	Pau	5	3	2	0
	Périgueux	40	34	5	1
	Poitiers	1	0	1	0
	La Rochelle	7	6	1	0
Caen	Cherbourg	7	7	0	0
	Evreux	15	12	3	0
	Saint-Lô	—	—	—	—
	Saint-Hilaire	15	15	0	0
Lyon	Bourg-en-Bresse ..	49	39	10	0
	Chalon-sur-Saône ..	11	11	0	0
	Roanne	32	29	3	0
	Saint-Etienne	93	52	39	2
Marseille	Ajaccio	9	9	0	0
	Bastia	22	21	1	0
	Avignon	4	4	0	0
	Digne	19	15	3	1
	Gap	47	45	1	1
	Toulon	158	154	4	0
Montpellier ...	Carcassonne	56	54	2	0
	Mende	2	2	0	0
	Nîmes	20	20	0	0
	Perpignan	193	166	23	4
	Rodez	40	35	4	1
Nancy	Epinal	1	1	0	0
	Longwy	6	6	0	0
Nantes	Niort	29	22	7	0
	La Roche-sur-Yon ..	11	3	5	3
Reims	Charleville	2	2	0	0
	Saint-Quentin	3	3	0	0
	Soissons	20	20	0	0
Rennes	Brest	1	0	1	0
	Vannes (1)	—	—	—	—
	Lorient (1)	32	26	6	0
	Quimper	0	0	0	0
	Saint-Brieuc	5	5	0	0
Saint-Cloud ..	Argenteuil	14	11	2	1
	Blanc-Mesnil	9	8	1	0
	Etampes	4	3	1	0
	Mantes	52	41	10	1
Strasbourg ...	Metz	0	0	0	0

(1) Pour ces 2 C. A., les résultats nous ont été communiqués groupés.

TABLEAU V (suite).

Centres anticancéreux	Consultations avancées	Nombre d'anciens malades précédemment traités ailleurs que dans un C. A. C.	Nombre de malades maintenus sous surveillance	Nombre de malades reconnus atteints d'une récurrence	Nombre de malades reconnus atteints d'une nouvelle tumeur maligne
Toulouse	Albi	30	24	6	0
	Auch	19	19	0	0
	Cahors	0	0	0	0
	Castres	2	2	0	0
	Foix	0	0	0	0
	Montauban	11	11	0	0
	Saint-Gaudens	1	0	1	0
	Saint-Girons	0	0	0	0
	Tarbes	8	7	1	0
Curie (Paris)	Beauvais	177	174	3	0
Inst. G.-Roussy (Villejuif)	Auxerre	46	35	0	11
	Blois	35	29	6	0
	Bourges	3	2	1	0
	Chartres	14	14	0	0
	Châteauroux	48	22	26	0
	Dieppe	62	43	13	6
	Melun	2	2	0	0
	Montargis	57	50	6	1
	Orléans	74	67	7	0
	Nevers	4	3	1	0
	Provins	1	1	0	0
	Tours	58	29	27	2
	Troyes	33	31	2	0
	Fort-de-France	31	20	10	1
Pointe-à-Pitre	96	63	33	0	
	<i>Total</i>	1 857	1 541	280	36
Consultations de dépistage et de traitement assimilables aux C. A.	Saint-Germain-en-Laye	108	96	12	0
	Versailles	398	369	29	0
	<i>Total</i>	506	465	41	0
<i>Total général</i>		2 363	2 006	321	36

TABLEAU VI

Activité des consultations avancées en 1961.
Orientation des malades selon les possibilités thérapeutiques.

Centres anticancéreux	Consultations avancées	Nombre de malades dirigés vers le C. A. C.	Nombre de malades traités en utilisant les possibilités locales	Nombre de malades traités en faisant appel à la fois au C.A.C. et aux possibilités locales
Bordeaux	Angoulême	4	24	3
	Limoges	4	4	0
	Pau	2	5	11
	Périgueux	10	12	2
	Poitiers	10	22	0
	La Rochelle	8	3	5
Caen	Cherbourg	21	2	1
	Evreux	11	29	4
	Saint-Lô	11	1	7
	Saint-Hilaire	9	4	9
Lyon	Bourg-en-Bresse	14	26	4
	Chalon-sur-Saône	47	2	110
	Roanne	21	16	8
	Saint-Etienne	29	128	14
Marseille	Ajaccio	36	0	0
	Bastia	17	0	0
	Avignon	6	2	0
	Digne	9	8	0
	Gap	26	11	1
	Toulon	13	9	6
	Montpellier	Carcassonne	10	26
	Mende	14	0	0
	Nîmes	4	4	0
	Perpignan	104	78	17
	Rodez	13	4	16
Nancy	Epinal	10	2	0
	Longwy	6	10	0
Nantes	Niort	25	15	0
	La Roche-sur-Yon	2	8	2
Reims	Charleville	16	1	1
	Saint-Quentin	9	0	0
	Soissons	15	0	2
Rennes	Brest	38	39	5
	Vannes (1)	44	28	13
	Lorient (1)	20	12	7
	Quimper	7	9	15
	Saint-Brieuc	7	9	15
Saint-Cloud	Argenteuil	21	3	1
	Blanc-Mesnil	11	3	0
	Etampes	3	13	8
	Mantes	13	44	4
Strasbourg	Metz	(30 %)	(70 %)	

(1) Pour ces 2 C. A., les résultats nous ont été communiqués groupés.

TABLEAU VI (suite).

Centres anticancéreux	Consultations avancées	Nombre de malades dirigés vers le C. A. C.	Nombre de malades traités en utilisant les possibilités locales	Nombre de malades traités en faisant appel à la fois au C. A. C. et aux possibilités locales
Toulouse	Albi	32	19	0
	Auch	37	9	0
	Cahors	5	1	0
	Castres	9	4	0
	Foix	31	0	3
	Montauban	38	17	4
	Saint-Gaudens	15	2	0
	Saint-Girons	12	0	3
	Tarbes	85	7	0
	Curie (Paris)	Beauvais	8	125
Inst. G.-Roussy... (Villejuif).	Auxerre	6	27	1
	Blois	8	28	2
	Bourges	2	6	1
	Chartres	4	19	5
	Châteauroux	28	39	5
	Dieppe	30	42	24
	Melun	6	5	2
	Montargis	5	14	0
	Orléans	4	10	0
	Nevers	16	14	1
	Provins	5	5	1
	Tours	4	54	4
	Troyes	14	35	11
	Fort-de-France	16	65	1
	Pointe-à-Pitre	10	122	0
	<i>Total</i>	1 123	1 270	386
Consultations de dépistage et de traitement assimila- bles aux C. A.	Saint-Germain-en-Laye	5	43	0
	Versailles	12	116	0
	<i>Total</i>	17	159	0
<i>Total général</i>		1 140	1 429	386
		38,6 %	48,3 %	13,1 %

VÉNÉRÉOLOGIE

RÉCAPITULATION DES STATISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES
ET DE L'ACTIVITÉ DES DISPENSAIRES ANTIVÉNÉRIENS
DANS LES DÉPARTEMENTS
DE LA GUADELOUPE, DE LA MARTINIQUE
ET DE LA RÉUNION
(Années 1959, 1960 et 1961.)

Le présent rapport traite de la lutte antivénérienne dans les départements de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Réunion, au cours des années 1959, 1960 et 1961.

Il a paru intéressant, alors que la syphilis fait depuis quelques années un retour offensif en France métropolitaine, de se pencher sur l'évolution de cette maladie dans les départements d'outre-mer.

Cette étude comprend trois parties :

1° La récapitulation des maladies vénériennes déclarées, au cours des trois dernières années.

2° L'activité des dispensaires au cours de ces mêmes années, et l'étude des maladies vénériennes dépistées, par catégories de consultants.

3° Les résultats des examens de laboratoire et les principaux médicaments antivénériens utilisés.

I. — RÉCAPITULATION DU NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS

Les renseignements fournis permettent de constater que la blennorragie ne fait pas, comme en France métropolitaine, l'objet d'une diminution régulière, et a même tendance à progresser à la Réunion, où l'on relève 34 cas en 1961, pour 9 cas seulement en 1960.

Quant à la syphilis, elle semble stationnaire à la Martinique, accuse une pointe à la Réunion en 1960, et subit, par contre, une poussée spectaculaire à la Guadeloupe, où le nombre de cas passe de 6 en 1959, à 91

en 1961. Les chiffres relevés dans ce département font apparaître, en outre, une grosse majorité de cas chez les femmes :

- en 1960, sur 76 cas déclarés on trouve 54 femmes;
- en 1961, sur 91 cas déclarés figurent 70 femmes.

II. — ACTIVITÉ DES DISPENSAIRES.
ÉTUDE DES MALADIES VÉNÉRIENNES DÉPISTÉES.
RÉSULTATS DES EXAMENS DE LABORATOIRE,
MÉDICAMENTS UTILISÉS

Les tableaux successifs donnent un aperçu de l'activité des dispensaires et permettent de suivre l'évolution, au cours des trois années, des maladies dépistées dans diverses catégories de consultants.

En confrontant les tableaux II, III et IV avec le tableau I, on peut suivre aisément la répartition des blennorragies et syphilis chez ces consultants.

Le tableau V, enfin, fait apparaître, sous forme de pourcentages, le nombre de cas de syphilis par rapport au nombre de sujets. En étudiant ce tableau, on peut constater un accroissement progressif dans certaines catégories de consultants.

III. — NATURE ET RÉSULTATS
DES EXAMENS DE LABORATOIRE.
PRINCIPAUX MÉDICAMENTS ANTIVÉNÉRIENS UTILISÉS

Cette dernière partie traite des examens de laboratoire. L'étude des tableaux permet de comparer les résultats, au cours des trois années.

Le rapport se termine par la rubrique concernant les médicaments utilisés et le nombre de malades traités, tant pour la blennorragie que pour la syphilis.

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 des années 1959-1960-1961.

1° BLENNORRAGIE

Mois	La Guadeloupe			La Martinique			La Réunion		
	1959	1960	1961	1959	1960	1961	1959	1960	1961
Janvier	—	—	—	1	1	—	3	—	4
Février	—	—	—	5	3	—	2	—	1
Mars	—	—	—	2	2	—	1	4	—
Avril	—	—	—	3	—	—	1	1	8
Mai	—	—	—	8	—	6	—	—	2
Juin	—	—	—	1	—	4	1	—	4
Juillet	—	2	—	3	—	—	—	1	2
Août	—	—	—	4	—	—	1	1	2
Septembre	—	1	—	—	—	1	—	—	6
Octobre	1	—	—	2	—	—	—	—	2
Novembre	—	—	—	2	3	1	—	2	2
Décembre	—	—	—	1	—	5	—	—	1
Total	1	3	0	32	9	17	9	9	34

2° SYPHILIS PRIMO-SECONDAIRE

Mois	La Guadeloupe			La Martinique			La Réunion		
	1959	1960	1961	1959	1960	1961	1959	1960	1961
Janvier	—	6	21	6	—	—	4	—	1
Février	1	8	15	2	—	—	—	—	3
Mars	—	7	6	—	2	—	—	3	—
Avril	1	7	6	1	—	—	2	—	2
Mai	—	6	6	—	—	1	—	6	1
Juin	2	6	1	—	—	4	—	—	—
Juillet	1	3	3	1	1	—	—	—	1
Août	1	8	16	—	2	—	2	3	1
Septembre	—	5	4	—	3	1	3	1	1
Octobre	—	5	1	1	—	—	—	6	1
Novembre	—	9	9	—	1	—	—	4	2
Décembre	—	6	3	—	—	4	—	—	—
Total	6	76	91	11	9	10	11	23	13

3° CHANCRE MOU

La Guadeloupe.....	}	1959 : aucune déclaration.
		1960 : 2 cas.
		1961 : aucune déclaration.
La Martinique.....	}	1959 : aucune déclaration.
		1960 : aucune déclaration.
		1961 : aucune déclaration.
La Réunion	}	1959 : 4 cas.
		1960 : 1 cas.
		1961 : 1 cas.

4° MALADIE DE NICOLAS-FAVRE

La Guadeloupe.....	}	1959 : aucune déclaration.
		1960 : aucune déclaration.
		1961 : aucune déclaration.
La Martinique.....	}	1959 : 1 cas.
		1960 : aucune déclaration.
		1961 : 1 cas.
La Réunion	}	1959 : aucune déclaration.
		1960 : aucune déclaration.
		1961 : aucune déclaration.

RÉCAPITULATION DU NOMBRE DE CAS CONTAGIEUX DÉCLARÉS
DE BLENNORRAGIE, SYPHILIS ET CHANCRE MOU

	La Guadeloupe			La Martinique			La Réunion		
	1959	1960	1961	1959	1960	1961	1959	1960	1961
Blennorragie	1	3	0	32	9	17	9	9	34
Syphilis primaire et secondaire..	6	76	91	11	9	10	11	23	13
Chancre mou	0	2	0	0	0	0	4	1	1
Maladie de Nicolas-Favre.....	0	0	0	1	0	1	0	0	0

**II — Renseignements statistiques concernant le fonctionnement des dispensaires antivénéériens.
au cours des années 1959-1960-1961.**

1° FONCTIONNEMENT DES CONSULTATIONS ANTIVÉNÉRIENNES

	Trimestres	Nombre de consultations données (traitement compris)											Nombre de séances de consultations			
		Hommes			Femmes			Enfants			Total			1959	1960	1961
		1959	1960	1961	1959	1960	1961	1959	1960	1961	1959	1960	1961			
La Guadeloupe.	1 ^{er}	2451	1584	1620	5 427	3 743	3235	919	471	594	8 797	5 798	5 449	336	273	368
	2 ^e	1 729	1 227	1 144	3 375	3 617	2 725	551	1 069	527	5 655	5 913	4 396	321	391	331
	3 ^e	2 658	1 595	925	5 394	3 823	2 090	389	678	491	8 441	6 096	3 506	395	358	233
	4 ^e	2 007	1 476	1 501	5 524	3 349	1 877	503	700	662	8 034	5 525	4 040	324	330	295
	Année	8 845	5 882	5 190	19 720	14 532	9 927	2 362	2 918	2 274	30 927	23 332	17 391	1 376	1 352	1 227
La Martinique.	1 ^{er}	193	272	568	210	299	696	—	—	—	403	571	1 264	13	13	11
	2 ^e	167	412	665	205	389	1 000	—	—	—	372	801	1 665	12	13	13
	3 ^e	270	392	563	294	466	1 125	5	—	2	569	858	1 690	12	14	11
	4 ^e	260	489	343	289	551	539	—	—	1	549	1 040	883	12	12	11
	Année	890	1 565	2 139	998	1 705	3 360	5	0	3	1 893	3 270	5 502	49	52	46
La Réunion.	1 ^{er}	388	105	250	1 240	179	754	112	27	43	1 740	311	1 047	55	41	49
	2 ^e	138	178	155	742	236	480	38	52	94	918	466	729	49	47	51
	3 ^e	84	192	241	398	767	658	26	106	21	508	1 065	920	44	57	95
	4 ^e	117	274	208	307	947	800	122	181	7	546	1 402	1 015	39	45	91
	Année	727	749	854	2 687	2 129	2 692	298	366	165	3 712	3 244	3 711	187	190	286

2° FONCTIONNEMENT DU SERVICE SOCIAL ANTIVÉNÉRIEN

LA GUADELOUPE

		H.	F.	E.	Total
Nombre de personnes visitées à domicile...	1959	1 722	3 539	3 102	8 363
	1960	1 236	2 544	1 737	5 517
	1961	1 494	2 638	2 164	6 296
Nombre de personnes ramenées au traitement par le Service social	1959	373	837	121	1 331
	1960	370	755	94	1 219
	1961	397	792	135	1 324
Nombre de personnes amenées aux consultations pour la première fois pour examen ou traitement (enquêtes épidémiologiques, etc.).....	1959	533	1 220	310	2 063
	1960	709	1 356	309	2 374
	1961	764	1 517	422	2 703

LA MARTINIQUE

Néant.

LA RÉUNION

		H.	F.	E.	Total
Nombre de personnes visitées à domicile...	1959	8	17	—	25
	1960	4	8	—	12
	1961	13	23	2	38
Nombre de personnes ramenées au traitement par le Service social	1959	18	42	—	60
	1960	24	87	—	111
	1961	18	28	—	46
Nombre de personnes amenées aux consultations pour la première fois pour examen ou traitement (enquêtes épidémiologiques, etc.).....	1959	—	—	—	—
	1960	4	5	—	9
	1961	13	18	3	34

RÉCAPITULATION DE L'ACTIVITÉ DES DISPENSAIRES ET NOMBRE DE CONTAGIEUX DÉPISTÉS (Syphilis et blennorrhagie).

	La Guadeloupe			La Martinique			La Réunion		
	1959	1960	1961	1959	1960	1961	1959	1960	1961
Nombre de séances de consultations	1 376	1 352	1 227	49	52	46	187	190	286
Total des consultations (traitement compris).....	30 927	23 332	17 391	1 893	3 270	5 502	3 712	3 244	3 711
Nombre de consultants nouveaux	7 962	6 311	6 283	104	81	114	2 556	2 753	2 389
Nombre de cas de syphilis primo-secondaire dépistés.	166	200	228	1	7	11	12	30	11
Nombre de cas de blennorrhagie dépistés	6	5	11	7	—	—	10	11	25

3° RÉPARTITION DES CONSULTANTS NOUVEUX PAR CATÉGORIES

(tableau I).

		La Guadeloupe			La Martinique			La Réunion		
		1959	1960	1961	1959	1960	1961	1959	1960	1961
Consultants bénévoles	Nombre.	1 884	1 751	1 889	80	58	53	466	897	247
Détenus	Nombre.	43	167	121	—	—	—	—	—	90
Travailleurs étrangers.....	Nombre.	8	—	—	—	—	—	98	—	99
Examens pré et post-nataux	Nombre.	5 580	3 926	3 854	20	12	53	1 577	1 538	1 951
Examens pré-nuptiaux	Nombre.	324	454	417	4	11	8	415	262	2
Sécurité sociale (examens systématiques)	Nombre.	123	13	2	—	—	—	—	56	—
<i>Total</i>	Nombre.	7 962	6 311	6 283	104	81	114	2 556	2 753	2 389

4° RÉPARTITION DES BLENNORRAGIES DÉPISTÉES PAR CATÉGORIES DE CONSULTANTS NOUVEUX

(tableau II).

		La Guadeloupe			La Martinique			La Réunion		
		1959	1960	1961	1959	1960	1961	1959	1960	1961
Consultants bénévoles	Cas.	6	5	8	7	—	—	10	11	25
Examens pré et post-nataux	Cas.	—	—	3	Sans renseign.			Sans renseign.		
<i>Total</i>	Cas.	6	5	11	7	—	—	10	11	25

5° RÉPARTITION DES SYPHILIS PRIMO-SECONDAIRES DÉPISTÉS PAR CATÉGORIES DE CONSULTANTS NOUVEUX

(tableau III).

		La Guadeloupe			La Martinique			La Réunion		
		1959	1960	1961	1959	1960	1961	1959	1960	1961
Consultants bénévoles	Cas.	109	120	151	1	6	11	12	30	11
Détenus	Cas.	9	25	21	Sans renseign.			Sans renseign.		
Examens pré et post-nataux	Cas.	41	41	34	Sans renseign.			Sans renseign.		
Examens pré-nuptiaux	Cas.	5	14	22	—	1	—	Sans renseign.		
Sécurité sociale (examens systématiques)	Cas.	2	—	—	Sans renseign.			Sans renseign.		
<i>Total</i>	Cas.	166	200	228	1	7	11	12	30	11

**6° RÉPARTITION DU TOTAL DES SYPHILIS DÉPISTÉES
PAR CATÉGORIES DE CONSULTANTS NOUVEAUX**

(tableau IV).

		La Guadeloupe			La Martinique			La Réunion		
		1959	1960	1961	1959	1960	1961	1959	1960	1961
Consultants bénévoles..	Cas.	317	287	296	23	52	49	22	53	47
Détenus	Cas.	12	26	21	—	—	—	—	—	3
Travailleurs étrangers..	Cas.	3	—	—	—	—	—	—	—	1
Examens pré et post-nataux	Cas.	270	90	94	16	12	53	80	112	85
Examens prénuptiaux...	Cas.	15	40	53	3	11	8	26	12	2
Sécurité sociale (examens systématiques)	Cas.	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	Cas.	619	443	464	42	75	110	128	177	138

**7° POURCENTAGE DE SYPHILIS DÉPISTÉES DANS LES DISPENSAIRES
DANS DIVERS GROUPES DE CONSULTANTS**

(tableau V).

		La Guadeloupe			La Martinique (1)			La Réunion		
		1959	1960	1961	1959	1960	1961	1959	1960	1961
Examens prénuptiaux	Sujets.	324	454	417				415	262	
	Cas.	15	40	53	3	11	8	26	12	2
	%	4,6	8,8	12,7				6,2	4,6	
Examens pré et post-nataux	Sujets.	5580	3926	3854	16	12	53	1577	1538	1951
	Cas.	270	90	94				80	112	85
	%	4,9	2,3	2				5,1	7,4	4,4
Détenus	Sujets.	43	167	121	sans renseign.			sans renseign.		
	Cas.	12	26	21						
	%	29	15,6	17,2						
Consultants bénévoles ...	Sujets.	1884	1751	1889				466	897	247
	Cas.	317	287	296	23	52	49	22	53	47
	%	16,9	16,4	15,7				4,7	5,9	19

(1) Pour la Martinique, seuls les cas dépistés ont été dénombrés.

III. — Nature et résultats des examens de laboratoire.

LA GUADELOUPE

NATURE ET RÉSULTATS DES EXAMENS DE LABORATOIRE

Examens sérologiques et microbiologiques	Résultats	1959	1960	1961
		Sang	Positifs.	794
	Négatifs.	3 922	4 078	4 597
Tréponèmes	Positifs.	—	—	—
Gonocoques	Négatifs.	2	—	—

Aucun examen de liquide C. R. n'a été déclaré.

PRINCIPAUX MÉDICAMENTS ANTIVÉNÉRIENS UTILISÉS

A. — Préparations arsenicales, bismuthiques et mercurielles.

Nature et mode d'emploi du produit	1959	1960	1961
Préparations arsenicales :			
— injections intraveineuses	409	122	308
— injections intramusculaires ...	1 595	1 508	2 414
Préparations bismuthiques :			
— injections intramusculaires ...	10 118	6 765	8 068
Préparations mercurielles :			
— injections	3 033	4 230	2 326
— autres voies	374	187	134

B. — Pénicilline.

 Nombre de malades traités et doses employées
(Médicaments fournis par les dispensaires).

Années	Syphilis		Blennorrhagie	
	Nombre de malades traités	Doses en millions d'unités	Nombre de malades traités	Doses en millions d'unités
1959	9 686	5 521,5	3	3,400
1960	7 363	8 602,5	2	17,2
1961	4 393	10 635	106	179

Aucun traitement par les sulfamides n'a été déclaré.

LA MARTINIQUE

NATURE ET RÉSULTATS DES EXAMENS DE LABORATOIRE

Examens sérologiques et microbiologiques	Résultats	1959	1960	1961
Sang	Positifs.	167	128	222
	Négatifs.	101	150	126
Liquide C. R.	Positifs.	—	—	—
	Négatifs.	—	5	—
Tréponèmes } néant.				
Gonocoques }				

PRINCIPAUX MÉDICAMENTS ANTIVÉNÉRIENS UTILISÉS

A. — Préparations arsenicales, bismuthiques et mercurielles.

Nature et mode d'emploi du produit	1959	1960	1961
Préparations arsenicales :			
— injections intraveineuses	36	—	—
— injections intramusculaires	—	—	—
Préparations bismuthiques :			
— injections intramusculaires	711	1 212	1 325
Préparations mercurielles :			
— injections	204	514	800
— autres voies	—	—	—

B. — Pénicilline.

Nombre de malades traités et doses employées
(Médicaments fournis par les dispensaires).

Années	Syphilis		Blennorragie	
	Nombre de malades traités	Doses en millions d'unités	Nombre de malades traités	Doses en millions d'unités
1959	171	804	3	6
1960	144	1 513	—	—
1961	147	1 533	—	—

Aucun traitement par les sulfamides n'a été déclaré.

LA RÉUNION

NATURE ET RÉSULTATS DES EXAMENS DE LABORATOIRE

Examens sérologiques et microbiologiques	Résultats	1959	1960	1961
Sang	Positifs.	234	229	236
	Négatifs.	1 504	905	1 143
Tréponèmes	Positifs.	—	—	1
	Négatifs.	1	1	—
Gonocoques	Positifs.	9	11	23
	Négatifs.	41	16	102

PRINCIPAUX MÉDICAMENTS ANTIVÉNÉRIENS UTILISÉS

A. — Préparations arsenicales, bismuthiques et mercurielles.

Nature et mode d'emploi du produit	1959	1960	1961
Préparations arsenicales	Néant.	Néant.	15
Préparations bismuthiques :			
— injections intramusculaires	1 736	1 043	2 047
Préparations mercurielles :			
— injections	15	0	53
— autres voies	0	0	12

B. — Pénicilline et ses dérivés.

Nombre de malades traités et doses employées
(Médicaments fournis par les dispensaires).

Années	Syphilis		Blennorragie	
	Nombre de malades traités	Doses en millions d'unités	Nombre de malades traités	Doses en millions d'unités
1959	132	1 921	13	66 g de streptomycine. 2 millions d'unités de pénicilline.
1960	180	1 785,5	9	104 millions d'unités de pénicilline.
1961	180	2 612,5	26	960 millions d'unités de pénicilline. 11 g de streptomycine.

Aucun traitement par les sulfamides n'a été déclaré.

NUTRITION

LA CONSOMMATION DES MATIÈRES GRASSES A MARSEILLE (1961)

La présente enquête menée à Marseille par le Centre de recherches médico-sociales, en liaison avec les travaux poursuivis par l'Institut national d'hygiène (1) sur les mêmes problèmes de nutrition, est consacrée à l'étude du comportement des maîtresses de maison à l'égard des matières grasses.

Les investigations ont porté notamment sur les motifs du choix des matières grasses, les quantités consommées suivant l'appartenance sociale, la structure de la famille et l'âge, le mode et la fréquence des achats, et, enfin, les goûts personnels des maîtresses de maison et leur comportement diététique en relation avec l'état de santé.

L'enquête s'est déroulée à Marseille en 1961 (de mai à novembre).

Un échantillon représentatif des ménages à interroger a été tiré au sort par les soins de la direction régionale de P. I. N. S. E. E. On a utilisé le fichier des feuilles de logement du recensement de 1954 et, pour les logements construits postérieurement, le recensement partiel effectué en 1959.

(1) BRESARD (M.) : La consommation des matières grasses et du pain à Saint-Etienne. *Bulletin de l'I. N. H.*, tome 12, n° 2, avril-juin 1957, pp. 313-392.

CARIAGE (J.) et BRESARD (M.) : La consommation des matières grasses dans le Doubs. *Bulletin de l'I. N. H.*, tome 17, n° 4.

VINIT (F.), RACT (G.) et AUDOLLENT (C.) : Enquête sur l'alimentation et le budget familial à Saint-Etienne, Lyon et Marseille. *Bulletin de l'I. N. H.*, n° 3, mai-juin 1962, pp. 393-442.

735 adresses ont été tirées au hasard, sur lesquelles 600 ont pu être exploitées, ce qui représente un déchet de 18 % qui s'explique comme suit :

Refus	4 %
Inconnus	3 %
Introuvables	4 %
Logements vacants	3 %
Adresses non utilisables	4 %

(décès, personnes ayant déménagé, logements démolis, etc.).

Les analyses qui suivent et les comparaisons avec d'autres enquêtes effectuées à Marseille, confirment la valeur représentative de l'échantillon.

Les principales têtes de chapitre du questionnaire sont les suivantes :

- I. Composition du ménage.
- II. Choix des corps gras.
- III. Provenance de quelques corps gras.
- IV. Conditionnement. Mode et quantité d'achat.
- V. Utilisation des corps gras.
- VI. Goûts personnels de la maîtresse de maison.
- VII. Relation entre la consommation des graisses et la santé.
- VIII. Renseignements généraux. Eléments de confort.

Les résultats de l'enquête dont il s'agit sont présentés selon le plan suivant :

Chapitre I. — COMPOSITION DE L'ÉCHANTILLON. LES DONNÉES SOCIOLOGIQUES.

1. Groupes socio-économiques. Le niveau de vie.
2. Origines de la maîtresse de maison.
3. Age de la maîtresse de maison.
4. Le critère « unité de consommation ».

Chapitre II. — LES ACHATS.

1. Choix des corps gras.
2. Provenance des corps gras naturels.
3. Conditionnement.
4. Importance des achats.
5. Facteurs psychologiques.

Chapitre III. — LA CONSOMMATION.

1. Utilisation des corps gras.
2. Quantités consommées.

Chapitre IV. — SANTÉ ET GOÛT.

1. Consommation des graisses et santé.
2. Goûts personnels de la maîtresse de maison.
3. Corpulence de la maîtresse de maison.
4. Corpulence et troubles de santé.

Chapitre V. — NIVEAU D'INFORMATION SUR LA MANIÈRE DE SE NOURRIR.

SOMMAIRE ET VUE D'ENSEMBLE.

CHAPITRE I

COMPOSITION DE L'ÉCHANTILLON
LES DONNÉES SOCIOLOGIQUES

I. — LES GROUPES SOCIO-ÉCONOMIQUES.
LE NIVEAU DE VIE

L'analyse des dossiers suivant l'appartenance socio-économique du chef de famille, le mari dans la plupart des cas, la femme, en l'absence du mari ou d'un père, donne les répartitions suivantes (1) :

Profession du chef de ménage	Echantillon 1961	Équivalence I. N. S. E. E. (regroupement) (1)
	%	%
<i>Groupe 1</i> : Industriels. Chefs d'entreprise. Professions libérales. Fonctionnaires et cadres supérieurs.....	10	8
<i>Groupe 2</i> : Commerçants. Artisans.....	14	12
<i>Groupe 3</i> : Fonctionnaires subalternes. Employés	17	20
<i>Groupe 4</i> : Ouvriers qualifiés.....	23	22
<i>Groupe 5</i> : Manœuvres	13	13
<i>Groupe 6</i> : Sans profession	23	25
	100	100

(1) Source I. N. S. E. E. Recensement mai 1954.

Le tableau I donne la composition des familles par groupe d'âge et par nombre de personnes, suivant l'appartenance sociale.

L'ensemble de l'échantillon comprend un total de 1 907 personnes, avec une moyenne de 3,2 personnes par ménage.

Les groupes se classent comme suit, suivant le nombre d'enfants :

Ouvriers qualifiés (groupe 4).....	1,5
Cadres, professions libérales (groupe 1)	1,3
Employés (groupe 3).....	1,1
Commerçants (groupe 2).....	0,9
Manœuvres (groupe 5).....	0,9
Sans profession (groupe 6).....	0,2

(1) L'échelle des groupes socio-économiques est celle utilisée par l'Institut national d'hygiène, qui a fait ses preuves du point de vue sociologique. On peut consulter sur cette question l'étude parue dans le *Bulletin de l'I. N. H.*, tome 11, n° 2, avril-juin 1956, p. 373-390. M. BRESARD : Enquêtes sur les niveaux de consommation et de santé : choix d'une classification socio-économique. Quelques aspects méthodologiques.

Ce dernier groupe, hétérogène, comprend une forte proportion de femmes âgées.

C'est dans le groupe dont le chef de famille est commerçant que l'on trouve la plus forte proportion de femmes ayant une activité professionnelle (58 %) (ensemble de l'échantillon 28 %).

Le tableau II indique la répartition des divers signes de niveau de vie (1) suivant l'appartenance sociale.

L'étroite corrélation existant entre le milieu social et le niveau de vie, relevée dans les précédentes enquêtes de P. N. H., trouve ici encore sa confirmation.

On note une progressive élévation du niveau de vie dans les divers milieux sociaux depuis ces dernières années. On remarquera notamment la diffusion de l'automobile dans le groupe des employés et des ouvriers.

Dans cet ordre d'idées, il n'est pas sans intérêt de comparer les résultats de la présente enquête avec ceux obtenus en 1960 dans le Doubs (2).

Répartition de divers signes de niveau de vie suivant le milieu socio-économique.

		Groupes socio-économiques					
		1	2	3	4	5	6
Propriété	Marseille	62	51	46	33	29	39
	Doubs	61	55	40	35	13	56
Automobile	Marseille	80	66	51	33	12	13
	Doubs	79	68	58	25	13	16
Réfrigérateur	Marseille	93	78	76	67	53	43
	Doubs	61	44	47	20	6	15
Téléphone	Marseille	61	31	12	2	—	7
	Doubs	55	38	13	—	—	6
Télévision	Marseille	69	60	43	46	28	26
	Doubs	18	18	13	5	—	5

Sauf pour le réfrigérateur et la télévision, beaucoup plus populaires à Marseille que dans le Doubs, on constate un certain parallélisme de niveau de vie dans les deux régions, pourtant fort différentes.

(1) Ces signes sont d'importance très inégale : ils évoquent indistinctement les notions hétérogènes de patrimoine, de train de vie, de possibilité d'épargne, de nécessité professionnelle, de prestige, etc. Néanmoins, leur présence ou leur absence dans un groupe socio-économique, leurs combinaisons résument assez bien une situation matérielle dans ce qu'elle peut avoir de provisoire ou de stabilisé, où le milieu, les revenus, les dépenses, le genre de vie, la structure de la famille, les investissements, les contingences jouent leur rôle respectif. C'est une résultante.

(2) La consommation des matières grasses dans le Doubs, *op. cit.*

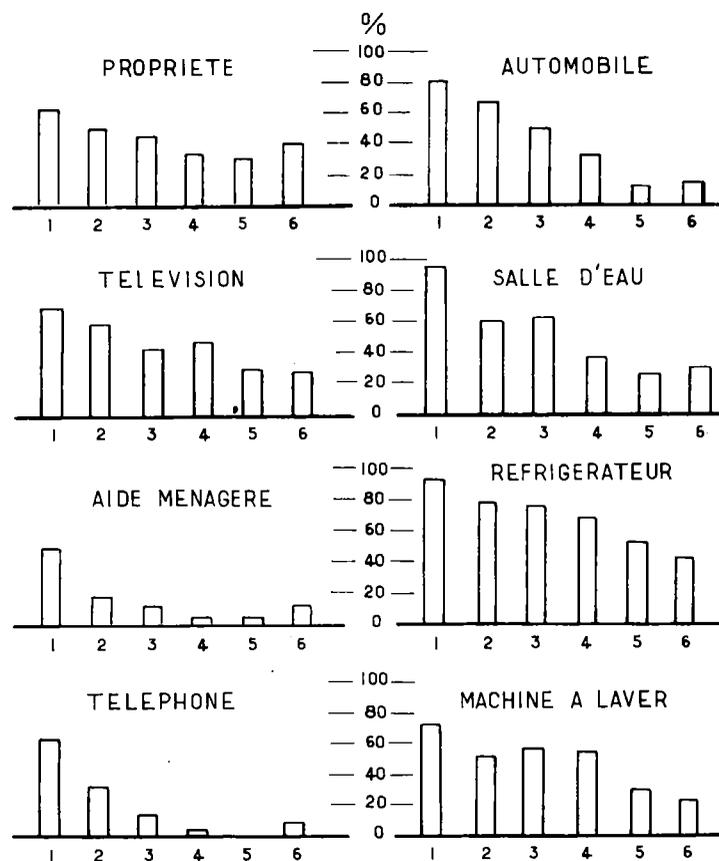
TABLEAU I

Composition de l'échantillon.

	Ensemble		Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3		Groupe 4		Groupe 5		Groupe 6	
	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
Nombre de ménages....	600	100	61	10	86	14	102	17	138	23	78	13	135	23
Nombre total de personnes	1 907		235		275		350		515		245		287	
Nombre moyen de personnes par ménage....	3,2		3,8		3,2		3,4		3,7		3,1		2,1	
Nombre d'enfants :														
moins de 3 ans.....	46	8	4	5	3	4	7	6	20	10	9	12	3	14
de 3 à 5 ans.....	66	12	7	9	4	5	11	9	27	13	14	20	3	14
de 6 à 9 ans.....	129	23	17	21	18	24	23	20	46	23	19	27	6	29
de 10 à 14 ans.....	146	26	21	26	17	23	39	33	50	25	14	20	5	24
15 ans et +.....	178	31	31	39	33	44	37	32	58	29	15	21	4	19
Total	565	100	80	100	75	100	117	100	201	100	71	100	21	100
Age moyen des enfants..	10		12		13		11		9		9		9	
Nombre moyen d'enfants par ménage	0,9		1,3		0,9		1,1		1,5		0,9		0,2	
Sexe du chef de ménage :														
sexe masculin	497	83	58	95	78	91	89	87	135	98	64	82	73	54
sexe féminin	103	17	3	5	8	9	13	13	3	2	14	18	62	46
Age moyen du chef de ménage	51		50		49		46		45		49		62	
Age moyen de la maîtresse de maison.....	49		46,5		46		45		43		50		60	
Nombre de maîtresses de maison travaillant	170	28	13	21	50	58	22	21,5	49	25,5	27	35	9	7
Profession de la maîtresse de maison :														
ind., cadre, profs lib....	10	6	7	54	—	—	3	14	—	—	—	—	—	—
commerçant-art.	58	34	2	15	42	84	—	—	9	18	2	7,5	3	34
employé, fonct. sub.	47	28	4	31	8	16	19	86	12	24	2	7,5	2	22
ouvrier qualifié	17	10	—	—	—	—	—	—	13	27	2	7,5	2	22
manœuvre	38	22	—	—	—	—	—	—	15	31	21	77,5	2	22
	170	100	13	100	50	100	22	100	49	100	27	100	9	100
Nombre moyen de salaires entrant dans le ménage..	1,3		1,4		1,7		1,2		1,6		1		—	

Groupe 1 : industriels, cadres supérieurs, professions libérales.
 Groupe 2 : commerçants, artisans.
 Groupe 3 : employés, fonctionnaires subalternes.
 Groupe 4 : ouvriers qualifiés.
 Groupe 5 : manœuvres.
 Groupe 6 : sans profession.

Il semble qu'actuellement la plupart des groupes socio-économiques tendent à s'aligner sur une échelle de niveau de vie plus ou moins standard et d'ailleurs en évolution constante.



GRAPHIQUE 1. — Signes de niveaux de vie suivant l'appartenance sociale du chef de famille.

- Groupe 1. Industriels, cadres supérieurs, professions libérales.
- Groupe 2. Commerçants, artisans.
- Groupe 3. Employés, fonctionnaires subalternes.
- Groupe 4. Ouvriers qualifiés.
- Groupe 5. Manœuvres.
- Groupe 6. Sans profession.

Il va sans dire que cette observation, limitée aux aspects apparents du niveau de vie, ne peut être généralisée à l'ensemble des comportements et des manières d'être, dont la variété et la multiplicité, suivant les régions, restent grandes en France.

TABLEAU II

Signes de niveau de vie
selon les catégories socio-professionnelles.

	Ensemble		Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3		Groupe 4		Groupe 5		Groupe 6	
	Nb.	%												
<i>Nombre de signes de niveau de vie.</i>														
0 signe	100	17	—	—	1	1	4	4	21	15	26	33	48	35,5
1 et 2 signes	160	27	3	5	17	20	24	24	39	28	29	37	48	35,5
3 et 4 signes	189	31	11	18	35	41	44	43	56	41	19	25	24	18
5 signes et +	151	25	47	77	33	38	30	29	22	16	4	5	15	11
	600	100	61	100	86	100	102	100	138	100	78	100	135	100
<i>Nombre moyen de signes de niveau de vie par ménage</i>														
	3,0		5,8		4,1		3,5		2,7		1,7		1,8	
<i>Éléments de confort.</i>														
Propriété	251	42	38	62	44	51	47	46	46	33	23	29	53	39
Automobile	229	38	49	80	57	66	52	51	45	33	9	12	17	13
Télévision	259	43	42	69	52	60	44	43	64	46	22	28	35	26
Salle d'eau	274	46	58	95	51	59	62	61	48	35	17	22	38	28
Aide ménagère	75	13	30	49	14	17	11	11	4	3	2	3	14	10
Réfrigérateur	393	66	57	93	67	78	78	76	92	67	41	53	58	43
Téléphone	89	15	37	61	27	31	12	12	3	2	—	—	10	7
Machine à laver	261	44	43	70	43	50	55	54	72	52	21	27	27	20
<i>Nombre moyen de personnes par pièce</i>														
	1,1		0,8		1,0		1,1		1,4		1,4		0,9	

II. — ORIGINE DE LA MAÎTRESSE DE MAISON

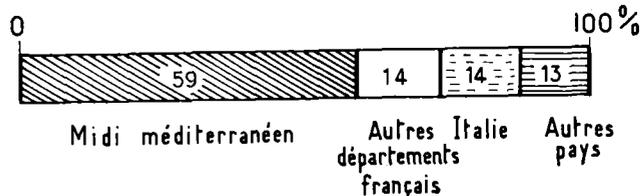
Les habitudes alimentaires dépendant dans une large mesure des traditions régionales, on a étudié dans les analyses qui suivent les origines géographiques des maîtresses de maison, qui, en dépit de leur changement de résidence, restent fidèles, la plupart du temps, à leur formation ménagère originelle.

Le graphique 2 indique les origines diverses, à savoir :

Midi méditerranéen (1)	59 %	} 73 %
Autres départements français	14 %	
Italie	14 %	
Autres pays	13 %	

(1) Alpes-Maritimes, Basses-Alpes, Var, Bouches-du-Rhône, Vaucluse, Drôme, Ardèche, Gard, Hérault, Aude, Pyrénées-Orientales, Corse.

Le tableau IV indique les origines suivant le milieu socio-économique. C'est le groupe des professions intellectuelles qui compte la plus forte proportion de Françaises non méditerranéennes (17 sur 55, soit 31 %). Les milieux des manœuvres et des ouvriers qualifiés comptent la plus forte proportion d'Italiennes d'origine (22 % et 17 %) (ensemble 14 %).



GRAPHIQUE 2. — Origine géographique des maîtresses de maison.

TABLEAU III

Lieu d'origine de la maîtresse de maison, selon les groupes socio-professionnels.

Pays.	Ensemble	Groupes					
		1	2	3	4	5	6
	%	%	%	%	%	%	%
France	73	90	66	87	67	62	71
Italie	14	5	14	4,5	17	22	18,5
Espagne	3						
Autres pays d'Europe continentale	2	5	20	8,5	16	16	10,5
Algérie	2						
Autres pays méditerranéens	4						
Divers	2						
	100	100	100	100	100	100	100
<i>Département (seulement pour la France).</i>							
Normandie-Bretagne	1						
Nord et région parisienne	3,5						
Nord-Est	3						
Ouest	1	31	19	25	18	6	19
Centre	1						
Jura-Alpes du Nord	3,5						
Sud-Ouest	4						
Massif Central	3						
Midi méditerranéen	80	69	81	75	82	94	81
	100	100	100	100	100	100	100
<i>Genre de localité.</i>							
Grande ville (100 000 habitants et +)	51	60	49	50	55	49	47
Petite ville (de 5 000 habitants à — de 100 000 habitants)	19	20	21	18	17	22	18
Localité industrielle	3	2	1	2	4	5	4
Localité semi-rurale	7	8	7	10	6	8	6
Localité rurale	18	10	20	18	17	16	21
Hameau	2	—	2	2	1	—	4

III. — AGE DE LA MAÎTRESSE DE MAISON

L'âge ayant une incidence sur le comportement, comme on le verra dans la suite de cet exposé, l'échantillon a été divisé en 4 grands groupes, à savoir :

	Nombre de cas	%	Nombre moyen de personnes par ménage
Groupe 1 : jusqu'à 35 ans.....	90	15	4
Groupe 2 : de 36 à 50 ans.....	226	38	3,8
Groupe 3 : de 51 à 65 ans.....	190	32	2,6
Groupe 4 : 66 ans et plus.....	91	15	2,1
Ensemble	597	100	3,2

Comme on le voit, il existe une relation entre le vieillissement et la dimension de plus en plus réduite des familles.

IV. — LE CRITÈRE « UNITÉ DE CONSOMMATION »

Pour permettre des comparaisons valables entre différents types de familles, hétérogènes par le nombre, l'âge et le sexe des personnes qui les composent, il est d'usage dans certaines études de budget de famille d'adopter un coefficient familial tenant compte de ces variations de composition.

L'expérience a montré que, dans les pays de civilisation occidentale, si l'on admettait que la dépense budgétaire pour un homme à partir de 15 ans pouvait être fixée au coefficient 1,00, elle devait être ramenée,

pour une femme de 15 ans et plus, à	0,85
pour un enfant de 10 à 14 ans, à	0,70
pour un enfant de 6 à 9 ans, à	0,60
pour un enfant de 3 à 5 ans, à	0,50
et pour un enfant de moins de 3 ans, à	0,33

Ces évaluations concernent toutefois les dépenses budgétaires *totales*, mais ne peuvent être appliquées indifféremment aux différents chapitres des dépenses particulières. Dans le domaine des aliments notamment, il existe de grandes variations; on sait, par exemple, que bien des enfants consomment plus de pain et de lait que les adultes.

Toutefois, dans le cas particulier de la consommation des matières

grasses, les taux recommandés par âge et par sexe (1) coïncident à peu de chose près avec les coefficients ci-dessus, que nous avons donc adoptés.

Dans la présente enquête, l'unité de consommation a été calculée en additionnant pour chaque famille les coefficients individuels et en divisant le total par le nombre de commensaux.

Ces quotients, variables d'une famille à l'autre, ont servi de base à la constitution des groupes suivants :

- de 0,65 à 0,74, 1^{er} échelon, constituant le groupe U 0,7
- de 0,75 à 0,84, 2^e échelon, constituant le groupe U 0,8
- de 0,85 à 0,94, 3^e échelon, constituant le groupe U 0,9
- de 0,95 à 1,00, 4^e échelon, constituant le groupe U 1,0

On a retiré des groupes U 0,9 et U 1,0 deux types de ménages : les couples et les isolés qui, de par leurs structures, méritaient d'être analysés séparément.

Le tableau IV présente la composition de l'échantillon selon le critère d'unité de consommation, chaque groupe correspondant à un certain type de ménage, allant des familles nombreuses comptant beaucoup de jeunes enfants, aux familles restreintes comptant quelques adolescents, enfin, les couples et les personnes isolées :

	Nombre moyen		Âge des enfants
	de personnes	d'enfants	
Groupe U 0,7	5	2,8	En majorité, moins de 6 ans.
Groupe U 0,8	4,7	2,3	En majorité de 6 à 14 ans.
Groupe U 0,9	3,7	1,1	En majorité de 15 à 20 ans.
Groupe U 1,0	3,2	0,5	De 15 à 20 ans seulement.
Couples	2	—	
Isolées	1	—	

L'analyse des groupes d'unités de consommation suivant la profession du chef de ménage montre qu'à l'exception du groupe U 0,7, qui comprend une majorité d'ouvriers qualifiés et de manœuvres (50 % et 20 %), les différentes professions sont à peu près également représentées dans les autres groupes.

Par contre, le groupe des personnes isolées, dont les 2/3 sont des retraitées, ne comprend aucune personne du groupe 1 (indust., cadres, prof. lib.). Son niveau de vie est plus bas que celui des autres catégories.

Les structures familiales, mises en évidence par l'application du critère « unité de consommation », apparaissent ainsi en corrélation avec les niveaux sociaux et le niveau de vie.

(1) TRÉMOLIÈRES, (J.), SERVILLE (Y.) et JACQUOT (R.) : *Manuel élémentaire d'alimentation humaine*, tome 3. 1956. pp. 88-89. Les Editions sociales françaises.

TABLEAU IV

Composition de l'échantillon
selon les unités de consommation.

	Ensemble	U 0,7	U 0,8	U 0,9	U 1,0	Couples	Isolées
Nombre d'enquêtes	600	46	95	183	48	165	63
Nombre d'enquêtes : %	100	8	16	31	8	27	10
Nombre moyen de personnes par ménage	3,2	5	4,7	3,7	3,2	2	1
Distribution du nombre d'enfants jusqu'à 20 ans :							
moins de 3 ans	46	33	13	—	—	—	—
de 3 à 5 ans	66	34	27	5	—	—	—
de 6 à 9 ans	129	38	80	11	—	—	—
de 10 à 14 ans	146	20	59	67	—	—	—
de 15 à 20 ans	178	4	38	112	24	—	—
Nombre total	565	129	217	195	24	—	—
Nombre moyen d'enfants par ménage	0,9	2,8	2,3	1,1	0,5	—	—
Nombre moyen d'unités de consommation par personne	0,86	0,69	0,79	0,89	0,96	0,95	0,90
<i>Profession du chef de ménage.</i>	%	%	%	%	%	%	%
Cadres, prof. lib., ind.	10	8	12	16	8	8	—
Commerçants, Artisans	14	2,5	16	17	8	17	8
Fonct. sub. Employés	17	17	21	20	29	10	9,5
Ouvriers qualifiés	23	50	32	22	21	20	1,5
Manœuvres	13	20	10	12	17	14	11
Sans profession	23	2,5	9	13	17	31	70
	100	100	100	100	100	100	100
<i>Nombre de signes de niveau de vie.</i>							
0 signe	17	13	8,5	4	19	25	48
1 et 2 signes	27	35	10,5	22	37	32	35
3 et 4 signes	31	26	48	38	19	26	14
5 signes et +	25	26	33	36	25	17	3
	100	100	100	100	100	100	100
Nombre moyen de signes de niveau de vie par ménage	3	3	3,8	3,9	2,8	2,4	1,2
U 0,7 : de 0,65 à 0,74 u. c. U 0,8 : de 0,75 à 0,84 u. c. U 0,9 : de 0,85 à 0,94 u. c. U 1,0 : de 0,95 à 1,00 u. c. Couples : 0,95 u. c. Isolés : 0,90 u. c.							

CHAPITRE II

LES ACHATS

On a analysé dans ce chapitre le choix de matières grasses suivant leur provenance et leur conditionnement, leur importance et leur fréquence, enfin, suivant les réactions des maîtresses de maison à l'égard de la publicité.

I. — CHOIX DES CORPS GRAS

Le tableau V indique la fréquence des consommations de matières grasses. C'est l'huile d'arachide pure, le beurre et l'huile d'olive qui viennent en tête (83 %; 77 %; 57 %).

a) MOTIFS DES ACHATS

Le tableau VI donne les motifs justifiant les préférences et les abstentions.

C'est par goût (plus de 70 % des cas) que l'on consomme des produits à saveur bien déterminée, mais plus chers, comme le beurre, la crème, l'huile d'olive.

TABLEAU V
Variations de fréquence
dans l'utilisation des matières grasses.
Ensemble.

	Habituel- lement	Assez souvent	Rarement	Pas du tout
	%	%	%	%
Huile d'arachide pure	83	5	2	10
Beurre	77	15	5	3
Huile d'olive	57	8	5	30
Margarine	9	11	11	69
Huile de table	7	0,5	0,5	92
Lard. Petit salé	6	44	36	14
Crème	2	10	28	60
Saindoux	0,5	5	13,5	81
Huile de tournesol	0,5	0,5	0,5	98,5
Végétaline	—	2	2	96
Graisses de bœuf et veau	—	2	9	89
Huile de noix	—	—	0,5	99,5
Huile de colza	—	—	—	100
Autres graisses (huile de maïs- huiles de régime)	2	0,5	0,5	97

Raisons de consommation et de non-consommation
des principaux corps gras.
Ensemble.

	Consommation régulière	Non- consommation
Beurre :	%	%
Goût	72	27
Santé	16	62
Raison culinaire	4	4
Habitude	7	—
Autres raisons	1	7
	100	100
Margarine :		
Goût	16	39
Santé	20	13
Economie	34	3
Habitude	5	27
Raison culinaire	25	8
Autres raisons	—	4
Pas d'avis	—	6
	100	100
Crème :		
Goût	79	41
Santé	6	18
Prix	—	3
Habitude	—	24
Autres raisons	1	3
Raison culinaire	14	11
	100	100
Huile d'olive :		
Goût	74	59
Santé	16	12
Prix	2	21
Habitude	6	3
Autres raisons	2	5
	100	100
Huile d'arachide :		
Goût	48	19
Habitude	32	6
Santé	5,5	23
Raison culinaire	9	7
Prix	4,5	37
Autres raisons	1	8
	100	100
Huile de table :		
Goût	6,5	30
Habitude	18	33
Economie	67	0,5
Pas d'avis	—	25
Autres raisons	8,5	4,5
Santé	—	7
	100	100

Des raisons de santé ne sont invoquées pour le beurre et l'huile d'olive que dans 16 % des cas.

C'est aussi par goût, mais dans une faible proportion (48 %), qu'on achète de l'huile d'arachide, c'est également par habitude (32 %).

L'huile dite de table (1) est achetée par économie.

20 % des familles consomment régulièrement de la margarine, surtout par économie, mais aussi pour des raisons de tour de main culinaire.

b) MOTIFS DE NON-CONSOMMATION

Sur les 8 % de foyers ne consommant pas régulièrement de beurre, la raison santé semble dominer dans 3/4 des cas.

L'achat de l'huile d'olive est épisodique chez 35 % des ménagères, surtout pour une question de goût (59 %), mais aussi par économie (21 %).

Les Marseillaises ne sont guère intéressées par la margarine, puisque 80 % ne l'utilisent pas en cuisine de façon courante, par inappétence ou par manque d'habitude.

C'est encore pour une question de goût et d'habitude que 88 % des foyers s'abstiennent de crème.

Alors que le petit salé est utilisé dans 50 % des cas, surtout pour des raisons d'ordre culinaire, le saindoux est très peu employé dans la cuisine méridionale, les ménagères ne l'aimant pas. Il en est de même pour la végétaline et les graisses de viande.

L'emploi d'huiles diverses, de noix, de colza, de tournesol, est très rare.

On note enfin des achats d'huiles diététiques (de maïs principalement) dans 3 % seulement des familles (malades atteints de troubles cardiovasculaires).

Quand on s'abstient de certains produits, c'est surtout par goût et par habitude, la raison de santé ne venant qu'en troisième rang. Peut-être s'ajoute-t-il dans les pays producteurs d'huile une certaine méfiance instinctive à l'égard des produits industrialisés.

c) VARIATIONS

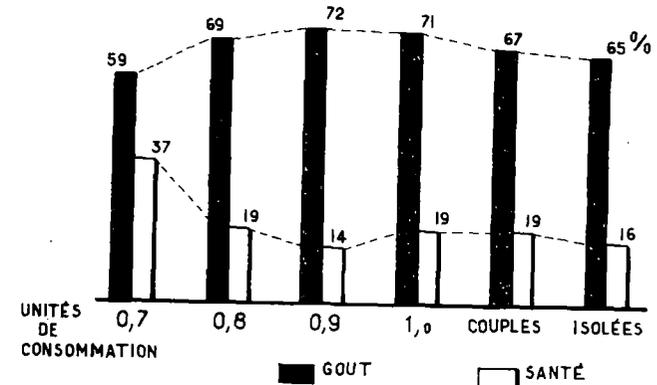
Plus le nombre d'enfants est élevé, plus la santé est invoquée pour justifier la préférence pour le beurre, alors que les familles restreintes mettent l'accent sur le goût.

(1) L'huile dite de « table », vendue à Marseille, est une huile sans goût, dont la composition n'est pas révélée. Elle est formée d'un mélange d'huiles différentes, dans des proportions variables (huile de pépins de raisin, de colza, de tournesol ou d'arachide, etc.). Elle est moins bonne que l'huile d'olive ou d'arachide, mais coûte moins cher.

C'est ce que montrent les analyses suivant le critère « unité de consommation ».

L'appartenance sociale a peu d'influence sur les attitudes à l'égard du beurre, choisi dans 70 à 74 % des cas par « goût ».

Le groupe des professions intellectuelles, régionalement moins enraciné que les autres groupes (1) montre un peu plus d'intérêt pour la margarine (15 % d'abstention au lieu de 30 %) et un peu moins pour l'huile d'olive (68 % d'abstention au lieu de 57 %).



GRAPHIQUE 3. — Raisons pour lesquelles on consomme régulièrement du beurre, suivant les catégories d'unités de consommation.

Variations en fonction du lieu d'origine.

C'est surtout pour l'huile d'olive que le goût constitue un motif déterminant suivant l'origine géographique :

	Motifs invoqués	
	Goût	Santé
Italiennes d'origine	87 %	7 %
Françaises d'origine	66 %	21 %

Quant au beurre, l'argument « santé » est plutôt invoqué par les maîtresses de maison originaires des pays autres que la France et l'Italie.

La margarine est surtout achetée pour des raisons d'économie.

Italiennes d'origine	50 %
Françaises d'origine	31 %

ces dernières sont également nombreuses à justifier leurs achats en invoquant le tour de main culinaire (28 %).

C'est par habitude qu'une fraction importante des Italiennes d'origine (39 %) consomment de l'huile d'arachide.

(1) Origines méditerranéennes :

professions intellectuelles	69 %
autres groupes	82 %

TABLEAU XI

Conditionnement des achats
selon les tranches d'unité de consommation.

	Ensemble	U 0,7	U 0,8	U 0,9	U 1,0	Couples	Isolés
	%	%	%	%	%	%	%
Beurre :							
Au détail	20	22	14	19	19	19	36
En pain	56	59	62	57	64	54	43
Au détail et en pain	24	19	24	24	17	27	21
	100	100	100	100	100	100	100
Huile d'olive :							
Au détail	25	17	9	22	21	36	36
En emballage cacheté.....	68	66	83	70	73	60	56
Au détail et en emballage cacheté	7	17	8	8	6	4	8
	100	100	100	100	100	100	100
Huile d'arachide :							
Au détail	25	15	22	21	26	28	35
En emballage cacheté.....	70	80	71	74	65	67	63
Au détail et en emballage cacheté	5	5	7	5	9	5	2
	100	100	100	100	100	100	100
Moyenne de conditionnement pour les trois denrées ci-dessus :							
Achat au détail	23	18	15	21	22	28	36
Achat en emballage cacheté.....	65	68	72	67	67	60	54
Achat au détail et en emballage cacheté	12	14	13	12	11	12	10
	100	100	100	100	100	100	100

TABLEAU XII

Conditionnement des achats
selon l'âge de la maîtresse de maison.

	Ensemble	Jusqu'à 35 ans	De 36 à 50 ans	De 51 à 65 ans	66 ans et +
	%	%	%	%	%
Beurre :					
Au détail	20	19	14	26	23
En pain	56	57	61	54	51
Au détail et en pain	24	24	25	20	26
	100	100	100	100	100
Huile d'olive :					
Au détail	25	14	17	29	44
En emballage cacheté.....	68	71	76	65	53
Au détail et en emballage cacheté	7	15	7	6	3
	100	100	100	100	100
Huile d'arachide :					
Au détail	25	14	23	23	39
En emballage cacheté.....	70	81	71	71	57
Au détail et en emballage cacheté	5	5	6	6	4
	100	100	100	100	100
Moyenne de conditionnement pour les trois denrées ci-dessus :					
Achat au détail	23	15,5	18	26	35
Achat en emballage cacheté.....	65	70	69	63	54
Achat au détail et en emballage cacheté	12	14,5	13	11	11
	100	100	100	100	100

maitresse de maison augmente et que les enfants sont moins nombreux.

4,5 % seulement des consommateurs de beurre font des achats dépassant 375 g; ce pourcentage s'élève à 8 et 9 % dans les groupes des cadres, industriels, professions libérales et commerçants, alors que les manœuvres, les isolés et les familles nombreuses achètent le beurre par plus petites quantités.

L'importance des achats semble surtout conditionnée par la périodicité du revenu (journalier, hebdomadaire, mensuel) et par la possession d'un frigidaire, qui ne doit plus être considéré comme un équipement de luxe dans le midi de la France. Si la presque totalité du groupe I (93 %) en est pourvue, presque la moitié des retraités (43 %) en dispose également.

b) MARGARINE ET VÉGÉTALE

La margarine s'achète le plus souvent par pain unique de 250 g.

Parmi les consommateurs de végétaline :

53 % l'achètent par pain de 200 g,
et 47 % l'achètent par pain de 400 g.

TABLEAU XIV

Importance des achats
selon les tranches d'unité de consommation.

	Ensemble	U 0,7	U 0,8	U 0,9	U 1,0	Couples	Isolés
Beurre :	%	%	%	%	%	%	%
Moins de 187 g	43,5	35	29	36	44	54	75
De 187 g à 374 g	38	48	48	46	40	29	11
375 g et +	4,5	—	7	5	2	4	—
Quantités variables	14	17	16	13	14	13	14
	100	100	100	100	100	100	100
Huile d'olive :							
Moins d'un litre	6	3	5	2	3	7	23
Par litre	72	73	73	69	73	73	71
+ d'un litre à 3 litres	7	3	6	11	15	4	—
+ de 3 litres	11	18	11	11	9	13	3
Quantités variables	4	3	5	7	—	3	3
	100	100	100	100	100	100	100
Huile d'arachide :							
Moins d'un litre	2	—	1	1	—	2	11
Par litre	70	68	68	63	70	76	87
+ d'un litre à 3 litres	11	17	10	13	9	10	2
+ de 3 litres	13	15	18	17	17	4	—
Quantités variables	4	—	3	6	4	8	—
	100	100	100	100	100	100	100

c) HUILE D'OLIVE ET D'ARACHIDE

Les huiles (olive, arachide, huile de table) s'achètent généralement par litre.

On note des quantités supérieures (3 litres et plus) surtout dans les milieux aisés avec des enfants.

TABLEAU XV

Importance des achats
selon l'âge de la maitresse de maison.

	Ensemble	Jusqu'à 35 ans	De 36 à 50 ans	De 51 à 65 ans	66 ans et +
Nombre moyen de personnes par ménage	3,2	4	3,8	2,6	2,1
Beurre :	%	%	%	%	%
Moins de 187 g	43,5	35	34	51	64
De 187 g à 374 g	38	48	46	32	21
375 g et +	4,5	4	5	2	2
Quantités variables	14	13	15	15	13
	100	100	100	100	100
Huile d'olive :					
Moins d'un litre	6	3	5	6,5	11
Par litre	72	71	74	65	80
+ d'un litre à 3 litres	7	4	8	9,5	4
+ de 3 litres	11	15	9	14	3
Quantités variables	4	7	4	5	2
	100	100	100	100	100
Huile d'arachide :					
Moins d'un litre	2	2	1	2	5
Par litre	70	61	71	73	75
+ d'un litre à 3 litres	11	15	11	9	8,5
+ de 3 litres	13	18	14	11	10
Quantités variables	4	4	3	5	1,5
	100	100	100	100	100

V. — FACTEURS PSYCHOLOGIQUES (Cf. tableaux XVI, XVII, XVIII.)

— A la question « *Suivez-vous habituellement une marque* » ? on obtient 62 % de réponses affirmatives, pour l'ensemble des produits : en moyenne, 66 % dans les groupes les plus aisés (1, 2, 3 et 4) et 55 % dans les groupes 5 et 6 (manœuvres et sans profession); pour le beurre, l'écart entre ces deux catégories est plus marqué (50 % et 39 %).

— A la question « *Etes-vous sensible à la publicité* » ? on obtient seulement 13,5 % de réponses affirmatives; sans doute, l'art du publiciste consiste-t-il à agir autant sur l'inconscient que sur la conscience claire.

On note toutefois des différences sensibles suivant le milieu social :

— déclarent être sensibles à la publicité : 20 % des foyers dans le groupe 1 (professions intellectuelles);

TABLEAU XVI
*Facteurs psychologiques
selon les groupes socio-professionnels.*

	Ensemble	Groupes					
		1	2	3	4	5	6
<i>Ménages suivant habituellement une marque.</i>	%	%	%	%	%	%	%
Beurre	46	53	48	48	53	38	39
Margarine	93	96	100	93	96	90	87,5
Huile d'olive	53	62	59	53	56	38	48
Huile d'arachide	56	63	48	60	66	47	49
<i>% moyen</i>	62	68,5	64	63,5	68	53	56
<i>Ménages sensibles à la publicité.</i>							
Beurre	6	12	5	8	5	5	5
Margarine	18	24	17	19	20	29	6
Huile d'olive	7	13	10	4	7	7	6
Huile d'arachide	23	31	23	26	25	20	17
<i>% moyen</i>	13,5	20	13,5	14	14	15	8,5
<i>Ménages achetant les produits en réclame.</i>							
Beurre	13	20	12	10	12	16	15
Margarine	9	12	6	10	7	24	3
Huile d'olive	7	9	7	3	6	17	8
Huile d'arachide	17	19	13	15	24	15	16
<i>% moyen</i>	11,5	15	9,5	9,5	12	18	10,5

— déclarent être sensibles à la publicité : 14 % des foyers dans les groupes 2, 3, 4 et 5;

— déclarent être sensibles à la publicité : 8 % des foyers dans le groupe 6 (sans profession).

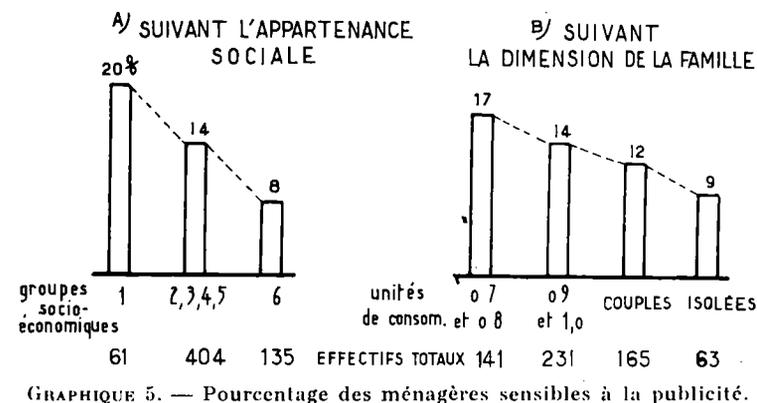
La dimension de la famille est également un facteur de variation :

Groupes U 0,7 et 0,8	17 %
Groupes U 0,9 et 1,0	14 %
Couples	12 %
Femmes seules	9 %

L'âge a aussi une influence sur l'attitude à l'égard de la publicité :

— jusqu'à 35 ans, 16 % des ménagères déclarent y être sensibles;

— au-delà, la proportion tombe à 11 %.



« *Achetez-vous les produits en réclame* » ?

La réponse est affirmative dans 11,5 % des cas. Le pourcentage s'élève à 22 % dans le groupe U 0,7 qui compte plus d'enfants en bas âge.

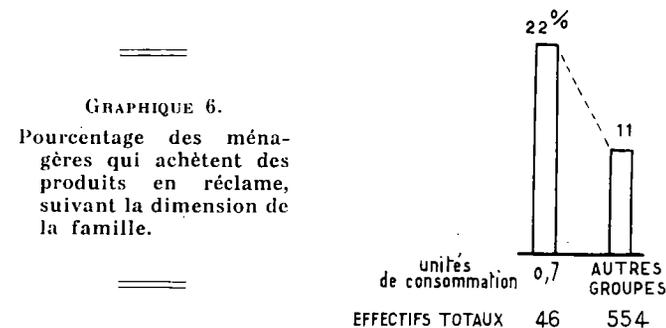


TABLEAU XVII
*Facteurs psychologiques
selon les tranches d'unité de consommation.*

	Ensemble	U 0,7	U 0,8	U 0,9	U 1,0	Couples	Isolés
<i>Pour les denrées suivantes : beurre, margarine, huile d'olive, huile d'arachide (% moyen) :</i>	%	%	%	%	%	%	%
<i>Suivent habituellement une marque</i>	62	63	66,5	65	58	61	55
<i>Sont sensibles à la publicité.</i>	13,5	16	18	13,5	17	11,2	9
<i>Achètent les produits en réclame</i>	11,5	22	14	8,5	12,5	11	12

TABLEAU XVIII

*Facteurs psychologiques
selon l'âge de la maîtresse de maison.*

	Ensemble	Jusqu'à 35 ans	De 35 à 50 ans	De 51 à 65 ans	66 ans et +
	%	%	%	%	%
<i>Pour les denrées suivantes : beurre, margarine, huile d'olive, huile d'arachide (% moyen) :</i>					
<i>Suivent habituellement une marque</i>	62	65	66	59	58
<i>Sont sensibles à la publicité.</i>	13,5	15	16,5	11	11
<i>Achètent les produits en réclame</i>	11,5	12	13	10	12

En résumé, ce sont les foyers qui appartiennent aux professions intellectuelles et ceux qui comptent le plus de jeunes enfants qui ont le plus conscience d'être sensibles à la publicité et semblent le plus à l'affût des nouveautés.

CHAPITRE III

LA CONSOMMATION

I. — UTILISATION DES CORPS GRAS

Dans ce chapitre, on a étudié la fréquence d'utilisation des corps gras suivant plusieurs critères, leur mode d'emploi dans les préparations culinaires, ainsi que l'opinion des ménagères sur le niveau de satisfaction de leurs besoins.

1° FRÉQUENCE D'UTILISATION (Cf. tableaux V, XIX, XX, XXI, XXII.)

Le tableau V présente les variations de fréquence d'utilisation pour toutes les matières grasses étudiées, le graphique 7 schématise les principales consommations.

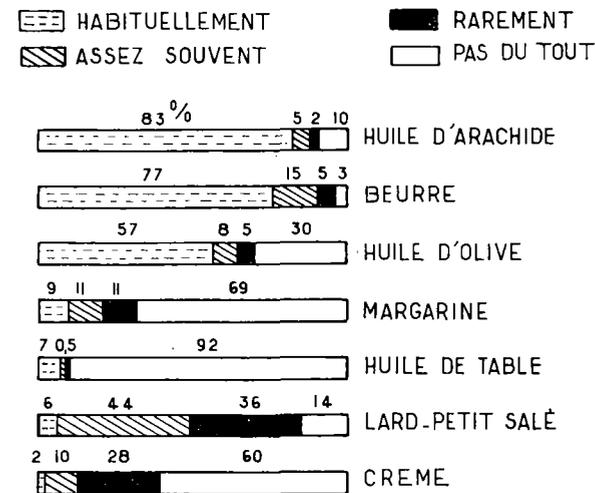
Trois corps gras font partie « habituellement » de l'alimentation marseillaise : le beurre, l'huile d'arachide et l'huile d'olive.

Comme nous l'avons dit précédemment, la margarine y semble peu utilisée, 2 fois moins qu'à Saint-Etienne.

Le lard et le petit salé ne sont pas employés « habituellement » dans les préparations culinaires, mais sont consommés assez souvent. En revanche, le saindoux est très peu utilisé à Marseille.

La végétaline, les graisses de viande, les huiles secondaires non diététiques n'apparaissent pas dans les consommations habituelles.

En somme, l'éventail des matières grasses utilisées couramment est beaucoup plus limité (3 ou 4 produits) dans la région du Sud-Est que dans le Centre de la France.



GRAPHIQUE 7. — Fréquence d'utilisation des matières grasses.

Variations selon les groupes socio-professionnels.

La consommation habituelle de beurre est plus forte à Saint-Etienne qu'à Marseille, surtout dans le groupe 1 (prof. lib., cadres).

Elle est la même pour la margarine.

L'huile d'olive est 3 fois plus consommée à Marseille (57 % au lieu de 18 % à Saint-Etienne), en raison des habitudes régionales en pays de production.

Le saindoux semble très peu apprécié; on utilise de préférence le petit salé.

Variations selon les signes de niveau de vie.

Le niveau de vie est en relation avec la consommation des produits chers (beurre et huile d'olive) (cf. graphique 8).

TABLEAU XIX

Fréquence d'utilisation de quelques matières grasses
selon les groupes socio-professionnels.
Comparaison avec Saint-Etienne.

	Ensemble	Groupes					
		1	2	3	4	5	6
Beurre.	%	%	%	%	%	%	%
Habituellement :							
Marseille	77	85	80	82	86	79	59
Saint-Etienne	87	93	87	87	86	85	—
Margarine.							
Habituellement :							
Marseille	9	12	7	13	10	9	7
Saint-Etienne	19	18	17	19	20	19	—
Huile d'olive.							
Habituellement :							
Marseille	57	77	58	57	59	36	56
Saint-Etienne	18	32	32	18	15	9	—
Néant :							
Marseille	30	10	29	26	29	45	34
Saint-Etienne	72	59	62	73	71	82	—
Huile d'arachide + huile de table.							
Habituellement :							
Marseille	90	87	88	90	94	98	86
Saint-Etienne	86	77	76	88	89	87	—
Saindoux.							
Néant :							
Marseille	81	69	85	78	78	85	87
Saint-Etienne	67	80	65	66	68	72	—
Lard. Petit salé.							
Néant :							
Marseille	14	7	14	11	8	18	22
Saint-Etienne	21	21	24	20	20	18	—

(—) le renseignement n'existe pas.

Variations selon les tranches d'unités de consommation.

Ce sont les femmes seules et les couples qui comptent le plus de petits consommateurs de beurre ou d'abstinents (21 % et 13 %).

Les foyers où il y a le plus de jeunes enfants (U 0,7) sont les plus forts consommateurs d'huile de table (20 %), moins chère que l'huile d'arachide, et de petit salé (67 %).

TABLEAU XX

Utilisation des matières grasses
en fonction du niveau de vie.

	Ensemble	0 signe	1 et 2 signes	3 et 4 signes	5 signes et +
Beurre.	%	%	%	%	%
Habituellement :					
Marseille	77	64	74	82	83
Margarine.					
Habituellement :					
Marseille	9	6	7	11	11
Huile d'olive.					
Habituellement :					
Marseille	57	47	51	56	70
Huile d'arachide pure.					
Habituellement :					
Marseille	83	78	84	86	84
Saindoux. Panne.					
Aucune consommation	81	86	81	81	77
Lard. Petit salé.					
Aucune consommation	14	21	11	14	11
Crème.					
Aucune consommation	60	78	72	52	44

Variations selon l'âge de la maîtresse de maison.

La consommation régulière de diverses matières grasses tend à diminuer avec l'âge, sauf en ce qui concerne l'huile d'arachide.

Au-dessus de 65 ans, 12 % des maîtresses de maisons ne consomment pas de beurre, ou seulement rarement, sans doute pour des raisons d'économie ou de santé; alors qu'avant 35 ans, on ne compte aucune abstention.

TABLEAU XXII

Fréquence de consommation des corps gras
selon l'âge de la maîtresse de maison.

	Ensemble	Jusqu'à 35 ans	De 36 à 50 ans	De 51 à 65 ans	66 ans et +
Beurre :					
	%	%	%	%	%
Habituel. et assez souvent..	92	100	94	89	88
Rarement et pas	8	—	6	11	12
	100	100	100	100	100
Margarine :					
Habituel. et assez souvent..	20	28	23	17	14
Rarement et pas	80	72	77	83	86
	100	100	100	100	100
Crème :					
Habituel. et assez souvent..	12	15	11	11	9
Rarement et pas	88	85	89	89	91
	100	100	100	100	100
Huile d'olive :					
Habituel. et assez souvent..	65	61	65	71	56
Rarement et pas	35	39	35	29	44
	100	100	100	100	100
Huile d'arachide :					
Habituel. et assez souvent..	88	86	93	87	84
Rarement et pas	12	14	7	13	16
	100	100	100	100	100
Lard. Petit salé :					
Habituel. et assez souvent..	50	68	51	46	42
Rarement et pas	50	32	49	54	58
	100	100	100	100	100

2° MODE D'UTILISATION DES CORPS GRAS

Le tableau XXIII indique le choix du corps gras utilisé dans quelques préparations culinaires représentatives de chaque type de cuisson.

Le beurre s'emploie principalement pour la purée, dans 91 % des cas.

Parmi les ménagères qui font elles-mêmes leur pâtisserie, 52 % se servent de beurre seul, 18 % de margarine et 26 % de mélange.

L'huile d'olive est surtout employée pour assaisonner les salades (61 % des cas).

TABLEAU XXIII

Utilisation des corps gras dans quelques préparations.
Ensemble.

	%		%
Fritures de poisson.			
Huile d'arachide	84		
Huile d'olive	3		
Autres huiles	7		
Autres matières grasses...	2		
Mélange de mat. grasses...	4		
	100		100
Pâtisserie.			
		Beurre	52
		Mélange de mat. grasses...	26
		Margarine	18
		Autres matières grasses...	4
			100
Viande en sauce.			
Huile d'arachide	56	Purée de pommes de terre.	
Mélange de mat. grasses...	30		
Huile d'olive	4		
Autres huiles	4		
Matières grasses diverses...	6		
	100		100
Rôtis.			
Mélange de mat. grasses...	48	Pommes de terre frites.	
Huile d'arachide	34,5		
Beurre	5		
Margarine	3		
Huile d'olive	3		
Matières grasses diverses...	5,5	Huile d'arachide	83
Aucune matière grasse	1	Mélange de mat. grasses...	5
	100	Huile d'olive	2,5
		Autres huiles	7
		Autres matières grasses...	2,5
			100
Œufs au plat.			
Huile d'arachide	51	Pommes de terre sautées.	
Beurre	31		
Huile d'olive	8		
Autres matières grasses...	7		
Mélange de mat. grasses...	3		
	100		100
Omelette.			
Huile d'arachide	72	Salades.	
Beurre	8		
Mélange de mat. grasses...	7		
Huile d'olive	4		
Autres matières grasses...	7		
Margarine	2	Huile d'olive	61
	100	Huile d'arachide	28,5
		Mélange d'huiles	5,5
		Autres huiles	5
			100

Les mélanges sont préférés par les mères de famille pour la préparation des rôtis (48 %) et des viandes en sauce (30 %).

Enfin, l'huile d'arachide s'utilise surtout dans la préparation des omelettes (72 %) et des fritures de poisson ou de pommes de terre (83 %).

Dans l'ensemble, le choix du corps gras utilisé semble adapté à la durée et à l'intensité de cuisson nécessaires : le beurre est choisi pour être ajouté à un aliment bouilli ou déjà revenu dans l'huile; l'huile d'arachide

TABLEAU XXIV

Utilisation des corps gras dans quelques préparations selon les groupes socio-professionnels.

	Ensemble	Groupes					
		1	2	3	4	5	6
% moyen des corps gras utilisés pour les préparations demandées (cf. tableau XXIII).	%	%	%	%	%	%	%
Huile d'arachide	47	42	47	47	46,5	51	45
Beurre	20	22	23	22	18	17	18
Mélange de matières grasses.	16	20	13	16,5	16	13	18
Huile d'olive	9	10,5	10	8	10	5,5	9,5
Margarine	3	4	1,5	3	4	2,5	3,5
Autres huiles	4	—	3,5	3	4,5	10	5
Autres graisses	1	1,5	2	0,5	1	1	1
	100	100	100	100	100	100	100

seule paraît préférée pour des préparations grasses cuites à la poêle.

Le tableau XXIV, montre que l'huile d'arachide est la plus utilisée chez les manœuvres, l'huile d'olive la moins utilisée.

On utilise souvent des mélanges de corps gras dans le groupe 1 (cadres, prof. lib.) pour les raisons suivantes :

Le goût	dans 58 % des cas.
Le tour de main culinaire	dans 22 % des cas.
La santé	dans 9 % des cas.
L'économie	dans 7 % des cas.
Autres raisons	dans 4 % des cas.

TABLEAU XXV

Préparations culinaires non effectuées selon les groupes socio-professionnels.

	Ensemble	Groupes					
		1	2	3	4	5	6
Ménages n'effectuant jamais les préparations suivantes :	%	%	%	%	%	%	%
Fritures de poisson	10	10	6	7	9	2,5	20
Viandes en sauce	14	13	14	10	8	5	28
Rôtis	6	—	4	4	4	5	16
Oeufs au plat	11	5	6	3	10	13	22
Omelette	6	3	5	3	2	6	12
Pâtisserie	51	36	53	34	44	60	70
Purée de pommes de terre...	5,5	3	4	4	4	6,5	10
Pommes de terre frites	7	7	5	4	5	2,5	16
Pommes de terre sautées...	13	3	13	6	11	9	26

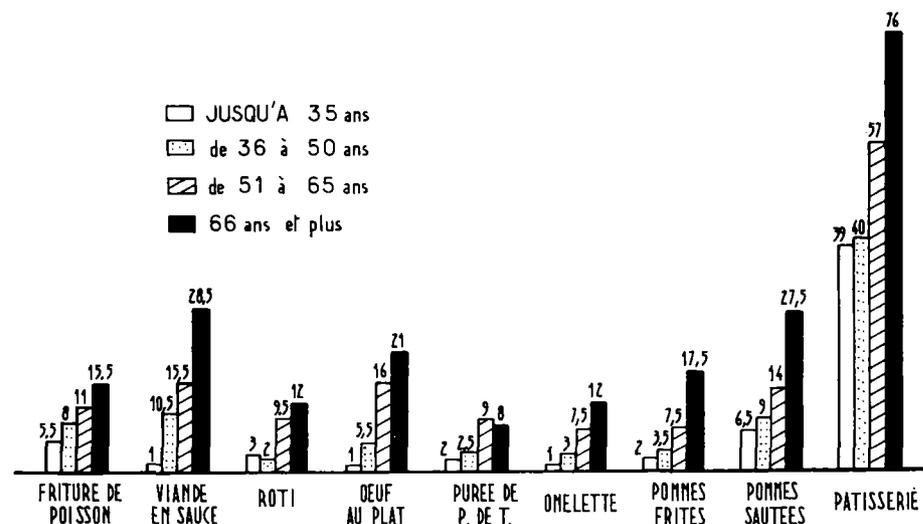
Les résultats précédents, relatifs aux graisses utilisées, ne concernent que les réponses affirmatives, un certain nombre de ménagères ne réalisant jamais certaines préparations (tableaux XXV et XXVI).

Le graphique 9 met en évidence une relation très nette entre le pourcentage des ménages n'effectuant pas certaines préparations et l'âge de la maîtresse de maison (qui semble devenir plus exclusive en vieillissant).

TABLEAU XXVI

Préparations culinaires non effectuées selon l'âge de la maîtresse de maison.

	Ensemble	Jusqu'à 35 ans	De 36 à 50 ans	De 51 à 65 ans	66 ans et +
Ménages n'effectuant jamais les préparations suivantes :	%	%	%	%	%
Fritures de poisson	10	5,5	8	11	15,5
Viandes en sauce	14	1	10,5	15,5	28,5
Rôtis	6	3	2	9,5	12
Oeufs au plat	11	1	5,5	16	21
Omelette	6	1	3	7,5	12
Purée de pommes de terre...	5,5	2	2,5	9	8
Pommes de terre frites	7	2	3,5	7,5	17,5
Pommes de terre sautées	13	6,5	9	14	27,5
Pâtisserie	51	39	40	57	76



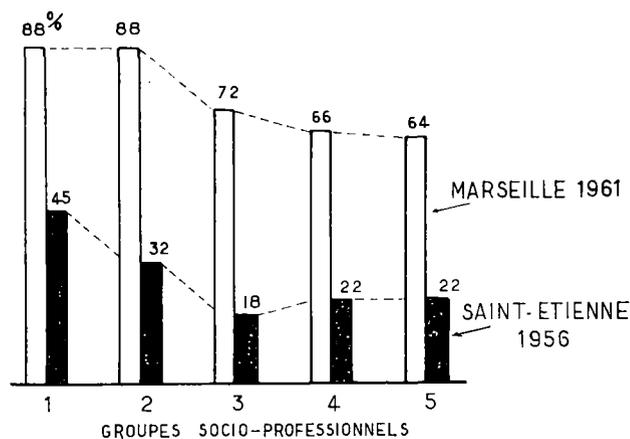
GRAPHIQUE 9. — Proportion des ménagères s'abstenant de certaines préparations culinaires suivant l'âge de la maîtresse de maison.

Le groupe des manœuvres (groupe 5) emploie moins de beurre en cuisine (58 %) que les milieux aisés (groupe 1) (87 %).

Les ouvriers qualifiés (groupe 4) utilisent assez souvent l'huile d'olive dans les préparations cuites (42 %).

3° NIVEAU DE SATISFACTION DES BESOINS
(Cf. tableaux XXVII, XXVIII, XXIX.)

Le graphique 10 fait apparaître un niveau de satisfaction des besoins beaucoup plus élevé à Marseille qu'à Saint-Etienne en 1956, quel que soit le groupe socio-professionnel.



GRAPHIQUE 10. — Comparaison, entre Marseille et Saint-Etienne, des niveaux de satisfaction des besoins en matières grasses (proportion des maîtresses de maison ne désirant pas augmenter leur consommation de beurre, d'huile d'olive, ou quelque autre matière grasse, suivant l'appartenance sociale).

Le tableau XXVII montre que le désir d'augmenter la consommation du beurre et de l'huile d'olive se trouve plus prononcé dans les milieux modestes qui, en revanche, désirent diminuer la consommation d'huile d'arachide et d'huile dite « de table ».

Le beurre et l'huile d'olive sont les corps gras les plus chers et le désir d'augmentation de leur consommation est, de ce fait, en rapport avec le nombre de signes de niveau de vie (tableau XXVII).

Le tableau XXIX montre que les femmes seules et les familles comptant de jeunes enfants sont les moins comblées en beurre et en huile d'olive, dont elles voudraient augmenter la consommation aux dépens de la margarine et de l'huile d'arachide.

TABLEAU XXVII

Satisfaction des besoins
selon les groupes socio-professionnels.

Si la question de prix ne se posait pas (une seule réponse)	Ensemble	Groupes					
		1	2	3	4	5	6
Désirs d'augmentation de consommation.	%	%	%	%	%	%	%
Beurre	16	10	8	20	22	15	17
Huile d'olive	9	2	4	7	10	14	12
Autres matières grasses....	3	—	—	1	2	7	6
Aucune matière grasse.....	72	88	88	72	66	64	65
	100	100	100	100	100	100	100
Désirs de diminution de consommation.							
Huile d'arachide	10	2	6	9	11	18	12
Margarine	6	8	1	9	9	3	4
Autres matières grasses....	3	—	—	—	4	6	4
Aucune matière grasse.....	81	90	93	82	76	73	80
	100	100	100	100	100	100	100

TABLEAU XXVIII

Satisfaction des besoins
selon le nombre de signes de niveau de vie.

Si la question de prix ne se posait pas (une seule réponse)	Ensemble	0 signe	1 et 2 signes	3 et 4 signes	5 signes et +
Désirs d'augmentation de consommation.	%	%	%	%	%
Beurre	16	21	16	17	12
Huile d'olive	9	21	7	7	5
Autres matières grasses....	3	8	1	4	—
Aucune matière grasse.....	72	50	76	72	83
	100	100	100	100	100
Désirs de diminution de consommation.					
Huile d'arachide	10	17	10	11	4
Margarine	6	1	7	5	8
Autres matières grasses....	3	7	2	4	—
Aucune matière grasse.....	81	75	81	80	88
	100	100	100	100	100

TABLEAU XXIX

Satisfaction des besoins
selon les tranches d'unité de consommation.

Si la question de prix ne se posait pas (une seule réponse)	Ensemble	U 0,7	U 0,8	U 0,9	U 1,0	Couples	Femmes seules
<i>Désirs d'augmentation de consommation.</i>	%	%	%	%	%	%	%
Beurre	16	33	17	17	10	10	21
Huile d'olive	9	11	13	6	10	5	17
Autres matières grasses....	3	2	4	1	4	2	8
Aucune matière grasse.....	72	54	66	76	76	83	54
	100	100	100	100	100	100	100
<i>Désirs de diminution de consommation.</i>							
Huile d'arachide	10	15	14	7	15	5	17
Margarine	6	11	10	5	2	4	5
Autres matières grasses....	3	7	1	2	2	3	5
Aucune matière grasse.....	81	67	75	86	81	88	73
	100	100	100	100	100	100	100

Les comparaisons avec le niveau d'insatisfaction en beurre, mis en évidence au cours de l'enquête de 1953, donnent les chiffres suivants :

Insatisfaction des ménages en beurre.

	Enquête " consommation " 1953 %	Enquête " corps gras " 1961 %
<i>Ensemble</i>	14	16
Cadres. Professions libérales	5	10
Employés. Commerçants	13	14
Ouvriers. Manœuvres	20	19
Sans profession	23	17

Les regroupements socio-économiques ne sont pas exactement les mêmes dans les deux enquêtes.

Sous cette réserve, il ne semble pas que le niveau d'insatisfaction en beurre ait sensiblement varié à Marseille depuis ces huit dernières années.

II. — QUANTITÉS CONSOMMÉES

Pour préciser, dans la mesure du possible, les consommations de matières grasses, on a demandé aux ménagères les quantités de chaque corps gras qu'elles utilisaient par semaine en été et en hiver, la moyenne donnant la consommation annuelle.

1° ANALYSE SELON LES GROUPES SOCIO-PROFESSIONNELS

Les tableaux XXX et XXX bis présentent, par catégories socio-professionnelles, les moyennes de consommation journalières, par personne (individu moyen) et par unité de consommation.

Les quantités de beurre et d'huile d'olive, qui sont deux graisses de qualité, diminuent généralement du groupe 1 au groupe 6 (excepté l'huile d'olive dans le groupe 6), par conséquent avec le niveau socio-économique.

Les consommations de margarine et de végétaline qui sont, du reste, très faibles, sont à peu près identiques dans chaque groupe.

L'huile d'olive, par opposition à l'huile d'arachide, atteint la moyenne la plus élevée dans le groupe 1 (prof. lib., cadres, indust.), et l'huile de table, le meilleur marché, apparaît en plus grande quantité dans le groupe des manœuvres (groupe 5).

Les consommations de beurre et d'huile varient légèrement avec la saison. Dans chaque groupe, on note une consommation de beurre un peu plus importante en hiver, et une consommation d'huile (olive et arachide) un peu plus élevée en été.

Pour serrer la réalité de plus près, les moyennes de consommation ont été comparées aux rations préconisées par l'Institut national d'hygiène.

On a calculé, pour chaque groupe, la moyenne *théorique* suivant les taux recommandés (1), soit :

	Tranches d'âge	Beurre	Autres matières grasses	Quantité totale de matières grasses
Enfants	0 à 2 ans.	15	—	15
Enfants	3 à 6 ans.	20	10	30
Enfants	7 à 9 ans.	20	10	30
Enfants	10 à 13 ans.	20	15	35
Enfants	14 ans et +.	20	30	50
Adultes (2).....		15	32,5	47,5

Le tableau XXXI donne, selon la catégorie socio-professionnelle, la consommation théorique calculée et la consommation réelle par personne et par unité de consommation, et le graphique 11 traduit ces résultats (moyenne par personne).

La consommation totale de matières grasses est plus élevée que les rations préconisées dans tous les groupes; celle du beurre est suffisante dans le groupe 1 (indust., cadres, prof. lib.), et 2 (commerçants), légèrement inférieure dans les autres groupes.

(1) Cf. *Manuel élémentaire d'alimentation humaine*, tome III, pp. 88-89.

(2) Une estimation moyenne a été établie pour les adultes, autres que les parents; les renseignements concernant leur sexe, leur activité et leur âge ne figurant pas dans les données de base.

TABLEAU XXX

Consommation de matières grasses
selon les groupes socio-professionnels.

Moyennes journalières.

Consommation	Ensemble	Groupes					
		1	2	3	4	5	6
<i>Beurre.</i>	(g)	(g)	(g)	(g)	(g)	(g)	(g)
<i>Eté.</i>							
Par personne	13	18	15	12,5	12	12	11
Par u. c.	15	20	17	14	15	14	12
<i>Hiver.</i>							
Par personne	14,5	19	16	14	13,5	13	12
Par u. c.	17	22	18	16	16	15	13
<i>Moyenne de l'année.</i>							
Par personne	13,7	18,5	15,5	13,2	12,7	12,5	11,5
Par u. c.	16	21	17,5	15	15,5	14,5	12,5
<i>Margarine.</i>							
<i>Eté.</i>							
Par personne	2	2	2	2,5	2	2	2
Par u. c.	2	2	2	3	2	2	2
<i>Hiver.</i>							
Par personne	2	3	2	3	2	2	2
Par u. c.	3	3,5	2	3	3	2	2
<i>Moyenne de l'année.</i>							
Par personne	2	2,5	2	2,7	2	2	2
Par u. c.	2,5	2,7	2	3	2,5	2	2
<i>Végétaline.</i>							
<i>Eté.</i>							
Par personne	0,1	0,1	0,03	0,2	0,1	0,1	0,1
Par u. c.	0,1	0,2	0,03	0,2	0,1	0,1	0,1
<i>Hiver.</i>							
Par personne	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
Par u. c.	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
<i>Moyenne de l'année.</i>							
Par personne	0,1	0,1	0,06	0,2	0,1	0,1	0,1
Par u. c.	0,1	0,2	0,06	0,2	0,1	0,1	0,1

Des réserves s'imposent toutefois, les évaluations des ménagères étant parfois sujettes à caution, le nombre de convives présents au foyer pouvant varier.

En effet, certains ménages ont des invités, d'autres, au contraire, prennent plusieurs fois par semaine leurs repas à l'extérieur. La ménagère s'est efforcée d'évaluer la consommation propre à son foyer en suppo-

TABLEAU XXX bis.

Consommation de matières grasses
selon les groupes socio-professionnels (suite).

Moyennes journalières.

Consommation	Ensemble	Groupes					
		1	2	3	4	5	6
<i>Huile d'olive.</i>	(g)	(g)	(g)	(g)	(g)	(g)	(g)
<i>Eté.</i>							
Par personne	14	20	16	13,5	13	9	16
Par u. c.	17	23	18	15,5	16	11	17,5
<i>Hiver.</i>							
Par personne	12,5	17	13	11	11	8	15
Par u. c.	14	19	15	13	13,5	10	17
<i>Moyenne de l'année.</i>							
Par personne	13,2	18,5	14,5	12,2	12	8,5	15,5
Par u. c.	15,5	21	16,5	14,2	14,7	10,5	17,2
<i>Huile d'arachide.</i>							
<i>Eté.</i>							
Par personne	32,5	29	35	31	32,5	35	32
Par u. c.	37,5	33	40	36	39	41	35
<i>Hiver.</i>							
Par personne	31	28	32	29	30	34	31
Par u. c.	35	33	37	34	37	40	34
<i>Moyenne de l'année.</i>							
Par personne	31,7	28,5	33,5	30	31,2	34,5	31,5
Par u. c.	36,2	33	38,5	35	38	40,5	34,5
<i>Huile de table.</i>							
<i>Eté.</i>							
Par personne	3	0,05	2	1	3	10	3
Par u. c.	3,5	0,06	2	1	4	11	3
<i>Hiver.</i>							
Par personne	3	0,05	2	1	2,5	8	3
Par u. c.	3	0,06	2	1	3	10	4
<i>Moyenne de l'année.</i>							
Par personne	3	0,05	2	1	2,7	9	3
Par u. c.	3,2	0,06	2	1	3,5	10,5	3,5

sant que ses commensaux étaient régulièrement présents : il s'agit donc d'approximation dans bien des cas.

Malgré ces réserves, les résultats obtenus cadrent assez bien avec les chiffres de l'enquête « Consommation à Marseille en 1953 », sauf pour le beurre (dont la consommation semble bien avoir été surestimée à l'époque).

TABLEAU XXXI

Consommations théoriques et consommations réelles
selon les groupes socio-professionnels.
Moyennes journalières.

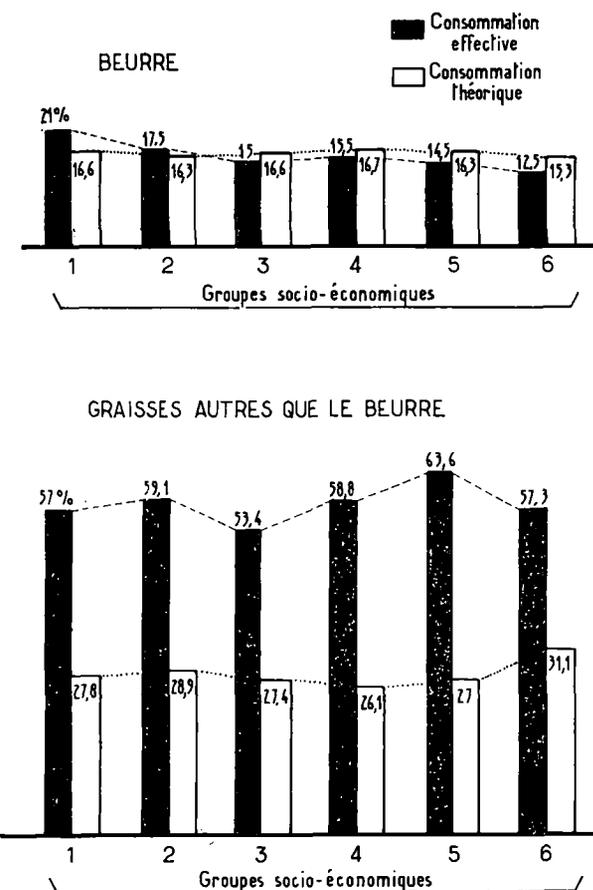
	Ensemble	Groupes					
		1	2	3	4	5	6
<i>Beurre.</i>	(g)	(g)	(g)	(g)	(g)	(g)	(g)
Moyenne théorique.....	16,3	16,6	16,3	16,6	16,7	16,3	15,3
Moyenne réelle :							
par personne	13,7	18,5	15,5	13,2	12,7	12,5	11,5
par u. c.	16	21	17,5	15	15,5	14,5	12,5
<i>Matières grasses (sans beurre).</i>							
Moyenne théorique.....	27,9	27,8	28,9	27,4	26,1	27	31,1
Moyenne réelle :							
par personne	50	49,65	52,06	46,1	48	54,1	52,1
par u. c.	57,5	56,96	59,06	53,4	58,8	63,6	57,3
<i>Matières grasses totales.</i>							
Moyenne théorique.....	44,2	44,4	45,2	44	42,8	43,3	46,4
Moyenne réelle :							
par personne	63,7	68,15	67,56	59,3	60,7	66,6	63,6
par u. c.	73,5	77,96	76,56	68,4	74,3	78,1	69,8

Une récente enquête (1958-1959) (1) sur l'alimentation et le budget familial, limitée aux milieux d'ouvriers et d'employés, fournit des évaluations du même ordre.

	Enquête "consommation" Marseille 1953	Enquête sur l'alimentation et le budget familial à Saint-Etienne, Lyon et Marseille	Enquête "corps gras" Marseille	
	Ensemble	Ouvriers et employés	1959	1961
	(g)	(g)	(g)	(g)
Beurre	26	14,25	14	13,7
Margarine	3	2,25	2	2
Végétaline	2	—	—	0,1
Huile d'arachide	36	34,75	31	31,7
Huile d'olive	12	5,75	6	13,2
Huile de table	—	—	—	3
	79	57	63,7	

Dans les trois enquêtes, les quantités globales de matières grasses dépassent sensiblement les rations préconisées. Sans doute, cette différence s'explique-t-elle partiellement par un comportement alimentaire régional : le Midi méditerranéen consomme moins de charcuterie et de

(1) VINIT (F.), RACT (G.) et AUDOLLENT (M. C.) : *Bulletin de l'I. N. H.*, tome 17, n° 3, avril-mai 1962, pp. 393-442.



GRAPHIQUE 11. — Consommations théoriques et consommations réelles, suivant l'appartenance sociale.

porc que le reste du pays et compense cette diminution d'apport en lipides par un accroissement des matières grasses. Il n'en demeure pas moins que les taux de consommation apparaissent trop élevés, ce qui entraîne dans bien des cas de fâcheuses conséquences pour la santé.

2° ANALYSE SELON LE LIEU D'ORIGINE DE LA MAÎTRESSE DE MAISON

Le tableau XXXII donne pour les trois groupes retenus : France, Italie, autres pays (Espagne, pays de l'Europe continentale, autres pays méditerranéens, divers), les quantités moyennes de consommation par personne et par unité de consommation des différents corps gras, et le

tableau XXXIII présente pour la France 1 (Midi méditerranéen) (1) et la France 2 (autres départements) ces mêmes données; enfin, le graphique 12 les schématise en faisant apparaître les variations de consommations.

Les ménagères d'origine française emploient davantage de beurre et d'huile d'olive que les autres maitresses de maison, au détriment des autres graisses (huile d'arachide et huile de table notamment).

TABLEAU XXXII

Consommation de matières grasses
selon l'origine de la maitresse de maison.

Moyennes journalières.

	Ensemble	France	Italie	Autres pays
Pourcentage des maitresses de maison	100	73	14	13
Nombre moyen de personnes par ménage	3,2	3,1	3	3,5
Consommation de :	(g)	(g)	(g)	(g)
<i>Beurre.</i>				
Moyenne par personne	13,7	14,6	11,7	11,6
Moyenne par u. c.	16	16,9	13,5	13,8
<i>Margarine.</i>				
Moyenne par personne	2	1,9	1,7	3,6
Moyenne par u. c.	2,5	2,2	2	4,2
<i>Huile d'olive.</i>				
Moyenne par personne	13,2	14,6	10,3	9,7
Moyenne par u. c.	15,5	16,9	11,9	11,5
<i>Huile d'arachide.</i>				
Moyenne par personne	31,7	29,9	36,3	33,9
Moyenne par u. c.	36,2	34,6	41,8	40,3
<i>Huile de table.</i>				
Moyenne par personne	3	2,3	3,4	5,2
Moyenne par u. c.	3,2	2,6	3,9	6,1
<i>Végétaline.</i>				
Moyenne par personne	0,1	0,1	0,1	0,1
Moyenne par u. c.	0,1	0,1	0,1	0,1
<i>Consommation de matières grasses (sans le beurre).</i>				
Moyenne par personne	50	48,8	51,8	52,5
Moyenne par u. c.	57,5	56,4	59,7	62,2
<i>Consommation totale de matières grasses (avec beurre).</i>				
Moyenne par personne	63,7	63,4	63,5	64,1
Moyenne par u. c.	73,5	73,3	73,2	76,0

(1) Rappelons que le Midi méditerranéen comprend les départements suivants : Alpes-Maritimes, Basses-Alpes, Var, Bouches-du-Rhône, Vaucluse, Drôme, Ardèche, Gard, Hérault, Aude, Pyrénées-Orientales et la Corse.

Le comportement des maitresses de maison d'origine italienne et des « autres pays » est à peu près identique, à l'exclusion cependant de la margarine qui est légèrement plus utilisée par les ménagères des « autres pays ».

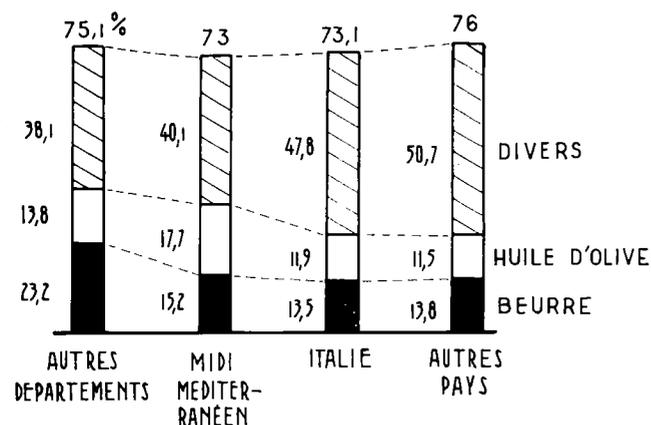
Les maitresses de maison originaires du Midi méditerranéen consomment plus d'huile d'olive (17,7 g) et moins de beurre (15,2 g) que celles qui viennent des autres départements (13,8 et 23,2 g).

TABLEAU XXXIII

Consommation de matières grasses
selon l'origine de la maitresse de maison.

Midi méditerranéen et autres départements français.
Moyennes journalières.

	Ensemble France	France 1 Midi méditer.	France 2 autres dépt.
Pourcentage des maitresses de maison	100	80	20
Nombre moyen de personnes par ménage	3,1	3	3,2
Consommation de :	(g)	(g)	(g)
<i>Beurre.</i>			
Moyenne par personne	14,6	13,2	19,7
Moyenne par u. c.	16,9	15,2	23,2
<i>Margarine.</i>			
Moyenne par personne	1,9	1,8	2,7
Moyenne par u. c.	2,2	2	3,2
<i>Huile d'olive.</i>			
Moyenne par personne	14,6	15,4	11,7
Moyenne par u. c.	16,9	17,7	13,8
<i>Huile d'arachide.</i>			
Moyenne par personne	29,9	30,2	28,8
Moyenne par u. c.	34,6	34,8	34
<i>Huile de table.</i>			
Moyenne par personne	2,3	2,8	0,5
Moyenne par u. c.	2,6	3,2	0,7
<i>Végétaline.</i>			
Moyenne par personne	0,1	0,1	0,1
Moyenne par u. c.	0,1	0,1	0,2
<i>Consommation de matières grasses (sans le beurre).</i>			
Moyenne par personne	48,8	50,3	43,8
Moyenne par u. c.	56,4	57,8	51,9
<i>Consommation totale de matières grasses (avec beurre).</i>			
Moyenne par personne	63,4	63,5	63,5
Moyenne par u. c.	73,3	73	75,1



GRAPHIQUE 12. — Quantités consommées par jour suivant l'origine géographique de la maîtresse de maison (moyenne en grammes, par unités de consommation).

Les différences dans les choix se compensent quantitativement : les moyennes globales sont en effet à peu près identiques (73 à 76 g) par jour et par unité de consommation, quelle que soit l'origine.

3° ANALYSE SELON LES TRANCHES D'UNITÉ DE CONSOMMATION

Comme pour l'analyse des catégories socio-professionnelles, on a calculé pour les diverses tranches des unités de consommation le besoin théorique moyen de chaque groupe, et on l'a comparé à la consommation effective.

Le tableau XXXIV donne ces résultats qui sont traduits dans le graphique 13.

A l'inverse de la consommation théorique des graisses totales, la consommation théorique du beurre présente une courbe descendante, ce qui s'explique par le fait que les besoins en beurre chez les enfants à partir de 3 ans sont supérieurs à ceux des adultes.

Rappelons que le nombre d'enfants décroît du groupe U 0,7 au groupe U 1.

En revanche, la consommation des autres graisses présente une courbe ascendante : les quantités recommandées s'élèvent avec l'âge chez les enfants et sont, en moyenne, plus importantes chez les adultes. Il est donc normal de trouver une progression des besoins du groupe U 0,7 au groupe U 1.

Ces divers besoins sont non seulement satisfaits, mais largement dépassés, tout au moins en ce qui concerne les graisses autres que le beurre.

Dans chaque groupe, il y a surconsommation par rapport aux besoins théoriques.

TABLEAU XXXIV

Consommations théoriques et consommations réelles selon les tranches d'unités de consommation.

Moyennes journalières.

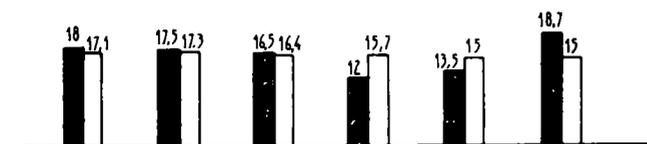
	Ensemble	U 0,7	U 0,8	U 0,9	U 1,0	Couples	Isolés
Beurre.	(g)	(g)	(g)	(g)	(g)	(g)	(g)
Moyenne théorique	16,3	17,1	17,3	16,4	15,7	15	15
Moyenne réelle :							
par personne	13,7	12,5	14,2	14,5	11,5	12,5	17
par u. c.	16	18	17,5	16,5	12	13,5	18,7
Matières grasses (1) (sans beurre).							
Moyenne théorique	27,9	19,1	23,6	29,9	32,2	32,5	32,5
Moyenne réelle :							
par personne	50	35,3	43,7	50,6	55,2	62,1	62,9
par u. c.	57,5	50,8	54,4	56,7	57,3	65,2	69,1
Matières grasses totales.							
Moyenne théorique	44,2	36,2	40,9	46,3	47,9	47,5	47,5
Moyenne réelle :							
par personne	63,7	47,8	57,9	65,1	66,7	74,6	79,9
par u. c.	73,5	68,8	71,9	73,2	69,3	78,7	87,8
(1)							
Margarine.							
Moyenne par personne	2	1,3	2,7	2	1,4	2,5	2,5
Moyenne par u. c.	2,5	1,8	3,4	2,3	1,5	2,6	3
Huile d'olive.							
Moyenne par personne	13,2	7,5	10	14	15,5	19	17
Moyenne par u. c.	15,5	10,5	12,5	15,5	16,5	20	18,7
Huile d'arachide.							
Moyenne par personne	31,7	20,5	29,5	32,5	37,5	35	38
Moyenne par u. c.	36,2	30	36,7	36,5	38,5	37	42
Huile de table.							
Moyenne par personne	3	6	1,4	2	0,6	5,5	5
Moyenne par u. c.	3,2	8,5	1,7	2,3	0,6	5,5	5
Végétaline.							
Moyenne par personne	0,1	—	0,1	0,1	0,2	0,1	0,4
Moyenne par u. c.	0,1	—	0,1	0,1	0,2	0,1	0,4

En ce qui concerne le beurre, on note dans les trois groupes où il y a des enfants : U 0,7, U 0,8 et U 0,9, une consommation effective égale à la consommation théorique. Les groupes des adultes (U 1,0 et couples) ont une consommation déficitaire.

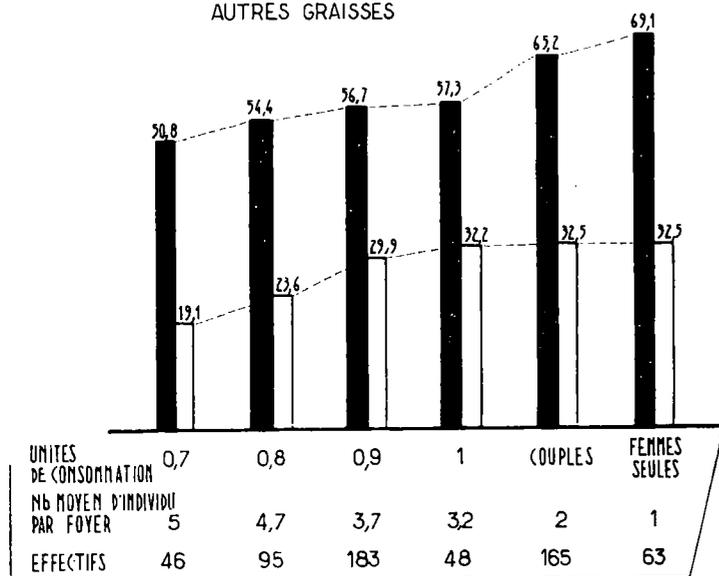
Par contre, le groupe des femmes seules présente une surconsommation marquée. Ce dernier résultat, à première vue paradoxal, s'explique : il s'agit d'un groupe hétérogène, car 16 % de ces femmes seules s'abstiennent complètement de beurre et 22 % en consomment plus de 30 g (un cas extrême va jusqu'à 86 g).

■ Consommation effective □ Consommation théorique

BEURRE



AUTRES GRAISSES



GRAPHIQUE 13. — Quantités de matières grasses consommées par jour, suivant les catégories d'unités de consommation (moyennes en grammes).

CHAPITRE IV

CONSOMMATION DES GRAISSES ET SANTÉ

La recherche de la relation pouvant exister entre la consommation des graisses et la santé a fait l'objet d'un certain nombre d'interrogations au cours de l'entretien avec les personnes composant l'échantillon.

Précisons qu'il ne pouvait s'agir en aucun cas d'aborder avec les éléments du dossier un problème ayant une portée essentiellement médicale, les réponses subjectives d'un grand nombre de personnes interrogées et

la formulation plus ou moins imprécise qu'elles pouvaient donner à des impressions cénesthésiques ou à des malaises multiformes, ne pouvant être distinguées des quelques diagnostics exacts, fournis par des personnes suivies par leur médecin, et bien informées sur leur état de santé.

Les analyses qui suivent justifient par conséquent de sérieuses réserves du point de vue médical.

Elles donnent toutefois quelques indications qui ne sont pas sans intérêt, sous l'angle psychosociologique et nutritionnel.

I. — INTOLÉRANCE AUX FRITURES

La question posée était la suivante : « Y'a-t-il des membres de votre famille qui supportent mal les fritures ? »

254 ménagères ont répondu d'une manière affirmative, soit un pourcentage de 42 % des ménages (32 % chez les manœuvres).

Comme les 600 ménages totalisent 1 907 personnes, on peut admettre (1) que, dans l'ensemble, 1 personne sur 7 à 8 supporte mal les fritures (1 sur 4 à 5 chez les retraités et 1 sur 10 chez les manœuvres).

L'âge a une incidence sur la digestibilité des fritures : dans le groupe 6 (sans profession), dont l'âge moyen du chef de ménage est de 62 ans, on observe le plus fort pourcentage de foyers comptant une personne supportant mal les fritures : 27,5 % (11 à 19 % dans les autres groupes).

Troubles ressentis.

— « En cas d'intolérance, quels troubles ressentent-ils ? »

Les troubles ressentis concernent surtout l'appareil digestif.

Sur 254 ménages où l'on signale des troubles, on note

65 cas de douleurs gastriques, soit	3,4 % (2)
58 cas de crises hépatiques, soit	3,0 %
53 cas de malades variés, vertiges, nausées, vomissements, soit...	2,8 %
20 cas de troubles intestinaux, soit	1,0 %
5 cas de troubles allergiques, soit	0,3 %
53 cas de troubles associés et divers	2,8 %
<hr/> 254	<hr/> 13,3 %

(1) Dans l'hypothèse approximative et simplifiée où il n'y aurait, dans la plupart des cas, qu'une seule personne par ménage supportant difficilement les fritures.

(2) Pourcentages calculés sur un total de 1 907 personnes.

TABLEAU XXXV

*Intolérance aux fritures et régimes pauvres en graisses
selon les groupes socio-professionnels.*

	Ensemble	Groupes					
		1	2	3	4	5	6
<i>Mauvaise acceptabilité des fritures.</i>							
Nombre de ménages	254	26	34	45	63	25	61
% de ménages	42	43	40	44	46	32	45
Nombre total de personnes	1 907	235	275	350	515	245	287
Personnes supportant mal les fritures	17,5	19	15	16	16,5	11	27,5
<i>Age :</i>							
de 0 à 18 ans	10	29	8	12	17,5	4	—
de 19 à 44 ans	30	31	35	42	37,5	33	6
de 45 à 64 ans	39	38	45	46	39	41	30
65 ans et +	21	2	12	—	6	22	64
	100	100	100	100	100	100	100
<i>Troubles ressentis.</i>							
Nausées, vertiges, vomissements	21	19,5	21	27	27	20	11
Troubles gastriques	25	23,5	32	13	25	28	30
Troubles hépatiques	23	26	12	38	21	36	15
Troubles intestinaux	8	8	15	4	11	—	8
Troubles associés	13	8	14	7	10	16	18
Allergies	2	—	—	4	—	—	7
Plusieurs troubles (plusieurs personnes)	8	15	6	7	6	—	11
	100	100	100	100	100	100	100
<i>Corps gras incriminés.</i>							
Tous les corps gras	56	50	59	60	52,5	52	57
Huile	34	38	30	25	38,5	44	35
Corps gras divers	10	12	11	15	9	4	8
	100	100	100	100	100	100	100
Membres suivant un régime « pauvre en graisses »	24	21	17	27	21	13	38
<i>Raisons :</i>							
Troubles digestifs	51	23	60	46,5	69	80	41
Troubles circulatoires	34	62	33	29	17	10	45
Obésité	6	15	7	7	3,5	10	2
Autres raisons	9	—	—	17,5	10,5	—	12
	100	100	100	100	100	100	100
Régime suivi sur avis du médecin	94 %						

La proportion des individus souffrant de troubles est sensiblement la même dans tous les groupes socio-économiques, 10 à 13 % des individus, à l'exception du groupe des retraités (21 %).

Corps gras incriminés.

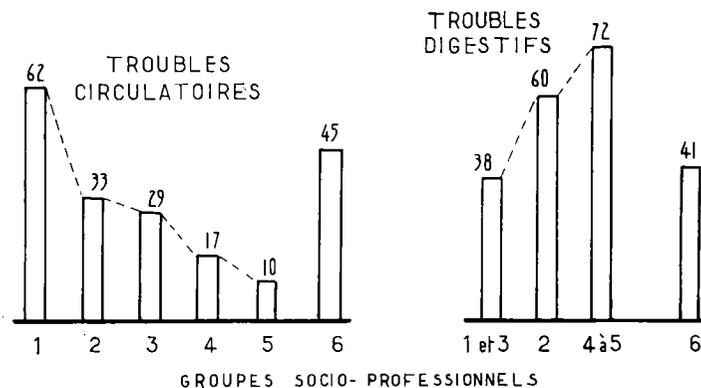
En général, tous les corps gras, qu'ils soient d'origine végétale ou animale, sont mal tolérés quand ils sont surchauffés. 56 % des ménages signalent des troubles; parmi eux, 34 % n'incriminent que l'huile et 10 % seulement redoutent, soit le beurre, soit le saindoux, soit la végétaline.

Le tableau XXXV présente ces divers résultats.

2° RÉGIMES PAUVRES EN GRAISSES

— « Y a-t-il un membre de votre famille qui suit un régime pauvre en graisse ? » (cf. tableau XXXV).

146 ménages sur 600 ont répondu d'une manière affirmative, soit 24 %.



GRAPHIQUE 14.

GRAPHIQUE 15.

GRAPHIQUES 14 et 15. — Les deux principales raisons des régimes pauvres en graisse, suivant l'appartenance sociale.

Il ressort donc que dans l'ensemble, 1 personne sur 13 suit un régime pauvre en graisses (146 sur 1 907 (1 personne sur 5 à 6 chez les retraités; 1 sur 18 dans les professions intellectuelles; 1 sur 25 chez les manœuvres).

Parmi les 146 personnes qui suivent un régime pauvre en graisses :

51 % diminuent leur consommation pour des raisons digestives;

34 % pour des troubles circulatoires;

6 % pour des cas d'obésité;

et 9 % pour des troubles divers.

Les motifs varient suivant l'appartenance sociale : dans le groupe 1 (professions intellectuelles), on met l'accent sur les troubles circulatoires; dans le groupe 5 (manœuvres), sur les troubles digestifs; dans le groupe 6 (retraités pour la plupart), à la fois sur les troubles digestifs et circulatoires (graphique 14).

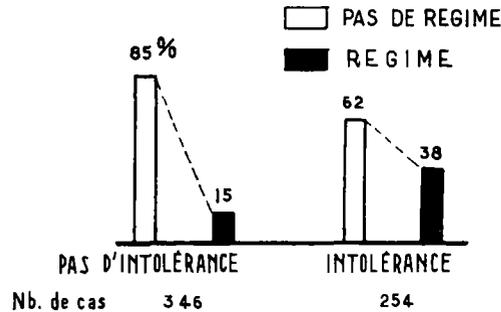
Le régime « pauvre en graisses » est en général préconisé par le médecin.

On remarque que l'échelle des groupes socio-économiques, suivant l'interrogation sur les troubles circulatoires, reproduit exactement l'échelle par niveau social, ce qui montre bien le caractère relatif des réponses, qui semblent nettement liées au niveau d'instruction c'est-à-dire d'information sur un problème de santé actuellement à l'ordre du jour (voir ci-après le paragraphe consacré à l'information du public sur la manière de se nourrir).

Absence de régime approprié dans les deux tiers des cas d'intolérance.

La présence dans les foyers d'une personne supportant difficilement les fritures entraîne dans 38 % des familles l'adoption d'un régime approprié.

Il existe donc une notable proportion de foyers où l'intolérance pour les fritures ne se traduit par aucun régime approprié.



GRAPHIQUE 16.
Relation entre l'intolérance pour les fritures et le choix d'un régime approprié.

Régime	Ensemble	Pas d'intolérance pour la friture		Intolérance	
		Nb.	%	Nb.	%
Pas de régime.....	453	295	85	158	62
Régime pauvre en graisse.....	146	50	15	96	38
	599	345	100	254	100

3° TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES

La question posée était la suivante : « Y a-t-il des membres de votre famille qui souffrent de troubles cardio-vasculaires, d'artériosclérose ? »

Comme il fallait s'y attendre, la plus forte proportion (21 %) de ceux

Groupes socio-économiques	Oui	Non	Ensemble des foyers	Total des personnes par foyers	% des "oui" rapporté au nombre total de personnes
1	25	36	61	235	11 %
2	22	64	86	275	8 %
3	30	72	102	350	9 %
4	34	104	138	515	7 %
5	16	62	78	245	7 %
6	60	74	134	285	21 %
	187	412	599	1905	10 %

qui souffrent de troubles de circulation apparaît dans le groupe le plus âgé : celui des retraités.

Les différences entre les autres groupes semblent surtout s'expliquer pour les raisons que nous avons formulées ci-dessus : les différences de niveau d'information suivant le milieu social.

4° OBÉSITÉ

La question posée était la suivante : « Y a-t-il des obèses dans votre famille ? »

Réponses	Oui		Non		Ensemble		Âge moyen de la maîtresse de maison
	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	
Groupes 1	29	48	32	52	61	100	46,5
» 2	31	36	55	64	86	100	46
» 3	37	36	65	64	102	100	45
» 4	52	38	86	62	138	100	43
» 5	33	42	45	58	78	100	50
» 6	57	43	77	57	134	100	60
Ensemble	239	40	360	60	599	100	

Le groupe 1 compte la plus forte proportion d'obèses, avec le groupe 6 (retraités).

Une question annexe, « quelles sont ces personnes ? », a permis de préciser que, sur l'ensemble des femmes interrogées, 150 se considéraient elles-mêmes comme obèses (1).

II. — GOÛTS PERSONNELS DE LA MAÎTRESSE DE MAISON

Dans les développements qui suivent, on a analysé les goûts *personnels* de la maîtresse de maison pour certains aliments gras, suivant son appartenance sociale et son âge.

Les questions posées étaient les suivantes : « Mangez-vous de la charcuterie très volontiers ?; volontiers ?; à l'occasion ?; pas spécialement ?; n'y tient pas ? »

Les mêmes questions portaient également sur la viande de porc, le petit salé et les pommes de terre frites.

En outre, la maîtresse de maison était interrogée sur le nombre de fois où ces différents plats avaient été servis dans le courant de la semaine précédant l'entretien.

La charcuterie : la charcuterie est particulièrement appréciée par toutes les maîtresses de maison, il existe peu de différence d'un groupe à l'autre.

La viande de porc : c'est le groupe des employés qui semble avoir le plus de goût pour la viande de porc, sans doute pour des raisons d'économie.

Le petit salé : c'est dans les professions intellectuelles où l'on note le moins d'intérêt pour le petit salé, plus apprécié dans les milieux de manuels. Il s'agit d'un plat correspondant à des traditions populaires et terriennes.

Les pommes frites : c'est, de tous les plats, le plus populaire en France, quels que soient le milieu et l'âge.

(1) L'analyse de la relation du poids réel des maîtresses de maison, comparé à leur poids théorique, comme il est précisé dans les lignes qui suivent, montre que le jugement qu'elles portent elles-mêmes sur leur corpulence est confirmé par les analyses.

TABLEAU XXXVII. — Goût de la maîtresse de maison.

	Groupes socio-économiques						
	Ensemble	1	2	3	4	5	6
	%	%	%	%	%	%	%
a) La charcuterie.							
Très volontiers et volontiers.	75	70	80	79	76	65	75
A l'occasion	10	15	5	11	10	10	10
Pas spécialement, n'y tient pas	15	15	15	10	14	25	15
	100	100	100	100	100	100	100
Nombre de cas	600	61	86	102	138	78	135
Fréquence de la consommation pour la semaine écoulée	2,19	2,63	2,57	2,37	2,25	2,20	1,55
b) La viande de porc.							
Très volontiers et volontiers.	45	35	41	55	49	39	46
A l'occasion	17	23	17	14	22	15	13
Pas spécialement, n'y tient pas	38	42	42	31	29	46	41
	100	100	100	100	100	100	100
Fréquence de la consommation pour la semaine écoulée	0,65	0,63	0,72	0,67	0,68	0,64	0,58
c) Le petit salé.							
Très volontiers et volontiers.	48	34	45	50	50	50	49
A l'occasion	28	38	23	27	30	21	28
Pas spécialement, n'y tient pas	24	28	32	23	20	29	23
	100	100	100	100	100	100	100
Fréquence de la consommation pour la semaine écoulée	1,04	0,99	0,97	0,97	1,18	1,26	0,89
d) Les pommes frites.							
Très volontiers et volontiers.	85	81	84	85	89	84	84
A l'occasion	7	7	9	10	5	10	5
Pas spécialement, n'y tient pas	8	12	7	5	6	6	11
	100	100	100	100	100	100	100
Fréquence de la consommation pour la semaine écoulée	1,42	1,32	1,49	1,42	1,46	1,66	1,22

Dans le tableau suivant, on a analysé les goûts pour ces mêmes aliments, suivant l'âge de la maîtresse de maison.

TABLEAU XXXVIII

Goûts personnels de la maîtresse de maison selon son âge.

	Ensemble		Jusqu'à 35 ans		De 36 à 50 ans		51 ans et plus	
	Nombre de cas	%	Nombre de cas	%	Nombre de cas	%	Nombre de cas	%
<i>Goût pour la charcuterie.</i>								
Ne l'aiment pas ou peu	149	24	25	27	54	24	70	25
L'aiment moyennement ou beaucoup.	452	76	66	73	172	76	214	75
<i>Goût pour la viande de porc.</i>								
Ne l'aiment pas ou peu	329	55	52	57	125	55	152	54
L'aiment moyennement ou beaucoup.	272	45	39	43	101	45	132	46
<i>Goût pour le petit salé.</i>								
Ne l'aiment pas ou peu	315	52	46	51	133	59	136	48
L'aiment moyennement ou beaucoup.	286	48	45	49	93	41	148	52
<i>Goût pour les frites.</i>								
Ne l'aiment pas ou peu	89	15	9	10	29	13	51	18
L'aiment moyennement ou beaucoup.	512	85	82	90	197	87	233	82

Le goût pour la charcuterie semble présenter une grande stabilité au cours de l'existence. Il en est de même pour les viandes de porc et le petit salé.

Ce n'est guère que pour les pommes de terre frites que l'on note une légère diminution de l'appétence avec l'âge, sans doute pour des questions de digestion.

III. — CORPULENCE DE LA MAÎTRESSE DE MAISON

On a interrogé la maîtresse de maison sur son poids, sa taille et son âge.

A l'aide de ces données et en se reportant au poids théorique donné par les barèmes en usage (1), on a calculé l'écart en plus ou en moins pouvant exister entre le poids théorique et le poids effectif.

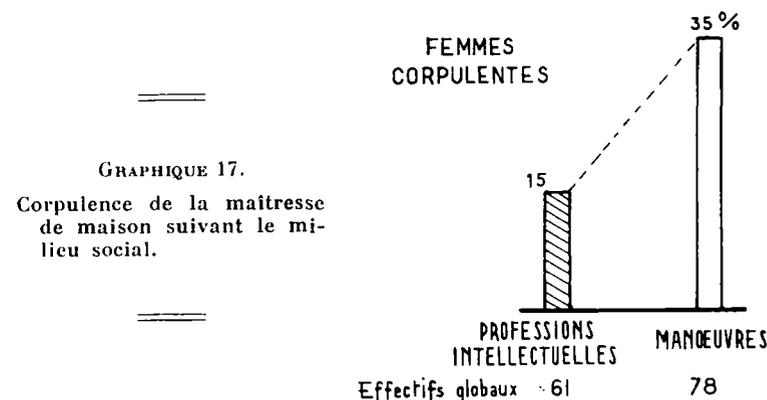
(1) Tiré de *How to make the Periodic health examination*, by Dr E. EL; FISK and Dr J. R. CRAXFORD, in *Nutrition and physical fitness*. J. Bogert, edit., Saunders company, p. 632-633.

On a ainsi divisé l'échantillon en 3 grands groupes suivant la corpulence :

Corpulence	Ecart entre le poids réel et le poids théorique	Nombre de cas	%
Faible	Inférieur à 5 % et davantage	251	42
Moyenne	Pas plus de 5 % en plus ou en moins.	194	33
Forte	Supérieur à 5 % et davantage.	151	25
		596	100

Le tableau XXXIX montre que ces proportions ne se répartissent pas uniformément entre les différents groupes sociaux.

On notera plus particulièrement l'écart entre la proportion des femmes corpulentes dans le groupe des manœuvres (35 %) et dans celui des professions intellectuelles 15 %.



GRAPHIQUE 17.

Corpulence de la maîtresse de maison suivant le milieu social.

Il y a là une constatation intéressante soulevant des problèmes complexes, tant sociaux que diététiques, qui mériteraient d'être approfondis. Nous nous trouvons vraisemblablement en présence de comportements nutritionnels et de genres de vie suffisamment marqués pour avoir une incidence morphologique sur les individus.

L'hypothèse d'un mauvais équilibre nutritionnel dans le groupe des manœuvres, favorisant l'obésité de certaines femmes, ne doit pas être rejetée.

Le graphique 18 montre également l'influence de l'âge sur la corpulence, malgré la référence au poids théorique qui, pourtant, intègre déjà le facteur âge dans l'élaboration des barèmes.

L'importance des écarts constatés suggère l'hypothèse que les barèmes

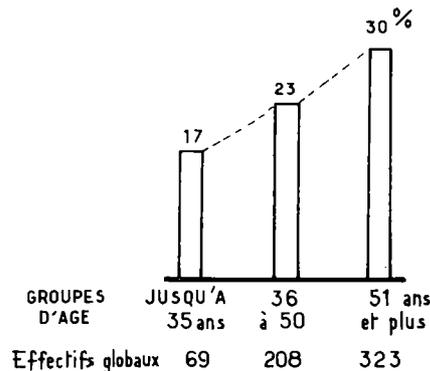
utilisés ne s'appliquent qu'imparfaitement à la population analysée, qu'au surplus ils correspondent davantage à un standard idéal qu'à une moyenne étalonnée sur une population déterminée.

TABEAU XXXIX

Poids de la maîtresse de maison par rapport au poids théorique.

a) Selon les groupes socio-professionnels.							
	Ensemble	Groupes					
		1	2	3	4	5	6
Age moyen de la maîtresse de maison	49	46,6	46	45	43	50	60
Ecart entre le poids réel et le poids théorique :	%	%	%	%	%	%	%
Maigres, au-dessous de -6 %	42	44	45	49	40	32,5	41,5
Normales, de -5 à +5 %	33	41	27	29	35	32,5	32,5
Pléthoriques, +6 % et +	25	15	28	22	25	35	26
	100	100	100	100	100	100	100
Nombre de cas	595	61	85	102	137	77	133

b) Selon l'âge de la maîtresse de maison.				
	Ensemble	Jusqu'à 35 ans	De 36 à 50 ans	51 ans et +
		%	%	%
Maigres	42	51	44	37
Normales	33	32	33	33
Pléthoriques	25	17	23	30
	100	100	100	100
Nombre de cas	596	90	225	281

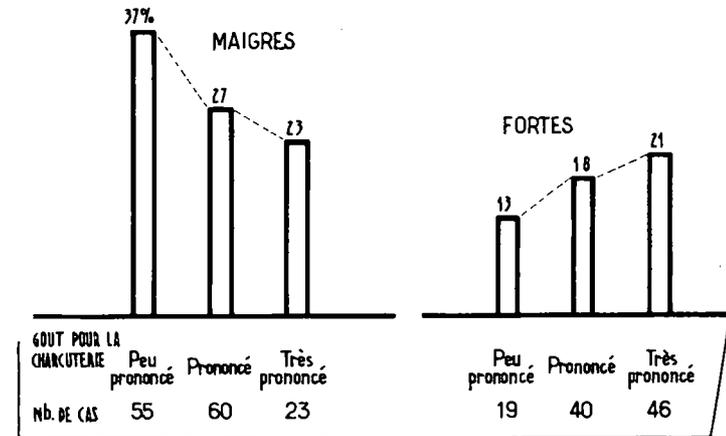


GRAPHIQUE 18. Proportion respective des femmes pléthoriques dans chaque groupe d'âge.

Relation entre le goût pour la charcuterie et la corpulence.

Il existe une relation entre le goût plus ou moins prononcé pour la charcuterie et la corpulence :

Goût pour la charcuterie	Corpulence							
	Faible		Moyenne		Forte		Ensemble	
		%		%		%		%
Ne l'aime pas	55	37	74	50	19	13	148	100
L'apprécie	60	27	126	55	40	18	226	100
L'aime beaucoup	52	23	124	56	46	21	222	100
	167	28	324	54	105	18	596	



GRAPHIQUE 19. — Corpulence de la maîtresse de maison et goût pour la charcuterie.

Il existe également une relation entre la corpulence et le goût pour les graisses de viande rôties ou grillées, ainsi que pour le gras du jambon (1).

Goût pour le gras de porc	Corpulence							
	Faible		Moyenne		Forte		Ensemble	
		%		%		%		%
Ne l'aime pas ou peu	184	73	137	71	95	63	416	70
L'aime moyennement ou beaucoup	67	27	57	29	55	37	179	30
	251		194		150		595	

(1) Dans les analyses qui suivent, on a procédé à des regroupements plus massifs que pour l'analyse du goût pour la charcuterie.

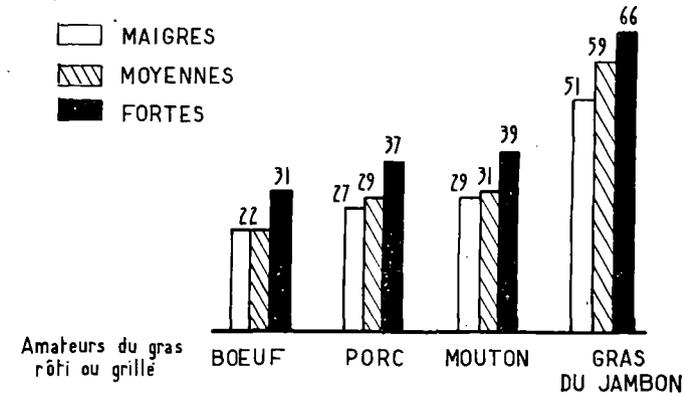
Goût pour le gras de mouton	Corpulence							
	Faible		Moyenne		Forte		Ensemble	
		%		%		%		%
Ne l'aime pas ou peu	178	71	133	69	91	61	402	68
L'aime moyennement ou beaucoup	73	29	61	31	59	39	193	32
	251		194		150		595	

Goût pour le gras de jambon	Corpulence							
	Faible		Moyenne		Forte (1)		Ensemble	
		%		%		%		%
Ne l'aime pas ou peu	122	49	80	41	51	34	253	43
L'aime moyennement ou beaucoup	129	51	114	59	99	66	342	57
	251		194		150		595	

(1) Dans les cas de très forte corpulence (plus de 25 % d'écart entre le poids réel et le poids théorique) on obtient les résultats suivants :

Ne l'aime pas ou peu	28	67 %
L'aime moyennement ou beaucoup	14	33 %
	42	

Goût pour le gras de bœuf	Corpulence							
	Faible		Moyenne		Forte		Ensemble	
		%		%		%		%
Ne l'aime pas ou peu	197	78	151	78	103	69	451	76
L'aime moyennement ou beaucoup	54	22	43	22	47	31	144	24
	251		194		150		595	



GRAPHIQUE 20. — Corpulence de la maîtresse de maison et goût pour le gras de viande.

Exemple d'un comportement psycho-sensoriel lié à l'appartenance sociale.

Le goût marqué pour certains mets aussi caractéristiques que la charcuterie, tant pour sa teneur en protides, lipides et calories que pour sa saveur, apparaît comme un comportement psycho-sensoriel élémentaire, indépendant du niveau socio-économique et échappant à peu près complètement aux influences variables des divers milieux.

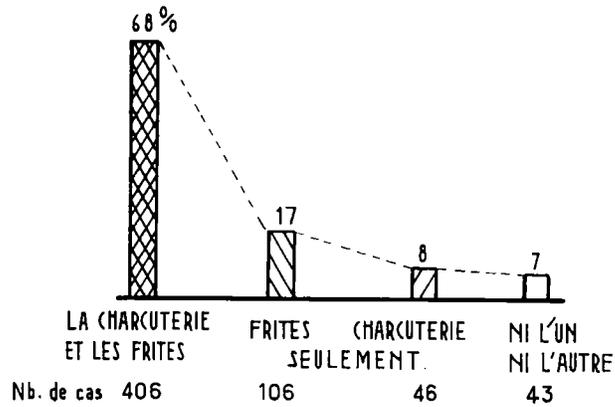
C'est ce que montre le tableau suivant :

Goût pour la charcuterie	Nombre de signes de niveau de vie									
	0 et 1		2 et 3		4 et 5		6 et plus		Ensemble	
		%		%		%		%		%
Ne l'aime pas ou peu	40	25	50	25	35	25	24	25	149	25
L'aime moyennement ou beaucoup	121	75	152	75	106	75	73	75	452	75
	161		202		141		97		601	

Cette observation est également valable pour les pommes de terre frites; le goût du public pour ce plat étant en étroite corrélation avec celui pour la charcuterie, ainsi que le montre un test de signification.

$\chi^2 = 31,1$ largement supérieur au coefficient exigé pour qu'il y ait corrélation, soit 2,7.

Goût pour la charcuterie	Goût pour les pommes de terre frites					
	Non		Oui		Ensemble	
Ne l'aiment pas ou peu	43	7 %	106	17 %	149	29 %
L'aiment moyennement ou beaucoup.	46	8 %	406	68 %	452	75 %
	89		512		601	



GRAPHIQUE 21. — Corrélation entre le goût pour les frites et celui pour la charcuterie.

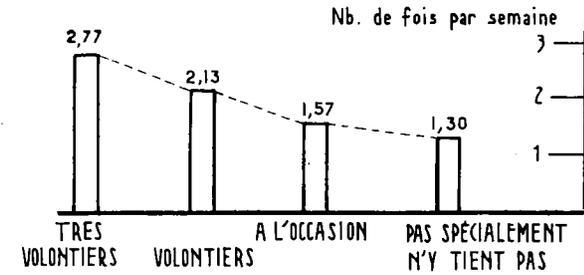
Les goûts personnels de la maîtresse de maison conditionnent le choix de certains menus.

Le tableau ci-après montre qu'il existe une relation entre le goût de la maîtresse de maison pour la charcuterie et la fréquence de ce plat sur la table familiale :

Question :

En ce qui vous concerne personnellement, mangez-vous de la charcuterie ?

	Nombre de cas	Nombre de fois par semaine
Très volontiers.....	223	2,77
Volontiers	229	2,13
A l'occasion.....	59	1,57
Pas spécialement, je n'y tiens pas	90	1,30
Ensemble	601	2,19



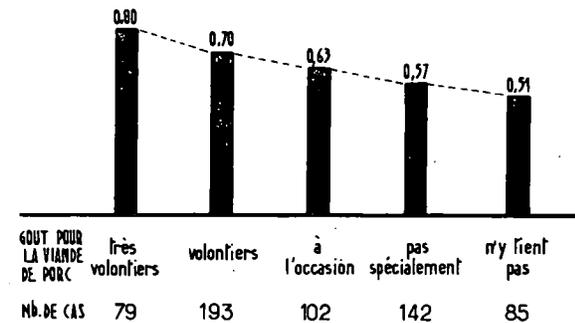
GRAPHIQUE 22. Relation entre le goût pour la charcuterie et la fréquence de consommation.

On peut faire la même observation en ce qui concerne la viande de porc :

Question :

En ce qui vous concerne personnellement, mangez-vous de la viande de porc ?

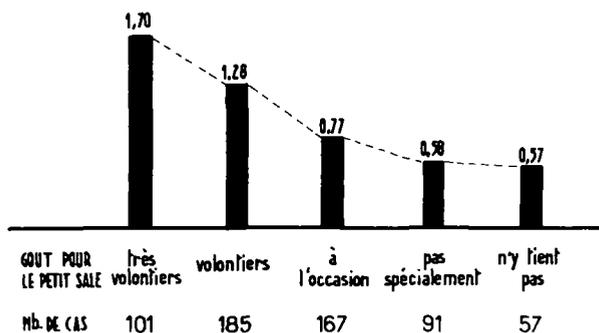
	Nombre de cas	Nombre de fois par semaine
Très volontiers.....	79	0,80
Volontiers	193	0,70
A l'occasion.....	102	0,63
Pas spécialement.....	142	0,57
Je n'y tiens pas.....	85	0,51
Ensemble	601	0,65



GRAPHIQUE 23. Relation entre le goût pour la viande de porc et la fréquence de consommation.

La même question concernant le petit salé montre une corrélation tout aussi forte :

Goût pour le petit salé	Nombre de cas	Nombre de fois où l'on mange du petit salé par semaine
Très volontiers.....	101	1,70
Volontiers.....	185	1,28
A l'occasion.....	167	0,77
Pas spécialement.....	91	0,58
Je n'y tiens pas.....	57	0,57

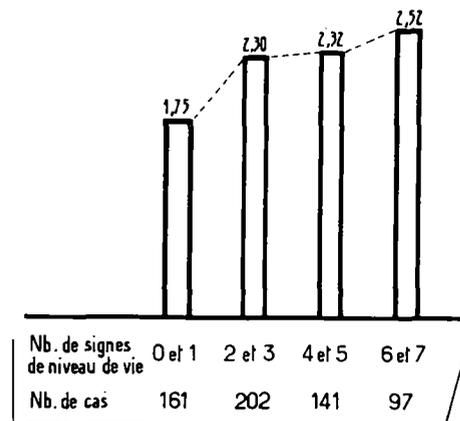
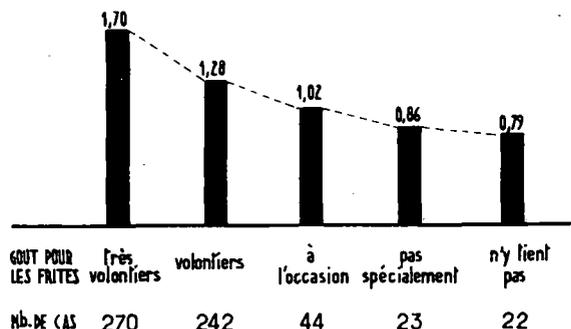


GRAPHIQUE 24. Relation entre le goût pour le petit salé et la fréquence de consommation.

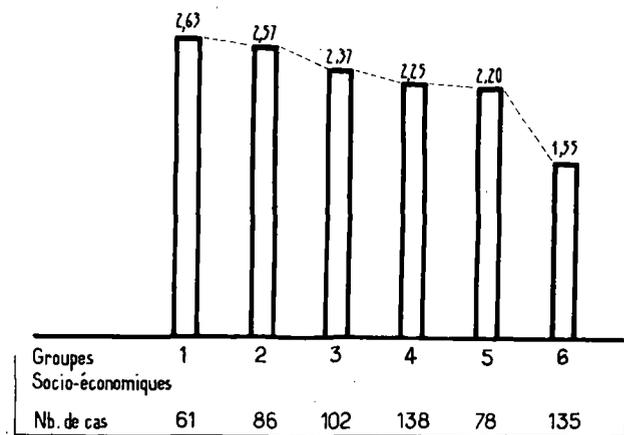
Il en est de même pour les pommes de terre frites.

Goût pour les frites	Nombre de cas	Nombre de fois où l'on mange des frites par semaine
Très volontiers.....	270	1,70
Volontiers.....	242	1,28
A l'occasion.....	44	1,02
Pas spécialement.....	23	0,86
Je n'y tiens pas.....	22	0,79

GRAPHIQUE 25. Relation entre le goût pour les frites et la fréquence de consommation.



GRAPHIQUE 26. — Fréquence de consommation de la charcuterie et niveau de vie.



GRAPHIQUE 27. — Fréquence de consommation de la charcuterie et niveau social.

IV. — CORPULENCE DE LA MAITRESSE DE MAISON ET TROUBLES DE SANTÉ

Sur l'ensemble des femmes interrogées, 296 se plaignent, soit de troubles de santé, soit d'obésité, soit des deux à la fois.

Le tableau ci-après (p. 98) indique l'incidence de l'âge sur l'obésité et les troubles invoqués.

A Groupes d'âges	B Aucun trouble		C Obèses sans trouble		D Obèses avec troubles		E Troubles sans obésité		F Ensemble	
		%		%		%		%		%
Jusqu'à 45 ans.....	143	48	42	43	3	6	44	30	232	39
De 46 à 55 ans.....	77	25	27	27	14	27	31	21	149	25
56 ans et +.....	80	27	30	30	34	67	71	49	215	36
	300	100	99	100	51	100	146	100	596	100

Pour éliminer le facteur perturbateur que constituent les variations dans les effectifs des trois groupes d'âge, on a ramené dans le tableau ci-après ces effectifs à 100, et réduit proportionnellement les chiffres correspondant aux diverses catégories retenues.

On obtient ainsi :

A	B		C		D		E		F
		%		%		%		%	
Jusqu'à 45 ans.....	61,7	41	18,1	36	1,3	5	18,9	26	100
De 46 à 55 ans.....	51,7	34	18,1	36	9,4	35	20,8	29	100
56 ans et +.....	37,2	25	14	28	15,8	60	33	45	100
	150,6	100	50,2	100	26,5	100	72,7	100	300

Ce sont les pourcentages des troubles associés (colonne D) qui croissent le plus rapidement avec l'âge (5 %, 35 %, 60 %).

L'obésité apparaît ainsi, dans de nombreux cas, comme un signe avant-coureur de troubles de santé qui commencent à se manifester dans la seconde partie de l'existence.

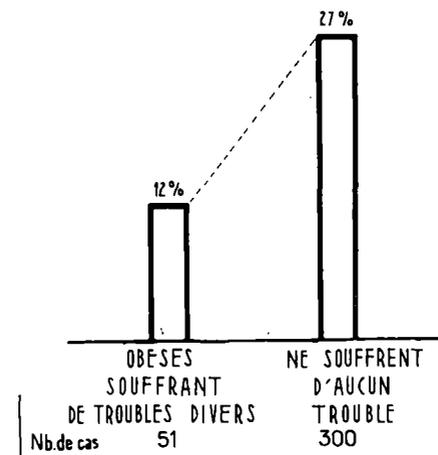
Or, le goût marqué pour les aliments gras est, comme nous l'avons vu, en liaison avec la corpulence dans un grand nombre de cas. Aussi, n'est-il pas sans intérêt de noter les nettes différences d'attitude à l'égard des aliments gras entre le groupe des femmes qui ne souffrent d'aucun

Goût pour la charcuterie (1)	Femmes ne souffrant d'aucun trouble		Femmes obèses souffrant de troubles divers	
		%		%
Ne l'aime pas ou peu.....	81	27	6	12
En mange volontiers ou très volontiers	219	73	45	88
Ensemble	300	100	51	100

(1) La charcuterie est prise ici comme type caractéristique d'aliment gras particulièrement apprécié par la majorité des consommateurs, ainsi qu'il est précisé ci-dessus, p. 93.

trouble (B) et le groupe des femmes obèses présentant des troubles (D). Ces dernières manifestent une plus grande appétence pour ce type d'aliment.

En dépit de la faiblesse des effectifs dans le groupe D, une épreuve de signification donne la valeur de 5,6 à χ^2 , avec 1 degré de liberté, la différence observée est donc *significative*.



GRAPHIQUE 28. — Proportions respectives de femmes n'aimant pas la charcuterie, suivant leur état de santé.

CHAPITRE V

NIVEAU D'INFORMATION SUR LA MANIÈRE DE SE NOURRIR

On a cherché à savoir, enfin, si les maîtresses de maison étaient intéressées par des articles ou des publications traitant de la manière de se nourrir, et, le cas échéant, ce qu'elles avaient pu retenir de leur lecture.

La fréquence de ce genre de lecture varie beaucoup d'un milieu à l'autre :

Lisent des articles de vulgarisation :

Groupe 1 (cadres, professions libérales, industriels).....	74 %
Groupe 3 (employés)	66 %
Groupe 4 (ouvriers qualifiés)	41 %
Groupe 2 (commerçants)	35 %
Groupe 6 (sans profession)	21 %
Groupe 5 (manœuvres)	19 %

Cette échelle correspond à peu près exactement au niveau d'instruction tel qu'il apparaît dans les diverses enquêtes de l'I. N. H. (1).

Les résultats obtenus sont assez décevants, les ménagères sont, semble-t-il, plus attirées par les recettes de cuisine que par la valeur nutritionnelle des aliments ou l'équilibre des menus.

Le niveau de vie est également en relation avec l'intérêt pour ce genre de lecture :

Lisent les articles de vulgarisation :

0 signe de niveau de vie.....	18 %
1 et 2 signes de niveau de vie.....	29 %
3 et 4 signes de niveau de vie.....	50 %
5 signes et plus.....	55 %

L'âge également a une influence :

66 ans et plus.....	21 %
51 à 65 ans.....	40 %
Moins de 35 ans.....	42 %
36 à 50 ans.....	48 %

Une question complémentaire était posée : « Qu'avez-vous retenu de ces lectures ? » L'hétérogénéité des réponses et leur caractère souvent sommaire n'ont pas permis de dégager quoi que ce soit de leur examen.

Entre la lecture hâtive de l'abondante littérature qui passe sous les yeux de l'homme contemporain et une information réelle sur un sujet déterminé, il y a un monde.

La question du niveau d'information en matière de diététique mériterait, nous semble-t-il, d'être reprise à l'occasion d'une nouvelle enquête, où l'on poserait, par exemple, une série de questions sur les principaux problèmes d'alimentation.

C'est en faisant préalablement l'inventaire des lacunes et des préjugés dans ce domaine qu'une véritable information du public pourrait être amorcée.

SOMMAIRE ET VUE D'ENSEMBLE

L'enquête que nous venons de présenter s'est déroulée à Marseille en 1961, auprès de 600 ménages tirés au sort, selon la méthode de l'échantillon aléatoire.

Elle porte sur la consommation et le comportement alimentaire à l'égard des matières grasses.

(1) MARCEL BRESARD. La consommation des boissons en France. II^e partie. Marseille. *Bulletin de l'I. N. H.*, tome 14, n^o 1, 1959, p. 133.

Ont été notamment étudiés :

- les achats,
- la consommation,
- les réactions de santé,
- les goûts personnels de la maîtresse de maison, en liaison avec un certain nombre de facteurs : corpulence, état de santé.

Ces différentes données ont été analysées en fonction de l'âge, de la composition de la famille et de sa dimension, du niveau socio-économique.

Les faits majeurs qui se dégagent sont les suivants :

- Trois matières grasses sont largement utilisées :
 - l'huile d'arachide;
 - le beurre;
 - l'huile d'olive.

Les autres graisses sont beaucoup moins consommées.

— Si l'on compare les résultats de la présente enquête à ceux obtenus en 1953, à Marseille, sur la consommation alimentaire, on note que le niveau de satisfaction ne s'est pas sensiblement modifié depuis ces dernières années.

— C'est le beurre et l'huile d'olive qui jouissent du plus grand prestige. L'augmentation de leur consommation est souhaitée dans la plupart des milieux, pour remplacer la margarine, l'huile d'arachide, l'huile de table, dont on souhaiterait diminuer la consommation.

— Le goût semble être le motif prédominant qui justifie le choix des diverses matières grasses, les préoccupations de santé n'apparaissant qu'accessoirement dans les réponses des ménagères, sauf dans les familles où il y a des enfants.

L'économie n'est guère invoquée que pour l'huile de table et la margarine.

— Le beurre étranger n'est acheté que par une faible fraction des ménages, en dépit de son prix avantageux.

— Les achats par petites quantités sont surtout le fait des couples et des femmes retraitées, pour des raisons de conservation et d'économie, mais sans doute aussi, dans de nombreux cas, par besoin de sociabilité ou de distraction, notamment dans les milieux populaires.

— Le niveau de vie le plus élevé est en relation avec la consommation des produits les plus chers (beurre et huile d'olive).

— La consommation du beurre est suffisante dans le groupe des professions intellectuelles et chez les commerçants, légèrement inférieure aux rations préconisées dans les autres groupes.

— D'une manière générale, dans tous les milieux sociaux, les consommations effectives de matières grasses autres que le beurre sont *très largement supérieures* aux rations préconisées. On consomme trop de graisse à Marseille, comme d'ailleurs dans beaucoup d'autres régions, en France.

— Ce sont les foyers qui appartiennent aux professions intellectuelles et ceux qui comptent le plus de jeunes enfants qui ont le plus conscience d'être sensibles à la *publicité*.

— Si les quelques réponses qui ont été faites par les maitresses de maison sur leurs troubles de santé, ou ceux de leur entourage, n'ont de toute évidence pas de valeur en tant que diagnostic médical, il n'en demeure pas moins qu'il y a là quelques indications intéressantes sous l'angle nutritionnel et psychosociologique.

— On note, par exemple, que 10 à 13 % des individus se plaignent de troubles digestifs, mais que 1 sur 3 seulement suit un régime à cause de ces troubles.

— D'autres se plaignent de troubles circulatoires, toutefois l'échelle des groupes socio-économiques qui se dégage des réponses reproduit exactement l'échelle de niveau social, ce qui tend à montrer que ces réponses sont davantage conditionnées par un niveau d'information sur un problème de santé à l'ordre du jour, que par une connaissance exacte d'une réalité médicale.

— Diverses questions avaient pour but de déterminer dans la mesure du possible, la propension des femmes interrogées pour une alimentation grasse.

La charcuterie, particulièrement appréciée par 4 femmes sur 5, peut être considérée comme un aliment test à cet égard : le goût se manifeste avec la même intensité, quel que soit le niveau de vie.

— On constate des variations dans la corpulence des femmes interrogées suivant l'appartenance sociale : c'est dans le groupe où le chef de famille est manœuvre que l'on compte la plus forte proportion de femmes corpulentes, ce qui suggère l'hypothèse d'un mauvais équilibre nutritionnel dans ce groupe.

— On note une relation entre le goût pour un certain nombre d'aliments gras et la corpulence.

— Les goûts personnels de la maitresse de maison inspirent la composition des menus familiaux en charcuterie, en viande de porc, petit salé, pommes de terre frites.

— L'analyse des troubles de santé invoqués par un certain nombre de maitresses de maison semble bien montrer que l'obésité apparaît dans de nombreux cas comme un signe avant-coureur de troubles de santé, qui commencent à se manifester dans la seconde partie de l'existence.

— Le groupe des femmes obèses souffrant de troubles de santé manifeste une plus grande appétence pour les aliments gras que le groupe des femmes ne souffrant d'aucun trouble. La différence est statistiquement significative.

— En ce qui concerne le niveau d'information sur la manière de se nourrir, les maitresses de maison semblent, d'une manière générale, plus intéressées par les recettes de cuisine que par la valeur nutritionnelle des aliments ou l'équilibre nutritionnel.

L'intérêt plus ou moins marqué pour des articles de vulgarisation reproduit une échelle à peu près exactement semblable à celle du niveau d'instruction suivant l'appartenance sociale.

La question du niveau d'information en matière de diététique mériterait sans doute d'être reprise à l'occasion d'une nouvelle enquête.

C'est en faisant préalablement l'inventaire des lacunes et des préjugés dans ce domaine qu'une véritable information du public pourrait être amorcée.

*Travail du Centre de recherches médico-sociales de Marseille
et de la Section de nutrition de l'Institut national d'hygiène,
présenté par*

M^{lle} CHABERT, M^{me} MÉDA, M^{lle} POMEAU et M^{me} DURIEU.

PÉDIATRIE

LA MORTALITÉ FŒTO-INFANTILE EN 1962 (PREMIER ET DEUXIÈME TRIMESTRES)

L'évolution de la mortalité infantile a été moins favorable que précédemment : le taux de mortalité infantile proprement dite a augmenté légèrement pendant le premier trimestre 1962 par rapport au trimestre homologue de l'année précédente, ce qui ne s'était pas produit depuis 1954. Au deuxième trimestre son taux a été stationnaire.

Pour la mortinatalité, on observe une baisse au premier trimestre et une augmentation au deuxième.

Les chiffres sont les suivants :

Mortalité infantile.

(Taux pour 1 000 enfants nés vivants, base annuelle.)

	Taux traditionnels		Taux rectifiés (1)	
	Premier trimestre	Deuxième trimestre	Premier trimestre	Deuxième trimestre
1960 (rappel)	27	23,7	—	—
1961	25,6	22,4	29,7	27
1962	25,9	22,4	30,3	26,8
Différence entre 1961 et 1962 (%)....	+ 1,2	0	+ 2	- 0,7

(1) Taux calculés en ajoutant aux décès de 0 à 1 an les décès d'enfants nés vivants, morts avant la déclaration de naissance et de ce fait comptés parmi les mort-nés.

Mortinatalité.

(Taux pour 1 000 naissances.)

	Taux traditionnels		Taux rectifiés (1)	
	Premier trimestre	Deuxième trimestre	Premier trimestre	Deuxième trimestre
1960 (rappel)	22	21,5	—	—
1961	20,8	20,4	16,8	16
1962	20,3	21,4	16,1	17,1
Différence entre 1961 et 1962 (%)....	-2,4	+4,9	-4,2	+6,9

(1) Taux calculés en retranchant des mort-nés les enfants nés vivants, et morts avant la déclaration de naissance.

MORTALITÉ INFANTILE PAR TRANCHE D'ÂGE

L'augmentation qui s'est produite au premier trimestre ne porte pas sur toutes les tranches d'âge : seul, le taux de décès des enfants de 6 mois à 1 an a augmenté. La mortalité néo-natale a, au contraire, légèrement diminué.

Au deuxième trimestre, les taux des différentes subdivisions sont presque identiques à ceux du trimestre homologue de l'année précédente.

MORTALITÉ INFANTILE PAR CAUSE INCRIMINÉE

Par rapport à la même période de l'année précédente, une augmentation des décès attribués à la grippe a été enregistrée en 1962.

Il y a eu aussi une légère élévation des taux en face de trois rubriques dont l'importance avait diminué en 1961 : lésions dues à l'accouchement, asphyxie post-natale et, pour le deuxième trimestre seulement, prématurité. Le taux des décès par malformations congénitales de l'appareil circulatoire s'est élevé pendant le premier trimestre 1962. En revanche, les rubriques « coqueluche » et « rougeole », dont les taux étaient déjà bas, diminuent encore en 1962.

Mortalité infantile par cause incriminée.

(Taux trimestriels, base annuelle.)

Cause incriminée	1 ^{er} trimestre				2 ^e trimestre			
	1961		1962		1961		1962	
	N.	%/100 N. V.	N.	%/100 N. V.	N.	%/100 N. V.	N.	%/100 N. V.
Tuberculose	20	0,1	11	0,05	7	0,03	9	0,04
Coqueluche	48	0,2	18	0,09	53	0,2	24	0,1
Rougeole	19	0,09	8	0,04	36	0,2	18	0,09
Grippe	110	0,5	165	0,8	18	0,08	61	0,3
Otite et mastoïdite	39	0,2	45	0,2	15	0,1	23	0,1
Broncho-pneumonie	439	2,1	441	2,1	234	1,1	205	1
Gastro-entérite	51	0,2	62	0,3	60	0,3	47	0,2
Malformations congénitales de l'appareil circulatoire	362	1,7	434	2,1	371	1,7	342	1,7
Autres malformations congénitales	384	1,8	395	1,9	374	1,7	374	1,8
Lésions dues à l'accouchement	507	2,4	509	2,5	461	2,1	448	2,2
Asphyxie et atelectasie post-natales	148	0,7	186	0,9	183	0,8	176	0,9
Erythroblastose	76	0,4	71	0,3	72	0,3	57	0,3
Prématurité	1 012	4,8	948	4,6	957	4,4	1 007	4,9
Débilité	81	0,4	79	0,4	81	0,4	86	0,4
Toxicose	377	1,8	381	1,8	300	1,4	291	1,4

N. V. = Enfants nés vivants.

Mortalité infantile par tranche d'âge.

(Taux trimestriels bruts rapportés à la base annuelle.)

	1961		1962	
	% décès	%/100 N. V.	% décès	%/100 N. V.
<i>Premier trimestre.</i>				
0 à 6 jours	39,8	10,1	38,9	10,1
7 à 27 jours	13,8	3,5	13	3,4
28 à 90 jours	15,4	4,2	16	4,2
91 à 180 jours	14	3,6	13,8	3,6
181 à 365 jours	17	4,3	18,1	4,7
0 à 27 jours	53,6	13,7	51,9	13,4
28 à 365 jours	46,4	11,9	48,1	12,4
<i>Deuxième trimestre.</i>				
0 à 6 jours	46,1	10,3	46,5	10,4
7 à 27 jours	12,4	2,8	12	2,7
28 à 90 jours	14	3,2	14,2	3,2
91 à 180 jours	12,1	2,7	12	2,7
181 à 365 jours	15,3	3,4	15,3	3,4
0 à 27 jours	58,5	13,1	58,6	13,1
28 à 365 jours	41,5	9,3	41,4	9,3

N. V. = Enfants nés vivants.

MORTALITÉ INFANTILE PAR DÉPARTEMENTS

Pour le premier trimestre 1962, le taux de trois départements égale ou dépasse 40 ‰ (alors qu'en 1961 le taux le plus élevé, celui du Pas-de-Calais, n'était que de 38,5 ‰). Il s'agit de la Somme (45 ‰), du Pas-de-Calais (43,5 ‰) et de la Moselle (40 ‰).

Pour le deuxième trimestre 1962, le taux le plus élevé est celui de la Haute-Saône (36 ‰).

En résumé, l'évolution de la mortalité fœto-infantile pour le premier semestre de l'année 1962 est moins favorable que précédemment : la mortalité infantile proprement dite a augmenté au premier trimestre et la mortinatalité au deuxième.

Travail de la Section de Pédiatrie, présenté par

M^{me} CORONE.

TABLEAU I

Mortalité infantile.

(Taux trimestriels ramenés à la base annuelle.)

Premier trimestre.

Départements	1961-1	1962-1
Ain	18	18
Aisne	30	31
Allier	14	17,5
Alpes (Basses-)	12,5	15
Alpes (Hautes-)	16	21
Alpes-Maritimes	18	20
Ardèche	23	21,5
Ardennes	31	23
Ariège	27	11
Aube	21	24
Aude	13	27
Aveyron	20	25
Bouches-du-Rhône	23	23
Calvados	24	17,5
Cantal	33	36
Charente	33,5	35
Charente-Maritime	20	23
Cher	24	25,5
Corrèze	24	29
Corse	21	24
Côte-d'Or	26	17
Côtes-du-Nord	33	25
Creuse	28	29
Dordogne	23	16
Doubs	21	21
Drôme	23,5	26
Eure	16	25
Eure-et-Loir	18	26
Finistère	20	24
Gard	23	24
Garonne (Haute-)	24	19
Gers	23	29
Gironde	20	19
Hérault	26	24,5
Ille-et-Vilaine	28	24
Indre	38	23
Indre-et-Loire	29	29
Isère	21	26
Jura	17	18
Landes	26	17
Loir-et-Cher	17	29
Loire	29	26,5
Loire (Haute-)	21	22
Loire-Atlantique	21,5	21
Loiret	28	15
Lot	26	12
Lot-et-Garonne	22,5	23
Lozère	22	17
Maine-et-Loire	23	20,5
Manche	24	22,5
Marne	29	26
Marne (Haute-)	30	36,5

TABLEAU I (suite).

Départements	1961-1	1962-1
Mayenne	32	22
Meurthe-et-Moselle	29	33,5
Meuse	22	24
Morbihan	31	33
Moselle	33	40
Nièvre	24	22,5
Nord	38	39
Oise	34	24
Orne	23	21
Pas-de-Calais	38,5	43,5
Puy-de-Dôme	22	20,5
Pyrénées (Basses-)	27	24
Pyrénées (Hautes-)	23	21
Pyrénées-Orientales	28	25,5
Rhin (Bas-)	32	35
Rhin (Haut-)	30,5	28
Rhône	20	26
Saône (Haute-)	19	33,5
Saône-et-Loire	22	16
Sarthe	24	21
Savoie	17	30
Savoie (Haute-)	35	27
Seine	22	23
Seine-Maritime	29	27
Seine-et-Marne	20	25,5
Seine-et-Oise	21,5	20
Sèvres (Deux-)	17,5	30
Somme	34	45
Tarn	21	25
Tarn-et-Garonne	16	23
Var	25,5	17,5
Vaucluse	21	17
Vendée	13	21
Vienne	28	18,5
Vienne (Haute-)	23	25
Vosges	28	24
Yonne	17	24
Terr. de Belfort	18,5	19
<i>France entière</i>	25,6	26

TABLEAU II

Mortalité infantile.
(Taux trimestriels ramenés à la base annuelle.)

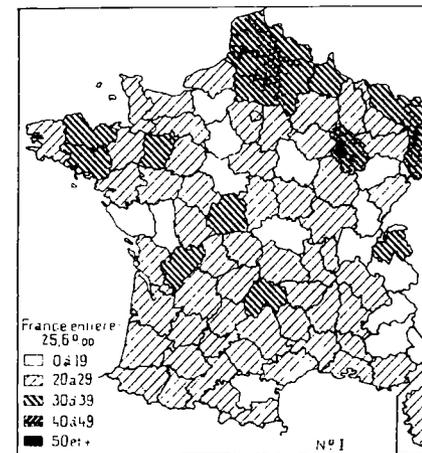
Deuxième trimestre.

Départements	1961-II	1962-II
Ain	14	17,5
Aisne	21	27
Allier	16	20
Alpes (Basses-)	15	20
Alpes (Hautes-)	8	8
Alpes-Maritimes	15	19
Ardèche	20	24,5
Ardennes	25	29
Ariège	13	18
Aube	15	14
Aude	14	11
Aveyron	27	29
Bouches-du-Rhône	20	30
Calvados	27	25
Cantal	36,5	24
Charente	25	25
Charente-Maritime	27	22
Cher	27,5	27
Corrèze	29	21
Corse	17	33
Côte-d'Or	20	22
Côtes-du-Nord	25	24
Creuse	26,5	34
Dordogne	28	15
Doubs	21,5	22
Drôme	26	22
Eure	21	17
Eure-et-Loir	18	23
Finistère	22	17
Gard	19,5	21
Garonne (Haute-)	25	30
Gers	18	26
Gironde	19,5	23,5
Hérault	18,5	21
Ille-et-Vilaine	22	22
Indre	29	26
Indre-et-Loire	25	18
Isère	19	22,5
Jura	23	25
Landes	34	26
Loir-et-Cher	25	12
Loire	23	23
Loire (Haute-)	31	28
Loire-Atlantique	19	19
Loiret	18	19
Lot	19	30
Lot-et-Garonne	27	13
Lozère	17	29
Maine-et-Loire	17	15
Manche	28	20
Marne	25	23
Marne (Haute-)	22	31

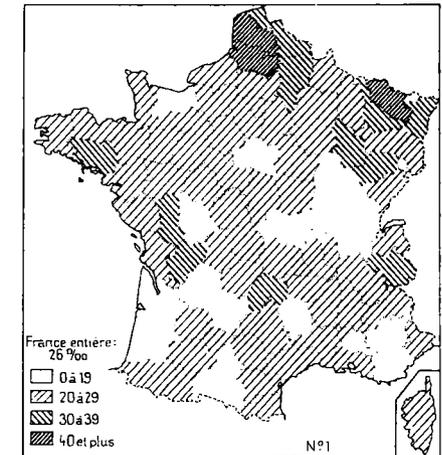
TABLEAU II (suite).

Départements	1961-11	1962-11
Mayenne	18	22
Meurthe-et-Moselle	21	28
Meuse	22,5	26
Morbihan	26	21
Moselle	30	32
Nièvre	21	19
Nord	30	28
Oise	28	13
Orne	24	16
Pas-de-Calais	29	30
Puy-de-Dôme	21	21
Pyrénées (Basses-)	19	18
Pyrénées (Hautes-)	20	23
Pyrénées-Orientales	32	28
Rhin (Bas-)	26	29,5
Rhin (Haut-)	29	31
Rhône	18	22
Saône (Haute-)	33	36
Saône-et-Loire	21	19
Sarthe	20,5	18
Savoie	26,5	19
Savoie (Haute-)	26	26
Seine	19	20
Seine-Maritime	21	23
Seine-et-Marne	18	18
Seine-et-Oise	18	15
Sèvres (Deux-)	25	18
Somme	30	26
Tarn	24	16,5
Tarn-et-Garonne	22	17
Var	22	20
Vaucluse	17	12
Vendée	22	16
Vienne	18	14
Vienne (Haute-)	16	14
Vosges	22	25
Yonne	23	16,5
Terr. de Belfort	15	23
<i>France entière</i>	22,4	22,4

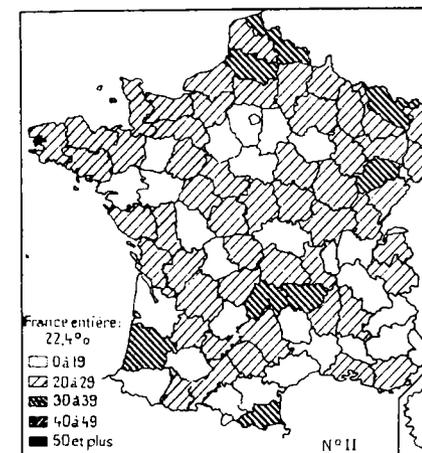
MORTALITÉ INFANTILE



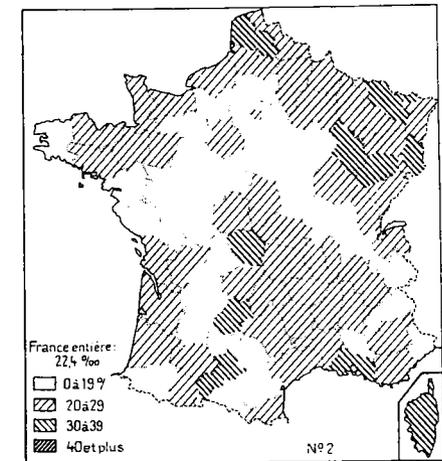
Premier trimestre 1961.



Premier trimestre 1962.



Deuxième trimestre 1961.



Deuxième trimestre 1962.

ÉPIDÉMIOLOGIE

INCIDENCE DU SEXE ET DE L'ÂGE SUR LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ PAR MALADIES INFECTIEUSES EN 1961

I. — MORBIDITÉ

A. — TYPHOÏDE

Depuis 1955, le taux de morbidité diminuait régulièrement : 1955 : 10,4; 1956 : 8,4; 1957 : 7,2; 1958 : 5,3; 1959 : 4,6. En 1960, il s'était relevé légèrement : 5. En 1961, par contre, il s'abaisse à nouveau : 4. Le nombre des cas est passé de 2 263 en 1960 à 2 102 en 1961. La répartition des cas suivant le sexe donne un nombre égal pour chaque sexe : 50 %. La prédominance classique dans le sexe féminin, qui avait disparu pendant quelques années, pour réapparaître depuis 1958, n'existe plus à nouveau en 1961. L'indice de morbidité maximal se situe entre 15 et 19 ans. Par contre, il décroît plus rapidement qu'en 1961 et est de 2,9 entre 40 et 44 ans (4,9 en 1960).

B. — DIPHTÉRIE

La baisse continue de l'indice de morbidité, interrompue seulement en 1959, se poursuit en 1961 avec 726 cas et 1,5 d'indice contre 913 cas et 2 d'indice en 1960. Il est légèrement supérieur dans le sexe masculin. A l'inverse des années précédentes, on ne retrouve pas le croisement des deux courbes de morbidité masculine et féminine autour de la quinzième année, l'indice devenant à cet âge plus élevé dans le sexe féminin. Les deux courbes se croisent plus tardivement, vers la vingtième année.

C. — POLIOMYÉLITE

La morbidité a été plus faible en 1961 qu'en 1960 et l'indice est passé de 3,6 à 3,2. Le pourcentage des cas est toujours plus élevé dans le sexe masculin (57,7) que dans le sexe féminin (42,3), l'indice est de 3,9 pour le sexe masculin et de 2,7 pour le sexe féminin. La morbidité maximale se situe toujours entre 1 et 5 ans, mais les enfants de moins d'un an et ceux de 5 à 10 ans n'ont pas été plus épargnés que les années précédentes : 1 023 cas ont été observés au total jusqu'à 10 ans sur 1 513, soit les deux tiers.

D. — BRUCELLOSE

La morbidité a diminué par rapport à 1960, 720 cas avec 1,5 d'indice contre 860 cas avec 1,8. Comme les années précédentes, 80 % des cas ont été observés dans le sexe masculin. La morbidité maximale se situe entre 25 et 40 ans.

II. — MORTALITÉ

A. — TYPHOÏDE

Après avoir enregistré une recrudescence du nombre des décès en 1959, on constate que la diminution observée en 1960 se poursuit en 1961 (62 en 1959, 58 en 1960, 51 en 1961). La diminution porte uniquement sur les décès observés dans le sexe masculin, ceux du sexe féminin étant en légère augmentation. Aussi, le taux de mortalité est sans changement.

B. — DIPHTÉRIE

Le nombre de décès continue à décroître, 23 au lieu de 30 en 1960. Le taux est un peu plus faible dans le sexe féminin.

C. — POLIOMYÉLITE

La morbidité de la poliomyélite en 1961 étant inférieure à celle de 1960, le nombre des décès s'abaisse dans les mêmes proportions. Cette diminution est, à l'inverse de 1960, principalement sensible pour le sexe féminin (47 décès contre 63). Aussi, le taux de mortalité reste-t-il égal dans les deux sexes (0,3). Le taux maximal se situe, pour l'un et l'autre, entre 1 et 5 ans.

D. — TÉTANOS

Le nombre des décès subit une légère augmentation : 354 au lieu de 324 en 1960. En 1961, il y a eu seulement 10 décès par tétanos néo-natal contre 12 en 1960.

E. — ROUGEOLE

L'augmentation du nombre des décès (177 contre 139) est parallèle à celle du nombre des cas. Le taux passe de 0,3 à 0,4.

F. — COQUELUCHE

Le nombre des décès qui, en 1960, était retombé à un chiffre inférieur à celui de 1958 remonte à nouveau (207 contre 156). Le taux passe de 0,3 à 0,5. Le taux des enfants de moins d'un an continue à être voisin du double de celui de la rougeole pour la même tranche d'âge (respectivement 16,7 et 9,7).

ANNÉE 1961

Nombre de cas par sexe et par âge.

Ages	Masculin				Féminin				Deux sexes			
	Typhoïde	Diphtérie	Polio- myélite	Brucel- lose	Typhoïde	Diphtérie	Polio- myélite	Brucel- lose	Typhoïde	Diphtérie	Polio- myélite	Brucel- lose
0- 1 an	12	7	64	—	18	12	40	—	30	19	104	—
1- 4 ans	107	103	338	4	109	94	258	4	216	197	596	8
5- 9 »	135	132	187	13	153	92	136	9	288	224	323	22
10-14 »	132	77	80	24	151	53	62	9	283	130	142	33
15-19 »	124	29	51	45	101	17	27	7	225	46	78	52
20-24 »	93	9	39	40	87	12	42	5	180	21	81	45
25-29 »	73	7	47	80	81	12	37	5	154	19	84	85
30-34 »	75	8	31	83	70	12	22	4	145	20	53	87
35-39 »	71	8	17	67	59	9	8	18	130	17	25	85
40-44 »	40	5	10	45	27	7	4	4	67	12	14	49
45-49 »	52	3	4	43	32	4	3	13	84	7	7	56
50-54 »	48	1	1	45	49	5	—	24	97	6	1	69
55-59 »	32	—	3	49	31	1	—	13	63	1	3	62
60-64 »	26	—	1	27	31	1	—	13	57	1	1	40
65-69 »	15	—	—	5	23	2	—	4	38	2	—	9
70-74 »	7	—	1	4	12	4	—	5	19	4	1	9
75-79 »	5	—	—	2	6	—	—	—	11	—	—	2
80-84 »	6	—	—	5	9	—	—	2	15	—	—	7
85 et +	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	1 053	389	874	581	1 049	337	639	139	2 102	726	1 513	720

ÉPIDÉMIOLOGIE

ANNÉE 1961

Nombre de cas par sexe et par âge.

Ages	Masculin			Féminin			Deux sexes		
	Rougeole	Scarlatine	Coqueluche	Rougeole	Scarlatine	Coqueluche	Rougeole	Scarlatine	Coqueluche
0- 1 an	327	16	569	313	11	664	640	27	1 233
1- 4 ans	3 899	926	1 172	3 463	791	1 506	7 362	1 717	2 678
5- 9 »	3 444	1 243	631	3 167	1 289	707	6 611	2 532	1 338
10-14 »	642	441	87	659	483	112	1 301	924	199
15-19 »	124	132	9	105	100	18	229	232	27
20-24 »	94	43	6	47	53	8	141	96	14
25-29 »	38	13	3	30	26	4	68	39	7
30-34 »	13	10	4	22	27	6	35	37	10
35-39 »	10	16	—	12	8	1	22	24	1
40-44 »	4	3	1	3	1	3	7	4	4
45-49 »	4	7	—	—	5	—	4	12	—
50-54 »	1	3	1	3	5	—	4	8	1
55-59 »	—	5	—	—	1	1	—	6	1
60-64 »	1	—	—	1	7	1	2	7	1
65-69 »	—	—	—	3	2	1	3	2	1
70-74 »	—	—	—	—	—	—	—	—	—
75-79 »	4	1	—	3	1	—	7	2	—
80-84 »	9	2	—	4	2	—	13	4	—
85 et +	—	1	1	—	—	—	—	1	1
Total	8 614	2 862	2 484	7 835	2 812	3 032	16 449	5 674	5 516

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PAR MALADIES INFECTIEUSES EN 1961

TYPHOÏDE

Années 1959-1960-1961.

Indice de morbidité pour 100 000 habitants de chaque tranche d'âge.

Ages	Masculin			Féminin			Deux sexes		
	1959	1960	1961	1959	1960	1961	1959	1960	1961
0- 1 an	3,6	5,5	2,8	3,2	4	4,5	3,4	4,7	3,6
1- 4 ans	6,5	9	6,5	8,1	8,9	6,9	7,3	8,9	6,7
5- 9 »	7,6	6,8	6,7	9,4	7,7	7,9	8,5	7,2	7,3
10-14 »	8,3	5,6	6,3	8,1	7,3	7,4	8,2	6,4	6,8
15-19 »	8	6	8,1	6,1	5,8	6,9	7	5,9	7,5
20-24 »	7,3	4,8	6,2	7,3	7,2	6,2	7,3	6	6,2
25-29 »	4,6	5,1	4,3	4,1	5,8	5,2	4,4	5,4	4,8
30-34 »	3,5	5,7	4,4	3,9	5,8	4,3	3,7	5,7	4,4
35-39 »	3,4	5,2	4,3	3	4,8	3,6	3,2	5	4
40-44 »	2,4	4,4	3,5	3,8	5,4	2,3	3,1	4,9	2,9
45-49 »	2,1	3,8	4	2,9	3,5	2,4	2,5	3,7	3,2
50-54 »	1,8	3,5	3,3	3,2	3,2	3,3	2,5	3,3	3,3
55-59 »	2,7	2,7	2,3	1,9	3,5	2,1	2,3	3,1	2,2
60-64 »	2,3	2,8	2,3	1,9	2,4	2,3	2,1	2,6	2,3
65-69 »	0,9	1,1	2	1,6	2	2	1,3	1,6	2
70-74 »	1,7	1,9	1,2	0,5	1,1	1,7	1	1,4	1,2
75-79 »	0,6	1	1,3	1,8	1	0,8	1,3	1	1
80-84 »	0,4	0,4	2,9	0,2	0,2	2,2	0,3	0,3	2,4
85 et +	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	4,6	4,9	4,7	4,5	5	4,4	4,5	4,9	4

DIPHTÉRIE

Années 1959-1960-1961.

Indice de morbidité pour 100 000 habitants de chaque tranche d'âge.

Ages	Masculin			Féminin			Deux sexes		
	1959	1960	1961	1959	1960	1961	1959	1960	1961
0- 1 an	5	1,9	1,6	2,7	1,2	3	3,9	1,5	2,3
1- 4 ans	10,9	7,8	6,3	7,2	7,6	5,9	9,1	7,7	6,1
5- 9 »	9	8,3	6,5	6,2	5,4	4,7	7,6	6,9	5,6
10-14 »	4,1	3,2	3,6	4,7	3,6	2,6	4,4	3,4	3,1
15-19 »	2,4	1,4	1,9	3,2	3	1,1	2,8	2,2	1,5
20-24 »	1,1	1,5	0,6	2	1,7	0,8	1,6	1,6	0,7
25-29 »	1	0,8	0,4	2,8	1,2	0,7	1,8	1	0,5
30-34 »	0,5	0,6	0,4	1,8	1,1	0,7	1,1	0,8	0,6
35-39 »	0,7	0,6	0,4	1,6	0,5	0,5	1,1	0,6	0,5
40-44 »	0,9	0,4	0,4	0,3	0,9	0,6	0,6	0,6	0,5
45-49 »	0,4	0,1	0,2	1	0,5	0,3	0,7	0,3	0,2
50-54 »	0,4	0,1	0,07	0,5	0,2	0,3	0,4	0,1	0,2
55-59 »	0,2	0,2	—	0,3	0,1	0,06	0,2	0,2	0,03
60-64 »	0,6	0,09	—	0,5	0,7	0,07	0,5	0,4	0,04
65-69 »	—	—	—	0,09	0,8	0,1	0,05	0,05	0,1
70-74 »	—	0,1	—	0,3	0,1	0,4	0,2	0,1	0,2
75-79 »	—	—	—	0,4	—	—	0,2	—	—
80-84 »	—	—	—	0,7	—	—	0,4	—	—
85 et +	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	2,6	2	1,7	2,3	1,9	1,4	2,5	2	1,5

POLIOMYÉLITE

Années 1959-1960-1961.

Indice de morbidité pour 100 000 habitants de chaque tranche d'âge.

Ages	Masculin			Féminin			Deux sexes		
	1959	1960	1961	1959	1960	1961	1959	1960	1961
0- 1 an	20,9	11,8	15,3	15,07	12,2	10	18,3	12	12,7
1- 4 ans	31,6	20,8	20,7	25,6	16,7	16,4	28,7	18,8	18,6
5- 9 »	15,5	9,9	9,3	13,8	10	7	14,7	10,2	8,1
10-14 »	7,6	5,4	3,8	6,8	4,3	3	7,2	4,8	3,4
15-19 »	6,2	2,9	3,3	4,8	2,5	1,8	5,5	2,7	2,6
20-24 »	4,2	2	2,6	3,3	2,5	3	3,8	2,3	2,8
25-29 »	4,5	3	2,8	4,3	2,5	2,4	4,4	2,8	2,6
30-34 »	4,3	1,7	1,8	2,7	1,3	1,3	3,5	1,5	1,6
35-39 »	2,3	1,2	1	1,1	0,4	0,4	1,7	0,8	0,7
40-44 »	0,7	1	0,8	0,8	0,1	0,3	0,7	0,7	0,6
45-49 »	0,8	0,6	0,3	0,6	0,1	0,2	0,7	0,3	0,2
50-54 »	0,3	0,3	0,07	0,6	0,3	—	0,4	0,3	0,03
55-59 »	0,6	0,3	0,2	0,1	0,1	—	0,3	0,2	0,1
60-64 »	0,3	—	0,09	0,07	0,07	—	0,1	0,04	0,04
65-69 »	0,1	0,1	—	—	0,08	—	0,05	0,1	—
70-74 »	—	—	0,1	—	0,1	—	0,06	0,06	0,06
75-79 »	—	—	—	—	—	—	—	—	—
80-84 »	—	—	—	—	—	—	—	—	—
85 et +	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	6,5	4,1	3,9	4,8	3,2	2,7	5,6	3,6	3,2

BRUCELLOSE

Années 1959-1960-1961.

Indice de morbidité pour 100 000 habitants de chaque tranche d'âge.

Ages	Masculin			Féminin			Deux sexes		
	1959	1960	1961	1959	1960	1961	1959	1960	1961
0- 1 an	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1- 4 ans	0,2	0,1	0,2	0,1	0,4	0,2	0,1	0,2	0,2
5- 9 »	0,3	0,7	0,6	0,1	0,5	0,4	0,2	0,6	0,5
10-14 »	0,8	0,5	1,1	0,2	0,5	0,4	0,5	0,5	0,8
15-19 »	1,7	2,5	2,9	0,5	0,9	0,4	1,1	1,8	1,7
20-24 »	2	2,7	2,7	0,5	1,5	0,3	1,3	2,1	1,5
25-29 »	5,1	4,5	4,7	0,5	1,2	0,3	2,9	2,9	2,6
30-34 »	4,7	8,5	4,9	0,9	1,2	0,2	2,9	4,9	2,6
35-39 »	6,4	4,8	4,1	0,8	1,5	1,1	3,6	3,2	2,6
40-44 »	2,7	4,5	3,9	0,5	2,2	0,3	1,6	3,3	2,1
45-49 »	3,2	2,5	3,3	0,1	1	0,9	1,6	1,8	2,1
50-54 »	3,9	3,8	3,1	0,7	0,8	1,6	2,2	2,3	2,3
55-59 »	1,5	4,7	3,6	1,1	0,8	0,9	1,3	2,8	2,2
60-64 »	2	3,1	2,4	1,2	1	0,9	1,5	1,9	1,6
65-69 »	0,7	0,9	0,6	0,4	0,3	0,3	0,5	0,5	0,4
70-74 »	0,8	—	0,7	0,5	0,2	0,5	0,6	0,1	0,6
75-79 »	—	—	0,5	0,2	—	—	0,1	—	0,1
80-84 »	—	—	2,4	0,6	0,5	0,4	0,3	0,1	1,1
85 et +	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	2,4	2,9	2,5	0,5	0,8	0,5	1,4	1,8	1,5

ANNÉES 1960-1961

Sexe masculin.

Nombre de décès par sexe et par âge.

Ages	Typhoïde		Diptérie		Polio-myélite		Tétanos		Rougeole		Coque-luche	
	1960	1961	1960	1961	1960	1961	1960	1961	1960	1961	1960	1961
0- 1 an	2	—	—	1	3	6	8	10	32	53	61	61
1- 4 ans	2	1	6	8	20	16	5	6	30	38	20	32
5- 9 »	—	—	6	1	7	6	2	1	3	11	—	1
10-14 »	—	—	1	2	3	6	4	3	1	1	—	—
15-19 »	1	—	—	1	4	3	2	—	1	1	—	1
20-24 »	—	1	—	—	5	6	2	—	1	—	—	1
25-29 »	2	2	—	—	7	3	—	1	1	—	—	—
30-34 »	2	—	—	—	4	5	1	5	—	—	—	—
35-39 »	3	3	—	—	5	7	2	6	—	—	—	—
40-49 »	2	1	1	—	8	7	15	9	—	—	—	—
50-59 »	11	7	1	—	6	8	45	54	—	—	—	—
60-69 »	7	5	—	—	—	4	43	57	—	—	—	—
70-79 »	3	4	—	—	2	2	44	39	—	—	—	—
80 et +	1	1	—	—	—	—	16	17	—	—	—	—
Tous âges	36	25	15	13	74	79	189	208	69	104	81	96

ANNÉES 1960-1961

Sexe féminin.

Nombre de décès par sexe et par âge.

Ages	Typhoïde		Diptérie		Polio-myélite		Tétanos		Rougeole		Coque-luche	
	1960	1961	1960	1961	1960	1961	1960	1961	1960	1961	1960	1961
0- 1 an	1	—	—	1	1	3	4	—	27	25	53	74
1- 4 ans	2	1	6	5	17	11	6	8	30	35	19	35
5- 9 »	—	1	5	—	10	6	1	—	9	8	2	2
10-14 »	—	—	2	2	6	1	—	—	2	3	1	—
15-19 »	—	2	—	—	2	5	1	—	—	1	—	—
20-24 »	1	—	—	—	10	2	—	1	2	—	—	—
25-29 »	—	—	—	—	1	7	1	2	—	—	—	—
30-34 »	—	2	—	1	6	2	—	3	—	1	—	—
35-39 »	2	—	—	—	2	4	3	2	—	—	—	—
40-49 »	3	—	1	—	2	3	9	20	—	—	—	—
50-59 »	5	5	1	—	3	2	31	24	—	—	—	—
60-69 »	3	4	—	1	3	1	43	37	—	—	—	—
70-79 »	5	8	—	—	—	—	23	28	—	—	—	—
80 et +	—	3	—	—	—	—	12	20	—	—	—	—
N. D.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Tous âges	22	26	15	10	63	47	135	146	70	73	75	111

ANNÉES 1960-1961

Deux sexes.

Nombre de décès par âge.

Ages	Typhoïde		Diptérie		Polio-myélite		Tétanos		Rougeole		Coque-luche	
	1960	1961	1960	1961	1960	1961	1960	1961	1960	1961	1960	1961
0- 1 an	3	—	—	2	4	9	12	10	59	78	114	135
1- 4 ans	4	2	12	13	37	27	11	14	60	73	39	67
5- 9 »	—	1	11	1	17	12	3	1	12	19	2	3
10-14 »	—	—	3	4	9	7	5	3	3	4	1	—
15-19 »	1	2	—	1	6	8	3	—	1	2	—	1
20-24 »	1	1	—	—	15	8	2	1	3	—	—	1
25-29 »	2	2	—	—	8	10	1	3	1	—	—	—
30-34 »	2	2	—	1	10	7	1	8	—	1	—	—
35-39 »	5	3	—	—	7	11	5	8	—	—	—	—
40-49 »	5	1	2	—	10	10	24	29	—	—	—	—
50-54 »	16	12	2	—	9	10	76	78	—	—	—	—
60-64 »	10	9	—	1	3	5	86	94	—	—	—	—
70-74 »	8	12	—	—	2	2	67	67	—	—	—	—
80 et +	1	4	—	—	—	—	28	37	—	—	—	—
N. D.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Tous âges	58	51	30	23	137	126	324	354	139	177	156	207

ANNÉES 1960-1961

Sexe masculin.

Taux de mortalité pour 100 000 habitants de chaque groupe d'âge.

Âges	Typhoïde		Diphthérie		Poliomyélite		Tétanos	
	1960	1961	1960	1961	1960	1961	1960	1961
0- 1 an	0,5	—	—	0,2	0,7	1,5	1,9	2,4
1- 4 ans	0,1	0,06	0,4	0,5	1,3	1	0,3	0,4
5- 9 »	—	—	0,3	0,05	0,3	0,3	0,1	0,05
10-14 »	—	—	0,05	0,09	0,15	0,3	0,2	0,1
15-19 »	0,07	—	—	0,07	0,3	0,2	0,1	—
20-24 »	—	0,07	—	—	0,3	0,4	0,1	—
25-29 »	0,1	0,1	—	—	0,4	0,2	—	0,06
30-34 »	0,1	—	—	—	0,2	0,3	0,06	0,3
35-39 »	0,2	0,2	—	—	0,3	0,4	0,1	0,4
40-49 »	0,09	0,04	0,04	—	0,3	0,3	0,6	0,4
50-59 »	0,4	0,25	0,04	—	0,2	0,3	1,6	1,95
60-69 »	0,4	0,3	—	—	—	0,2	2,5	3,2
70-79 »	0,3	0,4	—	—	0,2	0,2	4,7	4,2
80 et +	0,3	0,3	—	—	—	—	5,5	5,9
<i>Tous âges</i>	0,2	0,1	0,07	0,06	0,3	0,4	0,9	0,9

ANNÉES 1960-1961

Sexe féminin.

Taux de mortalité pour 100 000 habitants de chaque groupe d'âge.

Âges	Typhoïde		Diphthérie		Poliomyélite		Tétanos	
	1960	1961	1960	1961	1960	1961	1960	1961
0- 1 an	0,2	—	—	0,25	0,2	0,8	1	—
1- 4 ans	0,1	0,06	0,4	0,3	1,1	0,7	0,4	0,5
5- 9 »	—	0,05	0,3	—	0,5	0,3	0,05	—
10-14 »	—	—	0,1	0,1	0,3	0,05	0,05	—
15-19 »	—	0,1	—	—	0,1	0,3	0,08	—
20-24 »	0,07	—	—	—	0,7	0,1	—	0,07
25-29 »	—	—	—	—	0,06	0,45	0,06	0,1
30-34 »	—	0,1	—	0,06	0,4	0,1	—	0,2
35-39 »	0,1	—	—	—	0,1	0,25	0,2	0,1
40-49 »	0,1	—	0,04	—	0,08	0,1	0,4	0,8
50-59 »	0,2	0,2	0,03	—	0,1	0,07	1,1	0,8
60-69 »	0,1	0,2	—	0,04	0,1	0,04	1,8	1,5
70-79 »	0,3	0,5	—	—	—	—	1,4	1,7
80 et +	—	0,5	—	—	—	—	2	3,2
<i>Tous âges</i>	0,09	0,1	0,07	0,04	0,3	0,2	0,6	0,6

ANNÉES 1960-1961

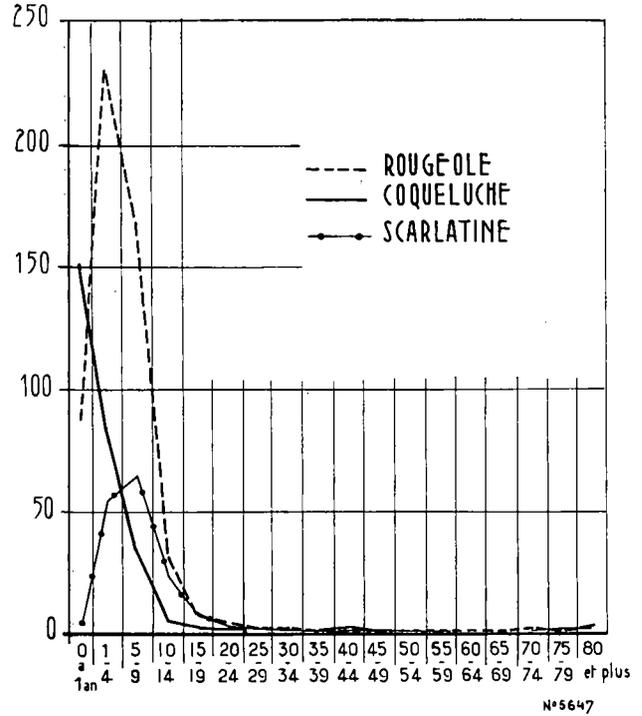
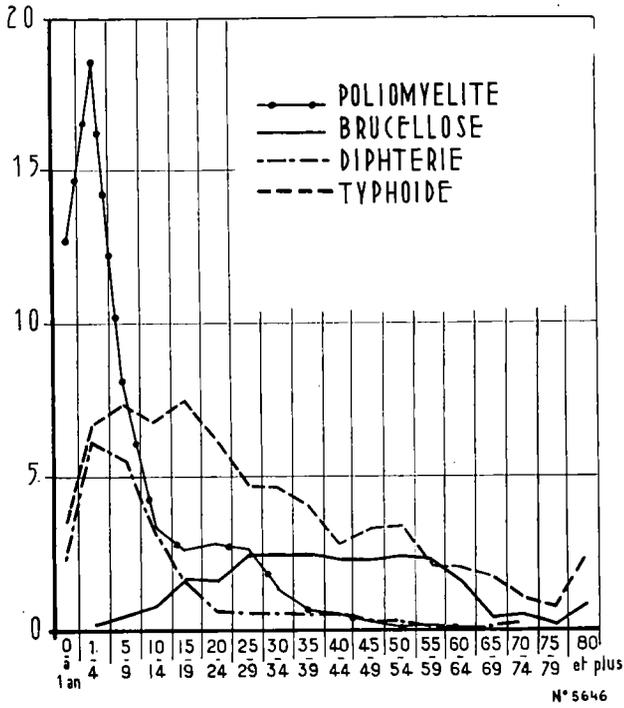
Deux sexes.

Taux de mortalité pour 100 000 habitants de chaque groupe d'âge.

Âges	Typhoïde		Diptérie		Poliomyélite		Tétanos		Rougeole		Coqueluche	
	1960	1961	1960	1961	1960	1961	1960	1961	1960	1961	1960	1961
0- 1 an.....	0,4	—	—	0,2	0,5	1,1	1,5	1,2	7,2	9,7	13,9	16,7
1- 4 ans.....	0,1	0,06	0,4	0,4	1,2	0,8	0,4	0,4	1,9	2,3	1,2	2,1
5- 9 ».....	—	0,3	0,3	0,03	0,4	0,3	0,07	0,03	0,3	0,5	0,05	0,08
10-14 ».....	—	—	0,08	0,09	0,2	0,2	0,1	0,07	0,08	0,09	0,03	—
15-19 ».....	0,03	0,08	—	0,04	0,2	0,3	0,1	—	0,04	0,08	—	0,04
20-24 ».....	0,03	0,04	—	—	0,5	0,3	0,07	0,04	0,09	—	—	0,04
25-29 ».....	0,06	0,06	—	—	0,2	0,3	0,03	0,09	0,03	—	—	—
30-34 ».....	0,06	0,06	—	0,03	0,3	0,2	0,03	0,25	—	0,03	—	—
35-39 ».....	0,2	0,09	—	—	0,2	0,3	0,2	0,2	—	—	—	—
40-49 ».....	0,1	0,02	0,04	—	0,2	0,2	0,5	0,6	—	—	—	—
50-59 ».....	0,3	0,2	0,04	—	0,2	0,2	1,3	1,4	—	—	—	—
60-69 ».....	0,2	0,2	—	0,02	0,07	0,1	2,1	2,2	—	—	—	—
70-79 ».....	0,3	0,5	—	—	0,08	0,08	2,6	2,6	—	—	—	—
80 et +.....	0,1	0,4	—	—	—	—	3,2	4,1	—	—	—	—
<i>Tous âges.....</i>	0,1	0,1	0,07	0,05	0,3	0,3	0,7	0,8	0,3	0,4	0,3	0,5

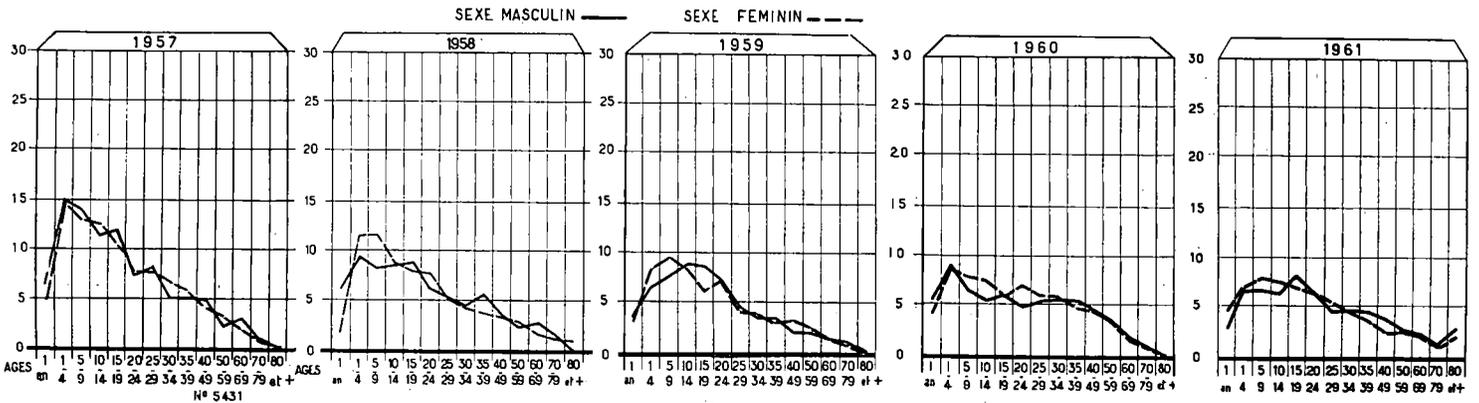
MORBIDITÉ 1961

RÉPARTITION DES CAS PAR TRANCHES D'ÂGES
 Indice de morbidité pour 100 000 habitants.



Typhoïde.

Indice de morbidité par sexe et âge pour 100 000 habitants de chaque tranche d'âge.

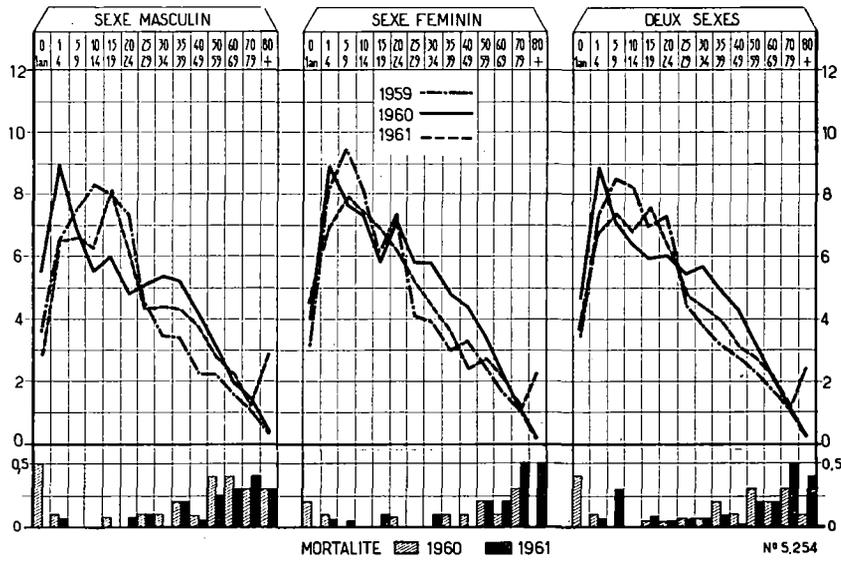


Typhoïde.

ANNÉES 1959-1960-1961

Indice de morbidité par sexe et âge pour 100 000 habitants de chaque tranche d'âge.

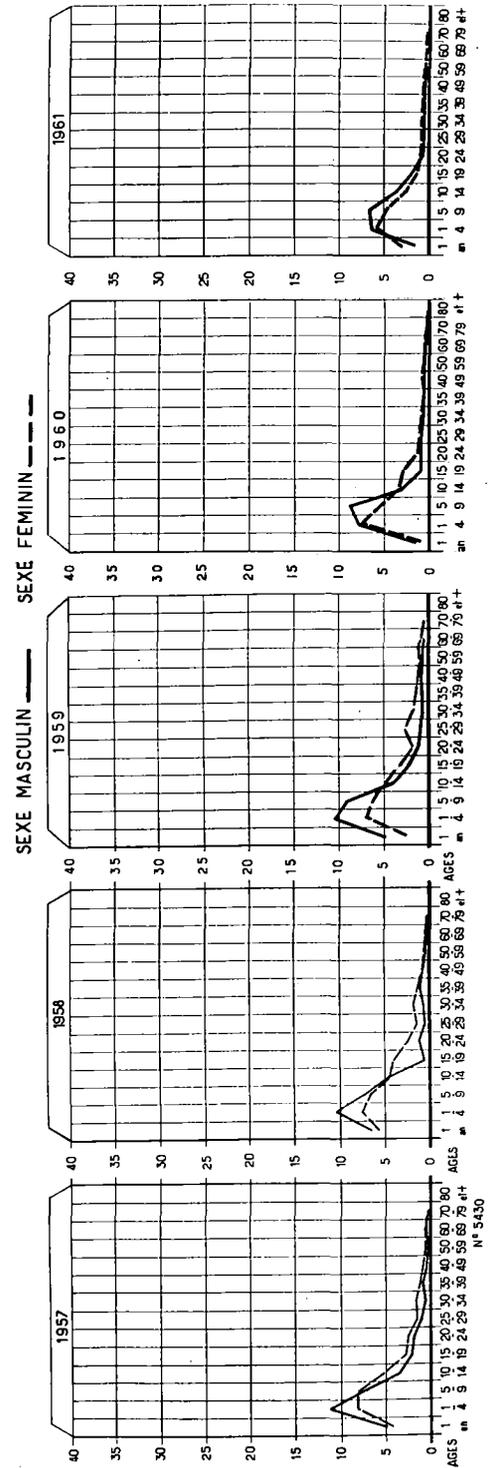
Taux de mortalité.



N° 5,254

Diphthérie.

Indice de morbidité par sexe et âge pour 100 000 habitants de chaque tranche d'âge.



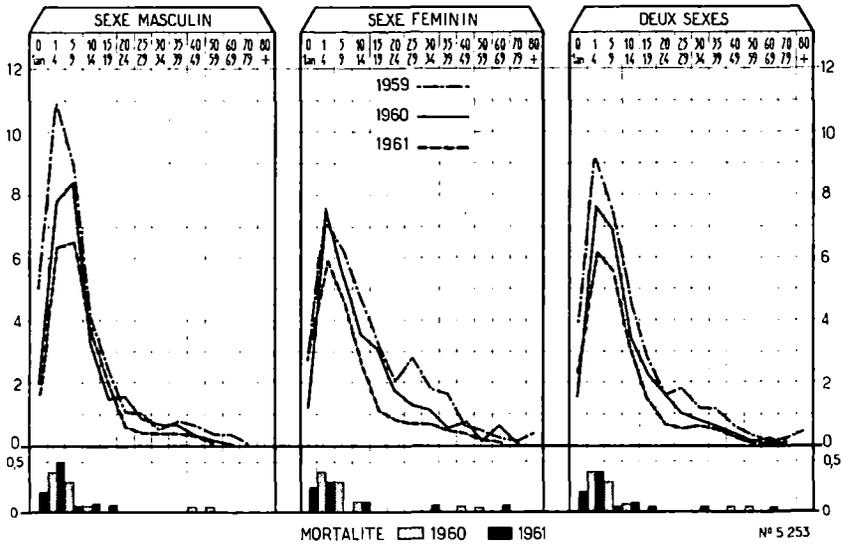
N° 5430

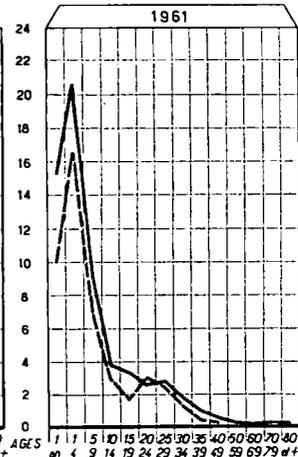
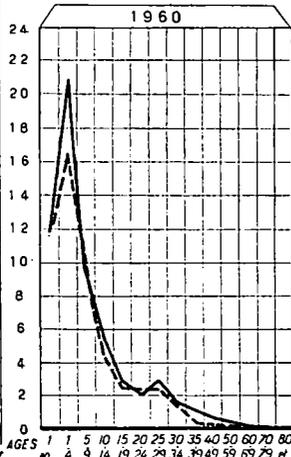
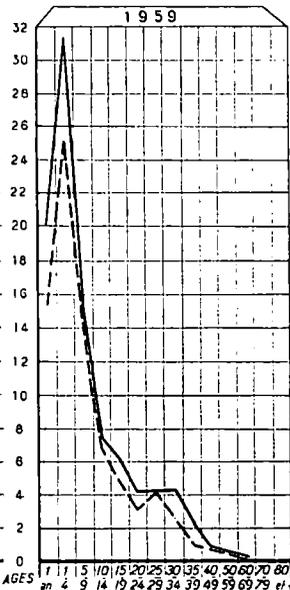
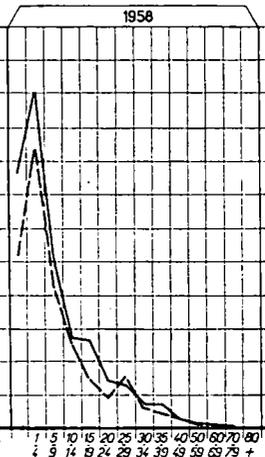
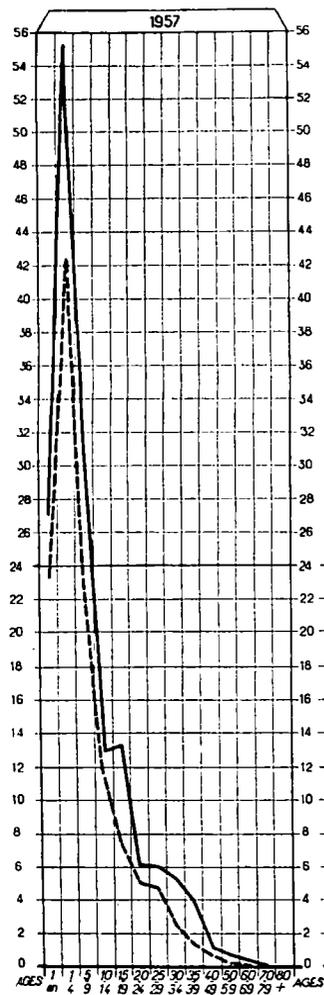
Diphthérie.

ANNÉES 1959-1960-1961

*Indice de morbidité par sexe et âge
pour 100 000 habitants de chaque tranche d'âge.*

Taux de mortalité.





Poliomyélite.

Indice de morbidité par sexe et âge pour 100 000 habitants de chaque tranche d'âge.

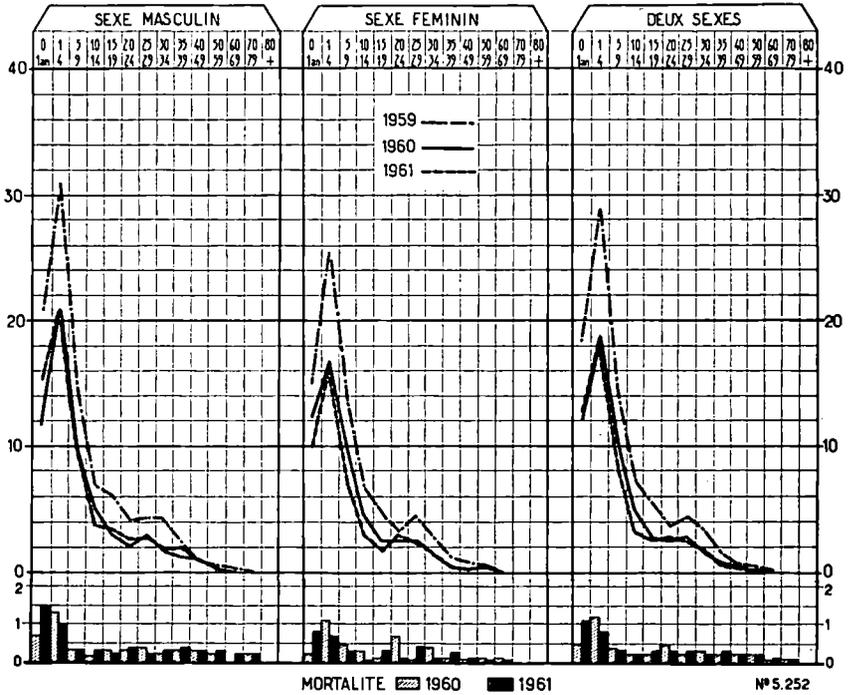
SEXE MASCULIN ——— SEXE FEMININ - - - -

Poliomyélite.

ANNÉES 1959-1960-1961

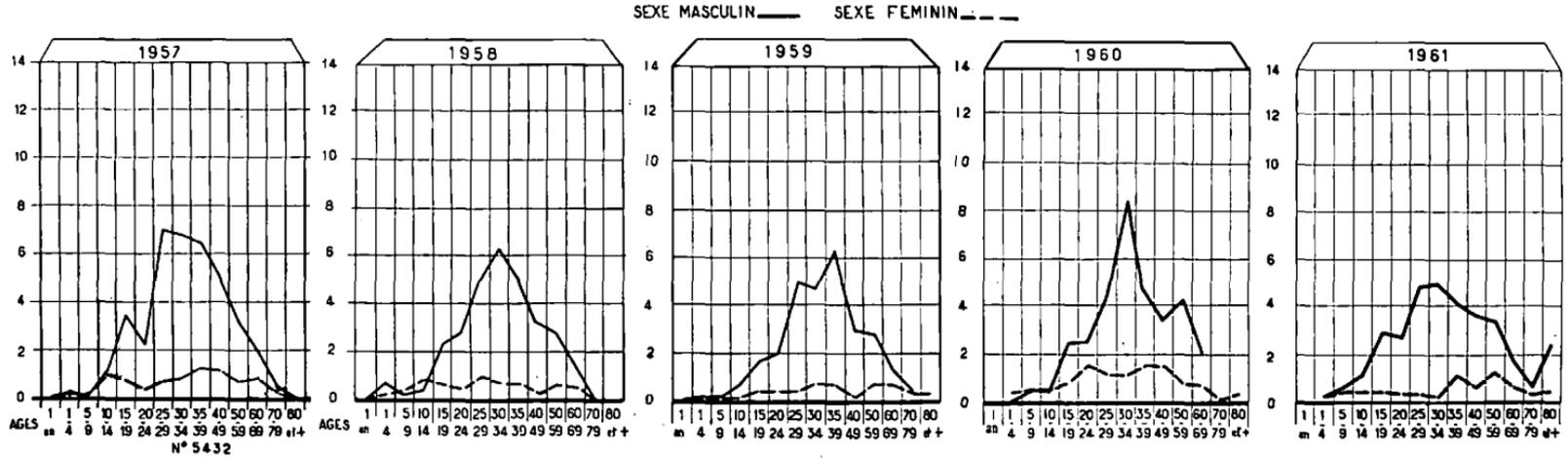
*Indice de morbidité par sexe et âge
pour 100 000 habitants de chaque tranche d'âge.*

Taux de mortalité.



Brucellose.

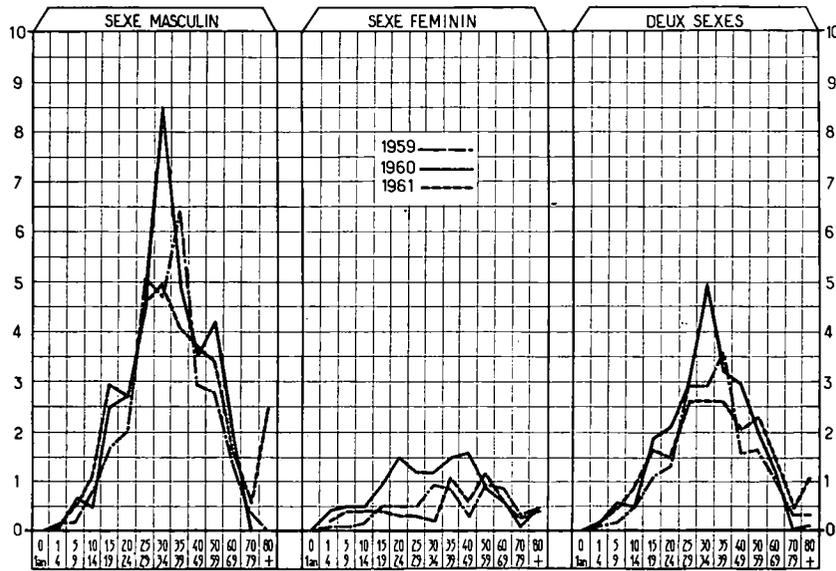
Indice de morbidité par sexe et âge pour 100 000 habitants de chaque tranche d'âge.



Brucellose.

ANNÉES 1959-1960-1961

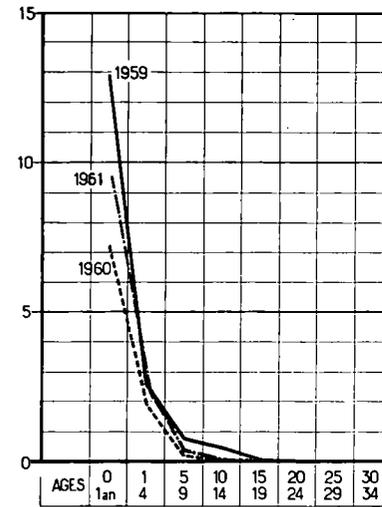
Indice de morbidité par sexe et âge
pour 100 000 habitants de chaque tranche d'âge.



N° 5.251

Rougeole.

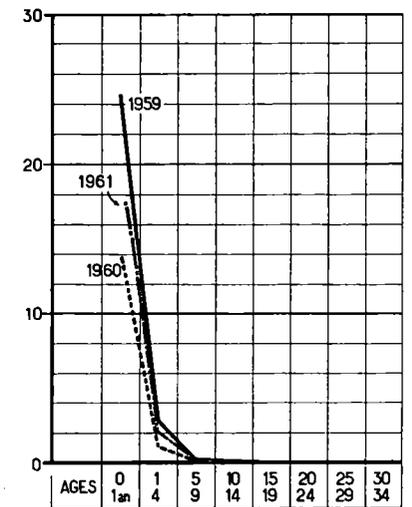
Taux de mortalité
pour 100 000 habitants.



N° 5.182^b

Coqueluche.

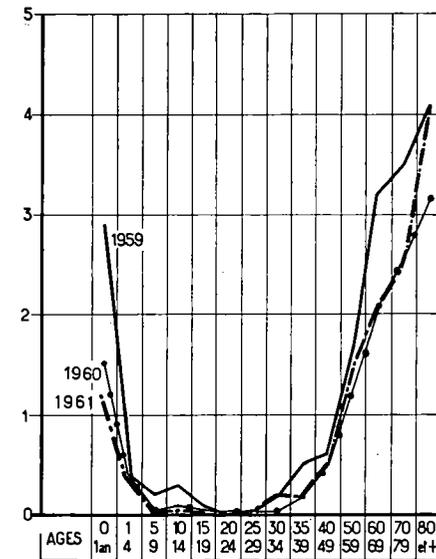
Taux de mortalité
pour 100 000 habitants.



N° 5.183^b

Tétanos non puerpéral.

Taux de mortalité pour 100 000 habitants.



N° 5.184^b

DOCUMENTATION GÉNÉRALE

DE QUOI MEURENT LES MÉDECINS AMÉRICAINS ?

Cette étude a été réalisée en vue d'établir la fréquence des décès dans un groupement homogène de personnes exerçant la même activité professionnelle et d'en préciser le risque mortalité suivant l'âge et la cause. Elle a été rendue possible par l'utilisation et le dépouillement de vingt-deux numéros du Journal de l'Association médicale américaine (1) couvrant une période comprise entre les mois d'octobre 1961 et mars 1962.

Le présent travail porte sur 1 476 décès de médecins américains chez qui la déclaration médicale de la cause de la mort est susceptible de donner un aperçu assez fidèle des causes morbides. Les causes déclarées sont classées conformément à la nomenclature internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé, ce qui permet de confronter ces renseignements avec les décès enregistrés, en 1959, dans la population des Etats-Unis d'Amérique.

Il est évident que la comparaison précitée s'impose si l'on veut éviter, au regard des 1 476 décès de médecins, les variations aléatoires qui, d'ordinaire, sont attachées à de tels échantillons. Il est cependant apparu, au cours de cet examen, que la validité des résultats obtenus sur la dispersion de ces 1 476 décès n'est pas discutable et qu'elle est liée à la qualité des déclarations. En effet, les causes indéterminées représentent, étant donné la rigueur des déclarations, un résidu peu important avec 3,65 % du total des décès; il est cependant supérieur à celui de la mortalité générale de la population des U. S. A., qui n'atteint que 1,1 %. Mais on

(1) *The Journal of the American Medical Association.*

doit signaler qu'au-delà de 60 ans les taux d'indétermination sont du même ordre de grandeur dans les deux groupements de population et que leur surcharge ne concerne chez les médecins que les moins de 60 ans et, plus particulièrement, les moins de 50 ans.

De plus, mentionnons que seules les principales causes de décès ont été retenues dans cette étude. Ces causes sont celles qui, de nos jours, sont plus ou moins considérées comme des fléaux sociaux. Les causes inconnues ou mal définies sont indiquées dans les deux groupements et le reliquat de la totalité des décès est inscrit sous la rubrique « autres maladies ». De ce fait, on a pu retenir l'ensemble de la mortalité chez les médecins d'une part, et dans la population entière des Etats-Unis d'Amérique, d'autre part.

MORTALITÉ CHEZ LES MÉDECINS

La répartition par âge des 1 476 décès est indiquée au bas du tableau I. Elle oscille de 130 (8,8 %) avant 50 ans à 435 (29,5 %) après 80 ans. Ces quotients ont été établis pour chacune des causes étudiées (1). D'une manière générale, ils augmentent, comme chacun le sait, en raison directe de l'âge.

Pour ce qui est des *lésions cérébrales d'origine vasculaire*, on relève 204 décès soit 13,8 % du total. Cette fréquence passe de 6,9 avant la cinquantaine à 7,6 % entre 50 et 59 ans, pour être de 21,4 % au-delà de 80 ans. Sur 100 décès de tous âges, 4,4 % ont été notés au-dessous de 50 ans et 45,6 % au-dessus de 80 ans (cf. tableau I).

Il a été relevé 180 décès consécutifs à l'infarctus du myocarde dont 8 avant 50 ans, 32 entre 50 et 59 ans, 49 de 60 à 69 ans, 55 de 70 à 79 ans et 36 après 80 ans. Le quotient le plus élevé concerne les septuagénaires avec 30,6 % des décès de tous âges et, sur 100 décès de toutes causes, le maximum se place entre 50 et 79 ans.

Les autres maladies du cœur ont provoqué 256 décès, soit 17,3 % de la mortalité. C'est au-delà de 80 ans que ce quotient est le plus élevé avec 23,5 % des décès, ce pourcentage ne faisant que croître à partir des médecins âgés de moins de 50 ans. Il en est de même si l'on considère leur répartition sur 100 décès de tous âges dans les diverses séries d'âge où les quotients passent de 3,1 % avant la cinquantaine, à 40 % après 80 ans.

Afin d'obtenir la totalité des décès provoqués par les maladies de

(1) L'absence de la population médicale suivant l'âge a rendu impossible le calcul des quotients spécifiques de mortalité ($q_x = \frac{d}{p} \times 10^6$) pour chaque série. De ce fait, on a utilisé une répartition pour 100 décès de tous âges et de toutes causes. Cette méthode a été ensuite appliquée à l'ensemble des décès aux Etats-Unis d'Amérique.

l'appareil circulatoire, il convient d'ajouter aux rubriques précédemment analysées les décès dus aux occlusions des artères coronaires et les affections des autres vaisseaux. Au nombre de 324, ces derniers décès représentent 21,9 % du total. C'est après 80 ans que leur fréquence rétro-cède, alors qu'elle est relativement constante dans les quatre séries d'âge précédentes. Signalons encore que, sur 100 décès de tous âges, il y en a 8,3 avant 50 ans, 17,9 de 50 à 59 ans, 25,9 de 60 à 69 ans, 27,5 de 70 à 79 ans et 20,4 après 80 ans.

Ainsi donc, les 964 décès dus aux affections de l'appareil circulatoire correspondent à 65,3 % de la mortalité.

Ils sont répartis comme suit :

Lésions cérébrales d'origine vasculaire	204
Infarctus du myocarde	180
Autres maladies du cœur	256
Occlusion des artères coronaires et maladies des autres vaisseaux	324

En ce qui concerne le *cancer*, il a été décidé de classer à part le cancer broncho-pulmonaire dit cancer du poumon ou cancer du fumeur. Le nombre des victimes est de 27, soit un peu moins de 2 % des décès, mais il représente 3,8 % entre 50 et 59 ans.

Les autres localisations du cancer ont entraîné la mort de 179 médecins, ce qui correspond à 12,1 % de l'ensemble des décès. Le maximum se situe entre 60 et 69 ans. Les fluctuations sont très faibles dans les autres séries d'âge. Mais leur fréquence augmente avec l'âge. Elle passe de 8,4 à 25,2 pour 100 décès de tous âges.

Ces deux groupes de la pathologie humaine rassemblent 1 170 décès (964 + 206), soit 79,3 % de la mortalité générale des médecins.

Nous considérerons ensuite les *accidents mortels* de toutes sortes, au nombre de 53, dont la plupart ont été causés par la circulation routière, surtout, chez les jeunes médecins où ils représentent 16,1 % des décès, soit 39,6 % de ces morts. Dans leur ensemble, les accidents sont responsables de 3,6 % de la mortalité.

Les 112 décès par *maladies de l'appareil respiratoire* (7,6 % de la mortalité) se caractérisent par un maximum de 10,3 % après 80 ans, soit 40,1 % des décès de tous âges, contre 7,2 % avant la cinquantaine; ce dernier pourcentage croît régulièrement de 50 à 80 ans. C'est le tribut habituellement payé par les personnes d'âge avancé.

Comme il a déjà été dit ci-dessus, les autres maladies groupent les affections reconnues et déclarées lors de l'établissement du certificat de décès. Mais la plupart d'entre elles n'ont qu'une importance numérique mineure; c'est en quelque sorte le reliquat. Elles ne représentent, en effet, que 87 décès, soit 5,9 % du total, pourcentage qui présente une certaine stabilité parmi les séries d'âge. Rapporté à 100 décès de tous âges, ce risque ne cesse cependant de s'accroître pour être maximal entre 70

TABLEAU I

Répartition des décès chez les médecins U. S. A.

Suivant l'âge et la cause.

Situation actuelle (1).

Causes invoquées	25-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	80 ans et plus	Total
Lésions cérébrales d'origine vasculaire (nombres absolus)	9	16	34	52	93	204
% des décès de tous âges	4,4	7,8	16,7	25,5	45,6	100
% des décès de toutes causes	6,9	7,6	10,4	13,9	21,4	13,8
Infarctus du myocarde (nb. abs.)	8	32	49	55	36	180
% des décès de tous âges	4,4	17,8	27,2	30,6	20	100
% des décès de toutes causes	6,2	15,1	15	14,9	8,3	12,2
Autres maladies du cœur (nb. abs.)	8	26	52	68	102	256
% des décès de tous âges	3,1	10,2	20,1	26,6	40	100
% des décès de toutes causes	6,2	12,3	15,9	18,2	23,5	17,3
Occlusion des artères coronaires (nomb. absolus)	27	58	84	89	66	324
% des décès de tous âges	8,3	17,9	25,9	27,5	20,4	100
% des décès de toutes causes	20,6	27,5	25,7	23,8	15,2	21,9
Cancer du poumon (broncho-pulmonaire) nombres absolus	1	8	7	7	4	27
% des décès de tous âges	3,7	29,7	25,9	25,9	14,8	100
% des décès de toutes causes	0,8	3,8	2,1	1,9	0,9	1,8
Cancer d'autres localisations (nb. abs.) ..	15	27	48	44	45	179
% des décès de tous âges	8,4	15	26,8	24,6	25,2	100
% des décès de toutes causes	11,5	12,8	14,7	11,8	10,3	12,1
Accidents (nombres absolus)	21	7	7	7	11	53
% des décès de tous âges	39,6	13,2	13,2	13,2	20,8	100
% des décès de toutes causes	16,1	3,3	2,1	1,9	2,5	3,6
Maladies de l'appareil respiratoire (nb. absolus)	8	16	22	21	45	112
% des décès de tous âges	7,2	14,3	19,6	18,8	40,1	100
% des décès de toutes causes	6,1	7,6	6,8	5,6	10,3	7,6
Autres maladies (nombres absolus)	9	9	18	28	23	87
% des décès de tous âges	10,3	10,3	20,7	32,2	26,5	100
% des décès de toutes causes	6,9	4,3	5,5	7,5	5,3	5,9
Causes mal définies ou inconnues (nb. absolus)	24	12	5	3	10	54
% des décès de tous âges	44,5	22,2	9,3	5,5	18,5	100
% des décès de toutes causes	18,5	5,7	1,5	0,8	2,3	3,65
Total des décès toutes causes (nb. abs.) ..	130	211	326	374	435	1476
% des décès de tous âges	8,8	14,3	22,1	25,3	29,5	100
% des décès de toutes causes	100	100	100	100	100	100

(1) C'est-à-dire 22 semaines comprises entre octobre 1961 et mars 1962.

et 79 ans, avec 32,2 % de ces décès. La fragilité de l'âge avancé est, là encore, à remarquer.

Les 54 décès de causes mal définies ou inconnues expriment une fréquence de 3,65 % du total. Elle est maximale surtout chez les jeunes médecins (18,5 %, ce qui peut être en raison directe des déplacements fréquents auxquels ils sont assujettis.

Nous procéderons maintenant à l'analyse indispensable de la mortalité générale aux Etats-Unis, en utilisant les mêmes séries d'âge et les mêmes causes que celles qui ont été étudiées pour les médecins américains.

MORTALITÉ GÉNÉRALE AUX ÉTATS-UNIS

On saisit immédiatement l'intérêt de ce complément d'information quand on voit que, d'un côté, il n'y a que 1 476 décès de médecins et, de l'autre, 1 656 814 décès de toutes professions et de toutes causes enregistrés, en 1959, aux Etats-Unis d'Amérique.

Ce rapprochement a pour but de mesurer les variations qui pourraient résulter de la dispersion suivant l'âge et la cause des 1 476 décès retenus et concernant une seule et unique profession. On se rend compte, dès lors, qu'il n'y a aucune commune mesure entre les deux groupements de population.

Le tableau II fournit, comme le tableau I, les éléments de comparaison en nombres absolus et relatifs pour chaque âge et pour chaque cause indiquée.

Sur les 1 656 814 décès, 171 203, soit 10,3 %, sont survenus avant 25 ans, âge qui ne pouvait être pris en considération dans le tableau I.

La série de 25 à 49 ans du tableau II signale 166 808 décès représentant 10,1 % du total au lieu de 8,8 % chez les médecins. Cette différence doit être attribuée à la série d'âge trop large concernant la promotion médicale, qui est plus proche de 30 ans que de 25 ans.

Nous présentons ci-après la valeur de ces pourcentages à chaque âge

Age	Décès de médecins	Décès dans la population totale	Différence en % (2)
0 à 24 ans	— (1)	10,3	—
25 à 49 »	8,8	10,1	-14,8
50 à 59 »	14,3	12,2	+17,2
60 à 69 »	22,1	20,5	+ 7,8
70 à 79 »	25,3	25,7	- 1,6
80 ans et +	29,5	21,2	+37,9
Tous âges	100	100	—

(1) Ce groupe d'âge (<25 ans) n'a pu être retenu ici, cf. le texte ci-contre.

(2) Le signe + indique une surcharge chez les médecins.

pour chacun des deux groupements et pour la mortalité de toutes causes.

Les données de ce tableau montrent que la différence du risque décès est relativement modérée entre les deux groupements. Elle est de 2,1 points entre 50 et 59 ans, de 1,6 point entre 60 et 79 ans, et de 8,3 points au-delà de 80 ans. Un excédent de 0,4 point est relevé pour les sujets âgés de 70 à 79 ans, et cette fois il est en faveur du corps médical. Les pourcentages inscrits à la droite de ce tableau indiquent l'ampleur de ces fluctuations.

Le commentaire ci-après, concernant les causes de décès, donne, à l'aide de petits tableaux, les nombres relatifs à 100 décès de tous âges (a) et à 100 décès de toutes causes (b). Pour les nombres absolus, il conviendra de se reporter aux tableaux I et II.

Les décès provoqués par les *lésions cérébrales d'origine vasculaire* sont au nombre de 191 376, soit 11,6 % de la mortalité générale.

Age	Tableau I		Tableau II	
	a	b	a	b
0 à 24 ans	—	—	0,5	0,6
25 à 49 »	4,4	6,9	4,5	5,1
50 à 59 »	7,8	7,6	8,1	7,6
60 à 69 »	16,7	10,4	18,6	10,5
70 à 79 »	25,5	13,9	33,9	15,3
80 ans et +	45,6	21,4	34,4	18,7
<i>Tous âges</i>	100	13,8	100	11,6

La répartition des décès suivant l'âge désormais est donnée sous le symbole a et la mortalité pour 100 décès de toutes causes est inscrite sous le symbole b.

Il est à remarquer que, chez les médecins âgés de moins de 80 ans, les accidents cérébraux sont moins fréquents que dans la population générale, contrairement à ce que l'on observe au-delà de cet âge.

Les *maladies de l'appareil circulatoire* (cœur et vaisseaux) ont causé 706 690 décès, soit 42,5 % du total. En voici la répartition suivant l'âge :

Age	Tableau I		Tableau II	
	a	b	a	b
0 à 24 ans	—	—	0,4	1,6
25 à 49 »	5,6	33,1	6,5	27,8
50 à 59 »	15,3	55	12,1	42,5
60 à 69 »	24,3	56,7	22,9	47,7
70 à 79 »	27,9	56,7	30,7	50,9
80 ans et +	26,9	47	27,4	55
<i>Tous âges</i>	100	51,5	100	42,5

Des oscillations sont remarquées dans les deux populations. Sur 100 décès de tous âges, les quotients sont plus élevés chez les médecins âgés de 50 à 69 ans, mais ils sont plus modérés dans les autres séries d'âge. Cette répartition est un peu différente sur la base de 100 décès de toutes causes, où la mortalité des médecins surpasse celle de la population générale, à l'exception de celle des sujets de plus de 80 ans.

Pour le *cancer*, les décès, au nombre de 260 047, correspondent à 15,7 % de la mortalité générale. Ils sont répartis comme suit :

Age	Tableau I		Tableau II	
	a	b	a	a
0 à 24 ans	—	—	2,5	3,8
25 à 49 »	7,8	12,3	12,7	19,8
50 à 59 »	17	16,6	18,5	23,7
60 à 69 »	26,7	16,8	27,8	21,2
70 à 79 »	24,8	13,6	25,9	15,8
80 ans et +	23,7	11,3	12,6	9,4
<i>Tous âges</i>	100	14	100	15,7

La dispersion de ces décès suivant l'âge indique une situation légèrement moins défavorable aux médecins. Mais après 80 ans, cet indice n'est, dans la population générale, que 12,6 % au lieu de 23,7 % pour le corps médical. Par contre, sur 100 décès de toutes causes, on remarque, chez les médecins âgés de plus de 80 ans, 11,3 décès par cancer au lieu de 9,4 pour l'ensemble des habitants, mais entre 25 et 79 ans leurs quotients sont plus modérés. Il en résulte que la mortalité des médecins par cancer ne représente que 14 % de la mortalité générale contre 15,7 % dans la population totale.

En ce qui concerne les *maladies de l'appareil respiratoire*, ces affections ont provoqué 56 034 décès, soit 3,4 % de la mortalité, contre 7,6 % dans la population médicale. Il est donc intéressant d'en donner la distribution relative suivant l'âge dans les deux groupements.

Age	Tableau I		Tableau II	
	a	b	a	b
0 à 24 ans	—	—	25,5	8,3
25 à 49 »	7,2	6,1	7,2	2,4
50 à 59 »	14,3	7,6	7,4	2,1
60 à 69 »	19,6	6,8	13,3	2,2
70 à 79 »	18,8	5,6	20,8	2,8
80 ans et +	40,1	10,3	25,8	4,1
<i>Tous âges</i>	100	7,6	100	3,4

Des discordances sont remarquées dans cette répartition par âge. Mais cette observation ne fait que rappeler un fait bien connu (1). Toutefois, le corps médical paraît payer à ces affections un tribut plus élevé que la population générale, ce qui est confirmé par les indices établis pour 100 décès de tous âges.

ACCIDENTS

La mortalité due aux accidents occupe de nos jours, dans les tableaux nosographiques des pays les plus évolués et industrialisés, une place de plus en plus importante. Dans le territoire des Etats-Unis d'Amérique, ces décès sont au nombre de 92 080, soit 5,6 % de la mortalité générale. Ils sont beaucoup plus nombreux que ceux causés par les maladies de l'appareil respiratoire (56 034), et les causes accidentelles sont d'autant plus souvent invoquées que les victimes sont plus jeunes. Les données ci-dessous vont éclairer cet important sujet qui n'est pas exclusivement américain.

Age	Tableau II		Tableau II	
	a	b	a	b
0 à 24 ans	—	—	31,1	16,7
25 à 49 »	39,6	16,1	26,8	14,8
50 à 59 »	13,2	3,3	10,3	4,7
60 à 69 »	13,2	2,1	9,8	2,6
70 à 79 »	13,2	1,9	10,7	2,3
80 ans et +	20,8	2,5	11,3	2,9
<i>Tous âges</i>	100	3,6	100	5,6

Sur 100 décès de tous âges, 39,6 sont dus aux accidents de toutes sortes chez les médecins âgés de 25 à 49 ans, contre 26,8 % dans la population générale. Cette différence importante provient peut-être des risques de la profession médicale où il a été remarqué, à cet âge, de très nombreux accidents mortels relatifs à la circulation routière.

De 50 à 69 ans, cette fréquence paraît stabilisée aux environs de 13 % pour atteindre 20,8 % après 80 ans, alors que dans la population générale elle oscille entre 9,8 et 11,3 %.

Mais si, considérés sur la base de 100 décès généraux dans chaque série d'âge, les jeunes médecins sont encore en tête avec 16,1 %, leurs quotients sont ensuite moins élevés que ceux de leurs contemporains.

(1) Ces maladies sont surtout observées durant la période hibernovernale, elles frappent avec une certaine prédilection les personnes d'âge avancé.

TABLEAU II

Principales causes de décès suivant l'âge
aux Etats-Unis d'Amérique, en 1959.

Causes de décès (1)	< 25 ans	25-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	> 80 ans	Tous âges
Lésions cérébrales d'origine vasculaire (330-334)	1 055	8 477	15 384	35 691	64 965	65 804	191 376
a)	0,5	4,5	8,1	18,6	33,9	34,4	100
Maladies de l'appareil circulatoire (400-468) ...	2 689	46 358	85 824	161 769	216 789	193 531	706 960
a)	0,4	6,5	12,1	22,9	30,7	27,4	100
Cancer toutes localisations (140-205)	6 465	33 072	48 016	72 352	67 232	32 910	260 047
a)	2,5	12,7	18,5	27,8	25,9	12,6	100
Accidents de toutes causes (E800-E962)	28 632	24 748	9 452	8 971	9 884	10 393	92 080
a)	31,1	26,8	10,3	9,8	10,7	11,3	100
Maladies de l'appareil respiratoire (493 et 500-502)	14 245	4 061	4 149	7 455	11 675	14 449	56 034
a)	25,5	7,2	7,4	13,3	20,8	25,8	100
Autres maladies déterminées (2)	114 691	47 628	37 383	50 409	50 740	30 400	331 251
a)	35,4	14,4	11,3	15,2	15,4	9,2	100
Causes inconnues et sénilité (780-795)	3 426	2 464	2 208	2 991	3 495	4 482	19 066
a)	18	12,8	11,6	15,7	18,3	23,6	100
Décès de toutes causes (001-E 985)	171 203	166 808	202 416	339 638	424 780	351 969	1 656 814
a)	10,3	10,1	12,2	20,5	25,7	21,2	100

(1) D'après la nomenclature internationale détaillée révisée en 1955.

(2) Reliquat : autres maladies déclarées, mais dont la plupart ont une importance numérique mineure.

(a) Sur 100 décès de tous âges, combien dans chaque série ?

Pour le « reliquat », dont la cause a été précisée mais dont le nombre est relativement faible pour chacune des maladies en cause, il a été décidé de les regrouper sous la rubrique « autres maladies déterminées » ; on en trouvera le développement dans les tableaux I et II, ainsi que la répartition pour 100 décès à chaque âge.

Les *causes inconnues ou mal définies* n'ont pas donné lieu, comme pour celles qui précèdent, à l'établissement d'un tableau comparatif pour les deux groupements (population médicale et population générale), leur nombre étant relativement faible: 19 066, soit 1,15 % du total des décès.

Il est donc recommandé de se reporter aux deux tableaux généraux, où sont insérés tous ces renseignements.

CONCLUSION

Cette étude sur la mortalité de la population médicale d'une part, et sur la population totale des Etats-Unis d'Amérique de l'autre, conduit à schématiser les observations faites pour ces deux groupements et pour chacune des causes de mortalité, qu'elles soient de nature pathologique ou consécutives aux accidents.

Parmi les 1 476 médecins décédés, 964 ont été enlevés par les maladies de l'appareil circulatoire, y compris les lésions cérébrales d'origine vasculaires, soit 65,3 % du total.

Dans la population générale, ces mêmes affections ont été invoquées dans 89 336 cas, soit 54 % des 1 656 814 décès de toutes causes.

Il résulte de ces deux constatations que la population médicale est plus sévèrement frappée par les maladies de l'appareil circulatoire que ne le sont, en général, les autres professions.

Le cancer se place au deuxième rang dans le tableau nosographique, avec 260 047 décès, soit 15,7 %. Chez les médecins, on en a relevé 206, soit 14 % de leur mortalité.

Le cancer et les maladies de l'appareil circulatoire ont donc causé ensemble, en 1959, aux Etats-Unis d'Amérique, 1 158 343 décès, soit 70 % de la mortalité totale; mais ils ont provoqué 79 % des décès de médecins.

Le corps médical paraît également plus exposé aux affections pulmonaires avec 7,6 % au lieu de 3,4 % des décès de toutes causes dans la population totale. Et c'est sans interruption dans tout le cours de leur existence que cette proportion est la plus élevée. Cette inégalité semble résulter du fait que la plupart des médecins sont, de par leur vocation, plus soumis aux intempéries que ne le sont leurs concitoyens. Cet handicap est même remarqué après leur activité professionnelle.

Quant aux accidents, la fraction pour 100 décès à chaque âge est toujours excédentaire parmi le corps médical. Cette surmortalité est particulièrement notable chez les médecins âgés de moins de 50 ans, pour

qui la grande majorité des accidents mortels paraît en relation directe avec la circulation routière.

Enfin, la répartition, suivant l'âge, des décès de toutes causes fait également ressortir une surmortalité chez les médecins durant tout le cours de leur vie professionnelle et même après cette période d'activité.

En résumé, les maladies du cœur et des vaisseaux sont, avec le cancer, responsables de 70 % de la mortalité générale. Ils retranchent, chaque année de l'économie du pays près de 1 200 000 personnes dont une grande partie est représentée par des sujets jeunes. Dans la profession médicale, leur retentissement est encore plus grand avec 79 % des décès.

Sur ces données, il n'est pas téméraire de prévoir, dans l'état actuel des choses, que les 8/10 d'une génération médicale et les 7/10 de la population générale sont destinés à succomber à ces deux fléaux : les maladies du cœur et des vaisseaux et les maladies de nature néoplasique.

Travail présenté par

Marcel MOINE,

Statisticien de l'Institut National d'Hygiène.

MORTALITÉ GÉNÉRALE
DANS UN CERTAIN NOMBRE DE VILLES DE FRANCE
(TROISIÈME TRIMESTRE 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 décès de personnes domiciliées et les personnes non domiciliées dans la ville; seule, une statistique ne comprenant que les domiciliés a une valeur réelle.

TABLEAU I
TROISIÈME TRIMESTRE 1962

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

Villes	Population	Nb. de décès	Taux
Paris	2 850 189	5 186	72,8
Marseille	699 421	1 786	102
Lyon	471 270	1 052	89
Toulouse	268 863	625	93,2
Bordeaux	257 946	501	78
Nice	244 360	669	110
Strasbourg	225 361	434	77,2
Nantes	222 790	432	77,4
Lille	201 289	477	95,2
Saint-Etienne	196 715	428	86,8
Le Havre	158 970	361	91
Toulon	151 341	322	85
Le Mans	135 546	264	78
Nancy	124 797	251	80,6
Rennes	124 122	246	79,3
Brest	123 858	260	84
Reims	121 145	281	92,8
Rouen	116 540	248	85,2
Grenoble	116 440	281	96,6
Clermont-Ferrand	113 390	246	87
Dijon	112 844	228	80,9
Angers	110 722	228	82,5
Roubaix	110 067	309	112
Limoges	105 990	236	90
Mulhouse	104 998	255	97

TABLEAU I (suite).

Villes	Population	Nb. de décès	Taux
Metz	102 242	187	73,4
Amiens	101 046	251	99,2
Montpellier	97 501	217	88,9
Versailles	91 414	151	66,1
Nîmes	89 130	259	116
Perpignan	82 509	195	94,7
Besançon	81 503	169	82,9
Orléans	76 439	162	85,3
Argenteuil	73 295	137	74,8
Avignon	62 768		
Aix-en-Provence	59 800	131	87,6
Troyes	58 819	131	89,1
La Rochelle	58 799	114	78
Pau	54 322	115	84,7
Bourges	53 879	144	107
Saint-Quentin	53 866	138	103
Lorient	53 660	131	98
Poitiers	52 633	109	83
Rueil-Malmaison	52 089	53	40,8
Colmar	51 352	139	108
Belfort	47 437	73	61,6
Valence	46 408	78	67,2
Chalon-sur-Saône	45 865	74	64,6
Chambéry	41 676	67	64,4
Saint-Brieuc	41 522		
Bayonne	40 985	89	87
Lens	40 753	47	46,2
Châlons-sur-Marne	40 659	60	59,1
Tarbes	40 242	74	73,6
Annecy	39 545	62	62,8
Montauban	38 321	94	98,1
Cherbourg	38 262	77	80,8
Niort	37 395	60	64,3
Brive-la-Gaillarde	36 088	65	62,3
Albi	34 693	81	93,6
Saint-Germain	34 065		
Narbonne	32 060	91	114
Bourg-en-Bresse	30 789	78	102
Auxerre	29 383	55	74,8
Chartres	28 750	71	98,9
Dieppe	26 427	59	89,5
Moulins	24 437	59	96,8
Alençon	23 671	44	74,5
Chaumont	22 153	40	72,4
Laon	21 931	46	84
La Roche-sur-Yon	19 576	38	77,5
Gap	18 895	26	55
Evreux	17 684	50	113
Bar-le-Duc	16 609	25	60,1
Auch	16 382	43	105
Lons-le-Saunier	15 030	24	64
Vesoul	13 051	19	56,2
Privas	8 058	18	89,5
Foix	7 621	22	116

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. Epuisé.
- N° 2. - *L'économie de l'alcoolisme*, par L. DEROBERT, Paris, 1953. Epuisé.
- 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. Epuisé.
- 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 : 1^{er} trim. 1963. N° d'ordre : 591.

Masson et C^{ie}, Edit., Paris. Dépôt légal : 1^{er} 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. FABIA 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 151 et 152).



PRINTED IN FRANCE