

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

BULLETIN
DE
L'INSTITUT NATIONAL
D'HYGIÈNE

TOME 14

N° 4. — JUILLET-AOUT 1959

PUBLICATION PÉRIODIQUE BIMESTRIELLE

*VIRTVTE DVCE CO-
MITE FORTITVDINE*



COLLEGIUM CIVILE
AD SANITATEM

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

SOMMAIRE

MALADIES SOCIALES

CANCER	713
Le cancer dans la Fonction publique. L'enquête sur les congés de longue durée	713
MALADIES VÉNÉRIENNES	739
Récapitulation des renseignements recueillis au cours de l'année 1958	739

PÉDIATRIE

La mortalité fœto-infantile en 1958 (troisième et quatrième trimestres)	767
La mortalité infantile, enregistrée en 1957, dans les arrondissements parisiens et les communes suburbaines du département de la Seine.....	775

ÉPIDÉMIOLOGIE

Statistiques épidémiologiques (premier trimestre 1959).....	783
---	-----

HYGIÈNE GÉNÉRALE

Enquête hydrogéologique et sanitaire. Département des Pyrénées-Orientales	805
---	-----

DOCUMENTATION GÉNÉRALE

Etude comparative des décès par maladies cardio-vasculaires enregistrés en 1955, en France et dans certains pays étrangers..	829
Mortalité générale dans un certain nombre de villes de France (premier trimestre 1959).....	855

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

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS - PARIS

MALADIES SOCIALES

CANCER

LE CANCER DANS LA FONCTION PUBLIQUE.
L'ENQUÊTE SUR LES CONGÉS DE LONGUE DURÉE

I. — L'OCTROI DE CONGÉS DE LONGUE DURÉE
POUR MALADIE DANS L'ADMINISTRATION

Les agents de la Fonction publique, atteints de certaines maladies bien définies, bénéficient d'un régime spécial dit « congé de longue durée » qui, entre autres avantages, leur permet de percevoir leur traitement intégral pendant 3 ans. La réglementation administrative en a été fixée par les arrêtés des 5 et 19 août 1947, complétés par le rectificatif du 28 août 1947; par la suite, certaines dispositions complémentaires ont été prises par l'arrêté du 16 juillet 1953. Il est impossible de détailler ici l'ensemble des prescriptions de ces arrêtés; qu'il nous suffise seulement d'en rappeler les grandes lignes en ce qui concerne le cancer: tout fonctionnaire atteint d'une lésion cancéreuse est susceptible de bénéficier d'un congé de longue durée. Le médecin traitant doit alors produire à l'appui d'une demande de congé un certain nombre de documents qui sont soumis au Comité médical départemental:

1° Le résultat de l'examen anatomo-pathologique du prélèvement biopsique, daté et signé par le chef des travaux du laboratoire qui l'a délivré. En principe, ce résultat doit être accompagné d'une préparation histologique.

2° Dans le cas où aucune preuve histologique ne peut être fournie, un compte rendu clinique précis, avec documents radiologiques, examens de laboratoire, etc., doit être présenté.

Le dossier médical ainsi constitué est transmis par le Directeur départemental de la Santé au médecin agréé en matière de cancérologie qui effectue en quelque sorte la contre-visite.

Ce spécialiste, pour assurer ou compléter son diagnostic est habilité à poursuivre toutes les investigations qu'il juge utiles dans les domaines clinique, radiologique, ou biologique.

Ce n'est qu'en possession de tous ces résultats que le cancérologue agréé, compte tenu de la localisation et de l'extension de la tumeur, décide si le malade doit bénéficier ou non d'un congé de longue durée. Il fixe également la durée de la période de congé. Cette durée, en principe, n'excède pas 3 années. Pendant cette période, le fonctionnaire bénéficie d'un traitement intégral; une nouvelle période de 3 années peut être secondairement octroyée pendant laquelle le fonctionnaire bénéficie d'un demi-traitement.

Outre ces réglementations qui concernent plus spécialement le malade, l'arrêté du 19 août 1947 prévoit que les Comités médicaux départementaux et centraux adressent à l'Institut National d'Hygiène un double de l'observation médicale résumée. Cette observation est rédigée sur les imprimés établis à cet effet par l'I. N. H. et doit servir de base à une enquête de statistique médicale. A l'expiration de la période de 12 mois qui suit l'envoi de l'observation médicale, une fiche dite « de surveillance », portant les indications utiles sur l'état de santé du fonctionnaire et rédigée selon un modèle standard, est également transmise à cet établissement. Par la suite, chaque année, à l'expiration de la période de contrôle prévue par le décret, une nouvelle fiche de surveillance analogue à la précédente est adressée à l'I. N. H. Le fonctionnaire est donc ainsi suivi régulièrement pendant 3 ans. On peut estimer cette période un peu courte lorsqu'il s'agit du cancer, où il est habituel d'exiger 5 années de guérison apparente sans récurrence. Il n'est d'ailleurs pas exclu que la position de l'Administration ne soit révisée ultérieurement à cet égard.

Il n'est pas inutile de rappeler que ces mesures ne concernent que les fonctionnaires titulaires; ni les temporaires, ni les auxiliaires, ni les contractuels ne sont admis à en bénéficier.

Les maladies susceptibles d'entraîner l'attribution d'un congé de longue durée étaient primitivement fixées à 3 dans l'arrêté de 1947; ce sont : la tuberculose, le cancer, et les maladies mentales. Ultérieurement a été ajoutée la poliomyélite.

On peut s'étonner de ne pas y trouver certains grands syndromes neurologiques à évolution habituellement fatale, comme la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaques; il semble que leur gravité et leur marche inéluctable seraient de nature à justifier l'attribution d'un congé de longue durée. Les tuberculeux, dont l'avenir est pourtant beaucoup moins sombre, continuent de bénéficier, à ce point de vue, de mesures de faveur qu'il serait humain d'étendre à ces grands malades neurologiques.

II. — L'ENQUÊTE CONGÉS DE LONGUE DURÉE POUR CANCER

Ainsi que nous l'avons signalé, un imprimé spécial a été prévu par l'I. N. H. pour chaque cas de tumeur maligne observé dans le personnel des grandes administrations. Ce document, dont nous présentons à la fin de ce travail un fac-similé, a été conçu aussi simplement que possible, étant donné les difficultés que l'on ne manque pas de rencontrer chaque fois que l'on se propose de collecter des renseignements d'ordre médical. Parmi les rubriques mentionnées sur cette fiche, citons la Nomenclature (siège) du cancer (Nomenclature anatomique des Tumeurs, I. N. H., 1952), le stade, l'adénopathie, l'âge au premier symptôme, le temps perdu, etc. Ces renseignements chiffrés sont directement remplis par le Comité ou la Direction départementale de la Santé; par contre, la colonne de droite comporte des renseignements non chiffrés transcrits en clair par ces organismes et faisant l'objet d'une codification à l'I. N. H. Parmi ces renseignements non chiffrés, retenons : l'administration, le département d'exercice, le sexe, les métastases, l'histologie. Sur le bord gauche du recto, une colonne de lettres et de chiffres permet de préciser le mois et l'année du premier congé. Au verso sont énumérés assez sommairement l'ensemble des traitements reçus : nature de l'opération chirurgicale, procédé de traitement par agents physiques (radium, radiothérapie, isotopes); enfin, éventuellement, chimiothérapie et hormonothérapie.

On voit que cette fiche a été rendue aussi simple que possible, de façon à ne présenter aucune difficulté de rédaction. Elle est évidemment beaucoup plus simple que la fiche Clinique et thérapeutique de l'Enquête Permanente Cancer qui, remplie par les Centres anticancéreux eux-mêmes, permet d'obtenir des renseignements beaucoup plus précis. L'expérience nous a cependant prouvé que, telle qu'elle est, cette fiche « Congé de Longue Durée » reste encore trop détaillée, car elle est souvent incomplètement remplie. C'est ainsi que le stade, l'adénopathie, le temps perdu, l'histologie sont souvent mal précisés ou même non mentionnés; ces lacunes rendent évidemment difficile l'exploitation statistique de cette enquête.

De même que pour l'E. P. C. et selon les prescriptions de l'arrêté de 1947, une fiche II, dite « fiche de surveillance » a été prévue; elle est également d'un modèle plus simple que celle de l'E. P. C. : outre les précisions d'ordre administratif, on y retrouve, bien entendu, le numéro de dossier et la nomenclature; elle est établie à la fin du 12^e, du 24^e et du 36^e mois de maladie, la date du 1^{er} congé étant prise comme point de départ, elle permet donc de connaître l'état du malade après 3 années

d'évolution surveillée. On a, pour simplifier les choses, envisagé seulement 4 éventualités :

- le fonctionnaire a repris son poste à temps complet;
- le fonctionnaire a repris son poste à mi-temps;
- n'a pas repris son poste par suite d'aggravation ou d'autre cause;
- enfin, la dernière éventualité reste évidemment le décès.

On trouvera également un fac-similé de cette fiche à la fin de ce travail.

Le déroulement de l'enquête.

L'enquête Congés de Longue Durée pour tumeur a pratiquement commencé en 1953. Avant cette date, certaines fiches ont été recueillies, mais d'une façon très incomplète, puisqu'au cours des années 1950, 1951 et 1952, on ne totalise que 6 à 13 dossiers par an (1).

L'intérêt d'une telle enquête est pourtant évident; il est éminemment souhaitable de connaître la morbidité par cancer sur un ensemble de population aussi important que les agents de la Fonction publique. On sait combien il est difficile de réaliser en France des enquêtes sur l'extension réelle du cancer dans la population, puisqu'il ne s'agit pas d'une maladie à déclaration obligatoire. L'I. N. H. aurait par conséquent attaché beaucoup de prix à connaître avec précision son incidence dans l'Administration. Il aurait été évidemment assez difficile — et par surcroît imprudent — d'en tirer des conclusions élargies concernant, par exemple, l'ensemble de la population française; il est certain que, statistiquement, nous n'aurions pas eu le droit de le faire, mais nous estimons que toute initiative permettant d'arriver à un enregistrement partiel des nouveaux cas de cancer sur une vaste population mérite d'être encouragée et sérieusement poursuivie. Ce sont les premiers pas vers un enregistrement total et permanent des nouveaux cas apparus annuellement; on atteindrait alors un but que nous croyons essentiel : la connaissance de la morbidité.

En réalité, il faut bien dire que la participation des différentes Administrations à cette enquête a été relativement minime; s'il apparaît en France près de 150 000 nouveaux cas de cancer chaque année, on pouvait s'attendre à en voir recenser plusieurs centaines parmi les agents de la Fonction publique. Le bilan que nous présentons est malheureusement beaucoup plus maigre, puisque le tableau I fait ressortir un maximum annuel de 143 cas pour les deux sexes réunis (1957); de toute évidence beaucoup de cancers — la majeure partie — ont échappé au recensement. On ne peut que regretter de n'avoir pu collecter, ainsi que le

(1) Nous avons volontairement éliminé de l'enquête les dossiers « ancien modèle » reçus de 1948 à 1953; trop incomplets, ils seraient dépourvus de toute valeur statistique.

souhaitait le législateur, la totalité des cas observés. Nous n'avons pas cru cependant, malgré le petit nombre de cancers (708 cas au total), renoncer à publier les résultats de cette enquête. Il faut seulement insister sur son caractère partiel et sur la valeur toute relative des chiffres que nous présentons.

III. — LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Ils sont détaillés dans les 14 tableaux suivants :

Nous avons cru utile de présenter en même temps quelques commentaires qui en faciliteront la lecture.

Tableau I. — Depuis 1954, le total des cas annuels oscille entre 130 et 150 cas. Le fléchissement relevé en 1958 s'explique simplement par le fait que l'ensemble des dossiers de cette année ne nous est pas encore parvenu; il ne s'agit donc ici que d'un relevé partiel. Au total, l'enquête porte sur 708 cas, avec une proportion un peu plus forte dans le sexe masculin (52 % contre 48 % chez la femme). Il convient d'insister à nouveau sur le caractère très incomplet de cet enregistrement, beaucoup de cancers ont échappé certainement à l'enquête; il est difficile d'en fixer la proportion, mais nous pensons que notre dénombrement ne représente que le 1/4 ou même le 1/5 des cas observés.

Tableau II. — Malgré l'insuffisance des chiffres, ce tableau n'est cependant pas dépourvu d'intérêt :

1° Une chose frappe immédiatement : la proportion exceptionnellement élevée des cancers broncho-pulmonaires chez l'homme (local. 162-163) : 51 cas sur 371 malades, soit près de 14 % des cas recensés; c'est ici le taux le plus élevé observé à ce jour, aussi bien dans les enquêtes morbidité que dans les enquêtes mortalité. Il est habituel de voir le cancer de l'estomac l'emporter de beaucoup chez l'homme sur les autres localisations, or il vient ici en deuxième position derrière le cancer du poumon, avec un taux deux fois plus faible (7,8 %). Il n'est pas inutile de rappeler ici que le recensement général des cancers effectué dans le Loir-et-Cher en 1952, sur un département de 251 000 habitants, avait mis en évidence une prédominance certaine des tumeurs gastriques sur les tumeurs bronchiques, dont les taux relatifs étaient respectivement de 18,9 % et 4,6 %. On peut se demander à quoi attribuer cette forte proportion de cancers du poumon chez les fonctionnaires : le séjour habituel dans une atmosphère confinée et souvent poussiéreuse, la tolérance de l'Administration à l'égard du tabac, ou quelque autre cause difficile à préciser?... Il n'est pas douteux que, malgré le caractère partiel de cette enquête, les taux relevés concernant le cancer broncho-

pulmonaire mériteraient une étude plus approfondie. Chez la femme, la fréquence est comme toujours beaucoup plus réduite (taux 9 fois plus faible).

2° On ne peut manquer de remarquer également la faible proportion des cancers de l'estomac chez les femmes, qui semblent 2 fois moins touchées que les hommes. Une telle différence de fréquence ne se retrouve pas dans l'enquête Loir-et-Cher où les taux féminins, bien que plus faibles, sont beaucoup plus proches des taux masculins (respectivement 13 et 18,9 %).

3° La localisation la plus importante dans le sexe féminin reste le cancer du sein; on en relève 120 cas sur 337 femmes (à noter 7 cas chez les hommes), ce qui nous donne un taux de 35,5 %.

Autrement dit, plus d'un tiers des cancers féminins sont le fait de la localisation mammaire. Cette prépondérance pour cette localisation avait également été observée dans l'enquête Loir-et-Cher, quoique d'une façon moins spectaculaire. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici que l'échantillonnage de population dans l'enquête « Fonctionnaires » est un peu particulier; on y rencontre certainement plus de célibataires et moins de mères de famille que dans l'ensemble de la population française, surtout par comparaison avec un département essentiellement rural comme le Loir-et-Cher; or, on sait que le cancer du sein frappe plus volontiers les nullipares que les multipares, et parmi celles-ci semblent plus spécialement épargnées celles qui ont allaité longuement leurs enfants; mais il ne s'agit là que d'hypothèses qui peuvent éventuellement servir de base de recherches.

4° Les tumeurs de l'utérus sont beaucoup moins fréquentes que les tumeurs mammaires; elles n'en représentent pratiquement que la moitié, peut-être d'ailleurs pour des raisons semblables. Il semble en effet que la multiparité, avec les traumatismes obstétricaux qu'elle entraîne (déchirures, exocervicite, etc.) favorise le développement du cancer utérin. Les grandes multipares sont certainement peu nombreuses dans l'Administration.

5° Il n'y a pas d'observation spéciale à faire concernant les localisations rares : glandes salivaires, péritoine, oro-pharynx, glandes endocrines, tissu conjonctif, etc. Une seule remarque cependant sur les cancers de l'œsophage : un seul cas féminin pour 20 cas masculins : la différence de proportion est énorme, elle a déjà été observée dans d'autres statistiques.

Tableau III : ADÉNOPATHIE. — Le petit nombre de dossiers ne nous a permis de rechercher l'adénopathie que dans 2 localisations essentielles où il est habituel de faire des curages ganglionnaires chirurgicaux; ce sont : la langue chez l'homme et le sein chez la femme. On sait que dans l'E. P. C., le caractère de l'adénopathie se présente selon 5 éventualités :

- 0 : absence d'adénopathie cliniquement perceptible;
- a : ganglions prélevés chirurgicalement et vérifiés non envahis à l'histologie;
- b : ganglions prélevés et vérifiés envahis;
- c : adénopathie non opérée, mais fixés (vraisemblablement cancéreuse);
- d : adénopathie palpable, mais mobile, sur laquelle on ne peut se prononcer.

Ces rubriques ont été conservées pour l'enquête Congés de Longue Durée.

Pour les 2 localisations choisies, la ventilation a été effectuée par stade : le petit nombre de cancers de la langue (9 en tout chez l'homme) ne permet pas de tirer la moindre conclusion du tableau que nous présentons. On peut seulement dire que sur ces 9 cancers, 1 seul curage a été effectué qui a révélé des ganglions envahis.

Les résultats sont plus valables en ce qui concerne le sein où pourtant la nature de l'adénopathie est inconnue dans plus de 60 % des cas; on remarque qu'après curage les trois quarts des cas révèlent un envahissement ganglionnaire. On remarquera également que les stades avancés (3 et 4) sont moins fréquents que les stades de début (1 et 2).

Tableau IV. — Nous avons effectué la répartition par stade pour les 8 localisations les plus fréquentes chez l'homme et les 4 plus fréquentes chez la femme. Une notion se dégage immédiatement de la lecture de ces tableaux : la proportion considérable de fiches — plus de la moitié — affectées au « rebut », c'est-à-dire de fiches dépourvues de stades : la qualité de nos résultats s'en trouve évidemment faussée. Il est cependant possible de remarquer que dans le sexe féminin la majeure partie des cancers du sein sont observés au stade II, ce qui semble correspondre à l'observation clinique courante.

Par contre, chez l'homme, les tumeurs broncho-pulmonaires primitives seront vues plus fréquemment au stade I; il en est de même pour les tumeurs nerveuses. On observe l'inverse pour la localisation rectale où sur 10 cas avec mention du stade on relève 4 stades IV. Il n'a été possible de faire des pourcentages que pour la localisation mammaire en raison de l'insuffisance des chiffres pour les autres localisations, dont aucune en effet n'atteint la centaine des cas.

Tableau V. — Il ne nous a pas été possible de faire la répartition par âge et par localisation, étant donné le nombre insuffisant de cas. Nous l'avons néanmoins effectué par sexe pour les 3 localisations les plus fréquentes chez l'homme (estomac, gros intestin, poumon) et les 2 plus fréquentes chez la femme (sein et utérus). On remarquera que chez l'homme la fréquence la plus grande est observée pour l'ensemble des tumeurs digestives, la tranche d'âge 50-59 en particulier pour l'estomac,

les 3/5 des cancers s'observent dans cette tranche; chez la femme, par contre, les localisations génitales, sein et utérus, s'observent dans le groupe d'âge 40-49 avec le maximum de fréquence.

Il est nécessaire de rappeler qu'après 65 ans les fonctionnaires sont en retraite et ne peuvent plus bénéficier de congés de longue durée. Cette notion fausse évidemment la répartition par âge, au profit des âges plus jeunes. Dans l'enquête Loir-et-Cher, le maximum de fréquence du cancer du sein se situe dans la tranche d'âge 65-69 et pour l'utérus dans la tranche d'âge 60-64.

Tableau VI. — La répartition selon les Administrations fait apparaître une prépondérance énorme des P. T. T., qui représentent dans l'un et l'autre sexe plus de la moitié des cas; viennent ensuite, chez l'homme, les fonctionnaires communaux et les Travaux publics; chez la femme, l'Education Nationale. Il est à remarquer, à ce propos, que dans cette dernière administration les femmes l'emportent de beaucoup sur les hommes au point de vue de la fréquence du cancer; il est d'ailleurs possible que les institutrices soient plus nombreuses que les instituteurs. On ne peut manquer d'être frappés de la rareté des tumeurs malignes dans certaines administrations; c'est ainsi qu'aux Affaires Etrangères et au M. R. L. aucun cas n'a été signalé, au Ministère du Travail et à la Sécurité Sociale: 1 seul cas masculin, de même à l'Agriculture, à l'Industrie, à la France d'outre-mer, etc. Il faudrait bien se garder d'en conclure que ces administrations sont moins frappées que d'autres par le cancer; il est bien évident que la plupart des cas n'ont pas été signalés et échappent par conséquent à l'enquête. On ne peut donc, de ce tableau, retenir aucune proportion relative dans les diverses administrations.

Tableau VII: HISTOLOGIE. — La conclusion qui s'impose à la lecture de ce tableau est la rareté des examens histologiques. N'ont été retenus, comme pour la répartition par âge, que les localisations les plus fréquentes de chaque sexe. Peu de remarques sont à faire sur ces chiffres, tout au plus peut-on être frappés de la faible proportion d'histologies valables, dans la localisation pulmonaire en particulier: 4 cas convenablement précisés sur 30 cancers. Chez la femme, par contre, le résultat de l'examen histologique paraît dans l'ensemble beaucoup mieux précisé, c'est ainsi que 38 % des tumeurs du sein sont accompagnées d'un examen histologique. La forme la plus courante est l'épithélioma glandulaire typique. La proportion des cols examinés est encore plus favorable, puisqu'elle représente les 3/5 des cas; comme il fallait s'y attendre, c'est la forme malpighienne spino-cellulaire qui est la plus habituelle; 3 cas seulement sont mentionnés comme cylindriques (ou glandulaires).

Sur l'ensemble des cancers, la proportion des cas avec histologie atteint pratiquement 1/3 chez l'homme et 2/5 chez la femme.

Tableau VIII. — Comme pour la rubrique précédente, nous n'avons retenu la nature du traitement que pour les 5 localisations les plus fréquentes: on peut, *grosso modo*, en conclure que:

- chez l'homme:
 - les deux tiers des estomacs ont été opérés;
 - les trois quarts des côlons ont été opérés (1 seul suivi de rayons X);
 - le tiers des poumons a été opéré, proportion, assez intéressante;
- chez la femme:
 - 75 % des seins ont subi un acte chirurgical (chirurgie seule dans 45 %, chirurgie associée dans 30 %);
 - 5 % des seins ont été jugés au-dessus des ressources chirurgicales.

Pour les cols, les associations ont été plus variées, ainsi qu'en témoigne le tableau.

Tableau IX. — Pour les mêmes localisations, on a cherché à savoir la nature de l'intervention réalisée. Il y a peu à dire des résultats obtenus, car les chiffres sont beaucoup trop faibles et il existe une grosse proportion de non précisés. Tout au plus peut-on remarquer que les exérèses complètes l'emportent pour les localisations digestives et broncho-pulmonaires, alors que les exérèses élargies (type Halsted et Wertheim) prédominent pour les localisations génitales féminines.

Tableau X. — Il précise les doses de rayons X pour les 3 localisations les plus importantes: poumon, sein et utérus. On remarquera que des doses assez fortes ont été faites pour les seins et les utérus (jusqu'à 36.000 r). On peut d'ailleurs se demander si ce chiffre élevé ne correspond pas à une erreur.

Tableau XI. — Ce tableau récapitule l'évolution sur 3 années de surveillance de l'ensemble des localisations masculines et féminines. Ces résultats sont assez décevants, puisque chez l'homme, à la 3^e année, on ne relève même pas 4 % de survie. Les pronostics sont un peu moins mauvais dans les cancers féminins où l'on peut considérer que les trois quarts sont morts à la troisième année. Bien entendu, les malades venus en métastase présentent une évolution encore beaucoup plus sombre, puisqu'il n'y en a pas 2 % qui sont en survie après 3 ans. Il faut dire que ces résultats nous paraissent moins favorables que ceux enregistrés habituellement dans l'E. P. C. On y relève tout de même des taux de survie nettement plus élevés. Cela est-il lié à la qualité du traitement qu'on pourrait éventuellement considérer comme meilleur dans les C. A. C. ?

Tableau XII. — Nous avons cherché à présenter l'évolution des cancers du sein chez la femme en fonction du stade; ces résultats sont médiocres, puisque même au stade 1 on arrive à 3 décès sur 8 malades suivis 3 ans; au stade 4, la quasi-totalité sont morts la première année. On sait que, convenablement traité au stade I, le cancer du sein donne jusqu'à 70 % de guérison (après 5 ans).

Tableau XIII. — Pour la localisation au col de l'utérus, les chiffres sont trop faibles et aucune conclusion n'est possible.

Tableau XIV. — Il concerne, par sexe, les malades vus et traités en métastase. Les résultats sont évidemment très sombres : après 3 années on peut considérer que 95 % de ces malades sont décédés dans le sexe masculin. Le pronostic semble un peu moins mauvais chez les femmes; on note même une métastase ayant évolué pendant plus de 3 ans.

Nous devons d'ailleurs signaler à ce propos la proportion exceptionnelle des malades vus et traités en métastase dans l'enquête Congés de Longue Durée. Ils représenteraient, d'après nos tris mécanographiques, près de 50 % des cas; une telle proportion est véritablement exceptionnelle et on peut se demander si elle n'est pas liée à quelque anomalie de codification des fiches. N'a-t-on pas tendance à considérer comme venus en métastase des malades qui font une métastase au cours de l'évolution de leur cancer ? Il est également possible que des malades atteints de cancer qui ont repris leur travail après 1 an ou 2 de congé de longue durée fassent l'objet d'une nouvelle fiche clinique « métastase » si ultérieurement un nouvel arrêt de travail est nécessité précisément par l'apparition d'une métastase.

Le temps perdu. — Enfin, nous avons cherché à connaître le temps perdu entre le premier symptôme qui a inquiété le malade et la première visite à un médecin. Les résultats ont été les suivants :

— sexe masculin : en moyenne 5 mois (sur une répartition de 0 à 30 mois);

— sexe féminin : en moyenne 5 mois (sur une répartition de 0 à 28 mois). Un cas isolé a été signalé à 60 mois, soit 5 ans; une latence de 5 années est surtout possible, chez les femmes âgées, dans les épithéliomas baso-cellulaires dont on sait la faible tendance à déterminer des métastases ou des adénopathies, surtout dans les formes cutanées.

Dans l'ensemble, on peut considérer comme courant un délai de 4 à 5 mois dans le diagnostic des affections cancéreuses.

CONCLUSIONS

Il faut bien reconnaître que cette enquête, pour intéressante qu'elle soit, n'a atteint que partiellement son but. Elle ne reflète que bien imparfaitement la fréquence du cancer dans la Fonction publique. Sans doute manque-t-elle encore de recul : 5 années ne représentent qu'un minimum bien insuffisant, mais surtout la participation des Administrations a été très partielle et inégale. On n'a pu collecter que 708 observations en 7 ans, alors qu'il fallait s'attendre à plusieurs milliers.

Compte tenu de ces faiblesses, quelles notions essentielles peut-on tirer de ce travail ? Un fait surtout domine : la fréquence exceptionnellement élevée des cancers broncho-pulmonaires chez l'homme, qui représentent 14 % de l'ensemble des tumeurs masculines. A notre connaissance, jamais une proportion aussi élevée n'a été observée dans aucune enquête, qu'elle porte sur la morbidité ou la mortalité. Faut-il y voir une tendance plus marquée des fonctionnaires à développer des cancers du poumon ou n'est-elle simplement que le reflet de l'extension toujours plus grande de cette localisation que l'on observe dans les pays civilisés. Nous avons soulevé à ce propos certaines hypothèses qui mériteraient croyons-nous une étude plus approfondie.

Chez la femme, c'est comme toujours la localisation mammaire qui l'emporte, et de beaucoup, sur les autres. Les tumeurs gastriques et pulmonaires y sont, comme c'est la règle, beaucoup moins fréquentes. La répartition par Administration a mis en relief la prépondérance énorme des P. T. T., qui englobent plus de la moitié des cas; les employés de cette Administration sont sans doute les plus nombreux, et il semble que le relevé des cas y soit complètement fait.

Parmi les autres rubriques faisant l'objet de tableaux, il faut surtout retenir celle relative à l'évolution des cancers. Les résultats observés semblent particulièrement défavorables et en tout cas inférieurs à ceux relevés dans l'E. P. C. Ceci pourrait peut-être être interprété comme étant lié au fait que les malades de notre enquête se font traiter un peu partout et dans des conditions parfois moins bonnes que dans les C. A. C.; mais ce n'est qu'une hypothèse, elle n'est évidemment pas facile à vérifier.

L'enquête « congés de longue durée » n'est pas interrompue avec la publication de ce premier bilan; elle continue comme par le passé, mais cette première mise au point aura eu pour mérite de mettre l'accent sur les points faibles qu'elle présente. Nous nous efforcerons d'obtenir des

diverses administrations une participation plus large visant à aboutir à un recensement intégral des cas; peut-être y parviendrons-nous au cours des années à venir ? Nous pourrions alors présenter un tableau beaucoup plus réel et infiniment plus complet de la répartition du cancer dans la Fonction publique.

Travail de la Section Cancer présenté par

J. LEGUÉRINAIS et L. MAUJOL.

CONGÉS DE LONGUE DURÉE

Tumeurs

FICHE I

RENSEIGNEMENTS CHIFFRÉS (n'écrire qu'un chiffre par case)		RENSEIGNEMENTS NON CHIFFRÉS	Ne rien inscrire dans cette colonne réservée à l'I. N. H.
1. Année du premier congé pour tumeurs (2 derniers chiffres du millésime)	1 2	9. Administration :	19
2. Mois de début du premier congé (de 01 à 12)	3 4	10. Région :	20
3. Numéro d'ordre du dossier	5 6 7 8	11. Département où le fonctionnaire est en poste :	21 22
4. Nomenclature	9 10 11 12 Nombre Lettre de la Nomenclature I. N. H. 1956	12. Département (ou pays étranger) où il est né :	23 24
5. Tumeur (de 1 à 4)	13	13. Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	25
6. Ganglions (de 0 à 4)	14	14. Existe-t-il une ou plusieurs métastases ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	26
7. Age au premier symptôme	15 16	15. Histologie (succincte). A ne remplir que s'il y a eu examen histologique.	27 28 29
8. Temps perdu en mois entre le premier symptôme qui a inquiété le malade et la première visite à un médecin.	17 18	16. Laboratoire qui a pratiqué l'examen :	30

INSTRUCTIONS POUR LA RÉDACTION DE CETTE FICHE :

Cette fiche doit être remplie pour tout malade appelé à bénéficier des dispositions de l'arrêté du 19 août 1947 pour les congés de longue durée en cas d'affection cancéreuse. Elle sera adressée à la Section du Cancer de l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE à la fin des 6 premiers mois de congé, ce qui permettra déjà d'y inscrire les traitements effectués.

A la fin du 12^e mois (2^e congé), puis à la fin de la 2^e année (24^e mois) et de la 3^e année (36^e mois), une fiche II, dite fiche de surveillance, sera adressée à l'I. N. H.

La ligne de lettres et de chiffres imprimée verticalement à gauche du recto représente, d'une part, les mois de Janvier à Décembre et, d'autre part, le dernier chiffre de l'année. Noircir la case « lettre » et la case « chiffre » correspondant au mois pendant lequel a débuté le premier congé. EXEMPLE : Février 1953 : case F et case 3.

ÉNUMÉRATION DES TRAITEMENTS REÇUS

Ne rien inscrire dans cette colonne
réservée à l'I. N. H.

CHIRURGIE	DATES (MOIS ET ANNÉE)	NATURE DE L'OPÉRATION (EXÉRÈSE, PALLIATIVE, EXPLORATRICE)
(Nom du centre ou du chirurgien)		

NATURE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">31</div>	
ANNÉE	
32	33
CENTRE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">34</div>	OPÉRATION <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">35</div>

RADIUM	DURÉE D'APPLICATION (EN JOURS)	PROCÉDÉ UTILISÉ (AIGUILLAGE, APPAREILLAGE DE SURFACE, TÉLÉCURIE, ETC.)
(Nom du centre ou du curiitherapeute)		

DURÉE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">36</div>
PROCÉDÉ <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">37</div>

RADIOTHÉRAPIE	DURÉE TOTALE D'APPLICATION (EN JOURS)	DOSE TOTALE (en r)
(Nom du centre ou du radiotherapeute)		

DURÉE	
38	39
DOSE	
40	41

AUTRES TRAITEMENTS	NATURE DU PRODUIT	LIEU DU TRAITEMENT
CHIMIOTHÉRAPIE		
HORMONOTHÉRAPIE		
ISOTOPES		

CHIMIO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">42</div>			
HORMONES <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">43</div>			
ISOTOPES <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">44</div>	SURVEILLANCE		
	45	46	47

INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

Congé de longue durée - Tumeurs

FICHE II

Administration : Région :

N° de dossier

--	--	--	--

Nomenclature

--	--	--	--

12 mois après le début du premier congé, le malade :

(1)

- a repris son poste à temps complet.
- a repris son poste à mi-temps.
- n'a pas repris son poste.
 - aggravation ?
 - état stationnaire ?
 - autre cause ?
- était décédé.

Date du décès :

Département où le fonctionnaire est en poste :

Année du 1^{er} congé pour tumeur (2 derniers chiffres du millésime).

--	--

(1) Encadrer la mention correspondante.

TABLEAU 1

Répartition par sexe et par année de congé.

Total général : 708 cas.

	1950 (1)	1951 (1)	1952 (1)	1953 (1)	1954	1955	1956	1957	1958 (2)	Autres années	Total	%
Masculin	2	9	4	21	68	66	69	83	46	3	371	52
Féminin	4	3	9	20	68	62	62	60	45	4	337	48

% : Proportion de chaque sexe par rapport au total des cas des deux sexes.

(1) Pour les années 1950 à 1953, il n'a été tenu compte que des dossiers rédigés sur les nouveaux imprimés. Tous les dossiers rédigés sur l'ancien modèle ont été éliminés de l'enquête comme nettement insuffisants.

(2) L'année 1958 est incomplète au moment du tri mécanographique.

TABLEAU II. — Répartition par sexe et par localisation.

% : Pour 100 cas toutes localisations.

Nomenclature	Masculin		Féminin	
	N.	%	N.	%
140 — Tumeur maligne de la lèvre	5	1,3	—	—
141 — Tumeur maligne de la langue	9	2,4	—	—
142 — Tumeur maligne des glandes salivaires	1	0,3	3	0,9
143 — Tumeur maligne du plancher de la bouche...	5	1,3	—	—
144 — Tumeur maligne des parties autres ou non spécifiées de la cavité buccale.....	1	0,3	1	0,3
145 — Tumeur maligne de l'oropharynx	5	1,3	1	0,3
146 — Tumeur maligne du naso-pharynx	4	1,1	—	—
147 — Tumeur maligne de l'hypopharynx	14	3,7	2	0,6
148 — Tumeur maligne du pharynx de localisation non spécifiée	8	2,1	—	—
150 — Tumeur maligne de l'œsophage	20	5,4	1	0,3
151 — Tumeur maligne de l'estomac	29	7,8	12	3,5
152 — Tumeur maligne de l'intestin grêle, y compris le duodénum	4	1,1	3	0,9
153 — Tumeur maligne du gros intestin, rectum ex- cepté	26	7	18	5,3
154 — Tumeur maligne du rectum	24	6,5	9	2,7
155 — Tumeur maligne des voies biliaires et du foie.	2	0,5	3	0,9
156 — Tumeur maligne du foie	4	1,1	—	—
157 — Tumeur maligne du pancréas	3	0,8	—	—
158 — Tumeur maligne du péritoine	1	0,3	2	0,6
159 — Tumeur maligne des organes digestifs non spécifiés	1	0,3	1	0,3
160 — Tumeur maligne du nez, des cavités nasales et des sinus accessoires.....	2	0,5	3	0,9
161 — Tumeur maligne du larynx	20	5,4	3	0,9
162 — Tumeur maligne de la trachée et des bronches du poumon spécifiée comme primitive.....	30	8,1	3	0,9
163 — Tumeur maligne du poumon non spécifiée comme primitive ou comme secondaire.....	21	5,7	7	2,1
164 — Tumeur maligne du médiastin	2	0,5	1	0,3
170 — Tumeur maligne du sein	7	1,9	120	35,5
171 — Tumeur maligne du col de l'utérus.....	—	—	48	14,3
172 — Tumeur maligne du corps de l'utérus.....	—	—	12	3,5
173 — Tumeur maligne des autres parties de l'uté- rus	—	—	1	0,3
174 — Tumeur maligne de l'utérus de localisation non spécifiée	—	—	4	1,2
175 — Tumeur maligne de l'ovaire, de la trompe et du ligament large.....	—	—	21	6,1
176 — Tumeur maligne des organes génitaux de la femme autres et non spécifiés	—	—	2	0,6
177 — Tumeur maligne de la prostate.....	10	2,7	—	—
178 — Tumeur maligne du testicule	6	1,6	—	—
179 — Tumeur maligne des organes génitaux de l'homme autres et non spécifiés	1	0,3	—	—
180 — Tumeur maligne du rein	7	1,9	8	2,4
181 — Tumeur maligne de la vessie et des autres organes urinaires	10	2,7	1	0,3
191 — Tumeur maligne de la peau.....	7	1,9	7	2,1
193 — Tumeur maligne du cerveau et des autres par- ties du système nerveux.....	21	5,7	8	2,4

TABLEAU II (suite).

Nomenclature	Masculin		Féminin	
	N.	%	N.	%
194 — Tumeur maligne de la glande thyroïde.....	1	0,3	4	1,2
195 — Tumeur maligne des autres glandes endocrines	1	0,3	2	0,6
196 — Tumeur maligne des os	10	2,7	8	2,4
197 — Tumeur maligne du tissu conjonctif.....	4	1,1	1	0,3
198 — Tumeur maligne secondaire et non spécifiée des ganglions lymphatiques.....	1	0,3	1	0,3
199 — Tumeur maligne à localisations autres et non spécifiées	13	3,4	1	0,3
206 — Système lymphatique.....	11	3	6	1,8
207 — Système hématopoïétique.....	20	5,4	9	2,7
<i>Total</i>	371		337	

TABLEAU III

Adénopathie.

	Langue (masculin)					Sein (féminin)					
	Total	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV	Total	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV	Non précisé
O	1	—	1	—	—	7	5	1	—	—	1
c	3	1	—	2	—	19	4	8	4	1	2
d	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	1
a	—	—	—	—	—	5	1	2	—	—	2
b	1	—	1	—	—	16	5	5	1	3	2
Non précisé.....	4	—	—	—	—	71	—	—	—	—	—
<i>Total</i>	9					120					

TABLEAU IV

Répartition par localisation et par stade.

Localisations	Masculin						Féminin					
	Total	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV	Rebut	Total	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV	Rebut
150 — Tumeur maligne de l'œsophage.....	20	1	5	1	3	10	—	—	—	—	—	—
151 — Tumeur maligne de l'estomac.....	28	3	4	3	1	17	12	1	—	2	2	7
153 — Tumeur maligne du gros intestin, rectum excepté	26	2	3	3	3	15	18	2	3	3	2	8
154 — Tumeur maligne du rectum.....	24	3	2	1	4	14	—	—	—	—	—	—
162 — Tumeur maligne des bronches, des pou- mons et de la trachée.....	30	7	4	2	2	15	—	—	—	—	—	—
163 — Tumeur maligne du poumon, non spécifiée comme primitive ou comme secondaire.....	21	1	3	1	1	15	—	—	—	—	—	—
162 + 163	51	8	7	3	3	30	—	—	—	—	—	—
170 — Tumeur maligne du sein	—	—	—	—	—	—	119	16	24	5	6	68
» » (répartition en %).	—	—	—	—	—	—	—	13,5	20,2	4,2	5	57,1
171 — Tumeur maligne du col de l'utérus.....	—	—	—	—	—	—	46	7	10	5	3	21
193 — Tumeur maligne du cerveau et des autres parties du système nerveux.....	21	4	3	1	1	12	—	—	—	—	—	—

TABLEAU V
Répartition par âge et sexe.

Ages	Sexe masculin			Sexe féminin	
	151	153	162	170	171
0 à 9 ans.....	1	—	—	—	—
10 à 19 ans.....	1	—	—	—	—
20 à 29 ans.....	—	1	—	1	—
30 à 39 ans.....	1	2	1	8	8
40 à 49 ans.....	4	6	5	39	18
50 à 59 ans.....	12	10	15	37	11
60 à 69 ans.....	1	2	4	6	—
Non précisé.....	9	5	5	29	11
<i>Tous âges</i>	29	26	30	120	48

TABLEAU VI
Répartition selon l'administration, par sexe.

Administration	Masculin		Féminin	
	N.	%	N.	%
P. T. T.....	197	53,3	192	57,8
Affaires étrangères.....	—	—	—	—
Agriculture.....	1	0,3	2	0,6
Anciens Combattants et Victimes de la guerre....	1	0,3	3	0,9
Défense Nationale.....	7	1,9	5	1,5
Education Nationale.....	23	6,2	74	22,4
Finances et Affaires économiques.....	22	6	12	3,6
France d'Outre-Mer.....	1	0,3	1	0,3
Industrie et Commerce.....	1	0,3	—	—
Intérieur.....	21	5,7	11	3,3
Justice.....	2	0,5	—	—
Reconstruction et Urbanisme.....	—	—	—	—
Santé publique et Population.....	5	1,3	20	6
Travail et Sécurité Sociale.....	1	0,3	—	—
Travaux Publics, Transports et Tourisme et Ponts et Chaussées.....	39	10,6	—	—
Fonctionnaires communaux.....	48	13	12	3,6
<i>Total des précisés</i>	369		332	
Non précisés.....	2		5	
<i>Total général</i>	371		337	

TABLEAU VII

Histologie selon le sexe (M. et F.).

Histologie	151 M.	153 M.	162 M.	170 F.	171 F.
Epithélioma malpighien spino-cellulaire ...	—	—	2	—	17
Epithélioma malpighien baso-cellulaire ...	—	—	—	—	6
Epithélioma malpighien intermédiaire ou non précisé	—	—	1	—	3
Paget de la peau	—	—	—	1	—
Epithélioma glandulaire typique	2	2	—	24	2
Epithélioma atypique	—	1	—	14	—
Epithélioma alvéolaire	—	—	—	2	—
Epithélioma colloïde	1	—	—	—	—
Epithélioma tubuleux	—	1	—	—	—
Epithélioma tubulo-acineux	—	1	—	5	1
Epithélioma du poumon	—	1	5	—	—
Epithélioma anaplasique à grandes cellules.	—	—	1	—	—
Histologie non précisée	26	20	21	74	19
Total	29	26	30	120	48

TABLEAU VIII

Nature du traitement.

Nature du traitement	Estomac M.	Gros intestin sauf rectum M.	Bronches et trachée M.	Sein F.	Col de l'utérus
1. — Chirurgie	19	20	8	54	11
2. — Rx	—	—	4	6	3
3. — Ra	—	—	—	—	6
4. — Contact	—	—	—	—	—
5. — Télé	—	—	—	—	—
6. — Electrocoagulation	—	—	—	—	—
7. — Chirurgie + Rx	—	1	3	36	2
8. — Chirurgie + Ra	—	—	—	—	5
9. — Ra + Rx	—	—	—	—	7
0. — Chirurgie + Ra + Rx.	—	—	—	—	3
Rebut	10	5	15	24	11
Total	29	26	30	120	48

TABLEAU IX

Nature de l'opération.

Nature de l'opération	Estomac M.	Gros intestin sauf rectum M.	Bronches et trachée M.	Sein F.	Col de l'utérus
1. — Exérèse complète	6	14	8	35	5
2. — Exérèse incomplète	—	—	—	—	—
3. — Exérèse élargie	3	—	—	41	11
4. — Chirurgie palliative	3	2	—	2	3
5. — Exploratrice	3	3	1	—	—
Total des précisés	15	19	9	78	19
Non précisés	14	7	21	42	29
Total général	29	26	30	120	48

TABLEAU X

Doses de rayons X.

162. — Tumeur maligne des bronches et de la trachée, tumeur maligne du poumon spécifiée comme primitive.

Doses	1 000 r	8 000 r
Cas traités	1	2

170. — Tumeur maligne du sein.

Doses	5 000 r	7 000 r	9 000 r	11 000 r	12 000 r	15 000 r	19 000 r	24 000 r	25 000 r
Cas traités	1	1	1	1	2	1	1	1	1

171. — Tumeur maligne de l'utérus.

Doses	2 000 r	7 000 r	30 000 r	36 000 r
Cas traités	1	1	1	1

TABLEAU XI

Evolution sur 3 années (durée légale du congé).

	Années de surveillance	Survies		Evoluant		Perdus de vue		Décédés		Total
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Toutes localisations (masculin).	1	13	4,2	89	28,5	23	7,4	187	59,9	312
	2	18	6,5	35	12,7	16	5,8	207	75	276
	3	10	3,8	16	6,1	21	8	215	82,1	262
Toutes localisations (féminin).	1	38	12,7	100	33,8	28	9,5	130	44	296
	2	23	9,7	48	20,3	13	5,5	153	64,5	237
	3	19	9	22	10,4	15	7,1	156	73,5	212
Métastases y compris ganglionnaires (2 sexes).	1	5	7,6	16	24,2	8	12,1	37	56,1	66
	2	3	5,3	4	7	5	8,8	45	78,9	57
	3	1	1,9	3	5,7	3	5,7	46	86,7	53

TABLEAU XII

Evolution.

170. — Sein (féminin).

Stade	Années de surveillance	Survies	Evo- luant	Perdus de vue	Décédés	Total
I	1	4	6	2	2	14
	2	3	3	—	3	9
	3	3	1	1	3	8
II	1	2	7	5	7	21
	2	4	4	2	9	19
	3	4	3	2	10	19
III	1	—	3	—	3	6
	2	—	1	—	3	4
	3	1	—	—	3	4
IV	1	—	1	1	4	6
	2	—	—	1	4	5
	3	—	—	1	4	5

TABLEAU XIII

Evolution.

171. — Col de l'utérus.

Stade	Années de surveillance	Survies	Evo- luant	Perdus de vue	Décédés	Total
I	1	3	2	—	1	6
	2	1	3	—	—	4
	3	1	1	—	1	3
II	1	4	3	—	1	8
	2	2	3	—	1	6
	3	1	1	2	2	6
III	1	—	2	—	1	3
	2	—	2	—	1	3
	3	—	1	1	1	3
IV	1	1	1	—	—	2
	2	—	—	1	1	2
	3	—	—	1	1	2

TABLEAU XIV

Evolution des malades venus en métastase.

	Années de surveillance	Survies		Evoluant		Perdus de vue		Décédés		Total
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Masculin.	1	2	2	15	14,8	4	4	80	79,2	101
	2	3	3,2	3	3,2	3	3,2	85	90,4	94
	3	—	—	2	2,2	5	5,4	85	92,4	92
Féminin.	1	4	4,4	27	29,6	8	8,8	52	57,2	91
	2	3	3,8	7	8,9	5	6,3	64	81	79
	3	1	1,4	2	2,7	4	5,5	66	90,4	73

MALADIES VÉNÉRIENNES

RÉCAPITULATION DES RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS AU COURS DE L'ANNÉE 1958 CONCERNANT LES STATISTIQUES DES MALADIES VÉNÉRIENNES

Ce rapport comprend :

1° La récapitulation annuelle des renseignements statistiques recueillis en 1958 et la continuation de l'étude comparative du nombre de cas déclarés et de l'activité des dispensaires.

2° La continuation de l'étude, d'après les chiffres fournis par les dispensaires, du pourcentage de syphilis dépistées dans les groupes suivants : examens prénuptiaux, examens pré et post-nataux, détenus, travailleurs étrangers, consultants bénévoles.

I. — RÉCAPITULATION ANNUELLE DES RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS AU COURS DE L'ANNÉE 1958 ET CONTINUATION DE L'ÉTUDE DE L'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET DE L'ACTIVITÉ DES DISPENSAIRES

A. — Nombre de cas contagieux déclarés de blennorragies, syphilis primo-secondaires et chancres mous.

Le tableau I suivant montre l'évolution sur une base annuelle depuis 1945. Il est illustré par le graphique 1.

B. — Activités des dispensaires et nombre de cas contagieux dépistés (syphilis et blennorragies).

Le tableau II montre l'évolution sur une base annuelle depuis 1950. Le graphique 2 rend compte de cette évolution. Il est confronté avec le graphique 1 qui indique l'évolution du nombre de cas déclarés.

C. — Les tableaux III et VI et les graphiques correspondants confrontent, depuis l'année 1950 :

1° L'évolution de la répartition des consultants nouveaux par catégories : bénévoles, détenus, prostituées, travailleurs étrangers, examens pré et post-nataux; examens prénuptiaux (tableau III, graphique 3).

2° L'évolution de la répartition par catégories de consultants des cas dépistés de blennorrhagie (tableau IV, graphique 5).

3° L'évolution de la répartition par catégories de consultants des cas dépistés de syphilis primo-secondaires (tableau V, graphique 6).

4° L'évolution de la répartition par catégories de consultants des cas dépistés de syphilis de toutes formes (tableau VI, graphique 4).

II. — ETUDE,

D'APRÈS LES CHIFFRES FOURNIS PAR LES DISPENSAIRES,
DU POURCENTAGE DE SYPHILIS DÉPISTÉES DANS DIVERS GROUPES

Les chiffres absolus et pourcentages sont indiqués par le tableau VII et illustrés par le graphique 7.

Travail de la section de Vénérologie présenté par

D^r J. LAUZIER et D. LAFAGE.

I. — Maladies vénériennes déclarées, en application de la loi du 31 décembre 1942.
au cours de l'année 1958.

BLENNORRAGIE — SYPHILIS

Départements	Blennorragie	Syphilis	Départements	Blennorragie	Syphilis	Départements	Blennorragie	Syphilis
Ain	2	2	Garonne (Haute-) ...	197	5	Pas-de-Calais	13	1
Aisne	7	4	Gers	0	0	Puy-de-Dôme	10	3
Allier	9	0	Gironde	374	76	Pyrénées (Basses-) ..	51	4
Alpes (Basses-)	1	0	Hérault	104	3	Pyrénées (Hautes-) ..	9	0
Alpes (Hautes-)	0	0	Ille-et-Vilaine	37	5	Pyrénées-Orientales ..	26	0
Alpes-Maritimes	284	71	Indre	41	7	Rhin (Bas-)	125	12
Ardèche	8	3	Indre-et-Loire	31	6	Rhin (Haut-)	41	1
Ardennes	6	7	Isère	122	10	Rhône	510	19
Ariège	0	0	Jura	0	0	Saône (Haute-)	6	3
Aube	51	10	Landes	1	0	Saône-et-Loire	8	5
Aude	4	3	Loir-et-Cher	1	2	Sarthe	—	1
Aveyron	0	0	Loire	123	3	Savoie	19	9
Belfort (Terr. de)	23	0	Loire-Atlantique	15	0	Savoie (Haute-)	9	2
Bouches-du-Rhône	1 101	51	Loire (Haute-)	3	0	Seine	9 553	883
Calvados	37	0	Loiret	35	6	Seine-Maritime	220	22
Cantal	1	1	Lot	0	0	Seine-et-Marne	—	—
Charente	12	0	Lot-et-Garonne	5	1	Seine-et-Oise	82	31
Charente-Maritime	70	9	Lozère	0	0	Sèvres (Deux-)	1	0
Cher	4	2	Maine-et-Loire	26	14	Somme	14	10
Corrèze	1	0	Manche	43	4	Tarn	3	4
Corse	2	17	Marne	12	1	Tarn-et-Garonne	6	2
Côte-d'Or	38	4	Marne (Haute-)	4	2	Var	346	17
Côtes-du-Nord	1	0	Mayenne	0	0	Vaucluse	70	16
Creuse	0	0	Meurthe-et-Moselle ..	121	7	Vendée	0	0
Dordogne	6	6	Meuse	3	8	Vienne	10	2
Doubs	31	10	Morbihan	6	1	Vienne (Haute-)	19	1
Drôme	11	1	Moselle	88	9	Vosges	16	7
Eure	7	1	Nièvre	1	0	Yonne	7	2
Eure-et-Loir	4	6	Nord	268	7			
Finistère	14	6	Oise	11	7			
Gard	29	0	Orne	1	6			
						France entière ..	14 611	1 461

INDICES DE MORBIDITÉ DE LA BLENNORRAGIE ET DE LA SYPHILIS

AU COURS DE L'ANNÉE 1958

(Indices annuels pour 100 000 habitants.)

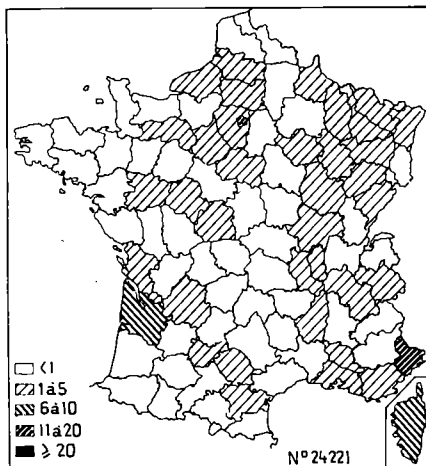
Départements	Blennorragie	Syphilis	Départements	Blennorragie	Syphilis	Départements	Blennorragie	Syphilis
Ain	0,6	0,6	Garonne (Haute-).....	36,3	0,9	Pas-de-Calais	1	0,1
Aisne	1,4	0,8	Gers	0	0	Puy-de-Dôme	2	0,6
Allier	2,4	0	Gironde	40,6	8,3	Pyrénées (Basses-) ..	11,9	0,9
Alpes (Basses-)	1,2	0	Hérault	21,7	0,6	Pyrénées (Hautes-) ..	4,4	0
Alpes (Hautes-)	0	0	Ille-et-Vilaine	6,3	0,8	Pyrénées-Orientales ..	11,1	0
Alpes-Maritimes	52,8	13,2	Indre	16,5	2,8	Rhin (Bas-)	17,2	1,6
Ardèche	3,2	1,2	Indre-et-Loire	9,5	1,6	Rhin (Haut-)	7,7	0,2
Ardennes	2	2,4	Isère	18,6	1,5	Rhône	51	1,9
Ariège	0	0	Jura	0	0	Saône (Haute-)	2,8	1,4
Aube	20,7	4,7	Landes	0,4	0	Saône-et-Loire	1,5	1
Aude	1,5	1,1	Loir-et-Cher	0,4	0,8	Sarthe	—	—
Aveyron	0	0	Loire	18,3	4,5	Savoie	7,2	3,4
Terr. de Belfort	2,2	0	Loire-Atlantique	1,9	0	Savoie (Haute-)	2,9	0,7
Bouches-du-Rhône	100	4,6	Loire (Haute-)	1,4	0	Seine	174	16,1
Calvados	8	0	Loiret	9,4	1,6	Seine-Maritime	22	2,2
Cantal	0,6	0,6	Lot	0	0	Seine-et-Marne	—	—
Charente	3,7	0	Lot-et-Garonne	1,8	0,4	Seine-et-Oise	4,2	2,1
Charente-Maritime	15	1,9	Lozère	0	0	Sèvres (Deux-)	0,3	0
Cher	1,4	0,7	Maine-et-Loire	4,8	2,6	Somme	2,9	2,1
Corrèze	0,4	0	Manche	9,3	0,9	Tarn	1	1,3
Corse	1,2	10,2	Marne	2,8	0,2	Tarn-et-Garonne	3,4	1,1
Côte-d'Or	10,3	1,1	Marne (Haute-)	1,9	1	Var	80,2	3,9
Côtes-du-Nord	0,2	0	Mayenne	0	0	Vaucluse	24,8	5,7
Creuse	0	0	Meurthe-et-Moselle ..	18,6	1,1	Vendée	0	0
Dordogne	1,6	1,6	Meuse	1,4	3,7	Vienne	3	0,6
Doubs	9	2,9	Morbihan	1,1	0,2	Vienne (Haute-)	5,9	0,3
Drôme	3,9	0,4	Moselle	10,4	1,1	Vosges	4,2	1,8
Eure	2	0,3	Nièvre	0,4	0	Yonne	2,6	0,7
Eure-et-Loir	1,5	2,3	Nord	12,3	0,3			
Finistère	1,9	0,8	Oise	2,4	1,5			
Gard	7,1	0	Orne	0,4	2,1			
						<i>France entière</i>	32,9	3,3

VARIATIONS DÉPARTEMENTALES DES INDICES DE MORBIDITÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES

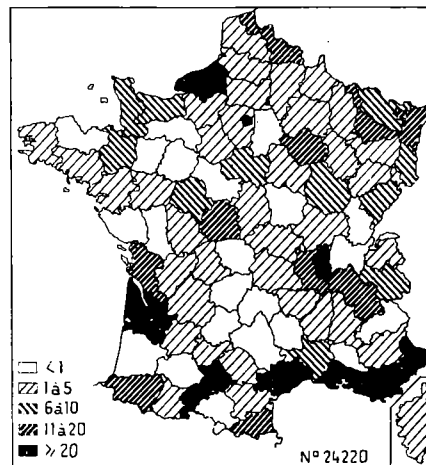
AU COURS DE L'ANNÉE 1958

(Indices annuels pour 100 000 habitants.)

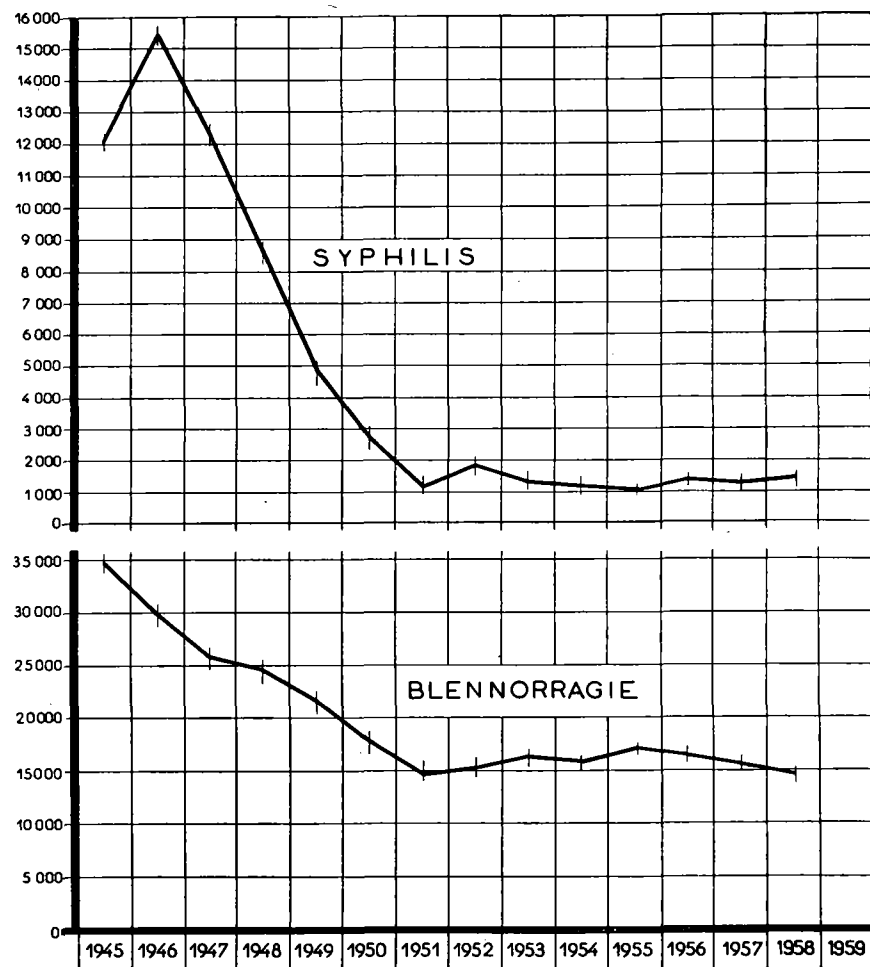
SYPHILIS



BLENNORRAGIE



NOMBRE DE CAS CONTAGIEUX DECLARES

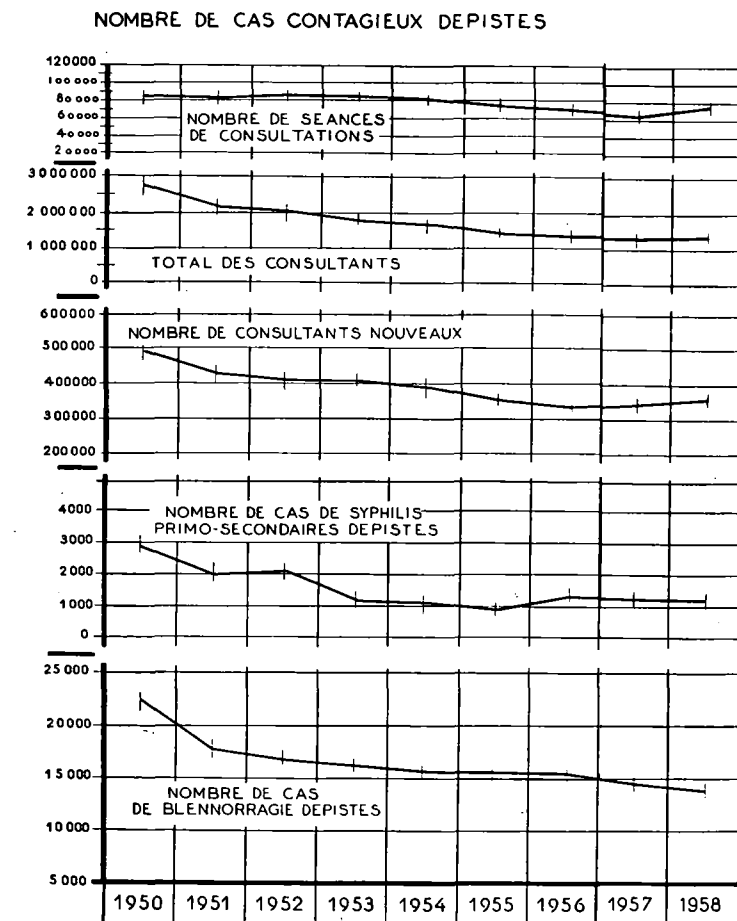


INSTITUT NATIONAL D'HYGIENE

N° 24 182^a

GRAPHIQUE 1. — Nombre de cas contagieux déclarés. Courbes annuelles.

ACTIVITE DES DISPENSAIRES

N° 24 184^a

GRAPHIQUE 2. — Activité des dispensaires. Nombre de cas contagieux dépistés. Courbes annuelles.

TABLEAU I

Nombre de cas contagieux déclarés de syphilis, blennorragie et chancre mou depuis 1945.

	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958
Blennorragie	34 787	29 906	25 811	24 257	21 322	17 888	14 664	15 098	16 151	15 959	17 150	16 682	15 267	14 611
Syphilis primaire et secondaire	12 094	15 454	12 255	8 681	4 819	2 703	1 998	1 874	1 282	1 222	1 156	1 452	1 348	1 461
Chancre mou	1 495	1 060	421	327	262	178	175	138	154	189	140	79	66	73

TABLEAU II

Activité des dispensaires.

Nombre de cas contagieux dépistés (syphilis et blennorragie).

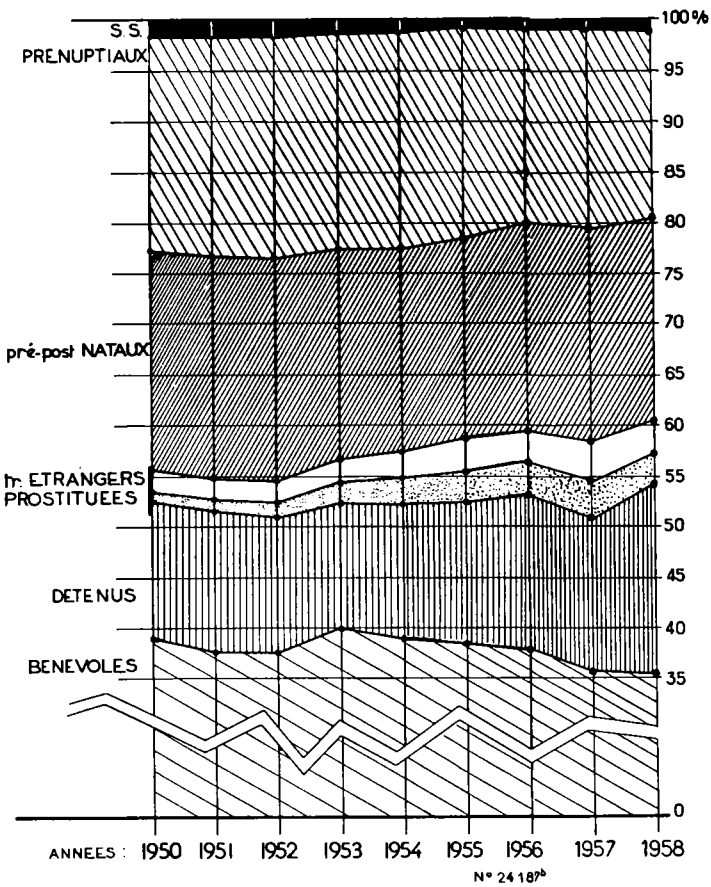
	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958
Nombre de séances de consultations.....	85 086	83 549	86 314	83 900	81 508	72 869	69 248	66 527	74 406
Total des consultants	2 699 206	2 284 815	2 000 847	1 767 005	1 633 922	1 486 866	1 317 013	1 262 490	1 262 501
Nombre de consultants nouveaux	491 783	429 997	412 754	410 148	392 081	357 130	337 149	342 784	356 818
Nombre de cas de syphilis primo-secondaires dépistés	2 940	2 011	2 081	1 247	1 112	993	1 339	1 263	1 244
Nombre de cas de blennorragies dépistés.	22 292	17 600	16 886	16 097	15 396	16 062	16 039	14 442	13 847

TABLEAU III

Répartition des consultants nouveaux par catégories.

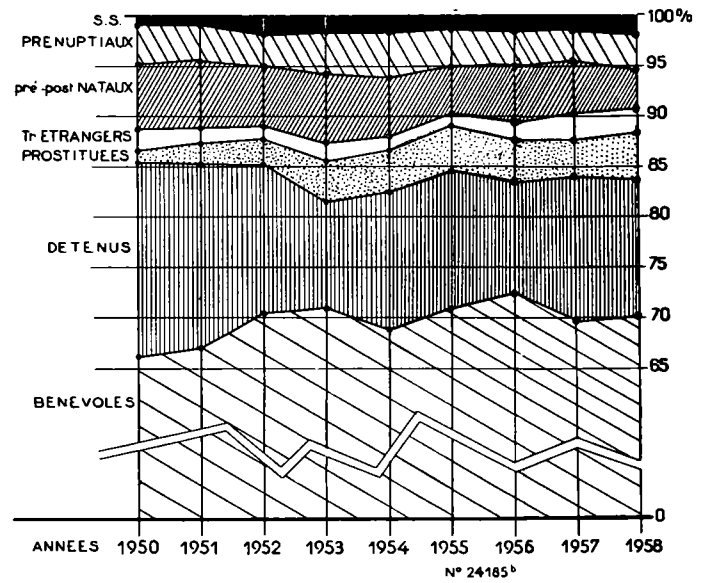
		1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958
Consultants bénévoles.	Cas :	190 193	160 547	153 802	155 682	144 613	136 508	127 179	121 379	125 556
	% :	39	37,6	37,6	40	38,6	38,3	37,8	35,4	35,3
Détenus.	Cas :	66 427	60 369	55 147	47 811	51 642	50 766	52 625	56 571	67 952
	% :	13,7	14,1	13,4	12,3	13,5	14,2	15,6	16,6	19
Prostituées.	Cas :	4 217	4 547	5 738	8 313	10 484	10 748	10 527	10 067	10 399
	% :	0,8	1,1	1,4	2	2,8	3,1	3,1	2,9	2,9
Travailleurs étrangers.	Cas :	11 413	9 121	9 797	9 975	9 342	9 276	9 368	12 303	11 515
	% :	2,3	2,1	2,4	2,5	2,4	2,6	2,8	3,5	3,2
Examens pré- et post-nataux.	Cas :	104 247	94 062	89 923	80 280	76 657	71 722	69 910	72 708	71 240
	% :	21,4	22	21,9	20,7	20,3	20,1	20,7	21,2	20
Examens pré-nuptiaux.	Cas :	102 906	90 912	88 297	82 247	80 057	74 142	64 183	66 106	66 077
	% :	21,1	21,3	21,5	21,2	21,2	20,6	19	19,3	18,5
Sécurité sociale (examens systématiques).	Cas :	8 646	7 938	7 490	5 052	4 551	3 968	3 357	3 650	4 079
	% :	1,7	1,8	1,8	1,3	1,2	1,1	1	1,1	1,1
Total	Cas :	488 049	427 496	410 194	389 360	377 346	357 130	337 149	342 784	356 818
	% :	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Répartition des consultants nouveaux.



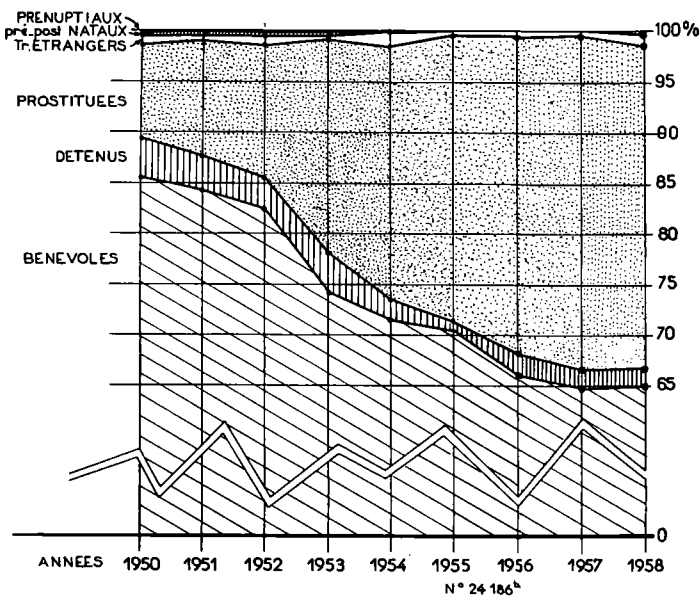
GRAPHIQUE 3.

Répartition des syphilis par catégories de consultants nouveaux.



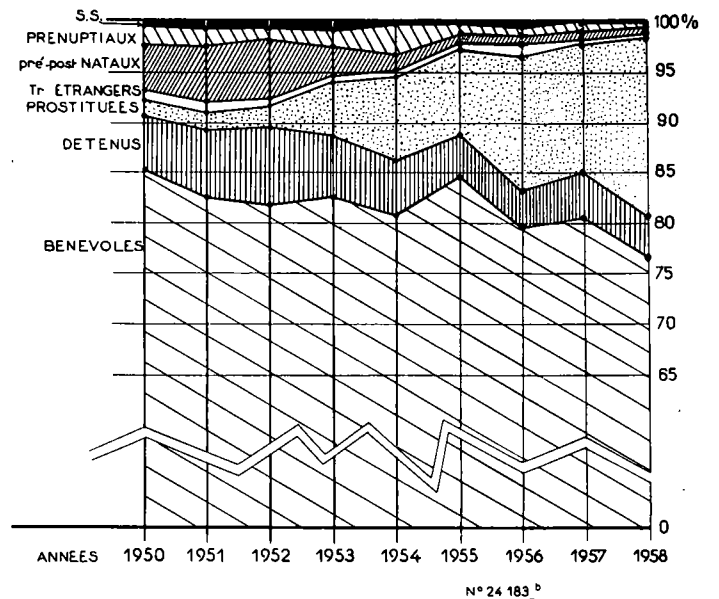
GRAPHIQUE 4.

Répartition des blennorragies dépistées par catégories de consultants nouveaux.



GRAPHIQUE 5.

Répartition des syphilis primo-secondaires dépistées par catégories de consultants nouveaux.



GRAPHIQUE 6.

TABLEAU IV

Répartition des blennorragies dépistées par catégories de consultants nouveaux.

		1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958
Consultants bénévoles.	Cas : % :	19 062 85,6	14 808 84,5	13 913 82,3	12 134 74,4	11 049 71,6	11 369 70,8	10 652 66,4	9 363 64,9	9 000 65
Détenus.	Cas : % :	823 3,7	633 3,3	551 3,3	600 3,7	327 2,1	174 1	323 2	262 1,8	272 1,9
Prostituées.	Cas : % :	2 074 9,3	1 976 11,2	2 231 13,2	3 486 21,2	3 911 25	4 470 27,9	4 994 31,2	4 740 32,8	4 440 32
Travailleurs étrangers.	Cas : % :	225 1	131 0,7	119 0,9	71 0,4	95 1,3	41 0,3	61 0,4	66 0,4	116 0,9
Examens pré- et post-nataux.	Cas : % :	50 0,2	31 0,2	31 0,2	31 0,2	11 —	6 —	8 —	9 0,1	8 0,1
Examens pré-nuptiaux.	Cas : % :	47 0,2	19 0,1	36 0,2	16 0,1	2 —	1 —	1 —	2 —	7 0,1
Sécurité sociale (examens systématiques).	Cas : % :	11 —	2 —	5 —	2 —	1 —	1 —	0 —	0 —	4 —
<i>Total</i>	Cas : % :	22 292 100	17 600 100	16 886 100	16 340 100	15 396 100	16 062 100	16 039 100	14 442 100	13 847 100

TABLEAU V

Répartition des syphilis primo-secondaires dépistées par catégories de consultants nouveaux.

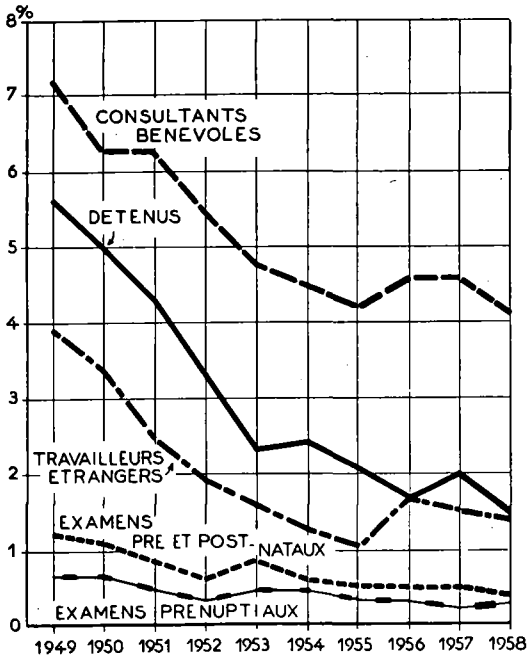
		1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958
Consultants bénévoles.	Cas : % :	2 500 85,1	1 668 83,1	1 724 82,8	1 027 83,2	901 81	842 84,9	1 069 79,9	1 032 81,7	962 76,6
Détenus.	Cas : % :	166 5,6	125 6,2	143 6,9	69 5,6	56 5,3	38 3,8	51 3,9	42 3,3	50 4
Prostituées.	Cas : % :	50 1,7	34 1,7	43 2,1	65 5,3	95 8,3	88 8,8	171 12,8	161 12,8	224 18
Travailleurs étrangers.	Cas : % :	33 1,1	27 1,3	15 0,7	8 0,6	6 0,5	5 0,5	18 1,3	2 0,2	4 0,3
Examens pré- et post-nataux.	Cas : % :	121 4,1	104 5,2	114 5,5	37 2,9	19 1,7	9 0,9	10 0,7	8 0,6	5 0,4
Examens pré-nuptiaux.	Cas : % :	58 2	40 1,9	29 1,4	19 1,5	32 2,9	10 1	10 0,7	18 1,4	7 0,5
Sécurité sociale (examens systématiques).	Cas : % :	12 0,4	13 0,6	13 0,6	12 0,9	13 0,3	1 0,1	10 0,7	0 0	2 0,2
<i>Total</i>	Cas : % :	2 940 100	2 011 100	2 081 100	1 237 100	1 112 100	993 100	1 339 100	1 263 100	1 244 100

TABLEAU VI

Répartition du total des syphilis dépistées par catégories de consultants nouveaux.

		1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958
Consultants bénévoles.	Cas : % :	11 988 66,6	9 686 67,1	9 013 70,6	7 365 71,1	6 502 63,9	5 729 71,5	5 766 72,5	5 552 69,9	5 207 70
Détenus.	Cas : % :	3 380 18,8	2 634 18,2	1 871 14,7	1 100 10,6	1 276 13,6	1 055 13,2	883 11,1	1 121 14,1	1 033 13,8
Prostituées.	Cas : % :	206 1,1	280 1,9	299 2,4	412 3,9	396 4,2	346 4,3	355 4,2	308 3,8	354 4,7
Travailleurs étrangers.	Cas : % :	403 2,2	244 1,7	188 1,4	162 1,6	123 1,3	98 1,2	125 1,6	191 2,4	161 2,2
Examens pré- et post-nataux.	Cas : % :	1 164 6,4	984 6,8	750 5,9	732 7,1	565 6	397 4,9	442 5,6	424 5,3	308 4,1
Examens pré-nuptiaux.	Cas : % :	731 4,1	524 3,6	426 3,3	450 4,3	424 4,6	278 3,5	250 3,2	230 2,9	238 3,2
Sécurité sociale (examens systématiques).	Cas : % :	147 0,8	103 0,7	223 1,7	150 1,4	137 1,4	118 1,5	146 1,8	125 1,6	149 2
<i>Total</i>	Cas : % :	18 019 100	14 455 100	12 770 100	10 371 100	9 423 100	8 021 100	7 947 100	7 951 100	7 450 100

*Pourcentage de syphilis dépistées
dans divers groupes.*



N°26188b

GRAPHIQUE 7.

TABLEAU VII

Pourcentage de syphilis dépistées dans les dispensaires dans divers groupes de consultants.

		1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958
		Pré-nuptiaux.	Sujets : Cas : % :	77 155 576 0,7	102 906 731 0,7	88 876 494 0,5	88 297 426 0,4	82 241 450 0,5	80 057 424 0,5	74 148 278 0,4	64 183 250 0,4
Pré- et post-nataux.	Sujets : Cas : % :	77 560 941 1,2	104 247 1 164 1,1	90 679 891 0,9	89 923 750 0,7	80 280 732 0,9	76 657 565 0,7	71 722 397 0,6	69 910 442 0,6	72 708 424 0,6	71 240 308 0,4
Détenus.	Sujets : Cas : % :	51 037 2 889 5,6	66 427 3 380 5	60 369 2 634 4,3	55 147 1 871 3,3	47 811 1 100 2,3	51 642 1 276 2,4	50 766 1 055 2,1	52 625 883 1,7	56 571 1 121 2	67 952 1 033 1,5
Travailleurs étrangers.	Sujets : Cas : % :	7 471 290 3,9	11 413 393 3,4	9 246 231 2,5	9 797 188 1,9	9 975 162 1,6	9 342 123 1,3	9 276 98 1,1	9 368 125 1,7	12 303 191 1,5	11 515 161 1,4
Consultants bénévoles.	Sujets : Cas : % :	150 671 10 820 7,2	190 193 11 988 6,3	149 936 9 423 6,3	163 087 9 013 5,5	155 682 7 365 4,8	144 613 6 502 4,5	136 508 5 729 4,2	127 179 5 766 4,6	121 379 5 552 4,6	125 556 5 907 4,1

II. — Etude statistique des Maladies vénériennes déclarées au cours de l'année 1958.

1° BLENNORRAGIE

A. — NATURE ET ORIGINE DES DÉCLARATIONS EFFECTUÉES

Mois	Déclarations simples			Déclarations nominales						
	Médecins	Services publics	Total	Médecins	Services publics	Total	Absence de traitement	Prostitution	Profession	Risques graves de transmission
Janvier	31	963	994	4	260	264	—	252	—	—
Février	20	753	773	5	273	278	—	259	—	—
Mars	24	899	923	5	264	269	—	268	—	—
Avril	46	705	751	7	276	283	—	277	—	—
Mai	25	778	803	9	251	260	—	241	—	—
Juin	26	1 005	1 031	3	259	262	1	255	—	—
Juillet	32	857	889	10	285	295	—	185	—	—
Août	33	1 073	1 106	11	261	272	—	273	—	—
Septembre	49	888	937	10	334	344	—	342	—	1
Octobre	38	1 010	1 048	9	329	338	1	337	—	—
Novembre	40	887	927	4	292	296	—	296	—	—
Décembre	27	912	939	4	325	329	—	322	4	—
Total	391	10 730	11 121	81	3 409	3 490	2	3 307	4	1

BLENNORRAGIE

B. — FRÉQUENCE RESPECTIVE DES DIVERSES CAUSES DE CONTAMINATION

Mois	Nb. de déclarations effectuées	Prostitution		Relations conjugales		Rapports libres		Contaminations non vénériennes		Mode de contamination non précisé
		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	
Janvier	1 258	84	84	18	12	140	64	—	2	854
Février	1 051	81	105	12	7	142	50	—	—	654
Mars	1 192	62	89	20	8	151	49	—	—	813
Avril	1 034	72	76	12	9	128	57	1	—	679
Mai	1 063	69	85	17	13	142	46	—	—	691
Juin	1 293	68	95	10	22	191	62	1	—	844
Juillet	1 184	82	95	12	9	157	54	1	—	774
Août	1 378	100	119	13	10	193	49	—	1	893
Septembre	1 281	72	107	16	15	183	51	—	—	837
Octobre	1 386	76	98	18	17	208	85	—	—	884
Novembre	1 223	76	94	18	14	195	68	—	—	758
Décembre	1 268	51	97	15	12	166	71	—	1	855
<i>Total</i>	<i>14 611</i>	<i>893</i>	<i>1 144</i>	<i>181</i>	<i>148</i>	<i>1 996</i>	<i>706</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>9 536</i>

MALADIES SOCIALES

BLENNORRAGIE

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

Mois	Nb. de déclarations effectuées	0 à 1 an		1 à 14		15 à 17		18 à 20		21 à 29		30 à 44		45 et +		Age et sexe non précisés
		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	
Janvier	1 258	—	—	—	2	3	1	73	19	435	228	246	118	57	19	57
Février	1 051	—	—	—	—	3	3	44	12	336	207	214	150	34	17	31
Mars	1 192	—	—	—	—	6	1	65	18	396	234	234	119	38	20	61
Avril	1 034	—	—	—	1	3	—	63	15	313	209	171	138	34	22	65
Mai	1 063	—	—	—	—	4	2	48	20	356	224	198	120	41	16	34
Juin	1 293	—	—	—	2	10	1	68	21	444	207	281	132	64	19	44
Juillet	1 184	—	—	1	—	10	1	63	26	357	245	236	134	38	22	51
Août	1 378	—	—	—	—	5	4	67	12	499	196	314	126	72	19	64
Septembre	1 281	—	—	—	—	13	1	73	34	398	255	247	129	53	14	64
Octobre	1 386	—	—	—	—	11	2	70	40	423	254	276	141	45	34	90
Novembre	1 223	—	—	—	1	9	3	66	29	408	264	206	121	35	23	58
Décembre	1 268	—	—	—	2	8	—	71	28	372	257	256	156	45	22	51
<i>Total</i>	<i>14 611</i>	—	—	<i>1</i>	<i>8</i>	<i>85</i>	<i>19</i>	<i>771</i>	<i>274</i>	<i>4 737</i>	<i>2 780</i>	<i>2 879</i>	<i>1 584</i>	<i>556</i>	<i>247</i>	<i>670</i>

MALADIES VÉNÉRIENNES

2° SYPHILIS PRIMAIRE

A. — NATURE ET ORIGINE DES DÉCLARATIONS EFFECTUÉES

Mois	Déclarations simples			Déclarations nominales						
	Médecins	Services publics	Total	Médecins	Services publics	Total	Absence de traitement	Prostitution	Profession	Risques graves de transmission
Janvier	10	37	47	2	6	8	—	8	—	—
Février	5	42	47	—	9	9	—	8	—	—
Mars	2	23	25	—	9	9	—	9	—	—
Avril	8	50	58	—	6	6	—	6	—	—
Mai	6	44	50	—	4	4	—	4	—	—
Juin	12	55	67	—	5	5	—	5	—	—
Juillet	3	41	44	1	11	12	1	10	—	—
Août	7	34	41	—	6	6	1	5	—	1
Septembre	—	40	40	—	6	6	—	6	—	1
Octobre	13	48	61	—	10	10	1	8	—	1
Novembre	10	34	44	—	12	12	1	11	—	1
Décembre	15	61	76	—	5	5	—	5	—	—
<i>Total</i>	<i>91</i>	<i>509</i>	<i>600</i>	<i>3</i>	<i>89</i>	<i>92</i>	<i>4</i>	<i>85</i>	<i>—</i>	<i>4</i>

MALADIES SOCIALES

SYPHILIS PRIMAIRE

B. — FRÉQUENCE RESPECTIVE DES DIVERSES CAUSES DE CONTAMINATION

Mois	Nb. de déclarations effectuées	Prostitution		Relations conjugales		Rapports libres		Contaminations non vénériennes		Mode de contamination non précisé
		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	
Janvier	55	4	4	—	—	15	1	—	—	31
Février	56	5	1	1	2	9	2	—	—	36
Mars	34	3	—	1	3	4	4	—	—	19
Avril	64	5	3	1	9	3	—	—	—	43
Mai	54	6	1	2	2	10	2	—	—	31
Juin	72	7	—	1	1	19	4	—	—	40
Juillet	56	5	—	2	1	10	3	—	—	35
Août	47	6	2	—	—	11	4	—	—	24
Septembre	46	6	2	—	—	15	2	—	—	21
Octobre	71	6	1	3	3	18	3	—	—	37
Novembre	56	8	1	1	2	15	4	—	—	25
Décembre	81	8	—	1	2	16	3	—	—	51
<i>Total</i>	<i>692</i>	<i>69</i>	<i>15</i>	<i>13</i>	<i>25</i>	<i>145</i>	<i>32</i>	<i>—</i>	<i>—</i>	<i>393</i>

MALADIES VÉNÉRIENNES

SYPHILIS PRIMAIRE

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

Mois	Nb. de déclarations effectuées	0 à 1 an		1 à 14		15 à 17		18 à 20		21 à 29		30 à 44		45 et +		Age et sexe non précisés
		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	
Janvier	55	—	—	—	—	2	1	2	—	15	8	11	5	3	3	5
Février	56	—	—	—	—	1	—	1	—	16	3	10	10	8	2	5
Mars	34	—	—	—	—	—	—	1	2	7	6	8	6	2	—	2
Avril	64	—	—	—	—	—	—	5	2	14	10	20	6	3	2	2
Mai	54	—	—	—	—	—	—	2	—	24	1	15	7	3	1	1
Juin	72	—	—	—	—	—	—	6	4	25	6	18	4	2	3	4
Juillet	56	—	—	—	—	—	—	1	2	17	9	16	4	5	2	0
Août	47	—	—	—	—	—	1	3	—	19	6	8	4	4	—	2
Septembre	46	—	—	—	—	—	—	3	—	18	6	11	1	3	1	3
Octobre	71	—	—	—	—	—	—	6	3	21	7	17	10	3	2	2
Novembre	56	—	—	—	—	—	—	3	1	18	9	10	5	6	1	3
Décembre	81	—	—	—	—	1	—	4	1	28	11	25	1	8	1	1
Total	692	—	—	—	—	4	2	37	15	222	82	169	63	50	18	30

MALADIES SOCIALES

3° SYPHILIS SECONDAIRE

A. — NATURE ET ORIGINE DES DÉCLARATIONS EFFECTUÉES

Mois	Déclarations simples			Déclarations nominales						
	Médecins	Services publics	Total	Médecins	Services publics	Total	Absence de traitement	Prostitution	Profession	Risques graves de transmission
Janvier	10	43	53	—	6	6	2	10	—	—
Février	9	43	52	—	11	11	—	11	—	—
Mars	3	43	46	—	9	9	—	9	—	—
Avril	3	55	58	—	11	11	—	11	—	—
Mai	5	32	37	1	10	11	—	9	—	—
Juin	2	43	45	1	9	10	1	9	—	—
Juillet	2	46	48	2	10	12	—	5	—	—
Août	6	41	47	—	7	7	1	6	—	—
Septembre	5	60	65	—	15	15	—	15	—	—
Octobre	6	45	51	1	12	11	1	8	—	1
Novembre	12	60	72	1	23	24	—	21	—	—
Décembre	6	50	56	—	12	12	—	11	—	1
Total	69	561	630	6	133	139	5	125	—	2

MALADIES VÉNÉRIENNES

SYPHILIS SECONDAIRE

B. — FRÉQUENCE RESPECTIVE DES DIVERSES CAUSES DE CONTAMINATION

Mois	Nb. de déclarations effectuées	Prostitution		Relations conjugales		Rapports libres		Contaminations non vénériennes		Mode de contamination non précisé
		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	
Janvier	59	5	4	2	—	15	4	1	—	28
Février	63	1	1	1	1	10	9	—	—	40
Mars	55	—	1	—	2	12	8	—	—	32
Avril	69	3	—	1	2	7	12	1	—	43
Mai	48	1	2	1	1	11	1	1	—	30
Juin	55	3	2	2	4	11	5	—	2	26
Juillet	60	3	3	1	—	13	6	—	—	34
Août	54	6	2	3	2	6	4	2	—	29
Septembre	80	4	4	—	2	4	5	—	1	60
Octobre	62	2	2	2	4	12	6	—	2	32
Novembre	96	4	3	2	3	24	12	—	—	48
Décembre	68	4	2	2	2	9	8	—	—	41
<i>Total</i>	769	36	26	17	23	134	80	5	5	443

SYPHILIS SECONDAIRE

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

Mois	Nb. de déclarations effectuées	0 à 1 an		1 à 14		15 à 17		18 à 20		21 à 29		30 à 44		45 et +		Age et sexe non précisés
		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	
Janvier	59	—	—	1	—	—	—	2	—	10	14	12	10	6	1	3
Février	63	—	—	—	—	—	—	—	1	15	16	13	12	2	3	1
Mars	55	—	—	—	—	—	—	1	—	15	15	12	6	—	4	2
Avril	69	—	—	—	—	1	1	3	1	7	21	14	6	6	2	7
Mai	48	—	—	—	—	—	—	1	1	14	6	14	3	1	3	5
Juin	55	—	—	—	—	—	—	2	1	10	11	12	10	5	1	3
Juillet	60	—	—	—	—	—	1	1	2	13	9	16	6	9	1	2
Août	54	—	—	2	—	2	—	4	1	11	12	10	5	5	1	1
Septembre	80	—	—	—	—	1	—	1	7	21	19	17	5	7	2	—
Octobre	62	—	—	—	—	1	—	1	3	18	12	7	10	5	4	1
Novembre	96	—	—	—	—	—	1	1	—	26	20	19	14	5	8	2
Décembre	68	—	—	1	—	—	—	1	1	22	16	12	10	1	4	—
<i>Total</i>	769	—	—	4	—	5	3	18	18	182	171	158	97	52	34	27

4° CHANCRE MOU

A. — NATURE ET ORIGINE DES DÉCLARATIONS EFFECTUÉES

Mois	Déclarations simples			Déclarations nominales						
	Médecins	Services publics	Total	Médecins	Services publics	Total	Absence de traitement	Prostitution	Profession	Risques graves de transmission
Janvier	—	6	6	—	—	—	—	—	—	—
Février	—	5	5	—	—	—	—	—	—	—
Mars	1	1	2	—	1	1	—	1	—	—
Avril	1	6	7	—	—	—	—	1	—	—
Mai	—	5	5	—	—	—	—	—	—	—
Juin	—	4	4	—	—	—	—	—	—	—
Juillet	—	5	5	—	—	—	—	—	—	—
Août	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—
Septembre	—	7	7	—	—	—	—	—	—	—
Octobre	—	11	11	—	1	1	—	—	—	2
Novembre	1	6	7	—	—	—	—	—	—	—
Décembre	1	8	9	—	1	1	—	—	—	—
<i>Total</i>	4	66	70	—	3	3	—	2	—	2

CHANCRE MOU

B. — FRÉQUENCE RESPECTIVE DES DIVERSES CAUSES DE CONTAMINATION

Mois	Nb. de déclarations effectuées	Prostitution		Relations conjugales		Rapports libres		Contaminations non vénériennes		Mode de contamination non précisé
		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	
Janvier	6	3	—	—	—	1	—	—	—	2
Février	5	3	—	—	—	—	—	—	—	2
Mars	3	—	1	—	—	1	—	—	—	1
Avril	7	2	—	—	—	1	—	—	—	4
Mai	5	1	—	—	—	—	—	—	—	4
Juin	4	1	—	—	—	1	—	—	—	2
Juillet	5	2	—	—	—	—	—	—	—	3
Août	2	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Septembre	7	2	—	—	—	1	—	—	—	4
Octobre	12	5	—	—	—	4	—	—	—	3
Novembre	7	5	—	—	—	—	—	—	—	2
Décembre	10	2	1	—	—	—	1	—	—	6
<i>Total</i>	73	26	2	—	—	10	1	—	—	34

CHANCRE MOU

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

Mois	Nb. de déclarations effectuées	0 à 1 an		1 à 14		15 à 17		18 à 20		21 à 29		30 à 44		45 et +		Age et sexe non précisés
		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	
Janvier	6	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3	—	—	—	0
Février	5	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	1	1	—	—	0
Mars	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	0
Avril	7	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2	1	1	—	0
Mai	5	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	1	—	—	—	0
Juin	4	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	0
Juillet	5	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	1
Août	2	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	0
Septembre	7	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	3
Octobre	12	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	6	—	—	—	2
Novembre	7	—	—	—	—	—	—	1	—	4	1	—	—	—	1	0
Décembre	10	—	—	—	—	—	—	1	—	4	2	1	2	—	—	0
<i>Total</i>	73	—	—	—	—	—	—	4	—	32	4	18	5	3	1	6

PÉDIATRIE

LA MORTALITÉ FŒTO-INFANTILE EN 1958 (TROISIÈME ET QUATRIÈME TRIMESTRES)

De nouveaux progrès ont été enregistrés pendant la seconde moitié de l'année 1958. Ils portent surtout sur la mortalité infantile proprement dite. Pendant le troisième trimestre, elle s'établit au taux de 22 ‰, qui n'avait jamais été atteint jusqu'ici (pour l'ensemble de la France). Le taux de mortalité infantile rejoint ainsi, pour ce trimestre, le taux de la mortinatalité.

Les résultats chiffrés sont les suivants :

MORTALITÉ INFANTILE

(Taux pour 1 000 naissances vivantes, base annuelle.)

	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre
1956 (rappel)	24,6	28,5
1957	25	27,8
1958	22	25
Différence entre 1957 et 1958 (%).....	— 12	— 10

MORTINATALITÉ

(Taux pour 1 000 naissances totales.)

	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre
1956 (rappel)	22,2	23,5
1957	22,5	22,9
1958	22,1	21,9
Différence entre 1957 et 1958 (%).....	— 1,8	— 4,4

MORTALITÉ INFANTILE PAR TRANCHE D'ÂGE
ET PAR CAUSE

En valeur absolue, la diminution porte sur toutes les tranches d'âge, aussi bien pour le troisième que pour le quatrième trimestre. Mais, à nouveau, la diminution est plus forte pour les enfants âgés de plus d'un mois. L'importance relative de la mortalité néonatale (mortalité des quatre premières semaines) s'accroît donc encore. Pour le troisième trimestre, elle atteint 60 %, c'est-à-dire que, sur 100 décès d'enfants âgés de moins d'un an, 60 sont survenus avant la fin du premier mois suivant la naissance.

MORTALITÉ PAR TRANCHE D'ÂGE
(taux trimestriels, base annuelle).

	1957		1958	
	% décès	‰ N. V.	% décès	‰ N. V.
<i>Troisième trimestre.</i>				
0 à 6 jours.....	43,6	10,9	45,4	10
7 à 27 »	14	3,5	14,6	3,2
28 à 90 »	14,8	3,7	13,9	3,1
91 à 180 »	12,8	3,2	10,9	2,4
181 à 365 »	14,8	3,7	15,2	3,3
0 à 27 »	57,5	14,4	60	13,2
28 à 365 »	42,4	10,6	40	8,8
<i>Quatrième trimestre.</i>				
0 à 6 jours.....	40	11,2	44,6	11,1
7 à 27 »	13,7	3,8	14,3	3,5
28 à 90 »	16,6	4,6	15,2	3,8
91 à 180 »	14,1	3,9	12,2	3
181 à 365 »	15,3	4,3	13,8	3,4
0 à 27 »	53,9	14,9	58,9	14,6
28 à 365 »	46,1	12,8	41,1	10,2

En ce qui concerne les causes, il n'y a que peu de changements, à l'exception d'une diminution assez sensible des rubriques « Grippe » et « Toxicose ».

MORTALITÉ INFANTILE PAR CAUSES INCRIMINÉES
(taux trimestriels, base annuelle).

	3 ^e trimestre				4 ^e trimestre			
	1957		1958		1957		1958	
	N.	‰ N. V.	N.	‰ N. V.	N.	‰ N. V.	N.	‰ N. V.
Tuberculose	23	0,1	16	0,08	23	0,1	17	0,08
Coqueluche	44	0,2	46	0,2	20	0,1	30	0,2
Rougeole	23	0,1	27	0,1	4	0,02	8	0,04
Grippe	16	0,08	2	0,01	269	1,3	62	0,3
Otite et mastoïdite	37	0,2	22	0,1	43	0,2	42	0,2
Broncho-pneumonie	216	1,1	199	1	367	1,8	328	1,6
Gastro-entérite	111	0,5	102	0,5	111	0,5	78	0,4
Malformations congénitales de l'appareil circulatoire.	324	1,6	320	1,6	325	1,6	335	1,7
Autres malformations congénitales	357	1,8	334	1,6	377	1,8	372	1,8
Lésions dues à l'accouchement	447	2,2	440	2,2	501	2,5	459	2,3
Asphyxie et atelectasie post-natales	150	0,7	121	0,6	121	0,6	159	0,8
Erythroblastose	81	0,4	89	0,4	69	0,3	80	0,4
Prématurité	1 070	5,3	1 049	5,2	1 183	5,8	1 129	5,6
Débilité	148	0,7	72	0,4	147	0,7	131	0,7
Toxicose	540	2,7	384	1,9	464	2,3	387	1,9

TAUX DÉPARTEMENTAUX

Sur le plan départemental, la Corse voit encore sa situation s'améliorer, ainsi que le Pas-de-Calais (dont le taux estival s'abaisse à 26 ‰). Le Nord, la Moselle, la Somme et les Pyrénées-Orientales sont actuellement plus défavorisés que le Pas-de-Calais. Quant au Territoire de Belfort, ses taux sont devenus très satisfaisants, après l'inquiétante poussée qui avait marqué ces dernières années, et dont la dernière manifestation remonte au troisième trimestre 1957 (avec un taux de 42 ‰).

En résumé, les taux de mortalité fœto-infantile ont subi une nouvelle diminution pendant la seconde moitié de l'année 1958.

Les taux concernant l'ensemble de l'année 1958 seront étudiés dans un prochain Bulletin. Pour la France métropolitaine, ils s'établissent à 22 pour la mortinatalité, à 27,2 pour la mortalité infantile proprement dite, à 48,5 pour la mortalité fœto-infantile, en diminution nette par rapport aux taux de l'année précédente.

Travail de la Section de Pédiatrie présenté par

M^{me} CORONE.

TABLEAU I

Mortalité infantile.

Taux pour 1 000 naissances vivantes (base annuelle).

Troisième trimestre.

Départements	1957-III	1958-III
Ain	21	19
Aisne	29	31
Allier	18	25
Alpes (Basses-)	28	27
Alpes (Hautes-)	11	26
Alpes-Maritimes	14	16
Ardèche	33	21
Ardennes	29	25
Ariège	16	13
Aube	20	34
Aude	15	18
Aveyron	19	13
Bouches-du-Rhône	24	18
Calvados	24	22
Cantal	39	39
Charente	27	14
Charente-Maritime	25	24
Cher	27	27
Corrèze	22	24
Corse	42	28
Côte-d'Or	21	21
Côtes-du-Nord	32	21
Creuse	14	19
Dordogne	23	26
Doubs	36	25
Drôme	14	17
Eure	15	16
Eure-et-Loir	26	15
Finistère	22	20
Gard	25	26
Garonne (Haute-)	28	28
Gers	12	41
Gironde	27	19
Hérault	14	23
Ille-et-Vilaine	23	31
Indre	36	26
Indre-et-Loire	21	26
Isère	23	24
Jura	29	18
Landes	35	25
Loir-et-Cher	22	24
Loire	24	25
Loire-Atlantique	25	20
Loire (Haute-)	21	31
Loiret	22	22
Lot	32	21
Lot-et-Garonne	22	18
Lozère	46	7
Maine-et-Loire	26	17
Manche	31	23
Marne	27	18

TABLEAU I. — MORTALITÉ INFANTILE (suite).

Départements	1957-III	1958-III
Marne (Haute-)	20	24
Mayenne	24	22
Meurthe-et-Moselle	22	27
Meuse	19	24
Morbihan	31	22
Moselle	34	34
Nièvre	20	19
Nord	33	31
Oise	27	27
Orne	31	14
Pas-de-Calais	30	26
Puy-de-Dôme	29	28
Pyrénées (Basses-)	27	24
Pyrénées (Hautes-)	18	21
Pyrénées-Orientales	34	36
Rhin (Bas-)	32	23
Rhin (Haut-)	27	17
Rhône	20	20
Saône (Haute-)	25	19
Saône-et-Loire	18	21
Sarthe	26	17
Savoie	27	14
Savoie (Haute-)	33	17
Seine	17	17
Seine-Maritime	22	23
Seine-et-Marne	18	21
Seine-et-Oise	19	18
Sèvres (Deux-)	30	18
Somme	32	27
Tarn	22	18
Tarn-et-Garonne	30	22
Var	22	19
Vaucluse	19	18
Vendée	17	16
Vienne	32	20
Vienne (Haute-)	19	12
Vosges	25	21
Yonne	31	18
Territoire de Belfort	42	19
<i>France entière...</i>	25	22

TABLEAU II

Mortalité infantile.

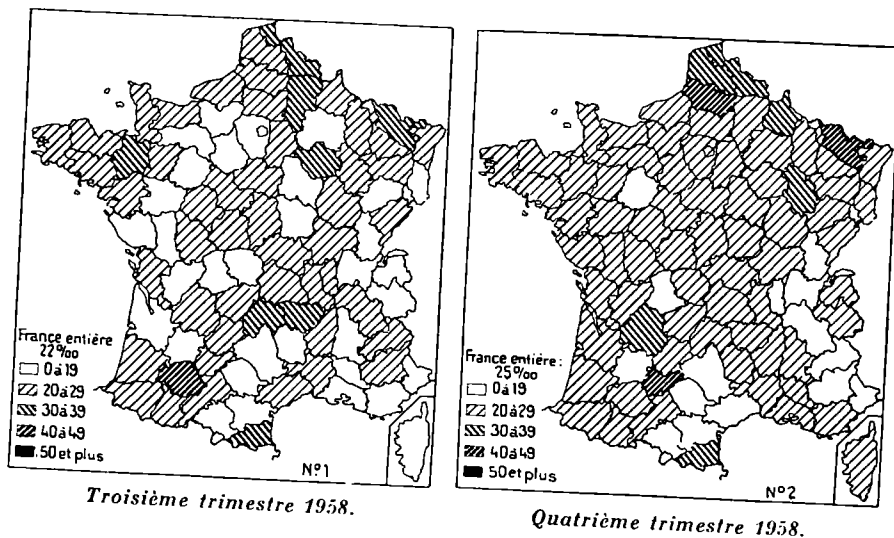
Taux pour 1 000 naissances vivantes (base annuelle).
Quatrième trimestre.

Départements	1957-iv	1958-iv
Ain	23	19
Aisne	28	27
Allier	20	29
Alpes (Basses-)	24	19
Alpes (Hautes-)	19	5
Alpes-Maritimes	20	13
Ardèche	33	18
Ardennes	32	33
Ariège	17	19
Aube	19	24
Aude	23	19
Aveyron	21	18
Bouches-du-Rhône	24	24
Calvados	35	24
Cantal	28	29
Charente	25	26
Charente-Maritime	24	21
Cher	21	23
Corrèze	19	24
Corse	39	26
Côte-d'Or	20	28
Côtes-du-Nord	27	26
Creuse	23	21
Dordogne	28	30
Doubs	32	29
Drôme	32	23
Eure	23	23
Eure-et-Loir	28	22
Finistère	25	25
Gard	31	22
Garonne (Haute-)	30	25
Gers	30	28
Gironde	22	21
Hérault	22	18
Ille-et-Vilaine	34	23
Indre	30	29
Indre-et-Loire	26	20
Isère	24	18
Jura	25	18
Landes	26	26
Loir-et-Cher	28	21
Loire	22	23
Loire-Atlantique	20	20
Loire (Haute-)	26	23
Loiret	24	24
Lot	21	25
Lot-et-Garonne	25	19
Lozère	14	21
Maine-et-Loire	20	23
Manche	26	25
Marne	28	24
Marne (Haute-)	30	33

TABLEAU II. — MORTALITÉ INFANTILE (suite).

Départements	1957-iv	1958-iv
Mayenne	22	22
Meurthe-et-Moselle	25	28
Meuse	23	25
Morbihan	31	25
Moselle	38	42
Nièvre	26	21
Nord	41	37
Oise	32	23
Orne	26	24
Pas-de-Calais	47	37
Puy-de-Dôme	26	20
Pyrénées (Basses-)	22	26
Pyrénées (Hautes-)	28	20
Pyrénées-Orientales	42	34
Rhin (Bas-)	29	25
Rhin (Haut-)	24	22
Rhône	25	18
Saône (Haute-)	33	25
Saône-et-Loire	18	22
Sarthe	28	19
Savoie	22	21
Savoie (Haute-)	23	20
Seine	22	21
Seine-Maritime	29	24
Seine-et-Marne	35	26
Seine-et-Oise	22	21
Sèvres (Deux-)	26	22
Somme	39	43
Tarn	17	19
Tarn-et-Garonne	40	40
Var	28	21
Vaucluse	21	22
Vendée	22	20
Vienne	29	22
Vienne (Haute-)	23	14
Vosges	24	28
Yonne	26	22
Territoire de Belfort	26	18
France entière	27,8	25

Mortalité infantile.



**LA MORTALITÉ INFANTILE ENREGISTRÉE EN 1957
 DANS LES ARRONDISSEMENTS PARISIENS
 ET LES COMMUNES SUBURBAINES
 DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE**

Pour la première fois, nous pouvons considérer, dans le présent travail, les naissances vivantes et les décès de moins d'un an rapportés au domicile de la mère, quel qu'en soit le lieu de l'enregistrement.

De ce fait, les nombres sont ici plus élevés que ceux indiqués dans le rapport précédent (1). Ce dernier ne retenait que les naissances et les décès enregistrés dans ce département et concernant la population domiciliée.

Ces nouvelles dispositions répondent entièrement au désir que nous avons exprimé dès 1927. Elles vont nous permettre de mieux connaître l'évolution de l'état sanitaire des populations.

Les perfectionnements techniques de l'I. N. S. E. E. lui donnent la possibilité de procéder à la ventilation méthodique des actes de l'état civil et d'en établir la répartition locale. Nous remercions la Direction Régionale de Paris de l'empressement qu'elle a mis pour nous transmettre ces documents.

Dans l'étude précédente (1), nous avons relevé pour la ville de Paris, en 1957, 43 004 naissances vivantes et 905 décès de 0 à 1 an au lieu de 45 405 naissances et 984 décès dénombrés par ces nouvelles dispositions.

Dans les communes suburbaines, les naissances vivantes passent de 39 836 à 41 923 et les décès de moins d'un an s'élèvent de 804 à 869.

Ces différences démontrent l'intérêt de la réforme qui est également appliquée à la population de tous âges, pour tous les départements. Elle servira à l'élaboration d'une documentation de base pour l'avenir.

(1) In *Bulletin de l'Institut National d'Hygiène*, t. XIII, n° 3.

*

**

On trouvera dans le tableau suivant le nombre d'enfants nés vivants, issus de la population domiciliée dans les arrondissements de la capitale. Les naissances sont réparties suivant la légitimité et le sexe, ce qui permettra aux utilisateurs d'étudier, pour chaque secteur, ces caractéristiques démographiques.

De plus, le nombre des décès de moins d'un an est inscrit dans une colonne de ce même tableau, ainsi que le taux de mortalité pour 1 000 nouveau-nés.

Les cinq premières colonnes indiquent des nombres absolus et concernent la fréquence des naissances légitimes qui est, pour les 20 arrondissements, de 85,3 % du total.

Quant aux naissances masculines, elles représentent 51 %. Autrement dit, il y a 104 garçons contre 100 filles, disparités habituellement observées.

La lecture des quotients de mortalité montrera que le risque décès demeure fort nuancé. Le taux moyen est de 21,7‰. Dans cinq arrondissements, ce taux oscille entre 17,1 et 19,9 et dans les quinze autres, il varie entre 20 et 29, ce dernier taux correspond à celui de la France entière pour l'année 1957.

D'une manière générale, la mortalité infantile tend, à Paris et dans la Seine surtout, à se rapprocher d'un minimum inévitable. Il est, en effet, peu éloigné de celui des Pays-Bas et de la Suède, nations qui ont le privilège d'être parmi les plus favorisées des pays à faible mortalité.

Dans le tableau ci-après, nous avons fourni, pour chaque commune, la totalité des naissances vivantes et des décès de moins d'un an, de population domiciliée.

Comme à Paris, la mortalité y est très inégale d'une commune à l'autre. Des taux très faibles sont remarqués à Pile Saint-Denis, à Thiais, par exemple, et des taux élevés comme à Saint-Maurice, Nanterre, etc.

Ces taux montrent l'extrême variabilité de ce risque décès, qui va de 9,7‰ à la Garenne-Colombes à 42,1 à Romainville en passant par toutes les valeurs intermédiaires. Si certains de ces quotients sont basés sur des nombres faibles — et on ne sera pas surpris que la commune du Rungis n'ait pas eu à enregistrer de décès de nourrissons, avec seulement 18 naissances — d'autres, par contre, comme Boulogne-Billancourt, Drancy, Colombes, Asnières, Aubervilliers, Montreuil-sous-Bois, Saint-Denis, etc., présentent des taux plus significatifs et sont voisins de la moyenne (20,7‰).

Naissances vivantes enregistrées, en 1957, à Paris,
suivant le sexe et la légitimité,
décès de moins d'un an et taux de ces décès pour 1 000 naissances vivantes
(de population domiciliée dans chaque arrondissement).

Arrondissements	Naissances vivantes			Total des naissances		Décès de < 1 an	Taux pour 1000 n. v.
	Total	Légitimes	Illégitimes	Masculines	Féminines		
I	629	512	117	305	324	16	25,4
II	791	644	147	421	370	19	24,0
III	1 085	897	188	570	515	26	24,0
IV	1 201	978	223	593	608	26	21,7
V	1 647	1 405	242	793	854	40	24,2
VI	1 316	1 101	215	664	652	27	20,5
VII	1 484	1 313	171	777	707	28	18,9
VIII	1 207	1 025	182	604	603	22	18,3
IX	1 558	1 289	269	801	757	34	21,8
X	2 116	1 762	354	1 018	1 098	42	19,9
XI	3 230	2 765	465	1 676	1 554	70	21,7
XII	2 392	2 093	299	1 255	1 137	59	24,7
XIII	2 919	2 462	457	1 478	1 441	50	17,1
XIV	2 877	2 368	509	1 450	1 427	64	22,2
XV	3 627	3 224	403	1 828	1 799	86	23,6
XVI	3 264	2 829	435	1 697	1 567	58	17,8
XVII	3 511	3 013	498	1 817	1 694	75	21,4
XVIII	4 208	3 533	675	2 143	2 065	102	24,2
XIX	2 716	2 324	392	1 396	1 320	79	29,0
XX	3 418	2 970	448	1 750	1 668	69	20,1
Total	45 405	38 684	6 721	23 145	22 260	984	21,7

MORTINATALITÉ

Bien que la fréquence des mort-nés décroisse continuellement depuis de nombreuses décennies et ne représente plus dans la Seine, en 1957, que 19,6 morts fœtales pour 1 000 naissances totales au lieu de 49,5, en 1938, la mortalité ante-natale est encore de nos jours importante.

En 1957, on a enregistré pour Paris 895 mort-nés dont « 135 ayant respiré ». Pour la banlieue, ces nombres sont respectivement de 849 et 116. Dans ces deux circonscriptions, nous relevons 1 744 « mort-nés » dont 251 ont respiré.

La mortinatalité correspond ainsi à 94,1 % des 1 853 décès de la première année.

En outre, les 1 744 mort-nés et les 1 853 décès de moins d'un an constituent une perte égale à 4 % des naissances totales.

Enfin, la répartition des 1 744 mort-nés, suivant leur qualité juridique, est la suivante :

1 460 légitimes dont 812 masculins et 648 féminins;

284 illégitimes dont 149 masculins et 135 féminins.

Décès par commune (domicile du décédé).

Communes	Naissances vivantes	Décès de 0 à 1 an	Taux pour 1 000 naissances vivantes
Alfortville	530	10	18,9
Antony	710	9	12,7
Arcueil	311	5	16,1
Asnières	1 164	24	20,7
Aubervilliers	1 156	25	21,6
Bagnolet	518	11	21,2
Bagneux	256	6	23,4
Bobigny	528	17	32,3
Bois-Colombes	417	5	11,9
Bondy	579	14	24,2
Bonneuil-sur-Marne	94	2	21,3
Boulogne-Billancourt	1 670	34	20,3
Bourget (Le)	141	2	14,2
Bourg-la-Reine	240	3	12,5
Bry-sur-Marne	122	4	32,7
Cachan	320	9	28,1
Champigny-sur-Marne	791	14	17,7
Charenton-le-Pont	358	9	25,1
Chatenay-Malabry	294	3	10,2
Chatillon	235	7	29,8
Chevilly-Larue	131	6	45,7
Choisy-le-Roi	584	14	24,0
Clamart	709	13	18,3
Clichy-la-Garenne	898	18	20,1
Colombes	1 197	16	13,4
Courbevoie	898	11	12,3
Courneuve (La)	366	5	13,7
Créteil	438	9	20,5
Drancy	1 129	22	19,5
Dugny	118	3	25,4
Epinay-sur-Seine	327	7	21,4
Fontenay-aux-Roses	164	5	30,5
Fontenay-sous-Bois	599	15	25,1
Fresnes	145	5	34,5
Garenne-Colombes (La)	415	4	9,7
Gennevilliers	535	6	11,2
Gentilly	311	4	12,8
Hay-les-Roses (L')	249	3	12,1
Ile-Saint-Denis (L')	86	1	10,6
Issy-les-Moulineaux	806	17	21,1
Ivry-sur-Seine	873	29	33,2
Joinville-le-Pont	263	5	19,0
Kremlin-Bicêtre	214	4	18,7
Levallois-Perret	952	21	22,1
Lilas (Les)	294	10	33,9
Maisons-Alfort	651	14	21,2
Malakoff	533	12	22,5
Montreuil-sous-Bois	1 489	32	21,5
Montrouge	588	14	23,8
Nanterre	1 192	32	26,9
Neuilly-sur-Seine	1 108	21	18,9
Nogent-sur-Marne	365	10	27,4
Noisy-le-Sec	497	9	18,1
Orly	230	3	13,1
Pantin	662	16	24,2
Pavillons-sous-Bois	328	5	15,3
Perreux-sur-Marne (Le)	438	8	18,2
Pierrefitte-sur-Seine	230	3	13,1

Décès par commune (domicile du décédé) (suite).

Communes	Naissances vivantes	Décès de 0 à 1 an	Taux pour 1 000 naissances vivantes
Plessis-Robinson	230	5	21,7
Pré-Saint-Gervais	229	5	21,8
Puteaux	617	18	29,1
Romainville	380	16	42,1
Rosny-sous-Bois	302	3	23,2
Rungis	18	0	0
Saint-Denis	1 543	39	25,3
Saint-Mandé	328	8	24,4
Saint-Maur-des-Fosses	1 081	9	8,3
Saint-Maurice	205	6	29,3
Saint-Ouen	811	17	20,9
Sceaux	242	3	12,4
Stains	383	11	28,7
Suresnes	615	7	11,4
Thiais	228	1	4,4
Vanves	350	5	14,3
Villejuif	597	21	35,2
Villemonble	362	10	27,6
Villeneuve-la-Garenne	160	2	12,5
Villetaneuse	95	3	31,6
Vincennes	730	13	17,8
Vitry-sur-Seine	971	18	18,5
<i>Total</i>	41 923	869	20,7

Sur les 1 460 cas légitimes, 213 ont respiré, 128 étaient du sexe masculin et 85 du sexe féminin, et, sur les 284 cas illégitimes, 38 ont respiré : 23 masculins et 15 féminins.

Les 251 cas ayant respiré correspondent à 14,4 % des 1 744 mort-nés, ce qui, en toute logique, devrait intervenir pour diminuer le taux de la mortalité et augmenter celui de la mortalité au cours de la première année.

Enfin, leur répartition par sexe s'établit comme suit : 151 masculins et 100 féminins.

MORTALITÉ PÉRINATALE

Cette caractéristique comprend les morts ante-natales et les décès pendant les premiers jours de la vie.

Dans le département de la Seine, on a enregistré 782 décès durant la première semaine, non compris les 251 « mort-nés » ayant respiré, et 1 744 mort-nés, ce qui fait un déchet de 2 526 qui correspond à 28,4 pour 1 000 naissances totales.

Répartition journalière des décès de la première semaine de vie.

Ages	Paris	Banlieue	Seine
Moins d'un jour	73	58	131
De 1 à 2 jours	108	112	220
De 2 à 3 jours	101	85	186
De 3 à 4 jours	63	41	104
De 4 à 5 jours	27	31	58
De 5 à 6 jours	19	23	42
De 6 à 7 jours	30	11	41
Première semaine	421	361	782

Les nombres inscrits dans le tableau ci-dessus semblent démontrer que la mortalité du premier jour est anormalement basse, mais elle est réduite en raison des 251 « mort-nés » ayant respiré et non compris dans ce tableau. Le nombre de ces décès (131) aurait dû être de 382.

En conséquence, le risque décès serait en décroissance dans chaque journée de vie au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la naissance, à l'exception de la dernière série (de 6 à 7 jours) qui, à notre avis, relève probablement du hasard, comme semblerait le confirmer la répartition de ces décès pour Paris.

Répartition des décès de moins d'un an, suivant l'âge et le sexe.

Age	Paris			Banlieue			Seine	Nombres pour indices moyens
	S. M.	S. F.	2 sexes	S. M.	S. F.	2 sexes		
0- 6 jours	235	186	421	211	150	361	782	111,5
7- 27 »	74	62	136	44	71	115	251	11,9
28- 90 »	91	73	164	94	51	145	309	5,1
91-180 »	72	64	136	59	55	114	250	2,8
181-364 »	70	57	127	79	55	134	261	1,4
0-364 »	542	442	984	487	382	869	1 853	5,1

Nous avons tenu à présenter dans le tableau ci-dessus les décès par groupes d'âge aujourd'hui admis universellement.

Sans y comprendre les enfants ayant respiré, considérés légalement comme mort-nés, on s'aperçoit que la mortalité du nourrisson est rapidement décroissante et que les 1 033 décès enregistrés pendant les quatre premières semaines de vie représentent 55,7 % des décès de moins d'un an.

La dernière colonne de droite de ce tableau fournit le nombre journalier moyen des décès pour chaque série d'âge. Si la fréquence journalière moyenne est de 5,1 pour l'enfant de première année, celle-ci est de 111,5 dans la première semaine, de 11,9 dans les trois suivantes...

Répartition des décès de moins d'un an, suivant le mois du décès.

Mois	Paris		Banlieue	
	Sexe masculin	Sexe féminin	Sexe masculin	Sexe féminin
Janvier	56	55	44	44
Février	44	41	41	31
Mars	56	41	34	38
Avril	58	34	61	34
Mai	52	32	54	25
Juin	44	32	38	27
Juillet	40	34	47	29
Août	30	35	24	21
Septembre	33	28	36	21
Octobre	36	39	36	36
Novembre	41	36	31	39
Décembre	52	35	41	37
Année 1957	542	442	487	382
Les deux sexes	984		869	

Tableau comparatif des naissances et des décès de moins d'un an, enregistrés, en 1957, dans le département de la Seine.

Mois	Paris	Banlieue	Seine	Décès 0-1 an Seine
Janvier	(+) 3 953	(+) 3 531	(+) 7 484	(+) 199
Février	(+) 3 611	(+) 3 190	(+) 6 801	(+) 157
Mars	(+) 4 131	(+) 3 690	(+) 7 821	(+) 169
Avril	(+) 3 865	3 450	(+) 7 315	(+) 187
Mai	(+) 3 906	(+) 3 750	(+) 7 656	(+) 163
Juin	3 781	(+) 3 510	(+) 7 291	141
Juillet	3 760	(+) 3 529	(+) 7 289	150
Août	3 632	3 476	7 108	110
Septembre	3 744	3 449	7 193	118
Octobre	3 773	3 435	7 208	147
Novembre	3 560	3 323	6 883	147
Décembre	3 689	(+) 3 590	7 279	(+) 165
Année 1957	45 405	41 923	87 328	1 853
Moyennes mensuelles	3 784	3 494	7 277	155

(+) = Nombres supérieurs à la moyenne.

pour n'être plus que de 1,4 au cours des six derniers mois. La différence est comme 1 est à 0,08.

La surveillance médico-sociale et l'éducation familiale ont un rôle d'autant plus important à remplir que ces jeunes organismes réclament des soins fréquents et une surveillance particulièrement attentive.

La moyenne mensuelle des décès de moins d'un an est, pour Paris, de 45 pour le sexe masculin et de 37 pour le sexe féminin. Pour les garçons, six mois de l'année présentent cependant une surcharge, le mois de février, étant donné sa durée, doit figurer dans cette série. Chez les filles, cette moyenne est dépassée seulement quatre fois.

Dans la banlieue, la moyenne mensuelle des décès, qui est de 41 chez les garçons, est dépassée cinq fois en y comprenant le mois de février, alors que chez les filles la moyenne étant de 32 est surpassée sept fois, y compris le mois de février.

Si ces nombres mensuels donnent un aperçu des variations saisonnières de la mortalité de l'enfant de première année, il conviendrait cependant de leur juxtaposer la natalité qui, dans une certaine mesure, varie, elle aussi, au cours de l'année.

Nous avons rassemblé, à l'aide du tableau précédent, les naissances et les décès et défini les moyennes mensuelles. Les nombres en excès sont signalés par le signe (+) qui affecte pour les décès les cinq premiers mois de l'année et le mois de décembre. Un rapport assez étroit apparaît ainsi entre les naissances et les décès. De juin à novembre, la situation est inversée et le confirme : il y a moins de naissances et moins de décès.

Qu'il nous suffise de rappeler que les 782 décès de la première semaine de vie correspondent à 42 % de la mortalité de moins d'un an, et que les 1 033 décès des quatre premières semaines représentent 56 % de cette mortalité dans laquelle la prématurité et les affections de l'appareil respiratoire occupent dans ces séries d'âge un rang prédominant.

Aujourd'hui, la mortalité infantile est plus faible en été que pendant la période hibernovernale, pendant laquelle la pneumonie et la broncho-pneumonie sont encore des affections graves chez le nourrisson.

Travail présenté par

MARCEL MOINE,

statisticien de l'Institut National d'Hygiène.

ÉPIDÉMIOLOGIE

STATISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

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

PREMIER TRIMESTRE 1959

	Nombre de cas		Indice de morbidité	
	1958	1959	1958	1959
<i>Infections typhoïdiques.</i>				
Janvier	163	129	4,3	3,4
Février	226	142	6,5	4,1
Mars	238	124	6,3	3,2
<i>Diphthérie.</i>				
Janvier	90	130	2,3	3,4
Février	92	95	2,7	2,7
Mars	67	76	1,7	2
<i>Rougeole.</i>				
Janvier	709	1 541	18,8	40,6
Février	1 252	2 439	36,9	71,2
Mars	1 352	2 932	36	77,3
<i>Scarlatine.</i>				
Janvier	472	913	12,5	24
Février	577	968	17	28,2
Mars	636	839	16,9	22,1
<i>Méningite cérébro-spinale.</i>				
Janvier	83	64	2,2	1,6
Février	95	103	2,8	3
Mars	101	107	2,6	2,8

	Nombre de cas		Indice de morbidité	
	1958	1959	1958	1959
<i>Poliomyélite.</i>				
Janvier	131	78	3,4	2
Février	90	66	2,6	1,9
Mars	105	61	2,7	1,6
<i>Brucellose.</i>				
Janvier	32	26	0,8	0,6
Février	66	51	1,9	1,4
Mars	52	56	1,3	1,4
<i>Coqueluche.</i>				
Janvier	269	608	7,1	16
Février	313	1 088	9,2	31,7
Mars	383	734	10,2	19,3
<i>Tétanos.</i>				
Janvier	25	33	0,6	0,8
Février	19	27	0,5	0,7
Mars	29	27	0,7	0,7

TABLEAU RÉCAPITULATIF

Premier trimestre 1959.

	1958	1959
Typhoïde	627	395
Diphtérie	249	301
Rougeole	3 313	6 912
Scarlatine	1 685	2 720
Méningite cérébro-spinale	279	274
Poliomyélite	326	205
Brucellose	150	133
Coqueluche	965	2 430
Tétanos	73	87
Toxicose du nourrisson	147	94
Tularémie	0	5
Leptospirose	1	1
Dysenterie amibienne	6	22
Trachome	3	4

ÉVOLUTION GÉNÉRALE DE LA MORBIDITÉ

A. — L'épidémiologie de cette période est dominée par l'apparition de très nombreux cas de *grippe*, disséminés sur l'ensemble du territoire. L'endémie grippale a pris, en certains endroits, l'allure épidémique sous forme de cas groupés, surtout en milieu scolaire (Haute-Garonne, Eure, Manche, Somme). Certains départements ont été particulièrement touchés : Meuse (Verdun); Gers, Jura, Mayenne, Meurthe-et-Moselle, Vendée, Haute-Loire, Aveyron, Oise. Le caractère scolaire de l'épidémie

est souligné par de nombreuses Directions départementales de la Santé. Deux centres d'apprentissage ont dû être fermés temporairement dans le Tarn-et-Garonne. Les études virologiques ont révélé la présence d'un virus de type B. Le sous-groupe A₂ s'est montré par contre très rarement en cause. L'augmentation du nombre des cas de virus de type B, surtout en milieu scolaire, a été notée dans de nombreux pays (Suisse, Danemark, Pays-Bas, Suède, Allemagne, Yougoslavie), le virus A restant encore relativement fréquent en Grande-Bretagne et en Tchécoslovaquie. Au point de vue clinique, quelques cas de formes méningées ont été observés à Valence-sur-Baise, mais l'étiologie grippale n'est pas certaine. Enfin, il semble que quelques cas de laryngo-trachéite aiguë, dont certains ont pris un type suffocant à évolution sévère, soient dus à un virus nouveau para-grippal atteignant surtout les nourrissons. Dans la deuxième quinzaine de mars, le virus B est apparu moins fréquemment en cause et un certain nombre de formes à type A₂ ont été identifiées, principalement à Paris.

B. — La recrudescence saisonnière de la *rougeole* a été importante. L'indice est passé de 40,6 en janvier à 71,2 en février et 77,3 en mars. Des foyers épidémiques sont mentionnés dans de nombreux départements (Nord, Yonne, Seine-et-Oise, Vaucluse, Charente-Maritime, etc.).

C. — Quelques cas de *diphtérie* sont encore signalés, en général isolés (Ille-et-Vilaine, Loire-Atlantique, Hautes-Pyrénées). Une petite épidémie est survenue dans un orphelinat de Seine-Maritime. Deux cas mortels ont été signalés en Seine-et-Oise chez des enfants non vaccinés.

D. — L'évolution de la *poliomyélite* est stationnaire et l'indice de février est analogue à celui de janvier (1,9 et 2). Il persiste un foyer épidémique dans l'Allier, où une vingtaine de cas ont été signalés depuis le début de l'année. L'indice est passé à 1,6 en mars.

E. — Des *toxi-infections alimentaires collectives* ont été signalées dans la Vienne, la Meurthe-et-Moselle et le Haut-Rhin. Elles sont restées sans gravité.

F. — Pour les affections plus rares, il convient de noter :

- deux cas de *tularémie* : un en Loir-et-Cher et l'autre dans l'Aube, consécutifs au dépouillement d'un lièvre contaminé;
- deux cas de *fièvre Q* observés dans le Doubs;
- plusieurs cas de *lèpre* dépistés chez des sujets contaminés aux Antilles ou à la Guyane, sauf pour l'un d'eux qui semblerait avoir contracté la maladie en Corse, peut-être par contagé familial.

Typhoïde.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES

Premier trimestre 1959.

R. M. = Nombre de cas indiqué sur le relevé mensuel.

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

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	2	7,4	1	4	1	3,7
Aisne	1	2,3	1	2,5	0	0
Allier	0	0	0	0	0	0
Alpes (Basses-)	0	0	0	0	0	0
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	0	0	2	4,8	1	2,1
Ardèche	0	0	0	0	2	9,4
Ardennes	2	7,8	0	0	0	0
Ariège	0	0	0	0	1	8,4
Aube	1	4,7	0	0	5	23,6
Aude	0	0	1	4,8	1	4,3
Aveyron	0	0	0	0	1	4
Bouches-du-Rhône	3	3,2	2	2,3	1	1
Calvados	1	2,5	2	5,5	2	5
Cantal	0	0	1	7,3	0	0
Charente	0	0	1	4	0	0
Charente-Maritime	0	0	11	30,4	1	2,5
Cher	0	0	2	9	0	0
Corrèze	0	0	2	10,7	0	0
Corse	1	7	2	15,6	2	14,1
Côte-d'Or	0	0	0	0	0	0
Côtes-du-Nord	2	4,6	2	5,1	5	11,6
Creuse	1	7,1	0	0	0	0
Dordogne	1	3	0	0	0	0
Doubs	0	0	3	11,1	4	13,4
Drôme	0	0	2	9,1	1	4,1
Eure	0	0	0	0	0	0
Eure-et-Loir	0	0	0	0	1	4,4
Finistère	3	4,8	1	1,7	15	24,1
Gard	5	14,2	1	3,1	2	5,7
Garonne (Haute-)	2	4,2	1	2,3	0	0
Gers	0	0	0	0	0	0
Gironde	1	1,2	1	1,4	2	2,5
Hérault	1	2,4	1	2,7	1	2,4
Ille-et-Vilaine	0	0	3	6,5	5	9,8
Indre	0	0	0	0	0	0
Indre-et-Loire	0	0	0	0	0	0
Isère	5	8,8	1	1,9	1	1,7
Jura	0	0	1	5,8	0	0
Landes	0	0	0	0	0	0
Loir-et-Cher	0	0	2	10,8	0	0
Loire	4	6,9	0	0	0	0
Loire-Atlantique	0	0	1	1,6	4	6
Loire (Haute-)	2	11	0	0	0	0
Loiret	2	6,2	0	0	0	0
Lot	0	0	0	0	1	8
Lot-et-Garonne	0	0	0	0	0	0
Lozère	0	0	0	0	1	14,5
Maine-et-Loire	2	4,3	1	2,4	0	0
Manche	2	5	0	0	1	2,5

STATISTIQUES CONCERNANT LA TYPHOÏDE (suite).

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Marne	1	2,7	0	0	0	0
Marne (Haute-)	1	5,6	0	0	0	0
Mayenne	1	4,6	0	0	1	4,6
Meurthe-et-Moselle	5	8,9	1	1,9	1	1,7
Meuse	4	21,6	8	48	1	5,4
Morbihan	2	4,4	2	4,9	3	6,6
Moselle	3	4,1	3	4,5	1	1,3
Nièvre	0	0	0	0	0	0
Nord	1	0,5	1	0,5	4	2,1
Oise	0	0	5	13,8	0	0
Orne	0	0	0	0	0	0
Pas-de-Calais	0	0	2	1,9	0	0
Puy-de-Dôme	2	4,8	0	0	1	2,4
Pyrénées (Basses-)	0	0	0	0	0	0
Pyrénées (Hautes-)	0	0	0	0	0	0
Pyrénées-Orientales	0	0	0	0	1	5
Rhin (Bas-)	1	1,5	5	8,8	2	3,2
Rhin (Haut-)	6	13,2	3	7,3	1	2,2
Rhône	2	2,3	1	1,2	1	1,1
Saône (Haute-)	0	0	1	6	0	0
Saône-et-Loire	6	13,4	0	0	0	0
Sarthe	0	0	0	0	1	2,6
Savoie	0	0	1	4,8	1	4,4
Savoie (Haute-)	3	11,4	0	0	4	15,2
Seine	23	4,8	32	7,5	22	4,6
Seine-Maritime	1	1,1	5	6,4	5	5,8
Seine-et-Marne	0	0	0	0	0	0
Seine-et-Oise	8	4,8	7	4,7	6	3,6
Sèvres (Deux-)	0	0	0	0	0	0
Somme	3	7,3	1	2,7	1	2,4
Tarn	1	3,7	0	0	0	0
Tarn-et-Garonne	0	0	0	0	0	0
Var	6	16	6	17,8	1	2,6
Vaucluse	1	4,1	0	0	0	0
Vendée	0	0	2	6,4	0	0
Vienne	0	0	0	0	0	0
Vienne (Haute-)	1	3,6	1	4	1	3,6
Vosges	3	9	5	16,7	2	6
Yonne	0	0	0	0	0	0
Territoire de Belfort	0	0	1	12,2	1	11,1

Diphthérie.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES

Premier trimestre 1959.

R. M. = Nombre de cas indiqué sur le relevé mensuel.
I. M. = Indice de morbidité calculé sur la base annuelle, rapporté à 100 000 habitants.

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	1	3,7	0	0	0	0
Aisne	2	4,6	1	2,5	0	0
Allier	0	0	1	3,4	1	3,1
Alpes (Basses-)	0	0	0	0	0	0
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	1	2,1	0	0	0	0
Ardèche	1	4,7	2	10,4	0	0
Ardennes	0	0	0	0	0	0
Ariège	0	0	0	0	0	0
Aube	0	0	0	0	2	9,4
Aude	5	21,8	0	0	0	0
Aveyron	0	0	0	0	0	0
Bouches-du-Rhône	9	9,6	11	13	6	6,4
Calvados	1	2,5	0	0	0	0
Cantal	0	0	0	0	0	0
Charente	0	0	0	0	0	0
Charente-Maritime	0	0	0	0	1	2,5
Cher	1	4,1	6	27,2	3	12,3
Corrèze	0	0	0	0	0	0
Corse	0	0	0	0	0	0
Côte-d'Or	1	3,1	0	0	0	0
Côtes-du-Nord	3	7	1	2,5	0	0
Creuse	0	0	0	0	0	0
Dordogne	0	0	8	27,3	0	0
Doubs	0	0	0	0	0	0
Drôme	2	8,2	1	4,5	3	12,3
Eure	0	0	0	0	1	3,4
Eure-et-Loir	0	0	0	0	1	4,4
Finistère	2	3,2	3	5,3	0	0
Gard	0	0	1	3,1	1	2,8
Garonne (Haute-)	1	2,1	1	2,3	0	0
Gers	0	0	0	0	0	0
Gironde	0	0	0	0	0	0
Hérault	0	0	1	2,7	0	0
Ille-et-Vilaine	7	13,8	5	10,9	8	15,8
Indre	1	4,7	0	0	0	0
Indre-et-Loire	1	3,1	1	3,4	0	0
Isère	3	5,3	0	0	0	0
Jura	1	5,2	1	5,8	0	0
Landes	0	0	0	0	0	0
Loir-et-Cher	0	0	0	0	0	0
Loire	1	1,7	1	1,9	0	0
Loire-Atlantique	1	1,5	0	1	0	0
Loire (Haute-)	2	11	3	18,3	0	0
Loiret	0	0	0	0	0	0
Lot	0	0	0	0	0	0
Lot-et-Garonne	0	0	0	0	0	0
Lozère	0	0	0	0	0	0
Maine-et-Loire	1	2,1	0	0	0	0
Manche	0	0	0	0	1	2,5

STATISTIQUES CONCERNANT LA DIPHTÉRIE (suite).

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Marne	0	0	0	0	0	0
Marne (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Mayenne	0	0	2	10,3	0	0
Meurthe-et-Moselle	1	1,7	0	0	0	0
Meuse	0	0	0	0	0	0
Morbihan	2	4,4	0	0	1	2,2
Moselle	3	4,1	2	3	0	0
Nièvre	1	4,8	1	5,4	0	0
Nord	1	0,5	2	1,1	4	2,1
Oise	4	10	0	0	1	2,5
Orne	1	4,1	0	0	2	8,3
Pas-de-Calais	0	0	1	0,9	2	1,7
Puy-de-Dôme	0	0	1	2,6	0	0
Pyrénées (Basses-)	0	0	0	0	1	2,7
Pyrénées (Hautes-)	0	0	0	0	0	0
Pyrénées-Orientales	0	0	0	0	1	5
Rhin (Bas-)	0	0	1	1,7	0	0
Rhin (Haut-)	3	6,6	1	2,4	3	6,6
Rhône	3	3,4	1	1,2	2	2,3
Saône (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Saône-et-Loire	0	0	1	2,4	1	2,2
Sarthe	1	2,6	0	0	0	0
Savoie	0	0	1	4,8	0	0
Savoie (Haute-)	1	3,8	0	0	0	0
Seine	32	6,8	28	6,5	24	5,1
Seine-Maritime	19	22,1	1	1,2	0	0
Seine-et-Marne	0	0	0	0	0	0
Seine-et-Oise	6	3,6	2	1,3	4	2,4
Sèvres (Deux-)	0	0	0	0	0	0
Somme	1	2,4	0	0	0	0
Tarn	0	0	0	0	0	0
Tarn-et-Garonne	0	0	0	0	0	0
Var	1	2,6	1	2,9	1	2,6
Vaucluse	0	0	1	4,5	0	0
Vendée	1	2,9	0	0	0	0
Vienne	0	0	0	0	2	7,1
Vienne (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Vosges	1	3	0	0	0	0
Yonne	0	0	0	0	0	0
Territoire de Belfort	0	0	0	0	0	0

Scarlatine.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES

Premier trimestre 1959.

R. M. = Nombre de cas indiqué sur le relevé mensuel.
I. M. = Indice de morbidité calculé sur la base annuelle, rapporté à 100 000 habitants.

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	9	33,3	7	28,6	5	18,5
Aisne	3	7	9	23,2	3	7
Allier	3	9,4	5	17,3	3	9,4
Alpes (Basses-)	0	0	3	45,9	0	0
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	13	28,3	6	14,4	1	2,1
Ardèche	2	9,4	5	26	2	9,4
Ardennes	1	3,9	2	8,7	0	0
Ariège	0	0	0	0	1	8,4
Aube	13	61,4	18	94,1	8	37,7
Aude	0	0	1	4,8	2	8,7
Aveyron	0	0	0	0	2	8
Bouches-du-Rhône	15	16	21	24,8	16	17,1
Calvados	8	20	10	27,7	8	20
Cantal	0	0	1	7,3	2	13,2
Charente	4	14,6	0	0	2	7,3
Charente-Maritime	1	2,5	2	5,5	10	25
Cher	10	41	7	31,7	1	4,1
Corrèze	0	0	0	0	0	0
Corse	0	0	0	0	4	28,3
Côte-d'Or	12	37,8	5	17,4	6	18,9
Côtes-du-Nord	2	4,6	0	0	2	4,6
Creuse	7	49,9	3	23,6	5	35,6
Dordogne	4	12,3	2	6,8	3	9,2
Doubs	3	10	4	14,8	4	13,4
Drôme	2	8,2	2	9,1	1	4,1
Eure	0	0	0	0	3	10,2
Eure-et-Loir	4	17,6	7	34,1	3	13,2
Finistère	0	0	3	5,3	3	4,8
Gard	1	2,8	1	3,1	22	62,8
Garonne (Haute-)	19	40,8	9	21,3	7	15
Gers	0	0	0	0	0	0
Gironde	1	1,2	2	2,8	2	2,5
Hérault	0	0	2	5,4	2	4,9
Ille-et-Vilaine	9	17,8	6	13,1	5	9,8
Indre	3	14,1	1	5,2	4	18,8
Indre-et-Loire	0	0	0	0	4	12,4
Isère	16	28,4	22	43,2	29	51,4
Jura	0	0	4	23,2	6	31,5
Landes	9	41,5	2	10,2	1	4,6
Loir-et-Cher	0	0	2	10,8	4	19,5
Loire	14	24,3	11	21,1	5	8,6
Loire-Atlantique	11	16,6	9	15	7	10,5
Loire (Haute-)	1	5,5	3	18,3	0	0
Loiret	3	9,4	4	13,8	0	0
Lot	0	0	0	0	0	0
Lot-et-Garonne	0	0	1	4,8	2	8,6
Lozère	2	29	0	0	0	0
Maine-et-Loire	23	50,1	0	0	0	0
Manche	6	15,1	6	16,7	4	10,1

STATISTIQUES CONCERNANT LA SCARLATINE (suite).

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Marne	10	27,2	4	12	3	8,1
Marne (Haute-)	3	17,1	0	0	3	17,1
Mayenne	1	4,6	0	0	5	23,3
Meurthe-et-Moselle	5	8,9	8	15,8	4	7,1
Meuse	7	37,9	0	0	2	10,8
Morbihan	1	2,2	1	2,4	0	0
Moselle	19	26,2	21	32	31	42,7
Nièvre	8	39	3	16,2	5	24,4
Nord	32	17,1	31	18,3	28	14,9
Oise	12	30,1	9	25	7	17,5
Orne	4	16,6	3	13,8	0	0
Pas-de-Calais	5	4,3	10	9,7	1	0,8
Puy-de-Dôme	4	9,6	4	10,6	4	9,6
Pyrénées (Basses-)	2	5,4	0	0	1	2,7
Pyrénées (Hautes-)	3	16,9	6	37,5	7	39,6
Pyrénées-Orientales	1	5	5	27,8	11	55,3
Rhin (Bas-)	14	22,4	11	19,5	5	8
Rhin (Haut-)	17	37,4	7	17	8	17,6
Rhône	54	62,5	90	115	72	83,4
Saône (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Saône-et-Loire	14	31,3	12	29,7	10	22,3
Sarthe	4	10,7	3	8,9	10	26,8
Savoie	4	17,6	3	14,6	3	13,2
Savoie (Haute-)	22	84	19	80,3	10	38,2
Seine	288	61,2	325	76,5	269	57,2
Seine-Maritime	19	22,1	12	15,4	9	10,4
Seine-et-Marne	3	7,1	7	18,4	3	7,1
Seine-et-Oise	98	59,7	114	76,8	97	59
Sèvres (Deux-)	1	3,6	0	0	2	7,3
Somme	2	4,8	1	2,7	0	0
Tarn	0	0	0	0	5	18,8
Tarn-et-Garonne	2	13,3	1	7,4	2	13,3
Var	11	29,4	19	56,3	12	32,1
Vaucluse	0	0	1	4,5	2	8,2
Vendée	1	2,9	0	0	0	0
Vienne	0	0	1	3,9	0	0
Vienne (Haute-)	0	0	11	44,6	2	7,3
Vosges	0	0	12	40,2	0	0
Yonne	7	30,6	5	24,2	2	8,7
Territoire de Belfort	1	11,1	1	12,2	0	0

Rougeole.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES

Premier trimestre 1959.

R. M. = Nombre de cas indiqué sur le relevé mensuel.
I. M. = Indice de morbidité calculé sur la base annuelle, rapporté à 100 000 habitants.

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	3	11,1	9	36,8	27	99,9
Aisne	45	105	23	59,4	27	63
Allier	29	91	34	118	103	323
Alpes (Basses-)	0	0	4	61,3	25	346
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	4	8,7	14	33,7	19	41,4
Ardèche	0	0	13	67,7	2	9,4
Ardennes	0	0	0	0	2	7,8
Ariège	0	0	0	0	0	0
Aube	12	56,7	4	20,9	9	42,5
Aude	0	0	1	4,8	1	4,3
Aveyron	0	0	2	8,8	0	0
Bouches-du-Rhône	10	10,7	19	22,5	47	50,2
Calvados	9	22,5	38	105	9	22,5
Cantal	1	6,5	18	132	5	33
Charente	2	7,3	0	0	1	3,6
Charente-Maritime	2	5	2	5,5	4	10
Cher	12	49,2	0	0	11	45,1
Corrèze	0	0	0	0	1	4,8
Corse	0	0	0	0	9	63,8
Côte-d'Or	11	34,7	37	129	64	202
Côtes-du-Nord	3	7	2	5,1	36	84,2
Creuse	32	228	90	711	53	378
Dordogne	47	145	54	185	109	337
Doubs	0	0	0	0	1	3,3
Drôme	5	20,5	4	18,2	4	16,4
Eure	16	54,4	14	52,7	9	30,6
Eure-et-Loir	3	13,2	9	43,9	25	110
Finistère	17	27,3	9	16	0	0
Gard	12	34,2	31	98	85	243
Garonne (Haute-)	12	25,7	83	197	72	155
Gers	7	44,2	19	133	25	158
Gironde	24	30,5	61	85,8	32	40,6
Hérault	4	9,8	18	48,8	6	14,7
Ille-et-Vilaine	6	11,8	8	17,5	22	43,5
Indre	43	203	18	94,1	44	208
Indre-et-Loire	1	3,1	5	17,1	0	0
Isère	1	1,7	7	13,7	12	21,3
Jura	2	10,5	0	0	1	5,2
Landes	5	23	54	276	7	32,3
Loir-et-Cher	0	0	0	0	0	0
Loire	8	13,9	3	5,7	5	8,6
Loire-Atlantique	6	9	4	6,6	15	22,6
Loire (Haute-)	1	5,5	3	18,3	0	0
Loiret	8	25,1	16	55,5	21	65,9
Lot	12	96,7	0	0	0	0
Lot-et-Garonne	3	13	1	4,8	0	0
Lozère	0	0	8	129	1	14,5
Maine-et-Loire	0	0	0	0	3	6,5
Manche	14	35,3	72	201	35	88,4

STATISTIQUES CONCERNANT LA ROUGEOLE (suite).

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Marne	4	10,8	2	6	15	40,8
Marne (Haute-)	13	74,2	0	0	1	5,7
Mayenne	0	0	0	0	0	0
Meurthe-et-Moselle	13	23,3	4	7,9	8	14,3
Meuse	4	21,6	5	30	2	10,8
Morbihan	4	8,8	0	0	0	0
Moselle	83	114	19	29	34	46,9
Nièvre	48	234	26	140	26	127
Nord	17	9	69	40,8	58	31
Oise	22	55,2	4	11,1	7	17,5
Orne	0	0	0	0	0	0
Pas-de-Calais	41	35,9	57	55,3	64	56
Puy-de-Dôme	0	0	0	0	4	9,6
Pyrénées (Basses-)	1	2,7	63	189	16	43,4
Pyrénées (Hautes-)	0	0	114	714	23	130
Pyrénées-Orientales	0	0	0	0	0	0
Rhin (Bas-)	71	114	39	69,2	80	128
Rhin (Haut-)	6	13,1	27	65,7	41	90,1
Rhône	2	2,3	7	9	46	53,6
Saône (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Saône-et-Loire	2	4,4	8	19,8	1	2,2
Sarthe	2	5,3	2	5,9	0	0
Savoie	5	22,1	13	63,6	2	8,8
Savoie (Haute-)	6	22,9	9	38	1	3,8
Seine	520	111	848	200	1100	234
Seine-Maritime	5	5,8	17	21,9	11	12,8
Seine-et-Marne	0	0	3	7,9	36	85,7
Seine-et-Oise	62	37,7	92	62	119	72,4
Sèvres (Deux-)	1	3,6	0	0	1	3,6
Somme	2	4,8	4	10,8	4	9,7
Tarn	7	26,3	42	175	22	82,7
Tarn-et-Garonne	83	555	22	163	23	154
Var	74	198	69	205	99	265
Vaucluse	3	12,4	11	50,4	23	95,3
Vendée	0	0	0	0	28	82,1
Vienne	0	0	0	0	1	3,5
Vienne (Haute-)	2	7,3	45	182	17	62,3
Vosges	3	9,1	0	0	26	78,8
Yonne	3	13,1	6	29	4	17,5
Territoire de Belfort	0	0	0	0	0	0

Poliomyélite.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES

Premier trimestre 1959.

R. M. = Nombre de cas indiqué sur le relevé mensuel.
I. M. = Indice de morbidité calculé sur la base annuelle, rapporté à 100 000 habitants.

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

STATISTIQUES CONCERNANT LA POLIOMYÉLITE (suite).

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

Méningite cérébro-spinale.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES
Premier trimestre 1959.

R. M. = Nombre de cas indiqué sur le relevé mensuel.
I. M. = Indice de morbidité calculé sur la base annuelle, rapporté à 100 000 habitants.

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

STATISTIQUES CONCERNANT LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE (suite).

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Marne	0	0	1	3	0	0
Marne (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Mayenne	0	0	0	0	0	0
Meurthe-et-Moselle	0	0	2	3,9	0	0
Meuse	2	10,8	0	0	0	0
Morbihan	0	0	0	0	0	0
Moselle	1	1,3	2	3	2	2,7
Nièvre	0	0	1	5,4	0	0
Nord	9	4,8	5	2,9	11	5,8
Oise	0	0	3	8,3	0	0
Orne	0	0	0	0	0	0
Pas-de-Calais	3	2,6	4	3,8	7	6,1
Puy-de-Dôme	0	0	0	0	0	0
Pyrénées (Basses-)	0	0	0	0	1	2,7
Pyrénées (Hautes-)	0	0	1	6,2	1	5,6
Pyrénées-Orientales	0	0	1	5,5	1	5
Rhin (Bas-)	0	0	0	0	0	0
Rhin (Haut-)	0	0	0	0	0	0
Rhône	2	2,3	2	2,5	3	3,4
Saône (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Saône-et-Loire	0	0	0	0	1	2,2
Sarthe	1	2,6	1	2,9	1	2,6
Savoie	1	4,4	2	9,7	1	4,4
Savoie (Haute-)	0	0	2	8,4	0	0
Seine	17	3,6	28	6,5	24	5,1
Seine-Maritime	1	1,1	1	1,2	3	3,4
Seine-et-Marne	1	2,3	1	2,6	2	4,7
Seine-et-Oise	5	3	3	2	3	1,8
Sèvres (Deux-)	0	0	0	0	0	0
Somme	0	0	0	0	0	0
Tarn	0	0	1	4,1	0	0
Tarn-et-Garonne	0	0	0	0	0	0
Var	0	0	3	8,9	0	0
Vaucluse	3	12,4	1	4,5	2	8,2
Vendée	0	0	0	0	0	0
Vienne	0	0	0	0	2	7,1
Vienne (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Vosges	0	0	0	0	0	0
Yonne	0	0	0	0	0	0
Territoire de Belfort	0	0	0	0	0	0

Brucellose.

STATISTIQUES MENSUELLES DÉPARTEMENTALES
Premier trimestre 1959.

R. M. = Nombre de cas indiqué sur le relevé mensuel.
I. M. = Indice de morbidité calculé sur la base annuelle, rapporté à 100 000 habitants.

Départements	Janvier		Février		Mars	
	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.	R. M.	I. M.
Ain	0	0	0	0	0	0
Aisne	0	0	0	0	0	0
Allier	0	0	0	0	0	0
Alpes (Basses-)	0	0	3	45,9	1	13,8
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	0	0	0	0	1	2,1
Ardèche	1	4,7	0	0	2	9,4
Ardennes	0	0	0	0	0	0
Ariège	0	0	1	9,3	0	0
Aube	0	0	0	0	0	0
Aude	0	0	0	0	0	0
Aveyron	0	0	0	0	0	0
Bouches-du-Rhône	1	1	3	3,5	1	1
Calvados	0	0	2	5,5	0	0
Cantal	0	0	0	0	0	0
Charente	0	0	0	0	1	3,6
Charente-Maritime	0	0	0	0	0	0
Cher	0	0	0	0	0	0
Corrèze	0	0	0	0	0	0
Corse	8	56,7	14	110	20	142
Côte-d'Or	0	0	0	0	0	0
Côtes-du-Nord	0	0	0	0	0	0
Creuse	0	0	0	0	0	0
Dordogne	0	0	1	3,4	0	0
Doubs	0	0	1	3,7	0	0
Drôme	4	16,4	0	0	0	0
Eure	0	0	0	0	0	0
Eure-et-Loir	0	0	0	0	0	0
Finistère	0	0	0	0	0	0
Gard	2	5,7	3	9,4	2	5,7
Garonne (Haute-)	0	0	1	2,3	0	0
Gers	3	18,9	0	0	3	18,9
Gironde	0	0	0	0	1	1,2
Hérault	0	0	0	0	0	0
Ille-et-Vilaine	0	0	0	0	0	0
Indre	0	0	0	0	1	4,7
Indre-et-Loire	0	0	0	0	0	0
Isère	0	0	0	0	1	1,7
Jura	0	0	1	5,8	0	0
Landes	0	0	0	0	0	0
Loir-et-Cher	0	0	0	0	0	0
Loire	1	1,7	0	0	0	0
Loire-Atlantique	0	0	0	0	0	0
Loire (Haute-)	0	0	0	0	0	0
Loiret	0	0	0	0	0	0
Lot	0	0	0	0	0	0
Lot-et-Garonne	0	0	0	0	0	0
Lozère	0	0	0	0	0	0
Maine-et-Loire	0	0	1	2,4	0	0
Manche	0	0	0	0	1	2,5

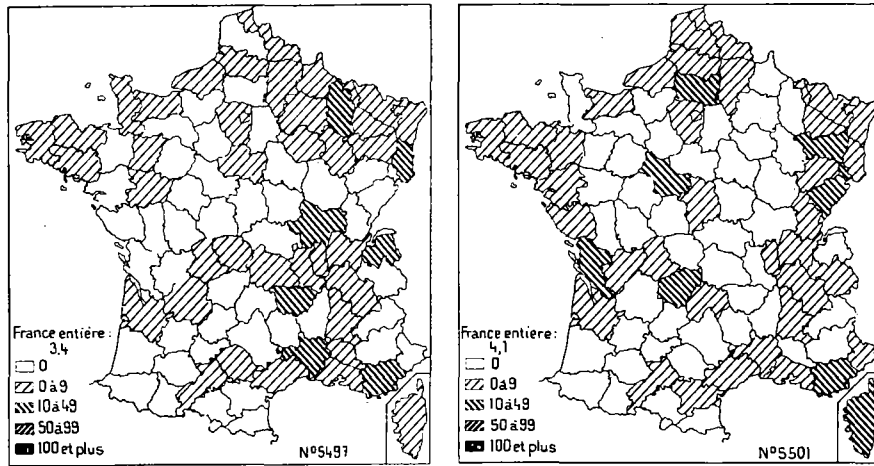
STATISTIQUES CONCERNANT LA BRUCELLOSE (suite).

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

Typhoïde.

MORBIDITÉ

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



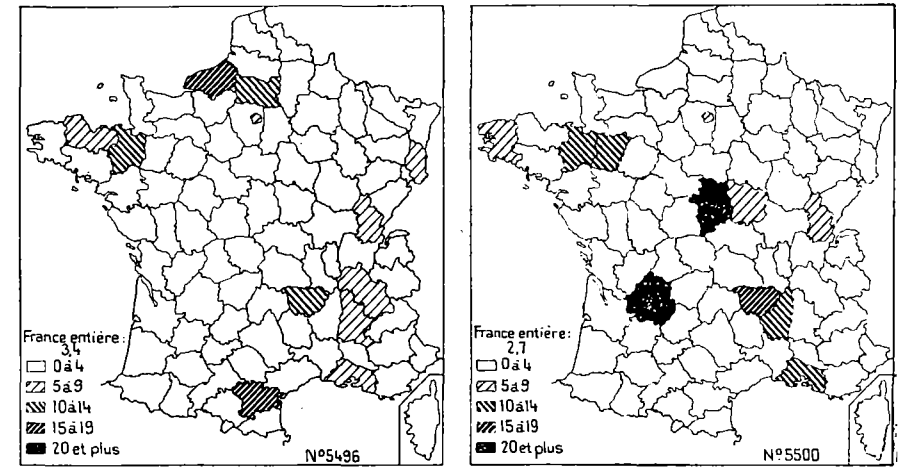
Janvier 1959.

Février 1959.

Diptérie.

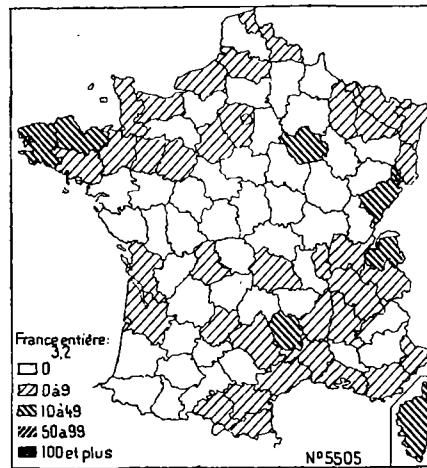
MORBIDITÉ

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

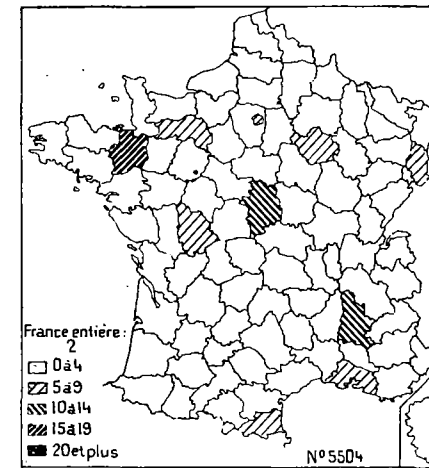


Janvier 1959.

Février 1959.



Mars 1959.

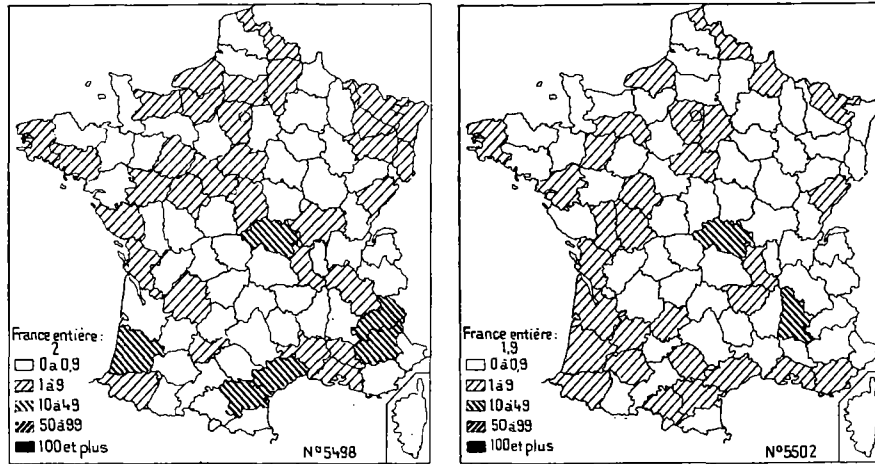


Mars 1959.

Poliomyélite.

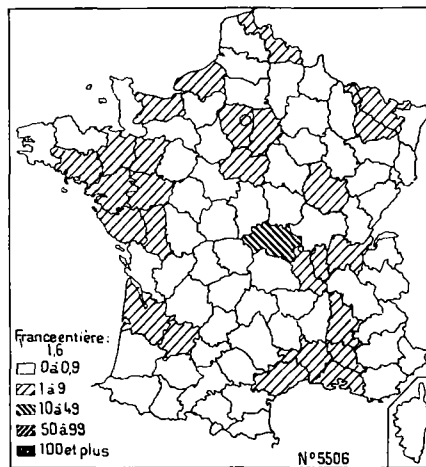
MORBIDITÉ

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



Janvier 1959.

Février 1959.

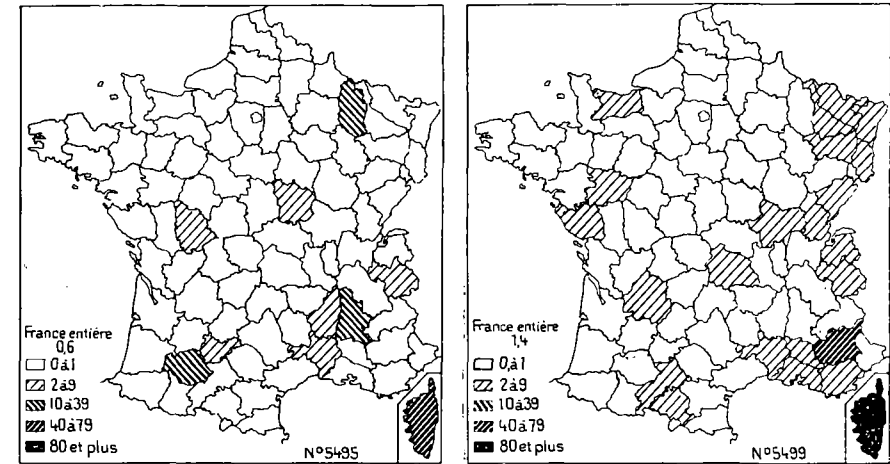


Mars 1959.

Brucellose.

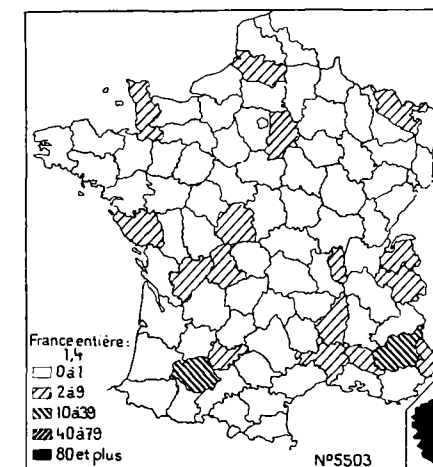
MORBIDITÉ

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



Janvier 1959.

Février 1959.



Mars 1959.

HYGIÈNE GÉNÉRALE

ENQUÊTE HYDROGÉOLOGIQUE ET SANITAIRE Département des Pyrénées-Orientales

Les Pyrénées-Orientales, avec la Corse, sont les deux plus méridionaux des départements européens de la France. En effet, le département des Pyrénées-Orientales est situé tout entier au sud du 43° degré de latitude Nord, et sa préfecture, Perpignan, qui autrefois fut la capitale du Roussillon et du royaume de Majorque, est située à la même latitude que Bastia et un peu au sud de Pérouge en Italie. Sa superficie est de 414 359 hectares, ce qui lui donne, parmi les départements, le 84° rang. Au point de vue population, il occupe le 74° rang, le nombre d'habitants étant de 230 285, soit 55 habitants au km².

C'est dans ce département, que la chaîne des Pyrénées, partie de l'Atlantique, atteint la Méditerranée et s'y effondre dans une fosse de 3 000 m. Cet accident géologique est d'autant plus frappant que cette montagne est encore en pleine force, puisqu'à 100 km de la mer elle exhausse des pics comme celui du Carlitte à 2 921 m d'altitude, à 50 km celui du Canigou à 2 785 m d'altitude. Avant de disparaître, elle forme les Monts Albères, puis la Côte Vermeille, dentelée, rocheuse, qui va en France de la ville de Collioure au cap Cerbère et que sa situation, face à l'est, ensoleille au maximum. C'est ainsi que les Pyrénées-Orientales prennent un caractère personnel et cependant de transition qui marque la terre, le climat et les habitants.

La partie occidentale du département, formée seulement par quelques cantons, présente un aspect nettement alpin et atlantique. Elle est entièrement montagnaise et contient des sommets élevés comme ceux du Carlitte (2 921 m) du Pic d'Enfer (2 870 m) et du Pic d'Eyne (2 736 m). Comme elle reçoit encore les influences de l'Océan Atlantique, la neige persiste sur les sommets jusqu'au début de l'été, les pluies sont fréquentes et fines, les rivières présentent un cours régulier l'année entière et la végétation drue et forte, forme des forêts touffues aux essences variées et au feuillage très vert. De nombreux cours d'eau y prennent naissance, entre autres du côté français : l'Ariège et l'Aude qui partent au Nord et sortent ainsi du département, la Têt et le Tech qui vont à la mer en

suivant une direction parallèle. La vallée du premier porte le nom de Conflent et celle du second Vallespir. La région du Capcir, entre l'Ariège et l'Aude, forme une contrée très boisée dont les prairies nourrissent la plus grande partie de l'élevage bovin du Roussillon.

La partie orientale comprend la majeure partie du département, et d'ouest en est subit de plus en plus l'influence de la Méditerranée. Elle est formée par un demi-cercle de montagnes moins élevées que les premières qui sont : au nord les Corbières, au sud les Albères, lesquelles se rejoignent à l'ouest par l'imposant massif du Canigou (2 785 m). Ces trois groupes de monts renferment la plaine du Roussillon qui se termine vers la mer par un rivage sans accident, formé de plages de sable et de nombreux étangs, dont les plus importants sont ceux de Saint-Nazaire et de Leucate. Cette plaine est arrosée par l'Agly, la Têt et le Tech, et irriguée par de nombreux canaux. Son climat, aux moyennes de température élevée, lui permet la culture des arbres fruitiers et de la vigne. C'est au centre de cette contrée privilégiée que se situe Perpignan.

La population est rare dans les pays montagneux, cependant le tourisme, les stations thermales et les agglomérations formées à l'usage d'une certaine catégorie de malades animent ces contrées. C'est ainsi que, grâce à ces trois facteurs, des lieux privilégiés retiennent les habitants, tandis que la dépopulation marque les villages déshérités qui sont de plus en plus abandonnés, parfois même en totalité.

Au contraire, la plaine et les vallées fertiles renferment des villes, des bourgs et des villages d'une grande activité agricole et qui même réclament à certaines saisons une main-d'œuvre non seulement étrangère au département, mais au pays lui-même.

Si l'on envisage le point de vue d'hygiène médicale, on remarque que le département des Pyrénées-Orientales, par son climat, favorise la cicatrization des tuberculoses pulmonaires en montagne, et osseuses et ganglionnaires dans les stations marines de la Côte Vermeille, mais, ainsi que le note le Médecin-Colonel R. MAROT (1), cette région de par sa situation frontalière « constituée, de nos jours encore, une voie d'appel naturelle pour les courants épidémiques ». Parmi les plus anciens qui demeurent, figurent la fièvre typhoïde, très peu grave actuellement, et quelques foyers malarigènes persistants le long des étangs du littoral. Parmi les plus récents, l'épidémie la plus tenace et la plus marquée est celle de la mélitococcie véhiculée par la chèvre et les moutons.

Les ressources du département des Pyrénées-Orientales proviennent principalement de l'agriculture et de l'industrie, mais aussi de la pêche, des stations thermales et climatiques et du tourisme.

L'agriculture est richement représentée d'abord par les vignobles dont la diversité et la qualité des crus le place parmi les premiers départements viticoles français, ensuite par des cultures diverses dont les plus

(1) Médecin - Colonel R. MAROT : *Pathologie régionale de la France*. Monographie de l'Institut National d'Hygiène, t. 1, n° 16.

remarquables sont celles des primeurs et des arbres fruitiers, surtout abricotiers et cerisiers.

Le cheptel bovin ne comprend que 18 000 têtes, mais le cheptel ovin comprend 90 000 à 100 000 moutons et classe ce département vers le 20^e rang des départements français et fournit une partie du lait de brebis nécessaire à l'importante fabrication du Roquefort.

L'industrie, surtout la métallurgie, remonte à des époques déjà anciennes, mais malgré la présence de fer, de cuivre et de plomb sur le territoire des Pyrénées-Orientales, de grands centres industriels n'ont pas été créés. Les industries chimiques et textiles sont assez nombreuses et, par contre, c'est surtout l'industrie alimentaire qui a bénéficié ces dernières années des méthodes modernes concernant les conserves soit de poissons (Collioure), soit de légumes et de fruits.

Le commerce bénéficie de la situation géographique exceptionnelle du département qui détient les communications entre la France et l'Espagne et les pays d'outre-mer tant par la voie terrestre que par la voie maritime, c'est ce qui explique qu'il soit traversé par vingt-deux routes nationales, que Perpignan possède un aéroport international et que Port-Vendres soit la tête de ligne d'une compagnie de navigation.

DÉPARTEMENT DES PYRÉNÉES-ORIENTALES

Population : 230 285 habitants.

Chefs-lieux de cantons	Communes	Nombre d'habitants
<i>Arrondissement de Céret :</i>		
4 cantons, 43 communes, 44 506 habitants.		
Argelès-sur-Mer	12	21 448
Arles-sur-Tech	9	6 271
Céret	16	11 755
Prats-de-Molo	6	5 032
<i>Arrondissement de Perpignan :</i>		
8 cantons, 87 communes, 148 646 habitants.		
Latour-de-France	10	6 008
Millas	9	10 340
Perpignan :		
Est	15	69 357
Ouest	8	24 511
Rivesaltes	10	13 105
Saint-Laurent-de-la-Salanque	5	7 472
Saint-Paul-de-Fenouillet	11	5 194
Thuir	20	12 659
<i>Arrondissement de Prades :</i>		
6 cantons, 103 communes, 37 133 habitants.		
Mont-Louis	15	3 166
Olette	16	2 929
Prades	20	12 033
Saillagouse	23	8 033
Sournia	11	1 575
Vinça	18	9 397

Superficie communale (ha).

20 communes	ont moins de 500 ha de superficie.
62 »	ont de 500 à 1 000 ha de superficie.
53 »	ont de 1 001 à 1 500 ha de superficie.
37 »	ont de 1 501 à 2 000 ha de superficie.
18 »	ont de 2 001 à 2 500 ha de superficie.
15 »	ont de 2 501 à 3 000 ha de superficie.
7 »	ont de 3 001 à 3 500 ha de superficie.
4 »	ont de 3 501 à 4 000 ha de superficie.
16 »	ont 4 001 ha de superficie et +.
1 »	n'a pas donné de renseignement.

Superficie bâtie (ha).

29 communes	ont moins de 1 ha de superficie bâtie.
132 »	ont de 1 à 5 ha de superficie bâtie.
30 »	ont de 6 à 10 ha de superficie bâtie.
17 »	ont de 11 à 15 ha de superficie bâtie.
7 »	ont de 16 à 20 ha de superficie bâtie.
3 »	ont de 21 à 25 ha de superficie bâtie.
3 »	ont de 26 à 30 ha de superficie bâtie.
1 »	a de 31 à 35 ha de superficie bâtie.
9 »	ont 36 ha de superficie bâtie et +.
2 »	n'ont pas donné de renseignement.

Altitude des communes.

24 communes	sont situées à une altitude de	0 à	25 m.
18 »	sont situées à une altitude de	26 à	50 m.
11 »	sont situées à une altitude de	51 à	75 m.
6 »	sont situées à une altitude de	76 à	100 m.
33 »	sont situées à une altitude de	101 à	250 m.
46 »	sont situées à une altitude de	251 à	500 m.
34 »	sont situées à une altitude de	501 à	750 m.
14 »	sont situées à une altitude de	751 à	1 000 m.
45 »	sont situées à une altitude de	1 001 m. et +.	
2 »	n'ont pas donné de renseignement.		

Cours d'eau.

73 communes	n'ont pas de cours d'eau.
13 »	ont un rû ou cours d'eau.
107 »	ont une rivière.
18 »	ont un rû et une rivière.
1 »	a une rivière et un fleuve.
21 »	ont plusieurs cours d'eau.
160 »	ont des cours d'eau.

Puits.

80 communes	n'ont pas de puits.
56 »	ont de 1 à 5 puits.
25 »	ont de 6 à 10 puits.
14 »	ont de 11 à 15 puits.
2 »	ont de 16 à 20 puits.
4 »	ont de 21 à 25 puits.
6 »	ont de 26 à 30 puits.
2 »	ont de 31 à 35 puits.
6 »	ont de 36 à 40 puits.
38 »	ont 41 puits et +.
153 »	ont des puits.

Sources.

64 communes	n'ont pas de source.
129 »	ont de 1 à 5 sources.
20 »	ont de 6 à 10 sources.
11 »	ont de 11 à 15 sources.
5 »	ont de 16 à 20 sources.
1 »	a de 26 à 30 sources.
3 »	ont 41 sources et +.
169 »	ont des sources.

Citernes.

200 communes	n'ont pas de citerne.
24 »	ont de 1 à 5 citernes.
4 »	ont de 6 à 10 citernes.
3 »	ont de 11 à 15 citernes.
1 »	a de 21 à 25 citernes.
1 »	a 41 citernes et +.
33 »	ont des citernes.

Lavoirs.

47 communes	n'ont pas de lavoir.
106 »	ont 1 lavoir.
42 »	ont 2 lavoirs.
21 »	ont 3 lavoirs.
9 »	ont 4 lavoirs.
1 »	a 5 lavoirs.
5 »	ont 6 lavoirs.
1 »	a 7 lavoirs.
1 »	a 8 lavoirs.
186 »	ont des lavoirs.

Mares.

230 communes	n'ont pas de mare.
3 »	ont de 1 à 5 mares.
3 »	ont des mares.

Etangs.

214 communes	n'ont pas d'étang.
12 »	ont 1 étang.
5 »	ont de 2 à 5 étangs.
2 »	ont de 6 à 10 étangs.
19 »	ont des étangs.

Marécages (superficie en ha).

233 communes	n'ont pas de marécage.
2 »	ont moins de 1 ha de marécages.
1 »	a de 1 à 50 ha de marécages.
3 »	ont des marécages.

EAU POTABLE

Qualité des eaux.

146 communes	ont une eau satisfaisante.
21 »	ont une eau assez satisfaisante.
18 »	ont une eau médiocre.
48 »	ont une eau mauvaise ou polluée.

Adduction.

126 communes	ont une adduction avec branchements particuliers.
25 »	ont une adduction par bornes-fontaines.
20 »	ont une adduction par bornes-fontaines et branchements particuliers.
62 »	n'ont pas d'ouvrage public de distribution d'eau.

Pourcentage des habitants desservis.

20 %	de la population dans 1 commune.
30 %	de la population dans 2 communes.
40 %	de la population dans 1 commune.
70 %	de la population dans 1 commune.
80 %	de la population dans 3 communes.
90 %	de la population et + dans 163 communes.

Exploitation des adductions d'eau potable.

154 communes	ont une régie municipale.
14 »	ont une régie syndicale.
3 »	ont une concession.

Origine des eaux.

(communes avec adductions d'eau potable).

65 communes	ont une eau de source.
8 »	ont une eau de galerie.
1 »	a une eau de drainage.
37 »	ont une eau de puits.
19 »	ont une eau de forage.
13 »	ont une eau de rivière.
2 »	ont une eau de barrage.
6 »	ont une eau de source et galerie.
3 »	ont une eau de source et puits.
1 »	a une eau de source et forage.
6 »	ont une eau de source et rivière.
1 »	a une eau de source et barrage.
1 »	a une eau de galerie et rivière.
5 »	ont une eau de puits et forage.
2 »	n'ont pas donné de renseignement.

Traitement des eaux

(communes avec adductions d'eau potable).

1 commune	a une filtration.
1 »	a une stérilisation par chlore gazeux.
1 »	a une stérilisation par ozone.
3 »	ont une filtration + une stérilisation par hypochlorite.
1 »	a une filtration + une stérilisation par chlore gazeux.
4 »	ont une filtration + une stérilisation par ozone.
1 »	a une stérilisation par hypochlorite et par ozone.

Mode d'amenée des eaux.

L'amenée des eaux s'effectue dans 85 communes par gravité.
L'amenée des eaux s'effectue dans 73 communes par élévation.
L'amenée des eaux s'effectue dans 11 communes par gravité et élévation.

Nombre de réservoirs d'eau potable.

14 communes	n'ont pas de réservoir.
104 »	ont 1 réservoir.
44 »	ont 2 réservoirs.
6 »	ont 3 réservoirs.
3 »	ont 4 réservoirs.
157 »	ont des réservoirs d'eau potable.

Capacité des réservoirs d'eau potable.

130 communes	ont des réservoirs de moins de 500 m ³ .
18 »	ont des réservoirs de 500 à 1 000 m ³ .
7 »	ont des réservoirs de 1 001 à 2 000 m ³ .
1 »	a des réservoirs de 5 001 à 10 000 m ³ .
1 »	a un réservoir de 10 001 à 20 000 m ³ .

Nature des canalisations de distribution.

80 communes	ont des canalisations en fonte.
22 »	ont des canalisations en acier.
42 »	ont des canalisations en fonte et acier.
2 »	ont des canalisations en autres matières.
13 »	ont des canalisations en fonte et autres matières.
4 »	ont des canalisations en acier et autres matières.
8 »	n'ont pas donné de renseignement.

Etat d'entretien du réseau d'alimentation en eau potable.

(adductions avec branchements particuliers).

122 communes	ont un réseau en bon état.
22 »	ont un réseau médiocre.
20 »	ont un réseau en mauvais état.
7 »	n'ont pas donné de renseignement.

Branchements particuliers.

4 communes	ont de 1 à 10 branchements particuliers.
11 »	ont de 11 à 20 branchements particuliers.
16 »	ont de 21 à 30 branchements particuliers.
7 »	ont de 31 à 40 branchements particuliers.
5 »	ont de 41 à 50 branchements particuliers.
2 »	ont de 51 à 60 branchements particuliers.
5 »	ont de 61 à 70 branchements particuliers.
3 »	ont de 71 à 80 branchements particuliers.
7 »	ont de 81 à 90 branchements particuliers.
4 »	ont de 91 à 100 branchements particuliers.
11 »	ont de 101 à 130 branchements particuliers.
10 »	ont de 131 à 160 branchements particuliers.
3 »	ont de 161 à 190 branchements particuliers.
7 »	ont de 191 à 240 branchements particuliers.
5 »	ont de 241 à 290 branchements particuliers.

11 communes	ont de 291 à 390 branchements particuliers.
6 »	ont de 391 à 490 branchements particuliers.
10 »	ont de 491 à 590 branchements particuliers.
6 »	ont de 591 à 690 branchements particuliers.
2 »	ont de 691 à 790 branchements particuliers.
1 »	a de 791 à 890 branchements particuliers.
5 »	ont + de 999 branchements particuliers.

Bornes-fontaines

(communes avec adductions d'eau potable).

71 communes	ont de 1 à 5 bornes-fontaines.
36 »	ont de 6 à 10 bornes-fontaines.
8 »	ont de 11 à 15 bornes-fontaines.
6 »	ont de 16 à 20 bornes-fontaines.
5 »	ont de 21 à 25 bornes-fontaines.
3 »	ont de 26 à 30 bornes-fontaines.
1 »	a de 31 à 35 bornes-fontaines.
2 »	ont de 36 à 40 bornes-fontaines.
1 »	a de 56 à 60 bornes-fontaines.
1 »	a + de 99 bornes-fontaines.

Bouches d'incendie

(communes avec adductions d'eau potable).

103 communes	n'ont pas de bouche d'incendie.
92 »	ont de 1 à 5 bouches d'incendie.
26 »	ont de 6 à 10 bouches d'incendie.
4 »	ont de 11 à 15 bouches d'incendie.
1 »	a de 16 à 20 bouches d'incendie.
2 »	ont de 21 à 25 bouches d'incendie.
2 »	ont de 26 à 30 bouches d'incendie.
1 »	a de 31 à 35 bouches d'incendie.
1 »	a de 56 à 60 bouches d'incendie.
1 »	a + de 99 bouches d'incendie.
130 »	ont des bouches d'incendie.

Typhoïde (années 1957 et 1958).

69 communes	ont une morbidité par typhoïde.
15 »	ont une mortalité par typhoïde.

ACTIVITÉS COMMUNALES

Nombre de commerçants.

39 communes	n'ont pas de commerçant.
41 »	ont 1 ou 2 commerçants.
23 »	ont 3 ou 4 commerçants.
20 »	ont 5 ou 6 commerçants.
23 »	ont 7 ou 8 commerçants.
8 »	ont 9 ou 10 commerçants.
15 »	ont 11 ou 12 commerçants.
8 »	ont 13 ou 14 commerçants.
7 »	ont 15 ou 16 commerçants.
49 »	ont 17 commerçants et +.
194 »	ont des commerçants.

Nombre d'artisans.

68 communes	n'ont pas d'artisan.
47 »	ont 1 ou 2 artisans.
24 »	ont 3 ou 4 artisans.
15 »	ont 5 ou 6 artisans.
19 »	ont 7 ou 8 artisans.
14 »	ont 9 ou 10 artisans.
10 »	ont 11 ou 12 artisans.
4 »	ont 13 ou 14 artisans.
6 »	ont 15 ou 16 artisans.
26 »	ont 17 artisans et +.
165 »	ont des artisans.

Débits de boisson.

56 communes	n'ont pas de débit de boisson.
160 »	ont de 1 à 5 débits de boisson.
9 »	ont de 6 à 10 débits de boisson.
5 »	ont de 11 à 15 débits de boisson.
1 »	a de 16 à 20 débits de boisson.
1 »	a de 21 à 25 débits de boisson.
1 »	a de 95 à 100 débits de boisson.
177 »	ont des débits de boisson.

ÉQUIPEMENT

Équipement communal.

39 communes	ont des bains-douches.
22 »	ont des abattoirs.
86 »	ont des tueries particulières.
125 »	ont une défense contre l'incendie.
231 »	ont une distribution d'électricité.
1 »	a une distribution de gaz de ville.

Terrains de jeux, foires et marchés, halles.

76 communes	ont un terrain de jeux pour les écoliers.
25 »	ont des foires et marchés.
5 »	ont des halles et emplacements couverts.

INSALUBRITÉ

Évacuation des nuisances.

10 communes	ont un réseau d'égouts.
130 »	évacuent leurs eaux usées par ruisseaux sur la voie publique.
32 »	évacuent leurs eaux usées par égouts et leurs ordures ménagères par transport.
61 »	évacuent leurs eaux usées par ruisseaux et leurs ordures ménagères par transport.

Eléments d'insalubrité.

105 communes n'ont pas d'éléments d'insalubrité.

9	»	ont des eaux stagnantes.
30	»	ont des dépôts d'ordures.
55	»	ont des dépôts de fumier.
3	»	ont des eaux stagnantes et des dépôts d'ordures.
7	»	ont des eaux stagnantes et des dépôts de fumier.
19	»	ont des dépôts d'ordures et de fumier.
5	»	ont des eaux stagnantes, des dépôts d'ordures et de fumier.
Au total	{	24 » ont des eaux stagnantes.
	{	57 » ont des dépôts d'ordures.
	{	91 » ont des dépôts de fumier.

Habitations malsaines.

168 communes n'ont pas d'habitation malsaine.

2	»	ont 1 habitation malsaine.
3	»	ont 2 habitations malsaines.
15	»	ont 3 habitations malsaines.
4	»	ont 4 habitations malsaines.
8	»	ont 5 habitations malsaines.
1	»	a 6 habitations malsaines.
1	»	a 8 habitations malsaines.
31	»	ont 9 habitations malsaines et +.
65	»	ont des habitations malsaines.

Cimetières.

3 communes n'ont pas de cimetière.

189	»	ont 1 cimetière.
37	»	ont 2 cimetières.
2	»	ont 3 cimetières.
1	»	a 4 cimetières.
1	»	a 5 cimetières.
230	»	ont des cimetières.

Emplacement des cimetières.

42	communes	ont leur cimetière dans l'agglomération.
126	»	ont leur cimetière à moins de 400 m de l'agglomération.
38	»	ont leur cimetière à plus de 400 m de l'agglomération.
8	»	ont leur cimetière dans l'agglomération et 1 à moins de 400 m.
11	»	ont 1 cimetière dans l'agglomération et 1 à plus de 400 m.
5	»	ont leur cimetière à moins de 400 m de l'agglomération et à plus de 400 m de l'agglomération.

ÉVACUATION DES EXCRETA

Fosses fixes.

215 communes n'ont pas de fosse fixe.

7	»	ont 10 % de fosses fixes.
3	»	ont 20 % de fosses fixes.
3	»	ont 30 % de fosses fixes.
1	»	a 40 % de fosses fixes.
1	»	a 80 % de fosses fixes.
3	»	ont 90 % de fosses fixes.
18	»	ont des fosses fixes.

Fosses septiques.

161 communes n'ont pas de fosse septique.

26	»	ont 10 % de fosses septiques.
16	»	ont 20 % de fosses septiques.
1	»	a 30 % de fosses septiques.
6	»	ont 40 % de fosses septiques.
6	»	ont 50 % de fosses septiques.
2	»	ont 70 % de fosses septiques.
2	»	ont 80 % de fosses septiques.
13	»	ont 90 % de fosses septiques.
72	»	ont des fosses septiques.

W.-C. à chasse-d'eau.

141 communes n'ont pas de W.-C. à chasse d'eau.

18	»	ont 10 % de W.-C. à chasse d'eau.
4	»	ont 20 % de W.-C. à chasse d'eau.
5	»	ont 30 % de W.-C. à chasse d'eau.
7	»	ont 40 % de W.-C. à chasse d'eau.
6	»	ont 50 % de W.-C. à chasse d'eau.
4	»	ont 60 % de W.-C. à chasse d'eau.
8	»	ont 80 % de W.-C. à chasse d'eau.
40	»	ont 90 % de W.-C. à chasse d'eau.
92	»	ont des W.-C. à chasse d'eau.

Tinettes mobiles.

231 communes n'ont pas de tinette mobile.

1	»	a 30 % de tinettes mobiles.
1	»	a 50 % de tinettes mobiles.
2	»	ont des tinettes mobiles.

Puits perdus.

76 communes n'ont pas de puits perdus.

7	»	ont 10 % de puits perdus.
2	»	ont 20 % de puits perdus.
2	»	ont 30 % de puits perdus.
2	»	ont 40 % de puits perdus.
4	»	ont 50 % de puits perdus.
5	»	ont 70 % de puits perdus.
15	»	ont 80 % de puits perdus.
120	»	ont 90 % de puits perdus et +.
157	»	ont des puits perdus.

ÉTABLISSEMENTS CLASSÉS
(incommodes, dangereux ou insalubres).

Première catégorie.

200 communes	n'ont pas d'établissement classé.
25 »	ont 1 établissement classé.
2 »	ont 2 établissements classés.
2 »	ont 3 établissements classés.
1 »	a 4 établissements classés.
2 »	ont 5 établissements classés.
1 »	a 9 ou + établissements classés.
33 »	ont des établissements classés.

Deuxième catégorie.

115 communes	n'ont pas d'établissement classé.
33 »	ont 1 établissement classé.
32 »	ont 2 établissements classés.
21 »	ont 3 établissements classés.
10 »	ont 4 établissements classés.
10 »	ont 5 établissements classés.
5 »	ont 6 établissements classés.
1 »	a 7 établissements classés.
6 »	ont 9 ou + établissements classés.
118 »	ont des établissements classés.

Troisième catégorie.

98 communes	n'ont pas d'établissement classé.
35 »	ont 1 établissement classé.
31 »	ont 2 établissements classés.
13 »	ont 3 établissements classés.
12 »	ont 4 établissements classés.
4 »	ont 5 établissements classés.
6 »	ont 6 établissements classés.
5 »	ont 7 établissements classés.
2 »	ont 8 établissements classés.
27 »	ont 9 ou + établissements classés.
135 »	ont des établissements classés.

SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

Médecins.

20 communes	ont 1 médecin.
19 »	ont 2 médecins.
8 »	ont 3 médecins.
4 »	ont 4 médecins.
4 »	ont 5 médecins.
1 »	a 7 médecins.
1 »	a 10 médecins.
1 »	a 11 médecins.
1 »	a 163 médecins.
59 »	ont des médecins, leur nombre s'élève à 309.

Pharmaciens.

45 communes	ont 1 pharmacien.
14 »	ont 2 pharmaciens.
18 »	ont 3 pharmaciens.
1 »	a 36 pharmaciens.
78 »	ont des pharmaciens, leur nombre s'élève à 113.

Dentistes.

9 communes	ont 1 dentiste.
5 »	ont 2 dentistes.
3 »	ont 3 dentistes.
1 »	a 34 dentistes.
18 »	ont des dentistes, leur nombre s'élève à 63.

Sages-femmes.

20 communes	ont 1 sage-femme.
8 »	ont 2 sages-femmes.
3 »	ont 3 sages-femmes.
1 »	a 20 sages-femmes.
32 »	ont des sages-femmes, leur nombre s'élève à 65.

Assistantes sociales.

12 communes	ont une assistante sociale dans la commune.
210 »	ont une assistante sociale venant d'une autre commune.

Vétérinaires.

7 communes	ont 1 vétérinaire.
1 »	a 4 vétérinaires.

LISTE COMMUNALE DES MÉDECINS, PHARMACIENS, DENTISTES ET SAGES-FEMMES

	Médecins	Pharmaciens	Dentistes	Sages-femmes
Amélie-les-Bains	11	3	2	1
Argelès-sur-Mer	3	2	1	1
Arles-sur-Tech	2	2		2
Bagès	2	1		1
Baixas	1	1		1
Banyuls-dels-Aspres	2			
Banyuls-sur-Mer	5	2	3	1
Bompas		1		
Boulu (Le)	3	1		1
Bourg-Madame	2	1	1	
Cabestany	1	1		1
Canet	2	1		1
Canohes	2			1
Caudies-de-Fenouillèdes	1			
Cerbère	2	1		1
Céret	5	3	3	2
Claira	1	1		
Collioure	3	1		3
Elne	4	3	1	1
Enveitg		1		
Espira-de-l'Agly	1	1		1
Estagel	2	1	1	
Font-Romeu	7	1	1	
Formiguières	1	1		
Fourques		1		
Ille-sur-Têt	5	3	2	2
La Prest	3	1		
Laroque-des-Albères	1	1		
Latour-de-France	1	1		1
Le Perthus		1		
Les Escaldes	1	1		
Le Soler	1	1		1
Maureillas	1	1		
Maury	1	1		
Millas	3	1		1
Molitg-les-Bains	2			
Montbolo	2			
Mont-Louis	2	1		
Olette	1	1		
Osseja	5	1	1	
Palau-del-Vidre	1			
Perpignan	163	36	34	20
Pézilla-la-Rivière	2	1		3
Pia	2	1		1
Port-Vendres	3	2	1	2
Prades	10	3	3	3
Prats-de-Mollo	2	1		
Rivesaltes	4	3	2	2
Saillagouse	1	1		
Saint-Cyprien	1			
Saint-Estève	1	1		
Saint-Feliu-d'Avall	1	1		
Saint-Genis-les-Fontaines		1		
Saint-Laurent-de-Cerdans	3	1	1	2
Saint-Laurent-de-Salanque	3	2	1	2
Saint-Paul-de-Fenouillet	2	2	2	
Salces	2	1		
Sorède		1		2
Tautavel	1	1		
Thuir	4	2	2	1
Torreilles		1		
Toulouges		1		1
Trouillas	2	1		1
Ur-les-Escaldes	1			
Vernet-les-Bains	4	1		
Villelongue-de-la-Salanque	2	1		1
Vinça	2	1		

Moyenne des Services médico-sociaux
(par 100 000 habitants).

Médecins	133
Pharmaciens	48,5
Dentistes	27
Sages-femmes	28

FORMATIONS SANITAIRES

Hôpitaux et Hospices publics.

Perpignan	3
Arles-sur-Tech	1
Elne	1
Ille-sur-la-Tet	1
Millas	1
Prades	1
Prats-de-Mollo	1
Saint-Laurent-Cerdans	1
Thuir	1

Pouponnière.

Perpignan	1
-----------	---

MAISONS D'ENFANTS A CARACTÈRE SANITAIRE
(Tous établissements privés).

Canet-Plage	1
Enveitg	1
Font-Romeu	11
La Forge-de-Reynes	1
Vernet-les-Bains	1

LUTTE ANTITUBERCULEUSE

1° Sanatorium et hôtel de cure.

(Établissements de l'État et établissements privés
se répartissant en cinq centres) :

Centre sanatorial des Escaldes	3 établissements.
Centre sanatorial d'Osséja	10 établissements.
Odeillo	3 établissements.
Montbolo	2 établissements.
Palalda	2 établissements.

2° Préventorium :

Banyuls-sur-Mer	1
Enveitg	1

3° Dispensaires antituberculeux :

Perpignan	1
Céret	1
Prades	1
Port-Vendres	1

CLINIQUES MÉDICO-CHIRURGICALES ET OBSTÉTRICALES PRIVÉES

Perpignan	8
Mont-Louis	1
Odeillo	1
Prades	1

RÉSULTATS EN POURCENTAGE

Qualité de l'eau	62,6 : bonne. 9 : assez bonne. 7,7 : médiocre. 21 : polluée.
Typhoïde (sur 2 années : 1957 et 1958).	morbidité dans 29,6 % des communes. mortalité dans 6,4 % des communes. morbidité 5,8 pour 100 000 habitants. mortalité 0,9 pour 100 000 habitants.
Distribution d'eau	54 : avec branchements particuliers. 8,6 : avec bornes-fontaines et branchements particuliers. 10,8 : avec bornes-fontaines. 26,6 : sans adduction d'eau.
Provenance des eaux	65,6 : puits. 72,4 : sources. 14,2 : citernes.
Hygiène et sport	16,7 : bains-douches. 80 : lavoirs. 32,6 : terrains de jeux.
Débits de boisson	76 : débits de boisson.
Équipement ménager	99 : électricité. 0,4 : gaz. 9,4 : abattoirs. 37 : tueries particulières. 53,6 : défense contre l'incendie. 2,1 : halles et emplacements couverts. 10,8 : foires et marchés. 4,3 : tout-à-l'égout. 40 : évacuation des ordures ménagères. 82 : évacuation des eaux usées sur la voie publique.
Équipement communal	
Insalubrité du milieu	1,3 : marécages. 8,1 : étangs. 10,3 : eaux stagnantes. 24,5 : dépôts d'ordures. 39,2 : dépôts de fumier. 28 : habitations malsaines.
Établissements dangereux ou insalubres	14,2 : 1 ^{re} catégorie. 50,6 : 2 ^e catégorie. 58 : 3 ^e catégorie.
Évacuation des excréta	39,6 : W.-C. à chasse d'eau. 31 : fosses septiques. 7,7 : fosses fixes. 0,9 : tinettes mobiles. 67,4 : puits perdus.
Emplacement des cimetières	26 : dans l'agglomération. 59,7 : à plus de 400 m de l'agglomération. 23,1 : à moins de 400 m de l'agglomération. 1,3 : pas de cimetières.

SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

25,3 % des communes ont 1 ou plusieurs médecins.
34,5 % des communes ont 1 ou plusieurs pharmaciens.
7,7 % des communes ont 1 ou plusieurs dentistes.
27,9 % des communes ont 1 ou plusieurs sages-femmes.
4,7 % des communes ont 1 ou plusieurs vétérinaires.
5,1 % des communes ont 1 assistante sociale dans la commune.
90,3 % des communes ont 1 assistante sociale venant d'une autre commune.
6,4 % des communes ont 1 consultation de P. M. I.

REMARQUES SUR QUELQUES RÉSULTATS

I. — GÉOGRAPHIE COMMUNALE

Le département est formé par 233 communes, et l'enquête, menée sous la direction du Génie Rural, comprend toutes ces communes sans distinction de communes urbaines ou rurales.

a) *Superficie communale.* — Les communes possèdent une superficie relativement grande, car, dans les parties sèches et montagneuses du pays, la terre, sans grande valeur pécuniaire, nécessite un vaste espace pour nourrir la population. C'est ainsi que la superficie de 90 communes est comprise entre 1 000 et 2 000 hectares, que celle de 44 communes est comprise entre 2 000 et 4 000 hectares et que 16 communes ont 4 001 hectares de superficie bâtie et plus.

b) *Superficie bâtie.* — A l'inverse, la superficie bâtie n'est pas considérable et 132 communes, c'est-à-dire un peu plus de la moitié, possèdent de 1 à 5 hectares de superficie bâtie. Il faut noter que cependant 9 communes dépassent 36 hectares.

c) *Allitude des communes.* — Le département étant au bord de la mer et contenant de hauts sommets, les communes ont des altitudes très variables entre celui du village du pêcheur et celui du montagnard. Il faut remarquer que le climat méridional permet à 45 communes de subsister à plus de 1 000 m d'altitude; parmi celles-ci on compte les stations climatiques de Font-Romeu à 1 800 m et celle des Escaldes à 1 300 m.

d) *Cours d'eau.* — Les cours d'eau sont nombreux et les deux tiers des communes en possèdent un ou plusieurs. Seules 73 communes n'en ont pas.

II. — HYDROLOGIE DOMESTIQUE

a) *Puits.* — Les deux tiers des communes possèdent un ou plusieurs puits, dont l'eau sert le plus souvent à l'arrosage des jardins, potagers et vergers.

b) *Sources*. — Dans ce pays montagneux les sources sont nombreuses et plus de la moitié des communes en possèdent. Certaines sources ont des qualités thérapeutiques utilisées depuis des siècles, aussi sont-elles à l'origine des villes ou villages florissants, comme ceux d'Amélie-les-Bains, de la Preste, du Boulou et de Vernet-les-Bains. Il existe encore bien d'autres sources qui sont captées et utilisées à l'usage des malades.

c) *Citernes*. — Il n'y a que 33 communes qui possèdent des citernes, une de celles-ci a 43 citernes.

d) *Lavoirs*. — Les quatre cinquièmes des communes possèdent un ou plusieurs lavoirs. Dans ce pays où l'eau est courante, le climat vite ensoleillé même en hiver, le lavoir, surtout s'il est couvert, reste le point de rencontre des ménagères et demeure encore la façon la plus hygiénique de nettoyer le linge, ainsi que la plus agréable. En effet, la masse d'eau des lavoirs est telle que les souillures abondamment mélangées de savon sont vite emportées par le ruisseau, tandis que le séchage à l'air libre et au soleil achève d'assainir le linge.

e) *Mares*. — Les mares sont très rares, il n'y a que 3 communes qui en possèdent.

f) *Étangs*. — Les étangs sont situés le long du littoral de la mer et communiquent avec celle-ci par des passages que l'on appelle grau, quand ils sont accidentés. L'eau saumâtre et très poissonneuse fournit une pêche abondante. Autrefois le paludisme sévissait, rendant la côte malsaine; actuellement, cette maladie est bien plus rare parmi la population vivant sur les bords de ces étangs.

g) *Marécages*. — Seules 3 communes ont des marécages.

III. — EAU POTABLE

a) *Qualité de l'eau*. — Les deux tiers des communes ont une eau satisfaisante, ce qui est un bon résultat.

b) *Adduction d'eau potable*. — 171 communes ont une adduction d'eau potable, et moins du tiers n'en possède pas. Parmi les premières, 126 ont une adduction avec branchements particuliers et 25 ont une adduction seulement par bornes-fontaines. L'effort à fournir pour que l'eau potable parvienne à toutes les communes reste considérable, car ce département est très moyennement peuplé.

c) *Pourcentage des habitants desservis par adduction*. — Dans 63 communes, soit presque les deux tiers, 90 % et plus des habitants sont desservis en eau potable.

d) *Exploitation de l'adduction d'eau potable*. — Le mode le plus habituel est celui de la régie municipale, soit 154 communes.

e) *Origine de l'eau*. — 63 communes sur 233 utilisent les sources pour leur adduction d'eau potable. Le plus grand nombre, soit 168, utilisent les autres modes.

f) *Traitement des eaux*. — 12 communes traitent leurs eaux avant de les livrer à la consommation.

g) *Mode d'amenée des eaux*. — L'amenée des eaux se fait presque autant par gravité que par élévation.

h) *Nombre de réservoirs d'eau potable et leur capacité*. — 157 communes ont des réservoirs d'eau potable, ce chiffre ne saurait étonner lorsqu'on sait que ce pays, en bien des points, subit une sévère sécheresse estivale et la capacité de leurs réservoirs est fonction de cette donnée.

i) *Nature des canalisations de distribution*. — De même que dans les départements précédemment publiés, ce sont surtout les tuyaux de fonte qui sont utilisés (130 communes).

j) *Etat d'entretien du réseau d'alimentation d'eau potable*. — Dans l'ensemble les réseaux sont bien entretenus, mais cependant 20 communes ont un réseau en mauvais état.

k) *Branchements particuliers et bornes-fontaines*. — Les branchements particuliers sont assez nombreux dans certaines agglomérations, mais encore trop parcellaires dans d'autres, et les bornes-fontaines remplacent, mais imparfaitement, ces déficiences.

l) *Bouches-d'incendie*. — Elles sont nombreuses et 130 communes ont des bouches d'incendie.

m) *Fièvre typhoïde*. — Ainsi qu'il est indiqué dans la préface, la fièvre typhoïde marque toujours un certain état d'endémie, car en deux ans (années 1957 et 1958) 69 communes ont eu une morbidité par typhoïde et 15 communes une mortalité par typhoïde.

IV. — ACTIVITÉS COMMUNALES

a) *Nombre de commerçants*. — Ainsi qu'il en est souvent dans les pays de hautes montagnes quelques communes (soit 39) n'ont pas de commerçant. Il s'agit sans doute d'agglomérations où la population est restreinte et qui sont desservies par des tournées régulières de commerçants ambulants.

b) *Nombre d'artisans*. — Il semblerait que, dans un département essentiellement rural, l'artisanat soit important, au contraire on relève que 68 communes sont dépourvues d'artisans. Il est probable qu'il s'agit d'agglomérations présentant la même situation que les précédentes.

c) *Débites de boissons*. — 56 communes n'ont pas de débit de boisson, ce qui est une bonne note pour un département autant vinicole que les Pyrénées-Orientales, mais 160 communes ont de 1 à 5 débits de boisson et une ville compte un minimum de 100 débits de boisson.

V. — EQUIPEMENT COMMUNAL

L'équipement communal des Pyrénées-Orientales n'est pas très considérable, cependant 39 communes ont des bains-douches, 125 ont une défense contre l'incendie. A noter que deux communes ne possèdent pas l'électricité, il s'agit de communes très montagnardes, atteintes par la dépopulation et dont le nombre d'habitants ne dépasse pas 50. Les tueries particulières (86) sont nombreuses et sont tolérées, car le département ne dispose que de 10 vétérinaires. De plus les distances, dans bien des endroits, sont non seulement longues, mais difficiles à parcourir pendant la mauvaise saison, aussi les habitants risqueraient de ne pas manger de viande s'ils ne procédaient pas eux-mêmes à l'abattage des bêtes nécessaires à l'alimentation.

VI. — INSALUBRITÉ

a) *Evacuation des nuisances.* — 42 communes possèdent un réseau d'égouts, ce qui est dans la moyenne des autres départements. Il faut noter cependant que ce chiffre n'est atteint que parce que les Pyrénées-Orientales possèdent plusieurs communes qui sont classées comme stations de cure et que pour obtenir cette qualité elles sont obligées de présenter un équipement sanitaire complet.

b) *Eléments d'insalubrité.* — Si 105 communes n'ont pas d'élément d'insalubrité, en revanche 128 ont des eaux stagnantes, des dépôts d'ordures et des dépôts de fumier.

c) *Habitations malsaines.* — 65 communes ont des habitations malsaines, mais le degré d'insalubrité de ces immeubles étant difficile à apprécier par l'enquêteur, on ne peut vraiment tenir ce chiffre comme apportant une donnée précise.

d) *Cimetières.* — Aucune remarque spéciale n'est à formuler sur les cimetières.

e) *Evacuation des excréta.* — Dans l'ensemble, les modes utilisés sont peu hygiéniques. Les puits perdus, qui sont très nombreux, sont le mode d'évacuation le plus dangereux, car ils polluent les eaux souterraines et sont très souvent responsables des cas de fièvre typhoïde que l'on relève dans ce département.

f) *Etablissements incommodes, dangereux ou insalubres.* — Le nombre de ces établissements classés est dans la moyenne de ceux des autres départements déjà publiés et ne comporte aucune remarque.

VII. — SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

Médecins. — 59 communes ont des médecins, ce qui est insuffisant pour 233 communes alors que le nombre des médecins est très élevé, soit 309. Si ces derniers étaient bien répartis, le département des Pyrénées-Orientales aurait 133 médecins par 100 000 habitants. Or, les médecins sont groupés dans les villes et les stations d'altitude, marines ou thermales, tandis que dans les campagnes il n'y en a qu'un nombre restreint. Heureusement que ce dernier caractère est, comme dans les autres départements, atténué par la possibilité du déplacement rapide, soit du praticien, soit du malade, grâce à l'automobile.

Pharmaciens. — Il y aurait 48,5 pharmaciens par 100 000 habitants, mais la remarque ci-dessus les concerne également, car il n'y a que 78 communes possédant une officine de pharmacie.

Dentistes. — 18 communes seulement possèdent un ou plusieurs cabinets dentaires, le nombre des dentistes s'élève à 63.

Sages-femmes. — Le nombre des sages-femmes est d'une bonne moyenne, soit 65 réparties dans 32 communes, ce qui donne 28 sages-femmes par 100 000 habitants.

Assistantes sociales. — Les assistantes sociales sont nombreuses, surtout celles qui sont itinérantes. Ces dernières sont au nombre de 210 et 12 communes ont leurs assistantes sociales sédentaires.

Formations sanitaires. — Il n'y a aucune remarque à faire sur les formations sanitaires relevant de l'Etat, ni sur celles très nombreuses dans ce département qui sont des établissements privés et dont le renom, pour certaines d'entre elles, s'étend à la France.

GRAPHIQUES

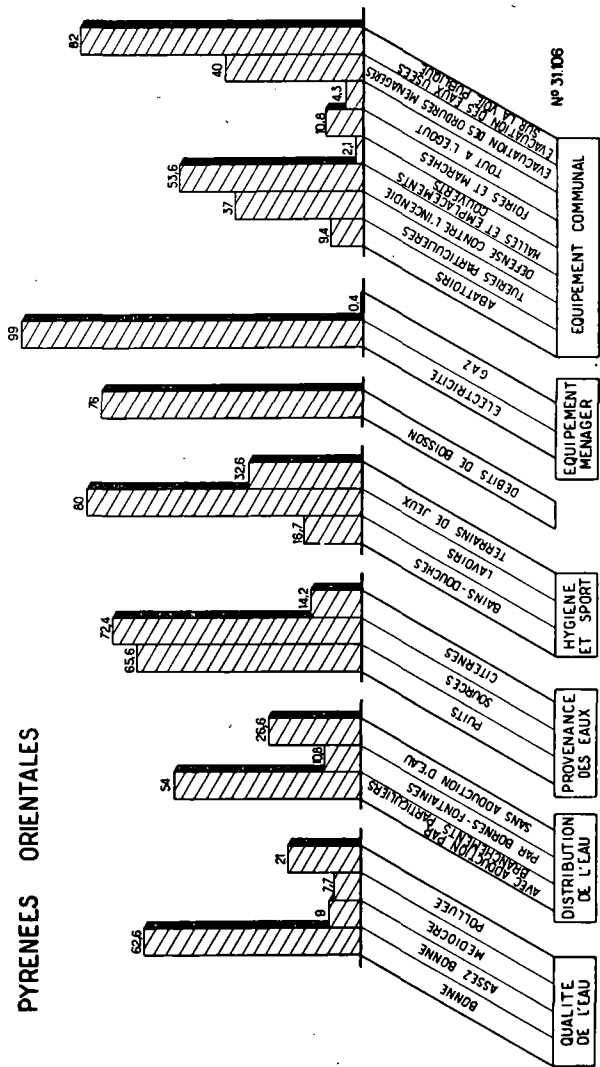
Ils ont été établis selon les normes employées pour les départements précédents.

Graphique I. — Ce graphique est analytique et comporte deux tableaux renfermant les principales rubriques de notre enquête. Les chiffres au sommet des colonnes indiquent les pourcentages des éléments correspondants, sauf en ce qui concerne la première partie des services médico-sociaux, laquelle représente une moyenne par 100 000 habitants. Aucune distinction n'est faite entre les éléments favorables ou défavorables.

Graphique II. — Est avant tout synthétique. Il est établi d'après une distinction faite entre les éléments favorables et ceux qui sont défavorables. Les deux courbes irrégulières donnent une figure à forme pyramidale et permettent de repérer aisément l'ensemble sanitaire du département des Pyrénées-Orientales.

Caractéristiques sanitaires et sociales du département des Pyrénées-Orientales.

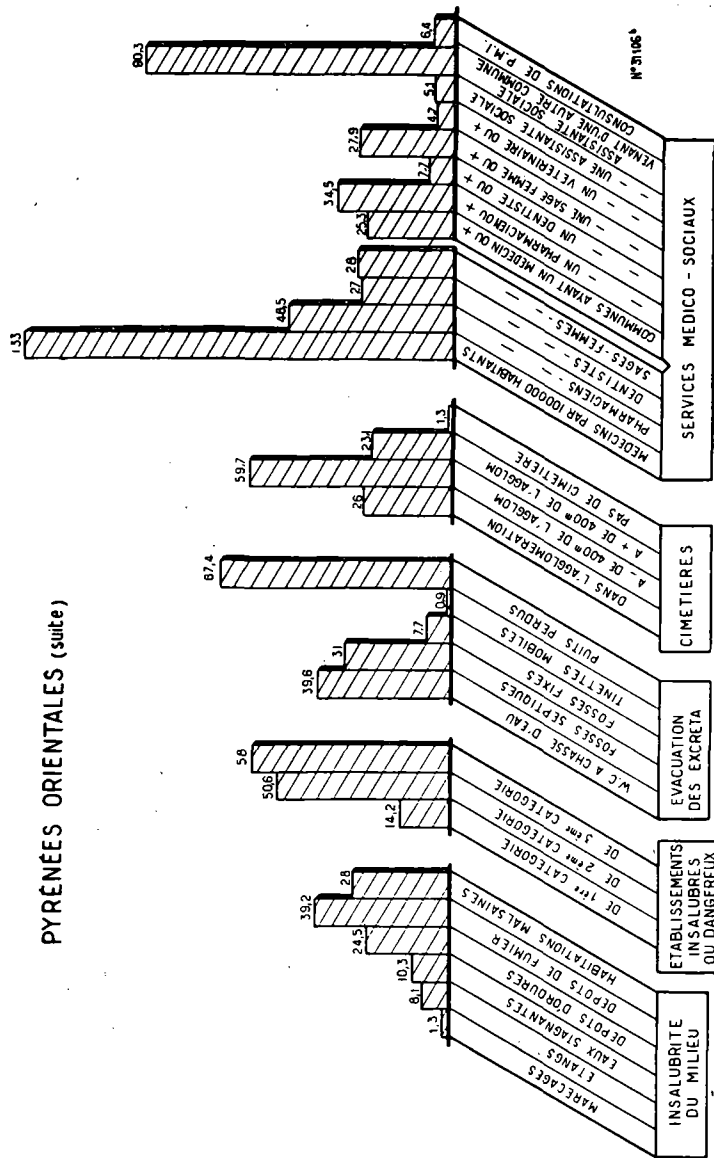
PYRÉNÉES ORIENTALES



GRAPHIQUE I.

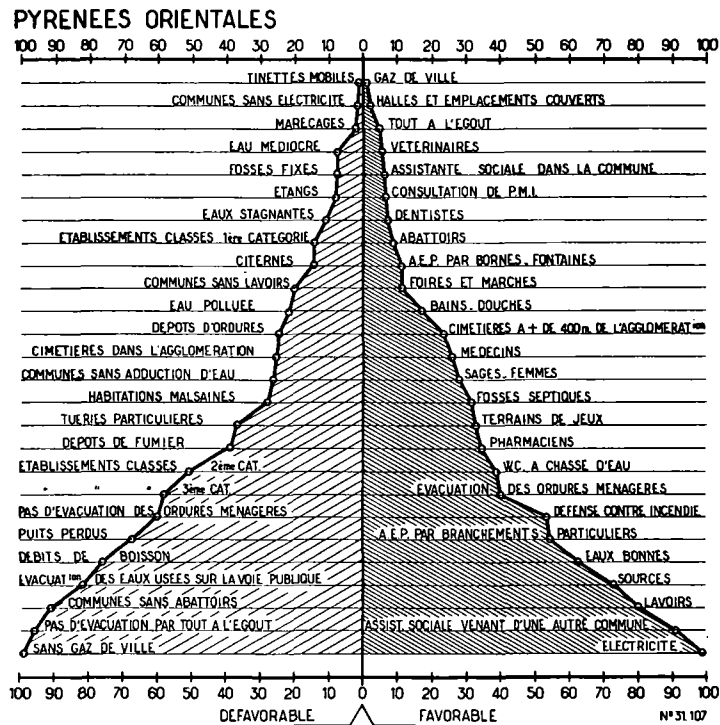
Caractéristiques sanitaires et sociales du département des Pyrénées-Orientales (suite).

PYRÉNÉES ORIENTALES (suite)



GRAPHIQUE I (suite).

Graphique comparatif des éléments sanitaires et sociaux
du département des Pyrénées-Orientales.



GRAPHIQUE II.

CONCLUSION

On peut conclure de cette enquête que ce département, pays de transition entre deux climats, deux sols et deux peuples, est soumis à des variations extrêmes qui retentissent même sur son aspect sanitaire et l'empêchent de se figer dans de vieilles structures. C'est ainsi que dans des villages reculés, souvent demi-abandonnés, le niveau d'hygiène est médiocre, alors que dans la vallée proche et privilégiée, des villages nouveaux possèdent un équipement sanitaire complet. De même, à des régions incultes du fait de la pauvreté de la terre, succèdent des cultures riches et spécialisées pour lesquelles sont employées les meilleures méthodes modernes, or ces dernières entraînent toujours une notable amélioration sanitaire. Ainsi donc ce département présente un essor marqué dont l'activité, différente de celle d'autrefois, le fait évoluer nettement vers plus d'hygiène et de confort.

Travail de la Section d'Hygiène générale présenté par
S. ROULE.

DOCUMENTATION GÉNÉRALE

ÉTUDE COMPARATIVE DES DÉCÈS PAR MALADIES CARDIO-VASCULAIRES ENREGISTRÉS, EN 1955, EN FRANCE ET DANS CERTAINS PAYS ÉTRANGERS

Nous avons rassemblé dans ce travail un certain nombre de données concernant les décès par maladies cardio-vasculaires enregistrés dans 13 pays européens et 4 pays extra-européens, parmi lesquels les Etats-Unis d'Amérique où la mortalité a été considérée pour l'ensemble de la population blanche et de couleur.

En entreprenant cette étude, nous avons pour but de dégager non seulement les différences qui peuvent exister entre les taux de mortalité dans les différents pays considérés, la chose serait facile par simple confrontation, mais encore, et surtout, d'en préciser les causes.

Car s'il est aisé de constater un fait, il est plus difficile de l'expliquer. Nous verrons au cours de cet exposé que l'interprétation des chiffres devient de plus en plus ardue au fur et à mesure que l'on en veut poursuivre l'analyse.

Pour ce qui concerne ces chiffres, dans leur stricte nudité, la tâche nous a été facilitée par l'utilisation des nombreuses données recueillies à l'Institut National d'Hygiène et provenant soit d'une des publications de l'O. M. S. (1), soit des documents publiés par l'I. N. S. E. E. (2), soit encore de l'annuaire de la ville de Paris (3) qui fournit sur la ville elle-même et sur le département de la Seine d'utiles renseignements sur l'état sanitaire de la population et sur l'activité des hôpitaux.

(1) Statistiques épidémiques et démographiques, année 1955, Palais des Nations, Genève, publiées en 1958.

(2) Institut National de la Statistique et des Etudes économiques, les causes de décès en France, année 1955, publiées en 1957.

(3) Annuaire statistique de la ville de Paris et des communes suburbaines de la Seine, année 1955, publié en 1957, par l'imprimerie municipale de l'Hôtel de Ville.

Mais avant de passer à cet exposé, nous croyons devoir rappeler les différentes rubriques de la nomenclature internationale des causes de décès de 1948 (6^e révision décennale), liste intermédiaire comprenant 150 rubriques et d'après lesquelles ont été classées les différentes affections de l'appareil cardio-vasculaire.

- A 70 — Lésions vasculaires affectant le système nerveux central.
- A 79 — Rhumatisme articulaire aigu.
- A 80 — Cardiopathie rhumatismale chronique.
- A 81 — Artério-sclérose des coronaires et myocardite dégénérative.
- A 82 — Autres maladies du cœur.
- A 83 — Hypertension avec maladie du cœur.
- A 84 — Hypertension sans mention du cœur.
- A 85 — Maladies des artères.
- A 86 — Autres maladies de l'appareil circulatoire.

TAUX DE MORTALITÉ PAR MALADIES CARDIO-VASCULAIRES
RELEVÉS EN 1955

Sur le tableau I, les décès sont indiqués par sexe et la dernière colonne de droite fait apparaître les différences de mortalité entre les deux sexes. 6 pays européens présentent une mortalité masculine prédominante,

TABLEAU I
Mortalité pour 100 000 habitants de chaque sexe en 1955.

Pays	Sexe masculin	Sexe féminin	Indices (base 100 sexe masculin)
Allemagne de l'Ouest	433	408	94
Autriche	503	499	99
Belgique	497	449	91
Danemark	436	400	92
Finlande	421	431	102
France	397	401	101
Italie (1)	373	387	104
Norvège	375	390	103
Pays-Bas	331	320	97
Angleterre et Pays-de-Galles	598	601	101
Ecosse	641	641	100
Suède	487	484	99
Suisse	442	481	109
Australie (2)	495	427	86
Nouvelle-Zélande (3)	483	429	89
Canada	452	335	74
Etats-Unis (population totale)	566	429	76
Population blanche	577	431	75
Population de couleur	473	410	87

- (1) Résultats provisoires, sujets à révision.
- (2) Sans les purs aborigènes.
- (3) Sans les Maoris.

alors que dans les six autres les taux féminins sont excédentaires et un, Ecosse, où ces taux sont *ex aequo*.

Par contre, les 4 pays extra-européens accusent des taux masculins sensiblement plus élevés et cette constatation s'applique aux Etats-Unis, aussi bien à la population blanche qu'à la population de couleur.

Les mortalités les plus élevées sont signalées, pour l'Europe : en Ecosse, en Angleterre et Pays-de-Galles, en Autriche; pour les pays extra-européens : aux U. S. A.

Dans ces divers pays, les taux masculins oscillent entre 331 et 641 pour 100 000 habitants. Ils oscillent dans les mêmes proportions, dans les mêmes pays, pour le sexe féminin.

Les taux les plus faibles sont observés dans les Pays-Bas avec 331 décès chez l'homme et 320 chez la femme. Les taux les plus élevés sont relevés en Ecosse, avec 641 décès masculins et féminins.

Dans cette confrontation internationale, la France, l'Italie, la Norvège et les Pays-Bas occupent une place privilégiée au bas de cette échelle comparative.

*
**

Des inégalités d'une telle amplitude nous incitent, avant de pousser plus loin cette analyse, à rapprocher de la mortalité générale la mortalité par maladies cardio-vasculaires.

Nous avons inscrit dans le tableau II les taux de mortalité générale et de mortalité par affections cardio-vasculaires pour 10 000 personnes de chaque sexe. Les deux dernières colonnes de ce tableau ont été réservées aux pourcentages de fréquence.

Signalons que la mortalité de toutes causes est très nuancée entre les pays considérés et que la mortalité féminine est toujours la plus faible, à l'inverse des taux concernant les maladies qui nous préoccupent aujourd'hui (cardio-vasculaires).

Si les Pays-Bas ont le privilège de connaître la plus faible mortalité générale (il s'agit, ne l'oublions pas, de taux bruts), ils apparaissent également comme moins frappés que les autres par les maladies cardio-vasculaires.

Tout comme les Pays-Bas, la Norvège, la Suède et le Danemark occupent une place de choix.

Notons à propos de la France que, si elle présente un taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires lui permettant d'occuper un des plus bas échelons de l'échelle comparative, elle se range, par contre, parmi les moins favorisés au point de vue de la mortalité générale qui est influencée par la structure suivant l'âge de la population.

Enfin, parmi les 4 pays extra-européens, l'Australie, le Canada et la

TABLEAU II

Mortalité pour 10 000 habitants, enregistrée en 1955.

Pays	a Mortalité générale		b Mortalité par maladies cardio- vasculaires		$\frac{b}{a} \times 100$	
	H.	F.	H.	F.	H.	F.
Allemagne de l'Ouest	119	99	43,3	40,8	36,3	41,1
Autriche	134	111	50,3	49,9	37,5	44,9
Belgique	133	113	49,7	44,9	37,4	39,7
Danemark	92	82	43,6	40,0	47,4	48,7
Finlande	101	87	42,1	43,1	41,7	49,6
France	129	115	39,7	40,1	30,8	34,9
Italie	102	88	37,3	38,7	36,5	44,0
Norvège	87	83	37,5	39,0	43,2	47,0
Pays-Bas	81	71	33,1	32,0	40,8	45,1
Angleterre et Pays-de-Galles	125	109	59,8	60,1	47,8	55,1
Ecosse	128	113	64,1	64,1	50,1	56,8
Suède	98	91	48,7	48,4	49,8	53,1
Suisse	107	96	44,2	48,1	41,2	50,1
Australie (1)	99	79	49,5	42,7	50,0	54,1
Nouvelle-Zélande (2)	99	80	48,3	42,9	48,9	53,6
Canada	95	70	45,2	33,5	47,7	47,9
Etats-Unis (population totale)	108	79	56,6	42,9	52,5	54,3
Population blanche	107	78	57,7	43,1	54,0	55,3
Population de couleur	113	88	47,3	41,0	41,8	46,7

(1) A l'exclusion des purs aborigènes.
(2) Sans les Maoris.

Nouvelle-Zélande ont la plus faible mortalité générale en même temps que leurs taux de mortalité masculine par maladies cardio-vasculaires se révèlent inférieurs à ceux des U. S. A.

Pour les U. S. A., la mortalité générale s'inscrit à un niveau moyen, celle de la population blanche apparaissant comme sensiblement moins élevée que celle des gens de couleur. Et cependant les sujets de race blanche, les hommes surtout, payent aux affections cardio-vasculaires un tribut plus élevé que ces derniers.

Ce tableau montre encore, à l'aide des deux dernières colonnes de droite, la part des maladies cardio-vasculaires dans la mortalité générale. Cette quote-part varie de 30,8 et 34,9 en France à 52,5 et 54,3 aux U. S. A. en passant par des valeurs intermédiaires et notamment 40,8 et 45,1 aux Pays-Bas, 50,1 et 56,8 en Ecosse.

D'une manière générale, il apparaît, dès à présent, que les affections cardio-vasculaires causent de nombreux décès dans la population générale (tous âges), puisque leur fréquence atteint et même dépasse 50 % des décès de toutes causes. Nous verrons plus loin leur importance chez les personnes âgées de plus de 40 ans.

*

**

MORTALITÉ SANS DISTINCTION D'ÂGE, SUIVANT LE SEXE

CARDIOPATHIE RHUMATISMALE CHRONIQUE

La figure 1 représente les taux de mortalité pour 17 pays. Pour les Etats-Unis, nous avons cru devoir faire figurer séparément les taux relevés chez les Blancs et ceux qui ont été notés dans la population de couleur.

Il existe d'importants écarts entre les pays considérés.

Les taux les plus faibles sont relevés en Allemagne.

Par contre, en Autriche, en Italie, en Angleterre et en Ecosse la mortalité moyenne est voisine de 20 décès par an pour 100 000 habitants, avec un important excédent pour la femme.

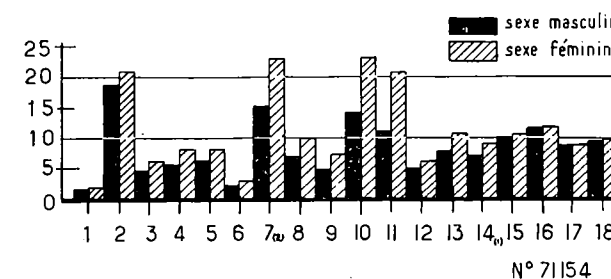


Fig. 1. — Cardiopathie rhumatismale chronique.
Décès pour 100 000 habitants de tous âges.

Cette dernière constatation s'applique d'ailleurs à tous les pays où les décès féminins prédominent sous cette rubrique.

12 pays présentent une mortalité comprise entre 4,4 et 11,7 décès pour 100 000 habitants. Parmi eux les Etats-Unis semblent être les plus atteints.

La France est, avec l'Allemagne de l'Ouest, un des pays les plus favorisés. Leurs taux de mortalité ne dépassent pas respectivement 1,8 et 1,1 pour les hommes et 2,8 et 1,6 pour les femmes.

ARTÉRIOSCLÉROSE DES CORONAIRES ET MYOCARDITE DÉGÉNÉRATIVE

La figure 2 reproduit les taux de décès que nous avons rassemblés sous cette rubrique et pour les mêmes pays.

A l'inverse de ce que nous avons pu constater sur la figure 1 pour les

cardiopathies rhumatismales chroniques, les coefficients sont en général très élevés pour tous les pays, à l'exception de la France dont les taux demeurent relativement faibles.

Mais la mortalité masculine est prédominante partout, sauf en Italie et en Suisse où les taux sont pratiquement de même valeur.

Notons en passant, pour les Etats-Unis, que la population de couleur, dont la vie moyenne est plus brève que celle des Blancs, semble être moins exposée aux atteintes des affections envisagées que la population

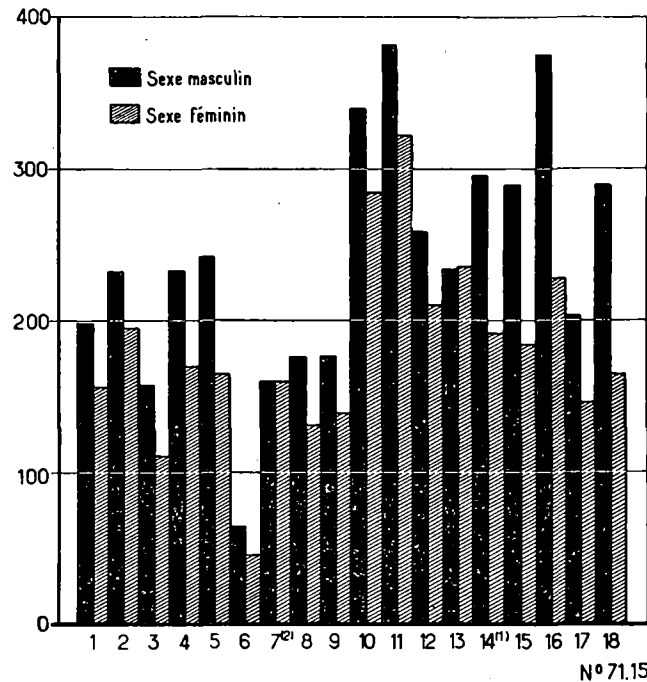


Fig. 2. — Artériosclérose des coronaires et myocardite dégénérative. Décès pour 100 000 habitants de tous âges.

blanche, mais que la prédominance des décès masculins est notable dans l'une comme dans l'autre race.

A l'exception de la France dont le taux de mortalité est, nous l'avons dit, relativement faible, les taux varient de 160 en Italie à 382 en Ecosse, 375 aux Etats-Unis (population blanche), 340 en Angleterre et Pays-de-Galles, pour 100 000 habitants du sexe masculin et de tous âges.

Les écarts varient donc du simple au double et même davantage (2,39 fois pour l'Ecosse si l'on prend pour base 100 l'Italie).

Parmi les 13 pays européens considérés, 8 entrent dans un groupe de mortalité forte et 1 seul offre un taux si modeste qu'il semble à priori sous-estimé.

Les 4 pays extra-européens sont tous assortis de taux de décès masculins élevés. La population masculine non blanche des Etats-Unis se classe parmi les pays européens à mortalité moyenne.

Les femmes non européennes présentent des taux comparables à ceux que nous relevons dans la population féminine en Europe.

Font exception à cette règle, les femmes d'Angleterre et d'Ecosse dont la mortalité est très élevée.

AUTRES MALADIES DU CŒUR, SANS AUTRES SPÉCIFICATIONS

La figure 3 fait apparaître, au sujet de ces affections cardiaques sans caractère déterminé, des taux, en France et en Belgique, à tel point

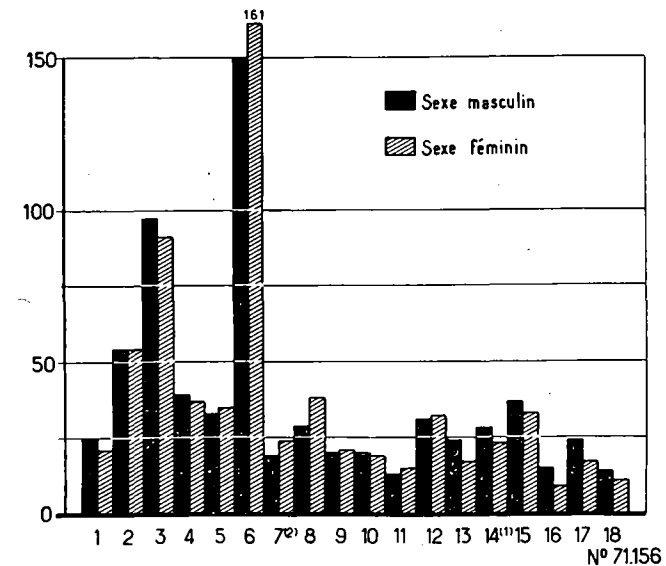


Fig. 3. — Autres maladies du cœur sans autres spécifications. Décès pour 100 000 habitants de tous âges.

excessifs, que l'on est en droit de se demander si, dans ces deux pays, les médecins s'appliquent à fournir, lors des déclarations des causes de décès, un diagnostic précis.

HYPERTENSION AVEC MALADIES DU CŒUR

Des différences sensibles apparaissent sur la figure 4 entre divers pays, notamment en Finlande pour le sexe féminin et aux Etats-Unis, spécialement pour leur population colorée. Ces deux pays accusent des taux fort élevés de mortalité. La cause ne peut ressortir du seul examen des

chiffres et la question que nous nous posons au sujet de l'imprécision possible des diagnostics en Belgique et en France, dans le paragraphe précédent, ne saurait ici se répéter, puisque, aussi bien, la soigneuse

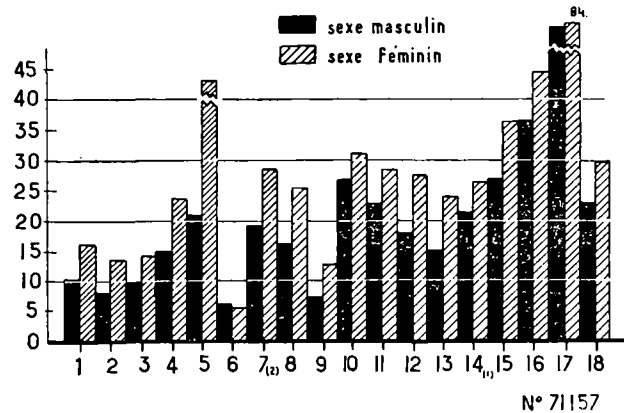


Fig. 4. — Hypertension avec maladie du cœur.
Décès pour 100 000 habitants de tous âges.

discrimination faite entre les taux de mortalité masculine et féminine dénote le souci des médecins d'être aussi exacts et précis que possible.

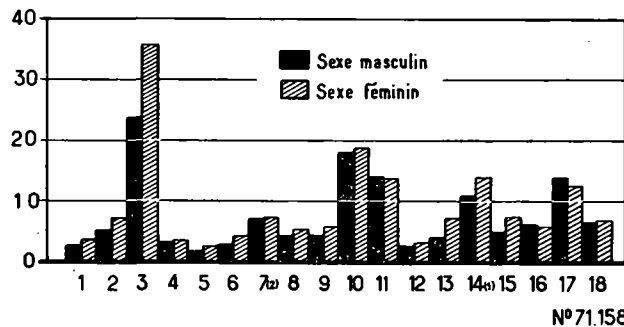


Fig. 5. — Hypertension sans mention du cœur.
Décès pour 100 000 habitants de tous âges.

HYPERTENSION SANS MALADIE DU CŒUR

La figure 5, comme la précédente, montre de sensibles écarts entre les divers pays. La Belgique s'inscrit en tête avec 23,6 et 35,7 décès pour 100 000 habitants du sexe masculin et du sexe féminin. Elle est suivie par l'Angleterre et l'Écosse et ensuite par l'Australie et la population blanche des États-Unis.

LÉSIONS VASCULAIRES AFFECTANT LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

On trouvera sur la figure 6, pour les mêmes pays, les taux de mortalité pour 100 000 habitants de tous âges, masculins d'une part et féminins de l'autre.

La Belgique présente ici les taux les plus faibles.

La France occupe un niveau moyen alors que l'Angleterre et l'Écosse se distinguent dans leurs quotients qui apparaissent les plus élevés dans cette confrontation internationale.

Sauf en Italie, les décès féminins sont prédominants.

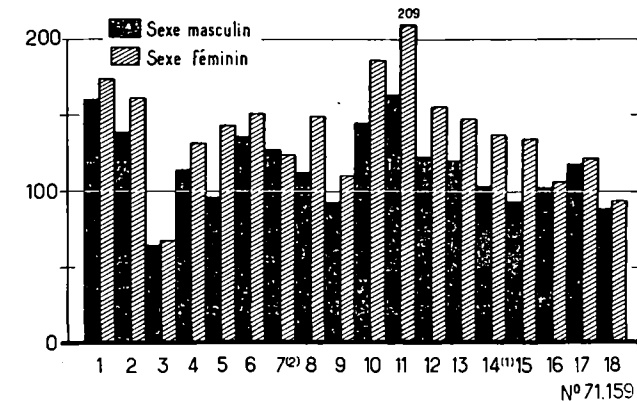


Fig. 6. — Lésions vasculaires affectant le système nerveux central.
Décès pour 100 000 habitants de tous âges.

Le niveau atteint est, pour ces lésions, de peu inférieur aux taux de mortalité par artériosclérose des coronaires et myocardite dégénérative dans les pays européens situés à l'est de la Manche.

Le tableau I enregistre pour les Pays-Bas les taux les plus faibles de mortalité par maladies cardio-vasculaires et fait apparaître, pour ce pays, une mortalité féminine inférieure que l'on constate également dans 10 autres régions composant cette étude.

La France et 6 autres pays présentent une mortalité féminine prédominante.

On admet généralement que les Pays-Bas, par la stricte déclaration des causes de décès, peuvent servir de terme de comparaison.

Et c'est en confrontant les chiffres que l'on y recueille et ceux qui sont signalés en France que nous allons essayer de dégager les raisons de telles divergences.

En nous reportant au tableau II, nous constatons que les Pays-Bas présentent le taux de mortalité générale le plus faible, encore que les

maladies cardio-vasculaires représentent plus de 40 % des décès généraux, alors qu'en France cette quote-part est seulement voisine de 30 %. Il n'est pas douteux que ce fait ne soit lié à la mortalité de toutes causes et de tous âges dont les taux, nous l'avons dit, sont chez nous excessifs. Nous n'insisterons pas plus longuement sur ce point que le lecteur pourra vérifier en se reportant aux divers tableaux que nous avons élaborés à son intention.

Mais il est d'autres facteurs qui, à notre sens, nous permettront de donner de ces divergences une explication convenable.

Bien que situés dans la même zone de climat que le nord de la France, les Pays-Bas ont un mode de vie et de travail assez différent. La vie rurale y est plus intense, la natalité y est demeurée depuis longtemps fort importante alors que sous l'effort des mesures hygiéniques, avec persévérance poursuivi, la mortalité, en constant recul, s'est toujours inscrite à un niveau très bas dans la confrontation internationale.

La distribution par âge des habitants se montre fort avantageuse pour nos voisins.

C'est ainsi qu'en 1955 les enfants et les adolescents de moins de 20 ans représentaient 37,5 % de la population totale des Pays-Bas, contre 30,3 % en France en dépit de notre important, mais trop récent redressement démographique.

Les groupes d'âge compris entre 20 et 40 ans représentaient 28,0 % de la population, tandis que nous ne relevons, chez nous, que 26,8 %.

Par contre, entre 40 et 60 ans, les Hollandais ne comptaient que 22,2 % de leur population, alors que la France en relevait 26,1 %.

Au-dessus de 60 ans, les Pays-Bas comptaient 12,3 % de leur population. En France, le taux est de 16,8 %.

Ce sont ces chiffres qui, soulevant l'émoi des démographes (1), avaient pu leur faire craindre un vieillissement de la France.

Nous donnons, ci-dessous, les populations de ces deux pays et leur distribution sur 100 au total en 1955 :

Pays	0-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 ans et +	Tous âges
France.....	13 135 975 30,3 %	11 598 576 26,8 %	11 260 087 26,1 %	7 284 660 16,8 %	43 279 298 100,0 %
Pays-Bas.....	4 032 259 37,5 %	3 005 316 28,0 %	2 388 305 22,2 %	1 324 962 12,3 %	10 750 842 100,0 %

C'est donc 65,5 % de leur population que représentent les Hollandais de moins de 40 ans, alors que nous ne relevons que 57,1 % en France dans les mêmes tranches. Au-dessus de 40 ans, la population des Pays-Bas ne comprend que 34,5 % de sujets, alors que nous en comptons 42,9 % en France, soit un excédent de 24,3 %.

Les décès par cardiopathies n'étant heureusement pas fréquents

(1) Voir notamment Marcel MOINE : La Dépopulation, ses origines, ses causes, ses remèdes, in *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 4 avril 1939, tome 121, n° 13, pp. 494 et suivantes.

au-dessous de 40 ans, la surcharge constatée en France pour la population au-dessus de 40 ans doit se traduire, à état sanitaire égal, non seulement par une mortalité générale plus élevée, mais encore par une mortalité par maladies cardio-vasculaires plus accusée qu'aux Pays-Bas.

Le jour, et il n'est pas lointain, où une natalité puissante assurera chez nous un apport de jeunes tel qu'il égalera celui des Hollandais, nous ne serons pas éloignés d'aligner les mêmes chiffres qu'eux.

Enfin, les figures numérotées de 1 à 6 sont à consulter, ainsi que les figures 7 à 9 qui donnent la mortalité par séries d'âge.

Nous avons été, d'autre part, appelés (et on retrouvera le résultat de ces recherches dans le cours de cet exposé) à rechercher dans quelle mesure intervenaient les causes inconnues dans la mortalité par maladies cardio-vasculaires.

L'interpolation que nous avons faite en vue de redresser cette cause d'erreur liée à l'indétermination se traduit, pour la France, par 20 000 décès supplémentaires, portant à 114 000 le nombre des décès entraînés par les maladies du cœur et des vaisseaux. Le taux passe ainsi de 217 à 263 pour 100 000 habitants de tous âges et des deux sexes contre 194 aux Pays-Bas.

La surmortalité française de tous âges par cardiopathies serait donc de 35,6 %, ce qui nous incite à comparer cette mortalité pour les deux pays en rapprochant les décès attribués aux populations âgées de plus de 40 ans (taux pour 100 000 habitants de l'âge indiqué).

	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 ans et +
<i>France :</i>										
Décès (1)	856	1 885	3 316	5 156	7 026	10 774	15 506	19 108	16 887	12 251
Taux	31,4	62,9	113	200	338	691	1 047	1 820	2 890	4 500
<i>Pays-Bas :</i>										
Décès (1)	192	418	720	1 047	1 699	2 551	3 454	4 077	3 553	2 806
Taux	28,7	65,5	125	219	403	747	1 345	2 360	4 040	7 100

(1) 24-28.

A l'exception des 40-44 ans, les taux hollandais sont très supérieurs aux taux français, ce qui vient de nouveau justifier l'intérêt de la rectification apportée ci-dessus, en ce qui concerne la déclaration des taux de décès et la distribution par âge des deux populations en question.

MORTALITÉ COMPARÉE SUIVANT L'ÂGE ET LE SEXE ENTRE LA FRANCE ET CERTAINS PAYS EUROPÉENS

Nous avons retenu les décès par maladies de l'appareil cardio-vasculaire et du système nerveux central enregistrés en Angleterre et Pays de Galles et en France, en 1955, suivant l'âge et le sexe, ramenés à 100 000 habitants (fig. 7).

Les quatre courbes suivant l'axe o x de ce graphique jusqu'à la trentième année sans faire apparaître d'anomalies; elles se confondent.

Elles commencent à se dissocier pour prendre leur individualité entre 30 et 35 ans. Elles marquent alors dans les deux pays une tendance extraordinairement progressive jusqu'à la période ultime de l'existence

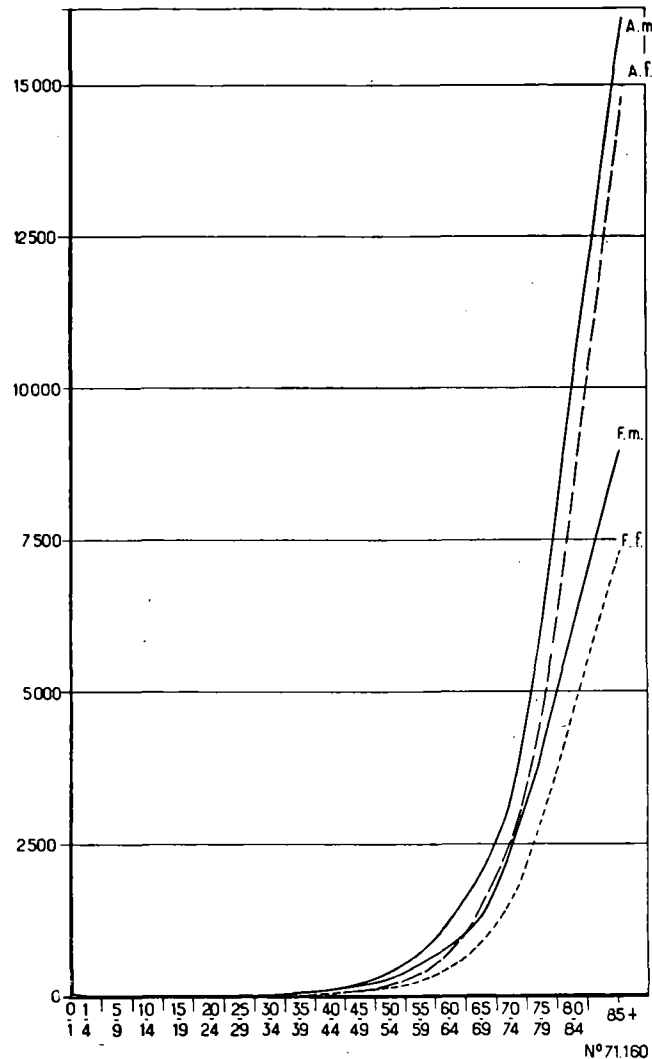


FIG. 7. — Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire et par lésions vasculaires affectant le système nerveux central, pour 100 000 habitants suivant le sexe et l'âge considéré.

Légende : A.m. et A.f. signifient sexe masculin et sexe féminin en Angleterre et Pays de Galles. F.m. et F.f. correspondent aux sexes masculin et féminin en France.

où les taux se différencient à tel point que la mortalité représente, en France, la moitié de ce qu'elle est en Angleterre.

Pouvons-nous accepter, sans l'ombre d'une discussion, de telles divergences ?

Une constatation s'impose dès le principe. En Angleterre et Pays de Galles, les cas d'indétermination des causes de décès et les décès mis au compte de la sénilité sans mention de psychoses sont très peu nombreux alors qu'ils représentent encore, en France, une part importante de la mortalité générale.

Or, la maladie cardio-vasculaire entraîne, en France, au-delà de 85 ans, 9 040 décès masculins pour 100 000 personnes de cet âge, contre 16 095 en Angleterre et Pays de Galles, la mortalité de la femme étant respectivement pour les deux pays 7 321 et 14 848.

Avant de poursuivre plus loin nos investigations, nous croyons cependant opportun d'attirer l'attention sur le fait que les écarts de mortalité entre les sujets de sexe différent sont approximativement de même ordre de grandeur dans les deux pays à partir de la quarantième année.

Cette constatation ne serait-elle pas suffisante, à elle seule, pour nous laisser penser que, si des divergences existent, elles ne résident pas seulement dans une déclaration plus ou moins exacte des causes de décès, d'autres facteurs doivent intervenir qui, propres à chaque pays, en déterminent la nosologie ?

Comme suite à cette observation, nous avons réuni dans la figure 8 un certain nombre de tracés sur la mortalité par artério-sclérose des coronaires et myocardite dégénérative chez les sujets âgés de plus de 40 ans et dans divers pays.

Ces courbes n'offrent, à leur origine, aucun caractère particulier et si, dans sept pays, la tendance est à peu de choses près la même, en France, par contre, les deux courbes présentent une allure différente.

Peut-on admettre que ces affections soient si peu fréquentes chez nous avec environ 1 000 décès pour 100 000 personnes âgées de plus de 85 ans, alors que l'on en relève 9 000 en Angleterre, 11 000 en Ecosse, 6 000 en Suède, 3 500 en Norvège, 6 000 au Danemark et aux Pays-Bas et 8 000 en Suisse ?

Ces différences tiennent-elles exclusivement à des questions de méthode de déclarations, de discipline d'école, de procédés et d'appareils d'exploration ?

Pour ce qui est de la France, il n'est pas un seul praticien qui ne soit en mesure de poser un diagnostic de maladie du cœur sans autre spécification. L'enseignement reçu dans nos hôpitaux, essentiellement clinique dès le début, rompt tout étudiant à ce diagnostic.

Nous devrions retrouver, nous assure-t-on, dans le chiffre total des maladies du cœur, sans discrimination plus poussée, un nombre égal au moins à celui que l'on relève dans les pays étrangers les plus favorisés.

Pourquoi nous croirions-nous tenus à nous aligner sur des chiffres

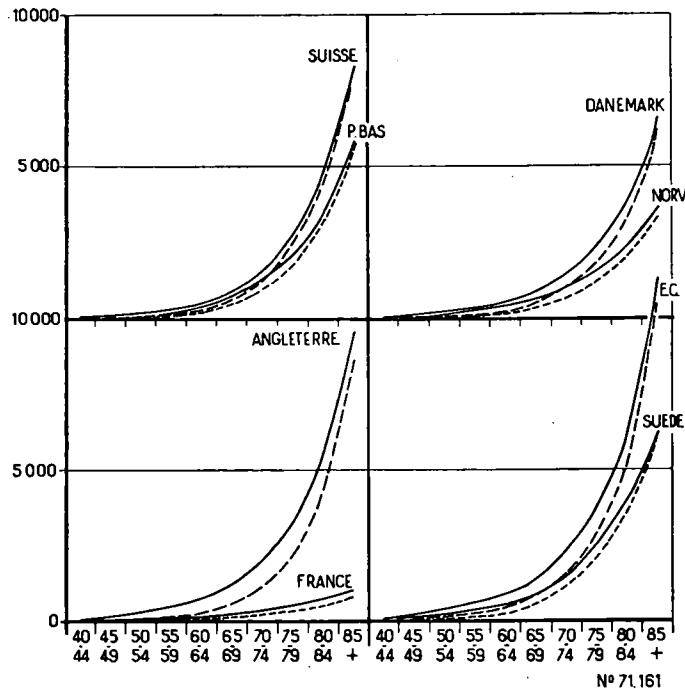


FIG. 8. — Mortalité par artério-sclérose des coronaires et myocarde dégénérative, en 1955, pour 100 000 habitants suivant le sexe et l'âge indiqué.

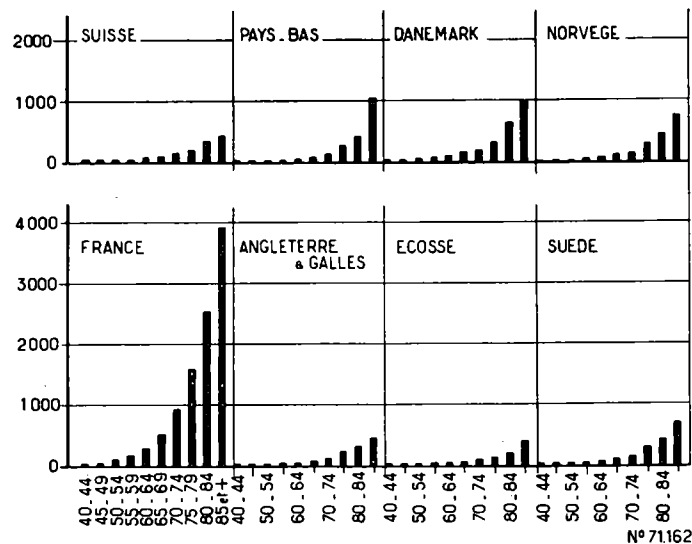


FIG. 9. — Autres maladies du cœur sans autres spécifications. Décès pour 100 000 habitants de l'âge indiqué.

recueillis dans d'autres régions, alors que nous ignorons dans quelles conditions ils ont été établis ?

Il est, croyons-nous, de jugement superficiel de dire que nos déclarations sont moins précises, qu'elles sont trop souvent, et surtout dans le cas de maladies concomitantes, laissées à la discrétion du médecin et que les déclarations des médecins de l'état civil, notamment faites *post mortem*, ne peuvent avoir qu'une exactitude toute relative.

Mais pourquoi, pour expliquer cette différence qui existe même entre les divers pays étrangers parfois très voisins comme la Suède et la Norvège, pourquoi, disons-nous, ne pas faire entrer en ligne de compte tous les facteurs qui, en différenciant les pays, en différencient également la nosographie : l'habitat, le terroir, la constitution physique et nous entendons par ce mot, la race, les habitudes alimentaires, le travail, en un mot tout ce qui constitue cette écologie dont il faudra bien un jour admettre qu'elle est seule susceptible de fournir, sur les maladies qui nous frappent plus ou moins, des précisions impossibles à dégager des chiffres aussi fouillés qu'ils soient dans l'échelle des décimales ? (Voir également la figure 9.)

C'est à une de ces objections que nous allons essayer de répondre en comparant ce qui se passe en France et dans le département de la Seine d'après les chiffres recueillis dans les hôpitaux de Paris et dans la clientèle privée.

MORTALITÉ COMPARÉE EN FRANCE ET DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Il semblerait de prime abord que les différences signalées entre les 17 pays que nous venons d'étudier fussent susceptibles de trouver leur explication dans le mode de déclaration des causes de décès qui est loin d'être effectué dans tous les pays d'une façon identique.

Si le mode de déclaration intervient très souvent, il n'est certes pas le seul facteur d'erreur à invoquer et nous allons essayer de montrer par l'exemple suivant ce qui se passe en France, à Paris et dans le département de la Seine suivant que l'on s'adresse à la statistique hospitalière ou à la statistique que nous pourrions appeler de clientèle ou d'état civil.

La confrontation locale du tableau III ne nous a pas paru suffisante pour déterminer l'influence des services hospitaliers dans la réduction du taux d'indétermination de ces maladies en considérant la France entière, Paris et le département de la Seine.

C'est pourquoi nous avons élaboré le tableau IV dans lequel nous avons juxtaposé à la France entière et au département de la Seine trois nouvelles colonnes relatant exclusivement les données enregistrées dans les hôpitaux de l'Assistance publique à Paris.

Nous constaterons tout d'abord que les décès par rhumatisme articulaire aigu sont plus nombreux dans les hôpitaux de Paris que dans le

TABLEAU III

Les nombres ci-après expriment les décès, en 1945. Nombres absolus (2).

Causes invoquées	Paris			Banlieue			Seine		
	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.
Lésions vasculaires affectant le système nerveux central	1 166	1 454	2 620	1 057	1 262	2 319	2 223	2 716	4 939
Rhumatisme articulaire aigu.....	4	10	14	3	5	8	7	15	22
Cardiopathie rhumatismale chronique..	25	58	83	11	19	30	36	77	113
Artériosclérose des coronaires et myocardite dégénérative	1 032	659	1 691	677	488	1 165	1 709	1 147	2 856
Autres maladies du cœur (a).....	1 324	1 594	2 918	1 361	1 556	2 917	2 685	3 150	5 835
Hypertension avec maladie du cœur....	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hypertension sans mention du cœur....	170	234	404	130	175	305	300	409	709
Total général y compris les L. V. S. N. C. (1) (c).....	3 721	4 009	7 730	3 239	3 505	6 744	6 960	7 514	14 474
Total sans L. V. S. N. C. (1) (b).....	2 555	2 555	5 110	2 182	2 243	4 425	4 737	4 798	9 535
Mortalité générale (toutes causes) (d)...	14 395	14 669	29 064	11 798	11 450	23 248	26 193	26 119	52 312
$\frac{a}{b} \times 100$	52,1	62,5	57,1	62,5	69,5	66,0	56,8	65,7	61,3
$\frac{b}{d} \times 100$	17,7	17,4	17,6	18,5	19,6	19,1	18,1	18,4	18,2
$\frac{c}{d} \times 100$	25,9	27,3	26,5	27,5	30,6	29,0	26,6	28,8	27,7

(1) L. V. S. N. C. = lésions vasculaires affectant le système nerveux central.
(2) D'après l'annuaire statistique de la ville de Paris, pages 71 et 189.

TABLEAU IV

Répartition comparée des décès par maladies cardio-vasculaires, en 1955.

Causes invoquées	Hôpitaux de l'A. P.			Seine			France entière		
	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.
Lésions vasculaires affectant le système nerveux central	668	773	1 441	2 223	2 716	4 939	28 436	33 889	62 325
Rhumatisme articulaire aigu.....	19	15	34	7	15	22	153	149	302
Cardiopathie rhumatismale chronique..	167	146	313	36	77	113	368	622	990
Artériosclérose des coronaires et myocardite dégénérative	176	187	363	1 709	1 147	2 856	13 312	10 146	23 458
Autres maladies du cœur (a).....	876	919	1 795	2 685	3 150	5 835	31 175	36 001	67 176
Hypertension avec maladie du cœur....	153	144	297	0	0	0	1 237	1 265	2 502
Hypertension sans mention du cœur....	99	69	168	300	409	709	571	920	1 491
Total général y compris les L. V. S. N. C. (1) (c).....	2 158	2 253	4 411	6 960	7 514	14 474	75 252	82 992	158 244
Total sans L. V. S. N. C. (1) (b).....	1 490	1 480	2 970	4 737	4 798	9 535	46 816	49 103	95 919
Mortalité générale (toutes causes) (d)...	10 955	9 871	20 826	26 193	26 119	52 312	266 657	256 051	522 708
$\frac{a}{b} \times 100$	58,9	62,0	60,5	56,8	65,7	61,3	66,7	73,3	70,3
$\frac{b}{d} \times 100$	13,6	15,0	14,3	18,1	18,4	18,2	17,5	19,2	18,3
$\frac{c}{d} \times 100$	19,7	22,8	21,2	26,6	28,8	27,7	28,1	32,4	30,2

N.-B. — Voir note 1, tableau III.

département de la Seine. Il en est de même en ce qui concerne les cardiopathies rhumatismales chroniques qui représentent à peu près le tiers de cette cause de décès observée dans la France entière. Les décès masculins dus à cette cause sont, pour la France entière, à peine le double de ceux que l'on enregistre dans les seuls hôpitaux parisiens.

Enfin, les décès par hypertension avec maladies du cœur qui ne sont pas représentés dans la Seine s'élèvent à 297 dans les hôpitaux de Paris et à 2 502 dans l'ensemble de nos 90 départements. De légères discordances sont observées dans la répartition suivant le sexe entre les hôpitaux et la France entière.

Nous n'insisterons pas sur la distribution des décès mis au compte de l'hypertension sans mention du cœur, les nombres s'y rapportant n'appelant aucun commentaire particulier.

En conclusion, l'analyse du tableau IV conduit aux constatations suivantes :

1° Les décès par lésions vasculaires affectant le système nerveux central, au nombre de 1 441 dans les hôpitaux de Paris, de 4 939 dans le département de la Seine et de 62 325 dans la France entière, représentent une part importante de la mortalité générale qui est voisine, dans notre pays, de 11,9 %.

Dans la Seine, cette quote-part est de 9,4 % et, dans la mortalité hospitalière, elle est de 6,9 %.

Les hôpitaux ont donc déclaré 32,6 décès dus à ces affections sur 100 consignés aux maladies cardio-vasculaires.

L'état civil de la Seine en a enregistré 34,0 %.

Dans la France entière on en a noté 39,4 %.

2° Dans les hôpitaux, les décès par artério-sclérose et infarctus du myocarde sont presque de même ordre que les décès par cardiopathies rhumatismales chroniques, alors que l'état civil du département de la Seine en a enregistré un nombre huit fois plus grand. Leur répartition entre les sexes correspond, dans ces deux secteurs, à celle que l'on relève dans la France entière avec 23 458 décès, dont 13 312 du sexe masculin et 10 146 du sexe féminin, soit 1,3 contre 1.

3° Les déclarations de décès par autres maladies du cœur sans définition précise réunissent le plus grand nombre de cas de cardiopathie :

Dans les hôpitaux, elles correspondent à 60,5 %.

Dans la Seine, elles atteignent 61,3 %.

Dans la France entière, elles sont de 70,3 %.

La formule $\frac{a}{b} \times 100$ du tableau IV en précise également la fréquence suivant le sexe.

La formule $\frac{b}{d} \times 100$ indique l'importance du tribut que paye la population aux maladies de l'appareil circulatoire comparées à la mortalité générale.

D'autre part, la formule $\frac{c}{d} \times 100$ fournit le rapport des décès par maladies cardio-vasculaires à la mortalité toutes causes.

L'examen de ces trois formules laisse apparaître une légère diminution du taux d'indétermination des décès par maladies du cœur et des vaisseaux sans autres précisions, dans les hôpitaux.

Mais si l'on considère les moyens exceptionnels dont disposent ces derniers pour l'examen des malades, peut-on admettre comme une éclatante victoire le maigre gain que traduisent ces chiffres ?

Poussant plus loin nos investigations sur ce chapitre où n'intervient pas l'âge des habitants ni celui des malades, nous avons procédé à l'examen de la morbidité observée dans la population hospitalière et élaboré en conséquence le tableau V.

TABLEAU V

Malades traités et décédés
dans les hôpitaux de l'Assistance publique, en 1955.

Maladies incriminées	H.	F.	Total
Lésions vasculaires affectant le système nerveux central	2 263	2 003	4 266
Rhumatisme articulaire aigu	2 354	1 948	4 302
Cardiopathie rhumatismale chronique	969	926	1 895
Artériosclérose des coronaires et myocardite dégénérative	1 110	898	2 008
Autres maladies du cœur (a)	3 316	2 959	6 275
Hypertension avec maladies du cœur	811	696	1 507
Hypertension sans mention du cœur	1 133	1 057	2 190
Total sans L. V. S. N. C. (b)	9 693	8 484	18 177
Total avec L. V. S. N. C. (c)	11 956	10 487	22 443
Total malades traités et décédés (M)	168 105	143 391	311 496
$\frac{a}{b} \times 100$	% 34,3	34,9	34,6
$\frac{b}{d} \times 100$	% 57,6	59,2	58,3
$\frac{c}{d} \times 100$	% 7,13	7,3	7,2
Décès généraux enregistrés dans les hôpit. (d) ..	10 955	9 871	20 826
$\frac{d}{M} \times 1 000$, ou $\frac{20 826}{311 496} \times 1 000$	‰ 65,3	68,8	67,1

Les hôpitaux de Paris ont eu à soigner, en 1955, 311 496 personnes, dont 168 105 hommes et 143 391 femmes.

Parmi ces hospitalisés, 20 826 décès généraux ont été enregistrés, soit 67,1 ‰. Les décès masculins figurent ici pour 10 955, soit 65,3 ‰ et les décès féminins pour 9 871, soit 68,8 ‰ (voir tableau V).

Les porteurs de lésions vasculaires affectant le système nerveux central

soignés, en 1955, ont été au nombre de 4 266, dont 2 263 pour les hommes et 2 003 pour les femmes. Ces chiffres s'entendent pour les malades suivis et décédés. Ces 4 266 cas représentent 19 % des 22 443 cas signalés (c) au tableau V.

Les cas de rhumatisme articulaire aigu, 4 302, ont été presque aussi nombreux que les précédents, alors que les cardiopathies rhumatismales chroniques au nombre de 1 895 n'en représentent que la moitié.

Les 2 008 cas d'artério-sclérose et de myocardite dégénérative comprennent 1 110 cas masculins et 898 cas féminins.

Nous retrouvons encore, sous la rubrique maladies du cœur sans autres spécifications, 34,6 % des cas de maladies de l'appareil circulatoire

$$\frac{6\ 275}{18\ 177} \times 100 \text{ et } 28,1 \% \text{ de l'ensemble des affections cardio-vasculaires}$$

$$\frac{6\ 275}{22\ 443} \times 100, \text{ a, b et c du tableau V.}$$

Enfin, les nombres inscrits au total b de ce tableau représentent 5,85 % des malades traités en 1955 dans les hôpitaux de l'Assistance publique, et ceux notés au total (c) 7,20 % des 311 496 cas traités (malades suivis et décédés) au cours de la même année (cf. tableau V).

MORTALITÉ COMPARÉE PAR CARDIOPATHIES DANS LES DÉPARTEMENTS MÉTROPOLITAINS

Après l'examen de la mortalité par maladies cardio-vasculaires dans les hôpitaux de l'Assistance publique, le département de la Seine et la France entière, nous avons pensé qu'une confrontation de ces décès entre les divers départements serait susceptible de faire ressortir des différences telles qu'elles nous permettraient de préciser certaines causes soupçonnées jusqu'à présent, mais restées encore indéterminées.

Nous avons donc, pour chacun des 90 départements, indiqué dans la colonne 4 du tableau VI le nombre absolu de ces décès et, dans la colonne 2, leur rapport à la population de tous âges.

C'est cette dernière colonne qui retiendra tout d'abord notre attention.

Pour la France entière, les 94 428 décès que l'on relève à la rubrique maladies du cœur et des vaisseaux déterminent un taux de mortalité de 218 pour 100 000 habitants, soit 18,1 % de la mortalité générale (522 708 décès).

Mais des divergences considérables apparaissent entre les divers départements. Ces taux vont de 105 en Corse avec 58,9 % de décès de causes inconnues, à 394 dans l'Ariège où l'on note une meilleure certification des causes de décès réduisant à 20,5 % les indéterminations.

Celles-ci apparaissent fort différentes suivant les départements. Pour

ne citer que quelques exemples frappants, en dehors de la Corse et de l'Ariège, nous signalerons le cas des Basses-Alpes accusant 154 décès sous la rubrique qui nous occupe avec 50,3 % de causes indéterminées, les Alpes-Maritimes avec 160 décès dus aux maladies du cœur et des vaisseaux et 42,3 % de causes non spécifiées.

Par contre, le Haut-Rhin avec 8,6 % de causes non déclarées atteint un taux de mortalité de 306 et la Seine qui a une population jeune faite de ruraux et de provinciaux déracinés présente un taux de 177 et une indétermination des causes de décès égale à 13,1 %.

Nous pensons que ces discordances sont liées soit à l'âge moyen des habitants, car certains départements ont une population dont l'âge moyen est supérieur à celui de leurs voisins, soit à la déclaration des causes de décès, soit encore pour certains départements aux difficultés de communication, les contrées accusant la plus forte proportion d'indétermination étant en majorité montagneuses.

Si nous voulons bien nous rappeler que les 91 228 décès de causes indéterminées représentent 17,5 % des 522 708 décès généraux, il restera 431 480 décès dont la cause a été certifiée, parmi lesquels 94 428 (colonne 4) ont été mis au compte des maladies du cœur et des vaisseaux, soit 21,8 %.

Cette constatation nous autorise à risquer l'hypothèse que l'indétermination est susceptible de dissimuler un certain nombre de décès par cardiopathie dans la même proportion de 21,8 %, soit 20 000 décès d'où un total de 114 000 au lieu de 94 428.

Rapportés à la population de 1955, soit 43 279 000 habitants, les 114 000 décès expriment une mortalité de 263 pour 100 000 habitants de tous âges, soit 21,8 % des décès généraux indiqués ci-dessus.

Dans la colonne 5 de ce même tableau, nous avons inscrit les décès par cardiopathie survenus chez les personnes de plus de 45 ans. La juxtaposition à la colonne 4 fait apparaître que la quasi-totalité de ces décès concerne les adultes d'un certain âge et surtout les personnes de plus de 65 ans, à raison de 97 % pour les plus de 45 ans et de 79 % pour les plus de 65 ans, comme le rappellent les données ci-dessous :

Répartition des 94 428 décès suivant le sexe et l'âge
(nombres absolus) enregistrés en 1955.

Âges	0-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75 et +	Tous âges
Sexe masculin. ...	50	52	85	173	1 138	11 085	13 646	20 016	46 245
Sexe féminin (1) ..	36	67	73	122	777	6 298	12 574	28 230	48 183

(1) Dont 6 décès dont l'âge est inconnu.

Jusqu'à 75 ans, la mortalité féminine est numériquement moins élevée que la mortalité masculine, mais elle devient prédominante au-dessus de cet âge.

Nous nous croyons autorisés à rattacher cet excédent à la vie moyenne de la femme qui surpasse de 4 ans celle de l'homme, d'autant que cette même constatation peut-être faite dans nos 90 départements et dans le plus grand nombre des pays européens et extra-européens.

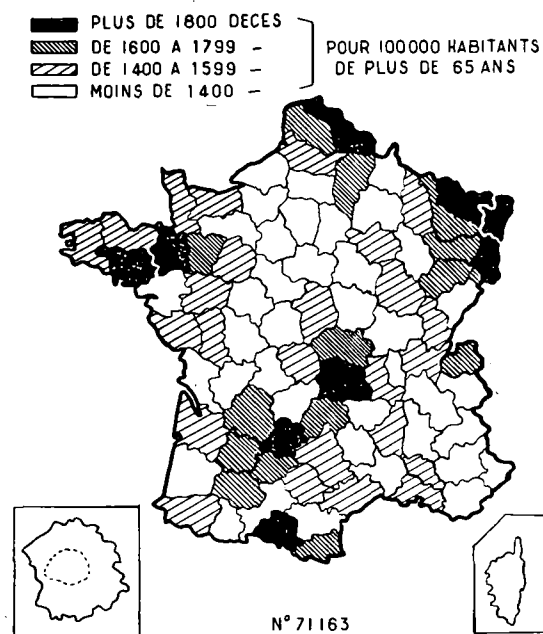


FIG. 10. — Décès par maladies du cœur et des vaisseaux chez les personnes âgées de plus de 65 ans en 1955, dans chaque département.

En outre, cette constatation souligne une fois encore l'insuffisance des nombres absolus pour apprécier la fréquence des décès dans une population donnée ou dans un groupe d'âge déterminé.

A titre d'exemple, citons que ces taux de mortalité par cardiopathies oscillent de 445 en Corse où, nous le rappelons, le taux de mortalité de cause inconnue est parmi les plus élevés (58,9 %) à 2 130 dans le Haut-Rhin où l'indétermination ne dépasse pas 8,6 % et où le taux de mortalité pour tous âges est 306, soit près de 3 fois plus qu'en Corse (105) et 5 fois supérieur au-delà de 65 ans.

Le lecteur voudra bien se reporter au tableau VI où figurent toutes ces données pour chacun de nos 90 départements.

Pour rendre plus vivant cet exposé nous avons, sur une carte administrative de la France et au moyen de hachures, essayé de reproduire la répartition géographique des taux de mortalité chez les plus de 65 ans.

Il semble donc qu'il y ait un rapport entre le taux d'indétermination générale et le taux de mortalité par maladies du cœur.

Cette simple constatation nous a incité à rechercher ce que devenait la mortalité par cardiopathies quand on lui appliquait une part proportionnelle des décès de cause indéterminée.

Sur 522 708 décès généraux, nous en relevons 91 228 de causes indéterminées soit 17,5 %.

Sur les 431 480 décès de causes déclarées, on relève 94 428 décès par cardiopathies, soit 21,8 %.

En appliquant ces 21,8 % à la mortalité générale et en supposant que ce taux se retrouverait dans les cas d'indétermination, il ne nous semble pas trop audacieux d'admettre que les décès par cardiopathies seraient de 114 000 au lieu de 94 428. Le taux passerait ainsi de 218 à 263 décès pour 100 000 habitants de tous âges pour la France entière.

Au-delà de 45 ans, nous relevons 454 895 décès généraux, dont 84 434 de causes non précisées, soit 18,6 %.

Sur les 370 461 décès de causes connues, il y en a 91 851 dus aux cardiopathies, soit 24,8 %.

Les 24,8 % appliqués aux 454 895 décès généraux de cet âge font apparaître 113 000 décès par cardiopathies au lieu de 91 851 mis au compte de ces dernières.

Nous avons vu que, par cette interpolation, nous augmentons de 20 000 décès la mortalité par affections du cœur et des vaisseaux pour l'ensemble de la France.

Cette méthode pourra paraître arbitraire, mais elle nous permet de retrouver la plus grande partie des décès que le Dr AUBENQUE, chargé à l'I. N. S. E. E. de la statistique des causes de décès, a dû déclasser comme de cause insuffisamment précise pour figurer parmi les cardiopathies.

Nous citons l'auteur lui-même :

« Conformément aux directives de la nomenclature internationale, et pour assurer à cette catégorie de causes une signification médicale, on ne retient que les cardiopathies, à l'exclusion des déclarations telles que : défaillance, collapsus, syncope cardiaque, etc., qui peuvent être évidemment dépourvues de signification nosologique. Ces mentions sont classées avec les causes mal définies sous le n° 782. Or, le nombre annuel des décès qui ne sont attribués qu'à de telles causes mal définies est encore de l'ordre de 13 000; et l'on peut penser que parmi ces déclarations plusieurs se rapportent à d'authentiques maladies du cœur. Les deux tiers des maladies du cœur auxquelles sont attribués les décès restent insuffisamment qualifiées. »

TABLEAU VI

Décès par maladies du cœur et des vaisseaux
(rubriques 24-28 de la nomenclature internationale abrégée, revue en 1948),
enregistrés en France, en 1955, et causes inconnues et mal définies
plus sénilité sans mention de psychoses,
rubrique 45 de ladite nomenclature.

Départements	Maladies du cœur (24-28) (décès pour 100 000 hab. des deux sexes et de tous âges)	Sénilité, causes (45) inconnues ou mal définies, % décès généraux de tous âges	Nombre absolus (décès)		Décès de plus de 65 ans (24-28), les deux sexes, pour 100 000 personnes de l'âge indiqué
			Tous âges (24-28)	Plus de 45 ans (24-28)	
1	2	3	4	5	6
Ain	253	7,8	787	769	1 505
Aisne	231	15,6	1 150	1 115	1 655
Allier	304	12,8	1 145	1 116	1 643
Alpes (Basses-)	154	50,3	127	124	783
Alpes (Hautes-)	207	36,2	174	164	1 205
Alpes-Marit.	160	42,3	841	813	817
Ardèche	264	19,5	668	644	1 485
Ardennes	198	23,6	565	543	1 350
Ariège	394	20,5	559	548	1 850
Aube	204	14,5	498	490	1 377
Aude	285	17,1	761	739	1 590
Aveyron	271	24,1	802	780	1 463
Bouches-d.-Rh.	231	14,8	2 423	2 329	1 530
Calvados	176	12,5	803	776	1 460
Cantal	273	20,7	481	465	1 600
Charente	210	17	666	657	1 233
Charente-Marit.	206	18,1	933	916	1 300
Cher	276	18,3	798	786	1 498
Corrèze	250	15,8	614	603	1 351
Corse	105	58,9	180	176	445
Côte-d'Or	228	16,5	814	803	1 443
Côtes-du-Nord	223	18,9	1 138	1 104	1 545
Creuse	335	23,8	580	575	1 550
Dordogne	288	11,8	1 094	1 073	1 685
Doubs	186	24,3	611	583	1 325
Drôme	222	21,9	626	610	1 370
Eure	191	18,7	653	638	1 363
Eure-et-Loir	203	16,9	542	534	1 355
Finistère	209	15,7	1 551	1 513	1 510
Gard	224	18,5	906	880	1 380
Garonne (Hte-)	233	16,3	1 210	1 190	1 383
Gers	292	15,4	540	539	1 613
Gironde	255	16,4	2 280	2 228	1 470
Hérault	244	15,4	1 178	1 145	1 537
Ille-et-Vilaine	234	12,3	1 389	1 354	1 823
Indre	235	20,2	588	576	1 337
Indre-et-Loire	228	17,3	845	833	1 343
Isère	185	26,7	1 169	1 140	1 230
Jura	260	15,2	573	565	1 515
Landes	169	41,9	419	413	957
Loir-et-Cher	203	27,1	489	482	1 140
Loire	219	16,7	1 454	1 412	1 405
Loire-Atlant.	190	22,1	1 420	1 377	1 355
Loire (Haute-)	218	37,5	484	474	1 180
Loiret	182	23,2	663	652	1 067
Lot	392	11,5	581	571	1 923
Lot-et-Garonne	278	13,2	742	729	1 603
Lozère	179	57,3	148	143	970

TABLEAU VI (suite).

Départements	Maladies du cœur (24-28) (décès pour 100 000 hab. des deux sexes et de tous âges)	Sénilité, causes (45) inconnues ou mal définies, % décès généraux de tous âges	Nombre absolus (décès)		Décès de plus de 65 ans (24-28), les deux sexes, pour 100 000 personnes de l'âge indiqué
			Tous âges (24-28)	Plus de 45 ans (24-28)	
1	2	3	4	5	6
Maine-et-Loire ..	224	20,1	1 182	1 151	1 517
Manche	187	18,1	848	812	1 500
Marne	179	19	750	725	1 260
Marne (Hte-)	206	17,2	409	399	1 347
Mayenne	226	15,3	573	558	1 715
Meurthe-et-Mos.	217	10,9	1 330	1 286	1 693
Meuse	222	19,4	465	447	1 443
Morbihan	235	13,5	1 241	1 202	1 805
Moselle	205	9,5	1 614	1 538	1 835
Nièvre	266	18,1	649	641	1 320
Nord	255	13	5 467	5 302	1 817
Oise	187	21,3	832	816	1 217
Orne	175	23,6	483	460	1 263
Pas-de-Calais	200	14,1	2 629	2 542	1 645
Puy-de-Dôme	290	17,5	1 405	1 355	1 803
Pyrénées (Bses)	245	22,8	1 027	1 005	1 493
Pyrénées (Htes-)	214	20,5	440	428	1 265
Pyrénées-Or.	298	15,5	684	663	1 635
Rhin (Bas-)	281	13,3	1 989	1 923	2 020
Rhin (Haut-)	306	8,6	1 588	1 542	2 130
Rhône	188	21,2	1 827	1 760	1 180
Saône (Haute)	279	20,1	593	591	1 647
Saône-et-Loire	230	12	1 198	1 180	1 345
Sarthe	195	13,5	831	802	1 400
Savoie	197	26,7	505	492	1 345
Savoie (Haute-)	213	15,8	646	622	1 710
Seine	177	13,1	9 233	8 929	1 250
Seine-Maritime	128	33,7	1 237	1 200	1 020
Seine-et-Marne	207	15,8	972	955	1 247
Seine-et-Oise	177	14	3 094	3 021	1 265
Sèvres (Deux-)	243	14,1	757	742	1 513
Somme	236	15,6	1 110	1 085	1 505
Tarn	273	12,5	844	833	1 553
Tarn-et-Garonne	295	17	509	500	1 693
Var	222	13	906	881	1 355
Vaucluse	227	15,2	612	594	1 457
Vendée	226	16,8	922	908	1 510
Vienne	204	17,6	661	648	1 215
Vienne (Hte-)	245	18,2	808	795	1 340
Vosges	242	15,6	912	878	1 700
Yonne	284	21,1	751	735	1 395
Belfort (Ter. de)	220	11,8	223	212	1 615
France entière ..	218	17,5	94 428	91 851	1 437

CONCLUSION

La mortalité par maladies cardio-vasculaires, étudiée dans ces pages et pour 17 pays, se signale par une ampleur qui atteint et dépasse parfois 50 % de la mortalité générale.

La fréquence des décès apparaît comme directement proportionnelle à la structure par âge des populations en cause. En conséquence, les pays dont l'âge moyen des habitants est plus élevé sont assortis d'une mortalité plus forte.

Enfin, c'est à partir de 40 ans que se manifestent les symptômes inquiétants de ces affections dont le nombre et la gravité s'accroissent avec l'âge.

Dans les régions où ce risque apparaît moins grand, on relève sur les certificats des causes de décès une insuffisance et une imprécision du diagnostic telles qu'elles seraient susceptibles, à elles seules, d'expliquer les différences relevées d'un pays à l'autre.

Nous ne sommes pas éloignés de penser que le défaut d'uniformité terminologique est à la base même de ces divergences.

Médecin-Général CANDIOTTI et M. MOINE, Statisticien.

MORTALITÉ GÉNÉRALE

DANS UN CERTAIN NOMBRE DE VILLES DE FRANCE

(PREMIER TRIMESTRE 1959)

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

TABLEAU I

PREMIER TRIMESTRE 1959

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

Villes	Population	Nb. de décès	Taux
Paris	2 850 189	7 850	110
Marseille	661 492	1 973	119
Lyon	471 270	1 342	114
Toulouse	268 863	780	115
Bordeaux	257 946	739	115
Nice	254 360	819	129
Nantes	222 790	548	98,5
Strasbourg	200 921	608	122
Lille	194 616	719	148
Saint-Etienne	181 730	580	128
Toulon	141 117	391	111
Nancy	124 797	304	97,5
Rennes	124 122	350	113
Reims	121 145	359	118
Rouen	116 540	379	130
Grenoble	116 440	299	103
Clermont-Ferrand	113 391	275	97,2
Dijon	112 844	281	99,7
Le Mans	111 891	298	107
Brest	110 713	309	112
Roubaix	110 067	456	166
Limoges	105 990	295	112
Angers	102 142	318	118
Mulhouse	99 070	347	140
Amiens	92 506	336	145
Nîmes	89 130	320	144
Metz	85 701	222	104
Versailles	84 445	190	90

TABLEAU I (suite).

Villes	Population	Nb. de décès	Taux
Orléans	76 439	230	121
Besançon	73 445	190	104
Perpignan	70 051	228	131
Argenteuil	63 316	178	112
Avignon	62 768	—	—
Troyes	58 819	162	121
La Rochelle	58 799	155	106
Poitiers	55 129	156	114
Aix-en-Provence	54 217	154	114
Bourges	53 879	154	114
Saint-Quentin	53 866	148	110
Pau	48 320	134	111
Colmar	47 305	139	118
Lorient	47 095	118	101
Belfort	43 434	101	93,1
Valence	41 470	103	100
Lens	40 753	105	103
Tarbes	40 242	109	108
Montauban	38 321	104	109
Cherbourg	38 262	100	104
Chalon-sur-Saône	37 399	95	102
Brive-la-Gaillarde	36 088	88	97,7
Saint-Brieuc	34 808	91	105
Albi	34 693	118	136
Niort	33 167	95	115
Annecy	33 114	69	83,3
Bayonne	32 575	119	146
Rueil-Malmaison	32 212	70	87
Chambéry	32 139	90	112
Narbonne	32 060	102	127
Châlons-sur-Marne	31 798	60	75,6
Saint-Germain	29 429	72	97,9
Chartres	28 750	108	150
Vannes	28 403	90	127
Auxerre	26 583	67	101
Dieppe	26 427	102	155
Moulins	24 437	84	138
Bourg-en-Bresse	23 527	61	104
Lunéville	22 690	77	136
Laon	21 931	42	76,8
Alençon	21 893	80	147
La Roche-sur-Yon	19 576	47	96
Chaumont	19 346	55	114
Evreux	17 684	74	168
Gap	17 317	37	85,4
Bar-le-Duc	16 609	—	—
Auch	16 382	52	128
Lons-le-Saunier	15 030	44	117
Vesoul	12 038	19	63,3
Foix	7 621	32	168
Privas	7 558	10	52,9

Le Gérant : G. MASSON.

Imprimé par Soullisse et Cassegrain, à Niort (France), 1959.

Dépôt légal : 3^e trim. 1959. N^o d'ordre : 438.

Masson et C^{ie}, Edit., Paris. Dépôt légal : 3^e trim. 1959. N^o d'ordre : 3181.

(Printed in France.)

LES MONOGRAPHIES DE L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

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.

MONOGRAPHIES DÉJÀ PARUES

Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n^o 1.

Documents statistiques sur la morbidité par cancer dans le monde, par P. F. Denoix, 1953..... *Epuisée.*

Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n^o 2.

L'économie de l'alcoolisme, par L. Dérobert, 1953. *Epuisée.*

Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n^o 3.

Mortalité urbaine et rurale en France en 1928, 1933 et 1947, par Ch. Candiotti et M. Moine, 1953 **900 fr.**

Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n^o 4.

Contribution à l'étude de l'anophélisme en Corse, par C. Toumanoff, 1954 **1 200 fr.**

Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n^o 5.

De la diversité de certains cancers, par P. F. Denoix, 1954 *Epuisée.*

(Suite au verso.)

LES MONOGRAPHIES
DE
L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 6.*
La lutte préventive contre les maladies infectieuses de l'homme et des animaux domestiques au moyen des vaccins, par G. Ramon, 1955. 1 200 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 7.*
Etudes de Sociopsychiatrie, par H. Duchène, 1955. 900 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 8.*
Rapport sur la fréquence et la sensibilité aux insecticides de « Pediculus Humanus Humanus, K. Linnæus », 1758 (« Anoplura ») dans le Sud-Est de la France, par R. M. Nicoli, 1955. 500 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 9.*
Etude sur la maladie de Bouillaud et son traitement, par J. Chevallier, 1956 1 100 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 10.*
Rapport d'enquête sur la réadaptation fonctionnelle des adultes en France, par H. G. Poulizac. 1 000 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 11.*
Etude du comportement alimentaire du tuberculeux en sanatorium, par F. Vinit et J. Trémolières 1 250 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 12.*
Le Cancer chez le Noir en Afrique française, par P. F. Denoix et coll. 1 500 fr.

LES MONOGRAPHIES
DE
L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 13.*
Broncho-pneumopathies à virus et à Rickettsies chez l'enfant, par R. Schier et coll. 1 300 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 14.*
L'assistance psychiatrique aux malades mentaux d'origine nord-africaine musulmane, en métropole, par G. Daumezon, Y. Champion et coll. 1 200 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, 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 1 100 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 16.*
I. Pathologie régionale de la France, par R. Marot. 3 500 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 17.*
II. Pathologie régionale de la France, par R. Marot. 3 400 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 18.*
De la destruction des bactéries par la chaleur. Etude de l'efficacité de la pasteurisation du lait, par A. Nevot et coll. 1 400 fr.

Vente des Monographies
à **L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE**
3, RUE LÉON-BONNAT, PARIS (16^e) — AUTEUIL 32-84
N° 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 (1959) :

France et Communauté française Fr. 3 300
Règlement par Mandat, Chèques postaux (Compte 599, Paris)
ou Chèque bancaire.

ÉTRANGER :

Belgique et Luxembourg Fr. B. 437,50
Autres pays \$ U. S. A. 8,75

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

Changement d'adresse : 50 fr.

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VI^e)
— Téléphone : DANTON 56-11 (lignes groupées) —

Ce *Bulletin* assure la publication des informations sanitaires
recueillies par l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE dans le semestre
ou le trimestre précédent.

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

L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE
3, RUE LÉON-BONNAT, PARIS (XVI^e)

*
**

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 857, 858 et 859).



PRINTED IN FRANCE