JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ STATISTIQUE DE PARIS

MARCEL MOINE

L'hygiène sociale en France

Journal de la société statistique de Paris, tome 71 (1930), p. 285-306
<http://www.numdam.org/item?id=JSFS_1930__71__285_0>

© Société de statistique de Paris, 1930, tous droits réservés.

L'accès aux archives de la revue « Journal de la société statistique de Paris » (http://publications-sfds.math.cnrs.fr/index.php/J-SFdS) implique l'accord avec les conditions générales d'utilisation (http://www.numdam.org/conditions). Toute utilisation commerciale ou impression systématique est constitutive d'une infraction pénale. Toute copie ou impression de ce fichier doit contenir la présente mention de copyright.

NUMDAM
Article numérisé dans le cadre du programme
Numérisation de documents anciens mathématiques
http://www.numdam.org/

II

L'HYGIÈNE SOCIALE EN FRANCE

son organisation et ses résultats comparés aux variations du taux de la mortalité due à la tuberculose, aux affections de l'appareil respiratoire, aux maladies chroniques, organiques et infectieuses

---

L'organisation de l'hygiène en France est basée sur la loi du 15 février 1902 relative à la santé publique. Un développement d'abord lent se manifesta au début de l'application de la loi, les organismes créés végétèrent et leurs efforts restèrent incoordonnés; puis survint la guerre qui en modifia la tendance; enfin, un essor tout particulier leur fut imprimé dès la fin des hostilités.

La loi du 15 avril 1916, instituant les dispensaires d'hygiène sociale et celle du 7 septembre 1919, instituant les sanatoriums, apportèrent à l'organisation nationale des possibilités nouvelles.

Mais il fallut vaincre les nombreuses hésitations de certaines couches de populations, presque hostiles à tout ce qui est nouveau et entraîner, par des efforts multiples, les familles des personnes justiciables d'une observation médicale, à des mesures d'hygiène individuelles et collectives afin d'éviter le plus possible d'autres contaminations.

Nos amis d'Amérique ont puissamment contribué à établir cette pénétration confiante dans les milieux tuberculisés que la guerre avait si largement multipliés.

Par la suite, cette confiance se généralisa dans les familles qui apprenaient à connaître le mal et les mesures adéquates qu'il convenait de prendre pour enrayer la maladie et prévenir la contagion.

Ces connaissances, enseignées par le personnel médical et social des dispensaires, furent complétées par des conférences publiques illustrées de projections cinématographiques et permirent bientôt d'enregistrer un afflux nouveau de consultants venant spontanément, ou recrutés par les premiers bénéficiaires de ces centres de consultation.

L'opinion publique, gagnée de plus en plus à la cause, facilita la réalisation de ce que nous appelons aujourd'hui l'armement sanitaire français, qui reçoit de plus en plus les visites de nos voisins.

De quoi se compose cet armement sanitaire?

L'Office Nationale d'Hygiène Social, organisme de documentation et d'orientation générales;

Le Comité National de défense contre la tuberculose et ses filiales;

Le Comité National de l'Enfance;

Le Service de prophylaxie des maladies vénériennes;

La Ligue française contre le péril vénérien;

L'Institut Prophylactique de Paris;
L'Assistance Publique;
La Lutte contre le Taudis;
L'Œuvre Grancher et le Placement Familial des Tout-Petits;
La Ligue française contre le cancer et d'autres encore qui, en province comme à Paris, apportent à cette entreprise nationale, pour la protection de la santé publique, une activité aussi intelligente qu'infatigable, constituent ses principales caractéristiques.

C'est le travail effectué pr ces organisations que nous allons vous présenter et ensuite nous en analyserons les effets sur l'incidence de certaines causes de mortalité.

LE RENDEMENT ANTITUBERCULEUX

Nous disposons, au 31 décembre 1929, de 665 dispensaires répartis sur la totalité du territoire, dont 9 dans l'Afrique du Nord; il n'y en avait que 70 en 1918.

L'action exercée en 1929 par ces centres de consultation se chiffre par 79.490 séances de médecine générale, d'oto-rhino-laryngologie et de radiologie. Les consultations données se sont élevées à 968.238 dont 630.882 de médecine générale, 36.081 d'oto-rhino-laryngologie et 301.275 de radiologie, auxquelles il y a lieu d'ajouter 151.222 examens de laboratoires en vue de la recherche du bacille de Kock contre, en 1918, 30.080 consultations.

Les personnes venues pour la première fois aux consultations des dispensaires sont, de 1918 à 1929, au nombre de 1.124.465, se répartissant annuellement ainsi qu'il suit :

8.276	en	1918
11.878	en	1919
21.599	en	1920
36.074	en	1921
45.642	en	1922
61.521	en	1923
107.904	en	1924
127.142	en	1925
151.876	en	1926
159.970	en	1927
187.745	en	1928
194.838	en	1929

La progression annuelle représentée ci-dessus est un sûr garant de la confiance du public qui a compris l'intérêt qui s'attache, dès les premiers troubles symptomatiques, à une surveillance attentive de son état.

Parmi ce chiffre de consultants imprégnés ou non de bacillose, nombreux sont ceux qui ont été reconnus porteurs de lésions tuberculeuses actives ou latentes, soit de formes pulmonaires, cutanées ou laryngées. Rien qu'en 1929, 66.422 cas nouveaux ont été dépistés, au lieu de 2.530 en 1918.

De 1918 à 1929 inclus, le nombre total des tuberculeux dépistés s'est ainsi élevé à 417.322, soit 37,2 pour 100 du nombre de consultants dont :

2.530	en 1918, soit 30,6	pour	100	consultants	nouveaux
4.466	en 1919, soit 37,5	—	—	—	—
8.378	en 1920, soit 88,8	—	—	—	—
13.917	en 1921, soit 38,5	—	—	—	—
17.948	en 1922, soit 39,4	—	—	—	—
23.939	en 1923, soit 38,9	—	—	—	—
42.561	en 1924, soit 39,4	—	—	—	—
47.921	en 1925, soit 37,7	—	—	—	—
59.785	en 1926, soit 39,4	—	—	—	—
62.825	en 1927, soit 37,0	—	—	—	—
66.630	en 1928, soit 35,4	—	—	—	—
66.422	en 1929, soit 34,0	—	—	—	—

Comment se répartissent, suivant la catégorie et la forme de tuberculose, les cas diagnostiqués en 1929?

Les 66.422 cas de tuberculose se subdivisent :

1° en 27.857 hommes pour 63.491 consultants, d'où 44,0 %;
en 22.198 femmes pour 67.820 consultantes, d'où 32,8 %;
en 16.367 enfants pour 63.527 consultants, d'où 25,8 %;
2° en 46.142 pulmonaires;
en 12.473 cas d'adénopathie bronchique tuberculeuse ;
et en 7.807 de formes autres que celles déjà citées.

3° Sur 100 tuberculeux pulmonaires diagnostiqués il y a 53 hommes, 42 femmes et seulement 5 enfants âgés de moins de 15 ans.

4° Sur 100 hommes diagnostiqués tuberculeux, 88,5 sont des pulmonaires, proportion qui s'abaisse à 86,2 chez la femme et à 14,6 chez l'enfant.

Mais ces chiffres n'expriment que le dépistage effectué en 1929. L'activité de la lutte contre la tuberculose lui est de beaucoup supérieure, car aux nouveaux venus s'ajoutent les personnes inscrites l'année précédente ou bien encore durant les années antérieures et qui, pour de multiples raisons, ont dû continuer à rester en observation, soit parce que atteintes de tuberculose grave ou floride, ou bien parce qu'en contact de cohabitation avec un tuberculeux contagieux ou encore parce que l'agent de comptage, bien que placé dans un établissement approprié à son état, depuis quelque temps même, a motivé une surveillance prophylactique qui doit s'exercer pendant tout le temps qui sera jugé nécessaire.

C'est ainsi que 542.325 consultants ont bénéficié, en 1929, des conseils et des consultations dont 229.931 étaient des tuberculeux. Et ce nombre important est encore loin de représenter les besoins réels; ils sont en complet développement et permettent d'espérer que d'ici à quelques années les centres auront atteint le plus grand nombre de ceux qui en sont justiciables physiquement et financièrement.

Pour assurer aux dispensaires un fonctionnement normal, il convient d'en alléger le mécanisme en excluant du service les consultants qui ne présentent aucune lésion tuberculeuse et qui ne sont pas en contact de cohabitation avec des bacillifères.

En 1929, de ce fait, 176.494 sorties eurent lieu, parmi lesquelles on note 58.854 tuberculeux : ces derniers s'étant, soit confiés à des médecins particuliers, soit parce que certains refusent les conseils des centres de prophylaxie.

Il résulte du mouvement, ainsi passé en revue, qu'au 31 décembre dernier 365.831 personnes restaient inscrites dans les dispensaires,

dont 32.830 non diagnostiqués,
100.055 en observation,
61.869 en contact de cohabitation, et
171.077 cas de tuberculose de toutes formes.

Répartition des cas de tuberculose, au 31 décembre 1928 et 1929.

FORMES de tuberculose	HOMMES		FEMMES		ENFANTS		TOTAUX	
	1928	1929	1928	1929	1928	1929	1928	1929
Tuberculeux pulmonaires positifs . . .	29.990	32.847	18.514	20.359	1.112	1.096	49.616	54.302
Tuberculeux pulmonaires.	24.600	27.697	24.739	26.574	5.808	6.063	55.147	60.334
Adénopathie bronchique tuberculeuse . .	1.600	2.032	2.478	2.924	29.301	31.679	33.379	36.635
Autres formes de tuberculose	5.005	5.856	4.941	5.665	7.580	8.285	17.526	19.806
Ensemble . . .	61.195	68.432	50.672	55.522	43.801	47.123	155.668	171.077

Sur ces 171.077 tuberculeux de toutes formes et de toutes catégories (hommes, femmes et enfants réunis) 114.636 sont atteints de tuberculose de l'appareil respiratoire dont 54.302 sont porteurs de bacilles de Kock, d'où 47,3 % de cet ensemble.

Les placements de malades effectués par les dispensaires sont, en 1929, au nombre de 56.759. En voici la répartition :

12.236 hommes tuberculeux, plus 719 non tuberculeux;
12.114 femmes tuberculeuses plus 1.668 non tuberculeuses;
11.235 enfants tuberculeux, plus 18.787 non tuberculeux;
soit 35.585 tuberculeux et 21.174 non tuberculeux.

Les tuberculeux ont été placés dans les établissements suivants :

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Aux hôpitaux	5.502	4.399	886	10.787
Aux sanatoriums pour pulmonaires . .	5.343	5.572	976	11.891
Aux sanatoriums pour tuberculoses chirurgicales.	329	469	1.206	2.004
Aux preventoriums	186	687	5.617	6.490
Autres placements de tuberculeux . .	876	987	2.550	4.413

Voici comment sont répartis les placements des non tuberculeux :

	Hommes	Femmes	Enfants	Tota
Aux hôpitaux	400	483	1.015	1.898
Aux preventoriums.	154	676	7.560	8.390
Placement familial	»	»	3.926	3.926
Autres placements	165	509	6.286	6.960

A l'inverse de ce que l'on observe pour le placement des tuberculeux, les enfants non atteints sont la majorité : sur les 21.174 indemmes placés, 18.787 concernent des enfants menacés de contamination familiale.

En ce qui concerne les visites dites de prophylaxie, èffectuées à domicile par les visiteuses d'hygiène, on en note 815.361 en 1929, plus 134.981 démarches

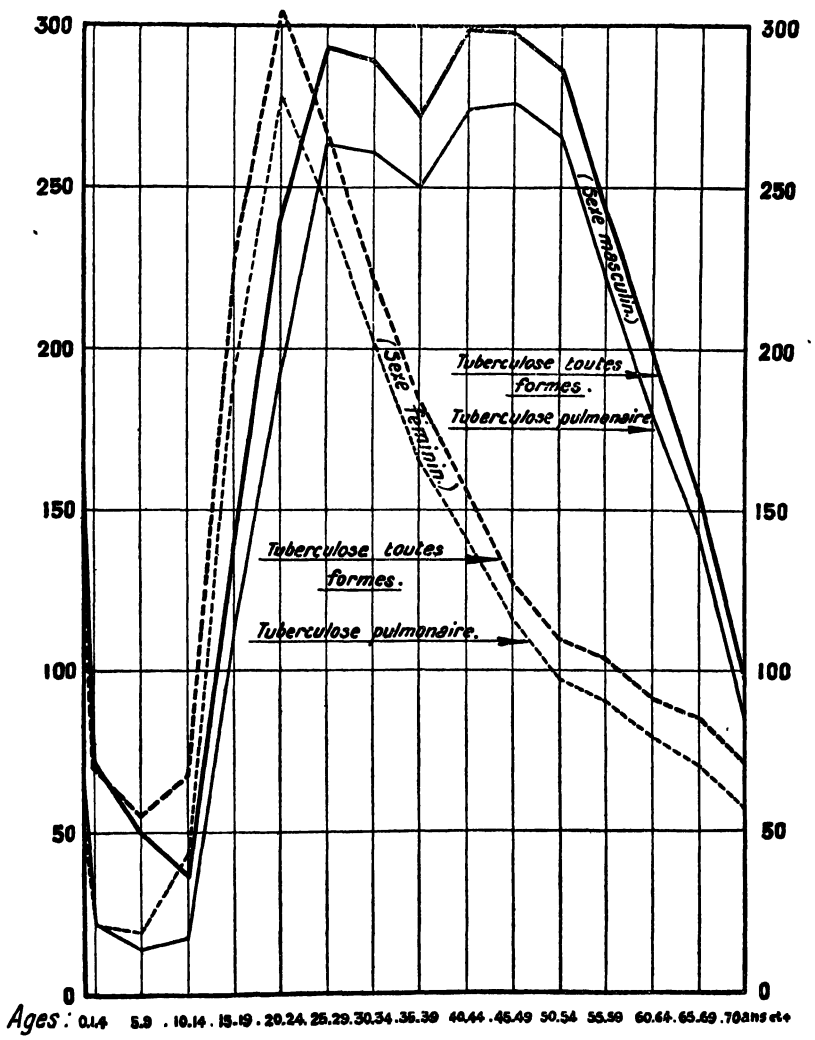
de toute nature ce qui fait un total de 950.342 interventions, soit pour conseiller les malades et organiser l'hygiène dans les familles, soit pour placer des tuberculeux ou des enfants exposés à la contagion intra-familiale, soit encore pour assurer aux indigents le bénéfice des lois sociales.

COLLABORATION DU CORPS MÉDICAL

Les médecins praticiens participent de plus en plus à la lutte antituberculeuse. Au cours de l'année 1929, 46.801 consultants ont ainsi été dirigés sur les dispensaires. Cette participation varie, il est vrai, d'une région à l'autre; nulle encore par endroits, elle s'accuse en progression très nette dans d'autres. Par rapport à l'ensemble des inscriptions la collaboration des médecins traitants représente 33,1 % des nouveaux consultants, et par rapport aux tuberculeux dépistés, elle est de 98,1 % des diagnostics qui ont été posés en 1929.

Fig. 1. — *Mortalité par tuberbulose enregistrée en France en 1927.*

Proportion de ces décès pour 100.000 habitants de même âge et de même sexe.

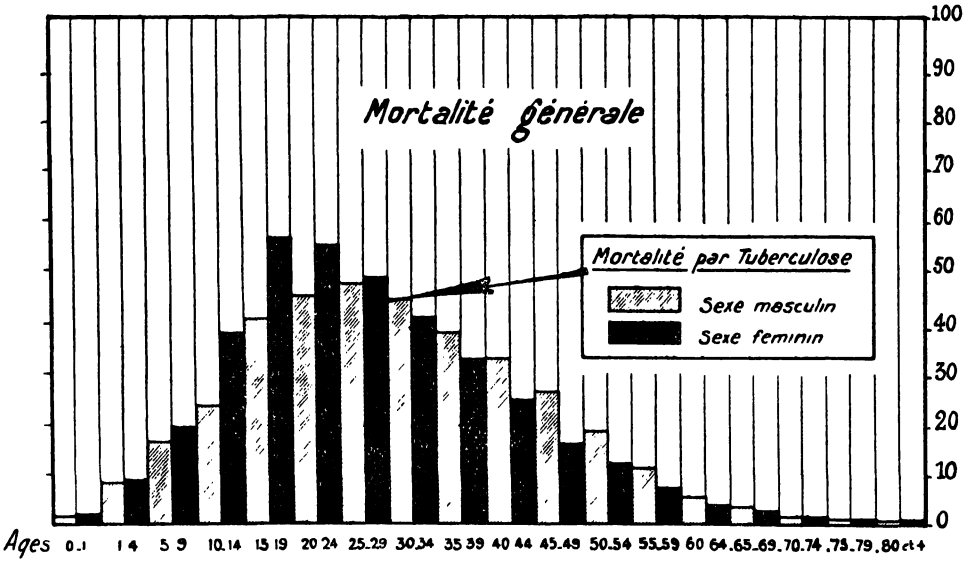


État actuel de l'armement antituberculeux français.
Mai 1930.

Dispensaires	665	
École d'infirmières visiteuses spécialisées	18	
Médecins spécialisés	92	
Infirmières-visiteuses	1.100	
Œuvre du placement familial des Tout-Petits	9	centres
Œuvre Grancher (deuxième enfance)	38	filiales.
Centres de placement collectif :		
Établissements :		
Préventoriums	159 avec	13.300 lits
Sanatoriums marins	61 —	13.400 —
Établissements héliothérapiques	6 —	360 —
Total	226 avec	27.060 lits
Sanatoriums de cure	103 avec	10.000 lits
Hôpitaux-sanatoriums	16 —	3.500 —
Services hospitaliers pour tuberculeux	nombreux	6.500 —
Total		19.500 lits
Total des lits		46.560

Fig. 2. — *Mortalité générale enregistrée en France en 1927.*

Sur 100 décès de toutes causes, combien ont été attribués à la tuberculose dans chaque sexe et dans chaque âge.



Les figures 1 et 2, ci-annexées, montrent combien il est nécessaire de persévérer dans la lutte en vue de réduire la mortalité par tuberculose que nous enregistrons encore aujourd'hui.

Le taux le plus élevé des décès par tuberculose de toutes formes est observé chez la femme de 10 à 25 ans, le maximum se révélant entre 20 et 24 ans; mais à partir de cet âge, les courbes cèdent rapidement laissant la prédominance à l'homme qui compte, de 25 à 54 ans, de 250 à 300 décès pour 100.000; puis le taux rétrocède pour se fixer à 100 à partir de 70 ans d'âge.

Dans l'autre diagramme (II), on perçoit nettement dans la mortalité géné-

rale, le tribut tuberculeux, qui y est représenté, pour la période de l'existence qui s'étend de 15 à 30 ans, par plus de la moitié des décès.

LE RENDEMENT ANTIVÉNÉRIEN

L'activité antivénérienne qui a été déployée jusqu'à ce jour par les pouvoirs publics a largement été secondée par les œuvres officielles ou privées telles que la Ligue française contre le péril vénérien, l'Institut Prophylactique, l'Assistance publique de Paris, la Ligue Antivénérienne d'Alsace-Lorraine, l'Œuvre Prophylactique des Bouches-du-Rhône et tant d'autres, qui ont apporté au service central si actif une collaboration entière et puissante.

C'est ainsi que de 149 en 1920, le nombre des services antivénériens est passé à 1.747 ef 1929, comprenant des services antisyphilitiques, des services antiblennorragiques et des services de dépistage et de traitement de l'hérédo-syphilis, les laboratoires et les services spéciaux.

Les consultations données par le plus grand nombre de ces organismes sont ainsi passées de 349.857 en 1920 à 3.114.690 en 1929 (1) pour ne prendre que les années extrêmes.

Le nombre d'injections (arsénicales, bismuthiques et mercurielles) administrées en 1920 passe de 86.474 à 1.552.319 en 1929.

Les examens sérologiques et bactériologiques se sont également élevés de 21.378 en 1920 à 281.898 en 1929.

Si on considère les malades vus pour la première fois, on observe des nombres dont la valeur croît rapidement chaque année.

Années	Syphilis	Chancres simples	Blennorragie	Totaux
En 1920	9.895	»	»	9.895
1921	14.747	»	»	14.747
1922	13.403	»	»	13.403
1923	14.702	»	21.429	36.131
1924	25.953	1.709	49.505	77.167
1925	76.861	2.556	38.036	117.452
1926	64.707	2.674	51.462	118.423
1927	108.602	6.043	59.640	174.285
1928	110.703	6.453	62.808	179.964
1929	»	»	»	103.707

Cette progression ne saurait révéler une augmentation de fréquence de la syphilis; elle n'est que la résultante logique de ce que les services, plus nombreux sur le territoire y compris ceux de l'Afrique du nord, ont exercé un dépistage plus important au cours de ces dernières années.

En effet, si l'on isole les cas de syphilis primo-secondaire et qu'on les rapproche de l'ensemble des cas vus pour la première fois, on obtient des rapports qui expriment les variations observées dans le temps et le degré d'intensité de fréquence, diminution ou augmentation de l'affection syphilitique.

(1) Voir le rapport « Étude statistique sur l'activité antivénérienne, 1928 ».

ANNÉES	NOMBRE total des cas de syphilis vus pour la première fois	NOMBRE de cas de syphilis primo-secondaires vus pour la première fois	NOMBRE de cas de syphilis primo-secondaire pour 100 syphilitiques
1924.	14.911	6.232	41,8
1925.	19.045	6.115	32,2
1926.	18.927	5.779	30,7
1927.	23.099	7.704	33,4
1928.	30.785	10.048	32,5

Pour en revenir à l'organisation, disons que dans le plus grand nombre de villes de 10.000 habitants, un service antisyphilitique a été créé. Ces services sont dirigés par des médecins syphiligraphes ou des médecins à compétence reconnue; dans les grands centres, ils sont assistés par leurs chefs de clinique, internes, externes et infirmières, et dans les villes de moindre importance, leurs efforts sont secondés par des infirmières diplômées.

Quant aux services de blennorragie, qui sont infiniment moins développés que les précédents, leur multiplication est envisagée et les créations seront faites partout où leur présence aura été jugée nécessaire.

Le dépistage et le traitement de l'hérédo-syphilis est exercé dans de nombreuses consultations de nourrissons ou prénatales, dans les crèches, les pouponnières, dans tous les établissements de protection maternelle et infantile. Un médecin syphiligraphe procède à ce dépistage et au traitement.

Le service rural tend de plus en plus à se généraliser et des mesures spéciales ont été prises pour assurer le traitement à bord, des marins atteints et des passagers nécessiteux.

Les détenus qui sont fréquemment touchés par le mal, font l'objet de soins durant leur détention, d'après entente entre le ministère de la Santé publique et le ministète de la Justice.

Les services de traitement au cabinet du médecin praticien fonctionnent, comme dans les dispensaires, au bénéfice des étrangers atteints de syphilis et des mesures prises par le ministère de l'Intérieur permettent de renvoyer dans leur pays d'origine des transmigrants qui, laissés par compte au moment de leur embarquement pour l'Amérique, se proposaient de rester en France.

En ce qui concerne les prostituées, il faut reconnaître qu'un gros effort reste à faire auprès des municipalités pour obtenir que le service médical soit confié à des médecins syphiligraphes et qu'un personnel convenable et des locaux suffisants soient mis à leur disposition en vue de réaliser le traitement ambulatoire des intéressées, qui a fait diminuer dans une large mesure le traitement hospitalier.

LA PROTECTION DE L'ENFANCE

La protection de l'enfant s'étend depuis la conception à la première et seconde enfance, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'enfant ait acquis une résistance plus grande aux agents extérieurs et cette protection implique *de facto* celle de la mère.

Le législateur, s'étant particulièrement intéressé à la sauvegarde de ceux qu naissent, a compris que l'intervention de l'État était indispensable.

La loi du 14 juillet 1913 permet d'assister les familles nombreuses.

Les lois du 17 juin et 13 juillet 1913 intéressent les femmes en couches, dont les effets ont été étendus par la loi du 13 juillet 1920, aux femmes de fonctionnaires.

La loi du 24 octobre 1919 institue les primes d'allaitement.

Mais les bénéficiaires de ces lois ne se recrutent que parmi les familles inscrites sur les listes des bureaux de bienfaisance.

Cependant, nombreuses sont celles qui, sans être indigentes, ont besoin d'une aide, efficace même, pour élever leurs enfants. La loi du 22 juillet 1923 sur l'encouragement national des familles nombreuses et celle du 29 juin 1918 sur les primes à la natalité comblent cette lacune.

L'objet des lois du 31 juillet 1917, du 25 juin 1920 et des lois de finances qui se sont succédées, a été d'accorder aux familles nombreuses un régime priviligié sous diverses formes etc...

En ce qui concerne les enfants assistés, le législateur s'est préoccupé tout particulièrement de la prophylaxie des abandons et de la surveillance des enfants abandonnés par la mère.

Les enfants âgés de moins de deux ans, placés en nourrice mercenaire bénéficient de la loi Roussel (23 décembre 1874) qui stipule que tout enfant de cet âge élevé en dehors du domicile de ses parents par une nourrice rétribuée devient l'objet d'une surveillance attentive de la part de l'autorité publique.

Pour faciliter la surveillance de ces enfants, des centres d'élevage avec infirmerie et une infirmière ont été créés.

. Il y a aujourd'hui environ 4.000 centres de consultations de nourrissons avec distribution de lait, dont le Comité National de l'enfance coordonne l'action, dans lesquels sont donnés, à tous moments, des conseils d'hygiène aux mamans, souvent inexpertes, pour l'élevage de leurs enfants. En outre, près de 400 consultations prénatales conseillent, soignent et assistent les futures mères pendant la durée de leur gestation.

L'Œuvre Grancher, qui fonctionne depuis une vingtaine d'années, a enregistré des résultats qui ont dépassé toutes les espérances. Elle concerne les enfants encore indemnes de tuberculose et âgés de 3 à 12 ans, dont les parents contagieux veulent bien consentir à leur placement dans des familles paysannes également indemmes de tuberculose. Là, ces enfants se trouvent placés sous la surveillance de médecins aussi dévoués que compétents.

Cette formule est, de l'avis des maîtres en phtisiologie, la meilleure qui soit, car elle sélectionne la graine encore saine et s'oppose à l'envahissement du bacille de Kock; supprime les causes lointaines : le taudis et la misère des grandes agglomérations qui sème la contagion; les causes immédiates : la contamination intra-familiale et le surpeuplement en plaçant l'enfant en plein air, dans un milieu sain.

Le placement Familial des Tout-Petits, de fondation récente, a été créé pour combler une lacune que laissait l'Œuvre Grancher, puisque les nourrissons de 0 à 3 ans étaient exclus du bénéfice que vous connaissez.

Grâce à cette adjonction, l'enfant est arraché à la contamination depuis la naissance jusqu'à ce qu'il ait dépassé l'âge scolaire, et cette protection se com-

plète de plus en plus par l'inspection médicale des écoles, les écoles de plein air, le placement collectif, etc...

Le Service social à l'hôpital.

En 1921 se fondait l'Association pour le service social à l'hôpital, indépendant de l'Assistance publique, elle s'érigeait néanmoins en une administration sociale subventionnée par le Conseil municipal de Paris.

A l'heure actuelle, le service social fonctionne dans beaucoup de services, d'hôpitaux. Il y est accompli par des femmes dévouées qui y consacrent tout leur temps et sont rétribuées en conséquence; les personnes qui, pendant la guerre, avaient donné l'élan, persitent dans leur mission désintéressée et sont demeurées à leur poste bénévolement.

Le service social est l'agent de liaison entre l'hôpital, la famille et la lutte contre la tuberculose; aussi l'importance de ce rôle a-t-il incité de nombreux comités départementaux à faire appel à cette organisation dont les résultats dépassent même toutes les espérances.

CANCER

La Ligue Franco-Anglo-Américaine, aujourd'hui Ligue française contre le cancer, a été fondée pendant la guerre, précédée en 1906, par l'Association pour l'étude du cancer.

Mais, ce n'est que depuis la guerre que la lutte contre le cancer a pris, en France, une organisation méthodique.

Ces centres régionaux anticancéreux ont été créés, en 1920, à l'instigation du professeur Bergonié et de M. le sénateur Paul Strauss alors ministre de l'Hygiène. Ces centres, qui sont rattachés à une Faculté ou à une École de Médecine, dépendent du ministère de la Santé Publique et poursuivent un triple but :

1° L'assistane et l'hospitalisation des malades atteints de cancer;

2° L'enseignement aux étudiants, aux médecins et au public de questions touchant au cancer;

3° Les recherches scientifiques dans les laboratoires spécialisés.

Il existe actuellement 12 centres en provinces :

Bordeaux, Lyon, Montpellier, Toulouse, Strasbourg, Nancy, Rennes, Nantes, Reims, Angers, Marseille, Lille, plus à un Alger et 13 organisations anticancéreuses : Besançon, Blois, Charleville, Dijon, Le Mans, Montauban, Nice, Nîmes, Orléans, Rodez, Tarbes, Rouen et Le Havre; plus 12 services dans les hôpitaux de Paris dont Villejuif.

Ces centres et services disposent actuellement de 443 lits; ils ont reçu, en 1928, 4.779 malades plus 10.619 à la consultation externe. Les biopsies et les examens microscopiques se sont élevés à 6.850.

La dotation totale en radium de ces centres était à la même date de 21 gr. 927 et ils disposaient de 35 appareils à rayonx X.

TAUDIS

L'habitation insalubre est sans contestation possible un excellent pourvoyeur des maladies sociales. Les adultes s'y étiolent, les enfants y végètent et la misère si souvent décrite à leur endroit y règne en permanence.

M. Georges Risler, Président du Musée Social, et de nombreuses œuvres d'intérêt national, a vu ce danger depuis longtemps et s'est attaché avec de nombreux philantropes et sociologues, vous le savez tous, à grouper les bonnes volontés afin d'aviser à ce lamentable état de choses. Mais cette triste situation de l'habitat n'est pas limitée aux grandes villes; dans les campagnes, où les travailleurs mal logés sont nombreux, elle constitue un des principaux facteurs de la désertion des champs. Une fois dans les agglomérations, ces nouveaux arrivés sont des candidats, des proies faciles, aux fléaux sociaux puisque non préparés à cette existence à l'atelier, et dont l'organisme insuffisamment imprégné subit les effets de l'attaque massive des germes de toutes sortes qui sont véhiculés par les poussières.

Des efforts très louables et méritoires ont été faits dans cette voie; mais la tâche dans son immensité, loin d'être terminée, ne peut que nous inciter et nous orienter vers de nouveaux efforts.

La nécessité de satisfaire aux besoins de l'hygiène et de résoudre la crise du logement en procurant aux travailleurs des logements à bon marché a inspiré une abondante législation.

Ce fut tout d'abord la loi Siegfreid (1894), qui fut précisée par la loi Strauss (1906); la loi Ribot (1908) et la loi Léon Bourgeois, Bonnevay et Paul Strauss (1912).

La codification de la législation relative aux habitations à bon marché a été réalisé par la loi du 5 décembre 1922, puis par celle du 12 juillet 1928 (Loi Loucheur), qui définit pour la première fois le logement à loyer moyen.

Tel est dans ses grandes lignes, l'état actuel de l'organisation de l'hygiène publique en France. Maintenant il nous reste à passer en revue l'influence de ces nombreux organismes sur l'incidence des taux de mortalité, surtout en ce qui concerne les fléaux sociaux.

Du point de vue de la tuberculose, vous ne m'en tiendrai pas rigueur, nous ne considérerons que la capitale, puisque, dans l'ensemble du pays, les causes de décès ont très souvent été mal déclarées à l'État civil, ou bien certaines maladies, qu'on ne voulait pas signaler, soit par répugnance ou par crainte de faire un peu de peine aux familiers du défunt, soit pour éviter le déclanchement de quelques timides mesures d'assainissement, trouvaient place sous des rubriques qui parfois sont connexes, mais aussi très souvent sans rapport d'aucune sorte avec la cause déterminante.

Il n'en est pas de même dans les grandes villes où un médecin de l'état civil doit constater les décès. Au cours de cette mission, ces fonctionnaires peuvent, comme à Paris, préciser dans nombre de cas, la cause du décès.

En 1901, la mortalité par tuberculose s'élevait à Paris à 468 décès pour 100.000 habitants des deux sexes et de tous âges réunis dont 403 par tuberculose pulmonaire. En 1913, elle était encore de 390 dont 328 par tuberculose pulmonaire et en 1928 elle s'est abaissée à 228 dont 192 décès par tuberculose des poumons.

La diminution de l'incidence de la mortalité par tuberculose, qui a été de 1901 à 1913 de 16,6 %, dont 18,6 % pour les pulmonaires, a atteint de 1913 à 1928, 41,6 % pour toutes les formes de la maladie et 41,5 % chez les pulmonaires.

Pendant ce temps, la mortalité générale diminuait de 17,6 % de 1901 à 1913 et de 10,4 % de 1913 à 1928, cette dernière représentant le prélèvement qui fut enlevé au tribut tuberculeux.

Le caractère prophylactique de l'action antituberculeuse se révèle ainsi très important quand on constate que le taux de la mortalité par tuberculose pulmonaire a rétrocédé de 1901 à 1928, de 403 à 192 décès pour 100.000 habitants, soit une différence de 211 représentant un déclin de 52,3 %; quand on mesure le recul du taux de la mortalité par tuberculose cérébro-méningée, qui fut de 1901 à 1913 de 3,07 % alors qu'il a atteint de 1913 à 1928 49,8 % (âges considérés).

Il résulte de cette constatation que la régression de la tuberculose constatée de 1901 à 1928 permet à elle seule d'enregistrer en moins chaque année 7.000 décès.

Pendant cette même période, le taux de la mortalité générale a baissé de 26,2 %.

Comme la mortalité par tuberculose, les décès dus à des affections de l'appareil respiratoire (phtisie exceptée) sont nettement en régression.

La bronchite aiguë descend de 23 en 1901 à 1 décès en 1928, pour 100.000 habitants soit une réduction de 95,7 %.

La bronchite chronique, rétrograde de 46 à 10 décès d'où un déclin de 79,3 %.

La pneumonie s'abaisse de 73 à 35 soit de 52,0 %.

Les autres affections de l'appareil respiratoire, tout en conservant un taux élevé se voient réduites, elles aussi, de 11,0 %, causant 153 décès pour 100.000 habitants en 1928 au lieu de 172 en 1901.

Il est permis de constater que les maladies de l'appareil respiratoire, tuberculeuses ou non, ont largement cédé devant les mesures hygiéniques qui leur ont été opposées.

Parmi les maladies chroniques autres que celles qui précèdent, le cancer mérite d'être signalé.

En 1906, pour la France entière, on notait 70 décès pour 100.000 habitants et 97 en 1927 soit une croissance de 27 points ou de 38,6 %. Mais cette augmentation a sans doute été largement influencée par les moyens d'investigation médicale plus perfectionnés et aussi, il faut bien le reconnaître, par la composition, selon l'âge et le sexe des habitants aux diverses dates.

Certaines villes, Lyon par exemple (MM. Lumière et Vigne) ont publié des mémoires dans lesquels la stabilité du taux de la mortalité cancéreuse serait démontrée.

A Paris, de 1906 à 1928, le taux ne s'est accru que de 115 à 127 décès, soit de 10,4 %, au lieu de 38,6 % pour l'ensemble du pays, ce qui milite nettement en faveur des réserves faites plus haut à l'endroit d'une augmentation effrayante de ce fléau, qui est de mieux en mieux diagnostiqué.

Quant aux maladies infectieuses, une diminution notable s'est manifestée depuis l'ère pastorienne. Une chute des taux s'amorça de façon très nette vers la fin du XIXe siècle et s'accentua depuis, selon un rythme assez régulier.

D'une moyenne annuelle de 100 décès, de 1880 à 1883, le taux de mortalité par fièvre typhoïde descend à 35 en 1900 et à 5 en 1928, se maintenant à ce

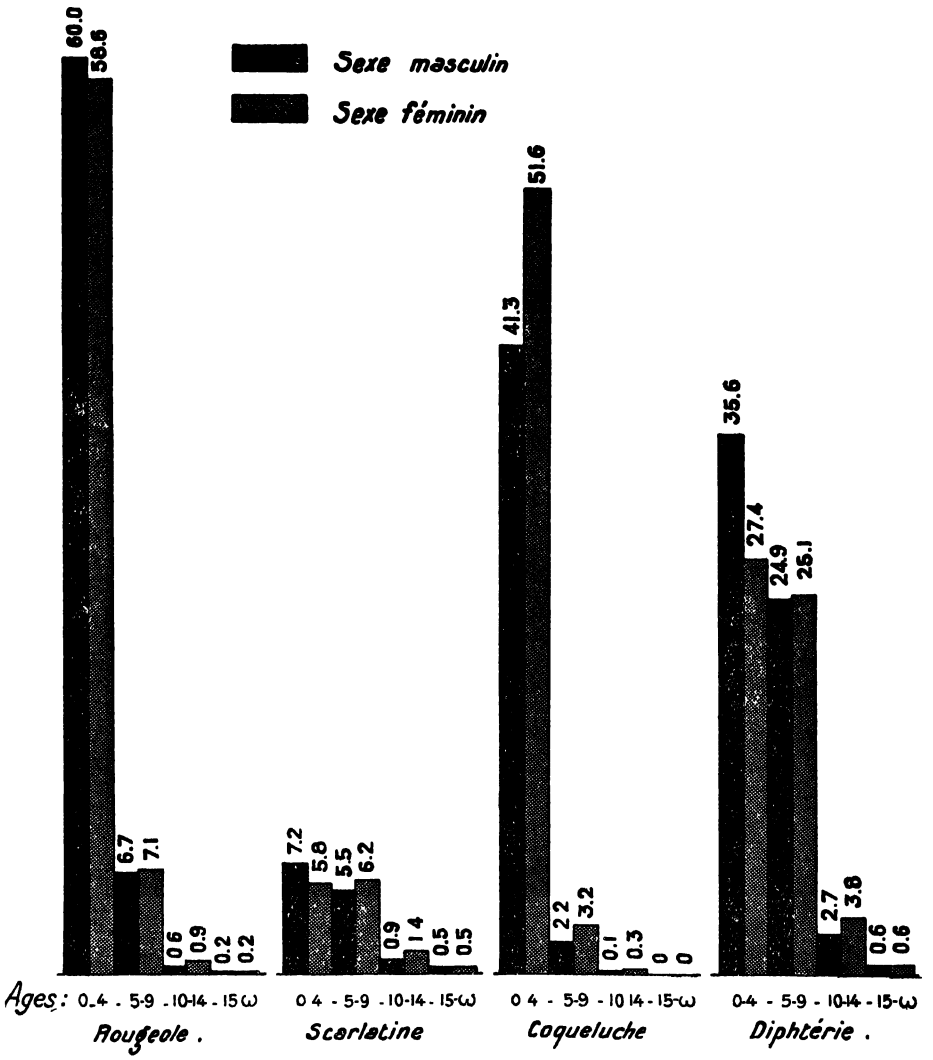
niveau depuis quelques années. La diminution de l'incidence de cette affection est aujourd'hui, depuis 1880-1883, de 95 %.

La variole a, pour ainsi dire, disparu de la liste des causes nosologiques

La rougeole connaît également une régression qui est voisine de 60 % étant en 1928 de 19 décès pour 100.000 parisiens. Parmi les maladies infectieuses, la rougeole est des plus meurtrières chez l'enfant (1).

Fig. 3. — *Mortalité due aux principales maladies infectieuses enregistrée en France en 1927.*

Proportion de ces décès pour 100.000 habitants de même sexe et de même âge.



La scarlatine a également rétrogradé dans d'importantes proportions.

La diphtérie qui, vers 1880, se tenait aux environs de 100 décès pour 100.000

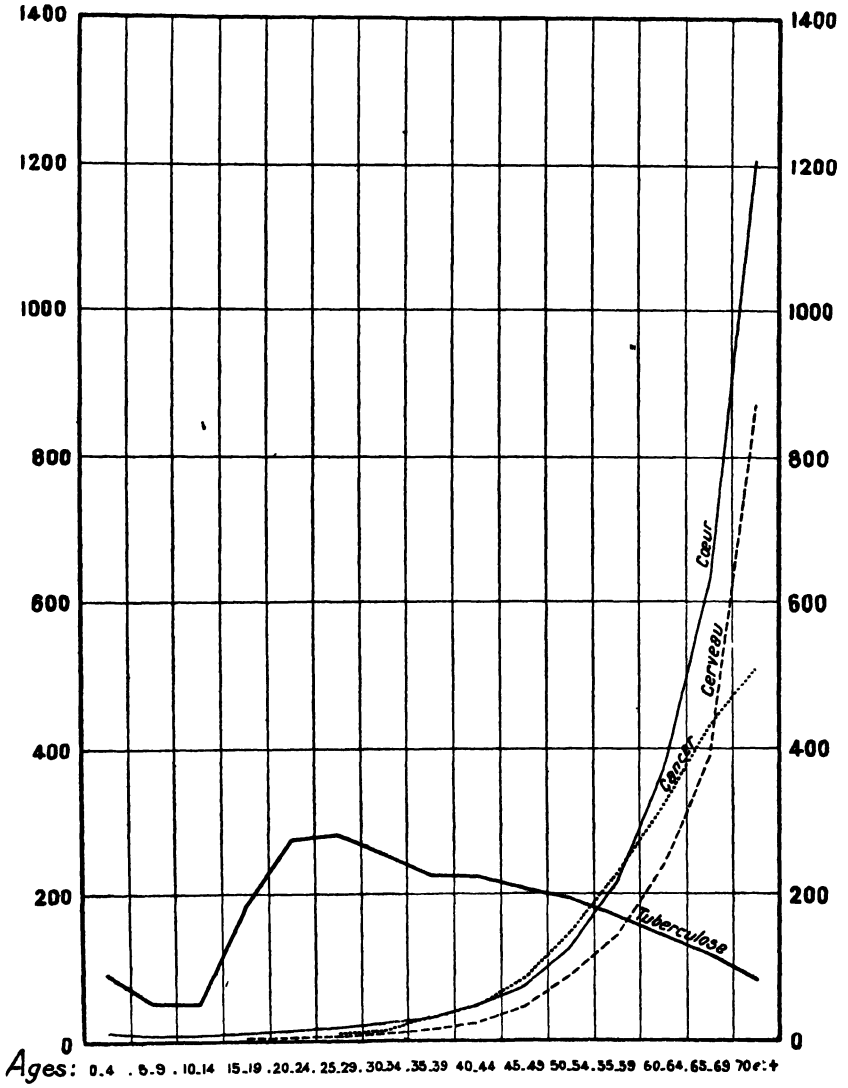
(1) Voir *Le Siècle Médical* du 15 juin 1929.

habitants de tous âges fut rapidement combattue et ne cause plus que 7 décès en moyenne; le déclin ressort à 93 %.

Les autres maladies infectieuses, à caractère épidémique, ont suivi elles aussi, une allure rétrograde à celle des affections dont nous venons de parler, à l'exclusion toutefois de la grippe qui, essentiellement épidémique, conserve sa virulence et la manifeste de temps à autre.

Fig. 4. — *Mortalité par tuberculose et maladies organiques enregistrée en France en 1927.*

Proportion de ces décès pour 100.000 habitants de même âge.



Les maladies organiques ont, comme le cancer, une tendance très nette à se maintenir au même taux et même à s'accroître, sous l'influence de l'âge. Elles frappent très rarement des personnes jeunes et sont, de ce fait, des maladies de l'adulte avancé et de l'âge mûr.

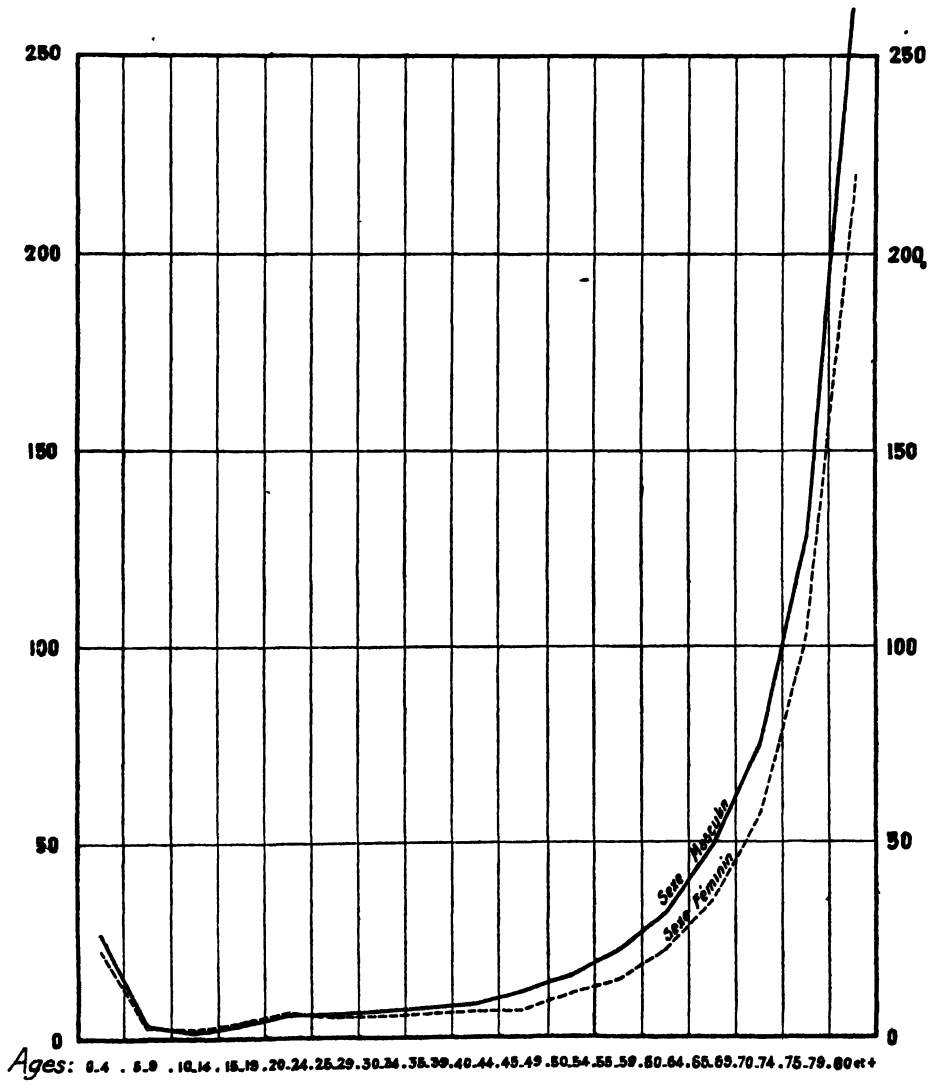
En 1901 et en 1928, les taux de la mortalité sont respectivement de 80 à 82 décès pour 100.000 habitants attribués à l'hémorragie, apoplexie et ramollissement du cerveau.

Les maladies organiques du cœur passent, aux mêmes dates, de 123 à 134, le taux le plus bas est 104.

D'une façon générale une inclinaison est observée sur les courbes de presque toutes les causes de mort. Il en est de même pour certaines séries de sujets, telles que les nourrissons, dont la mortalité a été réduite de 40 % depuis 1900 et les parturientes dont les risques de mort inhérents aux accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement (septicémie puerpérale, fièvre, péritonite puerpérale), ont été considérablement diminués (50 %) depuis 1900.

Fig. 5· — *Mortalité générale enregistrée en France en 1927.*

Proportion de cès décès pour 1.000 habitants de même âge et de même sexe.



Le déchet provenant de la débilité congénitale et ces vices de conformation descend également de 31 en 1911 à 19,7 en 1927, après avoir atteint 37,1 en 1918, pour 1.000 naissances vivantes. Celui qui intéresse la mortinatalité qui était en 1911 de 44 morts-nés pour 1.000 naissances totales est réduit, après s'être élevé à 48,3 en 1916 et à 47,3 en 1919, à 37,6 en 1928 et continue à décroître. Ces derniers résultats semblent bien liés à l'action antivénérienne qui s'est attachée non seulement à soigner les malades mais aussi à appliquer le dépistage et leur traitement.

Ces diverses améliorations, qui sont parmi les principales, ont amené un fléchissement très appréciable du taux de la mortalité générale, qui se résume ainsi qu'il suit :

Si l'on tient compte des deux périodes quinquennales extrêmes : 1901-1905 et 1924-1928, dont le taux annuel moyen est respectivement de 19,6 et 16,9 décès pour 1.000 habitants, on enregistre une régression de 2,7 décès d'où un gain annuel de 108.000 existences.

Autrement dit, si le taux moyen de 1924-1928 s'était maintenu au niveau de celui de 1901-1905, le nombre des décès de toutes causes — quelqu'en soit l'âge et le sexe — se serait élevé en 1928 de 697.000 à 805.000. Et cependant la composition de la population n'est plus la même.

En 1901, on comptait 20,1 décès et en 1928 cette proportion s'abaissa à 16,5 pour 1.000 habitants. La diminution du taux de la mortalité est de 3,6 décès et correspond, pour 1928, à une économie de 148.000 vies.

Mais ce mode de calcul simplexe renferme des erreurs évidentes puisqu'il ne tient aucun compte de l'âge ni du sexe des décédés au cours de la période considérée. Or les maladies exercent différemment leurs effets sur l'un ou l'autre sexe, comme elles frappent avec prédilection des sujets d'un âge donné et cette influence milite en faveur de l'établissement de taux spécifiques.

Cette méthode, appliquée dans les pages suivantes, est un des meilleurs moyens d'évaluer avec une approximation suffisante les pertes sociales qui résultent de ces fléaux.

Comment opérer cette évaluation? Peut-on transformer en valeur monétaire l'individu qui concourt, sous diverses formes, à l'activité du pays? Nous ne le pensons pas, car en cas de décès, il y a déficit professionnel et déficit démographique. C'est une valeur qui échappe à la société dans le plus grand nombre de cas, car dans les populations il y a aussi des valeurs négatives et tous les individus qui composent la société constituent des valeurs souvent très différentes les unes des autres.

Les Anglo-Saxons ont estimé la vie humaine en la transformant en unités monétaires, procédé toujours discutable.

Tout récemment les Américains du Nord l'ont évaluée à 100 dollars par année (préjudice causé à chaque habitant) et après voir dressé deux tables de mortalité, l'une générale, l'autre excluant la tuberculose, ils ont été conduits à penser que ceux qui mourraient de tuberculose auraient vécu, sans cette atteinte, deux ans et demi de plus. De ce fait, la tuberculose était rendue responsable d'une diminution de l'existence égale à 2 ans et demi; ce qui fait 250 dollars par décès dus à la tuberculose, soit 6.250 francs environ, que les auteurs reportaient sur la tête des 117 millions de sujets qui composent leur

population. Ils arrivaient ainsi à des chiffres astronomiques, c'est-à-dire de l'ordre de 730 milliards de francs papier et par an.

L'intérêt des deux tables de mortalité est prépondérant; mais l'estimation à 100 dollars est sans doute plus constestable.

En France, des tables ont été dressées et la valeur sociale de l'individu a été estimée selon l'âge en se basant d'une part sur les dépenses de toutes natures en provenance du gain personnel et d'autre part sur la valeur sociale à la naissance (1).

Nous inspirant de ce principe qui admet une valeur à la naissance de l'individu et aussi de sa valeur croissante dès le début de la période d'activité tout en observant qu'à partir d'un âge donné cette valeur décroît avec la capacité de travail, nous avons recherché dans la mortalité générale de 1927, dans chaque sexe et à chaque âge, la part qui revient à la tuberculose et comparé cette dernière à la même mortalité enregistrée en Angleterre et Pays de Galles.

Puis, en admettant que le salaire payé à un ouvrier représente l'intégralité du produit de son labeur, nous avons relevé dans les bulletins trimestriels de la statistique générale le salaire annuel moyen de l'ensemble des travailleurs par sexes séparés et la probabilité de survie à chaque âge et dans chaque sexe a été le deuxième élément de ces évaluations.

Ceci posé, on a utilisé la publication des causes de décès enregistrés en 1927, qui révèle que sur les 675.540 décès au total, 71.117 ont été causés par la tuberculose sous toutes ses formes. Ce dernier nombre représente cependant un minimum puisque, malgré les améliorations enregistrées en ce qui concerne la déclaration des causes, 10,3 % des décès sont de causes son spécifiées, plus un certain nombre d'autres qui figure sous des rubriques différentes.

Quoi qu'il en soit, seules les déclarations ont été prises en considération et, de ce fait, les déductions représentent certainement des minima.

Qu'elle est la mortalité tuberculeuse en France par rapport à celle qui est enregistrée chez nos voisins.

Pour simplifier ce travail, qui ne considère que la surmortalité — il est impossible actuellement de supprimer la tuberculose — nous avons comparé dans chaque âge et dans chaque sexe les taux français et anglais.

Le tableau suivant en fournit les données et la surmortalité absolue.

Si nous appliquions, en bloc, à la France, le taux anglais qui est de 97,2 en 1927 pour 100.000 habitants de tous âges et des deux sexes, nous obtiendrions une mortalité de 39.800 décès au lieu des 71.117 qui ont été enregistrés sur le territoire national, soit une différence de 31.317 décès qui viennent à notre passif.

Les calculs du tableau ci-dessous font apparaître un excédent de 31.200 (17.150 + 14.380 — 322) et à l'avantage de situer dans chaque sexe les âges qui contribuent à créer cette situation.

Si nous admettions que ces décès (surmortalité) ne seraient survenus que dans un nombre d'années, dans le cas où la tuberculose n'aurait frappé ces victimes qu'autant qu'elles le sont dans l'autre pays il serait assez facile d'en

(1) *Revue Économique Internationale*, décembre 1910, p. 552-559 (Alfred Barriol).

évaluer le nombre d'années de vie qui est ainsi sacrifié chaque année et d'estimer, sur la base du salaire moyen, la perte sociale qui en résulte du seul point de vue professionnel.

Mortalité par tuberculose en France et en Angleterre et Pays de Galles.

AGE	SEXE MASCULIN				SEXE FÉMININ			
	France	Angleterre et pays de Galles	Différences entre les taux	Surmortalité en nombres absolus	France	Angleterre et Pays de Galles	Différences entre les taux	Surmortalité en nombres absolus
0-4 ans.	928	1.012	— 184	— 322	859	819	+ 40	+ 68
5-9 — . . .	496	329	+ 167	+ 214	554	336	+ 218	+ 287
10-14 —	366	259	+ 107	+ 149	684	417	+ 267	+ 368
15-19 —	1.410	796	+ 614	+ 1.610	2.318	1.196	+1.122	+ 1.860
20-29 —	2.639	1.283	+1.356	+ 4.550	2.878	1.383	+1.495	+ 4.930
30-39 —	2.807	1 419	+1.388	+ 3.660	2.032	1.014	+1.018	+ 3.130
40-49 —	2.985	1.763	+1.223	+ 3.140	1.423	798	+ 625	+ 1.820
50-59 —	2.675	1.527	+1.148	+ 2.625	1.071	640	+ 431	+ 1.068
60-69 —	1.799	1.196	+ 603	+ 984	886	565	+ 321	+ 605
70 et + ...	975	605	+ 370	+ 348	706	329	+ 377	+ 498
Ensemble . . .	1.988	1.112	+ 876	+17.150	1.527	842	+ 683	+14.380

Malgré qu'il soit impossible d'éviter la mort, il est au moins permis de la retarder avons-nous déjà dit, les maladies infectieuses étant méthodiquement prévenues, qu'il s'agisse de maladies microbiennes, de maladies organiques, quels que soient les viscères qu'elles aient affectés, tous ces phénomènes morbides et tant d'autres causent souvent des décès prématurés, donc évitables, et dont les victimes pourraient bénéficier d'une survie plus ou moins longue mais toujours appréciable.

Mortalité générale (nombres absolus) et mortalité tuberculeuse comparées en 1927.

AGE	SEXE MASCULIN			SEXE FÉMININ		
	Nombre de décès		pour 100 décès au total combien par tuberculose?	Nombre de décès		pour 100 décès au total combien par tuberculose?
	toutes causes	tuberculose (toutes formes)		toutes causes	tuberculose (toutes formes)	
0- 1 an	34.944	682	1,8	27.104	522	1,9
1- 4 ans	12.115	993	8,2	11.172	943	8,5
5- 9 —	4.044	664	16,4	3 874	729	18,8
10-14 —	2.175	509	23,4	2.509	945	37,7
15-19 —	6.066	2.439	40,3	6.806	3.836	56,3
20-24 —	9.511	4.274	44,8	9.403	5.145	54,7
25-29 —	9.656	4.547	47,2	8.962	4.326	48,4
30-34 —	8.943	3.883	43,4	8.573	3.474	40,5
35-39 —	9.362	3.507	37,5	8 509	2.756	32,4
40-44 —	11.918	3.867	32,5	9.622	2.338	24,3
45-49 —	14.725	3.774	25,7	11.273	1.798	15,9
50-54 —	19.826	3.610	18,2	14.549	1.482	10,2
55-59 —	22.514	2.495	11,1	16.494	1.171	7,1
60-64 —	29.120	1.830	6,3	23.141	948	3,6
65-69 —	34.443	1.108	3,2	29.790	721	2,4
70-74 —	36.401	540	1,48	35.681	465	1,3
75-79 —	36.798	274	0,74	42.548	301	0,71
80 ans et au delà	42.088	104	0,25	60.881	167	0,27

Évaluation du nombre des décès représentant la sur mortalité française par tuberculose.

AGE	SEXE MASCULIN			SEXE FÉMININ		
	Sur-mortalité tuberculeuse N. absolus	Espérance de vie en années	N. probable d'années perdues	Sur-mortalité tuberculeuse N. absolus	Espérance de vie en années	N. probable d'années perdues
0- 4 ans	»	58	»	68	60	1.080
5- 9 —	214	54	11.556	287	57	16.359
10-14 —	149	50	7.450	368	53	19.504
15-19 —	1.610	45	72.450	1.860	48	89.280
20-29 —	4.550	39	177.450	4.930	42	207.060
30-39 —	3.660	32	117.120	3.130	35	109.550
40-49 —	3.140	24	75.360	1.820	27	49.140
50-59 —	2.625	17	44.625	1.068	19	20.292
60-69 —	984	11	10.824	605	12	7.260
70 ans et plus	348	»	»	498	»	»
			515.835			522.525

Il apparaît ainsi qu'en surmortalité (base Angleterre et Pays de Galles), la tuberculose a été rendue responsable en 1927 de la perte de 516.835 années de vie chez l'homme et de 522.525 chez la femme, soit 1.039.360 années.

Si nous retranchons de ce total la somme des années représentées par les enfants âgés de moins de 15 ans, nous obtenons 980. 411 années de personnes d'âge actif (15 à 69 ans) se répartissant en 497.829 parmi le sexe masculin et en 482.582 chez la femme.

Le salaire ouvrier moyen étant établi à 10.000 francs par an pour l'homme, à 6.000 pour la femme, la somme annuelle des pertes s'élève à :

Hommes	4.978.290.000
Femmes	2.895.492.000
Enfants	86.880.000
Soit	7.960.662.000

On sait que le salaire et la capacité de travail décroissent à partir de 55 ans environ et que si nous n'avons pas rectifié le calcul jusqu'à 69 ans, c'est que la tuberculose s'observe aussi en surmortalité dans un autre milieu où les salaires sont plus élevés et les pertes qui en résultent sont, à fortiori, plus importantes.

Ces pertes annuelles de 8 milliards de francs ne visent que la réduction possible de la mortalité par tuberculose, sur la base de la mortalité tuberculeuse observée actuellement en Angleterre et Pays de Galles. Elles seraient du même ordre de grandeur si elles étaient comparées à celles des pays voisins.

Les 40.000 autres décès de tuberculose qui n'entrent pas dans ce calcul, font l'objet de pertes au moins égales aux premières et font un ensemble de 16 milliards de francs. Et le triste bilan tuberculeux, en dehors des privations et des soins à donner aux malades, de leur manque à gagner pendant un laps de temps plus ou moins long, se trouve à nouveau grandement aggravé par le déficit démographique qui en résulte.

Ce n'est pas tout. Les maladies vénériennes prennent elles aussi une part importante dans notre mortalité. Mais les déclarations actuelles ne sont point faites pour nous fixer sur ce point.

Toutefois, en dehors des nombreux décès qu'elles causent, soit par ataxie locomotrice, par paralysie générale et par autres affections organiques, soit par une abondante alimentation des asiles, elles sont la cause de nombreux mort-nés et provoquent les accouchements prématurés ou fournissent des dégénérés de toutes sortes.

La psychopathie qui prévèle soit en traitement des malades, soit en surmortalité, un minimum annuel de 206.000 années de vie, qui se répartissent en 100.000 années chez l'homme et en 106.000 chez la femme, plus 4.521 années intéressant les adolescents de moins de 15 ans, provoquent des pertes qui ne sont pas inférieures à deux milliards de francs, y compris les dépenses d'entretien.

Mais celles qui sont causées à autrui (blessures, vols, meurtres, etc...) par des justiciables de l'asile — les délinquants, les anormaux divers et les inadaptés à la vie sociale — qui sont en liberté, forment ensemble un déficit très important.

Quant au déficit démographique qui est inhérent à cet état de choses, il est assez difficile de l'évaluer. Cependant, il semble que si l'on établissait, par couple de générateurs, un coefficient de procréation, en tenant compte de la fréquence des mariages, de leur précocité et aussi de leur fertilité, sans oublier la situation économique, on pourrait alors mesurer l'influence qu'exerce sur la dénatalité la mortalité prématurée que nous venons de considérer.

C'est un point très important semble-t-il, malgré que le taux de la natalité faiblisse moins aujourd'hui chez nous que chez nos voisins (exception faite pour l'Italie et surtout l'Espagne), car il permettrait de considérer dans toute son ampleur les gains qui peuvent être réalisés en compressant, par une lutte méthodique exercée contre les maladies sociales de toutes sortes, le taux de notre mortalité générale.

DISCUSSION

M. le Président remercie M. Moine de sa très intéressante communication.

M. Ruffieux estime qu'une remarque s'impose : l'orateur a présenté d'une part l'effort de l'État pour diminuer la mortalité et d'autre part la diminution de la mortalité.

Il est bon de remarquer que ce dernier phénomène n'est pas dû uniquement à l'action de l'Administration, mais qu'il résulte en partie de l'initiative privée. C'est ainsi, par exemple, que la création de caisses de compensation, l'organisation par les chemins de fer de services sanitaires, l'instruction qui développe l'esprit d'hygiène parmi la population, ont une grande part dans cette décroissance de la mortalité.

Il existe même des cas où l'état sanitaire, la morbidité et la mortalité se sont beaucoup améliorés en dehors de tout effort relevant spécialement de l'hygiène. Ainsi dans la Dombes, pays autrefois marécageux et très malsain, où des drainages et des systèmes de vannes ont permis de supprimer les marais et de les remplacer alternativement par des champs ou des étangs de pleine eau, permettant de réaliser l'assolement céréales-poissons en un rythme

généralement tri-annuel. Depuis que cette pratique a été généralisée dans toute la Dombes, le pays est devenu à la fois salubre et riche.

M. Moine fait remarquer qu'il n'a pas considéré seulement les organisations d'État. Dans ce travail sont comprises les nombreuses œuvres privées qui nous transmettent très volontiers leurs résultats.

Il est bien évident que pour réaliser l'armement sanitaire, il est besoin de sommes très importantes et que le seul effort de l'État serait insuffisant. Pour la lutte contre la tuberculose, par exemple, les sommes dépensées annuellement sont considérables et n'ont pu être obtenues que par l'aide de toute la population; on peut signaler à cet égard le produit de la vente du timbre antituberculeux.

C'est donc l'ensemble de l'effort public ou privé qui a été présenté.

M. Ichok remarque que chaque fois qu'il est question de la lutte contre la tuberculose ou les autres maladies, on fait usage de termes employés au vocabulaire de la guerre : armement sanitaire, campagne antituberculeuse, etc... Dans ces conditions, on est conduit tout naturellement à parler du nerf de la guerre, c'est-à-dire de l'argent.

Il serait particulièrement intéressant de dire jusqu'à quel point le succès des campagnes entreprises dépend des sommes accordées. Puisque l'on a présenté le coût de la mortalité causée par certaines maladies, il faudrait donner le montant des sommes dépensées pour l'hygiène sociale en contrepartie du gain réalisé par l'économie de vies humaines.

En plus de l'effort de l'État, M. Ichock signale combien certaines initiatives départementales ou communales sont importantes et couronnées de succès. Il serait notamment intéressant, à côté de l'effort de l'État et du département, d'obtenir quelques renseignements sur celui de communes dont l'activité féconde pourrait, dans certains cas, servir d'exemple.

M. Moine signale que le budget de l'État français contre la tuberculose atteint 86 millions. Les départements font un effort certainement plus important, mais dont on ne connaît pas l'ordre de grandeur.

On a établi dans certains pays, Danemark par exemple, des relations entre le budget de l'État et le déclin de la mortalité; nous n'en sommes pas encore là et notre mortalité commence seulement à décroître.

En 1920, le budget pour la lutte contre la tuberculose était de 3 millions. Il est passé à 86 millions, soit 2 fr. 10 par habitant, contre 8 francs en Norvège et 20 francs dans certains États.

Mlle Benoit signale une mesure d'hygiène sociale qui donnerait de bons résultats; à la suite de chaque accouchement à l'hôpital, il serait bon que des visiteuses s'assurent de la salubrité des logis dans lesquels les nouveau-nés sont destinés à vivre leur première enfance.

M. André Bernard revenant à la question posée par M. Ichock, dit qu'il serait en effet souhaitable de pouvoir comparer les dépenses d'hygiène sociale et le gain en travail productif réalisé par la diminution de la morbidité et de la mortalité. Il lui paraît, du point de vue exclusivement financier, que le produit net qui se dégagerait de cette comparaison, s'élèverait sans doute à un montant très élevé.

M. Moine le confirme en indiquant que les dépenses des services sanitaires

du chemin de fer de Paris à Orléans ne dépassent pas, au point de vue de la tuberculose, 30 francs par tête et par an.

M. Marin dit que l'effort départemental est très considérable depuis dix ans, mais qu'il est limité comme les pouvoirs des conseils généraux. Certains services leur sont très accessibles; ils peuvent traiter, par exemple, de tout ce qui concerne le service des eaux, les asiles d'aliénés, mais il n'existe pas, dans la plupart des cas, de spécialistes à la disposition des départements pour organiser des services d'hygiène sociale.

C'est ainsi qu'en Meurthe-et-Moselle, il a été très difficile de mettre un neurologiste à la disposition des malades. On ne peut guère avoir que des services de médecine générale.

D'autre part, si les services créés ne sont pas destinés à un très grand nombre d'individus, les crédits accordés risquent de ne donner qu'un mauvais rendement.

Par ailleurs, M. Marin fait remarquer qu'il sera bien difficile d'obtenir les renseignements demandés par M. Ichok. Un exemple montre combien les évaluations qui pourront être faites seront sujettes à caution.

Les sommes accordées aux chirurgiens des hôpitaux par opération sont extrêmement faibles. Certaines interventions graves ne sont payées que de quelques francs. En se basant sur de tels chiffres, on aurait évidemment de grosses erreurs quant à l'évaluation des dépenses.

M. Ichok reconnaît qu'évidemment il faut tout faire intervenir dans l'évaluation du budget destiné directement, ou indirectement, à la protection de la santé publique.

Pour prouver combien le calcul est parfois compliqué, l'on peut prendre, à titre d'exemple, la lutte contre le taudis, où l'on envisage : la construction des logements, la transformation des quartiers d'une ville, les dépenses pour créer des lignes de chemin de fer permettant de décongestionner les villes, la création de services d'eau potable, etc...

M. Marin remarque que les mesures ayant le plus heureux effet ne sont pas toujours les plus coûteuses. C'est ainsi qu'en Italie, l'obligation de l'emploi de la quinine, délivrée gratuitement dans les régions paludéennes, a fait diminuer très sensiblement la mortalité.

Dans un même ordre d'idées, M. Ichok signale qu'un maire a eu l'heureuse idée, pour diminuer l'alcoolisme dans sa commune, d'obliger tous les débitants de boissons à supprimer les rideaux des vitres de leurs débits. Cette mesure, toute gratuite, aurait eu paraît-il un effet certain.

M. Marin remarque que la médecine coloniale pourrait fournir des chiffres probants, permettant d'opposer très exactement les gains de survie aux dépenses engagées et remercie les divers orateurs qui ont bien voulu prendre part à la discussion.