

G. ICHOK

Le problème des immigrés malades

Journal de la société statistique de Paris, tome 68 (1927), p. 306-316

http://www.numdam.org/item?id=JSFS_1927__68__306_0

© Société de statistique de Paris, 1927, 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

LE PROBLÈME DES IMMIGRÉS MALADES

Qu'il soit permis, au début de cette communication, de citer les paroles prononcées par M. Oualid (1), au cours de sa conférence, donnée, le 23 février 1927, au Musée Social. L'orateur s'exprima ainsi : « Il est vraiment trop facile de dépeindre tous les étrangers résidant en France sous les traits du profiteur de change, du malade qui encombre nos hôpitaux ou nos asiles, de l'escroc ou du criminel qui remplit nos prétoires et peuple nos prisons. Fort heureusement, il se présente, le plus souvent, comme le bon, dur et honnête travailleur : le mineur polonais ou le mécanicien tchèque, le terrassier italien ou le tisserand belge, le vigneron espagnol ou le cultivateur luxembourgeois qui vient mettre en valeur le sol, le sous-sol et les usines de la France. Certes, parmi eux se glissent des indésirables. Ceux-là entrent, généralement, chez nous, par les voies irrégulières et détournées. Contre eux, un contrôle sévère s'impose et une répression impitoyable est de mise. Mais il ne faut pas géné-

(1) W. OUALID : I. *L'immigration ouvrière est-elle organisée en France?* II. *La France deviendra-t-elle un pays de minorités nationales?* (*Le Musée social*, t. XXXIV, nos 5-6, p. 125-184, mai-juin 1927).

raliser et englober tous les allogènes dans une égale suspicion ou une même réprobation. Que deviendrions-nous si, comme dans la fameuse parabole de Saint-Simon, ils venaient tous à disparaître? »

M. Oualid rappelle que, d'après le recensement de l'an dernier (1926), les étrangers sont, en France, au nombre de 2 millions et demi (2.498.230) sur une population de près de 41 millions d'habitants. En 1901, ils étaient moins d'un million. En 1911, ils le dépassaient largement (1.160.000), mais ne formaient encore que 3 % de la population. En 1921, ils étaient 1 million et demi (1.550.000), Alsace et Lorraine comprises, et formaient moins de 4 % de l'ensemble des habitants. En 1926, l'effectif des étrangers a fait un bond énorme. Il a grossi de 1 million en cinq ans, soit à la cadence de 200.000 par an. Il constitue 6 % du total de la population et plus du double de la proportion d'avant-guerre.

D'après M. Oualid, l'activité professionnelle des immigrés ressort du fait qu'en 1921, sur 1 million et demi d'étrangers dénombrés, 911.000 environ (910.714) appartenaient à la population active (60 %) (moyenne générale 56 %), avec forte prédominance de l'élément masculin (697.469 hommes contre 213.245 femmes). La majeure partie des étrangers occupés sont des salariés, ouvriers et employés, puisque, sur 911.000 étrangers actifs, 113.000 à peine étaient des patrons (12,5 %), le reste étant des employés (91.000), des ouvriers (144.000), des chômeurs (35.000), ou des isolés (127.000), alors que, dans la population totale, l'élément patronal ou indépendant représente 30 % de l'ensemble des professionnels.

Les ouvriers étrangers qui entrent en France sont d'une utilité incontestée pour la vie économique du pays. Pour donner une idée de la valeur de la main-d'œuvre étrangère, rappelons seulement quelques chiffres de M. Perrin (1) au sujet des entreprises du bâtiment et des travaux publics en France. Cet auteur conclut de la manière suivante :

« En raisonnant pour quatorze ans, la main-d'œuvre supplémentaire nécessaire serait de 400.000 hommes. Si nous tenons compte maintenant qu'avant la guerre 130.000 étrangers étaient déjà employés sur les chantiers des entreprises du bâtiment et des travaux publics, et que nous avons eu 130.000 morts et 150.000 invalides, nous estimons qu'il faudrait actuellement et temporairement environ 800.000 ouvriers étrangers dans les entreprises du bâtiment et des travaux publics. »

Pour les autres catégories professionnelles, et notamment pour l'agriculture (537.988 tués et décédés à la suite de la guerre) l'arrivée de la main-d'œuvre étrangère est également d'une utilité incontestable. M. Schaefer, président de la main-d'œuvre agricole du Gers, pour ne citer qu'un exemple typique, avait dit : « Les campagnes, jadis fertiles, se meurent; la dépopulation les tue. Il y a là 50.000 hectares en friche, 2.500 fermes à l'abandon. Dans certains villages, les derniers survivants ne trouvent pas un survivant pour clouer leur cercueil. C'est ce désert qui, grâce à nos Italiens, refléurit. »

*
* *

(1) J. PERRIN, *La main-d'œuvre étrangère dans les entreprises du bâtiment et des travaux publics en France* (Paris, Presses Universitaires, 1925, 1 vol. de 180 p.).

Après avoir admis et reconnu la nécessité, pour ainsi dire vitale, de l'immigration étrangère, il y a maintenant lieu d'examiner la question sous une autre face. C'est ainsi par exemple que les immigrés malades doivent retenir l'attention, tant au point de vue prophylactique que curatif. Pasteur disait : « On ne demande pas à un malheureux : de quel pays es-tu ? Tu souffres, cela suffit. Tu m'appartiens et je te soulagerai. » La pensée généreuse du Maître a peine à s'accorder avec la mentalité de notre siècle, et avec les dures réalités du domaine budgétaire. Les sommes dépensées pour le traitement des étrangers nécessaires s'accroissent chaque jour, force est donc de rechercher, en dehors de toute considération d'ordre sentimental une solution rationnelle pour un problème qui devient inquiétant. Avant d'aborder ce sujet épineux, et sujet à controverses, on aimerait à posséder une documentation embrassant le pays tout entier. Or, nous ne disposons que de statistiques isolées, et tout à fait insuffisantes, tant en ce qui concerne les villes, qu'en ce qui concerne les différentes catégories de malades.

En 1926, à Paris, le total des étrangers soumis à un traitement (moyenne de traitement à l'hôpital : vingt-quatre jours) était de 19.937 — soit 8 % des malades admis. La proportion indiquée est supérieure à celle relevée au cours des années précédentes. En 1924, par exemple, le pourcentage de malades étrangers admis dans les hôpitaux était de 7,2 %. A cette époque, le prix de la journée d'hôpital était de 23 francs, soit une dépense totale de 9.717.500 francs pour les malades étrangers.

A Lyon, la situation est également peu rassurante. M. Cazeneuve a apporté, l'année passée, à la tribune de l'Académie de Médecine (1), quelques précisions suggestives. Nous voyons, tout d'abord, que, sur 3 millions d'étrangers environ que les statistiques officielles constatent en France, l'agglomération lyonnaise en compte 80.000, auxquels il faut ajouter encore plusieurs milliers d'Africains du Nord. Or, en 1923, le nombre des étrangers adultes et enfants soignés dans les hôpitaux lyonnais fut de 1.519, soit 4,55 % du total des entrées. En 1924, il atteignait 2.306, ce qui donne un pourcentage de 6,30; enfin, en 1925, on constate 2.828 entrées représentant 7,28 % du total des hospitalisés.

Du fait de l'hospitalisation des étrangers à Lyon, en comptant la moyenne d'une journée d'hôpital à 17 francs, les 2.828 étrangers, hospitalisés, en 1925, représentent 84.840 journées correspondant à la dépense de 1.442.000 francs.

A Marseille, la troisième ville dont nous nous servons comme exemple, la question paraît, d'après L. Imbert (2), plus importante que partout ailleurs, en raison du fait que les hôpitaux de cette ville ne sont pas riches et qu'ils subissent un véritable assaut de la part d'une population étrangère indigente.

M. Imbert a relevé deux séries de chiffres. La première se rapporte à 1913, la dernière année normale d'avant-guerre, la seconde à 1921, la dernière année où la statistique ait été établie.

En 1913, les hôpitaux de Marseille, maternité comprise, ont reçu 13.821 malades; sur ce nombre, 9.879 étaient Français, soit 71 %; 3.005 étaient Italiens, soit 22 %; 937 appartenaient à d'autres nationalités, soit 7 %.

(1) M. CAZENEUVE, *Sur les malades étrangers dans les hôpitaux* (Bull. de l'Acad. de Méd., t. XCV, n° 3, p. 70, 1926).

(2) L. IMBERT, *Les malades étrangers dans les hôpitaux de Marseille* (La Presse médicale, t. XXXV, n° 34, p. 709, 1924).

En 1921, les chiffres s'étaient modifiés : 23.033 malades ont été admis dans les hôpitaux, dont 17.860 Français (77 %), 3.803 Italiens (17 %), 1.370 d'autres nationalités (6 %).

* * *

Les chiffres, donnés pour les trois villes, concernent les malades dans leur ensemble; mais il serait instructif de connaître la proportion pour chaque maladie. Or, les statistiques de l'Assistance publique ne comprennent pas de classement par rubrique pour étrangers et Français, force nous est donc une fois de plus, d'avoir recours à des documents incomplets, établis de façon peu satisfaisante.

En commençant par les aliénés, et en prenant comme exemple le département de la Seine, nous avons pu noter qu'il comptait, au 1^{er} janvier 1926, 14,211 aliénés, tant dans ses propres asiles que dans les asiles de province. Le nombre des aliénés étrangers à la charge du département s'élevant alors à 72 (40 plus 32), la proportion ressort à 1/2 %; compte tenu des malades à la charge de l'État, la proportion s'élève à 1,2 %.

Il a été possible de récupérer, au moins partiellement, les frais de séjour de 30 aliénés étrangers (dont 19 traités au compte de l'État et 11 au compte du département).

Soixante-dix-neuf aliénés étrangers sont restés à la charge intégrale de l'État, 51 à la charge intégrale du département.

Afin de diminuer l'encombrement des asiles de la Seine et de réduire les frais d'hospitalisation des aliénés étrangers, l'Administration s'emploie, d'une part, à hâter, lorsqu'il est possible, le rapatriement de ces aliénés dans leur pays d'origine; d'autre part, à transférer dans les asiles de province — où le prix de journée est moins élevé que dans la Seine — ceux d'entre eux qui, en conformité des conventions actuellement en vigueur, restent à la charge de l'État et du département.

Aussi, tandis que les entrées d'aliénés étrangers dans les asiles de la Seine représentent plus de 8 % du nombre total des admissions (340 étrangers admis en 1925 pour un total de 4.160 entrées), la proportion des aliénés étrangers présents n'était au 1^{er} janvier 1926 que de 2,36 %.

Les immigrés aliénés constituent un danger, non seulement pour la France, mais aussi pour un autre grand pays d'immigration, les États-Unis d'Amérique. D'après Spencer L. Dawes (1), médecin inspecteur de la Commission de l'Hôpital d'État à New-York, président de la Conférence de l'Immigration, la population de New-York comprend 75 % d'individus nés en Amérique et 27 % d'immigrés; ce sont pourtant ces 27 % d'immigrés qui fournissent 43 % de la population des asiles new-yorkais (chiffres de 1920). Il y avait, en 1923, 10.000 aliénés d'origine étrangère qui coûtaient à l'État de New-York 4.400.000 dollars par an.

Ajoutons que M. Dawes dresse un réquisitoire violent contre la façon dont l'Administration a réglé la surveillance médicale des immigrants. Cette sur-

(1) SPENCER L. DAWES, *Rapport à la XVIII^e réunion de l'Association psychiatrique américaine Atlantic City*, 3 juin 1924.

veillance est exercée au rythme de huit examens médicaux à la minute; elle est donc tout à fait illusoire, d'autant plus que des influences politiques viendraient très souvent contrecarrer les décisions médicales. C'est ainsi que, dans la seule année 1922, sur 21.000 étrangers déclarés médicalement inaptes à l'établissement sur le sol américain, 19.000 auraient néanmoins été autorisés à s'installer, sur les ordres du département politique de Washington.

* * *

Pour la syphilis — qui, lorsqu'on étudie les causes d'aliénation mentale, est assez souvent mise en cause, ainsi que l'alcoolisme — nous analyserons en premier lieu les statistiques de Jeanselme et Burnier (1) qui présentèrent à l'Académie de Médecine le rapport suivant : « La syphilis est-elle en décroissance dans la population ouvrière? »

Parmi les 254 syphilitiques hospitalisés dans les salles de la clinique de l'hôpital Saint-Louis à Paris, du 1^{er} janvier au 31 mars 1925, M. Jeanselme compta 204 Français et 50 étrangers ou indigènes, soit environ 20 %.

Si l'on interroge ces malades étrangers ou indigènes, et si l'on contrôle leurs dires en tenant compte de la date de leur arrivée en France et de la durée de la période d'incubation, on constate que, dans 82 % des cas, la syphilis a été contractée en France; dans 18 % des cas seulement, elle est d'importation étrangère.

Est-ce à dire que cet élément étranger ou indigène ne doit pas entrer en ligne de compte pour expliquer l'accroissement de la syphilis? M. Jeanselme ne le croit pas. Peu importe, à son avis, que ces étrangers aient contracté la syphilis dans leur pays d'origine ou en France. Le point capital, c'est que ces porte-germes sont des nomades. Sans foyer, ignorant pour la plupart les règles les plus élémentaires de l'hygiène, enclins, par insouciance ou par indifférence native, à négliger leur traitement dès que le chancre est cicatrisé, ces porte-germes doivent être tenus pour des agents de dissémination très actifs de la syphilis.

L'apport de syphilis étrangère est considérable dans tous les gros centres maritimes, à Marseille, au Havre, à Rouen. A la clinique de Bordeaux, comme l'écrit M. Petges à M. Jeanselme, la proportion des sujets étrangers atteints de syphilis floride dépasse certainement 1 pour 3. Ce sont surtout des Espagnols et des indigènes venant des pays de protectorat ou des colonies françaises (Marocains, Algériens, Sénégalais, Soudanais etc.).

L'afflux de la main-d'œuvre étrangère ou indigène dans les grandes villes de l'intérieur n'est pas moins grand. D'après M. Spillmann, les ouvriers polonais, tchéco-slovaques, italiens, fourmillent dans la région nancéenne. M. Laurent attribue la recrudescence de la syphilis qu'il signale à Saint-Étienne à l'élément étranger. Il demande qu'il soit soumis à un examen médical à la frontière et que ses agglomérations, véritables villages indigènes situés sur le sol français, soient surveillées par la police des mœurs, car la prostitution y fleurit.

(1) MM. JEANSELME et BURNIER, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. XCV, n° 10, p. 214-236, 1926.

L'apport de virus frais de provenance étrangère ne doit pas, d'après Jean-selme, être considéré comme l'unique cause de la recrudescence constatée en France, car l'immigration est très active en Belgique, certains charbonnages occupent même jusqu'à 10% d'ouvriers étrangers (italiens, polonais, serbes et croates), et ce pendant la syphilis dans ce pays perd chaque jour du terrain.

Il faut donc faire intervenir une autre cause : l'abandon graduel du traitement par les arsénobenzènes et l'emploi courant du bismuth, non seulement comme traitement d'entretien, mais aussi comme traitement d'attaque.

Sans discuter le côté purement médical de la question, faisons remarquer que la faute primordiale n'incombe donc pas aux étrangers, qui, la plupart du temps, contractent la syphilis dans le pays d'immigration. Il y aurait à envisager également les méthodes en cours.

* * *

Les circonstances atténuantes, que l'on invoque en faveur des syphilitiques étrangers, viennent à l'esprit, lorsqu'on examine la situation des femmes enceintes hospitalisées pendant la période d'accouchement. La grossesse, comme le disent certaines personnes, est une maladie, curable, et même évitable. Mais, et nous le disons à l'honneur de la grande masse des populations ouvrières immigrées, les pratiques anti-conceptionnelles et d'avortement ne semblent pas jouir, auprès d'elles d'une faveur spéciale.

À Marseille, en 1913, si nous examinons les services d'accouchement de la Maternité, nous trouvons 925 femmes françaises, 411 italiennes, et 43 étrangères non italiennes, ce qui donne 67 % de françaises, 30 % d'italiennes, et 3 % d'autres nationalités.

Le nombre des accouchements dans les deux services spécialisés s'est élevé, pour 1921, à 2.263. Il a donc presque doublé.

Sur ce nombre de femmes accouchées, 1.725 étaient françaises, 746 étaient italiennes et 192 appartenaient à d'autres nationalités, les pourcentages sont donc de 64 % de Françaises, 28 1/2 % d'Italiennes, et de 7 1/2 % d'autres nationalités. La proportion des étrangères dépasse ainsi le tiers du chiffre total. C'est peut-être que la population étrangère a plus d'enfants que la population française. C'est aussi, sans doute, que les pires misères n'arrêtent pas la natalité, puisque les naissances pour les nationalités autres que l'italienne ont passé de 42 à 192, soit de 3 % à 7 1/2 %. Or, ces autres nationalités sont, pour une grande part, celles qui ont si cruellement souffert des contre-coups de la guerre mondiale.

Les frais qu'entraînent les accouchements des femmes étrangères sont certes élevés; mais si les naturalisations se multiplient, le pays finira par en tirer profit. En outre, d'après l'ancienne loi, toute Française contractant mariage avec un étranger perdait sa nationalité, dans les statistiques officielles, cette femme devenait étrangère. Il a pu s'ensuivre ce que nous pourrions appeler des erreurs de comptabilité, en raison du nombre relativement élevé de mariages entre Françaises et étrangers. La statistique, pour Paris seulement, relève que, de 1919 à 1923, sur environ 218.000 mariages contractés, 11.000 l'ont été entre étrangers et Françaises.

* * *

Après les statistiques, relatives aux aliénés, aux syphilitiques, et aux grossesses, on serait heureux d'avoir quelques précisions sur les maladies dites « professionnelles ». Sans être taxé d'exagération, on peut dire que le problème des *immigrés* hospitalisés (1) est avant tout un problème « d'ouvriers hospitalisés ». Et, parmi ceux-ci, les malades par affections « professionnelles » doivent occuper une place non négligeable. Malheureusement, il n'est guère possible d'en établir une évaluation précise. Ici encore nous ne disposons d'aucune statistique utile, si modeste qu'elle puisse être.

Tout en négligeant les chiffres, on sera d'accord pour proclamer que les reproches que soulèvent les abus d'hospitalisation n'ont aucun fondement lorsqu'il s'agit d'une maladie de ce genre, acquise pendant l'exercice du travail. Dans de telles conditions, l'ouvrier qui remplit sa tâche, et se trouve atteint d'une affection plus ou moins grave, mérite tous les égards possibles. Les principes moraux les plus élémentaires imposent une intervention efficace en faveur de la victime honnête du devoir accompli. Du moment qu'il s'agit d'un travailleur étranger, déraciné, dans un milieu qu'il connaît peu, l'aide à apporter paraît même plus urgente que pour l'originaire du pays qui, outre l'affection agissante de sa famille, peut toujours compter sur certains établissements d'assistance publique.

En ce qui concerne l'accident brutal de travail, la législation met à la disposition de l'ouvrier, indépendamment de sa nationalité, les règlements nécessaires pour obtenir la réparation justifiée. Peut-on en dire autant de la maladie professionnelle? Avant de répondre à la question posée, il est tout d'abord utile de définir la maladie professionnelle et de voir ensuite la place occupée par elle dans les diverses législations (2).

M. Paul Pic, professeur de législation industrielle et ouvrière à la Faculté de Droit de Lyon, fait, dans son *Traité élémentaire de législation industrielle*, ressortir la base commune de l'accident du travail et de la maladie contractée dans l'exercice du même emploi. Par des considérations pratiques, M. Pic condamne sévèrement l'exclusion de la maladie. A son avis, elle est aussi injuste qu'illogique. Injuste, attendu que la maladie professionnelle, ayant, comme l'accident, son origine dans le fonctionnement de l'industrie, constitue un véritable risque de la profession et devrait, en toute justice, offrir, au profit de celui qu'elle atteint souvent mortellement, un droit égal à réparation. Illogique, car il n'y a, pour ne citer qu'un exemple frappant, au fond, aucune

(1) G. ИСНОК, *Les maladies professionnelles des immigrés et les traités internationaux de travail et d'assistance*. Communication au XIII^e Congrès d'hygiène (*Revue d'hygiène*, t. XLVIII, n^o 12, p. 1105-1110, 1926).

(2) G. ИСНОК : *Les maladies professionnelles et la législation sociale* (*La Presse médicale*, n^o 73, 1922, p. 1255-1258). — *La prophylaxie antituberculeuse et les maladies professionnelles* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n^o 8, 1922 p. 65-72). — *Les maladies professionnelles et l'organisation du travail*. Communication au II^e Congrès de l'organisation du travail, 1924, p. 12-18. — *Les tumeurs malignes et les maladies professionnelles* (*Annales d'hygiène publique, industrielle et sociale*, 1925, n^o 12, p. 746-757). — *Maladies professionnelles in Action médico-sociale*, 1924, 1 vol. de 420 p., 1925). — *Les problèmes d'assistance et les maladies professionnelles*. Rapport à la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance (*Revue Philanthropique*, n^o 345, 1926, p. 277-283).

différence de nature entre un empoisonnement accidentel, dû à un brusque dégagement de gaz délétères, et l'empoisonnement lent et insidieux par les mêmes gaz de l'organisme du travailleur.

Il est à retenir que la plupart des législations ont abandonné le principe traditionnel de la responsabilité basée sur l'idée de faute, et se sont ralliées au principe du risque professionnel, complété par l'assurance obligatoire. Le système nouveau procède de cette idée que la production industrielle, exposant le travailleur à certains risques, c'est à celui qui recueille le profit de cette production, c'est-à-dire au patron, que doit incomber l'obligation d'indemniser la victime en cas de réalisation du risque, abstraction faite du point de savoir s'il a commis une faute, susceptible d'engager sa responsabilité. En d'autres termes, la réparation de tous les accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail doit rentrer dans les frais généraux de l'entreprise, incombant aux chefs d'industrie.

Au point de vue de la logique, les juristes et les médecins s'inclinent devant l'évidence. Mais les législateurs suivent leur route à part et adoptent, suivant les pays, un système de restrictions. C'est aux œuvres d'assistance qu'il appartient de s'occuper des nombreux ouvriers qui doivent leur infirmité à la profession exercée, alors que cette profession n'existe pas sur la liste officielle des maladies professionnelles.

Si, tout au moins, la liste établie par la loi était assez complète, on pourrait s'en déclarer satisfait dans une certaine mesure. Malheureusement, la façon dont la liste est composée prête aux critiques. On peut en distinguer, d'après l'analyse comparative des lois nationales publiées par le Bureau International du Travail, à Genève, trois conceptions différentes. Elles méritent de retenir l'attention, car elles font comprendre les difficultés, rencontrées par les ouvriers, tombés malades en raison de l'exercice de leur profession, pour obtenir la réparation demandée. Nous prenons, comme exemples instructifs, l'Angleterre, la France, et la Suisse.

En Angleterre, les prescriptions de la loi s'occupent, sans préciser le cadre clinique, d'une série de maladies ou de lésions qui frappent les ouvriers obligés de manipuler, de fabriquer, la substance incriminée. On trouve ainsi, par exemple, dans une première colonne de la liste anglaise, l'intoxication par le plomb et le mercure, tandis que, dans une seconde colonne, sont mentionnés les dommages qui en résultent.

En France où, seules, les maladies engendrées par le plomb et le mercure donnent droit à réparation, le législateur précise, d'une façon approfondie, ce qui le distingue du législateur anglais. Dans la loi française, sont énumérés, dans une colonne, les symptômes de l'intoxication saturnine ou mercurielle, et, dans l'autre, la liste des industries et des travaux susceptibles de provoquer les intoxications incriminées. Par conséquent, toute intoxication qui se présente avec des symptômes non compris dans la liste, ou toute image clinique admise par la liste, mais observée dans une industrie qui ne figure pas sur la liste, ne donnent droit à aucune réparation.

En Suisse, enfin, la liste est avantageusement longue. Le législateur suisse ne reconnaît que la réparation des maladies provoquées essentiellement ou exclusivement par une des substances nommées dans la liste.

Le système des listes, longues ou courtes, avec ou sans précisions, a l'avantage de servir de guide sûr pour les assurances et leurs médecins, mais les ouvriers atteints d'une maladie, incontestablement professionnelle, peuvent se voir ainsi refuser une réparation justifiée. Le fait est étrange et incompréhensible, car la loi, tout en admettant le droit à l'indemnité en cas d'accident de travail, abandonne sa largeur de vue sitôt qu'une maladie professionnelle, pourtant si proche de l'accident, se présente.

Les lois sur les accidents de travail, ayant trouvé leur application en cas de certaines maladies professionnelles, n'offrent pas, aux ouvriers étrangers, la protection voulue, car, pour diverses raisons, les lois d'assurances nationales contre les accidents de travail établissent une différence de traitement entre les nationaux et les étrangers. Cette défaveur à l'égard de l'ouvrier étranger s'était exprimée dans les derniers alinéas de l'article 3 de la loi française du 9 avril 1898 : « Les ouvriers étrangers, victimes d'accidents, qui cesseront de résider sur le territoire français recevront, pour toute indemnité, un capital égal à trois fois la rente qui leur avait été allouée. Les représentants d'un ouvrier étranger ne recevront aucune indemnité si, au moment de l'accident, ils ne résident pas sur le territoire français. »

La ligne de conduite adoptée par la France avait pour conséquence, de la part des puissances étrangères, une série de mesures de rétorsion contre les ouvriers français travaillant à l'étranger. Vu ce fait, la loi du 31 mars 1905, modifiant certains articles de la loi du 9 avril 1898, est, heureusement, venue pour permettre d'y déroger en vertu de conventions internationales. Cette disposition avait permis au Gouvernement français de conclure avec l'Italie un arrangement prévu par le traité franco-italien du 15 avril 1904 : c'est l'arrangement du 9 juin 1906. Il avait été précédé, le 21 février 1906, d'un arrangement avec la Belgique. L'un et l'autre assimilaient les nationaux des deux parties contractantes, victimes d'accidents, ou ayants droit.

L'absence d'une législation appropriée a, dans presque tous les pays du monde, pour résultat de mettre à une lourde épreuve les œuvres de l'assistance privée et de l'État. Seuls, les accidentés du travail et les personnes atteintes d'un nombre très limité de maladies professionnelles sont à la charge des entreprises incriminées, tandis que la grande armée d'autres malades frappés par une affection d'origine professionnelle se trouve sans protection légale et grève lourdement le budget de l'Assistance publique.

Pour remédier à un état de choses déplorable, aussi bien en France qu'à l'étranger, il est souhaitable que, dans les traités internationaux de travail et d'assistance, le traitement des maladies professionnelles et leur prophylaxie soient pris en considération.

A cet effet, il est à désirer (1) :

1^o Que le choix des étrangers invités à aller travailler en dehors de leur pays s'inspire de principes d'orientation professionnelle, afin de ne déplacer que des éléments vigoureux et résistants ;

2^o Que la maladie, dont l'origine professionnelle est dûment prouvée, confère

(1) Le vœu exprimé a été adopté, à l'unanimité, par le XIII^e Congrès d'hygiène tenu à Paris en octobre 1926.

aux ouvriers immigrés les mêmes droits à la réparation que les accidents du travail.

* * *

Le traitement des maladies professionnelles entraînera des charges écrasantes si les ouvriers arrivent dans un état d'infériorité physique manifeste. Il faut donc un contrôle médical sévère, tel par exemple que celui qui fonctionne en Pologne, en liaison avec les bureaux de placement.

D'après M. Oualid, le contrôle médical polonais est chargé de la visite, de l'épouillage, de la désinfection et de la quarantaine des convois de travailleurs à destination de la France. Cette visite médicale est faite par d'anciens militaires français. Tous les sujets de trop faible constitution, les amputés ou gravement mutilés, les herniaires, les malades contagieux ou incapables de travailler; tuberculeux, emphysémateux, cardiaques, variqueux, épileptiques, sourds, syphilitiques, etc., les candidats atteints d'ankylostomiase ou d'une acuité visuelle inférieure à 50 %, sont impitoyablement écartés. Le nombre des refusés est important; il atteint parfois jusqu'au quart et même au tiers des travailleurs examinés. L'efficacité de l'examen ressort du fait que la seconde visite médicale effectuée à l'arrivée en France de ces immigrants n'a dépisté que 0,8 pour 1.000 de malades.

Le contrôle ne peut donner toute sa mesure que si son application est rigoureuse au pays d'émigration. Au moment de l'immigration, en effet, l'examen médical ne peut plus fournir toutes les garanties voulues. M. Dawes, dans un rapport présenté sur les problèmes de l'immigration psychiatrique aux États-Unis, à la dix-huitième réunion de l'Association psychiatrique américaine, s'est véhémentement élevé contre les dangers que l'immigration présente pour le pays.

La discussion qui a suivi la lecture du rapport de M. Dawes a montré que la solution du problème mettait en jeu des facteurs dont certains relèvent plus de la politique que de l'hygiène.

Nous croyons, pour notre part, au rôle que peut jouer, si politique il y a, dans la question des immigrés malades, la politique médico-sociale, basée sur la coopération internationale. Sans doute, les traités entre les pays intéressés, comme par exemple entre la Pologne et l'État français (le 3 septembre 1919, ratifié le 15 avril 1920), entre la France et l'Italie (le 30 septembre 1919); entre la Belgique et la France (le 30 novembre 1921, dont l'application a été approuvée par la loi du 21 novembre 1923) (1) — sont utiles, mais, pour qu'on

(1) En vertu de l'article 12 de la Convention qui a servi de base à ces traités, « les ressortissants de chacun des deux États qui, soit par suite de maladie physique ou mentale, de grossesse ou d'accouchement, soit pour toute autre raison, ont besoin de secours, de soins médicaux ou d'autre assistance quelconque, seront traités sur le territoire de l'autre État contractant, pour l'application des lois d'assistance, à l'égal des ressortissants de ce dernier, soit à domicile, soit dans les établissements hospitaliers »...

Article 13. — Les frais d'assistance engagés par l'État de résidence ne donneront lieu, en aucun cas, quelle qu'en soit la cause ou l'importance, à aucun remboursement de la part de l'État, ni des départements, provinces, communes ou institutions publiques du pays dont la personne assistée possède la nationalité, en tant que l'assistance susdite, sera nécessaire par suite d'une maladie aiguë déclarée telle par le médecin traitant.

aboutisse à une solution intégrale, il faut l'intervention des institutions internationales. L'Office Internationale d'Hygiène publique, la Section d'Hygiène de la Société des Nations et le Bureau international du Travail peuvent facilement procéder à une vaste enquête afin d'établir les bases d'un plan rationnel d'assistance internationale en cas d'affection professionnelle ou autre, aux immigrants malades, qui ferait l'objet d'une convention internationale.

G. ИСНОК.
