

# JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ STATISTIQUE DE PARIS

G. ICHOK

## Revue de statistique sanitaire

*Journal de la société statistique de Paris*, tome 67 (1926), p. 426-432

[http://www.numdam.org/item?id=JSFS\\_1926\\_\\_67\\_\\_426\\_0](http://www.numdam.org/item?id=JSFS_1926__67__426_0)

© Société de statistique de Paris, 1926, 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/>

## IV

# REVUE DE STATISTIQUE SANITAIRE

---

*Afrique.* Le recrutement du personnel médical. — *Allemagne.* Les assurances sociales pendant les années 1924-1925. — *Angleterre.* Le rôle, dans les accidents du travail, du facteur humain. — *Autriche.* La fréquence des maladies contagieuses. — *Bulgarie.* La production des sérums et des vaccins. — *États-Unis d'Amérique.* Le travail des enfants et des adolescents. — *France.* La fréquence de l'hérédo-syphilis dans les divers milieux sociaux à Lille. — Les malades étrangers dans les hôpitaux de Lyon. — *Hongrie.* Le mouvement de la population pendant les années 1913-1918 et les diverses confessions. — *Suisse.* La diminution de la mortalité féminine.

### AFRIQUE. — Le recrutement du personnel médical.

Le *Bulletin du Comité de l'Afrique Française* (avril 1926, p. 160) reproduit une série de chiffres qui montrent une diminution du personnel médical dans les colonies, actuellement sous l'administration des puissances mandataires (Angleterre, Belgique, France). Si l'on compare les données pour 1914 et 1924, on constate un abaissement de 27 % pour l'Est Africain, de 57 % dans la région du Cameroun, et de 50 % au Togo.

Les difficultés du recrutement ont pour conséquence l'élaboration des projets destinés à améliorer la situation du médecin colonial. Afin d'intensifier la campagne sanitaire, impossible sans un effectif complet, les législateurs de divers pays proposent un certain nombre d'avantages justifiés. Voici, pour ne citer qu'un seul exemple autorisé, les mesures envisagées en France, par M. Diagne, député du Sénégal et président de la Commission des Colonies (*Le Petit Provençal*, 15 avril 1926) :

1° Fixer les attributions — à la fois militaires et civiles — de médecins militaires aux colonies;

2<sup>o</sup> Étudier si, étant donné le rôle considérable qu'ils doivent jouer dans l'organisation des services d'hygiène, prophylaxie et assistance, une formule ne serait pas à trouver qui lierait le corps de santé plus étroitement à l'administration du ministère des Colonies ou, du moins, qui réunirait, sous une même autorité, l'administration des officiers des corps servant en France aussi bien que dans les colonies;

3<sup>o</sup> Augmenter ses effectifs.

En attendant le vote des réformes demandées, les peu nombreux médecins remplissent, avec beaucoup de dévouement, leur tâche difficile. On peut citer, à titre d'exemple remarquable, le Cameroun, où, depuis 1922, il a été dispensé 2.169.232 consultations à 482.597 malades. On en a hospitalisé 457.964 et vacciné 1.141.579. Ce dernier chiffre mérite, comme l'indique le médecin suisse, M. Audeoud, membre du Comité international de la Croix-Rouge (*Revue de la Croix-Rouge*, T. LVII, n<sup>o</sup> 285), tout particulièrement de retenir l'attention; il nous dit qu'en quatre ans, la France a vacciné la moitié de la population globale de la partie du Cameroun placée sous son mandat.

#### ALLEMAGNE. — Les assurances sociales pendant les années 1924-1925.

D'après les lois allemandes, citées par le *Bolletino del Lavoro et della Previdenza Sociale* (t. 45, n<sup>o</sup> 3, 1926, p. 224), les ouvriers et les employés, dont le salaire annuel ne dépasse pas 2.700 marks (avant la guerre 2.500), sont assurés contre la maladie et l'invalidité ainsi qu'en cas de mort.

En 1913, on compta 14.400.000 assurés contre la maladie. Ce chiffre, fort impressionnant, passa, dix ans plus tard, au total de 20 millions. En 1924, vu les difficultés économiques et la crise qui en résulta, on enregistra une diminution, et le total n'était que de 19 millions de personnes.

Les dispositions de la législation, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> août 1924, prévoient une prime d'assurance à la femme enceinte. A cet effet, au cours de l'année 1924, 10 millions de marks ont été dépensés. L'année suivante, la somme en question s'est trouvée doublée.

Les assurances contre l'invalidité et en cas de mort s'appliquent aux 15 millions d'ouvriers. Les pensions accordées varient entre 20 et 30 marks par mois, suivant la branche industrielle et le traitement touché.

L'assurance contre les accidents s'applique à 14 millions de personnes, dont 4.500.000 dans l'agriculture. Les dépenses sont, les dernières années, de 50 % inférieures à celles d'avant-guerre. Ce phénomène curieux s'explique par la diminution du nombre des accidents et par le taux, relativement peu élevé, de la pension allouée.

Pour les accidents du travail, les sommes à dépenser seront toujours plus petites en relation avec les perfectionnements des mesures de préservation. Dans beaucoup de branches industrielles, on est déjà arrivé à des résultats satisfaisants, qui permettent d'envisager une répartition intéressante de fonds constitués.

Que l'on soit pour ou contre les assurances sociales, on étudiera avec profit les chiffres allemands. Le côté matériel du problème discuté, qui n'est pas à dédaigner, est amplement abordé dans les statistiques d'outre-Rhin où l'idée des assurances sociales se développe de plus en plus.

#### ANGLETERRE. — Le rôle du facteur humain dans les accidents du travail.

Dans la lutte contre les accidents, on ne voue pas toujours suffisamment son attention aux fautes commises, volontairement ou non, par l'ouvrier. Une éducation défectueuse de l'ouvrier ou son mauvais état de santé sont parfois à incriminer en cas d'une fréquence exagérée d'accidents. Les statistiques fournies, si elles font l'objet d'une enquête approfondie, permettent de mettre à nu le rôle joué par ce qu'on appelle le facteur humain. Dans une étude que vient de publier E. M. Newbold (*British Medical Journal*, 17 avril 1926, p. 713), nous pouvons nous rendre compte de l'importance des variations individuelles que les hygiénistes et les employeurs

doivent connaître afin d'apprécier, à leur juste valeur, les pertes entraînées par le facteur dit « humain ».

E. M. Newbold a entrepris son enquête sur la demande du Comité statistique du Conseil des recherches médicales du « Industrial Fatigue Research Board », auquel on doit toute une série de monographies instructives. Celle qui traite des accidents du travail a pour base les observations recueillies sur 9.000 hommes et femmes occupés dans treize usines, pendant une durée de trois à vingt-quatre mois. Le nombre des accidents enregistrés est de 16.000.

Quoique l'âge, l'expérience acquise et la durée de l'occupation dans une branche industrielle déterminée impriment à la courbe des accidents un cachet spécial, il est établi que chaque individu paie également son tribut en raison de facteurs spéciaux, inhérents à sa propre personnalité. Malgré toutes les mesures de préservation, en dépit d'une éducation sévère, un ouvrier est plus souvent victime d'un accident qu'un autre, placé pourtant dans les mêmes conditions de travail.

La notion du facteur humain n'est pas le produit d'une théorie mystique, mais elle a son origine dans la connaissance des erreurs imputables en grande partie à l'absence d'une orientation professionnelle judicieuse. L'étude des statistiques démontre que les accidents diminuent, comme par enchantement, aussitôt que l'on regroupe les ouvriers en assignant à chacun une tâche conformément à ses aptitudes et à ses capacités.

#### **AUTRICHE. — La fréquence des maladies contagieuses.**

La lutte contre les maladies contagieuses, dont est, à juste titre, si fière notre époque, est loin d'être au bout de sa tâche. C'est dans les petits pays, tels l'Autriche, où les statistiques sont complètes, que l'on peut, pour le mieux, voir les difficultés encore à surmonter et apprécier les résultats atteints. Les chiffres fournis permettent de se rendre compte de l'effort qui reste à réaliser pour supprimer la morbidité et la mortalité par maladies infectieuses évitables.

D'après un rapport de l'administration de l'hygiène publique à la Section d'hygiène de la Société des Nations (*Annuaire International*, 1925) l'Autriche a été exempte, au cours de l'année 1924, à l'exception d'un seul cas de variole, de maladies constituant un danger public. Le typhus exanthématique ou le choléra, pour ne citer que deux des affections les plus redoutées, n'ont pas pu s'infiltrer à travers le cordon sanitaire sévère.

La joie éprouvée, en raison du succès obtenu contre les fléaux principaux, s'assombrit, si l'on pense aux ravages de la scarlatine, de la diphtérie, du typhus abdominal. La seule consolation, c'est leur caractère bénin. Ce fait explique le développement de la scarlatine et de la diphtérie pour lesquelles la population néglige de consulter le médecin.

Le caractère bénin, comme facteur qui facilite la contagion, entre en scène pour la fièvre typhoïde, dont la propagation est, en plus, favorisée par les innombrables porteurs de germe. Dans un service de chirurgie, on décèle la présence de bacilles typhiques chez 50 % environ des personnes atteintes d'affections de la vésicule biliaire ou du foie.

Le fait que l'atténuation d'une grave maladie contagieuse contribue à sa multiplication impose aux œuvres de propagande une tactique spéciale. On luttera contre l'ennemi faible, jusqu'à sa disparition totale, avec la même vigueur comme à l'époque où sa puissance mettait en branle une action vigoureuse et inlassable.

#### **BULGARIE. — La production des sérums et des vaccins.**

La Bulgarie, avec sa population de 5.010.200 habitants, a une mortalité relativement élevée par maladies infectieuses aiguës. D'après le rapport de M. Ivan Gosmanoff, chef de la division des maladies infectieuses et inspecteur principal à la Direction de la Santé publique en Bulgarie (*Annuaire sanitaire de la Société des Na-*

tions 1925), la mortalité en question était, en 1922, de 4,98 pour 10.000; en 1923, 8,71 ‰; en 1924, 6,5 ‰.

Pour guérir ou éventuellement prévenir, les instituts de bactériologie et de l'hygiène de Sofia, capitale de la Bulgarie, produisent une quantité considérable de sérums antidiphthérique, antitétanique, antidysentérique, antistreptococcique et antiméningococcique. En 1922, on compta 24.783 ampoules, en 1923, 35.665 et en 1924, 32.972.

La statistique qui ne donne pas de détails incite à une série de réflexions sur la valeur de la vaccination en masse dans la campagne d'assainissement. Théoriquement, on sera d'accord sur la nécessité d'organiser la production des sérums et des vaccins sur une vaste échelle, mais, pratiquement, on se demande quelle est la voie à suivre pour obtenir le maximum du rendement médico-social.

La plus grande difficulté se présente en raison de l'impossibilité où l'on se trouve d'apprécier à leur juste valeur les divers vaccins et sérums. Une standardisation internationale, préconisée depuis longtemps, mais encore non réalisée, s'impose si l'on veut donner aux pays frappés par les maladies infectieuses une arme efficace. Les statistiques de mortalité poussent à une solution rapide du problème et cela d'autant plus que, pour des raisons budgétaires, un tâtonnement et une perte de temps ne sont point permis.

#### **ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE. — Le travail des enfants et des adolescents.**

La protection des enfants obligés de travailler prend, de jour en jour, une ampleur plus considérable grâce aux données statistiques. Les chiffres relevés montrent qu'il ne s'agit point de cas isolés, mais d'une partie importante de la masse totale des enfants. Aux États-Unis, dans ce pays industriel par excellence, le problème mérite tout particulièrement de retenir l'attention. Pour nous en rendre compte, nous devons examiner les résultats d'une enquête entreprise par la « National Industrial Conference Board (*The employment of young persons in the U. S. A. New-York, 1925, 150 p.*)

Les derniers relevés statistiques (1920) fixent le nombre des salariés au-dessous de seize ans à 1.060.858, soit 2,55 % de la population ouvrière et 8,5 % du nombre total des enfants de cet âge. Puisqu'en 1910, le nombre des enfants salariés, au-dessous de seize ans, était de 1.990.225, on a une diminution de 45,7 %, alors que la population totale de cet âge avait augmenté de 15,5 %.

La réduction du nombre serait due, en grande partie, aux lois fixant le minimum d'âge pour le travail. Les prescriptions qui réglementent l'admission ont été renforcées, soit par l'élévation du minimum, soit en étendant l'application des lois à de nouvelles occupations.

Il est possible que les divers États reculent encore l'âge d'admission au travail, car il existe une Commission d'unification de la législation. Ses travaux, commencés en 1909, paraissent inspirer l'espoir d'aboutir prochainement.

La refonte des lois spéciales à chaque État et leur adoption dans le pays tout entier se fait progressivement. C'est ainsi que dans la question de la durée de la journée du travail, le nombre des États fixant comme maximum la journée de 8 heures pour les enfants au-dessous de seize ans dans un grand nombre de métiers est monté, pendant la décade 1910-1920, de 7 à 28.

#### **FRANCE. — La fréquence de l'hérédosyphilis dans les divers milieux sociaux de Lille.**

M. Paucot, professeur d'obstétrique et d'hygiène de la première enfance à la Faculté de Médecine de Lille, publie dans l'*Echo Médical du Nord* (t. XXX, n° 17, 1926) quelques chiffres sur le bilan de la syphilis héréditaire dans les différents milieux sociaux d'une grande ville telle que Lille. Les données reproduites ont pour base

les statistiques fournies par les consultations de grossesse, les consultations de nourrissons et la clientèle privée.

A la consultation pré-natale de Fives-Lille où il s'agit d'une clientèle ouvrière, sur 1.386 gestantes (1922-31 mai 1925) on décèle 121 cas de syphilis maternelle, soit 8,7 %. A la consultation Boyée-Thompson, fréquentée par des femmes d'artisans, de petits employés, ménagères et employées, sur 242 gestantes (1923-1925) 25 cas de syphilis, soit 9,5 %. Dans sa clientèle privée, M. Paucot constata, sur 168 ménages observés (1922-1924), 16 entâchés de syphilis maternelle ou paternelle, soit 9,5 %.

Si la contamination syphilitique apparaît plus fréquente dans la classe aisée, cela tient à ce que l'enquête a été plus suivie et a plus porté sur les deux géniteurs, tandis que, dans les consultations ouvrières (Fives-Lille), les investigations étaient unilatérales, ne portaient que presque exclusivement sur la mère.

Les chiffres, pour élevés qu'ils soient, sont, de l'avis de M. Paucot, inférieurs à la fréquence réelle de l'affection. Un certain nombre de syphilitiques échappent à la statistique et leur maladie se révèle plus tard chez les enfants nés sains en apparence.

Quand il n'est fait aucun traitement, les résultats sont également désastreux dans toutes les classes sociales et s'ils paraissent plus cruels pour la classe aisée, cela tient à ce que ses membres, plus soucieux de leur santé, mieux avertis par leur médecin, s'abstiennent de nouvelles tentatives de procréation.

Si le bilan des méfaits de la syphilis héréditaire est inquiétant, par contre, les résultats que l'on obtient en soignant les gestantes sont encourageants; ils ne sont médiocres que lorsque ceux qui en doivent bénéficier n'en conçoivent pas nettement l'importance. A cet égard, les chiffres de mortinatalité et de mortalité infantile dans les différentes classes sociales sont caractéristiques.

La lutte contre la syphilis héréditaire est donc une œuvre de vulgarisation scientifique et d'éducation populaire; il faut par suite intensifier la propagande, multiplier les dispensaires anti-vénériens, les consultations de femmes enceintes et de nourrissons, à la condition que celles-ci soient doublées par des organisations anti-syphilitiques.

### FRANCE. — Les malades étrangers dans les hôpitaux de Lyon.

Les admissions dans les hôpitaux français des étrangers ont fait l'objet d'un grand nombre d'articles publiés surtout par les revues non médicales. Comme il fallait s'y attendre, le langage des chiffres n'était pas toujours en honneur chez les auteurs qui voulaient avant tout frapper l'opinion publique. Les statistiques objectives sont seules en mesure de mettre les choses au point. Dans cet ordre d'idées, on lira, avec intérêt, la thèse de M. Bercovici, sur le contrôle sanitaire des immigrants en France (*Université de Paris, Faculté de Droit, 1926*, p. 86), où l'on trouve quelques statistiques sur les malades étrangers traités dans les hôpitaux de Lyon, de Marseille, etc...

Sur les trois millions d'étrangers environ que les statistiques officielles constatent en France, l'agglomération lyonnaise en compte 80.000 auxquels ils faut ajouter encore plusieurs milliers d'Africains du Nord. 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 constata 2.828 entrées représentant 7,28 % du total des hospitalisés.

La ville de Lyon, que nous citons à titre d'exemple, et à laquelle on pourrait ajouter Marseille, Paris, etc... met à l'ordre du jour la question des traités internationaux. Les frais d'hospitalisation seraient à couvrir par les États dont les ressortissants profitent du traitement médical. Les arrangements à conclure demandent toutefois une certaine souplesse, car on se trouve souvent en face de pauvres malheureux, dont l'admission d'urgence ne peut être discutée sans aller contre les principes de morale et de justice élémentaires.

L'esprit de bienveillance envers certains hospitalisés étrangers paraît d'autant plus justifié que, d'après les statistiques, la grande majorité des admissions se fait pour les maladies aiguës. Les soins réclamés peuvent encore être refusés aux personnes atteintes d'une affection chronique, mais on ne saura agir de même en face d'un être pour lequel l'entrée à l'hôpital est une question de vie ou de mort.

#### HONGRIE. — Le mouvement de la population pendant 1913-1918 et les diverses confessions.

En Hongrie, les statistiques donnent une large place aux rubriques par confessions. On essaie, dans ce pays, de pénétrer dans les difficiles mystères de la démographie et des statistiques sanitaires par une étude comparative touchant les diverses religions. C'est ainsi que, dans les tableaux de natalité et de mortalité, les statisticiens hongrois déterminent les rapports éventuels entre le nombre des décès et des naissances et la confession (*Mouvement de la population de 1913 à 1918*. Publication de l'Office central royale de statistique 1926, 1 volume de 136 p.).

Pendant les années de guerre, un excédent de décès s'est produit par rapport aux naissances. Or, ce sont les israélites, les catholiques romains et les catholiques grecs qui, de tous les autres cultes, participent à cet excédent, pour un taux inférieur à celui qui leur serait revenu en vertu de leur proportion dans la population. La situation la plus favorable est dévolue aux israélites.

En 1915, les israélites peuvent se vanter d'un accroissement naturel correspondant à 8,5 % du décroissement total subi en cette même année par toutes les autres confessions, aux 61 % de l'accroissement atteint par les catholiques romains qui, pourtant, les dépassent douze fois en nombre.

En 1918, les israélites n'occupent que 2,7 % du décroissement. Bien que le décroissement des catholiques romains soit loin de différer de leur proportion dans la population aussi fortement que celui des israélites, il n'a jamais atteint, pendant la guerre, cette proportion. Toutes les confessions qui, pendant les dernières années de paix, ont atteint un taux d'accroissement inférieur à leur proportion dans la population, ont participé au décroissement général pendant la guerre, dans une mesure inférieure à leur proportion occupée dans la population.

D'après les tableaux d'ensemble, ce sont surtout les catholiques romains (37,2 %) et les israélites (1,9 %) qui ont participé au décroissement naturel pendant les quatre années de guerre pour un nombre inférieur à leur proportion générale qui était 52,1 %, resp. 4,5 %.

#### SUISSE. — La diminution de la mortalité féminine.

La Suisse appartient aux pays où le recul de la mortalité paraît un fait acquis. L'analyse des décès en 1923 d'après le *Bulletin de statistique suisse*, publié par le Bureau fédéral de statistique (t. VII. p. 9, 1925) montre, comme trait curieux, la situation avantageuse occupée par la femme. En 1921, le recul avait été de 13,1 % pour le sexe féminin et de 9,9 % pour le sexe fort; en 1923, les proportions sont : 11,6 % et 5,5 %.

Un tableau décennal confirme le développement favorable de la mortalité chez les femmes. De 1910 à 1920, la mortalité féminine trahit un recul plus accentué que celle des hommes.

La diminution incontestable n'apparaît pas avec la même intensité qu'on considère les sexes ou les classes d'âge. Ainsi, jusqu'à la quatrième année de vie et dès la trentième, le recul est plus prononcé chez les hommes que chez les femmes. C'est le contraire qui se produit dans les groupes d'âge intermédiaires. La différence est particulièrement sensible dans les classes d'âge élevées, et cela en faveur des hommes.

La diminution des décès parmi les femmes, en Suisse, se fait d'autant plus sentir que le nombre des femmes s'est, en général, même dans les classes d'âge supérieures,

plus fortement accru que le nombre des hommes. Il en résulte un excédent de femmes supérieur, qui, avant la guerre déjà, était important. Les nombres suivants le prouvent, si l'on compare 1910 et 1920 : à l'âge de 20 à 39 ans, pour 1.000 hommes, on compta 1.006 et 1.108 femmes. Pour les femmes âgées de plus de 39 ans les chiffres, pour 1.000, étaient de 1.277 et 1.392. Au total, on arrive, pour les deux années mentionnées, aux sommes globales de 1.033 et 1.127 femmes pour 1.000 hommes.

G. ИСНОК.

---