

Les interventions des démographes dans la politique de santé publique (France de la première moitié du xx^e siècle)

DE LUCA BARRUSSE Virginie*

La première moitié du xx^e siècle est marquée par trois grands maux qui ont été labellisés fléau social : l'alcoolisme, la tuberculose et les maladies vénériennes. La guerre constitue un moment favorable à l'organisation de la lutte contre les fléaux sociaux, alors que se multiplient les diagnostics alarmistes sur leur recrudescence que ressassent les membres d'associations ou de commissions. Dans ce contexte les statistiques font l'objet d'une attention particulière. Elles sont produites, par des hommes engagés dans la lutte contre la mortalité. S'ils s'appuient sur l'expérience de la fondation Rockefeller, ils n'hésitent pas à innover.

L'arrivée de la Fondation Rockefeller

C'est la flambée de la tuberculose qui est à l'origine de l'arrivée en France pendant la guerre de la fondation philanthropique américaine Rockefeller qui impose un modèle d'organisation de la lutte contre le fléau et organise une intense campagne d'information. La guerre, en effet, aggrave une situation sanitaire déjà mauvaise. À la veille de la Grande Guerre, la France connaissait le taux de mortalité tuberculeuse le plus élevé des pays européens, soit 12 %, tandis qu'il s'élève à 8 % en Allemagne, 7 % en Grande Bretagne. À Paris, le taux de mortalité tuberculeuse est de 2,5 %, il est de 0,9 % à New York. La mobilisation, les conditions du conflit aggravent la situation. D'abord, parce que le recrutement dans l'armée laisse passer les phtisiques. Ensuite, parce que les tuberculoses s'aggravent dans les tranchées ou s'y révèlent. Entre août 1914 et juin 1919, sur 8,7 millions de mobilisés, le service de santé des Armées repère 4 à 500 000 suspects, 150 000 malades, 40 000 décès. Près de 110 000 hommes – dont 65 519 au cours des premiers mois de guerre – sont renvoyés chez eux soit 1 soldat sur 60. Au 1^{er} août 1916, on compte déjà 73 844 réformés tuberculeux. En 1917, tous les mois ce sont quelques 450 hommes qui sont diagnostiqués tuberculeux. La situation est telle qu'au 1^{er} janvier 1922, 8.3 % des pensionnés au titre d'infirmités dues à la guerre le seront au titre de la tuberculose pulmonaire. En Angleterre, c'est 7,6 %¹. La gravité des faits est connue et mesurée. Pour y remédier, le 21 mars 1916, le Comité central d'assistance aux anciens militaires tuberculeux est créé. Il est confié à Léon Bourgeois.

¹ Chiffres cités par Murard L., Zylberman P., *L'hygiène dans la République...*, 1996, p. 546.

* Professeure de démographie, Université de Picardie Jules Verne, Laboratoire CURAPP.

En août 1919, lorsqu'il sera reconnu d'utilité publique, le Comité central deviendra le Comité national d'assistance aux anciens militaires tuberculeux.

Les échos de la recrudescence de la tuberculose dans les tranchées alertent la fondation philanthropique Rockefeller et la Croix-Rouge américaines d'autant plus que des soldats américains s'engagent aux côtés de la France. La fondation américaine intervient déjà dans plusieurs pays s'adaptant aux contextes nationaux mais imposant sa méthode. En septembre 1915, l'International Health Division de la fondation confie à un physicien américain invité à la Sorbonne, Wallace Sabine, une expertise sur la situation sanitaire française². Après une série d'entretiens notamment auprès de Justin Godart, alors sous-secrétaire d'état au service de santé des Armées et du professeur Landouzy, l'expert conclut à une augmentation de l'incidence de la tuberculose. Par ailleurs, la commission de secours de guerre dirigée par Warwick Green liée à la Croix Rouge américaine qui arrive en septembre 1916 s'inquiète de la menace tuberculeuse sur les *doughboys* arrivés en France³. Au début de l'année 1917, la fondation Rockefeller envoie Hermann Biggs, membre de son comité scientifique, pour une mission d'études en France. Il conclue aussi à une situation alarmante et soutient l'intervention américaine⁴. Après un entretien avec Jules Brisac, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique, la France accepte l'aide américaine. L'International Health Division de la fondation Rockefeller et la Croix-Rouge américaine décident ensemble de l'envoi d'une commission de préservation contre la tuberculose confiée au professeur Livingston Farrand, président de l'université du Colorado, ancien secrétaire de la National Tuberculosis Association⁵. En juillet 1917, Farrand, arrive en France avec James Miller, professeur de clinique médicale à l'Université de Columbia, président du comité de la tuberculose de New York, le docteur Homer Folks, directeur des affaires civiles de la Croix-rouge américaine ; le docteur William White de la Croix-rouge américaine, le docteur Selskar M. Gunn, professeur d'Hygiène à Boston, secrétaire de l'American Public Health Association et un statisticien, Godias Drolet⁶.

En 1919, le professeur Farrand démissionne pour accepter la présidence du comité exécutif de la Croix-Rouge américaine à Washington⁷. La « deuxième » Mission américaine (1919-1922) est alors dirigée par le docteur Williams, secondé par des directeurs-adjoints : Selskar M. Gunn, Miss Elisabeth Crowell, les docteurs Alexandre Bruno et Bernard Wyatt. Le nouveau bureau de statistiques et d'études des rapports des dispensaires est confié à Thomas Duffield de 1919 à 1921. La nouvelle Mission s'organise autour de plusieurs services que progressivement elle « lèguera » à la France et en particulier au Comité national de défense contre la tuberculose (CNDT) qui, en 1920 a remplacé le Comité national d'assistance aux anciens militaires tuberculeux.

À côté d'une intense propagande d'éducation sanitaire et parallèlement à la création de dispensaires dans les départements, la mission Rockefeller standardise les procédures de suivi et d'enregistrement statistique dans les établissements qu'elle subventionne.

² Sur les années 1920-1934 voir Farley J., "The International Health Division of the Rockefeller Foundation...", in Weindling P., *International Health Organizations and Movements...*, 1995, p. 203-221.

³ Archives Pasteur, CNDT 14, Note dactylographiée, sans date ni signature « La commission américaine en action ».

⁴ Murard L., Zylberman P., « Les fondations indestructibles... », *Médecine/Science*, 2002, 18, p. 627.

⁵ Dans les archives, cette commission de préservation de la tuberculose est le plus souvent appelée Mission Rockefeller.

⁶ Archives Pasteur, CNDT 14, « Note sur la Mission américaine », dactylographiée.

⁷ Archives Pasteur, CNDT 14, « La Mission Rockefeller », dactylographiée.

Fichiers, rapports d'activités et statistiques

Avec l'arrivée de la Mission américaine, la statistique fait en effet l'objet d'un effort de coordination sans précédent. Le service de la statistique a d'abord été dirigé par Godias Drolet, un ancien statisticien du comité antituberculeux de New York puis, par le major Thomas Duffield assisté du français Marcel Moine ; il est ensuite confié au docteur Bruno. Enfin, en 1922, il est transféré au CNDT ; Marcel Moine en prend la direction, assisté de deux demoiselles. « Ce service fut établi en vue d'obtenir tout d'abord des données plus précises sur la mortalité et la morbidité par tuberculose en France et afin de poursuivre des enquêtes sur les méthodes de statistiques vitales françaises surtout celles qui concernent les causes de décès »⁸.

Le service de la statistique recueille, dépouille et analyse les rapports d'activités des dispensaires qui reçoivent une subvention la fondation américaine. Dans les dispensaires, le suivi, l'enregistrement de toute l'activité effectués de manière anarchique, en tous les cas sans coordination, sont rapidement contrôlés par la fondation qui fournit le matériel nécessaire. En effet, l'enregistrement de l'activité des dispensaires est harmonisé grâce à l'emploi de fiches et de registres, d'abord imaginés et employés par l'Office départemental d'hygiène sociale de la Seine, puis adoptés et diffusés gratuitement dans tous les dispensaires par la fondation américaine. Le nouveau patient est inscrit sous un numéro qui sera attribué à l'ensemble des membres de sa famille. Il fait l'objet d'une double enquête médicale et sociale dont les résultats sont portés sur deux séries de fiches. Les fiches médicales rappellent les résultats des examens médicaux. Au recto de la fiche médicale, à l'issue de son interrogatoire, la visiteuse d'hygiène note les antécédents du malade et son histoire pathologique. Les questions relatives à la syphilis et l'alcoolisme sont réservées au médecin⁹. D'autres fiches permettent de suivre l'évolution de la maladie au fil des consultations. Le dispositif est le même pour les enfants. Par ailleurs, une fiche médicale dite « de liaison » rappelle les principales observations, prescriptions et traitements aux visiteuses. C'est l'ensemble de ces fiches qui constitue le dossier médical du patient. Les fiches sociales forment un dossier distinct établi par l'infirmière visiteuse après enquête à domicile. Elles comportent une fiche sur l'histoire de la famille, une autre relative au travail et au budget de la famille, une autre qui décrit le logement et précise les habitudes d'hygiène de la famille grâce aux rubriques suivantes : « travail à domicile, hygiène et propreté du logement, hygiène corporelle, alimentation, état mental et moral des divers membres du foyer et leurs rapports réciproques »¹⁰. Le logement peut y être minutieusement décrit : les toilettes, les postes d'eau sont à préciser comme la clarté et les odeurs qui y règnent¹¹. L'histoire de la famille revêt une importance particulière. Enfin, une fiche dite de « secours » précise l'assistance reçue par le patient et sa famille.

Les fiches de classement et de contrôle destinées à coordonner le travail des infirmières visiteuses sont quant à elles à l'initiative de la commission américaine. Elles permettent de contrôler la statistique du dispensaire grâce à un triple classement par nom, par rue et par date de visites des dossiers. Ce

⁸ Dr. Bruno, *Combattre la tuberculose*, 1925, p. 102.

⁹ Dr. Guinnon, « Le travail intérieur et la statistique des dispensaires... », *Bull. du CNDT*, mai juin 1922, p. 140.

¹⁰ *Op. cit.*, p. 149.

¹¹ Dr. Guinnon, « Le travail intérieur et la statistique des dispensaires... », *Bull. du CNDT*, juillet août 1922, p. 197.

Document 1. Fiche d'activité mensuelle d'un dispensaire,
adressée à comité départemental et au service statistique de la Mission Rockefeller

I. CHIFFRES RELATIFS AUX CONSULTATIONS		TYPE DE CONSULTATION			
		GÉNÉRAL	LARYNGOLOGIE	RADIO	TOTAL
1.	Nombre de séances de consultation pendant le mois				
2.	Nombre de consultations données				
II. MOUVEMENT DES CONSULTANTS PENDANT LE MOIS		HOMMES	FEMMES	ENFANTS au dessous de 15 ANS	TOTAL
3.	Nombre de consultants venus aux consultations pendant le mois				
4.	CONSULTANTS INSCRITS AU PREMIER JOUR DU MOIS				
5.	Nouveaux inscrits du mois				
6.	Admis par transfert et anciens réadmis				
7.	TOTAL DES CONSULTANTS INSCRITS				
8.	CONSULTANTS SORTIS PENDANT LE MOIS				
9.	CONSULTANTS RESTANT INSCRITS AU DERNIER JOUR DU MOIS				
10.	Non-diagnostiqués				
11.	En observation				
12.	En contact de cohabitation				
13.	Cas de tuberculose (toutes formes)				
III. MOUVEMENT DES CONSULTANTS TUBERCULEUX PENDANT LE MOIS					
14.	TUBERCULEUX INSCRITS AU PREMIER JOUR DU MOIS				
15.	Nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués pendant le mois				
16.	dont: Tuberculose de l'appareil pulmonaire				
17.	Adénopathie bronchique tuberculeuse				
18.	Autres Tuberculoses sans lésions de l'appareil pulmonaire				
19.	Cas de tuberculose admis par transfert et anciens réadmis pendant le mois				
20.	TOTAL DES TUBERCULEUX INSCRITS				
21.	Tuberculeux sortis pendant le mois				
22.	TUBERCULEUX RESTANT INSCRITS AU DERNIER JOUR DU MOIS				
23.	Tuberculose pulmonaire avec crachats bacillifères (*)				
24.	Autres tuberculoses pulmonaires				
25.	Adénopathie bronchique tuberculeuse				
26.	Autres tuberculoses sans lésions de l'appareil pulmonaire				
IV. CLASSIFICATION DES SORTANTS ET RAISON DE LA SORTIE POUR LES SORTANTS TUBERCULEUX					
27.	NON TUBERCULEUX				
28.	NON DIAGNOSTIQUÉS				
29.	TUBERCULEUX				
30.	Raison de la sortie pour les Tuberculeux				
31.	Décès				
32.	Guérison apparente				
33.	Sous autre surveillance				
34.	Perte de trace				
34.	Transfert à un autre dispensaire				
V. PLACEMENTS		PLACEMENTS EFFECTUÉS PENDANT LE MOIS			
35.	DES TUBERCULEUX : Total				
36.	(Adénopathies tbc. comprises) Aux Hôpitaux				
37.	Aux Sanatoriums pour pulmonaires				
38.	Aux Sanatoriums pour tbc. chirurgicales				
39.	Aux Préventoriums				
40.	Autres placements des tuberculeux				
41.	DES NON TUBERCULEUX : Total				
42.	Aux Hôpitaux				
43.	Aux Préventoriums				
44.	Placement familial				
45.	des Tous-Petits				
45.	Type Œuvre Grancher				
45.	Autres placements des non tuberculeux				
46.	TOTAL DES PLACEMENTS				
47.	TOTAL DES SUJETS ACTUELLEMENT PLACÉS A LA FIN DE CE MOIS () dont : Aux hôpitaux				
48.	En sanatoriums pr pulm. En sanatoriums pr tbc chirurgicales En préventoriums En placement familial				

(*) Malades ayant ou ayant eu au dispensaire des crachats bacillifères. (Voir suite au verso)

contagieux ; son action prophylactique, en particulier à l'extérieur dont l'importance sera mesurée par le nombre de visites des visiteuses et par le chiffre des placements tant de contagieux que d'enfants sains exposés à la contamination. La statistique des dispensaires répond à ces différents desiderata »¹³.

En 1921, l'Office de la Seine examine de nouvelles propositions suggérées par des délégués de la commission américaine. Leur concertation aboutit à l'établissement d'un registre divisé en plusieurs parties : un registre des présences aux consultations ; un registre de tuberculeux diagnostiqués, un registre des sorties, des transferts et des placements en institutions, une statistique mensuelle (qui s'appuie sur les premiers registres pour faire des totaux) et un résumé du travail des visiteuses¹⁴. Ces informations ont une fonction multiple. Elles permettent de connaître le nombre de nouveaux inscrits ou admis qui indiquent l'extension de l'action du dispensaire ; le nombre de consultants et de consultations qui déterminent l'activité effective du dispensaire. Elles donnent le nombre de tuberculeux diagnostiqués lequel témoigne de la qualité du service médical et de laboratoire et du dépistage. Enfin, le nombre de visites à domicile, de « contacts de cohabitation » amenés au dispensaire par la visiteuse, le nombre de placement d'adultes et d'enfants rendent compte de l'action sociale du dispensaire. L'imposition de ces pratiques d'enregistrement et de contrôle certainement contraignantes par leur nouveauté et leur multiplicité n'est pas allée sans résistances et le docteur Bruno évoquera « les critiques faites sur notre trop grande foi en l'étude des chiffres »¹⁵. Mais l'octroi de la subvention de la fondation étant soumis au respect des consignes et à l'envoi du rapport au comité départemental et au bureau statistique de la Mission, les dispensaires s'y plient, même de mauvaise grâce. Le bureau statistique de la Mission transfère ses analyses au CNDT. En août 1922 par exemple, il reçoit 253 rapports mensuels qui lui permettent d'établir tous les mois et à la fin de chaque année un tableau et des graphiques récapitulatifs de l'action des dispensaires départementaux.

Selon Bruno, l'œuvre du service de statistique comble une lacune importante dans l'organisation antituberculeuse nationale. « Du 1^{er} janvier 1918 au 1^{er} janvier 1925, le nombre surprenant de 114 530 tuberculeux furent dépistés et surveillés au point de vue prophylactique. Avant 1918, les 22 dispensaires qui fonctionnaient en surveillaient à peine 3 000 ; les autres tuberculeux continuaient à semer et propager la maladie ! Quel progrès, quelles espérances, que de vies ainsi sauvées ! »¹⁶. La Mission Rockefeller contribue, à sa manière, à la formation et au cumul des savoirs sur la situation de la « tuberculose populaire » dans les départements. En effet, les méthodes d'observation et d'enregistrement, les procédures d'investigation qui sont comptabilisées reposent sur un dispositif : le dispensaire. Celui-ci n'a pour clientèle que celle que n'a pas le médecin libéral : la plus vulnérable. Toujours est-il que la rationalisation de l'activité sanitaire et sociale a commencé et que les méthodes éprouvées par la fondation seront reprises.

Au cours de l'année 1922, le transfert des compétences de la fondation est organisé et le détail de la collaboration future entre le CNDT et la fondation est longuement discuté. Le personnel de la fondation est transféré au CNDT ce qui permet d'assurer la continuité des pratiques. Au final, l'activité de la mission américaine aura été considérable : à son arrivée, on compte 22 dispensaires, à son départ

¹³ Dr. Guinon, « Le travail intérieur et la statistique des dispensaires... », *Bull. du CNDT*, juillet août 1922, p. 198.

¹⁴ *Op. cit.*, p. 201.

¹⁵ Dr. Bruno, *Combattre la tuberculose...*, 1925, p. 103.

¹⁶ *Op. cit.*, p. 415.

481 ; 79 départements se sont dotés d'un comité antituberculeux et 700 infirmières visiteuses ont été formées¹⁷. Une intense propagande a fait connaître le fléau tuberculeux dans les départements. Forte de la légitimité conférée par l'appui de la Mission, le CNDT devient alors l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics jetant dans l'ombre les autres associations antituberculeuses.

La décennie 1920 : la lente institutionnalisation de l'hygiène sociale

Parallèlement, depuis la fin de la guerre, les arènes institutionnelles se réorganisent tandis que des associations nombreuses se créent. En Europe, aux États-Unis, de nombreux auteurs constatent la même effervescence associative quel que soit le fléau dont il s'agit. En France, le moment est à l'institutionnalisation de l'hygiène. Par le décret du 27 janvier 1920, Millerand crée le ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales à la suite d'une pétition déposée à la chambre des députés le 27 février 1919 par les associations de lutte contre les fléaux sociaux et les groupes parlementaires qui les représentent. Cette création correspond à la juxtaposition de services du ministère de l'Intérieur, notamment ceux de l'assistance et de l'hygiène et d'autre part du ministère du Travail en particulier les services relatifs à la mutualité et la prévoyance. Le 4 décembre 1924 est créé l'Office national d'Hygiène sociale confié à Jules Brisac, ancien directeur de l'hygiène au ministère de l'Intérieur. Il marque l'institutionnalisation bureaucratique des fléaux sociaux. C'est la fondation Rockefeller qui est à l'initiative de l'Office et en particulier, l'un de ses membres, Bernard L. Wyatt, qui propose en 1922, un programme destiné à coordonner l'activité des organismes antituberculeux, antivénéériens mais aussi des services de puériculture, d'hygiène alimentaire...¹⁸. Mais le ministère de l'Hygiène est peu doté et le ministère du Travail – bien que mieux doté – s'oppose à ce projet refusant de débloquer les crédits nécessaires. Lorsqu'en 1924, le ministère de l'Assistance, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociales disparaît, happé par le ministère du Travail auquel il est rattaché, il est confié à Justin Godard, déjà investi dans la lutte contre les fléaux sociaux. M. Gunn de la fondation américaine reprend le projet de Wyatt, contacte Godard et, ensemble, ils élaborent un projet d'Office qui recevra une subvention exceptionnelle de la fondation au titre de ses relations avec le CNDT¹⁹. Trois quarts du budget du nouvel Office national d'Hygiène sociale est d'origine américaine. Ce n'est que quatre ans plus tard que le budget français dépassera celui de la fondation philanthropique²⁰.

L'Office est « destiné notamment à recueillir et tenir à jour une documentation sur la situation sanitaire de la France ; centraliser et mettre à la disposition les documents relatifs à l'hygiène aux maladies sociales et à leur prophylaxie ; assurer la coordination des efforts entre les pouvoirs publics et les œuvres sociales »²¹. Plusieurs services sont créés en son sein tels celui des études techniques et des enquêtes départementales, le service colonial ou encore celui de la documentation et de la statistique. Ce dernier

¹⁷ Murard L., Zylberman P., « Les fondations indestructibles... », *Médecine/Sciences*, 2002, 18, p. 628.

¹⁸ Archives Pasteur, CNDT 14, Note du septembre 1922 sur la collaboration du ministère de l'Hygiène et du CNDT signée par L. Bernard, secrétaire général du CNDT.

¹⁹ Archives Pasteur, CNDT 14, Lettre de S.M. Gunn adressée à L. Bernard le 15 décembre 1922.

²⁰ Picard J-F., *La fondation Rockefeller et la recherche médicale...*, 1999, p. 70.

²¹ Ministère de la santé publique, Office national d'hygiène sociale, *Répertoire bibliographique du service de documentation pour les années 1930 et 1931.... 1932*, p. 31.

effectue un travail colossal : en janvier 1932, 5 339 livres sont recensés, 209 revues dépouillées dont 63 internationales. La documentation est publiée dans le *Bulletin de l'Office national d'Hygiène sociale*. Il répond à des demandes d'informations croissantes : 32 en 1925 ; 666 en 1928 et 1 857 en 1931 ! L'une des missions de l'Office est « d'effectuer en France et aux colonies une propagande continue et méthodique auprès du public en vue de lui faire connaître les mesures d'hygiène et de prophylaxie nécessaires à la conservation de la santé, à la lutte contre les maladies sociales et à la préservation de la race »²². Le 17 juin 1926, l'Office se dote d'une commission générale de propagande²³. Elle a pour but « d'établir une liaison permanente entre les divers organismes publics et privés s'occupant de propagande d'hygiène sociale (...), d'organiser, tout en respectant entièrement l'autonomie de chaque organisme, la propagande polyvalente (...), susciter (...), encourager et (...) soutenir les initiatives de cet ordre »²⁴. Les principales associations y sont représentées : le CNDT, la Ligue contre le péril vénérien, la Ligue nationale contre l'alcoolisme, le Comité national de l'Enfance, le comité central des Croix-Rouge françaises, la Ligue contre le cancer... Mais la crise économique aidant, l'heure est aux restrictions budgétaires : en 1935, l'Office national d'Hygiène sociale est supprimé. Le financement de la lutte contre les fléaux se trouve considérablement ralenti obligeant à hiérarchiser les priorités : les créations de dispensaires se font plus rares quand d'autres, peu actifs, ferment. Le 12 janvier 1938, le ministre de la santé publique Marc Rucart crée le Conseil supérieur d'Hygiène sociale. Il est chargé de l'examen des questions relatives à l'organisation, au fonctionnement et au développement de l'hygiène sociale que lui soumet le ministre de la Santé publique. Le Conseil est divisé en commissions : celle de la tuberculose, du péril vénérien, du cancer, des rhumatismes, des infirmières et du service social, celle de la documentation et de la propagande, enfin celle de la coordination sanitaire et sociale.

Organisé autour des fléaux sociaux, le Conseil supérieur d'Hygiène sociale est une instance qui travaille à la correction des évolutions démographiques, par l'objet même qu'elle traite. C'est en particulier à la maîtrise de la mortalité et de la morbidité liées aux fléaux sociaux qu'elle dédie son action, essentiellement par la poursuite de campagne d'éducation sanitaire, nous y reviendrons. Mais l'activité du Conseil supérieur d'Hygiène sociale sera de courte durée.

Les statistiques au service d'une politique de santé

Parallèlement à ce mouvement d'institutionnalisation, la statistique sanitaire est organisée. Avant la guerre, les efforts sont isolés pour mesurer la mortalité et la morbidité tuberculeuse et vénérienne. Quant à l'alcoolisme, il est si polymorphe qu'il apparaît difficilement enregistrable en dehors de l'enceinte des asiles et des prisons. L'arrivée de la Mission Rockefeller est le coup d'envoi d'une structuration de l'enregistrement statistique, on l'a vu. Dans l'entre-deux-guerres, les services s'organisent, rassemblent et diffusent des statistiques. La mortalité et la morbidité tuberculeuse et vénérienne sont connues avec davantage de précision. Le même mouvement de mise en chiffres est perceptible dans la lutte contre le cancer²⁵. La précision est indispensable à la hiérarchisation des fléaux qui sont d'une

²² Cité par Viborel L., *L'éducation sanitaire*, 1953, p. 278.

²³ Archives BIUM, Cote 112308, Exposé de la question générale de propagande d'hygiène sociale, le 17 juin 1926.

²⁴ Archives BIUM, Cote 112308, Procès verbal de la réunion constitutive du 17 juin 1926.

²⁵ Pinell P., « Fléau moderne et médecine d'avenir », *ARSS*, 68, p. 46.

certaine manière concurrents, obligés qu'ils sont d'accaparer l'attention publique pour obtenir toujours davantage de moyens. La France n'est pas la seule engagée dans ce processus d'objectivation statistique. Dans plusieurs pays européens ou nord-américains, on observe aussi les mêmes efforts de mesure et les mêmes difficultés à la mise en place de statistiques officielles²⁶.

L'indicateur produit « une représentation spécifique de l'enjeu qu'il traite »²⁷. Il s'agit d'analyser ici non seulement ce qui explique le choix de tels indicateurs plutôt que tels autres mais aussi d'analyser les effets induits par ces choix. Ces indicateurs sont aussi pétris de l'interprétation des faits médicaux, de représentations des modes de transmission et des populations soumises au risque qui préexistent à la construction de l'indice. En somme, ils sont porteurs des représentations des fléaux qu'ils mesurent. Alain Derosières a bien montré comment les formes de la statistique naissent à partir de questionnements et de contextes intellectuels et sociaux spécifiques. Ils s'autonomisent ensuite et se stabilisent en se routinisant²⁸. Les formes prises par ces outils ne peuvent être isolées de problèmes qui les font apparaître et les mettent sur le devant de la scène. Il s'agit aussi de montrer à quoi servent ces statistiques car si les mêmes chiffres sont inlassablement ressassés à quoi servent ceux produits dans le cadre d'une activité contrôlée ? Que mesurent-ils ? Pour l'exposé, les productions statistiques officielles relatives à la tuberculose et aux maladies vénériennes sont présentées successivement.

Marcel Moine et la statistique des décès

Avant d'aborder l'élaboration des cadres de la statistique, il faut présenter l'homme de la mesure des fléaux sociaux, Marcel Moine, qui, dans l'entre-deux-guerres, est chef du service de la statistique du CNDT. Il est né dans la Vienne en 1889. Nous ne connaissons pas son parcours avant sa mobilisation, mais ses états de service soulignent à quel point l'activité de Marcel Moine est remarquable. Car c'est un grand blessé de guerre. « Ce brigadier d'un courage et d'un entrain remarquable », a subi de graves lésions à l'épaule et au bras droit et, un éclat d'obus lui a fait perdre la vue d'un œil. Titulaire de brillantes citations militaires, en août 1918, il est attaché à la Mission Rockefeller au sein de son service statistique. Son dossier administratif indique qu'il a un diplôme de statisticien sans plus de précision²⁹. « Il s'initia rapidement aux travaux de statistiques et lors de la transformation du comité d'assistance aux anciens militaires tuberculeux en CNDT, il fut chargé d'organiser le service de la statistique et en devint le directeur »³⁰. Il y restera jusqu'en décembre 1942, avant d'intégrer l'Institut national d'Hygiène³¹. Compétence, autorité en matière statistique voilà ce qui caractérise Marcel Moine qui est approché par la SGF mais aussi par la Ligue française contre le cancer, la Ligue contre le péril vénérien ou encore le Comité national de l'Enfance pour établir les cadres statistiques et les analyses chiffrées nécessaires à

²⁶ Sur la syphilis, voir Cassel J., *The Secret Plague...*, 1987, p. 201-205 ; sur les statistiques de la tuberculose et leur compilation, Bryder L., *Below the Magic Mountain...*, 2002, p. 103-129. Plus généralement sur la statistique sanitaire voir Rodriguez Ocaña E., Bernabeu i Mestre J., « El legítimo criterio aritmético... », *Epistemología y estadística. Ve encuentro Marcelino Pascua*, 1996, p. 9-33.

²⁷ Lascoumes P., Le Galès P., *Gouverner par les instruments*, 2005, p. 32.

²⁸ Desrosières A., « Histoire de formes... », *RFS*, 1985, 26, p. 287. Plus largement voir *La politique des grands nombres...*, 1993 ; *Pour une sociologie historique de la quantification*, 2008 ; *Gouverner par les nombres*, 2008.

²⁹ Archives INH, Dossier du personnel, Marcel Moine.

³⁰ Archives Pasteur, CNDT 7, Dossier Moine, Lettre d'Honorat du 11 avril 1935.

³¹ Son dossier indique qu'il a été chef de groupe dans la résistance, dans le MLN précisément.

leur politique. En 1935, André Honnorat confirme : « aujourd'hui, il n'est pas d'organisation de cette catégorie qui n'ait recours à lui »³². Il est membre du conseil de la Société Statistique de Paris, lauréat de l'Académie des Sciences, de l'Académie de Médecine. Décoré à plusieurs reprises, il est fait chevalier de la Légion d'honneur et chevalier de l'Ordre de la Santé publique et du Mérite agricole.

Ses publications sont nombreuses. Seul à signer les publications statistiques du CNDT, il cosigne celles d'autres organismes. Par exemple, il signe avec le docteur Cavaillon celles relatives au service anti-vénérien, avec le docteur Lesage celles du Comité national de l'Enfance. Nous ne connaissons pas la répartition des tâches entre ces hommes mais il semble que le statisticien commente les tableaux et indicateurs, précisant les biais et les limites de l'analyse, tandis que son cosignataire signe l'introduction.

Ce qui contraint fortement les analyses statistiques, c'est l'enregistrement des causes de décès, Marcel Moine n'a de cesse de le répéter. Depuis 1921, la statistique des causes de décès est classée par sexe et groupes d'âges mais, faute de crédits, elles ne sont pas publiées. Sur ses sollicitations, l'Office national d'Hygiène sociale accorde son aide financière à la SGF pour obtenir le dépouillement et la publication du dénombrement des causes de décès classées par sexe, groupes d'âge quinquennaux et départements à partir de 1925. Marcel Moine se réjouit : « On pouvait enfin juger les résultats acquis, connaître tous les bienfaits des nouvelles méthodes scientifiques utilisées, voir ce qu'il restait à faire et de quel côté diriger les efforts »³³. Mais la suppression de l'Office national en 1935 entraîne celle des crédits affectés à la publication des statistiques sanitaires départementales. Et décalage de l'analyse oblige, à partir de 1932, la statistique sanitaire détaillée n'est plus publiée. « Ce pays qui n'a pas assez d'enfants dont la mortalité générale est plus élevée que celle de la plupart des pays voisins où la tuberculose supprime trop de jeunes existences ne va-t-il plus connaître l'état sanitaire de sa population, source de sa richesse et de sa sécurité ? N'y a-t-il pas là un scandale tant à nos yeux qu'à ceux de l'étranger ? (...). Il est impossible d'organiser la défense si l'on ignore les effectifs de l'ennemi et ses positions ; il est impossible de porter remède au mal si l'on ignore les causes déterminantes »³⁴.

Les problèmes de la statistique sanitaire ne s'arrêtent pas là. Marcel Moine et les autres spécialistes des fléaux sociaux en sont conscients, la tuberculose, la syphilis se dissimulent derrière d'autres causes de décès ou derrière les causes indéterminées. Il y aurait lieu en effet de « remédier à l'abus qu'on fait trop souvent du « secret professionnel » lors de la déclaration des causes de décès » déclare Moine. Le statisticien voudrait que les causes de décès soient exactement déclarées mais reconnaît que les bulletins de décès souffrent de manque de confidentialité « surtout dans les petites villes ou agglomérations rurales où l'on se connaît trop ». C'est ce qui explique la fréquence des « causes de décès inconnues ». Ces causes de décès indéterminées sont de 13,3 % décès en 1906 et 5,5 en 1913. Mais après la première mondiale, la tendance s'élève brusquement : en 1921, 4,4 % des décès sont indéterminés, 26,5 en 1925³⁵. En 1932 par exemple, 45 départements enregistrent entre 20 et 56 % de causes de décès indéterminées. Pour la France, le niveau s'élève à 16 % ; pour Moine, il ne devrait pas dépasser 5 %³⁶.

³² Archives Pasteur, CNDT 7, Dossier Moine, Lettre d'Honorat du 11 avril 1935.

³³ Moine M., *La statistique au service de la santé publique...*, 1936, p. 13.

³⁴ Marcel M., *La statistique au service de la santé publique*, 1936, p. 4.

³⁵ Biraben J-N., « La tuberculose et la dissimulation des causes de décès », in Bardet J-P. et alii, *Peurs et terreurs face à la contagion*, 1988, p. 192.

³⁶ Marcel M., *La statistique au service de la santé publique*, 1936, p. 10.

En 1936, des départements commencent à tester une nouvelle procédure d'enregistrement. En effet, sur l'insistance de Marcel Moine, une « commission médicale » se réunit en 1929 pour préconiser l'emploi d'un nouveau bulletin de décès dont l'en-tête détachable permet d'anonymiser le bulletin. Cinq départements pilotes testent le nouveau dispositif³⁷. L'essai est concluant : par rapport à 1926, la proportion de causes inconnues a été réduite de 70 à 80 % ! Il faut attendre toutefois 1937 pour que soit instauré un bulletin secret dans tous les départements. L'effet est immédiat : la proportion de causes inconnues passe de 20,5 % en 1936 à 9,1 % en 1943.

La statistique de la tuberculose

En 1925, la mortalité par tuberculose pour 10 000 habitants paraît être de 13,8. Après avoir ventilé les causes de décès indéterminées et revu les classifications de décès, Jacques Vallin et France Meslé, l'estiment, selon le scénario retenu entre 19,4 et 23,0. Dix ans plus tard, la mortalité tuberculeuse est officiellement de 10,8 alors que les démographes l'évaluent à 12,5 ou 14,6 pour 10 000³⁸. En clair, on ne peut prendre pour argent comptant les données statistiques sur la tuberculose. Ce n'est pas du reste l'évaluation de la tuberculose qui motive notre lecture des statistiques produites par le CNDT mais ce qu'elles révèlent de la construction de la pensée démographique en matière de perception du renouvellement de la population en particulier.

Les rapports d'activité des dispensaires antituberculeux sont adressés au service statistique du CNDT et analysés par Moine et son équipe. Les données ici sont largement commentées par le statisticien qui introduit dans l'analyse un point de vue démographique – commentant l'évolution de la population française par exemple – absent des autres publications sur les autres fléaux sociaux. À la tête du service de la statistique antituberculeuse du CNDT, il s'autorise des digressions.

La proportion de cas de tuberculose diagnostiqués pour 100 admissions est passée de 39,4 % d'admissions en 1924 à 37,7 % en 1925 et 39,4 % en 1926. C'est essentiellement à l'augmentation des cas décelés chez les hommes que cette dernière hausse est due. Moine estime que les hommes viennent moins précocement que les femmes et les enfants dans les dispensaires ce qu'il confirme par la surmortalité masculine des consultants. Les statistiques relatives à la vaccination sont présentées, ainsi que celles sur le placement de tuberculeux. La mortalité tuberculeuse est particulièrement développée et l'approche géographique est retenue. Moine explique les écarts de mortalité dans les départements par la composition par âge de la population. Il confronte la mortalité de deux situations extrêmes, celle du Pas-de-Calais et celle du Lot. Le premier département accuse un taux de mortalité de 13,5 pour 1 000, le second de 21,4 pour 1 000. Dans le premier département, le taux de natalité s'élève à 23,8 pour 1 000 et à 15,1 pour 1 000 dans le Lot. En utilisant des taux de mortalité par groupe d'âge, il démontre l'influence de la composition par âge qui conduit dans le Pas-de-Calais, un département où la population est jeune en moyenne à un taux de mortalité faible. Dans chaque groupe d'âge, la mortalité du Pas-de-Calais est nettement plus élevée que dans le Lot et de conclure : « le Pas-de-Calais présente une

³⁷ Soit l'Aisne, la Seine-et-Marne, l'Hérault, la Saône-et-Loire et les Deux-Sèvres.

³⁸ Voir l'ensemble de leur travail de réévaluation des indicateurs : Vallin J. Meslé F., *Les causes de décès en France de 1925 à 1978*, 1987.

situation démographique excellente mais son état sanitaire devrait être rapidement amélioré »³⁹. On remarquera ici que la situation démographique jugée excellente est celle où la population est jeune et les naissances nombreuses.

Dans ses travaux sur la tuberculose, Moine innove, propose de nouvelles mesures et analyses. Il répugne à s'appuyer sur la statistique du mouvement de la population et de la SGF pour l'analyse des causes de mortalité estimant que de nombreux décès sont mal classés. Pour connaître le nombre total de tuberculeux, Moine applique ce qu'il appelle « la théorie du calcul du nombre de tuberculeux probables » en multipliant par 8 le nombre de décès par tuberculose. Et il conclut au terme de son étude : « nous pensons que cette statistique aura permis de constater que notre armement antituberculeux va en se développant et que son rendement croit d'année en année »⁴⁰. C'est bien l'objectif de ces indicateurs. Par ailleurs, Moine propose une mesure du coût de la tuberculose dans son rapport de 1929. À partir de la mortalité tuberculeuse en Angleterre et Pays de Galles, il évalue la surmortalité tuberculeuse en France. S'appuyant sur des tables de mortalité, il mesure le nombre moyen d'années de vie « perdues » par ceux qui sont morts prématurément. Sur la base du salaire moyen annuel ouvrier, il calcule le coût de ces années perdues. Et conclut :

« La tuberculose a privé la société de 516 835 années de vie chez l'homme et de 522 525 chez la femme soit un total de 1 039 360. 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 se répartissant en 497 829 parmi le sexe masculin et en 482 582 parmi le sexe féminin. Le salaire moyen ouvrier étant établi à 10 000 francs par an pour l'homme et 6 000 francs pour la femme, la somme annuelle des pertes s'élève à 4 978 290 000 pour les hommes et 2 895 492 000 pour les femmes soit 7 873 782 000 (...). Si l'on ajoute les dépenses de soins, ainsi que les pertes qui résultent de la diminution de la capacité de travail, on arrive à en conclure que notre pays perd annuellement du fait de la tuberculose un capital considérable »⁴¹.

Ce type de mesure des « pertes sociales » lié au fléau n'est pas isolé. Déjà en 1919, le docteur Leredde mesurait celles dues à la syphilis et à la tuberculose :

« Parmi les tuberculeux et les syphilitiques, il en est dont la valeur sociale est nulle parce qu'ils n'exercent aucune profession mais il en est dont la valeur sociale est considérable, chefs d'industrie, commerçants, chefs de culture. Nous admettons que tous les tuberculeux et les syphilitiques du sexe masculin ont la valeur sociale d'un ouvrier et que la valeur sociale des tuberculeux et des syphilitiques du sexe féminin est inférieure de moitié à celle-ci ; le salaire moyen de la femme étant (avant la guerre) en moyenne voisin de la moitié de celui de l'homme. Nous admettons en outre que le nombre de morts par tuberculose et par syphilis est égal dans les deux sexes. La valeur actuelle des gains ou des dépenses d'un ouvrier de trente ans est de 33 500 francs (Barriol). Celle d'un ouvrier de 50 ans est de 17 500 francs. S'il meurt en France 85 000 tuberculeux par an, le total des pertes dues à la tuberculose doit être évalué à 2 millions 135 millions. S'il meurt en France 40 000 syphilitiques par an, le total des pertes dues à la syphilis peut être évalué à 525 millions. Total : 2 milliards 660 millions. À ce chiffre formidable il faut ajouter les dépenses qui sont dues

³⁹ CNDT, *Rapport du service de la statistique pour l'année 1926, ..., 1927*, p. 53.

⁴⁰ CNDT, *Rapport du service de la statistique pour l'année 1928, ..., 1929*, p. 58.

⁴¹ CNDT, *Rapport du service de la statistique pour l'année 1929, ..., 1930*, p. 75.

à l'hospitalisation, au traitement, aux secours d'assistance de tout genre qui sont attribués aux tuberculeux et aux syphilitiques et aussi à leur famille quand celle-ci est réduite à la misère »⁴².

Le calcul de Moine est certes plus sophistiqué que celui de Leredde mais l'idée d'un coût social du fléau est la même.

La statistique antivénéérienne

Sur le modèle mis en place par la fondation Rockefeller, les dispensaires antivénéériens sont tenus d'envoyer un rapport trimestriel d'activité au service de prophylaxie des maladies vénériennes. Le service est alors chargé d'agréger les données annuelles et d'établir un bilan départemental. Manquent-ils à leur devoir que les dispensaires sont relancés.

Année après année, les recueils de statistiques se suivent reprenant la même structure. Une première série de tableaux et graphiques est destinée à mesurer l'activité des dispensaires antivénéériens et à confondre leur rendement. Le nombre de services est mis en regard des crédits accordés par le parlement au service antivénéérien. Entre 1920 et 1927, ils passent de 145 à 1 020. Les consultations sont comparées au nombre d'injections. Les graphiques présentés montrent une croissance rapide et parallèle. Une deuxième série de graphiques s'intéressent aux cas de syphilis. Un tableau indique « le nombre de malades atteints de la syphilis venus pour la première fois à la consultation ». En 1920, 9 895 malades consultent pour la première fois. En 1928, 110 703 malades viennent dans un dispensaire pour la première fois. « La progression des chiffres insérés dans ce tableau ne saurait déceler une augmentation de la fréquence de la syphilis, elle n'est que la résultante logique de ce que les services, plus nombreux sur le territoire ont exercé un dépistage plus important au cours de ces dernières années [...]. En outre, l'éducation du public se fait de plus en plus intensive, porte en profondeur et permet de toucher les personnes récemment atteintes par le mal, des malades insuffisamment traités qui viennent reprendre leur traitement voire même des indemnes qui viennent se renseigner »⁴³.

Car c'est un des effets pervers de la lutte antivénéérienne que de révéler l'incidence de la maladie. Mais l'explication ne suffit pas. L'augmentation de l'incidence de la maladie est attribuée à d'autres facteurs. D'abord, à la prise en compte des statistiques d'AFN. Les statistiques qui circulent sur la situation sanitaire dans les colonies sont alarmantes. En 1918, 75 à 90 % de la population indigène du Maroc serait syphilitique ; en 1920, en Algérie, 90 % des indigènes seraient atteints de maladies vénériennes⁴⁴. L'AFN n'est pas seule responsable, « l'afflux de la main-d'œuvre étrangère qui est en partie composée de célibataires du sexe masculin »⁴⁵ expliquerait aussi la hausse de l'incidence de la syphilis. Qu'il s'agisse de statistiques officielles ou de statistiques produites ponctuellement, l'explication est reprise.⁴⁶ En 1935, lors d'un congrès de prophylaxie à Bordeaux qui réunit des spécialistes de vénérologie, le professeur Petges présente des chiffres de consultations et d'actes thérapeutiques en augmentation continue

⁴² Dr. Leredde, *Le bilan de la tuberculose et de la syphilis*, 1919, p. 8.

⁴³ Moine M., Dr. Cavaillon, *Étude statistique sur l'activité antivénéérienne enregistrée de 1920 à 1928*, 1928, p. 25.

⁴⁴ Taraud C., *La prostitution coloniale*, 2003, p. 22-23.

⁴⁵ Moine M., Dr. Cavaillon, *Étude statistique sur l'activité antivénéérienne enregistrée de 1920 à 1928*, 1928, p. 25.

⁴⁶ Vachet P., *Connaissance de la vie sexuelle*, 1930, p. 76.

depuis 1917 qui « ne témoigne pas d'une augmentation proportionnelle des maladies vénériennes mais plutôt de la réussite d'une organisation mieux connue et appréciée des malades. L'élévation brusque de la courbe de 1930 à 1932 paraît tenir à des circonstances économiques et la petite diminution de 1933 au départ de nombreux étrangers »⁴⁷.

Dans les rapports de la statistique officielle, les informations sur le nombre moyen de syphilis primaire et secondaire par service sont cruciaux. Les services de la métropole sont soigneusement distingués de ceux de l'Algérie tant les chiffres de ces derniers sont élevés. Ainsi, en 1928, 10,8 cas de syphilis primaire sont traités en moyenne dans les services métropolitains ; ils sont 23 en Algérie. Les cas de syphilis secondaire sont encore plus élevés. 19 cas sont traités en moyenne par service en métropole, 58 en Algérie. Un tableau donne le nombre de cas de syphilis primaire vus pour la première fois pour 100 syphilitiques. Il s'agit en fait de la fréquence des syphilis récentes dans l'ensemble des syphilis traitées. En 1924, 41,8 cas de syphilis primaire sont vus pour la première fois sur 100 syphilitiques ; en 1928, ils sont 32,5. Le calcul conduit à affirmer l'efficacité de la propagande.

L'hérédosyphilis fait l'objet d'un traitement particulier et d'un important volume d'indicateurs ce qui rend compte de l'importance accordée à la transmission de la syphilis dans les générations, c'est-à-dire des risques en terme de renouvellement de la population. Dans de nombreux dispensaires des services annexes de dépistage et de traitement de l'hérédosyphilis reçoivent des femmes enceintes, des nourrissons et des enfants de moins de deux ans. Pour ces patients, les effectifs des indemnes, des porteurs de la syphilis héréditaire sont comptabilisés. La mortinatalité et la mortalité par « débilité congénitale et vices de conformation des enfants de 0 à 1 an sont notés et les diminutions de ces indices sont évaluées en terme de « gains annuels de vies humaines ». La mortinatalité est observée depuis 1911, elle est « le résultat de tares pathologiques parmi lesquelles la syphilis occupe une place importante en provoquant les accouchements prématurés et parmi les naissances à terme, les athrepsiques, les hypotrophiques... »⁴⁸. Globalement, sa tendance est à la hausse jusqu'en 1919 où elle s'élève à 47,3 morts nés pour « 1000 naissances vivantes (nés vivants et morts nés réunis) » avant d'entamer une phase de décroissance pour atteindre 37,5 pour mille en 1927. En 1930, en s'appuyant sur le recul de la mortinatalité et celui de la mortalité par débilité congénitale entre 1918 et 1928, les commentateurs évaluent à 20 200 le nombre de vie gagnées par ce recul.

« Il n'est pas exagéré d'attribuer à la lutte contre la syphilis la moitié au minimum de ce gain de 20 200 existences qui commence à jouer un rôle certain dans la vie du pays. Certains statisticiens étudiant la valeur d'une vie humaine en fonction de la production au point de vue de l'économie nationale estiment celle-ci à environ 200 000 francs par individu déduction faite des quinze premières années de vie. Dans ces conditions les mois des gains constatés des 20 000 existences représentent la valeur de plus de 2 milliards de francs par an. Et il convient d'ajouter qu'il ne s'agit ici seulement que des gains positifs et qu'il y aurait lieu d'ajouter les gains non moins importants qui résultent des innombrables contaminations évitées par le blanchiment des vénériens contagieux, des innombrables maladies graves (cécité, folie) également évitées par le traitement prolongé des maladies. Ces derniers gains ne peuvent être chiffrés, aucun hygiéniste n'ignore leur

⁴⁷ « Les Journées prophylactiques de Bordeaux 6-8 juin 1935 », *La prophylaxie antivénérienne*, octobre 1935.

⁴⁸ Moine M., Dr. Cavaillon, *Étude statistique sur l'activité antivénérienne enregistrée de 1920 à 1928*, 1928, p. 34.

immense valeur. Leur ensemble constitue l'éclatante justification des sacrifices consentis par le Parlement. Il montre que la lutte antisiphilitique est une lutte qui paie »⁴⁹.

La mesure des vies gagnées rend compte de la logique de la politique menée : il s'agit de préserver la population en lui épargnant une surmortalité prévisible parce que tendancielle. Par ailleurs, la mesure du coût économique des vies gagnées vise à détourner les critiques faites à l'encontre du coût des mesures prises, qui sont notamment celles de la médecine libérale qui voit les dispensaires capter sa clientèle. En définitive, les dépenses sont minimales relativement aux bénéfices économiques et démographiques.

L'activité des infirmières visiteuses est également précisée : le nombre de consultations auxquelles elles ont participé ; les visites à domiciles effectuées ; le public concerné. Est précisé le nombre de consultants « ayant interrompu à tort leur traitement et l'ayant repris sur l'avis de la visiteuse » tout comme le nombre de personnes de l'entourage des malades visités qui ont été amenés aux consultations sur les conseils de la visiteuse. De même, les démarches faites auprès des œuvres d'assistance publique, de bienfaisance privée ou des œuvres de relèvement des prostituées sont comptabilisées. En 1933, ces chiffres permettent aux commentateurs de conclure qu'ils montrent « le développement pris (...) par le service social dont l'intérêt s'affirme chaque jour davantage ». En même temps qu'une évaluation et un contrôle d'une activité professionnelle, les indicateurs mesurent ici la force de pénétration des idées hygiénistes.

Présentées par Marcel Moine tout au long de l'entre-deux-guerres, les statistiques relatives aux fléaux obéissent au même critère de démonstration. Elles mesurent l'effet de la politique sanitaire sur la population dans son ensemble. C'est le nombre de vies gagnées qui retient l'attention. La population a tout à gagner d'une politique sanitaire. Les dépenses sont bientôt compensées par les bénéfices économiques et démographiques que tirent la population des vies épargnées. L'effort sanitaire n'est pas vain. L'engagement de Marcel Moine a contribué à un enregistrement plus élaboré des statistiques et à une publication de celles produites de nature à faire avancer l'analyse démographique de la mortalité et de la mortalité.

⁴⁹ Moine M., Dr. Cavaillon, *Étude statistique sur l'activité antivénérienne en 1929...*, 1930, p. 29.