

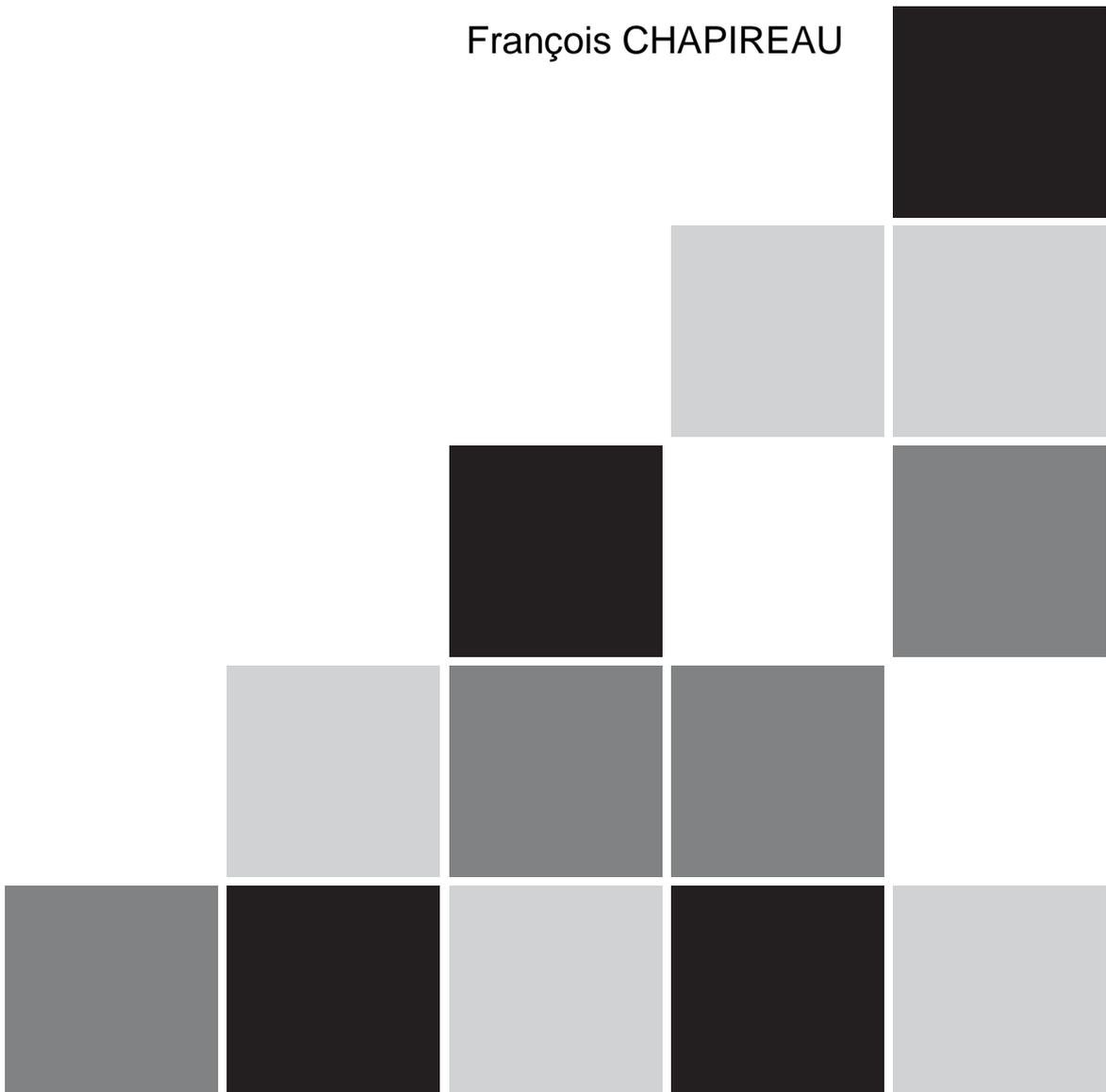
146

2007

DOCUMENTS DE TRAVAIL

LA MORTALITE DES MALADES MENTAUX HOSPITALISES EN FRANCE PENDANT LA DEUXIEME GUERRE MONDIALE

François CHAPIREAU



La mortalité des malades mentaux hospitalisés en France pendant la deuxième guerre mondiale

François Chapiro

François Chapiro
Psychiatre des hôpitaux
Chercheur associé
Institut national d'études démographiques
133, boulevard Davout
75980 Paris Cedex 20
francois.chapiro@ined.fr
Téléphone : 01 56 06 20 24 (secrétariat)
Télécopie : 01 56 06 21 94

Remerciements à F. Meslé et J. Vallin pour leur avis à propos d'une version antérieure de ce travail.

Table

Résumé.....	3
English summary.....	3
Introduction.....	5
<i>Les publications françaises</i>	5
<i>Les publications étrangères</i>	6
<i>Les sources statistiques françaises</i>	7
Méthode.....	10
Résultats.....	12
<i>Les effectifs de malades</i>	12
<i>Les taux de décès</i>	12
<i>Les ratios standardisés de mortalité</i>	15
<i>Le nombre de personnes frappées par la surmortalité</i>	16
<i>Comparaison avec les personnes résidant dans les hospices</i>	16
Discussion.....	18
Annexes.....	21
Bibliographie.....	23
Tableaux.....	24
Liste des figures.....	33
Liste des tableaux.....	35

Résumé : Pendant la deuxième guerre mondiale, les malades mentaux hospitalisés ont souffert plus durement que la population générale de la surmortalité liée aux restrictions alimentaires et à la recrudescence de la tuberculose. Cette question fait l'objet de polémiques vives et anciennes. En 2007, le sujet trouve un regain d'actualité avec la parution de l'ouvrage de madame von Buelzingsloewen. L'étude démographique conduite pour la première fois à partir des données publiées donne les résultats par sexe, âge, diagnostic et catégorie d'établissement. Les taux de mortalité et les ratios standardisés de mortalité sont calculés. Débutant dès 1939, la hausse de la mortalité est massive en 1940 et 1941. En 1941, près d'un homme sur trois et près d'une femme sur cinq sont décédés. A la suite de la circulaire ministérielle du 4 décembre 1942, la mortalité baisse notablement en 1943 et reste stable en 1944, sans revenir au niveau constaté avant la guerre, qui n'est atteint à nouveau qu'en 1946, après une nouvelle baisse en 1945. Enfin, la comparaison avec les personnes hébergées dans les hospices suggère l'existence d'une surmortalité plus grave dans les établissements psychiatriques, même si d'autres populations vulnérables ont elles aussi subi les effets redoutables de la famine. Au total, le nombre de personnes frappées par la surmortalité dans les établissements psychiatriques peut être estimé à environ 45 500. L'ampleur de ce drame résulte des restrictions liées à la guerre mais aussi de la précarité préexistante de l'hygiène, de l'alimentation et de l'encadrement par le personnel dans les établissements psychiatriques.

Mots clés : Mortalité ; Malades mentaux ; Deuxième guerre mondiale ; Etablissements psychiatriques ; Famine.

Mortality of psychiatric inpatients in France during World War II.

Summary: World war II in France lasted from 1939 to 1945. Under-nourishment was a national problem, and was more severe in mental hospitals. The mortality of psychiatric inpatients in France during World War II has long been a controversial issue in the country. Some authors wrote of a "soft extermination" of 40 000 mental patients, although this has been proven false (2). The historical study published in 2007 by Isabelle von Buelzingsloewen (3) provides in-depth description and analysis of starvation due to food restrictions in French mental hospitals. Although French official statistic services published detailed data (15-19, 7-10), no demographic study has been published so far. Such studies have been conducted in Norway (14) and in Finland (5). "The influence of a period of under-nourishment upon mortality in mental hospitals can rarely be seen with a clarity equal to that in this work. The strict rationing was the same for everybody, but extra muram there was private initiative and ingenuity to help in alleviating the distress. Naturally, patients in institution had no ability to act on their own. The immense increase during the period of war 1941-1945 appeared both as an increase in the exact death-risk and as an increase in the disproportion with normal mortality. The men reacted more strongly than women, which is readily comprehensible on physiological grounds, as the rations were virtually the same for all."(5) Excess mortality continued after the war. Even though under-nourishment had ceased, death rates from tuberculosis remained high the following year. Both papers state that the poor hygiene and bad living conditions existing in mental hospitals before the war worsened the effects of food restrictions. French data were published by the General Statistics of France (SGF) that became in 1946 the National Institute of Statistics and Economic Studies (INSEE). A series of datasets were published each year according to sex, diagnosis and type of psychiatric institution (15-19, 7-10). These data are: number of people in hospital on January 1st, number of people admitted (by type of admission), number of people discharged (by type of discharge), number of deceased patients (by type of death) and number of remaining patients on December 31st. A table was also published giving information about patients on December 31st, by sex, age and diagnosis. In 1943, the outdated diagnostic

classification was replaced by a more modern one, with reference to ICD (Table 1). The same year, the age groups also changed (instead of 35-44, it became 30-39). Publication of data by type of institution was discontinued in 1943; from 1945 to 1948, the only available data concerned patients in hospital on December 31st, by age, sex and diagnosis. In 1958, a summary table was published (10), giving from 1900 to 1954 the total number of patients in hospital on January 1st, admitted, discharged, deceased, and remaining on December 31st. Some information is missing, in part because some départements were occupied by Germany or Italy, in part because a few institutions sometimes failed to provide their results. The number of patients is therefore slightly underestimated at times, but this does not introduce any major bias in rates or ratios. General population data were published by the National Institute of Demographic Studies (INED) (20, 21). The data referring to civilian population during the war are provided by the Human Mortality Database (6). This study covers: number of people in hospital, mortality rates by sex, age, diagnosis and type of institution, and standardised mortality ratios. These can refer to the general population or only to the civilian one; the latter is more relevant since mental patients would not have been allowed to join the armed forces, even if they had not been in hospital. Finally, mortality trends in mental hospitals is compared with those in “hospices for old, disabled or incurable people”, in order to ascertain whether all vulnerable populations in institutions suffered to the same extent. The results show that the number of inpatients in 1945 was about half the total recorded in 1940, due to fewer admissions and to a large increase in the number of deaths (Table II). However, the number of discharges increased in 1940, even though the number of admissions had begun to slow down: many patients were sent to places offering better food and hygiene. The number of deaths began to rise as of 1939. Mortality rates were high in 1940 and especially in 1941, when almost one man in three and more than one woman in five died (Table III). Global rates did not change in 1942. In December that year, a government order stated that mental patients should receive more food. Mortality rates went down in 1943 and 1944, but rates did not return to the pre-war values until 1946. In 1939, mortality rates are high but only among patients of 70 years of age or more (Table IV). In 1940, they were highest above 55; in 1941, rates between ages 15 and 54 were double those of the preceding year. Thus, even though excess mortality affected all ages, its strongest effects were felt from the older patients to the younger ones from 1939 to 1941. Trends according to diagnosis are difficult to interpret because of the change of classification in 1943 (Tables V and VI). The patients suffered greatest hardship in public hospitals, which had no budget of their own and were run by the départements (Table VII) and lowest in private hospitals contributing to the public service, most of which were congregational and received religious funding. In 1941, standardised mortality ratios were more than three times higher than they were before the war (Table VIII). Comparison with people living in hospices shows that during the war mortality rates were 50 % higher in these institutions, while they almost tripled in mental hospitals (Table IX). The number of people who died of starvation and infectious diseases in mental hospitals from 1939 to 1945 can be estimated at about 45 500. However, mental patients were made specially vulnerable by circumstances that existed before the war in mental hospitals, in terms of food, hygiene and staffing, as suggested by an official document quoted in the paper.

Key words : Mortality; Mental patients; World War II; Mental hospitals; Starvation.

La mortalité des malades mentaux hospitalisés en France pendant la deuxième guerre mondiale

La deuxième guerre mondiale a été marquée par une augmentation de la mortalité civile, non seulement en raison des hostilités (bombardements, déportation), mais aussi du fait des restrictions alimentaires et de la recrudescence des maladies contagieuses, au premier rang desquelles la tuberculose. Les malades mentaux hospitalisés ont été touchés plus durement que la population générale. Cette question fait l'objet de polémiques vives et anciennes. Ainsi par exemple, dans le numéro spécial publié en 1952 par la revue *Esprit* sous le titre « Misère de la psychiatrie », l'explication diffère selon les auteurs. Pour l'un, « les médecins qui dévoilent la pauvreté de leurs moyens et la misère grandissante de l'assistance psychiatrique sont accusés à la fois par les politiciens et les administrateurs prudents, de favoriser les campagnes communistes. Le monde des aliénés reste celui sur lequel il est convenu de se taire » (12). Pour d'autres, « un encombrement considérable existait déjà avant guerre dans les hôpitaux psychiatriques. La politique fasciste "d'assistance" aux aliénés appliquée par l'occupant et le gouvernement de Vichy y avait apporté une solution radicale. 40 000 *malades mentaux sont morts de faim et de froid durant la guerre* [italiques dans le texte] » (13). Un autre article du même numéro confirme le surpeuplement des hôpitaux psychiatriques : « La surcharge des services existait dès le début du XIX^e siècle et elle n'a cessé de s'accroître jusqu'à cet excédent effarant et tragique de 1939, année pendant laquelle 110 188 malades occupaient 85 000 lits réglementaires, soit un surpeuplement de 25 000 malades, près du quart de la population présente. » (4). La polémique prend un tour aigu en 1987 avec l'accusation d'« extermination douce » (2, 3). En 2007, la question trouve un regain d'actualité lors de la parution d'un ouvrage historique approfondi consacré aux manifestations et aux causes de la famine dans les asiles sous l'occupation (3).

Malgré l'intensité des débats, les sources statistiques n'ont guère été mises à contribution. A ce jour, aucune étude démographique n'a été publiée à partir de ces données.

LES PUBLICATIONS FRANCAISES

Depuis 1945, une surmortalité d'au moins 40 000 personnes est souvent évoquée, mais seules deux publications présentent des calculs dont elles indiquent la source et le détail. Leurs méthodes et leurs résultats diffèrent profondément. La plus ancienne ne date que de 1991 (2). Dans un article consacré à l'histoire de la famine et des débats la concernant, Bonnet et Quételet montrent « qu'il n'y a pas eu "extermination douce" ». Ils tentent part ailleurs de calculer un nombre de décès en excès. Le calcul émaillé d'erreurs s'achève sur une confusion ; le nombre total de décès est pris à tort pour l'effectif des personnes frappées par la surmortalité, comme en témoigne la conclusion : « de tous nos chiffres, seul celui de 76 000 morts de faim¹ sera retenu ».

Tout autre est le calcul publié par madame von Bueltzingsloewen (3). L'auteur établit pour chaque année deux taux de mortalité en rapportant le nombre de décès constatés à chacune de deux populations : il s'agit d'une part de la moyenne du nombre des malades présents au début et à la fin de l'année, et d'autre part de la population totale soignée dans l'année (somme des malades présents au 1^{er} janvier et de ceux admis dans l'année). La première méthode est classique en démographie, mais ne repose pas sur l'ensemble des malades entrés dans l'année. C'est pourquoi la seconde porte sur la somme des malades présents au premier janvier et des malades admis en cours d'année. Si la première surestime la surmortalité réelle, la seconde la sous-estime. La série des taux annuels fait apparaître une forte augmentation dès

¹ La période concernée va de 1940 à 1944 inclus ; le total exact des décès est de 78 287.

1940, suivie d'une baisse à partir de 1943, baisse dont l'ampleur n'est toutefois pas suffisante pour permettre le retour aux niveaux constatés avant la guerre. En deuxième lieu, l'auteur établit une estimation du nombre de personnes frappées par la surmortalité. Pour cela, elle calcule à partir de 1940 un taux de surmortalité, en soustrayant le taux moyen des années 1935 à 1939 du taux constaté. En rapportant ces taux de surmortalité à la population exposée au risque (selon les deux définitions ci-dessus), l'auteur situe le nombre de victimes entre 44 162 et 45 161 personnes pour la période 1940-1945. En outre, elle formule une remarque : pendant la guerre, le nombre de malades admis en hôpital psychiatrique a considérablement baissé, de sorte que « l'internement intervient désormais en dernier recours [...]. Or, le stade avancé de la pathologie comme le degré d'isolement constituent des facteurs de fragilisation qui ont probablement influé sur l'espérance de vie des nouveaux internés ».

LES PUBLICATIONS ETRANGERES

A la différence des travaux français, les publications des pays nordiques ont eu lieu dans les dix années suivant la guerre. En Norvège, occupée par l'armée allemande de 1940 à 1945, une vaste étude porte sur l'ensemble des patients admis pour la première fois dans l'un des hôpitaux psychiatriques du pays depuis 1916 et dont les décès ont été recherchés auprès de l'état civil (14). Les calculs sont effectués selon la méthode des personnes années. L'analyse par période quinquennale montre que de 1936 à 1940, les ratios standardisés de mortalité² ont été de 3.4 pour les hommes et de 4.4 pour les femmes, alors que, de 1941 à 1945, ils ont été respectivement de 4.5 et de 4.6, avant de redescendre à 3.6 et 3.9 de 1946 à 1949. Ainsi, pendant la guerre, l'augmentation relative de la mortalité a principalement touché les hommes. L'auteur met en cause la pénurie alimentaire et la sous alimentation des malades hospitalisés en psychiatrie : « le béribéri était très répandu et l'œdème de famine un fait banal ».

En Finlande, qui a été en guerre de 1939 à 1944, une étude a été conduite chez les patients admis dans les cinq hôpitaux psychiatriques du sud du pays pendant les trois premières années de chaque décennie de 1920-1922 jusqu'à 1950-1952, et suivis jusqu'en 1955 ; comme en Norvège, tous les décès sont enregistrés, y compris après la sortie des patients (5). Ces quatre cohortes n'incluent que les patients hospitalisés plus de six mois, en vue de mieux mettre en évidence l'effet de l'hospitalisation prolongée. Ici aussi, les calculs sont basés sur le nombre de personnes années. Pendant la période de 1940 à 1945, les décès de la population générale comptés dans les comparaisons ne portent que sur la population civile, à l'exclusion des victimes de guerre. Parmi les malades hospitalisés, la période de la guerre montre chez les hommes une « augmentation violente » des taux de décès, dont le niveau croît de 4 %, alors que dès 1950, ils baissent jusqu'à atteindre des valeurs inférieures de 2 % à ce qu'ils étaient avant le conflit. Chez les femmes, l'augmentation des taux de décès est modérée de 1940 à 1945. Après la guerre, les taux de décès qui étaient auparavant plus élevés chez les femmes, sont devenus analogues pour les deux sexes dans la plupart des groupes d'âge. Les ratios standardisés de mortalité ne sont pas présentés sous forme de tableaux mais de graphiques, par sexe, âge et diagnostic, ce qui empêche d'en résumer les résultats. Les auteurs commentent : « l'influence d'une période de sous-alimentation sur la mortalité dans les hôpitaux psychiatriques peut rarement être vue avec une telle clarté. Le rationnement était le même pour tous, mais dans le pays l'initiative privée et l'ingéniosité aidaient à soulager la détresse. Naturellement, les patients hospitalisés n'avaient aucune occasion d'agir par eux-mêmes. L'immense augmentation pendant la période de la guerre apparaît à la fois comme

² En anglais : standardised mortality ratio (SMR). Il s'agit du rapport entre le nombre de décès qui aurait été attendu (si les taux avaient été ceux de la population de référence) et l'effectif constaté. Ce ratio mesure la surmortalité relative dans une population par rapport à une autre.

une hausse du taux de mortalité et comme l'accroissement de l'écart avec la mortalité générale. Les hommes ont réagi plus fortement que les femmes, ce qui est aisément compréhensible sur le terrain physiologique, du fait que les rations étaient virtuellement les mêmes pour tous. » D'autre part, les auteurs notent la prolongation de la surmortalité après la fin des hostilités, et l'attribuent à la persistance de maladies contractées pendant la période des grandes pénuries alimentaires, et d'abord à la tuberculose.

Parmi les causes de surmortalité, les deux publications évoquent les conditions de vie défavorables dans les hôpitaux psychiatriques dès avant la guerre. Ainsi, en Finlande, cette dernière a été suivie d'une amélioration de l'hygiène, et donc une moindre exposition aux infections et à la tuberculose endémique, mais aussi une amélioration du niveau de l'alimentation par rapport à la période précédant la guerre. Parmi les éléments favorables à une plus faible mortalité, les auteurs soulignent aussi la transformation de la vie quotidienne dans les hôpitaux, dont les portes se sont ouvertes, cependant que de nombreuses activités étaient proposées aux malades, de sorte que « les conditions de vie à l'hôpital sont devenues largement les mêmes qu'à l'extérieur ».

LES SOURCES STATISTIQUES FRANÇAISES

Mis à part l'ouvrage historique publié en 2007 (3), la lecture des publications pourrait faire supposer que les sources sont à la fois rares et incertaines. Or il n'en est rien, puisque la Statistique générale de la France (SGF) puis l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)³ ont publié sous le titre « Statistique des institutions d'assistance » (15-19, 7-10) des données détaillées aisément accessibles, que ce soit à la bibliothèque de l'INSEE, à la Bibliothèque nationale de France, ou dans les centres spécialisés tels que l'Institut national d'études démographiques (INED).

Ces publications « étaient établies à partir d'états départementaux remplis par les préfetures. » (11). Le champ du recueil statistique inclut « les établissements privés autorisés à recevoir les malades mentaux placés en application de la loi de 1838 sur le placement des aliénés. N'échappent donc à cette statistique des établissements psychiatriques que les maisons de santé non soumises au contrôle de la loi de 1838 sur le placement des aliénés et les services libres des hôpitaux. On peut estimer que cette lacune n'excède pas 2 % du nombre total des lits réservés aux malades mentaux » (11). Les quatre catégories d'établissements sur lesquelles porte le recueil sont : hôpitaux psychiatriques publics, quartiers d'hospices, hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction d'hôpitaux psychiatriques publics, établissements privés (maisons de santé) autorisés. Les hôpitaux psychiatriques ne disposent pas de la personnalité morale (patrimoine propre, budget propre), mais sont gérés directement par les conseils généraux ; ils reçoivent les patients internés selon la loi du 30 juin 1838 en provenance du département d'implantation ou de départements voisins ayant passé convention (1). Ils reçoivent aussi des patients (appelés « pensionnaires ») dont le séjour est financé par les familles. Les quartiers d'hospices font partie de l'hôpital ou de l'hospice auquel ils sont rattachés, et qui dispose de la personnalité morale ; une convention passée avec le département fixe les conditions d'admission des malades internés. Les établissements privés faisant fonction de public relèvent le plus souvent d'une congrégation religieuse et peuvent ainsi disposer de ressources complémentaires ; ils ont la personnalité morale et ont passé convention avec le département (qui ne dispose le plus souvent pas d'un établissement public sur son territoire). Enfin, les établissements privés proprement dits ont reçu l'autorisation d'accueillir des malades internés, aux frais de ces personnes ou de leur famille.

³ La Statistique générale de la France (SGF), créée en 1840, a été incluse en 1946 dans le nouvel Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

Jusqu'à 1942 inclus, des tableaux annuels donnent par catégorie d'établissement, par diagnostic et par sexe, des effectifs sous les intitulés suivants : les existants au 1^{er} janvier, les admis, le total des existants et admis (soignés dans l'année), les sortis, les décédés, le total des sortis et décédés, et l'effectif restant au 31 décembre. Plusieurs de ces classes sont subdivisées : les admis sont répartis en admis pour la première fois, par suite de rechute, par réintégration après évasion ou sortie avant guérison, et venant d'un autre asile ou transférés ; les sortis sont répartis en sortis par guérison, par amélioration, par évasion, par transfert, et pour autres causes ; enfin, pour leur part, les décédés sont classés en décédés par maladie, par accident et par suicide. D'autres tableaux donnent la répartition des présents au 31 décembre et des décédés par sexe, âge et diagnostic. Les neuf catégories diagnostiques sont les suivantes : Idiotie, crétinisme, imbécillité ; Manie, mélancolie, délire de persécution ; Epilepsie ; Folie des dégénérés sans antécédent alcoolique ; Folie des dégénérés avec antécédent alcoolique ; Alcoolisme aigu ou chronique ; Paralyse générale ; Démence sénile, organique, etc. ; Autres maladies mentales⁴.

Il existe une rupture de série à partir de 1943. Les classes d'âge sont modifiées (au lieu de 25-34 ans, on a 30-39 ans). La classification diagnostique change et comporte désormais 35 rubriques (Tableau I). Les statistiques ne sont plus publiées par catégorie d'établissement. Ces modifications sont conservées les années suivantes, mais, de 1945 à 1948 inclus, les données se limitent à la répartition par sexe, âge et diagnostic des présents au 31 décembre⁵. A partir de 1949, les tableaux annuels donnent par diagnostic et par sexe les existants au 1^{er} janvier, admis dans l'année, soignés dans l'année, sortis dans l'année, décédés et restant au 31 décembre. En 1958, l'INSEE publie un tableau récapitulatif donnant de 1900 à 1954 les effectifs globaux sous ces derniers intitulés (10) ; les effectifs de malades entrés et sortis dans l'année ne sont pas les mêmes que dans les tableaux annuels détaillés : les transferts ont été soustraits, selon une méthode qui n'est pas précisée.

Le champ couvert par la « Statistique des institutions d'assistance » évolue lui aussi, mais de manière différente. Jusqu'en 1936, les tableaux portent sur 90 départements, puis, de 1937 à 1945 inclus, il ne s'agit plus que de 87. L'occupation de l'Alsace Lorraine explique la réduction du nombre de départements de 1939 à 1945. L'omission des trois mêmes départements en 1937 et 1938 peut s'expliquer par le fait que la production et la transmission des données a pris du temps, de sorte qu'ils étaient occupés au moment où ils auraient du fournir les résultats les concernant. Les effectifs de malades de ces deux années sont donc légèrement sous estimés ; en revanche, il est possible de supposer que les taux de mortalité et les ratios standardisés de mortalité ne sont pas notablement modifiés par les omissions. Enfin, même si le fait n'est pas mentionné, les données concernant les malades hospitalisés en Corse sont vraisemblablement absentes de la statistique de 1943 à 1945, puisque ce département était alors rattaché à l'Italie.

⁴ Dans la suite de cet article, les intitulés des diagnostics reproduisent les formulations de l'époque, sans préjuger de leur pertinence ou de leur possible transposition en notions actuelles.

⁵ En 1945 et 1946, ce tableau donne séparément la répartition par âge et par sexe, ce qui empêche tout calcul portant sur les deux variables à la fois.

Tableau I : Nomenclature des maladies mentales (11 octobre 1943)

Numéros	Maladie	Numéros correspondants (1) de la nomenclature internationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé (Révision 1948)
1	Idiotie.....	325 (0, 4, 5)
2	Imbécillité.....	325 (1)
3	Débilité mentale.....	325 (2 : partie, 3)
4	Crétinisme (myxœdème).....	325 (2 : partie)
5	Troubles du caractère et du comportement.....	320 (0-3, 7), 321 (1-5), 324, 326.
6	Troubles de l'émotivité.....	321 (0)
7	Perversions instinctives.....	320 (4-6)
8	Psychonévroses (neurasthénie, psychasthénie, etc.).....	310-318
9	Etat maniaque.....	301 (0)
10	Etat mélancolique.....	301 (1)
11	Psychose périodique.....	301 (2)
12	Délires aigus (bouffées délirantes).....	309 (partie)
13	Délire chronique hallucinatoire.....	} 303, 309 (partie)
14	Délire chronique d'interprétation.....	
15	Délire chronique de revendication.....	
16	Délire chronique d'imagination.....	
17	Démence précoce (schizophrénie, confusion mentale chronique)	300
18	Confusions mentales aiguës.....	309 (partie)
19	Alcoolisme aigu (2).....	322 (0)
20	Alcoolisme chronique (2).....	} 307, 322 (1, 2)
21	Alcoolisme démentiel (2).....	
22	Autres intoxications.....	323
23	Paralyse générale.....	025
24	Syphilis cérébrale.....	026
25	Troubles mentaux du tabès.....	024
26	Démence organique par artériosclérose cérébrale.....	306
27	Démence organique par lésion circonscrite.....	308 (0, 2)
28	Démence sénile.....	304
29	Psychoses séniles ou d'involution.....	302, 305
30	Démences secondaires (vésaniques).....	309 (partie)
31	Epilepsie.....	308 (1)
32	Psychopathies de l'encéphalite épidémique.....	083 (1, 2)
33	Etats psychopathiques atypiques.....	309 (partie)
34	Non aliéné (3).....	793 (0)
35	Simulateur.....	795 (1)
N.D.	Maladie mentale non mentionnée.....	309 (partie)

(1) Correspondance approximative : les chiffres entre parenthèses sont les subdivisions de la nomenclature internationale.

(2) Alcoolisme ayant motivé l'internement ; non compris l'alcoolisme « d'appoint » accompagnant l'affection mentale ayant motivé l'internement, qui est classé à la rubrique correspondante.

(3) Reconnu non aliéné après mise en observation, non compris les simulateurs (classés au numéro 35)

L'interprétation des données soulève quelques questions. La première est que les entrées et les sorties par transfert ne sont manifestement pas définies de la même façon, car les effectifs concernés sont différents. La deuxième tient à l'existence de quelques écarts entre les effectifs des malades présents au 31 décembre, et ceux des présents au 1^{er} janvier l'année suivante, qui dépassent rarement 5 %⁶, et qui s'expliquent sans doute parce que quelques établissements ont occasionnellement omis de fournir leurs données⁷. De même, le tableau donnant la répartition par sexe et âge des présents au 31 décembre et des personnes décédées dans l'année est incomplet en 1934, 1935 et 1936⁸. Enfin, le volume publié par l'INSEE en 1958 (le premier à contenir des explications méthodologiques) oriente vers une possible confusion entre le nombre de malades entrés ou sortis et le nombre de « mouvements » de ces malades, c'est-à-dire le nombre de fois qu'ils sont entrés ou sortis⁹.

Les données de la population générale peuvent être abordées selon deux définitions différentes : dans le premier cas, il s'agit de l'ensemble de la population, y compris les militaires, les prisonniers et les déportés. Ces données sont publiées par l'Institut national d'études démographiques (20, 21). Le champ couvert par ce recueil varie pendant la guerre : de 90 départements jusqu'à l'automne 1939, il passe alors à 87, et à 86 de 1943 à 1945. Pour les années de transition, les tables comportent une estimation portant sur chacun des deux champs, ce qui permet de calculer la population moyenne de chaque année selon un champ homogène. Pendant la période de la guerre, il est intéressant d'étudier la seule population civile, ou plus précisément la population « présente », n'excluant les hommes sous les drapeaux que pendant la période où ils ont effectivement couru le risque de mortalité « militaire » (20). Les effectifs répondant à la seconde définition ont été obtenus en consultant la *Human mortality database* (6).

METHODE

Compte tenu de la fragilité relative des données au 31 décembre, ces dernières n'ont été utilisées que lorsqu'elles étaient seules disponibles, c'est-à-dire pour la répartition par âge.

Le nombre de malades décédés dans l'année doit être mis en rapport avec l'effectif des personnes concernées. Il s'agit de calculer des taux, en rapportant le nombre de décès à celui des personnes exposées au risque. Ce dernier groupe devrait dans l'idéal être la moyenne des effectifs de personnes présentes chaque jour. Par approximation, la moyenne des présents est calculée à partir des effectifs au 1^{er} janvier : le résultat est appelé ici calcul 1. Une autre méthode prend en compte les personnes entrées, sorties et décédées dans l'année. En faisant l'hypothèse d'une répartition égale au long de l'année, il est possible de considérer que chacune de ces personnes a été présente en moyenne six mois, de sorte que l'effectif concerné dans chaque catégorie est la moitié du total de l'année. Cette seconde méthode calcule ainsi le taux de décès par rapport au nombre de malades présents au 1^{er} janvier, auxquels s'ajoutent la moitié des malades admis et se soustraient la moitié des malades sortis ou décédés : le résultat est appelé ici calcul 2. Pour ce dernier calcul, les données proviennent des tableaux annuels détaillés par sexe, âge, diagnostic et catégorie d'établissement. Le fait qu'ils incluent les

⁶ La seule exception concerne le passage entre le 31 décembre 1942 (78 493 personnes) et le 1^{er} janvier 1943 (69 427 personnes).

⁷ En 1937, « manque : asile de Meurthe et Moselle ». En 1939 : « non compris : Cantal ». En 1940 : « non compris Landes, Haut-Rhin, Bas-Rhin, Moselle, Somme ». En 1941 : « non compris Saint-Cyprien en Haute-Garonne ». En 1943, « manque : Manche, Seine-Inférieure, Somme, Var ». En 1944, « manque : Manche, Seine-Inférieure, Somme, et l'asile de Ville Evrard ».

⁸ Les informations par sexe, âge et diagnostic des patients présents au 31 décembre et des décès manquent respectivement pour 139 (sur 7737), 495 (sur 8074), et 264 personnes (sur 8123).

⁹ « Restent comptées comme admissions les réadmissions pour rechutes ou récidives en cours d'année ayant fait l'objet d'une nouvelle procédure d'admission (cette remarque concerne spécialement les malades mentaux) »

transferts d'un établissement psychiatrique à un autre ne produit pas de double compte, puisque les sorties sont soustraites des entrées. Les deux méthodes fournissent des résultats très proches, qui, pour cette raison, sont donnés seulement pour le premier tableau.

En raison de la rupture de série intervenue en 1943 deux extrapolations sont tentées. La première concerne les tranches d'âge : une transposition a été effectuée en faisant l'hypothèse d'une répartition uniforme dans chaque tranche¹⁰. La seconde porte sur la classification diagnostique : un regroupement en quatre grandes catégories (principales mais non exhaustives) a été tenté, en faisant deux hypothèses : la première est que la pratique de codage n'a pas évolué à cette occasion ; la seconde est que la « folie des dégénérés » peut être assimilée à ce qui a été ensuite classé dans les rubriques correspondant à la schizophrénie et aux délires. Les résultats obtenus ne comportent pas d'incohérence rendant ces hypothèses invraisemblables.

Si les taux de mortalité permettent de décrire les conséquences de la famine dans les établissements de soins psychiatriques, en revanche ils ne rendent pas compte de deux faits : les restrictions provoquées par la guerre ont un retentissement sur l'ensemble de la population du pays, et, à l'inverse, il existe une tendance à l'augmentation de l'espérance de vie sur la longue période¹¹. Pour intégrer ces facteurs, les ratios standardisés de mortalité sont calculés : les taux de mortalité de la population générale sont établis par sexe et par âge, puis appliqués à la population des établissements de soins psychiatriques, ce qui permet de déduire un nombre de décès qui aurait été attendu si la mortalité y avait été semblable. Le rapport de ce nombre attendu au nombre effectivement constaté exprime la surmortalité de la population exposée au risque par rapport à la population de référence.

L'estimation du nombre de personnes frappées par la surmortalité varie en fonction des hypothèses retenues, et plus particulièrement de celles portant sur les dates de début et de fin, mais aussi sur le niveau et l'évolution (ou pas) de la référence. Les calculs présentés ici portent sur les années 1939 à 1945 inclus, et font l'hypothèse d'une baisse continue du taux ou du ratio entre un départ constitué par la moyenne de 1935 à 1938 et un terme fixé en 1946. Le calcul basé sur les taux de mortalité produit une estimation dans l'absolu, alors que celui qui utilise le ratio standardisé de mortalité prend en compte l'évolution concomitante de la mortalité dans la population générale. Au total, il est possible de proposer trois estimations de la surmortalité de 1939 à 1945 inclus : l'une est centrée sur la situation propre aux établissements psychiatriques, et deux tiennent compte de l'évolution simultanée de la mortalité dans la population générale, l'une dans l'ensemble de la population, l'autre dans la seule population civile. Ces trois estimations doivent être reçues avec prudence, en raison du nombre d'hypothèses qui président à leur calcul. Des hypothèses différentes peuvent légitimement être proposées, avec des résultats différents.

¹⁰ Par exemple, l'effectif de la tranche de 45 à 54 ans a été calculé en additionnant la moitié de l'effectif des 40-49 ans et la moitié des 50-59 ans.

¹¹ Selon Vallin (20), en 1938, l'espérance de vie à la naissance est de 55,9 ans pour les hommes et de 61,9 pour les femmes. En 1947, elle est respectivement de 61,2 et de 66,6 ans.

RESULTATS

Les effectifs de malades

Qu'il s'agisse des malades présents au 1^{er} janvier, des malades admis dans l'année et de ceux qui sont décédés (Tableau II¹²), l'année 1940 représente une charnière : ainsi, le nombre de malades présents au 1^{er} janvier, qui augmentait jusqu'en 1940, baisse massivement jusqu'en 1945, où il dépasse à peine la moitié de l'effectif atteint cinq ans plus tôt (54 %). Toutefois, cette évolution n'est pas analogue pour les hommes et pour les femmes, puisque pour les premiers le nombre de présents en 1944 n'est plus que de 42 % de ce qu'il était en 1940, cependant que pour les secondes, il est de 65 %. En 1940, alors que le nombre de malades admis baisse, celui des malades sortis augmente. Pour leur part, le nombre de malades décédés dépasse les effectifs antérieurs dès 1939, et atteint un maximum en 1941, avant de baisser un peu en 1942, mais surtout en 1943 et 1944, sans toutefois revenir au dessous des niveaux d'avant-guerre, ce qui ne se produit qu'en 1945, de manière très nette. Dès 1939, l'augmentation du nombre de décès est plus forte chez les hommes, au point que en 1941, ils sont 58 % des personnes décédées alors pourtant qu'ils ne sont que 44 % parmi les présents le 1^{er} janvier. L'année 1941 est particulièrement lourde pour les hommes : le nombre de décès dépasse le triple de ce qu'il était en 1938. Ces événements retentissent sur la proportion d'hommes parmi les malades présents au 31 décembre, qui se situe entre 43 % et 44 % jusqu'en 1939, et qui n'est plus que de 40 % en 1941.

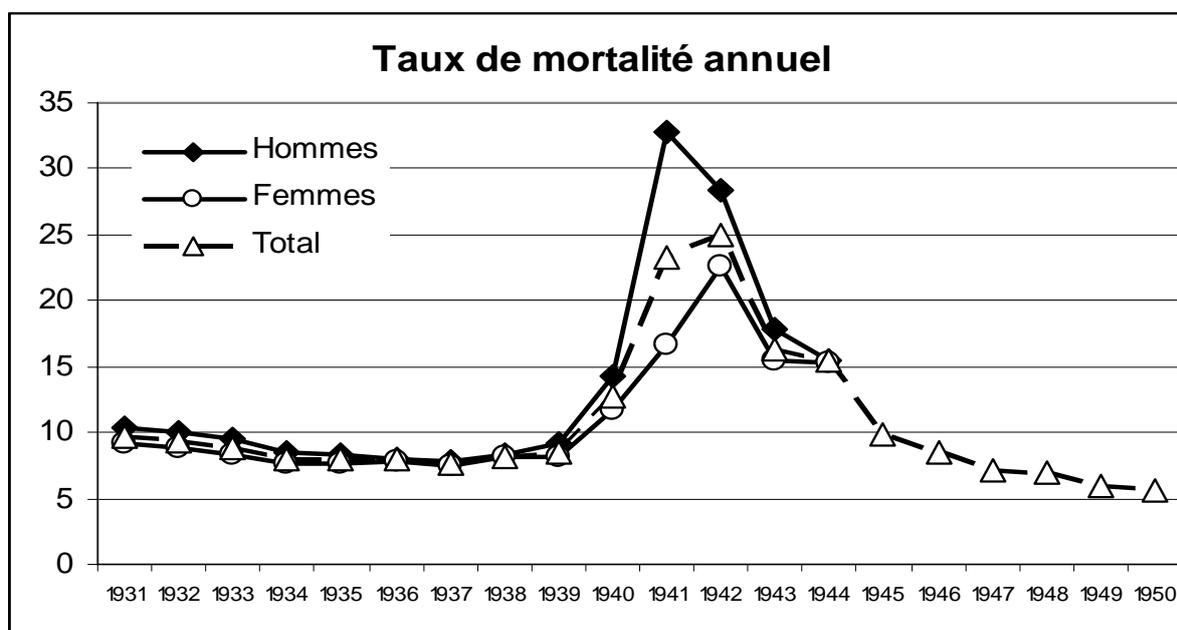
Les taux de décès

Les taux globaux et par sexe

Les résultats globaux montrent une légère augmentation des taux de mortalité en 1939, mais une forte hausse en 1940, puis en 1941 (Figure 1 et Tableau III). Ils augmentent encore en 1942, puis l'année 1943 est marquée par une baisse, qui se poursuit en 1944 et surtout en 1945 ; le retour à des taux analogues à ceux constatés avant la guerre n'a lieu qu'en 1946. La différence des taux de mortalité entre sexes, qui était minime avant la guerre devient très importante pendant celle-ci, aux dépens des hommes. En effet, les taux masculins augmentent davantage et plus rapidement que ceux des femmes : pour les hommes, le maximum est atteint dès 1941, et correspond alors à plus du double de l'année précédente, et au quadruple des valeurs observées jusqu'en 1938, cependant que pour la mortalité féminine, une augmentation moins massive se poursuit jusqu'en 1942, sans atteindre le triple de ce qu'elle était avant la guerre. En 1944, dernière année pour laquelle les données par sexe sont disponibles, la mortalité revient à des niveaux analogues pour les hommes et pour les femmes.

¹² Les tableaux chiffrés sont placés en annexe.

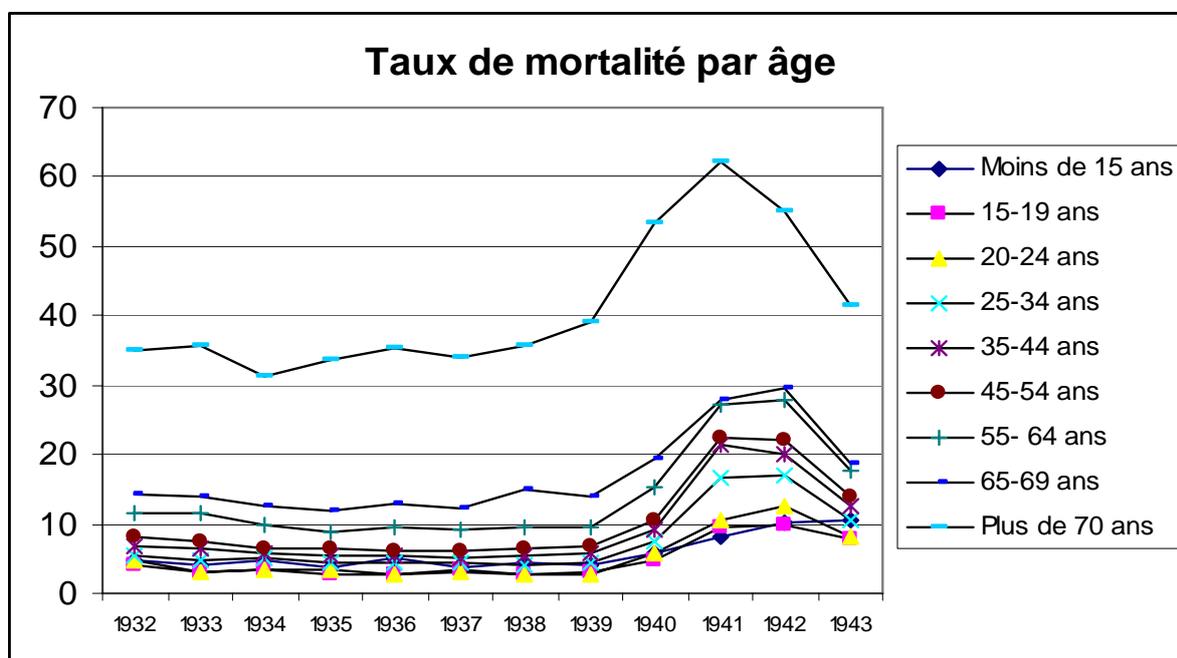
Figure 1 : Taux de mortalité annuel par sexe et pour l'ensemble (%).



Les taux par âge

Les taux par tranche d'âge peuvent seulement être calculés en référence à la population moyenne des présents au 31 décembre (Figure 2 et Tableau IV). En effet, la répartition par âge des malades admis et sortis n'est pas publiée.

Figure 2 : Taux annuel de décès par tranche d'âge et par an (en % de la population annuelle moyenne des mêmes âges)



L'évolution ne montre en 1939 une hausse significative du taux de mortalité que chez les personnes âgées de plus de 70 ans (dont l'effectif est de 5 694 au 31 décembre 1938 et de 5 853 un an plus tard). En revanche, en 1940 et 1941, les augmentations de taux concernent toutes les tranches d'âge, mais sont relativement plus fortes avant 65 ans. Au delà de cet âge, les taux ne peuvent pas augmenter dans les mêmes proportions, car ils sont très élevés : dans

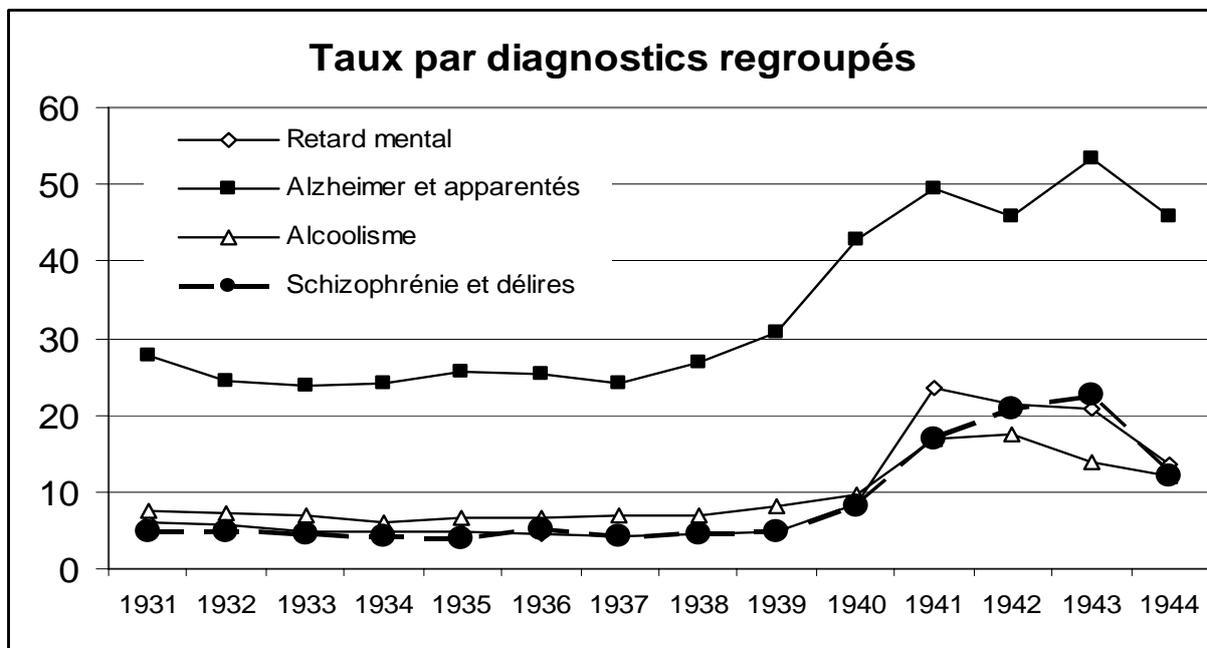
la mesure où en 1940, une personne de plus de 70 ans sur deux décède, et en 1941 deux sur trois, le nombre de personnes exposées au risque l'année ultérieure est bien plus diminué que dans les autres tranches d'âge, où les taux n'atteignent pas ces valeurs extrêmes. En 1942, les hausses concernent davantage les sujets de moins de 35 ans, cependant que pour les plus âgés, la mortalité tend à se stabiliser.

Dans l'ensemble, la structure par âge de la population présente au 31 décembre de chaque année reste stable : de 1934 à 1944 l'âge moyen pondéré¹³ se situe entre 45 et 46 ans, même si, de 1939 à 1943, l'âge moyen pondéré des malades décédés dans l'année baisse de 56 à 52 ans, avant de remonter à 53 ans en 1944.

Les taux par diagnostic

L'évolution des taux de mortalité par diagnostic est d'interprétation difficile, car la classification en vigueur jusqu'en 1942 inclus n'a aucun rapport avec celles qui sont utilisées actuellement, au point que le sens de plusieurs rubriques paraît obscur (Tableaux V, Figure 3 et Tableau VI).

Figure 3 : Taux annuel de décès par regroupement de diagnostics (en % de la population annuelle moyenne du même diagnostic)



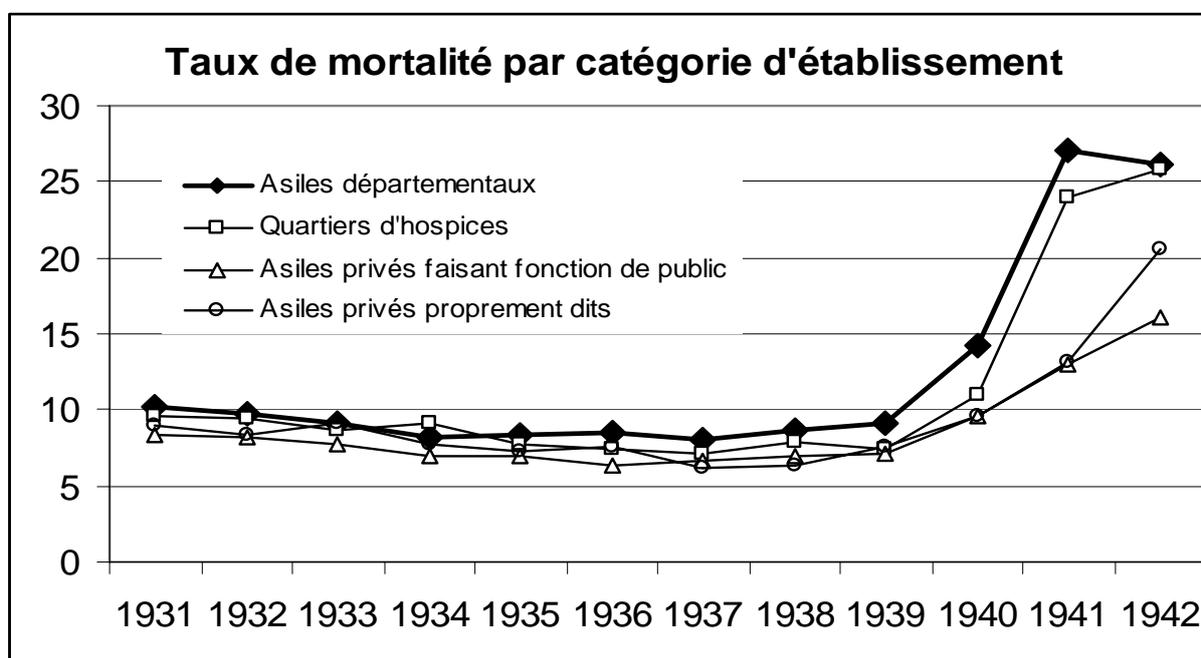
Quelques conclusions peuvent toutefois être formulées. En premier lieu les taux de mortalité par diagnostic étaient globalement stables jusqu'en 1938, à l'exception de la paralysie générale, c'est-à-dire des conséquences psychiatriques de la syphilis, dont le taux de décès baissait régulièrement (de 31,3 pour 100 malades souffrant de ce diagnostic en 1931 à 11,1 en 1939). En 1939, la seule augmentation porte sur les personnes souffrant de démence sénile ou organique (dont l'effectif est de 7 512 au 31 décembre 1938 et de 7 534 un an plus tard). Ce constat corrobore celui effectué à propos de la mortalité après 70 ans. En 1940, les hausses concernent tous les diagnostics, mais sont les plus fortes chez les personnes souffrant de paralysie générale ou de démence, qui comportent un retentissement somatique notable. En 1941, les personnes souffrant de retard intellectuel sont à leur tour durement frappées par l'augmentation du taux de décès.

¹³ Calculé en attribuant aux patients de chaque tranche d'âge l'âge médian de cette tranche, 10 ans pour les moins de 15 ans, et 75 ans pour les plus de 70 ans.

Les taux par catégorie d'établissement

Le nombre de malades présents au 1^{er} janvier 1939 situe la part respective de chacune des quatre catégories d'établissement : il est de 71 732 dans les asiles départementaux, de 8 628 dans les quartiers d'hospice, de 21 076 dans les asiles privés faisant fonction de public, et de 1 185 dans les asiles privés proprement dits¹⁴. La comparaison des taux de décès montre de nettes différences entre catégories d'établissement (Figure 4 et Tableau VII). Ainsi, en 1939, l'augmentation est perceptible seulement dans les asiles départementaux. La hausse des taux reste la plus élevée dans ces établissements jusqu'en 1942 (dernière année pour laquelle les données sont publiées). Viennent ensuite les quartiers d'hospice et les asiles privés proprement dits. L'augmentation des taux de décès est la plus faible dans les asiles privés faisant fonction de public, où, dès avant la guerre, les taux étaient inférieurs à ceux des autres catégories d'établissement.

Figure 4 : Taux annuel de décès par catégorie d'établissement (en % de la population annuelle moyenne de la même catégorie d'établissement).



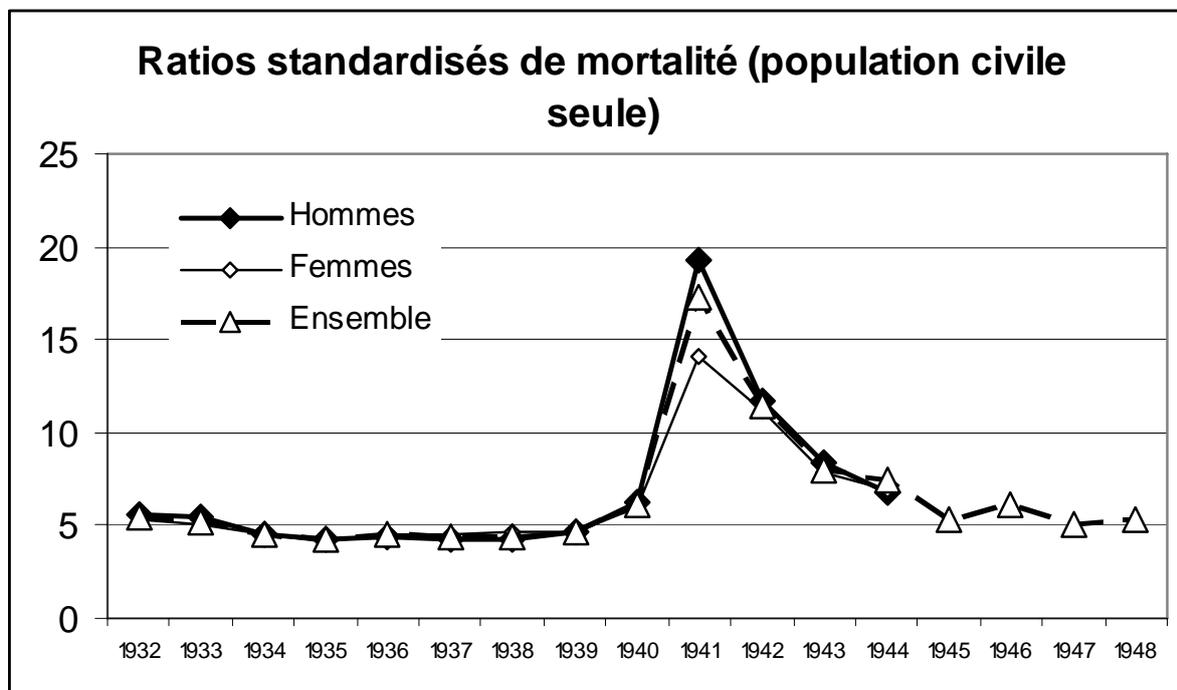
Les ratios standardisés de mortalité

Mesurant la surmortalité par rapport à la population générale, les ratios standardisés de mortalité confirment l'aggravation de la situation des malades hospitalisés dès 1939, même si celle-ci est modérée (Figure 5 et Tableau VIII). A la différence des taux de mortalité, qui décrivaient la population à risque sans référence externe, les ratios standardisés de mortalité témoignent d'une forte différence entre les années 1941 et 1942 : la surmortalité constatée en 1941 est très supérieure à celle de l'année suivante, surtout pour les hommes. Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que les malades les plus fragiles étant le plus souvent décédés en 1941, la population présente en 1942 se trouve toutes proportions gardées en moins mauvaise santé que celle de l'année précédente, mais aussi parce que la situation de la population générale s'est aggravée d'une année sur l'autre. Par comparaison avec ce premier mode de

¹⁴ Soit un total de 102 621. La différence avec le nombre inscrit au tableau 2 est imputable à l'établissement de Saint Maurice, seul dans la catégorie d'établissement national, et présenté séparément dans les tableaux par catégorie.

calcul, les ratios standardisés de mortalité calculés par rapport à la seule population civile présentent surtout des différences dans les années marquées par d'importantes pertes au combat, c'est-à-dire en 1940 et 1944. Ces résultats sont plus instructifs que les premiers, car les hommes malades mentaux hospitalisés n'auraient de toutes façons pas été exposés au risque de décès au combat, en raison de leur inaptitude au service armé.

Figure 5 : Ratios standardisés de mortalité par sexe et par âge par rapport à la seule population civile



Le nombre de personnes frappées par la surmortalité

En supposant une décroissance continue de la mortalité dans les établissements psychiatriques de 1938 à 1946, le nombre de décès en excès de 1939 à 1945 inclus est de 48 520¹⁵. En calculant cette fois à partir des ratios standardisés de mortalité, le nombre de personnes frappées par la surmortalité sur la même période est de 41 713, si les calculs se rapportent à la population totale, c'est-à-dire en supposant que les malades auraient pu être exposés au risque de mortalité militaire, et de 45 486 si les calculs se rapportent uniquement à la population civile. Ce dernier effectif (arrondi à 45 500) est le plus robuste : il estime la surmortalité par rapport à l'évolution réellement constatée dans la population civile générale tout en répondant aux caractéristiques des malades mentaux par sexe et par âge. Rappelons toutefois que ces estimations doivent être reçues avec prudence, en raison du nombre d'hypothèses nécessaires à leur calcul.

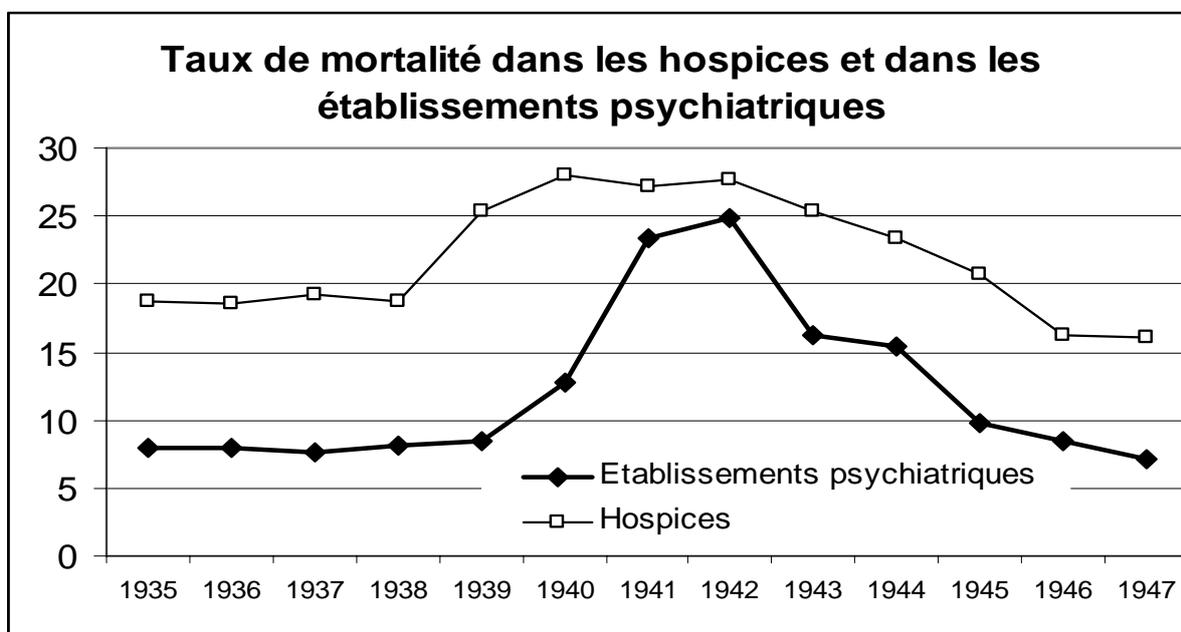
Comparaison avec les personnes résidant dans les hospices

La surmortalité qui a lourdement touché les personnes hospitalisées dans les établissements psychiatriques a-t-elle frappé aussi d'autres populations vulnérables exposées au risque de famine ? La comparaison peut être envisagée avec les personnes hospitalisées à l'hôpital général, ou bien avec les pensionnaires des hospices. Les hôpitaux généraux donnent lieu à des séjours beaucoup plus courts, et reçoivent des personnes souffrant de troubles somatiques

¹⁵ Ce résultat est plus élevé que ceux proposés par madame von Buelzingsloewen (3), qui a raisonné dans l'hypothèse où les taux de mortalité seraient restés stables en l'absence de guerre, alors que l'hypothèse retenue ici prend en compte la baisse intervenue en 1947 par rapport à 1938.

en évolution. De plus aucune statistique de mortalité n'est disponible à leur sujet. La meilleure comparaison, et la seule techniquement possible, est avec les hospices, qui reçoivent durablement les « vieillards, infirmes et incurables », et pour lesquels des données sont publiées dans la « Statistique des institutions d'assistance ». La structure par âge de la population présente dans les hospices est très différente de celle des établissements psychiatriques : la majorité des personnes hébergées est très âgée, même s'il y a aussi des enfants et des adultes¹⁶. La répartition par âge¹⁷ des personnes présentes dans les hospices n'est publiée que jusqu'en 1939 (19). Les tranches d'âge sont les suivantes : moins de 16 ans, de 16 à 59 ans, de 60 à 69 ans, et plus de 70 ans. Le ratio standardisé de mortalité calculé à partir de ces données est de 2,19 en 1935 et de 2,52 en 1939 (au lieu respectivement de 4,22 et 4,64 dans les établissements psychiatriques). Si le taux de mortalité est plus élevé dans les hospices que dans les établissements psychiatriques, alors que le ratio standardisé ne l'est pas, c'est donc en raison de la proportion de personnes âgées beaucoup plus forte dans les premiers que dans les seconds (Figure 6 et Tableau IX).

Figure 6 : Taux de mortalité dans les établissements psychiatriques et dans les hospices (en % de la population annuelle moyenne)



Dans les hospices, le taux de mortalité augmente beaucoup dès 1939 et atteint son maximum en 1940. Il existe une nette différence dans l'ampleur de l'évolution entre les deux catégories d'établissements : de 1938 à 1941, le taux de mortalité dans les hospices augmente de 50 %, mais triple dans les hôpitaux psychiatriques. Même si aucune comparaison précise par âge n'est possible, il reste que les ordres de grandeur sont très éloignés l'un de l'autre : en 1941, le taux de mortalité global dans les hospices est de 27,1 %, alors que dans les établissements psychiatriques, chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, il est de 41,5 %.

Le taux de décès est très élevé dans les hospices avant la guerre : sa hausse pendant l'occupation correspond à une surmortalité d'environ 50 000 personnes.

¹⁶ Au 31 décembre 1938, parmi les 98 595 personnes présentes dans les hospices, 3,4 % sont âgées de moins de 16 ans, et 20,0 % ont entre 16 et 59 ans, soit presque le quart de cette population qui est âgée de moins de 60 ans, au lieu de 68 % à la même date dans les hôpitaux psychiatriques.

¹⁷ La répartition par sexe est donnée séparément, ce qui interdit tout calcul prenant en compte les deux variables à la fois.

DISCUSSION

En l'absence d'explication méthodologique, les données publiées par la Statistique générale de France puis par l'INSEE comportent un certain degré d'incertitude en ce qui concerne la définition des entrées, des sorties, et des transferts. Sans doute aurait-il été possible d'interroger les responsables à l'INSEE dans les années qui ont suivi la guerre ; soixante ans plus tard, les questions restent sans réponse définitive. Toutefois, pour ces nombres, comme pour les données manquantes de manière occasionnelle dans quelques départements, la marge d'erreur concerne les effectifs plus que les taux. En tout état de cause, les ordres de grandeur restent significatifs, et d'autant plus que les variations d'amplitude sont importantes.

La comparaison avec les données des pays nordiques est très difficile, puisque la définition des populations étudiées, la période pendant laquelle les décès sont enregistrés et la méthode de calcul sont différentes de ce que permettent les statistiques françaises. Il est possible que la surmortalité soit nettement plus forte en France ; de même, il semble que dans les pays nordiques l'augmentation de la mortalité a porté principalement sur les hommes et beaucoup moins sur les femmes. Notons que ces publications ne tentent pas de calculer un nombre de personnes frappées par la surmortalité. Ceci peut se comprendre dans la mesure où un tel effectif condense en une seule donnée un ensemble complexe de phénomènes, que les auteurs nordiques cherchent précisément à distinguer et à analyser.

L'ampleur du drame est indiquée par les estimations du nombre de personnes frappées par la surmortalité de 1939 à 1945 : environ 48 500 dans l'absolu, ou environ 45 500 par rapport à l'évolution concomitante dans la population générale civile. La catastrophe de l'année 1941 retient particulièrement l'attention : au cours de cette année près d'un homme sur trois et près d'une femme sur cinq décèdent dans les hôpitaux psychiatriques. Enfin, la comparaison avec les personnes résidant dans les hospices montre que ces personnes vulnérables ont souffert elles aussi de la surmortalité, mais avec une intensité relativement moindre. Ainsi, le drame des hôpitaux psychiatriques ne se résume pas à celui de l'ensemble personnes vulnérables hébergées en établissements, mais comporte une intensité particulière.

D'importantes tendances évolutives sont constatées de 1939 à 1945. La baisse du nombre de malades présents un jour donné résulte à la fois de l'augmentation des décès et de la diminution du nombre de malades admis dans l'année. L'augmentation du nombre de sorties en 1940 malgré la baisse des entrées confirme le constat de madame von Bueltzingsloewen (3) : face à la famine, des efforts ont été entrepris pour faire sortir des patients. La surmortalité masculine a été identifiée immédiatement. Les publications nordiques la signalent également. Le fait peut être attribué à des besoins alimentaires supérieurs et donc au décalage plus important entre les rations allouées et les nécessités de la survie (2, 3).

La hausse de la mortalité a frappé dès 1939 les personnes les plus âgées. En 1940, elle a été la plus forte au dessus de 55 ans, alors qu'en 1941 les taux concernant les personnes entre 15 et 54 ans ont au moins doublé par rapport à l'année précédente. Ainsi, même si la surmortalité a touché tous les âges dès 1940, en revanche, de 1939 à 1941, ses effets les plus marqués se sont étendus des plus âgés vers les plus jeunes.

La forte baisse de la mortalité en 1943 résulte directement de la publication par le secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé de la circulaire du 4 décembre 1942 qui prescrit l'augmentation des rations alimentaires pour les malades mentaux hospitalisés (2, 3). Ce texte, appelé « circulaire Bonnafous » (du nom du ministre de l'Agriculture et du Ravitaillement, dont l'épouse, née Sérieux, était médecin du cadre des hôpitaux psychiatriques) prévoit d'une part l'attribution aux malades mentaux des suppléments alloués aux ouvriers dans les cantines d'usine et aux habitants pauvres des villes dans les restaurants à

prix réduit, et d'autre part l'allocation automatique du régime de suralimentation au quart des effectifs présents.

Madame von Bueltzingsloewen décrit et analyse la diversité des situations : « contrairement à un mythe tenace, aucun de ces établissements [les cent un hôpitaux psychiatriques] n'a échappé à la famine qui a partout fait des victimes. Mais l'ampleur de l'hécatombe a été très variable d'un hôpital à l'autre. [...] Trois facteurs peuvent être retenus en première analyse. Le premier, sans doute le principal, est la taille de l'établissement. [...] Nul doute qu'en période de restrictions, la moindre importance de la population à nourrir a permis de mettre en œuvre des stratégies de lutte contre la famine inenvisageables à l'échelle d'un établissement beaucoup plus peuplé. Le statut des établissements a également joué un rôle décisif. La mortalité est en effet moins importante dans les vingt asiles privés faisant fonction d'hôpitaux psychiatriques publics ». Parmi les facteurs mis en évidence par l'auteur pour expliquer cette dernière situation, il y a le fait que ces établissements n'étaient pas soumis aux mêmes règles d'approvisionnement que les établissements publics. Enfin, « la situation géographique des établissements constitue un autre critère fondamental, certains départements particulièrement déficitaires sur le plan agricole ayant été beaucoup plus touchés par les pénuries et les restrictions que d'autres ». L'ensemble des domaines traités dans l'ouvrage est évoqué dans les phrases suivantes : « Mais d'autres facteurs ont joué, tels que la composition (par âge et par sexe) et le profil social de la population internée, qui peuvent varier sensiblement d'un hôpital à l'autre, la capacité d'initiative du directeur, de l'économe et des médecins-chefs, la présence ou au contraire l'absence d'un personnel congréganiste. Sans oublier l'attitude des autorités locales en charge de l'assistance et du ravitaillement, plus ou moins sensibles au sort des aliénés internés. »

A la suite des auteurs nordiques, il est possible de souligner l'effet des conditions préexistantes. L'apparition de la surmortalité dès 1939 est un indice probant de la précarité qui existait dès avant la guerre dans les domaines de l'alimentation et de l'hygiène, et qui créait une vulnérabilité particulière à la famine et aux maladies infectieuses. La circulaire n°148 du 21 août 1952 est un document officiel portant sur l'ensemble du pays ; en supposant que la situation décrite ne se soit pas améliorée par rapport à celle de 1939, il reste que la surpopulation de près du quart des effectifs (4) n'existait plus lorsque le texte a été rédigé. En voici quelques extraits : « Je n'ignore pas que l'encombrement actuel de tous les établissements psychiatriques et l'état de vétusté de la plupart d'entre eux posent des problèmes parfois insolubles en ce qui concerne l'hébergement des malades. [...] Des mesures doivent être prises pour doter les hôpitaux psychiatriques qui en sont encore dépourvus des installations sanitaires indispensables (W.-C., tout à l'égout, lavabos, douches, baignoires, bidets, etc.). J'ai été amené à constater, à diverses reprises, que certains pavillons d'hôpitaux psychiatriques étaient soit totalement dépourvus de ces installations, soit insuffisamment équipés. Il n'est pas concevable qu'un établissement hospitalier ne comporte pas sur ce plan les installations nécessaires. [...] Il y a lieu de veiller, en ce qui concerne la viande, à ce qu'en dehors des prescriptions médicales de régime, les morceaux à griller ou à rôtir ne soient pas systématiquement attribués à des catégories privilégiées de rationnaires. [...] Je suis intervenu récemment auprès de certains d'entre vous pour demander qu'il soit mis fin à la situation actuelle de certains services médicaux qui, avec un seul médecin, doivent assurer le traitement d'un nombre de malades largement supérieur à 400, chiffre maximum fixé par le règlement modèle de 1938. [...] J'attache une grande importance au respect des normes en vigueur pour la détermination des effectifs de personnel soignant¹⁸. Des incidents récents, ayant entraîné la mort de malades, sont directement imputables à des insuffisances numériques dans ce domaine. »

¹⁸ C'est à dire des infirmiers.

Dans l'ensemble, à côté des connaissances historiques portant sur la famine et ses conséquences, l'étude de la surmortalité des malades mentaux hospitalisés sous l'Occupation met en lumière l'immense retard des conditions d'hospitalisation en psychiatrie au moment de la guerre. Même si ce retard a été en grande partie comblé, il continue à obérer la qualité de l'accueil hôtelier spécialisé, et a laissé sa profonde empreinte sur la réputation des soins de santé mentale.

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

1. ABELY X, LAUZIER J Assistance et protection des malades mentaux, Paris, Douin ; 1950.
2. BONNET O, QUETEL C La surmortalité asilaire en France pendant l'occupation. *Nervure*. 1991 ; 2 : 22-32.
3. von BUELTZINGSLOEWEN I L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation, Paris, Aubier ; 2007.
4. DUCHENE H Aspect démographique. *Esprit*. 1952 ; 12 : 877-88.
5. EKBLÖM B, FRISK M On changes in the death-risk in mental hospitals in Finland during the years 1920-1955. *Acta Psychiatr Scand*. 1961 ; 36 : 300-24.
6. HUMAN MORTALITY DATABASE. Université de Californie à Berkeley (USA) et Institut Max Planck pour la recherche démographique (Allemagne). Disponible à www.mortality.org (données téléchargées en avril 2007).
7. INSEE Statistique des institutions d'assistance. Années 1940, 1941, et 1942, Paris, Imprimerie Nationale ; 1947.
8. INSEE Statistique des institutions d'assistance. Années 1943 et 1944, Paris, Imprimerie Nationale ; 1949.
9. INSEE Statistique des institutions d'assistance. Années 1945 à 1948, Paris, Imprimerie Nationale ; 1956.
10. INSEE Statistique des institutions d'assistance. Années 1949 à 1954, Paris, Imprimerie Nationale ; 1958.
11. INSEE Matériaux pour un historique du système statistique depuis la dernière guerre mondiale, Paris, INSEE ; 1976.
12. LANGLADE P Qui sommes nous ? *Esprit*, 1952 ; 12 : 797-800.
13. LE GUILLANT L, BONNAFE L La condition du malade à l'hôpital psychiatrique. *Esprit*. 1952 ; 12 : 843-69.
14. ØDEGÅRD Ø The excess mortality of the insane. *Acta Psychiatr et Neurol Scand*. 1952 ; 27 : 353-67.
15. SGF Statistique des institutions d'assistance. Année 1931, Paris, Imprimerie Nationale ; 1934.
16. SGF Statistique des institutions d'assistance. Année 1932, Paris, Imprimerie Nationale ; 1935.
17. SGF Statistique des institutions d'assistance. Année 1933, Paris, Imprimerie Nationale ; 1936.
18. SGF Statistique des institutions d'assistance. Années 1934, 1935, et 1936, Paris, Imprimerie Nationale ; 1941.
19. SGF Statistique des institutions d'assistance. Années 1937, 1938, et 1939, Paris, Imprimerie Nationale ; 1945.
20. VALLIN J La mortalité par génération en France depuis 1899, Paris, INED et PUF ; 1973.
21. VALLIN J, MESLE F Tables de mortalité françaises pour les XIXe et XXe siècles, Paris, INED, 2001.

Tableau II : Effectifs de malades présents au 1^{er} janvier, entrés, sortis dans l'année et décédés.

	Présents au 1 ^{er} janvier			Entrés dans l'année			Sortis dans l'année			Décédés		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
1931	37503	50924	88427	15796	17293	33089	10481	11339	21820	3975	4748	8723
1932	38843	52130	90973	16463	18437	34900	10826	12182	23008	3953	4698	8651
1933	40527	53688	94215	15356	17303	32659	10279	11493	21772	3908	4502	8410
1934	41696	55046	96742	15928	19129	35057	10967	13307	24274	3589	4282	7871
1935	43068	56586	99654	16278	18203	34481	11235	12115	23350	3667	4407	8074
1936	44128	58267	102395	16675	19056	35731	10874	12707	23581	3544	4579	8123
1937	44197	57682	101879	15702	17443	33145	10577	12451	23028	3553	4348	7901
1938	45786	58343	104129	17160	19591	36751	12603	13963	26566	3822	4705	8527
1939	45237	58070	103307	20938	21774	42712	14073	14520	28593	4290	4837	9127
1940	49121	61077	110198	19442	20625	40067	15524	14273	29797	6842	7259	14101
1941	46965	62993	109958	13938	15069	29007	10072	11286	21358	13653	9924	23577
1942	36388	56056	92444	12146	14082	26228	8407	11659	20066	9028	11085	20113
1943	27447	41980	69427	8359	10539	18898	7957	10804	18761	4694	6253	10947
1944	25387	39467	64854	10158	14764	24922	8709	12015	20724	3759	5790	9549
1945			59503*									5970*
1946			62786*									5510*
1947			66183*									4790*
1948			69192*									4990*
1949			74129*									4567*
1950			78512*									4507*

* A partir de 1945, les données sont tirées du tableau récapitulatif publié par l'INSEE en 1958. Dans ce tableau, le nombre de malades entrés et sortis n'est pas calculé comme dans les tableaux annuels et n'est donc pas reproduit ici. Depuis 1945, les données par sexe ne sont plus publiées.

Tableau III : Taux de mortalité annuel par sexe et pour l'ensemble (%).

	Taux de décès (calcul 1)			Taux de décès (calcul 2)		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
1931	10,4	9,2	9,7	10,4	9,2	9,7
1932	10,0	8,9	9,3	10,0	8,9	9,3
1933	9,5	8,3	8,8	9,5	8,3	8,8
1934	8,5	7,7	8,0	8,5	7,7	8,0
1935	8,4	7,7	8,0	8,4	7,7	8,0
1936	8,0	7,9	8,0	7,8	7,7	7,8
1937	7,9	7,5	7,7	7,9	7,5	7,7
1938	8,4	8,1	8,2	8,3	8,0	8,1
1939	9,1	8,1	8,5	9,2	8,2	8,6
1940	14,2	11,8	12,8	14,4	12,0	13,1
1941	32,8	16,7	23,3	32,5	16,6	23,1
1942	28,3	22,6	24,9	26,8	21,4	23,5
1943	17,8	15,4	16,3	18,6	16,1	17,1
1944	15,5	15,3	15,4	15,5	15,3	15,4
1945			9,8			9,8
1946			8,5			8,5
1947			7,1			7,1
1948			7,0			7,0
1949			6,0			6,0
1950			5,6			5,6

Note : les données par sexe ne sont plus publiées à partir de 1945.

Tableau IV : Taux annuel de décès par tranche d'âge et par an (en % de la population annuelle moyenne des mêmes âges)

	Moins de 15 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55- 64 ans	65-69 ans	Plus de 70 ans
1932	4,6	4,0	4,8	5,6	6,9	8,2	11,5	14,4	35,1
1933	4,1	3,2	3,2	4,9	6,3	7,6	11,5	14,0	35,8
1934	4,6	3,3	3,5	5,0	5,7	6,4	9,8	12,7	31,3
1935	3,7	2,6	3,4	4,3	5,4	6,5	8,9	11,8	33,7
1936	5,0	2,8	2,6	4,3	5,4	6,0	9,4	12,9	35,3
1937	3,6	3,4	2,9	4,4	5,1	6,0	9,1	12,4	34,0
1938	4,5	2,8	2,7	4,0	5,4	6,5	9,4	14,8	35,7
1939	4,0	2,9	2,6	4,4	5,8	6,9	9,4	13,8	39,2
1940	5,9	4,6	5,7	7,6	9,3	10,7	15,4	19,5	53,5
1941	8,3	9,6	10,5	16,5	21,5	22,4	27,1	27,7	62,3
1942	10,3	10,0	12,7	17,1	20,2	22,1	27,9	29,7	55,2
1943	10,5	7,7	8,1	10,6	12,5	14,1	17,8	18,6	41,3
	Moins de 17 ans	17-19 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	-	Plus de 70 ans
1943	8,4	9,4	7,8	11,8	13,8	15,6	18,8	-	41,3
1944	7,5	7,0	8,8	10,2	11,6	14,5	24,6	-	43,8

Note : les données par âge ne sont plus publiées à partir de 1945.

Tableau V : Taux annuel de décès par diagnostic selon la classification alors en vigueur (en % de la population annuelle moyenne du même diagnostic)

	Idiotie crétinisme imbécillité	Manie mélancolie délire de persécution	Epilepsie	Folie des dégénérés sans antécédent alcoolique	Folie des dégénérés avec antécédent alcoolique	Alcoolisme aigu ou chronique	Paralysie générale	Démence sénile organique etc.	Autres
1931	5,9	7,7	8,6	4,9	4,1	7,5	31,3	27,7	9,9
1932	5,6	7,6	8,4	5,1	4,5	7,1	26,9	24,3	10,3
1933	4,9	7,0	7,1	4,4	4,7	6,8	24,0	23,8	10,3
1934	4,8	6,0	7,2	4,1	4,8	6,0	20,7	24,1	8,8
1935	4,8	6,1	6,3	3,6	4,9	6,6	20,6	25,5	8,5
1936	4,4	6,1	5,7	5,0	5,0	6,7	18,9	25,3	8,3
1937	4,3	5,7	6,1	4,2	4,0	7,0	17,3	24,0	8,7
1938	4,4	5,9	7,2	4,3	5,1	6,8	17,4	26,8	10,0
1939	4,8	6,6	7,7	4,9	4,5	8,1	15,1	30,8	8,1
1940	8,5	9,6	11,6	8,3	7,1	9,5	25,7	42,8	13,3
1941	23,6	17,6	19,2	17,0	13,4	16,8	43,9	49,5	30,8
1942	21,4	19,1	19,4	22,1	16,7	17,4	39,9	45,9	27,9

Note : la classification des diagnostics change en 1943. La répartition des décès par diagnostic n'est plus publiée à partir de 1945.

Tableau VI : Taux annuel de décès par regroupement de diagnostics (en % de la population annuelle moyenne du même diagnostic)

	Retard mental	Alzheimer et apparentés	Alcoolisme	Schizophrénie et délires
1931	5,9	27,7	7,5	4,7
1932	5,6	24,3	7,1	4,9
1933	4,9	23,8	6,8	4,5
1934	4,8	24,1	6,0	4,3
1935	4,8	25,5	6,6	4,0
1936	4,4	25,3	6,7	5,0
1937	4,3	24,0	7,0	4,2
1938	4,4	26,8	6,8	4,5
1939	4,8	30,8	8,1	4,8
1940	8,5	42,8	9,5	8,0
1941	23,6	49,5	16,8	17,0
1942	21,4	45,9	17,4	20,8
1943	20,8	53,3	14,0	22,7
1944	13,7	45,8	12,2	12,1

Note : La répartition des décès par diagnostic n'est plus publiée à partir de 1945.

Tableau VII : Taux annuel de décès par catégorie d'établissement (en % de la population annuelle moyenne de la même catégorie d'établissement).

	Asiles départementaux	Quartiers d'hospices	Asiles privés faisant fonction de public	Asiles privés proprement dits
1931	10,2	9,6	8,3	9,0
1932	9,7	9,4	8,2	8,3
1933	9,1	8,7	7,7	9,1
1934	8,2	9,1	6,9	7,7
1935	8,3	7,8	6,9	7,2
1936	8,5	7,4	6,3	7,6
1937	8,1	7,1	6,6	6,2
1938	8,7	7,9	7,0	6,4
1939	9,2	7,5	7,1	7,6
1940	14,2	11,0	9,6	9,6
1941	27,0	24,0	13,0	13,1
1942	26,1	25,9	16,1	20,5

Note : la répartition des décès par catégorie d'établissement n'est plus publiée à partir de 1943.

Tableau VIII : Ratios standardisés de mortalité par sexe et par âge par rapport à la population totale et à la seule population civile

	Par rapport à la population totale			Par rapport à la seule population civile		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
1932	5,56	5,37	5,45	5,56	5,37	5,45
1933	5,41	5,00	5,18	5,41	5,00	5,18
1934	4,58	4,51	4,54	4,58	4,51	4,54
1935	4,27	4,18	4,22	4,27	4,18	4,22
1936	4,42	4,52	4,47	4,42	4,52	4,47
1937	4,30	4,55	4,44	4,30	4,55	4,44
1938	4,19	4,60	4,41	4,19	4,60	4,41
1939	4,59	4,65	4,62	4,60	4,65	4,64
1940	4,49	5,94	5,16	6,23	5,94	6,07
1941	19,29	14,15	17,33	19,29	14,15	17,29
1942	11,37	11,13	11,24	11,73	11,13	11,44
1943	8,40	7,79	8,04	8,36	7,79	8,03
1944	5,57	6,98	6,35	6,80	6,98	7,40
1945			5,32			5,32
1946			6,17			6,17
1947			5,04			5,04
1948			5,33			5,33

Note : De 1945 à 1947 les données sont standardisées uniquement sur l'âge. Après 1948, plus aucun taux standardisé ne peut être calculé.

Tableau IX : Taux de mortalité dans les établissements psychiatriques et dans les hospices (en % de la population annuelle moyenne)

	Etablissements psychiatriques	Hospices
1935	8,0	18,7
1936	8,0	18,5
1937	7,7	19,3
1938	8,2	18,8
1939	8,5	25,4
1940	12,8	28,0
1941	23,3	27,1
1942	24,9	27,7
1943	16,3	25,4
1944	15,4	23,4
1945	9,8	20,7
1946	8,5	16,2
1947	7,1	16,0

Liste des figures

Figure 1 : Taux de mortalité annuel par sexe et pour l'ensemble (%).

Figure 2 : Taux annuel de décès par tranche d'âge et par an (en % de la population annuelle moyenne des mêmes âges)

Figure 3 : Taux annuel de décès par regroupement de diagnostics (en % de la population annuelle moyenne du même diagnostic)

Figure 4 : Taux annuel de décès par catégorie d'établissement (en % de la population annuelle moyenne de la même catégorie d'établissement).

Figure 5 : Ratios standardisés de mortalité par sexe et par âge par rapport à la seule population civile

Figure 6 : Taux de mortalité dans les établissements psychiatriques et dans les hospices (en % de la population annuelle moyenne)

Liste des tableaux

Tableau I : Nomenclature des maladies mentales (11 octobre 1943)

Tableau II : Effectifs de malades présents au 1^{er} janvier, entrés, sortis dans l'année et décédés.

Tableau III : Taux de mortalité annuel par sexe et pour l'ensemble (%).

Tableau IV : Taux annuel de décès par tranche d'âge et par an (en % de la population annuelle moyenne des mêmes âges)

Tableau V : Taux annuel de décès par diagnostic selon la classification alors en vigueur (en % de la population annuelle moyenne du même diagnostic)

Tableau VI : Taux annuel de décès par regroupement de diagnostics (en % de la population annuelle moyenne du même diagnostic)

Tableau VII : Taux annuel de décès par catégorie d'établissement (en % de la population annuelle moyenne de la même catégorie d'établissement).

Tableau VIII : Ratios standardisés de mortalité par sexe et par âge par rapport à la population totale et à la seule population civile

Tableau IX : Taux de mortalité dans les établissements psychiatriques et dans les hospices (en % de la population annuelle moyenne)

Documents de Travail

Ces fascicules vous seront adressés sur simple demande à l'auteur :
Institut national d'études démographiques, 133, bd Davout, 75980 PARIS Cedex 20
Tél : (33) 01 56 06 20 86 Fax : (33) 01 56 06 21 99

- N° 146. – François CHAPIREAU, *La mortalité des malades mentaux hospitalisés en France pendant la deuxième guerre mondiale*, 2007, 36 p.
- N° 145. – Maryse MARPSAT, *Explorer les frontières. Recherches sur des catégories « en marge »*, Mémoire présenté en vue de l'habilitation à diriger des recherches en sociologie, 2007, 274 p.
- N° 144. – Arnaud RÉGNIER-LOILIER et Pascal SEBILLE, Modifications to the Generations and Gender Surveys questionnaire in France (wave 1), 192 p.
- N° 143. – Ariane PAILHÉ et Anne SOLAZ, *L'enquête Familles et employeurs. Protocole d'une double enquête et bilan de collecte*, 180 p.
- N° 142. – Annie BACHELOT et Jacques de MOUZON, *Données de l'enquête « Caractéristiques des couples demandant une fécondation in vitro en France »*, 2007, 44 p.
- N° 141. – Olivia EKERT-JAFFÉ, Shoshana GROSSBARD et Rémi MOUGIN, *Economic Analysis of the Childbearing Decision*, 2007, 108 p.
- N° 140. – Véronique HERTRICH and Marie LESCLINGAND, *Transition to adulthood and gender: changes in rural Mali*
- N° 139. – Patrick SIMON et Martin CLÉMENT, *Rapport de l'enquête « Mesure de la diversité ». Une enquête expérimentale pour caractériser l'origine*, 2006, 86 p.
- N° 138. – Magali BARBIERI, Alfred NIZARD et Laurent TOULEMON, *Écart de température et mortalité en France*, 2006, 80 p.
- N° 137. – Jean-Louis PAN KÉ SHON, *Mobilités internes différentielles en quartiers sensibles et ségrégation*, 2006, 42 p.
- N° 136. – Francisco MUNOZ-PÉREZ, Sophie PENNEC, avec la collaboration de Geneviève Houriet Segard, *Évolution future de la population des magistrats et perspectives de carrière, 2001-2040*, 2006, XXX + 114 p.
- N° 135. – Alexandre DJIRIKIAN et Valérie LAFLAMME, sous la direction de Maryse MARPSAT, *Les formes marginales de logement. Étude bibliographique et méthodologique de la prise en compte du logement non ordinaire*, 2006, 240 p.
- N° 134. – Catherine BONVALET et Éva LELIÈVRE, *Publications choisies autour de l'enquête « Biographies et entourage »*, 2006, 134 p.
- N° 133. – Arnaud RÉGNIER-LOILIER, *Présentation, questionnaire et documentation de l'« Étude des relations familiales et intergénérationnelles » (Erfi). Version française de l'enquête « Generations and Gender Survey » (GGS)*, 2006, 238 p.
- N° 132. – Lucie BONNET et Louis BERTRAND (sous la direction de), *Mobilités, habitat et identités*, Actes de la journée d'étude « Jeunes chercheurs ». Le logement et l'habitat comme objet de recherche. Atelier 3, 2005, 92 p.
- N° 131. – Isabelle FRECHON et Catherine Villeneuve-Gokalp, *Étude sur l'adoption*, 2005, 64 p.
- N° 130. – Dominique MEURS, Ariane PAIHLÉ et Patrick SIMON, *Mobilité intergénérationnelle et persistance des inégalités. L'accès à l'emploi des immigrés et de leurs descendants en France*, 2005, 36 p.
- N° 129. – Magali MAZUY, Nicolas RAZAFINDRATSIMA, Élise de LA ROCHEBROCHARD, *Déperdition dans l'enquête « Intentions de fécondité »*, 2005, 36 p.

- N° 128. – Laure MOGUEROU et Magali BARBIERI, *Population et pauvreté en Afrique. Neuf communications présentées à la IV^e Conférence africaine sur la population*, Tunis, Tunisie, 8-12 décembre 2003, 2005, 184 p.
- N° 127. – Jean-Louis PAN KÉ SHON, *Les sources de la mobilité résidentielle. Modifications intervenues sur les grandes sources de données dans l'étude des migrations*, 2005, 30 p.
- N° 126. – Thierry DEBRAND et Anne-Gisèle PRIVAT, *L'impact des réformes de 1993 et de 2003 sur les retraites. Une analyse à l'aide du modèle de microsimulation Artémis*, 2005, 28 p.
- N° 125. – Kees WAALDIJK (ed), *More or less together: levels of legal consequences of marriage, cohabitation and registered partnership for different-sex and same-sex partners: a comparative study of nine European countries*, 2005, 192 p. (s'adresser à Marie DIGOIX)
- N° 124. – Marie DIGOIX et Patrick FESTY (eds), *Same-sex couples, same-sex partnerships, and homosexual marriages: A Focus on cross-national differentials*, 2004, 304 p.
- N° 123. – Marie DIGOIX et Patrick FESTY (sous la dir.), *Séminaire « Comparaisons européennes », années 2001-2002*, 2004, 220 p.
- N° 122. – Emmanuelle GUYAVARCH et Gilles PISON, *Les balbutiements de la contraception en Afrique au Sud du Sahara*, septembre 2004, 48 p.
- N° 121. – Maryse JASPARD et Stéphanie CONDON, *Genre, violences sexuelles et justice. Actes de la journée-séminaire du 20 juin 2003*, 2004, 135p.
- N° 120. – Laurent TOULEMON et Magali MAZUY, *Comment prendre en compte l'âge à l'arrivée et la durée de séjour en France dans la mesure de la fécondité des immigrants ?*, 2004, 34 p.
- N° 119. – Céline CLÉMENT et Bénédicte GASTINEAU (coord.), *Démographie et sociétés. Colloque international « Jeunes Chercheurs », Cerpos-Université Paris X-Nanterre, 1^{er} et 2 octobre 2002*, 2003, 350 p.
- N° 118. – Monique BERTRAND, Véronique DUPONT et France GUÉRIN-PACE (sous la dir.), *Espaces de vie. Une revue des concepts et des applications*, 2003, 188 p.
- N° 117. – Stéphanie CONDON et Armelle ANDRO, *Questions de genre en démographie. Actes de la journée du 22 juin 2001*, 2003, 128 p.
- N° 116. – Maryse JASPARD et l'équipe Enveff, *Le questionnaire de l'enquête Enveff. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France*, 2003, 10 + 88 p.
- N° 115. – Zahia OUADAH-BEDIDI et Jacques VALLIN, *Disparités régionales de l'écart d'âge entre conjoints en Algérie. Évolution depuis 1966*, 2003, 32 p.
- N° 114. – Magali MAZUY, *Situations familiales et fécondité selon le milieu social. Résultats à partir de l'enquête EHF de 1999*, 2002, 60 p.
- N° 113.– Jean-Paul SARDON, *Fécondité et transition en Europe centrale et orientale*, 2002, 38 p.
- N° 112.– Thérèse LOCOH, *Deux études sur la fécondité en Afrique : 1) Structures familiales et évolutions de la fécondité dans les pays à fécondité intermédiaire d'Afrique de l'Ouest ; 2) Baisse de la fécondité et mutations familiales en Afrique sub-saharienne*, 2002, 24 p. et 30 p.
- N° 111.– Thierry DEBRAND et Anne-Gisèle PRIVAT, *Individual real wages over business cycle: The impact of macroeconomic variations on individual careers and implications concerning retirement pensions*, 2002, 38 p.
- N° 110.– Recueil préparé par Amandine LEBUGLE et Jacques VALLIN, *Sur le chemin de la transition. Onze communications présentées au XXIV^e Congrès général de la population à Salvador de Bahia, Brésil, août 2001*, 2002, 234 p.
- N° 109.– Éric BRIAN, Jean-Marc ROHRBASSER, Christine THÉRÉ, Jacques VÉRON (intervenants et organisateurs), *La durée de vie : histoire et calcul. Séminaire de la valorisation de la recherche*, 7 février 2000, 2002, 70 p.
- N° 108.– France MESLÉ et Jacques VALLIN, *Montée de l'espérance de vie et concentration des âges au décès*, 2002, 20 p.

- N° 107.– Alexandre AVDEEV, *La mortalité infantile en Russie et en URSS: éléments pour un état des recherches*, 2002, 48 p.
- N° 106.– Isabelle ATTANÉ (organisatrice), *La Chine en transition : questions de population, questions de société*. Séminaire de la valorisation de la recherche, 31 janvier et 1^{er} février 2001 (s'adresser à Céline PERREL), 2002, 46 p.
- N° 105.– A. AVDEEV, J. BELLENGER, A. BLUM, P. FESTY, A. PAILHÉ, C. GOUSSEFF, C. LEFÈVRE, A. MONNIER, J.-C. SEBAG, J. VALLIN (intervenants et organisateurs), *La société russe depuis la perestroïka : rupture, crise ou continuité?* Séminaire de la valorisation de la recherche, 1^{er} mars 2001 (s'adresser à Céline PERREL), 2001, 124 p.
- N° 104.– Jacques VÉRON, Sophie PENNEC, Jacques LÉGARÉ, Marie DIGOIX (éds), *Le contrat social à l'épreuve des changements démographiques ~ The Social Contract in the Face of Demographic Change*, Actes des 2^e Rencontres Sauvy, 2001, 386 p.
- N° 103.– Gilles PISON, Alexis GABADINHO, Catherine ENEL, *Mlomp (Sénégal). Niveaux et tendances démographiques; 1985-2000*, 2001, 182 p.
- N° 102.– *La famille en AOF et la condition de la femme*. Rapport présenté au Gouverneur général de l'AOF. par Denise SAVINEAU (1938). Introduction de Pascale Barthélémy, 2001, XXII-222 p.
- N° 101.– Jean-Paul SARDON, *La fécondité dans les Balkans*, 2001, 88 p.
- N° 100.– Jean-Paul SARDON, *L'évolution récente de la fécondité en Europe du Sud*, 26 p.
- N° 99.– S. JUSTEAU, J.H. KALTENBACH, D. LAPEYRONNIE, S. ROCHÉ, J.C. SEBAG, X. THIERRY ET M. TRIBALAT (intervenants et organisateurs), *L'immigration et ses amalgames*. Séminaire de la valorisation de la recherche, 24 mai 2000, 2001, 94 p.
- N° 98.– Juliette HALIFAX, *L'insertion sociale des enfants adoptés. Résultats de l'enquête « Adoption internationale et insertion sociale », 2000 (Ined – Les Amis des enfants du monde)*, 2001, 58 p.
- N° 97.– Michèle TRIBALAT, *Modéliser, pour quoi faire?*, 2001, 10 p.
- N° 96.– O. EKERT-JAFFÉ, H. LERIDON, S. PENNEC, I. THÉRY, L. TOULEMON et J.-C. SEBAG (intervenants et organisateurs), *Évolution de la structure familiale*. Séminaire de la valorisation de la recherche, 28 juin 2000, 2001, 110 p.
- N° 95.– A. ANDRO, A. LEBUGLE, M. LESCLINGAND, T. LOCOH, M. MOUVAGHA-SOW, Z. OUADAH-BEDIDI, J. VALLIN, C. VANDERMEERSCH, J. VÉRON, *Genre et développement. Huit communications présentées à la Chaire Quetelet 2000*, 2001, 158 p.
- N° 94.– C. BONVALET, C. CLÉMENT, D. MAISON, L. ORTALDA et T. VICHNEVSKAIA, *Réseaux de sociabilité et d'entraide au sein de la parenté : Six contributions*, 2001, 110 p.
- N° 93.– Magali MAZUY et Laurent TOULEMON, *Étude de l'histoire familiale. Premiers résultats de l'enquête en ménages*, 2001, 100 p.
- N° 92.– *Politiques sociales en France et en Russie*, INED/IPSEP, 2001, 246 p.
- N° 91.– Françoise MOREAU, *Commerce des données sur la population et libertés individuelles*, 2001, 20 p. + Annexes.
- N° 90.– Youssef COURBAGE, Sergio DELLAPERGOLA, Alain DIECKHOFF, Philippe FARGUES, Emile MALET, Elias SANBAR et Jean-Claude SEBAG (intervenants et organisateurs), *L'arrière-plan démographique de l'explosion de violence en Israël-Palestine*. Séminaire de la valorisation de la recherche, 30 novembre 2000, 2000, 106 p.
- N° 89.– Bénédicte GASTINEAU et Elisabete de CARVALHO (coordonné par), *Démographie: nouveaux champs, nouvelles recherches*, 2000, 380 p.
- N° 88.– Gil BELLIS, Jean-Noël BIRABEN, Marie-Hélène CAZES et Marc de BRAEKELEER (modérateur et intervenants), *Génétiq ue et populations*. Séminaire de la valorisation de la recherche, 26 janvier 2000, 2000, 96 p.
- N° 87.– Jean-Marie FIRDION, Maryse MARPSAT et Gérard MAUGER (intervenants), *Étude des sans-domicile: le cas de Paris et de l'Île-de-France*. Séminaire de la valorisation de la recherche, 19 avril 2000, 2000, 90 p.

- N° 86.– François HÉРАН et Jean-Claude SEBAG (responsables modérateurs), *L'utilisation des sources administratives en démographie, sociologie et statistique sociale*. Séminaire de la valorisation de la recherche, 20 septembre 2000, 2000, 170 p.
- N° 85.– Michel BOZON et Thérèse LOCOH (sous la dir.), *Rapports de genre et questions de population. II. Genre, population et développement*, 2000, 200 p.
- N° 84.– Michel BOZON et Thérèse LOCOH (sous la dir.), *Rapports de genre et questions de population. I. Genre et population, France 2000*, 2000, 260 p.
- N° 83.– Stéphanie CONDON, Michel BOZON et Thérèse LOCOH, *Démographie, sexe et genre: bilan et perspectives*, 2000, 100 p.
- N° 82.– Olivia EKERT-JAFFE et Anne SOLAZ, *Unemployment and family formation in France*, 2000, 26 p.
- N° 81.– Jean-Marie FIRDION, *L'étude des jeunes sans domicile dans les pays occidentaux : état des lieux*, 1999, 28 p.
- N° 80.– *Age, génération et activité : vers un nouveau contrat social ? / Age, cohort and activity: A new "social contract"?*, Actes des 1^{ères} rencontres Sauvy (s'adresser à Marie DIGOIX), 1999, 314 p.
- N° 79.– Maryse MARPSAT, *Les apports réciproques des méthodes quantitatives et qualitatives : le cas particulier des enquêtes sur les personnes sans domicile*, 1999, 24 p.
- N° 78.– *Les populations du monde, le monde des populations. La place de l'expert en sciences sociales dans le débat public*, Actes de la Table ronde pour l'inauguration de l'Ined, 1999, 54 p.
- N° 77.– Isabelle SÉGUY, Fabienne LE SAGER, *Enquête Louis Henry. Notice descriptive des données informatiques*, 1999, 156 p.
- N° 76.– I. SÉGUY, H. COLENÇON et C. MÉRIC, *Enquête Louis Henry. Notice descriptive de la partie nominative*, 1999, 120 p.
- N° 75.– Anne-Claude LE VOYER (s'adresser à H. LERIDON), *Les processus menant au désir d'enfant en France*, 1999, 200 p.
- N° 74.– Jacques VALLIN et France MESLÉ, *Le rôle des vaccinations dans la baisse de la mortalité*, 1999, 20 p.
- N° 73.– Bernard ZARCA, *Comment passer d'un échantillon de ménages à un échantillon de fratries ? Les enquêtes «Réseaux familiaux» de 1976, «Proches et parents» de 1990 et le calcul d'un coefficient de pondération*, 1999, 20 p.
- N° 72.– Catherine BONVALET, *Famille-logement. Identité statistique ou enjeu politique?* 1998, 262 p.
- N° 71.– Denise ARBONVILLE, *Normalisation de l'habitat et accès au logement. Une étude statistique de l'évolution du parc "social de fait" de 1984 à 1992*, 1998, 36 p.
- N° 70.– *Famille, activité, vieillissement : générations et solidarités*. Bibliographie préparée par le Centre de Documentation de l'Ined, 1998, 44 p.
- N° 69.– XXIII^e Congrès général de la population, Beijing, Chine, 11-17 octobre 1997:
 A) *Contribution des chercheurs de l'Ined au Congrès*, 1997, 178 p.
 B) *Participation of Ined Researchers in the Conference*, 1997, 180 p.
- N° 68.– France MESLÉ et Jacques VALLIN, *Évolution de la mortalité aux âges élevés en France depuis 1950*, 1998, 42 p.
- N° 67.– Isabelle SEGUY, *Enquête Jean-Noël Biraben «La population de la France de 1500 à 1700». Répertoire des sources numériques*, 1998, 36 p.
- N° 66.– Alain BLUM, *I. Statistique, démographie et politique. II. Deux études sur l'histoire de la statistique et de la statistique démographique en URSS (1920-1939)*, 1998, 92 p.
- N° 65.– Annie LABOURIE-RACAPÉ et Thérèse LOCOH, *Genre et démographie : nouvelles problématiques ou effet de mode ?* 1998, 27 p.
- N° 64.– C. BONVALET, A. GOTMAN et Y. GRAFMEYER (éds), et I. Bertaux-Viame, D. Maison et L. Ortalda, *Proches et parents : l'aménagement des territoires*, 1997.
- N° 63.– Corinne BENVENISTE et Benoît RIANDEY, *Les exclus du logement : connaître et agir*, 1997, 20 p.

- N° 62.– Sylvia T. WARGON, *La démographie au Canada, 1945-1995*, 1997, 40 p.
- N° 61.– Claude RENARD, *Enquête Louis Henry. Bibliographie de l'enquête*, 1997, 82 p.
- N° 60.– H. AGHA, J.C. CHASTELAND, Y. COURBAGE, M. LADIER-FOULADI, A.H. MEHRYAR, *Famille et fécondité à Shiraz (1996)*, 1997, 60 p.
- N° 59.– Catherine BONVALET, Dominique MAISON et Laurent ORTALDA, *Analyse textuelle des entretiens «Proches et Parents»*, 1997, 32 p.
- N° 58.– B. BACCAÏNI, M. BARBIERI, S. CONDON et M. DIGOIX (éds), *Questions de population. Actes du Colloque Jeunes Chercheurs:*
I. Mesures démographiques dans des petites populations, 1997, 50 p.
II. Nuptialité – fécondité – reproduction, 1997, 120 p.
III. Histoire des populations, 1997, 90 p.
IV. Économie et emploi, 1997, 50 p.
V. Vieillesse – retraite, 1997, 66 p.
VI. Famille, 1997, 128 p.
VII. Santé – mortalité, 1997, 136 p.
VIII. Population et espace, 1997, 120 p.
IX. Migration – intégration, 1997, 96 p.
- N° 57.– Isabelle SÉGUY et Corinne MÉRIC, *Enquête Louis Henry. Notice descriptive non nominative*, 1997, 106 p.
- N° 56.– Máire Ní BHROLCHÁIN and Laurent TOULEMON, *Exploratory analysis of demographic data using graphical methods*, 1996, 50 p.
- N° 55.– Laurent TOULEMON et Catherine de GUIBERT-LANTOINE, *Enquêtes sur la fécondité et la famille dans les pays de l'Europe (régions ECE des Nations unies). Résultats de l'enquête française*, 1996, 84 p.
- N° 54.– G. BALLAND, G. BELLIS, M. DE BRAEKELEER, F. DEPOID, M. LEFEBVRE, I. SEGUY, *Généalogies et reconstitutions de familles. Analyse des besoins*, 1996, 44 p.
- N° 53.– Jacques VALLIN et France MESLÉ, *Comment suivre l'évolution de la mortalité par cause malgré les discontinuités de la statistique ? Le cas de la France de 1925 à 1993*, 1996, 46p .
- N° 52.– Catherine BONVALET et Eva LELIÈVRE, *La notion d'entourage, un outil pour l'analyse de l'évolution des réseaux individuels*, 1996, 18 p.
- N° 51.– Alexandre AVDEEV, Alain BLUM et Serge ZAKHAROV, *La mortalité a-t-elle vraiment augmenté brutalement entre 1991 et 1995?*, 1996, 80 p.
- N° 50.– France MESLÉ, Vladimir SHKOLNIKOV, Véronique HERTRICH et Jacques VALLIN, *Tendances récentes de la mortalité par cause en Russie, 1965-1993*, 1995, 70 p.
Avec, en supplément, 1 volume d'Annexes de 384 p.
- N° 49.– Jacques VALLIN, *Espérance de vie : quelle quantité pour quelle qualité de vie ?*, 1995, 24 p.
- N° 48.– François HÉRAN, *Figures et légendes de la parenté:*
I. Variations sur les figures élémentaires, 1995, 114 p.
II. La modélisation de l'écart d'âge et la relation groupe/individu, 1995, 84 p.
III. Trois études de cas sur l'écart d'âge: Touaregs, Alyawara, Warlpiri, 1995, 102 p.
IV. Le roulement des alliances, 1995, 60 p.
V. Petite géométrie fractale de la parenté, 1995, 42 p.
VI. Arbor juris. Logique des figures de parenté au Moyen Age, 1996, 62 p.
VII. De Granet à Lévi-Strauss, 1996, 162 p.
VIII. Les vies parallèles. Une analyse de la co-alliance chez les Etoro de Nouvelle-Guinée, 1996, 80 p.
IX. Ambrym ou l'énigme de la symétrie oblique : histoire d'une controverse, 1996, 136 p.
- N° 47.– Olivia EKERT-JAFFÉ, Denise ARBONVILLE et Jérôme WITTEWER, *Ce que coûtent les jeunes de 18 à 25 ans*, 1995, 122 p.
- N° 46.– Laurent TOULEMON, *Régression logistique et régression sur les risques. Deux supports de cours*, 1995, 56 p.

- N° 45.– Graziella CASELLI, France MESLÉ et Jacques VALLIN, *Le triomphe de la médecine. Évolution de la mortalité en Europe depuis le début de siècle*, 1995, 60 p.
- N° 44.– Magali BARBIERI, Alain BLUM, Elena DOLGIKH, Amon ERGASHEV, *La transition de fécondité en Ouzbékistan*, 1994, 76 p.
- N° 43.– Marc De BRAEKELEER et Gil BELLIS, *Généalogies et reconstitutions de familles en génétique humaine*, 1994, 66 p.
- N° 42.– Serge ADAMETS, Alain BLUM et Serge ZAKHAROV, *Disparités et variabilités des catastrophes démographiques en URSS*, 1994, 100 p.
- N° 41.– Alexandre AVDEEV, Alain BLUM et Irina TROITSKAJA, *L'avortement et la contraception en Russie et dans l'ex-URSS : histoire et présent*, 1993, 74 p.
- N° 40.– Gilles PISON et Annabel DESGREES DU LOU, *Bandafassi (Sénégal) : niveaux et tendances démographiques 1971-1991*, 1993, 40 p.
- N° 39.– Michel Louis LÉVY, *La dynamique des populations humaines*, 1993, 20 p.
- N° 38.– Alain BLUM, *Systèmes démographiques soviétiques*, 1992, 14 + X p.
- N° 37.– Emmanuel LAGARDE, Gilles PISON, Bernard LE GUENNO, Catherine ENEL et Cheikh SECK, *Les facteurs de risque de l'infection à VIH2 dans une région rurale du Sénégal*, 1992, 72 p.
- N° 36.– Annabel DESGREES DU LOU et Gilles PISON, *Les obstacles à la vaccination universelle des enfants des pays en développement. Une étude de cas en zone rurale au Sénégal*, 1992, 26 p.
- N° 35.– France MESLÉ, Vladimir SHKOLNIKOV et Jacques VALLIN, *La mortalité par causes en URSS de 1970 à 1987 : reconstruction de séries statistiques cohérentes*, 1992, 36 p.
- N° 34.– France MESLÉ et Jacques VALLIN, *Évolution de la mortalité par cancer et par maladies cardio-vasculaires en Europe depuis 1950*, 1992, 48 p.
- N° 33.– Didier BLANCHET, *Vieillesse et perspectives des retraites : analyses démographiques économiques*, 1991, 120 p.
- N° 32.– Noël BONNEUIL, *Démographie de la nuptialité au XIX^e siècle*, 1990, 32 p.
- N° 31.– Jean-Paul SARDON, *L'évolution de la fécondité en France depuis un demi-siècle*, 1990, 102 p.
- N° 30.– Benoît RIANDEY, *Répertoire des enquêtes démographiques : bilan pour la France métropolitaine*, 1989, 24 p.
- N° 29.– Thérèse LOCOH, *Changement social et situations matrimoniales : les nouvelles formes d'union à Lomé*, 1989, 44 p.
- N° 28.– Catherine ENEL, Gilles PISON, et Monique LEFEBVRE, *Migrations et évolution de la nuptialité. L'exemple d'un village joola du sud du Sénégal, Mlomp*, 1989, 26 p. (Sénégal) depuis 50 ans, 1^{ère} édition : 1989, 36 p. ; 2^{ème} édition revue et augmentée : 1990, 48 p.
- N° 27.– Nicolas BROUARD, *L'extinction des noms de famille en France : une approche*, 1989, 22 p.
- N° 26.– Gilles PISON, Monique LEFEBVRE, Catherine ENEL et Jean-François TRAPE, *L'influence des changements sanitaires sur l'évolution de la mortalité : le cas de Mlomp*, 1989, 36 p.
- N° 25.– Alain BLUM et Philippe FARGUES, *Estimation de la mortalité maternelle dans les pays à données incomplètes. Une application à Bamako (1974-1985) et à d'autres pays en développement*, 1989, 36 p.
- N° 24.– Jacques VALLIN et Graziella CASELLI, *Mortalité et vieillissement de la population*, 1989, 30 p.
- N° 23.– Georges TAPINOS, Didier BLANCHET et Olivia EKERT-JAFFÉ, *Population et demande de changements démographiques, demande et structure de consommation*, 1989, 46 p.
- N° 22.– Benoît RIANDEY, *Un échantillon probabiliste de A à Z : l'exemple de l'enquête Peuplement et dépeuplement de Paris. INED (1986)*, 1989, 12 p.

- N° 21.– Noël BONNEUIL et Philippe FARGUES, *Prévoir les « caprices » de la mortalité. Chronique des causes de décès à Bamako de 1964 à 1985*, 1989, 44 p.
- N° 20.– France MESLÉ, *Morbidity et causes de décès chez les personnes âgées*, 1988, 18 p.
- N° 19.– Henri LERIDON, *Analyse des biographies matrimoniales dans l'enquête sur les situations familiales*, 1988, 64 p.
- N° 18.– Jacques VALLIN, *La mortalité en Europe de 1720 à 1914 : tendances à long terme et changements de structure par âge et par sexe*, 1988, 40 p.
- N° 17.– Jacques VALLIN, *Évolution sociale et baisse de la mortalité : conquête ou reconquête d'un avantage féminin ?*, 1988, 36 p.
- N° 16.– Gérard CALOT et Graziella CASELLI, *La mortalité en Chine d'après le recensement de 1982* :
 I.– *Analyse selon le sexe et l'âge au niveau national et provincial*, 1988, 72 p.
 II.– *Tables de mortalité par province*, 1988, 112 p.
- N° 15.– Peter AABY (s'adresser à J. VALLIN), *Le surpeuplement, un facteur déterminant de la mortalité par rougeole en Afrique*, 1987, 52 p.
- N° 14.– Jacques VALLIN, *Théorie(s) de la baisse de la mortalité et situation africaine*, 1987, 44 p.
- N° 13.– Kuakivi GBENYON et Thérèse LOCOH, *Différences de mortalité selon le sexe, dans l'enfance en Afrique au Sud du Sahara*, 1987, 30 p.
- N° 12.– Philippe FARGUES, *Les saisons et la mortalité urbaine en Afrique. Les décès à Bamako de 1974 à 1985*, 1987, 38 p.
- N° 11.– Gilles PISON, *Les jumeaux en Afrique au Sud du Sahara : fréquence, statut social et mortalité*, 1987, 48 p.
- N° 10.– Philippe FARGUES, *La migration obéit-elle à la conjoncture pétrolière dans le Golfe ? L'exemple du Koweït*, 1987, 30 p.
- N° 9.– Didier BLANCHET, *Deux études sur les relations entre démographie et systèmes de retraite*, 1986, 26 p.
- N° 8.– Didier BLANCHET, *Équilibre malthusien et liaison entre croissances économique et démographique dans les pays en développement : un modèle*, 1986, 20 p.
- N° 7.– Jacques VALLIN, France MESLÉ et Alfred NIZARD, *Reclassement des rubriques de la 8ème révision de la Classification internationale des maladies selon l'étiologie et l'anatomie*, 1986, 56 p.
- N° 6.– Philippe FARGUES, *Un apport potentiel des formations sanitaires pour mesurer la mortalité dans l'enfance en Afrique*, 1986, 34 p.
- N° 5.– Jacques VALLIN et France MESLÉ, *Les causes de décès en France de 1925 à 1978*, 1986, 36 p.
- N° 4.– Graziella CASELLI, Jacques VALLIN, J. VAUPEL et A. YASHIN, *L'évolution de la structure par âge de la mortalité en Italie et en France depuis 1900*, 1986, 28 p.
- N° 3.– Paul PAILLAT, *Le vécu du vieillissement en 1979*, 1981, 114 p.
- N° 2.– Claude LÉVY, *Aspects socio-politiques et démographiques de la planification familiale en France, en Hongrie et en Roumanie*, 1977, 248 p.
- N° 1.– Georges TAPINOS, *Les méthodes d'analyse en démographie économique*, 1976, 288 p.