

LA MEDECINE DE FAMILLE
en milieu rural dans l'Ouest de la France
au début du 20^{ème} siècle (1908 à 1920)

- CHRONIQUE de MORTALITE -

Dr Jacques HIDIER

Remerciements

*au Dr Franck GODARD
dont la thèse nous a permis de compléter nos données statistiques.*

*A Monsieur Jean-Baptiste RAIMBAUD
pour ses informations sur la vie des habitants de Bouin à cette époque.*

AVANT PROPOS

Il y a quelques années, un ami m'apporta des cahiers d'écolier aux pages jaunies par le temps. Dans ces cahiers un médecin avait relaté les faits marquant de sa vie, mais de plus, il y avait consigné scrupuleusement le nom, le prénom, l'âge, le lieu et la cause des décès de ses patients pendant la période des années 1908 à 1920.

Ces documents m'intéressaient d'autant plus que ce médecin, le Docteur André Pelletier, avait exercé dans une commune rurale vendéenne où j'ai moi-même pratiqué la médecine cinquante ans après lui.

Outre que ces carnets offraient un outil remarquable d'étude de mortalité, ils allaient me permettre de comparer à un demi-siècle d'intervalle, les modalités d'exercice de la médecine rurale et les causes de décès.

Un rapide rappel historique des origines de la commune de Bouin et une description de la vie de ses habitants en ce début de 20^{ème} siècle, nous éclaireront sur les conditions d'exercice d'un médecin rural à cette époque.

BOUIN SITUATION GEOGRAPHIQUE

BOUIN dans les années 2000



(fig 1)

Actuellement peuplée d'un peu plus de 2000 habitants, la commune de Bouin est située à l'extrême Nord-Ouest du département de la Vendée, au fond de la Baie de Bourgneuf, dans une région appelée "Marais Breton Vendéen" qui s'étend approximativement de Bourgneuf-en-Retz à Saint-Gilles-Croix-de-Vie, sur une superficie d'environ 45 000 hectares. (fig 1)

Elle en constitue une partie parfaitement individualisée : le "Marais Salé", nommé ainsi parce que les fossés qui bordent ses prés et ses champs, ne sont pas remplis d'eau douce comme dans le reste du marais, mais d'eau salée. Ces fossés sont en effet alimentés par des étiers provenant de la mer et contrôlés par des écluses.

Limitée à l'Ouest par l'Océan Atlantique, sa frontière au Nord, à l'Est et au Sud est formée par l'étier du Dain.

Les ORIGINES de L'ILE de BOUIN

L'EMBOUCHURE de la LOIRE au temps de CESAR



(fig 2)

A l'origine, la mer recouvrait une plaine immense. L'île de Noirmoutier était très éloignée du continent, Machecoul et Challans se trouvaient en bordure de mer et Bouin n'était alors qu'un îlot rocheux parmi d'autres. (fig 2)

BOUIN au 10^{ème} SIECLE



(fig 3)

Peu à peu, les dépôts d'alluvions vont transformer ces rochers épars et combler une partie de la baie. (fig 3) L'îlot rocheux de Bouin devient peu à peu une île et les premiers habitants apparaissent.

Véritable bras de mer "large de plus d'une lieue," le Dain, sépare du continent l'île ainsi formée. De puissants courants parcourent ce profond canal redouté des navigateurs.

BOUIN au 18^{ème} SIECLE

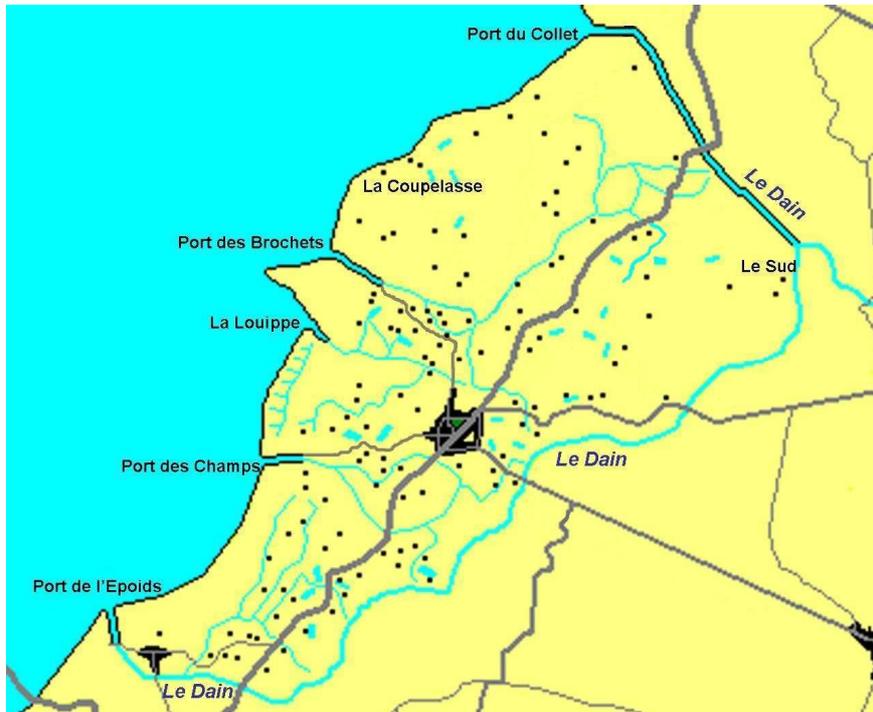


(fig 4)

La transformation de la baie se poursuit au cours des siècles. L'accumulation des dépôts augmente considérablement la surface de l'île. (fig 4) Bouin est devenue véritablement une île habitée, mais ne sera rattachée au continent qu'au 19^{ème} siècle.

BOUIN AU DEBUT DU 20^{ème} SIECLE

BOUIN en 1900



(fig 5)

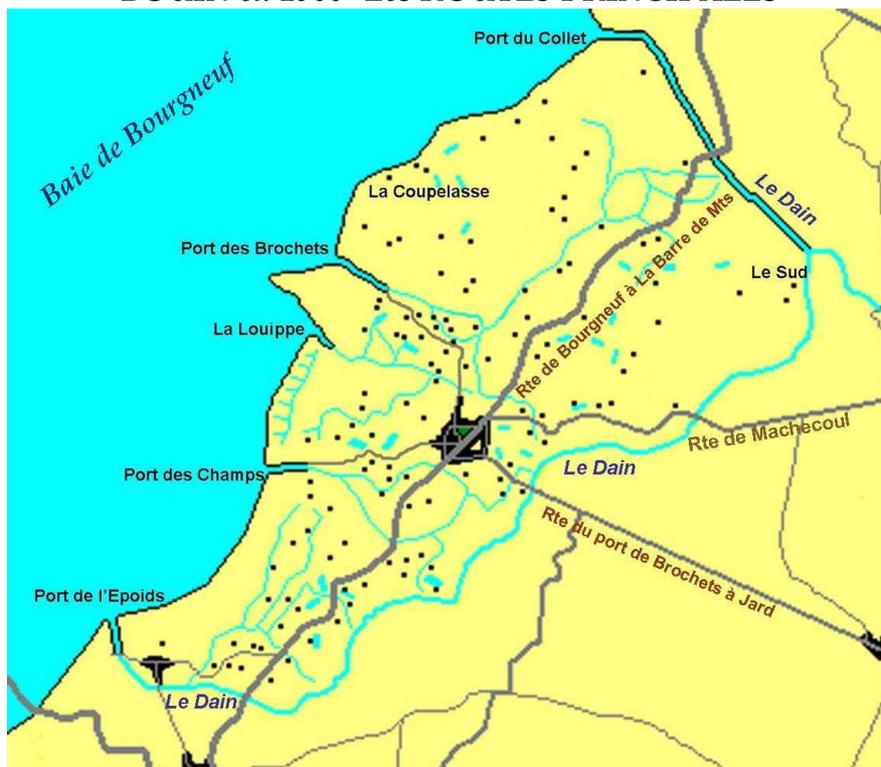
La superficie de la commune de Bouin est alors d'environ 5030 hectares, son altitude moyenne ne dépasse pas 4 mètres. Aussi, sur une longueur de 15 kilomètres, le front de mer est entièrement endigué.

Le Dain, autrefois large bras de mer, n'est plus en 1901 qu'un simple étier canalisé, débouchant à la mer par ses deux extrémités au port du Collet et au port du Bec (Epoids). (fig 5) Il permet l'écoulement des eaux pluviales des communes environnantes.

Grâce à l'influence océanique, le climat est relativement tempéré. En été, la "brise de mer" venue du large empêche les grandes chaleurs, mais la sécheresse y est fréquente. En toutes saisons, les nuages sont rapidement chassés par le vent et les pluies sont rarement très abondantes. Par contre la nébulosité est considérable et le ciel souvent gris et bas.

En hiver, les tempêtes peuvent être particulièrement violentes, provoquant par endroit une rupture des digues avec envahissement de la mer sur les prés et les champs, entraînant une période d'infertilité de plusieurs années.

BOUIN en 1900- Les ROUTES PRINCIPALES



(fig 6)

Bouin est alors desservi par 3 grandes routes (fig 6) :

- la route stratégique Bourgneuf - La Barre de Monts qui traverse la commune du Nord au Sud,
- la route venant de Machecoul
- la route départementale 21, de Jard - au port des Brochets, qui la traverse d'Est en Ouest.

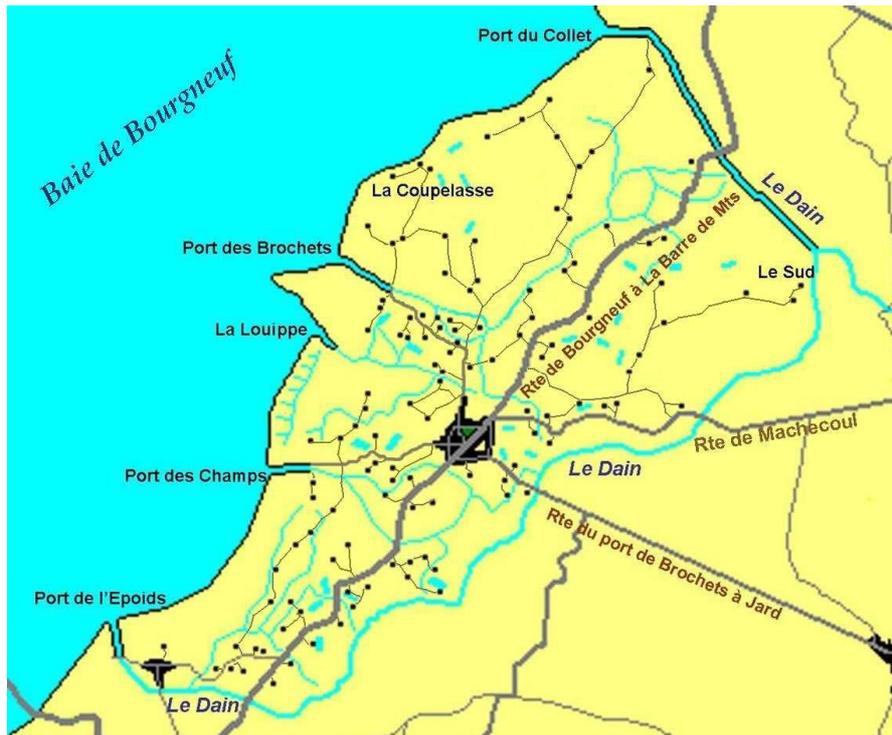
Une quatrième route desservant le port des Champs fut construite en 1858, grâce aux pierres servant de lest aux bateaux venus charger leur cargaison de sel.

En 1901, la commune de Bouin compte 2638 habitants.

Les 1500 habitants du bourg bâti sur un îlot rocheux sont relativement privilégiés, par contre dans le marais, la vie y est beaucoup plus rude.

Disséminées au milieu des prés, les petites fermes sont éparées et isolées. Il n'existe pas de hameaux comme dans le bocage. Le "village" se compose uniquement d'une maison d'habitation, d'une grange et de quelques dépendances. Les bâtiments aux murs de terre sont bas et à petites ouvertures. Durant la mauvaise saison, le vent quasi permanent, y fait pénétrer un froid humide.

BOUIN en 1900 - Les "CHARRAUDS"



(fig 7)

Sillonnant le marais, de nombreux chemins de terre appelés "charrauds", desservent les fermes et les champs. (fig 7) Ils permettent de rejoindre les routes, tout au moins en bonne saison. En effet, non empierrés, ces chemins de terre glaiseuse deviennent impraticables dès les premières pluies.

Pour "aller au bourg", il faudra donc emprunter "les chemins de messe", sentiers tracés à travers les prés détremés. Pour franchir les fossés, une planche étroite est posée en travers de ceux-ci. Fréquemment empruntés l'hiver par les adultes, ces sentiers le sont aussi par les enfants pour se rendre à l'école.

La "yole", cette barque de marais à fond plat, qui sert à transporter, humains, bestiaux et fourrages, n'y est pas connue. En effet le marais salé n'est pratiquement jamais couvert d'eau, car les étiers, régulés par des écluses, s'écoulent à la mer à chaque marée basse. Leurs nombreux petits affluents forment les fossés entourant les prés et servent de clôture, remplaçant les haies inexistantes dans ce marais salé.

Possédant quelques vaches et quelques volailles, les habitants du marais vivent surtout de la récolte du foin. Dans les polders, ils cultivent aussi des fèves, du blé et de l'orge. Très peu nombreux vivent maintenant du sel, car beaucoup de marais salants ont été laissés à l'abandon. Enfin, pour compléter leur nourriture, beaucoup pratiquent la pêche à pied, à laquelle participent femmes et enfants.

Le chauffage est inexistant ; il n'y ni arbres ni buissons dans le marais salé, donc pas de bois. Le seul combustible est le "bousat", fabriqué d'un mélange pilé de bouse de vache et de paille. Se consumant sans flamme dans l'unique cheminée de la maison, il apporte la seule chaleur suffisante à cuire les aliments et réchauffer le lait des biberons qu'on ne peut évidemment pas stériliser.

Au milieu du marais, l'eau est partout, mais saumâtre, il n'y a donc pas d'eau potable. Seul le bourg et quelques îlots calcaires disposent d'un puits où les gens du marais peuvent venir remplir leurs bidons.

L'électricité est inconnue dans le marais, on s'éclaire à la bougie ou à la lampe à pétrole.

L'assurance maladie n'existe pas. On naît et on meurt à la maison.

Le diagnostic ne peut reposer que sur les symptômes et l'examen clinique, les moyens actuels d'investigation, même les plus rudimentaires, sont inconnus.

Les moyens thérapeutiques sont très limités, souvent à base de prescriptions magistrales, de potions ou d'onguents. Aucun médicament vraiment efficace ne vient à bout des maladies broncho-pulmonaires qui constituent un des principaux facteurs de mortalité.

Sans résultat, la tuberculose se soigne avec des antiseptiques dérivés de la benzine ; le phénol par voie buccale est plus toxique que curatif. En fait, seules l'aération et la suralimentation constituent alors les remèdes capables de contenir le mal. Quant à la pharmacopée d'alors, elle contenait : la teinture d'iode, la papaïne, l'acide salicylique, le sirop de quinquina, le nitrate d'argent, l'huile de ricin, la teinture de digitale, le sulfate de quinine, le collutoire astringent, la morphine et la vaccination antivariolique.

Les hôpitaux les plus proches, mais éloignés de près de 10 heures de route, sont situés à Nantes et à La Roche sur Yon.

C'est donc dans cet environnement que le Dr Pelletier pratiqua sa médecine durant une quinzaine d'années, sachant qu'à cette période, les consultations au cabinet étaient fort rares, sinon inexistantes et qu'il devait pratiquement toujours se rendre à domicile dans des fermes isolées et accessibles seulement à pied l'hiver, sous la pluie, dans le vent et souvent la nuit tombée.

Les CHRONIQUES de MORTALITE du Dr PELLETIER

En plus des faits qu'il considérait comme marquants et qui remplissent de nombreuses pages de ses cahiers, le Dr Pelletier inscrivait à part, les décès de ses patients.

Le relevé manuscrit rapporte, de façon chronologique (et nominative), les causes et âges de décès sur la commune pour la période de 1908 à 1920 inclus et ce, dans leur totalité, puisque le Dr Pelletier était le seul médecin à Bouin.

Il s'agit donc d'un relevé exhaustif des causes de décès sur une commune donnée pendant une période définie.

Nous verrons d'ailleurs que les données régionales et nationales connues pour l'époque, sont comparables à ses relevés.

EXTRAIT du MANUSCRIT du Dr PELLETIER

N° d'ordre	Nom-Prénom	Âge	Lieu du décès	Cause du décès
24°	Bluteau Charles	5	Vitis-Roux	Pneumonie du sommet dr.
25°	Baudry Ferdinand	52	Ville	
26°	Korand Je Gendron	42	Ville	C. de l'utérus. 5 ans
27°	Voitene Jean-Marie	41	Aumois	Grippe. Coma diabétique
28°	Rousseau François	80	Branchards	Affection chronique intestiq.
29°	Roboteau Jean	76	Madeline	Pneumonie ?
30°	Chevrier Felicien	3	Ville	Pneumonie
31°	Le Cler Achille	85	Paris	Fievre urineuse
32°	V ^e Pelote	81	Ville	
33°	Normand Je Rousseau	64	Aumois	
34°	Quittonneau Je Chevalard	63	Hôpital	Phlegmon de P. main
35°	Fleury V ^e Baudry	81	Hôpital	Zona. Urtémes
36°	Girard - Robin	0	Ville	Prématuré
37°	Corbinan V ^e Guignard	90	Ville	Pneumonie

(fig 8)

Remarques (*encadré rouge*) (*fig 8*):

N° 25, 32, et 33 : le Dr Pelletier ne connaît pas la cause du décès.

N°29 : il a un doute sur son diagnostic.

N° 26 : *C.de l'utérus. 5 ans* signifiant *Cancer de l'utérus évoluant depuis 5 ans* chez une femme de 42 ans.

N° 36 : Il s'agit d'un décès périnatal. Le Dr Pelletier inscrit alors les noms du père et de la mère de l'enfant.

N° 34 et 35 : Les 2 malades (atteints l'un d'un phlegmon de la main et l'autre de zona + oedèmes) sont décédés à l'Hôpital.

HOSPICE de BOUIN en 1920



(*fig 9*)

En fait il s'agit de l'Hospice, appelé "hôpital" par les Bouinais. (*fig 9*)

Cet établissement avait été créé par une ordonnance de l'Evêque de Nantes le 26 février 1701, à la suite d'un don. Dirigé par des Sœurs hospitalières, l'hôpital accueille des vieillards, des pauvres, mais aussi des malades gravement atteints ou en fin de vie. Dans les années 1900, les soins médicaux sont assurés par le Dr Pelletier, pour lesquels la commune lui alloue une somme de 250 francs par an.

De plus, mourir chez soi l'hiver dans le marais de Bouin, posait problème. Dans la rue du Pas-Marteau existe une petite chapelle (aujourd'hui désaffectée) : la Chapelle des Sept Douleurs. C'est là que les familles déposaient le corps de leur défunt en attendant la sépulture, permettant ainsi à la famille et aux amis de faire visite. Bien en avance sur leur temps, les Bouinais avaient créé un funérarium.

A l'époque, il est exceptionnel et étonnant de trouver de telles structures dans une petite commune rurale.

METHODOLOGIE

LES OUTILS DE TRAVAIL

En mentionnant les causes de décès, le Dr Pelletier a noté des diagnostics qu'il fallait trier et classer. Un outil de codage s'avérait donc indispensable.

Nous avons retenu la **C.I.S.P. (Classification Internationale en Soins Primaires)**, d'une part pour le caractère globalisant de ses rubriques diagnostiques, d'autre part pour la pratique que nous en avons acquis depuis 10 ans à l'occasion de divers recueils de données.

La CISP est désormais retenue par l'OMS comme classification de référence en soins de première ligne.

STRUCTURE de la CISP

Composants	Chapitres	A - Général	B - Sang, organes hématopoïétiques	D - Digestif	F - Œil	H - Oreille	K - Circulatoire	L - Ostéo-articulaire	N - Neurologique	P - Psychologique	R - Respiratoire	S - Cutané	T - Endocrinien, métabolique et nutritionnel	U - Urologique	W - Grossesse, accouchement, planif. famul.	X - Génital féminin	Y - Génital masculin	Z - Social
		1 - Symptômes et plaintes																
2 - Procédures diagnostiques et préventives																		
3 - Procédures thérapeutiques et médications																		
4 - Résultats de tests																		
5 - Administratif																		
6 - Références et autres motifs de contact																		
7 - Diagnostics de maladies																		

(fig 9)

La CISP est construite selon deux axes (fig 9) :

- **15 chapitres** somatiques désignés par une lettre (complétés par un chapitre psychologique (P) et un chapitre social (Z)).
- **7 composants** (2 chiffres) qui, accolés à la lettre d'un chapitre, permettent de caractériser les motifs de contact (01 à 29), les procédures utilisées (30 à 69) et les diagnostics (70 à 99).

Ainsi sur une fracture du fémur par exemple, on pourrait coder :

L 14= plainte de la jambe ou de la cuisse L 75= fracture du fémur L 41= radiographie
L 67= hospitalisation).

Dans un souci d'adaptation fidèle de la nosographie en vigueur à l'époque ou dans le cas de circonstances historiques exceptionnelles, nous avons opté pour certaines codifications CISP :

- Tué à la guerre : A81** (polytraumatisme, lésions multiples)
- Accident : A80** (traumatisme ou lésion traumatique)
- Fin de vie : A28** (sénilité, limitation de la fonction, incapacité)
- Attaque : A90** (accident vasculaire cérébral)
- Submersion (noyade) : A88** (effet secondaire de facteur physique)
- Tuberculose : A70** (infections tuberculeuses quelque soit la localisation)
- Démence : P70** (démence sénile, maladie d'Alzheimer)

Certains cas ont nécessité un double codage :

- Méningite tuberculeuse: A70 + N71** (A70=tuberculose - N71=méningite)
- Noyade volontaire : A88 + P77** (A88=noyade - P77=suicide)

Les recueils et les divers tris ont été réalisés sur tableur **MICROSOFT EXCEL**. Les 3 tableaux qui suivent montrent le principe de différents tris. (fig 10, 11, 12)

EXTRAIT de RECUEIL de DONNEES (année 1910)

GUEREL f. LASSOUS	57	ville	pneumonie	R81	
LAMBERT-BRISSON	0	Ouche de Foi	prématuré-jumeau	A93	
CROCHET Etienne	29	Tortet	fièvre typhoïde	D70	
GASCOIN f. ROBRETEAU	78	ville	apoplexie (8 jours)	K90	
CHAUVET Jean	63	ville	cancer estomac	D74	
BARAUD vve CHEVRIER	75	ville	affection chronique de l'intestin	D99	
PIBERNE f. PIRAUD	25	Anses	tuberculose	A70	
PINEAU-LEPINE	0	Branchards	prématuré	A93	
DORE f. ROUSSEAU	33	Roussières	fièvre typhoïde + puerpérale	D70	W70
LEPINE f. PINEAU	23	Branchards	fièvre typhoïde + puerpérale	D70	W70
PIRAUD Florent	52	Tamarin	fièvre typhoïde	D70	
DELAPREE François	51	Port	fièvre typhoïde	D70	
GUERIN vve ROBARD	57	Bas-Courtil	fièvre typhoïde	D70	
CROCHET Madeleine	55	ville	fièvre typhoïde	D70	
BOUTET f. BELLEGO	45	ville	tuberculose (15 ans)	A70	
GABORIT Jean-Baptiste	79	La Madeleine	accès d'asthme	R96	
TRIBALLEAU Armand	79	Hôpital	cardiopathie	K77	
FOUCAUD vve ROUSSEAU	67	Epois	?		

(fig 10)

MÊME EXTRAIT de RECUEIL de DONNEES (tri par âge)

PINEAU-LEPINE	0	Branchards	prématuré	A93	
LEPINE f. PINEAU	23	Branchards	fièvre typhoïde + puerpérale	D70	W70
PIBERNE f. PIRAUD	25	Anses	tuberculose	A70	
CROCHET Etienne	29	Tortet	fièvre typhoïde	D70	
DORE f. ROUSSEAU	33	Roussières	fièvre typhoïde + puerpérale	D70	W70
BOUTET f. BELLEGO	45	ville	tuberculose (15 ans)	A70	
DELAPREE François	51	Port	fièvre typhoïde	D70	
PIRAUD Florent	52	Tamarin	fièvre typhoïde	D70	
CROCHET Madeleine	55	ville	fièvre typhoïde	D70	
GUERIN vve ROBARD	57	Bas-Courtil	fièvre typhoïde	D70	
CHAUVET Jean	63	ville	cancer estomac	D74	
FOUCAUD vve ROUSSEAU	67	Epois	?		
BARAUD vve CHEVRIER	75	ville	affection chronique de l'intestin	D99	
GASCOIN f. ROBRETEAU	78	ville	apoplexie (8 jours)	K90	
GABORIT Jean-Baptiste	79	La Madeleine	accès d'asthme	R96	
TRIBALLEAU Armand	79	Hôpital	cardiopathie	K77	

(fig 11)

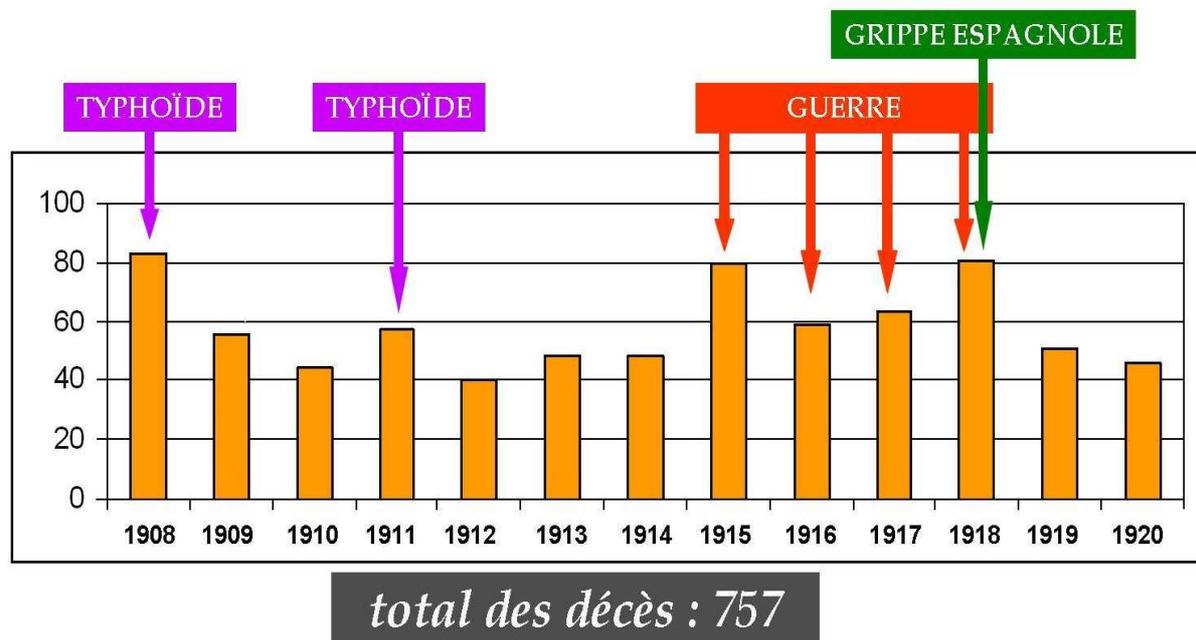
MÊME EXTRAIT de RECUEIL de DONNEES (tri par maladie)

PIBERNE f. PIRAUD	25	Anses	tuberculose	A70	
BOUTET f. BELLEGO	45	ville	tuberculose (15 ans)	A70	
LAMBERT-BRISSON	0	Ouche de Foi	prématuré-jumeau	A93	
PINEAU-LEPINE	0	Branchards	prématuré	A93	
LEPINE f. PINEAU	23	Branchards	fièvre typhoïde + puerpérale	D70	W70
CROCHET Etienne	29	Tortet	fièvre typhoïde	D70	
DORE f. ROUSSEAU	33	Roussières	fièvre typhoïde + puerpérale	D70	W70
DELAPREE François	51	Port	fièvre typhoïde	D70	
PIRAUD Florent	52	Tamarin	fièvre typhoïde	D70	
CROCHET Madeleine	55	ville	fièvre typhoïde	D70	
GUERIN vve ROBARD	57	Bas-Courtil	fièvre typhoïde	D70	
CHAUVET Jean	63	ville	cancer estomac	D74	
BARAUD vve CHEVRIER	75	ville	affection chronique de l'intestin	D99	
TRIBALLEAU Armand	79	Hôpital	cardiopathie	K77	
GASCOIN f. ROBRETEAU	78	ville	apoplexie (8 jours)	K90	
GUEREL f. LASSOUS	57	ville	pneumonie	R81	
GABORIT Jean-Baptiste	79	La Madeleine	accès d'asthme	R96	
FOUCAUD vve ROUSSEAU	67	Epois	?		

(fig 12)

RESULTATS

NOMBRE de DECES par ANNEE



(fig 13)

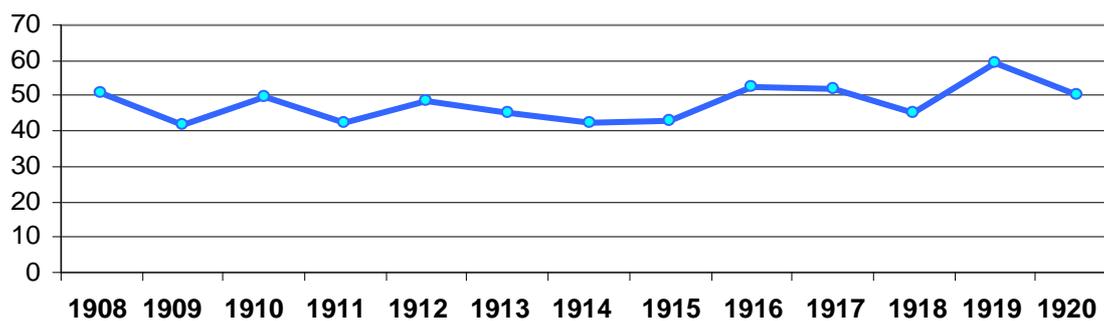
La période étudiée, de 1908 à 1920, s'étend sur 13 années pleines. Sur cette période, la population moyenne de Bouin est de 2800 habitants avec un maximum de 2846 habitants en 1908 et un minimum de 2435 habitants en 1920. Cette diminution s'explique en grande partie par les décès enregistrés pendant la guerre. (fig 13)

Au cours de ces 13 années, le nombre total de décès s'élève à 757, soit une moyenne de 58,2 décès par an, ce qui représente un taux annuel global de la mortalité de 21‰ de la population.

Or, dans une étude sur le bilan démographique du siècle en Bretagne, Michel ROUXEL (dans un article paru dans la revue Octant N°80) cite un taux de mortalité comparable de 21‰ pour la décennie 1900-1910 et 23‰ pour la décennie 1910-1920 et de respectivement 20‰ et 22‰ pour les mêmes périodes au niveau national.

Plusieurs pics de mortalité apparaissent : le premier en 1908, qui s'explique en partie par une recrudescence des cas de typhoïdes (à savoir 9 cas, contre 1 ou 2 les années "normales"), puis les années 1915 à 1918 marquées par la guerre et l'épidémie de grippe espagnole en 1918. (fig 13)

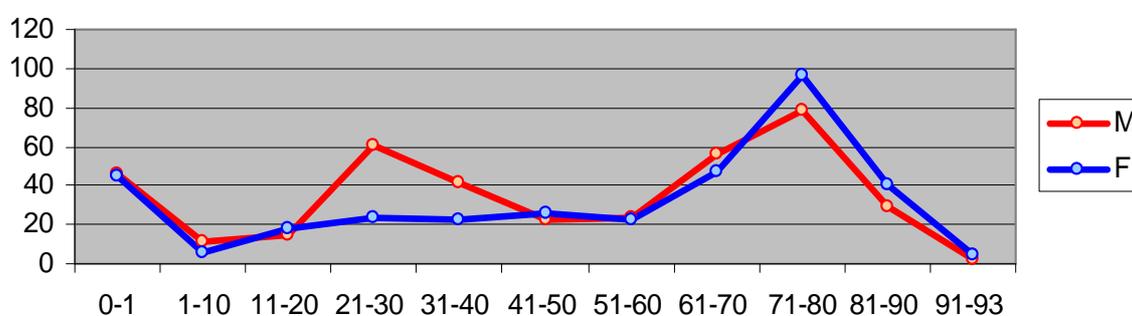
AGE MOYEN des DECES selon l'ANNEE



(fig 14)

Sur la période 1908-1920, l'âge moyen au moment du décès est de **47,8 ans**.

NOMBRE de DECES par ÂGE et par SEXE



(fig 14)

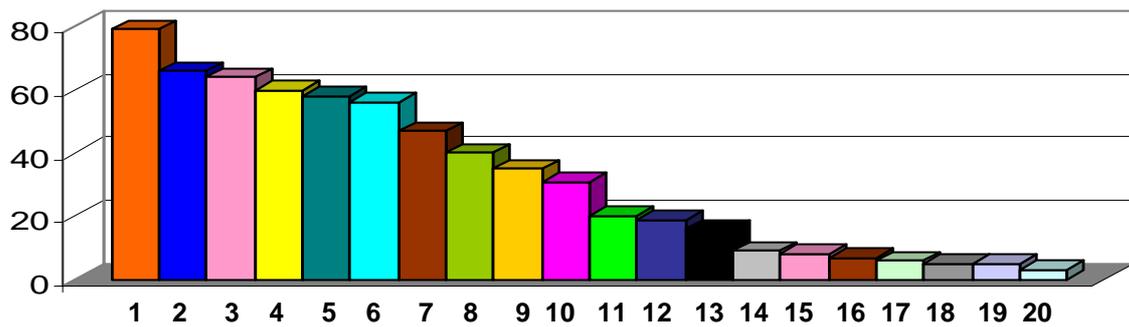
Ce graphique montre bien la différence du nombre de décès entre les hommes et les femmes dans la tranche 21-45 ans, avec une très nette surmortalité masculine (103 décès contre 45 décès féminins). La cause en est évidemment la première guerre mondiale touchant exclusivement les jeunes hommes entre 20 et 40-45 ans. (fig 14)

D'autre part, nous avons effectué un comparatif avec des statistiques nationales citées par Jacques VALLIN et France MESLE dans leurs "Tables de mortalité française de 1806 à 1997". Ces tables nous apprennent qu'en 1900, 46,5% des femmes meurent après 60 ans (dont 12,1% après 80 ans) et que 42% des hommes meurent après 60 ans (dont 8,5% après 80 ans).

Les mêmes calculs, faits pour Bouin sur la période de cette étude, donnent les chiffres suivants : 52% des femmes sont mortes après 60 ans (dont 12,5% après 80 ans). Quant aux hommes, 42,2% sont morts après 60 ans (dont 8% après 80 ans).

Ces chiffres très comparables laissent à penser que la population Bouinaise reflétait à peu près la population française de l'époque.

PRINCIPALES CAUSES de DECES



(fig 15)

1 : guerre - 2 : pneumopathie - 3 : périnatalité - 4 : tuberculose 5 : attaque
6 : cardiopathie - 7 : ramollissement cérébral - 8 : cancer 9 : grippe - 10 : typhoïde
11 : accident - 12 : diarrhée nourrissons 13 : mort subite - 14 : épilepsie/convulsion
15 : fièvre puerpérale 16 : éthylisme - 17 : diabète - 18 : suicide - 19 : méningite
20 : péritonite

MORTALITE par CAUSES et par ANNEES

Mortalité due à la guerre

1914 : 10 décès - 1915 : 33 - 1916 : 11 - 1917 : 16 - 1918 : 10. Total : 80 décès.

Mortalité due à la typhoïde

1908 : 9 décès - 1909 : 2 - 1910 : 1 - 1911 : 7 - 1912 : 2 - 1913 : 1 - 1918 : 2 - 1920 : 2.
Total : 26 décès.

Mortalité due à la grippe

1913 : 2 décès - 1914 : 1 - 1915 : 4 - 1918 : 21 - 1919 : 7 - 1920 : 3. Total : 38 décès

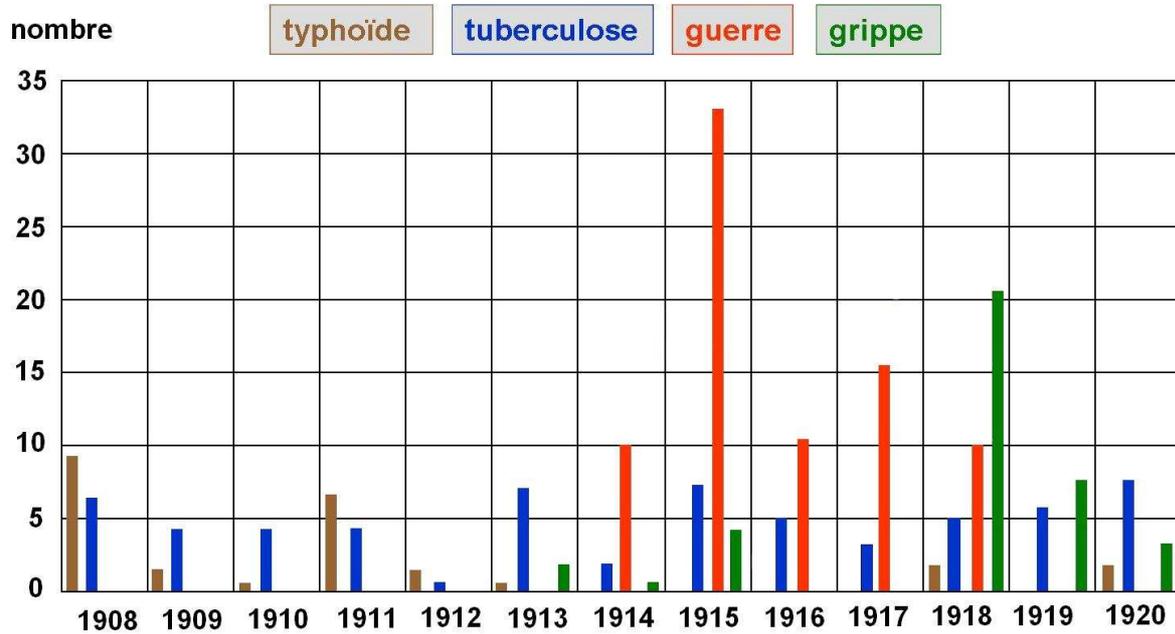
Mortalité due à la tuberculose

1908 : 7 décès - 1909 : 4 - 1910 : 4 - 1911 : 4 - 1912 : 1 - 1913 : 7 - 1914 : 2 - 1915 : 7
1916 : 5 - 1917 : 3 - 1918 : 5 - 1919 : 6 - 1920 : 7. Total : 62 décès

On remarque d'emblée l'importance des décès dus aux pathologies infectieuses : pneumopathies (65), tuberculose (62), grippe (38), typhoïde (26). (fig 15)

A noter également qu'en 4 ans seulement, la guerre a tué deux fois plus de Bouinçais que le cancer en 13 ans (80 contre 40).

CAUSES SIGNIFICATIVES de DECES par ANNEE

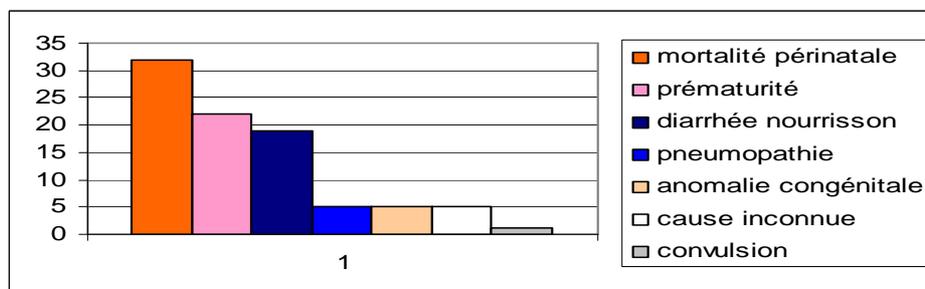


(fig 16)

L'intérêt de ce graphique est de mettre en évidence le fait que certaines causes de décès comme la guerre, la grippe ou la typhoïde n'apparaissent que certaines années et tuent rapidement, alors qu'une pathologie comme la tuberculose est présente tous les ans et tue lentement. (fig 16)

PRINCIPALES CAUSES des DECES par TRANCHE d'ÂGE

PRINCIPALES CAUSES de DECES de NOURRISSONS de 0 à 1 AN



(fig 17)

91 décès dont :

mortalité périnatale : 32 (dont 18 jumeaux et 1 procidence du cordon)

accouchement prématuré : 23

diarrhée du nourrisson : 19 (10 "diarrhées-biberon" (*problème d'asepsie, lait de vache ?*), 6 entérites et 3 choléras infantiles)

pneumopathie : 5 (3 pneumonies, 1 coqueluche et 1 laryngite striduleuse)

anomalie congénitale : 4 (non précisées)

causes inconnues : 4

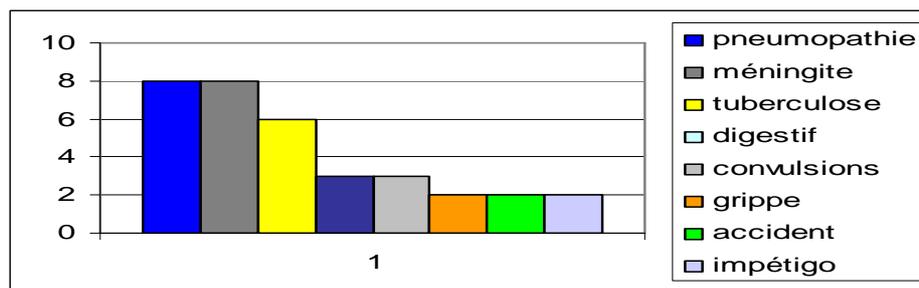
convulsion : 1

Au début du 20^{ème} siècle, la mortalité périnatale et infantile est considérable. Si l'on considère sur ces 13 années le nombre de naissances à Bouin (soit environ 700), on trouve un taux de mortalité infantile de 128%.

Si l'on reprend, à titre comparatif l'étude de Michel ROUXEL concernant la population bretonne, il cite un taux de mortalité infantile de 130% environ en Bretagne pour la décennie 1900-1910 et près de 135% sur l'ensemble de la population française .

On retrouve donc des chiffres comparables, ce qui rend tout à fait crédible le travail du Dr André Pelletier .

PRINCIPALES CAUSES de DECES de 1 à 10 ANS



(fig 18)

37 décès dont :

pneumopathie : 8 (dont 2 coqueluches et 1 diphtérie)

méningite : 8 (dont 4 tuberculeuses)

tuberculose : 6

pathologie digestive : 3 (2 diarrhées cholériformes et 1 péritonite aigue)

convulsion : 3

impétigo : 2

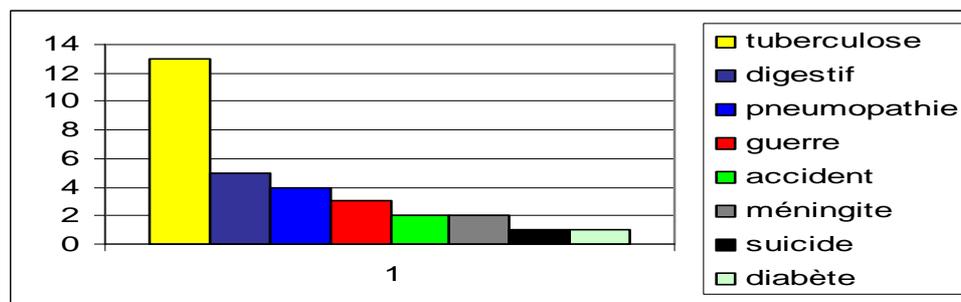
grippe : 2

accident : 2 (1 brûlure et 1 plaie de la jambe)

L'importance de la pathologie infectieuse est frappante, puisqu'elle représente 31 décès sur 37.

Il est à noter que le Dr Pelletier précise dans ses carnets avoir pratiqué une trachéotomie sur un enfant atteint de diphtérie ... mais sans succès.

PRINCIPALES CAUSES de DECES de 11 à 20 ANS



(fig 19)

33 décès dont :

tuberculose : 13 (dont 1 Mal de Pott cervical et 1 méningite)

pathologie digestive : 5 (dont 3 typhoïdes et 1 péritonite)

pneumopathie : 5

guerre : 3

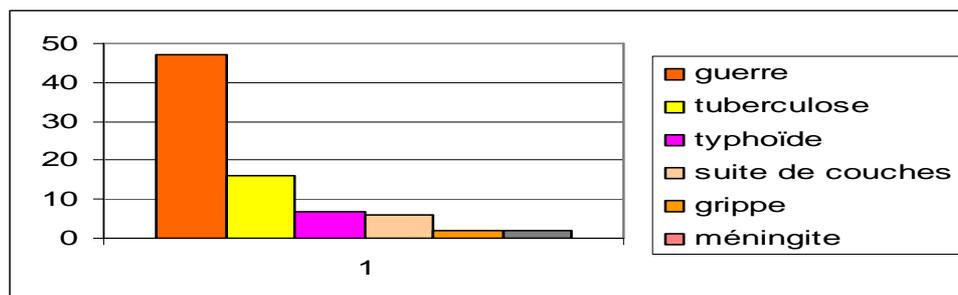
méningite : 2

accident : 2 (1 noyade accidentelle et 1 accident de battage)

suicide : 1 (pendaison)

Comme pour la tranche d'âge précédente, la pathologie infectieuse prédomine largement, avec 25 décès sur 33.

PRINCIPALES CAUSES de DECES de 21 à 30 ANS



(fig 20)

84 décès dont :

guerre : 47

tuberculose : 16 (dont 1 Mal de Pott)

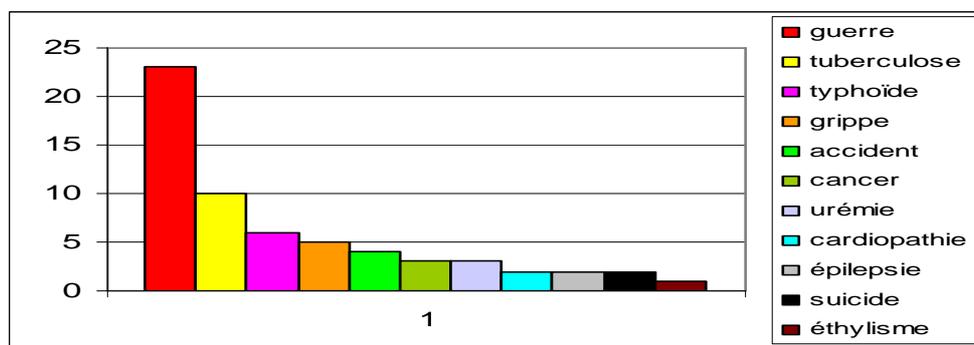
typhoïde : 7

suite de couches : 6 (5 fièvres puerpérales et 1 crise d'éclampsie)

grippe : 1

méningite : 1

PRINCIPALES CAUSES de DECES de 31 à 40 ANS



(fig 21)

64 décès dont :

guerre : 23

infection : 21 (10 tuberculoses, 6 typhoïdes, 5 grippes)

accident : 4 (1 par arme à feu, 2 noyades et 1 fracture du crâne)

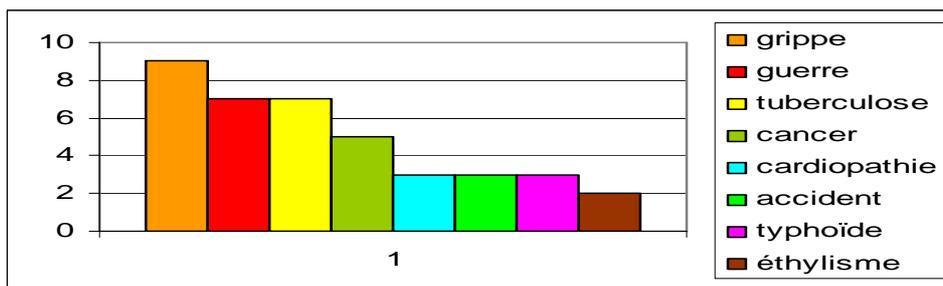
cancer : 3

suicide : 2 (1 pendaison et 1 noyade)

épilepsie : 1

éthyilisme : 1

PRINCIPALES CAUSES de DECES de 41 à 50 ANS



(fig 22)

50 décès dont :

guerre : 7 (suites de blessures de guerre)

grippe : 9

tuberculose : 7

cancer : 5 (3 cancers abdominaux, 1 de la langue, 1 de l'utérus)

typhoïde : 3

cardiopathie : 3

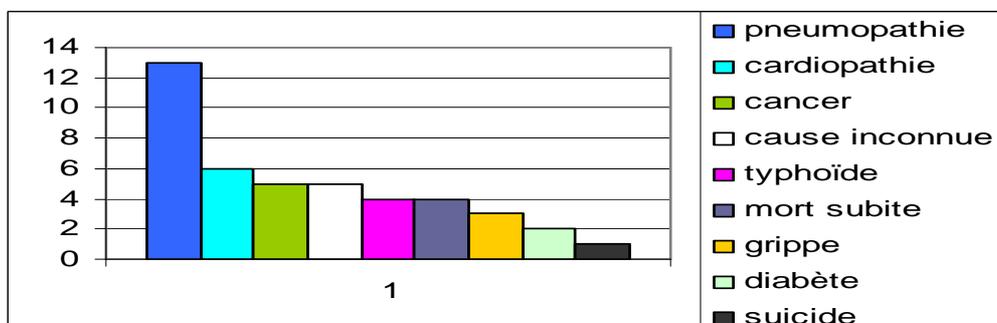
accident : 3 (2 noyades et 1 chute)

éthylisme : 2

On note ici l'apparition significative des décès par cancers et par cardiopathies.

L'hécatombe déclenchée par la guerre provoque 80 décès dans la tranche d'âge de 20 à 45 ans. (fig 19, 20, 21, 22)

PRINCIPALES CAUSES de DECES de 51 à 60 ANS



(fig 23)

44 décès dont :

pneumopathie : 13 (dont 8 pneumonies)

cardiopathie : 6 (dont 5 apoplexies)

cancer : 5 (3 digestifs, 1 urinaire, 1 généralisé)

cause inconnue : 5

typhoïde : 4

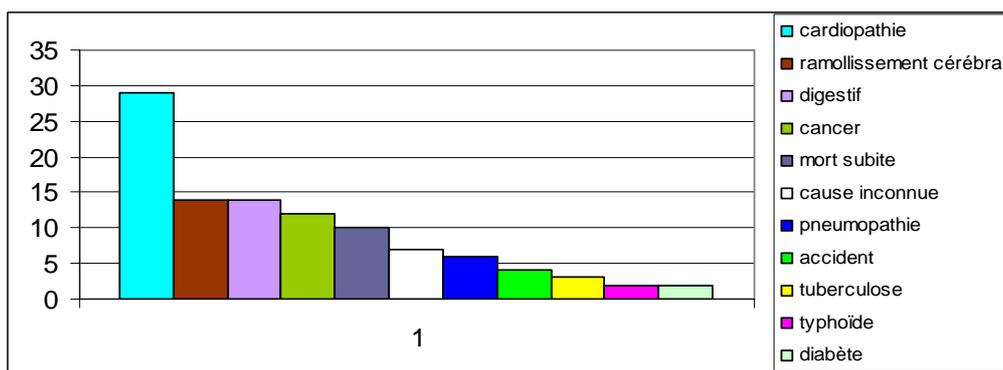
mort subite : 4

grippe : 3

diabète : 2

suicide : 1 (pendaison)

PRINCIPALES CAUSES de DECES de 61 à 70 ANS



(fig 24)

103 décès dont :

cardiopathie, pathologie vasculaire : 25 (dont 15 apoplexies)

démence sénile : 14 (le Dr Pelletier écrit ou *démence sénile* ou *ramollissement cérébral progressif*)

cancer : 12 (dont 7 digestifs, 1 prostate, 1 utérus, 1 cutané)

mort subite : 10

pathologie digestive : 7 (dont 2 cirrhoses et 2 péritonites)

cause inconnue : 7

pneumopathie : 6

accident : 4 (dont 3 noyades)

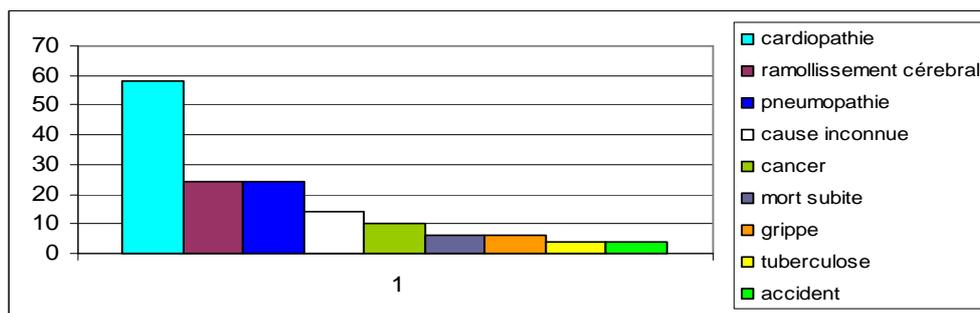
tuberculose : 3 typhoïde : 2 diabète : 2

Prédominance très forte des décès secondaires à une cardiopathie ou à un cancer.

Apparition de cas de démence sénile (*ramollissement cérébral progressif*) chez des personnes assez jeunes (moins de 70 ans).

La pathologie infectieuse est moins présente (13 décès).

PRINCIPALES CAUSES de DECES de 71 à 80 ANS



(fig 25)

173 décès dont :

cardiopathie, pathologie vasculaire : 58 (dont 28 apoplexies)

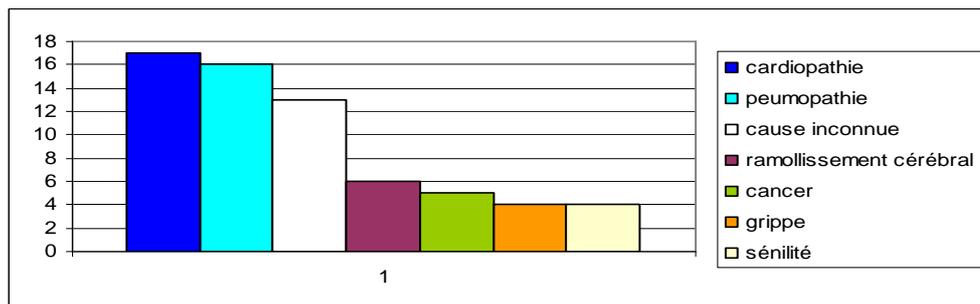
démence sénile : 25 pneumopathies : 25

cause inconnue : 15 cancer : 10 (dont 7 digestifs) **mort subite : 6**

grippe : 6 tuberculose : 4 accident : 4 (3 brûlures et 1 col de fémur)

C'est entre 71 et 80 ans qu'on meurt le plus à Bouin à cette époque. Décès en grande partie secondaires à une pathologie cardiaque ou à une démence sénile.

PRINCIPALES CAUSES de DECES de 81 à 90 ANS



(fig 26)

71 décès, dont :

cardiopathie, pathologie vasculaire : 17 (dont 5 apoplexies)

pneumopathie : 16 (dont 8 pneumonies)

cause inconnue : 13

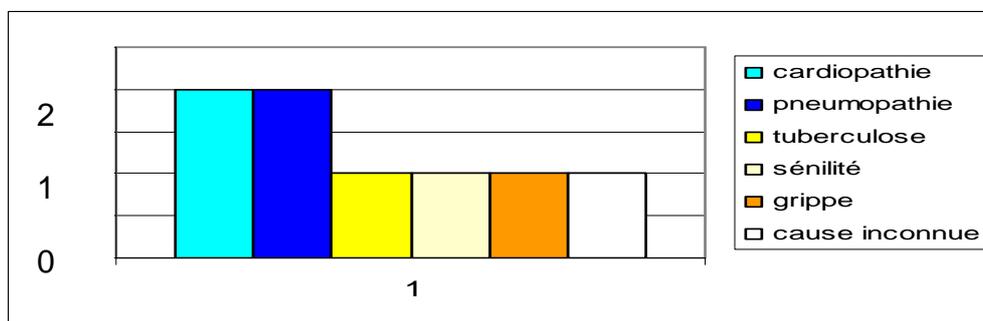
démence sénile : 6

cancer : 5 (dont 3 cutanés et 1 sein)

grippe : 4

sénilité, fin de vie : 4

CAUSES de DECES de 91 à 93 ANS



(fig 27)

8 décès, dont :

cardiopathie, pathologie vasculaire : 2 (apoplexie et gangrène des extrémités)

pneumopathies : 2

sénilité, fin de vie : 2

tuberculose : 1

grippe : 1

Dans la tranche d'âge des 81 à 93 ans, on compte tout de même 79 décès.

Hormis les pathologies vasculaires, apoplexies et cancers, le Dr Pelletier a parfois des difficultés à préciser la cause du décès et humblement il écrit *cause inconnue, fin de vie* et aussi "*mort de sa belle mort*". (fig 26 et 27)

APPROCHE COMPARATIVE DE LA MORTALITE A 1 SIECLE D'ECART

Il nous a paru intéressant de tenter une approche comparative de la mortalité à Bouin à un siècle d'écart.

Grâce aux registres actuels d'état civil, nous avons donc comptabilisé la totalité des décès sur la commune de Bouin durant la période 1992 - 2004, soit 13 années pleines également. Pour cette période nous avons pu recueillir le lieu, la date et l'âge de survenue des décès ... mais malheureusement pas la cause.

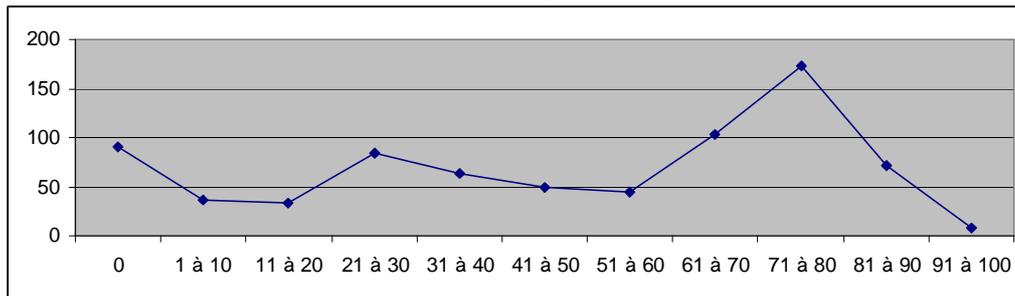
Enfin, en raison de l'écart de population entre le début et la fin du 20ème siècle et pour permettre une comparaison adéquate entre les deux périodes, nous avons préféré extrapoler la population de 1992-2004 à celle de 1908-1920, ceci afin d'éviter des pourcentages plus difficilement lisibles.

En effet , la population moyenne lors des 13 années allant de 1908 à 1920 était de 2800 habitants alors que pendant les 13 années allant de 1992 à 2004, elle n'était que de 2100 habitants. Nous avons donc appliqué un coefficient multiplicateur de 1,33 ($2800/2100$) pour obtenir des courbes comparables sur les graphiques.

Ainsi, pour la période 1992-2004, le nombre réel de décès recensés est de 410 pour une population de 2100 personnes, ce qui, extrapolé à une population de 2800 personnes, nous donne un nombre de 546 décès sur 13 ans.

Pour ces deux périodes en cause, traçons les 2 graphiques concernant les décès en fonction de l'âge au moment de la mort.

MORTALITE 1908 - 1920 par TRANCHE d'AGE

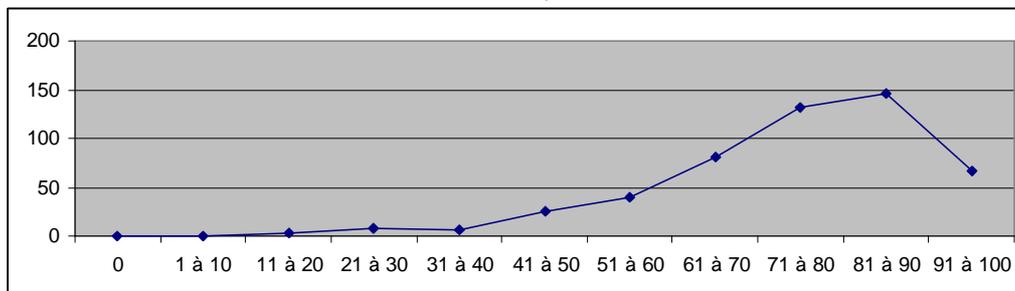


(fig 28)

0 à 1 an :	91 décès
1 à 10 ans :	37 décès
11 à 20 ans :	33 décès
21 à 30 ans :	84 décès
31 à 40 ans :	64 décès
41 à 50 ans :	50 décès
51 à 60 ans :	44 décès
61 à 70 ans :	103 décès
71 à 80 ans :	173 décès
81 à 90 ans :	71 décès
91 à 93 ans :	8 décès

TOTAL des DECES : 758 - MOYENNE d'AGE : 48 ans

MORTALITE 1992 - 2003 par TRANCHE d'AGE

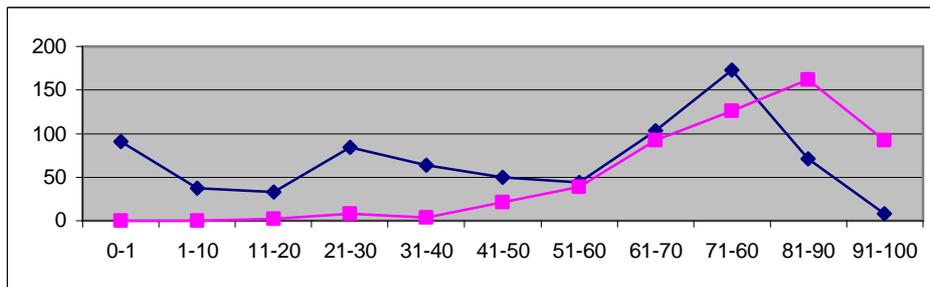


(fig 29)

0 à 1 an :	0 décès
1 à 10 ans :	0 décès
11 à 20 ans :	2 décès
21 à 30 ans :	8 décès
31 à 40 ans :	4 décès
41 à 50 ans :	21 décès
51 à 60 ans :	39 décès
61 à 70 ans :	92 décès
71 à 80 ans :	126 décès
81 à 90 ans :	162 décès
91 à 100 ans :	92 décès

TOTAL des DECES : 546 - MOYENNE d'AGE : 75,8 ans

COMPARAISONS à UN SIECLE D'ECART



tracé bleu : décès 1908 / 1920 - tracé mauve : décès 1992 / 2004
(fig 30)

Entre 1992 et 2004, on note l'absence de décès de **0 à 10 ans** alors qu'on en dénombre 128 entre 1908 et 1920, ceci s'expliquant par les progrès périnataux réalisés en un siècle et la disparition quasi-totale des graves maladies infectieuses de l'enfance.

Dans la tranche **51-60 ans**, il est intéressant (et surprenant) de constater que le taux de mortalité est sensiblement le même actuellement qu'il y a un siècle (44 contre 39).

Pour cette tranche d'âge, le Dr Pelletier notait comme causes principales de décès : pneumopathies, pathologies cardio-vasculaires, cancers et morts subites. Pour la période actuelle, nous n'avons pas les causes de ces 39 décès à Bouin, mais on connaît les causes de mortalité en Pays de Loire sur la même époque. Les principales causes de décès recensées sont : les cancers, les maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire et de l'appareil digestif.

Donc des causes similaires.

Entre **60 et 80 ans**, on retrouve de même une étroite similitude.

On remarque ensuite que le pic de mortalité s'est déplacé de 10 ans en moins d'un siècle (tranche d'âge **81-90 ans** fin 20ème siècle contre tranche d'âge **71-80 ans** au début du 20ème siècle).

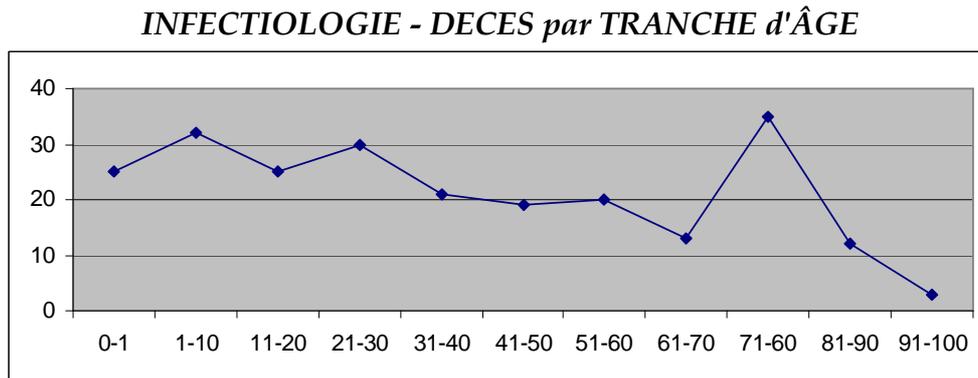
La durée moyenne de vie a ainsi considérablement augmenté : 48 ans et 75,8 ans soit près de 28 ans de gain en moins de 100 ans.

Enfin, dans la tranche **91-100 ans** on note seulement 8 décès au début du 20ème siècle et 48 à la fin du siècle, soit 6 fois plus.

Par rapport à 1910, la durée de vie des gens de Bouin a progressé en gros de 10 ans.

IMPORTANCE de L'INFECTIOLOGIE en 1908 - 1920

Ce graphique met en exergue tous les décès directement liés à des pathologies infectieuses.



(fig 31)

Quel que soit l'âge, on voit que l'infectiologie est responsable d'un grand nombre de décès, notamment d'ailleurs dans la première partie de la vie. (fig 31)

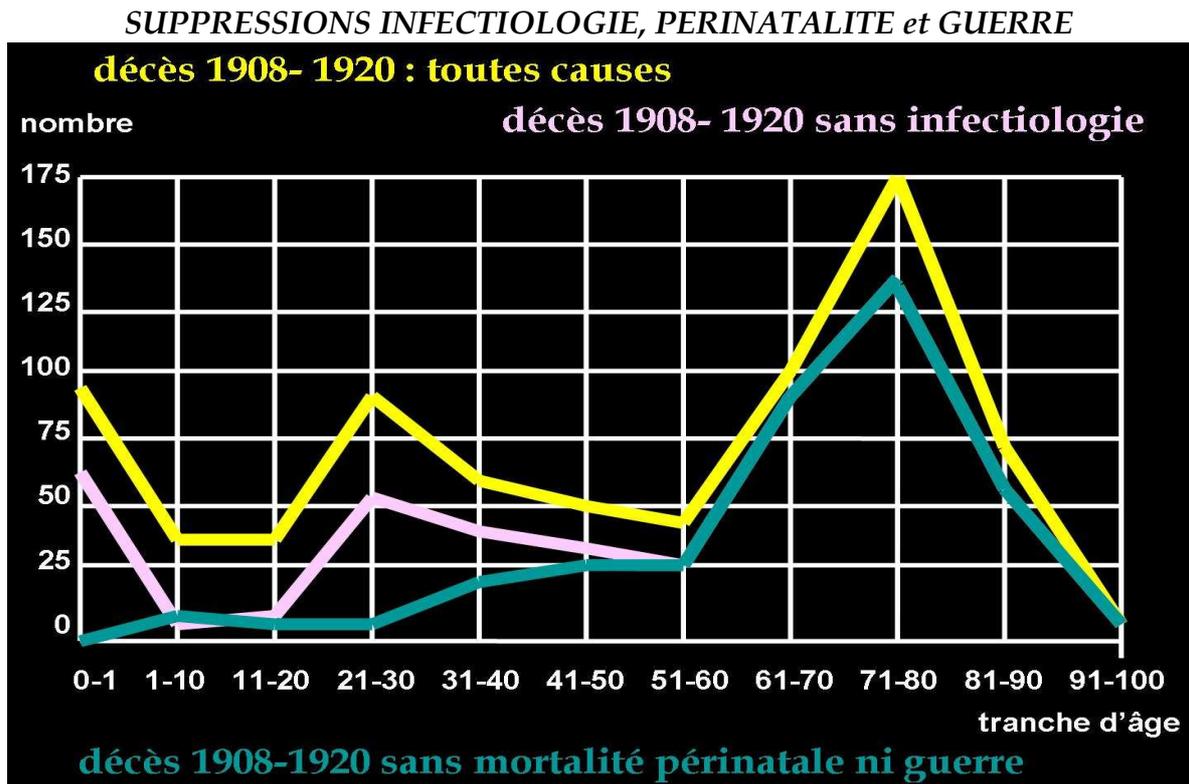
Au total, les pathologies infectieuses sont responsables de 243 décès, soit 18 par an en moyenne.

Cela étant bien sûr lié à l'extrême pauvreté des moyens thérapeutiques anti-infectieux de l'époque, soit en pratique l'absence d'antibiothérapie et de vaccinothérapie (seule existait la vaccination antivariolique).

D'où l'idée de faire quelques comparaisons intéressantes entre les deux périodes.

QUELQUES COMPARAISONS INTERESSANTES

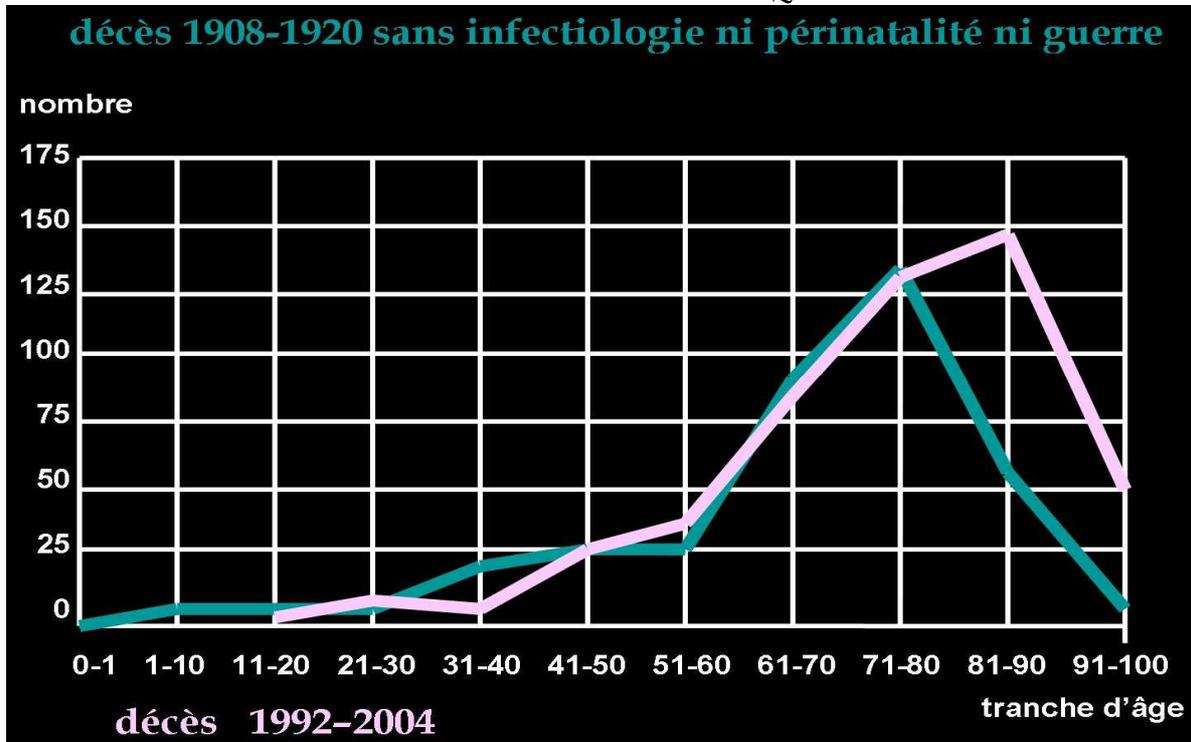
Partant du principe que les décès dus à l'infectiologie, à la guerre et aux risques périnataux ont pratiquement disparu de nos jours, éliminons d'abord la mortalité due aux maladies infectieuses (*courbe rose*). Puis dans un deuxième temps, supprimons les décès dus à la guerre et à la mortalité périnatale (*courbe verte*).



(fig 32)

Comparons maintenant cette dernière courbe (sans les décès liés à la mortalité périnatale, l'infectiologie et la guerre) à la courbe des décès de la période 1992-2004.

SUPERPOSITION des 2 EPOQUES



(fig 33)

Nous obtenons alors des courbes de mortalité **pratiquement comparables** puisque portant sur deux populations semblables (même commune et population extrapolée). Nous y avons simplement soustrait les trois grands fléaux qui ne tuent plus chez nous aujourd'hui (les infections, la mortalité périnatale et la guerre).

Il est vrai que les pathologies infectieuses tuent toujours en 2004. Mais les pathologies recensées à Bouin au début du 20ème siècle étaient : tuberculose, typhoïde, pneumopathies de l'adulte jeune ou de l'enfant, méningites, grippe de l'adulte jeune et de l'enfant, toutes causes de décès très marginales de nos jours.

Par ailleurs à titre indicatif, un article de l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire précise qu'entre 1997 et 1999, sur un total de 28391 décès dans la région, les maladies infectieuses et parasitaires ne représentent que 377 décès (1,33%), la plupart au-delà de 50 ans .

D'autre part, les accidents mortels de la route ne semblent actuellement n'avoir aucune incidence sur le nombre de décès, puisque statistiquement rapportés à la population de Bouin, ils représentent moins d'1 décès par an.

Devant ces résultats, plusieurs remarques peuvent être faites :

1 - Au début du 20ème siècle, beaucoup de personnes mouraient âgées (entre 71 et 80 ans), certaines même très âgées (au-delà de 90 ans).

2 - La mortalité périnatale au début du 20ème siècle représentait 7 décès par an en moyenne contre 0 entre 1992 et 2004.

3 - Le pic de décès s'est déplacé de 10 ans, passant de la tranche d'âge 71-80 ans à la tranche d'âge 81-90 ans.

4 - Mais le plus surprenant c'est la quasi-superposition des courbes d'âge entre 0 et 80 ans à un siècle d'écart. Ceci laisserait supposer qu'un siècle plus tard, hormis les fléaux actuellement disparus (guerre, risque périnatal et infectiologie), **on meurt de la même "chose pathologique" et surtout dans les mêmes proportions, avec simplement une durée de vie plus longue.**

Par contre, cette comparaison permet aussi de mettre en évidence de façon flagrante les progrès réalisés au 20ème siècle sur la mortalité, notamment en milieu rural :

1 - La quasi-disparition de la mortalité périnatale.

2 - L'éradication des maladies infectieuses, grâce surtout à la vaccinothérapie et l'antibiothérapie.

3 - L'amélioration des conditions de vie et l'hygiène.

4 - L'absence de guerre depuis 60 ans.

Les autres facteurs de progrès médicaux sembleraient donc avoir une incidence moins importante.

CONCLUSION

Avant d'exercer la médecine de famille en milieu rural dans les marais de Bouin, le Dr André Pelletier avait fait de brillantes études. Interne des Hôpitaux de Nantes puis interne de l'Hôpital Saint-Joseph à Paris, Lauréat de l'École de Médecine de Nantes, il fut reçu Docteur de la Faculté de Médecine de Paris le 4 février 1897.

Dans les années 1900 et parallèlement à son activité de médecin à Bouin, il se découvre une véritable passion pour l'histoire locale et remplit des dizaines de carnets de notes. Le cahier contenant "les chroniques de mortalité" fut découvert parmi eux.

Bien avant l'établissement des certificats de décès qui permettent aujourd'hui des statistiques nationales approximatives (car reposant sur des données pas toujours très exactes), le Dr Pelletier a réalisé un travail simple dans sa réalisation, mais finalement très riche et exceptionnel pour l'époque.

Ses "chroniques de mortalité" nous ont fourni une source importante de renseignements dont l'étude nous a révélé quelques surprises, mais dont on ne peut mettre en doute la crédibilité du fait qu'ils sont très proches des chiffres nationaux connus pour la même époque.

Quoiqu'il en soit, grâce à lui, **l'information médicale était déjà d'actualité !**

De plus, il nous a fait prendre conscience des difficultés d'exercice du médecin de campagne à cette époque et nous a éclairé sur la vie rude des habitants de Bouin. Car au travers de l'étude des "carnets de mortalité" et au-delà des chiffres, nous avons ressenti combien la mort accompagnait alors la vie quotidienne du médecin de campagne et celle de ses patients.

Heureusement actuellement, la mort ne fait plus partie de la vie quotidienne, mais avons-nous raison de vouloir oublier qu'elle fait et fera toujours partie de la vie ?

Par contre, mourir de la même "entité pathologique" à un siècle d'intervalle et dans les mêmes proportions, devrait nous interpeller.

De nos jours, nous sommes abreuvés de statistiques sur les causes de mortalité (centaines de milliers de morts par maladies cardiovasculaires et cancers, dizaines de milliers par la grippe, etc ...), mais l'âge n'est pratiquement jamais précisé.

Provoquée par une de ces maladies, la mort d'une personne de 85 ans ou plus a-t-elle la même signification que celle d'une personne de 35 ou 40 ans ?

La cause de la maladie d'Alzheimer est-elle la même à tout âge ?

La vieillesse est-elle une maladie ?

Trop préoccupés par le "comment", n'aurions-nous pas tendance à oublier le "pourquoi" ?

FLORILEGE

Extrait des CAHIERS du Dr André PELLETIER

Bouin, dimanche 20 septembre 1908

"Ce qui s'est passé à Bouin de plus intéressant et de plus triste aussi, c'est la fièvre typhoïde avec une augmentation sensible des décès. Fièvre typhoïde épidémique en deux coups (février-mai 1907 et décembre 07-janvier 1908), emportant 20 malades sur 150 atteints, parmi lesquels des jeunes, des vieux, des pères et des mères de famille. L'opinion s'est émue de cette épidémie".

Extrait de BLOUSE d'Antoine SENANQUE

"... c'était encore une médecine aveugle. On la pratiquait en braille, en touchant beaucoup, en écoutant".

"La science tient très peu de place en consultation et de moins en moins en vieillissant".

Extrait de LA MEDECINE SANS LE CORPS du Pr Didier SICARD

"Une médecine jadis moins perfectionnée accueillait la souffrance. Aujourd'hui elle ne l'écoute plus".

"Le bonheur ce n'est pas d'être guéri, c'est de vivre bien".

"Quand le médecin pourra dire au malade : "*Ce n'est pas sûr*", il aura gagné la partie. "*Je vais mourir, Docteur ?*" - "*Ce n'est pas sûr*".

"La maladie sans malade n'existe pas, mais le malade sans maladie existe".

"... Effets néfastes de certains médecins qui n'apportent que des affirmations alors qu'ils n'existent surtout que des doutes".

"La demande prédiction de l'avenir crée l'angoisse".

"La demande du technique risque d'être sans fin, portée par une société de plus en plus angoissée par le vieillissement et la mort".

"Plus vous pratiquez d'examens, plus en cas de doute, vous les multipliez, soulevant alors d'autres questions qui entraîneront d'autres examens, jusqu'au moment où l'on vous dira dans la majorité des cas, que tout va bien ..."

"La médecine contemporaine finit par ne plus appréhender le sujet qu'à travers des chiffres et des images. N'est-elle pas en train de tuer certaines personnes ? Certains malades décédés actuellement auraient vécu 10 ans de plus au début du siècle dernier".

Pr VERAN (Nantes 1958)

"Le médecin peut plus qu'il ne sait"

Extrait de L'HÔPITAL DES CHAMPS (1950)

"Exercer la médecine générale, c'est se placer en perpétuelle instance d'homicide involontaire".

"Le mensonge est un méfait ... ou un acte de charité".

"Perplexe ... comme tous ceux qui en savent trop pour conclure".