INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ

ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE

recherche et information EN SANTÉ PUBLIQUE

TOME 22 - N° 4, Juillet-Août 1967

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES

BULLETIN

DE

L'INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE

TOME 22

N° 4 — JUILLET-AOUT 1967

PUBLICATION PÉRIODIQUE BIMESTRIELLE

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE

3, RUE LÉON-BONNAT - PARIS (XVIe)

Bulletin de l'I.N.S.E.R.M., t. 22, 1967, n° 3, pp. 563-592.

ERRATUM

LA MORTALITÉ PAR CANCER EN FRANCE EN 1965

lire page 565 :

GRAPHIQUE II (légende, à la troisième ligne) :

Pour chaque sexe, les localisations sont classées *selon l'indice* par..., etc.

au lieu de :

Pour chaque sexe, les localisations sont classées par ordre décroissant..., etc.

Supplément au Bulletin de l'I.N.S.E.R.M., tome 22, 1967, n° 4.

SOMMAIRE

MÉMOIRES

Introduction 697

C. Etienne, C. Rouquette et F. Doyon. — Consommation de médicaments chez les femmes enceintes. Méthode d'enquête 699

J. Goujard et C. Rouquette. — Relation entre le poids de naissance de l'enfant, sa taille et certaines caractéristiques maternelles 719

C. Rouquette et J. Goujard. — Prématurité et insuffisance pondérale. Etude de quelques facteurs étiologiques 733

N. Laiter, C. Rouquette, F. Doyon et G. Tardieu. — Infirmité motrice cérébrale et prématurité 743

INFORMATION SANITAIRE

Démographie et statistiques générales de mortalité.

La mortalité générale en 1966 et 1965. Répartition par région et par département 763

Sections médico-sociales. Données statistiques.

Statistiques médicales des établissements psychiatriques. (Année 1965). 769

Etudes et enquêtes.

Enquête sur les motivations du comportement alimentaire (troisième partie). La consommation des fromages à Lyon..... 833

Enquête sur les motivations du comportement alimentaire (quatrième partie). La consommation des viandes à Lyon..... 847

MÉTHODOLOGIE

Premières expériences de recherche sur l'action de santé publique. Objectifs. Méthodes (J. Broyelle)..... 867

MÉMOIRES

INTRODUCTION

En 1963, la Section de Pédiatrie de l'I.N.S.E.R.M. a mis au point, en collaboration avec les services spécialisés, un certain nombre de recherches épidémiologiques sur les relations existant entre la pathologie néo-natale et les caractéristiques maternelles. L'axe principal de ces études est constitué par une enquête prospective qui a permis de suivre jusqu'à ce jour 12 000 grossesses, depuis leur premier trimestre jusqu'à la naissance de l'enfant; les trois premiers articles qui suivent représentent la première phase de l'analyse statistique portant sur 4 000 grossesses. Il s'agit évidemment de résultats préliminaires à l'occasion desquels nous avons exposé et discuté les méthodes d'enquêtes et d'exploitation.

Ces données seront reprises et approfondies sur des effectifs plus importants dans le courant de l'année prochaine.

Le dernier article concerne l'infirmité motrice cérébrale et la prématurité; cette enquête est distincte de la précédente, mais s'inscrit dans le cadre général des études sur la relation mère-enfant.

Le chef de la Section Pédiatrie,
C. Rouquette.

Bulletin de l'I. N. S. E. R. M. T. 22, 1967, n° 4, pp. 699-718.

CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS CHEZ LES FEMMES ENCEINTES. MÉTHODE D'ENQUÊTE

C. ETIENNE, C. ROUQUETTE et F. DOYON

La Section de Pédiatrie et l'Unité de Recherches Statistiques de l'I.N.S.E.R.M. coordonnent actuellement une enquête sur l'étiologie des malformations congénitales. Il s'agit d'une enquête prospective au cours de laquelle 20 000 femmes seront interrogées et examinées lors du troisième mois de la grossesse. On recherchera ensuite les malformations présentes à la naissance et celles qui apparaissent au cours des premiers mois de la vie. Cette étude représente un travail de groupe auquel collaborent directement l'Unité de Recherches de l'I.N.S.E.R.M. sur les infections virales de la femme enceinte et du nouveau-né, l'Unité de Recherches de l'I.N.S.E.R.M. sur la génétique médicale, les services d'obstétrique de l'Assistance Publique et ses dispensaires de protection maternelle et infantile, la Sécurité Sociale.

Plusieurs éléments étiologiques ont été envisagés, tels les viroses, les toxoplasmoses, les antécédents gynécologiques et obstétricaux, les médicaments consommés par la femme au début de la grossesse. C'est ce dernier point qui sera plus particulièrement envisagé ici. Nous indiquerons successivement nos méthodes d'enquête et les premiers résultats étudiés sur 4 000 grossesses. Il s'agit donc de données provisoires que nous serons en mesure de compléter prochainement puisque 12 000 femmes ont été examinées à ce jour.

POPULATION ÉTUDIÉE

3 882 femmes, consultant dans les maternités de l'Assistance Publique à Paris, ont été interrogées et examinées avant la fin du troisième mois de grossesse. Il s'agit donc d'une population hospitalière dans laquelle les enquêteurs ont choisi un certain nombre de femmes chaque fois qu'il était impossible de les interroger toutes.

Dans ces conditions, les résultats que nous allons présenter ne sauraient être généralisés à l'ensemble de la population française. En outre, ils se rapportent à une période où le drame de la thalidomide était encore récent et pouvait modifier l'attitude des médecins et des femmes vis-à-vis des médicaments. Ces réserves étant

faites, nous pensons que les *biais d'échantillonnage qui viennent d'être signalés n'influent pas de façon importante sur l'étude étiologique qui reste notre but essentiel, à savoir l'étude des médicaments en relation avec les malformations de l'enfant.* Parfois, en effet, les biais dans le recrutement de l'échantillon peuvent conduire à affirmer une relation qui n'existe pas. Mais on devrait supposer pour cela que les femmes ayant pris certains médicaments et mis au monde un malformé sont venues plus souvent que les autres consulter à l'hôpital. Or, au moment de la consultation prénatale du troisième mois, ces femmes ignoraient l'issue de leur grossesse. L'utilisation d'une enquête prospective nous met donc à l'abri d'une erreur importante concernant l'étude étiologique. Cette propriété des enquêtes prospectives a d'ailleurs été largement exploitée par tous les organismes qui, dans différents pays, ont organisé des enquêtes similaires à la nôtre.

Toutefois, pour faire un tour complet de la question, il faut signaler la possibilité d'*erreurs indirectes.* Elles se produisent chaque fois que la mère sait plus ou moins confusément, au début de sa grossesse, que l'enfant sera anormal. Si on admet une telle prémonition chez la mère, ou chez son médecin traitant, on peut craindre que le fait d'avoir eu des troubles en début de grossesse et d'avoir consommé certains médicaments ajoute encore à son inquiétude. Ces motifs peuvent la conduire à consulter dans un service hospitalier. Par ce *biais indirect* la population hospitalière comporterait un excès de femmes qui ont pris des médicaments et qui mettront au monde un enfant malformé. Cette théorie repose essentiellement sur l'hypothèse d'une prévision possible, dès le troisième mois de grossesse, de l'issue de celle-ci. L'état actuel de nos connaissances sur ce point montre qu'un tel pronostic est très difficile à établir en dehors de quelques cas exceptionnels, comme l'existence de certaines malformations dans la fratrie. On peut donc admettre que les chances d'erreur résultant de cette « prémonition » sont faibles en ce qui concerne l'étude de l'étiologie des malformations. Elles ne sauraient conduire à rejeter l'utilisation des populations hospitalières dans les enquêtes commençant tôt au cours de la grossesse.

MESURE DE LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

Etant donné les difficultés que comporte une telle étude, nous avons décidé d'utiliser deux sources d'information, d'une part l'interrogatoire, d'autre part les données médicales (ordonnances, dossiers cliniques...). Nous allons les examiner successivement.

A. — Interrogatoire

1° *Moment de l'interrogatoire.*

Il se situe en général dans le courant du troisième mois de la grossesse, lorsque la femme consulte pour le premier examen prénatal. Les réponses ne dépendent donc pas du fait que l'enfant soit ou non malformé et ceci souligne encore les

avantages de l'enquête prospective. Toutefois, ici aussi, un biais indirect pourrait intervenir dans la mesure où la mère aurait une sorte de prémonition en raison des accidents constatés au cours des grossesses précédentes ou de la grossesse en cours. L'utilisation des archives médicales permet d'éviter ce phénomène pour les médicaments pris sur prescription. Notons toutefois que l'erreur serait au second degré, donc peu importante.

La date de l'interrogatoire a permis, en outre, d'interroger la femme sur une période relativement récente, portant sur le délai qui s'est écoulé depuis les dernières règles. Mais pour être complet, nous avons également posé des questions sur les trois mois précédant les dernières règles, l'interrogatoire est certainement moins valable pour cette période, mais il ne concerne que les médicaments dont l'administration a pu être poursuivie après les dernières règles.

2° *Modalités de l'interrogatoire.*

Il est effectué par des étudiants en médecine en fin d'études, ou des jeunes médecins spécialement entraînés à ce type d'investigation. Le plan général de l'interrogatoire ne suit pas les étapes habituelles de l'observation médicale puisqu'il comporte, dans l'ordre, les phases suivantes :

— interrogatoire détaillé sur le déroulement de la grossesse actuelle;
— interrogatoire sur les antécédents gynécologiques et médicaux;
— interrogatoire sur les antécédents obstétricaux;
— questions d'ordre général : classe sociale, habitat...

Cet ordre a été adopté après divers essais qui ont duré plus de six mois et en s'inspirant de l'expérience des centres américains et anglais spécialisés dans les enquêtes par interrogatoire. Nos résultats ont confirmé les leurs, montrant qu'il est préférable de placer au début de l'interrogatoire les questions qui demandent le plus gros effort de mémoire. Le danger de cette méthode, toutefois, réside dans le fait d'aborder la femme en lui posant des questions très détaillées sur le déroulement de la grossesse actuelle (petits symptômes, consommation de médicaments) avant qu'elle ne soit habituée à l'enquêteur. Cet aspect présenterait des inconvénients dans une enquête à domicile. Ils sont moindres dans une enquête hospitalière où la femme, venant consulter volontairement et demander un avis, ne manifeste aucune surprise devant le détail des questions.

La phase qui nous intéresse ici est la première, puisque c'est au cours de l'interrogatoire sur le déroulement de la grossesse qu'interviennent les questions concernant les différentes thérapeutiques. Nous avons, en premier lieu, posé à la femme quelques questions assez générales du type : « Avez-vous été malade depuis vos dernières règles et au cours des trois mois précédents ? Avez-vous consulté un médecin ? Avez-vous modifié votre activité habituelle ? »

Après ces questions générales, nous avons posé des questions précises sur les symptômes et maladies en considérant successivement les différents appareils. Les questions se succédaient toujours suivant le même protocole.

— Depuis vos dernières règles avez-vous présenté tel symptôme ?
— Avez-vous présenté ce symptôme trois mois avant vos dernières règles ?
— Si oui, s'est-il ou non prolongé après vos dernières règles ?
— Quelle a été sa durée ? sa périodicité ?
— Avez-vous été traitée ? si oui, par quels médicaments ?
— Quelle était la forme de présentation du médicament ?
— A quelle dose l'avez-vous pris, pendant combien de temps, à quelle date ?

Ces rubriques comportent un certain nombre de répétitions en ce qui concerne les dates en particulier. Ce point est en effet très important et l'enquêteur devait, en outre, utiliser différents repères, tels que les fêtes, pour amener la femme à être aussi précise que possible. Dans l'ensemble, on a pu avoir des indications sur la semaine et le mois où les médicaments ont été pris lorsqu'il s'agissait de produits habituellement consommés par la femme (laxatifs, calmants, somnifères). Lorsqu'il s'agissait d'un médicament prescrit sur ordonnance, nous avons pu avoir très souvent l'indication des dates exactes en jours.

Un autre point essentiel est évidemment l'énumération des médicaments. De nombreuses difficultés étaient prévues à ce sujet et on pouvait marquer un certain scepticisme quant à la possibilité d'arriver à des réponses valables. Nous nous sommes donc entourés de multiples précautions. Lorsque la femme se souvenait du nom du produit, l'enquêteur vérifiait son existence dans un dictionnaire pharmaceutique et lui demandait des précisions sur le mode de présentation afin de vérifier la concordance. Dans un nombre important de cas, la femme était incapable d'indiquer le nom exact, l'enquêteur lui demandait alors des détails sur l'aspect du médicament, les conditions d'emballage, et il était en mesure de lui soumettre un certain nombre de noms répondant à la description donnée, grâce à des tableaux dont il avait été muni. Lorsque la femme était incapable de reconnaître le nom, la description complète était consignée sur des fiches spéciales, inspirées des fiches utilisées par les services spécialisés dans le traitement des intoxications pour reconnaître les produits.

3° *Résultats de l'interrogatoire.*

Parmi les 3 882 femmes interrogées, 3 304 l'ont été au cours du troisième mois de grossesse. Dans le cadre de cette analyse, nous avons étudié la consommation des médicaments pendant les deux mois suivant les dernières règles. Pour tenir compte du troisième mois, il aurait été nécessaire d'utiliser des méthodes plus complexes, prenant en considération la date exacte de l'interrogatoire. Nous examinerons d'abord l'importance de la consommation, puis les motivations ayant incité la femme à consommer et à déclarer certains types de médicaments.

Parmi ces 3 304 femmes, 1 514 ont déclaré n'avoir pris aucun médicament au cours de la période définie ci-dessus. Pour celles qui ont pris des médicaments, nous n'avons pas étudié le nombre exact des produits mais le nombre des catégories consommées. En effet, il arrive très souvent que les femmes citent un nombre assez élevé de médicaments très semblables entre eux, tels qu'aspro, aspirine... Les

considérer isolément aurait inutilement compliqué l'analyse. Aussi les avons-nous regroupés en catégories (*), nous réservant de les étudier individuellement lors de la comparaison des malformés et des témoins. Compte tenu de ces définitions les femmes se répartissent ainsi :

1 514	femmes n'ont pas pris de médicaments, soit	46 %
877	femmes ont pris une catégorie de médicaments, soit	27 %
499	femmes ont pris 2 catégories de médicaments, soit	15 %
232	femmes ont pris 3 catégories de médicaments, soit	7 %
98	femmes ont pris 4 catégories de médicaments, soit	3 %
50	femmes ont pris 5 catégories de médicaments, soit	1,5 %
17	femmes ont pris 6 catégories de médicaments, soit	0,5 %
13	femmes ont pris 7 catégories de médicaments, soit	
2	femmes ont pris 8 catégories de médicaments, soit	
1	femme a pris 9 catégories de médicaments, soit	
1	femme a pris 10 catégories de médicaments, soit	

4° *Relation entre le nombre de médicaments et quelques caractères maternels.*

Le tableau I montre qu'il n'existe pas de relation entre les facteurs étudiés et le nombre de catégories consommées. Si ce phénomène se confirme, l'analyse ultérieure sera simplifiée. Il aurait été souhaitable d'effectuer la même vérification pour la classe sociale, mais ce caractère ne pourra être considéré qu'au cours de la prochaine analyse statistique.

TABLEAU I

Nombre de catégories de médicaments décrits par les femmes en fonction de quelques caractères maternels.

Caractères	Nombre de catégories					Signification
	0	1	2	3	4 +	
	%	%	%	%	%	
Travail à l'extérieur :						
— non	41	41	39	39	40	N. S.
— oui	59	59	61	61	60	
Situation de famille :						
— non mariée	19	17	16	19	18	N. S.
— mariée	81	83	84	81	82	
Nombre de grossesses antérieures :						
0	32	30	29	34	34	N. S.
1	28	27	25	22	25	
2	17	17	20	21	18	
3	9	9	10	9	13	
4 +	14	16	16	14	10	

N. S. : liaison non significative ($p > 0,05$).

(*) La liste des catégories de médicaments est indiquée en annexe.

5° *Relation entre le type de médicaments et quelques caractères maternels.*

Nous avons seulement considéré les femmes ayant pris une seule catégorie de médicaments. Elles se répartissent ainsi :

Analgésiques	27 % des femmes.
Hormones	15 % des femmes.
Laxatifs	17 % des femmes.
Autres médicaments du tube digestif	6 % des femmes.
Médicaments du S. N. C.	7 % des femmes.
Antibiotiques	5 % des femmes.
Fortifiants	4 % des femmes.
Autres	13 % des femmes.
Inconnus	6 % des femmes.

TABLEAU II

Type de médicaments en fonction des caractères maternels parmi les femmes ayant consommé une seule catégorie de médicaments.

	Travail à l'extérieur		Mariées		Nombre de grossesses antérieures			
	Non	Oui	Non	Oui	0	1	2	3 +
	%	%	%	%	%	%	%	%
Analgésiques	36	25	28	29	25	28	28	36
Hormones	16	16	17	16	14	19	15	15
Laxatifs	15	19	16	18	21	18	19	13
Médicaments du système nerveux central.	5	9	13	6	10	4	6	9
Autres médicaments du tube digestif	7	6	8	6	7	6	7	6
Fortifiants	3	5	3	5	7	4	7	1
Antibiotiques	4	6	5	5	5	4	6	4
Autres	14	14	11	15	11	17	12	16
	p = 0,01.		N. S.		p = 0,05.			

Le tableau II montre que la situation de famille influe peu sur la consommation de tel ou tel type de médicaments. Par contre, les femmes ayant une profession consomment nettement moins d'analgésiques que les autres. La consommation des analgésiques est légèrement inférieure chez les primipares. La consommation des laxatifs, enfin, semble influencée par la parité, elle est moins fréquente chez les femmes ayant eu 3 enfants ou plus. Ces faits confirment donc les données que l'on pouvait prévoir, à savoir que les médicaments d'usage courant ne faisant pas obligatoirement l'objet d'une ordonnance sont consommés en fonction de diverses motivations, parmi lesquelles la parité joue un grand rôle. Il est par contre rassurant, pour le déroulement de l'enquête, de constater

que les produits qui nous intéressent particulièrement (hormones, médicaments du système nerveux central, antibiotiques) dépendent peu des motivations étudiées dans le cadre de cet échantillon.

Parmi les femmes ayant déclaré une seule catégorie de médicaments, 6 % n'avaient pas été en mesure d'en préciser le nom. Elles ne diffèrent pas significativement des autres.

Il aurait été intéressant de reprendre cette étude pour les femmes ayant déclaré plusieurs catégories de médicaments. La multiplicité des combinaisons possibles a amené une réduction des effectifs, et nous devrons reprendre ultérieurement ce projet.

6° *Evolution de la consommation des médicaments dans le temps.*

Deux éléments peuvent intervenir ici, d'une part le terme de la grossesse, d'autre part le moment de l'année pendant lequel s'est déroulée l'enquête. Nous avons donc étudié la consommation de médicaments au cours du premier mois suivant les dernières règles, puis au cours du deuxième. Par ailleurs, nous avons tenu compte du mois et de l'année où se situent les dernières règles. Enfin, pour chaque catégorie de médicaments nous indiquerons le nombre de femmes l'ayant mentionné, de ce fait une même femme peut être comptée plusieurs fois. Ce mode d'analyse est moins satisfaisant que celui qui a été adopté lors des paragraphes précédents, car il donne un poids trop important aux femmes ayant pris plusieurs catégories de médicaments. Mais nous avons vu que le fait de tenir compte de toutes les combinaisons possibles pour une même femme conduisait à des effectifs insuffisants.

Les courbes 1 à 9 (*) indiquent, pour chaque catégorie de médicaments, l'évolution de la consommation chez les femmes ayant eu leurs dernières règles en 1963 et au cours du premier semestre 1964.

Le terme de la grossesse constitue un facteur évident de motivation. — Pour la plupart des médicaments, la consommation limitée au premier mois suivant les règles est faible quelle que soit leur date. Les médicaments pris au cours des deux premiers mois, de façon continue ou non, sont un peu plus nombreux. Enfin, les thérapeutiques ayant commencé au cours du deuxième mois sont de loin les plus nombreuses. Ceci est vrai pour toutes les catégories, à l'exception des analgésiques et des laxatifs pour lesquels la consommation au cours des deux mois consécutifs est la plus élevée.

Ces résultats doivent être interprétés avec beaucoup de réserves. Sans doute ils peuvent correspondre à un phénomène biologique : un mois après les règles certains malaises apparaissent, ils peuvent être amplifiés par la femme qui se sait alors enceinte, et la consommation réelle des médicaments augmente. Ces données peuvent également refléter la valeur de l'interrogatoire. On a souvent montré que

(*) Les courbes 1 à 9 sont indiquées après l'annexe.

les renseignements acquis par interrogatoire étaient d'autant plus valables que les événements étaient plus récents.

Par ailleurs, sur la plupart des graphiques on remarque le phénomène suivant : *la consommation de médicaments diminue au printemps pour les deux années étudiées.* Nous vérifierons ultérieurement ce fait sur une autre période.

B. — Documents médicaux

1° *Modalités de l'étude.*

La recherche et la compilation des documents médicaux posent de nombreux problèmes et nous ne pouvions envisager leur utilisation que pour un nombre limité de cas. En prévision de l'analyse qui vise à comparer les malformés et les enfants normaux, nous avons recherché les documents médicaux pour deux groupes de femmes.

— D'une part les mères d'enfants malformés nés dans le cadre de l'enquête au cours de la période considérée.

— D'autre part un nombre égal de mères d'enfants normaux tirés au sort parmi les femmes interrogées dans les mêmes hôpitaux que les précédentes.

Nous avons exclu de la comparaison les enfants dont les malformations étaient sûrement d'origine génétique, c'est-à-dire 10 trisomies 21, une microphtalmie qui existait chez deux ascendants de l'enfant et un syndrome polymalformatif avec anomalie chromosomique. Sur un total de 61 malformés majeurs, nous n'avons donc effectué de recherches que pour 49 d'entre eux et pour un nombre égal de dossiers d'enfants témoins normaux.

Parmi ces 98 femmes, nous avons pu rassembler une documentation médicale aussi complète que possible pour 68, les 30 autres font encore l'objet de recherches. Les documents médicaux consistent en ordonnances, fiches de consultation, dossiers hospitaliers. Il faut noter que ces données ont souvent été rassemblées après la naissance des enfants. Toutefois leur objectivité est garantie par le fait que les documents ont été établis avant la naissance de l'enfant, lors des consultations prénatales. Dans les rares cas où une correction avait été réalisée après la naissance de l'enfant, nous n'en avons pas tenu compte. Enfin les recherches et les relevés ont été effectués par des enquêteurs ignorant l'état de l'enfant.

2° *Résultats.*

L'aspect le plus intéressant est de savoir dans quelle mesure les documents médicaux apportent des éléments nouveaux, mais aussi quelles peuvent être leurs lacunes.

Sur 68 femmes pour lesquelles nous disposions des deux sources d'informations, on a enregistré *une concordance totale dans 44 cas.* Il est à noter que la concordance était meilleure lorsque la consommation de médicaments était faible.

Parmi les 24 cas de discordance on relève les données suivantes (*) :

— 10 femmes ont mentionné des médicaments ne figurant pas dans les documents médicaux;

— 7 femmes n'ont pas mentionné des médicaments figurant dans les documents médicaux;

— 7 femmes répondent à la double définition ci-dessus.

Nous allons plus spécialement étudier les trois groupes ci-dessus pour tenter de trouver les raisons de ces discordances.

Les médicaments mentionnés par les femmes et ne figurant pas dans les documents médicaux sont le plus souvent des médicaments banaux appartenant aux pharmacies familiales. Toutefois, nous avons relevé des produits dont l'usage nécessite en général une ordonnance. Il s'agit d'hormones, de neuroleptiques et, une fois, de diurétiques. Ces faits laissent à penser qu'en dépit des recherches multiples certains documents médicaux n'ont pu être retrouvés.

Les résultats ci-dessus soulignent l'intérêt de l'interrogatoire qui est, en tout cas, indispensable pour apprécier la consommation des médicaments qui peuvent être achetés sans prescription médicale. Et on se souvient que la thalidomide entrait dans cette catégorie.

Les médicaments mentionnés dans les documents médicaux, et non cités par les femmes, posent évidemment un problème : s'agit-il d'un simple oubli ou d'une prescription non suivie ? Chaque fois que la documentation comportait une ordonnance et que celle-ci était fournie après l'achat du médicament, nous avons vérifié la présence de la vignette pour tenir compte du produit. Compte tenu de cette réserve, nous avons inclus tous les médicaments indiqués dans les documents médicaux. Ceci nous a amenés à ajouter aux données de l'interrogatoire essentiellement des médicaments anti-infectieux, des antispasmodiques et des hormones. On a été frappé par le fait que, très souvent, les femmes n'avaient pas mentionné l'usage d'antiseptiques locaux, qu'elles considéraient peut-être comme faisant partie de l'hygiène normale de la grossesse. Ici aussi nous ne pouvons que souligner l'intérêt d'utiliser cette source d'information sans laquelle un nombre assez élevé de médicaments aurait échappé à l'enquête.

(*) On n'a pas tenu compte des discordances portant sur la consommation d'aspirine et d'aspro, qui étaient inévitables. En outre, les médicaments décrits, dont les caractères correspondaient au nom indiqué sur les documents médicaux, ont été considérés comme des concordances.

DISCUSSION

Cette publication a surtout insisté sur les méthodes d'enquête utilisées pour étudier la relation existant entre médicaments et malformation. Nous ne reprendrons pas ici les points déjà discutés au cours des pages précédentes. Toutefois, nous voudrions insister ici sur un aspect de l'étude telle qu'elle se présente à Paris. Il s'agit de la mobilité de la population qui constitue un problème certain dans une enquête prospective.

Cette mobilité se traduit en premier lieu par le fait que 30 % des femmes ne sont pas revenues accoucher dans la maternité où elles avaient consulté. On sait que les sujets perdus de vue au cours d'une enquête introduisent souvent des erreurs d'échantillonnages qui peuvent retentir sur les résultats. Nous ne pensons pas qu'il en soit ainsi, car les erreurs entrent dans la rubrique des biais indirects qui ont été évoqués lors de l'étude de la population. Il faudrait, en effet, que la femme choisisse son lieu d'accouchement en fonction de sa consommation de médicaments et du fait qu'elle va mettre au monde un enfant malformé pour que l'erreur soit directe. Tel ne peut être le cas puisque, à de rares exceptions près, la femme ignore si l'enfant qui va naître est ou non malformé.

La mobilité de la population nous a, en outre, interdit de répéter les interrogatoires, alors que cette technique a pu être utilisée avec profit dans les études réalisées à l'étranger soit par les médecins particuliers, soit par les hôpitaux. Une autre enquête, dont l'analyse est en cours, nous a en effet montré que les femmes faisaient effectuer leurs examens prénataux à des dates assez irrégulières et dans des centres variés, consultant au cabinet des médecins particuliers, dans les dispensaires ou dans les hôpitaux.

La mobilité de la population nécessite donc que des sources multiples de renseignements puissent être utilisées; nous avons vu, en particulier, l'intérêt des documents médicaux pour compléter les données de l'interrogatoire.

RÉSUMÉ

L'Institut de la Santé et de la Recherche Médicale effectue une enquête prospective sur l'étiologie des malformations congénitales. L'enquête porte actuellement sur 12 000 grossesses suivies depuis le troisième mois et les 4 000 premiers cas ont fait l'objet d'une analyse.

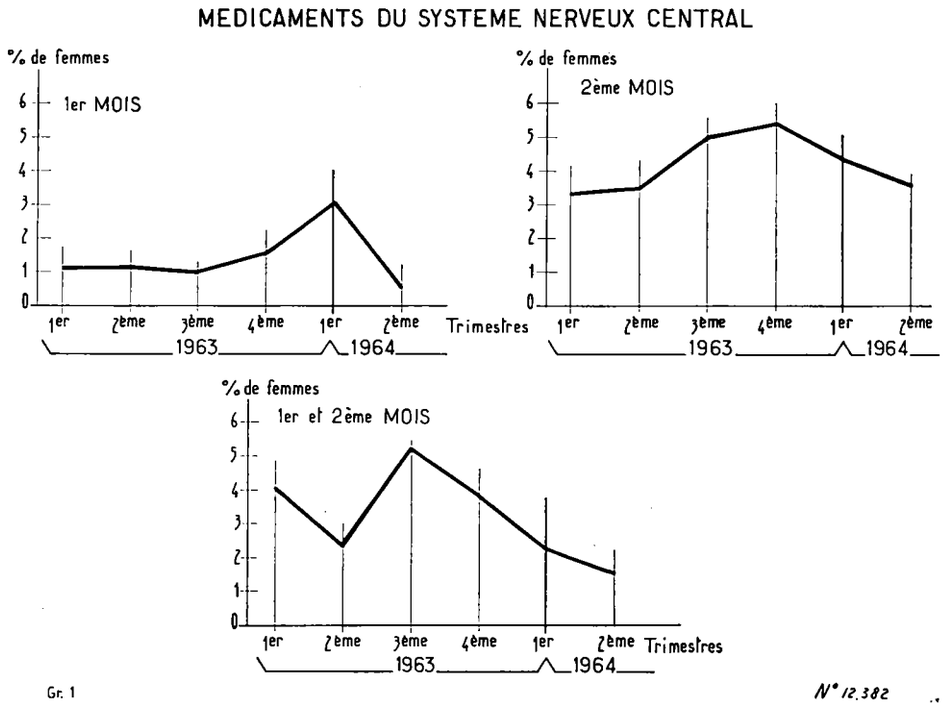
Cette publication expose les méthodes utilisées en ce qui concerne l'échantillonnage et l'appréciation de la consommation des médicaments. Elle souligne la nécessité d'employer plusieurs sources d'information, telles que l'interrogatoire et les documents médicaux.

ANNEXE : CATÉGORIES DE MÉDICAMENTS

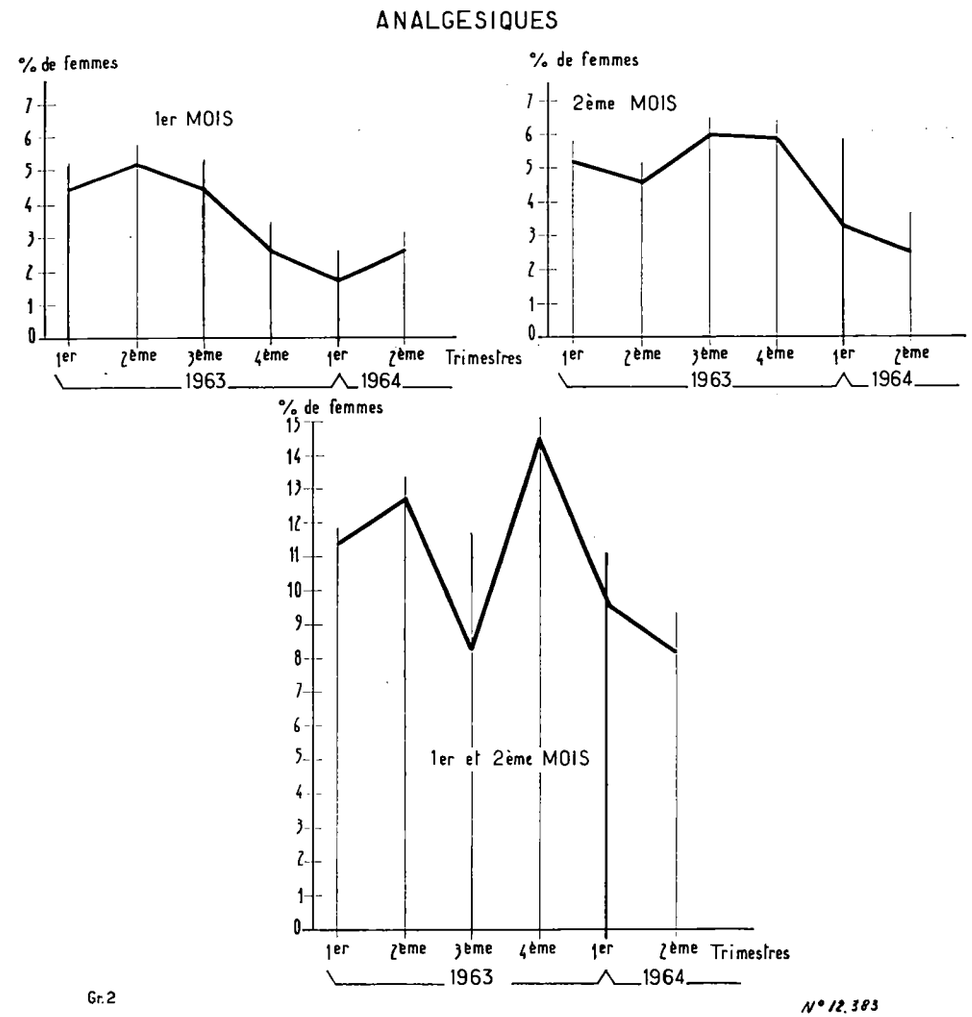
1. Anesthésiques.
2. Neuroleptiques + sédatifs.
3. Antitussifs.
4. Antinauséeux.
5. Analgésiques.
6. Médicaments du système nerveux végétatif.
7. Médicaments agissant sur le muscle lisse (antispasmodiques).
8. Antihistaminiques.
9. Hormones : œstrogènes.
10. Hormones : progestatifs.
11. Hormones : associations d'hormones sexuelles.
12. Hormones : corticoïdes.
13. Vitamines liposolubles.
14. Complexe vitaminique B.
15. Principes anti-anémiques.
16. Vitamines C et P.
17. Médicaments de l'obésité-antidiabétiques, lipotropes.
18. Eléments minéraux.
19. Fortifiants.
20. Antiseptiques.
21. Sulfamides.
22. Antibiotiques.
23. Antiparasitaires.
24. Autres médicaments du tube digestif.
25. Laxatifs.
26. Médicaments cardio-vasculaires.
27. Diurétiques.
28. Antiseptiques broncho-pulmonaires.
29. Médicaments O.-R.-L. et ophtalmiques.
30. Sérums et gamma-globulines.
31. Vaccins, antiallergènes.
32. Rayons X, radiothérapie.
33. Hypnotiques.
34. Médicaments autres que ceux entrant dans une catégorie précédente.
35. Médicaments inconnus.

ÉVOLUTION CHRONOLOGIQUE DE LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

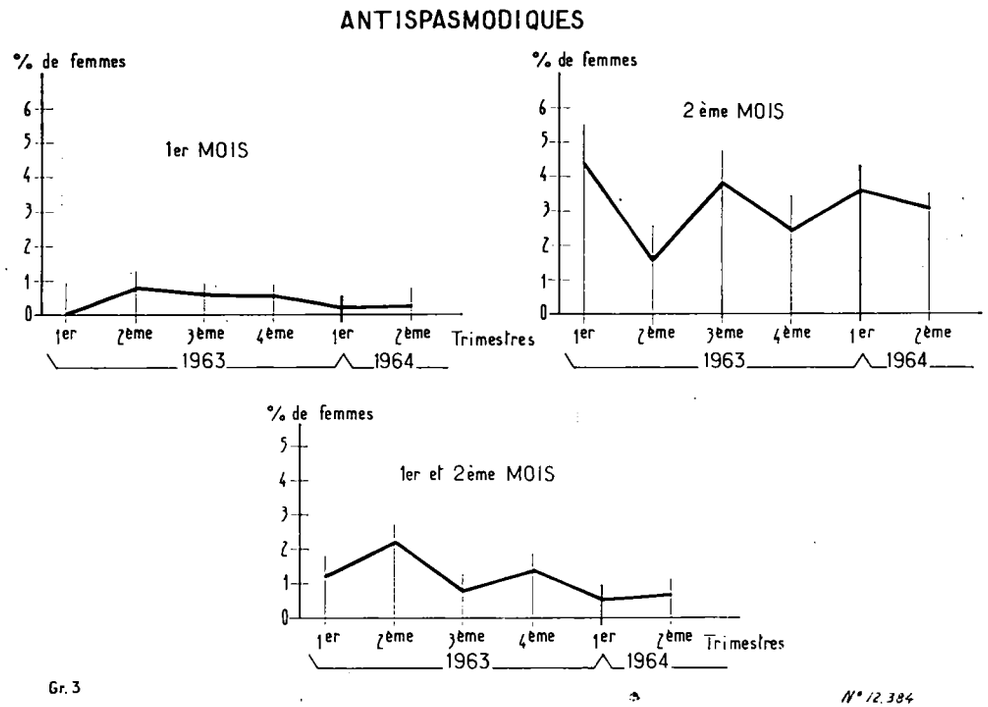
Graphiques 1 à 9 indiquant, pour chaque type de médicaments, les variations dans la répartition des femmes qui les utilisent, selon l'âge de la grossesse et la période de l'année.



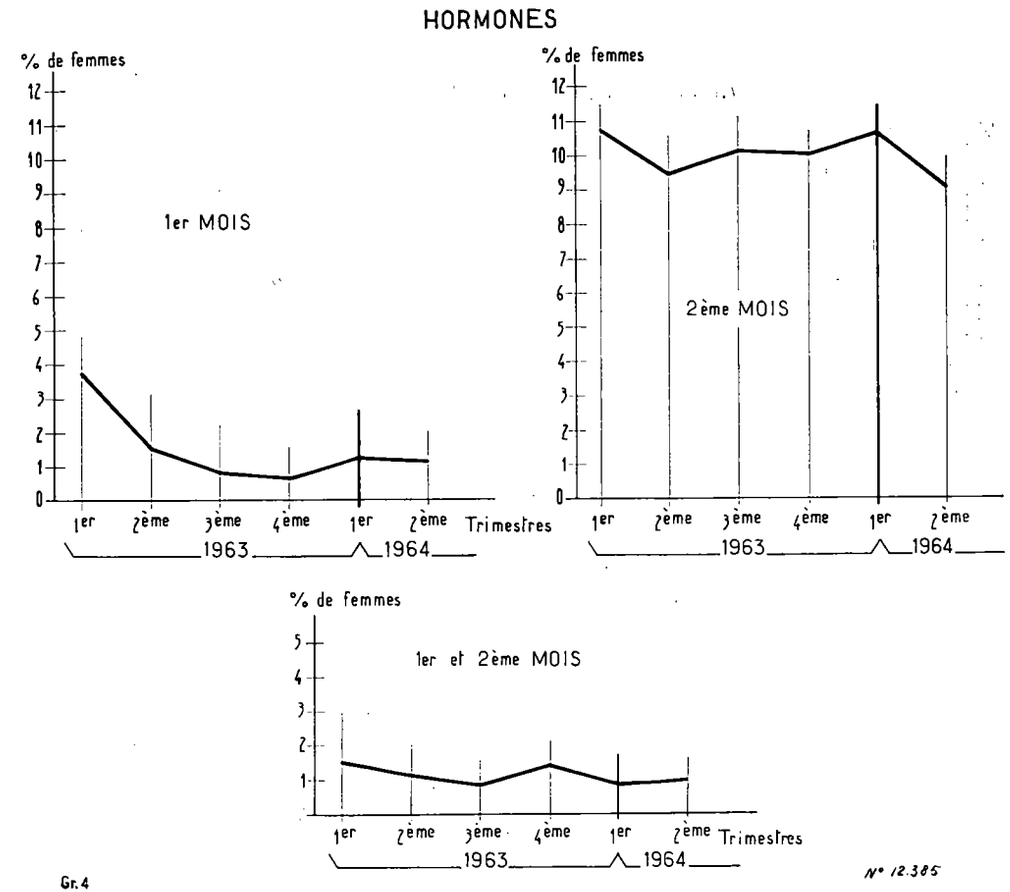
GRAPHIQUE 1.



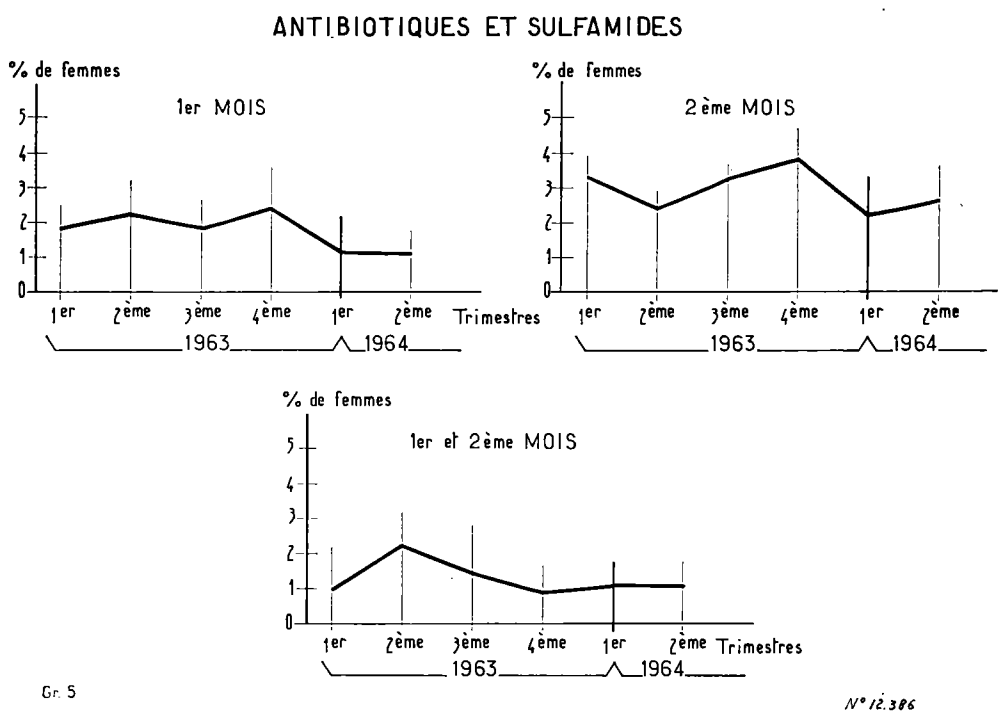
GRAPHIQUE 2.



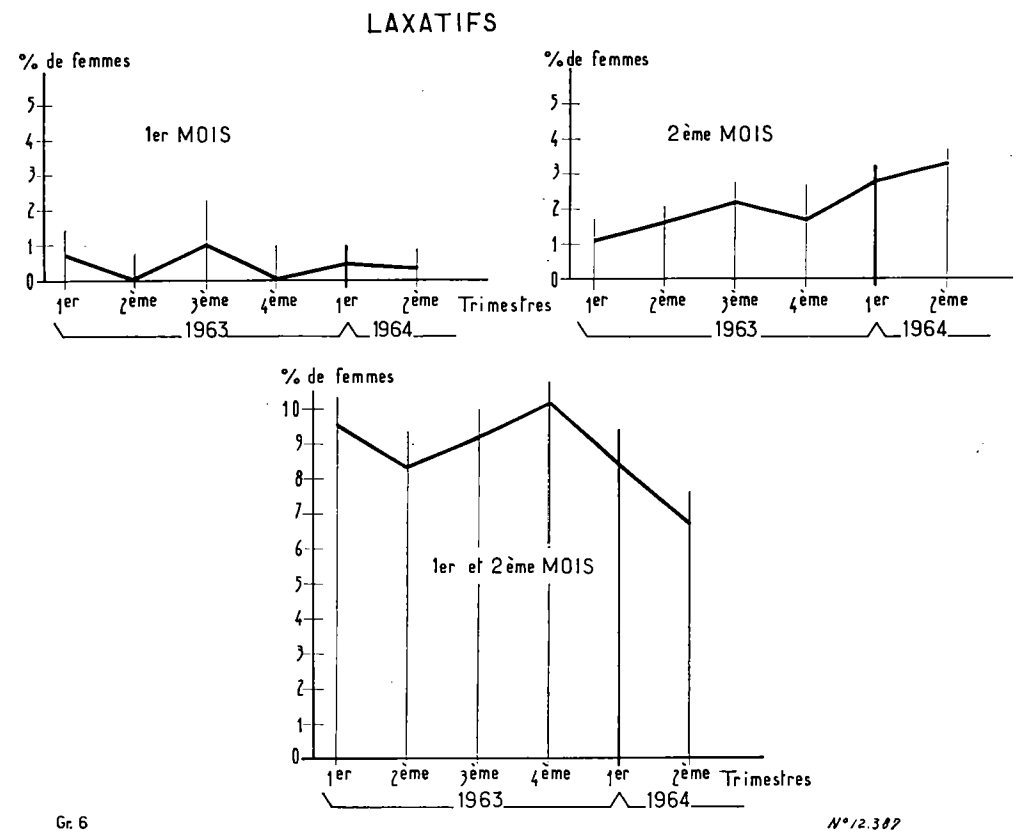
Graphique 3.



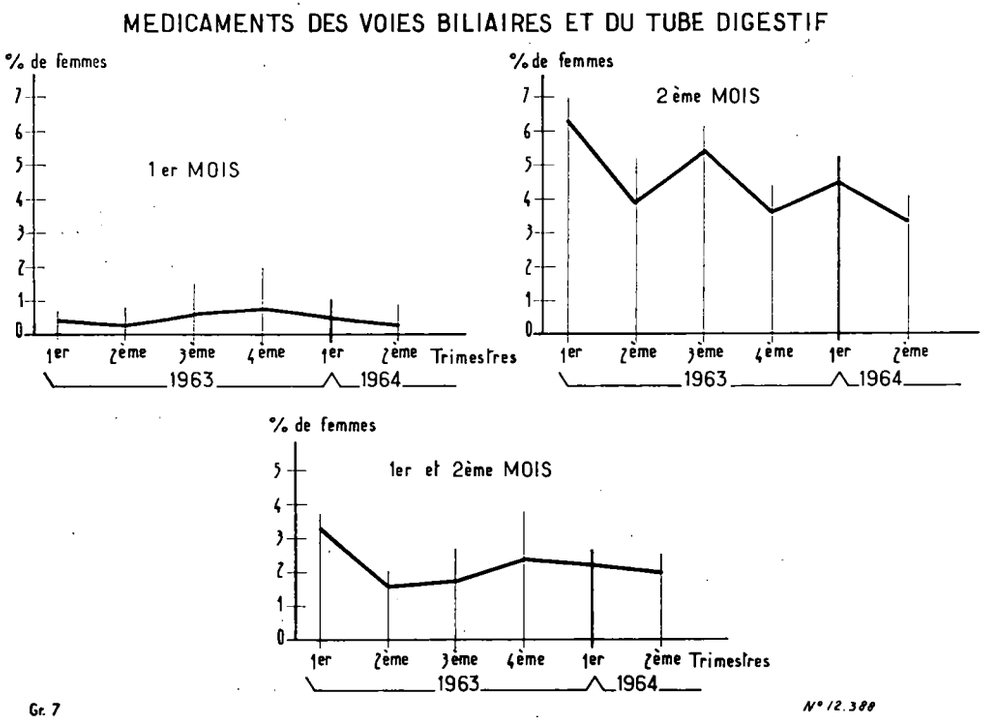
Graphique 4.



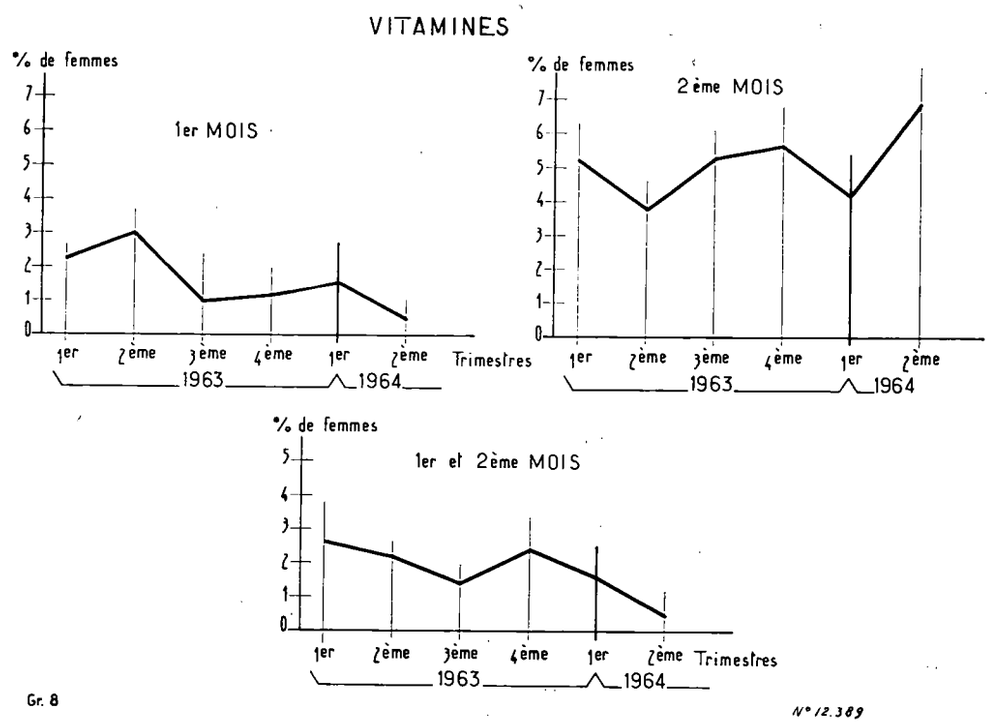
GRAPHIQUE 5.



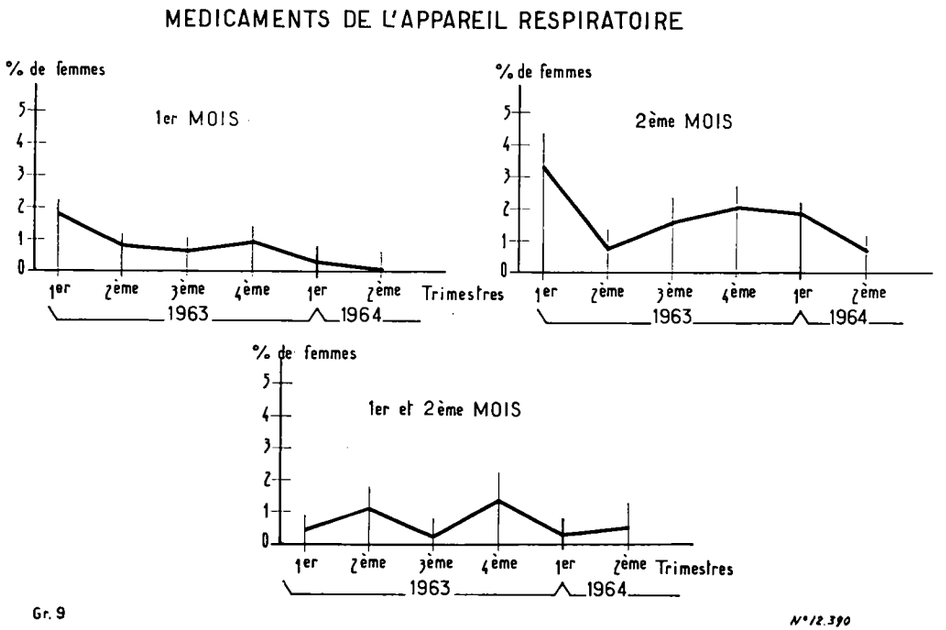
GRAPHIQUE 6.



GRAPHIQUE 7.



GRAPHIQUE 8.



GRAPHIQUE 9.

Bulletin de l'I. N. S. E. R. M. T. **22**, 1967, n° 4, pp. 719-732.

RELATION ENTRE LE POIDS DE NAISSANCE DE L'ENFANT, SA TAILLE ET CERTAINES CARACTÉRISTIQUES MATERNELLES

J. GOUJARD et C. ROUQUETTE

De nombreuses opinions ont été exprimées sur la signification du poids de l'enfant à la naissance et les facteurs intrinsèques ou extrinsèques intervenant à un stade quelconque de la grossesse dans la détermination de ce poids. L'intérêt que l'on porte à ce sujet s'explique par le fait que le poids de naissance, combiné à la notion d'âge gestationnel, est un des meilleurs critères dans l'appréciation du stade de maturation et, par conséquent, de la vitalité d'un fœtus; il reste encore, à l'heure actuelle, le critère de base le plus largement utilisé dans la conduite à tenir, au cours de la période néo-natale.

L'étude des divers facteurs liés à la croissance du fœtus et leur interaction a reçu, depuis les travaux de KARN et PENROSE (1951) [1], une attention toute particulière. Il semble que le poids de naissance soit lié, d'une part, au patrimoine héréditaire, PENROSE [2] a insisté sur ces facteurs génétiques, et, d'autre part, à certains facteurs maternels : âge de la mère, parité, situation sociale par exemple. C'est ce dernier point, concernant la relation entre le poids de naissance et quelques caractéristiques maternelles, que nous nous proposons d'aborder ici.

En outre, nous étudierons les mêmes problèmes en ce qui concerne la taille de l'enfant à la naissance.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'une enquête prospective dont le but essentiel est une recherche étiologique sur les malformations congénitales (*), mais qui, par son contexte, recouvre également toute la pathologie néo-natale.

Les données sur le poids de naissance ont été recueillies à l'examen de 2 832 enfants nés, entre juillet 1963 et avril 1965, dans 11 maternités hospitalières de l'Assistance Publique de Paris, où se déroule cette enquête. Les caractéristiques

(*) Le protocole de l'enquête est indiqué dans l'article sur la consommation des médicaments au cours de la grossesse (même numéro).

maternelles étudiées proviennent de l'interrogatoire des mères de ces enfants; ils ont été effectués dans ces 11 centres, lors de la visite prénatale du troisième mois de grossesse.

Cette étude a pour but de déterminer les éléments maternels qui peuvent conditionner le poids de l'enfant à la naissance, lorsque ce poids ne relève à priori d'aucun trouble apparent du développement *in utero*. Ceci a donc conduit à exclure de l'analyse les naissances gémellaires, les mort-nés, les enfants porteurs de malformations congénitales majeures, et les enfants décédés au cours du séjour à la maternité, soit 228 enfants. On a montré, en effet, que ces divers états pathologiques modifient de façon systématique le poids de l'enfant.

Les caractéristiques maternelles étudiées sont les suivantes :

— âge et parité;
— conditions sociales;
— poids avant la grossesse et taille.

RÉSULTATS CONCERNANT LE POIDS DE NAISSANCE

A. — Parité, âge de la mère et poids de naissance

1° Parité et poids de l'enfant à la naissance.

Il existe une liaison significative entre la parité et le poids de naissance. Par analogie avec un certain nombre d'auteurs, nous avons étudié la corrélation existant entre ces deux variables. Mais il semble que cette méthode ne soit pas absolument applicable ici. Le tableau I suggère, en effet, l'existence de deux faits. En premier lieu il existe un écart important entre les primipares et les multipares,

Tableau I
Nombre de naissances antérieures et poids de naissance.

Nombre de naissances antérieures	Garçons		Filles	
	Nombre	Poids moyens en grammes	Nombre	Poids moyens en grammes
0	516	3 269,7	424	3 163,1
1	421	3 486,7	417	3 311,2
2	219	3 437,6	212	3 255,2
3	87	3 475,5	97	3 337,9
4 et +	120	3 512,9	139	3 433,0
Total	1 363	3 398,1	1 289	3 267,8
Signification	$p < 1$ pour 1 000.		$p < 1$ pour 1 000.	

aussi bien pour les garçons que pour les filles. A l'intérieur du groupe des multipares les différences sont moins nettes, il est d'ailleurs difficile de montrer que le poids augmente parallèlement à la parité, car les secondipares ont des enfants de poids élevé. Aussi ce n'est qu'à partir des troisièmes pares qu'une progression assez régulière des poids de naissance se produit. Il n'est pas question d'affirmer ici que les phénomènes concernant les secondipares puissent avoir une valeur biologique, les fluctuations dues au hasard, les facteurs d'échantillonnage en sont sans doute responsables.

2° Age de la mère et poids de l'enfant à la naissance.

Ces deux variables sont liées de façon significative, ainsi que le montre l'étude du coefficient de corrélation ou la comparaison des poids moyens effectuée au tableau II. A titre indicatif, on note pour les garçons une légère diminution du poids lorsque la mère a plus de 36 ans à la naissance. Toutefois, ces dernières valeurs sont déterminées avec moins de précision que les autres en raison du nombre plus petit de cas. Pour les filles, on enregistre un palier lorsque la mère est âgée de 24 à 35 ans. Ici, également, nous nous défendons de donner à ces phénomènes une interprétation biologique.

Tableau II
Age de la mère et poids de naissance.

Age de la mère	Garçons		Filles	
	Nombre	Poids moyens en grammes	Nombre	Poids moyens en grammes
⩽ 20 ans	193	3 289,5	140	3 176,9
21-23 »	254	3 371,5	228	3 211,8
24-27 »	375	3 398,0	394	3 285,4
28-31 »	276	3 424,5	268	3 290,7
32-35 »	167	3 512,0	163	3 283,8
36-39 »	69	3 391,7	73	3 319,5
40 ans et +	29	3 463,4	21	3 553,3
Total	1 363	3 398,1	1 287	3 267.8
Signification	$p < 1$ pour 1 000.		$p < 1$ pour 1 000.	

3° Parité, âge de la mère et poids de naissance.

La parité et l'âge de la mère sont deux phénomènes extrêmement liés, aussi peut-on se demander si chacun d'eux joue un rôle dans la détermination du poids de naissance. Nous avons donc indiqué, au tableau III, les poids de naissance en fonction de ces deux variables. Afin que les effectifs soient suffisants, on a étudié

TABLEAU III

Etude du poids de naissance en tenant compte de l'âge de la mère et du nombre de naissances antérieures.

Age de la mère	Nombre de naissances antérieures										Signification
	0		1		2		3		4		
⩽ 20 ans	(241)	3 213,9	(75)	3 324,0	(14)	3 210,7	(2)	3 760,0	—		N. S. E. I.
21-23 »	(253)	3 242,1	(161)	3 398,3	(53)	3 274,7	(11)	3 278,1	(3)	3 353,3	p = 5 pour 100
24-27 »	(266)	3 238,5	(291)	3 398,3	(127)	3 374,0	(51)	3 351,9	(34)	3 460,9	p < 1 pour 1 000
28-31 »	(106)	3 136,8	(188)	3 444,9	(127)	3 305,5	(51)	3 414,7	(71)	3 495,5	p < 1 pour 1 000
32-35 »	(51)	3 287,0	(98)	3 369,8	(69)	3 408,4	(42)	3 474,3	(70)	3 468,6	p = 5 pour 100
36-39 »	(19)	3 045,8	(19)	3 415,8	(32)	3 432,6	(22)	3 381,8	(50)	3 386,7	N. S.
⩾ 40 »	(4)	3 515,0	(4)	3 370,0	(8)	3 268,7	(5)	3 432,0	(29)	3 535,4	N. S. E. I.
Signification	N. S.		N. S.		N. S.		N. S.		N. S.		

Les chiffres qui figurent entre parenthèses correspondent aux effectifs.
N. S. : différence non significative. E. I. : effectifs insuffisants.

ensemble filles et garçons. A l'intérieur de chaque tranche d'âge le poids augmente au fur et à mesure que la parité augmente. Il y a lieu toutefois de constater que, pour les classes d'âges extrêmes, les effectifs sont faibles et les différences non significatives. Dans l'ensemble, les phénomènes restent à peu près identiques à ceux que nous avions signalés pour l'ensemble des âges, on retrouve une différence nette entre primipares et multipares, les secondipares ont encore des enfants de poids élevé.

Pour une parité donnée, le poids de naissance varie peu en fonction de l'âge maternel et les moyennes ne diffèrent pas de façon significative. Il semble donc que, dans les conditions de cette enquête, l'élément déterminant soit la parité.

Ce résultat est confirmé par l'étude des corrélations partielles.

B. — Conditions sociales et poids de naissance

1° *Conditions sociales, poids de naissance.*

Dans l'état actuel de l'enquête, on a seulement tenu compte de la situation de famille et du fait que la femme exerce ou non une profession. Ultérieurement, cette étude sera reprise en relation avec le niveau social. En ce qui concerne l'état matrimonial de la mère, on a considéré deux groupes : d'une part, les femmes mariées; d'autre part, les célibataires, veuves et divorcées.

Le tableau IV montre que le poids de naissance est légèrement plus élevé pour les enfants des femmes mariées; toutefois, la différence n'est pas significative chez les garçons, elle est faiblement significative chez les filles. Par ailleurs, le poids de naissance est significativement plus élevé lorsque la mère ne travaille pas.

Tableau IV
Conditions sociales et poids de naissance.

	Garçons		Filles	
	Nombre	Poids moyens en grammes	Nombre	Poids moyens en grammes
Etat matrimonial :				
Mariées	1 175	3 405,8	1 092	3 279,5
Autres	188	3 346,8	196	3 206,8
Signification	N. S.		p = 5 pour 100.	
Travail :				
Non	530	3 432,2	547	3 345,7
Oui	822	3 374,1	736	3 214,3
Signification	p = 5 pour 100.		p = 1 pour 100.	

2° *Conditions sociales, parité et poids de naissance.*

L'état matrimonial et le fait de travailler sont extrêmement liés à la parité : on sait, en particulier, que les mères célibataires comportent plus de primipares et travaillent plus souvent à l'extérieur. On peut donc se demander dans quelle mesure la parité n'explique pas les liaisons que nous venons d'observer.

Le tableau V montre que, dans la plupart des cas, les enfants des femmes mariées ont un poids légèrement supérieur pour toutes les parités, mais la différence n'est significative que pour les filles de parité 4. Cette absence de signification pourrait être due à la faiblesse des effectifs. Toutefois, il était difficile de regrouper ici garçons et filles en raison des différences d'effectifs dans les sous-groupes. Aussi avons-nous pratiqué pour chaque sexe une comparaison basée sur un test d'ajustement. Aucune différence significative n'est apparue.

Le poids de naissance reste lié dans l'ensemble à la parité, quelle que soit la situation de famille de la mère.

Le tableau VI indique la relation existant entre la profession de la mère et le poids de naissance, en tenant compte de la parité. Souvent les différences observées ne sont pas significatives et on note, en outre, qu'elles sont de sens très variable, ce qui rend impossible l'application d'un test d'ajustement. Signalons toutefois deux différences significatives : les filles ont un poids plus élevé lorsque la mère ne travaille pas pour les parités 1 et 4.

Par contre, l'importance de la parité se confirme : le poids de naissance augmente avec la parité, que la femme travaille ou non.

C. — Poids, taille de la mère et poids de naissance

On n'a pas voulu considérer le poids « habituel » de la femme et sa taille comme deux variables indépendantes. C'est pourquoi, au lieu d'étudier l'influence possible de l'un et l'autre de ces facteurs, on a utilisé le rapport

$$\frac{\text{poids avant la grossesse}}{\text{taille}}$$

Il existe une liaison positive entre ce rapport et le poids de naissance de l'enfant. Les cœfficients de corrélation sont égaux à 0,159 chez les garçons et 0,213 chez les filles.

Le tableau VII indique comment varie ce rapport (en valeur moyenne) pour des classes de poids de naissance successifs. On constate que les valeurs moyennes sont régulièrement croissantes.

On sait, par ailleurs, que le poids d'une femme se modifie en fonction de son âge et de sa parité. Nous avons vérifié que le rapport ci-dessus augmente au fur et

TABLEAU V

Etude du poids de naissance en tenant compte de l'état matrimonial et du nombre de naissances antérieures.

Nombre de naissances antérieures	Garçons			Filles		
	Mères non mariées	Mères mariées	Signification	Mères non mariées	Mères mariées	Signification
0	(98) 3 250,0	(418) 3 274,2	N. S.	(98) 3 177,5	(326) 3 158,7	N. S.
1	(44) 3 443,8	(377) 3 491,6	N. S.	(29) 3 197,7	(387) 3 315,5	N. S.
2	(15) 3 312,6	(204) 3 446,8	N. S.	(26) 3 193,4	(186) 3 272,0	N. S.
3	(11) 3 545,4	(76) 3 465,3	N. S.	(19) 3 241,0	(78) 3 361,6	N. S.
4	(5) 3 922,0	(41) 3 582,0	N. S.	(10) 3 069,0	(51) 3 515,0	p = 1 p. 100.
5 et +	(15) 3 391,3	(59) 3 461,0	N. S.	(14) 3 507,1	(64) 3 408,1	N. S.
Signification	p = 5 p. 100.	p = 1 p. 100.		N. S.	p = 1 p. 100.	

Les chiffres qui figurent entre parenthèses correspondent aux effectifs.

TABLEAU VI

Etude du poids de naissance en tenant compte de la profession et de la parité.

Nombre de naissances antérieures	Garçons			Filles		
	Mères sans profession	Mères avec profession	Signification	Mères sans profession	Mères avec profession	Signification
0	(52) 3 264,2	(460) 3 271,2	N. S.	(41) 3 117,6	(382) 3 167,7	N. S.
1	(181) 3 445,5	(237) 3 517,7	N. S.	(183) 3 366,0	(231) 3 262,6	p = 5 p. 100.
2	(136) 3 404,3	(81) 3 481,1	N. S.	(145) 3 283,6	(66) 3 239,9	N. S.
3	(65) 3 500,9	(21) 3 400,4	N. S.	(72) 3 354,0	(25) 3 291,6	N. S.
4	(37) 3 562,8	(9) 3 850,0	N. S.	(40) 3 539,7	(20) 3 276,5	p = 5 p. 100.
5 et +	(59) 3 456,2	(14) 3 385,7	N. S.	(66) 3 413,9	(12) 3 491,6	N. S.
Signification	p = 5 p. 100.	p = 1 p. 100.		p = 1 p. 100.	p = 5 p. 100.	

Les chiffres qui figurent entre parenthèses correspondent aux effectifs.

TABLEAU VII

Etude du rapport (poids avant la grossesse/taille) *selon le poids de l'enfant.*

Poids de naissance en grammes	Garçons		Filles	
	Nombre	Rapport	Nombre	Rapport
⩽ 2 500 g	32	0,331	55	0,332
2 501-3 000 g	182	0,343	229	0,341
3 001-3 500 g	476	0,347	472	0,353
3 501-4 000 g	346	0,357	235	0,365
> 4 000 g	106	0,366	51	0,380
Total	1 142	0,351	1 042	0,354
Signification	$p < 1$ pour 1 000.		$p < 1$ pour 1 000.	

à mesure que la parité augmente. Il est donc possible que sa liaison avec le poids de l'enfant ne soit qu'un reflet de la liaison parité-poids de l'enfant. Nous avons étudié ce phénomène au tableau VIII.

On constate que, quelle que soit la parité, le poids de l'enfant est lié au coefficient défini ci-dessus.

En outre, les corrélations partielles montrent que chacun des deux facteurs joue un rôle lorsque l'autre est maintenu constant.

RÉSULTATS CONCERNANT LA TAILLE A LA NAISSANCE

La taille s'établit en moyenne à 50 cm chez les garçons et 49,3 cm chez les filles. Contrairement au poids de naissance, elle n'est pas liée aux caractères familiaux et sociaux, mais elle se révèle extrêmement liée à la taille de la mère.

A. — TAILLE A LA NAISSANCE ET CARACTÉRISTIQUES MATERNELLES

1° *Parité et taille de l'enfant à la naissance.*

Comme le montre le tableau IX, la taille varie peu en fonction de la parité, et les moyennes ne diffèrent pas significativement. Ceci est valable chez les garçons et chez les filles.

TABLEAU VIII

Etude du poids de naissance en tenant compte du rapport (poids avant la grossesse/taille) *et du nombre de naissances antérieures.*

Rapport $\frac{P}{T}$	Nombre de naissances antérieures										Signification
	0		1		2		3		4		5 et +		
0,233 à 0,299	(91)	3 076,4	(72)	3 176,8	(40)	3 105,8	(17)	3 396,4	(4)	3 435,0	(10)	2 941,0	p = 5 p. 100.
0,300 à 0,349	(405)	3 205,4	(316)	3 408,8	(136)	3 384,4	(49)	3 316,7	(26)	3 344,2	(27)	3 285,1	p = 1 p. 100.
0,350 à 0,399	(213)	3 286,9	(231)	3 426,1	(99)	3 340,9	(46)	3 420,5	(26)	3 586,9	(33)	3 419,3	p = 1 p. 100.
0,400 à 0,638	(88)	3 303,2	(88)	3 571,6	(71)	3 411,2	(36)	3 520,5	(29)	3 667,4	(34)	3 483,5	p = 1 p. 100.
	p = 1 p. 100.		p = 1 p. 100.		p = 1 p. 100.		N. S.		N. S.		p = 5 p. 100.		

Les chiffres qui figurent entre parenthèses correspondent aux effectifs.

TABLEAU IX

Nombre de naissances antérieures et taille de l'enfant à la naissance.

Nombre de naissances antérieures	Garçons		Filles	
	Nombre	Taille moyenne (en cm)	Nombre	Taille moyenne (en cm)
0	435	49,8	366	49,1
1	356	50,1	365	49,3
2	189	50,1	180	49,2
3	72	49,9	76	49,5
4	37	50,3	43	49,6
5 et +	55	49,8	59	49,4
Total	1 144	50,0	1 089	49,3
Signification	N. S.		N. S.	

2° *Age de la mère et taille de l'enfant.*

Nous voyons également que la taille de l'enfant à la naissance ne semble pas liée à l'âge de la mère (tableau X).

TABLEAU X

Age de la mère et taille à la naissance.

Age de la mère	Garçons		Filles	
	Nombre	Taille moyenne (en cm)	Nombre	Taille moyenne (en cm)
⩽ 20 ans	159	49,9	111	49,0
21-23 »	212	50,0	201	49,2
24-27 »	314	49,8	335	49,3
28-31 »	230	49,9	223	49,3
32-35 »	147	50,5	138	49,3
36-39 »	58	50,0	61	49,4
40 ans et +	23	50,2	16	49,4
Total	1 143	50,0	1 085	49,3
Signification	N. S.		N. S.	

3° *Conditions sociales et taille à la naissance.*

Nous avons étudié de la même façon que pour le poids de naissance, la relation éventuelle entre la taille à la naissance et la situation de famille d'une part, la notion de travail ou non d'autre part. La taille à la naissance ne varie pas en

fonction de l'état matrimonial de la mère. En ce qui concerne le travail, on note que les femmes qui travaillent à l'extérieur ont des filles un peu plus petites. La différence n'existe pas pour les garçons.

TABLEAU XI

Conditions sociales et taille à la naissance.

	Garçons		Filles	
	Nombre	Taille moyenne (en cm)	Nombre	Taille moyenne (en cm)
Etat matrimonial :				
Mariées	993	50,0	938	49,2
Autre situation	151	49,8	150	49,2
Signification	N. S.		N. S.	
Travail :				
Non	448	49,9	450	49,4
Oui	692	50,0	638	49,1
Signification	N. S.		p = 5 p. 100	

4° *Taille de la mère et taille de l'enfant à la naissance.*

Contrairement aux caractères que nous venons d'étudier, la taille de la mère et la taille de l'enfant à la naissance apparaissent comme deux variables extrêmement liées, ainsi que le montre la comparaison des moyennes effectuée au tableau XII.

TABLEAU XII

Taille de la mère et taille de l'enfant à la naissance.

Taille de la mère	Garçons		Filles	
	Nombre	Taille moyenne (en cm)	Nombre	Taille moyenne (en cm)
⩽ 150 cm	71	49,2	90	48,4
150-155 cm	196	49,6	193	49,1
156-160 cm	355	50,0	311	49,2
161-165 cm	258	50,0	244	49,2
⩾ 166 cm	157	50,7	117	50,2
Total	1 037	50,0	955	49,3
Signification	p < 1 pour 1 000.		p < 1 pour 1 000.	

Les résultats, tels qu'ils se présentent ici, soulignent le caractère familial de la taille. On est, par contre, surpris de constater que les caractères sociaux ne semblent pas avoir d'influence sur cette variable. Mais il faut noter que la mensuration d'un nouveau-né présente quelques difficultés et le personnel n'est pas à l'abri d'une certaine variabilité dans la façon de procéder. Ce phénomène a pu masquer certaines liaisons entre la taille et les caractères sociaux. On s'aperçoit, toutefois, que la relation entre la taille de la mère et celle de l'enfant persiste, et qu'elle est très importante. Il sera d'ailleurs intéressant de vérifier si la relation trouvée entre le poids de naissance et la taille de la mère ne reflète pas simplement cette relation taille de la mère et taille de l'enfant, car on a pu constater par ailleurs que le poids de l'enfant et sa taille étaient deux caractères très liés.

DISCUSSION GÉNÉRALE

Cette étude ne constitue qu'une première étape dans les travaux que nous nous proposons d'effectuer sur le poids de naissance. Ce problème du poids de l'enfant à la naissance sera également repris dans une étude concernant les prématurés (*) d'une part, les enfants nés à terme d'autre part.

Au stade actuel de la recherche, quelques commentaires s'imposent : nous avons mis en évidence l'influence du rang de naissance et de la morphologie de la mère sur le poids de l'enfant à la naissance, lorsque celui-ci ne résulte d'aucune cause évidente.

— Les résultats concernant la parité s'apparentent entièrement avec ceux des travaux publiés sur ce sujet. Il convient de préciser, toutefois, que ceci ne confère pas pour autant à cette caractéristique maternelle un rôle causal; le rang de naissance n'est-il pas seulement le reflet d'une troisième variable, telle que la dimension de la fratrie par exemple ?

— En ce qui concerne la morphologie de la mère, la discordance des résultats que nous avons rencontrée dans la littérature, concernant l'étude isolée du poids de la mère et de sa taille, nous a incités à ne pas considérer ces deux variables de façon indépendante, et nous a conduits à prendre comme indice morphologique leur rapport, soit $\frac{P}{T}$; or, on peut se demander s'il n'existe pas une fonction du poids et de la taille plus indiquée que $\frac{P}{T}$ par exemple $\frac{P}{T^2}$.

— Nous n'avons pas réussi à mettre en évidence le rôle de l'âge de la mère, comme l'ont trouvé d'autres auteurs : ceci pourrait peut-être, en partie, s'expliquer par les caractères de notre population.

Nous tenons à préciser, en effet, que ces données proviennent d'une population hospitalière. On a souligné à mainte reprise les inconvénients que présentait une étude faite sur ce type de population où les facteurs d'échantillonnage jouent un rôle certain.

(*) Voir l'article sur la prématurité dans le même numéro.

Un deuxième biais d'échantillonnage possible tient à ce que, dans cette étude de type prospectif, 27 % des femmes interrogées à trois mois de grossesse ont été perdues de vue et n'ont pas accouché dans les maternités où avait eu lieu l'interrogatoire. Ceci constitue un problème grave, car on est en droit de craindre que ces femmes perdues de vue diffèrent des autres et qu'ainsi toute une catégorie d'enfants ait échappé à l'analyse de façon systématique. Cette possibilité de biais a déjà été évoquée dans l'article sur la consommation des médicaments. Elle nous a conduits à effectuer une enquête complémentaire afin de réduire au maximum le nombre des perdues de vue. A partir des éléments recueillis, nous serons ainsi en mesure de reprendre l'étude.

RÉSUMÉ

Dans le cadre d'une enquête prospective sur l'étiologie des malformations congénitales, on a étudié la relation existant entre quelques caractères maternels (âge, parité, situation de famille, caractéristiques physiques) et le poids de naissance de l'enfant. Le rang de naissance et les caractéristiques physiques de la mère sont liés au poids de l'enfant. L'étude de la taille à la naissance, en fonction des caractères sociaux, n'a conduit à aucun résultat. Par contre, la taille de la mère et la taille de l'enfant apparaissent comme deux caractères très liés. Mais on peut discuter la valeur des mensurations et leur comparabilité d'un hôpital à l'autre.

BIBLIOGRAPHIE

1. Karn (M. N.) et Penrose (L. S.) : Birth weight and gestation time in relation to maternal age, parity and infant survival. *Ann. Eugenics*, 1951, *16*, 147.
2. Penrose (L. S.) : Data on the genetics of birth weight. *Ann. Eugenics*, 1952, *16*, 378.

Bulletin de l'I. N. S. E. R. M. T. **22**, 1967, n° 4, pp. 733-742.

PRÉMATURITÉ ET INSUFFISANCE PONDÉRALE. ÉTUDE DE QUELQUES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES

C. ROUQUETTE et J. GOUJARD

L'insuffisance pondérale a pendant longtemps été considérée comme un indice majeur de prématurité; cette notion apparaît maintenant comme un élément insuffisant. En effet, de nombreuses études ont montré qu'il était possible de séparer les prématurés et les enfants hypotrophiques à partir de l'âge gestationnel et de divers critères anatomiques ou fonctionnels. Nous nous proposons d'étudier ici dans quelle mesure les facteurs étiologiques varient selon qu'on considère des enfants prématurés ou des enfants hypotrophiques ayant un âge gestationnel proche du terme.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Ce travail a été réalisé dans le cadre de l'enquête sur les malformations congénitales (*), sur une période d'observation qui va de juillet 1963 à mai 1966.

On a constitué les deux groupes suivants :

— *Le groupe I* inclut les enfants pesant moins de 2 200 g pour un âge gestationnel inférieur ou égal à 265 jours (l'âge gestationnel a été calculé à partir du premier jour des dernières règles).

— *Le groupe II* inclut les enfants pesant de 2 200 g à 2 500 g, avec un âge gestationnel supérieur ou égal à 265 jours.

En dépit de l'aspect arbitraire de cette classification nous avons, pour plus de simplicité dans l'exposé, parlé dans le groupe I d'enfants réellement « prématurés » et, dans le groupe II, d'enfants « de poids insuffisant ».

Parmi les naissances qui ont lieu dans le cadre de l'enquête de juillet 1963 à mai 1966, on enregistre 101 enfants dans le groupe I, et 93 enfants dans le groupe II, soit au total 194 enfants.

Ces deux groupes ont été comparés à un lot d'enfants témoins. Ce lot de

(*) Le protocole de cette enquête est indiqué dans l'article sur la consommation des médicaments au cours de la grossesse (même numéro).

témoins devait être le plus « normal possible ». Nous avons donc été amenés à fixer certains critères de normalité et nous avons considéré, comme susceptibles d'être pris comme témoins, les enfants pour lesquels l'examen clinique du pédiatre s'était avéré satisfaisant, et n'avait signalé aucune pathologie, si minime soit-elle, au cours du séjour à la maternité. Par ailleurs, ces enfants pesaient plus de 2 800 g et moins de 4 000 g.

Pour simplifier l'analyse, nous avons tiré au sort 194 enfants parmi tous les enfants normaux nés dans les mêmes hôpitaux, entre 1963 et 1966. Le calcul statistique montre, en effet, que l'utilisation de 2 groupes très déséquilibrés en effectifs (ici 194 prématurés et environ 2 000 enfants normaux) n'apporte pas un élément de précision beaucoup plus important en regard des difficultés de l'analyse. Ces enfants, désignés comme témoins, ont été ensuite répartis au hasard dans les groupes I et II, en conservant toutefois l'appariement par hôpital et par année de naissance. Nous nous sommes assurés que les témoins étaient représentatifs de l'ensemble de l'échantillon des enfants « normaux » pour tous les caractères maternels étudiés.

En outre, nous avons comparé entre eux les témoins appariés au groupe I et ceux qui sont appariés au groupe II. On relève une seule différence significative concernant le sexe de l'enfant, la proportion de filles étant de 46 % dans le premier cas et de 61 % dans le second. Compte tenu du nombre de comparaisons effectuées, il est possible que la différence soit due au hasard.

RÉSULTATS

A. — Etude des « prématurés »

Le groupe des prématurés comporte 52 garçons et 46 filles (*). Pour 46 enfants dont on connaissait l'origine ethnique, on relève 9 enfants de race noire; ce chiffre semble un peu plus élevé que celui qui est enregistré chez les témoins, mais le nombre de cas indéterminés est trop grand pour qu'on puisse en faire état dans les comparaisons statistiques que nous allons maintenant indiquer.

1° *Caractéristiques générales de la mère.*

Le tableau I montre que les mères des témoins et celles des enfants du groupe I (prématurés) diffèrent significativement sur 2 points :

— les mères des prématurés comportent plus de femmes jeunes (âge inférieur à 20 ans);

— les mères des prématurés travaillent plus souvent à l'extérieur.

(*) Nous n'avons pas établi de comparaison avec les témoins en raison des différences constatées entre les témoins des groupes I et II, mais les pourcentages ne diffèrent pas de ceux qu'on observe dans la population générale.

Tableau I

Comparaison des caractères généraux de la mère dans les deux groupes.

Caractères étudiés	Mères des prématurés	Mères des témoins	Signification
Classe d'âge :			
⩽ 20 ans	(17) 17 %	(4) 4 %	p = 1 pour 100.
21-29 ans	(46) 45 %	(60) 60 %	
⩾ 30 ans	(38) 38 %	(37) 36 %	
Situation matrimoniale :			
Non mariées	(25) 25 %	(18) 18 %	N. S.
Mariées	(76) 75 %	(83) 82 %	
Travail à l'extérieur :			
Non	(26) 26 %	(52) 51 %	p < 1 pour 1 000.
Oui	(74) 74 %	(49) 49 %	
Taille (en cm)	158,6	158,3	N. S.
Groupe sanguin :			
A	(35) 41 %	(51) 54 %	N. S.
O	(38) 44 %	(34) 36 %	
B	(13) 15 %	(10) 10 %	
Groupe Rhésus :			
(—)	(17) 19 %	(9) 9 %	A la limite de la signification à 5 pour 100.
(+)	(74) 81 %	(89) 91 %	
Durée du cycle :			
Moyenne (jours)	28,5	28,6	N. S.
⩽ 27 jours	(11) 13 %	(9) 12 %	
28-29 jours	(43) 49 %	(36) 47 %	
⩾ 30 jours	(33) 38 %	(32) 41 %	
Régularité du cycle :			
Régulier	(65) 76 %	(78) 84 %	N. S.
Irrégulier	(20) 24 %	(15) 16 %	

N. S. : différence non significative.

Les autres différences ne sont pas significatives, mais on note toutefois que la proportion des mères célibataires est plus élevée dans le groupe des prématurés qui comporte également un léger excès de femmes appartenant au groupe Rh—. Ce dernier phénomène s'explique sans doute par la nécessité dans certains cas de déclencher l'accouchement avant le terme normal.

2° *Etude des grossesses antérieures.*

Le tableau II montre que le rang de naissance est le même dans les deux groupes. Par contre, on voit que les femmes qui accouchent d'un prématuré ont plus souvent dans leurs antécédents un enfant né également avant terme et de faible poids de naissance. La différence observée entre les deux groupes est très significative — ceci serait peut-être en faveur d'un facteur mécanique (béance isthmique) ou endocrinien (insuffisance hormonale).

TABLEAU II

Comparaison des antécédents obstétricaux.

Caractères étudiés	Mères des prématurés	Mères des témoins	Signification
Nombre de gestations :			
0	(28) 28 %	(24) 24 %	N. S.
1 à 3	(58) 57 %	(58) 57 %	
4 et +	(15) 15 %	(19) 19 %	
Prématurés dans les antécédents :			
Non	(73) 74 %	(92) 93 %	$p < 1$ pour 1 000.
Oui	(26) 26 %	(7) 7 %	

3° *Etude de la grossesse en cours.*

On relève au tableau III une différence très significative concernant la présence plus fréquente d'hémorragies chez les mères des prématurés au cours du premier trimestre de la grossesse. Il s'agissait bien souvent de pertes peu abondantes. Nous n'avons pas pu tenir compte ici de la date de survenue de ces hémorragies ni de la notion de récidive.

On constate également que la maternité est, dans l'ensemble, moins souvent souhaitée dans le groupe des enfants prématurés. La différence, toutefois, n'est pas significative. Par ailleurs, bien que les effectifs soient très insuffisants, et que l'on ne puisse rien conclure, on note que les mères des prématurés ont été un peu plus souvent traitées pour stérilité.

Nous retiendrons donc, comme éventuel facteur étiologique de prématurité, les caractéristiques maternelles suivantes :

— *le jeune âge de la mère;*
— *la notion de travail à l'extérieur;*
— *l'existence de prématurés dans les antécédents;*
— *l'existence d'hémorragies dans les trois premiers mois de la grossesse.*

TABLEAU III

Comparaison des caractères de la grossesse en cours.

Caractères étudiés	Mères des prématurés	Mères des témoins	Signification
Maternité souhaitée :			
Non	(29) 58 %	(24) 49 %	N. S.
Oui	(21) 42 %	(25) 51 %	
Age moyen de la grossesse à l'interrogatoire (en jours)	80,6	80,4	N. S.
Changement de poids :			
Stationnaire	(18) 19 %	(25) 26 %	N. S.
Amaigrissement	(40) 42 %	(35) 36 %	
Prise de poids	(37) 39 %	(36) 38 %	
Existence d'hémorragies :			
Non	(78) 79 %	(96) 95 %	$p < 1$ pour 1 000.
Oui	(21) 21 %	(5) 5 %	
Existence de vaginites :			
Non	(62) 61 %	(64) 63 %	N. S.
Oui	(39) 39 %	(37) 37 %	
Traitement de stérilité :			
Non	(80) 93 %	(89) 99 %	E. I.
Oui	(6) 7 %	(1) 1 %	

E. I. : effectifs insuffisants.

B. — ETUDE DES ENFANTS DE POIDS INSUFFISANT

Le groupe des enfants de poids inférieur à 2,500 kg, et nés aux environs du terme, compte 44 % de garçons et 61 % de filles. Ces pourcentages diffèrent des pourcentages théoriques observés dans la population générale (*).

1° *Caractéristiques générales de la mère.*

Le tableau IV montre que les mères des enfants de poids de naissance insuffisant diffèrent peu des mères des témoins. En effet, on ne trouve qu'une seule différence significative; elle concerne la taille. Les mères des enfants de poids insuffisant sont plus petites que les autres. La différence est significative ($p < 0,01$). On note, par ailleurs, que les mères des enfants de poids insuffisant travaillent

(*) Voir note précédente.

plus souvent à l'extérieur comme les mères des prématurés, mais elles ne diffèrent pas significativement de leurs témoins et ce point sera à reprendre sur un autre échantillon.

TABLEAU IV

Comparaison des caractéristiques générales de la mère.

Caractères étudiés	Mères des enfants de poids insuffisant	Mères des témoins	Signification
Classe d'âge :			
⩽ 20 ans	(12) 13 %	(11) 12 %	N. S.
21-29 ans	(51) 55 %	(57) 61 %	
⩾ 30 ans	(30) 32 %	(25) 27 %	
Situation matrimoniale :			
Non mariées	(20) 22 %	(15) 16 %	N. S.
Mariées	(73) 78 %	(78) 84 %	
Travail à l'extérieur :			
Non	(25) 27 %	(37) 40 %	N. S.
Oui	(68) 73 %	(56) 60 %	
Taille (en cm)	156,8	159,4	p = 1 pour 100.
Groupe sanguin :			
A	(39) 46 %	(42) 47 %	N. S.
O	(37) 44 %	(34) 38 %	
B	(8) 10 %	(14) 15 %	
Groupe Rhésus :			
(—)	(10) 12 %	(17) 19 %	N. S.
(+)	(75) 88 %	(74) 81 %	
Durée du cycle :			
Moyenne (jours)	28,3	28,7	N. S.
⩽ 27 jours	(6) 7 %	(8) 10 %	
28-29 jours	(48) 57 %	(45) 58 %	
⩾ 30 jours	(30) 36 %	(25) 32 %	
Régularité du cycle :			
Régulier	(69) 85 %	(69) 88 %	N. S.
Irrégulier	(12) 15 %	(9) 12 %	

2° *Etude des grossesses antérieures.*

La comparaison des deux groupes ne permet pas de mettre en évidence de différence significative. On remarque, cependant, qu'il y a davantage de primipares lorsque le poids de naissance est faible (tableau V) et aussi davantage de prématurés.

TABLEAU V

Comparaison des antécédents obstétricaux.

Caractères étudiés	Mères des enfants de poids insuffisant	Mères des témoins	Signification
Nombre de gestations :			
0	(45) 48 %	(33) 35 %	N. S.
1 à 3	(42) 45 %	(49) 53 %	
4 et +	(6) 7 %	(11) 12 %	
Prématurés dans les antécédents :			
Non	(74) 80 %	(81) 87 %	N. S.
Oui	(18) 20 %	(12) 13 %	

TABLEAU VI

Comparaison des caractères de la grossesse en cours.

Caractères étudiés	Mères des enfants de poids insuffisant	Mères des témoins	Signification
Maternité souhaitée :			
Non	(13) 33 %	(17) 40 %	N. S.
Oui	(26) 67 %	(25) 60 %	
Age moyen de la grossesse à l'interrogatoire (en jours)	83,4	81,9	N. S.
Changement de poids :			
Stationnaire	(21) 24 %	(16) 18 %	N. S.
Amaigrissement	(47) 53 %	(46) 52 %	
Prise de poids	(20) 23 %	(26) 30 %	
Existence de métrorragies :			
Non	(83) 89 %	(85) 91 %	N. S.
Oui	(10) 11 %	(8) 9 %	
Existence de vaginites :			
Non	(43) 47 %	(48) 52 %	N. S.
Oui	(49) 53 %	(45) 48 %	
Traitement de stérilité :			
Non	(78) 97 %	(83) 100 %	E. I.
Oui	(2) 3 %	(—) —	

3° *Etude de la grossesse en cours.*

De nouveau, nous ne trouvons pas de différence significative entre les deux groupes (tableau VI). Il est particulièrement intéressant de noter que la fréquence des hémorragies vaginales au début de la grossesse reste basse chez ces femmes alors qu'elle était élevée chez les mères des prématurés.

DISCUSSION

En effectuant cette étude, d'une part, sur un groupe d'enfants réellement immatures, et, d'autre part, sur un groupe d'enfants d'âge gestationnel voisin de 9 mois mais de poids de naissance insuffisant, nous voyons l'importance qui doit être attribuée au critère d'âge gestationnel. Les résultats montrent, en effet, que ces deux groupes se distinguent peut-être dans leur étiologie.

Dans cette discussion, toutefois, nous voudrions insister sur les différents biais d'échantillonnage que peuvent entraîner le recrutement de cette enquête ainsi que les défections nombreuses que nous constatons au moment de l'accouchement. Ce deuxième point est particulièrement grave ici : il se peut, en effet, que la sélection qui s'opère à la naissance se fasse en fonction de certaines conditions physiopathologiques de la femme et de la prématurité de l'enfant.

Prenons l'exemple de la relation entre l'existence de métrorragies en début de grossesse et la prématurité. Il est possible que, devant un déclenchement prématuré de l'accouchement, les femmes dont le début de grossesse s'est avéré difficile viennent accoucher dans le service où elles ont été suivies. Par contre, on peut imaginer que les femmes menacées d'une naissance prématurée, alors que la grossesse proprement dite s'était déroulée de façon normale, aient tendance à choisir une clinique plus proche de leur domicile. Si un tel biais existait, il entraînerait dans la population de l'enquête un excès de femmes ayant eu à la fois des métrorragies et un prématuré. Cet exemple est imaginaire, mais il n'est pas impossible que cette liaison antécédents-prématurité amène les mères des prématurés à venir accoucher dans l'hôpital où elles ont consulté. Dans ces conditions, la sélection qui se fait au moment de l'accouchement — où un tiers des femmes ne reviennent pas à l'hôpital — peut être génératrice d'erreurs. Le fait ici est plus important que lors de l'étude des malformations congénitales. En effet, la femme qui va mettre au monde un malformé ne le sait généralement pas au moment où commence l'accouchement; au contraire, elle sait si la naissance survient ou non à une date prématurée. Dans ces conditions, il était nécessaire de s'assurer que l'existence de 30 % de perdues de vue ne perturbait pas les résultats.

Nous avons donc effectué une enquête complémentaire en recherchant pour ces femmes la date de naissance de l'enfant. Nous avons pu obtenir cette notion pour la majorité d'entre elles et, sur l'échantillon initialement perdu de vue, nous avons pu étudier la relation existant entre les caractères maternels précédemment abordés et la prématurité. Les résultats sont de même ordre que ceux qui viennent d'être décrits dans cette publication et on peut admettre que la sélection qui s'est opérée à l'accouchement n'a pas introduit d'erreurs dans l'étude des relations existant entre les antécédents maternels et la prématurité.

RÉSUMÉ

Le cadre d'une enquête prospective sur l'étiologie des malformations congénitales nous a permis d'étudier un des aspects étiologiques de l'insuffisance pondérale à la naissance. L'analyse a porté, d'une part, sur un groupe de 101 enfants réellement immatures, et, d'autre part, sur 93 enfants voisins du terme mais de poids de naissance insuffisant. A chacun de ces groupes, on a fait correspondre un nombre égal d'enfants témoins tirés au sort parmi les enfants normaux à la naissance. Les mères de chacun de ces groupes ont été comparées pour un certain nombre de caractères (âge, parité, situation de famille, grossesses antérieures, et signes cliniques observés dans la grossesse en cours). Les résultats obtenus montrent que les mères des enfants prématurés se différencient assez sensiblement des mères des témoins. Les résultats significatifs sont les suivants : ce sont des mères jeunes, ce sont plus souvent des femmes qui travaillent, le nombre d'accouchements antérieurs prématurés est anormalement élevé, on relève chez ces femmes l'existence d'hémorragies utérines dès le premier trimestre de la grossesse dans un grand nombre de cas.

Les femmes qui ont eu des enfants de poids de naissance insuffisant pour le terme diffèrent moins du groupe témoin; la seule différence significative concerne la taille : elles sont plus petites que les mères du groupe témoin. On remarque, en particulier, que la fréquence des hémorragies utérines reste basse chez elles. Les notions de travail à l'extérieur et de prématurés dans les antécédents sont difficiles à interpréter et devront être reprises ultérieurement.

Bulletin de l'I. N. S. E. R. M. T. **22**, 1967, n° 4, pp. 743-762.

INFIRMITÉ MOTRICE CÉRÉBRALE ET PRÉMATURITÉ

N. LAITER, C. ROUQUETTE, F. DOYON et G. TARDIEU

Toutes les études à visée étiologique concernant l'Infirmité Motrice Cérébrale font une large part aux antécédents de prématurité. Un cinquième à un tiers des Infirmes Moteurs Cérébraux, suivant les auteurs, sont d'anciens prématurés.

Nous avons voulu, ici, tenter de dégager, à partir d'une enquête entreprise dans le service de l'un de nous :

1° les aspects particuliers de l'Infirme Moteur Cérébral (I. M. C.) ancien prématuré par rapport à celui qui ne l'est pas;

2° l'influence des pathologies maternelles ou néo-natales sur les différences existant entre les 2 groupes.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1° Description de l'échantillon

Nous disposions de 375 dossiers d'enfants I. M. C. âgés de plus de 18 mois et de moins de 18 ans, ayant consulté pour la première fois dans le service entre le 1er septembre 1963 et le 31 août 1966.

Les renseignements fournis par ces dossiers ont été enregistrés rétrospectivement d'après les fiches d'observation pour la première année. Depuis le 1er septembre 1964, les données de l'examen sont consignées directement, par l'un de nous, sur des fiches à fin d'exploitation mécanographique. La comparaison de ces 2 périodes a fait apparaître quelques différences, car la première comporte un nombre assez élevé d'imprécisions. Toutefois, les rubriques principales étant à peu près identiques, il a été décidé de faire porter l'analyse sur l'ensemble des cas.

Désirant préciser au mieux l'incidence de la prématurité sur l'aspect neurologique de l'I. M. C., *nous avons préféré exclure d'emblée les cas liés à une pathologie post-néonatale* :

Encéphalite vaccinale	4 cas	(1,1 %)
Encéphalite des maladies infectieuses	5 cas	(1,3 %)
Encéphalopathie aiguë	23 cas	(6,1 %)
Méningite aiguë ou tuberculeuse	6 cas	(1,6 %)
Traumatisme crânien	11 cas	(2,9 %)
Phénomène convulsif	8 cas	(2,1 %)
Divers	6 cas	(1,6 %)
Total	63 cas	(16,7 %)

Nous avons également exclu 16 cas *d'incompatibilité fœto-maternelle* qui nécessiteraient, s'ils étaient plus nombreux, une étude spéciale.

Enfin, ont été éliminés 38 enfants pour lesquels le terme ou le poids de naissance n'étaient pas précisés ou présentaient des discordances évidentes.

Il restait alors *258* dossiers d'enfants I. M. C. victimes d'une pathologie néonatale ou pour lesquels, malgré un interrogatoire poussé, aucune notion étiologique n'avait pu être retrouvée.

Ces 258 dossiers se répartissaient en :

1° *79* enfants prématurés, d'âge gestationnel inférieur à 8 mois et pesant moins de 2,500 kg à la naissance;

2° *179* enfants non prématurés, ayant un poids de naissance supérieur à 2,500 kg.

2° Plan de l'étude

— Dans un premier temps, nous avons comparé ces deux groupes en ce qui concerne les caractères cliniques.

— Dans un deuxième temps, nous avons envisagé l'influence possible des antécédents obstétricaux. Cela nous a conduits à comparer les prématurés et les non-prématurés pour lesquels on ne relevait aucun antécédent obstétrical. La même comparaison a été faite ensuite pour les cas présentant des antécédents obstétricaux.

— Dans un troisième temps, on a procédé de même pour les troubles pathologiques de la période néo-natale.

RÉSULTATS

A. — Relation entre prématurité et infirmité motrice cérébrale

Le tableau I indique les éléments cliniques qui différencient prématurés et non-prématurés. Les comparaisons ont porté sur 48 caractères, on a seulement indiqué les différences signicatives au seuil de probabilité inférieur à 5 %.

Tableau I

Comparaison des infirmes moteurs cérébraux prématurés et non prématurés

(Examen clinique : caractères différenciant les deux groupes.)

Examen clinique		Non-prématurés		Prématurés		Signification
Spasticité S	absence	114	64 %	39	49 %	p = 0,05
	présence	64	36 %	40	51 %	
Spasticité Σ	absence	106	59 %	28	35 %	p < 0,001
	présence	73	41 %	51	65 %	
Raideurs basales	absence	106	60 %	59	75 %	p = 0,05
	présence	72	40 %	20	25 %	
Etude des membres inférieurs.						
Siège	bilatéral et symétrique	106	59 %	63	80 %	p = 0,001
	unilatéral ou asymétrique	73	41 %	16	20 %	
Fléchisseurs des hanches	non atteints	119	70 %	41	54 %	p = 0,01
	atteints	50	30 %	35	46 %	
Ischios jambiers	non atteints	94	55 %	30	39 %	p = 0,05
	atteints	76	45 %	46	61 %	
Jumeaux	non atteints	26	15 %	3	4 %	p = 0,01
	atteints	148	85 %	74	96 %	
Triple flexum	non	148	84 %	56	71 %	p = 0,05
	oui	29	16 %	23	29 %	
Etude des membres supérieurs.						
Intensité de l'atteinte	nulle	38	21 %	33	42 %	p < 0,001
	moyenne	25	14 %	15	19 %	
	forte	116	65 %	31	39 %	
Tendance à la chute	non	118	72 %	64	85 %	p = 0,05
	oui	45	28 %	11	15 %	
Dystonie	non	82	49 %	52	69 %	p = 0,01
	oui	85	51 %	23	31 %	
Réaction d'appui	non	92	59 %	52	74 %	p = 0,05
	oui	64	41 %	18	26 %	
Agnosie	non	124	87 %	64	97 %	p = 0,05
	oui	18	13 %	2	3 %	
Handicap fonctionnel et troubles associés.						
Habillage	normal	37	21 %	28	35 %	p = 0,05
	pathologique	139	79 %	51	65 %	
Troubles visuels	aucun	78	55 %	21	31 %	p = 0,01
	strabisme	37	26 %	32	48 %	
	autres	26	19 %	14	21 %	
Langage	normal	90	53 %	64	85 %	p < 0,001
	pathologique	79	47 %	11	15 %	

1° *Les prématurés présentent significativement, plus souvent que les autres, les caractères suivants.*

Aux membres inférieurs :

— Des raideurs de type spastique (c'est-à-dire qu'il existe une exagération du réflexe d'étirement).

— Une atteinte bilatérale et symétrique.

— Une atteinte frappant plus spécialement les fléchisseurs de hanche, les ischios jambiers et les jumeaux.

— Une attitude préférentielle en triple flexum avec pied plat valgus équin.

Les troubles visuels enfin, et plus spécialement le strabisme, sont significativement plus fréquents chez les prématurés.

2° *Les non-prématurés présentent significativement, plus souvent que les prématurés, les caractères suivants.*

— Une atteinte importante des membres supérieurs.

— Des raideurs qui ne sont pas liées à une exagération du réflexe d'étirement, elles existent avant tout étirement, nous les désignerons sous le terme de raideurs basales.

— Des troubles posturaux et essentiellement de la dystonie.

— Des troubles de l'habillage importants.

— Des troubles du langage.

Dans l'ensemble, ces différences confirment nos impressions cliniques. Toutefois, nous nous sommes demandé dans quelle mesure des tiers facteurs, tels que le recrutement de l'échantillon, pouvaient intervenir. Nous avons vérifié qu'on ne relève pas de différence significative en ce qui concerne des caractères de recrutement tels que : l'âge, le sexe, le lieu d'habitat (tableau II).

B. — Influence de la pathologie de la grossesse

Ainsi que le montre le tableau II, les antécédents pathologiques au cours de la grossesse sont significativement plus fréquents chez les prématurés I. M. C. — 56 % contre 37 % (p = 0,01). Nous avons alors pensé qu'il était intéressant, étant donné leur fréquence, d'analyser de plus près ces antécédents maternels, et nous avons constaté que cette pathologie ne présente pas les mêmes caractéristiques dans les deux groupes.

Tableau II

Comparaison des prématurés et des non-prématurés.

(Facteurs généraux et antécédents maternels.)

		Non-prématurés		Prématurés		Signification
Sexe	garçons	108	60 %	41	52 %	N. S.
	filles	71	40 %	38	48 %	
Lieu de résidence	grande ville	99	56 %	52	66 %	N. S.
	petite ville, village	77	44 %	27	34 %	
Age à la 1re consultation	< 8 ans	127	71 %	63	80 %	N. S.
	⩾ 8 ans	52	29 %	16	20 %	
Rang de l'enfant	1	99	59 %	33	44 %	N. S.
	2	21	12 %	16	22 %	
	⩾3	49	29 %	25	34 %	
Lieu d'accouchement	domicile	29	27 %	7	14 %	N. S.
	clinique	42	39 %	16	33 %	
	hôpital	36	34 %	26	53 %	
Complications maternelles et anté-natales	non	112	63 %	35	44 %	p = 0,01
	oui	67	37 %	44	56 %	

N. S. : différence non significative.

— *Chez le prématuré,* il s'agit principalement de ce que Minkowski appelle les accidents de la *gestation* (avortement ou prématurité antérieurs, menace d'avortement ou métrorragies).

— *Chez le non-prématuré,* il s'agit essentiellement de ce que Minkowski appelle les « *gestoses* » (troubles de la série toxémique ou « maladie » intercurrente).

Ces troubles se répartissent ainsi dans les 2 groupes (*) :

	Non-prématurés	Prématurés
— accidents de la gestation	22 cas	30 cas
— toxémies gravidiques	24 cas	7 cas
— autre pathologie	21 cas	7 cas

L'importance de ces phénomènes était telle qu'on pouvait se demander si elle n'expliquait pas la différence constatée entre prématurés et non-prématurés en ce

(*) Nous n'avons pas, ici, effectué de comparaisons statistiques, car les regroupements en 3 rubriques ont été faits à posteriori.

qui concerne les signes cliniques envisagés au paragraphe A. Nous avons donc comparé prématurés et non-prématurés pour les cas ne présentant pas d'éléments pathologiques au cours de la grossesse et pour ceux qui en présentent.

1° *Comparaison des prématurés et des non-prématurés en l'absence d'éléments pathologiques au cours de la grossesse.*

Les résultats sont comparables à ceux qui ont été précédemment indiqués (tableau III). Les prématurés présentent plus souvent que les autres des raideurs spastiques, une atteinte bilatérale des membres inférieurs et des troubles visuels. Notons, toutefois, que les différences sont moins souvent significatives, mais ce phénomène peut provenir d'une diminution des effectifs.

2° *Comparaison des prématurés et des non-prématurés dans les cas présentant une pathologie de la grossesse.*

Ici aussi, on retrouve à peu près les mêmes différences entre prématurés et non-prématurés, mais elles sont moins nettes et souvent non significatives (tableau IV). La diminution plus importante des effectifs en est sans doute la cause puisque ces comparaisons portent seulement sur 111 cas. Le nombre de cas était d'ailleurs insuffisant pour qu'on puisse tenir compte de la nature de la pathologie.

Dans l'état actuel de l'étude, il ne semble pas que les antécédents obstétricaux puissent expliquer les différences observées entre les I. M. C. prématurés et non-prématurés. Nous avons d'ailleurs vérifié que ces antécédents modifiaient peu les caractéristiques cliniques de ces deux groupes d'enfants.

C. — Influence de la pathologie néo-natale

Nous avons considéré ici aussi bien l'existence d'une réanimation immédiate, d'un ictère prolongé ou d'accidents secondaires qui peuvent se subdiviser ainsi :

— détresse respiratoire secondaire;
— épisodes de cyanose des premiers jours;
— hémorragie cérébro-méningée;
— syndrome neuro-toxique des premiers jours;
— infection néo-natale.

Nous avons volontairement omis les interventions obstétricales en raison du petit nombre pouvant être précisé de façon exacte.

Tableau III

Comparaison des infirmes moteurs cérébraux prématurés et non prématurés, non exposés à des complications maternelles et anté-natales.

Examen clinique		Non-prématurés	Prématurés	Signification
Spasticité S	absence	77 69 %	14 40 %	p = 0,01
	présence	34 31 %	21 60 %	
Spasticité Σ	absence	71 63 %	14 40 %	p = 0,05
	présence	41 37 %	21 60 %	
Raideurs basales	absence	60 54 %	26 74 %	p = 0,05
	présence	51 46 %	9 26 %	
Etude des membres inférieurs.				
Siège	bilatéral et symétrique	65 58 %	29 83 %	p = 0,01
	unilatéral ou asymétrique	47 42 %	6 17 %	
Fléchisseurs des hanches	non atteints	74 71 %	17 52 %	p = 0,05
	atteints	30 29 %	16 48 %	
Ischios jambiers	non atteints	61 58 %	12 36 %	p = 0,05
	atteints	44 42 %	21 64 %	
Jumeaux	non atteints	18 17 %	1 3 %	N. S.
	atteints	90 83 %	33 97 %	
Triple flexum	non	90 82 %	21 60 %	p = 0,01
	oui	20 18 %	14 40 %	
Etude des membres supérieurs.				
Intensité de l'atteinte	nulle	19 17 %	15 43 %	p = 0,001
	moyenne	15 13 %	7 20 %	
	forte	78 70 %	13 37 %	
Tendance à la chute	non	74 73 %	28 87 %	N. S.
	oui	27 27 %	4 13 %	
Dystonie	non	47 46 %	21 66 %	p = 0,05
	oui	56 54 %	11 34 %	
Réaction d'appui	non	57 60 %	24 83 %	p = 0,05
	oui	38 40 %	5 17 %	
Agnosie	non	79 90 %	28 97 %	N. S.
	oui	9 10 %	1 3 %	
Handicap fonctionnel et troubles associés.				
Habillage	normal	25 23 %	12 34 %	N. S.
	pathologique	85 77 %	23 66 %	
Troubles visuels	non	48 55 %	7 23 %	p = 0,001
	strabisme	22 25 %	19 63 %	
	autres	17 20 %	4 13 %	
Langage	normal	55 52 %	28 82 %	p = 0,001
	pathologique	51 48 %	6 18 %	

TABLEAU IV

Comparaison des infirmes moteurs cérébraux prématurés et non prématurés, exposés à des complications maternelles ou anté-natales.

Examen clinique		Non-prématurés	Prématurés	Signification
Spasticité S	absence	37 55 %	25 57 %	N. S.
	présence	30 45 %	19 43 %	
Spasticité Σ	absence	35 52 %	14 32 %	p = 0,05
	présence	32 48 %	30 68 %	
Raideurs basales	absence	46 69 %	33 75 %	N. S.
	présence	21 31 %	11 25 %	
Etude des membres inférieurs.				
Siège	bilatéral et symétrique	41 61 %	34 77 %	N. S.
	unilatéral ou asymétrique	26 39 %	10 23 %	
Fléchisseurs des hanches	non atteints	45 69 %	24 56 %	N. S.
	atteints	20 31 %	19 44 %	
Ischios jambiers	non atteints	33 51 %	18 42 %	N. S.
	atteints	32 49 %	25 58 %	
Jumeaux	non atteints	8 12 %	2 5 %	N. S.
	atteints	58 88 %	41 95 %	
Triple flexum	non	58 87 %	35 80 %	N. S.
	oui	9 13 %	9 20 %	
Etude des membres supérieurs.				
Intensité de l'atteinte	nulle	19 28 %	18 41 %	N. S.
	moyenne	10 15 %	8 18 %	
	forte	38 57 %	18 41 %	
Tendance à la chute	non	44 71 %	36 84 %	N. S.
	oui	18 29 %	7 16 %	
Dystonie	non	35 55 %	31 72 %	N. S.
	oui	29 45 %	12 28 %	
Réaction d'appui	non	35 57 %	28 68 %	N. S.
	oui	26 43 %	13 32 %	
Agnosie	non	45 83 %	36 97 %	N. S. E. I.
	oui	9 17 %	1 3 %	
Handicap fonctionnel et troubles associés.				
Habillage	normal	12 18 %	16 36 %	p = 0,05
	pathologique	54 82 %	28 64 %	
Troubles visuels	non	30 55 %	14 38 %	N. S.
	strabisme	15 28 %	13 35 %	
	autres	9 17 %	10 27 %	
Langage	normal	35 56 %	36 88 %	p = 0,001
	pathologique	28 44 %	5 12 %	

E. I. : effectifs insuffisants.

Les épisodes pathologiques sont significativement plus fréquents dans le groupe des non-prématurés (65 %) que dans celui des prématurés (48 %). En outre, la nature des troubles n'est pas la même dans les 2 groupes. Chez les prématurés, on relève plus souvent des accidents secondaires; chez les non-prématurés, des réanimations de longue durée (*).

Ici également, on pouvait se demander si ces faits n'expliquaient pas en partie les différences constatées entre prématurés et non-prématurés. Nous avons donc repris leur comparaison en l'absence et en présence d'une pathologie néo-natale.

1° *En l'absence d'une pathologie néo-natale.*

Les prématurés et les non-prématurés ne diffèrent de façon significative que pour 4 caractères (tableau V).

— Les prématurés présentent plus souvent que les autres des atteintes bilatérales et symétriques des membres inférieurs et une atteinte des fléchisseurs de hanches. Ils ont, également, plus souvent des troubles visuels.

— Les non-prématurés présentent plus fréquemment des troubles du langage.

Pour les autres caractères, les différences vont généralement dans le même sens que celles qui sont indiquées au tableau I, mais elles sont moins nettes et non significatives. Il faut noter que le nombre de cas étudiés est peu élevé. Toutefois, on constate que les raideurs basales, qui étaient plus fréquentes chez les non-prématurés sont ici légèrement plus fréquentes chez les prématurés. Mais la différence de 4 % n'est évidemment pas significative.

2° *En présence d'une pathologie néo-natale.*

Les différences sont beaucoup plus nettes et plus souvent significatives (tableau VI); on note, d'ailleurs, que les effectifs sont plus élevés.

— Les prématurés présentent plus souvent que les autres des atteintes de type spastique et des troubles visuels.

— Les non-prématurés sont encore caractérisés par des atteintes majeures des membres supérieurs, l'intensité de la raideur basale et la fréquence des troubles du langage.

Il a semblé intéressant d'étudier de façon plus précise l'influence de la pathologie néo-natale chez le prématuré et le non-prématuré.

(*) Détail des épisodes pathologiques :

	Non-prématurés	Prématurés
— réanimation de moins d'un quart d'heure.	17 cas	11 cas
— réanimation de plus d'un quart d'heure..	53 cas	1 cas
— réanimation de durée inconnue	28 cas	5 cas
— accidents secondaires	15 cas	18 cas
— ictères prolongés	3 cas	3 cas

TABLEAU V

Comparaison des infirmes moteurs cérébraux prématurés et non prématurés, en l'absence d'une pathologie néo-natale.

Examen clinique		Non-prématurés	Prématurés	Signification
Spasticité S	absence	35 56 %	19 46 %	N. S.
	présence	27 44 %	22 54 %	
Spasticité Σ	absence	31 49 %	14 34 %	N. S.
	présence	32 51 %	27 66 %	
Raideurs basales	absence	47 75 %	29 71 %	N. S.
	présence	16 25 %	12 29 %	
Etude des membres inférieurs.				
Siège	bilatéral et symétrique	33 52 %	34 83 %	p = 0,001
	unilatéral ou asymétrique	30 48 %	7 17 %	
Fléchisseurs des hanches	non atteints	43 69 %	19 49 %	p = 0,05
	atteints	19 31 %	20 51 %	
Ischios jambiers	non atteints	32 52 %	14 36 %	N. S.
	atteints	30 48 %	25 64 %	
Jumeaux	non atteints	6 10 %	2 5 %	N. S.
	atteints	57 90 %	38 95 %	
Triple flexum	non	50 81 %	28 68 %	N. S.
	oui	12 19 %	13 32 %	
Etude des membres supérieurs.				
Intensité de l'atteinte	nulle	21 33 %	20 49 %	N. S.
	moyenne	11 18 %	7 17 %	
	forte	31 49 %	14 34 %	
Tendance à la chute	non	46 81 %	32 84 %	N. S.
	oui	11 19 %	6 16 %	
Dystonie	non	35 60 %	30 79 %	N. S.
	oui	23 40 %	8 21 %	
Réaction d'appui	non	38 63 %	27 77 %	N. S.
	oui	22 37 %	8 23 %	
Agnosie	non	47 85 %	33 97 %	N. S.
	oui	8 15 %	1 3 %	
Handicap fonctionnel et troubles associés.				
Habillage	normal	20 32 %	19 46 %	N. S.
	pathologique	43 68 %	22 54 %	
Troubles visuels	non	28 62 %	11 34 %	p = 0,05
	strabisme	9 20 %	13 41 %	
	autres	8 18 %	8 25 %	
Langage	normal	35 59 %	34 89 %	p < 0,001
	pathologique	24 41 %	4 11 %	

TABLEAU VI

Comparaison des infirmes moteurs cérébraux prématurés et non-prématurés, exposés à une pathologie néo-natale.

Examen clinique		Non-prématurés	Prématurés	Signification
Spasticité S	absence	79 68 %	20 53 %	N. S.
	présence	37 32 %	18 47 %	
Spasticité Σ	absence	75 65 %	14 37 %	p = 0,01
	présence	41 35 %	24 63 %	
Raideurs basales	absence	59 51 %	30 79 %	p = 0,01
	présence	56 49 %	8 21 %	
Etude des membres inférieurs.				
Siège	bilatéral et symétrique	73 63 %	29 76 %	N. S.
	unilatéral ou asymétrique	43 37 %	9 24 %	
Fléchisseurs des hanches	non atteints	76 71 %	22 59 %	N. S.
	atteints	31 29 %	15 41 %	
Ischios jambiers	non atteints	62 57 %	16 43 %	N. S.
	atteints	46 43 %	21 57 %	
Jumeaux	non atteints	20 18 %	1 3 %	p = 0,05
	atteints	91 82 %	36 97 %	
Triple flexum	non	98 85 %	28 74 %	N. S.
	oui	17 15 %	10 26 %	
Etude des membres supérieurs.				
Intensité de l'atteinte	nulle	17 15 %	13 34 %	p = 0,01
	moyenne	14 12 %	8 21 %	
	forte	85 73 %	17 45 %	
Tendance à la chute	non	72 68 %	32 86 %	p = 0,05
	oui	34 32 %	5 14 %	
Dystonie	non	47 43 %	22 59 %	N. S.
	oui	62 57 %	15 41 %	
Réaction d'appui	non	54 56 %	25 71 %	N. S.
	oui	42 44 %	10 29 %	
Agnosie	non	77 89 %	31 97 %	N. S.
	oui	10 11 %	1 3 %	
Handicap fonctionnel et troubles associés.				
Habillage	normal	17 15 %	9 24 %	N. S.
	pathologique	96 85 %	29 76 %	
Troubles visuels	non	50 52 %	10 29 %	p = 0,05
	strabisme	28 29 %	19 54 %	
	autres	18 19 %	6 17 %	
Langage	normal	55 50 %	30 81 %	p = 0,001
	pathologique	55 50 %	7 19 %	

3° *Influence d'une pathologie néo-natale sur chaque groupe.*

Chez le prématuré (tableau VII), les dominantes cliniques sont à peu près les mêmes, qu'il existe ou non une pathologie néo-natale. Notons, toutefois, que les troubles de l'habillage sont significativement plus fréquents lorsque les enfants ont présenté des troubles néo-nataux. On enregistre également, dans ce cas, une très légère augmentation de l'atteinte des membres supérieurs et de la dystonie. Mais ces dernières différences ne sont pas significatives.

Chez les non-prématurés (tableau VIII), l'existence d'une pathologie néo-natale modifie plus nettement le tableau clinique. On trouve significativement plus de raideurs basales, davantage d'atteintes des membres supérieurs, de dystonies et de troubles de l'habillage.

L'ensemble de ces éléments donne des résultats assez complexes, que nous avons déjà entrevus dans les tableaux V et VI. Aussi allons-nous examiner de nouveau quelques caractères à l'aide de graphiques.

Premier exemple : TYPE DE RAIDEUR.

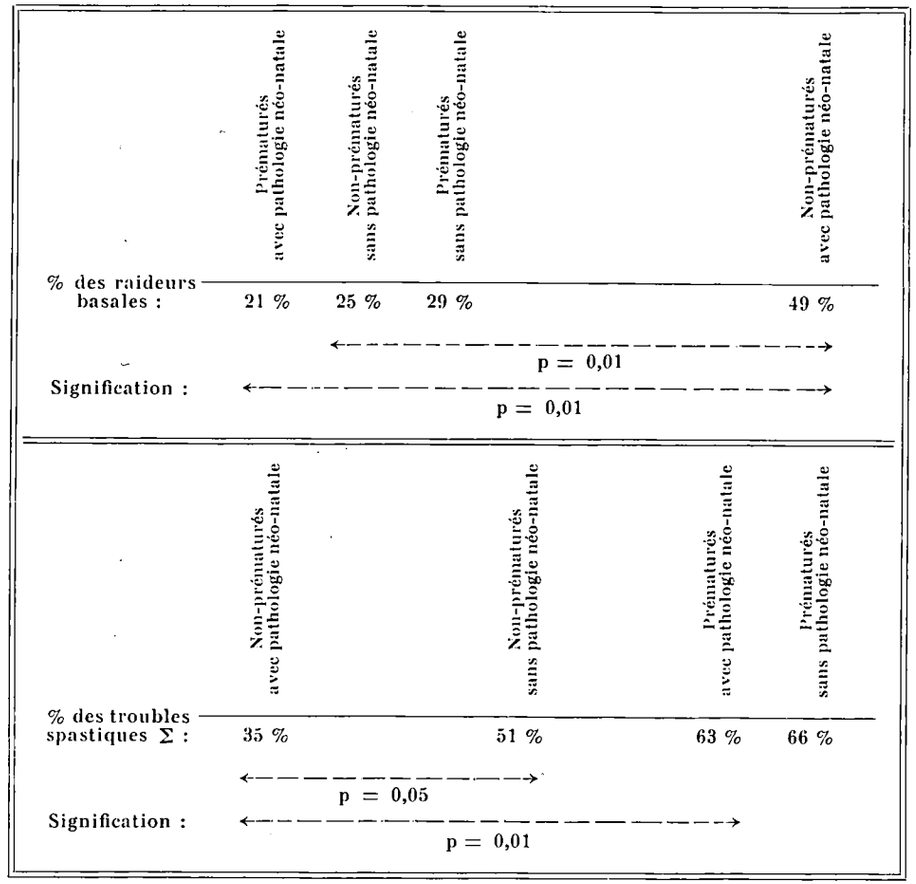
L'existence d'une pathologie néo-natale ne modifie pas le type de raideur chez les prématurés. Par contre, elle le modifie chez les non-prématurés : ceux d'entre eux qui ont souffert de troubles néo-nataux présentent de façon significative plus de raideurs basales et moins de phénomènes spastiques. Il est, par ailleurs, intéressant de constater que les non-prématurés qui n'ont pas eu de troubles néo-nataux se rapprochent des prématurés. Ceci est particulièrement sensible pour les raideurs basales ainsi que nous l'avons déjà signalé en examinant le tableau V.

Deuxième exemple : TROUBLES DE L'HABILLAGE.

Ces troubles sont un indice des atteintes des membres supérieurs et le schéma diffère de ceux qui ont été indiqués pour le type de raideur. On se souvient, en effet, que les prématurés qui ont eu des accidents néo-nataux présentent significativement, plus souvent que les autres, des troubles de l'habillage, rejoignant même les non-prématurés. Pour ces derniers, la présence d'une pathologie néo-natale correspond également à une fréquence significativement plus élevée de troubles de l'habillage.

Dans ces conditions, on comprend que les différences entre prématurés et non-prématurés diminuent lorsqu'on tient compte, pour les comparer, de l'existence d'une pathologie néo-natale. On a vu, aux tableaux V et VI, que ces différences n'étaient plus significatives.

GRAPHIQUE 1. — Type de raideurs.



GRAPHIQUE 2. — Troubles de l'habillage.

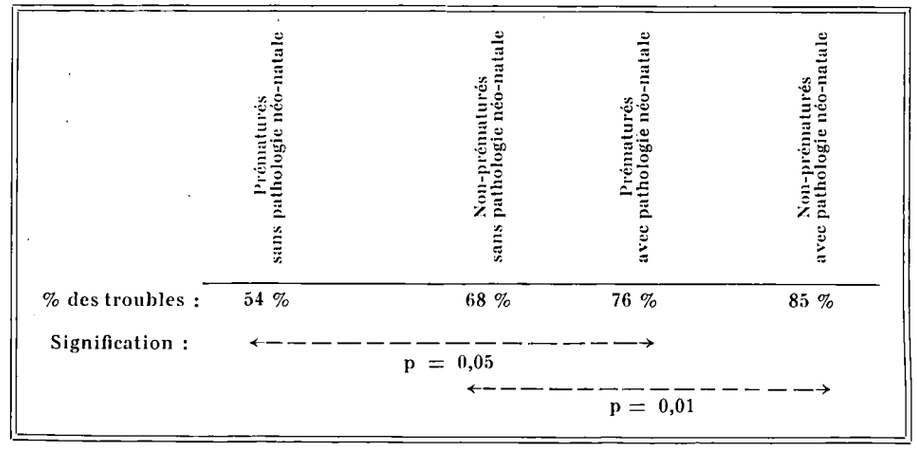


TABLEAU VII

Influence de la pathologie néo-natale sur les signes neurologiques des infirmes moteurs cérébraux prématurés.

Examen clinique		Pas de pathologie	Pathologie	Signification
Spasticité S	absence	19 46 %	20 53 %	N. S.
	présence	22 54 %	18 47 %	
Spasticité Σ	absence	14 34 %	14 37 %	N. S.
	présence	27 66 %	24 63 %	
Raideurs basales	absence	29 71 %	30 79 %	N. S.
	présence	12 29 %	8 21 %	
Etude des membres inférieurs.				
Siège	bilatéral et symétrique	34 83 %	29 76 %	N. S.
	unilatéral ou asymétrique	7 17 %	9 24 %	
Fléchisseurs des hanches	non atteints	19 49 %	22 59 %	N. S.
	atteints	20 51 %	15 41 %	
Ischios jambiers	non atteints	14 36 %	16 43 %	N. S.
	atteints	25 64 %	21 57 %	
Jumeaux	non atteints	2 5 %	1 3 %	N. S.
	atteints	38 95 %	36 97 %	
Triple flexum	non	28 68 %	28 74 %	N. S.
	oui	13 32 %	10 26 %	
Etude des membres supérieurs.				
Intensité de l'atteinte	nulle	20 49 %	13 34 %	N. S.
	moyenne	7 17 %	8 21 %	
	forte	14 34 %	17 45 %	
Tendance à la chute	non	32 84 %	32 86 %	N. S.
	oui	6 16 %	5 14 %	
Dystonie	non	30 79 %	22 59 %	N. S.
	oui	8 21 %	15 41 %	
Réaction d'appui	non	27 77 %	25 71 %	N. S.
	oui	8 23 %	10 29 %	
Agnosie	non	33 97 %	31 97 %	N. S.
	oui	1 3 %	1 3 %	
Handicap fonctionnel et troubles associés.				
Habillage	normal	19 46 %	9 24 %	p = 0,05
	pathologique	22 54 %	29 76 %	
Troubles visuels	non	11 34 %	10 29 %	N. S.
	strabisme	13 41 %	19 54 %	
	autres	8 25 %	6 17 %	
Langage	normal	34 89 %	30 81 %	N. S.
	pathologique	4 11 %	7 19 %	

TABLEAU VIII

Influence de la pathologie néo-natale sur les signes neurologiques des infirmes moteurs cérébraux non prématurés.

Examen clinique		Pas de pathologie	Pathologie	Signification
Spasticité S	absence	35 56 %	79 68 %	N. S.
	présence	27 44 %	37 32 %	
Spasticité Σ	absence	31 49 %	75 65 %	p = 0,05
	présence	32 51 %	41 35 %	
Raideurs basales	absence	47 75 %	59 51 %	p = 0,01
	présence	16 25 %	56 49 %	
Etude des membres inférieurs.				
Siège	bilatéral et symétrique	33 52 %	73 63 %	N. S.
	unilatéral ou asymétrique	30 48 %	43 37 %	
Fléchisseurs des hanches	non atteints	43 69 %	76 71 %	N. S.
	atteints	19 31 %	31 29 %	
Ischios jambiers	non atteints	32 52 %	62 57 %	N. S.
	atteints	30 48 %	46 43 %	
Jumeaux	non atteints	6 10 %	20 18 %	N. S.
	atteints	57 90 %	91 82 %	
Triple flexum	non	50 81 %	98 85 %	N. S.
	oui	12 19 %	17 15 %	
Etude des membres supérieurs.				
Intensité de l'atteinte	nulle	21 33 %	17 15 %	p = 0,01
	moyenne	11 18 %	14 12 %	
	forte	31 49 %	85 73 %	
Tendance à la chute	non	46 81 %	72 68 %	N. S.
	oui	11 19 %	34 32 %	
Dystonie	non	35 60 %	47 43 %	p = 0,05
	oui	23 40 %	62 57 %	
Réaction d'appui	non	38 63 %	54 56 %	N. S.
	oui	22 37 %	42 44 %	
Agnosie	non	47 85 %	77 89 %	N. S.
	oui	8 15 %	10 11 %	
Handicap fonctionnel et troubles associés.				
Habillage	normal	20 32 %	17 15 %	p = 0,01
	pathologique	43 68 %	96 85 %	
Troubles visuels	non	28 62 %	50 52 %	N. S.
	autres	9 20 %	28 29 %	
	strabisme	8 18 %	18 19 %	
Langage	normal	35 59 %	55 50 %	N. S.
	pathologique	24 41 %	55 50 %	

DISCUSSION

1. — Caractéristiques du prématuré

La prédominance de la spasticité, essentiellement de type Σ, la seule réellement importante à notre avis chez le prématuré, répond à ce que nous attendions; nous rappelons que la spasticité est une exagération du réflexe d'étirement, dans sa composante phasique, pour le type S, phasique et tonique pour le type Σ. Il nous paraît, cliniquement, que c'est ce second type de spasticité qui se complique le plus souvent, ultérieurement de rétractions (fibrose). En revanche, alors qu'il est bien classique, depuis Little, de parler de la fréquence du « Schème de Little » chez le prématuré, il n'est pas apparu de différence significative à son propos dans notre population. Certes, *le Schème de Little est un peu plus fréquent* (23 % contre 17 %) chez le prématuré que chez celui qui ne l'est pas, mais cette différence demeure très loin de la signification. Seuls, certains éléments de ce schème apparaissent statistiquement significatifs :

— la raideur des fléchisseurs de hanche;
— la raideur des ischios jambiers;
— la raideur des jumeaux,

alors que la fréquence de la raideur des adducteurs et des rotateurs internes ne diffère guère dans les deux populations, d'où la liaison retrouvée en station debout, entre le triple flexum avec pied plat valgus équin et la prématurité. En revanche, nous retrouvons des notions bien classiques en matière de siège de l'atteinte.

La symétrie de l'atteinte des membres inférieurs est étroitement liée à la prématurité.

L'intégrité des membres supérieurs est statistiquement plus fréquente chez le prématuré que chez le non-prématuré.

Le fait qu'il existe statistiquement *plus de troubles visuels* chez le prématuré, et en particulier plus de strabismes, rejoint l'opinion de J. C. Tabary, qui pense que les troubles visuels sont extrêmement fréquents chez le prématuré et qu'il y a une corrélation entre l'intensité des troubles visuels et le bas niveau de performance. Faute d'examens psychologiques suffisamment poussés (population de consultation), nous n'avons pu vérifier cette hypothèse, mais nous espérons pouvoir le faire ultérieurement sur une population d'enfants hospitalisés ou suivis de très près.

2. — Caractéristiques du non-prématuré

Nous nous attendions, ici encore, à trouver cette *prédominance des raideurs basales* chez le non-prématuré; nous rappelons que, par raideurs basales, nous entendons les contractions musculaires que l'enfant est incapable d'éviter malgré

la consigne de repos. L'enfant est couché confortablement, en évitant au maximum les stimuli extérieurs. Nous incluons dans le même facteur toutes les contractions quelle que soit leur allure : raidissement sans mouvement ou mouvements athétosiques.

La prédominance des troubles posturaux chez le non-prématuré répond également à notre attente. Ces troubles précisent l'anomalie du maintien postural (dystonie = aspect anormal; tendance à la chute = insuffisance de force posturale). Seule la variabilité de ce maintien ne diffère pas entre nos deux populations.

Les troubles du langage, enfin, sont réellement l'apanage du non-prématuré. Ces troubles sont, à l'égard de la sphère bucco-linguo-pharyngo-laryngée et respiratoire, les équivalents des troubles moteurs des membres chez l'I. M. C.

Nous pensions que les troubles du langage, si rares chez le prématuré, étaient directement en rapport avec une pathologie néo-natale. L'étude comparative, avec et sans pathologie néo-natale, ne nous a montré aucune différence significative bien que le pourcentage des troubles du langage soit plus rare en l'absence d'accidents néo-nataux (11 % contre 19 % en cas d'accident néo-natal).

3. — Discussion de la relation trouvée dans notre population d'I. M. C. entre la pathologie de la grossesse et la prématurité

Cette pathologie de la grossesse est, ainsi que nous l'avons déjà dit, significativement plus fréquente chez l'I. M. C. ancien prématuré.

Après avoir constaté que les antécédents gravidiques de la mère ne modifiaient guère l'aspect clinique de l'ancien prématuré, ni ses grandes caractéristiques par rapport au non-prématuré, nous nous sommes demandé si la liaison trouvée n'était pas davantage une liaison entre pathologie de la grossesse et prématurité plutôt qu'entre pathologie de la grossesse et infirmité motrice cérébrale.

Malheureusement, nous ne disposions pas, dans le cadre de notre étude, d'éléments permettant de comparer prématurés non I. M. C. aux prématurés I. M. C.

Nous avons simplement pu constater que les pourcentages d'I. M. C. anciens prématurés ayant présenté une pathologie de la grossesse sont *du même ordre de grandeur* que ceux signalés dans la littérature à propos des prématurés. Nous en indiquons quelques-uns ici, à titre d'exemple, bien que les populations ne soient pas statistiquement comparables.

— Alison constate que 47 à 53 % des prématurités demeurent inexpliquées, nous trouvons dans notre population 40 % d'enfants I. M. C. sans antécédents maternels pathologiques.

— F. Gillot [1] signale que, suivant les auteurs, la fréquence de la maladie des prématurés à répétition varie de 10 à 12 %, nous trouvons 10 %.

— *L'enquête prospective américaine du « New York College »*, 1966 [2], mentionne 50 % de complications maternelles chez les prématurés et 9,3 % de toxémie gravidique chez les mères des prématurés. Nous en trouvons 9 % dans notre population.

4. — Pathologie néo-natale et infirmité motrice cérébrale

Nous ne reviendrons pas, ici, sur l'influence de cette pathologie sur l'aspect clinique de nos deux populations. Nous voudrions plutôt attirer l'attention du lecteur sur le groupe des non-prématurés sans accidents néo-nataux. Ces enfants n'ont eu, pour expliquer leur infirmité motrice cérébrale, ni prématurité, ni pathologie néo-natale, ni pathologie post-natale. Ils représentaient 16 % de notre population de départ et 35 % de la population des non-prématurés. C'est dire que c'est un groupe non négligeable dont l'étude anamnestique ne révèle qu'inconstamment des antécédents gravidiques chez la mère ou, plus rarement encore, une manœuvre obstétricale au cours de l'accouchement. Près de la moitié de ces enfants n'ont absolument aucun antécédent pathologique connu.

Nous pensions qu'une telle population aurait un aspect clinique peu différent de celui des prématurés sans pathologie néo-natale puisque, semblait-il, I. M. C. de naissance. Cette idée ne s'est pas trouvée vérifiée. Certes, le type des raideurs ne diffère plus significativement mais, ainsi que nous l'avons déjà vu, il demeure toujours trois différences fondamentales concernant :

— l'atteinte bilatérale et symétrique des membres inférieurs;
— les troubles visuels;
— les troubles du langage.

RÉSUMÉ

Cette étude vise à comparer des I. M. C. prématurés (79 cas) à des I. M. C. non-prématurés (179 cas) : tant sur le plan clinique que sur le plan de l'anamnèse.

Les résultats montrent des différences statistiquement significatives entre les deux groupes.

L'aspect clinique du prématuré est nettement défini : c'est un spastique dont l'atteinte, plus souvent bilatérale et symétrique, prédomine aux membres inférieurs. Les troubles visuels, et en particulier le strabisme, sont chez lui plus fréquents.

Le non-prématuré présente des atteintes neurologiques de types divers, les membres supérieurs sont, chez lui, plus souvent atteints et les troubles du langage plus fréquents.

L'anamnèse révèle une plus grande proportion de complications maternelles et anténatales chez le prématuré (56 % contre 37 %), la nature de ces complications est bien particulière à chacun des groupes. Les complications néo-natales, également de nature différente dans les deux groupes, sont par contre moins fréquentes chez le prématuré (48 % contre 65 %). Il est intéressant de constater que ces deux types de complications ont peu d'incidence sur l'aspect clinique du prématuré. Par contre, les troubles néo-nataux modifient cet aspect chez les non-prématurés. Nous pensons d'ailleurs que le groupe des non-prématurés appelle quelques réserves quant à sa définition et représente ici un ensemble assez hétérogène.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gillot (F.) : Etiologie et prophylaxie de la prématurité. *Rev. du Prat.*, *17*, n° 5, 555.
2. Braine Martin (D. S.), Heimer (C. B.), Wortis (H.) et Freedman (A. M.) : Factors associated with impairment of the early development of prematures. *3rd Monographis of the society for research in child development*, Serial NO 106, 1966, Vol. *31*, n° 4.

Bulletin de l'I. N. S. E. R. M. T. 22, 1967, n° 4, pp. 763-768.

INFORMATION SANITAIRE

DÉMOGRAPHIE ET STATISTIQUES GÉNÉRALES DE MORTALITÉ

LA MORTALITÉ GÉNÉRALE EN 1966 ET 1965

Répartition par région et département.

Dans le bulletin tome 22, n° 3, nous avons donné, pour les années 1966 et 1965, les résultats annuels concernant l'évolution de la population et de la mortalité générale pour l'ensemble de la France.

Nous présentons maintenant la suite logique de cet article, soit la répartition de la population et des décès de toutes causes par région et département (1).

Ces résultats correspondent :

— *Pour l'année 1966 :* à des données provisoires, donc sujettes à quelques rectifications, aussi bien en ce qui concerne la population que la mortalité générale.

— *Pour l'année 1965 :* à la population moyenne définitive, et, pour la mortalité générale, des données provisoires et des données définitives.

Les données provisoires de l'année 1965 sont comparables aux données provisoires de l'année 1966, elles ont pour objet la répartition des décès selon le département d'enregistrement.

(1) Cf. *Bulletin mensuel de statistique de l'I.N.S.E.E.* (numéro de mars 1967).

MORTALITÉ GÉNÉRALE PAR DÉPARTEMENT EN 1966 ET 1965

Source : *I. N. S. E. E.*

Numéro de département	Région et département	Population moyenne en milliers d'habit.		Mortalité générale					
				Nombres absolus			Taux pour 10 000 habitants		
		Année 1966 (1)	Année 1965	Année 1966 (2)	Année 1965 (2)	Année 1965 (3)	Année 1966 (2)	Année 1965 (2)	Année 1965 (3)
75.	Seine :								
	Paris	2 825,3	2 832,0	31 868	32 695	29 626	113	115	105
	Banlieue	3 250,8	3 171,4	22 301	22 493	26 937	70	72	85
	Ensemble	6 076,1	6 003,4	54 169	55 188	56 563	90	92	94
77.	Seine-et-Marne	575,2	564,0	6 460	6 459	6 436	114	116	114
78.	Seine-et-Oise	2 707,8	2 621,9	22 141	22 229	21 933	83	86	84
	Région parisienne	9 359,1	9 189,3	82 770	83 876	84 932	90	92	92
08.	Ardennes	314,9	312,9	3 299	3 420	3 581	105	110	114
10.	Aube	266,0	264,1	2 986	3 112	3 153	113	118	119
51.	Marne	465,7	460,9	4 717	5 128	5 094	102	112	111
52.	Haute-Marne	215,2	214,9	2 171	2 354	2 398	101	110	112
	Champagne	1 261,8	1 252,0	13 173	14 014	14 226	105	112	114
02.	Aisne	528,5	525,7	5 805	5 900	6 035	110	113	115
60.	Oise	519,9	512,5	5 520	5 621	5 515	107	110	108
80.	Somme	502,3	499,8	5 988	6 406	6 399	120	129	128
	Picardie	1 550,7	1 538,0	17 313	17 927	17 949	112	117	117
27.	Eure	380,0	376,8	3 745	3 761	3 872	99	100	103
76.	Seine-Maritime	1 092,7	1 081,4	10 815	11 069	10 997	100	102	102
	Haute-Normandie	1 472,7	1 458,2	14 560	14 830	14 869	99	102	102
18.	Cher	302,1	300,9	3 985	4 124	4 122	132	137	137
28.	Eure-et-Loir	290,0	288,0	3 212	3 338	3 227	111	116	112
36.	Indre	250,8	251,8	3 070	3 401	3 424	122	135	136
37.	Indre-et-Loire	419,6	415,6	4 610	4 819	4 735	110	117	114
41.	Loir-et-Cher	259,1	257,7	2 921	3 099	3 184	113	121	124
45.	Loiret	413,8	409,1	4 745	4 887	4 809	115	120	118
	Centre	1 936,3	1 923,1	22 543	23 668	23 501	117	123	122
59.	*Nord*	2 423,2	2 399,0	27 357	27 973	27 456	114	117	114
62.	*Pas-de-Calais*	1 404,1	1 397,8	13 933	14 287	14 902	99	102	107
	Nord	3 827,3	3 796,8	41 290	42 260	42 358	108	112	112
54.	Meurthe-et-Moselle	718,6	711,0	7 022	6 955	6 537	98	98	92
55.	Meuse	221,4	220,9	2 224	2 418	2 529	101	110	114
57.	Moselle	1 007,5	991,2	8 023	8 249	8 631	80	84	87
88.	Vosges	389,1	387,8	4 149	4 257	4 281	107	110	110
	Lorraine	2 336,6	2 310,9	21 418	21 879	21 978	92	95	95
67.	Bas-Rhin	817,0	808,2	9 299	9 540	9 320	114	118	115
68.	Haut-Rhin	575,3	570,9	6 828	7 195	7 113	119	126	125
	Alsace	1 392,3	1 379,1	16 127	16 735	16 433	116	122	119
25.	Doubs	428,4	420,0	3 695	3 666	3 641	87	88	87
39.	Jura	232,5	231,4	2 598	2 643	2 666	112	115	115
70.	Haute-Saône	209,8	210,0	2 547	2 585	2 642	121	123	126
90.	Territoire de Belfort	117,8	116,2	1 101	1 175	1 251	94	102	108
	Franche-Comté	988,5	977,6	9 941	10 069	10 200	101	103	104
14.	Calvados	502,4	498,2	5 038	4 979	4 878	101	100	98
50.	Manche	443,9	445,1	4 760	4 789	4 843	107	108	109
61.	Orne	284,8	284,3	3 123	3 254	3 242	110	115	114
	Basse-Normandie	1 231,1	1 227,6	12 921	13 022	12 963	105	106	106
44.	Loire-Atlantique	844,1	836,3	8 812	9 114	9 047	105	109	108
49.	Maine-et-Loire	581,1	576,0	5 785	5 790	5 824	100	101	101
53.	Mayenne	248,3	249,2	2 826	2 851	2 927	114	115	117
72.	Sarthe	457,7	455,1	4 666	4 810	4 820	102	106	106
85.	Vendée	414,0	413,5	4 487	4 683	4 722	108	113	114
	Pays de la Loire	2 545,2	2 530,1	26 576	27 248	27 340	105	108	108
22.	Côtes-du-Nord	499,0	500,4	6 387	6 596	6 627	128	132	132
29.	Finistère	755,7	755,4	9 050	9 380	9 466	120	124	125
35.	Ille-et-Vilaine	631,4	628,0	7 111	7 155	6 943	113	114	111
56.	Morbihan	533,6	533,6	6 354	6 703	6 796	119	126	127
	Bretagne	2 419,7	2 417,4	28 902	29 834	29 832	120	123	123
19.	Corrèze	239,4	239,7	3 151	3 291	3 312	132	138	138
23.	Creuse	159,0	160,5	2 455	2 680	2 713	154	167	169
87.	Haute-Vienne	337,1	336,7	4 352	4 516	4 482	129	134	133
	Limousin	735,5	736,9	9 958	10 487	10 507	135	142	143

MORTALITÉ GÉNÉRALE *(suite)*.

Numéro de département	Région et département	Population moyenne en milliers d'habit.		Mortalité générale					
				Nombres absolus			Taux pour 10 000 habitants		
		Année 1966 (1)	Année 1965	Année 1966 (2)	Année 1965 (2)	Année 1965 (3)	Année 1966 (2)	Année 1965 (2)	Année 1965 (3)
03.	Allier	390,5	389,4	5 120	5 083	5 123	131	131	132
15.	Cantal	169,3	170,5	2 124	2 196	2 251	125	128	132
43.	Haute-Loire	209,6	210,3	2 807	2 974	3 019	134	141	144
63.	Puy-de-Dôme	538,2	533,0	6 386	6 550	6 541	119	124	123
	Auvergne	1 307,6	1 303,2	16 437	16 803	16 934	126	129	130
16.	Charente	336,5	335,4	3 885	4 047	4 058	116	121	121
17.	Charente-Maritime	484,0	482,3	5 206	5 612	5 679	108	117	118
79.	Deux-Sèvres	325,8	325,5	3 484	3 627	3 635	107	112	112
86.	Vienne	338,5	338,1	3 787	4 076	4 076	112	121	121
	Poitou-Charente	1 484,8	1 481,3	16 362	17 362	17 448	110	117	118
24.	Dordogne	375,8	377,4	4 707	4 991	5 180	125	132	137
33.	Gironde	983,8	978,7	11 755	12 285	11 867	120	125	121
40.	Landes	269,5	268,3	3 291	3 612	3 647	122	135	136
47.	Lot-et-Garonne	286,6	286,3	3 297	3 479	3 547	115	122	124
64.	Basses-Pyrénées	505,8	499,2	5 334	5 920	5 823	106	120	117
	Aquitaine	2 421,5	2 409,9	28 384	30 287	30 064	118	126	125
09.	Ariège	140,4	140,9	1 870	2 046	2 046	133	144	145
12.	Aveyron	292,5	293,1	3 434	3 674	3 729	117	125	127
31.	Haute-Garonne	669,5	660,6	7 013	7 254	7 039	105	111	107
32.	Gers	183,4	184,2	2 280	2 508	2 555	124	136	139
46.	Lot	153,3	153,2	1 986	2 151	2 110	130	141	138
65.	Hautes-Pyrénées	226,6	225,2	2 699	2 810	2 769	119	125	123
81.	Tarn	334,9	333,7	2 857	3 947	3 980	115	119	119
82.	Tarn-et-Garonne	186,0	185,9	2 097	2 279	2 324	113	123	125
	Midi-Pyrénées	2 186,6	2 176,8	25 236	26 669	26 552	116	123	122
21.	Côte-d'Or	411,7	407,3	4 351	4 579	4 439	106	113	109
58.	Nièvre	249,6	249,3	3 419	3 544	3 565	137	143	143
71.	Saône-et-Loire	554,6	551,6	6 457	6 772	6 774	117	123	123
89.	Yonne	274,7	274,0	3 935	4 198	4 176	144	153	152
	Bourgogne	1 490,6	1 482,2	18 162	19 093	18 954	122	129	128
01.	Ain	346,7	343,1	3 856	3 920	4 004	112	115	117
07.	Ardèche	255,9	255,8	3 159	3 085	3 131	123	121	122
26.	Drôme	335,4	330,5	3 570	3 609	3 736	107	110	113
38.	Isère	815,6	799,7	7 669	7 787	8 055	95	98	101
42.	Loire	724,7	719,7	7 889	7 968	8 119	109	111	113
69.	Rhône	1 249,6	1 227,0	12 544	12 348	11 638	101	101	95
73.	Savoie	279,6	277,3	2 966	3 055	3 004	107	111	108
74.	Haute-Savoie	365,8	358,1	3 569	3 588	3 560	99	101	99
	Rhône-Alpes	4 373,3	4 311,2	45 222	45 360	45 247	104	106	105
11.	Aude	278,7	278,6	3 412	3 744	3 765	122	135	135
30.	Gard	471,7	466,8	5 201	5 251	5 343	111	113	114
34.	Hérault	569,4	563,6	6 538	6 620	6 542	115	118	116
48.	Lozère	83,6	83,7	1 028	1 034	1 062	123	124	127
66.	Pyrénées-Orientales	286,3	283,4	3 364	3 360	3 361	118	120	119
	Languedoc	1 689,7	1 676,1	19 543	20 009	20 073	116	120	120
04.	Basses-Alpes	104,0	102,5	1 086	1 196	1 260	105	118	123
05.	Hautes-Alpes	92,8	92,3	970	1 017	1 010	105	111	109
06.	Alpes-Maritimes	702,3	691,3	8 911	8 746	8 536	128	128	123
13.	Bouches-du-Rhône	1 431,9	1 411,0	14 611	15 178	14 978	103	108	106
20.	Corse	184,6	182,9	2 254	2 316	2 425	123	127	133
83.	Var	532,2	524,2	5 814	5 953	6 108	110	114	116
84.	Vaucluse	341,5	336,8	3 773	3 773	3 664	111	113	109
	Provence-Côte-d'Azur	3 389,3	3 341,0	37 419	38 179	37 981	111	115	114
	Ensemble de la France	49 400,2	48 918,7	524 257	539 611	540 341	—	—	—
	Totalisation résultats complets (4)	49 400,2	48 918,7	525 600	540 341	540 341	106	110	110

(1) Population moyenne provisoire, année 1966; population moyenne définitive, année 1965.
(2) Résultats provisoires; répartition selon le lieu du décès.
(3) Résultats définitifs; répartition selon le lieu du domicile.
(4) Résultats complets évalués pour l'année 1966.

Les données définitives de l'année 1965 ont pour objet la répartition des décès selon le département de domicile. Cette répartition différente des décès : d'après le département d'enregistrement pour les statistiques provisoires, d'après le département de domicile pour les statistiques définitives, explique les écarts que l'on peut constater entre les nombres et les taux de mortalité d'un même département.

La juxtaposition des nombres et des taux de mortalité : définitifs et provisoires pour l'année 1965, provisoires pour l'année 1966, peut permettre au lecteur de saisir les corrections nécessaires à effectuer sur les nombres et les taux de mortalité de l'année 1966 pour apprécier la valeur des nombres et des taux définitifs de l'année 1966.

Si, pour de nombreux départements, les différences entre les données provisoires et définitives sont peu importantes, par contre, pour un certain nombre d'entre eux, les différences sont plus apparentes. Ces écarts sont constatés aussi bien dans des départements à forte concentration urbaine que dans des départements à prédominance rurale. L'équipement hospitalier des premiers semble drainer une clientèle étrangère au département alors que, dans les seconds, il semble que nous assistions à un exode d'une partie des malades. Cette constatation n'est certes pas générale, d'autres phénomènes doivent intervenir, mais pour un certain nombre de départements elle paraît s'imposer.

A cet égard, la répartition de la mortalité à l'intérieur des subdivisions du département de la Seine est un exemple significatif de l'attrait que présente la haute spécialisation des services hospitaliers de la capitale. Il en est de même pour les départements du Nord, du Rhône, des Bouches-du-Rhône, de la Haute-Garonne et de la Gironde.

A l'échelon des régions les écarts sont moins nombreux et, lorsqu'ils existent, de peu d'importance. Les régions paraissent moins sujettes aux variations que les départements. Il semble que le phénomène d'attraction que présentent les grandes villes avec leurs hôpitaux se trouve alors fortement atténué. Les régions représentent des entités plus stables que les départements du point de vue du moins de la mortalité générale provisoire. Par contre, elles annulent les écarts de mortalité entre les départements d'une même région. Ces différences ne peuvent être connues avec le maximum de vraisemblance que par l'étude de la mortalité dite définitive.

CL. MOINE et L. MAUJOL.

Bulletin de l'I. N. S. E. R. M. T. **22**, 1967, n° 4, pp. 769-832.

SECTIONS MÉDICO-SOCIALES. DONNÉES STATISTIQUES

STATISTIQUES MÉDICALES DES ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES

Année 1965

Sommaire.

INTRODUCTION 772

0.1. — Répartition, par région, des établissements hospitaliers psychiatriques ayant effectivement fonctionné en 1965 773

0.2. — Nombre d'établissements, nombre de lits réglementaires maximum des services d'adultes et indice d'équipement, par région, en 1965 774

RAPPEL MÉTHODOLOGIQUE 775

A. — *Répartition selon l'âge* 775

B. — *Classement par catégorie diagnostique* 775

PREMIÈRE PARTIE

MALADES EXISTANTS AU 31 DÉCEMBRE 1965

Définitions et commentaires 782

1.1. — Répartition par sexe et par âge 785

1.2. — Répartition comparative, par sexe et par âge, de la population existante au 31 décembre 1965 dans les établissements psychiatriques et de la population générale de la France au 1er janvier 1966 786

1.3. — Taux des existants au 31 décembre 1965, par sexe et par âge 787

1.4. — Répartition comparative, par région, du nombre de lits réglementaires maximum et du nombre de malades existants au 31 décembre 1965 788

1.5. — Répartition par sexe et par catégorie diagnostique 789
1.6. — Répartition par sexe et par âge, pour les six catégories diagnostiques principales 790
1.7. — Proportion, dans chaque groupe d'âge, de chacune des six catégories diagnostiques principales. 793
1.8. — Taux des existants, par âge et pour chacune des six catégories diagnostiques principales 794
1.9. — Répartition par sexe et ancienneté d'admission 796
1.10. — Répartition, par sexe et catégorie diagnostique, des existants au 31 décembre 1965 séjournant depuis plus d'un an 797
1.11. — Proportion, par sexe et pour chaque catégorie diagnostique, des existants hospitalisés depuis plus d'un an par rapport au total des existants au 31 décembre 1965 798

Deuxième partie

ADMISSIONS EN 1965

Rappel des définitions 799
Commentaires 800
2.1. — Répartition des entrées de 1965, par sexe et type d'admission 802
2.2. — Répartition, par sexe et catégorie diagnostique, de l'ensemble des admissions. 803
2.3. — Répartition, par sexe et par catégorie diagnostique, des admissions pour la première fois 804
2.4. — Taux des premières admissions pour les principales catégories diagnostiques. 805
2.5. — Proportion, par sexe et pour chaque catégorie diagnostique, des admissions pour la première fois, par rapport au total des admissions de 1965 806
2.6. — Position au 31 décembre des admissions de 1965 806
2.7. — Proportion, par sexe et pour chaque catégorie diagnostique, des admissions de 1965 suivies d'une sortie ou d'un décès la même année, par rapport au total des admissions de l'année 807
2.8. — Répartition des admissions par sexe et par âge 808
2.9. — Taux des premières admissions par sexe et par âge 809

Troisième partie

SORTIES ET DÉCÈS EN 1965

Rappel des définitions 810
Commentaires 811
3.1. — Répartition, par sexe et par mode de sortie, des sorties de 1965 812
3.2. — Répartition des sorties par sexe et par catégorie diagnostique 813
3.3. — Répartition des sorties par sexe et par âge 814
3.4. — Répartition, par sexe et par catégorie diagnostique, des décès de 1965 815
3.5. — Proportion des décès, par sexe et catégorie diagnostique, par rapport à l'ensemble des sorties et décès 816
3.6. — Répartition des décès par sexe et par âge 817
3.7. — Taux des décès survenus à l'hôpital psychiatrique pour 1 000 décès de la population générale 818

Quatrième partie

HOSPITALISATIONS EN 1965

Définitions et commentaires 819
4.1. — Répartition, par sexe et par catégorie d'hospitalisation, des hospitalisations ayant débuté et/ou pris fin en 1965 821
4.2. — Répartition, par sexe, catégorie d'hospitalisation et catégorie diagnostique, des hospitalisations ayant débuté et/ou pris fin en 1965 822
4.3. — Répartition, par sexe et par catégorie diagnostique, des hospitalisations ayant débuté et pris fin en 1965 825
4.4. — Répartition, par sexe et par catégorie diagnostique, des malades existants au 31 décembre 1965 et séjournant depuis plus d'un an 826
4.5. — Répartition, par sexe et par catégorie d'hospitalisation, de l'ensemble des hospitalisations de 1965 826
4.6. — Répartition, par sexe et par catégorie diagnostique, de l'ensemble des hospitalisations 827
4.7. — Répartition, par sexe, catégorie d'hospitalisation et catégorie diagnostique, de l'ensemble des hospitalisations de 1965 828
4.8. — Répartition, par sexe et par catégorie diagnostique, de l'excédent des entrées par rapport aux sorties et décès 831

Conclusion 832

INTRODUCTION

Les données statistiques publiées ici concernent l'activité, en 1965, des services d'adultes des établissements hospitaliers psychiatriques français (à l'exclusion des établissements situés en dehors du territoire métropolitain).

Ces données sont élaborées à partir des états annuels SP 5/S et SP 5 qui constituent les documents de base de la statistique hospitalière psychiatrique. L'état SP 5/S rassemble annuellement les données de chaque service hospitalier. Son caractère médical est souligné par le fait qu'il est établi au niveau de chaque service, sous la responsabilité du médecin-chef.

En ce qui concerne les services d'adultes, les états SP 5/S permettent d'obtenir pour l'année considérée :

— la répartition par sexe, âge et catégorie diagnostique des malades existants au 31 décembre;

— le mouvement des admissions et des sorties de l'année par sexe, catégorie diagnostique et type d'admission ou de sortie, ainsi que la répartition des décès par sexe et catégorie diagnostique;

— la répartition par sexe et par âge des différents types d'admission, de sortie et des décès de l'année;

— la répartition par sexe et catégorie diagnostique du mouvement et de l'ensemble des hospitalisations.

Les données concernant les deux types de service d'adultes (fermé et libre) ont été réunies dans ce rapport mais, étant recueillies séparément, elles peuvent si nécessaire être distinguées.

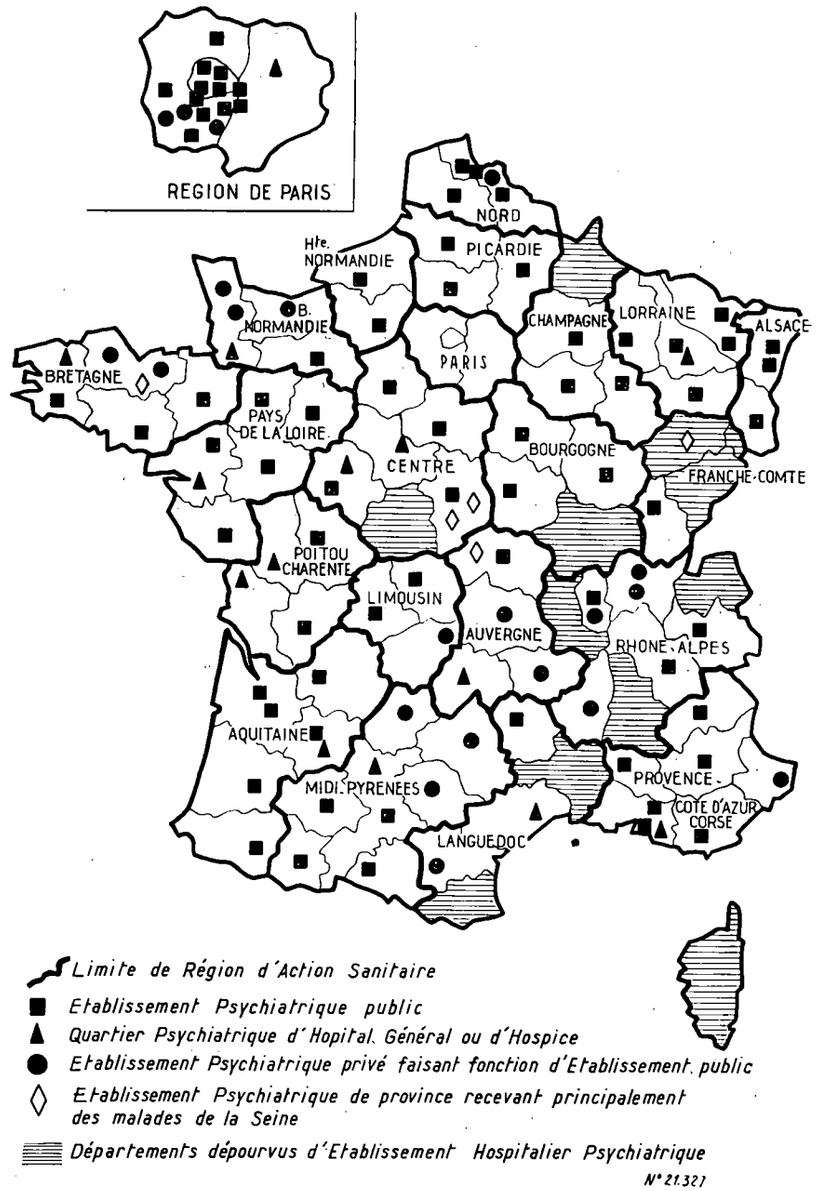
Les établissements psychiatriques dont les services sont tenus d'établir annuellement un état SP 5/S sont les établissements hospitaliers psychiatriques publics : hôpitaux psychiatriques départementaux ou autonomes, établissement national de Saint-Maurice, quartiers psychiatriques d'hôpital général ou d'hospice, établissements psychiatriques privés faisant fonction d'établissements publics, colonies familiales et centres de rééducation pour alcooliques.

En plus des états SP 5 et SP 5/S, les établissements ont fourni, pour l'année 1965, des renseignements complémentaires sur le nombre de lits réglementaires maximum et l'effectif des existants au 31 décembre. Ces renseignements ont été obtenus à l'aide d'états annexes permettant de les recueillir pour chaque service et pour l'ensemble des services de l'établissement.

En 1965, tous les établissements, soit un total de 113, ont fait parvenir ces états.

La carte 0.1 et le tableau 0.2 donnent, par circonscription d'action régionale, le nombre et la répartition des établissements psychiatriques ayant effectivement fonctionné en 1965. Le tableau 0.2 donne, pour chaque circonscription, le nombre de lits réglementaires maximum des services d'adultes.

0.1. — RÉPARTITION, PAR RÉGION, DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS PSYCHIATRIQUES AYANT EFFECTIVEMENT FONCTIONNÉ EN 1965



0.2. — NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS, NOMBRE DE LITS RÉGLEMENTAIRES MAXIMUM DES SERVICES D'ADULTES ET INDICE D'ÉQUIPEMENT, PAR RÉGION, EN 1965

Circonscriptions d'action régionale	Nombre d'établissements	Nombre de lits réglementaires maximum des services d'adultes	Indice d'équipement *
Nord	5	6 326	165
Picardie	3	4 105	265
Paris { Malades de la Seine	16	14 066	233
Paris { Malades de Seine-et-Oise et Seine-et-Marne	4	1 108	34
Centre	6	2 587	134
Haute Normandie	2	1 896	129
Basse Normandie	5	3 068	249
Bretagne	6	5 530	228
Pays de la Loire	6	5 374	211
Poitou - Charentes	4	2 615	176
Limousin	3	2 156	292
Aquitaine	7	5 875	243
Midi - Pyrénées	8	5 956	273
Champagne	3	1 843	146
Lorraine	6	5 278	227
Alsace	3	3 159	228
Franche-Comté	1	880	89
Bourgogne	3	2 182	146
Auvergne	4	4 215	322
Rhône - Alpes	7	8 351	192
Languedoc	3	2 839	168
Provence - Côte d'Azur - Corse	8	7 624	226
France entière	113	97 033	197

* Nombre de lits réglementaires maximum pour 100 000 habitants.

Les indices d'équipement qui figurent sur ce tableau désignent le nombre de lits réglementaires pour 100 000 habitants de la région. Cet indice n'a qu'une valeur indicative du fait que l'aire de recrutement des établissements ne correspond souvent pas à la circonscription d'action régionale où ils sont situés.

En ce qui concerne les établissements recevant des malades de la Seine, le nombre qui figure sur le tableau 0.2 comprend cinq établissements situés en dehors de la région de Paris, mais qui reçoivent essentiellement des malades de la Seine. Ces cinq établissements n'ont pas été comptés, de ce fait, comme établissements de la circonscription régionale où ils sont situés. Trois nouveaux établissements ont fonctionné en 1965. Ces trois établissements sont : le Centre départemental de neuropsychiatrie infantile, Fondation Vallée, rattaché aux Hôpitaux psychiatriques de la Seine, l'Hôpital Saint-André-lès-Lille et l'Hôpital de La Candélie dans la région d'Aquitaine.

Dans la région de Paris, contrairement aux années précédentes, l'Hôpital Henri-Rousselle n'a pas été compté séparément. Cette différence explique que le total des établissements recevant des malades de la Seine ne soit pas modifié.

RAPPEL MÉTHODOLOGIQUE

La répartition par âge et le classement par catégorie diagnostique sont effectués conformément à des instructions précises résumées ci-après.

A. — *RÉPARTITION SELON L'AGE*

Les états statistiques SP 5 et SP 5/S permettent d'avoir la répartition selon l'âge des malades existants au 31 décembre et des entrées, sorties et décès de l'année.

Les groupes d'âge utilisés pour les adultes sont de 10 années à partir de 15 ans jusqu'à 75 ans et plus. La possibilité de compter à part les moins de 15 ans a été prévue en raison de la présence d'enfants dans les services d'adultes de certains établissements.

Pour les existants au 31 décembre, le choix du groupe d'âge dans lequel doit figurer le malade est déterminé par son âge, en années révolues, au 31 décembre considéré.

Pour les entrées, les sorties et les décès, le choix du groupe d'âge dans lequel doit figurer le cas est déterminé par l'âge du malade, en années révolues, le jour de l'entrée, de la sortie ou du décès considéré.

B. — *CLASSEMENT PAR CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE*

La classification utilisée pour ces statistiques psychiatriques hospitalières comporte quinze catégories diagnostiques bien définies et permet de classer facilement les malades selon la nature des troubles mentaux. Des systèmes de classification beaucoup plus complexes existent, mais ils ne sauraient être utilisés dans ce cas. Pour des statistiques hospitalières établies à l'échelon national à partir de données recueillies à l'aide d'états annuels, il est souhaitable de se limiter à un système simple de classification.

a. — LISTE DES CATÉGORIES DIAGNOSTIQUES

Les catégories diagnostiques figurant sur les états représentent les principales références nosologiques classiques. Elles correspondent aux habitudes nosographiques généralement admises en France et sont comparables ou analogues à celles qui sont le plus généralement proposées par la majorité des classifications.

La liste des 15 catégories diagnostiques telle qu'elle figure sur les états SP 5 et SP 5/S est la suivante :

01. — Psychose maniaque dépressive. Manies. Mélancolies.
02. — Etats confusionnels aigus ou subaigus.
03. — Syndromes délirants aigus. Bouffées délirantes.
04. — Schizophrénies chroniques. Démence précoce.
05. — Délires chroniques systématisés.
06. — Psychoses alcooliques.
07. — Alcoolisme chronique (en dehors des psychoses alcooliques) (1).
08. — Paralysie générale. Autres troubles mentaux de la syphilis.
09. — Troubles mentaux de l'épilepsie. Epilepsies.
10. — Etats démentiels de la sénilité et démences préséniles.
11. — Troubles mentaux symptomatiques d'une affection cérébrale ou générale autre que citées.
12. — Névroses. Etats névrotiques. Affections psychosomatiques.
13. — Etats de déséquilibre mental. Personnalités psychopathiques. Perversions. Toxicomanies (en dehors de l'alcoolisme).
14. — Etats d'arriération. Oligophrénies.
15. — Etats non classables dans les catégories précédentes.

b. — Définition et contenu des catégories diagnostiques

Dans les catégories 01 à 05 doivent être classés tous les états psychotiques non symptomatiques d'une étiologie organique (cérébrale ou autre) démontrable, que ces psychoses soient considérées comme relevant d'une cause organique non démontrable dans l'état actuel de nos connaissances, ou qu'elles soient considérées comme psychogènes. En revanche, les états psychotiques (maniaques ou dépressifs, confusionnels ou confuso-oniriques, délirants aigus ou chroniques d'allure schizophrénique ou non) survenant au cours d'une affection cérébrale ou générale démontrable et considérée comme constituant l'étiologie doivent être classés, selon la nature de cette étiologie, en 06 ou 08 à 11.

Dans les catégories 06 et 08 à 11 doivent donc être classés tous les troubles mentaux considérés comme symptomatiques d'une étiologie déterminée, c'est-à-dire les troubles mentaux psychotiques, névrotiques ou autres (en dehors des états d'arriération), survenant au cours d'une affection cérébrale ou générale démontrable et considérée comme constituant l'étiologie. Quatre catégories permettent de classer à part les troubles mentaux liés à l'alcoolisme, la syphilis, l'épilepsie ou la sénilité. Tous les troubles mentaux considérés comme symptomatiques d'une étiologie cérébrale ou générale autre que celles-là doivent être classés en 11.

(1) Malades relevant d'un traitement en centre ou section de rééducation pour alcooliques et placés dans un hôpital psychiatrique en l'absence de ces formations.

Dans la catégorie 12 doivent être classés les névroses, états névrotiques et affections psychosomatiques.

Dans la catégorie 13 doivent figurer les états de déséquilibre mental, les troubles de la personnalité (personnalités psychopathiques, névroses de caractère), les perversions et les toxicomanies, à l'exception de l'alcoolisme chronique pour lequel une catégorie à part, 07, a été réservée. Les données concernant l'alcoolisme sont donc obtenues en totalisant celles des catégories 06 et 07.

Enfin, tous les états d'arriération doivent être classés dans la catégorie 14.

Compte tenu des considérations générales ci-dessus, l'utilisation des 15 catégories diagnostiques appelle les remarques particulières suivantes :

Catégorie 01 : *Psychose maniaque dépressive. Manies. Mélancolies.* — Doivent être classés dans cette catégorie, toutes les formes de psychose maniaque dépressive, tous les cas de mélancolie d'involution et, en général, tous les accès ou syndromes d'excitation ou de dépression de type maniaque ou mélancolique, y compris le syndrome de Cotard.

En revanche, ne doivent pas être classés dans cette catégorie les états d'excitation ou de dépression dits atypiques, qui doivent être classés en 04, et les états de dépression névrotique qui doivent être classés en 12.

Les états de dépression réactionnels, lorsqu'ils ne sont pas considérés comme classables en 01 ou 12, seront classés en 15.

Catégorie 02 : *Etats confusionnels aigus ou subaigus.* — Doivent être classés dans cette catégorie les états confusionnels ou confuso-oniriques aigus ou subaigus *non symptomatiques* d'une étiologie organique démontrable et, également, les rares cas de délire aigu ou de syndrome de Korsakov sans étiologie reconnue.

Catégorie 03 : *Syndromes délirants aigus. Bouffées délirantes.* — Dans cette catégorie doivent être classés tous les cas d'épisodes ou d'accès délirants, aigus ou subaigus, *non symptomatiques* d'une étiologie organique démontrable, y compris les épisodes délirants considérés comme schizophréniques (schizophrénies aiguës).

Bien entendu, les épisodes d'activité délirante au cours d'une évolution délirante chronique, schizophrénique ou autre, doivent figurer en 04 ou 05.

Les rares cas de délire aigu doivent être classés en 02.

Catégorie 04 : *Schizophrénies chroniques. Démence précoce.* — Dans cette catégorie doivent être classées toutes les formes de schizophrénies chroniques, y compris les états d'excitation ou de dépression atypiques (formes schizo-affectives) et surtout les formes paranoïdes.

Catégorie 05 : *Délires chroniques systématisés.* — Doivent figurer dans cette catégorie tous les cas de délires chroniques systématisés, hallucinatoires ou non hallucinatoires, c'est-à-dire les psychoses hallucinatoires chroniques, le groupe

des paraphrénies et les délires paranoïaques, y compris les délires passionnels.

En revanche, *les délires paranoïdes ne doivent pas être classés dans cette catégorie* mais dans la catégorie 04 : Schizophrénies chroniques.

CATÉGORIE 06 : *Psychoses alcooliques.* — Dans cette catégorie doivent être classés tous les troubles mentaux considérés comme des complications neuro-psychiatriques de l'alcoolisme, comme symptomatiques d'une étiologie alcoolique. C'est dans cette catégorie que doivent donc être classés les délires alcooliques aigus, subaigus ou chroniques d'origine alcoolique, la psychopolynévrite de Korsakov et les autres encéphalopathies alcooliques, la démence alcoolique. On doit également classer dans cette catégorie les ivresses pathologiques.

En revanche, on ne doit pas classer dans la catégorie 06 les cas d'alcoolisme où les habitudes éthyliques constituent l'essentiel de la symptomatologie pour laquelle le malade doit être traité. Ces cas doivent être classés en 07.

CATÉGORIE 07 : *Alcoolisme chronique (en dehors des psychoses alcooliques).* — En raison de son importance, une catégorie particulière a été réservée à l'alcoolisme chronique qui pose des problèmes de classification analogues à ceux des perversions et des toxicomanies. Les malades qui doivent être classés dans cette catégorie sont donc ceux qui relèvent, en principe, d'un traitement en centre ou section de rééducation pour alcooliques et qui sont placés dans un hôpital psychiatrique en l'absence de ces formations.

Ne doivent être classés en 07 que les cas d'alcoolisme où les habitudes éthyliques constituent l'essentiel de la symptomatologie, sans s'accompagner de complications neuro-psychiatriques. Si l'intoxication alcoolique chronique est responsable d'une complication neuro-psychiatrique, d'une psychose alcoolique, on doit choisir la catégorie 06 : Psychoses alcooliques.

Si l'intoxication alcoolique chronique n'est qu'un des éléments de la symptomatologie d'un état psychopathologique (psychotique, névrotique ou autre), qui constitue en fait la référence diagnostique fondamentale, c'est cette dernière référence qui doit déterminer le choix de la catégorie dans laquelle doit figurer le malade.

CATÉGORIE 08 : *Paralysie générale. Autres troubles mentaux de la syphilis.* — Une catégorie spéciale pour les troubles mentaux d'étiologie syphilitique a été maintenue malgré le nombre restreint de malades qui semblent devoir y figurer.

CATÉGORIE 09 : *Troubles mentaux de l'épilepsie. Epilepsies.* — Dans cette catégorie doivent être classés tous les cas où les troubles mentaux (psychotiques, névrotiques ou autres) sont considérés comme principalement liés à une épilepsie *non symptomatique.*

Les états d'arriération associés à une épilepsie ne doivent pas être classés en 09 mais dans la catégorie 14 : Etats d'arriération.

Lorsque des troubles mentaux sont associés à une épilepsie symptomatique

d'une atteinte organique cérébrale démontrable, c'est la nature de cette atteinte qui doit déterminer le choix de la catégorie diagnostique où sera classé le cas.

CATÉGORIE 10 : *Etats démentiels de la sénilité et démences préséniles.* — On doit classer dans cette catégorie tous les états démentiels de la sénilité, c'est-à-dire non seulement les cas de démence sénile mais encore ceux de démence artériopathique, de presbyophrénie. Doivent également être classés dans cette catégorie les cas de démence présénile (maladie de Pick, d'Alzheimer, etc.).

En revanche, on ne doit pas classer en 10 les troubles mentaux non démentiels considérés comme symptomatiques d'un processus organique lié à la sénescence. Ces troubles doivent être classés en 11, à l'exclusion de la mélancolie d'involution et du syndrome de Cotard qui doivent être classés en 01 et des délires chroniques liés à la sénescence qui doivent être classés en 05.

CATÉGORIE 11 : *Troubles mentaux symptomatiques d'une affection cérébrale ou générale autre que citées.* — Dans cette catégorie doivent être classés tous les cas, non classables en 06 et 08 à 10, de troubles mentaux considérés comme symptomatiques d'une affection cérébrale ou générale démontrable et d'étiologie déterminée.

Doivent être classés notamment dans cette catégorie : les troubles mentaux psychotiques ou autres — en dehors des états d'arriération — symptomatiques d'une encéphalite (en dehors de la syphilis) ou d'une infection intracrânienne d'autre nature, d'une affection vasculaire cérébrale (en dehors de la démence artériopathique), d'une tumeur cérébrale, d'une affection dégénérative du système nerveux (en dehors des démences séniles et préséniles), d'un traumatisme crânien ou cranio-cérébral.

C'est également dans cette catégorie que doivent être classés les troubles mentaux symptomatiques d'une affection générale, infectieuse (en dehors de la syphilis), toxique (en dehors de l'alcoolisme), endocrinienne, carentielle, métabolique, etc. C'est encore dans cette catégorie que doivent être classées les psychoses puerpérales.

CATÉGORIE 12 : *Névroses. Etats névrotiques. Affections psychosomatiques.* — Dans cette catégorie doivent être classés toutes les névroses et états névrotiques, y compris, en particulier, les états de dépression névrotique. En ce qui concerne les affections psychosomatiques, ne doivent être classés comme telles que les affections ou troubles somatiques considérés comme psychogènes.

Doivent être classés également dans cette catégorie, certains troubles fonctionnels principalement psychogènes comme notamment des troubles du sommeil, une anorexie, un syndrome céphalalgique, des troubles de la psychomotricité qui peuvent constituer l'essentiel de la symptomatologie pour laquelle un malade est hospitalisé.

Les états de dépression réactionnels et les troubles mentaux transitoires situationnels ou réactionnels seront classés en 15.

CATÉGORIE 13 : *Etats de déséquilibre mental. Personnalités psychopathiques. Perversions. Toxicomanies (en dehors de l'alcoolisme).* — Dans cette catégorie doivent être classés les troubles de la personnalité que les conceptions psychiatriques classiques désignent sous le nom de personnalités psychopathiques et ceux que les psychiatres de tendance psychanalytique considèrent comme la conséquence d'une névrose à manifestations caractérielles prédominantes et désignent sous le nom de névroses de caractère.

Doivent être classées également dans cette catégorie les perversions et les toxicomanies (en dehors de l'alcoolisme). On ne doit évidemment utiliser le diagnostic de perversion ou de toxicomanie que lorsque la perversion ou la toxicomanie constituent l'essentiel de la symptomatologie. Lorsque ces deux types de troubles ne sont qu'un des éléments de la symptomatologie d'un état psychopathologique (psychotique, névrotique ou autre) qui constitue, en fait, la référence diagnostique fondamentale, c'est cette dernière référence qui doit déterminer le choix de la catégorie dans laquelle doit figurer le malade.

CATÉGORIE 14 : *Etats d'arriération. Oligophrénies.* — Doivent être classés dans cette catégorie tous les cas où le retard mental doit être considéré comme la principale référence diagnostique, où l'hospitalisation est principalement due à l'arriération ou à ses conséquences, où le pronostic est déterminé par le déficit intellectuel. Pour les malades adultes, tous les états d'arriération sont rassemblés dans une catégorie unique, quel que soit le degré du retard ou son étiologie.

CATÉGORIE 15 : *Etats non classables dans les catégories précédentes.* — On doit classer dans cette catégorie tous les cas qui ne peuvent figurer dans les catégories 1 à 14 en raison de la nature des troubles ou pour toute autre raison. En fait, si l'on classe les cas conformément aux principes de classification énoncés ci-dessus, les 14 premières catégories doivent permettre de classer la grande majorité des malades et les cas relevant de la catégorie 15 doivent être très peu nombreux.

c. — CHOIX DE LA CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE

Pratiquement, lors du choix de la catégorie diagnostique dans laquelle on classera le malade, on doit toujours choisir celle qui représente la meilleure référence nosologique pour le cas, celle qui caractérise le mieux sa nature psychopathologique, la symptomatologie et les données étiologiques. Lorsque plusieurs références diagnostiques peuvent être choisies et qu'aucune d'entre elles ne peut être considérée comme principale, ce sont les troubles pour lesquels le malade est principalement traité ou qui motivent l'hospitalisation qui doivent guider le choix de la catégorie diagnostique.

Le mode d'enregistrement du mouvement des entrées et des sorties ou décès, qui a été adopté pour les états SP 5 et SP 5/S, a l'avantage de simplifier le classement par catégorie diagnostique. En effet, *le diagnostic pris en considération pour le choix de la catégorie diagnostique doit toujours être, soit le diagnostic à la sortie ou au décès lors de l'enregistrement des données de mouvement, soit le dernier diagnostic fait, pour les existants au 31 décembre.* L'utilisation du diagnostic à la sortie ou au décès et du diagnostic le plus récent pour les existants au 31 décembre, donne, sur la morbidité psychiatrique hospitalière, des informations plus proches de la réalité que l'utilisation du diagnostic d'entrée souvent révisé au cours de l'évolution des cas.

Les données sur les entrées étant obtenues, pour chaque catégorie diagnostique, par décompte du total des sorties et décès, d'une part, et du total des existants au 31 décembre, d'autre part, la référence diagnostique pour les entrées est donc constituée : par le diagnostic à la sortie ou au décès pour les entrées de l'année suivies d'une sortie ou d'un décès la même année, et par le diagnostic le plus récent pour les admis dans l'année encore existants au 31 décembre.

PREMIÈRE PARTIE

MALADES EXISTANTS AU 31 DÉCEMBRE 1965

La première partie de ce rapport donne une description par sexe, âge et catégorie diagnostique des malades existants au 31 décembre 1965 dans les services d'adultes des établissements hospitaliers psychiatriques.

Sont considérés comme existants au 31 décembre tous les malades qui, à cette date, sont effectivement présents dans un service, en permission ou en sortie d'essai, quelle que soit la durée de celle-ci, ou temporairement absents pour toute autre cause (à l'exclusion d'une évasion).

Le tableau 1.1 donne la répartition par sexe et par âge des malades existants au 31 décembre 1965. Le graphique correspondant montre bien, pour les différents groupes d'âge, la différence de répartition entre les hommes et les femmes. 24 % des hommes figurent dans le groupe de 35 à 44 ans et 20 % des femmes dans celui de 55 à 64 ans. 41 % de la population masculine existante au 31 décembre est âgée de 25 à 44 ans contre 26 % pour les femmes. En revanche, 38 % de la population féminine existante au 31 décembre est âgée de 55 à 74 ans contre 26 % pour les hommes. Alors que l'effectif total des existants est constitué d'un nombre sensiblement égal de femmes et d'hommes (respectivement 51 % et 49 %), on constate qu'il figure 4 fois plus de femmes que d'hommes dans le groupe d'âge de 75 ans et plus, 68 % de femmes dans le groupe d'âge de 65 à 74 ans. 32 %, soit près de 1/3 de la population féminine existante au 31 décembre 1965, est âgée de 65 ans et au-dessus, alors que ce groupe d'âge ne comprend que 13 % seulement de la population masculine. Enfin, 60 % des existants au 31 décembre figurant dans le groupe de 25 à 44 ans sont des hommes.

Le tableau 1.2 donne, en pourcentages, la répartition comparative, par sexe et par âge, des malades existants au 31 décembre 1965 dans les établissements psychiatriques et de la population générale de la France au 1er janvier 1966. Les sujets âgés de moins de 15 ans n'ont pas été pris ici en considération. Les données concernant la population de la France au 1er janvier 1966 sont celles fournies par l'Institut national de la Statistique et des Etudes économiques. En ce qui concerne les hommes, la population psychiatrique comprend beaucoup plus d'hommes de 35 à 64 ans que la population générale et beaucoup moins de sujets dans le groupe des plus jeunes (15 à 24 ans). La proportion des sujets âgés de 65 ans et au-dessus est sensiblement la même dans les deux populations.

Pour les femmes, la population psychiatrique comprend plus de femmes à partir de 45 ans. Cet excès croît avec l'âge. La proportion des femmes de 15 à 34 ans est deux fois moindre dans la population psychiatrique que dans la population générale. A l'opposé, alors que 32 % de la population psychiatrique féminine figure dans le groupe de 65 ans et au-dessus, 20 % seulement de la population générale féminine figurent dans les deux derniers groupes d'âge. On peut donc dire que la proportion importante de femmes âgées dans la population psychiatrique n'est pas uniquement liée à la plus grande mortalité des hommes.

Le tableau et le graphique 1.3 indiquent le taux des existants au 31 décembre 1965, par sexe et par âge, pour 100 000 habitants.

Le tableau 1.4 donne la répartition comparative, par région, du nombre de lits réglementaires maximum et du nombre de malades existants au 31 décembre 1965. Il permet de comparer l'indice d'encombrement et l'indice d'équipement.

Le tableau et les graphiques 1.5 donnent la répartition, par sexe et par catégorie diagnostique, des malades existants au 31 décembre 1965. Plus de la moitié des existants au 31 décembre, 52 % pour les hommes comme pour les femmes, figurent dans les 3 catégories diagnostiques suivantes : 04 (Schizophrénies chroniques); 05 (Délires chroniques systématisés); 14 (Etats d'arriération). Dans la catégorie 10 (Etats démentiels de la sénilité et démences préséniles) figurent 13 % des femmes et 5 % des hommes. Aussi bien pour les hommes que pour les femmes, moins de 3 % des existants figurent dans la catégorie 12 (Névroses et états névrotiques).

Les tableaux 1.6 donnent la répartition par sexe et par âge, pour les six catégories diagnostiques principales, des malades existants au 31 décembre 1965. Le tableau 1.5 *a* donne la répartition des effectifs, le tableau 1.5 *b* la répartition pour 1 000 existants. Dans les six catégories diagnostiques prises en considération, figurent plus des 4/5 de l'ensemble des malades. Pour les hommes, ce pourcentage est de 79 % et pour les femmes de 82 %. Il croît progressivement avec l'âge. Les tableaux 1.6 et les graphiques qui les illustrent montrent bien que la répartition selon l'âge est différente pour chacune des catégories diagnostiques.

Pour la catégorie 04 (Schizophrénies chroniques), le plus grand nombre d'hommes (33 %) et le plus grand nombre de femmes (24 %) figurent dans le groupe de 35 à 44 ans. Pour la catégorie 14 (Etats d'arriération) le plus grand nombre d'existants, aussi bien pour les hommes (26 %) que pour les femmes (22 %), figurent dans le groupe de 25 à 34 ans.

Pour la catégorie 05 (Délires chroniques systématisés), le plus grand nombre de malades figure, pour les hommes, dans le groupe de 55 à 64 ans : 30 %, et, pour les femmes, dans le groupe de 65 à 74 ans : 31 %.

Pour la catégorie 10 (Etats démentiels de la sénilité et démences préséniles), le plus grand nombre figure dans le groupe de 65 à 74 ans pour les hommes : 35 %, et pour les femmes dans le groupe le plus âgé : 60 %. Enfin, pour la catégorie 06-07 (Alcoolisme), le plus grand nombre d'hommes, 27 %, figure dans le groupe de 35 à 44 ans et le plus grand nombre de femmes, 28 %, dans le groupe de 55 à 64 ans.

Le tableau 1.7 donne la proportion pour 100 existants, dans chaque groupe d'âge, de chacune des six catégories diagnostiques principales.

Le tableau et les graphiques 1.8 donnent le taux des existants pour 100 000 habitants, par sexe et âge, pour les six catégories diagnostiques principales.

Chez les femmes âgées de 25 à 64 ans, le taux des existants le plus élevé est celui des schizophrénies chroniques, alors que chez les hommes cette catégorie de troubles ne représente le taux le plus élevé que de 35 à 54 ans.

Dans le groupe d'âge de 55 à 64 ans chez les hommes, le taux des existants le plus élevé est celui de l'alcoolisme.

Enfin, les malades âgés de 75 ans et plus qui étaient hospitalisés au 31 décembre 1965 avec le diagnostic de démence sénile, représentaient 3,1 ‰ des femmes et 1,5 ‰ des hommes de la population générale.

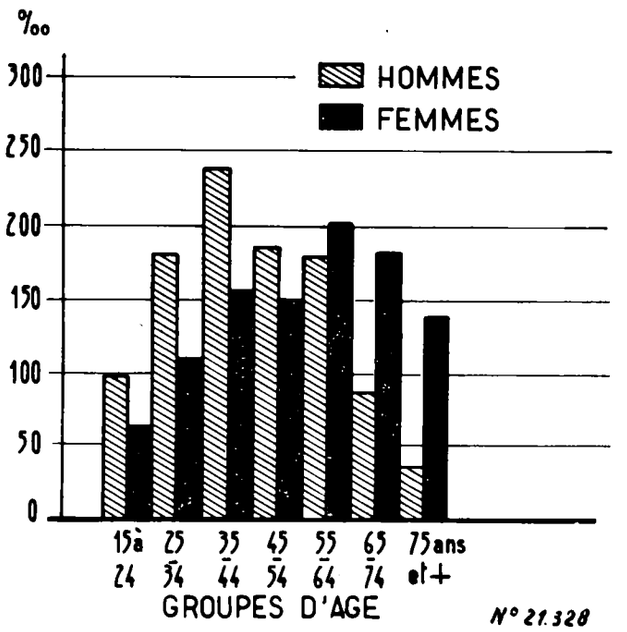
Le tableau 1.9 donne la répartition par sexe et par ancienneté d'admission des existants au 31 décembre 1965. Il met en évidence que 69 % des hommes et 72 % des femmes figurant parmi ces existants ont été admis avant l'année 1965. Ainsi, près des trois quarts des malades enregistrés comme existants au 31 décembre 1965 étaient hospitalisés depuis plus d'un an à cette date. Les caractéristiques de la population des existants séjournant depuis plus d'un an se rapprochent plus de celles de la population des malades chroniques qui occupent la majeure partie des lits des établissements psychiatriques, alors qu'ils ne représentent pas la majorité des malades hospitalisés au cours d'une année. Malheureusement, nos états ne nous fournissent pas la répartition par âge de cette catégorie d'existants.

Le tableau et les graphiques 1.10 donnent la répartition, par sexe et par catégorie diagnostique, des malades existants au 31 décembre et séjournant depuis plus d'un an. Il est intéressant de comparer ces données avec celles du tableau 1.5 concernant l'ensemble des existants. 62 % des hommes et 61 % des femmes existants au 31 décembre et séjournant depuis plus d'un an figurent dans les 3 catégories diagnostiques : 04 (Schizophrénies chroniques), 05 (Délires chroniques systématisés), 14 (Etats d'arriération). Dans la catégorie 10 (Etats démentiels de la sénilité et démences préséniles) figurent 11 % des femmes et 4 % des hommes. Moins de 2 % de ces existants figurent dans la catégorie 12 (Névroses et états névrotiques).

Le tableau 1.11 donne, par sexe et par catégorie diagnostique, la proportion des existants hospitalisés depuis plus d'un an par rapport au total des existants au 31 décembre 1965. Ce tableau montre bien que cette proportion dépasse 79 % pour les 3 principales catégories de chroniques : 04, 05 et 14, qu'elle se situe le plus souvent au voisinage de 60 % pour les catégories diagnostiques où figurent les affections à évolution plus aiguë ou subaiguë et n'est jamais inférieure à 35 %. Comme il a été dit précédemment, pour l'ensemble des malades, la proportion des existants hospitalisés depuis plus d'un an par rapport au total des existants au 31 décembre 1965 est de 69 % pour les hommes et 72 % pour les femmes.

1.1. — RÉPARTITION, PAR SEXE ET PAR ÂGE, DES MALADES EXISTANTS AU 31-12-1965

	— de 15 ans	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Total
a) Effectifs.									
Hommes	213	5 605	10 221	**13 618**	10 434	10 267	4 936	1 954	57 248
Femmes	244	3 656	6 504	9 138	8 890	**12 025**	10 722	8 211	59 390
Ensemble ...	457	9 261	16 725	**22 756**	19 324	22 292	15 658	10 165	116 638
b) Répartition pour 1 000.									
Hommes	4	98	179	**238**	182	179	86	34	1 000
Femmes	4	62	109	154	150	**202**	181	138	1 000
Ensemble ...	4	79	144	**195**	166	191	134	87	1 000



1.2. — Répartition comparative, par sexe et par âge, des malades existants au 31-12-1965 dans les établissements psychiatriques et de la population générale de la France au 1-1-1966

(En pourcentages.)

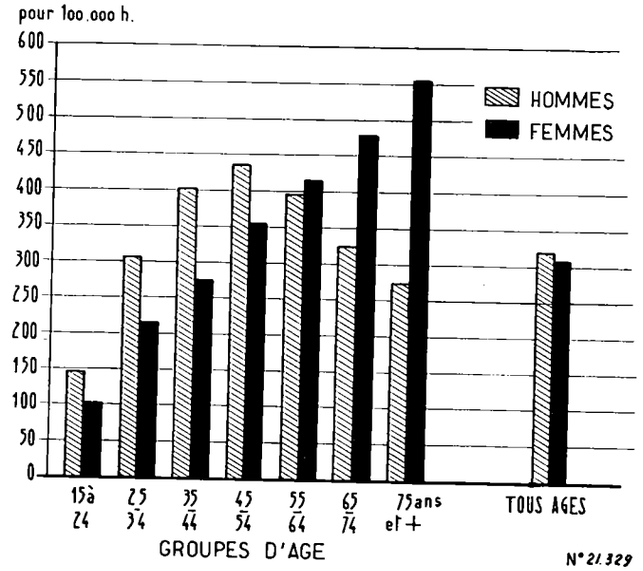
		15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Total
Hommes	H. P. (1)	10	18	24	18	18	9	3	100
	Pop. gén.	21	19	19	13	15	9	4	100
Femmes	H. P.	6	11	16	15	20	18	14	100
	Pop. gén.	18	16	18	13	15	12	8	100
Ensemble	H. P.	8	14	20	17	19	13	9	100
	Pop. gén.	20	18	18	13	15	10	6	100

(1) H. P. : Etablissements psychiatriques.

1.3. — Taux des existants au 31-12-1965, par sexe et par âge

(Pour 100 000 habitants.)

	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous âges
Hommes	148	307	401	437	396	325	272	322
Femmes	103	213	273	358	416	478	557	311



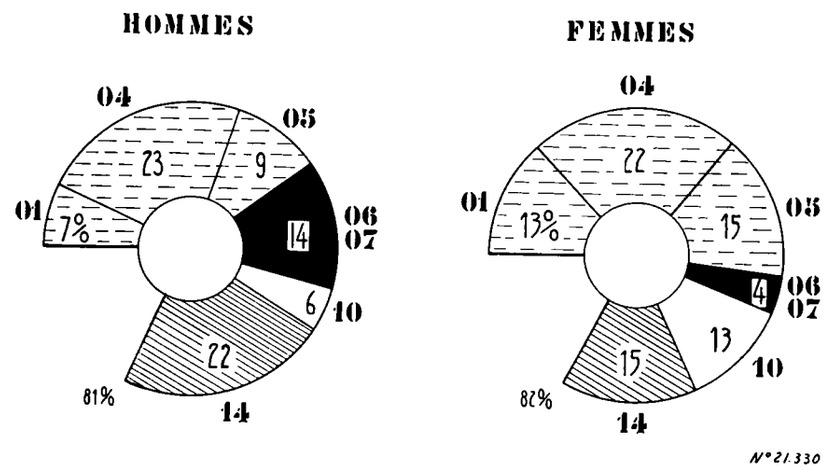
1.4. — RÉPARTITION COMPARATIVE, PAR RÉGION, DU NOMBRE DE LITS RÉGLEMENTAIRES MAXIMUM ET DU NOMBRE DE MALADES EXISTANTS AU 31-12-1965 *

Circonscriptions d'action régionale	Existants au 31-12-1965 (N)	Nombre de lits réglem. maximum (L)	Indice d'encombrement $\left(100 \frac{N}{L}\right)$	Indice d'équipement (L pour 100 000 h.)
Nord	6 571	6 326	103	165
Picardie	6 147	4 105	149	265
Paris	19 564	15 174	128	163
Centre	3 385	2 587	130	134
Haute Normandie	2 199	1 896	115	129
Basse Normandie	3 551	3 068	115	249
Bretagne	8 096	5 530	146	228
Pays de la Loire	5 890	5 374	109	211
Poitou - Charentes	2 819	2 615	107	176
Limousin	2 666	2 156	123	292
Aquitaine	5 999	5 875	102	243
Midi - Pyrénées	6 999	5 956	117	273
Champagne	2 217	1 843	120	146
Lorraine	6 029	5 278	114	227
Alsace	4 083	3 159	129	228
Franche-Comté	1 490	880	169	89
Bourgogne	3 009	2 182	137	146
Auvergne	4 547	4 215	107	322
Rhône - Alpes	10 224	8 351	122	192
Languedoc	3 307	2 839	116	168
Provence - Côte d'Azur - Corse	7 846	7 624	102	226
France entière	116 638	97 033	120	197

* Y compris les sorties d'essai.

1.5. — RÉPARTITION, PAR SEXE ET PAR CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE, DES MALADES EXISTANTS AU 31-12-1965

Catégories diagnostiques	*a)* Effectifs			*b)* Répartition pour 1 000		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
01	3 923	7 752	11 675	69	131	100
02	784	673	1 457	14	11	12
03	1 889	1 884	3 773	33	32	32
04	**12 869**	**13 205**	**26 074**	**225**	**222**	**224**
05	5 004	8 752	13 756	87	148	118
06-07	7 855	2 427	10 282	137	41	88
08	759	547	1 306	13	9	11
09	2 478	1 951	4 429	43	33	38
10	3 138	7 672	10 810	55	129	93
11	925	824	1 749	16	14	15
12	1 294	1 841	3 135	23	31	27
13	3 284	2 395	5 679	57	40	49
14	12 466	9 040	21 506	218	152	184
15	580	427	1 007	10	7	9
Total	57 248	59 390	116 638	1 000	1 000	1 000



1.6. — Répartition par sexe et par âge, pour les six catégories diagnostiques principales, des malades existants au 31-12-1965

a) Effectifs.

		Moins de 15 ans	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Total
04	Hommes	9	1 007	3 133	**4 211**	2 359	1 600	464	86	12 869
	Femmes	11	538	2 044	**3 194**	2 635	2 839	1 455	489	13 205
	Ensemble ...	20	1 545	5 177	**7 405**	4 994	4 439	1 919	575	26 074
14	Hommes	133	2 896	**3 256**	2 756	1 634	1 301	404	86	12 466
	Femmes	160	1 725	**1 985**	1 811	1 311	1 234	611	203	9 040
	Ensemble ...	293	4 621	**5 241**	4 567	2 945	2 535	1 015	289	21 506
05	Hommes	—	35	302	887	1 225	**1 497**	825	233	5 004
	Femmes	2	23	161	635	1 269	2 507	**2 690**	1 465	8 752
	Ensemble ...	2	58	463	1 522	2 494	**4 004**	3 515	1 698	13 756
01	Hommes	1	143	429	788	817	**1 093**	523	129	3 923
	Femmes	3	168	544	992	1 285	**2 182**	1 851	727	7 752
	Ensemble ...	4	311	973	1 780	2 102	**3 275**	2 374	856	11 675
10	Hommes	—	5	19	54	177	678	**1 105**	1 100	3 138
	Femmes	—	2	7	25	127	643	2 264	**4 604**	7 672
	Ensemble ...	—	7	26	79	304	1 321	3 369	**5 704**	10 810
06-07	Hommes	—	79	800	**2 074**	2 064	1 995	742	101	7 855
	Femmes	—	13	155	493	565	**675**	429	97	2 427
	Ensemble ...	—	92	955	2 567	2 629	**2 670**	1 171	198	10 282
Total	Hommes	143	4 165	7 939	**10 770**	8 276	8 164	4 063	1 735	45 255
	Femmes	176	2 469	4 896	7 150	7 192	**10 080**	9 300	7 585	48 848
	Ensemble ...	319	6 634	12 835	17 920	15 468	**18 244**	13 363	9 320	94 103
% du total des existants.		70	72	76	79	80	82	85	92	81

04 : Schizophrénies chroniques. *14 :* Etats d'arriération. *05 :* Délires chroniques systématisés. *01 :* Psychose maniaque dépressive. Manies. Mélancolies. *10 :* Etats démentiels de la sénilité et démences préséniles. *06-07 :* Psychoses alcooliques. Alcoolisme chronique.

1.6 *(suite).*

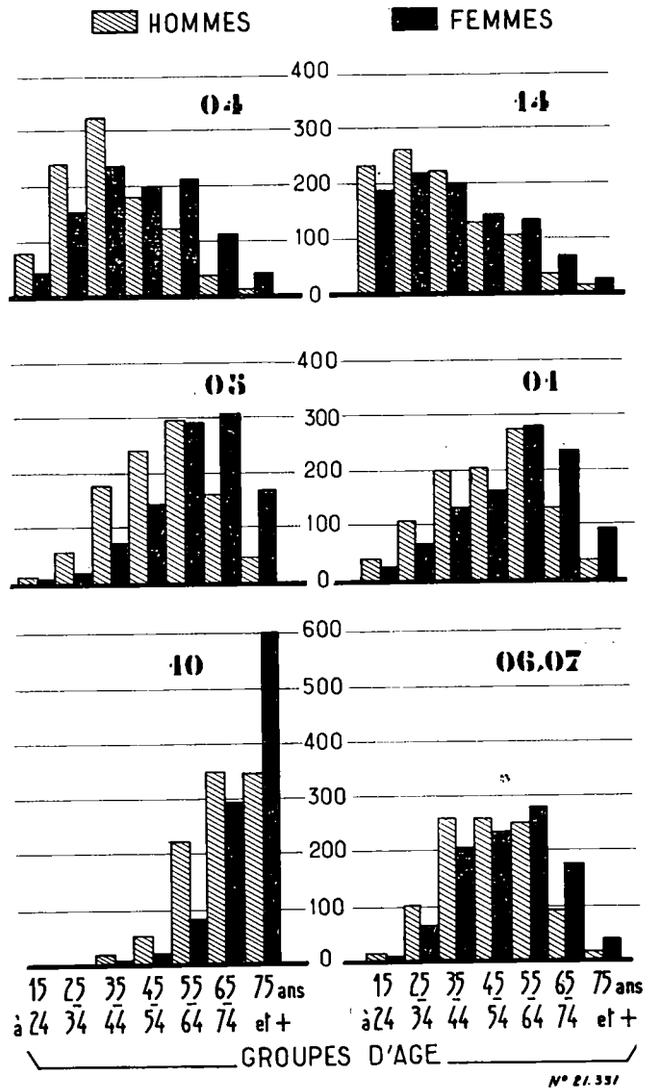
b) Répartion pour 1 000.

		Moins de 15 ans	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Total
04	Hommes	—	78	244	**327**	183	125	36	7	1 000
	Femmes	—	41	155	**241**	200	215	111	37	1 000
	Ensemble ...	—	59	199	**284**	192	170	74	22	1 000
14	Hommes	11	232	**261**	221	131	104	33	7	1 000
	Femmes	18	191	**220**	200	145	136	68	22	1 000
	Ensemble ...	14	215	**244**	212	137	118	47	13	1 000
05	Hommes	—	7	60	177	245	**299**	165	47	1 000
	Femmes	—	3	18	73	145	287	**307**	167	1 000
	Ensemble ...	—	4	34	111	181	**291**	256	123	1 000
01	Hommes	—	37	109	201	208	**279**	133	33	1 000
	Femmes	—	22	70	128	166	**281**	239	94	1 000
	Ensemble ...	—	27	83	153	180	**281**	203	73	1 000
10	Hommes	—	2	6	17	56	216	**352**	351	1 000
	Femmes	—	—	—	4	17	84	295	**600**	1 000
	Ensemble ...	—	1	2	7	28	122	312	**528**	1 000
06-07	Hommes	—	10	102	**264**	263	254	94	13	1 000
	Femmes	—	5	64	203	233	**278**	177	40	1 000
	Ensemble ...	—	9	93	249	256	**260**	114	19	1 000
Total	Hommes	3	92	176	**238**	183	180	90	38	1 000
	Femmes	4	51	100	146	147	**206**	191	155	1 000
	Ensemble ...	3	71	136	191	164	**194**	142	99	1 000

04 : Schizophrénies chroniques. *14 :* Etats d'arriération. *05 :* Délires chroniques systématisés. *01 :* Psychose maniaque dépressive. Manies. Mélancolies. *10 :* Etats démentiels de la sénilité et démences préséniles. *06-07 :* Psychoses alcooliques. Alcoolisme chronique.

1.6 *(suite)*. — Répartition par sexe et par âge, pour les six catégories diagnostiques principales, des malades existants au 31-12-1965

c) Représentation graphique.



1.7. — Proportion, dans chaque groupe d'âge, de chacune des six catégories diagnostiques principales

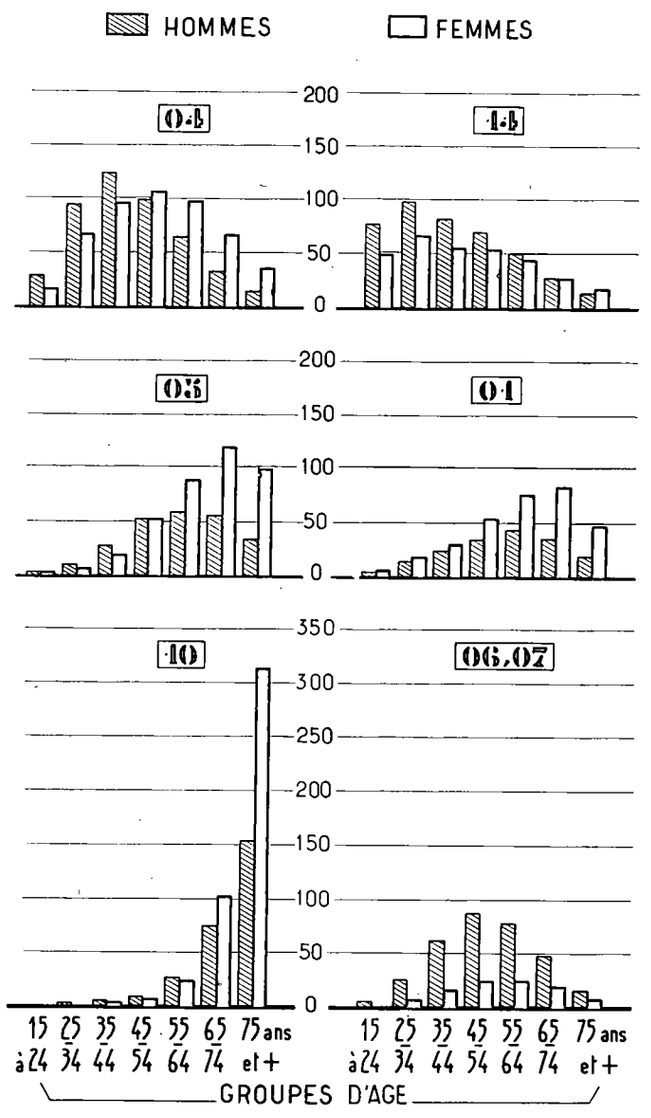
(Pour 100 existants.)

		15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus
04	Hommes	18	31	31	22	15	9	4
	Femmes	15	32	35	30	24	14	6
14	Hommes	52	32	20	15	13	8	4
	Femmes	47	31	20	15	10	6	2
05	Hommes	1	3	7	12	15	17	12
	Femmes	1	2	7	14	21	25	18
01	Hommes	2	4	6	8	11	11	7
	Femmes	5	8	11	14	18	17	9
10	Hommes	—	—	—	2	7	22	57
	Femmes	—	—	—	1	5	21	56
06-07	Hommes	1	8	15	20	19	15	5
	Femmes	—	2	5	7	6	4	1
Ensemble.	Hommes	74	78	79	79	80	82	89
	Femmes	68	75	78	81	84	87	92

1.8. — Taux des existants au 31-12-1965,
par âge et pour chacune des 6 catégories diagnostiques principales
(Pour 100 000 habitants.)

		15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus
04	Hommes	27	94	**124**	**99**	62	31	12
	Femmes	15	**67**	**95**	**106**	**98**	65	33
14	Hommes	**77**	**98**	81	69	50	27	12
	Femmes	**49**	65	54	53	43	27	14
05	Hommes	1	9	26	51	58	54	33
	Femmes	1	5	19	51	87	**120**	99
01	Hommes	4	13	23	34	42	34	18
	Femmes	5	18	30	52	76	83	49
10	Hommes	—	1	2	7	26	**73**	**153**
	Femmes	—	—	1	5	22	101	**313**
06-07	Hommes	2	24	61	87	**77**	49	14
	Femmes	—	5	15	23	23	19	7
Ensemble.	Hommes	111	239	317	347	315	268	242
	Femmes	70	160	214	290	349	415	515

1.8 *(suite)*. — Représentation graphique

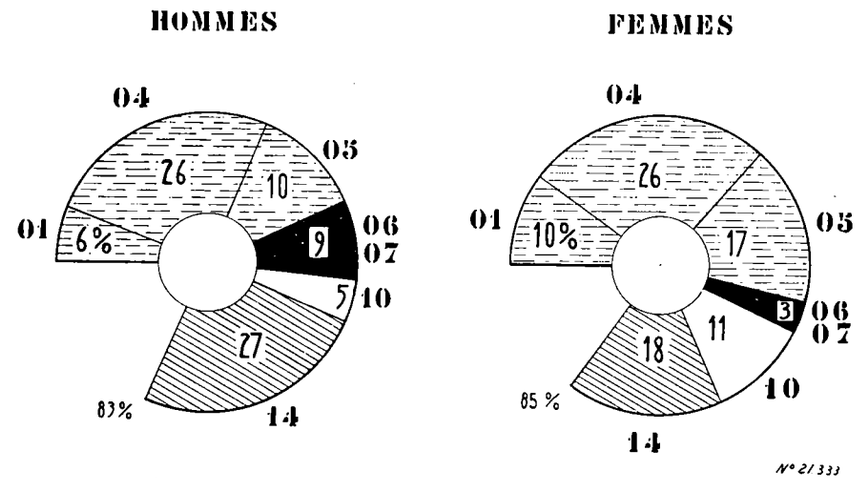


1.9. — Répartition, par sexe et ancienneté d'admission, des existants au 31-12-1965

	Hommes	Femmes	Ensemble
	a) Effectifs.		
Existants admis avant 1965 ..	39 696	42 650	82 346
Existants admis en 1965	17 552	16 740	34 292
Total	57 248	59 390	116 638
	b) Pourcentages.		
Existants admis avant 1965 ..	69	72	71
Existants admis en 1965	31	28	29
Total	100	100	100

1.10. — Répartition, par sexe et par catégorie diagnostique, des malades existants au 31-12-1965 et séjournant depuis plus d'un an

Catégories diagnostiques	*a)* Effectifs			*b)* Répartition pour 1 000		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
01	2 205	4 324	6 529	56	101	79
02	485	415	900	12	10	11
03	1 079	1 009	2 088	27	24	25
04	10 241	**11 044**	**21 285**	258	**259**	**259**
05	3 974	7 109	11 083	100	167	135
06-07	3 467	1 332	4 799	87	31	58
08	698	496	1 194	18	12	15
09	1 882	1 516	3 398	47	35	41
10	1 764	4 651	6 415	45	109	78
11	587	554	1 141	15	13	14
12	546	643	1 189	14	15	14
13	1 869	1 571	3 440	47	37	42
14	**10 575**	7 738	18 313	**266**	181	222
15	324	248	572	8	6	7
Total	39 696	42 650	82 346	1 000	1 000	1 000



1.11. — PROPORTION, PAR SEXE ET POUR CHAQUE CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE, DES EXISTANTS HOSPITALISÉS DEPUIS PLUS D'UN AN PAR RAPPORT AU TOTAL DES EXISTANTS AU 31-12-1965

(En pourcentages.)

Catégories diagnostiques	Hommes	Femmes	Ensemble
01	56	56	56
02	62	62	62
03	57	54	55
04	80	84	82
05	79	81	81
06-07	44	55	47
08	92	91	92
09	76	78	77
10	56	61	59
11	63	67	65
12	42	35	38
13	57	66	61
14	85	86	85
15	56	58	57
Ensemble des catégories	69	72	71

DEUXIÈME PARTIE

ADMISSIONS EN 1965

a. — RAPPEL DES DÉFINITIONS

Ces statistiques classent les admissions en 3 types : pour la première fois, par transfert et autres.

Admission pour la première fois. — Doit être comptée comme admission pour la première fois, toute entrée d'un malade qui, autant qu'il est possible de le savoir, n'a jamais été hospitalisé antérieurement dans un service fermé ou libre d'établissement psychiatrique public ou privé, dans un service d'hôpital général spécialisé en neuro-psychiatrie ou dans une maison de santé privée spécialisée.

Admission par transfert. — Doit être comptée comme une admission par transfert, toute entrée d'un malade transféré d'un établissement psychiatrique public ou privé, d'un service d'hôpital général spécialisé en neuro-psychiatrie ou d'une maison de santé privée spécialisée. Toutefois, lorsque le passage dans un service hospitalier spécialisé en neuro-psychiatrie ou dans une maison de santé privée spécialisée ne peut raisonnablement être considéré comme un séjour, ce passage ne sera pas considéré comme une hospitalisation et l'entrée ne sera pas comptée comme admission par transfert. Cette remarque s'applique également, bien entendu, aux entrées précédées d'un passage dans un service dit d'admission.

Autres admissions. — Doit être comptée comme autre admission toute entrée d'un malade ne correspondant pas aux définitions, données ci-dessus, de l'admission pour la première fois et de l'admission par transfert. Doivent donc figurer sous cette rubrique toutes les réadmissions, toutes les entrées de malades qui ont fait antérieurement un ou plusieurs séjours en milieu psychiatrique (service fermé ou libre d'établissement psychiatrique public ou privé, service d'hôpital général spécialisé en neuro-psychiatrie, maison de santé privée spécialisée).

Lorsqu'un malade, pendant l'année considérée *et au cours d'une même hospitalisation,* a changé de service ou est passé de service libre en service fermé, ou vice versa, à l'intérieur d'un même service, *ces passages ne doivent pas être enregistrés comme des sorties et des entrées.*

b. — Commentaires

Le mouvement des admissions est décrit dans les tableaux et graphiques 2.1 à 2.9 par sexe, âge et catégorie diagnostique.

Le tableau et le graphique 2.1 donnent la répartition des entrées par sexe et par type d'admission.

Le tableau et les graphiques 2.2 donnent la répartition, par sexe et catégorie diagnostique, de l'ensemble des admissions de 1965. *Le tableau et les graphiques 2.3* donnent cette même répartition pour les admissions pour la première fois.

Comme cela a été précisé plus haut, les données sur les entrées sont obtenues par décompte du total des sorties et décès et du total des existants au 31 décembre dans chaque catégorie diagnostique. *La référence diagnostique prise en considération ici est donc constituée par le diagnostic à la sortie ou au décès pour les entrées suivies d'une sortie ou d'un décès dans l'année, et par le diagnostic le plus récent par rapport au 31 décembre pour les entrées dans l'année en position d'existants au 31 décembre.*

Les catégories diagnostiques où figurent le plus grand nombre d'entrées sont la catégorie 06-07 (Psychoses alcooliques et Alcoolisme chronique) pour les hommes, et la catégorie 01 (Psychose maniaque dépressive. Manies. Mélancolies) pour les femmes. 37 % des admissions dans les services d'hommes figurent en 06-07 et 27 % des admissions dans les services de femmes figurent en 01. Ces proportions sont respectivement de 40 % et 23 % en ce qui concerne les admissions pour la première fois.

Pour les hommes, plus de la moitié des entrées (58 %) figurent dans les trois catégories suivantes : 06-07, 01 et 04 (Schizophrénies chroniques). Pour les femmes, la moitié des entrées (52 %) figurent dans les trois catégories suivantes : 01, 12 (Névroses et Etats névrotiques) et 10 (Etats démentiels de la sénilité et démences préséniles).

Le tableau 2.4 donne les taux par 100 000 habitants des premières admissions de 1965 pour les 7 catégories diagnostiques principales.

Le tableau 2.5 donne la proportion, par sexe et pour chaque catégorie diagnostique, des admissions pour la première fois par rapport au total des admissions de 1965.

Le tableau 2.6 donne la position au 31 décembre, par sexe, des admissions de l'année. Il met en évidence que 69 % des entrées de l'année 1965 ont été suivies d'une sortie ou d'un décès au cours de la même année. Cette proportion est peu différente pour les hommes et pour les femmes.

Si, au 31 décembre, 69 % des entrées de l'année ont été suivies d'une sortie ou d'un décès dans l'année, *quelle que soit la date de l'entrée au cours de l'année*, on est en droit de penser que la grande majorité des admissions dans un établissement psychiatrique sont suivies d'une sortie au bout d'un temps de séjour très inférieur à 12 mois et l'on peut affirmer que la proportion des entrées suivies d'une sortie après une hospitalisation de courte durée est très supérieure à 69 %. En effet, une partie des entrées de l'année encore existantes au 31 décembre se rapporte à des malades destinés à effectuer un séjour de courte durée et dont l'hospitalisation est en cours à cette date du fait de leur entrée récente.

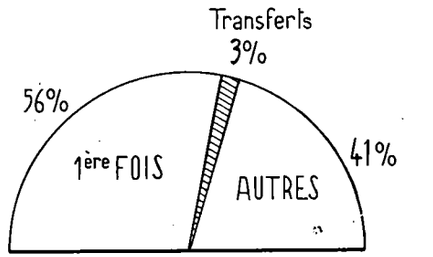
Le tableau 2.7 donne la proportion, par sexe et pour chaque catégorie diagnostique, des admissions de 1965 suivies d'une sortie ou d'un décès la même année, par rapport au total des entrées. Ce tableau et le graphique correspondant permettent de mettre en évidence que la probabilité de sortie (ou la probabilité de décès dans certains cas) après un court séjour est toujours relativement élevée, quelle que soit la catégorie diagnostique dans laquelle figure l'entrée. La proportion la plus basse est de 44 % et la plus élevée de 82 %.

Le tableau 2.8 donne la répartition des admissions par sexe et par âge. Malheureusement, la répartition par âge des entrées pour chacune des catégories diagnostiques n'est pas fournie par les états. 65 % des admissions d'hommes et 52 % des admissions de femmes concernent des malades ayant entre 25 et 54 ans. Alors que dans le groupe d'âge de 55 à 64 ans figurent à peu près autant d'entrées d'hommes que de femmes, la proportion est environ de 1/3-2/3 pour les admissions figurant dans les groupes de 65 ans et au-dessus. *Le graphique 2.8* illustre ces données.

Le tableau et le graphique 2.9 donnent le taux pour 100 000 habitants, par sexe et par âge, des admissions pour la première fois de 1965. La représentation graphique tient compte de l'importance relative de chaque groupe d'âge dans l'effectif total de la population. Elle fait apparaître la nécessité, pour l'interprétation de ce type de données, de tenir compte à la fois du taux pour 100 000 habitants et de l'importance numérique du groupe de population considéré.

2.1. — Répartition des entrées de 1965
par sexe et par type d'admission

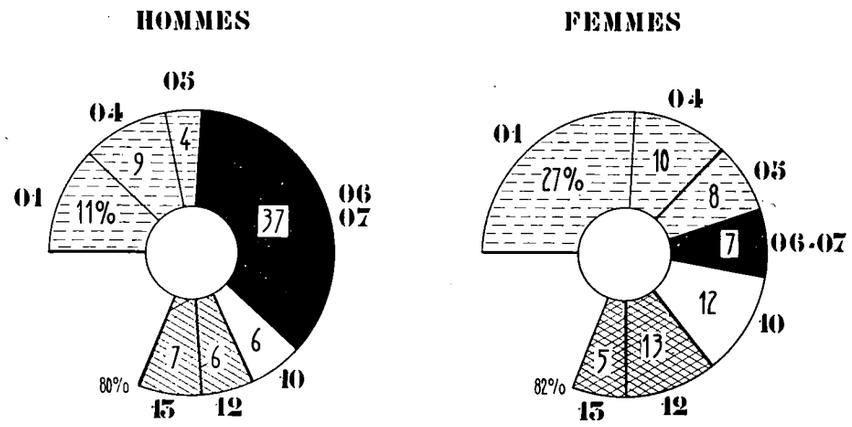
	Hommes	Femmes	Ensemble
a) Effectifs.			
Admission pour la 1re fois....	33 799	26 932	60 731
Admission par transfert	1 767	1 796	3 563
Autres types d'admission.....	22 388	22 515	44 903
Total	57 954	51 243	109 197
b) Pourcentages.			
Admission pour la 1re fois....	58	53	56
Admission par transfert	3	3	3
Autres types d'admission.....	39	44	41
Total	100	100	100



N° 21.334

2.2. — Répartition, par sexe et par catégorie diagnostique,
de l'ensemble des admissions de 1965

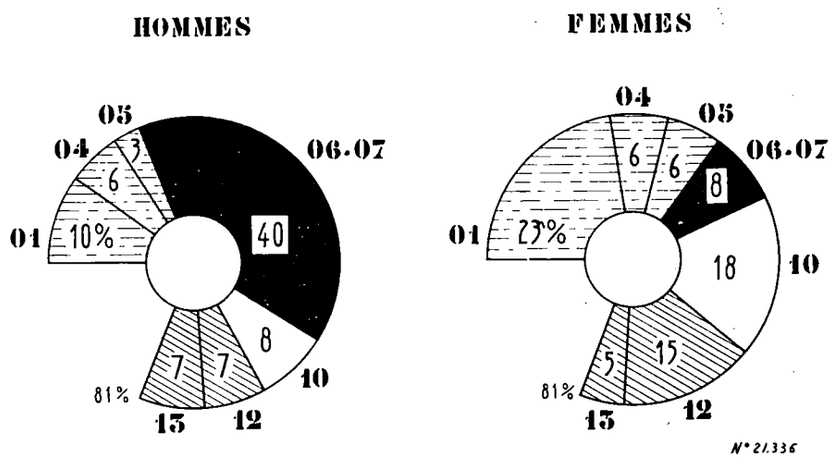
Catégories diagnostiques	*a)* Effectifs			*b)* Répartition pour 1 000		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
01	6 539	**13 787**	20 326	113	**269**	186
02	1 073	865	1 938	18	17	18
03	2 503	3 142	5 645	43	61	52
04	5 465	5 080	10 545	94	99	97
05	2 161	3 837	5 998	37	75	55
06-07	**21 597**	3 737	**25 334**	**373**	73	**232**
08	115	95	210	2	2	2
09	1 631	1 189	2 820	28	23	26
10	3 484	6 255	9 739	60	122	89
11	1 088	851	1 939	19	16	18
12	3 624	6 547	10 171	63	128	93
13	4 082	2 602	6 684	70	51	61
14	3 397	2 451	5 848	59	48	53
15	1 195	805	2 000	21	16	18
Total	57 954	51 243	109 197	1 000	1 000	1 000



N° 21.335

2.3. — Répartition, par sexe et par catégorie diagnostique, des admissions pour la première fois de 1965

Catégories diagnostiques	a) Effectifs			b) Répartition pour 1 000		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
01	3 436	**6 275**	9 711	102	**233**	160
02	785	547	1 332	23	20	22
03	1 453	1 665	3 118	43	62	51
04	2 174	1 606	3 780	64	60	62
05	1 060	1 669	2 729	31	62	45
06-07	**13 574**	2 194	**15 768**	**402**	81	**260**
08	63	32	95	2	1	2
09	778	495	1 273	23	18	21
10	2 737	4 880	7 617	81	181	126
11	742	558	1 300	22	21	21
12	2 296	3 924	6 220	68	146	102
13	2 237	1 377	3 614	66	51	60
14	1 663	1 147	2 810	49	43	45
15	801	563	13 64	24	21	23
Total	33 799	26 932	60 731	1 000	1 000	1 000



2.4. — Taux des premières admissions de 1965 pour les principales catégories diagnostiques
(Pour 100 000 habitants.)

Catégories diagnostiques	Hommes	Femmes
01	14	25
04	9	6
05	4	6
06-07	56	8
10	11	19
12	9	15
13	9	5

2.5. — Proportion, par sexe et pour chaque catégorie diagnostique, des admissions pour la première fois, par rapport au total des admissions de 1965

(En pourcentages.)

Catégories diagnostiques	Hommes	Femmes	Ensemble
01	53	46	48
02	73	63	69
03	58	53	55
04	40	32	36
05	49	43	45
06-07	63	59	62
08	55	34	45
09	48	42	45
10	79	78	78
11	68	66	67
12	63	60	61
13	55	53	54
14	49	47	48
15	67	70	68
Ensemble des catégories	58	53	56

2.6. — Position, au 31 décembre, des admissions de 1965

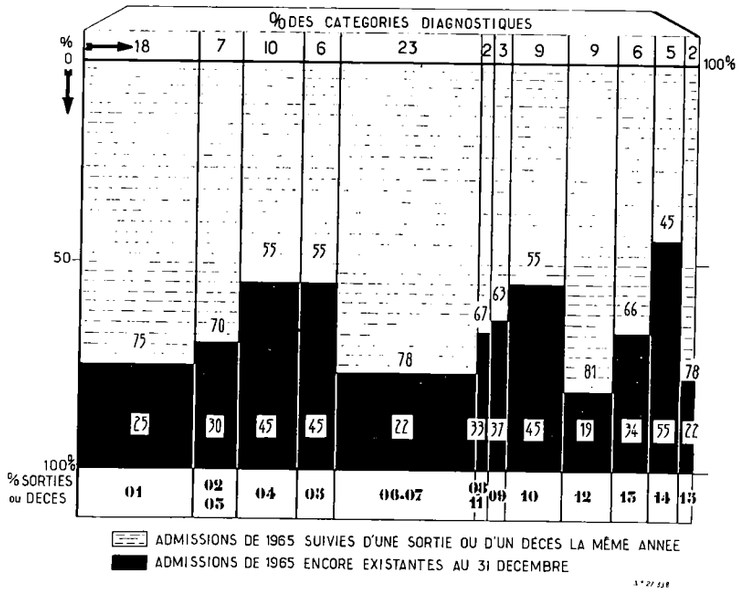
	Hommes	Femmes	Ensemble
a) Effectifs.			
Entrées de 1965 suivies d'une sortie ou d'un décès la même année	40 402	34 503	74 905
Entrées de 1965 encore existantes au 31-12-1965	17 552	16 740	34 292
Total	57 954	51 243	109 197
b) Pourcentages.			
Entrées de 1965 suivies d'une sortie ou d'un décès la même année	70	67	69
Entrées de 1965 encore existantes au 31-12-1965	30	33	31
Total	100	100	100

2.7. — Proportion, par sexe et pour chaque catégorie diagnostique, des admissions de 1965 suivies d'une sortie ou d'un décès la même année, par rapport au total des admissions de l'année

(En pourcentages.)

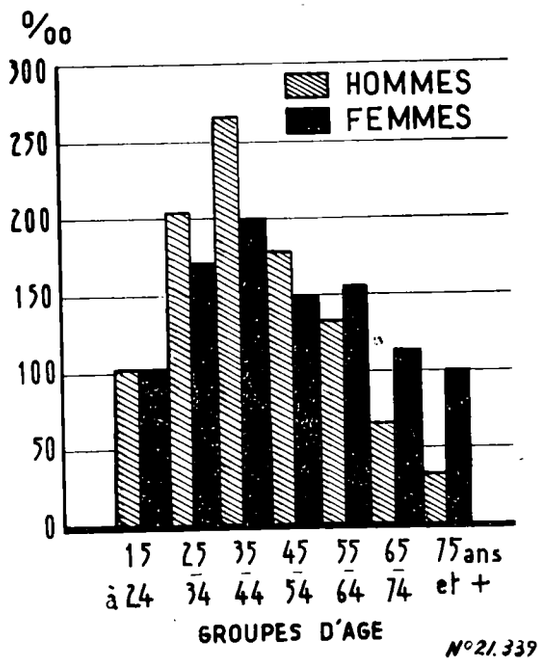
Catégories diagnostiques	Hommes	Femmes	Ensemble
01	74	75	75
02	72	70	71
03	68	72	70
04	52	57	55
05	52	57	55
06-07	80	71	78
08	48	46	47
09	63	63	63
10	61	52	55
11	69	68	69
12	79	82	81
13	65	68	66
14	44	47	45
15	79	78	78
Ensemble des catégories	70	67	69

2.7 *(suite)*. — Représentation graphique pour les deux sexes



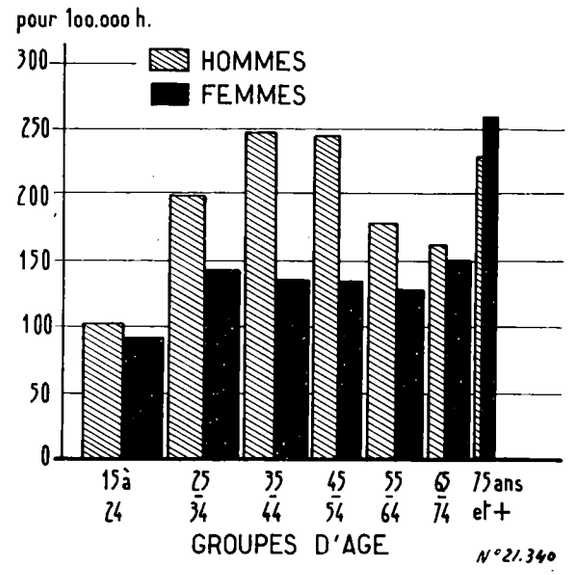
2.8. — Répartition, par sexe et par âge, des admissions de 1965

	— de 15 ans	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Total
a) Effectifs.									
Hommes	336	6 055	12 045	**15 243**	10 339	8 014	3 750	2 172	57 954
Femmes	329	5 312	8 623	**10 185**	7 624	7 933	6 029	5 208	51 243
Ensemble ...	665	11 367	20 668	**25 428**	17 963	15 947	9 779	7 380	109 197
b) Répartition pour 1 000.									
Hommes	6	104	208	**263**	178	138	65	38	1 000
Femmes	6	104	168	**199**	149	155	118	101	1 000
Ensemble ...	6	104	189	**233**	164	146	90	68	1 000



2.9. — Taux des premières admissions de 1965, par sexe et âge
(Pour 100 000 habitants.)

	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous âges
Hommes	101	198	247	245	178	161	227	188
Femmes	92	143	138	133	127	150	258	139
Ensemble	97	172	193	188	151	154	248	163



TROISIÈME PARTIE

SORTIES ET DÉCÈS EN 1965

a. — Rappel des définitions

Ces statistiques distinguent 3 modes de sortie : sortie définitive, transfert dans un autre établissement, évasion.

Sortie définitive. — Doit être comptée comme sortie définitive, toute sortie ayant fait l'objet d'un certificat de sortie définitive et toute transformation de sortie d'essai en sortie définitive. Une sortie d'essai, *quelle que soit sa durée,* ne doit donc jamais être comptée comme sortie tant qu'elle n'a pas été effectivement transformée en sortie définitive. En conséquence, les malades en situation de sortie d'essai au 31 décembre, quelle que soit la durée de celle-ci, devront figurer parmi les existants.

Transfert dans un autre établissement. — Doit être comptée comme transfert dans un autre établissement, toute sortie d'un service effectuée en vue du transfert dans un autre établissement psychiatrique public ou privé, un service d'hôpital général spécialisé en neuro-psychiatrie ou une maison de santé privée spécialisée.

En revanche, on devra compter comme sortie définitive, toute sortie d'un service effectuée en vue d'un transfert dans un établissement autre que ceux ci-dessus mentionnés.

Evasion. — Doit être comptée comme évasion, toute évasion non suivie d'une réintégration au 31 décembre.

Une évasion non suivie de réintégration, mais dont la situation administrative a été régularisée par un certificat de sortie, doit être comptée comme évasion.

Une évasion suivie de réintégration ne doit pas être prise en considération.

Comme cela a déjà été précisé, lorsqu'un malade, pendant l'année considérée et *au cours d'une même hospitalisation,* a changé de service ou est passé de service libre en service fermé, ou vice versa, à l'intérieur d'un même service, *ces passages ne doivent pas être enregistrés comme des sorties et des entrées.*

Par voie de conséquence, les données statistiques concernant la sortie ou le décès d'un malade qui, pendant l'année et au cours d'une même hospitalisation, a changé une ou plusieurs fois de service *sans sortir de l'établissement,* ou est passé, à l'intérieur d'un même service, de service libre en service fermé ou inversement, *doivent figurer sur l'état statistique du dernier service où il a séjourné,* c'est-à-dire de celui où s'est effectuée la sortie de l'établissement ou dans lequel est survenu le décès.

b. — Commentaires

Le mouvement des sorties et décès est décrit dans les tableaux et graphiques 3.1 à 3.7 par sexe, âge et catégorie diagnostique.

Le tableau 3.1 donne la répartition des sorties par sexe et par mode de sortie. Il montre que la très grande majorité des sorties sont enregistrées comme des sorties définitives.

Le tableau et les graphiques 3.2 donnent la répartition par sexe et catégorie diagnostique des sorties de 1965.

C'est le diagnostic à la sortie qui doit évidemment être pris en considération pour le choix de la catégorie diagnostique dans laquelle figure une sortie.

La catégorie diagnostique où figure le plus grand nombre de sorties est la catégorie 06-07 (Psychoses alcooliques et Alcoolisme chronique) pour les hommes, et la catégorie 01 (Psychose maniaque dépressive. Manies. Mélancolies) pour les femmes. 39 % des sorties des services d'hommes figurent en 06-07 et 29 % des sorties des services de femmes figurent en 01.

Pour les hommes, 60 % des sorties figurent dans les trois catégories suivantes : 06-07, 01 et 04 (Schizophrénies chroniques). Pour les femmes, plus de la moitié des sorties (53 %) figurent dans les trois catégories : 01, 04 et 12 (Névroses et états névrotiques).

Le tableau 3.3 donne la répartition, par sexe et par âge, des sorties. Malheureusement, la répartition par âge pour chacune des catégories diagnostiques n'est pas fournie par les états.

68 % des sorties d'hommes et 56 % des sorties de femmes concernent des malades ayant entre 25 et 54 ans. Le groupe d'âge où figure l'effectif le plus important, tant pour les hommes que pour les femmes, est le groupe de 35 à 44 ans. Alors que dans le groupe d'âge de 55 à 64 ans figurent sensiblement autant de sorties d'hommes que de femmes, la proportion est environ de 1/3-2/3 pour les sorties figurant dans les groupes de 65 ans et au-dessus. *Le graphique 3.3* illustre ces données.

Le tableau et les graphiques 3.4 donnent la répartition des décès par sexe et catégorie diagnostique. Chez les hommes, plus de la moitié des décès (58 %) figurent dans les 2 catégories suivantes : 10 (Etats démentiels de la sénilité et démences préséniles), 06-07 (Psychoses alcooliques et Alcoolisme chronique). Chez les femmes, 61 % des décès figurent dans la catégorie 10.

Le tableau 3.5 donne la proportion des décès par sexe et catégorie diagnostique, par rapport à l'ensemble des sorties et décès. Ce tableau montre que, pour la catégorie 10, la proportion des décès par rapport à l'ensemble des sorties et décès est de 40 % pour les hommes, 50 % pour les femmes.

Le tableau 3.7 donne, par sexe et par âge, le taux des décès survenus à l'hôpital psychiatrique, pour 1 000 décès de la population générale.

Les taux figurant sur ce tableau sont des taux de décès pour 1 000 habitants de la population générale dans le groupe d'âge correspondant. Ce taux se situe selon le groupe entre 10 et 18 pour 1 000 pour les hommes et entre 16 et 23 pour 1 000 pour les femmes.

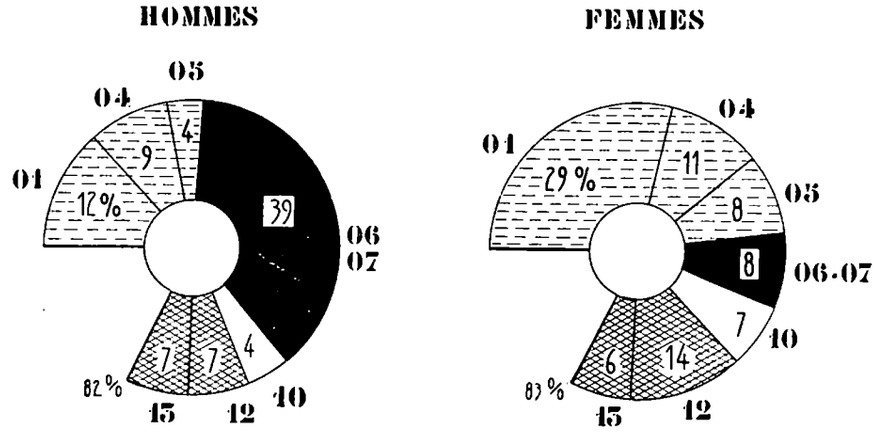
3.1. — RÉPARTITION, PAR SEXE ET PAR MODE DE SORTIE, DES SORTIES DE 1965

	Hommes	Femmes	Ensemble
	a) Effectifs.		
Sortie définitive	51 683	43 789	95 472
Sortie par transfert	1 658	1 145	2 803
Evasion *	274	71	345
Total	53 615	45 005	98 620
	b) Répartition pour 1 000.		
Sortie définitive	964	973	968
Sortie par transfert	31	25	28
Evasion *	5	2	4
Total	1 000	1 000	1 000

* Y compris les évasions transformées en sorties définitives.

3.2. — RÉPARTITION, PAR SEXE ET PAR CATÉGORIE DIAGNOSTIQUE, DES SORTIES DE 1965

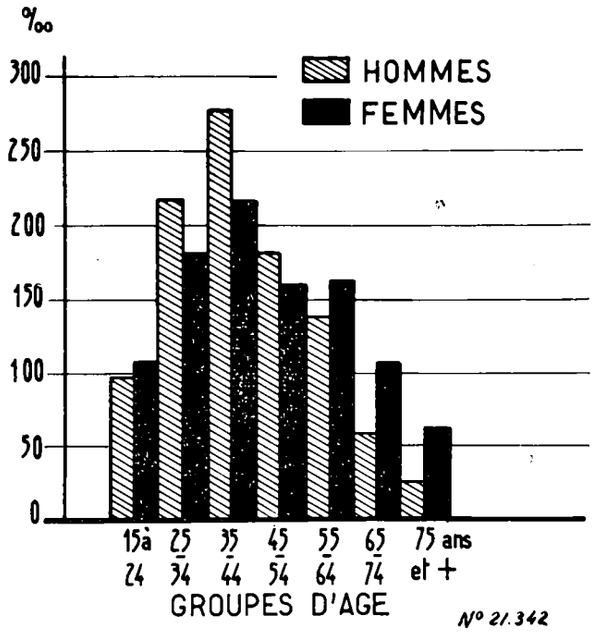
Catégories diagnostiques	*a)* Effectifs			*b)* Répartition pour 1 000		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
01	6 215	**12 816**	19 031	116	**285**	193
02	983	769	1 752	18	17	18
03	2 480	3 009	5 489	46	67	56
04	4 993	4 817	9 810	93	107	99
05	2 069	3 617	5 686	39	80	58
06-07	**20 812**	3 486	**24 298**	**388**	78	**246**
08	111	96	207	2	2	2
09	1 505	1 077	2 582	28	24	26
10	2 121	3 115	5 236	40	69	53
11	943	691	1 634	18	15	17
12	3 570	6 264	9 834	67	139	100
13	3 833	2 471	6 304	71	55	64
14	2 857	2 012	4 869	53	45	49
15	1 123	765	1 888	21	17	19
Total	53 615	45 005	98 620	1 000	1 000	1 000



N° 27.341

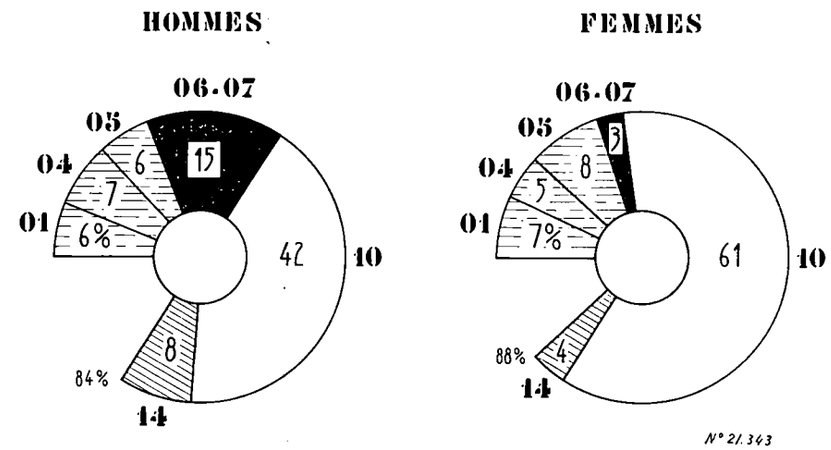
3.3. — Répartition, par sexe et par âge, des sorties de 1965

	— de 15 ans	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Total
a) Effectifs.									
Hommes	253	5 265	11 679	**14 854**	9 718	7 390	3 106	1 350	53 615
Femmes	257	4 802	8 088	**9 742**	7 225	7 354	4 750	2 787	45 005
Ensemble ...	510	10 067	19 767	**24 596**	16 943	14 744	7 856	4 137	98 620
b) Répartition pour 1 000.									
Hommes	5	98	218	**277**	181	138	58	25	1 000
Femmes	6	107	180	**216**	160	163	106	62	1 000
Ensemble ...	5	102	200	**249**	172	150	80	42	1 000



3.4. — Répartition, par sexe et par catégorie diagnostique, des décès de 1965

Catégories diagnostiques	*a)* Effectifs			*b)* Répartition pour 1 000		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
01	193	368	561	59	73	67
02	95	74	169	29	15	20
03	43	52	95	13	10	11
04	213	268	481	65	53	58
05	187	423	610	57	83	73
06-07	507	160	667	154	32	80
08	61	49	110	19	10	13
09	90	84	174	27	17	21
10	**1 392**	**3 063**	**4 455**	**424**	**605**	**534**
11	132	165	297	40	32	36
12	25	54	79	8	11	10
13	58	46	104	18	9	12
14	251	216	467	76	43	56
15	36	38	74	11	7	9
Total	3 283	5 060	8 343	1 000	1 000	1 000



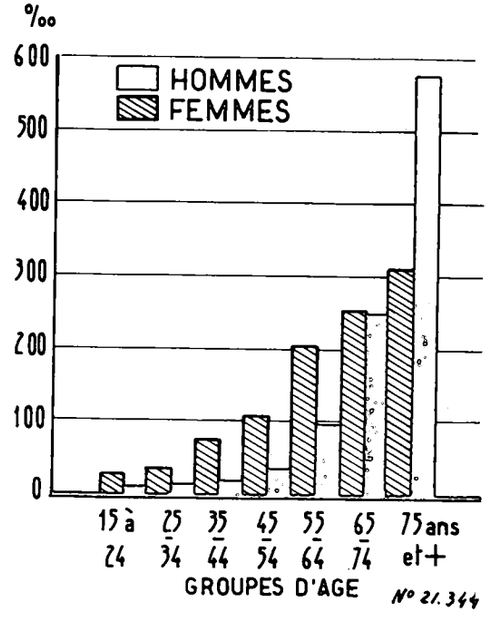
3.5. — Proportion des décès, par sexe et catégorie diagnostique, par rapport a l'ensemble des sorties et décès

(En pourcentages.)

Catégories diagnostiques	Hommes	Femmes	Ensemble
01	3	3	3
02	9	9	9
03	2	2	2
04	4	5	5
05	8	10	10
06-07	2	4	3
08	35	34	35
09	6	7	6
10	40	50	46
11	12	19	15
12	1	1	1
13	1	2	2
14	8	10	9
15	3	5	4
Ensemble des catégories	6	10	8

3.6. — Répartition, par sexe et par âge, des décès de 1965

	— de 15 ans	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Total
a) Effectifs.									
Hommes	2	60	103	225	357	676	833	**1 027**	3 283
Femmes	8	45	57	103	181	474	1 275	**2 917**	5 060
Ensemble	10	105	160	328	538	1 150	2 108	**3 944**	8 343
b) Répartition pour 1 000.									
Hommes	—	18	31	69	109	206	254	**313**	1 000
Femmes	2	9	11	20	36	94	252	**576**	1 000
Ensemble	1	13	19	39	64	138	253	**473**	1 000



3.7. — TAUX DES DÉCÈS SURVENUS A L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE EN 1965, PAR SEXE ET PAR ÂGE

(Pour 1 000 décès de la population générale.)

	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	Tous âges
Hommes	13	17	18	17	12	11	10	11
Femmes	23	21	16	17	17	23	19	19
Ensemble	16	18	18	17	14	16	15	15

QUATRIÈME PARTIE

HOSPITALISATIONS EN 1965

Ces statistiques sur les hospitalisations concernent, d'une part, les hospitalisations ayant donné lieu à un mouvement, c'est-à-dire ayant débuté et/ou pris fin en 1965, et, d'autre part, celles qui n'ont pas donné lieu à un mouvement. Ces deux catégories représentent l'ensemble des hospitalisations de l'année.

Les hospitalisations de 1965 ayant donné lieu à un mouvement sont réparties en 3 catégories : hospitalisations déjà en cours au 1er janvier et ayant pris fin en 1965, hospitalisations ayant débuté et pris fin en 1965, hospitalisations ayant débuté en 1965 et encore en cours au 31 décembre.

Ces données concernant le mouvement des hospitalisations peuvent être considérées, à la rigueur, comme fournissant des indications sur le mouvement des malades, mais, du fait des rechutes et récidives au cours d'une même année, le nombre de sujets malades que représente ce mouvement est inférieur à celui des hospitalisations dans une proportion impossible à déterminer. Malheureusement, les informations statistiques que fournissent les états SP 5 et SP 5/S ne permettent pas d'établir des statistiques de malades à partir des données de mouvement. Seul un système de fiches individuelles permettrait d'établir ces statistiques.

A. — HOSPITALISATIONS AYANT DÉBUTÉ ET/OU PRIS FIN EN 1965

Le tableau 4.1 donne la répartition, par sexe et par catégorie d'hospitalisation, des hospitalisations ayant débuté et/ou pris fin en 1965.

Comme le montre ce tableau, le nombre d'hospitalisations ayant débuté et/ou pris fin en 1965 est de 141 255 pour l'ensemble des services d'adultes. Si l'on considère que l'effectif des lits disponibles a été en 1965 de 116 600 environ et que 82 346 lits ont été occupés pendant toute l'année par le même malade, c'est un effectif d'environ 34 000 lits, soit 29 %, qui a permis le mouvement des 141 255 hospitalisations enregistrées.

Par ailleurs, plus de la moitié des hospitalisations de 1965 ayant donné lieu à un mouvement est représentée par des hospitalisations ayant débuté *et* pris fin au cours de l'année.

Les tableaux 4.2 donnent, pour les hommes, les femmes et l'ensemble des malades, la répartition, par catégorie d'hospitalisation et catégorie diagnostique, des hospitalisations ayant débuté et/ou pris fin en 1965.

Ils montrent, notamment, que la proportion des hospitalisations ayant débuté et pris fin au cours de l'année, par rapport au total des hospitalisations de 1965 ayant donné lieu à un mouvement, varie beaucoup selon les catégories diagnostiques.

Pour l'ensemble des malades, cette proportion est de 31 % pour la catégorie 14, 38 % pour les catégories 04 et 10, 61 % pour la catégorie 01 et 65 % pour la catégorie 06-07.

Le tableau et les graphiques 4.3 donnent la répartition, par sexe et par catégorie diagnostique, des hospitalisations ayant débuté et pris fin en 1965. Pour les hommes, 62 % de ces hospitalisations figurent dans les catégories 01, 06-07 et 12. Pour les femmes, 53 % des hospitalisations figurent dans ces 3 catégories. 43 % des hospitalisations d'hommes ayant débuté et pris fin au cours de l'année 1965 sont des hospitalisations pour alcoolisme.

B. — Hospitalisations n'ayant pas donné lieu a un mouvement

Les données se rapportant à ces hospitalisations sont celles rassemblées dans *le tableau 4.4.*

C. — Ensemble des hospitalisations de 1965

Ces données concernent l'ensemble des hospitalisations de 1965, c'est-à-dire, d'une part, les hospitalisations ayant donné lieu à un mouvement au cours de l'année, et, d'autre part, les hospitalisations déjà en cours au 1er janvier et encore en cours au 31 décembre.

Le tableau 4.5 donne la répartition, par sexe et par catégorie d'hospitalisation, de l'ensemble des hospitalisations de 1965.

Le tableau et les graphiques 4.6 donnent la répartition, par sexe et par catégorie diagnostique, de l'ensemble des hospitalisations de 1965. Dans les six catégories diagnostiques suivantes : 01, 04, 05, 06-07, 10 et 14, figurent 76 % des hospitalisations tant pour les hommes que pour les femmes.

Les tableaux 4.7 donnent en effectifs et en pourcentages, pour les hommes, les femmes et l'ensemble des malades, la répartition, par catégorie d'hospitalisation et par catégorie diagnostique, de l'ensemble des hospitalisations de 1965.

Pour les hommes, la proportion des hospitalisations ayant duré toute l'année par rapport à l'ensemble des hospitalisations est de 12 % pour la catégorie 06-07, 21 % pour la catégorie 01, 55 % pour la catégorie 05, 57 % pour la catégorie 04 et 68 % pour la catégorie 14. Pour les femmes, les proportions sont de 22 % pour 06-07, 21 % pour 01, 56 % pour 05, 60 % pour 04 et 69 % pour 14.

Le tableau 4.8 donne la répartition, par sexe et par catégorie diagnostique, de l'excédent des entrées par rapport aux sorties et décès. Il constitue une information approximative sur l'augmentation des effectifs en 1965 et indique les catégories diagnostiques où ont été enregistrés les excédents les plus importants.

4.1. — Répartition, par sexe et par catégorie d'hospitalisation, des hospitalisations ayant débuté et/ou pris fin en 1965

	Hospitalisations déjà en cours au 1-1 et ayant pris fin en 1965	Hospitalisations ayant débuté et pris fin en 1965	Hospitalisations ayant débuté en 1965 et encore en cours au 31-12	Total
		a) Effectifs.		
Hommes	16 496	40 402	17 552	74 450
Femmes	15 562	34 503	16 740	66 805
Ensemble	32 058	74 905	34 292	141 255
		b) Pourcentages.		
Hommes	22	54	24	100
Femmes	23	52	25	100
Ensemble	23	53	24	100

4.2. — Répartition, par sexe, catégorie d'hospitalisation et catégorie diagnostique, des hospitalisations ayant débuté et/ou pris fin en 1965

a) *Hommes.*

Catégories diagnostiques	Hospitalisations déjà en cours au 1-1 et ayant pris fin en 1965	Hospitalisations ayant débuté et pris fin en 1965	Hospitalisations ayant débuté en 1965 et encore en cours au 31-12	Total
		a) Effectifs.		
01	1 588	4 820	1 718	8 126
02	303	775	299	1 377
03	830	1 693	810	3 333
04	2 369	2 837	2 628	7 834
05	1 125	1 131	1 030	3 286
06-07	**4 110**	**17 209**	**4 388**	**25 707**
08	117	55	61	233
09	560	1 035	596	2 191
10	1 403	2 110	1 374	4 887
11	325	750	338	1 413
12	719	2 876	748	4 343
13	1 225	2 666	1 415	5 306
14	1 602	1 506	1 891	4 999
15	220	939	256	1 415
Total	16 496	40 402	17 552	74 450
		b) Pourcentages.		
01	20	59	21	100
02	22	56	22	100
03	25	51	24	100
04	30	36	34	100
05	34	35	31	100
06-07	16	67	17	100
08	50	24	26	100
09	26	47	27	100
10	29	43	28	100
11	23	53	24	100
12	17	66	17	100
13	23	50	27	100
14	32	30	38	100
15	16	66	18	100
Ensemble des catégories	22	54	24	100

4.2 *(suite).*

b) *Femmes.*

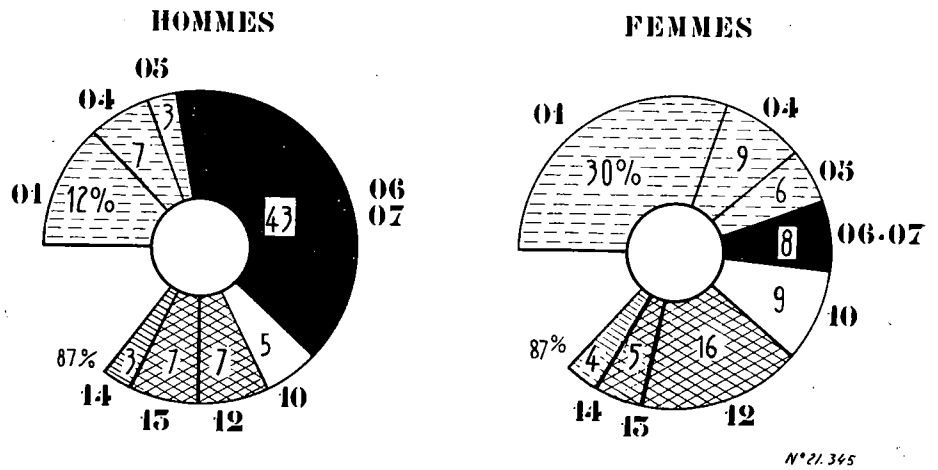
Catégories diagnostiques	Hospitalisations déjà en cours le 1-1 et ayant pris fin en 1965	Hospitalisations ayant débuté et pris fin en 1965	Hospitalisations ayant débuté en 1965 et encore en cours au 31-12	Total
		a) Effectifs.		
01	2 825	**10 359**	**3 428**	**16 612**
02	236	607	258	1 101
03	794	2 267	875	3 936
04	2 166	2 919	2 161	7 246
05	1 846	2 194	1 643	5 683
06-07	1 004	2 642	1 095	4 741
08	101	44	51	196
09	407	754	435	1 596
10	**2 944**	3 234	3 021	9 199
11	275	581	270	1 126
12	969	5 349	1 198	7 516
13	739	1 778	824	3 341
14	1 079	1 149	1 302	3 530
15	177	626	179	982
Total	15 562	34 503	16 740	66 805
		b) Pourcentages.		
01	17	62	21	100
02	22	55	23	100
03	20	58	22	100
04	30	40	30	100
05	32	39	29	100
06-07	21	56	23	100
08	52	22	26	100
09	26	47	27	100
10	32	35	33	100
11	24	52	24	100
12	13	71	16	100
13	22	53	25	100
14	30	33	37	100
15	18	64	18	100
Ensemble des catégories	23	52	25	100

4.2 *(suite).*
c) ***Ensemble.***

Catégories diagnostiques	Hospitalisations déjà en cours le 1-1 et ayant pris fin en 1965	Hospitalisations ayant débuté et pris fin en 1965	Hospitalisations ayant débuté en 1965 et encore en cours au 31-12	Total
		a) Effectifs.		
01	4 413	15 179	5 146	24 738
02	539	1 382	557	2 478
03	1 624	3 960	1 685	7 269
04	4 535	5 756	4 789	15 080
05	2 971	3 325	2 673	8 969
06-07	**5 114**	**19 851**	**5 483**	**30 448**
08	218	99	112	429
09	967	1 789	1 031	3 787
10	4 347	5 344	4 395	14 086
11	600	1 331	608	2 539
12	1 688	8 225	1 946	11 859
13	1 964	4 444	2 239	8 647
14	2 681	2 655	3 193	8 529
15	397	1 565	435	2 397
Total	32 058	74 905	34 292	141 255
		b) Pourcentages.		
01	18	61	21	100
02	22	56	22	100
03	22	55	23	100
04	30	38	32	100
05	33	37	30	100
06-07	17	65	18	100
08	51	23	26	100
09	26	47	27	100
10	31	38	31	100
11	24	52	24	100
12	14	69	17	100
13	23	51	26	100
14	32	31	37	100
15	17	65	18	100
Ensemble des catégories	23	53	24	100

4.3. — Répartition, par sexe et par catégorie diagnostique, des hospitalisations ayant débuté et pris fin en 1965

Catégories diagnostiques	*a)* Effectifs			*b)* Répartition pour 1 000		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
01	4 820	**10 359**	15 179	119	**300**	203
02	775	607	1 382	19	18	19
03	1 693	2 267	3 960	42	66	53
04	2 837	2 919	5 756	70	85	77
05	1 131	2 194	3 325	28	64	44
06-07	**17 209**	2 642	**19 851**	**426**	76	**265**
08	55	44	99	2	1	1
09	1 035	754	1 789	26	22	24
10	2 110	3 234	5 344	52	94	71
11	750	581	1 331	19	17	18
12	2 876	5 349	8 225	71	155	110
13	2 666	1 778	4 444	66	51	59
14	1 506	1 149	2 655	37	33	35
15	939	626	1 565	23	18	21
Total	40 402	34 503	74 905	1 000	1 000	1 000



4.4. — Répartition, par sexe et par catégorie diagnostique, des malades existants au 31-12-1965 et séjournant depuis plus d'un an

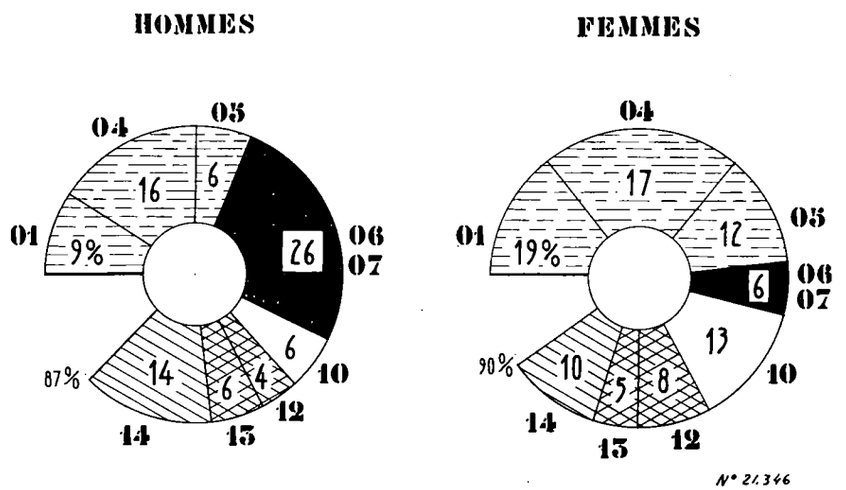
Catégories diagnostiques	*a)* Effectifs			*b)* Répartition pour 1 000		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
01	2 205	4 324	6 529	56	101	79
02	485	415	900	12	10	11
03	1 079	1 009	2 088	27	24	25
04	10 241	**11 044**	**21 285**	258	**259**	**259**
05	3 974	7 109	11 083	100	167	135
06-07	3 467	1 332	4 799	87	31	58
08	698	496	1 194	18	12	15
09	1 882	1 516	3 398	47	35	41
10	1 764	4 651	6 415	45	109	78
11	587	554	1 141	15	13	14
12	546	643	1 189	14	15	14
13	1 869	1 571	3 440	47	37	42
14	**10 575**	7 738	18 313	**266**	181	222
15	324	248	572	8	6	7
Total	39 696	42 650	82 346	1 000	1 000	1 000

4.5. — Répartition, par sexe et par catégorie d'hospitalisation, de l'ensemble des hospitalisations de 1965

	Hospitalisations déjà en cours au 1-1 et ayant pris fin en 1965	Hospitalisations ayant débuté et pris fin en 1965	Hospitalisations ayant débuté en 1965 et encore en cours au 31-12	Hospitalisations ayant duré toute l'année	Total
			a) Effectifs.		
Hommes	16 496	40 402	17 552	39 696	114 146
Femmes	15 562	34 503	16 740	42 650	109 455
Ensemble	32 058	74 905	34 292	82 346	223 601
			b) Pourcentages.		
Hommes	15	35	15	35	100
Femmes	14	32	15	39	100
Ensemble	14	34	15	37	100

4.6. — Répartition, par sexe et par catégorie diagnostique, de l'ensemble des hospitalisations de 1965

Catégories diagnostiques	*a)* Effectifs			*b)* Répartition pour 1 000		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
01	10 331	**20 936**	31 267	90	**191**	140
02	1 862	1 516	3 378	16	14	15
03	4 412	4 945	9 357	39	45	42
04	18 075	18 290	**36 365**	158	167	**163**
05	7 260	12 792	20 052	64	117	90
06-07	**29 174**	6 073	35 247	**256**	56	158
08	931	692	1 623	8	6	7
09	4 073	3 112	7 185	36	28	32
10	6 651	13 850	20 501	58	127	92
11	2 000	1 680	3 680	18	15	16
12	4 889	8 159	13 048	43	75	58
13	7 175	4 912	12 087	63	45	54
14	15 574	11 268	26 842	136	103	120
15	1 739	1 230	2 969	15	11	13
Total	114 146	109 455	223 601	1 000	1 000	1 000



4.7. — Répartition, par sexe, catégorie d'hospitalisation et catégorie diagnostique, de l'ensemble des hospitalisations de 1965

a) *Hommes.*

Catégories diagnostiques	Hospitalisations déjà en cours le 1-1 et ayant pris fin en 1965	Hospitalisations ayant débuté et pris fin en 1965	Hospitalisations ayant débuté en 1965 et encore en cours au 31-12	Hospitalisations ayant duré toute l'année	Total
a) Effectifs.					
01	1 588	4 820	1 718	2 205	10 331
02	303	775	299	485	1 862
03	830	1 693	810	1 079	4 412
04	2 369	2 837	2 628	10 241	18 075
05	1 125	1 131	1 030	3 974	7 260
06-07	**4 110**	**17 209**	**4 388**	3 467	**29 174**
08	117	55	61	698	931
09	560	1 035	596	1 882	4 073
10	1 403	2 110	1 374	1 764	6 651
11	325	750	338	587	2 000
12	719	2 876	748	546	4 889
13	1 225	2 666	1 415	1 869	7 175
14	1 602	1 506	1 891	**10 575**	15 574
15	220	939	256	324	1 739
Total	16 496	40 402	17 552	39 696	114 146
b) Pourcentages.					
01	15	**47**	17	21	100
02	16	**42**	16	26	100
03	19	**38**	18	25	100
04	13	16	14	**57**	100
05	15	16	14	**55**	100
06-07	14	**59**	15	12	100
08	13	6	6	**75**	100
09	14	25	15	**46**	100
10	21	**32**	21	26	100
11	16	**38**	17	29	100
12	15	**59**	15	11	100
13	17	**37**	20	26	100
14	10	10	12	**68**	100
15	13	**54**	15	18	100
Ensemble des catégories	15	35	15	35	100

4.7 *(suite).*

b) *Femmes.*

Catégories diagnostiques	Hospitalisations déjà en cours au 1-1 et ayant pris fin en 1965	Hospitalisations ayant débuté et pris fin en 1965	Hospitalisations ayant débuté en 1965 et encore en cours au 31-12	Hospitalisations ayant duré toute l'année	Total
a) Effectifs.					
01	2 825	**10 359**	**3 428**	4 324	**20 936**
02	236	607	258	415	1 516
03	794	2 267	875	1 009	4 945
04	2 166	2 919	2 161	**11 044**	18 290
05	1 846	2 194	1 643	7 109	12 792
06-07	1 004	2 642	1 095	1 332	6 073
08	101	44	51	496	692
09	407	754	435	1 516	3 112
10	**2 944**	3 234	3 021	4 651	13 850
11	275	581	270	554	1 680
12	969	5 349	1 198	643	8 159
13	739	1 778	824	1 571	4 912
14	1 079	1 149	1 302	7 738	11 268
15	177	626	179	248	1 230
Total	15 562	34 503	16 740	42 650	109 455
b) Pourcentages.					
01	14	**49**	16	21	100
02	16	**40**	17	27	100
03	16	**46**	18	20	100
04	12	16	12	**60**	100
05	14	17	13	**56**	100
06-07	17	**43**	18	22	100
08	15	6	7	**72**	100
09	13	24	14	**49**	100
10	21	23	22	**34**	100
11	16	**35**	16	33	100
12	12	**65**	15	8	100
13	15	**36**	17	32	100
14	10	10	11	**69**	100
15	14	**51**	15	20	100
Ensemble des catégories	14	32	15	39	100

4.7 *(suite).*

c) *Ensemble.*

Catégories diagnostiques	Hospitalisations déjà en cours au 1-1 et ayant pris fin en 1965	Hospitalisations ayant débuté et pris fin en 1965	Hospitalisations ayant débuté en 1965 et encore en cours au 31-12	Hospitalisations ayant duré toute l'année	Total
			a) Effectifs.		
01	4 413	15 179	5 146	6 529	31 267
02	539	1 382	557	900	3 378
03	1 624	3 960	1 685	2 088	9 357
04	4 535	5 756	4 789	**21 285**	**36 365**
05	2 971	3 325	2 673	11 083	20 052
06-07	**5 114**	**19 851**	**5 483**	4 799	35 247
08	218	99	112	1 194	1 623
09	967	1 789	1 031	3 398	7 185
10	4 347	5 344	4 395	6 415	20 501
11	600	1 331	608	1 141	3 680
12	1 688	8 225	1 946	1 189	13 048
13	1 964	4 444	2 239	3 440	12 087
14	2 681	2 655	3 193	18 313	26 842
15	397	1 565	435	572	2 969
Total	32 058	74 905	34 292	82 346	223 601
			b) Pourcentages.		
01	14	**49**	16	21	100
02	16	**41**	16	27	100
03	18	**42**	18	22	100
04	12	16	13	**59**	100
05	15	17	13	**55**	100
06-07	14	**56**	16	14	100
08	13	6	7	**74**	100
09	14	25	14	**47**	100
10	21	26	22	**31**	100
11	16	**36**	17	31	100
12	13	**63**	15	9	100
13	16	**37**	19	28	100
14	10	10	12	**68**	100
15	13	**53**	15	19	100
Ensemble des catégories	14	34	15	37	100

4.8. — Répartition, par sexe et par catégorie diagnostique, de l'excédent des entrées par rapport aux sorties et décès pendant l'année 1965

Catégories diagnostiques	Hommes	Femmes	Ensemble
01	+ 131	+ **603**	+ **734**
02	− 5	+ 22	+ 17
03	− 20	+ 81	+ 61
04	+ 259	− 5	+ 254
05	− 95	− 203	− 298
06-07	+ **278**	+ 91	+ 369
08	− 57	− 50	− 107
09	+ 36	+ 28	+ 64
10	− 29	+ 77	+ 48
11	+ 13	− 5	+ 8
12	+ 29	+ 229	+ 258
13	+ 191	+ 85	+ 276
14	+ 289	+ 223	+ 512
15	+ 36	+ 2	+ 38
Total	+ 1 056	+ 1 178	+ 2 234

CONCLUSION

Ce rapport concerne exclusivement l'activité en 1965 des services d'adultes des établissements hospitaliers psychiatriques (à l'exclusion des établissements situés en dehors du territoire métropolitain).

Ces statistiques concernent la totalité des établissements ayant fonctionné en 1965. De ce fait, elles rendent compte de l'activité de 113 établissements au lieu de 111 en 1964. Cette différence explique pour une part que l'effectif des malades existants au 31 décembre et le nombre des admissions et des sorties qui figurent dans ce rapport soient supérieurs à ceux de 1964.

Déduction faite de l'activité des trois établissements qui ne figuraient pas dans les statistiques de 1964, on constate en 1965, par rapport à l'année précédente, une augmentation du mouvement des hospitalisations de 5 % pour les hommes et 3 % pour les femmes. En ce qui concerne la population hospitalisée, le nombre des malades existants au 31 décembre 1965 est sensiblement identique à celui du 31 décembre 1964 tant pour les hommes que pour les femmes.

Ces augmentations du nombre des hospitalisations sont bien entendu très difficiles à interpréter en raison des multiples facteurs qui permettent de les expliquer. Dans l'état actuel de nos connaissances sur le mouvement hospitalier psychiatrique, il ne nous semble pas possible de tirer de telles constatations des conclusions sur l'évolution de la morbidité psychiatrique. En revanche, il nous semble important de souligner que, comme l'année précédente, l'étude comparative des données de l'année 1965 avec celles de l'année antérieure montre la constance des principales caractéristiques de la population hospitalisée et du mouvement hospitalier, en ce qui concerne en particulier le sexe, l'âge et la répartition par catégorie diagnostique des malades.

Travail de la Section Psychiatrie de l'I.N.S.E.R.M.
effectué sous la direction de R. Sadoun,
avec la collaboration de H. Daguin *et* N. Quemada.

Bulletin de l'I.N.S.E.R.M. T. **22**, 1967, n° 4, pp. 833-846.

ÉTUDES ET ENQUÊTES

ENQUÊTE SUR LES MOTIVATIONS DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Troisième partie

LA CONSOMMATION DES FROMAGES A LYON

Cette étude de la consommation des fromages à Lyon fait suite à celle effectuée à Marseille (1). Elle a été réalisée auprès de 520 ménagères. L'échantillon n'a pas été tiré au sort, mais choisi parmi des familles volontaires, au prorata de la distribution des ménages par catégories socio-professionnelles connues par le recensement de 1962 de l'I.N.S.E.E. L'échantillon est donc représentatif de ce point de vue.

L'étude des caractéristiques sociologiques de cet échantillon a permis de définir des sous-groupes en tenant compte de l'activité professionnelle de la femme et de celle du mari. Le tableau I indique la nature de ces sous-groupes et le tableau II donne les caractéristiques les concernant. En comparaison avec l'échantillon de Marseille, nous avons ici des ménagères dans l'ensemble plus aisées, ayant poursuivi plus loin leurs études, ayant des familles plus nombreuses.

(1) F. Trémolières, J. Claudian et Y. Serville. Enquête sur les motivations du comportement alimentaire. Première partie : La consommation des fromages à Marseille. *Bulletin I.N.S.E.R.M.*, tome 20, n° 6, 1965, pp. 675-734.

TABLEAU I

Répartition des divers sous-groupes.

Femmes sans profession			Femmes ayant une activité professionnelle			
Désignation du groupe	Nombre de femmes interrogées	Profession du conjoint, s'il y a lieu	Désignation du groupe	Nombre de femmes interrogées	Profession de la femme	Profession du conjoint, s'il y a lieu
A	44	Fonctionnaires supérieurs, cadres, professions libérales, commerçants.	B	50	Commerçantes.	Commerçants, retraités, employés.
C'	84	Ouvriers O. P. et O. S.	C	79	Ouvrières O. P. et O. S.	Retraités, employés, ouvriers O. P. et O. S.
D'	70	Fonctionnaires subalternes et employés.	D	80	Employées ou fonctionnaires subalternes.	Commerçants, artisans, employés et petits fonctionnaires, ouvriers O. P. et O. S.
E	52	Retraités.				
E'	46	Femmes retraitées vivant seules.				

I. — *RÉSULTATS GÉNÉRAUX*

A. — GOÛTS ET VARIÉTÉ

1° *Goût pour le fromage.*

Le goût pour le fromage est vif parmi les familles interrogées : 88 % des ménagères déclarent que tous les membres de leur famille aiment le fromage.

TABLEAU II

Caractéristiques des divers groupes.

	Age de la majorité	Importance de la famille	Logement	Equipement	Niveau de vie	Culture
A	30-40 ans.	Très nombreuse.	Logement vaste mais occupation assez dense.	Confort ménager; auto; téléphone.	Elevé.	Enseignement secondaire et supérieur; associations; journaux.
B	30-50 ans.	Moyenne.	Logement moyen.	Confort ménager; auto; téléphone.	Elevé.	Enseignement primaire et technique.
C	30-40 ans.	Moyenne.	Petit logement.	Confort moyen; télévision.	Faible.	Enseignement primaire
C′	30-40 ans.	Nombreuse.	Logement moyen, occupation dense.	Confort moyen; télévision.	Moyen.	Enseignement primaire et technique.
D	20-50 ans.	Moyenne.	Logement moyen.	Confort ménager; auto.	Moyen.	Enseignement secondaire et technique.
D′	40-50 ans.	Nombreuse.	Logement moyen.	Confort ménager; auto.	Moyen.	Enseignement secondaire et technique; associations; journaux.
E	Plus de 60 ans.	Moyenne.	Logement vaste.	Confort moyen; télévision; auto; téléphone.	Assez élevé.	Enseignement primaire ou secondaire; associations; journaux.
E′	Plus de 60 ans.	Petite mais peu de femmes totalement isolées.	Logement inégal.	Confort inégal.	Inégalement réparti.	Enseignement primaire ou secondaire.

Les fromages cités comme préférés par la mère de famille elle-même sont :

— les fromages de chèvre (24 %);
— le Camembert (19 %);
— le Gruyère (17 %);
— le Roquefort (15 %).

La liste des fromages usuellement servis en famille diffère légèrement de ce classement : les fromages de chèvre sont moins souvent cités; au contraire, ceux de type Hollande et les fromages frais le sont plus souvent (voir tableau VII).

2° *Raisons de préférence.*

Les raisons de préférence (tableau III) indiquées par les femmes sont le goût pour 71 % d'entre elles, tandis que 10 % citent une série de raisons pratiques telles que la conservation facile, la qualité régulière, l'utilisation variée, l'économie, la facilité d'emploi pour casse-croûte, le grand choix, etc.

Cette motivation varie selon le type de fromage : ceux qui ont un goût fort et caractéristique sont surtout préférés pour ce goût même; ceux de goût plus neutre sont choisis pour leur consistance moelleuse : les fromages blancs, surtout pour leurs qualités « rafraîchissantes » ou des raisons de santé.

TABLEAU III

Raisons de préférences
(en % des réponses).

Fromages	Goût		Qualité rafraîchissante	Raisons de santé	Raisons pratiques	Autres réponses
	Saveur	Moelleux				
Type Gruyère	66	—	—	5	20	9
Type Roquefort	86	3	—	2	2	7
Type Hollande	59	23	—	—	6	12
Type Camembert	50	16	—	1	28	5
Type Fromage blanc	30	3	40	18	—	9
Fromages de chèvre et fromages locaux	77	1	2	2	6	12

Les femmes sont plus attirées par les fromages à goût caractérisé (64 %) que par ceux à goût neutre. Les fromages pasteurisés ne sont connus comme tels que par 52 % des femmes, mais sur celles qui les connaissent, seulement 17 % les apprécient.

L'été, on choisit plus fréquemment les fromages blancs, les yaourts et les fromages de chèvre (schéma 1); l'hiver, Camembert, Roquefort et Bleus.

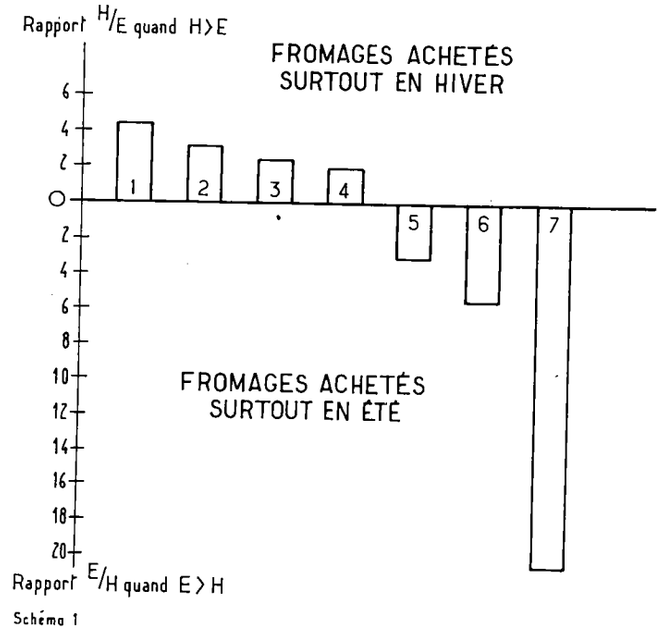


SCHÉMA 1. — Fromages d'été et fromages d'hiver.

$$E/H = \frac{\text{\% de fromages achetés en été}}{\text{\% de fromages achetés en hiver}}$$

1, Camembert; *2*, Roquefort; *3*, Gruyère; *4*, Hollande; *5*, Chèvre; *6*, Yaourt; *7*, fromage blanc.

3° *Variété des fromages.*

L'éventail de choix paraît assez fermé : seulement 22 % des femmes ont cité plus de 6 fromages usuellement servis et, dans cette liste, certains fromages sont nettement plus cités dans chaque type. Ainsi, le Gruyère représente 96 % des fromages à pâte ferme, les Bleus représentent 38 % et le Roquefort 26 % des pâtes persillées, et le Camembert 64 % des pâtes molles.

B. — FRÉQUENCES DE CONSOMMATION
(Tableaux IV et V).

Le fromage est habituellement servi aux deux repas principaux, dans 80 % des cas à midi et 77 % le soir. La consommation aux casse-croûte est importante dans les familles ouvrières; le fromage se trouve aussi au goûter des enfants,

surtout chez les cadres, et sa fréquence est plus grande dans les familles nombreuses. La consommation à ces divers petits repas décroît avec l'âge de la ménagère.

Le fromage est utilisé fréquemment dans la cuisine par 75 % des ménagères.

TABLEAU IV

Fréquence de consommation du fromage
(en % des réponses).

	Au repas de midi	Au repas du soir
Habituellement	80	77
Assez souvent	10	14
Rarement	5	4
Jamais	5	5
Total	100	100

TABLEAU V

Habitudes de consommation aux petits repas
(en % des réponses).

	Jamais	Goûter	Casse-croûte	Petit déjeuner	Plusieurs petits repas
Ensemble	51	17	16	2	14
Groupes socio-professionnels.					
A	57	34	—	—	9
B	61	10	10	4	15
C	36	13	34	1	16
C'	33	11	31	3	22
D	42	13	23	1	21
D'	62	22	1	1	14
E	71	19	4	2	4
E'	76	20	2	—	2
Age de la ménagère.					
Moins de 31 ans	47	10	25	2	16
31 à 40 ans	46	19	19	1	15
41 à 50 ans	41	21	15	1	22
51 à 60 ans	49	11	21	8	11
61 ans et plus	74	16	5	—	5
Nombre d'enfants.					
Famille sans enfant	65	12	12	3	8
Famille avec 1 à 2 enfants	49	17	19	1	14
Famille de 3 enfants et plus	36	24	16	2	22

C. — ACHATS

1° *Lieux d'achat.*

Le fromage est acheté dans des lieux d'achat très variés :
— magasins de quartier dans 54 % des cas;
— libre service et grands magasins (30 %);
— au marché (34 %);
— chez le producteur (16 %);
— aux commerçants de passage (3 %).

Les raisons de choix d'un lieu d'achat sont, dans l'ordre :
— la commodité et la proximité (29 %);
— les prix (18 %);
— la fraîcheur des produits (16 %);
— l'amplitude du choix proposé (14 %).

Mais il faut noter que 28 % des ménagères n'ont pu expliciter leurs raisons de choix; dans l'ensemble, elles sont satisfaites (80 %) de leur approvisionnement.

2° *Motivations d'achat.*

Dans leur choix, les ménagères tiennent compte de la teneur en matières grasses que 61 % d'entre elles estiment être un facteur de qualité; la présence d'un label d'origine détermine le choix chez 46 %.

La présentation joue un rôle : 83 % refusent le fromage en portions préemballées; 25 % souhaiteraient des fromages de taille plus petite que les tailles classiques.

La curiosité des ménagères est minime : seulement 29 % achètent des fromages étrangers; 52 % essaient un fromage nouveau; 33 % déclarent n'avoir jamais vu de publicité pour des fromages. Par contre, elles sont assez attentives aux prix : 76 % ont pu donner le prix du kilo de Gruyère et 12 % ont même précisé que divers fromages de ce type se vendaient à des prix différents.

Elles tiennent aussi à opérer leurs achats personnellement : 81 % des femmes interrogées choisissent elles-mêmes leur fromage et 55 % aimeraient goûter un échantillon avant d'acheter.

D. — ATTITUDES

1° *Opinion sur l'intérêt du fromage pour la santé.*

Le fromage est considéré comme bon pour la santé par 78 % des femmes, mais 32 % seulement en donnent une motivation nutritionnelle (tableau VI); 16 % citent sa richesse en calcium et seulement 2 % sa teneur en protéines.

TABLEAU VI

Opinion sur l'intérêt du fromage pour la santé

	Ensemble	A	B	C	C'	D	D'	E	E'
Pas d'intérêt	9	5	10	12	12	11	1	8	9
Ne sait pas	2	—	—	5	—	—	—	4	2
Oui sans précision	12	5	14	13	13	11	14	8	17
Nourrissant	34	25	30	44	39	41	31	27	30
Calcium	16	38	18	4	17	15	26	2	13
Vitamines	8	—	4	12	4	6	4	25	11
Matières grasses	2	2	—	—	2	1	4	—	—
Calories	2	—	4	1	1	4	4	—	—
Protides	2	5	4	—	2	—	6	2	—
Lipides	2	2	—	—	—	2	—	15	5
Total des opinions nutritionnelles	32	47	30	17	26	28	44	44	29
Autres réponses	11	18	16	9	10	9	10	9	13

2° *Désirs.*

La majorité des ménagères (71 %) sont satisfaites de leur consommation de fromage et ne la modifieraient pas si la question de prix ne se posait pas; cependant, 20 % l'augmenteraient en quantité et 13 % choisiraient d'autres types de fromages, surtout fromages persillés et fromages de chèvre (schéma 2).

3° *Prestige relatif des fromages.*

Les fromages sont habituellement servis aux invités à la fin des repas; 21 % des ménagères servent un assortiment de fromages dont elles n'ont pas précisé la nature. Les autres ont cité plusieurs fromages et on a calculé le pourcentage de réponses concernant chaque type (tableau VII). Le schéma 3 indique le prestige relatif des fromages évalué par l'indice I_2.

$$I_2 = \frac{\text{\% des réponses pour usage familial}}{\text{\% des réponses choix pour invités}}$$

Roquefort, Chèvre et Gruyère semblent avoir le plus de prestige et être plus souvent servis aux invités qu'en famille.

Le yaourt est considéré comme un fromage par 49 % des femmes.

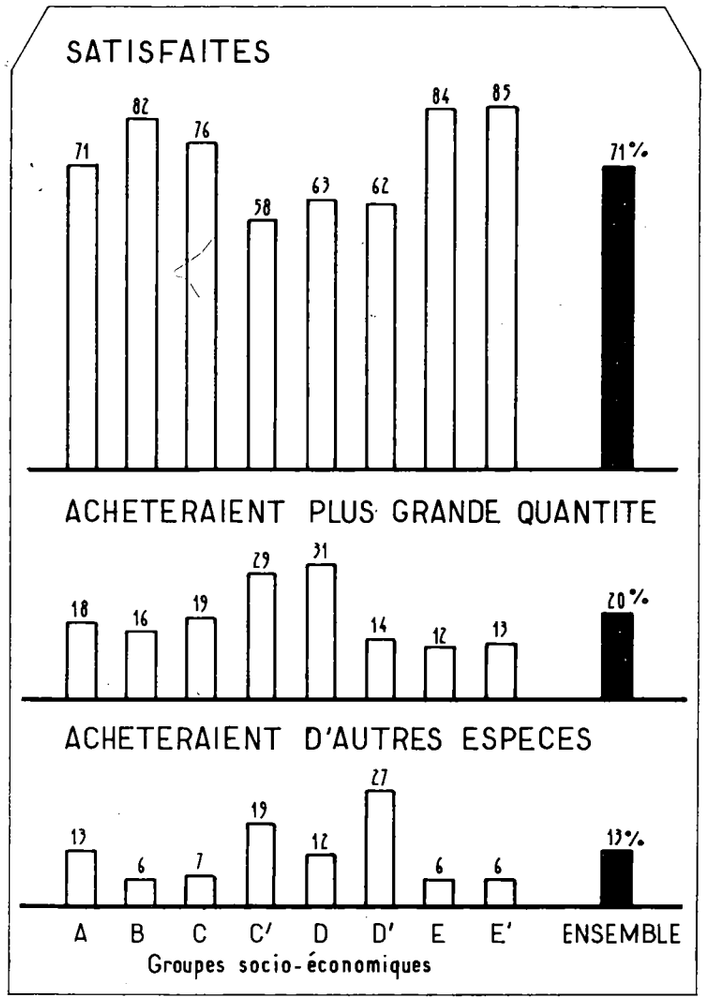


Schéma 2

SCHÉMA 2. — Pression économique et désirs d'achat des fromages.

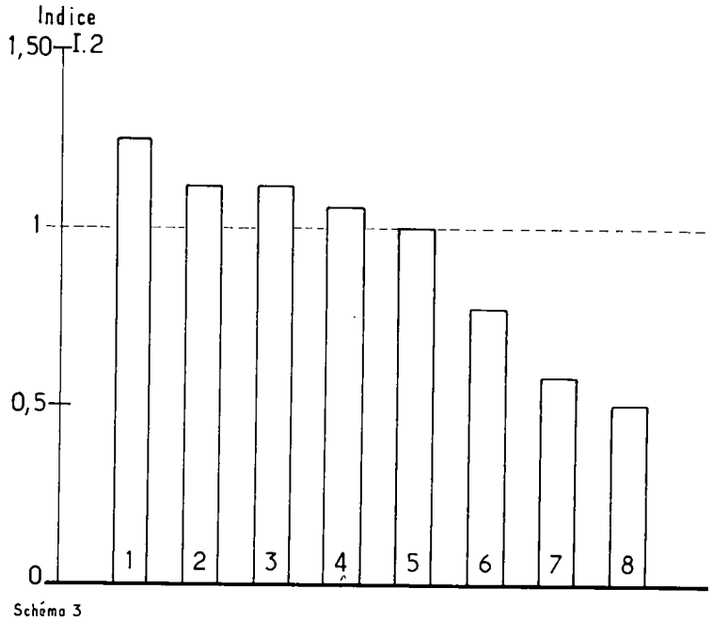


SCHÉMA 3. — Prestige relatif des fromages.

$$I_2 = \frac{\text{\% de choix pour invités}}{\text{\% de choix pour famille}}$$

1, Roquefort; *2*, Gruyère; *3*, Chèvre; *4*, Camembert; *5*, Livarot; *6*, fromages blancs; *7*, Hollande; *8*, Yaourt.

TABLEAU VII

Choix et prestige des fromages.

	Fromages préférés (% des réponses)	Fromages usuels (% des réponses)	Choix pour invités (% des réponses)	Prestige $I_2 = \frac{\text{\% invités}}{\text{\% usuels}}$
Gruyère, Parmesan	18	17	19	1,12
Roquefort, Bleu	16	16	20	1,25
Hollande, Saint-Paulin	3	12	7	0,58
Camembert, Brie	21	19	20	1,06
Livarot, Munster	1	1	1	1
Fromage blanc, petits suisses	6	13	10	0,77
Yaourt	2	4	2	0,5
Fromage de chèvre	27	17	19	1,12
Divers et fondus	6	1	2	2

II. — *ATTITUDES SUIVANT LES CATÉGORIES DE CONSOMMATRICES*

A. — GROUPES SOCIO-PROFESSIONNELS

1° *Professions libérales et cadres.*

Les femmes dont les maris ont des professions libérales ou de cadres manifestent plus de préférence (74 %) pour les fromages à goût caractérisé (Roquefort et Chèvre). Elles ont un plus large éventail de choix : 46 % d'entre elles citent plus de 6 fromages. Dans ces familles le fromage figure au goûter dans 34 % des cas et il est utilisé dans la cuisine par 95 % des ménagères. Celles-ci achètent souvent le fromage dans les magasins de leur quartier (66 %), mais leur satisfaction n'est pas totale et 39 % d'entre elles déclarent ne pas trouver tout le choix souhaitable chez leurs fournisseurs habituels. Ces ménagères sont aussi les plus informées des prix, les plus ouvertes à l'essai de la nouveauté ou à l'achat de fromages étrangers, les moins réticentes devant les emballages sous plastique.

2° *Employées.*

Les employées et les femmes d'employées ou de cadres moyens ont un comportement assez voisin; mais elles achètent plus volontiers aux libre-services et grands magasins (29 et 30 %) ou sur le marché (41 % et 35 %). Ce sont elles qui utilisent le plus grand nombre de points d'achats.

3° *Ouvrières.*

Les ouvrières et femmes d'ouvriers ont une attitude un peu différente : un moins grand nombre préfère le goût caractérisé (62 % et 43 %) et le Camembert figure avec le Gruyère et les Chèvres parmi leurs fromages préférés. La consommation de fromage est abondante aux casse-croûte dans ces familles (31 et 34 %). Leurs achats sont surtout effectués sur les marchés (47 % et 44 %). Elles utilisent une moins grande variété de fromages, sont moins désireuses de rechercher la nouveauté, moins conscientes de la publicité, moins informées des prix. Ce sont les moins satisfaites de leur consommation : 19 à 29 % voudraient augmenter la quantité et 7 à 19 % la variété si le frein économique se relâchait.

4° *Commerçantes.*

Les commerçantes forment un groupe tout à fait à part; dans leurs familles le goût pour le fromage est moins général : 26 % d'entre elles signalent que certains membres de la famille ne l'aiment pas. La variété est moins grande : 83 % ne peuvent citer plus de 6 fromages usuels. Leurs achats sont faits massivement dans les magasins de leur quartier; elles se soucient peu des prix et sont peu conscientes de la publicité.

B. — Age

Les femmes jeunes ont plus d'attirance pour le goût caractérisé : 72 % le choisissent parmi les moins de 30 ans contre 59 % chez celles de plus de 60 ans (schéma 4). Elles cherchent la variété (31 % citent 7 fromages et plus), la nou-

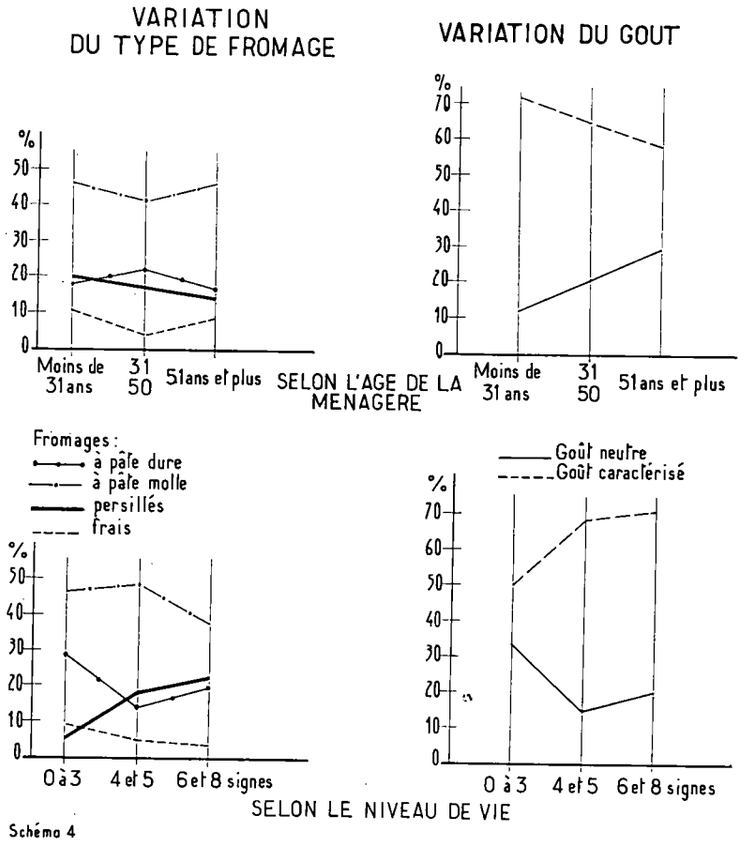


Schéma 4

Schéma 4. — Variation du choix du type de fromage et du goût en fonction de l'âge de la ménagère et du niveau de vie.

veauté, les fromages étrangers; portent attention à la publicité (75 %). Elles fréquentent un plus grand nombre de points de vente et 89 % veulent choisir elles-mêmes leur fromage.

Les femmes plus âgées se caractérisent par une consommation plus fréquente aux principaux repas (mais moindre aux petits repas) et dans la cuisine; 80 % d'entre elles sont satisfaites de leur consommation et ne souhaitent pas la modifier.

C. — Niveau de vie

L'augmentation du nombre d'éléments de confort que nous avons appelés signes de niveau de vie (propriété du logement, salle de bains, réfrigérateur, radio, télévision, auto, téléphone, aide-ménagère rétribuée) amène un nombre plus fréquent de services de fromages aux principaux repas (avec une diminution des services aux petits repas).

Les ménagères les plus aisées recherchent les goûts caractérisés (70 %), les fromages à pâte persillée (schéma 4). Elles emploient un plus large éventail de fromages et font plus volontiers l'essai de fromages nouveaux. Elles recherchent les lieux d'achats avec un large choix, tiennent plus compte des labels d'origine (52 %), sont encore plus personnelles dans leur choix (90 % choisissent elles-mêmes et 63 % voudraient goûter avant d'acheter). Malgré leur aisance, toutes ne sont pas satisfaites de leur consommation : 22 % voudraient augmenter la quantité et 10 % la variété de leur fromage (tableau VIII).

Paradoxalement, les moins aisées sont plus satisfaites (74 %).

Tableau VIII

Pression économique et désir d'achat des fromages
(en % des réponses).

	Sont satisfaites	Augmenteraient la quantité	Augmenteraient la variété
Familles sans enfant	85	12	6
1 à 2 enfants	69	20	15
3 enfants et plus	55	31	19
De 0 à 3 signes de niveau de vie	74	19	13
4 et 5 signes de niveau de vie	69	20	14
6 à 8 signes de niveau de vie	70	22	10
Ensemble	71	20	13

D. — Niveau d'instruction

C'est parmi les personnes ayant suivi un enseignement secondaire ou technique que l'on voit le plus de femmes (28 % et 32 %) pouvant citer plus de 7 fromages. Celles qui ont reçu un enseignement ménager sont plus sensibles à la nouveauté mais n'utilisent pas plus fréquemment le fromage dans la cuisine.

E. — Travail de la femme

Dans le même groupe socio-professionnel, les femmes qui n'ont pas de profession achètent davantage sur les marchés ou dans les grands magasins et libres-services; elles emploient plus souvent le fromage dans la cuisine.

F. — Taille de la famille

Par suite de la méthode de choix de ces familles (volontaires) notre échantillon comporte des familles plus nombreuses que la moyenne de l'agglomération lyonnaise (1,53 enfants de moins de 21 ans par ménage contre 0,98 enfants de moins de 24 ans d'après le sondage au 1/20 de l'I.N.S.E.E. sur le recensement de 1962). Cela nous permet d'avoir un échantillon assez nombreux pour étudier l'influence du nombre d'enfants sur le comportement des mères de famille.

La présence de nombreux enfants (3 et plus) augmente la fréquence des services de fromages aux repas principaux (84 et 86 %), au goûter (64 %) et dans la cuisine (83 %). Il entraîne le choix d'un plus grand nombre de variétés : 26 % des femmes ayant 3 enfants et plus citent plus de 7 fromages et 38 % dans les familles comportant 7 personnes et plus. Le nombre de magasins fréquentés par les mères de familles nombreuses est plus élevé (avec une préférence pour les libres-services et grands magasins).

Ces ménagères sont plus conscientes de la valeur nutritionnelle du fromage; 24 % des femmes ayant 3 enfants et plus citent sa richesse en calcium contre 9 % de celles qui n'ont pas d'enfants.

Mais ces ménagères ressentent la pression économique et 45 % d'entre elles ne sont pas satisfaites de leur consommation (contre 15 % dans les familles sans enfants) : 31 % des mères de 3 enfants et plus voudraient augmenter la quantité et 19 % la variété (tableau VIII). Quant aux familles de petites dimensions (1 à 2 personnes), un certain nombre (39 %) voudrait pouvoir disposer de fromages de taille plus petite que les fromages classiques.

Les résultats de cette enquête à Lyon corroborent ceux obtenus à Marseille sur la plupart des points. Un travail de synthèse est en cours afin de dégager les comportements et attitudes ainsi mis en évidence.

Enquête réalisée par le Centre d'Informations Urbaines et Sociales de Lyon.
Travail présenté par :

Mme F. Trémolières, J. Claudian et Y. Serville.
Section de Nutrition de l'I.N.S.E.R.M.,

avec la participation financière du Ministère de l'Agriculture des U. S. A.
(contrat n° FG-Fr-122).

Bulletin de l'I. N. S. E. R. M. T. **22**, 1967, n° 4, pp. 847-866.

ENQUÊTE SUR LES MOTIVATIONS DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Quatrième partie

LA CONSOMMATION DES VIANDES A LYON

Faisant suite à l'enquête sur la consommation du fromage dans la ville de Lyon, cette étude a été effectuée sur le même échantillon de 520 ménagères, avec un questionnaire identique à celui qui fut employé à Marseille (1).

I. — *RÉSULTATS GÉNÉRAUX*

A. — Goûts

Les deux types de viande les plus habituellement consommées sont, dans cette région : le bœuf (83 % des premières réponses) et le veau (42 % des secondes réponses), soit une viande rouge et une viande blanche.

1° *Raisons de choix*
(Tableau I).

On les achète essentiellement parce qu'on les aime (32 %). Mais le bœuf est recherché, en outre, parce qu'il est réputé « fortifiant » (26 %) et parce qu'il est « saignant » (10 %). Le souci d'économie (12 %) ou de santé (10 %) est beaucoup plus restreint pour l'ensemble des viandes sauf dans le cas du veau qui est choisi pour des raisons de santé ou de régime par 39 % des femmes.

(1) F. Trémolières, J. Claudian et Y. Serville. Enquête sur les motivations du comportement alimentaire. Deuxième partie : La consommation des viandes à Marseille. *Bulletin I.N.S.E.R.M.*, tome 21 n° 6, 1966, pp. 1209-1252.

TABLEAU I

Raisons de préférence des viandes
(en % des réponses).

Raisons de choix	Viande préférée en général	Bœuf	Veau
Santé, régime	10	6	39
Nourrissant, fortifiant	22	26	4
Viande rouge saignante	8	10	—
Goût	32	30	43
Moins cher	12	12	—
Préparation facile	5	4	10
Autres réponses	11	12	4

2° *Raisons de rejet*
(Tableau II).

Parallèlement, on évite le cheval par goût (69 %) ou par « préjugé » (8 %), le porc car il est trop gras (43 %), toute une série de morceaux coûteux dont le gigot; enfin abats, triperie sont rejetés par goût (65 %) et les bas morceaux ou ceux exigeant une cuisson longue sont réputés malsains ou de mauvaise qualité par un certain nombre de ménagères.

3° *Attitude envers les plats en sauce.*

Cependant, nombreuses sont celles qui continuent à confectionner des plats en sauce (70 % en font fréquemment). Celles-ci les trouvent économiques (32 %), pratiques pour varier les menus (28 %), flattant la gourmandise (17 %). D'autres moins enthousiastes, s'en détournent par souci d'hygiène alimentaire (20 %) ou à cause du peu de temps dont elles disposent pour cuisiner (39 %). Enfin, 48 % utilisent parfois de la viande hachée.

B. — FRÉQUENCE DE CONSOMMATION

Quel est le rythme de consommation de la viande ?

1° *Consommation totale de viande*
(Tableau III et Schéma 1).

On note en moyenne 5,5 services de viande par semaine à midi et 2,6 le soir. Mais si l'habitude de servir de la viande au repas de midi est constante, les plats du soir ne sont pas admis aussi unanimement : le quart des ménagères les évitent

TABLEAU II

Raisons données au rejet de certaines viandes

(en % des réponses).

	Préjugé	Goût	Santé, régime	Manque de temps	Trop gras, trop dur	Eloignement lieu de vente	Mauvaise qualité, trop de déchets	Prix élevés	Autres réponses
Cheval	8	69	6	2	2	4	2	2	5
Abats, triperie	—	65	15	9	2	—	2	4	3
Bas morceaux	—	46	1	11	3	—	29	8	2
Morceaux à cuisson longue	—	34	28	17	—	—	11	4	6
Mouton, agneau	—	55	6	—	12	—	—	25	2
Filet, rumsteck, rôti	—	4	—	—	—	2	—	92	2
Porc	—	33	14	—	43	—	—	—	10
Veau	—	13	20	—	—	—	—	60	7
Autres réponses	—	16	24	4	—	—	—	28	28

TABLEAU III

Fréquence de consommation de la viande aux deux principaux repas
(en % des réponses).

	Midi	Soir
Servent de la viande :		
Tous les jours	1	9
5 ou 6 fois par semaine	90	12
3 ou 4 fois par semaine	6	27
1 ou 2 fois par semaine	1	15
Rarement ou jamais	1	31
Réponses vagues	1	6
Nombre moyen de services	5,5	2,6

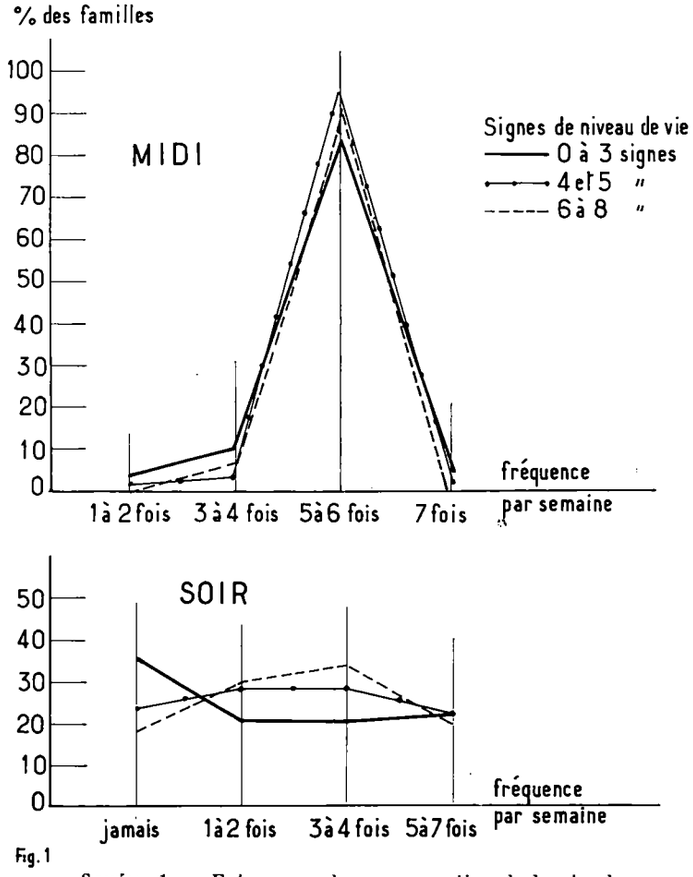


SCHÉMA 1. — Fréquences de consommation de la viande selon le niveau de vie.

tout à fait; à l'inverse 9 % en offrent tous les soirs. Le plus souvent se manifeste ainsi le souci de faire faire un repas plus substantiel aux membres de la famille en période de croissance.

Cependant, il n'y a pas de compensation entre les deux repas : là où l'on sert fréquemment de la viande à midi, on en servira aussi assez souvent le soir.

2° *Consommation de certaines viandes*
(Schéma 2).

Quelques points de repères vont préciser cet aperçu général :

Le bœuf apparaît en moyenne 3 à 4 fois par semaine à la table familiale, *le poulet* 1 à 2 fois par mois, sans différence notable entre les divers groupes étudiés. C'est à propos du *gigot* que se manifestent des tendances très opposées. Si la moyenne ne dépasse pas 3 services par an, elle cache en fait un groupe de faibles et un groupe de forts consommateurs.

3° *Remplacement de la viande*
(Tableau IV).

Comment la viande, base des repas de midi 5 à 6 jours sur 7, est-elle remplacée les autres jours ? Par du poisson (54 %), des œufs (29 %), à la rigueur de la charcuterie (9 %), tous aliments protéiques, les maîtresses de maison excluant pratiquement les repas où il n'y aurait que des légumes.

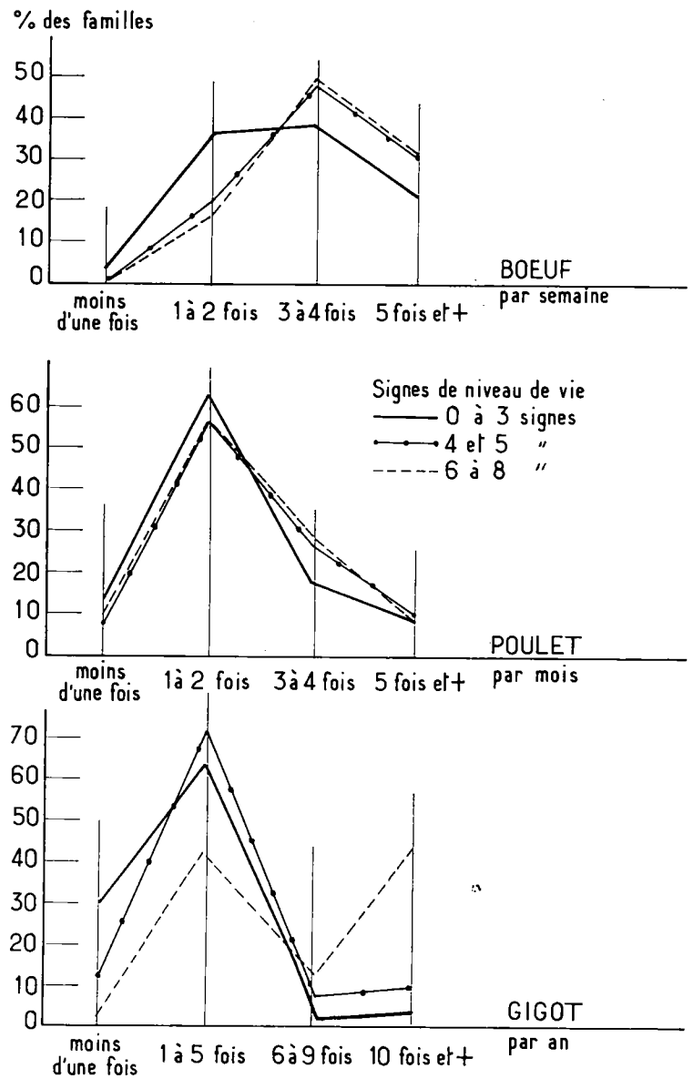


Fig. 2

SCHÉMA 2. — Fréquence de consommation de certaines viandes selon le niveau de vie.

TABLEAU IV

Remplacement de la viande à midi
(en % des réponses).

	Poisson	Œuf	Charcuterie	Autre réponse
Ensemble	54	29	8	9
Groupes socio-professionnels.				
A	48	37	7	8
B	54	26	13	7
C	46	35	6	13
C'	53	28	9	10
D	58	28	4	10
D'	52	31	7	10
E	73	14	2	11
E'	50	23	15	12
Age de la ménagère.				
Moins de 40 ans	52	32	7	9
41 à 60 ans	52	29	9	10
61 ans et plus	61	20	7	12
Niveau de vie.				
0 à 3 signes	51	29	8	12
4 et 5 signes	53	30	7	10
6 à 8 signes	57	25	10	8
Nombre d'enfants.				
Sans enfants	55	23	9	13
1 et 2 enfants	54	32	6	9
3 enfants et plus	52	31	10	8

C. — CONDITIONS DES ACHATS

Lors de ses achats de viande, la ménagère respecte un certain nombre de règles. Ainsi elle ne va guère que chez le boucher (94 %), elle est fidèle à la boutique choisie (90 %); enfin, rares sont celles qui fréquentent simultanément plusieurs magasins à la fois (9 %).

Pour choisir ce commerçant, la ménagère observe :

— la qualité de la viande (37 %);
— la propreté de l'étal (27 %);
— les prix pratiqués (9 %);
— la proximité du lieu d'achat (8 %);
— l'amabilité du commerçant (8 %).

Les femmes restent fidèles à leur boucher lorsqu'elles ont effectivement été satisfaites de la qualité (28 %), mais aussi de leurs rapports avec le commerçant, espérant être ainsi mieux servies (25 %) ou tout simplement cédant à l'habitude (12 %).

Pourtant, les femmes préfèrent choisir elles-mêmes leurs morceaux (63 %) et veulent qu'ils soient débités devant elles (c'est le vœu de plus des 3/4). Elles sont capables de nommer correctement les morceaux de viande à demander pour des plats courants tels que pot-au-feu ou bifteck; mais, par ailleurs, elles ne cherchent guère à étendre leurs connaissances : les deux tiers n'essayent pas de nouvelles recettes et près de la moitié ne sont pas conscientes de la publicité faite à propos de la viande.

D. — Attitudes

1° *Opinion sur la valeur pour la santé*

(Tableau V).

Comment la femme justifie-t-elle cet engouement pour la viande ? C'est qu'elle lui attribue une très grande valeur santé. 3 % seulement ne lui reconnaissent aucun intérêt, 4 % émettent des réserves.

Tableau V

Opinion sur l'intérêt de la viande pour la santé
(en % des réponses).

	Ensemble	A	B	C	C'	D	D'	E	E'
Pas d'intérêt	3	5	—	—	6	1	4	—	4
Oui avec réserves	4	7	2	4	6	3	1	4	4
Oui avec précision	11	24	13	3	16	13	13	4	8
Nourrissant, fortifiant	44	22	50	65	42	45	40	41	36
Nécessaire à la santé	11	12	21	10	15	9	11	8	2
Nécessaire aux enfants	1	—	—	—	—	4	3	—	—
Total des opinions vagues	71	65	86	82	79	74	68	57	50
Calories	2	—	2	—	—	1	7	2	2
Protéines	9	20	2	4	2	14	10	16	10
Vitamines	11	5	10	12	12	6	4	23	17
Total des opinions nutritionnelles	22	25	14	16	14	21	21	41	29
Autres réponses	4	5	—	3	1	4	7	2	17

La plupart du temps les raisons restent vagues : 71 % estiment que la viande est « nourrissante », « fortifiante », bonne pour la santé ou la croissance des enfants; 22 % sont plus précises : elles y voient une source de protéines, mais surtout de vitamines.

2° *Degré de satisfaction*

(Tableaux VI et VII et Schéma 3).

Peut-être en raison de ces vertus et malgré une consommation déjà fréquente, les femmes se montrent moins satisfaites qu'on pourrait s'y attendre : 51 % de l'ensemble voudraient changer leur consommation si la question de prix ne se posait pas.

— 22 % augmenteraient les quantités;
— 25 % la fréquence;
— et 26 % achèteraient d'autres variétés (voir tableau VII).

Il n'y a pas sur ces points de différence importante entre les groupes. Certaines manifestent plusieurs de ces désirs à la fois.

Tableau VI

Pression économique et consommation de la viande
(en % des réponses).

	Si vous aviez plus d'argent à dépenser, feriez-vous...			
	Les mêmes plats mais plus abondants	Des services plus fréquents	Des plats de viande différents	Ni l'un ni l'autre
Ensemble	22	25	26	49
Groupes socio-professionnels.				
A	16	7	36	52
B	14	4	14	76
C	23	25	20	57
C'	26	31	39	32
D	27	31	20	46
D'	23	31	34	34
E	25	38	12	50
E'	13	26	15	64
Niveau de vie.				
0 à 3 signes	27	30	28	45
4 et 5 signes	22	29	24	45
6 à 8 signes	20	13	26	60

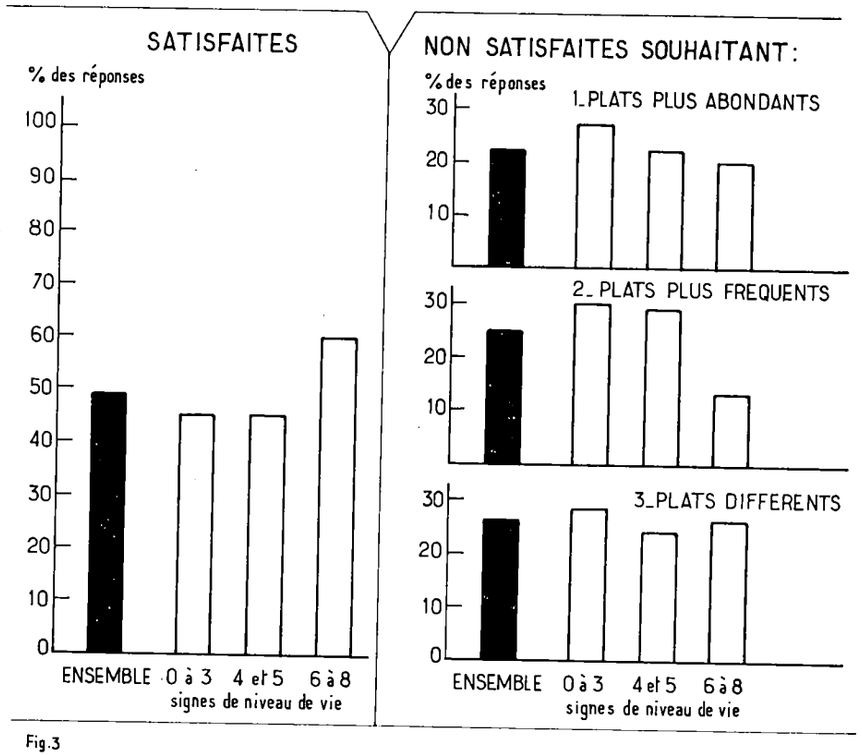


Fig.3

SCHÉMA 3. — Pression économique et désir d'achat des viandes *selon le niveau de vie.*

TABLEAU VII

Types de viande dont on désire augmenter la consommation selon le niveau de vie
(en % des réponses).

	Ensemble	0 à 3 signes de niveau de vie	4 et 5 signes de niveau de vie	6 à 7 signes de niveau de vie
Gigot	29	27	29	34
Filet et rôti de bœuf	23	20	23	25
Grillade et bifteck	12	13	13	7
Veau	8	13	8	4
Escalope	3	8	1	—
Autre réponse	25	19	25	30

3° *Prestige relatif des viandes*
(Schéma 4).

D'autre part, certaines viandes jouissent de plus de prestige : ce sont celles que l'on sert à ses hôtes, ou le dimanche à sa famille. Dans ces derniers cas on préfère les petits animaux de basse-cour tels que poulet et lapin, ou bien un plat en sauce; ou à l'opposé le morceau de viande coûteux, mais qui cuit sans trop d'apprêt : faux-filet, aloyau, rumsteck, rôti de porc.

Le menu des invités, beaucoup moins varié, comprend le plus souvent un gigot, parfois un rôti ou du filet de bœuf, un rôti de veau.

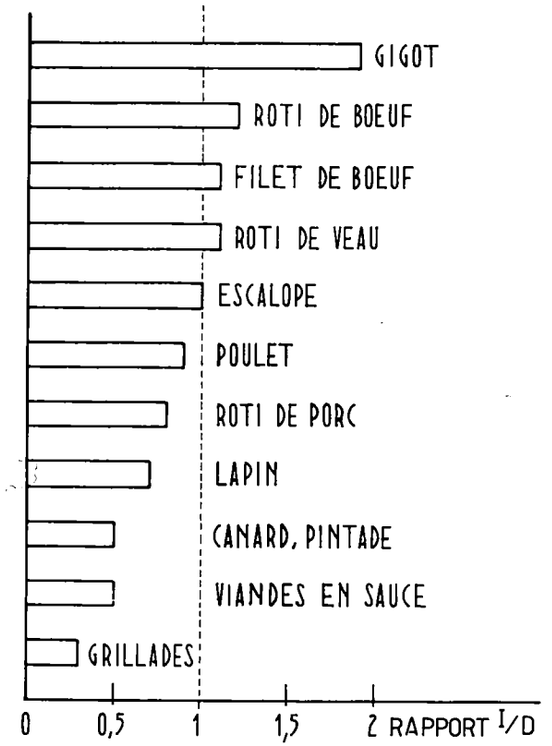


Fig.4

SCHÉMA 4. — Prestige relatif des viandes.

$$\frac{I}{D} = \frac{\text{\% de services pour invités}}{\text{\% de services le dimanche}}$$

II. — *ATTITUDES SUIVANT LES CATÉGORIES DE CONSOMMATRICES*

A. — Groupes socio-professionnels

1° *Cadres.*

Les femmes dont les maris ont une profession libérale ou entrent dans la catégorie des « cadres » servent très habituellement du bœuf à leur famille, à la rigueur elles le remplacent par du mouton. Elles n'hésitent pas à confectionner des plats en sauce, achètent facilement de la viande hachée, peu de poulet, beaucoup de gigot. Avant tout sensibles à la motivation du goût, elles ne négligent pas le facteur santé (représenté pour certaines par la viande rouge), ni surtout l'économie. Si elles ne conçoivent guère de repas sans viande à midi, il est rare qu'elles en servent le soir et, dans ce cas, ce ne sera pas à tous les membres de la famille. Quand il faut remplacer la viande à midi, elles utilisent de préférence le poisson.

Lors des achats elles recherchent l'article de qualité à bon marché, mais prix et qualité entrent en compétition avec la commodité du lieu de vente. Ce souci d'efficacité caractérise surtout une minorité qui accepte la viande déjà emballée.

Ces maîtresses de maison sont très fidèles (parfois à plusieurs boutiques à la fois), mais c'est dans l'espoir d'être mieux servies; elles prennent le temps de vérifier les prix et ce qu'on leur sert.

Par ailleurs, assez curieuses, elles essayent volontiers de nouvelles recettes, mais restent peu sensibles aux efforts de la publicité.

2° *Commerçantes.*

Les commerçantes, prises entre leur tâche de ménagères et leur commerce, auraient tendance, grâce à un certain niveau de vie, à agir comme les femmes de cadres : quand elles remplacent le bœuf, c'est par du mouton, de préférence au cheval; elles achètent du gigot fréquemment, se méfient du poulet, ne reculent pas devant des plats en sauce. Mais elles se motivent différemment : tout en faisant une large place à leur opinion personnelle, elles se plaignent de leur manque de temps et profitent souvent de leurs échanges avec d'autres commerçants, ce qu'illustre leur

manière de faire leurs achats, rapides, chez peu de fournisseurs différents. Peu regardantes sur les prix des articles courants pourvu qu'ils soient de qualité, elles font confiance à ceux qui les servent. Elles sont, enfin, peu influencées par la publicité.

3° *Employées.*

Dans les milieux d'employés, on choisirait volontiers les mêmes viandes et on se motiverait de la même manière que les femmes de cadres avec plus d'acuité encore en ce qui concerne les régimes et le souci de la santé. On aime cuisiner longuement. Ne pouvant offrir du gigot plus de 3 à 4 fois par an, on inscrit souvent le poulet au menu. C'est en faisant leurs achats que ces ménagères se distinguent le mieux : inquiètes d'obtenir la meilleure qualité, elles choisissent le boucher pour la propreté de son étal et l'assurance qu'il les serviront bien. Elles tiennent à montrer qu'elles ne sont pas dupes ni de la qualité de ce qu'on leur sert, ni des prix. Mais elles aiment l'efficacité et acceptent au besoin la viande préemballée. Elles sont avides de nouveauté et suivent la publicité. Ces femmes sont relativement plus mécontentes que les autres de leur consommation actuelle.

4° *Ouvrières.*

Qu'elle choisisse la viande quotidienne ou qu'elle en rejette certaines, la ménagère des familles ouvrières doit concilier ses goûts avec sa santé et son besoin d'économie. Ainsi, adepte des plats à cuisson longue, elle y voit un moyen économique de varier les menus et pratique pour préparer des gamelles, surtout l'hiver. Servant volontiers de la viande le soir, elle en sert à toute la famille. Outre le poisson et les œufs, elle emploie la charcuterie pour compléter un repas « sans viande » à midi. Peu disposée à faire confiance au commerçant, elle choisit elle-même le morceau qu'il lui faut, en surveille la coupe. Elle évite la viande hachée.

5° *Retraitées.*

Quand elle entre dans la catégorie des retraités, la femme est obligée de compter avec son âge, sa santé, et souvent ses possibilités financières; elle évite les plats à cuisson longue et la viande hachée, achète moins souvent de la viande, mais de bonne qualité et parfois chère. Isolée, elle va chez le plus proche boucher qu'elle laisse décider pour elle et prête, en général, un intérêt moindre à tout ce qui l'entoure. Tout change si elle vit encore en famille; elle tient compte de sa santé, de sa fatigue éventuelle, mais ne devient pas indifférente aux contingences extérieures. Elle exige la qualité du service et de la viande, la propreté de l'étal, sert fréquemment de la viande, quoique en simplifiant et en n'établissant pas de discrimination au sein de la famille.

B. — Travail de la femme

Tout au long de cette enquête se profile l'importance du travail féminin dans son comportement ménager. Tant pour des raisons économiques qu'horaires, les femmes ne travaillant pas acquièrent une mentalité différente de celles qui, à situation sociale équivalente, ont une activité professionnelle.

Ces différences se révèlent d'abord lors du choix de la viande quotidienne (mouton plutôt que cheval, porc de préférence au poulet), des plats à confectionner (les personnes ne travaillant pas font une cuisine qui demande du temps) ou bien du choix du commerçant et de la confiance qu'on lui accorde (les femmes qui travaillent sont moins méfiantes, connaissent moins bien les prix pratiqués pour les morceaux courants, sont impressionnées par la publicité).

On note aussi que les raisons données à ces comportements diffèrent : le manque de temps inhibe le souci d'économie chez celles qui travaillent; elles préfèrent l'efficacité et choisiront, par exemple, un lieu d'achat d'abord parce qu'il est proche ou commode; elles se soucieront moins de leur relations possibles avec le commerçant, mais n'en fréquenteront qu'un nombre restreint, entraînées par l'habitude, contrairement à la tendance manifestée par les autres.

Enfin, les personnes qui travaillent servent plus fréquemment de la viande le soir et souhaitent, plus que les autres, augmenter la fréquence de leur consommation.

C. — Age.

Avec l'âge, l'intérêt porté à la viande diminue. La ménagère recherche alors de petites parts, presque toujours les mêmes, aux mêmes prix, choisies en fonction de leur préparation (sans sauce) et de leur qualité, en dépit parfois de leur prix. La fréquence de consommation diminue ainsi que l'intérêt pour les nouveautés et la publicité.

Plus jeune, la femme recherche davantage la viande rouge, « saignante », « fortifiante », rejette celle qui est trop « grasse » mais s'astreint à confectionner davantage des plats à cuisson longue. Elle achète facilement de la viande hachée. C'est une acheteuse pleine de confiance en soi, avide de nouveauté, attentive à la publicité; elle a parfois conscience de la variété des prix pratiqués pour un aliment comme le bifteck, exige de voir la viande débitée ou hachée devant elle et préfère choisir personnellement les morceaux à acheter.

D. — Le niveau de vie

Ce facteur a une incidence sur le choix de la viande quotidienne (les plus aisées préfèrent le bœuf au veau) et sur l'achat de la viande de prestige qu'est le gigot. Les plats en sauce n'en sont pas pour autant négligés et augmenteraient

même avec le niveau de vie. Mais c'est surtout la fréquence des services de viande qui augmente au fur et à mesure que vient l'aisance. Si l'augmentation porte sur le bœuf et sur le gigot, elle est moins marquée sur le poulet (schéma 2).

La satisfaction ne commence à être marquée qu'à partir de 6 ou 8 signes de niveau de vie (schéma 3). Et, s'il y a désir de changement, il ne porte pas sur les mêmes viandes : les familles les moins aisées recherchent davantage les biftecks et les grillades, les plus aisées le gigot ou le filet et le rôti de bœuf. Ce sont les mêmes viandes que chacune des catégories désirerait offrir à ses hôtes.

E. — Nombre d'enfants

Les enfants, enfin, forcent la mère de famille à tenir compte des dépenses, tout en ménageant leur santé. C'est pourquoi, en vertu du pouvoir « fortifiant », « nourrissant » attribué à la viande rouge, on voit augmenter la fréquence de service de bœuf dans la semaine dans les familles nombreuses. Dans ces familles également, on confectionne plus souvent des plats à cuisson longue et on achète plus de viande hachée.

CONCLUSIONS

A l'issue de cette étude et de celle effectuée à Marseille sur la consommation des viandes, il apparaît un certain nombre de points communs dans les deux groupes de ménagères interrogées dans ces deux villes. Ces points communs sont plus importants que les différences constatées et on a le droit de supposer qu'il s'agit là de tendances générales. Des enquêtes répétées dans d'autres régions pourront permettre de vérifier le bien-fondé de cette supposition; en attendant, il paraît intéressant de dégager provisoirement ces tendances communes.

1° Préférences

La viande occupe une place très importante dans les repas : à midi, la fréquence moyenne est de 5,5 services par semaine à Lyon et 5 à Marseille. Le soir, les services sont moins fréquents (2,6 et 2 fois par semaine), mais il n'apparaît pas de compensation entre ces deux repas, les forts consommateurs à midi étant aussi de forts consommateurs le soir.

Parmi les différentes viandes, c'est le bœuf qui est le plus souvent servi (en général 3 à 4 fois par semaine dans les deux groupes) et c'est lui qui vient en tête de la liste des viandes les plus usuelles (82 et 83 % des réponses). Les ménagères notent, en outre, comme viande usuelle en deuxième position, le mouton à Marseille et le veau à Lyon.

A l'encontre, d'autres viandes sont peu servies, par exemple le poulet, consommé en général 1 à 2 fois par mois, et cette fréquence n'augmente pas avec le niveau de vie alors que la fréquence de consommation du bœuf augmente si les ressources s'élèvent.

Certaines viandes sont rejetées par un certain nombre de ménagères et, en premier lieu, le cheval (38 % et 22 %). Les abats et les bas-morceaux font l'objet de plus de refus à Lyon, le porc à Marseille.

Dans les deux villes, les plats en sauce sont faits régulièrement par 70 % des ménagères; les trois quarts d'entre elles utilisent la viande hachée à Marseille et 50 % à Lyon.

D'autres viandes ont plus de prestige et sont plus désirées : ce sont surtout les grillades pour la consommation familiale, les rôtis de veau et de bœuf, le gigot, les volailles autres que le poulet pour offrir à des invités.

Ainsi se dessine une sorte d'échelle de valeurs entre les différentes viandes.

2° Désirs

Malgré une consommation abondante, un très grand nombre de ménagères ne sont pas satisfaites de leur consommation actuelle (44 % à Marseille et 51 % à Lyon). Si le prix ne les retenait pas, elles modifieraient leurs habitudes dans le sens suivant (certaines ont donné plusieurs réponses) :

	Marseille	Lyon
Plats plus abondants	16 %	22 %
Plats plus fréquents	19 %	25 %
Morceaux différents	39 %	26 %

L'intensité de l'insatisfaction est évidemment plus grande dans les familles de bas niveau de vie, mais elle reste encore notable chez les plus aisées, surtout en ce qui concerne la possibilité de choisir des morceaux plus coûteux. L'expression de cette insatisfaction montre que l'on est encore loin de la saturation.

3° Motivations exprimées

Quelles peuvent être les motivations de ces comportements et de ces désirs ?

a) *Santé.* — La grande majorité des femmes interrogées explique ses choix pour des raisons se rattachant au souci de santé. Mais ces raisons sont exprimées de deux manières différentes :

— une formulation en termes vagues : la viande est réputée « nourrissante », « fortifiante », « bonne pour la santé » par 72 % et 71 % des femmes dans nos deux échantillons;

— une formulation en termes « scientifiques » est donnée par 18 à 22 % des ménagères. Elles font surtout état de son apport en vitamines et très peu d'entre elles (4 % et 9 %) invoquent la teneur en protéines.

Ceci illustre de façon frappante qu'il n'y a pas de commune mesure entre la connaissance de la valeur nutritionnelle d'un aliment et le prestige de celui-ci.

C'est aussi à des raisons de santé, de régime, d'hygiène que font appel les femmes pour justifier certains choix ou certains rejets :

— Le choix de la viande la plus usuellement servie est ainsi expliqué dans 31 % des cas à Marseille et 10 % à Lyon.

— Le choix particulier de la viande de bœuf est rattaché dans 33 et 35 % des cas, à l'idée qu'il est « nourrissant, fortifiant, saignant ». A Lyon, le choix particulier de la viande de veau est justifié dans 39 % des cas par des raisons de « santé » ou « régime ».

— Le rejet de certaines viandes est aussi motivé par des raisons de santé ou de régime (13 % et 9 %). Ces raisons jouent surtout pour le rejet des plats en sauce; elles sont invoquées par 50 % des ménagères à Marseille et 20 % à Lyon, parmi celles qui s'abstiennent de ces préparations.

b) *Goût.* — Il est incontestable également que le goût joue un grand rôle dans les choix.

C'est ce motif qui est donné par la majorité des femmes pour expliquer leur préférence pour la viande la plus usuellement servie (46 et 40 %). Ce paraît être aussi le facteur déterminant pour celles qui font régulièrement des plats en sauce.

A l'opposé, le goût est invoqué comme raison de rejet de certaines viandes (cheval, abats, etc.) par 50 et 55 % des femmes.

c) *Prix.* — Les motivations de prix sont rarement exprimées comme telles : 10 % des femmes à Marseille et 12 % à Lyon les citent comme limitant l'achat de viandes ou de morceaux coûteux; 16 % et 32 % comme une raison de faire des plats en sauce; 15 % comme une raison de choix du boucher. Il semble qu'en réalité cette motivation joue davantage puisqu'elle empêche de satisfaire tous les désirs comme on l'a vu plus haut.

d) *Temps.* — Quant au temps nécessaire à la cuisson, il est invoqué par 12 % des ménagères à Marseille et 39 % à Lyon pour limiter le nombre de plats en sauce chez celles qui en font rarement.

Lorsqu'il s'agit d'opérer un choix effectif pour telle viande ou tel type de plat, la ménagère semble faire la part de ces quatre motivations exprimées : goût, santé, prix et temps, et leur importance varie selon l'âge, le niveau de vie, le nombre d'enfants.

4° Comportement a l'achat

Le comportement des femmes lors de l'achat de la viande est également très comparable. La quasi-totalité achète chez le boucher (98 et 94 %) et est fidèle à son fournisseur (80 et 90 %). Les raisons du choix d'une boucherie et celles de la fidélité à un commerçant se classent sensiblement dans le même ordre dans les deux échantillons.

Choix d'une boucherie.

	Marseille	Lyon
Qualité de la viande	43 %	37 %
Propreté	16 %	27 %
Prix	15 %	9 %
Proximité	6 %	8 %
Amabilité du commerçant	6 %	8 %

Fidélité à une boucherie.

	Marseille	Lyon
Qualité de la viande	21 %	28 %
Espoir d'être mieux servie	21 %	25 %
Habitude	12 %	12 %
Confiance dans le commerçant	11 %	8 %
Proximité	14 %	11 %
Prix	8 %	1 %

La recherche de la qualité de la viande et l'espoir d'être mieux servie, qui sont les raisons majeures, concordent bien avec l'importance de la « motivation » goût signalée plus haut.

L'achat de la viande est une opération assez difficile pour le consommateur et, cependant, l'on note chez les ménagères un grand souci de l'effectuer d'après leurs propres lumières. En effet, 86 % et 63 % des femmes préfèrent choisir elles-mêmes le morceau que de s'en remettre au boucher. Elles manifestent d'ailleurs une certaine compétence pouvant citer les noms de morceaux à choisir pour un pot-au-feu ou un bifteck. Il n'en est pas de même pour une blanquette.

En ce qui concerne le mode de présentation, 90 % et 87 % préfèrent que la viande soit coupée devant elles; les femmes qui travaillent accepteraient un peu plus facilement les morceaux préemballés, généralement peu prisés. Avec raison, 75 % des femmes exigent que la viande hachée soit préparée devant elles.

Une certaine routine accompagne ces habitudes : 64 et 66 % n'essaient pas de recettes nouvelles. Quant à la publicité pour certaines viandes, les ménagères en sont peu conscientes : 66 et 50 % déclarent n'en avoir jamais vu.

En conclusion, notre enquête met en évidence une fois de plus, par le nombre important de non-satisfactions exprimées apparaissant surtout dans les groupes à niveau de vie les plus bas mais encore sensibles dans les groupes les plus aisés, l'appétit très vif de la population pour la viande en général et pour certains morceaux à prestige (plus coûteux ou plus rares).

Cet appétit, qui apparaît dans les tendances de consommation enregistrées par les enquêtes pondérales de consommation et par les statistiques économiques, semble très loin, dans nos échantillons, de son point de saturation.

Tous les pays industrialisés ont augmenté leurs consommations de viande de 1951 à 1961; seules l'Australie et la Nouvelle-Zélande donnaient des signes de saturation en se maintenant environ aux taux de 100 kg par tête et par an, soit 270 g

par jour. Pendant cette période, la France est passée de 60 à 74 kg par tête et par an (165 à 200 g par jour). On peut donc prévoir que la tendance à augmenter la consommation de viande va continuer encore quelque temps dans notre pays, en même temps que se manifestera, si le niveau de vie s'élève, une demande accrue sur certaines viandes ou morceaux parés de plus de prestige. Tout ceci n'est pas sans poser des problèmes pour la production.

Dans quelle mesure une éducation nutritionnelle du public peut-elle compenser ces tendances et les maintenir dans des limites raisonnables ? Il semble que cela soit assez difficile, car les motivations réelles de cette pulsion pour la viande sont probablement très profondes. Les motivations exprimées nous permettent de voir qu'elles se rattachent surtout à des comportements affectifs; cela est évident pour le « goût » qui trouve sa justification dans le plaisir gustatif ou dans les sensations agréables post-prandiales, mais les justifications rattachées à la « santé » par les ménagères apparaissent aussi plutôt comme un essai de justification rationnelle d'un comportement affectif que comme une logique déduction des connaissances sur des propriétés nutritives réelles.

Il semble donc qu'une plus grande diffusion d'une information sur la valeur nutritionnelle des différentes variétés de viande et des aliments riches en protéines en général pourrait avoir une certaine portée en éclairant de façon plus objective les consommateurs soucieux de leur santé. Mais les conseils pratiques que l'on sera amené à donner en même temps devront présenter des plats ou des préparations susceptibles de satisfaire le goût afin d'avoir quelque chance d'efficacité et de pouvoir répondre en même temps aux exigences du consommateur et aux impératifs économiques.

Enquête réalisée par le Centre d'Informations Urbaines et Sociales de Lyon.

Travail présenté par :

Mme F. Trémolières, J. Claudian et Y. Serville.

Section de Nutrition de l'I.N.S.E.R.M.,

avec la participation financière du Ministère de l'Agriculture des U. S. A.

(contrat n° FG-Fr-122).

Bulletin de l'I. N. S. E. R. M. T. **22**, 1967, n° 4, pp. 867-874.

MÉTHODOLOGIE

PREMIÈRES EXPÉRIENCES DE RECHERCHE SUR L'ACTION DE SANTÉ PUBLIQUE

(Objectifs. Méthodes.)

J. BROYELLE (1)

A partir du moment où le droit à la santé est érigé en principe dans un pays, et où par conséquent l'amélioration du niveau de santé prend place parmi ses objectifs essentiels, les recherches ne peuvent plus être orientées seulement vers les causes directes de maladie ou de détérioration de la santé et les techniques qui permettent de les éliminer, mais également vers les méthodes d'application de ces découvertes à la masse de la population, sous peine de ne pas atteindre pleinement les objectifs.

En effet, la transposition des moyens de protection de la santé à l'ensemble de la collectivité n'est pas un problème simple et met en jeu des facteurs très complexes qui dépassent le cadre de ce qu'il est convenu d'appeler le domaine médical au sens strict du terme pour aborder celui de la santé publique. Cette notion de Santé Publique implique la réponse aux besoins de la collectivité sur le plan de la santé et, par conséquent, la nécessité d'une évaluation de ces besoins et des moyens.

Or, les données actuellement utilisables reposent sur des bases insuffisantes : statistiques de mortalité qui constituent des indices de besoins par trop indirects,

(1) Chargé de recherches I.N.S.E.R.M.

ou statistiques partielles d'utilisation des services de santé qui reflètent des demandes sélectionnées que l'on ne saurait assimiler sans imprudence à l'ensemble des besoins.

C'est ainsi que l'on a été amené à développer une branche de recherche appliquée dans plusieurs pays et que l'O. M. S. encourage ces initiatives.

A. — *OBJECTIFS*

Toutes ces recherches sont basées sur un principe fondamental : la référence des actions de santé publique aux besoins considérés dans la population. Dans une première étape, les objectifs sont les suivants :

1° essayer d'obtenir des données plus valables pour la détermination des problèmes prioritaires en santé publique, en partant des besoins constatés dans la collectivité;

2° tenter de mettre en évidence, de façon aussi approchée que possible, le degré de satisfaction de ces besoins par le dispositif de santé existant, afin d'en déduire les actions à développer en priorité;

3° associer à l'évaluation des besoins et de leur satisfaction l'étude de la rentabilité des méthodes, rentabilité étant entendu dans le sens complet du terme : « efficacité et coût ». Ce qui revient à dire que la comparaison entre les coûts n'entre en jeu que dans la mesure où les choix doivent intervenir entre plusieurs procédés d'efficacité comparable.

I. — Etude des besoins prioritaires

La recherche des priorités dans les besoins suppose évidemment que l'on procède, sur une assez large échelle, à une étude comparée des problèmes de santé publique retrouvés au niveau de la collectivité, et, par conséquent, que l'on s'interdise au départ toute sélection, tant au niveau des problèmes eux-mêmes que dans la population étudiée, ceci dans la perspective d'établir une hiérarchie entre les problèmes constatés et de dégager des *priorités globales*.

La deuxième tentative est de rechercher si la répartition de ces risques dans la population est *homogène ou varie de façon significative* dans le but évident d'orienter plus particulièrement l'action sur les catégories les plus vulnérables.

Les quelques études dont on dispose amènent, en effet, à constater des inégalités notables entre différents milieux en ce qui concerne les taux de mortalité (milieu urbain, milieu rural, catégories socio-professionnelles, etc.). Il paraît tout à fait souhaitable de compléter ces études et de les étendre à l'état de santé et, le cas échéant, à d'autres sous-groupes de population.

Nous avons envisagé les besoins en rapport avec la santé (dans son maintien ou dans sa restauration) et non pas seulement en rapport avec la maladie. Et, par conséquent, ils traduisent une demande en « mesures de santé publique » (prévention large, soins, réadaptation) et non pas seulement en « soins curatifs ». Dans ces conditions nous avons considéré, en dehors des aspects strictement médicaux, les aspects économiques, sociologiques et démographiques.

Enfin, il nous a paru nécessaire de ne pas nous limiter à l'analyse des besoins réels ou objectifs (ou considérés comme tels en admettant que les opinions concordent), mais de retenir également les besoins subjectifs et ressentis par la population. Car c'est bien, en définitive, la façon dont on ressent un besoin qui est déterminante dans l'appel que l'on fait aux services de santé et cet aspect a un rôle non négligeable à jouer.

Il est du reste intéressant d'essayer de confronter ces deux formes de besoins afin de mesurer l'écart qui existe entre elles et les variations qui peuvent être constatées dans ces écarts.

D'autre part, une partie des besoins « réels » (qu'ils soient ressentis ou non) peut rester parfaitement inexprimée et inconnue du système de santé et c'est une des raisons d'être des enquêtes que d'explorer les secteurs dans lesquels cette portion de besoins immergée est la plus notable, afin d'en préciser l'importance et de prévoir les services à venir en tenant compte des progrès qui doivent être accomplis pour y répondre. Seules des études très orientées et par contact avec la population elle-même peuvent permettre d'approcher de cette évaluation.

En définitive, ces différentes manifestations de besoins réels, ressentis, exprimés, non exprimés, intéressent la Santé Publique en elles-mêmes et pour permettre leur comparaison entre elles et dans diverses catégories de populations, en relation avec certaines de ses caractéristiques ou, éventuellement, de ses types d'attitudes et d'opinions.

II. — Etude du degré de satisfaction des besoins

L'étude du degré de satisfaction des besoins cherche avant tout à déterminer si la façon dont il y est répondu correspond aux priorités mises en évidence et les secteurs dans lesquels des disparités sont constatées : soit que l'action soit orientée vers des risques secondaires par rapport à d'autres, soit qu'elle ne porte pas avec une intensité proportionnelle aux risques sur les groupes de population particulièrement sensibles.

La deuxième préoccupation est de mettre en évidence, le cas échéant, les raisons pour lesquelles il existe des disparités entre les besoins et les moyens dont on dispose, divergences liées aux moyens eux-mêmes (insuffisance quantitative des services ou du personnel, adaptation insuffisante à la population, etc.) ou liées aux intéressés qui peuvent laisser sous-exploités des moyens valables pour des raisons subjectives d'attitudes ou d'opinions qui méritent d'être approfondis.

A cet égard, la comparaison entre le comportement d'un côté, les attitudes et les opinions de l'autre, nous paraît essentielle pour mieux orienter l'action en Santé Publique, car l'expérience montre le rôle déterminant que jouent ces der-

niers facteurs dans la façon dont les gens prennent soin de leur santé. Les passer sous silence équivaudrait à fausser le sens et la portée des études.

Dans ces perspectives nous avons orienté nos recherches dans l'axe des 3 secteurs d'action complémentaires en Santé Publique : services à domicile, services ambulatoires, services comportant hospitalisation, afin d'étudier leur degré de correspondance aux besoins constatés et d'avancer dans l'évaluation de l'équilibre qui devrait être réalisé entre ces différentes formules. Le développement harmonieux et équilibré de ces secteurs est en effet particulièrement préoccupant et demande à être saisi de façon synthétique sous peine d'aboutir à des conclusions erronées.

III. — Etude de la rentabilité

En ce qui concerne les études de rentabilité, nous avons déjà indiqué qu'elles ne peuvent être conçues comme des études de « coût » simple puisque les coûts devaient se référer à l'efficacité des actions. Ceci sous-entend, par conséquent, que les études portant sur la rentabilité constituent des points de départ et resteront incomplètes dans la mesure où il est difficile, dans un nombre limité de recherches, de comparer l'action à long terme et l'action à court terme, et qu'il sera probablement toujours impossible de comparer la rentabilité des actions spécifiques sur une affection déterminée et des actions polyvalentes de prévention large.

Cependant, il paraît souhaitable tout d'abord de commencer à jeter quelques bases permettant d'améliorer ces évaluations dans l'avenir, et ensuite d'entreprendre des études plus immédiates. C'est ainsi que nous nous sommes orientés à ce stade plus spécialement vers la rentabilité comparée des services à domicile, des services ambulatoires et des services d'hospitalisation, dans la double perspective qui nous intéresse en concordance avec ce qui a été souligné précédemment à propos de ces services.

B. — *MÉTHODES*

Tels sont les objectifs poursuivis au cours de nos premières recherches. Certaines dépassent parfois le cadre d'une seule enquête et doivent être rapprochées dans un ensemble, mais il était cependant nécessaire de les expliciter.

En harmonie avec ce qui vient d'être dit, nous avons étudié des formes de recherches sur le terrain grâce à des enquêtes préalables, afin de pouvoir ultérieurement les étendre à différents types de population représentatifs. Elles ont été préparées en équipe multidisciplinaire constituée de spécialistes des différentes branches que nous avons déjà citées : Santé Publique, économie, démographie, psychosociologie, et tiennent compte des impératifs d'ordre statistique. Des chercheurs opérationnels y ont également été associés, dans la perspective d'introduire ce type de recherche lorsque cela se révélera possible.

La première investigation se déroule actuellement sur un arrondissement du département de l'Aisne, comprenant 85 000 habitants répartis dans des communes rurales et deux villes de faible importance (22 000 et 5 000 habitants). Il s'agit d'une enquête permettant de mettre au point les méthodes afin de pouvoir les utiliser dans d'autres populations-types choisies en fonction de critères sanitaires, démographiques, socio-économiques et géographiques. Elle se déroule sur une année, de façon à tenir compte des variations saisonnières qui peuvent avoir une incidence sur les besoins.

Elle comporte deux aspects :

1° investigation dans la population;

2° investigation dans les services.

1° Dans la population

Un sondage a été effectué par tirage au sort sur 1 500 foyers français et étrangers représentant environ 6 000 personnes.

Une enquête psychosociologique de type exploratoire et une pré-enquête sur le terrain ont permis de mettre au point les questionnaires. La pré-enquête portait sur 100 foyers.

Sur la totalité de l'échantillon, les interrogatoires sont réalisés par des assistantes sociales spécialement entraînées au préalable.

Le questionnaire comporte un aspect descriptif et un deuxième aspect plus explicatif :

— renseignements d'ordre démographique et socio-économique : caractérisation du foyer, sa composition, l'âge, les ressources, la profession, les conditions de vie et l'habitation;

— éléments concernant l'état de santé tel qu'il est décrit par les intéressés eux-mêmes, mais suivant un guide destiné à obtenir le maximum de renseignements utiles sur les manifestations qu'ils présentent, qu'il s'agisse de troubles transitoires, chroniques ou d'infirmités, qu'ils aient fait l'objet ou non d'examens médicaux;

— précisions sur le comportement vis-à-vis des services de santé (utilisation des services de tous ordres, y compris les médecins ou les auxiliaires médicaux privés, les assistantes sociales, etc., qu'il s'agisse de services de prévention, de soins, ou de réadaptation) et vis-à-vis des problèmes-clés de santé;

— données sur les possibilités offertes aux intéressés et les difficultés rencontrées dans le domaine de la protection de la santé, les connaissances, les attitudes et opinions sur ces problèmes-clés déjà évoqués.

L'enquête durant une année, plusieurs passages sont prévus de façon que l'interrogatoire sur les problèmes de santé porte sur une période assez courte.

Pour un sous-échantillon de population, les médecins auxquels les gens ont eu recours, le cas échéant, sont interrogés par des confrères, à la fois sur l'état de santé et sur les suites données, afin d'étudier si d'autres solutions que celles qui

ont été adoptées n'auraient pas été meilleures dans l'hypothèse où des moyens différents pourraient être mis à leur disposition.

La confrontation des renseignements fournis sur l'état de santé doit permettre des comparaisons avec les appréciations des intéressés et d'évaluer les divergences et leurs variations suivant l'état considéré ou suivant la population étudiée.

2° Dans les services

Bien que, comme on l'a souligné, l'étude du développement respectif des 3 secteurs d'action en Santé Publique (services à domicile, ambulatoires et services comportant hospitalisation) nécessite la confrontation de ces 3 formules entre elles en référence avec les besoins, dans une première phase et pour des raisons de facilité nous avons porté l'accent sur les services à domicile. Mais cette première recherche n'est pas menée de façon indépendante et doit être rapprochée de celles qui lui feront suite sur les services ambulatoires et d'hospitalisation.

La prise en considération des services à domicile avant tout autre s'explique par le fait qu'ils intéressent la majorité de la population, qu'ils recoupent des préoccupations de rentabilité déjà exprimées et qu'ils demeurent un domaine peu exploré. Ils sont envisagés sous tous leurs aspects préventifs, curatifs et, le cas échéant, de réadaptation.

Il s'agit tout d'abord d'examiner si l'ensemble de ces services est suffisant, compte tenu des besoins qui pourront être extraits des investigations dans la population :

— suffisants *quantitativement*;

— suffisants *qualitativement*, c'est-à-dire bien adaptés, efficaces et rentables.

L'investigation sur les services à domicile porte sur les auxiliaires médicaux, les assistantes sociales, les puéricultrices.

En ce qui concerne les médecins, il s'agit essentiellement de déterminer si leur action bénéficierait de certaines orientations dans l'organisation des services de santé, par exemple en étudiant les raisons qui s'opposent à la poursuite des soins à domicile, en examinant si elles sont d'ordre technique, économique, social ou d'un autre ordre, et si elles sont impératives ou de simple opportunité liées aux circonstances.

Il s'agit d'évaluer, par conséquent, la proportion des cas où les services à domicile s'imposeraient de préférence à d'autres formules, en supposant qu'ils puissent être plus nombreux et plus différenciés et en supposant également leur rentabilité sanitaire et économique satisfaisante.

CONCLUSIONS

En résumé, la prise de conscience de plus en plus affirmée de la responsabilité qui incombe à la société dans l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population amène à concevoir une forme de recherche appliquée dirigée vers

l'action en Santé Publique. Son principe de base est de référer de façon systématique l'action aux besoins de la population.

— L'objectif étant d'aboutir à des données qui permettent d'éclairer les choix, il est nécessaire, au niveau des premières recherches, de pouvoir comparer l'importance des problèmes qui se présentent dans l'ensemble de la population et sur une assez large échelle afin d'établir entre eux des hiérarchies, tant pour ce qui a trait aux besoins qu'aux moyens d'action.

— Ce n'est qu'à partir du moment où certaines priorités globales auront pu être mises en évidence que les recherches pourraient être autorisées à se délimiter et à approfondir précisément les domaines prioritaires ainsi déterminés.

— C'est dans ce sens que sont engagées les premières études qui s'appuient, notamment, sur des enquêtes sur le terrain dans la population, envisagées d'abord sous forme d'enquêtes pilotes.

Les méthodes tiennent compte de l'introduction à côté des préoccupations d'ordre médical d'aspects économiques, démographiques et sociologiques qui imposent une recherche multidisciplinaire. Elles visent moins à l'exactitude qu'à une bonne relativité puisque aussi bien il s'agit avant tout non pas d'établir mais de comparer, et qu'on tend dans ces recherches à améliorer nos connaissances par approches successives dans le domaine de la politique de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

Le Service de Santé local. O. M. S. Rapport Technique, 1960, 194.

La mesure des niveaux de santé. O. M. S. Rapport technique, 1957, 137.

Planification des Services de Santé Publique. O. M. S. Rapport technique, 1961, 215.

Febway (M.) et Croze (M.) : Contribution à l'étude de la mortalité infantile. Supplément au *Bulletin mensuel de statistique*, juil.-sept. 1954; des mêmes auteurs : « Nouvelles données sur la mortalité infantile. Influence de la région et du milieu social ». *Population*, 1954, n° 3.

Febway et Aubenque : Mortalité par catégories socio-professionnelles. I. N. S. E. E. Supplément trimestriel au *Bulletin mensuel de statistique*, 1957, n° 3, 38.

Girard (Alain), Henry (Louis) et Nistri (Roland) : Facteurs sociaux et culturels de la mortalité infantile. Une enquête sur le comportement des familles dans le Nord et le Pas-de-Calais. P. U. F., 1960, I. N. E. D., Cahier n° 36.

Croze (Marcel) : La mortalité infantile en France suivant le milieu social. Etudes statistiques. Supplément trimestriel du *Bulletin mensuel de statistique*, juil.-sept., 1963, n° 3.

Calot (G.) et Febway : La mortalité différentielle suivant le milieu social. Etudes et conjonctures (I.N.S.E.E.), 11, novembre 1965.

MONOGRAPHIES DE L'INSTITUT DÉJA PUBLIÉES

N° 1. - *Documents statistiques sur la morbidité par cancer dans le monde,* par P. F. DENOIX, Paris, 1953. Epuisé.

N° 2. - *L'économie de l'alcoolisme,* par L. DÉROBERT, Paris, 1953. Epuisé.

N° 3. - *Mortalité urbaine et rurale en France en 1928, 1933 et 1947,* par CH. CANDIOTTI et M. MOINE, Paris, 1953. Prix : 9 F.

N° 4. - *Contribution à l'étude de l'anophélisme et du paludisme en Corse,* par C. TOUMANOFF, Paris, 1954. Prix : 12 F.

N° 5. - *De la diversité de certains cancers,* par P. F. DENOIX, Paris, 1954. Epuisé.

N° 6. - *La lutte préventive contre les maladies infectieuses de l'homme et des animaux domestiques au moyen des vaccins,* par G. RAMON, Paris, 1955. Prix : 12 F.

N° 7. - *Etudes de socio-psychiatrie,* par H. DUCHÈNE et coll., Paris, 1955. Prix : 9 F.

N° 8. - *Rapport sur la fréquence et la sensibilité aux insecticides de « pediculus humanus humanus K. Linnaeus », 1758 (anoplura) dans le sud-est de la France,* par R. NICOLI, Paris, 1956. Prix : 5 F.

N° 9. - *Etude sur la maladie de Bouillaud et son traitement,* par J. CHEVALLIER, Paris, 1956. Prix : 11 F.

N° 10. - *Rapport d'enquête sur la réadaptation fonctionnelle des adultes en France,* par H. G. POULIZAC, Paris, Prix : 10 F.

N° 11. - *Etude pour l'établissement de rations alimentaires pour le tuberculeux en sanatorium,* par F. VINIT et J. TRÉMOLIÈRES, Paris, 1957. Prix : 12,50 F.

N° 12. - *Le cancer chez le Noir en Afrique française,* par P. F. DENOIX et J. R. SCHLUMBERGER, Paris, 1957. Prix : 15 F.

Monographies de l'Institut déjà publiées *(suite)*.

N° 13. - *Broncho-pneumopathies à virus et à rickettsies chez l'enfant*, par R. SOHIER, M. BERNHEIM, J. CHAPTAL et M. JEUNE, Paris, 1957. Prix : 13 F.

N° 14. - *L'assistance psychiatrique aux malades mentaux d'origine nord-africaine musulmane en métropole*, par G. DAUMEZON, Y. CHAMPION et Mme J. CHAMPION-BASSET, Paris, 1957. Prix : 12 F.

N° 15. - *Documents statistiques sur l'épidémiologie des infections typho-paratyphoïdiques, de la poliomyélite et des brucelloses en France en 1954 et 1955*, par P. CHASSAGNE et Y. GAIGNOUX, Paris, 1958. Prix : 11 F.

N° 16. - *La pathologie régionale de la France*. T. I, *Régions du Sud et de l'Ouest*, par R. MAROT, Paris, 1958. Prix : 35 F.

N° 17. - *La pathologie régionale de la France*. T. II, *Régions du Nord, de l'Est et du Centre*, par R. MAROT, Paris, 1958. Prix : 34 F.

N° 18. - *De la destruction des bactéries par la chaleur. Etude de l'efficacité de la pasteurisation du lait*, par A. NEVOT, PH. et J. LAFONT, Paris, 1958. Prix : 14 F.

N° 19. - *Le cancer au Moyen-Orient (Israël et Iran). Données épidémiologiques*, par C. LAURENT et J. LEGUÉRINAIS, Paris, 1960. Prix : 13 F.

N° 20. - *Problèmes posés par la définition des aliments*, par l'Unité de Recherche de Nutrition humaine de l'Institut National d'Hygiène, Paris, 1960. Prix : 15 F.

N° 21. - *Accidents du travail et facteur humain*, par H. G. POULIZAC, Paris, 1960. Prix : 18 F.

N° 22. - *Enquête sur les enfants et les adolescents atteints d'infirmité motrice*, par F. ALISON, J. FABIA et J. RAYNAUD, Paris, 1961. Prix : 11 F.

N° 23. - *L'hospitalisation des enfants, étude de pédiatrie sociale dans l'agglomération parisienne*, par P. STRAUS, Paris, 1961. Prix : 16 F.

N° 24. - *Méthodes psychologiques, pédagogiques et sociales en psychiatrie infantile*, sous la direction de G. AMADO, Paris, 1961. Prix : 19 F.

N° 25. - *Epidémiologie et prophylaxie de la variole : étude des incursions de la variole à Paris au cours des vingt dernières années. Déductions épidémiologiques et prophylactiques*, par J. BOYER et A. ROUSSEL, Paris, 1962. Prix : 9,50 F.

N° 26. - *Le cancer au Moyen-Orient*, II *(Turquie et Liban). Données épidémiologiques*, par C. LAURENT et J. LEGUÉRINAIS, Paris, 1962. Prix : 16 F.

N° 27. - *La recherche médicale en 1961* (rapport d'activité). Prix : 15 F.

Monographies de l'Institut déjà publiées *(suite)*.

N° 28. - *Effets physio-pathologiques des graisses alimentaires (Symposium, Dijon, 1962)*. Paris, 1963. Prix : 18 F.

N° 29. - *La recherche médicale en 1962* (rapport d'activité). Prix : 15 F.

N° 30. - *Le cancer au Moyen-Orient*, III *(Irak), données épidémiologiques*, par C. LAURENT et J. LEGUÉRINAIS, Paris, 1964. Prix : 8 F.

N° 31. - *La recherche médicale en 1963* (rapport d'activité). Paris, 1964. Prix : 17 F.

N° 32. - *Effets physio-pathologiques des vins*. Symposium 17-18-19 avril 1964, organisé par le Pr JAULMES, Paris, 1965. Prix : 20 F.

N° 33. - *La recherche médicale en 1964* (rapport d'activité). Paris, 1965. Prix : 17 F.

N° 34. - *La recherche médicale en 1965* (rapport d'activité). Paris, 1966. Prix : 18 F.

N° 35. - *La recherche médicale en 1966* (rapport d'activité). Paris, 1967. Prix : 18 F.

COLLOQUES DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE

Colloque n° 1. — *La dialyse périodique des urémies chroniques.*
Paris, 12 novembre 1966. M. le Professeur Hamburger. Prix : 7 F.

IMPRIMERIE NATIONALE. — 67 - 2404 - 0 - 51003 - 2

BULLETIN
DE
L'INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE

CONDITIONS DE PUBLICATION
(6 numéros par an)

Prix de l'abonnement :

France et zone franc ..... **50** F.
Etranger ..... **58** F.
Le fascicule séparé ..... **9** F.

Prix également payables dans les autres monnaies, au cours des règlements commerciaux du jour du paiement.

Les règlements venant de l'Etranger peuvent être faits par l'une des voies suivantes :

a) Chèque sur Paris émis par une banque étrangère;
b) Transfert par banque provenant d'un compte étranger;
c) Mandat postal international.

Le Numéro : **9** F.
Changement d'adresse : **0,50** F.

VENTE - ABONNEMENT :

Service d'Edition et de Vente des Publications officielles
39, rue de la Convention, PARIS (15e)
VAU 79-90 - poste 275
Compte courant postal : Paris 9060-06

Ce *Bulletin* assure la publication des informations sanitaires recueillies par l'INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE dans le semestre ou le trimestre précédent.

Les lecteurs qui voudraient obtenir des documents peuvent s'adresser à

L'INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE

3, RUE LÉON-BONNAT, PARIS (XVIe)

Le *Recueil des Travaux de l'*INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE a été remplacé, depuis 1953, par la collection *Monographie de l'*INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE (voir pages 875 à 877).

VIRTVTE DVCE COMITE FORTITVDINE

COLLEGIVM CIVILE
AD SANITATEM

PUBLICATION PÉRIODIQUE BIMESTRIELLE