Protection de l'enfance
XIX–XXe siècles

Pour citer cet article :

Straus (Pierre), « L'hospitalisation des enfants. Une étude de pédiatrie sociale dans l'agglomération parisienne (Monographie de l'Institut National d'Hygiène n°23) », Paris, 1961.
Cote AS/208(XXXIV)/7, fonds Pierre Straus, Archives nationales.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

MONOGRAPHIE
DE
L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

N° 23

L'HOSPITALISATION DES ENFANTS

UNE ÉTUDE DE PÉDIATRIE SOCIALE DANS L'AGGLOMÉRATION PARISIENNE

PARIS
1961



par P. STRAUS

avec la collaboration de N. COIFFARD, S. MARZO-WEYL, M. LENOIR

Travail de la Section de Pédiatrie de l'Institut National d'Hygiène :
(Chef de Section : F. ALISON, Médecin des Hôpitaux de Paris)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

MONOGRAPHIE

DE

L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

N° 23

L'HOSPITALISATION DES ENFANTS

UNE ÉTUDE DE PÉDIATRIE SOCIALE DANS L'AGGLOMÉRATION PARISIENNE

PARIS
1961



par P. STRAUS

avec la collaboration de N. COIFFARD, S. MARZO-WEYL, M. LENOIR

Travail de la Section de Pédiatrie de l'Institut National d'Hygiène :
(Chef de Section : F. ALISON, Médecin des Hôpitaux de Paris)

Cette étude a été réalisée avec le concours de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

L'enquête par sondage a été effectuée dans le Service de notre Maître, le Dr Maurice Kaplan, Médecin de l'hôpital Bretonneau. Sans son soutien compréhensif depuis trois ans, ce travail n'aurait pu se faire.

MM. les Prs Agrégés Laplane, Thieffry, Rossier, M. le Dr Nouaille nous ont obligeamment donné accès aux archives de leurs services.

Mme Benoist, Directrice de l'hôpital Bretonneau, ainsi que le personnel du Bureau des Admissions, nous ont aidés, en particulier dans l'établissement de notre carte de répartition des domiciles d'enfants hospitalisés.

Nous exprimons notre reconnaissance au Dr X. Leclainche, Directeur Général de l'Administration générale de l'Assistance Publique à Paris, qui a bien voulu nous accorder les autorisations nécessaires.

ÉQUIPE DE TRAVAIL

Mme N. Coiffard, Interne des Hôpitaux de la Région de Paris.

Dr S. Marzo-Weyl, Attachée de la consultation de Neuro-Psychiatrie de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul (Paris).

Mme M. Lenoir, Assistante Sociale.

Collaborateurs bénévoles : Mme Stern, Psychologue ; MM. Foucault, externe des hôpitaux ; Vidal, externe des hôpitaux.

Photographies : J. M. Humeau.

Coordination et Rédaction : P. Straus, S. Marzo-Weyl.

AVANT-PROPOS

Les questions hospitalières sont à l'ordre du jour et il est inutile de souligner une fois de plus leur complexité. L'étude que nous présentons ne propose pas des solutions ; elle se borne à apporter les résultats d'une enquête sur l'hospitalisation des jeunes enfants. Nous espérons cependant que certains des documents ici rassemblés pourront être de quelque utilité pour ceux qui s'intéressent à ce sujet : administrateurs, médecins, travailleurs sociaux... Notre but serait atteint si les faits exposés permettaient à d'autres d'en tirer des conclusions sur le plan de l'action.

Sans doute cette enquête n'embrasse qu'une période d'une année (de mai 1958 à mai 1959) et, surtout, elle a dû être limitée à trois hôpitaux parisiens. Elle est donc très marquée par des circonstances particulières. Un certain nombre de facteurs dont l'importance apparaît ici comme majeure, par exemple les insuffisances dramatiques de l'habitat, sont appelés, sinon à disparaître complètement, tout au moins à s'atténuer. Il s'agit d'ailleurs de problèmes généraux dont les conséquences sur l'hospitalisation, pour importantes qu'elles soient, ne sont pas les principales. En revanche, d'autres points concernent directement et essentiellement la politique hospitalière. A titre d'exemple, nous citerons le rôle du médecin praticien dans l'hospitalisation, et la question connexe des admissions directes : l'enquête a montré que près de la moitié des hospitalisations des jeunes enfants ont été faites directement, sans intervention d'un médecin praticien. Or, si l'on excepte quelques cas d'extrême urgence, il est évident que ce procédé d'admission à l'hôpital n'est pas normal ; le recours au médecin de famille aurait permis d'éviter un certain nombre d'hospitalisations inutiles...

Pour terminer cet avant-propos, il nous reste à présenter le Dr Pierre Straus qui a eu l'initiative de cette enquête, et qui, lorsqu'elle a été acceptée par l'Institut National d'Hygiène et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, en a assumé la réalisation avec un désintéressement et une conscience exemplaires. Le Dr Pierre Straus est à la fois hospitalier et praticien : il est assistant du Dr Kaplan depuis 1953, d'abord à l'hôpital Hérold, puis à l'hôpital Bretonneau et il exerce aussi la médecine comme pédiatre dans une localité proche de Paris. Il possède enfin une expérience de médecine sociale acquise par une pratique prolongée des consultations de protection maternelle et infantile, et aussi, sur un plan différent, grâce à son activité de Médecin-Consultant de l'Organisation Internationale des Réfugiés en 1950-1951.

Le Dr Straus a mis à profit ses compétences personnelles pour la partie proprement hospitalière de l'enquête et pour l'étude des rapports avec les

praticiens ayant fait entrer des enfants à l'hôpital. Il a tenu aussi à travailler « sur le terrain », au domicile de certains enfants. Il a effectué lui-même l'itinéraire qu'il décrit à travers les « bidonvilles » de Nanterre, de Colombes et de Gennevilliers. Mais il a su encore s'entourer de bons collaborateurs. Nous les avons vu travailler, conjuguer leurs efforts et nous pouvons personnellement leur rendre hommage, en particulier à Mme Marzo-Weyl, psychiatre d'enfant, à Mme Coiffard et à Mme Lenoir, assistante sociale de l'enquête. Les nombreuses visites à domicile qui étaient nécessaires ne pouvaient être effectuées par le Service Social normal de l'hôpital, dont la compétence et le dévouement sont bien connus, mais dont la tâche habituelle est déjà écrasante.

C'est donc un travail d'équipe que nous proposons aux lecteurs de cette monographie.

F. ALISON.

INTRODUCTION

Il est impossible d'étudier la façon dont se pose aujourd'hui le problème des facteurs sociaux de l'hospitalisation sans rappeler combien la conception de l'hôpital considéré comme un centre de diagnostic et de traitement est une notion récente.

Il faut arriver en effet au début du XIXe siècle pour que se dégage la distinction entre les indigents et les malades.

Auparavant, hôpitaux et hospices avaient comme commune et unique vocation la lutte contre le paupérisme, à la fois œuvre de charité et mesure de police, tendant au « renfermement » autant qu'à l'assistance de la population indigente. « Mendiants, vieux et infirmes, enfants malades de la teigne, femmes sujettes au mal caduc » y étaient enfermés ensemble dans une complète promiscuité.

A la veille de la Révolution, à l'Hôtel-Dieu de Paris, « les enfants scrofuleux, dartreux, teigneux, imbéciles, sont confondus dans les mêmes salles et couchent à 3 par lit » ; la mortalité est effroyable.

D'ailleurs, jusqu'au milieu du XIXe siècle, l'hospitalisation des enfants s'adressait en pratique uniquement aux enfants abandonnés, trouvés ou orphelins, et dans toute la mesure du possible on cherchait à les placer hors des établissements hospitaliers, en nourrice ou en apprentissage, afin de leur éviter la promiscuité hospitalière dont les effets étaient catastrophiques.

Le XIXe siècle voit naître progressivement la distinction entre les hôpitaux, établissements de soins et les hospices essentiellement destinés aux vieillards et aux indigents, mais il faut encore près d'un demi-siècle pour que s'impose la notion d'établissements réservés aux enfants malades. C'est ainsi qu'en 1851, Watteville, dans un rapport au Ministre de l'Intérieur, notait que « les administrations hospitalières de France, sans exception, ne se sont pas occupées de venir en aide aux pauvres petits enfants, et qu'on les repousse de la plupart des hôpitaux ».

C'est cependant vers cette date que sont créés les premiers établissements hospitaliers pour enfants et leur nombre va se multiplier à Paris pendant toute la deuxième moitié du XIXe siècle et le début du XXe.

Le rôle de l'hôpital d'enfants, comme celui de l'hôpital d'adultes va rester longtemps cependant essentiellement social.

Il n'est pas institué pour soigner particulièrement les malades graves mais les malades indigents. Les conditions de soins n'y sont pas supérieures à celles existant en ville, les conditions d'hygiène y sont médiocres et la surinfection y est meurtrière.

Pour se rendre compte combien cette situation s'est prolongée jusqu'à une date récente il n'y a qu'à se reporter à l'ouvrage publié par MM. Robert Debré et Joannon en 1926 sur la rougeole.

La première partie de ce travail traite de l'épidémiologie de la rougeole et analyse en particulier les facteurs de surmortalité.

Une première constatation s'impose : la mortalité par rougeole dans les établissements hospitaliers, qui était exceptionnellement élevée à la fin du XIX^e siècle, atteignant en moyenne 40 % des cas, a progressivement diminué pendant le premier quart du XX^e siècle, grâce aux mesures d'isolement individuel qui ont été instaurées, mais elle oscille encore en 1925 entre 15 et 20 % des cas.

Les auteurs, qui défendent l'hospitalisation contre l'accusation d'être le facteur essentiel de surmortalité morbilleuse, ne peuvent cependant s'empêcher de reconnaître que « l'hospitalisation peut, à n'en pas douter, exercer une influence néfaste sur l'évolution de la rougeole ».

Pour ces auteurs, si les complications dues au séjour à l'hôpital n'interviennent que pour une proportion de décès oscillant entre 1/5 et 1/6 de la mortalité morbilleuse totale, c'est, écrivent-ils « qu'il ne faut pas perdre de vue le mode de recrutement des malades des hôpitaux ». « A Paris, les hôpitaux de l'Assistance Publique reçoivent d'une part, et quel que soit leur état, tous les rougeoleux qui, habitant des taudis, ne peuvent absolument pas être soignés à domicile ; d'autre part, des rougeoleux appartenant à des familles modestes dont l'état de gravité est tel que leurs parents, renonçant à les traiter chez eux, les amènent à l'hôpital, ce dernier leur apparaissant alors comme une ressource suprême, fréquemment inutile, hélas, elle aussi ».

Ces quelques lignes, extraites de l'ouvrage de Debré et Joannon, éclairent parfaitement le rôle de l'hôpital en 1926, c'est-à-dire il y a trente-cinq ans.

L'hôpital, à cette date, est conçu pour accueillir, quel que soit leur état, les enfants de milieux déshérités, ainsi que les affections graves survenant dans les familles de condition modeste. Nulle part il n'est question de la gravité de la maladie en soi, indépendamment des conditions sociales, et ceci ne relève sans doute pas d'une omission involontaire.

En effet, que pouvait offrir l'hôpital à ces malades gravement atteints, dans la mesure même où les facteurs de surinfection n'aggravaient pas leur état? Le recours à l'hôpital était le plus souvent illusoire et, de ce fait, personne ne poussait à l'hospitalisation des enfants de milieux plus aisés qui pouvaient faire les frais de soins à domicile.

A cette date, les hôpitaux permettaient cependant à la médecine d'effectuer des progrès considérables grâce à l'observation plus rigoureuse des malades, à la multiplicité possible des investigations paracliniques, aux

essais thérapeutiques plus systématiques et naturellement aussi à la possibilité des examens post mortem.

Au cours de ces dernières années, les conditions se sont profondément modifiées.

Les progrès de la médecine ont bouleversé l'efficacité des soins ; certaines thérapeutiques actuelles, aisément administrées, ont transformé la gravité d'un grand nombre de maladies.

D'autre part, l'équipement hospitalier s'est modernisé, les conditions d'hygiène y sont devenues satisfaisantes, la surinfection hospitalière, sans avoir totalement disparu, a diminué dans des proportions considérables.

Surtout, la place de plus en plus importante prise par un équipement technique manié par des médecins et des infirmières spécialisés, ainsi que celle prise par les laboratoires de recherche, oriente de plus en plus l'hôpital vers une fonction nouvelle, celle d'un centre de diagnostic et de traitement pour les maladies graves et les cas difficiles, d'un centre de formation pour les étudiants et d'un centre de travail pour les chercheurs.

Dans cette perspective se fait progressivement jour la notion nouvelle d'hospitalisation médicalement ou non médicalement justifiée, que nous nous sommes efforcés de circonscrire.

Toutes ces rhinopharyngites, ces otites, ces diarrhées banales qui encombrent les lits des hôpitaux d'enfants ont-elles en effet leur place à l'hôpital?

Ces maladies n'ont pas d'intérêt scientifique pour les médecins, elles sont sans gravité, elles n'exigent aucune exploration paraclinique particulière et surtout, grâce aux progrès de la thérapeutique, leur traitement est banal et leur pronostic favorable. Par contre, malgré les progrès que nous avons soulignés, elles peuvent être la source d'épidémies ou se surinfecter elles-mêmes à l'hôpital.

Or il se trouve que, parallèlement à l'évolution de la médecine, les conditions de vie des populations urbaines se sont également transformées.

Une certaine forme de paupérisme a diminué dans des proportions considérables. L'institution de la Sécurité Sociale permet aujourd'hui aux familles les plus modestes d'assumer, dans une large mesure, les frais de soins médicaux banaux. La pénurie de ressources n'oriente plus systématiquement vers l'hôpital les malades les moins fortunés, d'autant plus que les frais à leur charge n'y sont pas toujours négligeables.

L'augmentation du nombre des médecins praticiens, le développement des dispensaires et des centres de protection maternelle et infantile (P.M.I.) multiplient également, pour les familles, les possibilités de soins à domicile.

De ce fait, l'hospitalisation de maladies banales et bénignes commence à poser un problème d'autant plus préoccupant que, dans les perspectives modernes de l'équipement hospitalier, une part de plus en plus grande doit

être réservée aux laboratoires, aux services de radiologie, aux locaux d'enseignement, etc. ; ceci n'est guère compatible avec l'accroissement indéfini du nombre des lits.

Il s'ensuit que, dès lors que la vocation essentiellement sociale de l'hôpital fait progressivement place à une nouvelle orientation, il devient nécessaire d'analyser les raisons qui freinent encore cette évolution.

A cet égard, le phénomène essentiel nous paraît être le suivant :

Il existe actuellement un décalage considérable entre les extraordinaires progrès de l'efficacité thérapeutique et les progrès beaucoup plus modestes des conditions de vie de la population des grandes agglomérations.

Si le niveau de vie moyen de la population ouvrière parisienne s'est sensiblement élevé, il n'en est pas de même de ses conditions de logement.

A côté de ce problème majeur, bien d'autres facteurs, comme le travail de la femme, le placement des enfants en nourrice, la dissociation familiale, la débilité sociale ou mentale, l'inadaptation de familles récemment transplantées, sont autant de conditions sociales déterminantes pour l'hospitalisation de nos petits malades.

La situation vue sous cet angle s'est moins modifiée depuis trente ans qu'on ne le penserait à première vue.

La véritable différence réside moins dans la transformation des conditions d'hygiène et de surpeuplement que dans l'importance de leur rôle sur la gravité des maladies infectieuses des enfants.

En 1926 MM. Robert Debré et Joannon pouvaient écrire que « le taudis et le surpeuplement étaient les causes principales de la surmortalité par rougeole observée dans les quartiers pauvres des grandes villes ».

De nos jours, ces mêmes facteurs jouent encore un rôle certain dans la fréquence des complications de surinfection, mais ces dernières sont si efficacement contrôlées par l'administration facile d'une thérapeutique antibiotique largement répandue, que la mortalité morbilleuse en ville comme à l'hôpital a pratiquement disparu.

En revanche, l'amélioration des conditions hospitalières, la quasi disparition des risques de surinfection, les mesures de modernisation et d' « humanisation » de l'hôpital prises pour attirer vers lui les malades graves indépendamment de leur situation sociale, ont largement contribué à supprimer les réactions d'appréhension ou d'hostilité en face de l'hospitalisation des enfants.

Il s'ensuit que, pour une partie notable de sa clientèle, l'hôpital a conservé sa fonction traditionnelle de centre d'hébergement temporaire. Certaines familles confient leur enfant à l'hôpital non tant parce que son état de santé implique une mise en observation ou des soins spéciaux, mais parce que, quelle que soit la bénignité de la maladie, la pression des conditions sociales interdit le traitement de l'enfant à domicile.

C'est cette fonction sociale de l'hôpital qui fait l'objet de notre travail.

Nous avons pris comme cadre de cette étude le service de notre Maître le Dr Kaplan, à l'hôpital Bretonneau.

Nous avons limité notre enquête aux enfants âgés de moins de 6 ans, pensant en effet que les problèmes d'élevage, de surveillance et de garde des enfants d'âge préscolaire sont trop différents de ceux posés par les enfants plus âgés pour qu'il y ait intérêt à les confondre dans une même étude.

Deux possibilités méthodologiques s'offraient à nous : la première consistant à classer les enfants du service suivant la signification médicale de leur maladie, à isoler le groupe des enfants atteints d'affections bénignes et banales, puis à étudier à l'intérieur de ce groupe les conditions psychologiques et socio-économiques des familles. Il nous aurait manqué dans ce cas, pour juger de la pression effective des conditions sociales sur l'hospitalisation, de disposer par comparaison d'un groupe témoin. La seconde méthode, celle que nous avons utilisée, était l'étude d'un échantillonnage de malades reflétant aussi exactement que possible l'ensemble des enfants de moins de 6 ans hospitalisés dans le service du Dr Kaplan.

Chacun de ces enfants a été l'objet d'une investigation approfondie, portant à la fois sur son état clinique, ses conditions d'admission et les conditions de vie dans sa famille.

Dans un deuxième temps, à l'intérieur de cet échantillonnage, nous nous sommes efforcés d'isoler une catégorie de malades dont l'hospitalisation n'était pas médicalement justifiée, et pour lesquels il y avait lieu de penser que les facteurs déterminants de leur hospitalisation étaient avant tout d'ordre extra médical.

Cette catégorie de malades pouvait alors nous être utile dans nos études de corrélation. En effet, chaque fois que dans un groupe d'enfants soumis à certaines conditions sociales ou psychologiques particulières, le pourcentage des hospitalisations médicalement non justifiées s'élevait de façon évidente, on était fondé de soupçonner que la pression de ces conditions sur l'hospitalisation des enfants était importante.

Pour contrôler le caractère significatif des constatations effectuées dans notre enquête par sondage nous avons établi un questionnaire portant sur un nombre de points limités que nous avons fait remplir dans trois services d'enfants, respectivement situés dans les hôpitaux Trousseau, Hérold et Bretonneau.

Le dépouillement de ce questionnaire fait l'objet de la première partie de ce volume.

Cette présentation commode conduit à un certain nombre de répétitions dont nous tenons à nous excuser. A vrai dire, cette première partie constitue une sorte d'introduction et souligne le caractère général de certains phénomènes, qui ne peuvent être approfondis que dans une étude faite dans un cadre plus limité.

MÉTHODE DE TRAVAIL

Notre travail est essentiellement basé sur les résultats de deux enquêtes.

1) Une *enquête par sondage* dans le service de notre Maître le Dr Kaplan, et portant sur une période de 1 an (1er mai 1958-1er mai 1959).

2) Un *questionnaire* ou *enquête de référence*, moins approfondi, mais intéressant 3 hôpitaux d'enfants (Bretonneau, Hérold, Trousseau) pendant une période de 6 mois (1er novembre-1er mai 1959).

Nous avons limité notre étude à l'hospitalisation des enfants âgés de moins de 6 ans, c'est-à-dire d'âge préscolaire.

A. — *Questionnaire ou enquête de référence.*

Cette enquête a pris comme cadre 3 services d'enfants situés à Paris :
— Service du Dr Kaplan, à l'hôpital Bretonneau.
— Service du Pr Agrégé Laplane, à l'hôpital Trousseau.
— Service du Pr Agrégé Rossier, à l'hôpital Hérold.

Dans ces trois services, pour tous les entrants âgés de moins de 6 ans, et pendant une période de 6 mois (du 1er novembre au 1er mai 1959), le questionnaire suivant a été rempli :

Questionnaire.

1. Français — Nord-Africain — Étranger.
2. Age de l'enfant :
3. Logement : nombre de pièces :
   nombre d'habitants:
4. Nombre d'enfants dans la famille:
5. Entrée :
   — Avec un mot de médecin de ville.
   — Sans mot, mais ayant vu un médecin les jours précédents.
   — Sans avoir été vu par un médecin de ville.
6. Nombre d'hospitalisations antérieures :
7. Durée de séjour :
8. Diagnostic de sortie :
9. Placement secondaire à l'hospitalisation : oui, non.

Ce questionnaire était volontairement succinct afin de pouvoir être rempli sans difficulté par les externes des services intéressés, et complété, si nécessaire, par les secrétaires médicales de ces services.

L'objectif de ce travail était double :

a) Recueillir sur des points précis, dont l'importance nous avait frappés pendant les premiers mois de notre travail, des données statistiques d'une ampleur plus grande.

b) Pouvoir contrôler, grâce à la comparaison des pourcentages obtenus dans chacun des trois hôpitaux choisis, la valeur de notre enquête par sondage faite à l'hôpital Bretonneau sur 393 cas.

Ce questionnaire nous a fourni 1 771 réponses utilisables.

B. — *Enquête par sondage.*

Il nous a été matériellement impossible, en raison du débit trop important des malades, d'étudier tous les entrants du service du Dr Kaplan pendant 1 an. Nous avons donc pris comme matériel d'étude, parmi les enfants de moins de 6 ans, un enfant sur trois dans l'ordre des admissions, en nous reportant strictement à la liste établie au Bureau de l'hôpital, mais en éliminant cependant, pour des raisons techniques, les malades de province ou de banlieue éloignée.

Ce matériel nous a fourni 393 observations utilisables. Pour chaque observation nous avons utilisé deux fiches : une fiche médicale, une fiche sociale.

1. *Fiche médicale :*

Cette fiche accompagnait l'enfant depuis son arrivée jusqu'à sa sortie de l'hôpital et était remplie au fur et à mesure par un collaborateur de l'enquête, qui notait les renseignements suivants :

— Age de l'enfant.
— Conditions d'admission : admission en urgence, ou par la consultation, admission directe ou avec un mot de médecin.
— Motifs invoqués lors de l'hospitalisation.
— Antécédents pathologiques (en insistant sur les hospitalisations antérieures et leurs motifs).
— Placements de l'enfant antérieurs à l'hospitalisation.
— Renseignements concernant les frères et sœurs.
— Histoire de la maladie actuelle (en notant spécialement les rapports avec dispensaires ou médecins traitants antérieurement à l'admission).
— Appréciation de la gravité à l'entrée dans le service (en s'appuyant sur les indications de l'interne de garde).
— Résumé de l'observation clinique (y compris les examens de laboratoire et la thérapeutique).
— Diagnostic de sortie.
— Durée de l'hospitalisation.
— Placement éventuel de l'enfant.

En conclusion : compte tenu de tous les renseignements obtenus, et après discussion avec les autres membres de l'équipe, l'hospitalisation de l'enfant était classée dans l'une des deux catégories suivantes :

— hospitalisation médicalement justifiée,
— hospitalisation médicalement non justifiée.

2. *Fiche sociale :*

L'Assistante Sociale de l'équipe se rendait, pour la remplir, au domicile de la famille pendant l'hospitalisation de l'enfant ; elle notait sur cette fiche les données suivantes :

— État-civil des parents ; âge ; nationalité.
— Structure familiale.
— Degré d'instruction, profession, revenus.
— Conditions de logement (exiguité ; confort ; entretien ; loyer, etc.).

Cette fiche comportait également un questionnaire concernant :

— Les raisons invoquées par la famille pour justifier l'hospitalisation.
— Le désir de la mère d'être hospitalisée avec son enfant.
— L'opinion de la famille sur la qualité des soins hospitaliers et des renseignements fournis par l'hôpital.

Les fiches médicales et sociales furent remplies pour tous les enfants de notre échantillonnage.

A ces deux fiches principales se sont ajoutés d'autres instruments de travail :

a) *Fiche psychologique :*

Établie et remplie par une psychiatre d'enfants, membre de l'équipe, cette fiche comprenait deux parties :

La première était destinée à noter le comportement de l'enfant à l'hôpital.

La seconde était remplie au domicile de la famille, après le retour de l'enfant et concernait :

— Le retentissement de l'hospitalisation sur le comportement de l'enfant à son retour.
— Le niveau mental des parents.
— Le milieu affectif, et particulièrement l'attitude de la mère à l'égard de son enfant.

Cette fiche fut remplie pour 85 cas considérés le plus souvent, soit comme des hospitalisations non justifiées médicalement, soit comme posant des problèmes psychologiques particuliers.

b) *Enquête auprès du médecin traitant :.*

Nous avons rendu visite à 64 des confrères qui nous avaient adressé un petit malade.

Notre questionnaire portait essentiellement :

— Sur le caractère des relations entre le médecin et la famille de l'enfant (médecin habituel ou première visite),
— sur les antécédents pathologiques de l'enfant,
— sur l'histoire de la maladie et les raisons de l'hospitalisation,
— sur l'appréciation de la famille (niveau social, économique, mental, etc.).

c) Ces différents questionnaires ont été complétés par un certain nombre de renseignements généraux sur les hospitalisations d'enfants que le service des statistiques de l'Assistance Publique nous a obligeamment fournis.

C. — *Trois cartes de répartition* des domiciles des enfants hospitalisés ont été établies :

1. domicile de tous les malades du service du Dr Kaplan (hôpital Bretonneau), pendant l'année 1959 ;
2. domicile des malades du service du Dr Nouaille à l'hôpital de Bicêtre, pour l'année 1960 ;
3. domicile des malades de la salle Clovis-Vincent (service du Pr Agrégé Thieffry), hôpital des Enfants-Malades, pour l'année 1960.

Nous avons, enfin, chaque fois que cela nous a été possible, comparé les renseignements fournis par notre échantillonnage avec les données statistiques de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (I.N.S.E.E.), concernant l'ensemble de la population du département de la Seine.

D. — Des *documents photographiques* ont été recueillis au domicile de certains enfants faisant partie de l'enquête par sondage. Nous en avons extrait les clichés qui figurent dans ce travail.

PREMIÈRE PARTIE

QUESTIONNAIRE DE RÉFÉRENCE

Questionnaire concernant tous les enfants de moins de 6 ans, admis à l'hôpital entre le 1er novembre 1958 et le 1er mai 1959, dans chacun des services suivants :

— Hôpital Trousseau : Service du Pr Agrégé Laplane.
— Hôpital Hérold : Service du Pr Agrégé Rossier.
— Hôpital Bretonneau : Service du Dr Kaplan.

Nombre total de réponses : 1 771.

CHAPITRE I

ANALYSE DES RÉSULTATS GLOBAUX (1 771 cas)

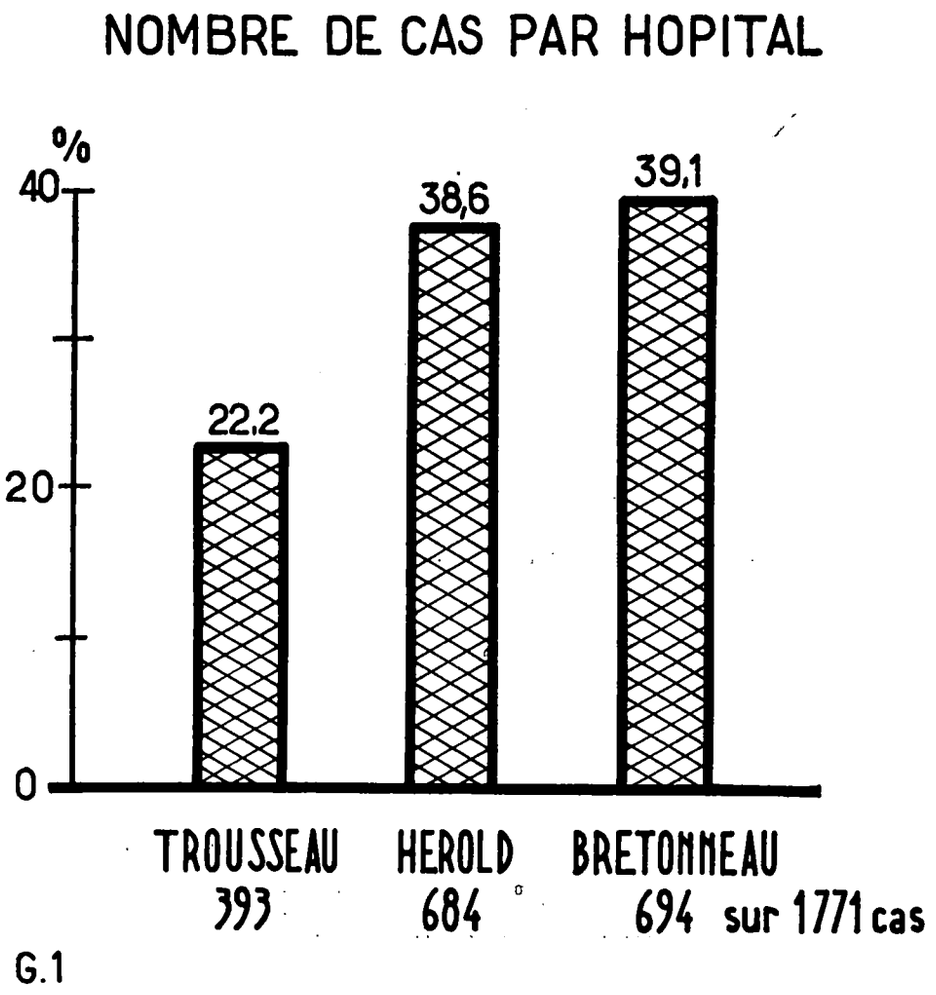
Hôpital	N	%
Bretonneau	694	39,1
Herold	684	38,6
Trousseau	393	22,2

Les réponses de l'hôpital Trousseau (393) sont beaucoup moins nombreuses que celles de l'hôpital Hérold (684) ou de l'hôpital Bretonneau (694).

Cette différence ne reflète pas un débit moins important des admissions, mais le fait que, par insuffisance de contrôle, les questionnaires n'ont pas été remplis aussi systématiquement à l'hôpital Trousseau.

La valeur de nos résultats globaux n'en est pas sensiblement modifiée. Mais la comparaison entre eux des résultats des trois services témoins peut être entachée d'un certain degré d'erreur en ce qui concerne l'hôpital Trousseau.

Origine (1720 cas)	N	%
Français	1.404	81,6
Nord-Africains	257	14,9
Etranger	59	3,4

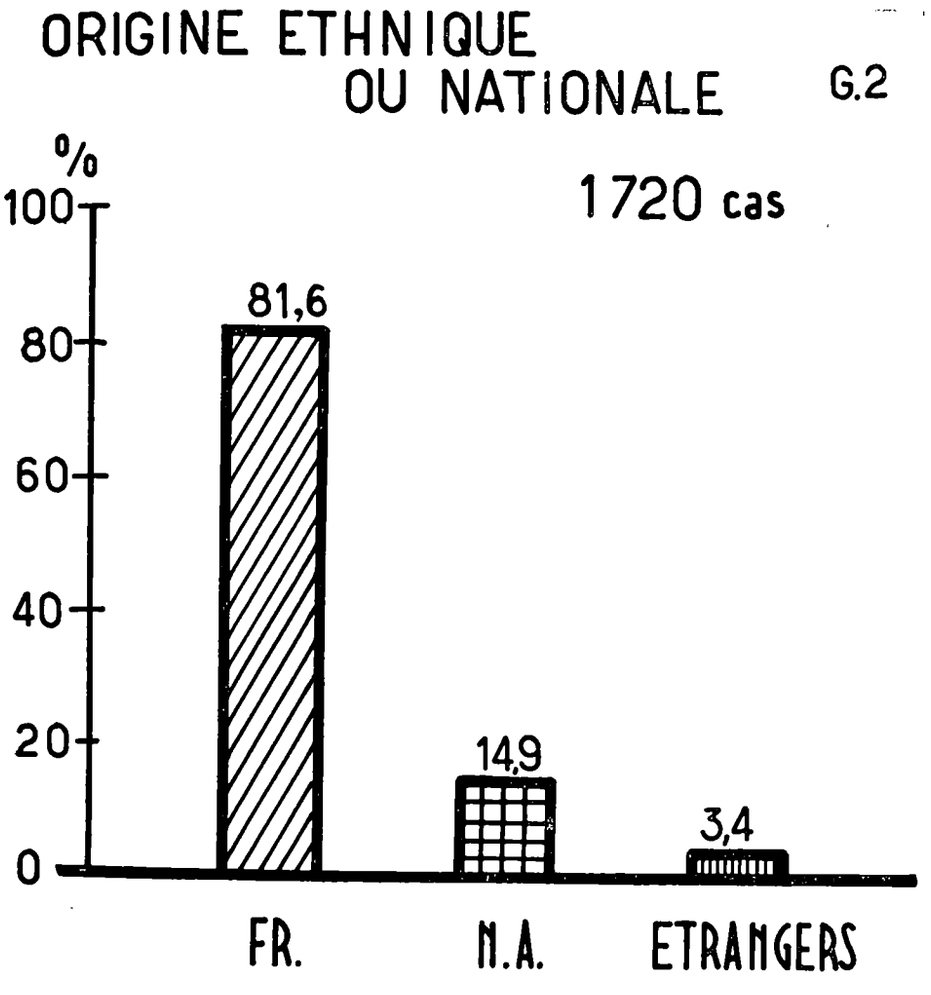


G.1

La proportion d'enfants d'origine nord-africaine (14,9 %) est si considérable qu'elle nous a conduits à une étude médico-sociale particulière de ce groupe ethnique. Nous nous sommes cependant heurtés ici à une difficulté majeure.

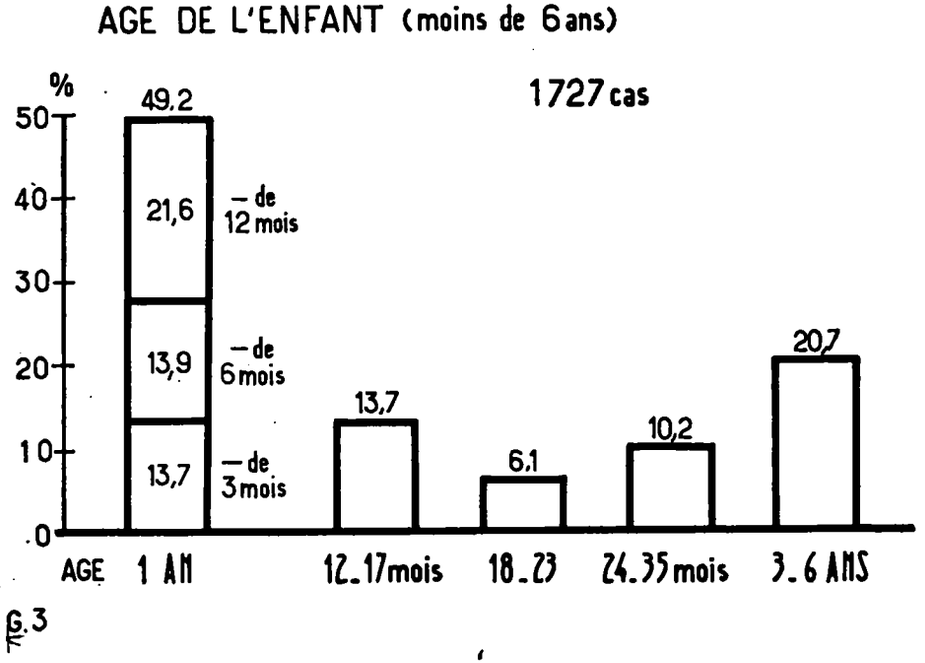
Dans l'état actuel des travaux démographiques, il est très difficile d'obtenir un chiffre même approximatif de la population infantile d'origine nord-africaine dans le département de la Seine.

Il ne nous est donc pas possible de chiffrer la mesure exacte dans laquelle les conditions particulières de vie des foyers nord-africains influent sur le taux d'hospitalisation de leurs enfants.



Il est même possible de penser que le pourcentage d'enfants nord-africains hospitalisés n'exprime pas seulement un taux d'hospitalisation plus élevé dans cette catégorie particulière d'enfants, mais qu'il est le reflet d'une situation démographique mouvante, et d'un afflux considérable de femmes et d'enfants nord-africains au cours de ces dernières années.

Age de l'enfant (1.727 cas)	N	%
Moins de 3 mois	237	13,7
3 à 5 mois	241	13,9
6 à 11 mois	374	21,6
12 à 17 mois	237	13,7
18 à 23 mois	105	6,1
24 à 35 mois	176	10,2
3 ans à 5 ans	357	20,7



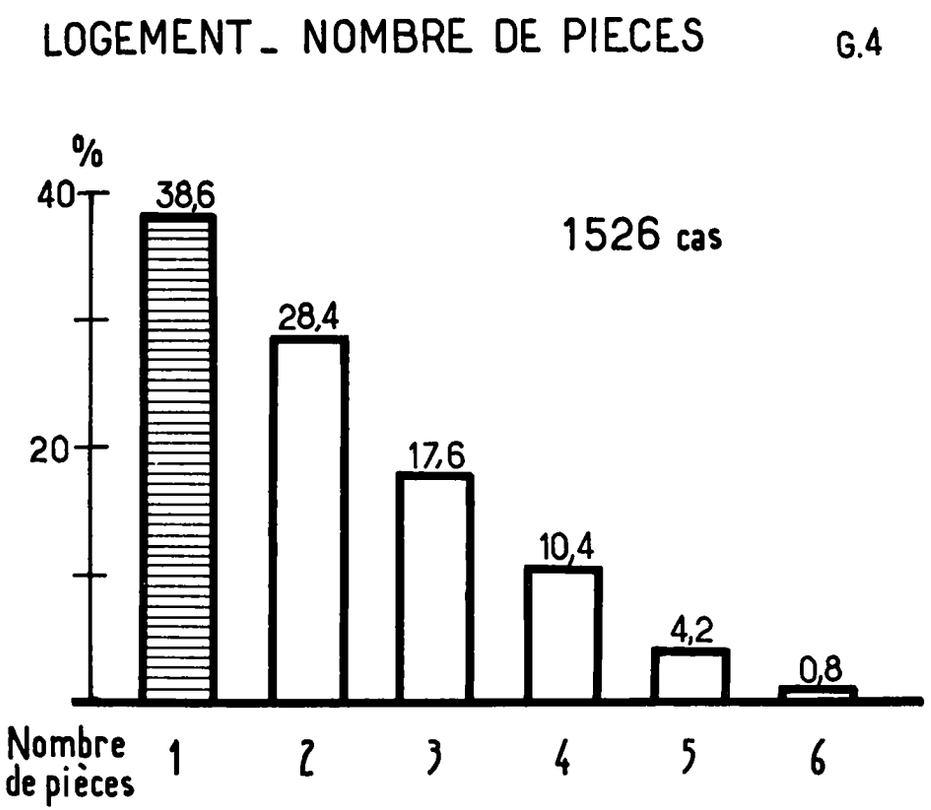
G.3

La répartition des hospitalisations par tranches d'âge montre que la moitié (49,2 %) des admissions d'enfants d'âge pré-scolaire, concerne des nourrissons de moins de 1 an.

Il y a, à cet état de fait, des raisons médicales : la difficulté du diagnostic, l'incertitude du pronostic sont fréquentes devant les états pathologiques du nourrisson. Certaines aggravations sont rapides, mais sournoises dans leurs manifestations, et elles peuvent échapper à l'observation de la mère de famille. De nombreuses règles élémentaires (de diététique antidiarrhéique, par exemple, ou de rehydratation buccale) nécessitent de la part de l'entourage une persévérance et un bon sens, qui ne sont pas toujours retrouvés dans le milieu familial.

Le caractère un peu mystérieux de la maladie chez le nourrisson, l'intensité, à cet âge, des relations affectives entre la mère et son enfant conduisent fréquemment cette dernière à manifester une anxiété sans commune mesure avec le degré de gravité de la maladie.

Nous verrons enfin dans quelle mesure le développement des services de protection maternelle et infantile, d'une part, l'insuffisante formation pédiatrique de beaucoup de médecins praticiens d'autre part, accroissent aux yeux du public le prestige de l'hôpital en ce qui concerne le traitement des maladies de la première enfance.



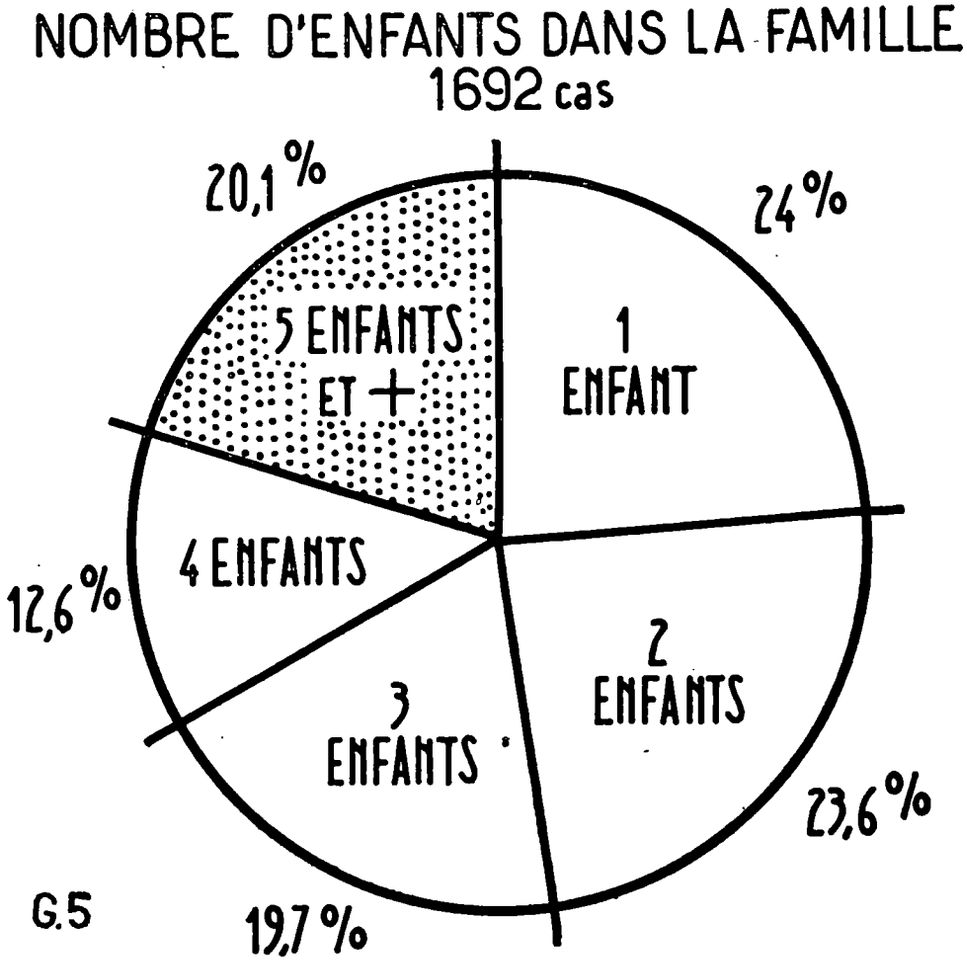
G.4

Logement Nombre de pièces (1.526 cas)	N	%
1 pièce	589	38,6
2 pièces	433	28,4
3 pièces	269	17,6
4 pièces	158	10,4
5 pièces	64	4,2
6 pièces et plus	13	0,8

La grande majorité des enfants hospitalisés (67 %) habitent des logements d'une ou deux pièces, mais beaucoup plus significatif encore est le pourcentage des logements d'une seule pièce (38,6 %).

Nombre d'habitants (1.659 cas)	N	%
1 habitant	4	0,2
2 —	58	3,5
3 —	329	19,8
4 —	367	22,1
5 —	318	19,2
6 —	221	13,3
7 —	145	8,8
8 —	101	6,1
9 — et plus	116	7

L'étude du nombre d'habitants par logement n'a d'intérêt qu'en corrélation avec la dimension des logements. Nous réservons cette analyse à un paragraphe spécial que nous consacrerons aux conditions générales du logement.

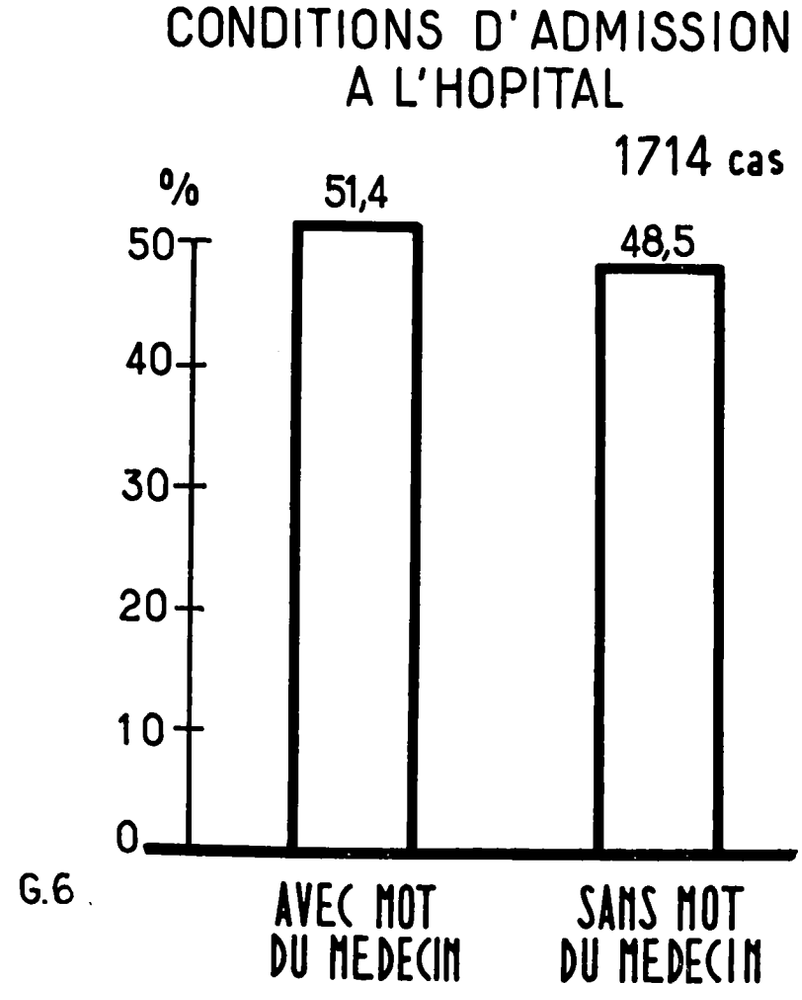


Nombre d'enfants par famille (1.692 cas)	N	%
1 enfant	407	24
2 —	400	23,6
3 —	334	19,7
4 —	213	12,6
5 —	150	8,9
6 —	94	5,6
7 —	27	1,6
8 —	28	1,7
9 — et plus	39	2,3

Parmi les enfants hospitalisés, un cinquième (20,1 %) appartiennent à des familles de 5 enfants et plus.

Le pourcentage d'enfants de cette catégorie dans le département de la Seine étant seulement de 8 %, il en résulte que le taux d'hospitalisation des enfants est près de trois fois plus élevé dans les familles nombreuses.

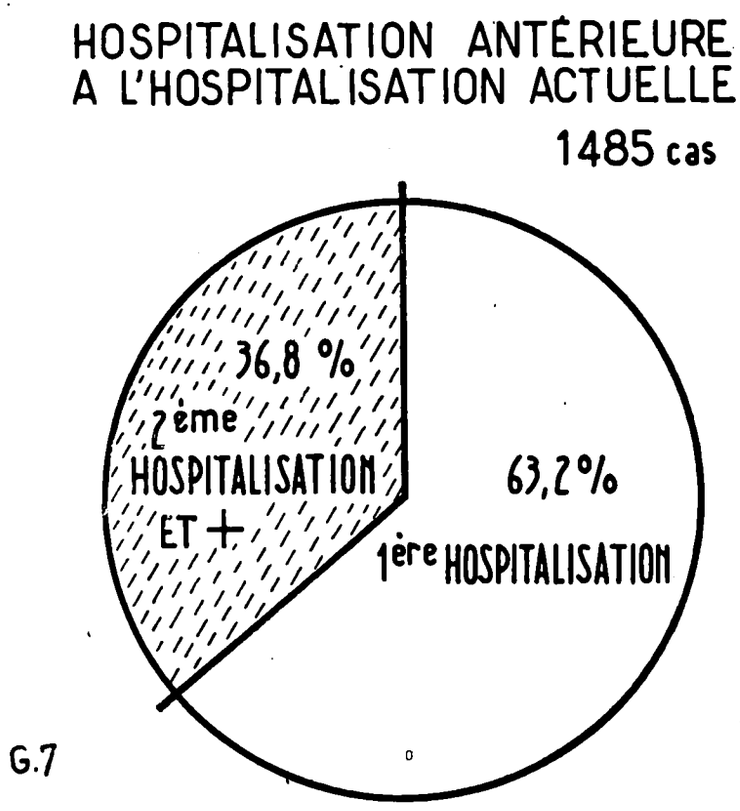
Parmi les facteurs déterminants de cet état de fait, les conditions de logement tiennent une place prépondérante. Nous y reviendrons.



Conditions d'admissions (1.714 cas)	N	%
Avec mot de médecin	883	51,4
Sans mot, mais vu	286	16,7
Non vu par médecin de ville	545	31,8

La moitié de nos petits malades (48,5 %) *sont admis à l'hôpital directement, sans mot de médecin traitant.*

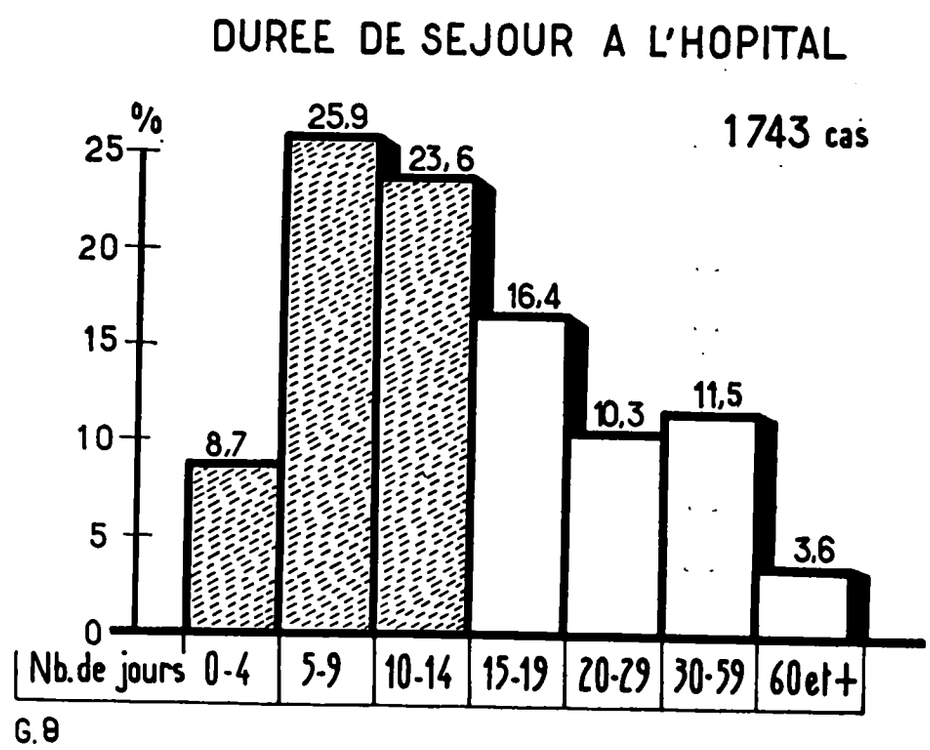
Nous nous sommes efforcés, au cours de notre enquête, de dégager la signification de ces admissions directes.



Nombre d'hospitalisations (1.485 cas)	N	%
Première hospitalisation	940	63,2
Deuxième —	335	22,6
Troisième —	109	7,3
Quatrième —	53	3,6
Cinquième —	17	1,2
Sixième — et plus	31	2,1

Plus du tiers (36,8 %) *des enfants admis à l'hôpital, pendant la durée de l'enquête, en étaient au moins à leur seconde hospitalisation.*

Ce pourcentage considérable dépasse largement celui des maladies chroniques ou à rechute, et laisse supposer que pour une partie de la population, l'hospitalisation des enfants est devenue une attitude presque systématique devant n'importe quel état pathologique. Nous reviendrons sur ce phénomène.



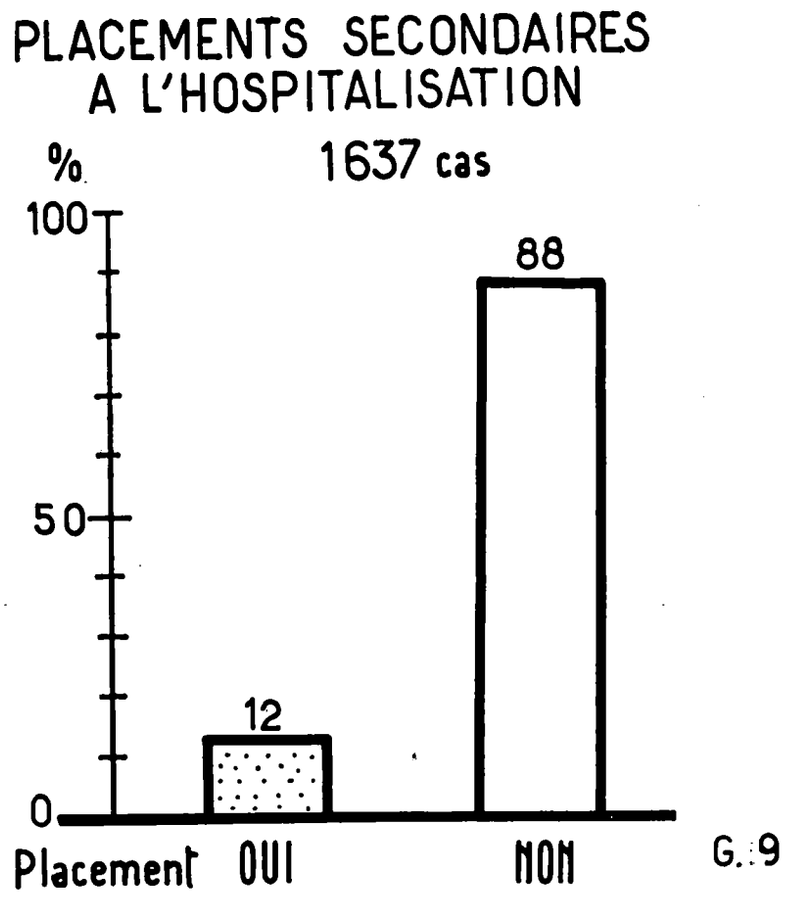
Durée du séjour à l'Hôpital (1.743 cas)	N	%
0 à 4 jours	151	8,7
5 à 9 jours	452	25,9
10 à 14 jours	411	23,6
15 à 19 jours	286	16,4
20 à 29 jours	180	10,3
30 à 59 jours	200	11,5
60 jours et plus	63	3,6

Plus de la moitié des enfants (58,2 %) restent moins de 15 jours à l'hôpital.

38,2 % restent de 15 jours à 2 mois.

Une très faible proportion (3,6 %) restent plus de 2 mois.

Placements secondaires (1.637 cas)	N	%
Placés	196	12
Non placés	1.441	88



12 % des enfants sont envoyés en placement à leur sortie de l'hôpital.

	Diagnostics de sortie (1.747 cas)	N	%
1.	Rhino-pharyngites	210	12
2.	Pneumopathies	213	12,2
3.	Otites	185	10,6
4.	Bronchites	64	3,7
5.	Angines	85	4,9
6.	Diarrhée	162	9,3
7.	Déshydratations, toxicoses	100	5,7
8.	Convulsions	105	6,1
9.	Vomissements	32	1,8
10.	Maladies infectieuses	137	7,8
11.	Primo-infections tuberculeuses	52	3
12.	Laryngites	32	1,8
13.	Méningites	27	1,6
14.	Asthme	25	1,4
15.	Malformations	43	2,5
16.	Rachitisme, hypotrophie	44	2,5
17.	Prématurité	33	1,9
18.	Maladies de la peau et des muqueuses	61	3,5
19.	En observation	59	3,3
20.	Cas sociaux	8	0,5
21.	Autres maladies	70	4

La classification des diagnostics a posé un problème difficile.

Il était indispensable de limiter le nombre de rubriques pour obtenir des chiffres statistiquement utilisables.

Nous avons donc décidé de ne pas dépasser le nombre de 21 catégories, ce qui a eu pour conséquence de nous obliger à rassembler sous une même rubrique des maladies dont la signification et la gravité ne sont pas comparables. (Par exemple, la rubrique n° 13 groupe des méningites à germes pyogènes avec les méningites lymphocytaires ou tuberculeuses ; de même, la rubrique n° 2 groupe certains états pathologiques proches des rhino-pharyngites et les pneumopathies les plus sévères.)

D'autre part, la nosologie des affections du nourrisson reste souvent imprécise. Le même malade pouvant recevoir l'étiquette « rhino-pharyngite », « otite », « diarrhée », ou même « déshydratation », suivant l'importance attachée à l'une ou l'autre des manifestations morbides.

C'est dire que les conclusions tirées de l'étude des diagnostics doivent l'être avec la plus extrême prudence. Certaines constatations sont cependant significatives :

a) La moitié des enfants (46,4 %) sont admis pour une maladie des voies respiratoires (rubriques n^{os} 1, 2, 3, 4, 5, 12, 14).

b) La pathologie du cavum et des voies respiratoires supérieures représente, à elle seule, près du tiers (29 %) des cas.

Ces chiffres sont significatifs, bien qu'ils soient probablement majorés du fait que cette partie de notre enquête s'est déroulée pendant la saison froide.

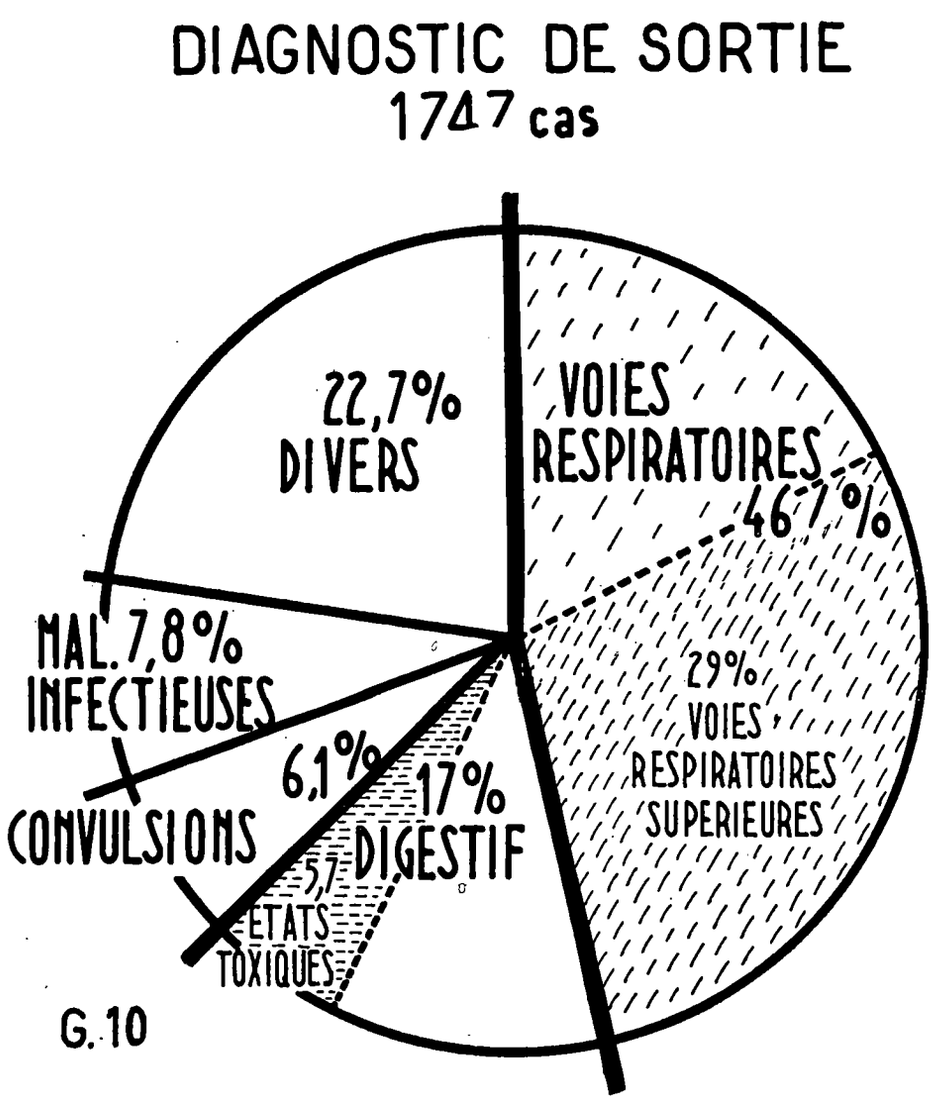
c) Les troubles digestifs (rubriques n^{os} 6, 7, 9) rassemblent 17 % des cas. Nous avons vu les réserves qui s'imposent ; certains malades pouvant indifféremment être classés ici, ou sous la rubrique du facteur étiologique (le plus souvent affection du cavum ou des oreilles), à l'origine des manifestations digestives.

d) Il en va de même pour les états toxiques. Si le chiffre de 5,7 % peut être retenu à titre indicatif, il existe ici un facteur non négligeable d'appréciation qui conduit à classer la maladie sous la rubrique « diarrhée » ou « deshydratation ».

e) Le pourcentage de « convulsions » est considérable (6,1 %), bien que les méningites en soient, par définition, exclues.

Ce symptôme est certainement un de ceux qui imposent l'hospitalisation avec le plus de force, aussi bien de la part du médecin traitant que de la famille.

f) Par contre, la proportion des maladies contagieuses banales (7,8 %) est fonction de l'existence dans un service de salles réservées à cette catégorie de malades, et ne peut donc avoir de valeur significative.



g) La catégorie des « maladies non classées » (4 %) rassemble toute une série d'affections dont le nombre de cas pour chacune était insuffisant pour être significatif et comprend, en particulier, les néphrites, les néphroses, les rhumatismes articulaires aigus, les poliomyélites, les hémopathies et d'autres affections plus rares, mais souvent sévères.

Quant aux pourcentages des autres rubriques, ils sont trop faibles pour pouvoir en tirer des indications utiles.

CHAPITRE II

LA PATHOLOGIE HOSPITALIÈRE

Il résulte de l'orientation médico-sociale de notre enquête une pauvreté relative des renseignements médicaux au sens strict.

Nous avons trouvé, néanmoins, suffisamment significatives certaines corrélations, pour les signaler ici, à titre d'exemple, afin de montrer l'intérêt que pourrait présenter une enquête similaire d'orientation plus directement clinique.

Par souci de schématisation nous avons séparé les catégories de diagnostic en trois goupes principaux :

— *La pathologie digestive* comprenant les diarrhées (6), les toxicoses (7) et les vomissements (9).
— *La pathologie respiratoire* comprenant les rhino-pharyngites (1), les pneumopathies (2), les otites (3), les bronchites (4), les angines (5), les laryngites (12) et l'asthme (14).
— Les autres rubriques (8, 10, 11, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

Pathologie hospitalière suivant l'âge de l'enfant hospitalisé

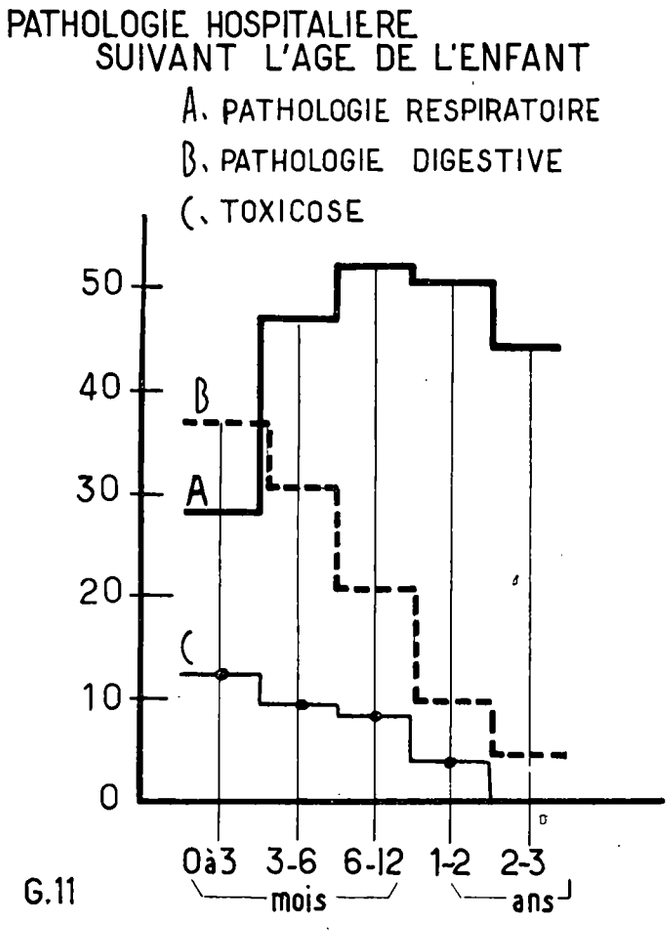
	0-2 mois	3-5 mois	6-11 mois	12-23 mois	2-3 ans
	%	%	%	%	%
Pathologie respiratoire	28,2	47,1	52,1	50,5	43,5
Pathologie digestive	37,6	30,7	20,4	9,3	4,5
Autres cas	34,2	22,2	27,5	40,2	52

Pourcentage des rhino-pharyngites et âge de l'enfant

	0-2 mois	3-5 mois	6-11 mois	12-23 mois	2-3 ans
	%	%	%	%	%
Rhino-pharyngites	4,5	10,8	16,4	13,2	14,6

Pourcentage de toxicoses et âge de l'enfant hospitalisé

	0-2 mois	3-5 mois	6-11 mois	12-23 mois	2-3 ans
	%	%	%	%	%
Toxicoses	12,1	11,2	9,5	4,5	0



G.11

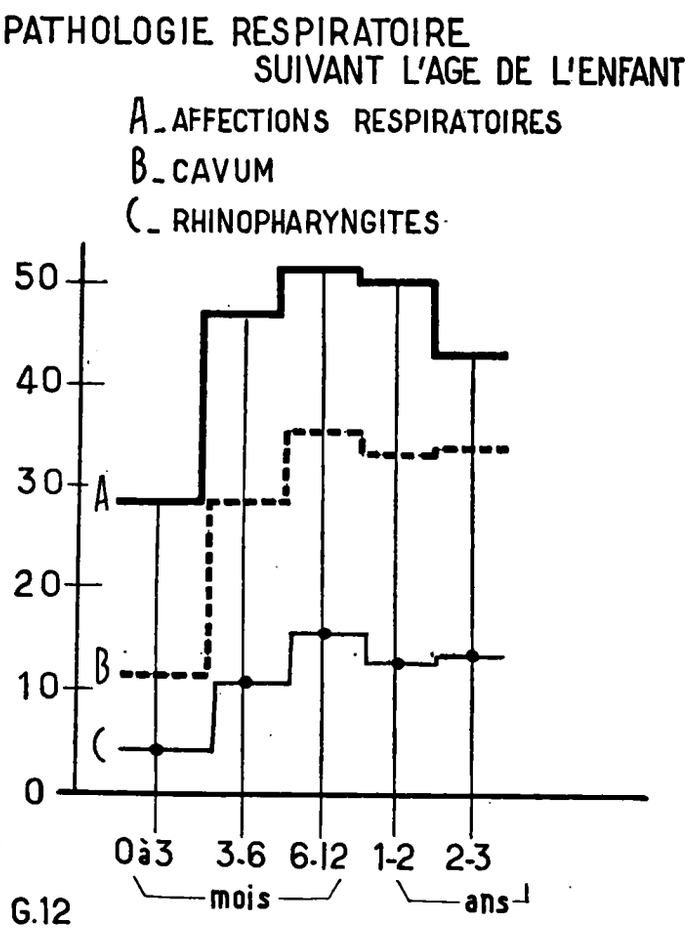
a) *Pathologie digestive*

Les pourcentages des troubles digestifs et en particulier celui des toxicoses diminuent de façon régulière de la naissance à 3 ans : de la naissance à 3 mois on note 37,2 % de troubles digestifs (dont 12,1 % d'états toxiques) ; entre 2 ans et 3 ans, 4,5 % de troubles digestifs, sans aucun état toxique.

b) *Pathologie respiratoire*

Les maladies respiratoires suivent une évolution différente, s'élevant en pourcentage de 0 à 1 an, pour rester sensiblement stationnaires au cours de la deuxième année et décroître légèrement entre 2 et 3 ans.

Le pourcentage des *rhinopharyngites* s'élève de 4,5 % chez les enfants de 0 à 3 mois, jusqu'à 16,4 % chez les enfants de 6 à 12 mois.



G.12

Que peut-on déduire de ces constatations ?

Plus le nourrisson est jeune, plus important est le groupe des affections proprement digestives, parmi lesquelles les diarrhées infectieuses tiennent une très large place. Par contre, plus la nosologie des affections respiratoires reste imprécise, et plus on hésite à qualifier de rhinopharyngite des états pathologiques dans lesquels se manifeste presque toujours une certaine gêne respiratoire, même indépendamment de signes sthétacoustiques ou d'images radiologiques significatives.

Chez le nourrisson plus âgé, au contraire, la rhino-pharyngite s'individualise avec son caractère de maladie strictement localisée au cavum et sa bénignité d'évolution.

Les maladies purement digestives perdent leur prépondérance dans le deuxième semestre de la vie. (On sait, par exemple, que les diarrhées à germes pathogènes y sont beaucoup moins fréquentes.)

Les déshydratations et les états toxiques prédominent au cours du premier trimestre, mais restent fréquents pendant toute la première année et n'accusent une baisse sensible qu'à partir de la fin de la première année.

Pathologie hospitalière et durée moyenne d'hospitalisation

Diagnostic	Durée (en jours)	Diagnostic	Durée (en jours)
En observation	7	Pneumopathies	17,6
Rhino-pharyngites	9,7	Maladies infectieuses	18,6
Laryngites	9,9	Toxicoses	20
Angines	12	Méningites	22,7
Asthme	12,7	Malformations	24,6
Cas sociaux	14	Maladies non classées	27,8
Diarrhées	14,1	Prématurité et accidents néo-nataux	28
Bronchites	15,7	Rachitisme, hypotrophie	30,6
Convulsions	16,2	Primo-infections tuberculeuses	49,7
Otites	16,6		
Peau et muqueuse	16,7		

Nous avons effectué le calcul de la durée moyenne d'hospitalisation pour chaque catégorie de diagnostic, et nous les avons ensuite classés par ordre de durée croissante d'hospitalisation.

Ce tableau permet quelques constatations intéressantes, mais il soulève également des hypothèses qui nécessiteraient une étude plus poussée pour leur confirmation.

La catégorie des malades « *en observation* » a la durée d'hospitalisation la moins prolongée (7 jours), ce qui s'explique si l'on saisit la signification de cette dénomination.

Cette catégorie n'intéresse pas les enfants dont la maladie, par sa gravité, son atypie, ou la nécessité d'examens paracliniques délicats implique la « mise en observation » hospitalière. Ces derniers sont classés à leur sortie de l'hôpital sous l'étiquette du diagnostic, ou à défaut, du symptôme prédominant.

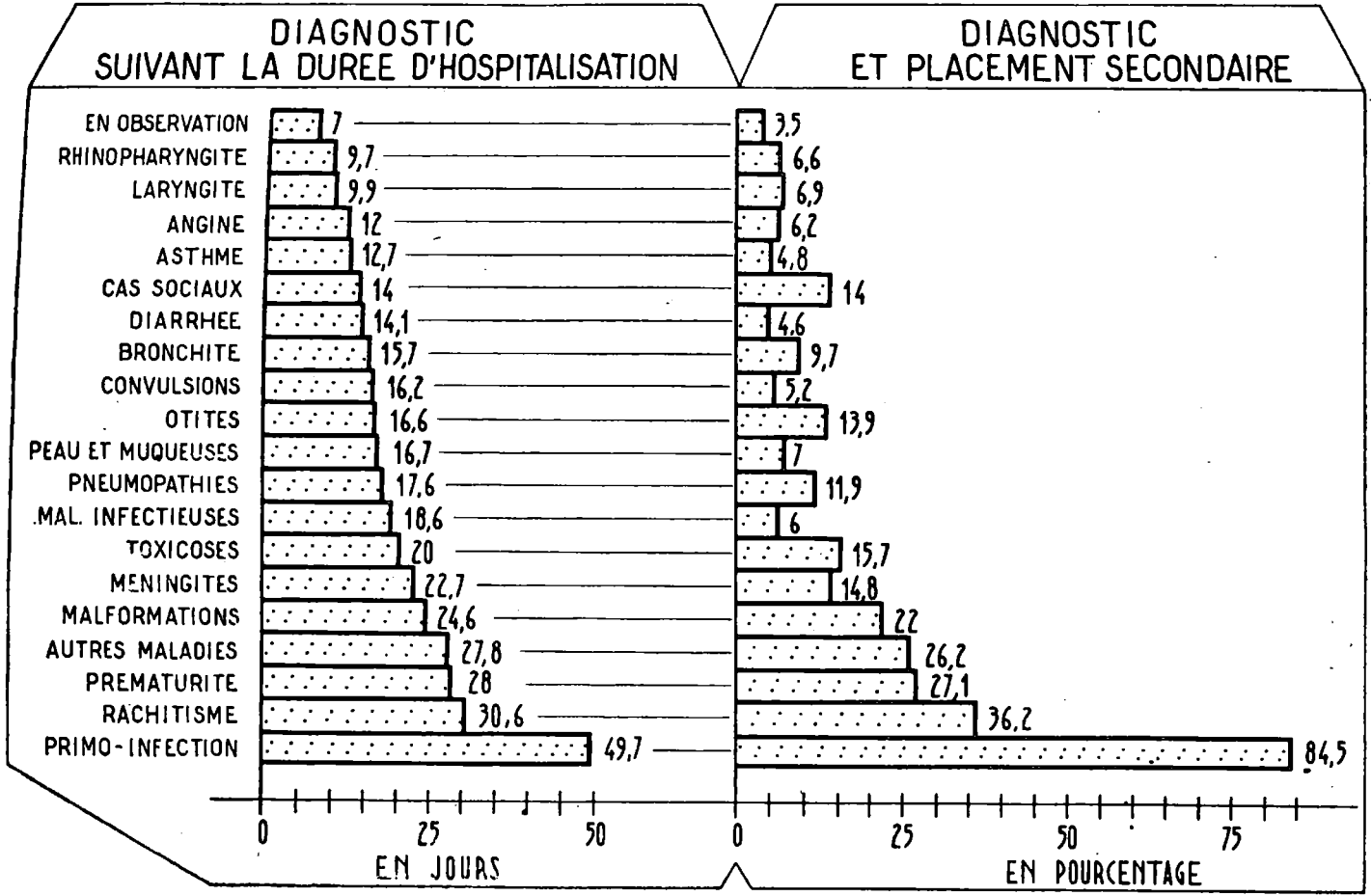
Les malades « en observation » sont ceux dont un symptôme réel ou présumé a suscité l'inquiétude de l'entourage ou du médecin traitant, symptôme qui n'est pas retrouvé durant le séjour à l'hôpital.

Parmi les diagnostics confirmés, le groupe des *rhinopharyngites* a la durée d'hospitalisation la plus courte. Cette dernière, cependant, est de 9,7 jours.

En d'autres termes, le coût de la journée d'hospitalisation en médecine étant de 4 410 anciens francs, *l'hospitalisation d'un enfant pour rhinopharyngite revient, en moyenne, à 42 700 anciens francs (427 NF)*, compte non tenu des honoraires médicaux.

Puis viennent, par ordre de durée croissante, les :

— *laryngites* (9,9 jours)
— *les angines* (12 jours)
— *l'asthme* (12,7 jours)


DIAGNOSTIC
SUIVANT LA DUREE D'HOSPITALISATION
DIAGNOSTIC
ET PLACEMENT SECONDAIRE
EN OBSERVATION
RHINOPHARYNGITE
LARYNGITE
ANGINE
ASTHME
CAS SOCIAUX
DIARRHEE
BRONCHITE
CONVULSIONS
OTITES
PEAU ET MUQUEUSES
PNEUMOPATHIES
MAL. INFECTIEUSES
TOXICOSES
MENINGITES
MALFORMATIONS
AUTRES MALADIES
PREMATURITE
RACHITISME
PRIMO-INFECTION
7
9,7
9,9
12
12,7
14
14,1
15,7
16,2
16,6
16,7
17,6
18,6
20
22,7
24,6
27,8
28
30,6
49,7
3,5
6,6
6,9
6,2
4,8
14
4,6
9,7
5,2
13,9
7
11,9
6
15,7
14,8
22
26,2
27,1
36,2
84,5
0
25
50
EN JOURS
0
25
50
75
EN POURCENTAGE

G.13

G.13b.

Dans le groupe des maladies dont la durée d'hospitalisation se situe entre 2 et 3 semaines, nous trouvons dans l'ordre :

— *les diarrhées* (14,1 jours)
— *les bronchites* (15,7 jours)
— *les convulsions* (16,2 jours)

On est en droit de se demander dans quelle mesure la durée d'hospitalisation des convulsions n'est pas influencée par le retard dans l'obtention d'examens complémentaires comme les E.E.G., et par le souci de renouveler cet examen après un certain intervalle de temps, en gardant l'enfant hospitalisé dans le but d'éviter à la famille l'avance de fonds qui lui serait réclamée en consultation externe.

— *les otites* (16,6 jours),
— *les affections de la peau et des muqueuses* (16,7 jours).

Il est facile de comprendre pourquoi les affections dermatologiques (dont les plus fréquentes sont les impétigos, les eczémas, les dermo-épidermites microbiennes, les stomatites), qui sont souvent des maladies bénignes, ont une durée d'hospitalisation relativement longue. La nécessité de leur hospitalisation est parfois discutable ; mais, une fois admis à l'hôpital, comme leur traitement est souvent décevant et long, leur séjour se prolonge.

— *les pneumopathies* (17,6 jours),
— *les maladies infectieuses* (18,6 jours).

La durée d'hospitalisation des maladies contagieuses est souvent grevée d'une durée d'isolement plus ou moins systématiquement appliquée qui, pour certaines d'entre elles (la rougeole ou la scarlatine, par exemple), dépassait sensiblement la période de contagiosité réelle.

Vient ensuite un groupe de maladies dont la longue durée d'hospitalisation s'explique par la gravité :

— *les toxicoses* (20 jours)
— *les méningites* (22,7 jours)
— *les malformations* (24,6 jours)
— *le groupe des maladies non classées* (27,8 jours) (toute une série de maladies dont le pourcentage était insuffisant pour être significatif ont été rassemblées dans ce groupe, qui comprend, de ce fait, les *néphrites*, les *néphroses*, les *hémopathies*, les *poliomyélites*, etc., maladies dont la sévérité explique la durée d'hospitalisation).

Nous parvenons, enfin, à un groupe de maladies dont la durée d'hospitalisation est la plus longue, et qui soulèvent un certain nombre de problèmes :

— *Prématurité et accidents néo-nataux* (28 jours)

Ce groupe comprend, à côté des prématurés, des états pathologiques fort disparates (complications des anoxies néo-natales, hémorragies méningées, manifestations d'incompatibilité sanguine fœto-maternelle, etc.). Il n'en reste pas moins que les enfants de ce groupe sont classés, pour la plupart, sous l'étiquette « prématurité ».

Comme les plus petits prématurés sont retenus dans les centres spécialisés des maternités, ou dirigés sur le centre spécialisé de l'École de Puériculture, il s'agit vraisemblablement ici d'enfants qui ont été jugés suffisamment robustes pour réintégrer leur foyer. Leur hospitalisation s'explique par des difficultés imprévues d'élevage. Leur maintien à l'hôpital, en dépit du risque de surinfection, est fonction de l'impossibilité où se trouve le milieu familial de leur assurer les conditions d'un développement satisfaisant.

— *Rachitisme et hypotrophie* (30,6 jours)

A l'inverse de la catégorie précédente, il s'agit ici de nourrissons plus âgés (en majorité entre 6 mois et 2 ans) dont l'état pathologique s'explique en partie par de défectueuses conditions d'élevage dans le milieu familial. Les règles hygiéno-diététiques élémentaires n'y ayant pas été appliquées, il est à craindre qu'elles ne le soient pas davantage à leur sortie de l'hôpital.

— *Primo-infections tuberculeuses* (49,7 jours)

Ce dernier groupe est plus hétérogène qu'il n'apparaît à première vue. L'âge y joue un rôle capital et 1/5 des cas sont des nourrissons de moins d'un an. Il est difficile de placer sur le même plan clinique des primo-infections avec atteinte de l'état général et volumineuses images radiologiques, et les virages de cuti-réaction pratiquement latents. Il nous paraît cependant abusif d'expliquer la durée prolongée d'hospitalisation de ces malades par la seule gravité de leur état.

L'hospitalisation n'intéresse, en effet, qu'une fraction limitée des primo-infections et rien ne permet de penser qu'il s'agisse électivement des cas les plus sévères. Il nous paraît, au contraire, que la majorité des enfants admis pour primo-infection sont dirigés sur l'hôpital en raison de conditions médico-sociales, et que ce sont ces conditions qui entraînent la prolongation de leur hospitalisation, ainsi que leur placement secondaire en établissement spécialisé (1).

Pathologie hospitalière et placement secondaire à l'hospitalisation

Diagnostics	Placements %	Diagnostics	Placements %
En observation	3,5	Otites	13,9
Diarrhées	4,6	Cas sociaux	14
Asthme	4,8	Vomissements	14,3
Convulsions	5,2	Méningites	14,8
Maladies infectieuses	6	Toxicoses	15,7
Angines	6,2	Malformations	22
Rhinopharyngites	6,6	Autres maladies	26,2
Laryngites	6,9	Prématurité	27,1
Peau, muqueuses	7	Rachitismes	36,2
Bronchites	9,7	Primo-infections	84,5
Pneumopathies	11,9		

(1) Voir annexe III « Les primo-infections tuberculeuses ».

A quelques variantes près, on note *un parallélisme remarquable entre la courbe des durées moyennes d'hospitalisation et le pourcentage des placements consécutifs*. Ce parallélisme est frappant, pour les catégories d'une durée d'hospitalisation prolongée.

Les malades « *en observation* », les *rhinopharyngites*, les *laryngites*, les *angines*, les *asthmes*, les *diarrhées* ont à la fois une durée d'hospitalisation n'excédant pas 2 semaines, et un taux de placement inférieur à 7 %.

Les *bronchites* ont une durée d'hospitalisation de 15,7 jours et un taux de placement de 9,7 % (ces chiffres légèrement supérieurs à ceux du groupe précédent, laissent supposer qu'un certain nombre d'enfants atteints de *dilatation des bronches* ont été inclus sous l'étiquette de bronchite).

Les *convulsions*, d'une part, les *maladies de la peau et des muqueuses*, d'autre part, dont nous venons de voir que la durée d'hospitalisation relativement prolongée peut s'expliquer par des considérations indépendantes de leur gravité propre, ont l'une comme l'autre un faible taux de placement secondaire (respectivement 5,2 % et 7 %).

A l'inverse, les « *cas sociaux* », dont la durée moyenne d'hospitalisation est inférieure à 2 semaines, ont un taux de placement secondaire de 14 %. Il n'est pas discutable que le placement dans ces cas répond à des considérations essentiellement extra-médicales.

Les groupes des « *otites* » (séjour moyen 16,6 jours, taux de placement 13,9 %), et des « *pneumopathies* » (séjour moyen 17,6 jours, taux de placement 11,9 %) forment une transition avec les catégories suivantes qui sont des affections sévères :

Les *méningites* (séjour moyen 22,7 jours, taux de placement 14,8 %).

Les *toxicoses* (séjour moyen 20 jours, taux de placement 15,7 %).

Les *malformations* (séjour moyen 24,6 jours, taux de placement 22 %).

Les *maladies non classées* (séjour moyen 27,8 jours, taux de placement 26,2 %).

Nous retrouvons enfin, dans le même ordre que précédemment :

La *prématurité* (séjour moyen 28 jours, taux de placement 27,1 %).

Le *rachitisme* et l'*hypotrophie* (séjour moyen 30,6 jours, taux de placement 36,2 %).

Les *primo-infections* (séjour moyen 49,7 jours, taux de placement 84,5 %).

Les différentes catégories de placement et leur durée respective ne nous sont pas révélées par notre enquête. On peut cependant déduire de l'expérience les indications suivantes :

Les nourrissons de moins de 1 an, non tuberculeux, sont le plus souvent dirigés sur une pouponnière de l'Assistance Publique, ou sur une pouponnière privée.

Les enfants convalescents de maladies aiguës sont dirigés vers des Centres de convalescence de courte durée.

Les rachitiques et les hypotrophiques de plus de 1 an sont placés dans des établissements de cure hélio-marine.

Certaines affections particulières, telles que néphrites, néphroses, R.A.A., poliomyélites, sont orientées vers des établissements spécialisés.

Les primo-infections sont envoyées en préventorium.

A première vue, les placements s'inspirent moins qu'on n'aurait pu le supposer de considérations extra-médicales.

En effet, les maladies bénignes de courte durée connaissent un taux modéré de placements secondaires. Le taux de placements s'élève ensuite, parallèlement à la gravité de la maladie. Lorsqu'il existe une discordance entre la bénignité relative d'une catégorie morbide et la durée moyenne d'hospitalisation qu'elle entraîne (les convulsions, les maladies de la peau), c'est au premier de ces deux facteurs que répond le taux de placement.

Nous allons voir que cette première impression doit être corrigée dans une certaine mesure, et que les placements paraissent soumis en partie à la pression de considérations sociales.

L'étude des trois dernières catégories de maladies illustre cet aspect du problème.

En effet, les groupes des prématurés, des rachitiques et des primo-infections rassemblent, à des titres divers et pour des raisons différentes, des enfants pour lesquels la nécessité d'un placement s'impose moins en raison de la gravité de leur état que du fait de la nécessité de les soustraire à un milieu familial insuffisant ou dangereux.

Les *prématurés* qui, comme nous l'avons dit, sont rarement de très petits prématurés, nécessitent, pour leur élevage, certaines conditions tant hygiéniques que diététiques qu'il ne serait pas impossible théoriquement de trouver dans leur foyer, mais que les familles des enfants hospitalisés se révèlent, dans la grande majorité, impuissantes à appliquer.

Les états dystrophiques acquis, groupés sous la rubrique « *rachitisme et hypotrophie* » ne nécessitent souvent, pour leur guérison, que des conditions d'élevage plus favorables que celles qu'ils ont trouvées dans leur milieu familial.

Les enfants atteints de *primo-infection tuberculeuse*, dans l'état actuel de la thérapeutique antibiotique, pourraient pour la plupart être rendus à leur famille, s'il était certain qu'ils y fussent soustraits à toute possibilité de surinfection, que le traitement antibiotique leur fût régulièrement appliqué, que des contrôles réguliers pussent être assurés et que leur hygiène de vie fût satisfaisante.

C'est parce que ces conditions ne peuvent être qu'exceptionnellement réunies que l'orientation préventoriale est la règle (1).

Nous remarquons, enfin, que la longueur d'hospitalisation de ces 3 catégories de malades est en relation étroite avec la nécessité du placement consécutif, la lenteur de sa mise en route et l'impossibilité où l'on estime se trouver de rendre provisoirement l'enfant à sa famille.

---

(1) Voir annexe II et annexe III.

CONCLUSION

En raison du caractère médico-social de notre étude les considérations d'ordre clinique ont volontairement été laissées de côté.

Nous nous sommes attachés essentiellement à l'étude de la durée moyenne d'hospitalisation ainsi qu'à celle des placements médicaux consécutifs à l'hospitalisation.

1° *La durée moyenne d'hospitalisation* n'est pas uniquement fonction de la gravité de la maladie. Elle dépend au moins autant de considérations sociales et plus particulièrement de l'impossibilité pour certaines familles d'assurer à l'enfant une thérapeutique régulière et contrôlée, ou simplement des conditions d'élevage satisfaisantes.

C'est ainsi que, pour des raisons diverses, les *maladies contagieuses*, les *affections de la peau et des muqueuses*, mais surtout les enfants *prématurés*, *rachitiques*, *hypotrophiques*, ou atteints de *primo-infections*, voient se prolonger leur séjour hospitalier.

2° *L'étude des placements médicaux* révèle dans l'ensemble un parallélisme remarquable entre la courbe des durées moyennes d'hospitalisation et le pourcentage des placements consécutifs à ces hospitalisations.

Les maladies bénignes et de courte durée connaissent un taux modéré de placements secondaires, puis dans l'ensemble le taux de placement s'élève avec la gravité de la maladie ; mais les enfants les plus fréquemment placés à leur sortie de l'hôpital sont ici encore les *prématurés*, les *rachitiques*, les *hypotrophiques* et les *primo-infectés*, pour lesquels la nécessité de placement s'impose moins en raison de la gravité de leur état que du fait de la nécessité de les soustraire à un milieu familial insuffisant ou dangereux.

CHAPITRE III

CONDITIONS DE LOGEMENT DES FAMILLES D'ENFANTS HOSPITALISÉS

La pression démographique, l'accumulation des retards apportés à la rénovation du capital immobilier ainsi qu'à l'édification d'ensembles d'habitation, l'insuffisance numérique des immeubles locatifs accessibles à la classe ouvrière et aux jeunes ménages, rendent particulièrement critiques les conditions de logement dans la région parisienne. De sorte qu'il n'est pas étonnant de retrouver ce problème, avec toute son acuité, pour les familles de nos hospitalisés.

Il nous a paru intéressant de comparer, à titre indicatif, les conditions de logement relevées dans notre enquête avec celles de l'ensemble de la population du département de la Seine, telles qu'elles ressortent du sondage au 1/20 effectué par l'I.N.S.E.E., d'après le recensement général de la population (mai 1954).

Nous n'ignorons pas que notre échantillonnage porte sur un nombre de cas très faible en comparaison du nombre des habitants de la région parisienne. Il faut donc rester très prudent dans l'appréciation de données comparatives.

Certaines différences sont néanmoins suffisamment significatives pour éclairer d'un jour particulier les conditions de logement de notre population. Nous avons donc comparé entre eux :

— Les résultats de notre enquête.

— Les résultats du sondage au 1/20 pour l'ensemble de la population de la Seine.

— Les résultats du sondage du XVIII^{e} arrondissement, de la Ville de Saint-Ouen, représentant respectivement le plus peuplé des arrondissements de Paris-Nord et l'une des plus importantes agglomérations de la banlieue Nord.

Nombre de pièces par logements

	Enquête	Population de la Seine (I.N.S.E.E.)	18e arrt	St-Ouen
	%	%	%	%
1 pièce	38,6	27	32	25,3
2 pièces	28,4	34,5	39,4	44
3 pièces	17,6	21,5	18	19,3
4 pièces	10,4	8	4,4	5,4
5 pièces	5	5,9	1,3	1,8
Non déclaré		3	4,3	4,1

Ce qui frappe d'emblée, c'est *l'importance du pourcentage de logement de 1 pièce* dans notre enquête.

Ce pourcentage (38,6 %) dépasse largement aussi bien le pourcentage global pour la Seine (27 %) que celui du XVIIIe arrondissement (32 %) ou celui de Saint-Ouen (25,3 %).

Ce pourcentage de logements de 1 pièce s'élève dans notre enquête au détriment de celui des logements de 2 et 3 pièces.

A l'inverse, les logements de 4 pièces et plus, dont le nombre est d'ailleurs minime, paraissent proportionnellement plus nombreux dans notre enquête (15,4 %) que dans l'ensemble de la population de la Seine (13,9 %).

Cette comparaison nécessite une correction ; en effet, dans le cadre de la statistique générale, une proportion considérable de logements sont occupés par une personne seule ou par un couple sans enfants.

En éliminant de nos deux statistiques les logements occupés par moins de 3 personnes, nous obtenons deux groupes de populations moins dissemblables, et notre comparaison devient plus significative.

Nombre de pièces par logements occupés par 3 personnes (ou plus)

	Enquête	Population de la Seine
	%	%
1 pièce	37,2	12,6
2 pièces	28,2	32,5
3 pièces	18,3	27
4 pièces	10,8	12,9
5 pièces et plus	5,3	12
Non déclaré	—	3

Cette comparaison permet les constatations suivantes :

a) Le nombre des logements de 1 pièce est 3 fois plus élevé (37,2 %) dans notre enquête que dans l'ensemble de la population de la Seine (12,6 %).

b) Les proportions s'inversent pour toutes les autres catégories de logement, mais essentiellement pour les logements de 3 pièces ou plus.

Nombre d'enfants dans les familles d'hospitalisés

Il existe un rapport tellement étroit entre les conditions de logement et la dimension des familles qu'il nous a paru nécessaire d'effectuer ici cette étude.

Les statistiques de l'I.N.S.E.E. pour le département de la Seine donnent des chiffres concernant les enfants de moins de 16 ans.

Nous ignorons, dans notre enquête, l'âge exact des frères et sœurs de nos enfants, mais en tenant compte du fait que l'enfant hospitalisé est âgé de moins de 6 ans, nous en avons déduit que le nombre des enfants de nos familles âgés de plus de 16 ans était suffisamment faible pour pouvoir être négligé sans fausser la comparaison entre les deux statistiques.

Comparaison du nombre d'enfants par famille

	Enquête	Département de la Seine
	%	%
1 enfant	24	32
2 enfants	23,6	32,6
3 enfants	19,7	19,2
4 enfants	12,6	8,7
5 enfants et plus	20,6	7,6

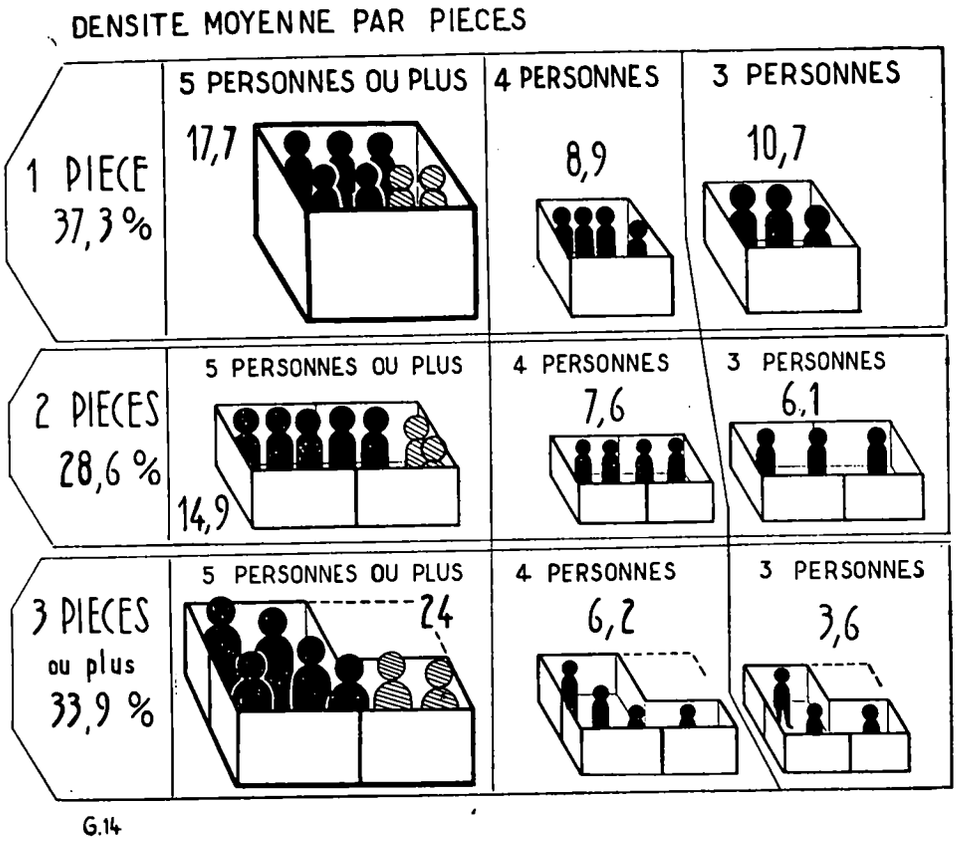
Il résulte de cette comparaison que le pourcentage des familles de 5 enfants et plus est 2,6 fois plus élevé dans la population hospitalière que dans l'ensemble de la population de la Seine.

En d'autres termes, si nous appelons « *taux moyen d'hospitalisation* » *des enfants dans la région parisienne* un coefficient représentant le rapport existant à un moment donné entre le nombre total des enfants et le nombre des enfants hospitalisés, on peut conclure que les enfants appartenant à des familles de 5 enfants et plus ont un taux d'hospitalisation égal à 2,6 fois le taux moyen d'hospitalisation dans la région parisienne.

Nombre d'habitants par pièce d'habitation

Nous avons éliminé des statistiques de l'I.N.S.E.E. les logements occupés par moins de 3 personnes pour rendre plus homogène notre comparaison.

	Enquête		Département de la Seine
	%	%	%
5 personnes ou plus dans 1 pièce	17,7	17,7	1,5
5 — ou plus dans 2 pièces	14,9	26,8	11,3
5 — ou plus dans 3 pièces	11,9		
5 — ou plus dans 4 pièces ou plus	12,1	12,1	11
4 — dans 1 pièce	8,9	8,9	3,3
4 — dans 2 pièces	7,6	13,8	23,5
4 — dans 3 pièces ou plus	6,2		
3 — dans 1 pièce	10,7		
3 — dans 2 pièces	6,1	20,4	49,4
3 — dans 3 pièces ou plus	3,6		



G.14

Nous constatons que le pourcentage des familles habitant à 5 personnes ou plus dans une seule pièce est 11,5 fois plus élevé dans notre enquête que dans l'ensemble de la population de la Seine.

En termes de « taux d'hospitalisation » on peut donc dire que le taux d'hospitalisation des enfants habitant avec plus de 4 autres personnes dans une pièce est égal à 11,5 fois le taux moyen d'hospitalisation des enfants dans la région parisienne.

D'une façon plus générale, toutes les catégories de familles en état de surpeuplement sont plus largement représentées dans la population des hospitalisés que dans la population de la Seine dans son ensemble.

Densité moyenne par pièce d'habitation

(Nous n'avons tenu compte, comme précédemment, que des logements occupés par plus de 2 personnes.)

Un calcul simple (addition d'une part du nombre total de pièces et, d'autre part, du nombre total d'habitants et calcul du quotient) fournit les résultats suivants :

Enquête .. 2,7 habitants par pièce

Population de la Seine (I.N.S.E.E.) .. 1,49 habitants par pièce

La densité moyenne par pièce d'habitation est donc sensiblement plus élevée dans les familles d'enfants hospitalisés.

CONCLUSION

L'étude isolée des logements apporte la notion d'une plus grande exiguïté de ceux-ci chez les hospitalisés.

L'étude du nombre d'enfants par famille indique un pourcentage plus élevé de familles nombreuses.

Mais seule l'étude corrélative de ces deux aspects du problème révèle le phénomène essentiel :

Ce qui caractérise la population des hospitalisés c'est l'extraordinaire pourcentage de familles logées dans des conditions de surpeuplement intolérable.

En effet, 17,7 % des enfants habitent à 5 personnes ou plus dans une seule pièce.

En d'autres termes, parmi les logements de 1 pièce (38,6 % dans notre échantillonnage) 44 % sont occupés par au moins 5 personnes. C'est dire que, parmi les familles de 5 personnes ou plus (55,7 % dans notre échantillonnage) 30,6 % habitent dans une seule pièce.

Suivant les critères du Ministère de la Reconstruction et de l'Urbanisme (M.R.U.), une « condition de surpeuplement critique » est atteinte par une famille lorsque le nombre de personnes par pièce d'habitation est égal ou supérieur à 2.

Dans notre échantillonnage, 58 % des familles *vivent dans des conditions de surpeuplement critique.* Ce pourcentage est tellement élevé que, dans le but d'étudier l'incidence du surpeuplement sur certains aspects de l'hospitalisation des enfants nous avons dû regrouper sous la dénomination de « *mal logés* », une population comprenant les trois catégories suivantes :

1 pièce pour 5 personnes et plus .. 17,7 %
2 pièces pour 6 personnes et plus .. 8,5 %
3 pièces pour 8 personnes et plus .. 2,4 %

ce qui donne un total de 28,6 %.

Près du tiers de la population que nous avons étudiée se trouve soumise à de telles conditions de surpeuplement.

CHAPITRE IV

LES HOSPITALISATIONS MULTIPLES

Alors que l'étude des conditions de logement n'aboutit qu'à chiffrer, de façon d'ailleurs éloquente, une notion déjà fort répandue parmi les médecins hospitaliers, l'étude des réhospitalisations chez les enfants révèle un phénomène moins immédiatement perceptible et dans une certaine mesure contraire à l'opinion première que l'on se fait de l'hospitalisation.

En effet, dans l'esprit du public, comme dans celui des médecins, l'idée d'hospitalisation est le plus souvent associée à celle d'une situation d'exception, d'accident, de crise. Un jour, en raison d'une maladie grave, d'un diagnostic difficile, d'examens complémentaires délicats ou de conditions sociales particulièrement critiques, on se décide à hospitaliser un enfant ; encore faut-il l'autorité du médecin, la confiance de la famille, parfois l'appel à un médecin consultant pour vaincre la répugnance instinctive qui s'attache à cette séparation.

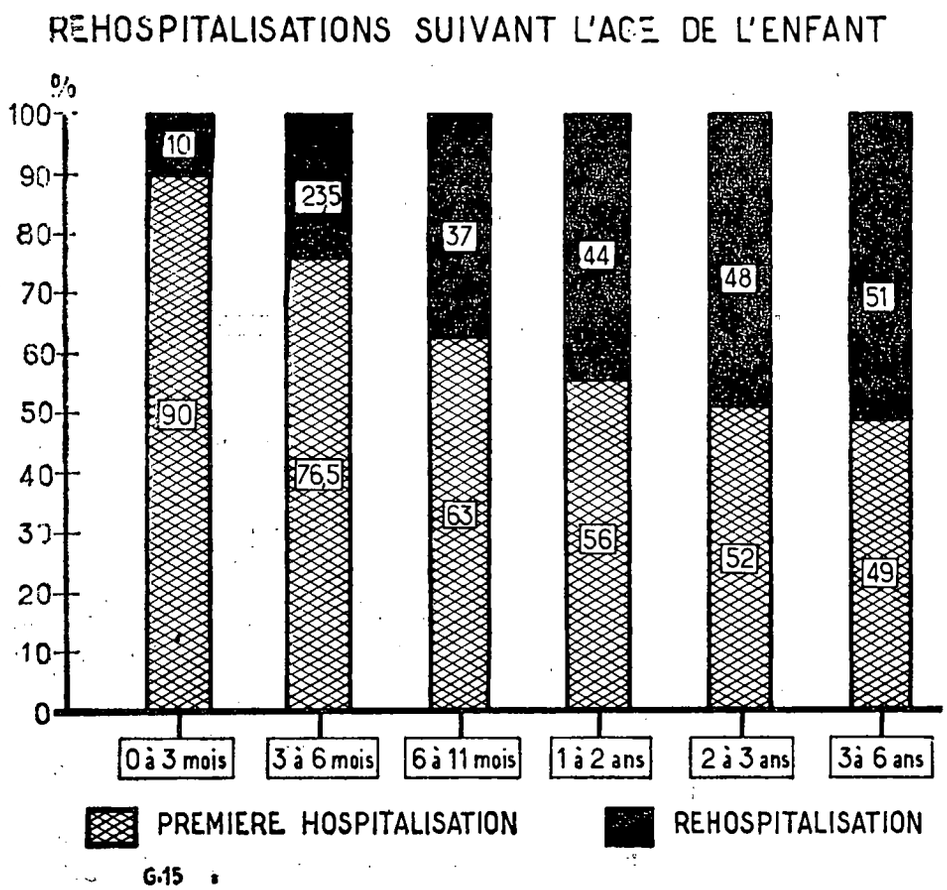
Dans cette optique, les réhospitalisations devraient être exceptionnelles et pratiquement l'apanage des seules maladies graves et chroniques, ou à rechutes.

Nous avons vu cependant précédemment que *36,8 % des entrants, âgés de moins de 6 ans, en sont au moins à leur seconde hospitalisation.*

L'analyse de certaines statistiques de corrélation va nous permettre une meilleure approche de ce phénomène.

Hospitalisations multiples et âge de l'enfant hospitalisé

Age	Réhospitalisations %
0 — 2 mois	10
3 — 5 mois	23,5
6 — 11 mois	37
12 — 17 mois	43,6
18 — 23 mois	45
24 — 35 mois	48
3 — 5 ans	51



G-15

Ce tableau corrélatif permet de se faire une idée plus précise de l'importance des hospitalisations multiples. Il est bien évident en effet que les chances pour un enfant d'être hospitalisé plusieurs fois sont proportionnelles à son âge. De fait, on s'aperçoit que si 10 % seulement des nourrissons de moins de 3 mois ont déjà été hospitalisés, ce pourcentage s'élève à 1/3 pour les enfants de plus de 6 mois, et à plus de la moitié pour les enfants de plus de 3 ans.

Hospitalisations multiples et diagnostic

Nous avons cherché à comprendre les raisons médicales qui conduisent un enfant à des hospitalisations successives. Malheureusement, les résultats obtenus sont très difficilement analysables en raison, d'une part de la multiplicité des catégories morbides, d'autre part de l'imprécision même de ces catégories. De plus, le nombre total des cas dans une catégorie déterminée est souvent insuffisant pour que le pourcentage soit significatif.

Pour simplifier, nous avons groupé les états pathologiques en 2 catégories :

— Ceux dont le pourcentage est plus élevé au cours de la première hospitalisation.

— Ceux dont le pourcentage est plus élevé au cours des réhospitalisations.

Le premier groupe comprend :
Les diarrhées, les toxicoses, les convulsions, les vomissements, les laryngites, les rachitismes, les malformations, les prématurés, les maladies de la peau et des muqueuses, les malades en observation, les maladies non classées.

Le deuxième groupe comprend :
Les rhinopharyngites, les pneumopathies, les otites, les bronchites, les angines, les maladies infectieuses, les primo-infections tuberculeuses, les méningites, l'asthme, les cas sociaux.

Cette confrontation ne nous éclaire guère. En effet, les maladies du premier groupe sont surtout des affections prédominant dans la petite enfance, ce qui s'explique très simplement du fait que le pourcentage des réhospitalisations augmente avec l'âge de l'enfant.

De fait, nous retrouvons ici le balancement déjà noté entre le groupe des affections digestives, plus important dans la première année, et le groupe des affections respiratoires dont le pourcentage s'élève avec l'âge de l'enfant.

Sur le plan de la *gravité*, les résultats globaux ne sont guère plus significatifs.

Force nous est de reconnaître notre impuissance à donner aux réhospitalisations d'enfants une signification précise en rapport avec l'état pathologique.

La catégorie « *asthme* » est la seule qui représente une maladie chronique et à rechutes pouvant impliquer dans les cas graves des réhospitalisations successives.

La catégorie « *maladies non classées* » (nous avons vu qu'elle représente un lot d'affections le plus souvent sévères) prédomine dans le groupe des premières hospitalisations.

En revanche, une autre catégorie de maladies graves, « les *méningites* », prédomine dans le groupe des réhospitalisés.

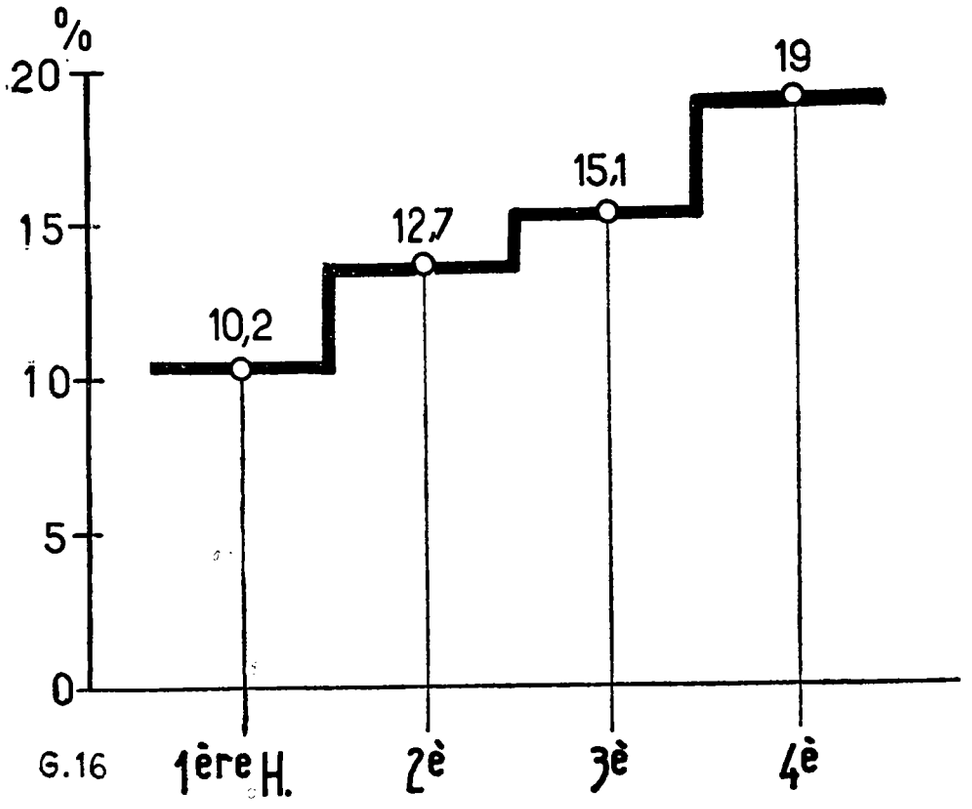
Seule, l'étude des catégories « *rhinopharyngite* » et « *otite* » apporte des éléments plus significatifs.

Hospitalisations multiples

Pourcentages des rhinopharyngites et des otites

	Rhinopharyngites	Otites
	%	%
1re hospitalisation	10,2	10,4
2e hospitalisation	12,7	11,2
3e hospitalisation	15,1	10,4
4e hospitalisation et plus	19	15

HOSPITALISATIONS MULTIPLES ET DIAGNOSTIC (Rhinopharyngites)



Si l'on considère, en effet, la « *rhinopharyngite* » comme le type de l'affection respiratoire bénigne, on constate une progression régulière du pourcentage au cours des réhospitalisations successives. Celui-ci s'élevant de *10,2* % au cours des premières hospitalisations, jusqu'à *19* % du total des cas au-delà de la 3e hospitalisation.

Il en est de même pour les « *otites* » dont le retentissement sur l'état général est d'autant moins important que l'enfant est plus âgé, et dont le pourcentage progresse de *10,3* % au cours des premières hospitalisations jusqu'à *15* % au-delà de la 3e.

En résumé, au-delà de la 3e hospitalisation, plus de 1/3 des cas correspond à des affections somme toute bénignes des voies respiratoires supérieures.

Enfin, la catégorie des « cas sociaux » prédomine chez les réhospitalisés.

Tout ceci nous montre bien que la gravité de la maladie n'est pas l'élément décisif qui conduit aux réhospitalisations des enfants.

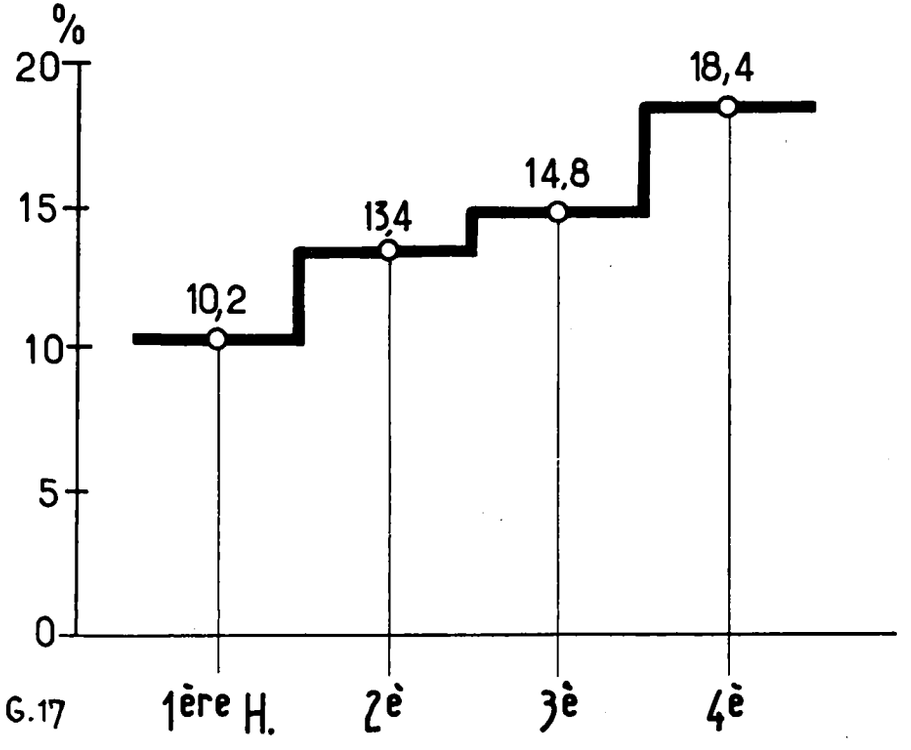
Hospitalisations multiples et durée de séjour à l'hôpital

Durée d'hospitalisation	1re hosp.	2e hosp.	3e et 4e hosp.	4e hosp. et plus
	%	%	%	%
1 — 15 jours	56,8	56,3	57,1	68,1
Supérieure à 15 jours.....	43,2	43,7	42,9	31,9

Ce tableau corrélatif confirme l'impression précédente.

En admettant qu'il existe grossièrement un parallélisme entre la gravité d'une maladie et sa durée d'hospitalisation (nous avons vu les quelques réserves que cette estimation comporte), nous constatons que la durée moyenne de séjour à l'hôpital est sensiblement équivalente au cours des 1res, 2emes et 3emes hospitalisations, mais s'abaisse nettement au-delà de la 3eme hospitalisation.

HOSPITALISATIONS MULTIPLES ET PLACEMENTS CONSECUTIFS A L'HOSPITALISATION



Hospitalisations multiples et placements consécutifs

	1re hosp.	2e hosp.	3e hosp.	4e hosp. et plus
	%	%	%	%
Placement	10,2	13,4	14,8	18,4
Pas de placement	87,4	86	83,2	80,6
Non précisé	2,5	0,6	2	1

Nous avons vu que, sur un plan général, il existe un parallélisme entre la durée d'hospitalisation dans une catégorie pathologique et le pourcentage de placements consécutifs.

Il est donc particulièrement intéressant de faire ici une constatation opposée. Le pourcentage de placements s'élève en effet régulièrement avec le nombre des réhospitalisations, passant de 10,2 % après la 1re hospitalisation à 18,4 % au-delà de la 3e hospitalisation (alors que la durée moyenne de l'hospitalisation s'abaisse dans ce cas).

Les conditions qui déterminent les hospitalisations multiples chez l'enfant favorisent également son placement.

Hospitalisations multiples et nombre d'enfants dans la famille

	1re hosp.	2e hosp.	3e hosp.	4e hosp. et plus
	%	%	%	%
1 enfant	27,6	22,5	15,3	8,1
2 enfants	25	21	25,5	17,1
3 enfants	19	20,1	19,8	22
4 enfants	12	12,4	10,4	17,1
5 et plus	16,4	23,8	29,2	34,3

Les deux catégories extrêmes :
— enfant unique
— famille de 5 enfants et plus
donnent des chiffres particulièrement significatifs.

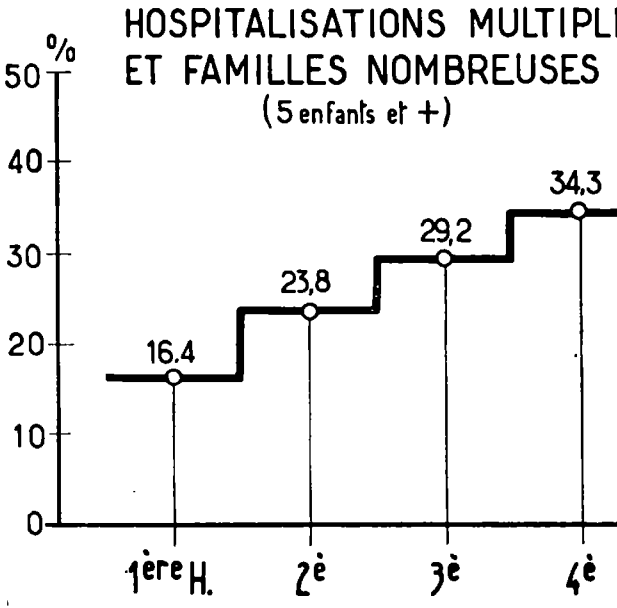
Le pourcentage des enfants uniques tombe de 27,6 % lors de la 1re hospitalisation, à 8,1 % au-delà de la 3e.

Le pourcentage des familles nombreuses (5 enfants ou plus) s'élève de 16,4 % (1re hospitalisation) à 23,8 % (2e hospitalisation), 29,2 % (3e hospitalisation) et 34,3 % au-delà de la 3e hospitalisation.

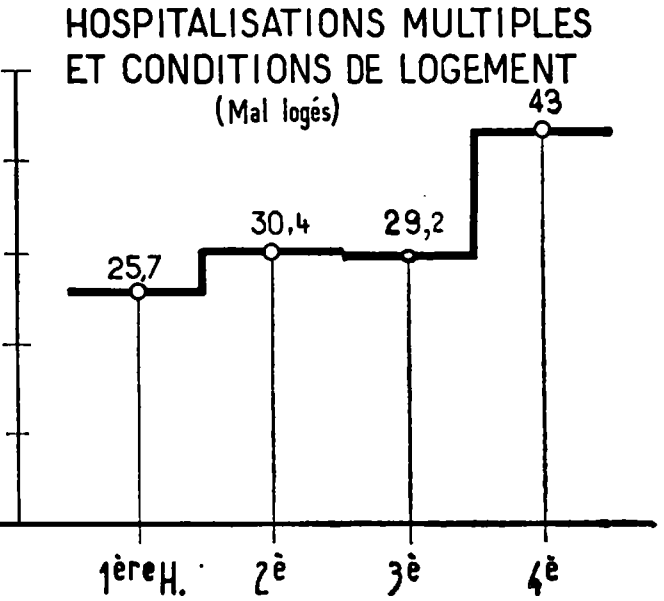
Il existe un rapport certain entre le nombre d'enfants dans la famille et la tendance aux réhospitalisations.

Hospitalisations multiples et conditions de logement

	1re hosp.	2e hosp.	3e hosp.	4e hosp. et plus
	%	%	%	%
Mal logés	25,7	30,4	29,2	43
Autres cas	74,3	69,6	70,8	57


HOSPITALISATIONS MULTIPLES
ET FAMILLES NOMBREUSES
(5 enfants et +)
%
50
40
30
20
10
0
16.4
23,8
29,2
34,3
1ère H.
2è
3è
4è

G.18


HOSPITALISATIONS MULTIPLES
ET CONDITIONS DE LOGEMENT
(Mal logés)
25,7
30,4
29,2
43
1ère H.
2è
3è
4è

G.18 bis

Si nous reprenons la catégorie des enfants « mal logés », telle que nous l'avons précédemment définie (1), nous constatons

— que les conditions de surpeuplement paraissent bien constituer un facteur déterminant dans les réhospitalisations des enfants.

CONCLUSION

Le pourcentage considérable des réhospitalisations successives chez les enfants est une des constatations surprenantes de notre enquête.

Le pourcentage de ces réhospitalisations dépasse de beaucoup celui des maladies chroniques ou à rechute.

Il est manifeste qu'une partie de la population considère l'hospitalisation non comme une solution d'exception, mais comme la règle qui s'impose devant n'importe quel état pathologique.

Il est vraisemblable que des considérations sociales ou tout au moins extra-médicales, interviennent dans ces réhospitalisations successives.

Notre enquête ne nous fournit de précisions que sur le nombre des enfants dans la famille et sur les conditions de logement. La situation de famille nombreuse logée dans des conditions de surpeuplement extrême favorise indiscutablement la répétition des hospitalisations de l'enfant.

Le fait de retrouver, aussi bien chez les mal logés que chez les réhospitalisés, un pourcentage considérable d'affections bénignes des voies respiratoires supérieures, peut s'expliquer de deux manières :

Pour une part, les conditions de surpeuplement, ainsi que l'insalubrité du logement favorisent la répétition des affections rhinopharyngées. Mais d'autre part ces mêmes conditions déterminent l'hospitalisation de petits malades qui, dans d'autres conditions, pourraient être soignés à domicile.

Nous ne prétendons pas limiter aux seules conditions de logement l'explication des réhospitalisations d'enfants. Notre enquête par sondage nous permettra de tenter de déterminer dans quelle mesure d'autres facteurs psychologiques ou sociaux (dissociation familiale, travail de la mère de famille, situation de l'enfant hors du foyer, etc.) interviennent dans ce phénomène.

(1) Voir page 43.

CHAPITRE V

CONDITIONS D'ADMISSION A L'HOPITAL

Près de la moitié (48,4 %) des enfants qui entrent à l'hôpital sont admis directement sans avoir été préalablement examinés par un médecin traitant.

Cette partie de notre questionnaire nous a été suggérée par les constatations effectuées pendant les premiers mois de notre travail par sondage. Ce sont ces constatations qui nous ont également incités à isoler la catégorie particulière des enfants admis sans mot de médecin, mais ayant consulté pour la maladie actuelle soit un médecin traitant, soit un dispensaire dans les jours précédant leur hospitalisation.

Seule, notre enquête par sondage nous fournira des éléments pour étudier la signification de cette catégorie particulière d'admissions directes.

C'est pourquoi, pour simplifier, nous n'envisagerons ici que deux catégories :

1) les enfants admis avec un mot de médecin,
2) les enfants admis sans mot de médecin.

Une première constatation s'impose. Le pourcentage considérable des enfants admis à l'hôpital sans mot de médecin traitant oblige à reconsidérer les notions communément admises concernant l'hospitalisation des enfants.

Dans la mesure où les hospitalisations répondent à des conditions d'exception, qu'il s'agisse de gravité particulière de la maladie ou de problèmes délicats de diagnostic, les admissions directes ne devraient correspondre qu'à des états pathologiques associant aux données précédentes une notion d'urgence, un caractère dramatique, amenant la famille de l'enfant, par excès d'inquiétude, à conduire ce dernier à l'hôpital sans attendre l'intervention du médecin traitant.

Cette réaction se rencontre effectivement parfois, par exemple dans certains cas de convulsions, dans certains états toxiques d'évolution foudroyante, dans certaines manifestations de dyspnée paroxystique. En fait, ces cas restent exceptionnels et ne sauraient expliquer l'importance numérique des admissions directes.

Nous allons voir d'ailleurs, par l'analyse des tableaux de corrélation, que la signification générale des admissions directes est toute autre.

Conditions d'admission à l'hôpital et diagnostic de la maladie

Diagnostic	Admission avec mot de médecin	Admission directe
	%	%
Rhinopharyngite	34	66
Pneumopathie	57	43
Otite	38,5	61,5
Bronchite	55,5	44,5
Angine	38,5	61,5
Diarrhée	62	38
Toxicose	65	35
Convulsions	59	41
Vomissements	62	38
Maladies infectieuses	34	66
Primo-infection	64,6	35,4
Laryngite	58	42
Méningite	78	22
Asthme	60	40
Rachitisme	55,6	44,4
Malformation	74	26
Prématurité	85	15
Maladies de la peau	39,6	60,4
En observation	51	49
Cas sociaux	25	75
Autres maladies	55	45

Tenant compte du fait que la moitié environ (48,6 %) des enfants entrent à l'hôpital sans mot de médecin traitant, nous avons divisé les catégories de diagnostics en deux groupes :

Le 1er groupe comprend les états pathologiques où prédominent les admissions avec mot de médecin. Le 2e groupe comprend les états pathologiques où prédominent les admissions directes.

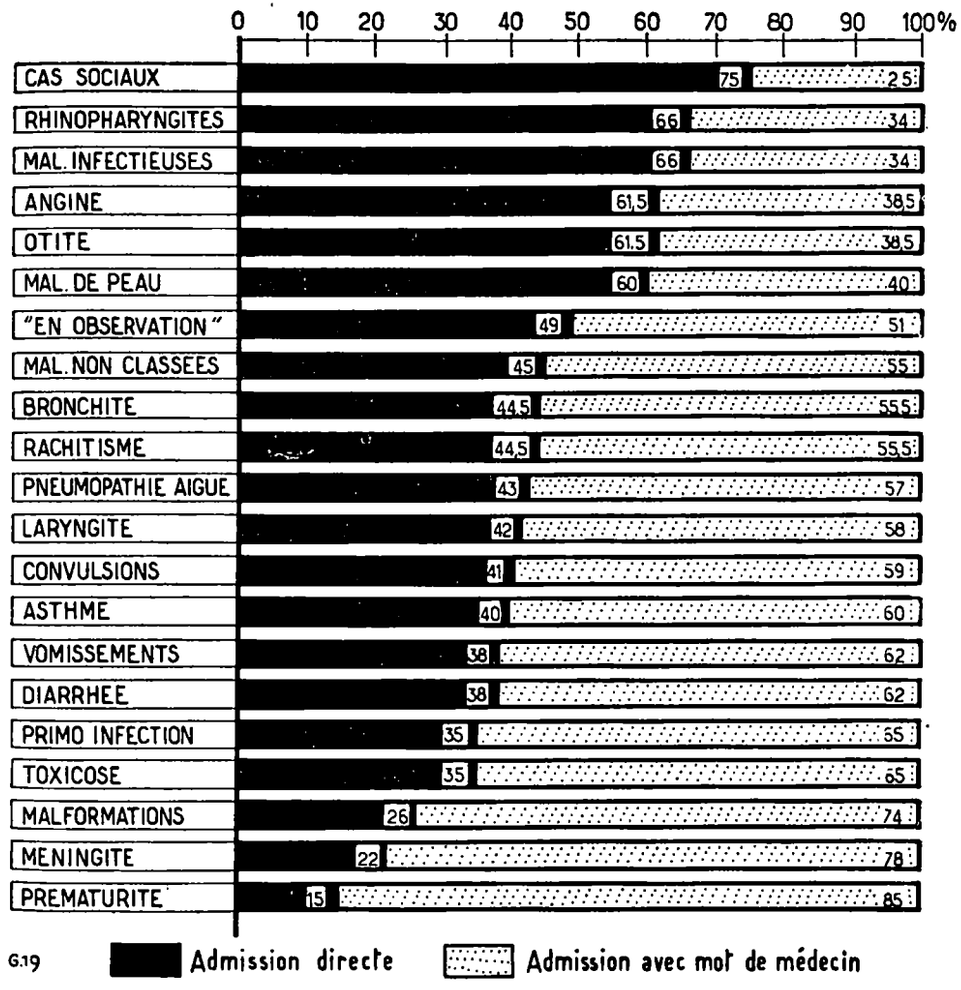
a) Dans le 1er groupe on trouve :

— les pneumopathies
— les bronchites
— les diarrhées
— les états toxiques
— les convulsions
— les vomissements
— les primo-infections
— les laryngites
— les méningites
— l'asthme
— le rachitisme
— les malformations
— la prématurité
— les malades en observation
— les maladies non classées

b) Dans le 2e groupe on trouve :

— les rhino-pharyngites
— les angines
— les maladies infectieuses
— les maladies de la peau et des muqueuses
— les cas sociaux

Cette confrontation est significative. Toutes les catégories de maladies sévères se retrouvent dans le 1er groupe ; les *admissions directes ne prédominent que dans des catégories de maladies considérées dans l'ensemble comme bénignes et n'offrant, de toute façon, aucun caractère d'urgence.*



Conditions d'admission à l'hôpital et durée du séjour hospitalier

Durée du séjour	Admission avec mot	Admission directe
	%	%
1 à 15 jours	56,1	60
Supérieure à 15 jours	43,9	40

Les enfants admis directement à l'hôpital y séjournent en moyenne légèrement moins longtemps que les enfants admis avec un mot de médecin.

La différence, cependant, est faible et peu significative.

On peut supposer que, parmi les raisons qui provoquent les admissions directes, certaines influent également sur la prolongation du séjour hospitalier. Nous citerons à l'appui de cette hypothèse 2 groupes de maladies

— Les admissions pour *maladies infectieuses* concernent souvent des enfants vivant en collectivité (crèches, jardins d'enfants, écoles maternelles) du fait de leur situation familiale. Leur temps d'hospitalisation correspondra donc au minimum à la durée requise d'éviction de cette collectivité, quelle que soit la bénignité de leur maladie.

— Les *maladies de peau*, même sans gravité, entraînent souvent une hospitalisation parce que la mère de famille n'est pas capable d'assurer convenablement les soins à domicile. De ce fait, les enfants séjourneront à l'hôpital jusqu'à ce qu'une amélioration suffisante soit constatée, et celle-ci est souvent tardive, en particulier en cas d'eczéma.

Conditions d'admission à l'hôpital et placement consécutif de l'enfant

	Admission avec mot %	Admission directe %
Placement	13	10
Pas de placement	87	90

Les enfants admis directement à l'hôpital sont, dans l'ensemble, moins souvent placés à leur sortie de l'hôpital que les enfants admis avec un mot de médecin.

Ceci va de pair avec la constatation précédemment faite, concernant le parallélisme entre le taux de placement et la durée moyenne d'hospitalisation dans une catégorie morbide déterminée.

Conditions d'admission et hospitalisations multiples

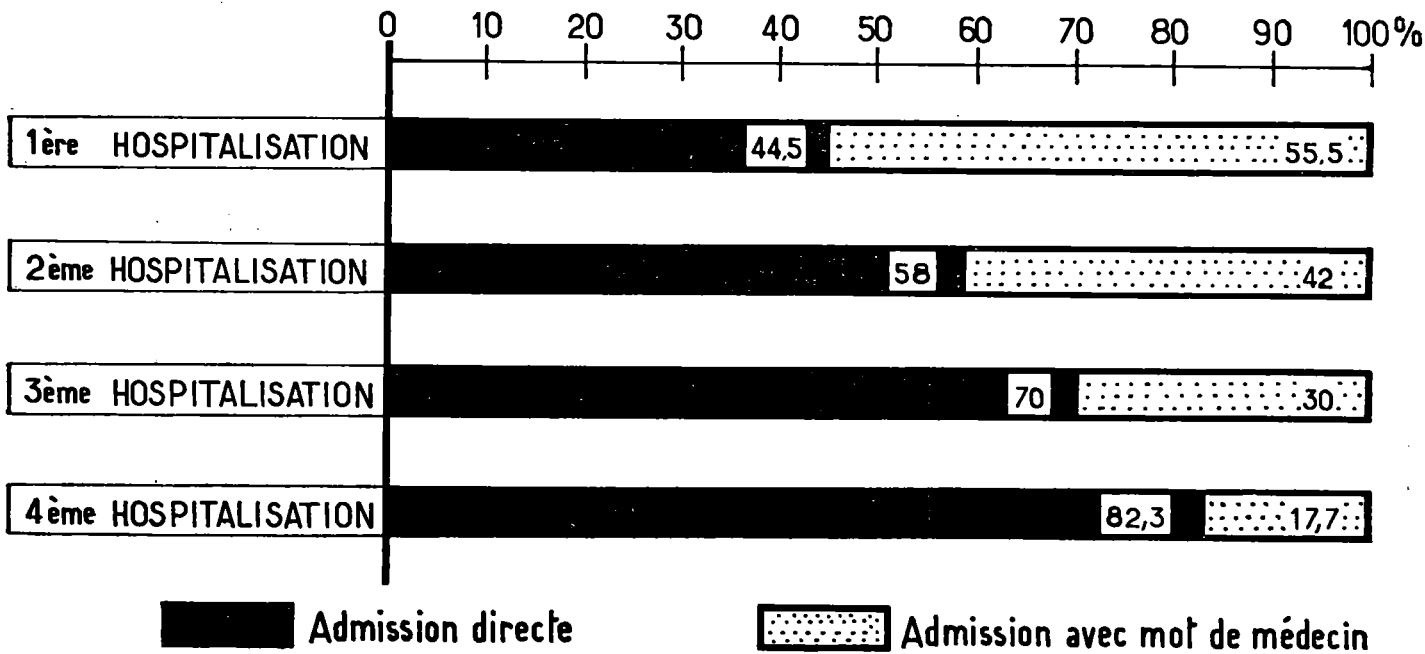
	Admission avec mot de médecin %	Admission directe %
1re hospitalisation	55,5	44,5
2e hospitalisation	42	58
3e hospitalisation	30	70
4e hospitalisation et plus	17,7	82,3

Les chiffres sont ici éloquents et montrent qu'au fur et à mesure que les hospitalisations se répètent le pourcentage des admissions directes s'élève..

On peut avancer plusieurs hypothèses pour expliquer cet état de fait:

Dans certaines maladies, la famille est avertie dès la sortie de l'hôpital de la nécessité d'une réhospitalisation immédiate en cas de rechute possible. Ces cas sont rares.

CONDITIONS D'ADMISSION ET HOSPITALISATIONS MULTIPLES



G.20

Plus souvent, l'histoire de la maladie qui a nécessité la première hospitalisation (surtout lorsque cette maladie a été grave), les conditions dans lesquelles sont successivement intervenus le médecin traitant puis l'hôpital pour établir le diagnostic et le traitement, ont fait perdre à tort ou à raison, la confiance de la famille dans le médecin de ville au profit de l'organisation hospitalière.

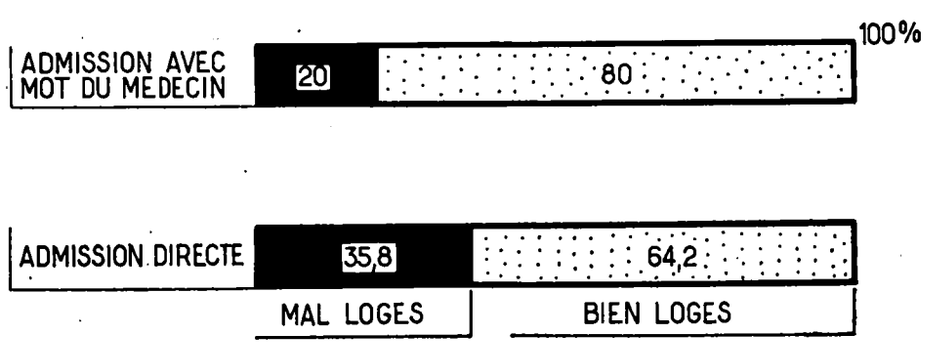
De plus, un état d'anxiété s'est installé dans l'entourage de l'enfant, qui craint dorénavant la reprise de la même maladie sévère.

La majorité des cas, toutefois, nous paraît relever du mécanisme suivant :

Quelles que soient les circonstances qui ont déterminé la première hospitalisation, la famille s'est rendu compte que cette hospitalisation a assuré de façon satisfaisante la guérison de l'enfant, avec une qualité des soins difficile à obtenir à domicile, et à de moindres frais. Il en résulte que l'hospitalisation de l'enfant péniblement acceptée la première fois, devient progressivement la solution de facilité devant tout nouvel état pathologique.

Conditions d'admission à l'hôpital et conditions de logement

	Admission avec mot de médecin	Admission directe
	%	%
Mal logés	20	35,8
Autres cas	80	64,2



G.21

Il ressort de ce tableau que le pourcentage des mal logés s'élève considérablement dans la catégorie des admissions directes à l'hôpital.

CONCLUSION

Le pourcentage des admissions directes à l'hôpital est considérable. La moitié des enfants sont hospitalisés sans mot de médecin traitant.

Cette situation résulte avant tout du régime des admissions dans les hôpitaux de l'Assistance Publique.

Il n'existe en effet aucun barrage administratif freinant l'hospitalisation directe d'un petit malade.

L'admission de l'enfant dépend en fin de compte de la seule décision de l'interne de garde, compte tenu du nombre de lits disponibles.

De plus, chaque hôpital comporte un service de consultation externe drainant une partie de la population locale et ce sont les médecins de cette consultation qui décident de l'opportunité d'hospitaliser un enfant amené à cette consultation.

Il en résulte que chaque fois que la famille, en raison de son anxiété devant l'état de l'enfant, juge l'hospitalisation de celui-ci indispensable et urgente, elle l'amène directement à l'hôpital.

Il semble bien, cependant, que la majorité des admissions directes réponde à des cas où l'hospitalisation est décidée en fonction de considérations extra-médicales (enfant élevé hors du foyer, travail de la mère de famille, considérations financières, mauvaises conditions de logement, ou même simple habitude). Il n'apparait pas alors nécessaire à la famille de faire appel à un médecin de ville et le concours de ce dernier ne sera requis que dans le but de faciliter un transport en ambulance, ou pour faire pression sur l'hôpital lorsque la bénignité de la maladie fait redouter un refus d'admission.

CHAPITRE VI

LA POPULATION NORD-AFRICAINE

C'est sans surprise, mais non sans intérêt, que nous relevons sur le total des enfants de notre enquête le chiffre de 14,9 % d'enfants de familles nord-africaines.

L'importance de ce pourcentage reflète bien la réalité quotidienne telle que la vivent actuellement les médecins des hôpitaux parisiens et plus particulièrement des hôpitaux d'enfants que nous avons pris comme objets d'étude.

Deux questions viennent aussitôt à l'esprit :

Quel rapport y a-t-il entre le pourcentage d'enfants nord-africains parmi nos hospitalisés et le pourcentage de ces enfants dans la population infantile du département de la Seine? En d'autres termes, peut-on déterminer le taux d'hospitalisation des enfants nord-africains par rapport aux enfants métropolitains?

Quelles raisons déterminent l'élévation du taux d'hospitalisation des enfants nord-africains?

Malheureusement, dans l'état actuel des choses, il est à peu près impossible d'obtenir un chiffre même approximatif de la population infantile nord-africaine du département de la Seine.

Les Nord-Africains algériens sont décomptés comme Français, ce qui empêche tout recensement discriminatoire ; nous en sommes donc réduits à un travail d'extrapolation des plus hasardeux.

Les seuls renseignements officiels nous sont fournis par le *Bulletin de la Conjoncture économique de la Préfecture de la Seine* (1er trimestre 1956).

On y estime à 100 000 environ le nombre des travailleurs nord-africains, mais on ajoute que cette population ne comprend guère que des hommes adultes vivant en grande majorité en célibataires et que 3 % seulement ont fait venir leur femme d'Algérie, et 3 % se sont mariés en Métropole. Aucune indication n'est fournie sur le nombre des enfants.

Ces renseignements fournissent donc le chiffre total de *6 000 ménages nord-africains* dans le département de la Seine.

Pour obtenir le nombre d'enfants on peut procéder de la manière suivante :

a) Le nombre moyen d'enfants par famille dans le département de la Seine nous est fourni par la statistique générale. Il est approximativement de 1.

b) Dans nos statistiques d'hospitalisés, le rapport entre le nombre d'enfants dans les familles métropolitaines et nord-africaines est de 1,5 au profit de ces dernières.

D'où l'on peut déduire un chiffre total d'enfants nord-africains égale à *6 000 × 1,5 = 9 000*, ce qui revient à estimer le nombre d'enfants nord-africains à moins de 1 % du nombre total des enfants (1 080 000) du département de la Seine.

Dans ce cas, le taux d'hospitalisation serait *15 fois plus élevé chez les enfants nord-africains.*

Devant l'invraisemblance de ces résultats, nous nous sommes adressés aux bons offices de la E.S.N.A. (Études Sociales Nord-Africaines) qui, par une série d'extrapolations, d'après les relevés des « soldes migratoires » établis depuis 1954 pour les hommes, femmes et enfants nord-africains, sont parvenus à des chiffres sensiblement différents, à savoir pour le département de la Seine : 72 750 hommes, 19 000 femmes et *28 760 enfants.*

Ce dernier chiffre, qui seul nous intéresse ici, ne tient pas compte des enfants nés en Métropole et n'ayant jamais été en Afrique du Nord. Il doit donc être largement majoré.

Même dans ces conditions, le taux d'hospitalisation des enfants nord-africains reste largement plus élevé que celui des enfants métropolitains. *En résumé*, le pourcentage de 15 % d'enfants nord-africains, dans les hôpitaux parisiens, résulte de 2 phénomènes :

D'une part, l'augmentation rapide du nombre de ces enfants dans le département de la Seine, augmentation qui ne paraît pas avoir retenu suffisamment l'attention.

D'autre part, un taux d'hospitalisation des enfants nord-africains très supérieur (plus du triple probablement) à celui des enfants français métropolitains.

Afin de déterminer dans quelle mesure les conditions de vie des enfants nord-africains influent sur leur taux d'hospitalisation, nous procèderons de la façon suivante :

Dans un premier temps nous soulignerons, sans les commenter, les éléments comparatifs de nos tableaux de corrélation. Nous nous efforcerons, ensuite, d'en dégager une vue d'ensemble.

Population nord-africaine et âge de l'enfant hospitalisé

	Metropolitains		Nord-Africains	
	N	%	N	%
Moins de 3 mois	194	14	27	10,9
3 à 5 mois	191	13,8	29	11,7
6 à 11 mois	297	21,5	64	25,8
12 à 23 mois	262	18,9	59	23,8
24 à 35 mois	140	10,1	28	11,3
3 ans à 5 ans	300	21,7	41	16,5

Le pourcentage des enfants de moins de 1 an est sensiblement le même dans les deux groupes ethniques (nord-africains : 48,4 %, français métropolitains : 49,3 %). Mais si l'on subdivise les nourrissons en enfants de moins de 6 mois et enfants de plus de 6 mois, on note que les *enfants nord-africains sont proportionnellement moins hospitalisés dans le premier semestre* (22,6 % contre 27,8 %) *et plus souvent hospitalisés pendant le deuxième semestre de la vie* (25,8 % contre 21,5 %).

Population nord-africaine et diagnostic de la maladie

Les maladies dont le pourcentage est plus élevé chez les enfants nord-africains que chez les enfants métropolitains sont les affections des voies respiratoires :

— les rhinopharyngites ..... (15,7 % contre 11,5 %)
— les pneumopathies ..... (15,3 % contre 11,3 %)
— les otites ..... (13,3 % contre 10,3 %)
— les laryngites ..... (2,7 % contre 1,6 %)
— l'asthme ..... (2,3 % contre 1,2 %)

auxquelles s'ajoute *le rachitisme* (4,3 % contre 2,2 %), la dernière catégorie morbide étant représentée par les *diarrhées* (10,6 % contre 9 %) ; ce qui donne encore plus de valeur à la constatation suivante, à savoir que les *toxicoses* sont exactement *2 fois moins fréquentes* chez eux que chez les métropolitains (3,1 % contre 6,2 %).

Population nord-africaine et durée du séjour à l'hôpital

	Metropolitains		Nord-Africains	
	N	%	N	%
1 à 15 jours	804	58,2	146	57,4
Plus de 15 jours	576	41,8	108	42,6

On note, dans les 2 catégories, sensiblement le même pourcentage d'enfants hospitalisés moins de 15 jours.

Population nord-africaine et placement secondaire à l'hospitalisation

	Metropolitains		Nord-Africains	
	N	%	N	%
Placement	162	12,3	25	10,3
Pas de placement	1.136	86,2	214	88
Non précisé	22	1,6	4	1,6

Les enfants nord-africains ont un taux de placement secondaire légèrement inférieur à celui des enfants métropolitains.

Population nord-africaine et hospitalisations multiples

	Metropolitains		Nord-Africains	
	N	%	N	%
Première hospitalisation	765	64,3	111	53,5
2e hospitalisation	275	23,1	49	23,5
3e hospitalisation	77	6,5	26	12,5
4e hospitalisation	35	2,9	14	6,7
5e hospitalisation	15	1,3	2	0,9
6e ou plus	23	1,9	6	2,9

Parmi les enfants nord-africains, 46,5 % sont hospitalisés à plusieurs reprises, contre 35,7 % parmi les enfants métropolitains.

Cette différence est surtout frappante au-delà de la deuxième hospitalisation. En effet, si le pourcentage des deuxièmes hospitalisations est sensiblement comparable dans les deux groupes (23,5 % contre 23,1 %), il s'élève brusquement au-delà de la deuxième hospitalisation (nord-africains : 23 %, métropolitains : 12,6 %).

En d'autres termes, parmi les enfants hospitalisés pour la première fois, on note 12,7 % de nord-africains, pour la deuxième fois, 15,1 %, pour la troisième fois, ou au-delà, 24,2 % de nord-africains.

Population nord-africaine et conditions d'admission à l'hôpital

	Métropolitains		Nord-Africains	
	N	%	N	%
Avec mot de médecin	731	53,6	95	38,5
Sans mot de médecin	431	46,3	152	61,5

61,5 % des enfants nord-africains sont *admis directement à l'hôpital sans mot de médecin traitant*, contre *46,3* % pour les enfants métropolitains.

Population nord-africaine et nombre d'enfants dans la famille

	Métropolitains		Nord-Africains	
	N	%	N	%
1 enfant	352	26,1	27	11,2
2 enfants	341	25,3	37	15,4
3 enfants	262	19,4	52	21,6
4 enfants	152	11,2	49	20,3
5 enfants	110	8,1	37	15,3
6 enfants	65	4,8	20	8,3
7 enfants	17	1,3	8	3,3
8 enfants	20	1,5	5	2,1
9 enfants et plus	29	2,2	6	2,5

Le nombre moyen d'enfants dans les familles de nos hospitalisés s'élève à *3,9* pour les familles nord-africaines contre *2,7* pour les familles métropolitaines.

Le contraste est encore plus grand en ce qui concerne les familles nombreuses.

38,1 % des familles nord-africaines comprennent *5 enfants ou plus*, contre *17,5* % des familles métropolitaines.

Population nord-africaine et conditions de logement

Le pourcentage de logements de 1 pièce s'élève à 56 % pour la population nord-africaine contre 35,4 % pour la population métropolitaine.

La densité moyenne par pièce d'habitation à 3,5 contre 2,4 pour la population métropolitaine (parmi les hospitalisés).

Le contraste est encore plus frappant dans les catégories les plus défavorisées :

Si l'on considère, en effet, les familles habitant dans des conditions de surpeuplement telles que nous les avons définies antérieurement, à savoir :

— 1 pièce pour 5 personnes et plus
— 2 pièces pour 6 personnes et plus
— 3 pièces pour 8 personnes et plus,

on constate que *56* % des familles nord-africaines vivent dans de telles conditions, contre *22* % pour les familles métropolitaines.

CONCLUSION

C'est avec intention que nous avons terminé notre liste de comparaisons par l'étude des conditions de logement de la population nord-africaine.

En admettant même que ces conditions de logement soient pour nos hospitalisés, plus mauvaises que celles de la population nord-africaine dans son ensemble, elles révèlent cependant une situation qu'on ne saurait passer sous silence.

Les familles nord-africaines de la région parisienne vivent actuellement dans de telles conditions d'entassement qu'il leur est pratiquement impossible, dans une grande partie des cas, de soigner à domicile un enfant malade.

Les conditions de logement paraissent donc directement responsables de l'élévation du taux d'hospitalisation chez les enfants nord-africains ainsi que du pourcentage élevé des hospitalisations itératives et des hospitalisations directes sans mot de médecin traitant.

Elles favorisent sans doute également, même si l'on tient compte d'une susceptibilité ethnique particulière, l'importance des maladies des voies respiratoires supérieures chez ces sujets.

A vrai dire, cependant, ce raisonnement offre prise à la critique. Notre questionnaire n'interrogeant que les conditions de logement de nos hospitalisés tend à en hypertrophier le rôle dans le déterminisme social des hospitalisations. On peut aussi bien soutenir que des facteurs essentiels, non révélés par notre enquête, influent en ce domaine autant et plus que le logement.

La population nord-africaine ayant sous bien des rapports une certaine homogénéité, il n'est donc pas inutile d'en souligner quelques caractères spécifiques :

— *Le niveau économique bas :* la plupart des travailleurs nord-africains sont en effet des ouvriers non qualifiés dont le revenu mensuel reste faible, en dépit du complément apporté par les allocations familiales.

— *La transplantation* récente dans la région parisienne qui, associée à un certain degré de ségrégation de fait, conditionne une insertion sociale médiocre.

— *L'insuffisance*, non tant de moyens intellectuels que de moyens culturels et essentiellement de *moyens de contact* (un certain nombre de Nord-Africains ne savent ni lire ni écrire le français, beaucoup de femmes ne le parlent pas).

— *Le poids de certaines traditions* d'élevage des enfants, en particulier sur le plan diététique.

D'où il résulte toute une série de difficultés dans les rapports entre cette population et les médecins praticiens, par suite des difficultés financières et de la méconnaissance de la langue (d'où mauvaise interprétation des conseils et des ordonnances).

Ces difficultés sont incomplètement surmontées par les dispensaires, les centres de soins et les consultations hospitalières.

Tous ces facteurs contribuent à faire des Nord-Africains le type d'une population qui, dès la première expérience, trouve, dans l'hospitalisation la solution la plus favorable aux problèmes posés par la santé de ses enfants.

En revanche, la persistance de liens familiaux assez forts rendent les mères nord-africaines, à égalité de situation, moins désireuses que d'autres de confier leurs enfants à des placements de longue durée.

Enfin, l'allaitement maternel, beaucoup plus généralisé pendant les premiers mois parmi les femmes nord-africaines, a vraisemblablement pour conséquence, non seulement l'hospitalisation comparativement moins importante des nourrissons au-dessous de 6 mois, mais encore, malgré des conditions d'hygiène générale défectueuses, un nombre d'états toxiques nettement moins élevé que chez les nourrissons métropolitains.

SECONDE PARTIE

ENQUÊTE PAR SONDAGE

HOPITAL BRETONNEAU

(Service du Dr KAPLAN

1er Mai 1958 - 1er Mai 1959

(393 observations)

SECONDE PARTIE

ENQUÊTE PAR SONDAGE

CHAPITRE I

JUSTIFICATION MÉDICALE DE L'HOSPITALISATION

Dans son rapport au séminaire sur les hôpitaux d'enfants organisé par le Centre International de l'Enfance en 1956, le Professeur Marcel Lelong déclarait : « L'obligation de limiter les hospitalisations d'enfants aux cas strictement justifiés est la première règle qui s'impose. »

Nous montrerons pourquoi cette opinion est aujourd'hui largement partagée par les médecins hospitaliers, et les problèmes qu'elle soulève concernant la fonction et le rôle de l'hôpital, mais nous nous efforcerons tout d'abord de rechercher les critères sur lesquels peut s'effectuer une classification des hospitalisations d'enfants en fonction de leur justification médicale.

Dans un service de médecine infantile, il existe tous les intermédiaires entre les maladies dont la sévérité ou la difficulté du diagnostic exigent la mise en œuvre d'un équipement technique que les centres hospitaliers sont seuls, actuellement, capables de fournir, et les affections banales et bénignes qui ne nécessitent a priori ni investigations ni thérapeutique particulière.

Certains enfants sont admis à l'hôpital alors même que ni leur famille, ni l'éventuel médecin de ville ou de dispensaire, ni le personnel médical de l'hôpital ne jugent que leur état de santé nécessite des soins compliqués, prolongés ou même seulement onéreux. Les considérations qui conduisent à leur hospitalisation sont de nature strictement extra-médicale. En particulier, certaines affections bénignes des voies respiratoires supérieures, certaines maladies infectieuses non compliquées rentrent dans ce cadre.

L'échantillonnage de notre population (un enfant sur trois pris parmi les entrants, âgés de moins de 6 ans, dans l'ordre des admissions, pendant une période de 1 an) nous paraissant convenable pour une juste appréciation de la pathologie hospitalière des enfants d'âge pré-scolaire, nous

avons cherché à déterminer, à l'intérieur de ce groupe, le pourcentage des hospitalisations non médicalement justifiées.

1° Nous nous sommes demandés si l'étude des diagnostics de sortie de nos malades ne donnait pas une image assez fidèle de la justification médicale de leur hospitalisation.

Diagnostics de sortie (383 cas)

	N	%
Rhinopharyngites	31	8,1
Pneumopathies aigues	37	9,7
Otites	53	13,8
Bronchites	10	2,6
Angines	20	5,2
Diarrhées (sans déshydratation)	42	10,9
Déshydratations, toxicoses	29	7,6
Convulsions	22	5,7
Vomissements	4	1
Maladies infectieuses	9	2,3
Primo-infection, granulie	14	3,7
Laryngites	10	2,6
Méningites	6	1,6
Asthme	7	1,8
Rachitisme, hypotrophie	15	3,9
Malformations	5	1,3
Prématurité et accidents néo-nataux	3	0,8
Peau et muqueuses	12	3,1
Intoxications	3	0,8
Autres maladies (non classées)	21	5,5
En observation	27	7
Cas sociaux	3	0,8

Une première constatation s'impose : la nécessité de limiter le nombre des diagnostics rend pratiquement méconnaissable la physionomie du service étudié en ce qui concerne les maladies graves, rares, ou de diagnostic délicat. Ces maladies constituent en effet non seulement l'essentiel de la catégorie des maladies non classées, mais encore, par suite d'une extension abusive, mais nécessaire, certaines ont été regroupées avec d'autres à la faveur d'un symptôme dominant.

Ce classement par diagnostic a-t-il du moins le mérite de permettre l'isolement et le décompte des hospitalisations non justifiées? Il n'en est malheureusement rien.

La seule rubrique pour laquelle le diagnostic implique un pronostic général de bénignité est celui des *rhinopharyngites*. Dans toutes les autres rubriques coexistent des maladies dont la gravité peut différer du tout au tout, cette dernière dépendant en effet de nombreux facteurs : âge de l'enfant, étiologie, chronicité, retentissement sur l'état général, etc.

Il existe cependant une exception : La rubrique des « *cas sociaux* » groupe des enfants dont le diagnostic de sortie précise qu'il s'agit bien d'une catégorie de malades pour laquelle les conditions sociales représentent le facteur déterminant de leur hospitalisation. Or, son pourcentage est extrêmement faible (0,8 %) ; faut-il en conclure que les hospitalisations non justifiées ne représentent que cette quantité négligeable?

En fait, il est exceptionnel qu'un symptôme réel ou abusivement invoqué ne soit pas mis en avant pour justifier une hospitalisation lors de l'admission de l'enfant. Quand le symptôme existe, si minime et bénin soit-il, il servira à étiqueter l'enfant à sa sortie de l'hôpital. C'est ainsi que certains diagnostics de rhinopharyngites, de diarrhées, d'angines, de pneumopathies, de maladies de peau, etc. recouvrent des épisodes pathologiques pratiquement insignifiants. Si le symptôme n'est pas retrouvé à l'hôpital, l'enfant sera plus volontiers classé dans la rubrique « en observation » que dans la rubrique « cas social ».

En conclusion, la classification suivant le diagnostic de sortie rend insuffisamment compte à elle seule du caractère plus ou moins justifié (au point de vue médical) de l'hospitalisation de l'enfant.

2° Pour tenter de serrer de plus près ce problème, nous avons classé nos malades en fonction d'un certain nombre d'autres facteurs.

A. — *Gravité de l'état au moment de l'entrée* (d'après l'opinion de l'interne garde)

	N	%
Cas légers ou très légers	135	35,1
Cas banaux	160	41
Cas sévères ou graves	74	19
Cas très graves	19	4,9

Il est inutile de souligner le caractère subjectif de cette classification qui dépend aussi bien de l'expérience de l'interne de garde, des circonstances de l'admission, du mot du médecin traitant, que des explications données par la famille. Cette classification donne néanmoins une physionomie assez fidèle des conditions de l'admission hospitalière.

B. — *Traitement à l'entrée donnant une justification médicale à l'hospitalisation d'urgence*

	N	%
Pas de traitement d'urgence	306	80
Traitement d'urgence	76	20

Nous n'avons retenu dans cette rubrique que les thérapeutiques suivantes : oxygénothérapie, perfusion intraveineuse, transfusion sanguine, traitement d'un collapsus, d'un état convulsif, d'une défaillance cardiaque, antibiothérapie massive ou polyvalente.

C. — *Examens complémentaires pratiqués à l'entrée et justifiant l'hospitalisation d'urgence*

	N	%
Pas d'examens complémentaires spéciaux	314	81
Examens complémentaires spéciaux	73	19

Nous n'avons retenu ici que les examens qui, par leur caractère un peu particulier ou leur technique de prélèvement, sortent du cadre des examens

de routine. Par exemple l'hémoculture, la ponction lombaire, les ionogrammes sanguins, la glycémie, etc.

D. — *Total des examens complémentaires pratiqués durant le séjour hospitalier.*

	N	%
Aucun	31	8,2
1 à 3	146	39,1
4 à 6	95	25,5
7 à 10	47	12,6
11 à 15	21	5,6
16 à 20	8	2,1
Plus de 21	25	6,7

Nous avons éliminé de ce total les quatre examens suivants considérés comme examens systématiques : cuti-réaction, recherche d'albumine dans les urines, coproculture, examen O.R.L. lorsque ces examens présentent un caractère de routine).

On peut constater que le pourcentage des enfants n'ayant subi aucun examen complémentaire particulier est extrêmement faible (8,2 %) ; ceci tient au fait que certains examens de laboratoire, comme la numération globulaire, sont devenus dans beaucoup de services hospitaliers des examens de routine n'impliquant aucune opinion particulière sur l'état pathologique de l'enfant. Il est vraisemblable qu'une partie des enfants ayant subi de 1 à 3 examens complémentaires (39,1 %) rentre dans ce cadre.

E. — *Total des clichés radiographiques effectués durant le séjour à l'hôpital*

	N	%
Aucun	167	43,5
Moins de 2	152	39,5
2 à 6	41	10,7
7 à 10	8	2,1
11 à 20	9	2,3
Plus de 21	7	1,8

Un peu moins de la moitié des enfants n'a pas subi d'examen radiologique. 39,5 % d'entre eux ont eu moins de 2 clichés (le plus souvent un cliché pulmonaire), 16,8 % ont eu plus de 2 clichés radiographiques.

F. — *Antibiothérapie administrée pendant le séjour à l'hôpital*

	N	%
Aucun antibiotique	82	21,4
Penicilline seule ou penicilline + streptomycine	120	31,3
Penicilline + sulfamides	8	2,1
Penicilline + un antibiotique (autre que strepto)	53	13,8
Penicilline + plusieurs autres antibiotiques	44	11,5
Un autre antibiotique	42	11
Plusieurs autres antibiotiques	23	6
Sulfamides seuls	11	2,9

On voit que 21,4 % des enfants n'ont reçu en cours de séjour ni antibiotiques, ni sulfamides. 58,7 % des enfants ont reçu de la pénicilline, soit seule, soit associée à d'autres antibiotiques. 19,9 % des enfants n'ont pas reçu de pénicilline, mais d'autres antibiotiques ou des sulfamides.

G. — *Durée de la pénicillinothérapie*

	N	%
1 à 3 jours	34	15,7
4 à 7 jours	97	45
Plus de 7 jours	84	39,3

Du point de vue qui nous occupe, à savoir *la justification médicale de l'hospitalisation*, il est clair que ces différentes statistiques ont une signification très variable.

Les 3 premières statistiques : gravité à l'entrée, traitement à l'entrée et examens complémentaires à l'entrée, permettent de délimiter *le groupe des malades considérés à l'entrée comme des cas légers ou banaux et n'ayant, de ce fait, subi ni investigations particulières ni traitement spécial en urgence.* En dehors de ce groupe, il ne saurait être question d'hospitalisation non justifiée.

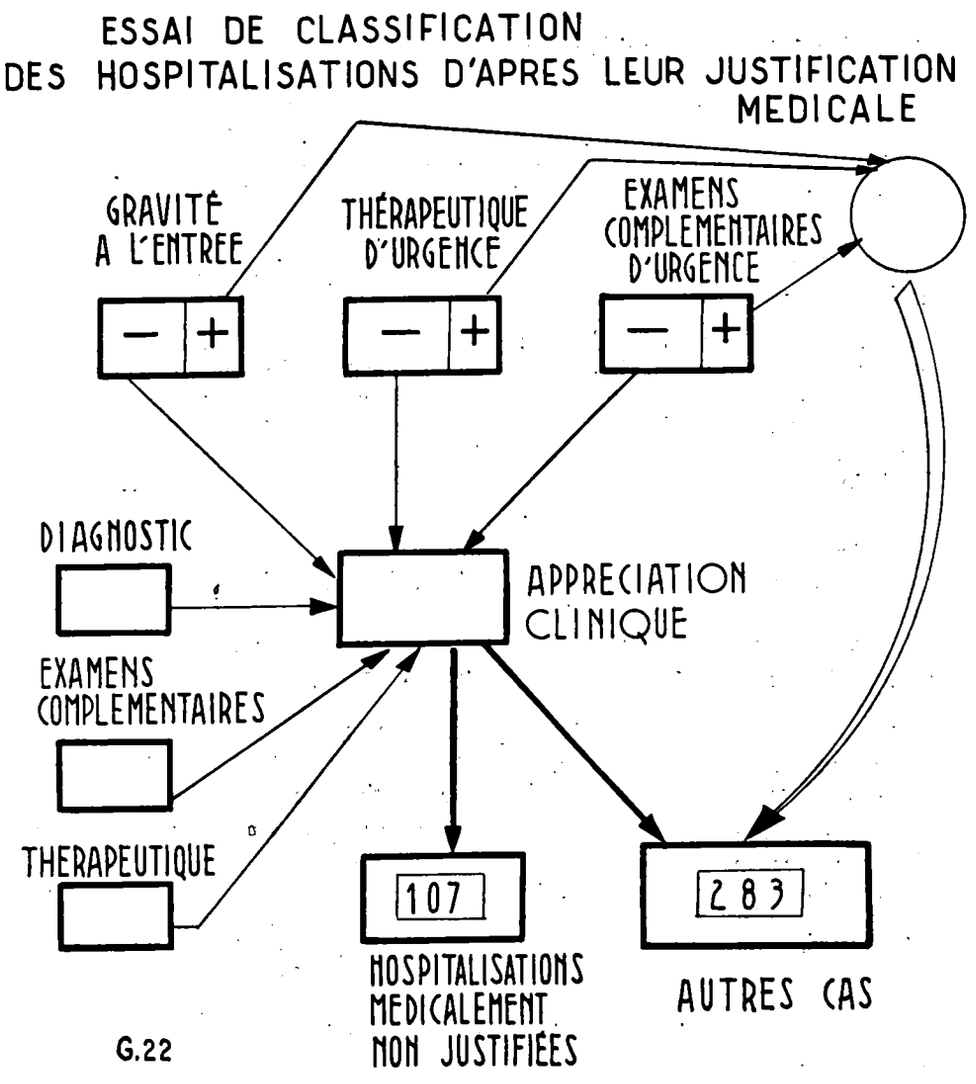
Par contre, l'étude des statistiques concernant les examens complémentaires ou la thérapeutique en cours de séjour expriment, tout autant que l'importance de la maladie, l'orientation d'esprit des médecins de l'hôpital.

C'est ainsi, par exemple, qu'un enfant admis à l'hôpital pour rhinopharyngite, mais présentant un rachitisme discret, peut subir une cutiréaction, un examen otologique, une recherche de l'albuminurie, une numération globulaire, une étude de la calcémie, de la phosphorémie, des phosphatases alcalines, une radiographie pulmonaire, un cliché du poignet, sans que cet ensemble d'examens constitue une justification de son hospitalisation.

Cet exemple, qui pourrait être multiplié, illustre l'impossibilité d'apprécier le pourcentage des hospitalisations médicalement non justifiées uniquement en fonction de données statistiques concernant les examens ou la thérapeutique. De fait, lorsque nous nous sommes limités à l'utilisation de ces critères, nous n'avons trouvé que 15 enfants n'ayant subi au cours de leur séjour à l'hôpital ni examens complémentaires (en dehors des examens de routine), ni radiographies, ni traitement antibiotique. Pourtant 297 enfants avaient été considérés à l'admission dans le service comme des cas légers ou banaux.

Nous avons donc été conduits à examiner un par un chaque dossier pour déterminer, compte tenu non seulement des schémas fournis par nos différents pourcentages mais de l'ensemble du tableau clinique, *les cas pour lesquels l'affection morbide, sans gravité, sans difficulté diagnostique, n'avait occasionné à aucun moment du séjour, des investigations ou des thérapeutiques justifiant l'hospitalisation du petit malade.*

Ce travail a conduit à l'isolement d'un groupe de 107 enfants dont l'hospitalisation nous a paru médicalement non justifiée.



Étude du groupe des hospitalisations médicalement non justifiées (107 cas)

a) *Diagnostics*

Ce groupe comprend :

	N	% de ces cas
Rhinopharyngites	21	67,5
Malades en observation	20	68
Otites	15	28
Diarrhée banale	14	33
Rachitisme ou hypotrophie	5	40
Angines	11	55
Maladies de peau	5	40
Maladies infectieuses	4	45
Cas sociaux	3	100
Bronchites	4	60
Vomissements, Laryngites, Asthme, Intoxications	chacun 1 cas	

Cette répartition des cas appelle quelques remarques :

1° La dispersion des diagnostics montre bien l'impossibilité de juger de la signification réelle d'un état pathologique sur le seul énoncé du diagnostic de sortie.

2° Le souci d'être aussi limitatifs que possible dans l'appréciation des cas de « non justification » est illustré par le fait que près d'un tiers des rhinopharyngites a été exclu de ce groupe, ainsi que la totalité des pneumopathies aiguës, dont certaines cependant n'avaient aucun caractère de gravité clinique, mais présentaient une image radiologique anormale.

3° Par contre, le nombre important de « malades en observation » prouve que cette catégorie rassemble en majorité, non des malades soumis à des explorations en raison d'un problème de diagnostic, mais des enfants hospitalisés en raison d'un symptôme interprété trop péjorativement lors de leur admission.

b) *gravité à l'entrée*

82,5 % des cas ont été considérés comme bénins lors de l'admission,
17,5 % comme banaux, aucun comme grave

c) *examens complémentaires d'urgence*

aucun cas

d) *thérapeutique importante d'urgence*

aucun cas

e) *nombre des examens complémentaires effectués en cours d'hospitalisation (non compris les examens de routine)*

23,4 % des enfants n'ont subi aucun examen particulier,
57,5 % en ont subi moins de 3,
19,1 % en ont subi plus de 3.

f) *antibiothérapie*

41 % des enfants n'ont pas reçu de traitement antibiotique
47 % des enfants ont eu un antibiotique
11,8 % en ont eu plusieurs.

g) *durée de la pénicillinothérapie*

56,1 % des enfants n'ont pas reçu de pénicilline
35,7 % en ont reçu moins de 7 jours
7,5 % en ont reçu plus de 7 jours

Hospitalisations médicalement non justifiées et âge de l'enfant hospitalisé

Le pourcentage des hospitalisations non justifiées s'élève avec l'âge de l'enfant. En effet :

12,7 % des enfants de moins de 3 mois,

21,6 % des enfants de 3 à 6 mois

rentrent dans notre groupe, alors qu'au-delà de 6 mois le pourcentage dépasse le quart des entrants et atteint 43,2 % pour la catégorie des enfants âgés de 12 à 18 mois.

Ce phénomène s'explique de deux manières. D'une part, le jeune nourrisson n'a souvent pas encore été séparé de sa mère, et l'étroitesse des relations affectives entre celle-ci et son enfant joue le rôle de frein à l'égard d'une première hospitalisation. D'autre part, la pathologie du premier âge présente des évolutions si soudaines et si sournoises qu'il est exceptionnel qu'une mise en observation hospitalière soit considérée comme abusive lorsqu'elle a été réclamée par le médecin traitant, ou même par la famille.

Hospitalisations médicalement non justifiées et durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	N	%
0 à 4 jours	15	13,7
5 à 9 jours	58	53
10 à 14 jours	19	17,5
15 à 19 jours	7	6,4
20 à 30 jours	5	4,6
Plus de 1 mois	4	3,7

Hospitalisations médicalement non justifiées et coût de l'hospitalisation

Le coût d'hospitalisation moyen calculé pour les 390 enfants de l'enquête est de 719 NF.

Le même calcul effectué pour le groupe des hospitalisations non justifiées donne le chiffre de 455 NF.

CONCLUSION

La notion de « non justification médicale » d'une hospitalisation présente un aspect subjectif que nous ne méconnaissons pas.

Comme cliniciens, nous sentons la fragilité d'une classification qui paraît négliger la part d'indétermination dans l'évolution des états pathologiques.

Pour apprécier en face d'un malade le degré de gravité, l'imprécision du diagnostic, c'est-à-dire la nécessité d'examens complémentaires, de mise en observation rigoureuse ou de thérapeutique d'urgence, il y a lieu de tenir compte non seulement des qualités propres à chaque médecin mais du caractère plus ou moins atypique de la maladie. Les exemples ne nous ont pas manqué où les conclusions d'une première observation clinique ont dû être remises en question en cours d'hospitalisation.

Sur un plan plus général on ne saurait nier que les maladies « banales » puissent présenter de l'intérêt dans le domaine de la recherche médicale, et l'on peut citer à titre d'exemple les études récentes au cours des maladies bénignes des voies respiratoires supérieures qui ont permis l'identification de myxo-virus.

La concentration dans les services hospitaliers d'un certain nombre de malades atteints d'affections fréquentes et banales détermine en outre, grâce à des investigations et à des essais thérapeutiques systématisés, une connaissance meilleure de ces cas, ce qui permet ensuite aux médecins praticiens de soigner en ville des malades semblables de façon plus efficace.

Enfin, l'enseignement médical hospitalier serait incomplet si les étudiants ne pouvaient examiner et voir traiter à l'hôpital les cas de médecine courante qui seront la base de leur activité de praticiens.

En dépit de toutes ces réserves, nous pensons néanmoins que notre essai de classification répond à une préoccupation actuelle de la médecine hospitalière.

L'unanimité du corps médical hospitalier s'accorde en effet pour constater l'existence, dans chaque service, d'un certain nombre de malades dont la présence ne se justifie que par des raisons extra-médicales au sens strict.

Dans l'appréciation clinique de chaque cas individuel, les opinions peuvent naturellement différer suivant l'orientation d'esprit de chaque médecin, et il est fort possible qu'en d'autres mains l'étude de nos dossiers eût abouti à un rétrécissement ou à un élargissement plus ou moins considérable de notre groupe d'hospitalisations non médicalement justifiées.

C'est dire que nous n'attachons pas de valeur particulière au nombre absolu des cas que nous avons isolés. Mais comme ces cas représentent dans l'ensemble des maladies particulièrement bénignes et banales, nous disposons ainsi d'un instrument commode pour étudier les conditions socio-psychologiques qui influent, indépendamment de la gravité propre de la maladie, sur les hospitalisations d'enfants.

CHAPITRE II

L'ADMISSION HOSPITALIÈRE

A l'hôpital Bretonneau, de même que dans la plupart des hôpitaux de l'Assistance Publique, les admissions s'effectuent de la façon suivante : à côté des services hospitaliers proprement dits fonctionne, *le matin*, une *consultation externe* qui accueille indistinctement tous les malades. Ceux-ci, après un triage destiné à éliminer les enfants atteints de maladies contagieuses, sont examinés par le personnel médical de la consultation : externes, internes, puis assistants ou chef de service, suivant le cas.

La consultation externe reçoit donc, aussi bien les malades adressés par leur médecin que ceux qui viennent de leur propre initiative, aussi bien les malades aigus dont l'état nécessite l'hospitalisation d'urgence que les consultants atteints d'une affection chronique ou ambulatoire. La décision d'hospitaliser un malade incombe en tout état de cause à la consultation.

A partir de 13 heures, et jusqu'au lendemain matin, *l'interne de garde* reste seul pour assumer à la fois la surveillance des malades hospitalisés, l'examen des consultants externes et leur éventuelle admission à l'hôpital.

Les conditions matérielles et psychologiques qui déterminent ces admissions diffèrent donc sensiblement suivant qu'il s'agit des admissions du matin par la consultation ou des admissions d'urgence dans l'après-midi ou dans la nuit.

Ces différences concernent aussi bien le fonctionnement hospitalier que la clientèle hospitalière.

Du côté médical, le travail de la consultation est assuré par une équipe nombreuse, disposant de temps, pouvant faire appel à des spécialistes ou obtenir rapidement des examens de laboratoire. L'intérêt scientifique du personnel médical est donc, dans la mesure où l'état de l'enfant lui paraît compatible avec une surveillance ambulatoire, de traiter les affections bénignes comme le ferait un dispensaire et de garder sous son contrôle, ou de renvoyer au médecin traitant après examens complémentaires, les malades dont l'état ne paraît pas imposer l'hospitalisation.

De plus, une fois hospitalisés, les malades passent sous la responsabilité des services intérieurs de l'hôpital et échappent, de ce fait, à l'observation et au contrôle des médecins de la consultation.

Pendant la période où toute la responsabilité médicale repose sur les épaules de l'interne de garde, les conditions sont presque inversées.

L'interne de garde ne dispose d'aucune facilité matérielle. Avec un personnel infirmier réduit, et de grandes difficultés pour obtenir les secours des spécialistes ou du laboratoire, il doit faire face en même temps aux appels de la consultation de la porte et aux soins réclamés par les malades hospitalisés. Enfin sa réaction psychologique diffère de celle des médecins de la consultation. Tout malade renvoyé à son médecin traitant, à la consultation externe du lendemain, ou à son domicile, lui échappe complètement. C'est dire que chaque fois qu'un symptôme clinique ou une histoire pathologique lui paraîtront justifier des investigations complémentaires d'un certain intérêt, sa tendance sera d'hospitaliser l'enfant dans son service afin de pouvoir poursuivre l'observation de la maladie.

La clientèle hospitalière diffère également suivant l'heure de la journée.

Le matin, plus de la moitié des consultants sont des consultants réguliers, parfois même convoqués par l'hôpital pour la surveillance ou le traitement d'une affection chronique. Parmi les malades nouveaux, qu'ils soient envoyés par leur médecin traitant ou qu'ils s'adressent directement à l'hôpital, la plupart ne sollicitent qu'un avis médical, des examens complémentaires, ou un traitement ambulatoire. Une minorité seulement s'adresse à la consultation externe dans le but de faire hospitaliser l'enfant.

Dès la fin de la matinée, les consultants se font beaucoup plus rares, mais la quasi-totalité des malades adressés par leurs médecins le sont en vue d'une hospitalisation d'urgence. Parmi ceux qui viennent de leur propre chef, il en est qui se présentent l'après-midi ou en fin de journée pour des raisons de commodité personnelle (par exemple après le retour du travail du père de famille ou plus simplement pour éviter l'attente à la consultation du matin). Mais la majorité des consultants viennent pour solliciter l'hospitalisation de leur enfant. Le tableau suivant indique le nombre des consultants et le pourcentage des admissions pour les mois de mars, de juillet et de novembre 1959.

	Mars			Juillet			Novembre		
	total	admis	%	total	admis	%	total	admis	%
Consultation externe	2 476	83	3,2	1 553	55	3,4	1 901	76	3,8
Urgences	752	271	26,5	400	164	29	683	309	31
TOTAL	3 228	354	10,8	1 953	219	11,2	2 584	385	14,9

On peut faire les constatations suivantes :

a) Le nombre des admissions s'élève à 12,9 % du nombre total des consultants.

b) A la consultation externe le pourcentage des admissions n'est que de 3,5 %, mais il s'élève à 29 % pour les malades se présentant en dehors des heures de consultation.

c) Sur un total de 958 admissions, 214 ont été faites par l'intermédiaire de la consultation externe (soit 22,3 %) et 744 par l'intermédiaire de l'interne de garde (soit 77,7 %).

Un facteur constant intervient cependant pour contraindre les médecins à élargir ou à restreindre leurs décisions d'admission c'est le *nombre de places disponibles* dans l'hôpital.

La fluctuation du nombre des places est quotidienne, mais elle obéit avant tout à un *rythme saisonnier*. En été l'éloignement de Paris d'un pourcentage considérable d'enfants réduit le nombre des hospitalisés ; certaines conditions météorologiques favorisant les coups de chaleur, et surtout certaines épidémies de grippe agissent en sens contraire.

La limitation des places disponibles pèse cependant moins lourdement sur les décisions de la consultation externe que sur celles de l'interne de garde.

La consultation externe fonctionne pendant un temps limité, les urgences y sont peu nombreuses, la plupart des malades sont déjà présents lorsque les médecins commencent leurs examens et ces derniers peuvent donc prévoir dans une certaine mesure le nombre des hospitalisations possibles.

Par contre, l'interne de garde, averti par l'administration du nombre de places disponibles, se trouve placé au cours des 18 heures de garde en face d'une série de sollicitations vis-à-vis desquelles il devra agir avec le maximum de discernement, dans le but de réserver les lits aux malades les plus graves et sachant par ailleurs qu'il lui sera de plus en plus difficile au cours de la nuit de refuser l'hospitalisation d'un malade que l'ambulance ne pourra le plus souvent reconduire à son domicile, qui ne trouvera plus de pharmacie ouverte et qui ne disposera même plus pour rentrer chez lui d'un moyen de transport en commun.

Les résultats de notre enquête confirment l'influence saisonnière à la fois sur le nombre des hospitalisés et sur l'élargissement corrélatif des indications de l'admission à l'hôpital.

Date de l'hospitalisation	N	%
Avril, mai, juin jours ouvrables	74	19,5
— jours fériés	14	3,7
Juillet, septembre jours ouvrables	46	12,1
— jours fériés	11	2,9
Octobre, novembre, décembre jours ouvrables	104	27,4
— jours fériés	19	5
Janvier, février, mars jours ouvrables	93	24,5
— jours fériés	18	4,9

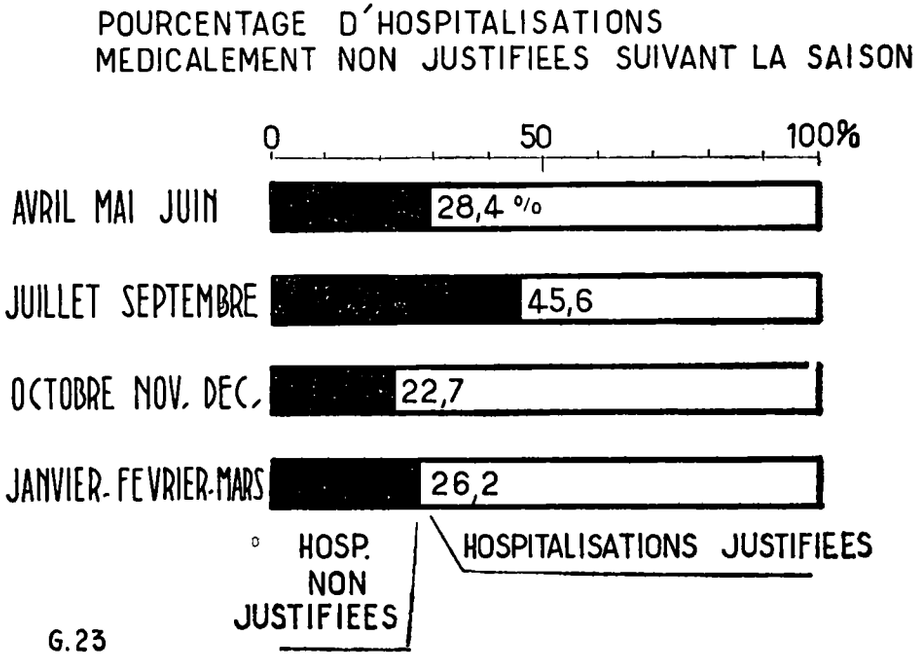
La valeur de cette statistique se trouve légèrement faussée du fait de l'interruption de notre enquête pendant le mois d'août. Néanmoins, la diminution des hospitalisations durant les mois d'été reste indiscutable (61 % des hospitalisations entre octobre et avril contre 39 % seulement entre avril et septembre).

On peut noter également l'influence négligeable des jours fériés sur le nombre des hospitalisations (la proportion des hospitalisés un dimanche

ou un jour de fête légale est très voisine de la proportion de ces jours dans l'année, c'est-à-dire de 15 % environ).

Le tableau suivant illustre plus particulièrement le rôle joué par la disponibilité en lits sur les admissions hospitalières.

Dates	Nombre total de cas	Hospitalisations non justifiées
Avril, mai, juin	88	25 = 28,4 %
Juillet, septembre	57	26 = 45,6 %
Octobre, novembre, décembre	123	28 = 22,7 %
Janvier, février, mars	111	29 = 26,1 %



En été, du fait de la diminution de la population enfantine, l'hôpital n'est pas rempli, les demandes d'hospitalisation sont donc plus facilement satisfaites, même lorsque celles-ci ne se justifient que par des raisons extra-médicales.

La pression des conditions sociales sur les admissions hospitalières se manifeste de différentes façons.

Lorsqu'un médecin traitant adresse un enfant à l'hôpital, dans un certain nombre de cas il joint à sa demande d'hospitalisation une description détaillée

des symptômes qui ont attiré son attention et qui justifient la mise en observation de son petit client.

Parfois, à la suite de son observation clinique, il ajoute que les conditions sociales ou les conditions de logement rendent impossibles les soins nécessaires à domicile.

Souvent la partie clinique de la lettre se résume à l'énoncé d'un symptôme (diarrhée, vomissements, otite, etc.) suivi d'une référence aux mauvaises conditions sociales, et ces dernières prennent de ce fait une importance prépondérante dans la justification de l'hospitalisation.

Enfin, le mot du médecin peut être dépourvu de toute indication. La famille, dans les réponses qu'elle donne à l'interrogatoire de l'interne, ou dans ses explications spontanées, complète souvent les données de la lettre du médecin traitant en insistant particulièrement sur les conditions sociales ou de logement qui imposent à ses yeux l'hospitalisation de l'enfant.

Parmi les familles qui s'adressent directement à l'hôpital, un certain nombre sont uniquement poussées par l'inquiétude que leur inspire l'état de santé de l'enfant. Elles viennent pour recevoir un avis médical, pour être rassurées, pour avoir un traitement, et il est remarquable de constater que les familles les plus inquiètes sont parfois les plus réticentes en face d'une éventuelle admission.

A l'opposé, certaines familles arrivent dans l'intention manifeste de faire hospitaliser leur enfant ; dans ce but, elles n'hésitent pas à majorer les symptômes cliniques, et si la bénignité de la maladie conduit néanmoins le médecin à refuser l'admission, elles n'hésitent pas à mettre alors en avant l'énumération de leurs difficultés sociales.

Nous nous sommes efforcés de schématiser dans le tableau suivant *les motifs invoqués lors de l'hospitalisation.*

	N	%
Hospitalisation par médecin traitant pour cause uniquement médicale	136	34,7
Idem plus cause sociale invoquée par la famille	24	6,1
Cause médicale et sociale invoquée par le médecin traitant	48	12,3
Motif non précisé par le médecin	11	2,8
Hopistalisation directe pour cause uniquement médicale	60	15,3
Hospitalisation directe pour cause médicale et sociale	74	19
Hospitalisation directe pour cause essentiellement sociale	30	7,7
Hospitalisation directe motif non précisé	8	2,1

Cette analyse qui s'appuie sur les termes du mot du médecin traitant, sur l'observation de l'interne de garde et sur l'interrogatoire de la famille permet les constatations suivantes :

Les conditions sociales interviennent dans 50 % des cas pour motiver l'hospitalisation des enfants.

Il existe à cet égard une différence remarquable entre les admissions avec mot de médecin traitant et les admissions directes.

Lorsqu'un médecin adresse un enfant à l'hôpital, le motif de l'hospitalisation est uniquement médical dans 62 % des cas.

Par contre, des motifs d'ordre social interviennent à un plus ou moins grand degré dans 65 % des hospitalisations directes.

Ceci confirme les conclusions de notre étude précédente sur les hospitalisations directes.

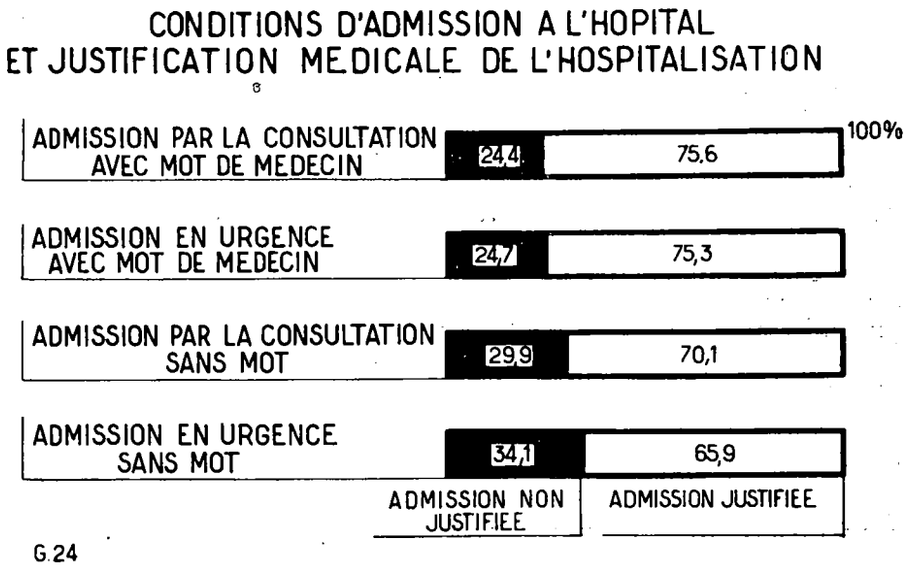
Nous constatons à nouveau dans cette enquête par sondage, que les admissions directes dont le pourcentage est considérable (50,4 % des entrants) sont beaucoup plus en rapport avec les conditions sociales défavorables de la famille qu'avec l'urgence de la maladie.

L'influence de l'âge de l'enfant paraît peu significative sur les conditions de l'admission, sauf en ce qui concerne toutefois les *nouveau-nés et les très jeunes nourrissons.*

69 % des enfants âgés de moins de 3 mois sont adressés à l'hôpital par un médecin traitant alors que ce pourcentage est inférieur à 50 % pour toutes les autres catégories d'âge.

Ceci va de pair avec la constatation que 65 % des enfants de moins de 3 mois sont admis à l'hôpital pour des motifs uniquement médicaux alors qu'il n'en est ainsi que pour 50 % de l'ensemble de nos hospitalisés.

L'explication de cette différence tient au fait d'une part, qu'un certain nombre de nouveau-nés sont adressés directement à l'hôpital par la clinique d'accouchement ou la maternité. D'autre part, les relations entre la mère et son enfant sont très étroites pendant les premières semaines de la vie, le bébé n'est souvent pas encore sorti hors du foyer et, de ce fait, son hospitalisation n'est pratiquement jamais envisagée d'emblée.



Conditions d'admission à l'hôpital et justification médicale de l'hospitalisation

Catégorie	Total des cas	Hospitalisations non justifiées — %
Admission par la consultation avec mot de médecin.....	41	10 = 24,4
Admission en urgence avec mot de médecin	142	34 = 24,7
Admission par la consultation sans mot	77	23 = 29,9
Admission en urgence sans mot	126	43 = 34,1

La proportion des hospitalisations médicalement non justifiées s'élève donc sensiblement pour les catégories de malades qui arrivent directement à l'hôpital sans avoir consulté au préalable un médecin traitant.

A cet égard, il est significatif de constater que les deux catégories de diagnostics qui comportent le plus fort pourcentage d'hospitalisations non justifiées proviennent essentiellement d'admissions directes à l'hôpital :

Malades en observation : admissions directes = 60 %
Rhinopharyngites : admissions directes = 80 %

CONCLUSION

La responsabilité d'admettre un enfant à l'hôpital incombe au personnel médical.

Or ce dernier se trouve chaque instant confronté avec des situations sociales qui prennent souvent autant d'importance dans ses décisions que la gravité ou l'intérêt de la maladie de l'enfant. Comme le dit fort justement le Dr Magdelaine : « S'il existe un seuil de morbidité à partir duquel un malade doit être hospitalisé, il existe un seuil social qui impose l'hospitalisation quelle que soit la gravité de la maladie. »

C'est ce qui donne son intérêt à l'analyse des facteurs sociaux de l'hospitalisation.

CHAPITRE III

LE PROBLÈME DES HOSPITALISATIONS MULTIPLES

La lecture des observations cliniques des enfants admis à l'hôpital révèle la *fréquence de leurs hospitalisations antérieures.*

Cependant, comme il s'agit le plus souvent d'affections sans rapport direct avec la maladie actuelle, l'attention ne s'y fixe guère, ce qui fait que l'importance de ce phénomène n'est pas toujours apparent.

Nous avons donné sur ce sujet, dans un précédent chapitre, les résultats des questionnaires remplis à Bretonneau, Hérold et Trousseau. C'est pourquoi, sans nous attarder à analyser les pourcentages globaux obtenus dans notre sondage, qui se superposent très exactement à ceux-ci, nous nous attacherons plus particulièrement à déterminer la nature et les motifs de ces rehospitalisations.

Hospitalisations antérieures à l'hospitalisation actuelle

	N	%	
Première hospitalisation	244	63,7	
Deuxième —	74	19,3	
Troisième —	38	10	
Quatrième —	8		
Cinquième —	9		
Sixième —	5		7
Septième —	1		
Huitième —	1		
Neuvième —	3		

On constate que plus du tiers des enfants hospitalisés ont déjà fait un séjour antérieur à l'hôpital et que ce pourcentage dépasse la moitié pour les enfants âgés de plus de 2 ans.

Hospitalisations antérieures et âge de l'enfant

	0-5 mois		6-11 mois		12-23 mois		plus de 2 ans	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Première hospitalisation.....	94	84,7	55	64,7	44	52,3	50	49,5
Deuxième hospitalisation	12	10,8	16	18,8	25	29,7	21	20,8
Troisième et davantage	5	4,5	14	16,5	15	17,8	30	29,7

Causes médicales des rehospitalisations

Schématiquement, à la lumière de nos documents, les différentes éventualités cliniques peuvent se grouper de la façon suivante :

1° Certaines maladies chroniques sont parsemées d'épisodes aigus dont la sévérité peut nécessiter à chaque fois l'hospitalisation du petit malade.

Nous en trouvons 2 exemples dans notre enquête ; l'*asthme* et la *comitialité sévère*. Mais bien d'autres maladies, telles que les néphroses, le diabète, certaines hémopathies, etc. peuvent justifier une série de rehospitalisations.

2° Certains enfants porteurs de *malformations* ou de *dystrophies congénitales* présentent une fragilité constitutionnelle qui rend particulièrement difficile le traitement de toute maladie surajoutée, et impose leur hospitalisation fréquente. C'est le cas dans notre enquête pour un *mongolien*, pour un enfant atteint d'une *malformation cardiaque congénitale.*

3° Certains enfants ont été hospitalisés antérieurement pour une affection chirurgicale : Nous trouvons ainsi dans notre enquête une *intervention pour pieds bots*, une *sténose du pylore.*

4° Dans quelques cas, l'enfant est contaminé à l'hôpital. Le pourcentage des surinfections hospitalières s'élève en effet dans l'enquête à 12 % du total des hospitalisés. (Il s'agit le plus souvent d'*affections des voies respiratoires*, de *diarrhées à germes pathogènes* ou de *maladies éruptives* communes).

Lorsque la maladie se déclare pendant le séjour de l'enfant, la durée de l'hospitalisation en est prolongée d'autant. Il arrive cependant parfois que le germe ou le virus responsable ne manifeste ses effets qu'après le retour de l'enfant dans son foyer et conduise, de ce fait, à sa rehospitalisation.

5° Parfois l'épisode pathologique qui a provoqué la première hospitalisation est une maladie sévère survenue chez un jeune nourrisson : *diarrhée avec déshydratation*, *pneumopathie aiguë dyspnéisante*, *coqueluche avec quintes asphyxiantes*, etc.

La gravité de la première maladie a sensibilisé l'entourage de l'enfant et toute nouvelle maladie suscite des réactions anxieuses de la part de la famille, du médecin traitant ou de l'interne de garde, pouvant conduire à une mise en observation hospitalière plus ou moins abusive.

6° Certains nourrissons font, à l'occasion d'une première maladie, une *crise convulsive hyperpyrétique.* Ce symptôme, malgré son absence fréquente de signification et de conséquence, alarme toujours la famille et provoque souvent l'hospitalisation. Si le même épisode se renouvelle à l'occasion d'une autre maladie fébrile, l'enfant pourra être à nouveau hospitalisé.

7° Cependant, dans la majorité des cas, les hospitalisations successives de l'enfant répondent à des *épisodes pathologiques sans signification particulière : maladies contagieuses* diverses, *rhinopharyngites*, *otites*, *diarrhées*, etc. dont aucune ne semble avoir imposé une hospitalisation en raison de son caractère insolite ou de sa gravité.

Les conditions de vie de l'enfant, les conditions sociales de la famille paraissent être à l'origine de ces rehospitalisations.

C'est ici qu'il importe de faire la part des caractères particuliers que les conditions d'existence, l'absence d'hygiène, le surpeuplement, impriment à la pathologie du jeune enfant, et de ce qui, dans son hospitalisation, résulte de facteurs principalement extra-médicaux.

Certaines études contemporaines montrent que les conditions socio-économiques influent encore de façon sensible sur le taux de la mortalité infantile, sur la mortalité tuberculeuse, sur le poids et la taille des enfants, etc.

En ce qui concerne les maladies contagieuses, il est notoire que certaines conditions de surpeuplement, de même que l'élevage de l'enfant hors du foyer, en particulier dans les crèches, favorisent la contamination par ces maladies dès la première enfance.

Les maladies contagieuses, les affections virales saisonnières, ont en outre une fâcheuse tendance à se compliquer de surinfection des voies respiratoires supérieures dans les familles nombreuses, lorsque les enfants vivent entassés dans des logements trop exigus, humides, ou mal aérés.

Les otites suppurées, les bronchites s'y rencontrent plus volontiers qu'ailleurs et prennent souvent un caractère traînant et récidivant.

Ces surinfections répétées peuvent être graves, elles fatiguent toujours l'enfant, elles imposent des soins prolongés.

En ce sens on peut dire que certaines conditions sociales impriment une coloration et une gravité particulière à la pathologie infectieuse banale de la première enfance et peuvent imposer l'hospitalisation pour des raisons médicales.

L'adaptation et l'habitude — Le prestige hospitalier

Quelle que soit la raison médicale qui conduit à l'hospitalisation d'un enfant, le comportement de la famille diffère presque toujours selon qu'il s'agit d'une première expérience ou d'une décision succédant à un ou plusieurs séjours antérieurs de l'enfant à l'hôpital.

Lors de la première hospitalisation les parents ne se résolvent à se séparer de leur enfant que s'ils sont convaincus de la gravité de la maladie ou lorsque les conditions sociales sont absolument contraignantes.

Ils ne tardent pas cependant à prendre conscience du retentissement souvent insignifiant d'une hospitalisation de courte durée sur le comportement psychologique de l'enfant, de la qualité des soins infirmiers et médicaux, de la modicité des frais à la charge de la famille, du soulagement apporté à la mère pour qui la maladie de son enfant représente toujours un surcroît de fatigue et de responsabilités.

Tous ces facteurs contribuent à vaincre le sentiment d'hostilité préconçue à l'égard de l'hôpital, et c'est avec moins de répugnance que l'hospitalisation de l'enfant sera envisagée lors d'une nouvelle maladie.

Les conditions sociales

Pour que les parents d'un petit malade aient tendance à le faire hospitaliser plutôt que de recourir aux soins d'un médecin de ville encore faut-il qu'ils y soient poussés par leurs conditions d'existence.

Nous verrons, à cet égard, le rôle déterminant joué par les mauvaises conditions de logement, l'insuffisance des ressources financières, le travail salarié de la mère de famille, l'élevage de l'enfant hors du foyer, la transplantation récente dans la région parisienne, etc.

Lorsque plusieurs de ces conditions se trouvent réunies, l'hospitalisation de l'enfant tend à devenir la solution de facilité devant n'importe quel état pathologique.

Les corrélations suivantes illustrent que la signification de l'hospitalisation tend à faire place à des considérations sociales au fur et à mesure des hospitalisations successives.

Hospitalisations antérieures et conditions d'admission

	1re hospitalisation		2e hospitalisation		3e hospitalisation	
	N	%	N	%	N	%
Admissions avec mot de médecin.	128	54,6	29	39,2	19	29,3
Admissions directes	106	45,4	45	60,8	46	70,7

Les admissions directes passent de 45,4 % à la première hospitalisation à 70,7 % au-delà de la seconde hospitalisation.

Hospitalisations antérieures et motifs invoqués lors de l'hospitalisation

	1re hospitalisation		2e hospitalisation		3e hospitalisation	
	N	%	N	%	N	%
Motif strictement médical.....	154	64,4	40	54	22	33,8
Association d'un motif social ...	85	35,6	34	46	43	66,2

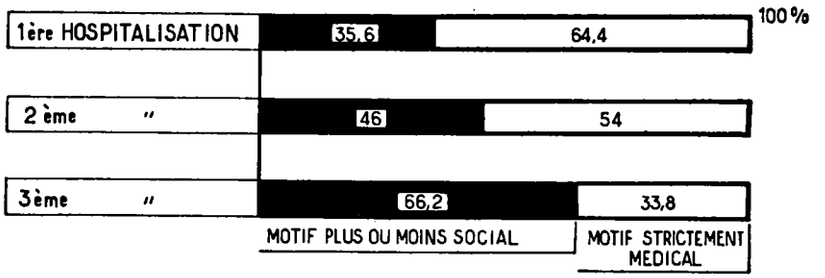
Lors de la première hospitalisation des raisons sociales ne sont invoquées que dans 35,6 % des admissions, au-delà de la seconde hospitalisation, dans 66,2 % des cas.

Hospitalisations antérieures et justification médicale de l'hospitalisation

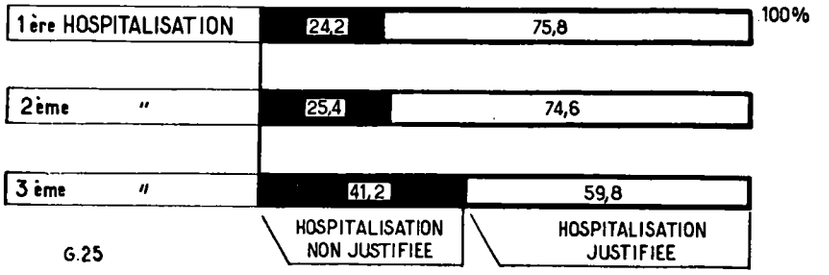
	1re hospitalisation		2e hospitalisation		3e hospitalisation	
	N	%	N	%	N	%
Hospitalisation justifiée	179	75,8	44	74,6	47	59,8
Hospitalisation non justifiée	57	24,2	15	25,4	33	41,2

Au-delà de la deuxième hospitalisation, dans 41 % des cas, l'admission de l'enfant ne se justifie pas par la sévérité ou l'atypie de la maladie.

HOSPITALISATIONS MULTIPLES ET MOTIFS INVOQUES LORS DE L'HOSPITALISATION



HOSPITALISATIONS MULTIPLES ET JUSTIFICATION MEDICALE DE L'HOSPITALISATION



Hospitalisation des frères et sœurs

Pour chaque famille ayant plusieurs enfants, nous avons procédé à un interrogatoire soigneux non seulement des antécédents pathologiques du petit malade, mais encore de ceux de ses frères et sœurs et nous nous sommes attachés tout particulièrement aux hospitalisations antérieures dans la fratrie.

Les résultats obtenus sont extrêmement significatifs.

Hospitalisations antérieures dans la fratrie

	N
2 *enfants*	
Pas d'hospitalisation de l'autre	41
L'autre enfant a déjà été hospitalisé .	32
3 *enfants ou plus*	
Pas d'hospitalisation antérieure dans la fratrie	26
Un seul a déjà été hospitalisé.....	20
Plusieurs ont été hospitalisés	66

En résumé, dans les familles de 2 enfants, dans *44* % des cas, l'autre enfant a déjà été hospitalisé auparavant. Dans les familles de 3 enfants ou

plus, dans *76,5* % des cas, un ou plusieurs membres de la fratrie ont déjà été hospitalisés.

Ces résultats confirment le rôle capital joué par les facteurs sociaux ou psychologiques dans l'hospitalisation des enfants.

Hospitalisations antérieures de l'enfant et hospitalisation des frères et sœurs (familles ayant au moins 2 enfants)

	1re hospitalisation		2e hospitalisation		3e hospitalisation et plus	
	N	%	N	%	N	%
Pas d'hospitalisation dans la fratrie	47	41,5	16	48,5	4	11,5
Hospitalisation antérieure dans la fratrie	68	58,5	17	51,5	31	88,5

Lorsque l'enfant est hospitalisé pour la troisième fois et qu'il y a des frères et sœurs, l'un d'entre eux au moins a déjà été hospitalisé dans la quasi totalité des cas.

Hospitalisations antérieures des frères et sœurs et conditions d'admission à l'hôpital (familles ayant au moins 2 enfants)

	Admission avec mot de médecin		Admission directe	
	N	%	N	%
Pas d'hospitalisation dans la fratrie	42	49,5	24	24,5
Hospitalisation antérieure dans la fratrie	43	50,5	74	75,5

Quand un ou plusieurs enfants ont déjà été hospitalisés dans une famille, celle-ci est beaucoup plus souvent amenée à conduire directement un autre enfant à l'hôpital.

Hospitalisations antérieures des frères et sœurs et justifications médicales de l'hospitalisation de l'enfant (familles ayant au moins 2 enfants)

	Pas d'hospitalisation antérieure dans la fratrie		Hospitalisation antérieure dans la fratrie	
	N	%	N	%
Hospitalisation justifiée	50	74,6	106	70,5
Hospitalisation non justifiée	17	25,4	44	29,5

Le pourcentage des hospitalisations médicalement non justifiées est supérieur lorsque d'autres enfants ont déjà été hospitalisés, mais les chiffres ici ne sont pas significatifs.

RÉSUMÉ

D'après l'examen de nos dossiers, les raisons médicales des rehospitalisations d'enfants peuvent se schématiser de la façon suivante :

Certaines maladies chroniques sévères et à rechutes imposent à l'enfant des rehospitalisations successives.

Certains enfants ont fait l'objet d'une intervention chirurgicale antérieure.

Une surinfection hospitalière peut ne manifester ses effets qu'après la sortie de l'enfant et imposer une nouvelle hospitalisation.

Parfois une première maladie sévère ou impressionnante suscite des réactions anxieuses de la famille à l'occasion de toute nouvelle maladie de l'enfant.

Le plus souvent, cependant, les hospitalisations successives de l'enfant répondent à des épisodes pathologiques variés, sans gravité évidente (maladies infectieuses, diverses, affections des voies respiratoires, etc.).

Peut-être dans ces cas certaines conditions de vie de l'enfant retentissent-elles sur la gravité de maladies en principe banales.

Il semble bien cependant que sous la pression de conditions sociales certaines familles adoptent de plus en plus facilement la solution hospitalière pour résoudre les problèmes posés par la maladie de l'enfant.

L'élévation du pourcentage des admissions directes à l'hôpital, l'importance prise par les motifs sociaux au moment de l'admission et le pourcentage grandissant des hospitalisations médicales non justifiées au cours des rehospitalisations successives de l'enfant illustrent l'évolution du comportement de certaines familles vis-à-vis de l'hôpital.

L'étude des hospitalisations antérieures des frères et sœurs de l'enfant montre d'ailleurs que dans les familles de 2 enfants, dans 44 % des cas, l'autre enfant a déjà été hospitalisé et que dans les familles de plus de 2 enfants ce pourcentage s'élève à 76,5 %, et à 88,5 % lorsque l'enfant est hospitalisé pour la troisième fois.

CHAPITRE IV

FACTEURS DE L'HOSPITALISATION : L'HABITAT

RÉPARTITION DES HOSPITALISATIONS D'ENFANTS DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Sans négliger, pour autant, les hôpitaux privés comme l'hôpital Saint-Joseph ou l'hôpital Saint-Michel qui possèdent un service d'enfants, on peut admettre que la majorité des hospitalisations d'enfants s'effectue dans les hôpitaux de l'Assistance Publique.

En 1959, le nombre des enfants admis en médecine, dans les hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris, s'est élevé à *33 000* (voir carte I), se répartissant de la façon suivante :

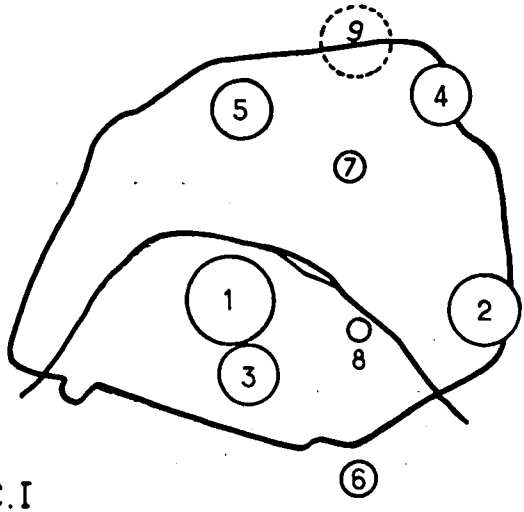
Hôpital	Lits de médecine	Admissions
Enfants-Malades	544	8.419
Trousseau	415	6.000
Saint-Vincent-de-Paul	350	4.998
Hérold	303	4.710
Bretonneau	248	3.727
Bicêtre	205	2.296
Saint-Louis	100	1.947
La Salpêtrière	84	837

Il convient d'ajouter à cette liste les enfants admis pour maladie contagieuse à l'hôpital Claude-Bernard, dont le nombre s'est élevé à 6 150 en 1959.

Le nombre d'admissions en médecine, dans chaque hôpital, est proportionnel au nombre des lits. Deux hôpitaux faisant cependant exception à la règle et ayant un nombre d'hospitalisation inférieur au chiffre que laisserait supposer le nombre de lits : ce sont Bicêtre et la Salpêtrière. Nous donnerons l'explication du phénomène en ce qui concerne le premier de ces établissements.

Le secteur géographique de chacun de ces hôpitaux est difficile à déterminer de façon précise, car, contrairement aux hôpitaux d'adultes, il n'existe en principe aucun secteur strictement déterminé pour effectuer une hospitalisation d'enfant, et les médecins traitants peuvent adresser leurs petits malades dans le service de leur choix, sous réserve d'une place disponible. Les secteurs de répartition des admissions s'interpénètrent donc largement.

ADMISSIONS EN MEDECINE INFANTILE DANS LES HOPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS -ANNEE 1959



C.I

1- ENFANTS MALADES	8.419
2- TROUSSEAU	6.000
3- St VINCENT DE PAUL	4.998
4- HEROLD	4.710
5- BRETONNEAU	3.727
6- BICETRE	2.296
7- ST LOUIS	1.947
8- SALPETRIERE	837
TOTAL:	33.000
9- CLAUDE-BERNARD	*8.150*

De plus, depuis quelques années, certains services tendent à se spécialiser dans une branche particulière de la pathologie infantile : cardiologie, hématologie, néphrologie, neurologie, neuro-psychiatrie, rhumatologie, génétique.

Dans certains cas, cette spécialisation est pratiquement admise par l'Administration de l'Assistance Publique, bien que les lits de ces services ne soient jamais officiellement réservés à une catégorie précise de malades.

Le recrutement de ces services devient régional, voire national. Les malades y sont toujours adressés par leur médecin traitant, souvent même ils y sont transférés par d'autres hôpitaux dans lesquels les enfants ont été admis tout d'abord.

Ces services fonctionnent donc, véritablement, comme des centres de diagnostic et de traitement, tels que nous avons cherché à les définir précédemment.

La nature de la maladie et la nécessité d'investigations ou de traitements spéciaux sont seuls à intervenir dans l'admission de ces enfants. Les facteurs sociaux de l'hospitalisation ne jouent ici qu'un rôle négligeable.

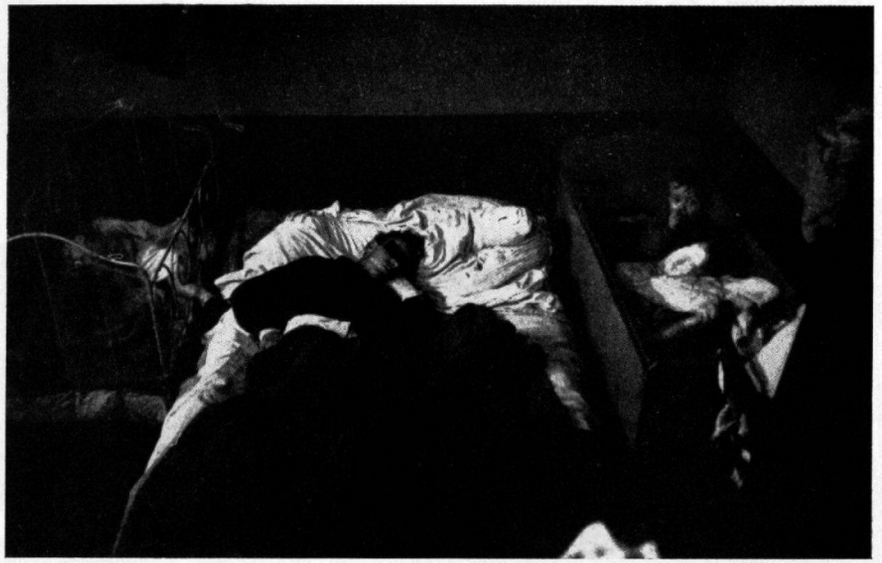
Il n'existe, à notre connaissance, qu'un petit nombre de services ou de fractions de services ayant acquis ce caractère :

Le service du Dr Nouaille à Bicêtre (90 lits) est consacré officiellement aux enfants atteints d'affections cardiaques, congénitales ou acquises.

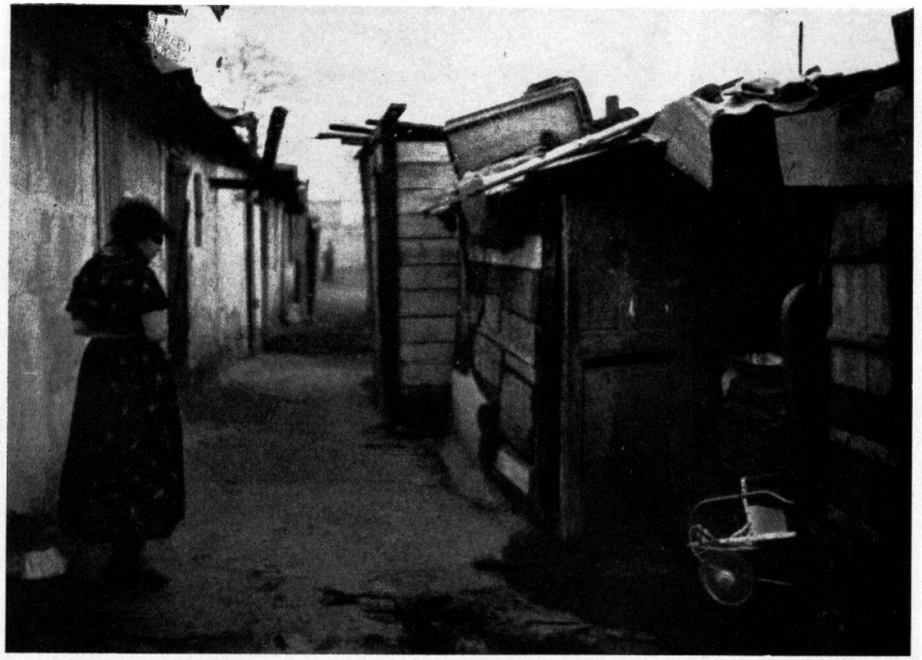




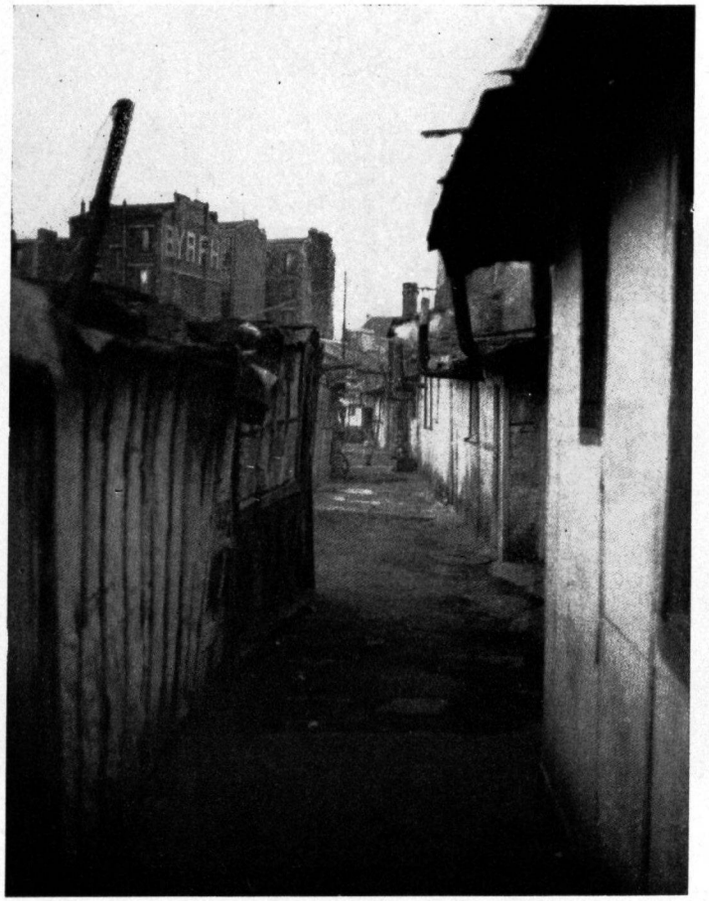
BIDONVILLES



LOGEMENT (SOUS-SOL)



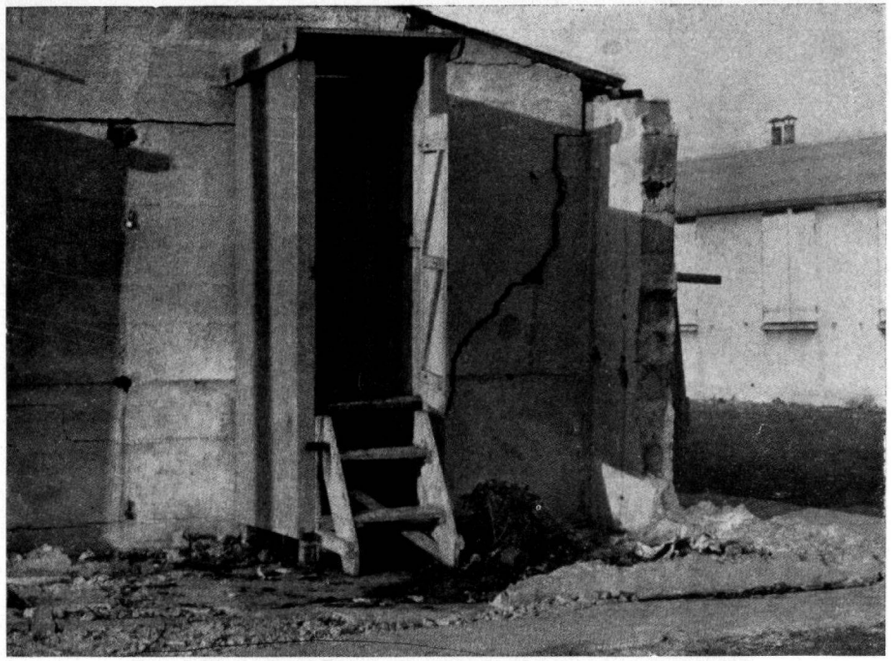
BIDONVILLE



BIDONVILLE

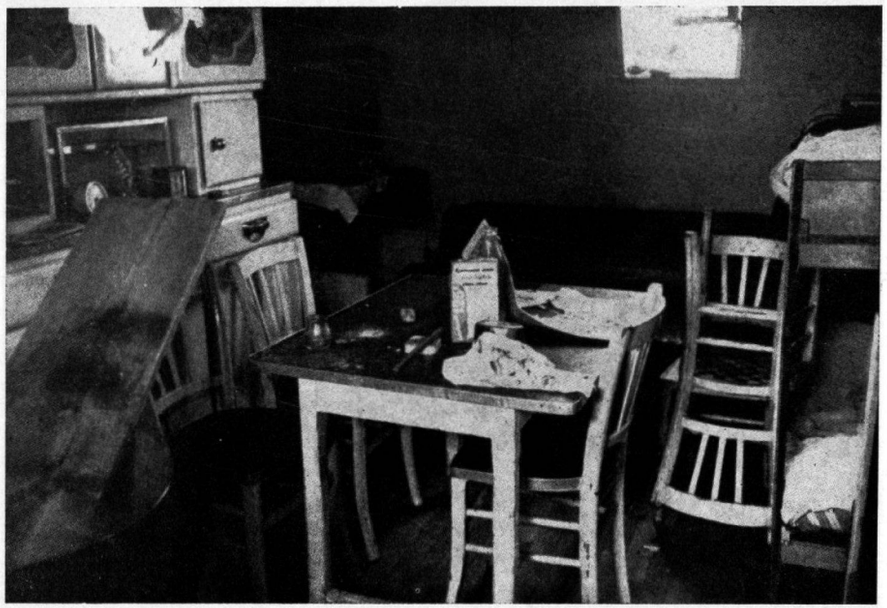


CITÉS D'URGENCE





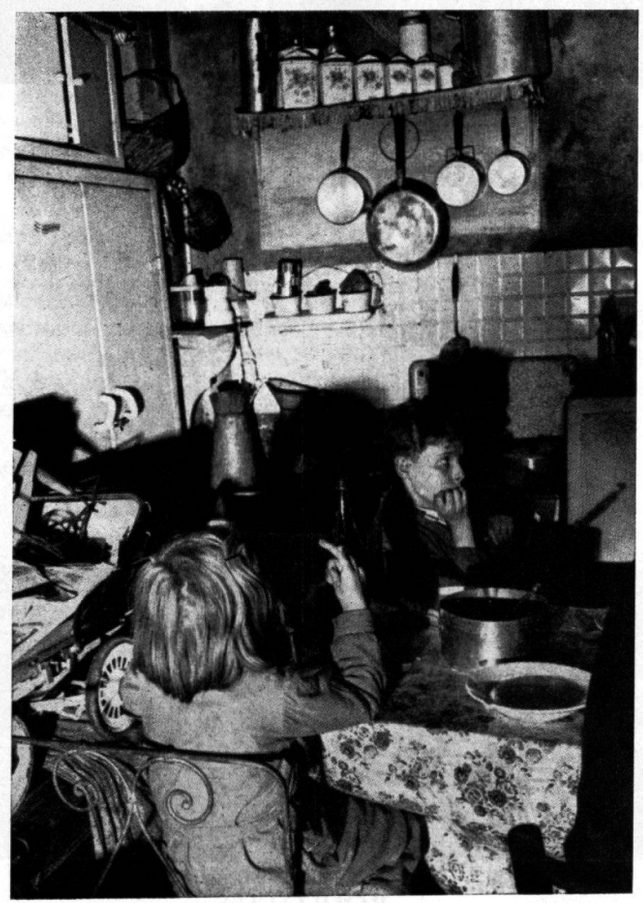
CITÉS D'URGENCE



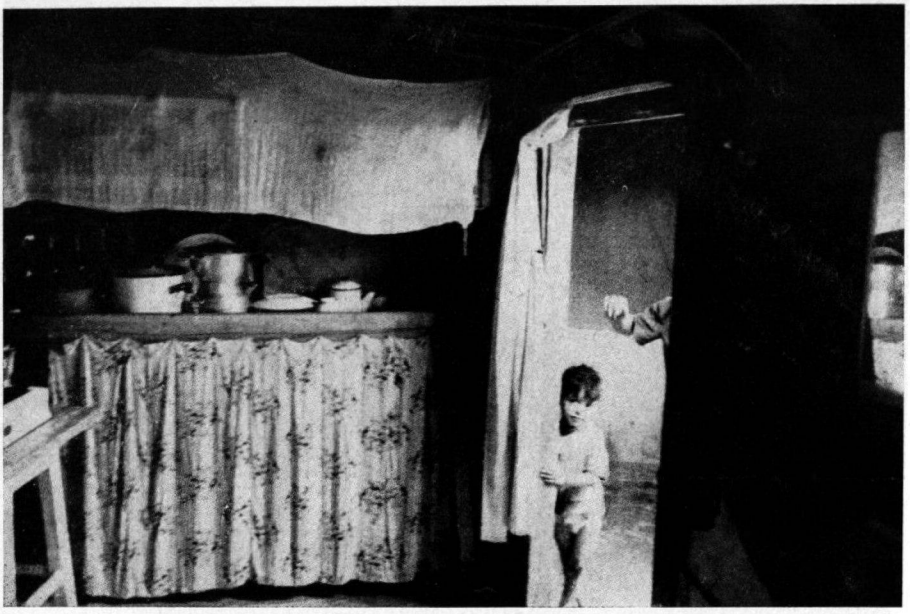
HOTELS MEUBLÉS







HOTELS MEUBLÉS



AUTOBUS



ROULOTTES

Dans le service de neurologie infantile des Enfants-Malades (Pr Agr. Thieffry), 28 lits sont réservés aux poliomyélites graves et aux urgences neuro-respiratoires.

A l'hôpital Saint-Louis, 30 lits du service de médecine infantile (Pr J. Bernard) sont réservés aux cas d'hématologie.

Ces portions de services sont les seules ayant acquis, à notre connaissance, un caractère de spécialisation quasi officiel.

Il existe entre ces services et ceux de médecine infantile sans spécialisation particulière, comme celui du Dr Kaplan, toute une série de situations intermédiaires. A titre d'exemple, citons :

— Dans le service du Pr J. Marie aux Enfants-Malades, une trentaine de lits consacrés aux néphropathies et aux maladies du métabolisme, sous la direction du Pr Agrégé Royer.

— A l'hôpital Hérold, 25 lits réservés, dans le service du Dr Clément Launay, aux mises en observations neuro-psychiatriques.

A vrai dire, chaque service de médecine infantile présente une physionomie particulière qui dépend à la fois de la notoriété de son chef de service, de l'orientation de ses recherches, de la spécialisation de ses collaborateurs, du nombre et du domicile de ses médecins correspondants. Ces différents caractères contribuent, dans une certaine mesure, à modifier la nature et la distribution géographique de son recrutement de malades.

Le service de cardiologie infantile de Bicêtre, de même que la Salle Clovis-Vincent (Pr Thieffry) aux Enfants-Malades, sont deux exemples significatifs du recrutement d'un service à orientation hautement spécialisée.

1° *Distribution géographique des admissions dans le service de cardiologie infantile de Bicêtre (Dr Nouaille)* (carte II)

Ce service admet uniquement des enfants atteints d'affections cardiaques : cardiopathies congénitales nécessitant des explorations et malades atteints de rhumatismes articulaires aigus avec complications cardiaques.

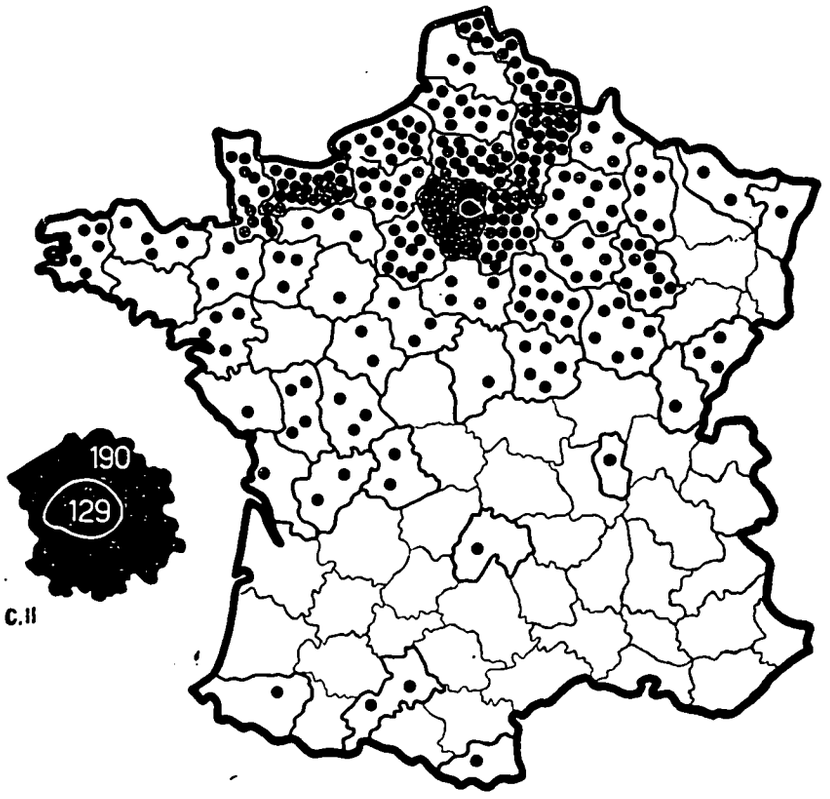
664 enfants y ont été admis du 1er janvier au 31 décembre 1960.

La répartition de ces admissions est la suivante :

Total des admissions (664)

Département de la Seine	Paris	129
	Banlieue (Seine)	190
Province	Seine-et-Oise	67
	Aisne	27
	Calvados	21
	Seine-et-Marne	19
	Oise	17
	Seine-Maritime	13
	Eure-et-Loir	11
	Eure	10
	Yonne	10
	Autres départements (34)	158

En résumé, Paris et le département de la Seine fournissent moins de la moitié des admissions d'enfants de ce service et plus de la moitié d'entre eux proviennent de 43 autres départements.



DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE DES ADMISSIONS
DU SERVICE DE CARDIOLOGIE INFANTILE DE BICETRE
(Dr NOUAILLE)

2° *Distribution géographique des admissions de la Salle Clovis-Vincent (Pr. Agrégé Thieffry aux Enfants-Malades)* (carte III).

Cette salle comprend 28 lits, mais elle a constamment fonctionné en 1960 avec des lits en surnombre et le chiffre de malades hospitalisés n'est guère descendu au-dessous de 35.

Elle comporte tout un équipement d'assistance respiratoire : lits basculants, poumons d'acier, appareils d'Angstroem ; un personnel médical et infirmier hautement qualifié, des gardes de réanimateurs.

Elle est habilitée à recevoir les poliomyélites graves et les urgences neuro-respiratoires de Paris, de la Seine, de Seine-et-Oise, de Seine-et-Marne, de Seine-Maritime, de l'Eure, de l'Oise, de l'Eure-et-Loir, du Loiret, de l'Yonne, de l'Aube, de la Marne et de l'Aisne.

La répartition des admissions à la Salle Clovis-Vincent, pour l'année 1960, permet les constatations suivantes :

Poliomyélites				134
Autres urgences respiratoires (U.R.)				110
Total des admissions				244
Département de la Seine (122)	Paris	42	Polio	19
			U.R.	23
	Banlieue (Seine)	80	Polio	47
			U.R.	33
Seine-et-Oise, Seine-et-Marne : 59	Seine-et-Oise	42	Polio	26
			U.R.	16
	Seine-et-Marne	17	Polio	8
			U.R.	9
Province (63)	Oise	10		
	Eure	7		
	Aisne	6		
	Loiret	5		
	Seine-Maritime	5		
	Eure-et-Loir	3		
	Aube	3		
	Somme	2		
	Manche	2		
	Finistère	2		
	Autres départements	18		

En résumé, Paris et le département de la Seine fournissent la moitié des admissions de cette salle. La Seine-et-Oise et la Seine-et-Marne 24 % ; les autres départements 26 %.

La distribution géographique des admissions est schématisée dans la carte de répartition et montre une dispersion centrifuge des points uniformément répartie autour de Paris.

Si nous prenons, par exemple, le cours de la Seine comme ligne de séparation pour Paris et le département de la Seine nous trouvons :

Au sud :	
Paris	18
Banlieue (Seine)	38
Au nord :	
Paris	24
Banlieue (Seine)	42

Cette répartition uniforme s'explique par le caractère même des maladies admises dans cette salle. Seule l'existence d'une épidémie poliomyélitique massive dans une localité pourrait donner une concentration régionale des admissions, mais en dehors du fait que l'endémie poliomyélitique prend exceptionnellement le caractère d'une épidémie massive de forme paralytique, les poliomyélites nécessitant d'urgence une assistance respiratoire

sont, heureusement, l'exception et leur nombre est insuffisant pour avoir une traduction sur une carte de répartition.

Ceci est plus vrai encore pour les urgences neuro-respiratoires non poliomyélitiques.

Conditions d'admission	N	%
Admissions directes	0	—
Par médecins traitants	214	87,6
Venant d'un autre hôpital	30	12,4

Les admissions directes dans le service sont inexistantes. Tous les malades ont été préalablement vus par un médecin traitant et plus de 30 enfants ont été dirigés vers cette salle par l'hôpital de Paris ou de province dans lequel ils avaient été admis.

Nous verrons que ces différents caractères opposent les deux services que nous avons étudiés à celui de l'hôpital Bretonneau que nous avons choisi comme cadre de notre enquête.

Il y a lieu cependant de remarquer que le nombre des admissions au service de cardiologie infantile de Bicêtre (664) ne représente que 28,9 % des 2 296 enfants hospitalisés en médecine alors que le nombre de lits de ce service (90) représente 44 % des 205 lits de médecine infantile.

De même, les 244 admissions à la salle Clovis-Vincent ne représentent que 3,8 % des 9 455 enfants admis aux Enfants-Malades pendant l'année 1960.

Nous avons momentanément écarté de notre étude l'*hôpital des Enfants-Malades*. En effet, l'existence des services de neurologie infantile et de maladies du métabolisme, la présence concomitante dans cet hôpital de 3 services de clinique, le grand nombre de ses médecins assurant en ville une fonction de consultants, le réseau considérable et dispersé des médecins correspondants, la notoriété traditionnelle de cet hôpital qui attire vers lui un grand nombre de malades de banlieue ou de province, donnent au recrutement des Enfants-Malades une physionomie trop particulière pour qu'il soit possible d'intégrer son étude sans précaution dans l'ensemble de nos constatations concernant les hospitalisations d'enfants.

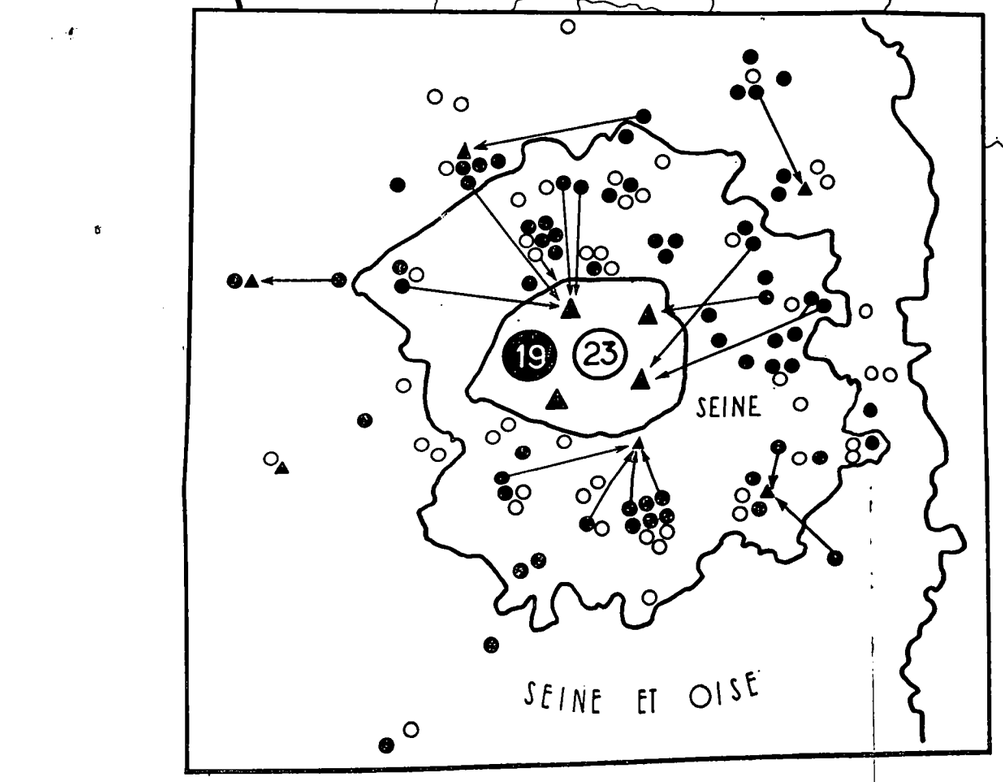
Nous estimons néanmoins, et l'exemple de la salle des poliomyélites nous confirme dans notre opinion, que l'importance du recrutement médicalement sélectionné reste numériquement moins significative qu'on ne serait tenté de le croire.

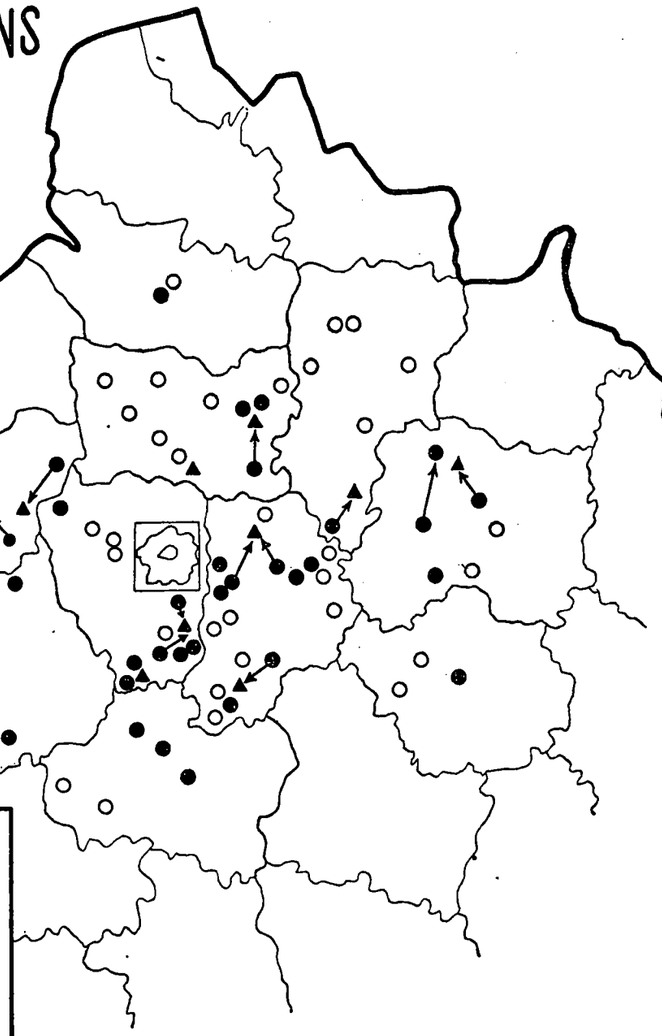
Il est de fait que dans un service toute l'attention médicale se porte sur le lot des maladies graves, rares ou de diagnostic délicat. Celles-ci font l'objet d'examens prolongés, d'investigations multiples, de présentations aux étudiants, et, éventuellement, de publications scientifiques. Leur importance est proportionnellement beaucoup plus grande que la place effective qu'elles occupent, et l'interne qui est tenu d'examiner systématiquement tous les malades de ses salles est parfois mieux à même que les assistants ou les chefs de service d'apprécier le pourcentage de ces cas par rapport à l'ensemble.

Il nous paraît donc probable que, dans une forte proportion, les admissions d'enfants à l'hôpital des Enfants-Malades sont soumises à des pressions

DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE DES ADMISSIONS

SALLE CLOVIS VINCENT
(Pr THIEFFRY_(Enfants malades)





● POLIOMYELITE 134
○ URGENCES RESPIRATOIRES 110
▲ VENANT D'UN HOPITAL 30

G.III

sociales identiques à celles que nous avons étudiées dans les hôpitaux du nord de Paris.

L'hôpital Saint-Vincent de Paul pose un problème différent : cet hôpital compte 350 lits de médecine infantile, mais ceux-ci se répartissent en deux fractions dont la fonction est très différente.

— 180 lits forment le service de la policlinique infantile, dont le recrutement s'effectue, comme pour les autres hôpitaux, par l'intermédiaire de la consultation externe et des urgences, avec une proportion assez importante de malades sélectionnés adressés par les médecins collaborateurs du service et les médecins correspondants.

— 170 lits sont, par contre, réservés à l'hospitalisation au titre de l'aide à l'enfance (anciennement enfants assistés), qu'il s'agisse d'enfants en dépôt temporaire, ou d'enfants placés en nourrice ou en pouponnière.

Les conditions sociales interviennent dans ces admissions de façon encore plus impérieuse qu'ailleurs, mais il s'agit d'un cadre particulier qui doit être étudié à part. C'est pourquoi nous avons pensé qu'il était préférable de ne pas inclure cet hôpital dans notre étude.

Nous pensons en revanche que les services de médecine infantile de *Bicêtre* (mis à part le service de cardiologie), de *La Salpêtrière* et de *Saint-Louis* présentent des caractéristiques parfaitement comparables à celles de *Trousseau*, d'*Hérold* et de *Bretonneau*.

ÉTUDE COMPARATIVE DES HOPITAUX BRETONNEAU HÉROLD ET TROUSSEAU

Ces trois hôpitaux qui nous ont servi pour notre enquête de référence comptent un total annuel de 14 437 admissions, c'est-à-dire 43,5 % du nombre des admissions dans les hôpitaux d'enfants de l'Assistance Publique de Paris.

Situés respectivement dans les 18e, 19e et 12e arrondissements, ils se rapprochent par une origine commune. C'est en effet en 1895, à la suite de la démolition de l'ancien hôpital Trousseau situé rue de Charenton, qu'on décida l'implantation simultanée dans la moitié nord de Paris de ces trois hôpitaux d'enfants. Dans les rapports qui accompagnèrent la décision du Conseil Municipal, il est intéressant de constater qu'en dehors de la nécessité d'augmenter le nombre de lits hospitaliers d'enfants dans la région parisienne, le problème de la décentralisation hospitalière fut posé.

On considéra comme important de rapprocher l'hôpital de sa clientèle locale, afin d'éviter aux jeunes malades de trop longs trajets. En particulier, l'implantation de l'hôpital Bretonneau dans le 18e arrondissement fut consécutive à une pétition de la population de cet arrondissement.

Nés vers la même époque, de conception architecturale comparable, ces trois hôpitaux ont suivi dans l'ensemble une évolution parallèle. Ils desservent actuellement une population de plus de 5 millions d'habitants comprenant la moitié nord de Paris ainsi que les communes du nord-ouest, du nord, du nord-est et de l'est du département de la Seine.

Le questionnaire qui fut respectivement rempli pour tous les enfants de moins de six ans, admis pendant une période de six mois dans les services suivants :

Hôpital Bretonneau, Service du Dr Kaplan ;

Hôpital Hérold, Service du Pr Agrégé Rossier ;

Hôpital Trousseau, Service du Pr Agrégé Laplane

montre qu'il existe pour ces trois hôpitaux une étroite similitude dans les conditions d'hospitalisation, et les sondages approfondis effectués à l'hôpital Bretonneau nous ont donné des résultats très voisins de ceux de ce questionnaire.

Certaines différences ont été cependant relevées entre ces trois services. Nous allons voir qu'elles sont peu significatives et plus apparentes que réelles :

Age de l'enfant hospitalisé	Bretonneau (660 cas) %	Hérold (657 cas) %	Trousseau (383 cas) %
0 à 5 mois	23,9	28,2	33,4
6 à 11 mois	22,9	19,2	25,2
1 à 6 ans	59,9	52,6	41,4

La différence entre Trousseau et les deux autres hôpitaux : nombre nettement moins important de malades, et proportion beaucoup plus forte de nourrissons, trouve son explication dans le fait que l'enquête effectuée à Trousseau l'a été de manière irrégulière ; le relevé des entrants des crêches s'est effectué de façon complète, mais les enfants admis dans les salles de grands ont été très irrégulièrement recensés. Cette différence dans l'échantillonnage permet d'expliquer la plupart des autres discordances notées.

Origine ethnique ou nationale des enfants hospitalisés

	Bretonneau %	Hérold %	Trousseau %
Français	84,4	80,5	83,2
Nord-Africains	15,1	17,1	11,7
Etrangers.....	0,5	2,4	5,2

Le pourcentage des Nord-Africains de Bretonneau est intermédiaire entre celui d'Hérold et celui de Trousseau ; mais nous savons que le pourcentage des admissions nord-africaines est inférieur aux admissions d'enfants originaires de la métropole au-dessous de l'âge de six mois, alors qu'il s'élève nettement ensuite (l'allaitement maternel constituant un frein certain à l'hospitalisation). La proportion plus élevée de jeunes nourrissons dans les statistiques de Trousseau doit donc minimiser pour ce dernier hôpital le pourcentage des admissions nord-africaines.

Cette prépondérance des nourrissons dans la statistique de Trousseau explique également les différences notées dans les deux corrélations suivantes :

Nombre d'hospitalisations antérieures

	Bretonneau	Hérold	Trousseau
	%	%	%
1re hospitalisation	59	65,7	67,2
2e hospitalisation	24,6	20,9	21,8
Plus de 2 hospitalisations	16,4	13,4	10,9

Mais nous savons que le pourcentage des hospitalisations antérieures est proportionnel à l'âge de l'enfant hospitalisé.

Conditions d'admission	Bretonneau	Hérold	Trousseau
	%	%	%
Avec mot de médecin	51,2	48,7	57,1
Admission directe	48,8	51,3	42,9

Les différences notées sont peu significatives et paraissent là aussi, devoir être mises sur le compte du nombre plus élevé de jeunes nourrissons à Trousseau. (Nous avons vu, en effet, que dans la catégorie des enfants de moins de trois mois les admissions avec mot de médecin sont nettement prédominantes).

Par contre, les deux corrélations suivantes, pour lesquelles l'âge de l'enfant n'intervient pas, montrent une similitude remarquable :

	Bretonneau	Hérold	Trousseau
Familles de 5 enfants et plus :	20 %	22,8 %	19,8 %
Proportion de logements de 1 pièce :	38,2 %	36,8 %	41,6 %

Enfin, la comparaison des *diagnostics* reflète une fois de plus la différence de pourcentage entre les nourrissons et les enfants plus âgés. C'est ainsi que le pourcentage des troubles digestifs (diarrhée, toxicose, vomissements) est plus élevé à Trousseau (20,9 %) qu'à Bretonneau (14,8 %), alors que la proportion des affections respiratoires est plus élevée à Bretonneau (48,2 %) qu'à Trousseau (40,5 %), ce qui correspond bien aux variations suivant l'âge, que nous avons étudiées dans le chapitre concernant la pathologie hospitalière.

L'analyse des diagnostics permet également de noter certaines différences dans la structure et l'orientation de chacun de ces services. La présence d'un pavillon de contagieux à Hérold élève le pourcentage des maladies contagieuses (12,3 %) contre 5,6 % à Trousseau et 4,7 % à Bretonneau.

Trousseau possédant, par contre, un pavillon réservé aux primo-infections, voit, de ce fait, s'élever le pourcentage de ces dernières à 4,8 % contre 2,9 % à Bretonneau et 1,9 % à Hérold.

Enfin, le fait qu'à Hérold le Professeur Agrégé Rossier ait été longtemps chef de service du Centre de Prématurés de l'École de Puériculture

attire vers cet hôpital un certain nombre de prématurés. Le pourcentage de ces derniers s'élève donc à 4 % contre 0,8 % à Trousseau et 0,4 % à Bretonneau.

En résumé, malgré certaines nuances qui différencient les conditions d'hospitalisation à Bretonneau, Hérold et Trousseau, et que certaines défaillances de notre enquête permettent d'expliquer en partie, nous retrouvons, dans ces trois hôpitaux, des constantes fondamentales :

— un pourcentage important d'enfants d'origine nord-africaine,
— un pourcentage élevé d'admissions directes et de réhospitalisations,
— de mauvaises conditions de logement,
— et un nombre anormalement élevé de familles nombreuses parmi les hospitalisés.

De ce fait, notre enquête à l'hôpital Bretonneau, bien que n'explorant qu'un secteur géographique localisé, peut, dans une certaine mesure, constituer une observation significative dont les résultats sont révélateurs des conditions d'hospitalisation des enfants dans l'ensemble de la région parisienne.

Domicile des enfants hospitalisés à l'hôpital Bretonneau : Service du Dr Kaplan, 1959 (carte IV)

I. Le nombre total des admissions est de 2 414. Sur ce nombre, 2 048, soit 85 % ont été réparties sur la carte à l'emplacement exact de leur domicile.

366 se trouvent situées en dehors des limites de la carte.

II.

	N	%
Département de la Seine	2.277	94,3
dont : Paris	1.037	43
Banlieue (Seine)	1.240	51,3
Province	137	5,7
dont : Seine-et-Oise	86	3,5
Autres départements (1)	51	2,2

Paris et le département de la Seine fournissent la quasi-totalité des admissions dans le service.

III.

	N	%
Admissions parisiennes	1.037	
18e arrt	581	56,4
17e	203	19,2
9e	68	6,6
10e	40	3,9
19e	30	2,9
Autres arrondissements	115	11,2

(1) Seine-et-Marne, Oise, Marne, Manche, Doubs, Algérie, La Réunion.

L'hôpital Bretonneau dessert donc un secteur parisien bien délimité. Seuls, les 17e, 18e et 9e arrondissements sont essentiellement tributaires de cet hôpital.

La présence de l'hôpital Hérold dans le 19e arrondissement et de l'hôpital Saint-Louis dans le 10e, expliquent la limitation de son rayonnement vers l'est. Pour l'ouest de Paris, il faut tenir compte de 2 facteurs : les 16e et 8e arrondissements ont un taux d'hospitalisation moindre, et les malades sont hospitalisés plus volontiers aux Enfants-Malades.

Au sud, l'influence de Trousseau et des Enfants-Malades, concurrence Bretonneau dans les arrondissements situés au nord de la Seine (fleuve).

IV. *Les admissions de banlieue se localisent dans trois secteurs principaux :*

a) Les communes de *Levallois*, *Clichy* et *Saint-Ouen*, qui sont à la fois les plus proches de l'hôpital et les plus faciles d'accès, totalisent le tiers des admissions du département.

Levallois	Clichy	Saint-Ouen
80	120	201

b) Les communes suivantes situées à l'intérieur de la boucle de la Seine (fleuve) totalisent 376 admissions, c'est-à-dire 30 % du total.

	N
Ile Saint-Denis	11
Villeneuve-la-Garenne	40
Gennevilliers	90
Asnières	133
Colombes, Bois-Colombes	102
La Garenne-Colombes	

c) Vers l'est, les cantons de Saint-Denis, d'Aubervilliers et la commune d'Épinay-sur-Seine fournissent encore un fort contingent d'hospitalisations (250 admissions, soit 20 % du total). Mais nous nous trouvons ici dans une zone marginale, où les hospitalisations sont dirigées aussi bien vers l'hôpital communal de Saint-Denis que vers les hôpitaux Hérold et Saint-Louis.

Plus à l'est, les cantons de Pantin, de Noisy-le-Sec et de Montreuil sont desservis par Hérold ou Trousseau. Ils fournissent toutefois 70 admissions, mais les points de répartition sont très clairsemés.

A l'ouest, on constate la brusque chute du nombre des hospitalisations dans les cantons industriels de Courbevoie et de Puteaux. Ce phénomène s'explique en partie du fait de l'existence de deux hôpitaux situés respectivement à Levallois et à Neuilly, mais il est probable que l'hôpital des Enfants-Malades attire aussi vers lui la population de ces cantons.

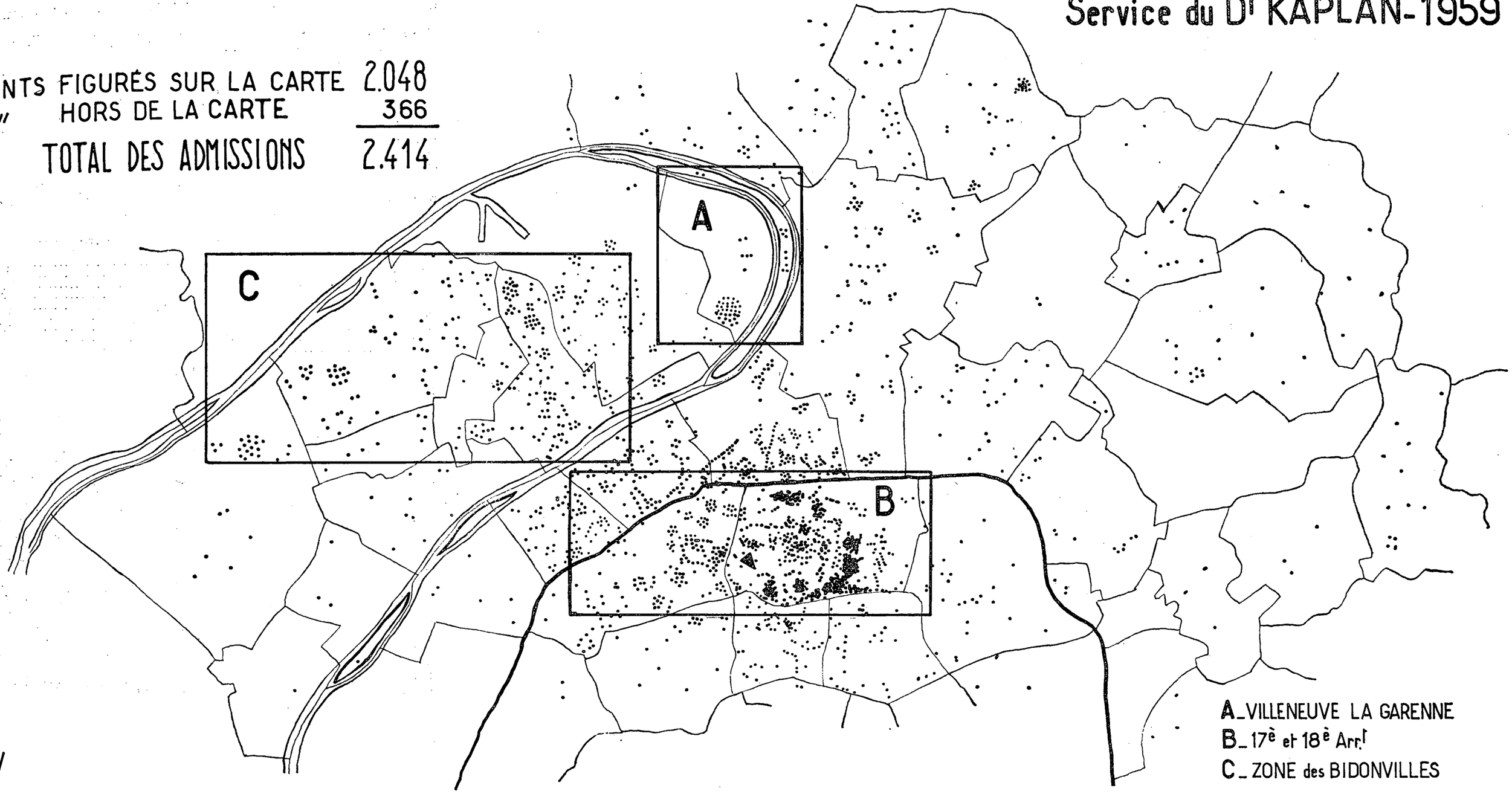
Notons cependant que Nanterre présente à son pôle septentrional une zone limitée, de forte densité d'hospitalisation.

En résumé, la carte de répartition montre que le secteur géographique desservi par Bretonneau est assez nettement délimité et s'inscrit à l'intérieur

DOMICILE DES ENFANTS HOSPITALISES A L'HOPITAL BRETONNEAU

Service du Dr KAPLAN-1959

POINTS FIGURÉS SUR LA CARTE	2.048
" HORS DE LA CARTE	366
TOTAL DES ADMISSIONS	2.414



A_VILLENEUVE LA GARENNE
B_17è et 18è Arrt
C_ZONE des BIDONVILLES

C.IV

d'un angle largement ouvert vers le nord-ouest ayant pour sommet l'extrémité sud-est du 18e arrondissement.

Comparaison des taux d'hospitalisation des enfants suivant l'arrondissement ou la commune (carte V)

Cette carte a été établie en calculant dans chaque commune et chaque arrondissement le nombre des enfants âgés de moins de 15 ans, d'après les données statistiques fournies par l'I.N.S.E.E., en rapportant à ces chiffres le nombre des admissions d'enfants dans le service du Dr Kaplan en 1959 et en en tirant un nombre d'hospitalisations pour 1 000 enfants.

Il est clair qu'il s'agit uniquement ici d'établir une échelle de comparaison et que les chiffres absolus sont sans valeur puisqu'ils ne concernent les hospitalisations que dans un seul service de médecine.

Chiffres des hospitalisations dans le Service du Dr Kaplan pour 1.000 *enfants :*

Villeneuve-la-Garenne	40	Stains	8
Saint-Ouen	20	17e arrondissement	6
Ile Saint-Denis	17	Saint-Denis	5,2
18e arrondissement	13,5	9e arrondissement	4,2
Clichy	13,5	Nanterre	3
Gennevilliers	13	Bois-Colombes	2,3
Levallois	8,4	10e arrondissement	2,1
Asnières	8,3	Aubervilliers	2
Colombes	8		

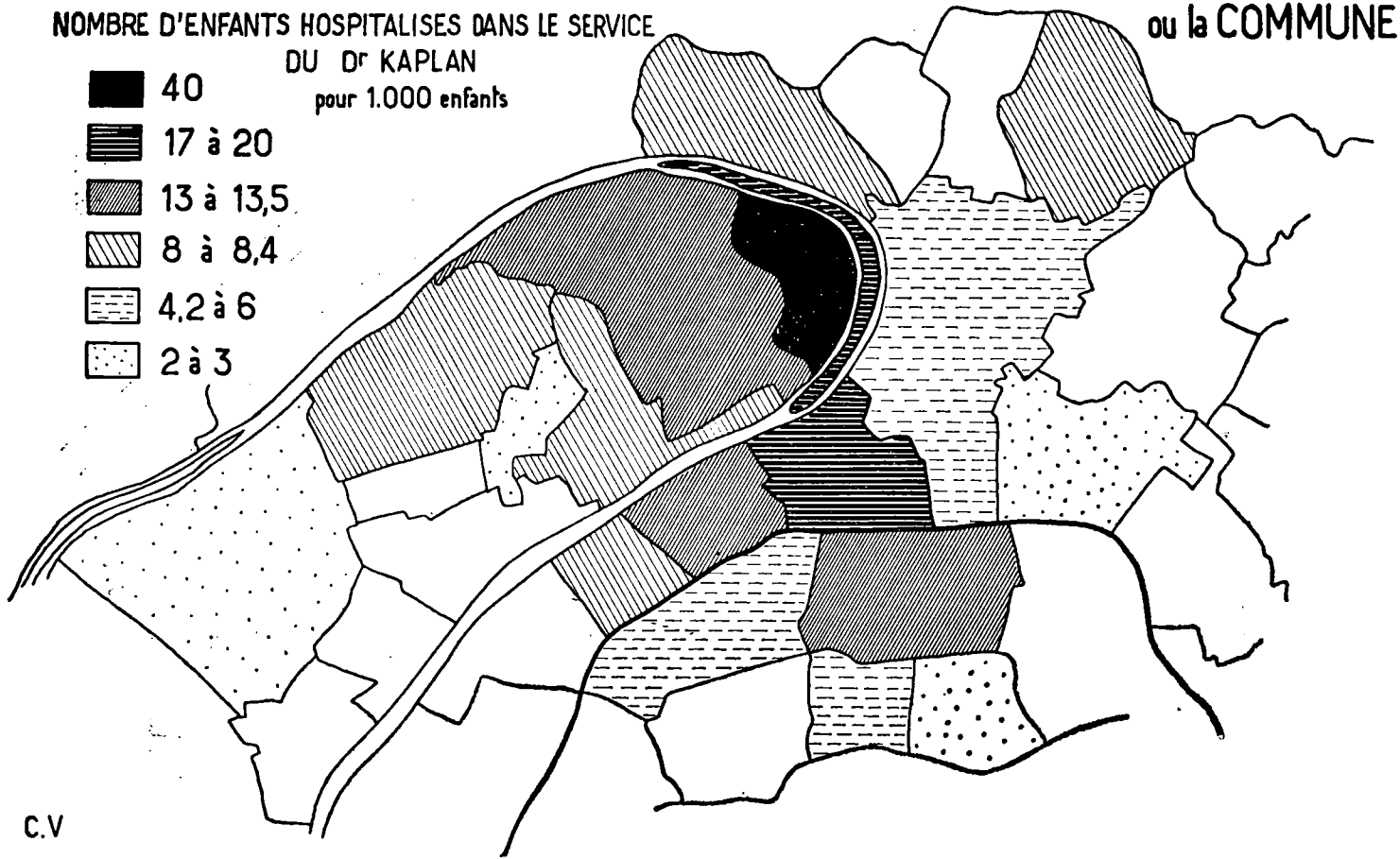
Les autres communes ou arrondissements présentent moins de 2 hospitalisés pour 1 000 enfants.

On remarquera que les taux d'hospitalisation les plus élevés se situent en banlieue et que le 18e arrondissement, malgré un chiffre absolu d'hospitalisations beaucoup plus considérable, est nettement dépassé par les communes de Villeneuve-la-Garenne, de l'Ile-Saint-Denis et de Saint-Ouen.

A première vue, la carte des taux d'hospitalisation est plus significative que la carte de répartition par domicile puisqu'elle reflète de façon plus précise l'intensité du phénomène que nous cherchons à analyser.

En étudiant de la même manière certaines conditions socio-économiques, comme le niveau de vie, le logement, le pourcentage des Nord-Africains, etc., peut-être pourrions-nous mettre en évidence les corrélations existant entre certains de ces phénomènes et l'hospitalisation des enfants. Les données statistiques de l'I.N.S.E.E. fournissent pour 1954 des renseignements valables sur la population et les logements du département de la Seine. Pour Paris, les études ont été effectuées par quartiers, mais malheureusement, pour la banlieue nous ne possédons que des renseignements globaux pour chaque commune. Or, l'analyse plus minutieuse de la carte de répartition des domiciles révèle combien l'étude par arrondissement et par commune est peu significative. L'exemple le plus frappant est celui de *la commune de Villeneuve-la-Garenne :* cette commune qui compte 4 035 habitants, dont 900 enfants de 0 à 14 ans, vient largement en tête pour le taux des hospitalisations, avec 40 hospitalisés dans le service en 1959 ; or, si nous

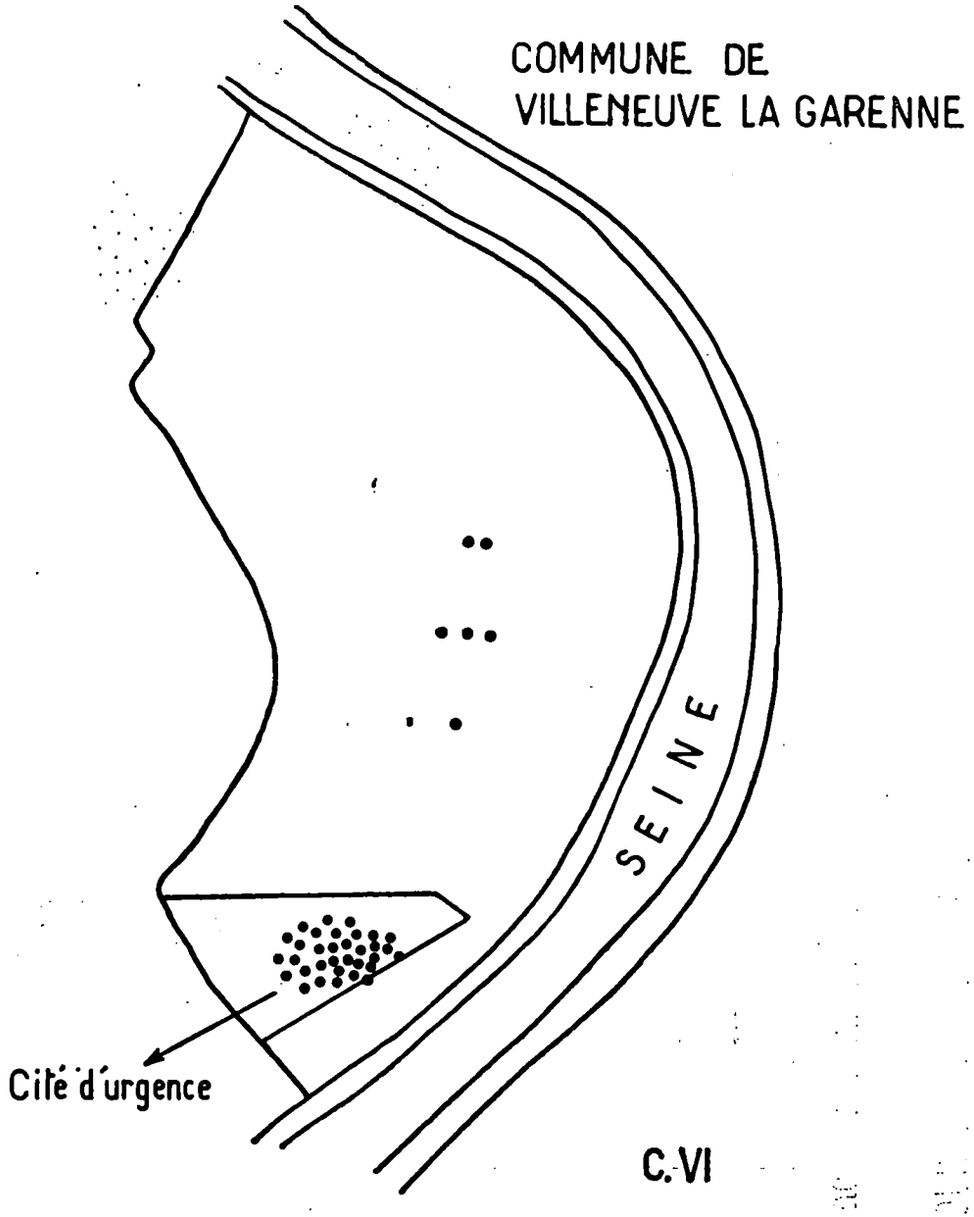
COMPARAISON DES TAUX D'HOSPITALISATION DES ENFANTS SUIVANT L'ARRONDISSEMENT ou la COMMUNE



C.V

examinons la répartition des hospitalisations dans cette commune, nous constatons que 36 admissions d'enfants proviennent d'un même *îlot* situé à l'extrémité sud de l'agglomération, alors que le reste de la commune fournit seulement 6 admissions (carte VI).

L'îlot en question est une *cité d'urgence* de la Préfecture de la Seine.



Cet exemple met en évidence que l'étude des hospitalisations dans le cadre des divisions administratives peut conduire à des erreurs d'interprétation, alors que l'étude des îlots de concentration des cas d'hospitalisation permet de saisir certaines relations significatives.

Malheureusement, l'étude par îlots se heurte à de multiples difficultés. Elle nécessite une connaissance approfondie de la localité. Elle s'appuie sur des éléments plus subjectifs et, de ce fait, plus sujets à caution. Il n'est donc pas pratique d'en généraliser l'emploi. Mais lorsqu'il est possible de déterminer l'existence de certaines conditions démographiques ou sociales spécifiques dans les limites géographiques d'un îlot particulièrement dense, il y a tout lieu de déduire qu'il existe certaines relations de cause à effet entre ces conditions sociales particulières et les hospitalisations d'enfants.

Nous nous sommes donc volontairement limités à l'étude de quatre îlots où la concentration des cas d'hospitalisation est particulièrement intense et géographiquement bien délimitée.

Ilots à taux d'hospitalisation particulièrement élevé (carte VII)

1° *Le quartier des Épinettes (17e arrondissement).*

Parmi les arrondissements de Paris et les communes de banlieue, le 17e arrondissement vient seulement au onzième rang pour le taux des hospitalisations d'enfants, avec 203 admissions pour 34 000 enfants, soit un taux de 6 pour mille. Mais la distribution des cas y est très inégalement répartie. Les trois quartiers des *Ternes*, de la *Plaine Monceau* et des *Batignolles* totalisent ensemble 90 hospitalisations pour une population de 24 300 enfants, ce qui donne un taux de 3,7 pour mille enfants.

Par contre, le *quartier des Épinettes* fournit à lui seul 113 hospitalisations pour une population de 9 100 enfants, c'est-à-dire un taux de 12,3 pour mille enfants. Le taux d'hospitalisation y est donc 4 fois plus élevé que dans les trois autres quartiers du 17e arrondissement.

Nous nous sommes efforcés, en conséquence, en utilisant les renseignements de l'I.N.S.E.E. de rechercher si certaines conditions sociales permettaient de distinguer le quartier des Épinettes du reste du 17e arrondissement.

Comparaison des conditions sociales suivant les quartiers du 17e arrt

	Ternes	Monceau	Batignolles	Epinettes
Nombre moyen de personnes par pièces	0,8 - 0,9	0,8 - 0,9	1	1,1
Logements surpeuplés	5 à 8 %	5 à 8 %	5 à 8 %	11 à 14 %
Ilots insalubres	0	0	0	2
Habitats vétustes	moins de 30 %	moins de 30 %	30 à 50 %	30 à 50 %
Ouvriers non qualifiés	5 à 10 %	5 à 10 %	5 à 10 %	10 à 15 %

Le quartier des *Epinettes* se distingue donc des autres quartiers du 17e arrondissement par une population plus ouvrière et de plus mauvaises conditions de logement.

De plus, alors que les quartiers des *Ternes* et de la *Plaine Monceau* n'ont que des hôtels de tourisme fréquentés par une clientèle passagère de voyageurs, le quartier des *Épinettes* possède toute une série d'hôtels meublés de dernière catégorie occupés par une population sédentaire d'ouvriers dont une forte proportion de Nord-Africains. Ceux-ci sont, en effet, très nombreux dans ce quartier qui concentre environ 60 % de la population musulmane de l'arrondissement. Ils sont groupés, pour la plupart, dans une quarantaine d'hôtels dont la clientèle est essentiellement nord-africaine.

La carte de répartition des hôtels meublés de notre enquête est très éloquente à cet égard. Tous les hôtels meublés du 17e arrondissement sont situés dans le quartier des *Épinettes* et ce dernier concentre à lui seul 15 % des cas d'enfants provenant d'hôtels meublés.

2e *Les habitations à bon marché du boulevard Ney (18e arrondissement)*

A l'angle nord-ouest du 18e arrondissement, entre l'hôpital Bichat et l'avenue de la Porte-Clignancourt, on remarque une zone limitée où la densité des cas est considérable, puisqu'on trouve rassemblés ici 50 cas d'hospitalisation, c'est-à-dire près du 1/10 des admissions du 18e arrondissement sur une surface géographique qui n'en représente que le 1/50.

Cette zone de densité remarquable correspond à un groupe d'habitations à bon marché (H.B.M.) construits à partir de 1920 sur l'emplacement des anciennes fortifications.

Les données statistiques de l'I.N.S.E.E. établies par îlots d'habitation nous ont procuré les éléments démographiques suivants pour ce groupe d'H.B.M. du boulevard Ney en 1954 :

	Ensemble du 18e arrondissement	H.B.M.
Population totale	266.685	9.521
Enfants	43.400 (16,5 %)	2.369 (28 %)
Nord-Africains	4.229	30
Cas d'hospitalisation	581	50

L'analyse de ces chiffres permet les constatations suivantes :

a) Les H.B.M. du boulevard Ney forment une zone de densité élevée de population, mais ce qui la caractérise essentiellement c'est le pourcentage nettement plus élevé de la population enfantine (28 %) comparé à celui de l'ensemble du 18e arrondissement (16,5 %).

Le taux d'hospitalisation rapporté à une population de 1 000 enfants donne les chiffres suivants :

18e arrondissement	13,5
Ilot des H.B.M.	21

b) Le nombre des Nord-Africains dans cet îlot est négligeable. Leur présence n'intervient donc pas ici dans l'élévation du taux d'hospitalisation.

En conclusion, les H.B.M. du boulevard Ney présentent un taux d'hospitalisation nettement supérieur à la moyenne de l'arrondissement et ceci semble avant tout en rapport avec l'importance des familles nombreuses dans cet îlot.

En dehors de cette constatation primordiale, les conditions de vie de la population dans les H.B.M. de type ancien ont été bien étudiées par plusieurs auteurs qui se sont en particulier penchés sur le problème de la délinquance juvénile. Ces derniers ont insisté sur un certain nombre d'éléments défavorables. Les familles qui ont occupé ces H.B.M. provenaient en grande partie de l'ancienne zone et comprenaient surtout des ouvriers non qualifiés et de petits employés de la ville de Paris, population à niveau économique bas et comportant un fort pourcentage d'inadaptés sociaux, de tuberculeux et d'éthyliques. La mortalité infantile y est longtemps restée élevée. Le regroupement de cette population dans un vaste ensemble d'habitations de type caserne, à confort limité (sans salle d'eau en particulier), sans aucun aménagement pour favoriser la détente et les loisirs des enfants, et notamment sans jardin, n'a pas eu que des résultats favorables et l'on a même pu dire que ces types d'habitation favorisaient, de façon manifeste, le développement des bandes d'enfants et la délinquance juvénile.

Actuellement, les enfants de la première génération sont devenus des adultes, beaucoup sont déjà mariés et ont eux-mêmes des enfants. Ils sont souvent demeurés dans les logements occupés par leurs parents et la coexistence dans un même appartement des grands-parents, parents, jeunes et enfants est fréquente.

Notre enquête par sondage nous a montré d'ailleurs l'existence d'un véritable surpeuplement dans ces H.B.M.

Les 12 cas d'H.B.M. du boulevard Ney fournis par notre sondage nous apportent les données numériques suivantes :

Appartements	12
Pièces d'habitation (sans cuisine)	36
Habitants	83
Enfants	50

ce qui représente une densité moyenne de population de 2,3 par pièce (supérieure donc au taux de surpeuplement critique suivant les critères du Ministère de la Reconstruction et de l'Urbanisme).

Cette densité de population est d'ailleurs largement dépassée dans certains logements. A titre d'exemple, nous citerons :

obs. 515 10 personnes pour 3 pièces (dont 8 enfants)

obs. 285 11 personnes pour 3 pièces { 2 parents, 6 enfants, 1 gendre, 3 petits-enfants.

obs. 286 8 personnes pour 3 pièces (dont 6 enfants).

obs. 224 6 personnes pour 2 pièces (dont 4 enfants).

3° *Quartier de la Goutte-d'Or (18e arrondissement)*

Ce n'est pas sans hésitation que nous avons inclu dans notre étude le quartier de la *Goutte-d'Or ;* mais peut-on passer sous silence le fait que 186 hospitalisations intéressent ce quartier de 38 700 habitants et que parmi celles-ci 123 se concentrent dans l'étroit îlot délimité au nord par la rue Ordener ; à l'ouest par les rues Léon, Myrrha et le boulevard Barbès ; au sud par le boulevard de la Chapelle et à l'est par les rues de Jessaint et Stephenson.

Les données statistiques de 1954 donnent pour l'ensemble du quartier les précisions suivantes :

Population totale	38.700
Enfants	5.750
Pourcentage d'enfants	14,9 %
Cas d'hospitalisation	186
Taux d'hospitalisation pour 1.000 enfants	32

Le taux d'hospitalisation dans ce quartier s'élève donc à plus du double du taux d'hospitalisation moyen de l'arrondissement, sans que le pourcentage des enfants y soit supérieur. La présence de familles nombreuses ne paraît pas jouer ici un rôle essentiel dans l'élévation du taux d'hospitalisation.

En revanche, la comparaison des conditions sociales montre que le quartier de la Goutte-d'Or se distingue des quartiers des Grandes-Carrières et de Clignancourt sur les points suivants :

	Gdes Carrières	Clignancourt	Goutte d'Or
Nombre moyen de personnes par pièces	1,1	1,1	1,2
Ouvriers non qualifiés	10 à 15 %	10 à 15 %	+ 25 %
Nord-Africains (1954)	0,5 à 1 %	1 à 2 %	2 à 5 %

En résumé, population ouvrière de niveau social et économique plus bas, conditions de logement plus défavorables, pourcentage de Nord-Africains plus élevé, tels sont les éléments chiffrables qui distinguent le quartier de la Goutte-d'Or des deux quartiers ouest du 18e arrondissement et permettent d'expliquer en partie un taux d'hospitalisation des enfants plus élevé.

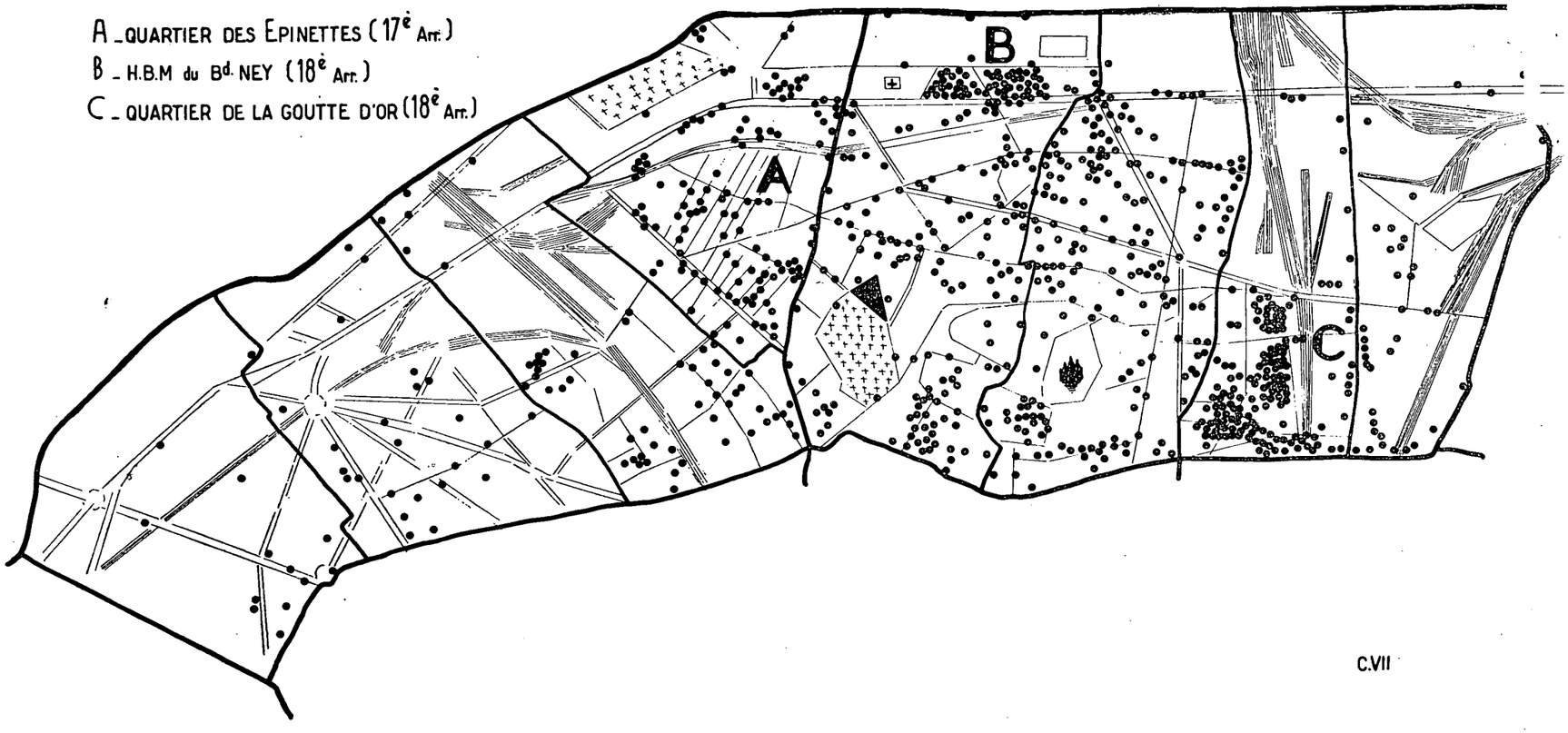
Parmi ces éléments, il en est un dont l'importance n'a fait que grandir depuis 1954. Nous voulons parler de l'afflux des familles nord-africaines dans ce quartier. A cet égard, l'étude de *l'îlot* que nous avons délimité au sud du quartier de la Goutte-d'Or est particulièrement instructive :

Population totale	19.400
Enfants	2.900
Pourcentage d'enfants	15 %
Cas d'hospitalisation	123
Taux d'hospitalisation pour 1.000 enfants	40

Dans cet îlot, les données statistiques de 1954 fournissaient le chiffre de 1 801 Nord-Africains, c'est-à-dire de 9,4 % de la population totale alors

ILOTS A TAUX D'HOSPITALISATION PARTICULIEREMENT ELEVÉ

A _ QUARTIER DES EPINETTES (17e Arr.)
B _ H.B.M du Bd NEY (18e Arr.)
C _ QUARTIER DE LA GOUTTE D'OR (18e Arr.)



C.VII

qu'il n'était que de 1,4 % pour l'ensemble de l'arrondissement. On notait donc, dès 1954, dans l'îlot de la Goutte-d'Or un pourcentage de Nord-Africains 7 fois plus élevé. Les statistiques, malheureusement, ne précisaient pas sur ce total le nombre de femmes et d'enfants.

Notre enquête par sondage, en 1959, nous montre que plus de 30 % des cas d'admissions dans cet îlot sont des enfants Nord-Africains. Si le chiffre des Nord-Africains était donc resté le même depuis 1954, et en tenant compte d'un pourcentage d'enfant identique dans les populations nord-africaines et métropolitaines, on aboutirait au taux invraisemblable de 130 hospitalisations dans le service du Dr Kaplan, pendant 1 an, pour 1 000 enfants nord-africains, c'est-à-dire à un taux d'hospitalisation 10 fois plus élevé que le taux moyen du 18e arrondissement.

En fait, tout en restant convaincus que la population nord-africaine présente un taux d'hospitalisation nettement supérieur à celui de la population métropolitaine, nous pensons que le pourcentage des hospitalisations nord-africaines dans notre îlot correspond à l'afflux considérable de population musulmane et particulièrement de femmes musulmanes depuis 1954. Les enquêtes pratiquées par le Dr Rösh dans sa thèse de 1957 sur la population nord-africaine de la Seine montrent que le nombre d'hospitalisations de femmes musulmanes a quintuplé entre 1951 et 1956 et que 60 % d'entre elles ont été hospitalisées dans les services de maternité.

Rien n'autorise à penser que cette progression ait diminué depuis 1956, ni surtout que le taux de fécondité de cette population se soit modifié.

De fait, l'îlot que nous avons délimité s'est progressivement transformé en un quartier à prépondérance nord-africaine. Les familles musulmanes y occupent presque intégralement une portion des rues suivantes : boulevard de la Chapelle, rue de la Goutte-d'Or, rue Charbonnière, rue de Chartres, rue Laghouat, rue Myrrha, rue Cavé, etc., s'entassant dans une cinquantaine d'hôtels vétustes et délabrés, souvent insalubres et dont la surpopulation a hâté la dégradation, envahissant les immeubles contigus où leurs conditions de logement sont aussi peu satisfaisantes en raison du surpeuplement et d'un manque total de confort, transformant certaines parties de ce quartier en véritables médinas, tandis que quelques dizaines de mètres plus loin persiste la coexistence dans une même rue d'hôtels nord-africains et d'une population métropolitaine dense d'ouvriers et de petits commerçants.

En résumé, la concentration remarquable des hospitalisations d'enfants dans le quartier de la Goutte-d'Or paraît correspondre essentiellement à l'afflux de la population nord-africaine dans ce quartier et se justifie par les conditions de vie particulières de cette population, que nous avons étudiées précédemment.

4° « *Bidonvilles* » *et* « *Cités d'Urgence* » (carte VIII)

Cette dernière étude se distingue des 3 précédentes par un certain nombre de caractères.

Tout d'abord, il ne s'agit pas ici d'un îlot unique, géographiquement bien délimité, mais de *toute une série d'îlots* dont nous verrons rapidement la répartition. D'autre part, nous ne possédons, sauf exception, aucun renseignement statistique valable sur le chiffre de population de chacun de ces îlots, ce qui nous interdit l'analyse rigoureuse de leur taux d'hospitalisation d'enfants. Leur importance nous a paru cependant si grande que nous n'avons pas cru pouvoir les passer sous silence.

a) « *Bidonvilles* »

Lorsque les hôtels meublés se sont avérés trop exigus pour contenir la population nord-africaine, malgré les conditions d'entassement qui y régnaient, on a vu apparaître, en banlieue, ce que tout le monde actuellement désigne du nom de « bidonvilles ». Ce nom était réservé primitivement à certains quartiers sub-urbains des villes d'Afrique du Nord, constitués de cabanes faites de matériaux de récupération les plus divers et, en particulier, de matériaux provenant de vieux bidons.

Entre 1950 et 1955 on a vu naître successivement de telles agglomérations à Gennevilliers, à Nanterre, à Asnières, à Colombes, à Argenteuil, à Saint-Denis, etc.

Il s'agit de terrains vagues sur lesquels ont été édifiés de petits baraquements ayant au plus 2,50 m sur 2 m, voire sur 1,50 m, confectionnés avec des matériaux de fortune : planches provenant de caisses d'emballage, torchis, tôles ondulées, toiles goudronnées ou papiers bitumés. Ces baraques, tassées les unes contre les autres, laissent entre elles d'étroits passages. Leur sol est en terre battue. Le plafond est fait de tôles ou de planches disjointes. Elles n'ont ni fenêtres, ni eau courante, ni écoulement, ni W.-C., ces derniers étant remplacés par des trous creusés à même la terre. L'électricité manque le plus souvent, ou bien elle est installée avec une absence totale de sécurité, les fils n'étant pas placés sous tube. Le plus souvent, une bougie, un broc pour aller chercher l'eau, une ou deux casseroles, une cafetière composent l'essentiel de l'équipement ménager de ces baraques.

A côté de ces baraquements, de vieilles roulottes, des carcasses de camionnettes ou de wagons ont été transformées en locaux d'habitation.

Les terrains de ces bidonvilles appartiennent soit à un propriétaire privé, soit à une municipalité. Souvent, ils ont été concédés à un trafiquant musulman qui loue à son tour les baraques à ses coreligionnaires. De fait, les loyers sont loin d'y être négligeables. Dans un « bidonville » de Nanterre, chaque baraque se loue 60 NF par mois et les nouveaux arrivants sont tenus d'acquitter un « pas de porte » allant parfois jusqu'à 2 000 NF.

Trois dangers permanents menacent ces agglomérations : l'incendie tout d'abord, en raison de l'installation défectueuse de l'électricité et de l'usage des lampes à alcool dans ces baraquements en bois (c'est ainsi que dans le même « bidonville » de Nanterre 3 sinistres ont été signalés en l'espace de 15 mois, privant d'abri plusieurs centaines d'Algériens), l'asphyxie, par manque de tirage, et le froid.

Le caractère démographique de ces « bidonvilles » s'est progressivement transformé au cours de ces dernières années. Initialement, ils étaient occupés par des Nord-Africains vivant en célibataires ; depuis, le nombre des femmes musulmanes et des enfants s'y est accru dans des proportions considérables

et, presque chaque jour, de nouvelles naissances y augmentent le pourcentage d'enfants en bas-âge.

b) *Les « Cités d'Urgence »*

Édifiées à partir de 1955 par la préfecture de la Seine, elles répondent à la campagne déclenchée vers cette époque en faveur des « sans abri » et des « mal logés » métropolitains. C'est ainsi qu'y furent rassemblées les populations habitant dans les villages de tentes de Noisy-le-Grand, du Pont-Sully, etc. après une période transitoire où elles avaient été logées dans des hôtels meublés réquisitionnés.

Bâtiments préfabriqués construits en agglomérés ou en ciment, ils comportent des logements de 3 pièces-cuisine, avec eau courante, mais sans W.-C. individuels ni salles d'eau.

L'équipement sanitaire comprend des W.-C. communs, du type « guérite » sans chasse d'eau ni tout-à-l'égout, et des buanderies collectives. Les cités les plus importantes ont en outre une école, une permanence ménagère et un centre social.

Les conditions sanitaires des Cités d'Urgence sont donc médiocres, sans que l'on puisse parler cependant, au départ, ni d'un surpeuplement excessif, ni d'une absence totale d'équipement. Par contre, le rassemblement d'une population hétérogène, dans laquelle prédominent des éléments asociaux et à laquelle est imposé un mode de vie partiellement communautaire, conduit rapidement à des résultats très défavorables.

Considérant ces logements comme une étape transitoire à une réinstallation définitive, la population de ces Cités n'était nullement incitée à en assurer l'entretien. Les conditions de promiscuité favorisèrent l'influence des éléments les moins désirables, d'où le développement de l'immoralité, de l'éthylisme, de l'instabilité, et une dégradation progressive des locaux. Ce fut bientôt le règne de la saleté et du désordre, d'autant plus que la natalité y étant élevée, la population infantile y prit une place de plus en plus grande, jusqu'à atteindre le pourcentage de 50 % de la population totale et les logements furent progressivement soumis à des conditions de surpeuplement critiques.

Parmi ces Cités d'Urgence, les plus anciennes ont essentiellement regroupé une population d'origine métropolitaine.

D'autres, par contre, édifiées plus récemment, sont précisément destinées à reloger provisoirement les Nord-Africains des « bidonvilles » dont les terrains ont été expropriés, souvent pour y construire des H.L.M. (habitations à loyer modéré). Malheureusement, malgré les conditions d'habitation moins défavorables, il n'est guère possible de limiter l'afflux de nouvelles familles nord-africaines dans ces Cités et le surpeuplement y prend rapidement un caractère dramatique. Ajoutons qu'au fur et à mesure de leur disparition, d'autres « bidonvilles » se reconstituent quelques centaines de mètres plus loin sur un nouveau terrain, et que leur nombre semble actuellement en nette recrudescence.

Répartition géographique des « bidonvilles » et « Cités d'Urgences » : taux d'hospitalisation des enfants

Sans prétendre en établir une liste exhaustive, nous étudierons sommairement les agglomérations de ce type situées à l'intérieur de la boucle de la Seine et qui se superposent de façon manifeste à des îlots de concentration des hospitalisations d'enfants. Nous citerons seulement pour mémoire quelques îlots dispersés repérés en dehors de ces limites, sur notre carte de répartition.

Nous proposons à l'observateur désireux de se rendre compte de l'importance et du caractère de ces agglomérations l'itinéraire suivant :

NANTERRE : après avoir traversé le pont de Chatou, prendre, en direction de Colombes, la rue de Chatou, l'avenue Henri-Martin, puis la rue de la République. Le premier « bidonville » sur la droite, au 259 *avenue de la République*, groupe 300 Nord-Africains dans une quarantaine de baraques, telles que nous les avons décrites, en torchis, en bois, en tôles et toiles goudronnées, ainsi qu'un vieil autobus et un vieux wagon.

Une fois franchie la voie du chemin de fer, entre cette dernière et la Seine, dans le quartier du Petit-Nanterre, on rencontre :

Rue de Sartrouville, en face du cimetière de la Maison Départementale de Nanterre, un terrain vague actuellement décharge d'ordures et de vieux pneumatiques où logent dans une dizaine de roulottes hors d'usage et quelques carcasses de voitures, une centaine de gitans.

Rue des Marguerites, un *centre de transit* de la Préfecture de la Seine dans lequel ont été regroupés des habitants d'îlots insalubres provenant de tous les quartiers de Paris après démolition de leurs logements. C'est une population essentiellement métropolitaine, présentant les caractères d'hétérogénéité sociale que nous avons définie plus haut.

La *Cité des Grands-Prés*, de population essentiellement nord-africaine, où ont été relogés récemment les Nord-Africains de certains « bidonvilles » de la rue des Pâquerettes.

Rue des Pâquerettes : une *Cité d'Urgence* nord-africaine puis tout un groupe de « bidonvilles », situés respectivement *rue des Pâquerettes*, *rue Tartarin*, *rue Alfred Dequéant*, *rue Georges-Bizet*, qui sont actuellement en nette extension.

Plus au sud, on rencontre également un important « bidonville » dans la *rue de la Garenne*.

La consultation de P.M.I. qui dessert le quartier de Petit-Nanterre a inscrit, en 1960 :

306 nourrissons de 0 à 1 an
179 enfants de 1 à 2 ans
563 enfants de 2 à 6 ans

c'est-à-dire un total de..... 1 048

dont les 4/5 sont Nord-Africains et la quasi-totalité proviennent des « bidonvilles », des Centres d'hébergement et des Cités d'Urgence. Ce chiffre repré-

sente à lui seul environ le 1/5 de la population d'enfants âgés de 0 à 6 ans, recensés en 1954 dans l'ensemble de la commune de Nanterre.

Dans le secteur géographique ainsi délimité, on trouve *21* cas d'admissions d'enfants, c'est-à-dire *65 % des hospitalisations de Nanterre*, et nous savons, d'autre part, que les enfants de ces îlots sont hospitalisés non seulement à Bretonneau, mais aux Enfants-Malades, à l'hôpital de Neuilly, à l'hôpital de Levallois et à l'hôpital Claude-Bernard pour les maladies contagieuses.

COLOMBES : poursuivant notre itinéraire par la rue de Sartrouville, nous pénétrons dans Colombes où se situe un des plus vastes « bidonvilles » de la région entre la *rue de Bezons*, la *rue Colbert* et la *rue des Côtes-d'Alby*. Une ou deux agglomérations plus restreintes se rencontrent un peu plus loin, le long de la rue de Bezons ainsi qu'une Cité d'Urgence nord-africaine, plus à l'est dans la *rue des Renouillers*. Cet îlot correspond approximativement à une concentration de *18* cas d'hospitalisation *(15 % des hospitalisations totales de Colombes)*.

ASNIÈRES : sans s'attarder sur les centres secondaires de Colombes, nous conseillons de se diriger par les rues de Bezons, de Saint-Denis, de l'Agent-Sarre et le carrefour des Quatre-Routes vers un troisième îlot de densité d'hospitalisations : l'extrémité septentrionale de la commune d'Asnières.

Tout le quartier centré par le nouveau cimetière d'Asnières est, à un degré plus ou moins grand, parsemé d'agglomérations de type « bidonville » dont on peut discerner 2 éléments principaux : « bidonvilles » nord-africains *rue des Mourinoux* et plus particulièrement *rue Henri-Poincaré* ; « bidonvilles » de chiffonniers et de ferrailleurs transplantés de l'ancienne zone et regroupés plus particulièrement *avenue de la Redoute*.

Cette zone correspond à un îlot de concentration de cas d'hospitalisation particulièrement dense puisqu'on y trouve rassemblés *37 cas* d'admissions hospitalières, c'est-à-dire *28 % des hospitalisations* pour l'ensemble d'Asnières.

GENNEVILLIERS : la zone des « bidonvilles » nord-africains d'Asnières se prolonge sans solution de continuité vers Gennevilliers où elle s'étale largement le long du *Vieux Chemin d'Argenteuil* à proximité du Port, prenant ici un aspect particulièrement misérable, s'étendant sur plusieurs centaines de mètres jusqu'à l'avenue de Colombes, essentiellement constituée de baraquements de tôle ondulée aux toits crevés. On y rencontre également un ensemble de constructions préfabriquées en bois, « les Foyers du Bâtiment Nord-Africain ».

Au-delà de cette zone, l'envahissement de Gennevilliers par la population nord-africaine, ainsi que notre très imparfaite connaissance de cette commune, nous interdisent toute systématisation. Nous citerons cependant le quartier limitrophe du cimetière avec la *rue du Puits-Guyon*, le *passage Magne*, le *passage* et l'*avenue Chandon*, le tout formant un véritable quartier nord-africain représenté sur notre carte par un îlot d'hospitalisation significatif.


"BIDONVILLES"
ET CITES D'URGENCE
COLOMBES
NANTERRE
ASNIERES
GENNEVILLIERS

C.VIII

Dans l'ensemble, il est possible d'estimer approximativement à une *vingtaine* les cas d'hospitalisation de Gennevilliers provenant de « bidonvilles ».

De plus, le niveau socio-économique particulièrement bas de la population de Gennevilliers, la présence de toute une série d'H.B.M. de type ancien (rue Pierre-Thimbaud, avenue Chandon, rue Basly, etc.) se joignent à l'infiltration de cette commune par les « bidonvilles » nord-africains pour expliquer l'importance de sa densité d'hospitalisation (13,5), la plus élevée parmi les communes inscrites dans la boucle de la Seine, après celle de Villeneuve-la-Garenne.

VILLENEUVE-LA GARENNE : *La Cité d'Urgence* de Villeneuve-la-Garenne, située à l'extrémité sud de cette commune, entre le *boulevard Galliéni* et la *rue du Moulin-de-Cage* a été prise comme type de description ; nous n'y reviendrons pas (voir plus haut la carte VI).

En 1961, son importance numérique a fortement diminué, une partie de sa population ayant été relogée en H.L.M. ou dirigée vers les Cités d'Urgence de Nanterre ou de Stains, mais elle comprend encore 667 personnes dont plus de 50 % d'enfants.

A l'époque de notre enquête, par contre, on y trouvait rassemblées 257 familles totalisant 1 295 personnes dont 694 enfants. *33* cas d'admissions dans le service y ont été dénombrées, ce qui représente un *taux d'hospitalisations de 47 pour 1 000 enfants.*

En résumé, si nous considérons les 5 communes de Nanterre, Colombes, Asnières, Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne, elles totalisent ensemble 373 *cas d'hospitalisations sur lesquels* 140 *cas environ, soit plus de* 35 % *proviennent des* « bidonvilles » *et des* « Cités d'Urgence ».

La zone des Cités d'Urgence et des bidonvilles ne se limite d'ailleurs pas à la boucle de la Seine, mais comme nous n'avons pas effectué l'exploration systématique de toute la banlieue nord, nous nous contenterons de citer ici le bidonville de la *rue Émile-Cordon* à *Saint-Ouen*, de la *rue Bailly* à *Saint-Denis* et surtout la *Cité de la Cerisaie* à *Stains*, qui représente à elle seule un îlot de 20 hospitalisations.

Enfin, nous devons citer également une population dont notre carte de répartition de baraquements met en évidence l'importance, à savoir les *roulottes de forains* des *portes de Clichy, Saint-Ouen, Montmartre et Clignancourt.* Plus du 1/5 des admissions sur notre carte de baraquements proviennent de ces véritables villages de roulottes.

Conditions de logement des enfants hospitalisés
(enquête par sondage à l'hôpital Bretonneau)

Nous insisterons surtout dans ce chapitre sur les éléments qui n'ont pas fait l'objet d'une étude dans la première partie de notre travail (enquête de référence).

Nombre de pièces par logement (372 cas)	N	%	
1 petite pièce (10 m² et moins)	49	13,1	41,9
1 pièce normale (plus de 10 m²)	107	28,8	
2 petites pièces	29	7,8	34,9
2 pièces normales	97	26	
2 pièces dont 1 petite	4	1,1	
3 petites pièces	5	1,3	17,1
3 pièces normales	59	15,8	
4 pièces	20	5,4	5,9
5 pièces et plus	2	0,5	

L'élément le plus remarquable de cette statistique reste le pourcentage considérable (41,9 %) de logements d'une seule pièce.

Indépendance du logement (382 cas)	N	%
Logements indépendants	330	86,4
Logements non complètement indépendants (cohabitation avec grands-parents ou avec d'autres membres de la famille)	52	14,6

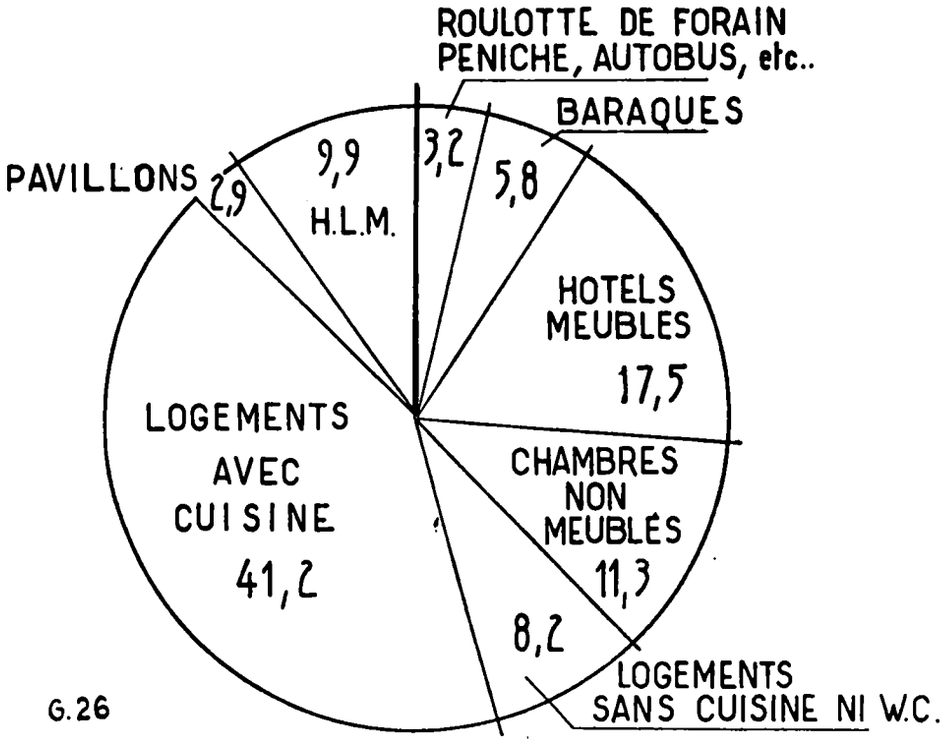
La cohabitation avec d'autres membres de la famille est relativement rare dans notre statistique, du fait probablement de l'extrême exiguïté des logements. Cette cohabitation s'élève en effet sensiblement dans certains groupes de logement, par exemple dans les H.L.M. où elle atteint 25 %.

Catégories de logements (376 cas)	N	%
Roulottes de forain, péniches, autobus, etc.	12	3,2
Baraques ou baraquements	22	5,8
Hôtels meublés	66	17,5
Chambres non meublées	42	11,2
Logements sans cuisine ni W.C.	31	8,2
Logements avec cuisine	155	41,2
Pavillons	11	2,9
H.L.M.	27	9,9

En résumé, nous voyons que 9 % des logements sont des logements de fortune et que 17,5 % sont des hôtels meublés.

Stabilité dans le logement	N	%
Depuis moins de 1 an dans le même logement	55	18,2
De 1 à 3 ans dans le même logement	92	30,5
De 3 à 5 ans —	54	17,9
De 5 à 10 ans —	75	24,8
Depuis plus de 10 ans	26	8,6

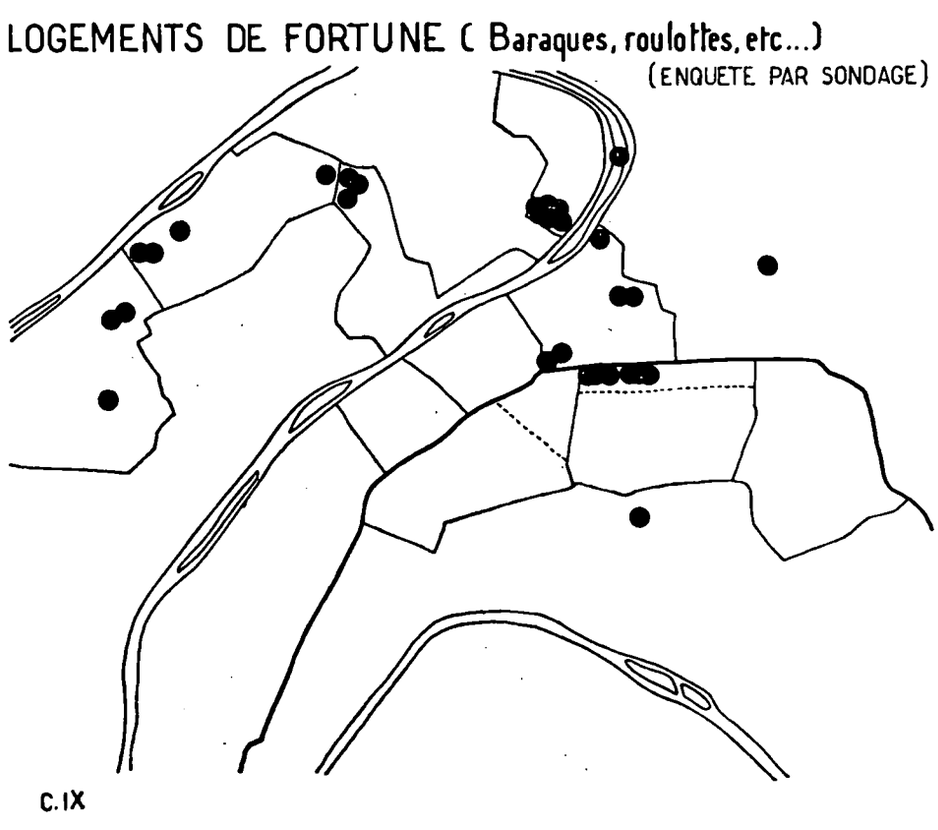
La moitié de notre population occupe donc son logement depuis moins de 3 ans. Il existe à cet état de choses deux explications : tout d'abord cette population est en majorité formée par des jeunes ménages ayant des enfants en bas âge. Il est donc naturel que l'installation dans leurs logements ne



remonte qu'à quelques années, mais nous pensons que ce pourcentage considérable d'installations récentes relève également d'une autre cause. Toutes les familles *transplantées*, qu'il s'agisse avant tout de Nord-Africains, mais aussi de provinciaux ou même de familles ayant récemment changé de domicile dans Paris, subissent une période d'adaptation plus ou moins longue. Pendant cette période, elles ont perdu leurs anciennes relations, en particulier, leur médecin traitant habituel ou leurs consultations de nourrissons ; elles éprouvent un sentiment d'abandon et d'isolement et sont plus enclines à confier directement leurs enfants à l'hôpital en cas de maladie en raison des garanties que ce dernier leur paraît offrir à priori.

De fait, nous avons trouvé dans notre population un important pourcentage de transplantés récents dans la région parisienne.

Conditions sanitaires du logement (eau courante)	%
Eau courante dans le logement	72,1
Pas d'eau courante dans le logement (eau sur le palier, dans l'immeuble. ou à distance)	27,9



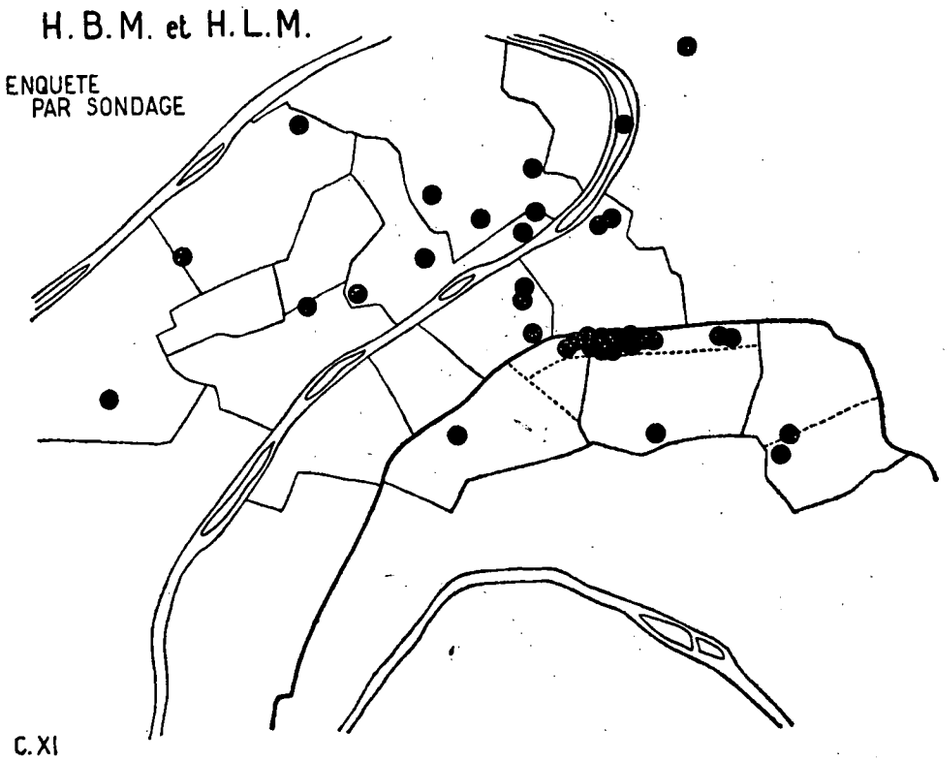
Conditions sanitaires du logement (cuisine, W.C.)	N	%
Cuisine, W.C., salle d'eau	50	13,8
Cuisine, W.C.	71	19,6
Cuisine, sans W.C. individuels	80	22,1
Réduit pour la cuisine, sans W.C.	40	11,1
Rien	121	33,4

En résumé, 66,6 % des logements n'ont pas de W. C. individuels et 33,4 % n'ont pas de cuisine.

Conditions de couchage de l'enfant	N	%
Seul dans une pièce	13	3,9
Seul dans un lit avec d'autres personne dans la pièce.	229	68,5
Plusieurs dans le même lit	56	16,8
Pas de lit (dort dans son landeau)	36	10,8

Appareils électro-ménagers et télévision

Nous avons groupé dans cette rubrique les trois appareils : machine à laver, frigidaire et télévision. Notre enquête nous a fourni les résultats suivants :



	N	%
Télévision	32	9,7
Machine à laver	26	7,9
Frigidaire	24	7,3

Loyer mensuel	N	%
Pas de loyer, ou logé par l'employeur, ou sans précision	63	18,6
0 à 9 NF	11	3,4
10 à 19 NF	36	11
20 à 49 NF	105	32,1
50 à 99 NF	56	17,2
100 à 149 NF	23	7
150 NF et plus	13	4
Propriétaires ou copropriétaires	22	6,7

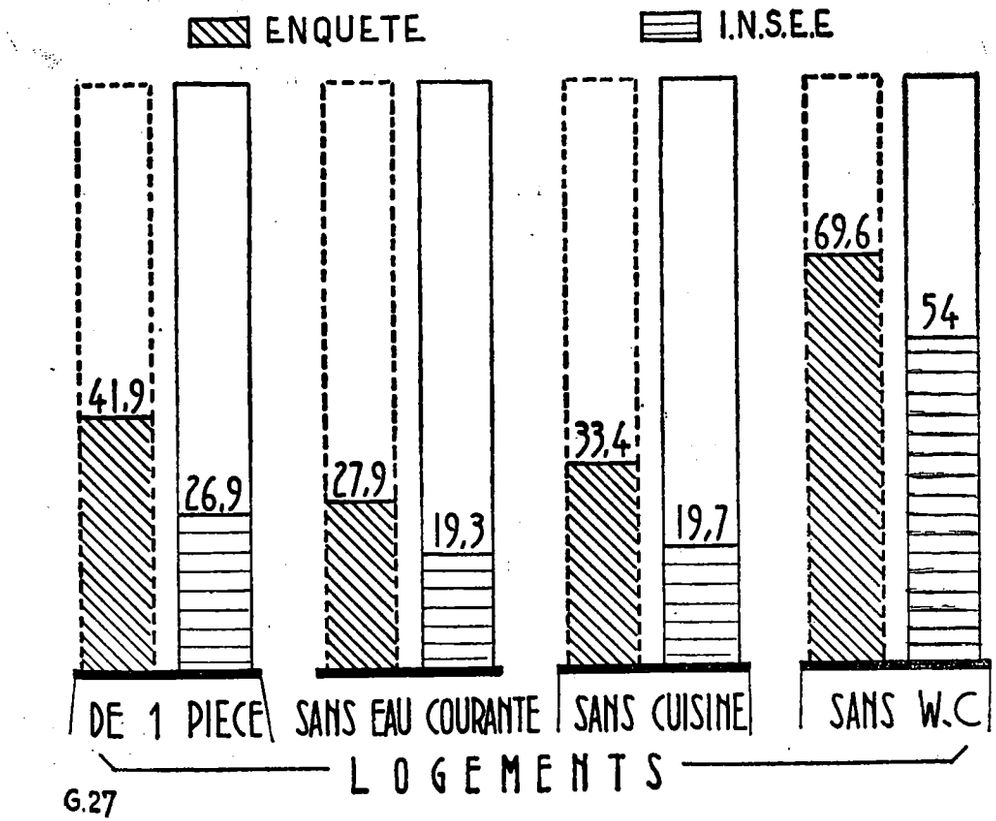
L'étude des corrélations montre que le niveau des loyers n'est en aucune façon proportionnel à la dimension ou au confort des logements. Nous y reviendrons à propos des hôtels meublés.

Au terme de cette sèche succession de tableaux il ressort que les conditions de logement des enfants hospitalisés sont particulièrement défavorables. Nous avons cherché à déterminer si ces conditions étaient plus mauvaises que celles de la population de la Seine prise dans son ensemble.

Les statistiques de l'I.N.S.E.E. de 1954 fournissent sur le logement de la population de la Seine un certain nombre de précisions permettant l'établissement d'un tableau comparatif.

Comparaison des conditions de logement des enfants hospitalisés (enquête par sondage) avec celles de la population de la Seine (données statistiques de l'I.N.S.E.E. 1954).

	Enquête %	I.N.S.E.E. %
Logements de 1 pièce	41,9	26,9
Logements sans eau courante	27,9	19,3
Logements sans cuisine	33,4	19,7
Logements sans W. C.	69,6	54



Sur tous les points pour lesquels la comparaison a été possible les conditions de logement des hospitalisés sont plus défavorables que celles de la population de la Seine prise dans son ensemble. La situation réelle est encore plus mauvaise si l'on tient compte du fait que les statistiques de l'I.N.S.E.E. ne distinguent pas entre les catégories d'occupants et qu'elles concernent aussi bien les célibataires et les ménages sans enfant, que les familles avec enfants.

L'exiguité et le manque d'équipement sanitaire des logements de notre enquête sont d'autant plus significatifs qu'il s'agit ici uniquement de foyers avec des enfants en bas âge.

Une catégorie particulière de logement : les hôtels meublés

Parmi les catégories de logement que nous avons signalées il en est une qui mérite une étude particulière en raison de son importance dans notre enquête, à savoir les hôtels meublés.

a) *Taux d'hospitalisation des enfants dans les hôtels meublés*

Les statistiques de l'I.N.S.E.E. nous apprennent que 400 000 personnes sur un total de 5 150 000, soit 7,5 % de la population de la Seine, occupaient en 1954 les hôtels meublés dispersés dans le département. D'après les mêmes sources, 38 700 enfants habitaient dans des hôtels meublés sur une population enfantine totale de 934 500, soit un pourcentage de 4,1 %. Or, les enfants habitant en hôtels meublés forment 17,5 % de notre population hospitalière.

Si l'on estime qu'entre 1954 et 1959 le nombre des enfants vivant en hôtel ne s'est pas sensiblement modifié, on peut en conclure que leur taux d'hospitalisation est 4 fois plus élevé que le taux moyen d'hospitalisation des enfants pour l'ensemble du département. Nous allons tenter d'en déterminer les raisons.

b) *Caractères généraux des hôtels meublés*

Les hôtels meublés ou « garnis » sont des établissements comportant des pièces meublées, louées par des commerçants inscrits au registre du commerce, après une déclaration à la préfecture de Police. Cette appellation les distingue des hôtels de tourisme qui dépendent du commissariat au tourisme. On leur assimile, par contre, les maisons meublées, établissements qui comprennent un nombre de chambres plus restreint.

En 1954, on recensait environ 12 500 hôtels meublés dans le département de la Seine, dont 8 000 à Paris et 4 500 en banlieue.

Sur 400 000 habitants des hôtels, 300 000 vivaient à Paris et 100 000 en banlieue.

c) *Évolution historique*

La législation sur la fixation du prix des loyers ne s'appliquant pas aux hôtels, le premier tiers du XX^{e} siècle a vu la transformation progressive d'immeubles de rapport en hôtels et maisons meublés, puis à l'intérieur de ces hôtels la spéculation a conduit à la multiplication des pièces destinées à

la location, au mépris de toute règle d'hygiène. C'est ainsi que malgré les ordonnances fixant le cubage d'air minimum à 20 m^3 par personne, il arriva de loger 2 ou 3 locataires dans des « piécettes » ne dépassant pas 12 à 15 m^3.

A partir de 1949, on assiste à un autre phénomène : non seulement le nombre des locataires s'accroît, mais le caractère de l'habitat en hôtel meublé se modifie profondément. Destinées primitivement à loger des passagers ou des sédentaires de courte durée, les chambres d'hôtels meublés se transforment progressivement en habitations permanentes pour la population qu'elles abritent. D'autre part, la proportion des ménages s'y accroît au détriment de celle des célibataires.

En 1954, la durée moyenne d'occupation était déjà supérieure à un an pour 80 % des locataires et le pourcentage de ménages habitant en hôtels s'élevait à 45 %.

d) *Manque de confort et d'hygiène*

Les hôtels meublés, à la différence des hôtels de tourisme, sont par définition, dépourvus de confort. Ce sont, en majorité, des immeubles vétustes et délabrés, situés dans les rues les plus misérables de quartiers populaires dont l'habitat général est médiocre.

Ils ne possèdent le plus souvent, ni chauffage central, ni eau courante individuelle, ni cuisine. Une partie des chambres donne sur d'étroites courettes et leur obscurité oblige à l'usage de l'éclairage électrique pendant la journée. Les W. C. communs ne sont pas bien entretenus, et il n'est pas exceptionnel qu'il n'y en ait qu'un seul pour 40 à 50 personnes. Le manque d'aération développe l'humidité et les odeurs nauséabondes.

Le surpeuplement dans ces logements exigus et insalubres est particulièrement dommageable pour des familles comptant parfois plusieurs enfants en bas âge.

D'ailleurs, dans certains hôtels, les tenanciers ne tolèrent pas la présence de jeunes enfants, et les parents, pour conserver leur logement, sont tenus de s'en séparer et de les placer. Parfois, la simple exiguité du logement les oblige à agir de même. De plus, les locataires sont souvent l'objet d'interdictions diverses : interdiction de laver ou d'étendre son linge, d'utiliser l'électricité en dehors de certaines heures, de faire la cuisine, de garer une voiture d'enfant ; interdiction pour les enfants de jouer dans la cour ou de faire du bruit, etc... Un climat de tension s'installe et se répercute sur l'équilibre de la famille, dont la cohésion devient de plus en plus précaire, et l'enfant est la première victime de cette situation.

e) *Le loyer*

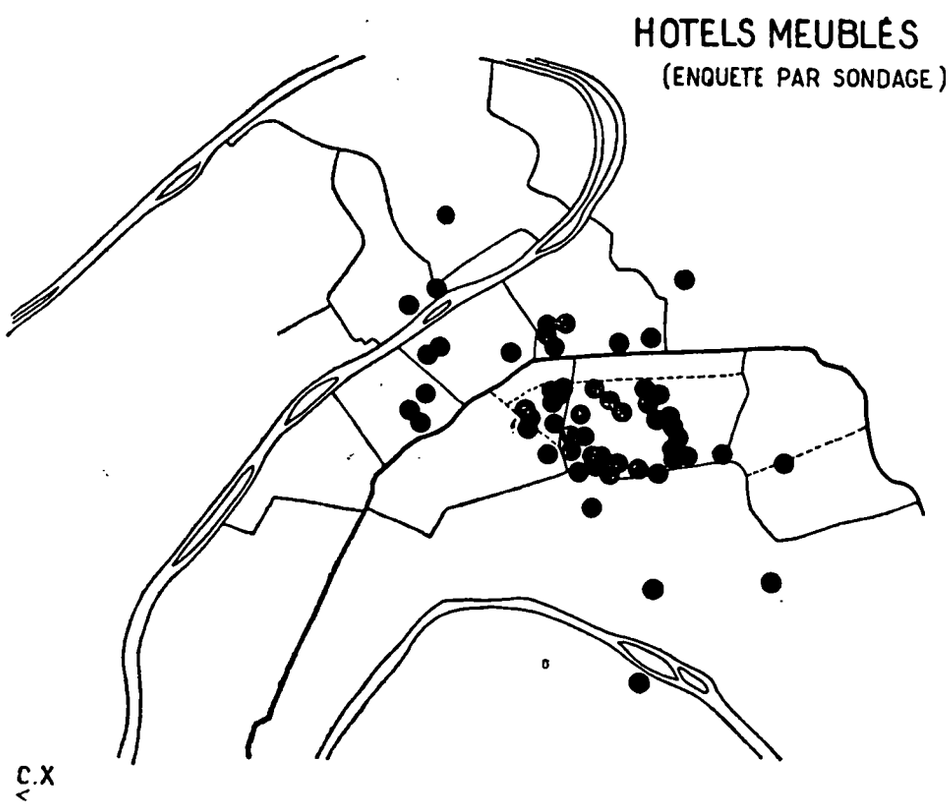
Bien que représentant, comme nous venons de le voir, le type même de l'habitat insuffisant et insalubre, l'hôtel meublé constitue une catégorie de logement particulièrement onéreuse. Les loyers, malgré certaines réglementations survenues depuis 1945, en sont demeurés très élevés, d'autant plus que beaucoup de locataires — même lorsqu'ils résident de façon permanente à l'hôtel — paient souvent leur chambre à la journée, et que les chambres au mois voient leurs loyers majorés de charges diverses (pour l'usage de l'électricité, pour l'utilisation d'un poste de radio, pour l'entretien

des locaux, pour le droit d'y faire la cuisine, etc.) qui en élèvent sensiblement le prix.

f) *Enquête par sondage : hôtels meublés (66 cas)*

L'étude des hôtels meublés de notre enquête permet de préciser sur certains points ces constatations générales :

Répartition géographique



Les principales zones de concentration des hôtels meublés sont les suivantes :

— *Le quartier de la Goutte d'Or* entre la rue Ordener et le boulevard de la Chapelle, ainsi que la zone limitrophe du quartier Clignancourt. On trouve dans ce quartier, avant tout des hôtels nord-africains, mais également des hôtels regroupant certaines autres catégories ethniques ou nationales (Sénégalais, Espagnols, etc.), ainsi que certains hôtels à clientèle d'ouvriers métropolitains.

Le boulevard de Rochechouart et de Clichy, ainsi que les rues avoisinantes des *quartiers Clignancourt et Grandes Carrières*, dont la clientèle assez

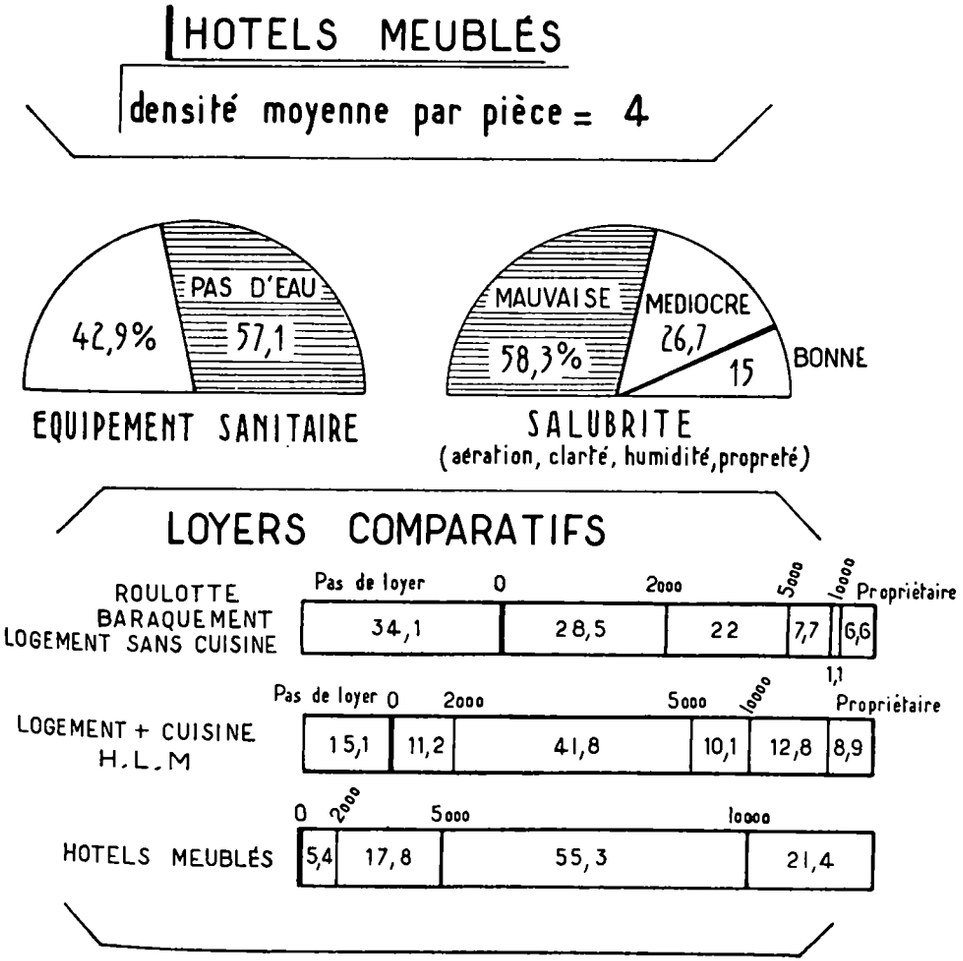
mélangée comprend moins de Nord-Africains, mais dans lesquels habitent par contre un certain nombre de prostituées.

— *Le quartier des Épinettes*

— En banlieue, les communes de *St-Ouen*, *Clichy* et *Levallois*.

Equipement sanitaire	N	%
Eeau courante dans la chambre	27	42,9
Pas d'eau courante	36	57,1
Cuisine ou réduit pour la cuisine	10	16,7
Pas de cuisine	50	83,3

La majorité des chambres d'hôtels meublés n'ont pas l'eau courante, parfois celle-ci se trouve sur le palier ou à un étage inférieur, parfois seulement dans la cour.



Loyers

Nous avons comparé les loyers des hôtels meublés avec ceux des autres catégories de logement (56 cas) :

	Roulotte, baraquements, logements sans cuisine ni W.-C.		Hôtels meublés		Logements ou pavillons corrects	
	N	%	N	%	N	%
Pas de loyer ou sans précision ...	31	34,1	3	5,4	27	15,1
Moins de 20 NF	26	28,5	0	—	20	11,2
20 à 49 NF	20	22	10	17,8	75	41,8
50 à 99 NF	7	7,7	31	55,3	18	10,1
100 NF et plus	1	1,1	12	21,4	23	12,8
Propriétaires ou co-propriétaires.	6	6,6	—	—	16	8,9

En résumé les 3/4 des locataires paient plus de 50 NF de loyer mensuel.

Les loyers des hôtels meublés sont non seulement sensiblement plus élevés que les loyers des autres catégories de logements défectueux, mais ils sont également plus élevés que ceux des logements corrects de notre enquête.

Salubrité

Une classification a été établie par notre assistante sociale après chaque visite, tenant compte à la fois de l'exiguité du logement, de sa clarté, de son aération, de son humidité ainsi que de son degré d'entretien ou de dégradation.

Les résultats en sont les suivants :

	%
— logements insalubres	58,3
— logements médiocres	26,7
— logements salubres	15

Nombre d'habitants par pièce (61 cas)

Nombre d'habitants	N
9	2
7	1
6	3
5	11
4	17
3	15
2	11
1	1

L'avant-dernière catégorie (2 personnes par pièce) correspond soit à une mère seule avec 1 enfant, soit à un couple dont l'enfant est placé.

La densité moyenne atteint, malgré le placement d'un certain pourcentage d'enfants, le chiffre de *4 personnes par pièce d'habitation.*

Conséquences de l'habitation en hôtel meublé sur l'hospitalisation des enfants

A. — *Sur les conditions d'hospitalisations :*

	Hôtel meublé		Toutes autres catégories	
	N	%	N	%
Admission directe	44	66,7	155	50
Admission avec mot de médecin	22	33,3	155	50

B. — *Sur les hospitalisations multiples* (quel que soit l'âge de l'enfant) :

	Hôtel meublé		Toutes autres catégories	
	N	%	N	%
1re hospitalisation	35	51,9	194	72,5
1 ou plusieurs hospitalisations antérieures	30	46,1	107	27,5

C. — *Sur la justification médicale de l'hospitalisation :*

	Hôtels meublés		Toutes autres catégories	
	N	%	N	%
Hospitalisations justifiées	36	56,3	219	73
Hospitalisations non justifiées	28	43,7	81	27

En résumé, l'habitat en hôtel meublé se caractérise par un surpeuplement qui rend proprement intolérable l'existence normale pour un foyer chargé d'enfants, et auquel vient s'ajouter une absence quasi totale de confort, d'équipement sanitaire ou même de simple salubrité, en dépit d'un loyer très élevé qui absorbe une part importante du revenu familial.

Or, nous constatons que le retentissement de ces conditions de logement sur l'hospitalisation d'enfants est parfaitement démonstratif. En effet, plus qu'aucune autre catégorie de population, les habitants des hôtels meublés amènent directement leurs enfants à l'hôpital à l'occasion de n'importe quel épisode morbide.

Au terme de cette étude nous pensons avoir montré l'importance des conditions de logement sur l'hospitalisation des enfants. Mais les pressions sociales et psychologiques qui s'exercent sur les familles forment un tout qu'il est artificiel de dissocier, et pour illustrer cette interdépendance de facteurs nous pensons qu'il n'est pas de meilleur exemple que celui des hôtels meublés.

Nous avons donc étudié, dans ce cadre, certaines corrélations autres que celles de l'habitat :

A. — *Nationalité du père :*

	Hôtels meublés		Autres logements	
	N	%	N	%
Français	28	46,5	218	76,5
Algériens	22	36,8	32	11,5
Autres cas	10	16,7	34	12

La proportion des Nord-Africains dans les hôtels meublés atteint 36,8 % alors qu'elle n'est que de 11,5 % pour les autres catégories de logement.

B. — *Salaire global* (père plus mère, mais sans les allocations familiales) :

	Hôtels meublés		Autres catégories	
	N	%	N	%
Moins de 500 NF	31	62	106	41,5
500 NF et plus	19	38	151	58,5

Le niveau socio-économique est nettement plus bas chez les habitants des hôtels meublés et ceci s'explique d'ailleurs en partie par le pourcentage élevé de Nord-Africains qu'ils abritent.

C. — *Situation de l'enfant par rapport au foyer familial antérieurement à l'hospitalisation :*

	Hôtels meublés		Autres catégories	
	N	%	N	%
Toujours au foyer	43	68,3	232	78
Toujours ou partiellement placé ailleurs	20	31,7	66	22

Nous avons vu les raisons qui contraignent souvent les parents habitant en hôtel à placer leurs enfants hors du foyer.

D. — *Situation du père par rapport à la mère :*

	Hôtels meublés		Autres catégories	
	N	%	N	%
Normale	42	66,6	233	79
Anormale (dissociation familiale, etc...)	21	33,3	63	21

Le pourcentage des dissociations familiales est nettement plus élevé dans les hôtels meublés.

RÉSUMÉ

I. — Parmi les facteurs sociaux, l'influence du domicile et des conditions de logement est prépondérante sur l'hospitalisation des enfants de l'agglomération parisienne.

Cette influence varie cependant suivant la physionomie propre de chaque hôpital et de chaque service.

En particulier, dans les services hautement spécialisés, la pression des conditions sociales sur l'hospitalisation tend à s'atténuer et même à disparaître.

L'étude de la distribution géographique des admissions dans deux services spécialisés de l'Assistance Publique illustre ce phénomène.

Toutefois, l'importance numérique des admissions médicalement sélectionnées reste encore très réduite par rapport à l'ensemble des hospitalisations d'enfants.

En particulier, la comparaison des conditions d'hospitalisation dans trois services d'hôpitaux respectivement situés à Bretonneau, Hérold et Trousseau révèle entre ces trois services une étroite similitude et certaines constantes fondamentales :

- **Un pourcentage élevé d'admissions directes et de réhospitalisations.**
- **Un pourcentage élevé de Nord-Africains.**
- **Un pourcentage élevé d'enfants de familles nombreuses.**
- **De mauvaises conditions de logement (surtout).**

Il en résulte que l'enquête effectuée à l'hôpital Bretonneau peut fournir des indications révélatrices sur les conditions d'hospitalisation des enfants, dans l'ensemble de la région parisienne.

II. — L'étude du domicile et des conditions de logement des enfants hospitalisés à Bretonneau (service du Dr Kaplan) se présente de la façon suivante :

a) Dans un premier chapitre, une analyse de la carte de répartition des domiciles d'enfants hospitalisés permet d'en établir les limites géographiques.

A l'intérieur de ces limites, un taux des hospitalisations (arbitrairement déterminé par le nombre d'enfants hospitalisés dans le service pendant un an sur une population de 1 000 enfants) a été calculé dans chaque arrondissement de Paris et chaque commune de banlieue et une carte de densité des hospitalisations a été ainsi établie.

La comparaison des taux d'hospitalisation dans le cadre des divisions administratives paraît cependant entachée de graves erreurs d'interprétation, alors que l'étude des *îlots de concentration des cas d'hospitalisation* lorsqu'elle est possible donne des résultats beaucoup plus significatifs.

L'analyse de 4 îlots de concentration particulièrement bien limités, à savoir :

- **le quartier des Épinettes,**
- **les Habitations à Bon Marché du boulevard Ney,**
- **le quartier de la Goutte-d'Or,**
- **la zone des bidonvilles et des Cités d'Urgence**

met nettement en lumière l'influence de certains facteurs, comme le niveau socio-économique de la population, le pourcentage des familles nombreuses, l'afflux de la population nord-africaine, et surtout les mauvaises conditions de logement sur les hospitalisations d'enfants.

b) L'étude statistique des conditions de logement des enfants hospitalisés met en évidence :

- **le pourcentage considérable (41,9 %) de logements de 1 pièce ;**
- **l'importance des logements de fortune (baraques ou roulottes 9 %) et hôtels meublés (17,5 %) ;**
- **l'installation récente dans le logement (depuis moins de 3 ans pour la**

moitié de la population), qui s'explique en partie par l'influence d'une transplantation récente sur l'hospitalisation des enfants ;

— l'insuffisance de l'équipement sanitaire (27,9 % des logements n'ont pas l'eau courante, 33,4 % n'ont pas de cuisine, 69,6 % n'ont pas de W.-C. individuel).

On notera également que 16,8 % des enfants couchent à plusieurs dans le même lit.

Un tableau de comparaison met en évidence que les conditions de logement des hospitalisés sont sur tous les points plus défavorables que celles de la population de la Seine prise dans son ensemble, la situation réelle étant encore plus mauvaise puisqu'il s'agit ici uniquement de familles ayant des enfants en bas-âge.

III. — Parmi les catégories de logements isolés dans notre enquête, les hôtels meublés font l'objet d'une étude particulière.

En effet, le taux d'hospitalisation y est égal à quatre fois le taux moyen des hospitalisations d'enfants dans l'ensemble du département de la Seine.

Or, l'habitat en hôtel meublé est particulièrement défavorable du fait d'un surpeuplement excessif (densité moyenne de 4 personnes par chambre) et d'un équipement sanitaire presqu'inexistant (en particulier 57 % des chambres n'ont pas l'eau courante).

L'influence de cet habitat défavorisé sur l'hospitalisation d'enfants est bien mise en évidence par l'étude de certains tableaux de corrélation : en particulier parmi les enfants habitant en hôtel meublé les admissions directes, les rehospitalisations successives et enfin les hospitalisations médicalement non justifiées sont proportionnellement beaucoup plus fréquentes que pour l'ensemble des autres catégories de logements.

Il importe cependant de noter qu'en étudiant dans le cadre des hôtels meublés certaines conditions sociales autres que l'habitat, on met en évidence dans la population des hôtels :

— un niveau économique plus bas ;
— un pourcentage beaucoup plus important de Nord-Africains ;
— un beaucoup plus grand nombre d'enfants placés hors du foyer ;
— un plus grand nombre de ménages dissociés.

Ce qui montre l'interdépendance de ces différents facteurs, ainsi que la difficulté de les étudier séparément et d'apprécier leur influence respective sur l'hospitalisation des enfants.

Il ne paraît pas douteux cependant que lorsque les conditions de logement sont particulièrement défavorables ces dernières exercent une influence aggravante sur toutes les autres difficultés de la vie familiale.

CHAPITRE V

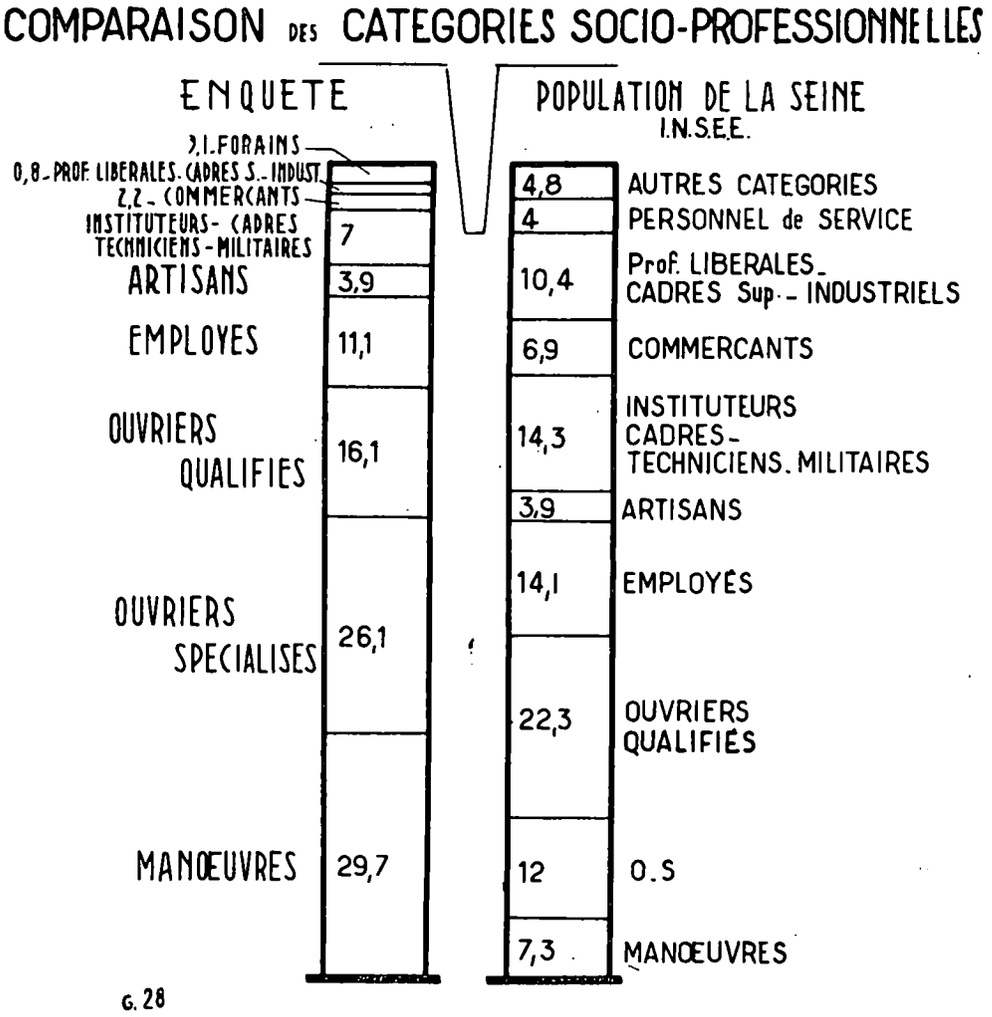
FACTEURS DE L'HOSPITALISATION : LE MILIEU SOCIAL

Le premier critère permettant de préciser le milieu social des enfants hospitalisés réside dans la catégorie socio-professionnelle du père de famille, dont le tableau suivant donne la physionomie d'ensemble :

Profession du père de famille	N	%
Forain	11	3,1
Manœuvre	105	29,5
O.S. (ouvrier spécialisé)	93	26,1
Ouvrier qualifié (professionnel)	57	16,1
Techniciens, cadres, militaires	25	7
Employé	40	11,2
Commerçant	7	2,2
Artisan	14	3,9
Profession libérale	3	0,8

Nous avons cherché à comparer notre échantillonnage à la population active du département de la Seine, prise dans son ensemble ; ce qui nous a donné les résultats suivants :

Catégories socio-professionnelles	Seine	Enquête
	N	%
Manœuvre	7,3	29,5
O.S. (ouvrier spécialisé)	12	26,1
Ouvrier qualifié	22,3	16,1
Employé	14,1	11,1
Artisan	3,9	3,9
Instituteurs, cadres, techniciens militaires	14,3	7
Commerçants	6,9	2,2
Professions libérales. Cadres supérieurs. Industriels	10,4	0,8
Personnel de service	4	0
Forain	—	3,1
Autres catégories	5	—



Nous n'étions pas en possession au moment de notre enquête de la liste des catégories socio-professionnelles de l'I.N.S.E.E. et de leur regroupement.

Il existe donc dans notre statistique des classements discutables. Le groupe des « Instituteurs — Cadres — Militaires » comprend des éléments assez disparates sur le plan du niveau socio-économique. De même, le groupe des personnels de service (ex. : garçon de café) a été regroupé avec celui des employés ou des ouvriers suivant le cas.

Ces quelques imprécisions dans le classement ne paraissent pas avoir eu de conséquences importantes et n'enlèvent rien à la valeur de la constatation suivante :

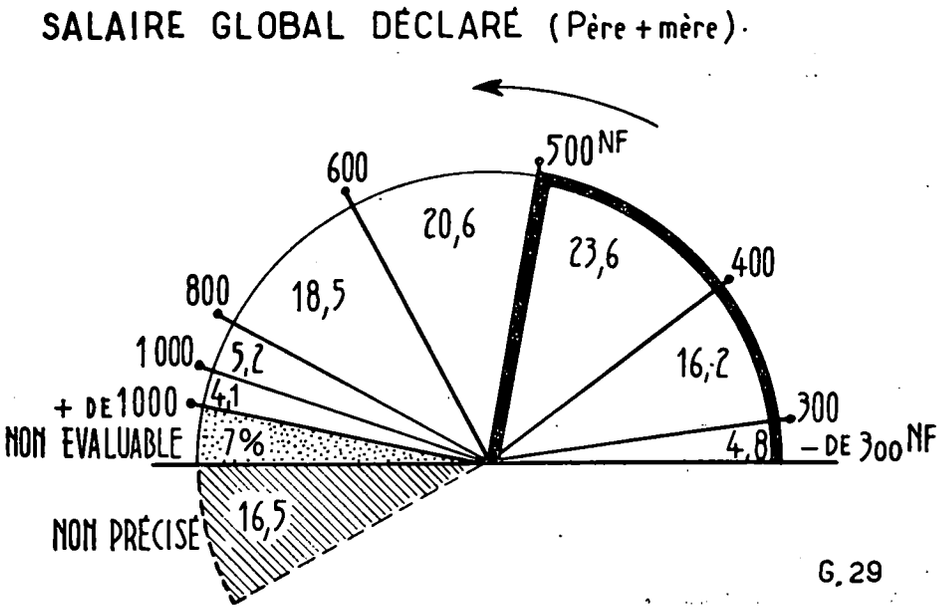
Les familles d'enfants hospitalisés sont essentiellement des familles ouvrières. La catégorie des ouvriers, dans son ensemble, forme en effet 71,7 % de nos cas, contre 41,6 pour la population de la Seine. La différence est d'autant plus sensible que la qualification professionnelle et le niveau socio-économique sont plus bas, puisqu'on note 29,5 % de manœuvres contre 7,3 % pour l'ensemble de la population et 26,1 % d'O.S. contre 12 %.

En revanche, les proportions s'inversent au fur et à mesure que l'on s'élève dans l'échelle des qualifications professionnelles ou du niveau social. C'est ainsi qu'on ne note que 16,1 % d'ouvriers qualifiés contre 22,3 % pour la population de la Seine dans son ensemble. 2,2 % de commerçants contre 6,9 %, et seulement 0,8 % de professions libérales, cadres supérieurs et industriels contre 10,4 % dans l'ensemble du département.

En d'autres termes, le taux d'hospitalisation dans les familles de manœuvres est 4 fois plus élevé que le taux moyen d'hospitalisation ; il est 2 fois plus élevé chez les ouvriers spécialisés et 13 fois plus faible dans les catégories sociales plus favorisées.

Ressources salariées de la famille

Cette statistique a été établie dans le but d'apprécier les ressources des ménages. Elle n'est donc pas rigoureusement superposable à la précédente, puisqu'elle englobe aussi bien la majorité des cas où seul travaille le père de famille que les cas où l'homme et la femme travaillent et ceux où la femme assume seule la charge du foyer. (Nous verrons que, dans notre enquête, 30 % des femmes exercent une activité professionnelle.)



Salaire global (père plus mère) mais sans les allocations familiales

Salaire	N	%
Moins de 300 NF	15	4,8
310 à 400 NF	50	16,2
410 à 500 NF	73	23,6
510 à 600 NF	58	20,6
610 à 800 NF	57	18,5
810 à 1.000 NF	16	5,2
1.010 à 1.500 NF	7	2,2
Plus de 1.500 NF	6	1,9
Non évaluable	27	7
(non précisé : 51)		

Il résulte que 44,6 % de nos familles ont des ressources salariées inférieures à 500 NF.

En fait, si l'on tient compte de ce que, sur les 51 cas où la qualification professionnelle a été précisée, mais non le salaire, nous avons 38 manœuvres et ouvriers spécialisés, on peut considérer que les familles disposant de moins de 500 NF de ressources salariées sont en nette majorité.

Catégorie socio-professionnelle et salaire global

	Manœuvre	Ouvrier spécialisé	Ouvrier qualifié	Employé	Technicien
Non précisé	17	17	6	10	5
Moins de 300 NF ..	11	—	1	—	—
300 à 400 NF ..	26	9	2	7	—
400 à 500 NF ..	34	25	4	8	—
500 à 600 NF ..	10	26	15	4	1
600 à 800 NF ..	4	13	22	8	5
800 à 1.000 NF ..	3	3	3	2	5
1.000 à 1.500 NF ..	1	—	2	—	4
Plus de 1.500 NF ..	—	—	—	1	—

Du fait de la confusion dans une somme totale des salaires du père et de l'éventuel salaire de la mère le tableau de corrélation entre la catégorie socio-professionnelle et le salaire ne peut être interprété valablement.

Il résulte toutefois de ce tableau l'existence d'un parallélisme entre le niveau de la qualification socio-professionnelle dans la catégorie des ouvriers et le revenu salarié de la famille.

Différents auteurs, en particulier Mme Chombart de Lauwe dans son ouvrage sur la psychopathologie sociale de l'enfant inadapté, ont insisté sur les rapports étroits existant entre la qualification socio-professionnelle, le niveau du revenu et les conditions de logement.

Notre enquête confirme cette notion :

Nous avons, pour simplifier, groupé notre population en deux lots suivant le revenu du ménage : au-dessous et au-dessus de 500 NF, et nous avons confronté ces deux groupes avec un certain nombre d'éléments caractéristiques du logement.

A. — *Salaire global et catégorie de logement :*

	Salaire inférieur à 500 NF N	%	Salaire de 500 NF et plus N	%
Roulotte-baraque	45	32,8	41	24,1
Chambre sans cuisine.....				
Hôtel meublé	31	22,7	19	11,2
Logement plus cuisine.....	61	44,5	110	64,6
H.L.M.				
Pavillon.....				

B. — *Salaire global et nombre de pièces.*

	Salaire inférieur à 500 NF N	%	Salaire de 500 NF et plus N	%
1 pièce	58	50,5	57	33,7
2 pièces	36	26,7	65	38,3
3 pièces et plus	31	22,9	48	28,2

C. — *Salaire global et équipement sanitaire.*

	Salaire inférieur à 500 NF N	%	Salaire de 500 NF et plus N	%
Cuisine, cab. toil., W.-C.	15	11,2	29	17,3
Cuisine, W.-C.	17	12,7	29	17,3
Cuisine sans W.-C.	48	35,1	69	41,1
Rien	54	40,1	41	24,4

D. — *Salaire global et densité moyenne par pièce d'habitation.*

Salaire inférieur à 500 NF = 3,4
Salaire de 500 NF et plus = 2,3

En résumé, les familles dont le revenu familial est le plus bas sont également les plus défavorisées sur le plan du logement.

Il n'y a donc rien d'étonnant de retrouver chez les familles dont le salaire global est inférieur à 500 NF, comme nous l'avons déjà noté chez les familles mal logées :

Un plus fort pourcentage d'admissions directes à l'hôpital

	Admissions directes %
Salaire global inférieur à 500 NF	67,5
Salaire global de 500 NF et plus.....	48

Un plus fort pourcentage de rehospitalisations

	Rehospitalisations %
Salaire global inférieur à 500 NF	43,5
Salaire global de 500 NF et plus.....	31

Un plus fort pourcentage d'hospitalisations médicalement non justifiées

	Hosp. non justifiées %
Salaire global inférieur à 500 NF	38
Salaire global de 500 NF et plus.....	24,1

Il s'agit, en effet, dans l'ensemble du même groupe de population.

Les familles nord-africaines

L'étude de la population nord-africaine trouve ici sa place en raison de ses conditions socio-économiques particulièrement défavorables. En outre, le niveau de culture et les habitudes de vie de la femme nord-africaine lui confèrent une physionomie très particulière.

Les enfants nord-africains de notre enquête sont au nombre de 57, mais comprennent 2 groupes distincts :

— Les enfants de ménages mixtes, au nombre de 23

— Les enfants de ménages dont les deux parents sont Nord-Africains, au nombre de 34

Nous limiterons notre étude à ces 34 ménages qui présentent une homogénéité particulière en raison de la personnalité de la mère de famille.

La mère de famille nord-africaine

Notre enquête nous fournit à ce sujet quelques données précises :

a) *Niveau culturel*

	N	%
Parle plus ou moins le français, mais illettrée	27	81,8
Sait lire et écrire	6	18,2

b) *Durée de l'allaitement maternel*

	Femme métropolitaine		Femme nord-africaine	
	N	%	N	%
Moins de 1 mois	156	56,4	12	37,5
1 à 3 mois	77	27,8	10	31,3
3 à 6 mois	35	12,6	3	8,4
plus de 6 mois	9	3,2	7	21,8

Il résulte de ce tableau que le pourcentage des femmes musulmanes allaitant leur enfant au-dessus de 3 mois est deux fois plus élevé que celui des femmes métropolitaines.

c) *Structure familiale*

	Femme métropolitaine		Femme nord-africaine	
	N	%	N	%
Structure normale (mère vit avec le père, tous les enfants sont des deux)	215	75,4	31	91
Structure anormale	70	24,6	3 (1)	9

La structure familiale est beaucoup plus solide dans les ménages musulmans en raison de facteurs multiples, dépendance de la femme par rapport au mari, isolement dû à la transplantation récente, mode de vie, niveau culturel.

d) *Activité professionnelle*

La femme nord-africaine n'a pas d'activité salariée (1 seul cas sur 34 fait exception : femme nord-africaine tenant un café-hôtel musulman en l'absence momentanée du mari).

e) *Nombre d'enfants*

1 enfant	3 cas
2 enfants	7 cas
3 enfants	6 cas
4 enfants	6 cas
5 enfants et plus.....	12 cas

Le nombre moyen d'enfants par ménage est donc légèrement inférieur à 4.

f) *Décès antérieur d'un enfant dans la fratrie*

	Femme métropolitaine		Femme nord-africaine	
	N	%	N	%
Pas de décès	258	90,2	21	70
1 ou plusieurs décès.....	28	9,8	9	30

Le décès antérieur d'un enfant est une éventualité fréquente pour la femme musulmane. Dans la grande majorité des cas, le décès a eu lieu en Algérie, avant l'arrivée de la famille en métropole.

De ces tableaux se dégagent quelques traits caractéristiques de la femme musulmane, le plus souvent illettrée, ne lisant pas et souvent parlant à peine quelques mots de français ; c'est une mère de famille nombreuse, restant au foyer, allaitant plus volontiers son enfant que la femme métropolitaine.

A l'intérieur de ce cadre général, la situation de la femme nord-africaine connaît des variantes non négligeables et il existe des différences de vie

(1) dont 1 cas de bigamie.

considérables entre les femmes arrivées depuis peu d'un bled isolé, restées très primitives, ne sortant jamais, laissant à l'homme toutes les initiatives dont celle même de conduire seul l'enfant à l'hôpital et d'aller seul lui rendre visite, et les femmes déjà plus ou moins émancipées qui sortent seules, font leur marché, viennent seules à l'hôpital ou aux consultations de dispensaire et comprennent suffisamment le français pour profiter des conseils médicaux.

Les conditions de vie des familles nord-africaines

Ressources du ménage

Les ressources du ménage n'ont pas été décomptées à part pour les ménages nord-africains homogènes.

Pour l'ensemble des hommes nord-africains, la situation est la suivante :

	N	%
Moins de 500 NF	33	70
500 NF et plus	14	30

Il est possible que le pourcentage des ressources familiales égales ou supérieures à 500 NF soit moins élevé dans les familles musulmanes homogènes en raison de l'absence de travail salarié de la mère.

Nombre de pièces par logement

1 pièce	18 cas
2 pièces	11 cas
3 pièces ou plus	5 cas

Ce qui donne une *densité moyenne de population par pièce d'habitation de 3,8* environ.

Catégorie de logement

Baraque, logement sans cuisine ni W. C.	13
Hôtel meublé	10
Logement correct	11

Conditions de couchage de l'enfant

	N	%
Dort seul dans son lit	19	52,8
Dort dans un même lit avec d'autre personnes	17	47,2

En résumé, conditions socio-économiques mauvaises, mais surtout très mauvaises conditions de logement, tant du point de vue exiguité qu'inconfort, telles sont les principales caractéristiques relevées parmi les familles nord-africaines.

Retentissement des conditions de vie des familles sur l'hospitalisation des enfants

Conditions d'admission à l'hôpital

	N	%
Admission directe	23	67,5
Admission avec mot	11	32,5

La plupart des enfants sont conduits directement à l'hôpital.

Rehospitalisations

	N	%
Première hospitalisation	16	47
Une ou plusieurs hospitalisations antérieures	18	53

Plus de la moitié des enfants ont déjà été hospitalisés.

Justification médicale de l'hospitalisation

	N	%
Hospitalisation justifiée	18	53
Hospitalisation non justifiée	16	47

Dans près de la moitié des cas l'hospitalisation de l'enfant n'est pas justifiée par la gravité de la maladie.

RÉSUMÉ

Les familles d'enfants hospitalisés sont essentiellement des familles ouvrières.

Dans la majorité des cas le père de famille exerce une activité d'ouvrier non qualifié, et dans la moitié des cas les ressources salariées de la famille ne dépassent pas 500 NF par mois.

Les résultats de notre enquête confirment l'existence des rapports étroits entre le degré de la qualification socio-professionnelle, le niveau du revenu mensuel et les conditions de logement.

En groupant notre population en deux lots suivant les ressources du ménage, nous constatons, en effet, que les familles dont le revenu mensuel est inférieur à 500 NF sont, dans l'ensemble, moins bien logées et vivent dans des conditions de surpeuplement plus critique que les autres. Il n'y a donc rien de surprenant de retrouver dans ce groupe un plus grand pourcentage d'admissions directes à l'hôpital, de réhospitalisations et d'hospitalisations non justifiées, puisque ce groupe se confond en partie avec celui des mal logés.

Les familles nord-africaines homogènes (c'est-à-dire dont le père et la mère sont musulmans) ont fait l'objet d'une étude particulière. Elles se caractérisent en effet, non seulement par des conditions socio-économiques

médiocres, par des conditions de logement déplorables (densité moyenne : 3,8 personnes par pièce), rendues plus critiques encore en raison d'un plus grand nombre d'enfants, mais par la personnalité même de la femme musulmane ; le plus souvent illettrée, ne sortant guère de chez elle, cette dernière éprouve de grosses difficultés de contact avec les médecins et les dispensaires.

Cet ensemble de conditions défavorables explique que l'hospitalisation des enfants devienne vite, dans les familles nord-africaines, la solution de facilité devant n'importe quel état pathologique

CHAPITRE VI

FACTEURS DE L'HOSPITALISATION : LE TRAVAIL PROFESSIONNEL DE LA MÈRE DE FAMILLE

Une première façon d'apprécier le retentissement du travail salarié de la mère sur l'hospitalisation de ses enfants consiste à comparer les pourcentages de mères de famille exerçant une activité professionnelle, dans notre enquête, et dans la population générale de la Seine.

D'après les renseignements de l'I.N.S.E.E. le pourcentage des mères d'enfants âgés de moins de 16 ans et exerçant une activité professionnelle s'élève à 22 %.

Dans notre enquête, nous trouvons les pourcentages suivants :

Activité professionnelle de la mère	N	%	
Sans profession (ou ayant exercé une profession mais ne l'exerçant plus)	266	71	
Profession à domicile	10	2,7	29,1
Profession extérieure à temps partiel	29	7,7	
Profession extérieure à temps plein	70	18,7	

La différence entre ces deux pourcentages n'est pas considérable et, compte tenu du fait que certaines activités à temps partiel ou à domicile ont pu échapper au recensement de l'I.N.S.E.E., cette différence pourrait paraître peu significative.

Cette constatation se trouve confirmée par l'étude des trois corrélations : admissions directes, rehospitalisation et hospitalisations non justifiées, qui constituent comme nous l'avons vu un ensemble de critères significatifs de la pression de facteurs extramédicaux sur l'hospitalisation des enfants.

Travail professionnel de la mère et conditions d'admission

	Pas d'activité profess.		Activité profess.	
	N	%	N	%
Admissions avec mot de médecin	139	53	54	51
Admissions directes	122	47	52	49

Les admissions directes sont légèrement moins fréquentes dans les familles où la femme travaille.

Travail professionnel de la mère et rehospitalisations

	Pas d'activité profess.		Activité profess.	
	N	%	N	%
1re hospitalisation	168	62,5	71	68
2e hospitalisation	52	19,6	17	16,3
3e hospitalisation	48	17,8	16	15,5

Les hospitalisations multiples se rencontrent moins fréquemment dans les familles où la femme travaille.

Travail professionnel de la mère et justification médicale de l'hospitalisation

	Pas d'activité profess.		Activité profess.	
	N	%	N	%
Hospitalisations justifiées	194	71,5	74	71
Hospitalisations non justifiées	77	28,5	30	29

Il n'existe pas de différence significative quant à la justification médicale de l'hospitalisation entre les familles où la femme reste au foyer et celles où la femme travaille.

En conclusion, l'étude des pourcentages globaux ne permet pas d'affirmer que le travail salarié de la mère de famille exerce une influence sur l'hospitalisation des enfants.

Une analyse plus poussée tend à modifier cependant cette impression première :

a) Nous savons que les femmes nord-africaines dont le pourcentage est insignifiant dans les statistiques de l'I.N.S.E.E. de 1954, figurent dans notre enquête pour 10 % de la population féminine totale. Or, sur 37 femmes musulmanes, une seule exerce une activité salariée. Il s'ensuit que si l'on soustrait de nos statistiques le groupe des femmes musulmanes pour n'envisager que l'ensemble des femmes métropolitaines ou étrangères, le pourcentage d'activité salariée s'élève à 32,2 %.

b) L'influence du travail salarié de la mère sur l'hospitalisation des enfants ne peut s'envisager valablement qu'en tenant compte du nombre d'enfants dans chaque famille, et c'est pourquoi nous avons groupé des familles comprenant un même nombre d'enfants pour y comparer les pourcentages de femmes qui travaillent.

Si l'on compare entre elles les familles ayant un même nombre d'enfants on constate donc qu'à l'intérieur de chaque groupe le pourcentage de femmes exerçant une activité salariée est sensiblement plus élevé dans notre enquête que dans l'ensemble de la population de la Seine. En d'autres termes, pour un même nombre d'enfants dans la famille le travail salarié de la mère élève sensiblement le taux d'hospitalisation des enfants.

Activité professionnelle de la mère suivant le nombre de ses enfants

	Enquête	I.N.S.E.E.
	%	%
1 enfant	49	29,2
2 enfants	34	15,1
3 enfants	11	9,3
4 enfants	10	6,4
5 enfants et plus	13,5	3,2

L'activité professionnelle de la mère de la famille figure donc bien parmi les facteurs sociaux qui interviennent dans l'hospitalisation des enfants. Mais l'influence du travail de la mère est nettement moins déterminante que ne le sont les conditions de vie des familles nombreuses dans la région parisienne.

Le résultat de nos constatations peut en effet se formuler de la façon suivante :

Dans les familles ne comprenant que 1 ou 2 enfants, le taux d'hospitalisations des enfants est presque deux fois plus élevé lorsque la mère a un travail salarié.

De même l'activité professionnelle de la mère élève considérablement le taux d'hospitalisation dans les familles nombreuses.

Mais l'ensemble des pressions sociales qui s'exercent sur les familles nombreuses sont telles (en raison en particulier du surpeuplement dans des logements trop exigus) que des familles nombreuses dont la mère reste au foyer hospitalisent beaucoup plus facilement leurs enfants que les familles de 1 ou 2 enfants dont la mère a une activité salariée.

Comme l'activité professionnelle de la femme intéresse essentiellement des familles de 1 ou 2 enfants, il en résulte que l'influence du travail de la mère ne se remarque pas dans les pourcentages globaux parce que l'influence des familles nombreuses y est beaucoup plus sensible.

L'influence de l'activité professionnelle de la mère sur le taux d'hospitalisation des enfants illustre une notion communément admise : à savoir que le cumul du travail salarié et des charges de mère de famille s'effectue le plus souvent au détriment des intérêts de l'enfant.

Les adversaires du travail de la femme mariée insistent sur l'importance des soins maternels pour le développement psycho-affectif de l'enfant, sur la nocivité plus ou moins grande des solutions de remplacement qui impliquent l'élevage de celui-ci par une tierce personne (nourrice) ou par une collectivité (crèche). Ils font valoir que le salaire de la femme, en raison de ces charges supplémentaires ne contribue pas de façon significative à l'élévation du niveau de vie familial.

Dans les cas les plus favorables pour l'enfant, lorsque ce dernier reste au foyer à la charge d'un membre de la famille ou d'une personne salariée, ou lorsque confié à une nourrice de jour ou à une crèche la mère le ramène à son domicile après sa journée de travail, le cumul pour la femme, de son activité professionnelle et de ses tâches de ménagère et de mère de famille,

lui impose un surcroît de travail au détriment de son repos, de son sommeil, de son équilibre nerveux et en conséquence, de la nature de ses relations avec ses enfants.

Ceux qui, sans encourager systématiquement l'activité professionnelle de la mère de famille lui trouvent de nombreuses justifications, font valoir en sens contraire un certain nombre d'arguments :

L'insuffisance de l'allocation de salaire unique défavorise les ménages dont la femme ne travaille pas. Lorsque cette dernière, au contraire, conserve une activité professionnelle suffisamment rétribuée, l'augmentation des ressources de la famille permet d'entreprendre certaines dépenses dont les enfants sont les premiers bénéficiaires. C'est ainsi que dans beaucoup de jeunes ménages la femme a conservé son activité professionnelle dans le but de faciliter l'acquisition d'un nouveau logement.

Certains éléments psychologiques ne sont pas négligeables. Il est de fait que l'activité ménagère de la mère de famille, bien que représentant une somme de travail et de fatigue que certaines enquêtes récentes ont bien mise en lumière, ne jouit pas de la considération sociale qu'elle mérite, du fait qu'elle représente essentiellement une sorte d'épargne invisible et qu'elle ne s'exprime pas en termes de rémunération chiffrable.

Il existe, d'autre part, un désir légitime d'activité professionnelle qui se manifeste de façon différente suivant le niveau social ou culturel de la femme.

Pour certaines, le travail à l'extérieur répond au besoin de s'évader de l'isolement et de la monotonie des tâches ménagères, de retrouver un sentiment d'indépendance et de maintenir les liens de solidarité et d'amitié qui les unissent à leurs camarades de travail. Pour d'autres, il s'agit, en contribuant aux ressources du ménage, de se valoriser vis-à-vis de leur mari ou de leur famille. Pour d'autres, enfin, le désir d'activité professionnelle répond à une qualification acquise par des années de travail, à des goûts ou à des aptitudes particulières, parfois à une véritable vocation.

A la lumière de notre enquête, il nous paraît cependant que les jugements portés sur l'activité professionnelle de la mère de famille ne sont pas toujours fondés sur une connaissance réaliste des données sociales de ce problème.

On discute bien souvent du travail de la femme mariée, comme s'il existait toujours pour cette dernière une possibilité d'option entre l'activité professionnelle ou le maintien au foyer.

Cette faculté d'option suppose un certain nombre de conditions : une situation familiale normale (les parents vivent ensemble) ;

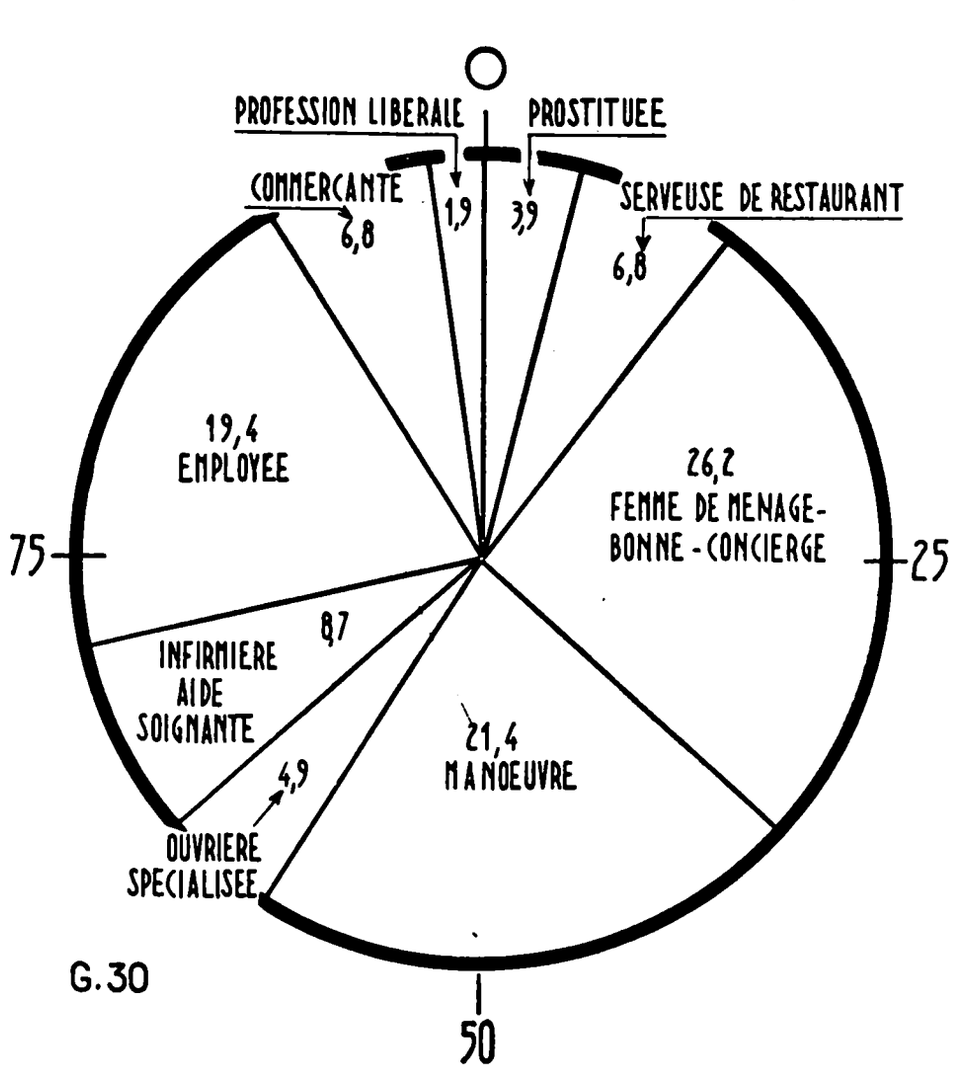
Une activité professionnelle du père de famille régulière et suffisamment rémunérée pour assurer une vie normale à sa femme et à ses enfants ;

Un logement suffisant pour permettre d'élever les enfants au foyer.

Nous avons étudié dans notre enquête les 103 cas où la mère de famille exerce une activité professionnelle afin d'y déterminer la nature du travail de la femme, la situation familiale, les conditions de logement.

Voici les résultats globaux que nous avons obtenus.

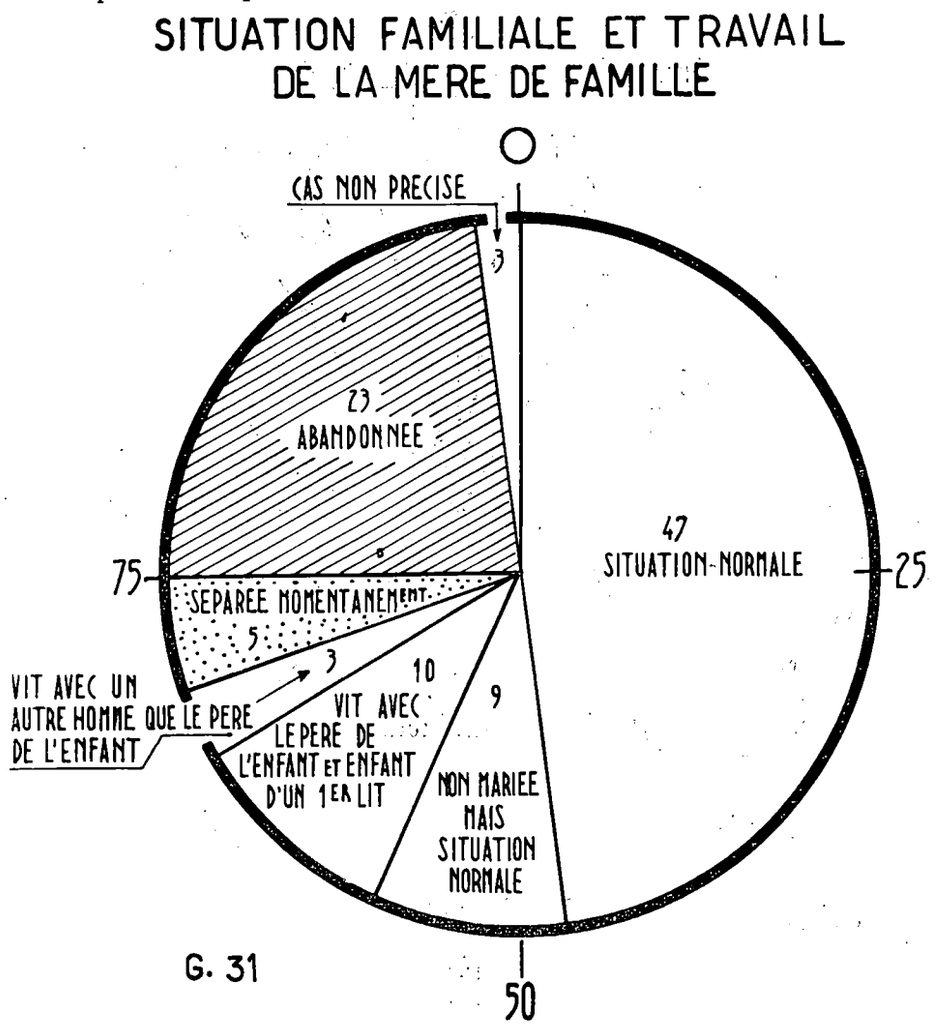
Nature de l'activité professionnelle	N	%
Serveuse de restaurant	7	6,8
Prostituée	4	3,9
Femme de ménage, bonne à tout faire, concierge	27	26,2
Manœuvre	22	21,4
Ouvrière spécialisée	5	4,9
Infirmière ou aide-soignante	9	8,7
Employée ou secrétaire	20	19,4
Commerçante	7	6,8
Profession libérale	2	1,9



Le niveau de la qualification professionnelle est extrêmement bas. 60 % de femmes exercent une activité de main-d'œuvre non qualifiée. Nous verrons que ce pourcentage s'élève encore avec le nombre des enfants à charge.

Situation familiale et travail de la mère de famille

	Pas d'activité professionnelle		Activité professionnelle	
	N	%	N	%
Situation normale	207	78,5	47	47
Non mariée, mais situation paraissant normale	15	5,7	9	9
Vit avec le père de l'enfant et enfant d'un 1er lit	20	7,6	10	10
Vit avec un autre homme que le père de l'enfant hospit.	11	4,2	3	3
Séparée momentanément du père	1	0,4	5	5
Abandonnée	3	1,1	23	23
Cas complexes et non précisés	6	2,3	3	3



Il résulte de ce tableau que même en englobant dans les situations familiales normales les cas où les parents vivent maritalement sans être mariés (et l'on sait que l'union libre offre à la femme moins de sécurité que le mariage), dans 44 % des cas la situation du ménage n'est pas normale. Dans 28 % des cas la femme est seule pour élever ses enfants.

Il existe à cet égard une opposition tranchée avec la situation des ménages où la femme reste au foyer. Dans ce groupe, 84,2 % peuvent être considérés comme normaux, et la femme n'est seule que dans 1,5 % des cas.

Travail de la mère de famille et conditions de logement (100 *cas*)

A. — *Nombre de pièces :*

	%
1 pièce	50
2 pièces	31
3 pièces	14
4 pièces	5

B. — *Catégories de logement :*

	N
Roulotte	1
Baraque	3
Hôtel meublé	14
Chambre ou logement sans cuisine	28
Logement plus cuisine	44
Pavillon	3
H.B.M. (habitations à bon marché)	3
H.L.M. (habitations à loyer modéré)	4

Dans 50 % des cas, les ménages vivent dans une seule pièce, et dans 46 % des cas ils habitent dans des logements sans cuisine (dont 14 % en hôtel meublé).

Salaire

Les ressources salariées globales du ménage (salaire du père + salaire de la mère) ayant été confondues en une même somme dans notre codification, il devient difficile de fournir une physionomie précise de l'éventail des salaires féminins.

Trois catégories de travailleuses ont cependant pu faire l'objet d'un calcul de salaire mensuel moyen.

Salaire mensuel moyen de 3 catégories professionnelles

	N	NF
Manœuvres	22	295
Employées	20	350
Personnel de l'Assistance publique	9	375

D'autres catégories professionnelles, comme les femmes de ménage, les concierges, mais aussi les travailleuses à domicile, ont des gains trop variables

pour pouvoir être aisément convertis en rémunération mensuelle moyenne. Nous savons cependant que ce sont des activités mal rétribuées et souvent à temps partiel.

Le niveau moyen des salaires féminins dans notre enquête reste donc, dans l'ensemble, très bas.

Activité professionnelle de la mère de famille et arrêt de travail du père

Père de famille travaillant	58 cas
Père en arrêt de travail (pour maladie, invalidité, chômage)	14 cas
Mère seule	28 cas

En résumé, compte tenu des cas où la femme vit seule avec ses enfants, dans 42 % des cas la mère subvient en totalité ou de façon prépondérante à l'entretien de sa famille.

Étude de quelques catégories professionnelles

a) *Les concierges* (15 cas)

L'importance de cette catégorie professionnelle (14,5 % des cas) dans les familles d'enfants hospitalisés est d'autant plus remarquable que le travail de concierge peut être assimilé à un travail à temps partiel, que dans la grande majorité des cas la situation du ménage peut être considérée comme normale et que les enfants sont élevés au foyer.

Les raisons qui expliquent l'élévation du taux d'hospitalisations dans cette catégorie professionnelle sont les suivantes :

— les familles de concierge sont des familles nombreuses (nous relevons dans notre enquête des ménages avec 4, 5 et même 6 enfants, et le nombre moyen d'enfants par famille est de 3) ;

— le mobile de l'activité professionnelle de la mère a été bien souvent l'obtention du logement ; la sécurité de l'habitation, sa gratuité justifient une profession dont la rémunération de base est négligeable (20 à 50 NF par mois) et qui, compte tenu des gratifications des locataires, reste d'un rapport très modeste.

Le niveau social des concierges est bas, leur mari étant, dans la majorité des cas, manœuvre ou ouvrier spécialisé. Les ressources globales du ménage ne dépassent pas 600 NF par mois.

Les loges de concierges sont insuffisantes, tant en dimension (1 ou 2 pièces) qu'en confort (obscurité, manque d'aération, humidité en particulier) le surpeuplement y est la règle.

C'est à tort que l'on considère le travail de concierge comme un travail à domicile. Le service des escaliers, du courrier, des heures de femme de ménage effectuées pour augmenter les ressources éloignent ces femmes de leur loge plusieurs heures par jour. Elles y laissent leurs bébés à la charge d'une voisine, ou parfois seuls, et leurs enfants en âge de se déplacer vont jouer sans surveillance dans la cour ou dans la rue.

En résumé, le surpeuplement dans des logements sans hygiène, la modicité des ressources, l'obligation de laisser les enfants partiellement sans

surveillance sont ici les facteurs essentiels favorisant l'hospitalisation des enfants.

b) *Les manœuvres* (22 cas)

Les femmes travaillant comme manœuvres en usine (21,4 % des cas) sont le plus souvent des mères de 1 ou de 2 enfants. Le problème du nombre d'enfants n'intervient donc pas ici pour élever le taux d'hospitalisation. Par contre, la situation familiale de ces femmes est le plus souvent anormale et dans près de la moitié des cas (10 fois sur 22) la femme est seule, abandonnée ou séparée avec ses enfants à sa charge. Si l'on se rappelle le niveau du salaire de cette catégorie professionnelle, les conditions matérielles y sont donc particulièrement difficiles.

Les conditions de logement y sont également précaires puisque dans 15 cas sur 22 elles habitent dans une seule pièce et que dans la moitié de ces cas elles ne disposent pas d'eau courante.

Elles sont donc amenées fréquemment à se séparer de leurs enfants. Dans la moitié des cas ce dernier est confié soit à une crèche, soit à une nourrice. Elles ne peuvent en effet conserver leurs enfants au foyer que lorsqu'elles cohabitent avec d'autres membres de la famille (le plus souvent leur mère ou leur belle-mère) ce qui a lieu dans plus de la moitié des cas (13 fois sur 22). Il faut ajouter d'ailleurs que c'est dans cette catégorie professionnelle que nous avons rencontré le plus de débiles légères, d'éthyliques ou de psychopathes.

c) *Les employées* (20 cas)

Dans cette rubrique, nous avons groupé le petit personnel administratif, les sténo-dactylos et les secrétaires, les vendeuses de magasin, les agents des Postes et Télécommunications, etc.

Cette catégorie professionnelle bénéficie par rapport à celle des manœuvres de conditions de vie plus favorables : salaire moyen supérieur, situations familiales moins perturbées (bien que 25 % de ces femmes soient seules pour élever leurs enfants) ; logements moins défectueux (9 cas sur 20 dans une pièce et l'eau courante dans 75 % des cas).

Par contre, le placement de l'enfant hors du foyer y est plus fréquent (12 fois sur 20), ceci s'expliquant probablement par une cohabitation moins fréquente avec d'autres membres de la famille (7 fois sur 20).

Les autres catégories professionnelles groupent chacune trop peu de cas pour faire l'objet d'analyses particulières.

RÉSUMÉ

L'activité professionnelle de la mère de famille, loin d'être toujours le résultat d'un choix délibéré, découle souvent d'une situation de fait qui l'oblige à assurer l'entretien de ses enfants.

Dans 28 % des cas, en effet, la femme a été abandonnée ou vit séparée de son mari.

Parfois, la femme vit en ménage, mais elle a été antérieurement mariée, puis séparée, elle a dû prendre un emploi salarié et les conditions de son union présente ne lui offrent pas une sécurité morale ou matérielle suffisante pour l'inciter à abandonner son travail.

Dans 14 % des cas, le père de famille est en chômage ou en invalidité.

Il faut enfin souligner que l'insuffisance des salaires dans certaines catégories socio-professionnelles pousse la mère de famille à chercher des ressources complémentaires dans certaines activités à temps partiel (travaux domestiques, travaux à domicile).

D'autre part, le cumul du travail salarié de la femme et de ses charges de mère de famille est rendu considérablement plus pénible par les mauvaises conditions de logement.

Le maintien de l'enfant au foyer implique souvent la cohabitation avec d'autres membres de la famille, dans des conditions de surpeuplement critique. Lorsque le logement est trop exigu ou insalubre, la mère qui travaille ne peut reprendre son enfant avec elle chaque soir et doit le placer en nourrice plutôt que de le confier pendant la journée à une tierce personne ou à une crèche.

L'élévation du taux d'hospitalisation des enfants dans les familles où la mère travaille dépend donc moins de son activité professionnelle que des conditions dans lesquelles celle-ci s'exerce.

La survenue d'une maladie chez son enfant pose toujours à la femme qui travaille un problème difficile.

L'enfant est parfois confié à une personne qui en assume complètement la charge pendant sa maladie ; le plus souvent, cependant, la mère se trouve devant l'alternative soit d'arrêter son travail pendant la durée de la maladie, soit de faire hospitaliser son enfant.

Pour pouvoir arrêter son travail et soigner son enfant à domicile, il est nécessaire que la femme ait la sécurité de son emploi, que le manque à gagner résultant de cet arrêt de travail ne mette pas sa famille dans la gêne et qu'enfin son logement lui permette de garder l'enfant chez elle dans des conditions satisfaisantes.

Il en résulte que lorsque la mère de famille est dans l'obligation de travailler pour nourrir les siens, lorsqu'elle n'est pas certaine de conserver son emploi, lorsqu'elle vit dans un logement surpeuplé, exigu ou insalubre, et surtout lorsque ces situations coexistent, l'hospitalisation de l'enfant s'impose devant n'importe quel état pathologique nécessitant l'immobilisation du malade.

CHAPITRE VII

FACTEURS DE L'HOSPITALISATION : ÉLEVAGE DE L'ENFANT HORS DU FOYER

L'enfant peut être élevé par sa mère au foyer. Il peut être élevé au foyer par un autre membre de sa famille ou par une personne salariée. Il peut être confié pendant la journée à une tierce personne ou à une crèche. Il peut être placé en nourrice pendant la semaine et repris par sa mère pendant le week-end. Enfin, il peut être confié en permanence à une nourrice.

Situation de l'enfant par rapport au Foyer	N	%
Toujours au foyer	286	75,4
En crèche	22	5,7
A fréquenté antérieurement une crèche	7	1,8
En nourrice	24	6,4
A été antérieurement en nourrice	16	4,2
Autres cas (nourrice de jour, vit chez grands-parents, etc.)	24	6,3

Dans 25 % des cas, l'enfant n'est pas élevé entièrement par sa mère.

La comparaison avec les placements d'enfants dans la population de la Seine ne peut se faire de façon précise qu'en ce qui concerne les enfants fréquentant les crèches.

En 1958, sur 171 000 enfants du département de la Seine âgés de moins de 2 ans, 8 400, soit 4,9 %, ont fréquenté les crèches.

Dans notre enquête, sur 321 enfants de moins de 2 ans 20, soit 6,2 %, fréquentent une crèche pendant la journée.

Le pourcentage des enfants fréquentant une crèche est un peu plus élevé parmi nos hospitalisés.

En ce qui concerne les placements en nourrice, nous disposons des données suivantes :

En 1958, sur 250 000 enfants environ, âgés de moins de 3 ans, 6 884 ont été placés en nourrice dans la Seine, soit 2,8 %.

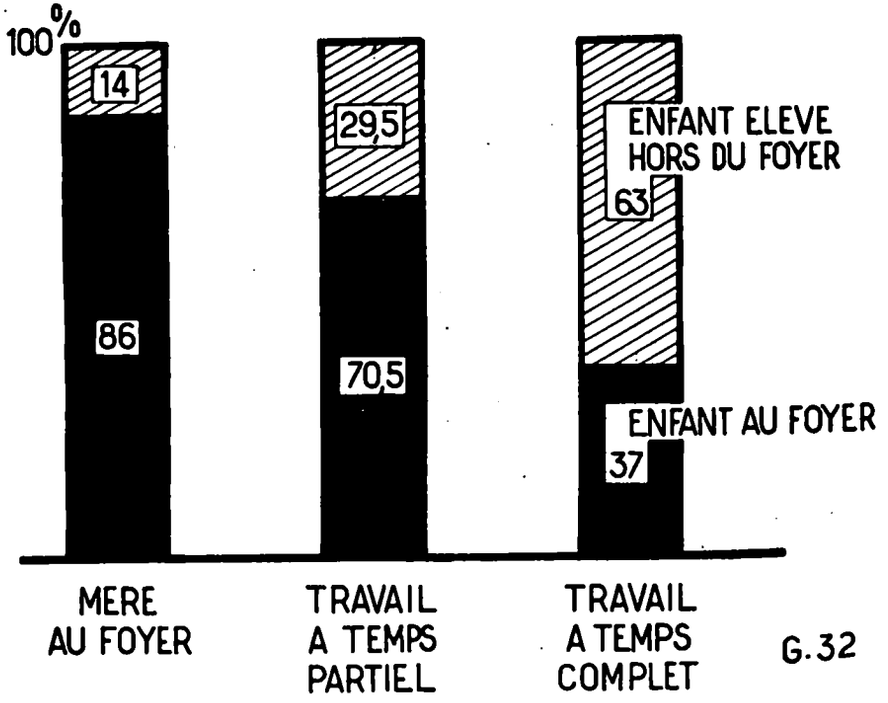
Dans notre enquête, sur 331 enfants âgés de moins de 3 ans, 20 enfants ont été placés en nourrice, soit 6 %.

Comme la quasi-totalité de ces enfants sont en nourrice dans le département de la Seine, même en tenant compte de ce qu'un certain nombre de nourrices ne sont pas déclarées officiellement, la différence des pourcentages reste nette.

En résumé, le placement en nourrice de même que la fréquentation des crèches élèvent indiscutablement le taux d'hospitalisation des enfants.

Placement de l'enfant et activité professionnelle de la mère

Le placement de l'enfant est une conséquence du travail salarié de la mère de famille.



Lorsque la mère travaille à l'extérieur, dans la moitié des cas l'enfant fréquente une crèche ou est placé en nourrice.

L'incidence du travail de la mère sur le placement de son enfant est encore plus manifeste si l'on prend soin de distinguer le travail à temps partiel du travail à temps complet.

	Mère au foyer		Travail à temps partiel		Travail à temps complet	
	N	%	N	%	N	%
Enfant au foyer	177	86	19	70,5	26	37
Autres cas	29	14	8	29,5	44	63

Les crèches sont pratiquement réservées aux enfants dont les mères travaillent (19 des 22 enfants fréquentant une crèche sont dans ce cas).

De même, 18 des 22 enfants placés en nourrice à l'époque de leur hospitalisation ont une mère occupant un emploi salarié.

Enfin, lorsque l'enfant hospitalisé a fréquenté antérieurement une crèche ou a été placé en nourrice mais se trouve actuellement au foyer, son retour a coïncidé avec l'arrêt de l'activité professionnelle de la mère.

Placement de l'enfant et dissociation familiale

	Situation normale		Situation anormale		Mère seule	
	N	%	N	%	N	%
Enfant au foyer	219	80,8	33	67,5	12	35
Autres cas	52	19,2	16	32,5	22	65

L'étroite relation qui existe entre la situation familiale et l'élevage de l'enfant hors du foyer s'explique par le fait que lorsque la femme est seule elle est le plus souvent obligée de travailler et doit donc placer son enfant en crèche ou en nourrice.

Les conditions de logement exercent également une influence déterminante sur le placement de l'enfant.

Pour dissocier le rôle joué par les mauvaises conditions de logement de celui, prépondérant, joué par le travail de la mère de famille, il suffit de considérer la situation dans les hôtels meublés :

	Hôtels meublés	Autres catégories de logement
	%	%
Ménages dont la femme travaille	26,4	25,8
Ménages dont l'enfant est placé	31,7	22,1

Le pourcentage des enfants placés est nettement plus élevé parmi les habitants des hôtels meublés alors que le pourcentage des femmes qui travaillent n'y est pas plus élevé que dans les autres catégories de logement.

Les raisons de cette situation sont les suivantes :

— la majorité des femmes qui exercent une activité salariée et habitent en hôtel meublé sont seules, abandonnées ou séparées de leur mari, avec leurs enfants à charge ; elles sont donc tenues de les placer au dehors, tout au moins pendant la journée ;

— la situation de certaines autres, vivant en concubinage plus ou moins instable ne se distingue guère de celle des précédentes ;

— enfin, certains ménages dont la situation est normale, ou dont la femme ne travaille pas, sont dans l'obligation de se séparer d'un enfant, uniquement en raison de l'exiguïté de leur logement, de son surpeuplement, de son insalubrité et des restrictions multiples imposées par le tenancier à l'exercice d'une activité ménagère normale (cuisine, lavage, repassage, etc.) ; dans certains cas même en raison de l'interdiction de la présence d'enfants en bas âge dans l'hôtel.

Retentissement de l'élevage de l'enfant hors du foyer sur la fréquence des hospitalisations

Nous distinguerons la fréquentation d'une crèche et le placement en nourrice.

Enfants fréquentant une crèche

La vie au sein d'une collectivité fait courir à l'enfant qui fréquente une crèche des risques supplémentaires de contamination infectieuse. Les épidémies de maladies contagieuses ne sont pas rares dans les crèches et les mesures d'éviction individuelle sont le plus souvent inefficaces, puisque la plupart de ces maladies se transmettent avant l'apparition des signes cliniques spécifiques permettant leur diagnostic.

Les durées d'éviction pour maladies contagieuses sont, par contre, très strictement appliquées, même lorsqu'elles dépassent largement la durée de contagiosité réelle de la maladie (ce qui est le cas en particulier pour la rougeole) (1).

D'autre part, la nécessité de sortir l'enfant pour le conduire à la crèche chaque jour, et quel que soit le temps, risque d'aggraver les épisodes infectieux saisonniers.

Enfin, l'éviction de l'enfant est souvent décidée au moindre état pathologique et il n'est ensuite réintégré qu'après un examen médical de contrôle.

Comme la mère ne peut interrompre son travail qu'exceptionnellement et pour un temps limité, elle ne peut souvent pas soigner son enfant à domicile et l'hospitalisation de ce dernier devient une nécessité.

Enfants placés en nourrice

Lorsque la nourrice élève plusieurs enfants à la fois, ceux-ci sont soumis aux mêmes risques de contagion que dans les crèches, avec souvent moins de garanties.

(1) Récemment une modification est intervenue qui abaisse la durée légale d'isolement pour certaines maladies (arrêté du 10 avril 1961 ; *Journal Officiel* du 3 mai 1961).

Les rapports psychologiques entre la mère et la nourrice de son enfant sont toujours difficiles même lorsque celui-ci est en parfaite santé. Il règne fréquemment entre les deux femmes une méfiance réciproque. La nourrice fait état de son expérience pour justifier ses méthodes d'élevage. Elle fait suivre l'enfant par un médecin qui, souvent, n'a jamais vu la mère. Lorsque l'enfant est ramené au foyer chaque week-end, les frictions et les malentendus se multiplient concernant des détails d'alimentation, d'habillage, de sorties, de sommeil.

Lorsque l'enfant tombe malade, la situation se complique encore. La nourrice peut craindre la contagion pour ses autres pensionnaires. Elle redoute le surcroît de travail et de soucis que la maladie de l'enfant risque de lui occasionner. Elle craint surtout l'incompréhension de la mère qui lui reproche d'avoir laissé son enfant tomber malade ou de ne pas savoir le soigner. Pour dégager ses responsabilités et éviter des malentendus supplémentaires, la nourrice poussera donc à l'hospitalisation de l'enfant chaque fois que la maladie se prolonge et elle agit en ce sens aussi bien auprès de la mère qu'auprès du médecin traitant.

L'influence de l'élevage en crèche ou en nourrire sur les hospitalisations d'enfants est nettement mise en lumière par l'étude des corrélations suivantes :

Enfant élevé hors du foyer et conditions d'admission

	Enfant au foyer		Enfant hors du foyer	
	N	%	N	%
Admissions directes	142	50,2	58	63,5
Admissions avec mot de médecin	139	49,8	35	36,5

Le pourcentage des admissions directes à l'hôpital est plus élevé parmi les enfants placés en nourrice ou fréquentant une crèche.

Enfant élevé hors du foyer et rehospitalisations

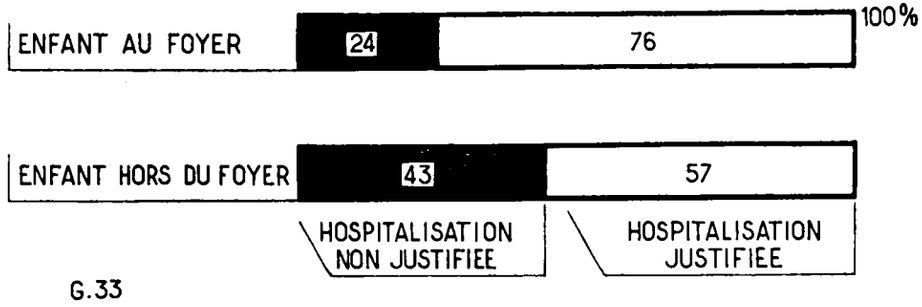
	Enfant au foyer		Autres cas	
	N	%	N	%
1re hospitalisation	187	65,5	50	54
2e hospitalisation	59	20,7	19	20,5
3e hospitalisation	39	13,7	24	25,5

Les hospitalisations multiples se rencontrent plus fréquemment chez l'enfant en crèche ou en nourrice.

Enfant élevé hors du foyer et justification médicale de l'hospitalisation

	Enfant au foyer	Enfant hors du foyer
	%	%
Hospitalisation médicale justifiée	76	57
Hospitalisation non justifiée	24	43

ENFANT ELEVE HORS DU FOYER ET JUSTIFICATION MEDICALE DE L'HOSPITALISATION



G.33

Dans près de la moitié des cas, les hospitalisations d'enfants vivant en nourrice ou fréquentant une crèche ne sont pas justifiées par la sévérité de leur état pathologique.

RÉSUMÉ

L'élevage de l'enfant hors du foyer est une conséquence directe de l'activité professionnelle de la mère.

50 % des femmes qui travaillent confient en effet leur enfant à une crèche ou à une nourrice.

Cette solution devient presque inévitable lorsqu'au travail de la femme s'ajoute la dissociation familiale, en particulier lorsque la femme est seule avec son enfant à charge, ou lorsque les conditions de logements sont particulièrement défavorables.

La comparaison des pourcentages avec la population du département de la Seine dans son ensemble montre que le placement des enfants hors du foyer élève leur taux d'hospitalisation. Les raisons de cette situation sont les suivantes :

- **Dans les crèches, les risques de contagion sont plus grands, les durées d'éviction strictement appliquées et l'enfant est souvent rendu à sa mère au moindre épisode morbide.**
- **Les nourrices, quant à elles, répugnent toujours à assumer la responsabilité d'un enfant malade, en raison non seulement du surcroît de travail et de soucis que cela leur procure, mais en raison de malentendus psychologiques fréquents avec la mère de l'enfant.**

Comme cette dernière est presque toujours dans l'impossibilité d'interrompre son travail salarié pour un temps prolongé, l'hospitalisation de l'enfant devient inévitable.

CHAPITRE VIII

LES MÉDECINS PRATICIENS ET LES DISPENSAIRES LEUR ROLE DANS L'HOSPITALISATION DES ENFANTS

L'étude suivante a pour objet de préciser le rôle joué par les médecins de ville dans l'hospitalisation des enfants.

Conditions d'admission à l'hôpital (I)

	N	%
Enfant adressé par un médecin praticien	169	43,2
— — de dispensaire	25	6,4
Admission directe sans mot de médecin	197	50,4

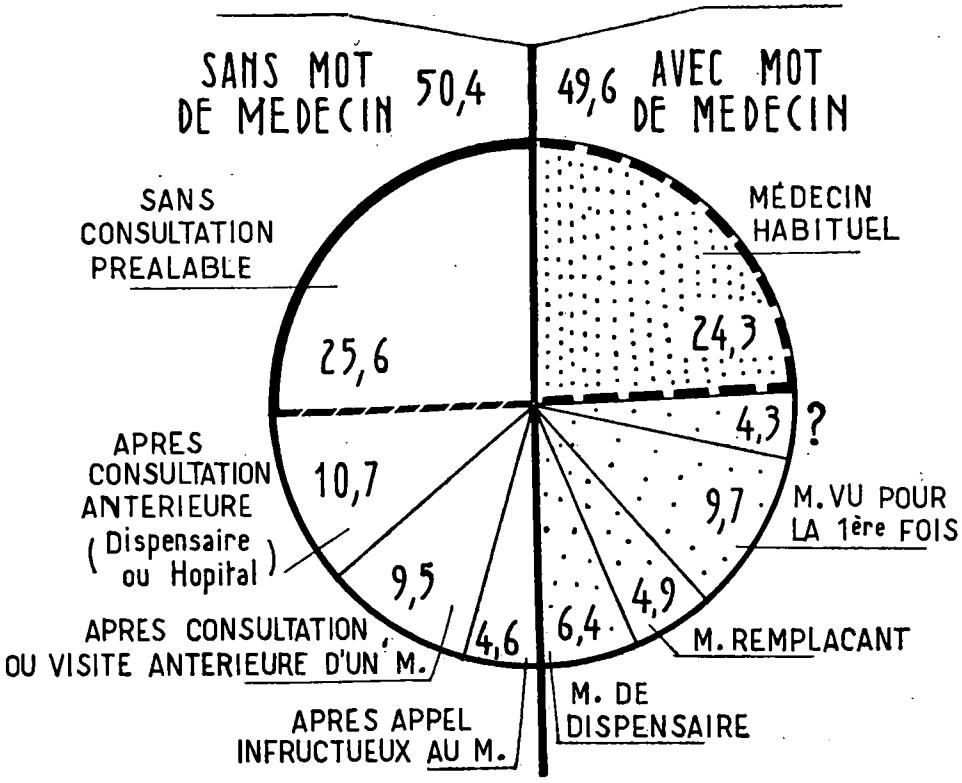
La moitié seulement des enfants de notre sondage ont été adressés à l'hôpital par un médecin de ville.

Une analyse plus minutieuse des circonstances de l'hospitalisation montre que la séparation entre les admissions directes et les admissions par l'intermédiaire d'un médecin est moins tranchée qu'il n'apparaît à première vue, et qu'il existe toute une série de situations intermédiaires.

Conditions d'admission à l'hôpital (II)

	N	%	
Avec mot de médecin :			
Par le médecin traitant habituel connu de la famille	95	24,3	
Par un médecin (sans précision)	17	4,3	
Par un médecin vu pour la première fois	38	9,7	49,6
Par le remplaçant occasionnel d'un médecin traitant	19	4,9	
Par un médecin de dispensaire	25	6,4	
Admission directe :			
Après appel infructueux au médecin traitant	18	4,6	
Après avoir consulté dans les jours précédents un médecin de ville	37	9,5	
Après une ou plusieurs consultations antérieures au dispensaire ou à l'hôpital	42	10,7	
Sans consultation ni appel médical préalable	100	25,6	

CONDITIONS D'ADMISSIONS



G.34

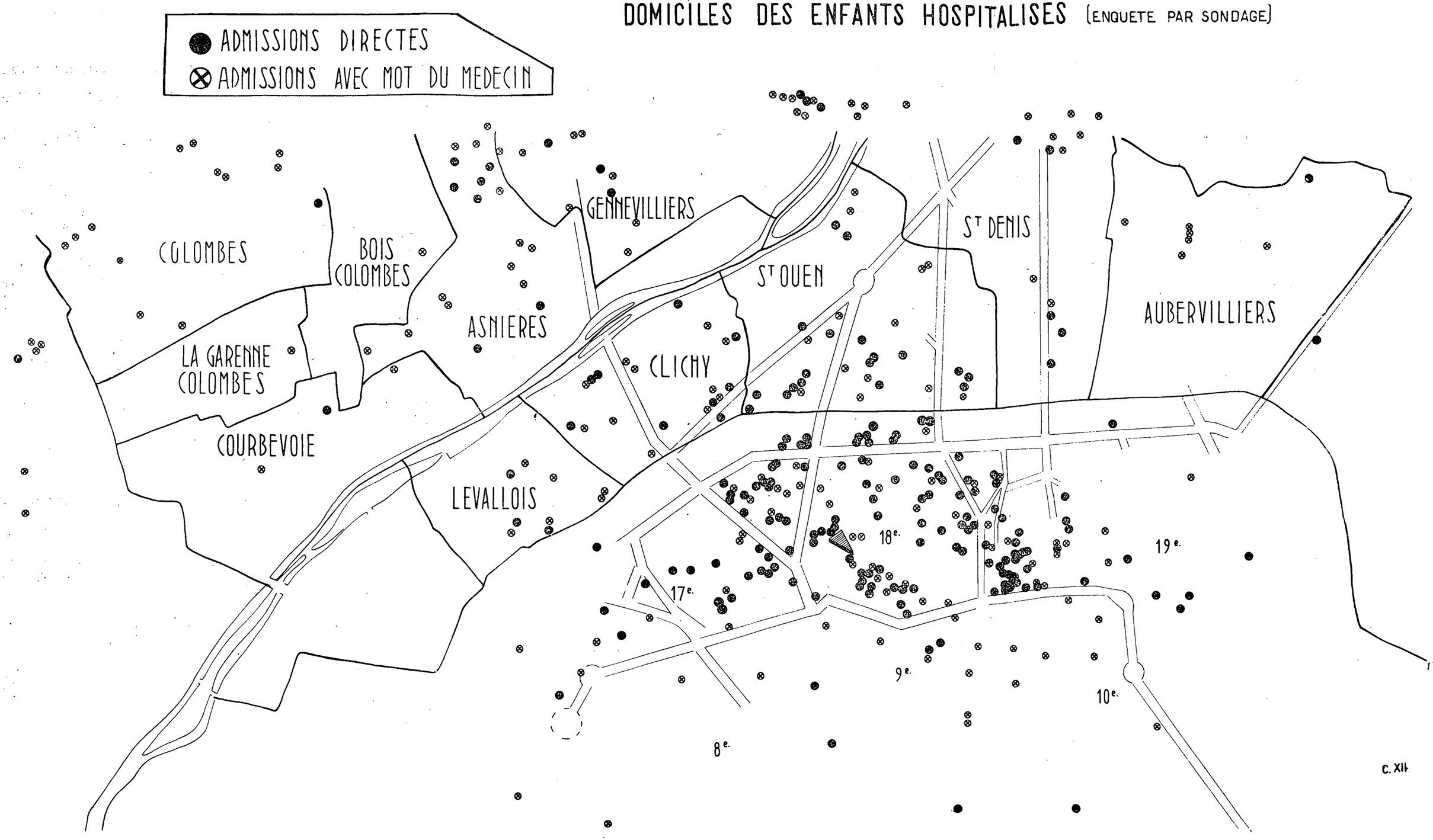
Cette statistique présente un double intérêt parce qu'elle diminue la signification de l'importance des admissions directes à l'hôpital et parce qu'elle conduit cependant à minimiser le rôle des médecins traitants.

On constate, en effet, que 25 % seulement des enfants ont été amenés par leur famille à l'hôpital, sans que celles-ci aient cherché préalablement à les faire soigner en ville.

A l'opposé, ce n'est que dans 25 % des cas seulement que le médecin praticien habituel ayant la confiance de la famille a pris la décision d'hospitaliser l'enfant.

Dans 15 % des cas, en effet, le médecin qui a été appelé ne connaît pas la famille, soit qu'il s'agisse d'un remplaçant du médecin traitant habituel, soit plus souvent, d'un médecin appelé pour la première fois. Ce médecin ne dispose pas, vis-à-vis de ses clients occasionnels ou nouveaux, d'une autorité fondée sur des relations confiantes antérieures. Il est donc mal armé pour

DOMICILES DES ENFANTS HOSPITALISES (ENQUETE PAR SONDAGE)



C. XII

lutter contre l'anxiété de la famille ou pour freiner son désir d'hospitaliser l'enfant, et il hésite également à assumer certains risques.

Dans 6,4 % des cas, l'enfant est adressé à l'hôpital par un dispensaire de quartier ou par une consultation de protection maternelle et infantile, et ceci s'explique fort bien.

Le rôle du médecin de dispensaire est particulièrement difficile lorsqu'un enfant malade lui est amené par sa famille. Il devrait, théoriquement, le renvoyer à son médecin traitant ; mais il est de fait que les familles qui conduisent leur enfant malade à un dispensaire n'ont, en général, pas de médecin habituel. Dans ces conditions, deux possibilités seulement s'offrent à lui :

Lorsque la maladie paraît bénigne, il prescrit une thérapeutique et demande à revoir l'enfant. Mais cette solution n'est pas sans risques ; l'enfant peut avoir intérêt à rester alité chez lui ; l'intervalle entre deux consultations est, en général, de plusieurs jours, souvent d'une semaine, et entre temps la famille ne peut recourir à ses conseils en cas d'aggravation imprévue de la maladie. D'autre part, il n'a pas — comme un médecin traitant — la notion concrète des conditions de vie de la famille et des possibilités réelles de soins à domicile. Aussi sera-t-il tenté fréquemment d'adresser l'enfant à une consultation hospitalière, ou même de faire directement un mot d'admission pour l'hôpital.

D'ailleurs, dans 10,7 % des cas, la famille, après avoir consulté un dispensaire ou une consultation hospitalière, pour la maladie de l'enfant, décide d'elle-même, dans les jours qui suivent, en raison de la persistance ou de l'aggravation des symptômes de faire hospitaliser ce dernier.

Dans 9,5 % des cas, l'enfant est amené directement à l'hôpital par ses parents, mais il a été examiné et soigné pour la maladie actuelle dans les jours précédents par un médecin de ville.

L'abandon du médecin traitant au profit de l'hôpital répond ici, le plus souvent, à l'un des motifs suivants :

— L'insuffisance des ressources de la famille qui redoute les frais médicaux qu'entraîne la répétition des visites et des ordonnances.

— Le manque de confiance dans le diagnostic ou la thérapeutique du médecin traitant, surtout lorsqu'il s'agit d'un médecin appelé pour la première fois à l'occasion de la maladie de l'enfant.

Répartition des domiciles des enfants admis directement ou par un médecin traitant (carte XII)

L'étude des conditions d'admissions en fonction du domicile de la famille montre qu'il existe *une relation étroite entre la proximité de l'hôpital et l'admission directe des enfants.* A cet effet, nous avons comparé les conditions d'admission : dans le 18e arrondissement, dans les trois communes limitrophes de Levallois, Clichy et Saint-Ouen et dans les communes plus éloignées situées à l'intérieur de la boucle de la Seine.

	18e arrondissement		Communes limitrophes		Communes éloignées	
	N	%	N	%	N	%
Admissions directes	77	73	30	50	16	24
Admissions avec mot de médecin	28	27	30	50	50	71

Au fur et à mesure que la distance augmente entre le domicile de l'enfant et l'hôpital, le pourcentage des admissions directes diminue.

Ce phénomène paraît bien lié essentiellement à l'éloignement de l'hôpital, comme le montre la comparaison sur ce point des 2 îlots de concentration des hospitalisations :

La Cité d'urgence de Villeneuve-la-Garenne, et les habitations à bon marché (H.B.M.) du boulevard Ney

	Cité d'urgence (taux d'hospitalisation : 47)	H.B.M. (Bd Ney) (taux d'hospitalisation : 21)
Admissions directes	3	9
Admissions avec mot de médecin.	6	1

Tout se passe comme si les habitants de la Cité d'Urgence, même lorsqu'ils sont décidés à faire hospitaliser leur enfant, hésitent à effectuer directement le long parcours qui les sépare de l'hôpital, surtout s'ils ont lieu de craindre que l'enfant ne soit pas accepté. L'appel au médecin traitant n'a bien souvent comme but que d'obtenir un mot facilitant l'admission, et leur permettant d'effectuer le déplacement en ambulance.

Ces considérations n'interviennent pas pour les habitants du boulevard Ney qui demeurent à proximité de l'hôpital.

Conditions sociales et existence d'un médecin traitant habituel

Nous nous sommes efforcés de voir s'il existait une relation entre les conditions sociales des familles et la nature de leurs relations avec le médecin responsable de l'hospitalisation.

Salaire global déclaré

	Moins de 500 NF		500 NF et plus	
	N	%	N	%
Médecin habituel	20	45,5	53	64,5
Médecin vu pour la première fois	24	54,5	29	35,5

Catégorie de logements

	Logements sans cuisine Hôtels meublés		Logements avec cuisine	
	N	%	N	%
Médecin habituel	33	50	56	59,5
Médecin vu pour la première fois	33	50	38	40,5

Niveau culturel de la mère

	Ne sait pas lire	Sait lire et écrire		Niveau égal ou supérieur au C.E.P.	
	N	N	%	N	%
Médecin habituel	6	32	55	29	59
Médecin vu pour la 1re fois	6	26	45	20	41

Il résulte de ces corrélations que l'absence de médecin traitant habituel prédomine dans les catégories sociales les plus défavorisées.

Pour préciser le rôle du médecin, nous avons recherché après combien de visites la décision d'hospitaliser l'enfant avait été prise.

Hospitalisation par un médecin traitant : 180

	N	%
Après une seule visite	88	48,8
Après plusieurs visites	73	41
Après avoir vu successivement plusieurs médecins	16	8,8
Après appel à un consultant	3	1,6

Dans la moitié des cas, l'hospitalisation est décidée dès la première visite du médecin.

Nombre de visites et qualité du médecin traitant

	1 visite		Plusieurs visites	
	N	%	N	%
Médecin habituel	36	44,5	50	68,5
Médecin vu pour la 1re fois	44	55,5	23	31,5

Les enfants adressés à l'hôpital dès la première visite du médecin sont envoyés le plus souvent par un médecin appelé pour la première fois. Au contraire, le médecin habituel de la famille cherche plus volontiers à soigner l'enfant à domicile.

Si la décision d'hospitaliser un enfant n'était dictée que par des considérations d'ordre médical, on devrait trouver dans le groupe des enfants hospitalisés dès la première visite un pourcentage plus important de maladies graves. Il semble qu'il n'en soit rien.

Nombre de visites médicales et gravité de la maladie à l'entrée

	Hospitalisation après 1 visite		Hospitalisation après plusieurs visites		Hospitalisation après visite de plusieurs médecins	
	N	%	N	%	N	%
Cas léger	27	31,8	12	16,4	5	26,3
Cas banal.....	39	45,8	28	38,3	10	52,6
Cas sévère	13	15,3	26	35,6	4	21,1
Cas très grave	6	7,1	7	9,6	0	—

Il résulte de ce tableau que les enfants adressés à l'hôpital dès la première visite du médecin traitant sont considérés, dans l'ensemble, au moment de leur admission, comme moins gravement malades que les autres.

Nombre de visites et justification médicale de l'hospitalisation

	Hospitalisation après 1 visite		Hospitalisation après plusieurs visites		Hospitalisation après visite de plusieurs médecins	
	N	%	N	%	N	%
Hospitalisation justifiée	62	73	61	84,8	12	66,6
Hospitalisation non justifiée	23	27	11	15,2	6	33,3

Le pourcentage des hospitalisations médicalement non justifiées est plus élevé dans le groupe des enfants hospitalisés dès la première visite du médecin.

Il est donc permis de supposer que lorsqu'un médecin décide l'hospitalisation d'un enfant dès sa première visite, cette décision ne résulte pas toujours uniquement de considérations médicales. C'est ce que nous montre d'ailleurs le tableau suivant :

Nombre de visites et motifs invoqués dans le mot d'hospitalisation

	Hospitalisation après 1 visite		Hospitalisation après plusieurs visites		Hospitalisation après visite de plusieurs médecins	
	N	%	N	%	N	%
Motifs strictement médicaux.....	47	58,5	59	82	12	75
Motifs médicaux et sociaux	33	41,5	13	18	4	25

Le médecin qui adresse un enfant à l'hôpital dès sa première visite fonde sa décision, dans près de la moitié des cas, sur des arguments médico-sociaux.

Les tableaux suivants illustrent les relations existant entre les conditions sociales des enfants hospitalisés et le fait que l'hospitalisation est décidée dès la première visite du médecin.

Nombre de visites et salaire

	Moins de 500 NF		500 NF et plus	
	N	%	N	%
1 visite	32	65	34	39,5
Plusieurs visites	18	24,5	40	46,5
Plusieurs médecins	5	10,5	12	14

Lorsque les ressources mensuelles de la famille sont inférieures à 500 NF, l'enfant est hospitalisé dès la première visite dans 65 % des cas. Ce pourcentage tombe à 39,5 % pour les revenus plus élevés.

Nombre de visites et catégories de logement

	Baraquements ou logements sans cuisine		Hôtels meublés		Autres catégories	
	N	%	N	%	N	%
1 visite	33	63,5	11	58	40	40
Plusieurs visites	15	29	6	31,5	48	48
Plusieurs médecins	4	7,5	2	10,5	12	12

Nombre de visites et nombre de pièces

	1 pièce		2 pièces		3 pièces et plus	
	N	%	N	%	N	%
1 visite	31	57,5	31	46	22	46,5
Plusieurs visites	19	35	28	42	19	40,5
Plusieurs médecins	4	7,5	8	12	6	13

Plus les conditions de logement sont défavorables, plus le médecin est tenté d'hospitaliser l'enfant dès la première visite au domicile de la famille, ce qui est conforme à la logique.

RÉSUMÉ

L'intervention du médecin de ville dans l'hospitalisation des enfants est difficile à schématiser.

Une analyse minutieuse montre, en effet, que 25 % seulement des enfants ont été amenés directement à l'hôpital, sans que leur famille ait cherché à les faire soigner en ville.

Par contre, ce n'est que dans 25 % des cas qu'un médecin traitant connu de la famille a décidé l'hospitalisation de l'enfant.

Les autres admissions (50 % des cas) correspondent à des situations intermédiaires, qui sont rapidement envisagées.

Lorsqu'un médecin adresse un enfant à l'hôpital, dans un tiers des cas il est appelé pour la première fois dans la famille ; ce pourcentage nous a paru considérable et peut s'expliquer de deux manières :

- **L'absence de médecin habituel paraît caractériser les catégories sociales les plus défavorisées.**
- **Lorsque le médecin ne connaît pas la famille (médecin appelé pour la première fois ou remplaçant du médecin traitant), il a moins d'autorité sur celle-ci et hésite à assumer certains risques. Il est donc souvent tenté d'hospitaliser l'enfant dès la première visite, surtout lorsque les conditions sociales lui paraissent défavorables.**

CHAPITRE IX

LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES DE L'HOSPITALISATION (*)

I. — INTRODUCTION

A) *Choix des familles examinées*

Lorsque les premières bases de cette enquête avaient été établies, il avait été prévu que seraient présentées au psychiatre toutes les hospitalisations considérées comme « non justifiées » (au sens défini dans le chapitre I de la seconde partie) et uniquement celles-ci.

En fait, le choix des familles soumises à un examen psychologique s'est fait un peu différemment, comme en témoignent les chiffres suivants :

Hospitalisations « justifiées » examinées	43	(49,4 %)
Hospitalisations « non justifiées » examinées	44	(50,6 %)

La comparaison avec la totalité des enfants de l'enquête est fournie par le tableau suivant :

	Total de l'enquête	Examen psychologique
Hospitalisations justifiées	267	43 soit 17 %
Hospitalisations non justifiées	107	44 soit 40,8 %

La différence entre la proposition méthodologique et les chiffres ci-dessus tient à plusieurs facteurs :

a) pour diverses raisons d'ordre pratique, les enfants examinés par le psychiatre ont été désignés dès l'entrée à l'hôpital, le critère de « non justification » étant alors présupposé par une première impression clinique plutôt qu'établi par le déroulement de l'observation.

(*) Dr Solange Marzo-Weyl.

Pour cette raison, un certain nombre d'hospitalisations finalement « justifiées » a pu être examiné, 74 % de nos cas ayant été considérés comme « légers » ou « banaux », à l'entrée à l'hôpital.

b) enfin, en plus des cas apparemment non justifiés, ont été soumises à une investigation psychologique (quelle que soit la gravité de la maladie) les familles qui d'emblée ont paru avoir un comportement particulier, surtout si ce comportement semblait avoir une incidence, directe ou indirecte, sur l'hospitalisation de l'enfant.

C'est ainsi que des enfants atteints de symptômes sévères (justifiant largement l'hospitalisation) ont pu être examinés par le psychiatre s'il est apparu que la mère, par son comportement habituel, pouvait être responsable de l'aggravation de l'état de son enfant par suite d'erreurs alimentaires, hygiéniques ou autres.

Pour ces diverses raisons, 43 hospitalisations « justifiées » ont été examinées, soit 17 % des hospitalisations « justifiées » de l'enquête.

B) *Limites de notre étude*

En raison de l'orientation générale de l'enquête, l'examen psychologique proprement dit de l'enfant a tenu une place mineure dans nos investigations, alors que l'étude du contexte psycho-social de la vie de l'enfant a paru d'une importance primordiale.

Ce contexte comprend principalement :

— Le cadre matériel de vie : logement, hygiène, surpeuplement, promiscuité, possibilités de calme et de repos, envisagés du point de vue de leurs incidences sur l'ambiance psycho-affective de l'enfant.
— La qualité des relations et des tensions familiales, et principalement de la relation mère-enfant hospitalisé.

Nous nous sommes particulièrement intéressée à l'étude de la mère de l'enfant, de ses capacités intellectuelles, de son comportement affectif et social.

Nous n'avons pu qu'exceptionnellement faire participer les familles, de façon réfléchie, au sens de notre enquête. Il n'a pas été davantage possible de soumettre les parents de l'enfant hospitalisé à des tests objectifs de mesure du développement intellectuel.

Nos conclusions sont le résultat d'une observation et d'un entretien qui ont été effectués au lieu même du domicile de la famille. Nous tenons à dire, à ce propos, combien nous avons été frappée par la facilité et même souvent par l'amabilité avec laquelle nous avons été reçue, malgré la motivation imprécise de notre visite, comme si les familles que nous avons visitées étaient habituées à ouvrir leur intérieur et leur vie, de droit, à qui demande à y entrer.

Certes, cette étude n'a pas la rigueur comparative et statistique d'un questionnaire point pour point qui aurait pu être proposé aux familles. Mais la méthode choisie nous a paru plus adaptée à notre étude, et les relations établies au cours de ces entretiens ont eu, le plus souvent, un caractère suffisamment authentique pour que nous nous soyons autorisés à utiliser cette seule méthode.

C) *Plan suivi*

Nous étudierons successivement :

1° La physionomie générale de la population examinée, comparée à l'ensemble de la population de l'enquête.

2° Les capacités intellectuelles de la mère, confrontées avec le niveau social (logement, profession, situation de famille) et le degré de justification de l'hospitalisation.

3° La qualité de la relation mère-enfant et son incidence ou ses coïncidences avec divers facteurs étudiés par ailleurs dans l'enquête.

4° Ayant eu le privilège de voir la famille après le retour de l'enfant, nous dirons quelques mots :
— de l'avis rétrospectif de la famille sur les motifs de l'hospitalisation ;
— de l'opinion de la famille sur l'hôpital.

II. — PHYSIONOMIE GÉNÉRALE DE LA POPULATION EXAMINÉE

Les tableaux suivants permettent de situer les familles que nous avons examinées par rapport à l'ensemble des familles de l'enquête :

1° *Age de la mère*

15 - 19 ans	20 - 24 ans	25-29 ans	30 - 35 ans	35 - 39 ans	40 ans et plus
4	22	30	27	0	1

(Répartition d'âge comparable à celle de l'enquête générale).

2° *Nationalité de la mère*

Française métropolitaine	Algérienne	Outre-Mer	Etrangère naturalisée	Etrangère
64	12	3	2	3

— soit un peu moins de métropolitaines que dans l'enquête générale : 73 % contre 79 %
— et un peu plus d'Algériennes : 13,7 % contre 9,7 %.

3° *Nationalité du père*

Français métropolitain	Algérien	Outre-Mer	Etranger naturalisé	Etranger	Non précisé
56	14	6	0	2	9

La nationalité du père se répartit de façon similaire à celle de la mère.

4° *Situation familiale*

1° Mariées — vivant avec le père — tous les enfants sont du mariage	46
2° Non mariées, mais vivant avec le père, tous les enfants sont du même lit	7
3° Situations complexes avec enfants de plusieurs lits	17
4° Abandonnées par le père	10
5° Abandonnées par le père avec enfants d'autres lits	3

soit 60,9 % de structures familiales normales (1 et 2) contre 76,2 % dans l'enquête générale ; ce qui représente une diminution notable de la proportion des structures familiales normales.

5° *Activité professionnelle de la mère*

Sans profession	48
A exercé une profession, ne l'exerce plus	9
Profession à domicile	2
Profession mi-temps	8
Profession temps plein	17

Toutes les femmes nord-africaines (au nombre de 12) doivent être comptées parmi les 48 femmes sans profession.

Le pourcentage de femmes ayant une profession est à peu près identique dans la population que nous avons examinée et dans l'enquête générale : 28,7 % contre 25,2 %.

Au nombre des 25 femmes travaillant à l'extérieur, on compte :

Ouvrières	8
Femmes de ménage	6
Personnel infirmier	6
Secrétaires	2
Prostituées	2
Commerçante	1

Notons que dans la catégorie « personnel infirmier » une seule de ces 6 femmes était infirmière diplômée, les autres n'ayant aucune qualification hospitalière, et faisant partie du personnel mouvant, dont l'emploi pour plusieurs d'entre elles était particulièrement instable.

6° *La profession du père*

Elle se répartit de façon tout à fait similaire pour nos examens et pour l'enquête générale.

	Forain	Manœuvre	Ouvrier spécialisé	Ouvrier qualifié
Nombre de familles examinées	3	22	20	14
Pourcent. (familles examinées)	3,8	27,8	25,3	17,7
Pourcent. de l'enquête générale	3,1	29,5	26,1	16,1

	Technicien ou cadre	Employé	Commerçant	Artisan	Profession libérale
	%	%	%	%	%
Nombre de familles examinées.	4	10	1	4	1
Pourcent. (familles examinées).	5,1	12,6	1,2	5	1,3
Pourcent. de l'enquête générale.	7	11,2	2,2	3,9	0,8

7° *Le salaire familial*

Moins de 300	nouveaux francs	2	soit 55,7 %,
De 300 à 400	—	17	contre 44,6 % dans
De 400 à 500	—	26	l'enquête générale
De 500 à 600	—	7	
De 600 à 800	—	6	
De 800 à 1 000	—	6	
De 1 000 à 1 500	—	2	
Au-dessus de 1 500	—	0	
Non précisé		15	

Plus de la moitié des familles examinées ont un salaire mensuel inférieur à 500 NF.

8° *Le logement*

Logement indépendant	77	soit	90,5 %
Logement partagé	8	soit	9,5 %

chiffres comparables à ceux de l'enquête générale (respectivement 86,4 et 13,6 %) avec, cependant, un peu plus de logements indépendants, qui, nous le verrons, sont des hôtels meublés, donc finalement, quoique « indépendants », représentant de moins bonnes conditions de logement.

En effet, les catégories de logement sont réparties de façon très différente, avec une plus forte proportion, dans la population soumise à l'examen psychologique, de chambres en hôtel meublé et de baraques.

Logement avec cuisine	33	soit 38,2 %	contre	41,2 %	dans l'enquête générale
Hôtel meublé	22	— 25,9 %	—	17,5 %	—
Chambre	11	— 12,9 %	—	19,4 %	—
Baraque	9	— 10,6 %	—	5,8 %	—
Habitation à loyer modéré	6	— 7 %	—	9,9 %	—
Roulotte	3	— 3,6 %	—	3,2 %	—
Pavillon	1	— 1,2 %	—	2,9 %	—

On peut remarquer que 45 familles sur 85 vivent dans des logements sans cuisine, et souvent dans des logements de fortune.

Nous verrons ultérieurement que les plus mauvaises conditions (sociales, affectives, et même intellectuelles) semblent concerner les familles vivant en hôtel meublé. Ces familles sont au nombre de 22, soit le quart de la population examinée.

9° *Nombre d'enfants*

Un	17	soit 19,5 %	contre	22,3 %	dans l'enquête générale
Deux	20	— 23 %	—	27,4 %	—
Trois	16	— 13,9 %	—	19,8 %	—
Quatre	11	— 18,4 %	—	10,8 %	—
Cinq	9	— 10,3 %		9,2 %	—
Six	6	— 6,9 %		5,4 %	
Sept	3	— 3,4 %	26,3	2,1 %	19,8 %
Huit	2	— 2,3 %		1,8 %	
Neuf ou plus	3	— 3,4 %		1,3 %	

Plus du quart des familles examinées (26,3 %) comprennent plus de quatre enfants, chiffre supérieur à celui de l'enquête générale (19,8 %), lui-même nettement plus élevé que celui de la population générale du département de la Seine (8 %).

III. — LES CAPACITÉS INTELLECTUELLES DE LA MÈRE DE L'ENFANT HOSPITALISÉ

Etant donné les circonstances de notre enquête, il n'a pas été possible, nous le rappelons, de chercher à obtenir une mesure chiffrée et objective du niveau intellectuel de la mère par la méthode des tests.

L'appréciation des capacités intellectuelles de la mère reste basée sur l'observation clinique, avec toutes les réserves que cela comporte. Nous avons cru cependant pouvoir tenir compte de cette appréciation pour le classement nécessaire à notre étude.

Dans la catégorie « psychopathes », nous avons inscrit les femmes atteintes d'un syndrome psychiatrique caractérisé ou traitées dans un service spécialisé.

Le bilan ainsi établi pour l'ensemble des 87 femmes examinées est le suivant :

— Intelligence normale	34 (dont 2 éthyliques)
— Débilité mentale	29 (dont 7 éthyliques)
— Médiocres ou infantiles	17 (dont 1 éthylique)
— Psychopathes	7 (dont 1 éthylique)

ce qui laisse apparaître :

— une proportion très importante de femmes débiles ;

— une répartition des éthylismes dans chacune des catégories, avec cependant une beaucoup plus forte proportion d'éthylisme chez les femmes débiles.

Ce tableau faisant ressortir une forte proportion de femmes débiles se rapporte uniquement, nous le rappelons, aux familles sélectionnées pour être soumises à un examen psychologique. On ne saurait en tirer de déduction directe par extension à l'ensemble de la population de l'enquête. Cependant si, pour situer la population examinée par rapport à l'ensemble de l'enquête, nous comparons le niveau culturel de ces 2 populations, nous nous apercevons qu'il est très similaire.

Niveau culturel	Population examinée N	Population examinée %	Enquête générale %
Etudes supérieures au Certificat d'études primaires (C.E.P.)	5	7,1	8,4
C.E.P.	13	18,5	17,7
Etudes primaires niveau C.E.P.	2	2,8	5,9
Sait lire et écrire	34	48,5	51
Parle français, mais ne sait ni lire ni écrire	12	17,1	12,1
Ne parle pas français	4	5,7	5

Ce tableau laisse apparaître dans les deux cas une proportion relativement faible de femmes titulaires du certificat d'études primaires, alors que le pourcentage de la population métropolitaine astreinte à la scolarité obligatoire est beaucoup plus important.

Pour notre étude, nous avons groupé :
d'une part, les 34 femmes classées « normalement intelligentes » ;

d'autre part, les 53 femmes comprenant l'ensemble des trois autres catégories que nous groupons sous le terme de « déficiences mentales ».

a) *Groupées par nationalité*, les « déficiences mentales » se répartissent comme suit :

— Françaises métropolitaines	45 sur 64 examinées
— Nord-Africaines	6 sur 15 examinées
— Etrangères	2 sur 5 examinées

Il semble donc que, pour les femmes métropolitaines examinées, la déficience mentale joue un rôle important alors que, pour les autres, d'autres facteurs interviendraient davantage.

b) *La situation familiale* des femmes classées dans le groupe des « déficiences mentales » est, dans l'ensemble, assez différente de celle de l'autre groupe.

	Femmes déficientes N	Femmes déficientes %	Femmes normales N	Femmes normales %	Ensemble de la population examinée %
Vit avec le père, tous les enfants sont des deux (mariés ou non)	29	59,2	24	70,5	64
Père absent	8	16,3	5	14,7	15,6
Situations complexes	12	24,5	5	14,7	20,4

Les « situations complexes » sont de beaucoup plus fréquentes chez les femmes déficientes qu'elles ne le sont chez les normales.

c) *Le logement* est aussi assez différent d'un groupe à l'autre :

	Mères déficientes N	Mères déficientes %	Mères normales N	Mères normales %
Baraque, roulotte, chambre	15	28,3	8	25
Logement ou H.L.M.	21	39,6	18	56,2
Hôtel meublé	17	32,1	6	18,8

Il apparaît donc que la moitié des femmes « normales » vivent en logement ou H.L.M. alors que un *tiers* des femmes déficientes vivent en hôtel meublé.

On constate que, même dans le groupe « normales » la moitié seulement des familles sont décemment logées. Pour le groupe des femmes « déficientes » la proportion des logements dignes de ce nom s'abaisse encore davantage au profit de l'hôtel meublé.

Plus significative dans ce sens sera l'étude de la répartition de la salubrité et de l'entretien du logement en fonction de la santé mentale de la mère.

L'hospitalisation étant en partie déterminée par la qualité du logement d'une part, par l'aptitude de la mère à soigner son enfant d'autre part, il nous a semblé intéressant de dresser un tableau synoptique comportant à la fois ces trois facteurs :

— justification de l'hospitalisation ;
— santé mentale de la mère ;
— catégorie de logement.

		Mères déficientes			Mères normales		
Baraque, Roulotte, Chambre	15	H. justifiées	9	8	H. justifiées	3	
		H. non justifiées	6		H. non justifiées	5	
Logement H.L.M.	21	H. justifiées	11	18	H. justifiées	11	
		H. non justifiées	10		H. non justifiées	7	
Hôtel meublé	17	H. *justifiées*	5	6	H. justifiées	3	
		H. *non justifiées*	12		H. non justifiées	3	

Un groupe ressort, particulièrement intéressant et homogène ; c'est celui des 17 femmes déficientes vivant en hôtel meublé et pour lesquelles 12 fois sur 17, l'hospitalisation de l'enfant a paru médicalement non justifiée.

Nous avons cherché, dans chacun de ces 2 groupes, comment intervenait :

d) *La salubrité de l'habitat*

	Logement salubre bien entretenu	Logement insalubre bien entretenu	Logement insalubre mal entretenu
Mère déficiente	15	10	26
Mère normale	13	14	2

Nous sommes frappés dans chacun de ces deux groupes par la fréquence des logements insalubres, même bien entretenus.

Nous avons été suffisamment sévères sur les critères de salubrité (humidité importante, défaut d'aération) pour que ces chiffres prennent une haute signification. Il s'agit, le plus souvent, de baraques, de chambres, de logements, souvent en instance de démolition, extrêmement humides, ou de chambres d'hôtel meublé sans aération. Une d'entre elles, notamment, était assez remarquable par le fait que sa seule source d'aération était un petit guichet donnant sur les W. C. de l'hôtel : 3 personnes (père, mère, enfant) vivaient dans cette chambre par ailleurs exiguë.

Des logements invraisemblablement petits pour leur nombre d'habitants ou très insalubres peuvent être impeccablement tenus par des femmes qui suscitent une admiration bien méritée, si l'on pense aux multiples problèmes d'entretien, de séchage du linge, de sommeil et de repos des enfants, etc..., que peut poser la promiscuité de toute une famille vivant dans une seule pièce, souvent petite et sans confort.

A l'opposé, d'autres femmes se laissent aller à une négligence excessive, ou même à abdiquer devant tout effort, dans un logement correctement salubre et d'entretien plus facile.

La déficience intellectuelle intervient de façon majeure dans la qualité de l'entretien de l'habitat.

Cependant, on constate qu'il existe dans l'un et l'autre groupe une proportion importante de logements insalubres. Certes les familles mentalement déficientes semblent vivre plus souvent dans des logements insalubres, sans doute par manque de moyens intellectuels et économiques pour accéder à de meilleures formes de logement. Il n'en reste pas moins vrai que, même pour les familles considérées comme mentalement normales, le nombre de logements insalubres est très important.

Nous avons cherché s'il y avait une corrélation entre le diagnostic d'une part, la salubrité du logement et les capacités maternelles d'autre part.

Il est ainsi apparu que :
— *7 rachitismes sur 8* ont été observés chez des enfants de mères déficientes, vivant en logement insalubre mal entretenu. (Le 8e étant un enfant de mère « normale », vivant en logement insalubre bien entretenu).
— *4 enfants hospitalisés pour diarrhée (sur 8)* étaient également des enfants de mères déficientes vivant en logement insalubre mal entretenu.

e) Ce qui nous conduit à chercher directement la corrélation entre la *déficience mentale et la justification de l'hospitalisation.*

On trouve alors :
24 mères déficientes parmi les 43 enfants « justement hospitalisés », soit 55,8 % ;
et 29 mères déficientes parmi les 44 enfants pour lesquels l'hospitalisation a été considérée comme « non justifiée », soit 65,9 %.

Le pourcentage de mères déficientes est donc légèrement plus fort parmi les hospitalisations médicalement non justifiées que parmi les hospitalisations médicalement justifiées.

Cependant, comme on le voit,
1° la débilité n'explique pas toutes les hospitalisations « non justifiées » ;
2° 55 % des hospitalisations « justifiées » présentent, à un degré variable, une déficience mentale.

On peut se demander à ce sujet si la déficience maternelle n'a pas joué un rôle quant à la pathologie de l'enfant.

Nous avons cherché à comparer la répartition des diagnostics de sortie pour les 2 catégories d'enfants :
— enfants de mères « déficientes » ;
— enfants de mères « normales »

	Mère déficiente	Mère normale
Rhino-pharyngites	7	4
Pneumopathies	1	1
Otites	7	4
Bronchites	2	4
Angines	3	5
Diarrhées	6	2
Toxicoses	3	0
Convulsions	—	1
Maladies infectieuses	1	1
Primo-infections	3	3
Laryngites	1	—

Méningites	—	1
Asthme	—	1
Rachitisme, hypotrophie	7	1
Peau, muqueuses	3	1
En observation	7	2
Cas social	2	—
Autres maladies	—	1

On remarquera de façon très nette que les *toxicoses*, les *diarrhées*, les cas légers gardés « *en observation* » (dont 6 sur 7 dans un cas, 1 sur 2 dans l'autre ont été considérés comme abusivement hospitalisés), le *rachitisme* s'observent avec une particulière fréquence chez les enfants de mère déficiente. Au contraire, les primo-infections tuberculeuses semblent se répartir indépendamment du niveau intellectuel de la mère.

f) *Déficiences mentales chez la mère et fréquence des hospitalisations*

Enfants	Mères normales		Mères déficientes	
	N	%	N	%
Première hospitalisation	17	55	20	40
Déjà hospitalisé	14	45	30	60

Les hospitalisations multiples sont plus fréquentes dans le groupe des enfants de mère déficiente.

g) *Déficience mentale et mode d'admission à l'hôpital*

Admission	Mères normales		Mères déficientes	
Par consultation hospitalière :				
avec mot de médecin	1		6	
avec mot de dispensaire	3	9	0	20
sans mot	5		14	
En urgence :				
avec mot de médecin	11		8	
avec mot de dispensaire	2	25	6	33
sans mot	12		19	
En présence du médecin traitant	0		0	

1) Les admissions en urgence sans mot semblent se répartir de la même façon dans les deux groupes (12 sur 34 et 19 sur 53).
2) Mais l'intervention d'un médecin de ville est, *d'une façon générale*, moins fréquente pour les familles déficientes qui, dans près de 75 % des cas, viennent à l'hôpital soit directement, soit envoyées par un dispensaire (39 fois sur 53).

Il est cependant intéressant de noter que 11,3 % des mères « déficientes » sont envoyées à la consultation hospitalière par leur médecin traitant, contre 2,9 % pour les femmes normales.

Peut-être les médecins dégagent-ils ainsi leur responsabilité vis-à-vis de milieux psychologiquement incapables.

h) *Corrélations entre la déficience maternelle et le retard du développement intellectuel constaté chez l'enfant :*

Le niveau mental de l'enfant a pu être précisé par la méthode des tests (les tests de Gesell pour la plupart, les tests de Mme Borel ou les tests de Binet et Simon pour les plus grands).

	Enfant normal	Retard léger	Retard important
	N	N	N
Mères normales	25	4	2
Mères déficientes	21	14	10
	46	18	12

On constate que la plupart des enfants accusant un retard de développement sont des enfants de mère déficiente.

IV. — LA QUALITÉ DE LA RELATION MÈRE-ENFANT ET SES INCIDENCES

Nous avons cru pouvoir différencier les mères que nous avons examinées en six catégories essentielles qui se répartissent comme suit :

— Très bonne attitude maternelle	20 (23 %)	
— Attitude maternelle normale	29 (33,3 %)	62 %
— — — apparemment bonne	5 (5,7 %)	
— Rejet franc de l'enfant	6 (6,9 %)	
— Rejet plus moins camouflé de l'enfant	17 (19,5 %)	26,4 %
— Mère captative, inquiète à l'excès	9 (10,3 %)	10,3 %

Nous avons classé dans la rubrique « très bonne attitude maternelle » les mères qui nous ont paru particulièrement maternelles et chaleureuses ; dans une rubrique séparée, « attitude maternelle apparemment bonne », 5 cas où nous n'avons pas pu recueillir les éléments nécessaires pour nous faire une opinion plus précise. Enfin, dans les rubriques « rejet » ou « mère captative », nous avons fait figurer les mères ayant, selon l'un de ces types, une relation franchement pathologique, excluant volontairement de ces rubriques l'attitude réactionnelle transitoire due à une situation exceptionnelle, comme par exemple l'inquiétude légitime d'une mère dont l'enfant est hospitalisé.

Nous précisons enfin que nous envisageons uniquement, dans ce chapitre, sous le terme de « bonne mère », la qualité de la relation affective de la mère pour son enfant, sans tenir compte de l'aptitude maternelle en général, et donc sans tenir compte du niveau intellectuel de la mère dont les incidences ont été étudiées par ailleurs et sont, nous l'avons vu, d'une importance primordiale.

Nous verrons d'ailleurs que si des mères « débiles » peuvent être de bonnes mères, par contre les mères « rejetantes » sont presque toutes mentalement déficientes.

Un certain nombre de corrélations entre l'attitude maternelle et d'autres facteurs étudiés nous ont paru particulièrement intéressantes :

a) *Attitude maternelle et âge des enfants examinés*

Sans que nous puissions en tirer des conclusions hâtives, il est curieux de noter que :

— alors que les âges des enfants examinés s'étalent à peu près normalement de 1 mois à 6 ans ;

— les 6 enfants dont la mère a été considérée comme « ouvertement rejetante » ont tous entre 6 et 11 mois.

Nous n'en tirons aucune conclusion absolue. Nous remarquons seulement que c'est précisément l'âge où le nourrisson traverse une « crise affective », ébauche de son individualisation et de relations affectives plus complexes, notamment avec sa mère. Cette crise s'accompagne, on le sait, d'exigences affectives plus grandes, et, se développant parallèlement, d'une motricité plus entreprenante.

En dehors des complications pratiques quotidiennes qu'une telle évolution représente, cette crise ne peut pas ne pas être ressentie par la mère qui est, en quelque sorte, obligée de prendre position par rapport à elle, et de renoncer à une relation symbiotique qui n'était pas vécue comme telle par le seul enfant.

b) *Attitude maternelle et âge de la mère*
(pour 3 femmes l'âge n'a pas été précisé)

	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-39 ans	40 ans et plus
Bonne mère (52)	1	17	19	15	—
Rejetante ouverte (6)	—	1	2	3	—
Rejetante camouflée (17)	2	4	5	5	1
Inquiète (8)	1	—	3	4	—
TOTAL (83)	4	22	29	27	1

La dispersion est telle que les chiffres deviennent trop faibles pour tirer des conclusions.

On peut cependant remarquer que :

— Pour les « bonnes mères » la répartition se fait à peu près uniformément de 20 à 40 ans,

— Alors que les mères « ouvertement rejetantes » et « inquiètes » sont, en moyenne, plus âgées que les précédentes.

Si l'on sait que, par ailleurs, les familles nombreuses sont particulièrement importantes (en fréquence et en nombre d'enfants) dans la population examinée, il apparaît que les femmes de plus de 25 ans sont justement mères de familles nombreuses (dans les conditions de vie et d'habitat exposées par ailleurs).

c) *Attitude maternelle et nombre d'enfants dans la fratrie :*

	Enfant unique	2 enfants	3 enfants	4 enfants	5 enfants et plus
Bonne mère	9	12	10	5	16
Rejetante ouverte	—	2	—	3	1
Rejetante camouflée	5	3	4	2	3
Inquiète	3	3	2	1	—
	17	20	16	11	20

On remarque que des sentiments de rejet ne sont jamais ouvertement exprimés pour un enfant unique et que 4 fois sur 6 ce rejet concerne des mères de quatre enfants au moins.

d) *Nationalité de la mère* (3 non précisées)

	Métropolitaine	Algérienne	Outre-Mer	Etrangère
Bonne mère	36	10	3	3
Rejetante ouverte	5	1	—	—
Rejetante camouflée	16	1	—	—
Inquiète	6	—	—	2

Il apparaît que les rejets sont surtout le fait de la population métropolitaine examinée. Notre impression clinique nous conduisait à cette conclusion avant la confrontation des chiffres. Nous faisons cependant la réserve que, malgré notre vigilance, les difficultés de langage ont pu, avec les familles non métropolitaines, faire que des nuances de comportement nous ont échappé.

Par ailleurs, la structure familiale nord-africaine est, on le sait, très différente de la structure métropolitaine. Les familles nord-africaines constituées sont habituellement stables, le père généralement très attaché à son rôle, et la mère occupée exclusivement à son foyer.

e) *Relation maternelle et niveau mental*

	Intelligence normale	Intelligence déffciente
Très bonne mère	17	3
Bonne mère	5	24
Rejetante ouverte	—	6
Rejetante camouflée	3	14
Inquiète	5	4

24 mères déficientes ont été considérées comme de « bonnes mères ».

Cependant la plupart des mères « rejetantes » sont des femmes mentalement déficientes.

f) *Qualité de la relation mère-enfant et situation familiale*

	Mariée, vit avec le père, tous les enf. sont des deux	Union libre vit avec le père, tous les enf. sont des deux	Situations complexes	Abandonnée par le père
Bonne mère	33	3	8	8
Rejetante ouverte	2	2	2	—
Rejetante camouflée	6	1	4	5
Inquiète	5	1	2	—

On s'aperçoit que la qualité de la relation maternelle n'est pas fonction de la structure familiale apparente, qui renseigne finalement assez mal sur l'éventualité de tensions intra-familiales, indépendantes de cette structure ; mais cette qualité serait plus étroitement liée à l'interférence des personnalités de chacun des individus cohabitants.

Ceci apparaît très nettement si on étudie la corrélation existant entre la qualité de la relation maternelle et l'attitude du père de l'enfant.

	Attitude paternelle : très positive	normale	inquiète	hostile à la mère	Père débile (1)	Père éthylique	Carence du père
Bonne mère	8	12	2	2	2	7	8
Rejetante ouverte	—	1	—	—	4	—	—
Rejetante camouflée	—	1	—	1	1	6	5
Inquiète	1	4	2	—	1	—	—

(1) ou psychopathe

On s'aperçoit que la plupart des rejets maternels sont associés soit à la débilité ou à une psychopathie du père, soit à l'éthylisme ou à la carence paternelle.

Si l'on se souvient que les attitudes maternelles de rejet sont surtout le fait de mères débiles il apparaît que le rejet de l'enfant fait généralement partie d'une carence familiale globale.

g) *Qualité de la relation maternelle et justification médicale de l'hospitalisation*

	Hospitalisations justifiées	Hospitalisations non justifiées		
	N	N	%	
Bonne mère (54)	25	29	54	des cas considérés
Rejetante ouverte (6)	1	5	83	
Rejetante camouflée (17)	10	7	41	
Inquiète..(9)	7	2	22	

Le « rejet » affectif de l'enfant semble faciliter les hospitalisations non justifiées, bien davantage que l'inquiétude.

Il ne faut cependant pas accorder à ce rejet une importance déterminante dans l'hospitalisation. En effet, 53,8 % des « bonnes mères » examinées ont fait hospitaliser leurs enfants sans justification médicale.

Enfin, il nous a semblé intéressant de chercher la corrélation existant entre la qualité de la relation maternelle et la *tolérance de l'enfant à l'hospitalisation :*

	Bien supporté	Désarroi aigu	Détresse	Inquiètude	Salutaire
Bonne mère	17	5	8	8	1
Rejetante ouverte	5	—	—	—	—
Rejetante camouflée	10	1	—	2	1
Inquiète	3	2	2	1	—

Il est frappant de constater que les enfants habituellement « rejetés » tolèrent remarquablement l'hospitalisation, alors que, à l'opposé, les enfants de mères « captatives inquiètes » ont été très nettement perturbés par l'hospitalisation, et que *43,5* % des enfants bénéficiant de relations chaleureuses avec leur mère font, à des degrès divers, une réaction de détresse.

Cette réaction d'ailleurs ne dure pas, ou cède très rapidement au retour dans la famille, tout au moins pour les hospitalisations de courte durée, objet de notre étude.

La fréquence des hospitalisations itératives est d'ailleurs plus importante pour les enfants « rejetés ».

	1re hospitalisation	Plusieurs hospitalisations
Bonne mère	24	27
Rejetante ouverte	*1*	*5*
Rejetante camouflée	8	8
Inquiète	4	5

5 sur 6 des mères considérées comme manifestement rejetantes ont fait plusieurs fois hospitaliser leurs enfants en l'espace de 6 à 11 mois, qui est — nous le rappelons — l'âge de ces enfants.

Il est classique de dire que la répétition des séparations sensibilise les enfants aux réactions de détresse. Dans ce cas, il n'en est rien, puisque nous avons vu que ces enfants tolèrent apparemment très bien l'hospitalisation. Mais on sait, par ailleurs, que pour les très jeunes enfants la détresse à la séparation est d'autant plus importante que les relations antérieures avec la mère étaient meilleures. (C'est l'inverse de ce qui se passera ensuite, où l'enfant plus grand tolèrera d'autant mieux une séparation que son acquit affectif sera plus solide.)

Il semble donc que dans ces hospitalisations itératives on puisse séparer deux groupes d'enfants :

— les enfants habituellement carencés de soins maternels (pour lesquels l'hospitalisation n'est qu'un des multiples aspects de cette carence, et qui, de ce fait, semblent bien supporter leur séjour à l'hôpital. (Mais on sait ce que, pour ceux-là, signifie cette trop bonne tolérance.)

— et les enfants qui, par ailleurs, bénéficient de soins maternels affectueux, qui tolèrent bien ou mal l'hospitalisation, et pour lesquels les hospitalisations itératives semblent dues à de tout autres facteurs.

Ces mêmes facteurs sont sans doute responsables de la proportion importante d'enfants placés à la sortie de l'hôpital.

Or ces placements sont indépendants de la qualité de la relation maternelle :

	Pas de placement	Placement en pouponnière	Placement en convalescence	Nourrice	Divers
Bonne mère	34	5	7	4	2
Rejetante ouverte	5	1	—	—	—
Rejetante camouflée	5	6	3	1	1
Inquiète	5	4	—	—	—

Il semble que ces facteurs déterminant le placement soient essentiellement : le logement et le travail de la mère à l'extérieur.

V. — PRINCIPAUX MOTIFS EXTRA-MÉDICAUX DE L'HOSPITALISATION

Au cours des entretiens du psychiatre avec les familles qui, nous le rappelons, ont eu lieu après le retour des enfants de l'hôpital, a été tentée — en collaboration avec la famille — une synthèse des raisons essentielles qui avaient motivé l'hospitalisation (même si elles n'avaient pas été invoquées au moment de l'admission).

En conclusion de ces entretiens, il nous a semblé pouvoir grouper les motifs médicaux et extra-médicaux de l'hospitalisation en sept groupes :

1. Gravité de la maladie, de l'avis d'un médecin (traitant ou à l'hôpital).
2. Gravité de la maladie crainte par la mère.
3. Logement impropre (mais salaire suffisant pour subvenir aux frais d'un traitement).
4. Salaire insuffisant.
5. Association des 2 motifs précédents.
6. Prestige hospitalier (dû à de précédentes hospitalisations de l'enfant ou de l'un de ses proches).
7. Impossibilité pour la mère de soigner elle-même son enfant (surmenage, travail à l'extérieur, incapacité tenant à sa culture ou à son manque d'aptitudes).

La fréquence de ces motifs apparaît dans le tableau ci-dessous :

	N	%
Incapacité maternelle	32	36,8
Gravité (avis médical)	15	17,2
Gravité (avis maternel)	11	12,6
Logement et salaire	10	11,5
Salaire insuffisant	9	10,3
Logement impropre	8	9,2
Prestige hospitalier	2	2,3

On constate :

1° que l'incapacité pour la mère de s'occuper de son enfant tient une place importante. Parmi ces 32 cas, on relève :

- — 13 femmes travaillant à l'extérieur ;
- — 6 femmes nord-africaines avec difficultés de langage et de communication, et craignant de ce fait de ne pas savoir lire et exécuter une ordonnance ;
- — 11 femmes débiles mentales.

2° que l'anxiété maternelle tient une place importante, ce qui tend à montrer que, indépendamment des conditions sociales, la mère, par son anxiété, impose plus ou moins l'hospitalisation au médecin traitant ou à l'hôpital.

3° Enfin, 19 fois (sur 87) le manque d'argent semble avoir joué un rôle déterminant dans l'hospitalisation. L'on pourrait s'en étonner, étant donné l'existence de la Sécurité Sociale et de l'aide médicale, mais on sait que celles-ci sont loin de couvrir tous les besoins, ne comprenant pas la totalité des frais et n'étant pas étendues à la totalité de la population.

VI. — OPINION DE LA FAMILLE SUR L'HOSPITALISATION

Au cours de ces entretiens, nous avons également cherché à sonder *l'opinion de la famille* sur l'hôpital :

	N	%
Satisfaite de tout	50	65
Satisfaite des soins médicaux et des infirmières, mais insuffisamment renseignée	11	14,3
Satisfaite des soins médicaux ; mécontente des infirmières et des renseignements	4	5,2
Satisfaite des infirmières, mécontente des soins médicaux	6	7,8
Mécontente de tout	6	7,8

Dans l'ensemble, les familles sont satisfaites de l'hôpital. Nous avons cependant été frappés de constater que des familles totalement ignorantes du diagnostic (même approché) comme de la forme des soins donnés à leur enfant, ont cependant estimé être suffisamment renseignées.

Mais, si l'on compare la curiosité légitime de beaucoup de parents sains au résultat de notre enquête, on est frappé par la passivité relative de la population examinée ; passivité qui nous semble étroitement liée au niveau mental de cette population.

Enfin, il faut insister, pour conclure, sur le fait que très rares sont ceux qui se plaignent des infirmières. Bien au contraire, les familles ont eu souvent à cœur d'insister pour louer l'accueil des infirmières et, surtout, leur gentillesse à l'égard des enfants.

RESUME

Une partie importante de la population que nous avons examinée au point de vue psychologique semble se caractériser, sinon par une débilité mentale au sens strict, du moins par une « débilité sociale» importante.

La gravité de la maladie n'a été le motif essentiel de l'hospitalisation que dans 17 % des cas (gravité appréciée par le médecin) et dans 12,6 % des cas, une gravité supposée par la mère.

Cette « débilité sociale » comporte, dans une proportion notable, soit une débilité mentale, soit un état psychopathique ou un éthylisme du père ou de la mère.

Cette population est souvent sous-rémunérée et mal logée.

Le logement en hôtel meublé est très fréquent, d'une fréquence bien supérieure à celle de l'enquête générale. Ce type de logement paraît très nettement être le lot d'une population instable, de structure familiale complexe et mouvante, avec un nombre d'enfants important, de loin supérieur à la moyenne des enfants par famille calculée pour le département de la Seine.

Les capacités d'amour maternel nous ont paru généralement bonnes, malgré ces conditions difficiles. Il existe cependant un nombre relativement important d'attitudes de rejet qui sont, dans la grande majorité des cas, le fait de femmes débiles, mères de familles nombreuses.

Mais il ne semble pas que ce rejet doive être considéré comme un motif important d'hospitalisations non justifiées ; celles-ci étant le plus souvent dues à la « débilité sociale » des familles et à ses corollaires de logement, de rémunération, de promiscuité.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

I

Notre travail a pour point de départ l'observation suivante :

Dans tous les services de médecine infantile de la région parisienne on trouve un nombre plus ou moins important d'enfants atteints d'affections bénignes et banales dont l'hospitalisation n'est pas justifiée par des raisons strictement médicales.

Ces enfants sont hospitalisés uniquement parce que les conditions dans lesquelles ils vivent interdisent leur traitement à domicile, en dépit de la bénignité de leur maladie.

L'hôpital d'enfants conserve donc partiellement, du moins dans la région parisienne, une fonction traditionnelle de Centre d'hébergement temporaire d'enfants, pour une certaine catégorie de population. C'est cette fonction sociale de l'hôpital qui fait l'objet de notre étude.

II

Nous nous sommes donc efforcés tout d'abord de rechercher les critères sur lesquels peut s'effectuer une classification des hospitalisations d'enfants en fonction de leur justification médicale.

La notion d'hospitalisation médicalement non justifiée présente un côté subjectif qui la rend difficilement réductible à une analyse statistique.

Par une méthode d'approximations successives, et en tenant compte en dernier ressort de l'ensemble du tableau clinique, nous pouvons conclure cependant que dans un service comme celui que nous avons étudié, plus du quart des enfants au minimum sont atteints de maladies sans gravité, sans difficulté de diagnostic, et n'ont subi à aucun moment de leur séjour hospitalier d'investigations ou de thérapeutique justifiant leur hospitalisation.

Pour ce groupe de malades, il est manifeste que les raisons déterminantes de leur hospitalisation sont avant tout d'ordre extra-médical.

III

L'étude des modalités de l'admission hospitalière conduit à souligner les différences existant entre les conditions de travail de la consultation externe et celles de l'interne de garde. La majorité des admissions sont effectuées par l'interne de garde, en dehors des heures de consultation, mais les

décisions de celui-ci ne sont pas uniquement déterminées par des considérations médicales. Elles sont sous la dépendance du nombre de lits disponibles. Elles dépendent également des pressions d'ordre social exercées par le médecin traitant ou par les familles elles-mêmes, lorsque celles-ci amènent un enfant directement, sans être passées par l'intermédiaire d'un médecin de ville.

L'analyse des conditions d'admission révèle en outre que la moitié des enfants sont admis à l'hôpital sans mot de médecin traitant. Seuls font exception à cette règle les nouveau-nés et les nourrissons de moins de 3 mois.

L'étude des motifs invoqués lors de l'admission montre que les conditions sociales interviennent dans 50 % des cas pour motiver l'hospitalisation de l'enfant, et dans 65 % des cas lorsque l'enfant est amené directement à l'hôpital par sa famille.

IV

Plus du tiers des enfants de moins de 6 ans faisant l'objet de notre enquête ont déjà effectué un séjour antérieur à l'hôpital et ce pourcentage dépasse la moitié pour les enfants de plus de 2 ans.

L'étude des causes médicales de ces réhospitalisations montre que, si l'on met à part un petit nombre de maladies chroniques ou à rechutes, les raisons médicales tendent à laisser la place à des considérations sociales ou psychologiques, au fur et à mesure des hospitalisations successives de l'enfant.

La pression des conditions sociales se vérifie par l'étude des hospitalisations antérieures dans la fratrie. Lorsqu'un enfant hospitalisé a des frères et sœurs, dans 44 % des cas un membre de la fratrie a déjà été hospitalisé, et ce pourcentage s'élève à 89 % lorsque l'enfant étudié en est à sa troisième hospitalisation.

V

Parmi les facteurs sociaux, l'influence du domicile et des conditions de logement est prépondérante sur l'hospitalisation des enfants de l'agglomération parisienne. Nous en avons donc effectué une étude détaillée.

L'analyse de la carte de répartition des domiciles d'enfants hospitalisés met nettement en lumière l'influence sur les hospitalisations des enfants de certains facteurs, comme le niveau socio-économique de la population, le pourcentage de familles nombreuses, l'afflux de la population nord-africaine et surtout l'influence des mauvaises conditions de logement.

L'étude des conditions de logement met en évidence :

- Le pourcentage considérable (42 %) de logements d'une pièce.
- L'importance des logements de fortune (9 %) et des hôtels meublés (17,5 %).
- La fréquence d'une installation récente dans le logement.
- L'insuffisance de l'équipement sanitaire (28 % des logements n'ont pas l'eau courante, 33 % n'ont pas de cuisine, 70 % n'ont pas de W.-C. individuel).

On notera également que 17 % des enfants couchent à plusieurs dans le même lit.

Les conditions de logement des familles des enfants hospitalisés sont, sur tous les points, plus défavorables que celles de la population du département de la Seine prise dans son ensemble, la situation réelle étant encore plus mauvaise, puisqu'il s'agit uniquement de familles ayant des enfants en bas âge.

En raison de son importance et de son caractère particulièrement défavorable, l'habitat en hôtel meublé a fait l'objet d'une étude particulière. L'influence de cet habitat défavorisé sur les hospitalisations d'enfants est mise en évidence : les admissions directes à l'hôpital, les rehospitalisations successives et les hospitalisations médicalement non justifiées sont proportionnellement beaucoup plus fréquentes parmi les enfants de familles habitant en hôtel meublé.

VI

Les familles d'enfants hospitalisés sont principalement des familles ouvrières. Dans la majorité des cas, le père de famille exerce une activité d'ouvrier non qualifié, et dans 45 % des cas les ressources mensuelles salariées de la famille sont inférieures à 500 NF. Les études de corrélation montrent que l'insuffisance du niveau socio-économique exerce sur les hospitalisations d'enfants une influence analogue à celle des mauvaises conditions de logement ; ces deux facteurs sont d'ailleurs fréquemment associés.

VII

15 % des enfants hospitalisés sont d'origine nord-africaine. Il est actuellement impossible de connaître de façon précise le nombre d'enfants nord-africains dans la région parisienne, mais il ne fait aucun doute que le taux d'hospitalisation des enfants nord-africains est considérablement plus élevé que celui des enfants métropolitains.

L'étude des conditions de vie de la population nord-africaine fournit l'explication de cet état de chose.

Les familles nord-africaines de notre enquête vivent dans de telles conditions d'entassement et de manque d'hygiène qu'il leur est, la plupart du temps, impossible de soigner à domicile un enfant malade.

Dans ces familles, la densité moyenne s'élève en effet au chiffre de 4 habitants par pièce d'habitation et près de la moitié d'entre elles vivent en baraque ou en hôtel meublé. Leur niveau socio-économique est bas. La plupart des travailleurs nord-africains sont des ouvriers non qualifiés et gagnent moins de 500 NF par mois. Leur transplantation récente dans la région parisienne, associée à un certain degré de ségrégation de fait, conditionne une insertion sociale médiocre. Enfin, la personnalité de la femme musulmane, le plus souvent illettrée et ne sortant guère de chez elle, complique encore, pour ces familles, les problèmes posés par la maladie d'un enfant.

VIII

Dans notre enquête, 30 % des mères de famille exercent une activité salariée. Ce pourcentage est supérieur à celui de la population du département de la Seine considérée dans son ensemble (22 %), mais la différence est encore plus significative lorsqu'on compare entre elles les familles ayant un même nombre d'enfants.

L'activité professionnelle de la mère figure donc parmi les facteurs sociaux qui interviennent dans les hospitalisations d'enfants.

L'étude du travail de la mère de famille révèle un niveau de qualification socio-professionnelle et de salaire extrêmement bas. 60 % des femmes exercent une activité de main-d'œuvre non qualifiée.

Les conditions de logement sont médiocres ou mauvaises (50 % dans une seule pièce, 14 % en hôtel meublé).

Mais surtout, dans près de la moitié des cas (42 %), la femme subvient en totalité à l'entretien de sa famille, soit parce qu'elle est seule, soit parce que son mari ne travaille pas.

L'élévation du taux d'hospitalisation des enfants dans les familles où la mère travaille paraît donc moins dépendre de l'activité professionnelle de cette dernière que des conditions dans lesquelles cette activité s'exerce.

Lorsque la mère de famille est tenue de travailler pour nourrir les siens, lorsqu'elle n'est pas certaine de conserver son emploi, lorsqu'elle vit dans un logement trop exigu ou insalubre, elle ne peut quitter son travail pour soigner à domicile son enfant malade et doit donc le faire hospitaliser.

IX

L'élevage de l'enfant hors du foyer est une conséquence directe de l'activité professionnelle de la mère. [8]

Dans notre enquête, 50 % des femmes qui travaillent confient leur enfant à une crèche ou à une nourrice.

Cette solution devient presque inévitable lorsque la femme est seule avec son enfant à charge ou lorsque les conditions de logement sont particulièrement défavorables.

Cependant, certains ménages dont la femme ne travaille pas sont obligés de se séparer d'un enfant uniquement en raison de l'exiguïté de leur logement, de son insalubrité, dans certains cas même en raison de l'interdiction de la présence d'enfants en bas âge par le tenancier d'un hôtel meublé.

L'influence de l'élevage hors du foyer sur les hospitalisations d'enfants est facilement mise en évidence : les pourcentages d'admissions directes à l'hôpital, de réhospitalisations successives et d'hospitalisations pour maladies bénignes sont en effet beaucoup plus élevés parmi les enfants placés en nourrice ou fréquentant une crèche.

X

La moitié des enfants admis à l'hôpital sont adressés par un médecin de ville, mais ce n'est que dans 25 % des cas seulement qu'un médecin praticien habituel, ayant la confiance de la famille, a pris la décision d'hospitaliser l'enfant. Dans les autres cas, en effet, il s'agit soit d'un médecin de dispensaire, soit du remplaçant du médecin traitant, soit d'un médecin appelé pour la première fois.

L'intervention d'un médecin de ville limite indiscutablement le nombre des hospitalisations médicalement non justifiées.

Cependant, un médecin qui ne connaît pas la famille a moins d'autorité sur elle ; il hésite à assumer certaines responsabilités et il est donc plus enclin à faire hospitaliser un enfant dès sa première visite, lorsque les conditions psychologiques ou sociales lui paraissent défavorables.

A cet égard, il est intéressant de noter que les enfants adressés à l'hôpital dès la première visite du médecin traitant sont considérés dans l'ensemble comme moins gravement atteints que les autres au moment de leur admission.

Une enquête partielle effectuée auprès des médecins traitants montre d'ailleurs que, dans plus de la moitié des cas, le motif réel de l'hospitalisation n'est pas uniquement médical. Des considérations sociales comme le logement le travail de la mère, l'insuffisance des ressources financières ou l'incapacité maternelle ont influé sur la décision du médecin.

XI

Les capacités intellectuelles de la mère, ainsi que la qualité des relations affectives de celle-ci avec son enfant, ont fait l'objet d'une étude particulière.

Il ne nous a pas été possible de soumettre à cette investigation psychologique l'ensemble de la population de l'enquête.

Notre choix s'est donc porté sur des enfants dont l'hospitalisation, au moment de leur admission, paraissait médicalement peu justifiée, ou sur des familles dont le comportement psychologique particulier semblait à première vue avoir une incidence plus ou moins directe sur l'hospitalisation de l'enfant.

Il ne saurait donc être question de généraliser à l'ensemble de la population hospitalière le résultat de ces observations.

Parmi les femmes examinées, le pourcentage des déficientes mentales est considérable. Il s'agit soit de débilité mentale au sens strict, souvent associée à l'éthylisme, soit de femmes qui, en raison de la médiocrité de leurs ressources intellectuelles, de leur passivité, de leur comportement infantile ou franchement psychopathique, peuvent être regroupées dans le cadre plus large de la « débilité sociale ».

Il existe d'ailleurs d'étroites relations entre cette déficience mentale de la mère, l'existence de structures familiales complexes et mouvantes, le mauvais entretien du logement et même la qualité de ce dernier. Le tiers de débiles mentales examinées vivaient en effet en hôtel meublé.

Les relations affectives de la mère et de son enfant ont paru d'une manière générale bonnes, malgré des conditions de vie difficiles. Les attitudes de rejet sont dans la majorité des cas le fait de femmes débiles, mères de familles nombreuses.

L'influence de la déficience mentale maternelle sur l'hospitalisation des enfants est indiscutable, bien qu'il ne soit pas toujours facile de faire la part du rôle respectif des insuffisances psychologiques et des conditions socio-économiques défavorables qui leur sont très souvent associées.

XII

Dans le cadre de l'enquête psychologique, la tolérance de l'enfant à l'hospitalisation a fait également l'objet d'une étude. Les réactions de désarroi ou de détresse fréquemment observées dans les jours qui suivent l'admission ne durent généralement pas et le retentissement secondaire du séjour hospitalier sur le comportement de l'enfant, son sommeil ou son appétit paraissent céder rapidement au retour dans la famille, tout au moins en ce qui concerne les hospitalisations de courte durée.

ANNEXE I

ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS TRAITANTS

Pendant la durée de notre enquête par sondage, nous nous sommes efforcés de prendre un contact direct avec les médecins traitants qui nous avaient adressé les enfants.

Notre objectif était de leur rendre visite aussi rapidement que possible après l'admission de l'enfant afin d'obtenir de leur part un complément d'information sur les débuts de la maladie, le caractère de leur intervention et les motifs de l'hospitalisation.

Ce programme n'a pu être complètement réalisé, et nous ne sommes entrés en rapport qu'avec un peu plus du tiers des médecins traitants (60 sur un total de 170).

Cette sélection ayant été faite en fonction de nos seules possibilités de temps et de déplacement et sans critère particulier, il ne saurait être question d'utiliser les renseignements ainsi recueillis sur un plan statistique.

Cependant, plutôt que de négliger complètement le matériel ainsi accumulé, nous en avons extrait quelques éléments qui nous ont parus significatifs.

A) *Nature de la maladie de l'enfant :*

Toxicoses	6	Rhino-pharyngites	3
Pneumopathies dyspnéisantes sévères	4	Angines	4
Asthmes graves	2	Pneumopathies sans gravité	4
Méningites cérébrospinales	2	Otites	6
Primo-infections	5	Diarrhées sans deshydratation	9
Malformations	2	Adénolymphite	1
Convulsions	4	Maladies infectieuses	2
En observation	5	Conjonctivite	1
		Rachitisme	1

B) *Age de l'enfant :*

0 à 1 an	31
1 à 2 ans	13
2 à 3 ans	9
+ de 3 ans	7

C) *Nombre de visites effectuées et diagnostic de la maladie :*

	1 visite	plusieurs visites
Toxicoses	3	3
Pneumopathies sévères	2	2
Asthme grave	1	1
Méningite cérébro-spinale	—	1 et 1 hospitalisation sans voir l'enfant.

Primo-infection	2	3	
Malformation	1	1	
Convulsion	3	1	
Angine	1	2	et 1 hospitalisation signée sans voir l'enfant.
Pneumopathie	2	2	
Rhino-pharyngite	2	1	
Otite	3	3	
Diarrhée	3	6	
Adénolymphite	1	—	
Maladie infectieuse	1	—	
Conjonctivite	1	—	
Rachitisme	1	—	
En observation	1	3	et 1 hospitalisation signée —sans voir l'enfant.
	28	30	3

Dans la moitié des cas l'hospitalisation a été décidée dès la première visite du médecin, sans qu'on puisse établir une relation nette avec la gravité de la maladie.

D) *Renseignements concernant le médecin traitant :*

Médecin habituel de la famille	39
Première visite dans la famille	14
Remplaçant ou médecin de garde	7

E) *Raisons de l'hospitalisation actuelle*

1° Considérations strictement médicales	24
2° En raison de l'anxiété maternelle	6
3° En raison de l'exigence de la famille	2
4° Pour des raisons essentiellement sociales	18
dont :	
— Logement	6
— Travail de la mère, placement de l'enfant, autre maladie dans la famille	7
— Raisons financières	5
5° Intrication de causes médicales et sociales	10

Dans plus de la moitié des cas les raisons de l'hospitalisation ne sont pas purement médicales.

F) *Opinion des médecins traitants sur les dispensaires de P.M.I. :*

Dans 10 cas le médecin manifeste une hostilité marquée à l'égard des dispensaires et des consultations de P.M.I. qui lui font concurrence et l'amènent à ne plus voir d'enfants qu'en cas d'urgence et de maladie fébrile aigue. (Cette question n'ayant pas été systématiquement posée n'a pas de valeur significative).

G) *Raisons des hospitalisations d'enfants en général :*

Les principales raisons évoquées par les médecins se superposent à celles du paragraphe E.

— inquiétude médicale (en particulier pour les diarrhées de nourrisson) ;
— désir de ne pas perdre la confiance de la famille ;
— incapacité de la mère ;
— travail de la mère ;
— situation financière des parents ;
— conditions de logement (motif très important).

ANNEXE II

PLACEMENTS SECONDAIRES A L'HOSPITALISATION

18 % des enfants de l'enquête ont été placés à leur sortie de l'hôpital.

La nature des placements se décompose comme suit :

Pouponnière	22
Convalescence	2
Préventorium Hélio-Marin	8
Préventorium	14
Etablissement spécialisé (RAA, néphrite, DDB, etc.)	5
Nourrice	11
Autre placement	4

Placement secondaire et diagnostic de la maladie

	Rhino-Pharyngite		Pneumopathie		Otite		Angine		Diarrhée		Convulsions
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Pas de placement	26	92,9	34	94,5	42	85,7	17	89,5	35	83,3	21
Placement	2	7,1	2	5,5	7	14,3	2	10,5	7	16,7	0

	En observation		Primo-infection		Rachitisme-Hypotrophie	
	N	%	N	%	N	%
Pas de placement	22	88	1	7,1	2	14,2
Placement	3	12	13	92,9	12	85,8

Ces chiffres sont évidemment beaucoup trop faibles pour avoir une valeur significative, sauf en ce qui concerne l'importance des placements dans les rubriques « *Primo-infections* » et « *Rachitisme-Hypotrophie* » ce qui confirme les résultats de notre étude sur la pathologie hospitalière (voir première partie, chapitre II).

ANNEXE III

LES PRIMO-INFECTIONS TUBERCULEUSES (I)

Etude portant sur 13 cas de primo-infection (sur 14) de notre enquête par sondage ayant entraîné un placement secondaire.

1° *Conditions d'admission à l'hôpital :*

Avec mot de médecin traitant.....	8
Avec mot de dispensaire.....	2
Sans mot	3

Dans la grande majorité des cas, les enfants ont été envoyés avec un mot de médecin, ce qui ne correspond pas au pourcentage général d'enfants hospitalisés. Cette anomalie tient sans doute au fait que la primo-infection, à l'opposé de beaucoup d'affections communes de l'enfance, se manifeste rarement par un début brutal et que le plus souvent des troubles mineurs (toux, anorexie, état sub-fébrile) amènent la famille à consulter médecin ou dispensaire, sans songer à l'hospitalisation. Enfin, dans 4 cas, la cuti-réaction fut pratiquée en ville systématiquement (avant une vaccination, avant une cure de R.U.V., en raison d'un contage tuberculeux).

Cependant, dans 6 cas sur 13, le diagnostic de primo-infection n'avait pas été posé préalablement à l'hospitalisation.

2° *Conditions de logement*

Nous avons classé les logements en 3 groupes suivant leurs caractéristiques :

a) Logements trop exigus et insalubres : 5
- — véritables taudis, baraquements comprenant 2 pièces de 6 m² pour 5 personnes, sans eau, sans gaz, sombres, humides, entretien nul, sol encombré de détritus ; l'enfant couche dans le lit de ses parents.
- — Hôtel Nord-Africain — 1 pièce de 12 m² pour 5 personnes, humide, sombre, mal aérée, sans eau ; l'enfant couche dans le lit de ses parents.
- — 1 pièce de 12 m² pour 5 personnes avec eau et gaz, très humide, l'enfant couche avec son frère aîné.
- — 2 pièces de 9 m² pour 5 personnes, sans gaz, sans cuisine, sombres, humides.
- — 3 pièces de 12 m² pour 9 personnes ; baraquement sale et mal entretenu.

b) Logements trop exigus, mais salubres : 5 cas ; ils se décomposent comme suit :
- — 1 pièce + cuisine pour 4 personnes.
- — 2 pièces + cuisine pour 5 personnes.
- — 2 pièces + cuisine pour 5 personnes.
- — 2 pièces + cuisine pour 4 personnes.

c) Logements satisfaisants : 3

En résumé, dans 5 cas sur 13 le logement présente des caractéristiques d'exiguité et d'insalubrité qui constituent une menace directe pour la santé de l'enfant.

3) *Structure familiale*

a) Structure familiale *normale*, entente satisfaisante entre les parents : 6 cas ;

(1) Résumé de la communication faite à l'occasion des Journées de Pneumo-phtisiologie infantile du Roc de Fiz, 1959.

b) Structure familiale *anormale* : 7 cas ;

1. 2 enfants placés à l'Assistance Publique.
2. mère mariée antérieurement, a eu un premier enfant qu'elle a abandonné, vit actuellement en concubinage avec le père de l'enfant hospitalisé.
3. Mère absente (hospitalisée pour tuberculose pulmonaire).
4. Mère seule, avec 1 enfant, vit chez ses parents.
5. Mère seule, avec 1 enfant *en nourrice*.
6. Mère seule, avec 3 enfants *en nourrice*.
7. Mère seule, avec 5 enfants gardés par la grand'mère.

4) *Activité professionnelle de la mère :* 4 cas

Dans tous les cas où la mère est seule, elle exerce une activité salariée.

5) *Débilité mentale de la mère :* 3 cas

6) *Ethylisme patent des parents :* 3 cas

7) *Contaminateurs de l'enfant restant au foyer et refusant de se faire soigner :* 3 cas

a) le malade (père) se refuse aux contrôles bactériologiques et aux examens ; se fait traiter en ville par le vaccin de Friedmann ;

b) le père est rentré au foyer après 15 jours d'hospitalisation pour tuberculose pulmonaire ;

c) le malade (grand'père) est rentré au foyer après 1 mois d'hospitalisation pour tuberculose pulmonaire.

8) *Formes cliniques de primo-infections*

— Primo-infections avec adénopathies trachéo-bronchiques	: 5
— Primo-infections avec troubles de la ventilation	: 4
— Primo-infections + spina ventosa	: 1
— Primo-infections + ostéite tarsienne	: 1
— Primo-infections + dissémination parenchymateuse	: 1
— Primo-infections + granulie	: 1

9) *Raisons invoquées lors de l'hospitalisation*

a) essentiellement médicales : 6 fois
- — 4 fois pour primo-infections sévères,
- — 2 fois pour état pathologique sévère sans diagnostic posé.

b) essentiellement sociales : 7 fois
- — 2 fois pour virage de cuti-réaction tuberculinique sans signes cliniques,
- — 5 fois pour état pathologique sans gravité apparente (diagnostic non posé.)

En résumé : dans la majorité des cas, des conditions extra-médicales ont déterminé l'hospitalisation de l'enfant.

10) *Placement secondaire à l'hospitalisation :* 13 cas

Dans tous les cas, l'enfant a été placé en préventorium à la suite de son hospitalisation.

Mais lorsqu'on considère, indépendamment de la gravité de la maladie, les conditions socio-pathologiques contre-indiquant formellement le traitement de l'enfant à domicile, à savoir :
- — La persistance d'une contamination au foyer ;
- — Le logement trop exigu et insalubre ;

— L'éthylisme s'ajoutant à la dissociation familiale ;
— L'enfant placé en nourrice.

nous voyons qu'il existe un interdit de cette nature dans 9 cas sur 13. Sur les 4 cas restants, 2 concernent des enfants dont l'état clinique nécessite une surveillance hospitalière.

Il ne reste donc que 2 cas où la réintégration de l'enfant dans son foyer aurait pu être envisagée.

Résumé : Les enfants atteints de primo-infection sont hospitalisés dans plus de la moitié des cas sans que le diagnostic ait été posé.

Dans la majorité des cas, également, la gravité de l'état clinique n'est pas le mobile de leur hospitalisation, et des considérations sociales ou familiales jouent un rôle non négligeable dans leur entrée à l'hôpital.

Ces mêmes considérations extra-médicales déterminent pour la majorité d'entre eux, la prolongation de l'hospitalisation et l'envoi en préventorium.

BIBLIOGRAPHIE

CHOMBART DE LAUWE Y. M. J., *Psychopathologie Sociale de l'enfant inadapté.* Editions du C.N.R.S. (1959).

CHOMBART DE LAUWE P. H., *Paris et l'agglomération parisienne.* Presses Universitaires de France, édit. (1952).

CHOMBART DE LAUWE P. H., *La vie quotidienne des familles ouvrières.* Editions du C.N.R.S. (1956).

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE. *Séminaire sur les hôpitaux d'enfants* (juin 1956). Voir plus loin : *Hôpitaux d'enfants.*

COMET P. *L'hôpital public.* Berger-Levrault, édit. Paris (1960).

La Conjoncture Economique dans le Département de la Seine, (1er Trimestre 1956). Imprimerie Municipale, Hôtel de Ville, Paris.

DEBRÉ Robert et JOANNON P., *La Rougeole,* Masson, édit. (1926).

FRANÇOIS R., « Problèmes spéciaux posés par l'hospitalisation des enfants », *Techniques Hospitalières,* (Mai 1959).

GARDIE. « Les hôpitaux des grandes agglomérations urbaines — Introduction à l'étude des problèmes hospitaliers ». *Revue de l'Assistance Publique.* Paris (1956).

GIRARD A., HENRY L., et NISTRI R., *Facteurs sociaux et culturels de la mortalité infantile,* Une enquête sur le comportement des familles dans le Nord et le Pas-de-Calais, Paris, Presses Universitaires de France (1960, p. 211). Coll. Tr. et Doc. I.N.E.D. — Cahier 36.

GIRARD A. « Budget temps de la femme mariée dans les agglomérations urbaines ». *Population* (oct. déc. 1958, p. 591-619).

GIRARD A., « Une enquête sur l'aide aux mères de famille, extension des crèches, Travail à temps partiel » ; *Population* (1951, p. 103-124).

GUILBERT M. et ISAMBERT-SAMATI V., *Travail féminin et Travail à domicile.* Enquête sur le travail à domicile de la confection féminine dans la Région parisienne. Editions du C.N.R.S. (1956).

« Hôpitaux d'enfants, Séminaire du Centre International de l'Enfance », *Revue de l'Assistance Publique.* (T. VIII, 1957, p. 45).

I.N.S.E.E. *Résultat statistique du recensement général de la population,* (mars 1954) ; Presses Universitaires de France, Paris (1948).

I.N.S.E.E., *Recensement général de la population en mai* 1954. Résultats du sondage au 1/20 (population - ménage - logement) Département de la Seine, Paris. Presses Universitaires de France (1955).

IMBERT J. *Les hôpitaux en France,* Presses Universitaires de France (1958).

ISAMBERT SAMATI, Travail professionnel de la mère. *Ecole des Parents,* N° 8 (juin 1959).

KAPLAN M., STRAUS P., COIFFARD N., WEYL S., et LENOIR M. « Enquête sur les conditions médico-sociales des hospitalisations de jeunes enfants avec aperçu sur les conditions d'hospitalisation des primo-infections tuberculeuses. ». *Comptes rendus présentés aux journées d'études du Roc de Fiz* (Tome II, 1959, pp. 77-89).

LELONG Marcel « Centre hospitalier de pédiatrie ou services d'enfants dans les hôpitaux généraux ». *Techniques Hospitalières* (avril 1961, p. 61).

MAGDELAINE Michel, *Technique d'étude de la fonction hospitalière.* Paris ; Masson (1959, p. 170).

MAGDELAINE Michel. *Recherches sur la clientèle hospitalière.* Thèse Médicale, Paris (1958).

MAYER M. et F. MORIN. « Activité Professionnelle de la femme enceinte ». *Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale* (Oct., Nov. 1959).

MICHEL Andrée. *Famille, Industrialisation, Logement,* Editions du C.N.R.S. (1959).

MICHEL Andrée, *Les Travailleurs Algériens en France,* Editions du C.N.R.S. (1956).

MONTREUIL-STRAUS G., « Activité Ménagère — Aspects humains et économiques — le Surmenage de la Mère de Famille Française ». *Informations Sociales.* (1er oct. 1955).

PEQUIGNOT H. « Etudes cliniques de Médecine Sociale ». *Semaine des Hôpitaux de Paris* (35e année, nº 5, 1959, p. 299-326).

PEQUIGNOT H., MAGDELAINE et ESTÈVE. « Une enquête hospitalière ». [*Revue de l'Assistance Publique* (nº 41, 1956, p. 391).

ROCHAIX M., *Essai sur l'évolution des questions hospitalières.* Edit. Fédération Hospitalière de France ; Saintes (1959, p. 329).

RÖSCH G., « Les Africains du Nord dans la Seine, Une enquête hospitalière et sociale. ». *E.S.N.A.* (fév., mars 1957).

SAUVY A., et MALIGNAC G., « Le logement des faibles, Nouvelles données sur l'élimination du prolétariat », *Population* (1957, pp. 585-606).

STOEZEL J., « Etude du Budget — Temps de la femme dans les agglomérations Urbaines. ». *Population* (1958, p.p 47-62).

VALLERY-RADOT Pierre, *Deux siècles d'Histoire Hospitalière,* Edit. Paul Dupont (1947).

VILLEY-DESMESERETS « Quelques familles nord-africaines en France ». *E.S.N.A., Cahiers Nord-Africains* (Cahier 67, 1958).

VIEILLE-MICHEL A., « La Population vivant en meublé — Quelques données sur le département de la Seine. » *Population* (1954, nº 2).

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 5

INTRODUCTION 7

MÉTHODE DE TRAVAIL 13

PREMIÈRE PARTIE : QUESTIONNAIRE DE RÉFÉRENCE

CHAPITRE I. — *Analyse des résultats globaux* 17

CHAPITRE II. — *La pathologie hospitalière* (durée d'hospitalisation, placements) 29

CHAPITRE III. — *Les conditions de logement des familles d'enfants hospitalisés.* 39

CHAPITRE IV. — *Les hospitalisations multiples* 45

CHAPITRE V. — *Conditions d'admission à l'hôpital* 53

CHAPITRE VI. — *La population nord-africaine* 61

DEUXIÈME PARTIE : ENQUÊTE PAR SONDAGE

CHAPITRE I. — *Justification médicale de l'hospitalisation* 69

CHAPITRE II. — *L'admission hospitalière* 79

CHAPITRE III. — *Le problème des hospitalisations multiples* 87

CHAPITRE IV. — *Facteurs de l'hospitalisation : l'habitat* 95

CHAPITRE V. — *Facteurs de l'hospitalisation : le milieu social* 137

CHAPITRE VI. — *Facteurs de l'hospitalisation : le travail professionnel de la mère de famille* 147

CHAPITRE VII. — *L'enfant élevé hors du foyer* 157

CHAPITRE VIII. — *Les médecins praticiens et les dispensaires : leur rôle dans l'hospitalisation des enfants* 163

CHAPITRE IX. — *Les facteurs psychologiques* 171

RÉSUMÉ GÉNÉRAL 189

ANNEXE I. — Enquête auprès des médecins traitants 195

ANNEXE II. — Placements secondaires à l'hospitalisation 197

ANNEXE III. — Les primo-infections tuberculeuses 198

BIBLIOGRAPHIE 201

ACHEVÉ D'IMPRIMER
LE 4 OCTOBRE 1961
SUR LES PRESSES DE L'I.T.E.
45, rue Colbert
COLOMBES

MONOGRAPHIES DE L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

DÉJA PARUES :

N° 1. — **Documents statistiques sur la morbidité par cancer dans le monde,** par P. F. DENOIX, Paris 1953. — Épuisé.

N° 2. — **L'économie de l'alcoolisme,** par L. DEROBERT, Paris 1953. — Épuisé.

N° 3. — **Mortalité urbaine et rurale en France en 1928, 1933 et 1947,** par Ch. CANDIOTTI et M. MOINE, Paris 1953. — Prix : 9 NF.

N° 4. — **Contribution à l'étude de l'anophélisme et du paludisme en Corse,** par C. TOUMANOFF, Paris 1954. — Prix : 12 NF.

N° 5. — **De la diversité de certains cancers,** par P. F. DENOIX, Paris 1954. — Épuisé.

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 NF.

N° 7. — **Études de socio-psychiatrie,** par H. DUCHÊNE et coll., Paris 1955. — Prix : 9 NF.

N° 8. — **Rapport sur la fréquence et la sensibilité aux insecticides de pediculus humanus humanus K. Linaeus,** 1758 (anoplura) dans le sud-est de la France, par R. M. NICOLI, Paris 1956. — Prix : 5 NF.

N° 9. — **Étude sur la maladie de Bouillaud et son traitement,** par J. CHEVALLIER, Paris 1956. — Prix : 11 NF.

N° 10. — **Rapport d'enquête sur la réadaptation fonctionnelle des adultes en France,** par H. G. POULIZAC, Paris 1956. — Prix : 10 NF.

N° 11. — **Étude pour l'établissement de rations alimentaires pour le tuberculeux en sanatorium,** par F. VINIT et J. TRÉMOLIÉRES, Paris 1957. — Prix : 12,50 NF.

N° 12. — **Le cancer chez le noir en Afrique française,** par P. F. DENOIX et J. R. SCHLUMBERGER, Paris 1957. — Prix : 15 NF.

N° 13. — **Broncho-pneumopathies à virus et à rickettsies chez l'enfant,** par R. SOHIER, M. BERNHEIM, J. CHAPTAL et M. JEUNE. — Prix : 13 NF.

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 NF.

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. — Prix : 11 NF.

N° 16. — **La pathologie régionale de la France.** Tome I, Régions du Sud et de l'Ouest, par R. MAROT. — Prix : 35 NF.

N° 17. — **La pathologie régionale de la France.** Tome II, Régions du Nord, de l'Est et du Centre, par R. MAROT. — Prix : 34 NF.

N° 18. — **De la destruction des bactéries par la chaleur.** — Étude l'efficacité de la pasteurisation du lait, par A. NÉVOT, Ph. et J. LAFONT. — Prix : 14 NF.

N° 19. — **Le Cancer au Moyen-Orient** (Israël et Iran). Données épidémiologiques par C. LAURENT et J. LEGUERINAIS. — Prix : 13 NF.

N° 20. — **Problèmes posés par la définition des aliments,** par l'Unité de Recherche de Nutrition humaine de l'Institut National d'Hygiène. — Prix : 15 NF.

N° 21. — **Accidents du travail et facteur humain,** par H. G. POULIZAC. — Prix : 18 NF.

N° 22. — **Enquête sur les enfants et les adolescents atteints d'infirmité motrice,** par F. ALISON, J. FABIA et J. RAYNAUD. — Prix : 11 NF.

Vente des publications à

L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

3, rue Léon-Bonnat, Paris (16e) — AUTeuil 32-84

Numéro de chèque postal : Institut National d'Hygiène, 9062-83 Paris