

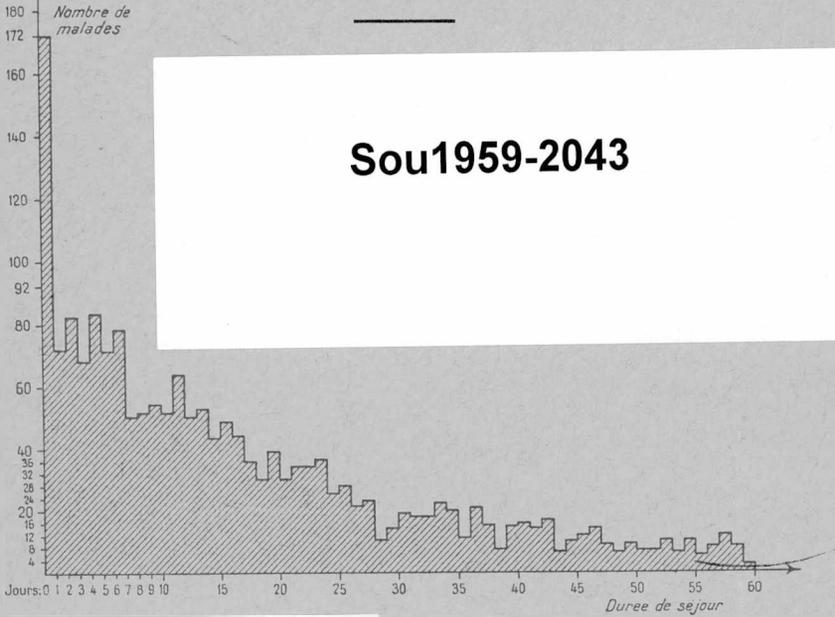
33

MICHEL MAGDELAINÉ

C.R.E.D.O.C.
BIBLIOTHÈQUE

TECHNIQUES D'ÉTUDE DE LA FONCTION HOSPITALIÈRE

PRÉFACE DU Pr AGRÉGÉ H. PEQUIGNOT



Sou1959-2043

Techniques d'étude de la
fonction hospitalière / H.
Péquignot. (1959).

WASTON & Cie

CREDOC•Bibliothèque



R2 005

TECHNIQUES D'ÉTUDE
DE LA FONCTION
HOSPITALIÈRE



R² 5

A LA MÊME LIBRAIRIE

ACQUISITIONS RÉCENTES DANS L'ÉPIDÉMIOLOGIE ET LA PROPHYLAXIE DES MALADIES INFECTIEUSES, par J. BOYER, L. CORRE-HURST, et M. TISSIER. 1952. Un volume de 162 pages, avec 32 figures.

FACTEURS BIOLOGIQUES, MÉDICAUX ET SOCIAUX DE LA MORTALITÉ ET DE LA LONGÉVITÉ (*La Médecine d'Assurance sur la vie*), par H. STÉVENIN. 1951. Un volume de 510 pages, avec 47 figures et 2 tableaux.

LES SÉQUELLES TRAUMATIQUES. *Pathogénie. Diagnostic. Évaluation médico-légale*, par M. DE LAET. 1952. Un volume de 429 pages avec 11 figures et nombreux tableaux.

VADE MECUM DU MÉDECIN DU TRAVAIL, par H. BOUR et G. SIEURIN. 1952. Un volume de 288 pages, avec 8 figures, nombreux tableaux et graphiques.

L'HOSPITALISATION DES POLIOMYÉLITIQUES à la phase aiguë (2^e *Symposium de l'Association européenne contre la poliomyélite*, Paris 1954). 1955. Un volume de 110 pages, avec 6 figures.

LES DIRECTIVES DE LA MÉDECINE SOCIALE, par N. FIESSINGER. 1945. Un volume de 302 pages.

REVUE D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE SOCIALE. Publication périodique. Rédacteur en Chef, P^r SOHIER. 8 fascicules sont publiés dans l'année.

MICHEL MAGDELAINE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

TECHNIQUES D'ÉTUDE
DE LA FONCTION
HOSPITALIÈRE

PRÉFACE

du Professeur Agrégé H. PÉQUIGNOT

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

Librairie de l'Académie de Médecine

120, Bd SAINT-GERMAIN, PARIS VI^e

==== 1959 =====

Tous droits de traduction,
d'adaptation et de reproduction
par tous procédés
y compris la photographie
et les microfilms

RÉSERVÉS POUR TOUS PAYS

© 1959 by MASSON et C^{ie}
(Printed in France)

PRÉFACE

*L*E travail que j'ai l'honneur de présenter est peut-être d'un abord austère. Ce qu'on lit d'habitude sur l'hôpital est d'une lecture plus aisée et surtout plus consolante.

Mais c'est que l'auteur n'a pas voulu écrire une utopie de plus — il y en a suffisamment — mais observer avec sérénité et objectivité quelle était la fonction de l'hôpital.

Qu'on ne croie pas que je médise des utopies, l'utopie est une méthode de recherche qui a ses lettres de noblesse. Qu'on ne croie pas non plus que je néglige le fait que l'hôpital moderne a, aura, ou devrait avoir des fonctions multiples dont certaines extra-muros.

Mais tout ceci ne sera possible ou utile que si l'hôpital, d'abord, remplit sa fonction. Sa fonction, comment la décrire, sinon en y allant voir ?

Certes, beaucoup croient la connaître, ne serait-ce que parce qu'ils y vivent. Mais c'est confondre familiarité et connaissance, habitude et compréhension. Avec le D^r Michel MAGDELAINE, nous nous sommes imposé de regarder les propres services où nous vivions, en enregistrant ce que nous y voyions et ce que nous y faisons. Lorsque nous avons dépouillé le résultat de cette enquête objective, nous n'y avons pas du tout trouvé ce que nous attendions, mais autre chose. Or n'ayant pas vu exposé ailleurs ce que nous avons trouvé il nous a paru bon de le publier. Nous remercions de son hospitalité généreuse la Revue d'Hygiène et de Médecine sociale et son animateur le P^r SOHIER. Sans lui, ces pages n'auraient pu bénéficier de la diffusion qu'il a bien voulu leur donner.

Il ne saurait être question de résumer en quelques lignes la riche documentation qu'on trouvera dans les pages qui suivent. Il nous est peut-être permis, toutefois, d'attirer l'attention sur quelques résultats essentiels que nous voudrions présenter d'entrée un peu brutalement, laissant le soin au lecteur curieux de chercher dans le texte la justification de nos affirmations.

L'hôpital est un établissement qui reçoit de plus en plus des sujets âgés et des chroniques. Ceci est légitime et ne peut ni ne doit être évité. La durée de séjour y augmente très régulièrement avec l'âge et, pourtant, cette durée de séjour est probablement très courte, puisque la moitié des malades a été déjà hospitalisée dans les deux ans qui précèdent l'hospita-

lisation considérée. D'ailleurs, sur 100 malades il n'y en a que 26 qui peuvent être considérés comme guéris à leur sortie de l'hôpital (le quart, 1 sur 20 seulement nécessitant une brève convalescence) ; un sur dix meurt ; tous les autres sont des chroniques, le tiers peut temporairement reprendre son travail, la moitié aura besoin d'une réhospitalisation qui était prévisible dès le moment de la sortie de l'hôpital.

Voici l'optique qu'il faut avoir, du moins dans un service de médecine générale. L'optique d'un service de médecine générale est-elle bonne ? En tout cas, elle est nécessaire et trop de littérature sur l'hôpital s'est placée au point de vue de la clinique chirurgicale à grand débit ou du service ultra-spécialisé. Il va sans dire que l'un et l'autre sont de ceux que l'on peut faire visiter à des délégations étrangères ou à de hauts personnages de l'État. Mais peut-être la clientèle hospitalière a-t-elle besoin surtout d'autre chose. Il est tout à fait remarquable que près de 4 malades sur 10 sont porteurs de diagnostics multiples, c'est-à-dire ne relèvent d'aucun service spécialisé possible, et le groupe des maladies qui nécessitent le plus de lits n'est peut-être pas celui dont on parle le plus souvent : le besoin, en chirurgie cardiaque, est ressenti avant le besoin en service où seront correctement traitées les hémiplegies et les insuffisances respiratoires chroniques, etc...

Est-ce à dire que nous critiquons l'hôpital et son inadaptation ? Particulièrement peu. Il paraît bien, en effet, que l'hôpital soit plutôt mieux adapté à sa clientèle que les services post-hospitaliers. En effet, à la sortie de l'hôpital rien de cohérent n'est prévu pour le malade : on ne trouve que des établissements ultra-spécialisés sinon dans l'inutile, du moins, dans le moins utile ; ce sont les problèmes courants qui paraissent avoir échappé.

Mais ce qui nous a le plus frappé peut-être dans cette distorsion entre la réalité et ce qui s'écrit, ce sont les résultats sociologiques que nous avons obtenus en étudiant les conditions concrètes de vie de la clientèle qui vient à l'hôpital. Alors qu'à lire la littérature on croirait que le grand problème hospitalier actuel est l'arrivée à l'hôpital des classes favorisées de la société, ceci parce que quelques personnes ont connu cette expérience et en ont tiré des succès journalistiques, nous nous sommes aperçus qu'en fait la clientèle hospitalière était restée la clientèle traditionnelle. Elle appartient même aux classes les plus défavorisées de la société. Si l'on élimine les « sans-domicile fixe », ceux qui vivent en hôtel meublé, les enfants naturels, les isolés (sans aucune famille, même collatérale) les habitants des taudis et les sans ressources, il ne reste plus que le tiers de nos malades.

On s'étonnera peut-être de nous voir insister sur ce point : c'est qu'il a, selon nous, un intérêt scientifique et un intérêt pratique. Sur le premier point, il est peut-être imprudent de mal connaître la situation sociale exacte de la clientèle hospitalière tout-venant. On a pu retenir comme constellation étiologique de certains états morbides des situations familiales et économiques qui ne nous paraissent pas tellement différentes de la situation de base. Le moins qu'on puisse dire, c'est qu'il faut être rigoureux pour cons-

tituer des séries témoins lorsqu'on veut rechercher des corrélations médico-sociales.

Sur le second point, nous voudrions être fermes, au risque de choquer quelques « belles âmes ». Nous nous réjouissons comme tout le monde de voir s'élever un magnifique service spécialisé et de voir tenir compte, dans l'organisation des services, des besoins de confort psychologiques de ceux de nos contemporains les plus affinis sur le plan culturel et des plus habitués à une vie d'égards et d'attentions.

Mais les moyens financiers des collectivités sont limités et nous ne voudrions pas qu'on prenne au plus pauvre pour donner au moins pauvre. Il faut d'abord, peut-être, assurer la sécurité médicale de la clientèle traditionnelle de l'hôpital, ces obscurs, ces sans grade, ces chroniques, ces vieillards, qui ont le bon goût de scuffrir et de mourir sans faire parler d'eux.

Toutefois, l'intérêt du travail du Docteur Michel MAGDELAINÉ nous paraît déborder les problèmes hospitaliers proprement dits. Historiquement, d'ailleurs, notre étude hospitalière a été un peu le sous-produit d'un programme de recherches qui avait d'autres ambitions. Il n'a été qu'un temps dans un programme de longue durée. Depuis un siècle, les statistiques de mortalité et l'enregistrement des maladies contagieuses ont constitué les deux piliers statistiques de la recherche médico-sociale. Pour les pays, comme la France, qui ont dépassé le stade-malnutrition, mortalité infantile, tuberculose, maladies infectieuses, ces deux piliers ne servent plus à grand chose. Certes, notre précision statistique dans ces deux domaines, les chiffres que nous rassemblons mériteraient d'être améliorés. Mais on se demande si l'effort considérable nécessaire serait rentable. Par contre, la science médicale et l'administration sanitaire (si elle comprend comme l'armée ou les administrations économiques la nécessité d'une information exacte) ont besoin de statistiques de morbidité, c'est-à-dire de connaître les problèmes réels qui sont à résoudre. Il nous paraît de plus en plus évident qu'aucun pays du monde n'a encore trouvé une méthode efficace de classement des faits dans ce domaine. En tout cas, la simple transposition des méthodes anciennes à ces faits nouveaux, ne nous paraît pas raisonnable. La notation de chaque phénomène de base pose des problèmes extrêmement délicats. On ne peut additionner des athéromes artériels comme des scarlatines. Il est facile de transposer le mot épidémiologie, difficile de transposer des méthodes. La pathologie chronique ou récidivante du sujet âgé rend moins claires les notions de santé, maladie, début, guérison, séquelles. L'accumulation de plusieurs diagnostics pose des problèmes très originaux. Enfin, le diagnostic médical devient une opération d'une extrême subjectivité et la mise en fiches, fussent-elles perforées, ne l'améliore pas. L'appel prématuré au statisticien ne peut améliorer la qualité des éléments recueillis. Les meilleures méthodes mathématiques ne peuvent déceler les erreurs systématiques, et ce sont toujours des erreurs systématiques, d'interprétation ou d'omission, que l'on fait dans la récolte des documents de base.

Ce travail a été pour nous un banc d'essai méthodologique ; il nous a appris à nous défier de nous-mêmes, sans, malheureusement, nous permettre de trouver ailleurs, chez d'autres, la solution que nous n'avions pas trouvée nous-mêmes. On trouvera sur ce thème le résultat de nos recherches et l'exposé de nos difficultés et, sans doute, les raisons pour lesquelles nous ne sommes encore satisfaits par aucune autre solution. Mais il n'est pas douteux que ce n'est pas fortuitement qu'une telle recherche méthodologique s'est en fin de compte centrée sur les problèmes hospitaliers. Il n'y a qu'à l'hôpital que des enquêtes sérieuses de morbidité (et de causes de décès) peuvent être valablement commencées. C'est à l'intérieur des services hospitaliers que le squelette s'en dessinera et les études extra-hospitalières ne pourront guère qu'habiller ce squelette. Il y a là, pour l'hôpital, un rôle nouveau auquel il importe de le préparer.

H. PÉQUIGNOT.

INTRODUCTION

Le but de ce travail ¹ est de tirer d'un certain nombre d'enquêtes hospitalières, les enseignements tant numériques que méthodologiques qu'elles nous ont apportés.

Ce travail n'a été possible que grâce à l'intelligente compréhension qu'ont de ces problèmes statistiques, ceux de nos maîtres d'externat puis d'internat qui successivement ont bien voulu soumettre leurs services à ces enquêtes hospitalières : celles-ci ont en effet été exécutées dans le service de notre maître le P^r H. BÉNARD d'abord, auprès de qui nous avons toujours trouvé, alors que nous avions l'honneur d'être son externe, une aide efficace et bienveillante ; puis dans le service de notre maître d'internat le P^r L. JUSTIN-BESANÇON qui, avec sa haute compétence et sa grande expérience a bien voulu s'intéresser de près à ces travaux et nous conseiller utilement dans leur réalisation.

Dans ces diverses enquêtes, menées plus directement par le P^r agrégé Henri PÉQUIGNOT, qui en a assuré la continuité et l'unité et qui depuis 1952 nous a fait l'honneur de nous demander de participer à ce travail, notre champ d'investigation a donc été constitué par deux services de Médecine Générale d'Adultes ² ; ceux-ci présentaient pour nous l'avantage supplémentaire de n'être aucunement « spécialisés » et de nous permettre d'apporter des renseignements sur la clientèle hospitalière de base, non triée, peut-être différente de celle qu'ont étudiée d'autres auteurs dans leurs services de spécialités comme, par exemple, le D^r DENOIX et ses collaborateurs dont on sait les nombreux et intéressants travaux sur les cancéreux [1] ³.

Auprès de cette clientèle de Médecine Générale, nous avons eu pour but premier de réunir une documentation chiffrée sur la morbidité et la mortalité des malades hospitalisés ⁴.

1. Ce travail a été réalisé sous la direction du P^r agrégé H. PÉQUIGNOT.

2. Services de Médecine Générale du P^r BÉNARD à l'Hôtel-Dieu et du P^r JUSTIN-BESANÇON à l'Hôpital Bichat, Paris.

3. Le lecteur voudra bien trouver à la fin de notre texte, la bibliographie à laquelle renvoient les chiffres entre crochets (cf. page 166).

4. Sur la morbidité et la mortalité hospitalières, il convient de dire que nous possédions déjà un certain nombre de chiffres publiés en France par l'I. N. S. E. E. [2] [3], par la préfecture de la Seine [4] ou par des auteurs qui se sont intéressés à ces problèmes [5, 6, 7]. De même à l'étranger, l'Angleterre, le Canada, l'Italie... publient annuellement leurs annuaires statistiques de morbidité et de mortalité

Cependant les implications sociales et administratives de la médecine hospitalière d'aujourd'hui nous ont amené à étudier, en corrélation avec cette physionomie purement médicale du malade, les aspects sociologiques et administratifs de son admission en milieu hospitalier.

C'est ainsi que nous avons voulu remplacer, aussi souvent qu'il était possible, par des chiffres précis les impressions subjectives que nous pouvions avoir jusqu'ici sur le fonctionnement hospitalier parisien dans son triple aspect : médical, social et administratif.

Notre travail a donc consisté à préciser, par une exploitation croisée des renseignements recueillis dans ces trois directions distinctes, la situation réelle de notre clientèle hospitalière actuelle. Nous avons étudié ainsi, selon son âge et son sexe, la façon dont le malade utilisait l'hôpital — sur le plan administratif —, du fait de sa maladie, mais aussi en fonction de sa situation familiale et socio-professionnelle, de son mode de vie et de ses conditions d'habitat ¹.

Ce travail de dépouillement d'enquêtes hospitalières orientées dès le départ sur ces trois grandes lignes de force nous a permis de collecter un certain nombre de chiffres qui intéressent avant tout le médecin, mais aussi le sociologue et l'administrateur.

Il nous paraît en effet d'un grand intérêt pour les administrations d'Hôpitaux, de mieux connaître le recrutement et le fonctionnement d'un service de Médecine Générale : à ce titre nos enquêtes s'inscrivent dans le cadre des sondages auxquels se livrent les bureaux d'études des grandes organisations hospitalières ². Nos enquêtes ont à cet égard présenté l'avantage de joindre à des notions purement administratives une justification médicale et sociale grâce au diagnostic et aux renseignements sociaux du malade.

Sur le plan sociologique, l'enquête hospitalière nous a montré que l'hôpital était un milieu de choix pour l'étude de certaines catégories socio-professionnelles : il faut souligner que, contrairement à certaines enquêtes menées auprès de ménages à leur domicile ou auprès de travailleurs dans leur travail, l'étude sociologique au cours d'une enquête hospitalière est facilitée par la bonne volonté des malades qui se confient plus volontiers

1. Des travaux de cet ordre n'ont encore fait l'objet que de rares publications : certes, à l'étranger et notamment en Angleterre, en Italie, en Finlande, dans certains annuaires statistiques, les diagnostics sont ventilés par durée de séjour, par grande catégorie socio-professionnelle et selon l'état matrimonial du malade [8, 9, 10]. Certes, en France aussi, diverses initiatives montrent que l'on commence à s'intéresser à ces problèmes : l'I. N. S. E. E. a récemment ventilé ses causes de décès par catégories socio-professionnelles [11]. Des travaux privés du P^r DELORE [5], du P^r ROCHE [6] font mention, à côté du diagnostic, de certaines de ces données sociales ou administratives.

Mais ces travaux sont encore peu nombreux, souvent incomplètement exploités et l'on peut regretter de ne pas posséder encore une étude parfaitement coordonnée de ces trois aspects du malade.

2. Il convient de rappeler ici les nombreux travaux [12], [13] publiés par les administrateurs de l'Assistance Publique dans la *Revue de l'Assistance Publique* à Paris ainsi que les enquêtes administratives du Bureau d'Études de l'Assistance Publique qui, avec son directeur J. ESTÈVE, nous a permis de réaliser en collaboration étroite l'une de nos enquêtes de l'Hôtel-Dieu.

à des médecins ou à des assistantes sociales dans le cadre d'une enquête de santé, qu'à des enquêteurs extra-médicaux. C'est ainsi que nos enquêtes ont pu être le point de départ d'études sociologiques du Nord-Africain, du clochard, du vieillard qui ont fait l'objet de thèses pour plusieurs de nos camarades [14, 15, 16, 17, 18].

Enfin la pathologie rencontrée à l'hôpital doit être bien définie si l'on veut adapter le fonctionnement hospitalier et le personnel aux besoins que réclame le malade en matière de santé. L'éventail de morbidité décelé à l'hôpital aura encore l'avantage d'apporter à l'étude de la morbidité globale de notre pays encore mal connue, une contribution importante à défaut d'une image exacte puisque l'on ignore actuellement la part de morbidité présentée par les « malades de ville ».

Au total le but de nos travaux se résume à l'évaluation chiffrée, à la fois médicale, sociale et administrative du produit et de son consommateur c'est-à-dire de l'hôpital et du malade, afin que le fonctionnement de celui-ci soit toujours mieux adapté aux besoins de celui-là.

C'est dans cette perspective d'une étude d'ensemble du milieu hospitalier que s'inscrivent ces travaux qui pourraient constituer une expérience pilote sur ce sujet.

Dans la réalisation de ces travaux il nous est particulièrement agréable de remercier, pour leur précieuse collaboration, les médecins, administrateurs et techniciens qui nous ont donné beaucoup de leur temps et de leur expérience :

Nos maîtres, le Pr Henri BENARD et le Pr L. JUSTIN-BESANÇON qui ont favorisé l'entreprise et l'extension de ces enquêtes hospitalières.

M. le Dr X. LECLAINCHE, directeur de l'Assistance Publique qui a bien voulu s'intéresser à nos travaux et notamment à nos conclusions concernant les vieillards.

M. J. ESTÈVE, directeur du Bureau d'Études de l'Assistance Publique, M. ROUSSIN, chef de son service mécanographique et M^{mes} et M^{lles} BINAFFELD, DELORME, FOURNIER, PERINET, QUICHANTE, VANNIER, assistantes sociales du Bureau d'Études qui nous ont largement aidés à réaliser puis à exploiter à l'atelier mécanographique de l'Assistance Publique nos enquêtes de l'Hôtel-Dieu.

M. le Dr AUBENQUE, chef du service des Statistiques Sanitaires et Médicales de l'Institut National de la Statistique et M. S. LEDERMANN, chef de service à l'Institut National d'Études Démographiques, qui ont bien voulu nous faire bénéficier de leurs conseils techniques.

Nos collègues DORMONT, COHEN-SOLAL, CORNU, ÉTIENNE, LOCKHART, DE PAILLERETS et QUICHAUD, internes des hôpitaux qui ont collaboré, sous la direction de notre maître H. PÉQUIGNOT, à la réalisation de ces enquêtes.

Notre ami le Dr G. RÜSCH, attaché au C. R. E. D. O. C., avec qui nous avons l'habitude de travailler en une étroite collaboration sympathique et fructueuse et à qui nous devons beaucoup de nos connaissances sur ces problèmes statistiques.

Nos camarades les Drs D. FLAHAUT, B. JACOB, J.-J. PRINCE, G. TORDET, qui dans la même équipe réunie par le Pr agrégé PÉQUIGNOT, ont participé aux diverses enquêtes et ont consacré leur thèse à celles-ci.

Enfin notre maître le Pr agrégé H. PÉQUIGNOT, qui a conçu et dirigé toutes ces enquêtes qui sont en réalité plus son œuvre que la nôtre.

Qu'il veuille trouver ici le témoignage de notre profonde admiration pour ses qualités d'organisation et ses connaissances aussi bien sociales et administratives que médicales et de toute notre reconnaissance pour ces six années de travail à ses côtés, qui nous ont permis d'aboutir à cette publication que nous lui devons de toutes pièces.

DONNÉES UTILISÉES

Nous avons repris pour ce travail, l'ensemble des enquêtes qui ont été menées par notre maître H. PÉQUIGNOT ou sous sa direction et auxquelles nous avons personnellement collaboré.

La première en date de ces enquêtes, suggérée par S. LEDERMANN pour le compte de l'I. N. E. D. était destinée à préciser les corrélations entre l'alcoolisation de la population et sa morbidité.

Bien qu'axée sur ce problème particulier de l'alcoolisme, cette enquête pratiquée de façon systématique sur la totalité des malades « tout venant » du service de Médecine Générale adulte du Pr BÉNARD à l'Hôtel-Dieu de 1952 à 1954 comportait des renseignements débordant largement le cadre de l'alcoolisme et permettait un dépouillement extrêmement intéressant.

Après avoir servi à l'élaboration de deux travaux de S. LEDERMANN [19], [20], les 3.500 fiches de cette enquête nous ont permis de faire personnellement un grand nombre de dépouillements qui sont consignés dans ce travail.

La deuxième enquête de l'Hôtel-Dieu de 1954-1955, menée dans le même service du Pr BÉNARD, a fourni en réalité l'essentiel du matériel de base de ce travail qui apporte à la fois la discussion méthodologique et le protocole d'exploitation de ses 2.223 fiches.

Cette enquête élaborée et menée conjointement par des médecins et des administrateurs, grâce à la collaboration et à l'aide technique et matérielle du Bureau d'Études de l'Assistance Publique, de son directeur J. ESTÈVE, de son service mécanographique et de ses assistantes sociales, nous a permis d'améliorer la qualité et de compléter l'éventail des renseignements que l'on pouvait demander à une enquête hospitalière. Le dépouillement de cette enquête, dont nous avons déjà donné un bref aperçu dans deux articles récents [21], [22], nous a été confié pour être consigné dans ce travail.

Une troisième enquête, plus récente, que nous avons menée à l'Hôpital Bichat, toujours sous la direction du Pr PÉQUIGNOT et avec l'aide de notre camarade B. JACOB, nous a permis d'étudier plus spécialement les vieillards : cette enquête portait en effet sur les 500 malades de plus de 60 ans hospitalisés en 18 mois dans le service de Médecine Générale du Pr JUSTIN-BESANÇON.

Cette enquête et la précédente ont été pour nous le matériel de base de nos études sur le vieillard à l'hôpital dont nous avons parlé dans un rapport au IV^e Congrès International de Gérontologie [23] et dont nous aurons à reparler dans ce livre.

Ces trois grandes enquêtes nous ont suggéré un certain nombre d'études particulières qui ont été confiées à certains de nos camarades et dont nous aurons l'occasion de parler ici, bien que nous n'y ayons pris qu'une part très indirecte.

C'est ainsi que la deuxième enquête de l'Hôtel-Dieu a été le point de départ de deux thèses : celle de notre ami G. RÖSCH sur les Nord-Africains [14] et celle de D. FLAHAUT sur les inintégrés sociaux [18].

De même l'enquête sur les vieillards de BICHAT confiée à B. JACOB fait l'objet de sa *thèse* actuellement en préparation [16], tandis que sur ce même sujet des vieillards le Pr PÉQUIGNOT étudie les problèmes propres au vieillard en Hospice, dans son service de Sainte-Perine, problèmes qui font l'objet de la *thèse* de notre camarade G. TORDER [15].

Enfin le dépouillement de ces diverses enquêtes ne cesse de nous suggérer de nouveaux sondages et de nouvelles exploitations.

Nous avons organisé, avec le concours du Bureau d'Études de l'Assistance Publique, un sondage sur la clientèle de consultation de la porte à l'Hôtel-Dieu, qui a fait l'objet de la *thèse* de J.-J. PRINCÉ [17].

Enfin le dépouillement et l'interprétation de certaines statistiques existantes font l'objet de travaux en cours.

Au total, l'ensemble de ces diverses enquêtes nous a permis de recueillir un certain nombre de notions chiffrées sur la nature médicale et sociale du malade et sur le fonctionnement administratif de l'hôpital.

Mais ces exploitations successives nous ont encore appris « la méthodologie ¹ de l'enquête hospitalière » ; et nous pensons qu'il n'est pas inutile de dire ici les erreurs que nous avons commises et celles que nous avons évitées, les difficultés techniques que nous avons rencontrées, enfin l'expérience que nous avons acquise ; car c'est là, la meilleure contribution que peuvent apporter ces enquêtes « Pilote », limitées à de petits échantillons, aux enquêtes de grande envergure que nous souhaitons voir réalisées dans un avenir proche.

C'est pour ces raisons que, tout au long de ce travail, nous serons amenés à discuter les méthodes que nous avons employées pour élaborer et exploiter les chiffres que nous allons maintenant exposer.

La partie centrale de ce travail, est consacrée à l'exploitation des deux enquêtes générales de l'Hôtel-Dieu : après avoir rapidement décrit les questions ² qui nous ont permis de recueillir nos chiffres, nous montrerons comment ceux-ci dépeignent sur le triple plan administratif, sociologique et médical, la clientèle hospitalière de Médecine Générale.

Dans une seconde partie, nous essaierons de faire le bilan de l'ensemble de toutes ces enquêtes et de tirer l'enseignement pratique que nous suggèrent leurs résultats.

Pour conclure nous essaierons de déterminer à la lueur de ces travaux comment orienter notre action de demain.

1. Le lecteur voudra bien nous excuser de l'emploi de nombreux néologismes (significativité...), de phrases souvent longues et peu académiques et de répétitions de mots ; mais nous avons de parti-pris sacrifié l'esthétique à la claire compréhension de notre pensée.

2. La pratique de ces diverses enquêtes nous a suggéré, sur le plan méthodologique, un certain nombre de réflexions d'ensemble sur l'élaboration matérielle des enquêtes hospitalières qu'en raison de leur caractère assez technique nous avons choisi de reporter à la fin du texte, en annexe, page 157.

L'EXPLOITATION DES ENQUÊTES

DONNÉES SUR LA FONCTION HOSPITALIÈRE

Ce sont donc les deux enquêtes successives de l'Hôtel-Dieu, dont le dépouillement nous a été personnellement confié, qui serviront de matériel de base à ce chapitre.

Les résultats de ces enquêtes qui vont être exposés et commentés viennent du choix, de la codification et de l'exploitation d'un questionnaire directement rempli auprès d'environ 5.500 malades par le Pr PÉQUIGNOT et ses collaborateurs. L'ensemble de ces opérations préalables nous suggère un certain nombre de réflexions sur l'élaboration technique des enquêtes hospitalières en général qui seront exposées dans leur ensemble en appendice ¹ et nous nous bornerons ici à présenter les questions qu'on a utilisées dans ces deux enquêtes avant de dire ce qu'elles nous ont permis d'obtenir.

LES QUESTIONS POSÉES DANS LES DEUX ENQUÊTES

Les questions choisies dans les deux enquêtes de l'Hôtel-Dieu (élaborées dans des buts très différents et cherchant à obtenir de ce fait des renseignements également différents), ont été adressées à la même population de malades : celle d'un même service de Médecine Générale dont le recrutement est aussi peu discriminatif que possible et qui admet le « tout venant » des malades de la consultation porte, y compris les urgences et même les sujets décédés à l'arrivée à l'hôpital (et administrativement attribués à ce service).

Cette sélection hospitalière d'un service de Médecine Générale parisien nous oblige, dès l'abord, à préciser que tout ce qui sera dit ici n'est (dans l'état actuel de nos connaissances du moins) valable que :

— dans le cadre de la population parisienne qui fréquente l'hôpital, à l'exclusion du reste de la France d'une part, et des malades qui, soignés en ville, échappent au contrôle hospitalier ;

— pour les adultes à partir de 15 ans : puisque nos enquêtes n'ont pas porté sur des services de pédiatrie ;

— pour des malades ne ressortissant pas de toute évidence d'une médecine aussi spécialisée que l'obstétrique, la chirurgie, l'oto-rhino-laryngologie, l'ophtalmologie, la psychiatrie, etc...

Dans l'une et l'autre enquête, dont la durée a été supérieure à un an pour éviter les « effets saisonniers », les questions ont en outre été adressées aux « entrants » du service et non aux présents en salle au jour « J » : cette méthode nous a préservés d'une cause de biais importante dans les statis-

1. Cf. Annexe : « L'élaboration matérielle des enquêtes hospitalières et leur exploitation » (note méthodologique), à la fin de notre texte, page 157.

tiques hospitalières, sur laquelle D. SCHWARTZ a récemment insisté [24] : nous avons évité ainsi de surestimer le nombre des chroniques qui, du fait de leur stagnation à l'hôpital, paraissent relativement plus nombreux lorsque l'on étudie la composition extemporannée d'une salle au jour « J ».

Une différence théoriquement fondamentale apparaît cependant dans l'élaboration de ces deux enquêtes : dans la première enquête où les noms des malades ne sont pas consignés sur la fiche d'enquête, chaque fiche correspond à une hospitalisation et s'il arrive qu'un malade soit hospitalisé 2 ou 3 fois dans le service pendant l'enquête, il lui correspondra 2 ou 3 fiches que l'on ne peut retrouver nominalement pour les refondre en une seule, comme il a été fait dans la 2^e enquête. Dans cette deuxième enquête en effet nous avons évité cette erreur en n'établissant qu'une fiche par malade quel que soit le nombre des séjours faits dans le service.

En réalité cette erreur commise lors de la première enquête et qui risque de faire porter à 2 ou 3 la fréquence d'un diagnostic qui en réalité n'est que de 1 malade, ne nous est pas apparue très importante dans la comparaison des résultats de nos 2 enquêtes, dans la mesure où l'on était prévenu de cette cause grossière de biais.

I. DÉTAIL DES QUESTIONS POSÉES.

Orientées de façon différente les deux enquêtes ne comportaient pas exactement les mêmes questions :

Dans la première enquête de l'Hôtel-Dieu (1952-1954), volontairement limitée et centrée sur le problème de l'alcoolisme, nous ne disposions pas encore d'un questionnaire individuel : les questions posées à la sortie de chaque malade concernaient son âge, son sexe, la date d'entrée à l'hôpital, la durée de séjour, son métier et sa situation actuelle, son état d'intoxication alcoolique, son ou ses diagnostics, sa destinée à la sortie et le pronostic d'avenir que l'on pouvait porter sur son compte. Les réponses étaient consignées sur une feuille collective.

Au contraire, dans la deuxième enquête de l'Hôtel-Dieu (1954-1955), menée en collaboration avec le Bureau d'Études de l'Assistance Publique, nous avons élaboré un questionnaire individuel (cf Schéma 1, pp. 17 à 20) qui nous a permis de poser un beaucoup plus grand nombre de questions dans les trois directions qui nous intéressent : administrative, sociologique et médicale.

Dans l'ensemble des questions retenues lors du dépouillement, celles dont les réponses seront exposées ici sont les suivantes :

— Les questions d'ordre général concernant la consommation hospitalière telles que l'âge, le sexe, la durée de séjour et les « retours » dans le service réalisant des réhospitalisations successives.

— Les autres questions administratives concernant les circonstances de l'entrée et de la sortie, l'adresse des malades.

— Les questions d'ordre sociologique concernant le statut de famille, l'habitat, l'origine des malades et leur situation socio-professionnelle.

— Enfin les questions médicales intéressant les diagnostics portés et le pronostic suggéré d'après ceux-ci, pour l'étude de morbidité ; les causes de décès et les études nécropsiques pour l'étude de mortalité.

II. CRITIQUE GÉNÉRALE DE CES QUESTIONS.

Avant de donner les réponses à ces questions il convient de discuter la valeur de certaines d'entre elles : leur choix nous a montré combien il était difficile de juger *a priori* de leur rendement : certains renseignements nous ont fait défaut, d'autres critères se sont révélés inexploitable.

Ainsi nous avons regretté de ne pas avoir noté avec une plus grande précision la profession des malades, leurs fréquentations hospitalières antérieures.

D'autres réponses n'ont pas paru devoir être exploitées du fait de leur variabilité (éloignement du lieu de travail) ou de leur subjectivité (impression de moralité, qualité des relations familiales).

En fait, si les autres renseignements ont été exploités c'est pour certains d'entre eux avec des réserves : nous aurons l'occasion pour chacun d'eux de discuter de leur valeur propre et nous nous bornerons ici aux généralités :

Certaines estimations sont certes soumises à la subjectivité de l'enquêteur et de l'enquêté : notamment les estimations financières ¹, celles de l'habitat, du surpeuplement, du pronostic : cependant dans l'ensemble ces données ont été retenues car elles permettent, sinon d'atteindre, du moins d'approcher une vérité qui sans elles nous échapperait totalement.

Il faut encore souligner que certaines questions choisies dans nos questionnaires se sont révélées à l'usage posées dans des termes peu satisfaisants et en dernière analyse, difficilement exploitables : ces expériences malheureuses nous ont du moins permis de préciser notre point de vue sur ces questions et notamment sur la notion de terrain pathologique, sur l'évaluation du rôle de l'alcool en pathologie, sur les mesures sociales souhaitables à la sortie de l'hôpital, sur le mode d'entrée à l'hôpital et sur la présence féminine au foyer.

Nous avons dans nos premières enquêtes utilisé une rubrique spéciale des « terrains », employée non pas dans le sens de « terrain médical » utilisé habituellement en médecine, mais pour désigner des états permanents, de constatation objectivement facile et ne faisant intervenir aucune notion médicale ; cette notion de terrain s'est avérée à l'usage, d'un mauvais rendement, car interférant avec le diagnostic et devant être notée à cette rubrique du diagnostic. En effet il nous semblait au départ que certains états étaient capables d'aggraver ou de favoriser certaines maladies, de retentir d'une façon ou d'une autre sur l'hospitalisation, sans constituer par eux-mêmes une véritable maladie. C'est ainsi que nous avons défini l'alcoolisme chronique, l'état diabétique, l'obésité, l'état arthrosique, l'état scléreux pulmonaire chronique, mais aussi le « sans domicile fixe ». En fait, la pratique de cette enquête nous a montré que cet essai de détermination du terrain aboutissait à un échec. En effet, chez ce diabétique, cet arthrosique, ou cet obèse, le diabète, l'obésité ou les arthroses constituent souvent pour le malade une véritable maladie qui, à elle seule ou en association, peut tenir un rôle majeur dans l'admission, les soins, etc... donc se comporter comme un diagnostic. C'est ainsi que nous l'entendrons avec peut-être une réserve pour le terrain « alcoolique chronique », car tous les buveurs ne présentent pas une affection alcoolique avérée telle une cirrhose ou un delirium tremens.

A propos du rôle de l'alcoolisme sur la pathologie présentée par les malades, la première enquête avec S. LEDERMANN proposait une codification particulière des cas selon que l'alcoolisme paraissait déterminant (cirrhose chez un alcoolique), d'appoint (tuberculose aggravée par l'alcoolisme) ou concomitant (maladie de BIERMER et alcoolisme) : en réalité cette codification *a priori* visait à répondre d'avance à la question que l'on voulait résoudre par l'enquête elle-même.

Nous avons préféré dans la seconde enquête répondre à deux questions : l'une concernant les habitudes toxiques du malade précisait sa qualité ou non de « buveur » sans préjuger des conséquences pathologiques existantes ou non (jugement subjectif d'une précision en réalité assez satisfaisante dans l'ensemble) ; la deuxième question placée dans le cadre du diagnostic précisait si le malade était porteur ou non d'une affection proprement éthylique (cirrhose, delirium) qui le classait alors parmi les buveurs pathologiques.

1. Il est à noter d'autre part que jamais ces questions n'ont soulevé de difficultés auprès des malades qui, dans le cadre de cette enquête, n'ont pas jugé indiscrettes les questions sociologiques qu'on leur posait.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE ADMINISTRATION GÉNÉRALE de l'Assistance publique à Paris BUREAU D'ÉTUDES	N° de dossier 3163						
Hôpital Service Salle	<table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">6</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">7</td> </tr> </table>			6	7		
6	7						
Nom Prénom							
SEXE 1 Masculin 2 Féminin	<table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">8</td> </tr> </table>		8				
8							
ANNÉE DE NAISSANCE	<table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">9</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">10</td> </tr> </table>			9	10		
9	10						
ORIGINE ET NATIONALITÉ 1 Métropolitain, 2 Nord-Africain, 3 Union Française (Terr Outre-mer), 4 Etranger, 5 Divers, 9 Indéterminée	<table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">11</td> </tr> </table>		11				
11							
ADRESSE 1 Paris, 2 Seine, 3 Seine-et-Oise, 4 Seine-et-Marne, 5 Province, 6 Colonies, 9 Indéterminée	<table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">12</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">14</td> <td></td> </tr> </table>				12	14	
12	14						
STATUT DE FAMILLE 1 Parents connus, 2 PND, 3 MND, 4 PMND, 9 Indéterminé 1 Ayant famille proche, 2 Collatéraux, 3 Sans famille 1 Célibataire, 2 Marié, 3 Vivant mar., 4 Veuf, 5 Divorcé, 6 Séparé, 9 Indéterminé	<table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">15</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">16</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">17</td> </tr> </table>		15		16		17
15							
16							
17							
HABITANT Chez lui { 11 En appartement 12 Avec ses enfants mineurs 13 — — majeurs subvenant total 14 — — majeurs ou part à ses besoins 15 — des ascendants Chez quelqu'un { 22 Enfants 25 Ascendants 26 Parents 27 Etrangers En hôtel meublé 30 Logé avec certaines obligations 40 S. D. F. 50 Placé avant hospitalisation 61 Hospice pour valides 62 — — chroniques 63 Maison de retraite Indéterminé 99	<table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">18</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">19</td> </tr> </table>			18	19		
18	19						

Imp. Lezard 1953-2004-1 000

SCHÉMA I.

NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AU FOYER	<input type="text"/>	20
NOMBRE DE PIÈCES	<input type="text"/>	21
INDICE DE SURPEUPLEMENT	<input type="text"/>	22
ESTIMATION DE L'HABITATION	<input type="text"/>	23
ESTIMATION FINANCIÈRE	<input type="text"/>	24
PRÉSENCE FÉMININE VALIDE PERMANENTE 1 Oui - 2 Non - 3 Parfois	<input type="text"/>	25
IMPRESSION DE MORALITÉ 1 Bonne - 2 Passable - 3 Mauvaise	<input type="text"/>	26
RELATIONS FAMILIALES 00 Bonnes		
Difficultés	<ul style="list-style-type: none"> 1 Venant du malade 2 — d'un des siens 3 — de la famille 	<ul style="list-style-type: none"> 1 Conjoint 2 Père 3 Mère 4 Beau-Père 5 Belle-Mère 6 Gds-Parents 7 Enfants 8 Petits-Enfants 9 Co-locataires
Impossibilités	<ul style="list-style-type: none"> 4 Venant du malade 5 — d'un des siens 6 — de la famille 	
NOMBRE DE GÉNÉRATIONS VIVANT AU FOYER	<input type="text"/>	27
ÉLOIGNEMENT DU LIEU DE TRAVAIL	<input type="text"/>	28
CATÉGORIE PROFESSIONNELLE 1 Actif HN, 2 Actif HD, 3 Sédent. HN, 4 Sédent HD, 5 Retraité (cessation de travail pour raison d'âge) 6 Chômeur, 7 Cessation de travail pour raison de santé 8 Sans Profession	<input type="text"/>	29
STATUT FRAIS DE SÉJOUR 1 Art 115, 2 AT, 3 AVP, 4 Invalidité, 5 Longue maladie, 6 AS tous autres cas et AMG partielle, 7 AMG totale, 8 Autre cas, 9 Indéterminé	<input type="text"/>	30
	<input type="text"/>	31
	<input type="text"/>	33
	<input type="text"/>	34

<p>MODE D'ENTRÉE 1 Urgence porte spéciale 2 Urgence porte normale, 3 Consult. serv. spéciale 4 Consult serv normale, 5 Consult. porte spéciale 6 Consult. porte normale, 7 Passage, 8 Transfert</p>	<p>35</p>
<p>RETOUR 1^{er} 2^e 3^e etc</p>	<p>36</p>
<p>DATE D'ENTRÉE</p>	<p>J M A 37 41</p>
<p>DURÉE DE SÉJOUR</p>	<p>42 45</p>
<p>DATE DE SORTIE</p>	<p>J M A 46 49</p>
<p>MESURES SOCIALES SOUHAITABLES</p>	
<p>10 Retour à domicile sans soins hospitaliers ni convalesc.</p>	
<p>11 — — — avec convalesc.</p>	
<p>20 Convalescence dans établissement</p>	
<p>30 Home-Care</p>	
<p>40 Placement T B</p>	
<p>50 Maintien à l'hôpital</p>	
<p>60 Placement valide</p>	
<p><i>Placements chroniques</i> 71 Chroniques aigus</p>	<p>50 51</p>
<p>72 Rééducation momentanée</p>	
<p>73 Psychisme</p>	
<p>74 Gateux</p>	
<p>75 Grands infirmes</p>	
<p>76 Incurables</p>	
<p>80 Reclassement professionnel</p>	
<p>90 Relogement</p>	
<p>PLACEMENT DEMANDÉ LE</p>	
<p>PLACEMENT 1 Accepté</p>	<p>J M A 52 55</p>
<p>2 Refus administratif</p>	
<p>3 Refus médical</p>	
<p>4 Refus de l'intéressé</p>	<p>56</p>

<p>DESTINÉE A LA SORTIE</p> <p>0 Décès, 1 Sortie in-extremis, 2 Transfert, 3 Passage 4 Sortie simple, 5 Sortie sur demande, 6 Maison de convalescence, 7 Placement sana, 8 Placement prévent, 9 Autres placements</p>		<p>57</p>	
<p>TERRAIN</p>			
Alcoolisme chronique	0 NON	1 OUI	<p>58</p>
Tabagisme	»	»	<p>59</p>
Obésité	»	»	<p>60</p>
Diabète	»	»	<p>61</p>
Arthroses multiples	»	»	<p>62</p>
Etat pulmonaire non T B	»	»	<p>63</p>
S. D F	»	»	<p>64</p>
Fonctionnel pur	»	»	<p>65</p>
<p>DIAGNOSTIC</p>			
<p>Nombre</p>			<p>66</p>
1	.....		<p>67</p>
		
		
2	.....		<p>71</p>
		
		
3	.....		<p>75</p>
		
		
4	.....		<p>78</p>
		
		
	.....		<p>70</p>
	.....		<p>74</p>
	.....		<p>77</p>
	.....		<p>80</p>

Les mesures sociales souhaitables à la sortie du malade nous paraissent intéressantes à noter sur le plan administratif. En réalité nous n'avons pas trouvé dans les cadres existants la solution souhaitable à tous nos malades et dans un grand nombre de fiches nous n'avons pas pu répondre à cette question. Ce fait négatif est cependant plein d'enseignement puisqu'il nous montre à l'évidence qu'une réflexion efficace s'impose pour pallier à cette absence de solution sociale post-hospitalière (relogement, désintoxication surveillée, rééducation, reclassement social ou professionnel, aide ménagère au foyer etc...).

Le mode d'entrée des malades était dans notre seconde enquête encore insuffisamment précis car à côté des entrées spontanées sans l'intervention d'un médecin de ville, les entrées ou celui-ci intervient ne sont pas toutes équivalentes : le rôle joué par le médecin de ville est très variable et il aurait fallu savoir si ce médecin était le médecin habituel du malade ou si celui-ci voyait le malade pour la première fois et il aurait été intéressant de distinguer les cas où l'intervention du médecin de ville se bornait à un simple certificat d'hospitalisation (comme cela est nécessaire pour les malades soumis à l'A. M. G.) et ceux où la lettre contenait des renseignements médicaux sur le malade.

D'autres renseignements sociaux ont été mal posés ; à la question : « Y-a-t-il une présence féminine valide permanente au foyer ? » (ce qui est naturellement plus fréquent pour les hommes que pour les femmes) il aurait été préférable de dénombrer les présences d'une personne valide active (c'est-à-dire pouvant vaquer à tous les soins du ménage, courses y comprises) ou inactive (c'est-à-dire ne pouvant vaquer qu'à des petites occupations sur place). Ainsi posée, cette question aurait certainement mieux permis de déterminer le rôle de l'absence de soins possibles à domicile dans les causes d'hospitalisation.

Cette autocritique ne serait pas complète si l'on ne disait encore les difficultés rencontrées pour répondre aux questions d'ordre proprement médical.

Sur le plan médical en effet, nous trouvons encore un domaine infiniment subjectif et variable. Contrairement aux caractéristiques d'âge, de sexe, de statut de famille, les caractéristiques médicales de morbidité sont soumises à l'arbitraire et à la subjectivité du médecin d'abord (qui est faillible et qui évolue avec le temps) et de la médecine en général (qui loin d'être une science fixée et immuable ne cesse de progresser, de modifier les limites nosographiques des maladies, leur pronostic, et les possibilités techniques de les mettre en évidence).

Dans cette détermination subjective de la morbidité, il nous est apparu de plus que dans bon nombre de cas, l'hospitalisation ne pouvait pas être rattachée à une maladie unique et bien définie : souvent le malade ne se présente pas avec une seule maladie mais avec un état morbide complexe où sont intriquées plusieurs mentions diagnostiques différentes, de valeurs inégales mais dont il est difficile de choisir *a priori* celle qui a réellement motivé l'hospitalisation, justifié la durée de séjour et dicté la destinée à la sortie. Souvent aussi : porter une mention diagnostique ne consiste pas à énoncer une maladie précise et définie telle que cirrhose du foie, cancer du poumon ou maladie de HODGKIN mais à se contenter d'un symptôme aussi imprécis que vomissement, hémoptysie ou œdème pulmonaire, chaque fois que malgré une mise en observation souvent longue, on n'est pas arrivé à en déterminer la cause exacte.

C'est ainsi que dans l'étude de la morbidité et de la mortalité à l'hôpital, la subjectivité du diagnostic, la fréquence des malades porteurs de poly-diagnosics, l'insuffisance scientifique de la médecine qui ne permet pas d'aller toujours jusqu'à une étiquette précise de maladie bien individualisée nous ont gênés : nous avons rencontré de nombreuses difficultés et émis de nombreuses réserves que nous aurons à discuter plus amplement lorsque nous exposerons les résultats de nos enquêtes.

Au total et malgré ces critiques et ces réserves, nous disposons, grâce à ces deux enquêtes, d'une grande quantité de renseignements valables dont l'exploitation aurait exigé un travail gigantesque si nous n'avions

bénéficié des services mécanographiques modernes de l'I. N. E. D. d'abord et du bureau d'Études de l'Assistance Publique ensuite.

La fiche individuelle de base remplie auprès du malade lui-même a été codifiée avec le plus grand soin, puis confiée aux services mécanographiques pour être traduite en cartes perforées.

Ces cartes perforées toujours individuelles sont la traduction chiffrée des renseignements de la fiche de base obtenue grâce à la codification. C'est ainsi que chaque fiche de la 2^e enquête a donné lieu à une carte portant près de 80 perforations, correspondant aux renseignements obtenus.

Enfin les cartes perforées ont été exploitées grâce à une machine appelée trieuse-compteuse où le nombre de cartes pour chaque caractère peut être rapidement et mécaniquement compté. C'est de cette façon que l'on a dénombré d'abord le nombre de malades porteurs de chaque caractère simple. Dans un second temps on a établi des corrélations et fait des rapprochements entre ces différents caractères : par exemple âge, sexe, durée de séjour.

Enfin la ventilation et l'exposition des chiffres ont encore demandé un long travail dont le but est de rendre claires des différences de pourcentages, des comparaisons de chiffres, sans tomber dans l'excès qui consisterait à pousser les corrélations jusqu'au morcellement non significatif de la population d'ensemble déjà réduite.

Dans cette élaboration matérielle de l'enquête ¹ il faut souligner l'importance que prend l'unité et l'homogénéité de ses auteurs qui sont les meilleurs garants de sa validité et de sa bonne interprétation.

Dans ces deux enquêtes et notamment dans la seconde, c'est une équipe médicale homogène dirigée par le Pr PÉQUIGNOT et habituée à utiliser les mêmes termes pour répondre à des questions aussi subjectives que celles du diagnostic qui, avec un groupe tout aussi homogène d'assistantes sociales spécialement entraînées à ce genre de travail, a construit puis rempli auprès des malades la fiche individuelle.

Ensuite c'est la même équipe médicale qui avait participé à l'établissement du document de base qui a assumé la responsabilité de la codification et de l'exploitation en détail des cartes perforées.

Il nous paraît en effet de la plus grande importance que les résultats dont nous allons faire état maintenant aient été collectés puis exploités et ventilés et enfin discutés par la même équipe et notamment que ces travaux de dépouillement aient été confiés à des médecins qui ont pu, à chaque étape, redresser les erreurs d'interprétation qui ne manquent pas de se présenter.

C'est ainsi que nous avons été amené à exécuter personnellement ces besognes matérielles et que nous sommes autorisé de ce fait à prendre la responsabilité entière de ce qui va suivre.

RÉSULTATS GÉNÉRAUX

L'âge, le sexe et la durée de séjour, compte tenu des réhospitalisations nous donnent une idée précise de la fréquentation hospitalière des malades.

Ce premier chapitre de résultats tente de caractériser la consommation hospitalière du malade d'hôpital sans préjuger des impératifs médicaux et des circonstances sociales qui l'ont amené à se faire admettre dans le service de médecine générale de l'Hôtel-Dieu.

Nous étudierons donc successivement ces données simples, puis quelques corrélations entre celles-ci que nous avons jugé intéressant de ventiler spécialement.

1. Le lecteur peut, s'il désire des notions méthodologiques plus précises, se reporter à l'annexe à la fin du texte, page 157.

I. L'AGE ET LE SEXE DES MALADES.

1° La répartition par sexe des malades admis dans un service hospitalier où l'on étudie de façon systématique tous les entrants, nous paraît conditionnée par un facteur extrinsèque qui introduit une cause de biais dans l'appréciation de la différence de morbidité entre homme et femme.

En effet, un service qui fonctionne pratiquement continuellement à plein, peut recevoir des malades sans aucune discrimination d'âge jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de lits libres. Mais il ne peut recevoir des malades hommes ou femmes que dans la mesure où il reste des lits vides dans une salle d'hommes ou de femmes : si bien que le pourcentage des lits d'hommes et des lits de femmes du service établit une certaine discrimination dans le pourcentage des malades des deux sexes admis.

C'est ainsi qu'à l'Hôtel-Dieu la répartition par sexe des malades admis a varié plusieurs fois entre 1952 et 1955 (Tableau 1 et Schéma 2) : entre ces deux dates plusieurs salles ont été fermées tour à tour ou transformées pour travaux ; ce qui a modifié temporairement le nombre de places disponibles pour chaque sexe et partant le pourcentage d'entrants de chaque sexe.

Cependant ces variations sont de faible amplitude et au total nous pouvons dire que dans ce service les deux sexes y étaient presque également représentés. Nous possédons ainsi deux populations hospitalières, l'une masculine et l'autre féminine dont le rapport n'est pas absolument constant et ne peut donc donner une idée certaine de la morbidité relative des hommes et des femmes de la population de la Seine. Une étude statistique plus complète pourrait tenir compte de ces causes d'erreur et nous donner des renseignements plus précis mais nécessiterait un appareil mathématique dont nous ne disposons pas.

2° La répartition des malades selon leur âge à l'intérieur de chaque sexe ne subit au contraire aucune discrimination systématique sinon celle de tout service d'adulte qui exclut les malades de moins de 15 ans.

Un précédent travail de H. PÉQUIGNOT et S. LEDERMANN sur des malades entrés pendant 1 an (1952-1953) au début de la première enquête de l'Hôtel-Dieu [20] avait permis de comparer les pourcentages de malades admis avec les chiffres des sujets de chaque tranche d'âge présents dans la Seine. Les auteurs avaient montré pour chaque sexe que le pourcentage

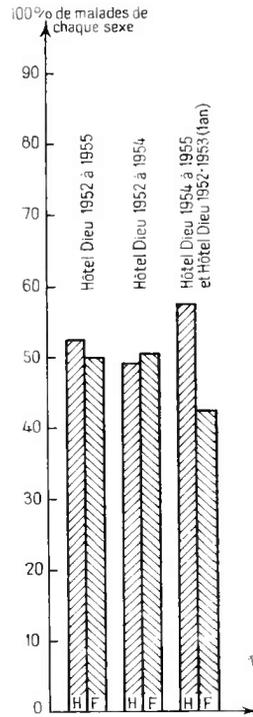


SCHÉMA 2. — Répartition par sexe des malades de l'Hôtel-Dieu dans les deux enquêtes (H = Hommes, F = Femmes).

de malades admis dans ce service pour 100.000 individus de la population de la Seine de chaque décade d'âge croissait avec l'âge selon une courbe exponentielle et ceci dans chacun des deux sexes.

TABLEAU 1
RÉPARTITION GLOBALE PAR SEXE DES MALADES DE L'HÔTEL-DIEU ¹

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Hôtel-Dieu, 1952-1954 (1 ^{re} enquête).....	1.738 → 49 %	1.790 → 51 %	3.528
Hôtel-Dieu, 1954-1955 (2 ^e enquête).....	1.276 → 57,5 %	947 → 42,5 %	2.223
Hôtel-Dieu 1952-1953 (chiffres ramenés à 1 an).....	960 → 57,4 %	713 → 42,6 %	1.673
Total Hôtel-Dieu, 1952-1955..	3.014 → 52,4 %	2.737 → 47,6 %	5.751

Bien que le recensement de la population de la Seine ne soit pas contemporain de notre enquête, nous avons repris ici les mêmes chiffres et nous avons trouvé sur la population hospitalière de l'Hôtel-Dieu en 1954-1955, la même courbe grossièrement exponentielle.

Sur cette courbe (Tableau 2 et Schéma 3) nous notons cependant deux âges pour lesquels la courbe réelle s'éloigne quelque peu de la courbe idéale : avant 30 ans surtout et peut-être entre 50 et 60 ans nous notons un pourcentage relativement plus élevé d'hospitalisés.

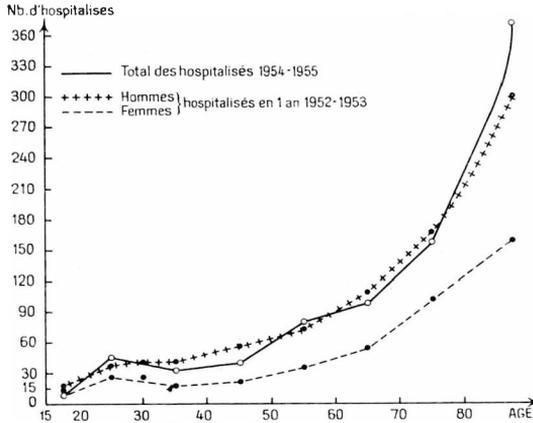
TABLEAU 2
RÉPARTITION PAR AGE DES MALADES DE L'HÔTEL-DIEU EN 1954-1955 ET POURCENTAGE D'HOSPITALISÉS DANS CHAQUE DÉCADE D'ÂGE POUR 100.000 PERSONNES DE LA POPULATION DE LA SEINE

TRANCHES D'ÂGES PAR DÉCADES	NOMBRE DE CAS TOTAUX POUR LES 2 SEXES	POPULATION DE LA SEINE EN 1946 EN MILLIERS D'INDIVIDUS	NOMBRE D'HOSPITALISÉS DANS LE SERVICE POUR 100.000 HABITANTS DE CHAQUE TRANCHE
15 à 19 ans	43	319	13
20 à 29 ans	292	656	45
30 à 39 ans	282	825	34
40 à 49 ans	355	861	41
50 à 59 ans	467	595	78
60 à 69 ans	375	379	99
70 à 79 ans	272	170	160
80 ans et plus	131	36	364
TOTAL	2.217 *	3.841	834

*. Car pour 6 cas l'âge n'était pas précisé.

1. Service de Médecine Générale du P^r H. BÉNARD.

La même courbe (Tableau 3 et Schéma 4) établie séparément pour chaque sexe nous montre peut-être que cette « surmorbidity » avant 30 ans et entre 50 et 60 ans est un peu plus marquée pour les Hommes que pour les Femmes. Cependant elle intéresse les 2 sexes.



SCHEMA 3. — Pourcentage des hospitalisés de chaque tranche d'âge pour 100.000 personnes de la population de la Seine. (Hôtel-Dieu 1954-1955 et 1952-1953.)

TABLEAU 3

RÉPARTITION PAR AGE ET PAR SEXE DES MALADES DE L'HÔTEL-DIEU EN 1954-1955 ET POURCENTAGE D'HOSPITALISÉS DANS CHAQUE AGE ET SEXE POUR 100.000 PERSONNES DE LA POPULATION DE LA SEINE

	HOMMES			FEMMES		
	NOMBRE D'HOSPITALISÉS DANS LE SERVICE	POPULATION DE LA SEINE (EN MILLIERS)	NOMBRE D'HOSPITALISÉS POUR 100.000 HABITANTS	NOMBRE D'HOSPITALISÉS DANS LE SERVICE	POPULATION DE LA SEINE	NOMBRE D'HOSPITALISÉS POUR 100.000 HABITANTS
15 à 19 ans	26	148	18	17	171	10
20 à 29 ans	186	296	63	106	360	29
30 à 39 ans	183	388	47	99	437	23
40 à 49 ans	229	409	56	126	452	28
50 à 59 ans	289	250	116	178	345	52
60 à 69 ans	194	147	132	181	232	78
70 à 79 ans	119	55	216	153	115	133
80 ans et plus .	45	8	562	86	28	307
TOTAL	1.271	1.701		946	2.140	

Il est intéressant de noter (Schéma 3) que si l'on compare les courbes de 1954-1955 à celle que S. LEDERMANN avait construite sur 1 an en 1952-1953, on retrouve des courbes à peu près analogues : la surmorbidity avant 30 ans y est retrouvée, celle de 50 à 60 ans ne paraît pas évidente. Cependant l'allure générale des courbes est superposable et cela n'est pas sans intérêt car un phénomène qui avait été établi sur une enquête comportant une erreur systématique ¹ a été grossièrement confirmé par une seconde enquête

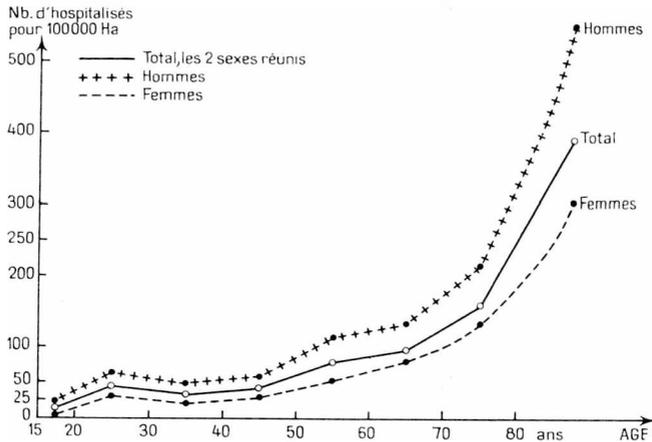


SCHÉMA 4. — Pourcentage des hospitalisés de chaque tranche d'âge pour 100.000 personnes de la population de la Seine. (Hôtel-Dieu 1954-1955.) Distinction par sexe.

qui était débarrassée de cette cause d'erreur systématique. Cette cause de biais, peut-être égale dans nos divers groupes étudiés ne compte donc pas ici.

Pour plus de sûreté nous avons d'ailleurs construit les mêmes courbes pour la durée totale des 2 enquêtes (soit près de 3 ans) ce qui nous apporte des chiffres plus conséquents (Tableau 4 et Schéma 5). La même courbe à peu près exponentielle nous est offerte.

Aussi pouvons nous affirmer que les Hommes et les Femmes de la population parisienne se font d'autant plus hospitaliser en Médecine Générale qu'ils sont plus âgés sauf avant 30 ans où pour les deux sexes (et peut-être plus pour les hommes) le chiffre réel des hospitalisés est plus grand que celui que nous fait prévoir la courbe exponentielle déjà décrite.

Retenons la possibilité d'un surcroît d'hospitalisation entre 50 et 60 ans, moins marqué cependant.

A côté de ces notions concernant le besoin d'hospitalisation de chaque tranche d'âge de la population parisienne il convient d'étudier, non plus de l'extérieur mais de l'intérieur comment les malades hospitalisés se répartissent dans les diverses classes d'âge à l'hôpital.

1. Dans cette enquête chaque hospitalisation faisait l'objet d'une fiche et, en cas de réhospitalisations multiples, il était établi plusieurs fiches pour le même malade.

TABLEAU 4

RÉPARTITION PAR AGE DES MALADES DE L'HÔTEL-DIEU EN 1952-1955 ET POURCENTAGE D'HOSPITALISÉS POUR 100.000 PERSONNES DE LA POPULATION DE LA SEINE

	NOMBRE DE CAS TOTAUX POUR LES 2 SEXES	POPULATION DE LA SEINE EN 1946 (EN MILLIERS DE PERSONNES)	NOMBRE D'HOSPITALISÉS DANS LE SERVICE POUR 10.000 HAB.
15 à 19 ans	126	319	39
20 à 29 ans	721	656	110
30 à 39 ans	722	825	88
40 à 49 ans	975	861	113
50 à 59 ans	1.131	595	190
60 à 69 ans	997	379	263
70 à 79 ans	792	170	466
80 ans et plus....	276	36	767
TOTAL	5.740	3.841	

En effet les vieillards (ou ce que l'on appelle vieillard, c'est-à-dire les sujets de 60 ans et plus) se font plus volontiers hospitaliser que les jeunes ;

Nb. d'hospitalisés de 1952 à 1955 dans le service pour
100.000 pers. de la population de la Seine dans
chaque tranche d'âge

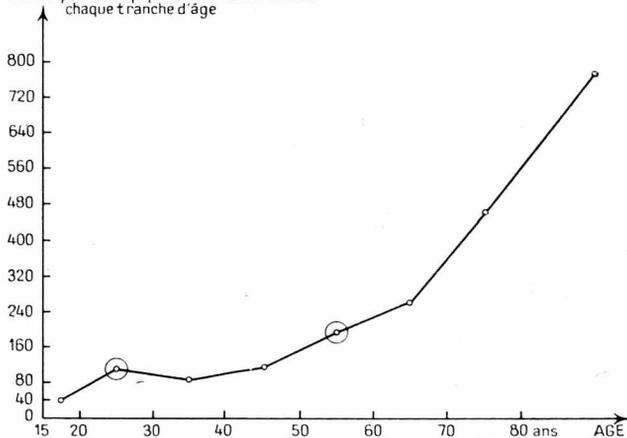


SCHÉMA 5. — Pourcentage des hospitalisés de chaque tranche d'âge pour 100.000 personnes de la population de la Seine. (Hôtel-Dieu de 1952 à 1955.)

les résultats précédents nous suggèrent que le pourcentage des vieillards qui se font hospitaliser dépassera la concentration de ceux-ci dans la population de base. C'est ce que confirment nos chiffres (Tableau 5) : alors que la concentration des vieillards dans la population de base est de 15,5 %, elle varie à l'hôpital entre 35 et 37 % selon nos échantillons ¹.

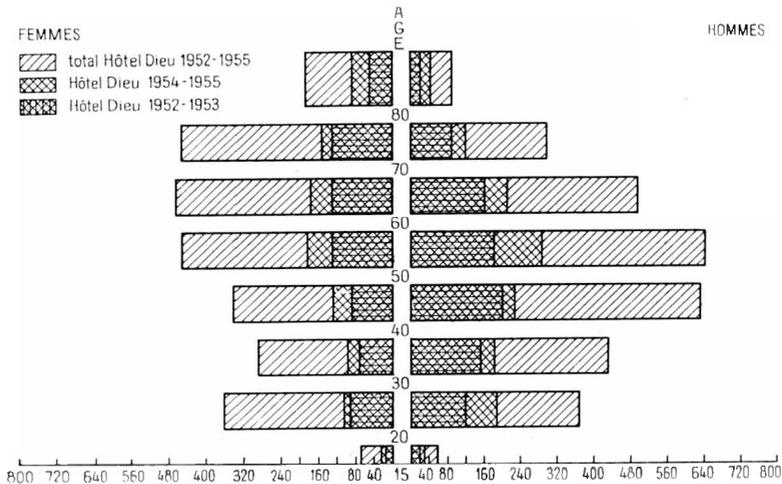
1. Elle est de 31 % dans le service du P^r JUSTIN-BESANÇON à Bichat alors que le pourcentage de la population de base en 1955 n'est que de 16,2 %.

TABLEAU 5

POURCENTAGE DES MALADES (2 SEXES RÉUNIS) HOSPITALISÉS A L'HÔTEL-DIEU
ET RÉPARTIS EN 4 CLASSES D'ÂGE

	HÔTEL-DIEU 1952-1954		HÔTEL-DIEU 1954-1955		POPULATION DE BASE	
	NOMBRE DE MALADES	POURCENTAGE DES MALADES	NOMBRE DE MALADES	POURCENTAGE DES MALADES	NOMBRE DE PERSONNES (EN MILLIERS D'HABITANTS)	POURCENTAGE
15 à 49 ans	1.570	44	978	44	2.661	69
50 à 59 ans	665	19	467	21	595	15,5
60 à 69 ans	623	18	375	17	379	10
70 ans et plus .	665	19	403	18	206	5,5
TOTAL	3.523	100 %	2.223	100 %	3.841	100 %

A l'intérieur de ce service hospitalier on peut analyser de plus près cette distribution des sujets, selon l'âge, que nous avons trouvée différente de la répartition de base.



SCHEMA 6. — Pyramide d'âge des hospitalisés de chaque sexe à l'Hôtel-Dieu dans les deux enquêtes.

La pyramide d'âge dans chaque sexe (Tableau 6 et Schéma 6) a été établie pour la totalité des malades de l'Hôtel-Dieu de 1952 à 1955 et comparée à deux échantillons observés chacun pendant 1 an (celui de 1952-1953 étudié par H. PÉQUIGNOT et S. LEDERMANN au début de la première enquête et celui de 1954-1955 qui constitue la deuxième enquête). La répartition des

TABLEAU 6

NOMBRE D'HOSPITALISÉS POUR CHAQUE AGE ET SEXE A L'HÔTEL-DIEU

AGE	1952-1955 (TOTAL)		1952-1953 (1 AN)		1954-1955 (1 AN ENVIRON)	
	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES
15-19 ans	56	70	22	21	26	17
20-29 ans	363	358	122	104	186	106
30-39 ans	431	291	155	76	183	99
40-49 ans	630	345	204	89	229	126
50-59 ans	641	490	184	125	289	178
60-69 ans	494	503	158	124	194	181
70-79 ans	301	491	91	129	119	153
80 ans et plus .	89	187	24	45	45	86

malades par décade d'âge se montrant relativement stable d'un échantillon à l'autre, nous nous sommes contentés, pour l'étude isolée de chaque sexe de prendre comme chiffres ceux de la 2^e enquête (1954-1955) (Tableau 7 et Schémas 7 et 8).

TABLEAU 7

RÉPARTITION PAR AGE DES MALADES DE CHAQUE SEXE A L'HÔTEL-DIEU EN 1954-1955.
NOMBRE DE CAS POUR 100 MALADES DE CHAQUE SEXE.

AGE	HOMMES	FEMMES
15-19 ans	2	2
20-29 ans	14,5	11
30-39 ans	14,5	10,5
40-49 ans	18	13,5
50-59 ans	22,5	19
60-69 ans	15,5	19
70-79 ans	10	16
80 ans et plus .	3	9
TOTAL	100 %	100 %

L'examen de ces chiffres nous montre de sensibles différences dans le pourcentage des malades de chaque âge d'un sexe à l'autre.

Pour 100 malades de chaque sexe :

— les hommes jeunes de 30 à 40 ans sont relativement plus nombreux que les femmes de même âge ;

— dans les deux sexes la décade de 50 à 60 ans est la plus fournie ;

— enfin les femmes âgées sont relativement plus nombreuses à l'hôpital notamment après 70 ans.

Ainsi, si l'on considère séparément le fonctionnement hospitalier des salles d'hommes et des salles de femmes, on peut déjà affirmer que les sujets

âgés défilent avec une plus grande fréquence dans les secondes que dans les premières et que la proportion de ces vieillards sur la totalité des entrants est d'environ 35 % ce qui nous le verrons, ne donne encore qu'une idée sous-estimée de la réalité, car restant à l'hôpital relativement plus long-

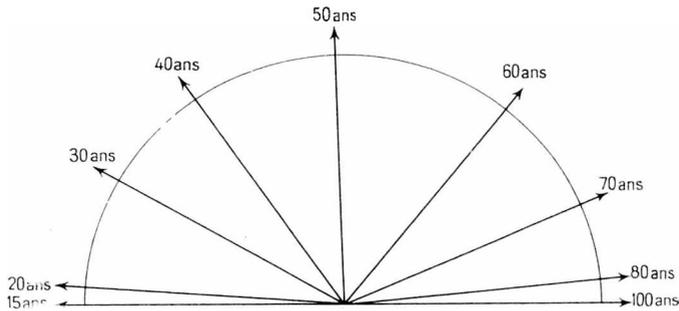


SCHÉMA 7. — Éventail des hommes de chaque tranche d'âge hospitalisés à l'Hôtel-Dieu en 1954-1955. (Nombre de cas de chaque tranche d'âge pour 100 hommes hospitalisés.)

temps, la rotation des lits pour ces sujets est plus lente et à un instant donné le pourcentage des plus de 60 ans présents dans une salle est encore beaucoup plus élevé.

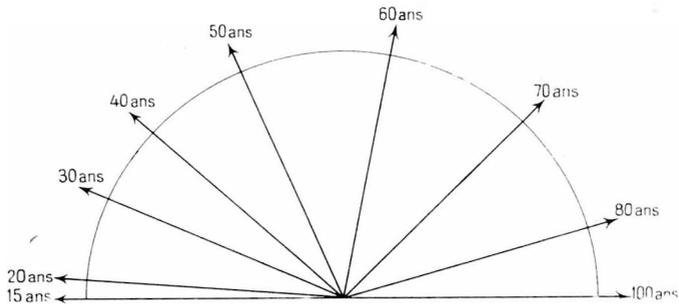


SCHÉMA 8. — Éventail des femmes de chaque tranche d'âge hospitalisées à l'Hôtel-Dieu en 1954-1955. (Nombre de cas de chaque tranche d'âge pour 100 femmes hospitalisées.)

C'est ce que nous allons voir en étudiant les durées de séjour de ces malades.

II. LA DURÉE DE SÉJOUR.

La durée de séjour dans le service étudié et durant la période de l'enquête envisagée est un phénomène extrêmement complexe : on peut même dire que comme le phénomène de l'hospitalisation lui-même, conditionné par des facteurs morbides, socio-professionnels, administratifs, familiaux etc..., la durée de cette hospitalisation va être soumise à un grand nombre de facteurs déterminants dont l'importance réciproque sera variable d'un malade à l'autre.

Il n'est pas inutile de rappeler, avant d'aborder l'analyse des chiffres que nous avons recueillis, que la durée d'hospitalisation n'est pas uniquement liée à l'affection présentée par l'individu : à côté des impératifs médicaux conditionnant le maintien du malade dans un service hospitalier, il y a des impératifs non médicaux tenant à sa situation familiale et socio-professionnelle.

Comme l'a précisé notre maître H. PÉQUIGNOT récemment [25], l'hôpital réalise historiquement, avant tout, un centre d'hébergement pour mendiants, et vieillards, devenu de nos jours un centre de soins effectivement ouvert à toutes les classes de la société ; cette évolution n'a pas effacé la définition première de l'hôpital qui est de recueillir tous ceux qui ne peuvent recevoir chez eux les soins dont ils ont besoin, quelle que soit la gravité de la maladie qui les motive : c'est ainsi que l'hôpital est aussi nécessaire pour des affections bénignes si celles-ci surviennent chez des sujets qui vivent seuls chez eux, qui n'ont pas de domicile ou qui cohabitent à cinq dans 2 pièces ou en hôtel meublé, que chez d'autres sujets, qu'ils soient plus aisés ou non et qui présentent une affection grave nécessitant un appareil sanitaire qui n'est techniquement réalisable qu'en milieu hospitalier.

On peut dire encore grossièrement qu'il existe un seuil de morbidité à partir duquel un malade doit être hospitalisé, mais qu'il y a aussi un seuil social qui impose l'hospitalisation quelle que soit la gravité de la maladie : ainsi ne sera-t-on pas étonné de voir le seuil de morbidité s'abaisser chaque fois que le contexte social est déplorable et au contraire le seuil social s'élever pour des affections particulièrement graves.

Ce que l'on vient de dire de l'admission des malades est vrai aussi bien pour leur sortie : on ne peut décider celle-ci sans tenir compte de ces deux faces du même individu : son environnement social et son état de santé proprement dit.

Or il est bien évident que ses facteurs sociaux et médicaux sont en proportions variables pour chaque individu et en mouvement continu dans le temps, du fait des progrès médicaux, des modifications de la société et de l'élévation progressive de son niveau de vie.

L'existence indubitable de ces multiples facteurs explique la dispersion de la courbe des durées de séjour représentée pour l'année 1954-1955 sur le Tableau 8 et le Schéma 9. Cette courbe en cloche asymétrique déformée vers les longues durées par des cas aberrants, est typiquement celle des phénomènes complexes soumis à de nombreux facteurs hétérogènes.

Le Tableau 9 et le Schéma 10 nous montrent pour la même enquête combien les durées sont dispersées chez nos malades : la courbe réelle est très creusée, elle s'éloigne largement de la droite $A A^1$ que décrirait une population homogène dont tous les individus auraient la même durée de séjour (égale en l'occurrence à la moyenne des durées de séjour de nos malades).

Bien qu'hétérogène et complexe, la courbe des durées de séjour nous paraît pourtant du plus grand intérêt dans l'étude et la comparaison des

TABLEAU 8

LES DURÉES DE SÉJOUR PAR AGE ET SEXE DES MALADES DE L'HÔTEL-DIEU EN 1954-1955

32

DURÉE EN JOURS	HOMMES								FEMMES								TOTAL HOMMES	TOTAL FEMMES	TOTAL 1954- 1955	DURÉE EN JOURS
	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 et +	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 et +				
1	3	13	16	24	33	15	1	4									109	62	171	1
2		9	13	5	8	2	3	1		10	9	14	12	9	7	1	41	30	71	2
3	1	9	6	15	10	7	4	2	3	2	5	3	5	6	8	1	52	30	82	3
4	1	10	11	5	6	2	3	2	1	4	8	6	4	3	2		40	28	68	4
5	2	16	8	6	8	4	4	1	1	5	9	5	9	1	1	3	49	34	83	5
6	2	8	10	7	11	5	3	2	1	6	2	7	5	1	1	1	48	23	71	6
7	4	9	8	13	8	3	3	1	1	9	3	3	5	3	3	2	49	29	78	7
8	2	4	7	5	5	1	1	1	1	6	4	3	3	4	1	3	25	25	50	8
9	1	5	8	7	8	1	2	1	1	4	4	2	2	4	1		33	18	51	9
10		5	6	7	5	4	4	2		5	2	3	3	3	4	1	33	21	54	10
11		9	3	4	8	2	3			1	2	4	6	2	4	3	29	22	51	11
12	1	7	6	10	8	8				4	3	5	5	3	2	2	40	24	64	12
13		6	3	5	5	7	4	3		5	1	1	5	2	3		33	17	50	13
14		9	9	7	4	3	5	1		2	1	3	1	3	5		38	15	53	14
15	1	3	4	7	9	1	2	1		1	1	2	1	5	3	2	28	15	43	15
16		1	9	8	8	7	2		1	2	2	2	3	1	4	1	35	14	49	16
17	1	2	6	5	6	7				2	3	3	4	2	3		27	17	44	17
18		1	1	5	6	4	2			3	3	3	6	1	1	1	19	17	36	18
19		1	1	7	4	1	2	3		2		2	2	4	1		19	11	30	19
20		4	3	5	4	4	4			1	2	4	5	3	2	2	20	19	39	20
21		5	1	4	5	2	3			1	1	4	1	3			20	10	30	21
22	1	2	4	6	2	3	5			1	1	1	6		1	2	23	11	34	22
23		3	2	3	5	3	3	2	1	1	1	1	1	6	2	4	18	16	34	23
24		6			2	3	3			2		1	5	5	1	4	14	22	36	24
25		3	3	1	6	2	2	1		1	1	1	1	3	2		18	7	25	25
26		1		5	2	3	2				2	1	2	7	2	1	13	15	28	26
27			2	2	4	2	2			1		2	3	3		1	10	11	21	27
28		1	4	3	2	1	1	1		3		1	1	4	2		13	10	23	28
29			1	1	2			1						3			5	5	10	29
30	1	2	1		4	1					1		2		1	1	9	5	14	30
31	1	1		1	3	3		1		1		1	1	3	1	2	10	9	19	31
32				1	3	4				2		2	4	1		1	8	10	18	32
33		2	1	1	2		2			3	2	2	2		2		8	10	18	33
34		2	1	3	3	4		1			2	1	3	2			14	8	22	34
35		1		1	3	4	2			1	1	3	1	1	2	1	11	10	21	35

RÉSULTATS GÉNÉRAUX

TABLEAU 8 (suite)

34

LES DURÉES DE SÉJOUR PAR AGE ET SEXE DES MALADES DE L'HÔTEL-DIEU EN 1954-1955

DURÉE EN JOURS	HOMMES								FEMMES								TOTAL HOMMES	TOTAL FEMMES	HOTEL-DIEU TOTAL 1954- 1955
	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 et +	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 et +			
83							I	I							I		2	I	3
84		I						I						2			2	2	4
85											I			I	I		I	2	2
86							I				I				I		2	2	3
87							I							I		I	2	2	4
88														I		I	I	2	3
89														I		I	2	2	4
90					I								I				2	3	3
91													I				3	4	7
92					I					2		I					2	I	3
93		I												I			I	I	2
94																I	I	2	2
95																	3		3
96					2									I				4	4
97														I				3	3
98																I		I	3
99		I														I	2	I	3
100																I		2	2
102																		I	I
103																I		I	I
104																	2	I	3
105																	I		I
107																	I		I
108																		I	I
109																		I	I
110																		I	I
112																	2		2
114																	I	I	2
115	I																2	I	4
116																	I	I	2
120																	I	I	2
122																	I		I
123																		I	I
124																	I		I

RÉSULTATS GÉNÉRAUX

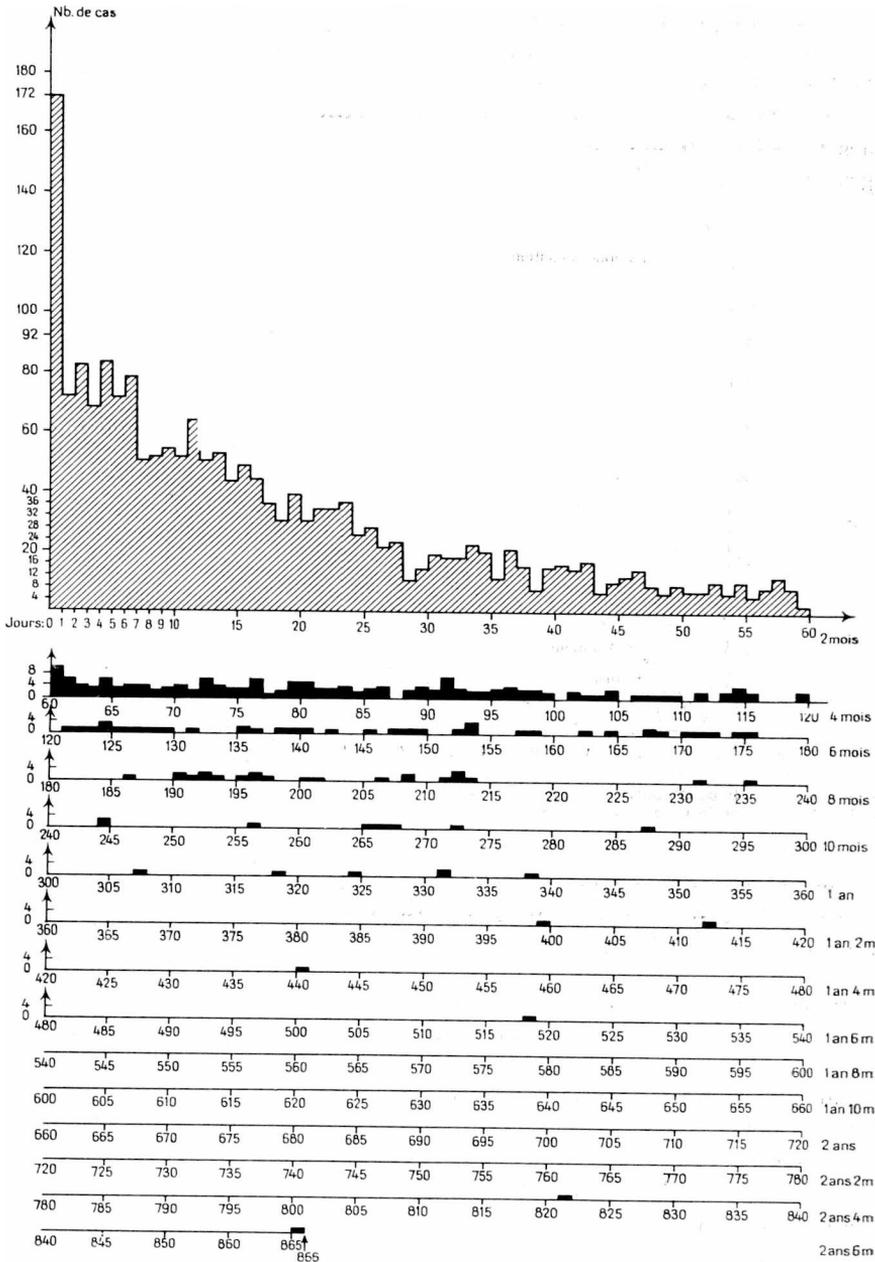
TABLEAU 8 (suite)

LES DURÉES DE SÉJOUR PAR AGE ET SEXE DES MALADES DE L'HÔTEL-DIEU EN 1954-1955

36

DURÉE EN JOURS	HOMMES								FEMMES								TOTAL HOMMES	TOTAL FEMMES	HÔTEL-DIEU	
	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 et +	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 et +			TOTAL 1954- 1955.	
257																	1		1	
266					1												1		1	
267															1			1	1	
268																	1		1	
273																	1		1	
288															1			1	1	
308													1						1	
319													1					1	1	
325															1	1		2	2	
332															1			1	1	
339																		1	1	
400					1												1		1	
412														1				1	1	
441															1			1	1	
519								1							1			1	1	
822															1			1	1	
866																				
Indct.		7	4	6	16	14	17			3	4	8	9	13	13	4	64	54	118	
TOTAL	26	186	183	229	289	194	119	45	17	106	99	126	178	181	153	86	1.271	946	2.217	

RÉSULTATS GÉNÉRAUX



SCHEMA 9. — Les durées de séjour des hospitalisés de l'Hôtel-Dieu en 1954-1955. (Nombre de cas pour chaque durée.)

divers échantillons de malades que nous trouvons à l'hôpital. Reflet d'un des aspects majeurs de la consommation hospitalière de la population, cette durée de séjour nous paraît, à ce titre même de critère de consommation, un élément important lorsque l'on compare des catégories socio-professionnelles différentes, des maladies différentes, des échantillons d'âges ou de sexes différents.

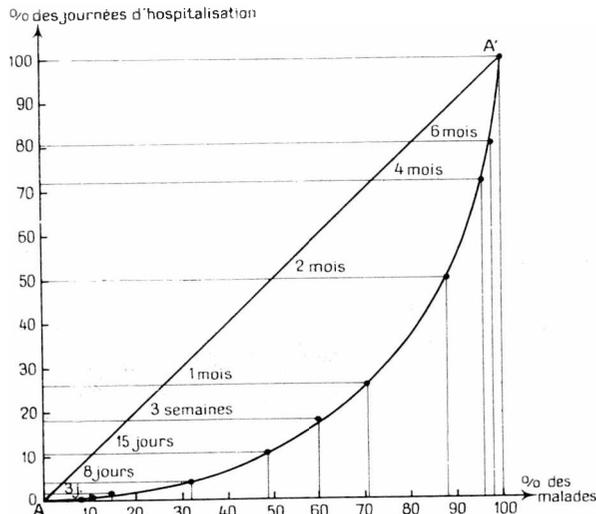


SCHÉMA 10. — Durée de séjour des hospitalisés de l'Hôtel-Dieu en 1954-1955. (Pourcentage des durées par le pourcentage des malades.)

Cependant la fragmentation de la population initiale aboutit à des échantillons réduits : on est alors en présence d'un petit nombre de cas étalés sur un grand nombre de jours, dont l'étude comparative devient impossible.

C'est ainsi que nous avons essayé de trouver un mode de représentation de ces durées de séjour, suffisamment satisfaisant pour permettre ces comparaisons d'un échantillon à l'autre. Disons tout de suite que nous avons partiellement échoué puisqu'il nous faut pour chaque étude comparative prendre plusieurs critères que nous allons maintenant décrire et dont la valeur statistique devra toujours être discutée avec la plus grande circonspection (la taille des échantillons nous empêche souvent d'affirmer qu'une différence est significative ; elle ne sera alors que l'amorce d'un nouveau travail destiné à confirmer ou infirmer notre opinion actuelle).

Le critère le plus naturel et le plus habituellement utilisé pour comparer des durées de séjour est représenté par la *moyenne* (Tableaux 10 et 11 et Schéma 11) : soit le nombre total de jours divisé par le nombre total de malades.

TABLEAU 9. — LES DURÉES DE SÉJOUR CUMULÉES PAR LE NOMBRE DES MALADES CUMULÉS A L'HÔTEL-DIEU EN 1954-1955.

DURÉE DE SÉJOUR EN JOURS (1)	NOMBRE DE MALADES (2)	EFFECTIFS CUMULÉS (3)	% DES MALADES (4)	NOMBRE DE JOURNÉES (5)	JOURNÉES CUMULÉES (6)	% DU TOTAL DES JOURNÉES (7)
1	171	171	8	171	171	0,2
2	71	242	11	142	313	0,5
3	82	324	15	246	559	0,9
4	68	392		272	831	
5	83	475		415	1.246	
6	71	546		426	1.672	
7	78	624		546	2.218	
8 = 1 semaine	50	674	32	400	2.618	4
9	51	725		459	3.077	
10	54	779		540	3.617	
11	51	830		561	4.178	
12	64	894		768	4.946	
13	50	944		650	5.596	
14	53	997		742	6.338	
15 = 2 semaines	43	1.040	49	645	6.983	11
16	49	1.089		784	7.767	
17	44	1.133		748	8.515	
18	36	1.169		648	9.163	
19	30	1.199		570	9.733	
20	39	1.238		780	10.513	
21 = 3 semaines	30	1.268		630	11.143	
22	34	1.302	60	748	11.891	18
23	34	1.336		782	12.673	
24	36	1.372		864	13.537	
25	25	1.397		625	14.162	
26	28	1.425		728	14.890	
27	21	1.446		567	15.457	
28	23	1.469		644	16.101	
29	10	1.479		290	16.391	
30 = 1 mois	14	1.493	71	420	16.811	26
31 à 60 = 2 mois	356	1.849	88	15.127	31.938	50
61 à 120 = 4 mois	167	2.016	96	13.977	45.915	72
121 à 180 = 6 mois	40	2.056	98	5.867	51.782	81
181 et plus.	43	2.099	100	12.214	63.996	100

LA DURÉE DE SÉJOUR

TABLEAUX 10 et 11

RÉPARTITION ET POURCENTAGE DES HOSPITALISATIONS DANS 5 PÉRIODES DE DURÉES DE SÉJOUR A L'HÔTEL-DIEU EN 1952-1954. MODE MÉDIANE MOYENNE ET DURÉE LIMITE

RÉPARTITION DES CAS DANS 5 PÉRIODES DE DURÉES			DÉTERMINATION DU MODE DE LA MÉDIANE DE LA MOYENNE ET DE LA DURÉE LIMITE
GROUPES DES DURÉES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGES	
de 0 à 7 jours ...	624	29,8	Mode 1 jour Médiane..... 16 jours Moyenne..... 30,5 jours Durée limite.. 866 jours
dont 1 jours ..	171	8	
de 8 à 14 jours ..	373	17,7	
de 15 à 21 jours ..	271	12,9	
de 22 à 30 jours ..	225	10,8	
de 31 à 866 jours .	606	28,8	
dont 31 à 60 jours.	356	17	
61 à 180 jours.	207	9,8	
181 à 365 jours.	37	1,7	
366 à 866 jours	6	0,3	
TOTAL	2.099	100,00	

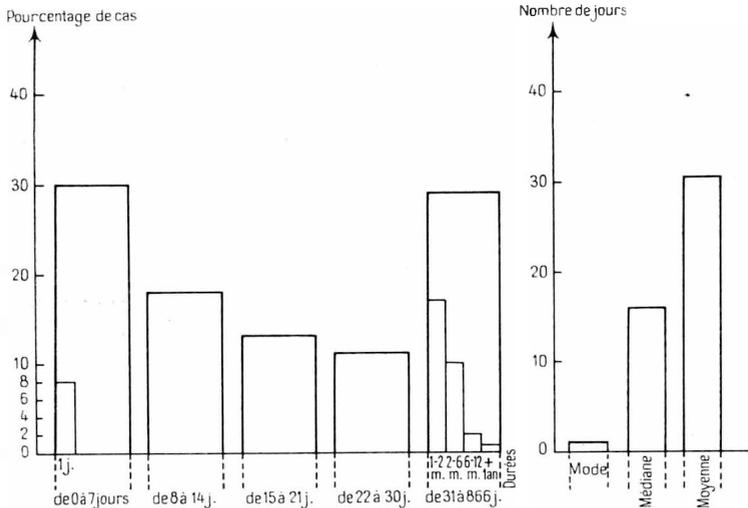


SCHÉMA II. — Répartition des durées de séjour selon 5 périodes : modes, médiane, moyenne. (Nombre de malades pour 100 hospitalisés à l'Hôtel-Dieu en 1954-1955.)

Cette durée moyenne d'hospitalisation ne rend pas compte des faits sous la totalité de ses aspects : en effet dire que les malades du service sont restés entre 1954 et 1955 en moyenne 30,5 jours c'est-à-dire 1 mois n'exprime pas toute la réalité, car 70 % des malades sont restés moins d'un mois et 50 % du total des journées d'hospitalisation, la deuxième moitié, est occupée par seulement 12 % des malades (le petit contingent de ceux qui restent longtemps) : c'est ce que montrent le Tableau 9 et le Schéma 10.

La durée moyenne est artificiellement gonflée par ce petit groupe de malades peu nombreux numériquement mais importants par leurs durées de séjour élevées.

Un deuxième critère est constitué par la *médiane* des durées de séjour, c'est-à-dire la durée pour laquelle on compte 50 % des malades restés moins de cette durée médiane et 50 % restés plus de cette durée. La médiane tient mieux compte du gros contingent des malades qui restent peu longtemps, c'est-à-dire de la partie initiale, dense, de la courbe des durées de séjour ; mais la médiane qui rend compte des cas les plus fréquents ne mesure pas les hospitalisations de longue durée qui importent plus par leur durée exacte que par leur quantité ; de même le *mode* qui est le point de la courbe, (ici le nombre de jours) qui groupe le plus grand nombre de malades, ne mesure que la partie initiale de la courbe.

La durée de séjour maximum d'un échantillon vise, au contraire, à nous donner une idée sur les hospitalisations prolongées : idée imparfaite puisque la malade possédant cette durée maximum peut être un cas totalement aberrant. Aussi nous paraît-il plus représentatif de déterminer le pourcentage des malades ayant une durée de séjour comprise dans certains intervalles de temps non équivalents (ni même logarithmiques), mais choisis d'après la répartition que nous avons vue sur le Schéma 9 : *Les pourcentages de malades répartis dans cinq catégories de durées de séjour choisies arbitrairement* nous montrent en effet que sur 100 hospitalisés en 1954-1955 à l'Hôtel-Dieu (Tableaux 10 et 11 et Schéma 11) :

- 30 sont restés moins d'1 semaine (et 8 : 1 jour seulement) ;
- 18 sont restés entre 1 et 2 semaines ;
- 13 entre 2 et 3 semaines ;
- 11 entre 3 semaines et 1 mois ;
- 29 sont restés plus d'1 mois ;
 - 17 entre 1 et 2 mois ;
 - 10 entre 2 et 6 mois ;
 - 2 entre 6 mois et 1 an ;
 - 0,3 sont restés plus d'1 an ¹.

*
* *

La première enquête de l'Hôtel-Dieu (1952-1954) nous fournit enfin un mode de représentation des durées de séjour différent du fait de la codification particulière dont ces dernières ont fait l'objet. Au lieu de porter sur la carte perforée le nombre exact de journées d'hospitalisation de chaque malade, on a noté pour chaque hospitalisation l'un des intervalles de temps choisis à l'avance dans lequel la durée exacte était comprise.

Cette disposition permettait en effet de faire tenir sur un graphique correct la répartition des hospitalisations selon la durée de séjour (Tableau 12

1. Nous avons ici « arrondi » les chiffres du tableau 10.

HOTEL-DIEU, 1952-1954. DÉTERMINATION

CATÉGORIES DE SÉJOUR		NOMBRE DE CAS POUR LES HOMMES PAR DÉCADES D'ÂGE											
INTERVALLES DE TEMPS CHOISIS POUR 1952-1954	DURÉES APPROCHÉES CONTENUES DANS CES INTERVALLES	MOYENNES APPROCHÉES	10 A 19 ANS	20 A 29 ANS	30 A 39 ANS	40 A 49 ANS	50 A 59 ANS	60 A 69 ANS	70 A 79 ANS	80 A 89 ANS	90 ANS ET PLUS	INDÉTERMINÉ	TOTAL
			0-60 j.	0 à 2 mois.		28	172	234	365	318	256	158		33	2	3	1.566
0- 3	1 à 3 j	2	8	29	37	43	43	27	23	5	0	1	215
4-10	∨ 1 sem. ∨	8	11	67	68	82	66	54	34	9	0	1	391
11-18	∨ 2 sem. ∨	15	5	34	43	81	59	58	32	8	1	0	321
19-26	∨ 3 sem. ∨	21	1	22	31	47	51	35	20	3	0	0	210
27-34	∨ 1 mois ∨	30	3	9	24	47	37	23	17	5	0	0	165
35-42	∨ 5 sem. ∨	35	0	5	16	19	24	22	7	0	0	0	93
43-50	∨ 6 sem. ∨	42	0	2	8	19	18	20	13	1	0	1	81
51-60	7 sem.-2 mois	55	0	4	7	27	20	17	12	2	1	0	90
61 à 180 j.	2 à 6 mois.		2	5	12	35	28	37	21	5	2	0	147
61- 90		83	1	2	5	21	16	20	8	2	2	0	77
91-120		113	1	1	3	9	5	9	7	2	0	0	37
121-150		143	0	1	1	4	3	5	1	0	0	0	20
151-180		173	0	1	3	1	4	3	1	0	0	0	13
181 j et plus.	6 mois et plus.		0	0	2	1	6	6	3	2	0	0	20
181 à 330 j.	De 6 mois à près d'un an.		0	0	1	0	5	5	1	1	0	0	13
181-210		203					4	1					5
211-240		233			1		1	1					3
241-270		263						1	1				2
271-300		293						2					2
301-330		323								1			1
Plus de 331 j.	Autour d'1 an et plus		0	0	1	1	1	1	2	1	0	0	7
331- 420		388			1					1			2
421- 510		480				1	1		1				3
511- 600		570							1				1
601- 690		660											
691- 870		780											
871-1.050		975						1					1
Indéterminé.	?	?						1			1		2
TOTAL			30	177	248	401	352	299	182	40	4	4	1.733

et Schéma 12) à comparer au Schéma 9 ; mais remarquons que les intervalles de temps ne sont pas régulièrement croissant, et que de ce fait la courbe est tout-à-fait déformée. Plus intéressante nous paraît être l'étude de la seule partie initiale de la courbe (partie encadrée) où l'on voit comment se répartissent les hospitalisations autour de chiffres tels que 8 jours, 15 jours, 3 semaines, 1 mois etc... ; représentation qui se rapproche du Schéma 11. Ne disposant pas des durées exactes, ne pouvant donc calculer que de façon approchée la moyenne, le mode et la médiane des durées d'hospitalisation dans cette première enquête de l'Hôtel-Dieu, nous utiliserons surtout

J 12

S DURÉES DE SÉJOUR PAR SEXE ET AGE

NOMBRE DE CAS POUR LES FEMMES PAR DÉCADES D'AGE										TOTAL HOMMES ET FEMMES TOUS AGES	
10 A 19 ANS	20 A 29 ANS	30 A 39 ANS	40 A 49 ANS	50 A 59 ANS	60 A 69 ANS	70 A 79 ANS	80 A 89 ANS	90 A 99 ANS	INDÉTERMINÉ		TOTAL
44	235	181	205	277	272	290	81	2	1	1.587	3.153
5	45	27	23	21	29	29	4	0	0	183	398
12	84	52	57	71	57	44	17	0	1	394	785
11	47	43	47	58	54	74	12	0	0	346	667
8	26	23	27	36	47	49	11	0	0	227	437
4	14	16	19	35	24	33	15	0	0	160	325
0	5	10	10	19	15	18	6	1	0	84	177
1	10	3	9	14	25	27	7	1	0	97	178
3	4	7	13	23	21	16	9	0	0	96	186
9	16	10	14	31	42	41	16	0	0	179	326
6	12	9	11	16	22	28	11	0	0	115	192
3	3	0	2	9	9	7	1	0	0	34	71
0	0	0	0	2	6	5	4	0	0	17	37
0	1	1	1	4	5	1	0	0	0	13	26
0	1	1	0	4	8	7	1	1	0	23	43
0	1	1	0	3	8	5	1	1	0	20	33
	1	1			2	2	3			7	12
				2	2	2		1		5	8
				1	3	1				5	7
				1	1		1			2	4
						1				1	2
0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	3	10
				1						1	3
						2				2	5
											1
										0	2
53	252	192	219	312	322	338	98	3	1	1.789	3.522

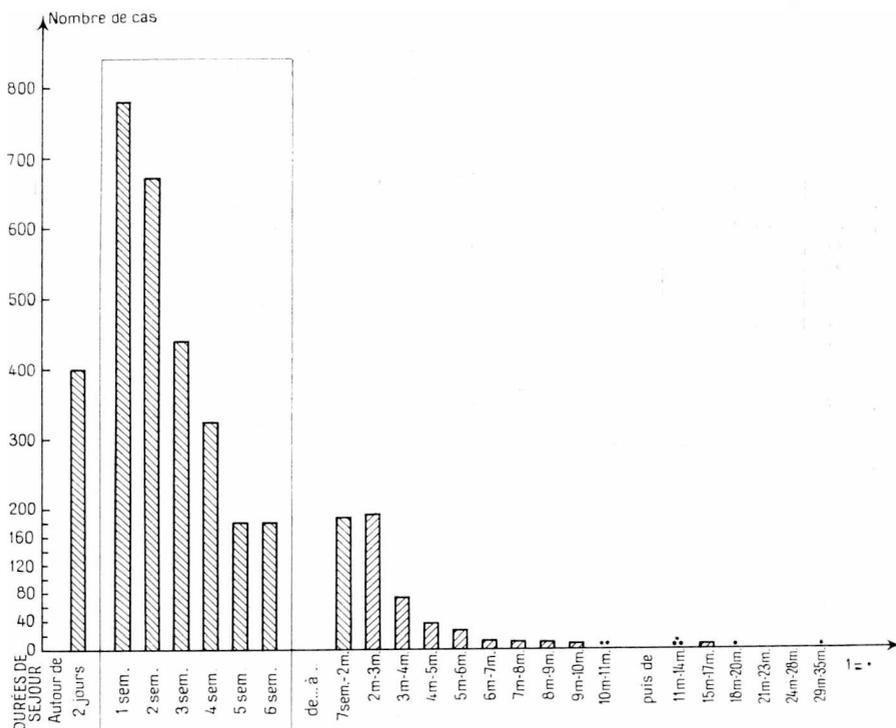
dans cette enquête un mode de représentation s'inspirant de ce Schéma 11 mais non superposable à lui (Tableau 13 et Schéma 13).

Enfin sans vouloir comparer les deux enquêtes de l'Hôtel-Dieu dont les durées de séjour sont représentées différemment, notons que les durées souvent plus longues en 1954-1955 sont dues au fait que dans cette deuxième enquête les durées de certains malades représentent la somme de plusieurs séjours alors que dans la première chaque durée de séjour ne représente qu'une hospitalisation ; nous aurons l'occasion de revenir plus loin sur ces problèmes à propos des réhospitalisations successives des malades en 1954-

1955, car cette notion représente encore un aspect de la consommation hospitalière.

* * *

Au total la durée de séjour qui nous paraît être l'un des critères de consommation hospitalière les plus rigoureux (notion chiffrée) et donc les plus utilisables, est un phénomène difficile à manier, à représenter et à comparer.



SCHEMA 12. — Répartition des malades de 1952-1954 selon leurs durées de séjour, groupées dans des intervalles de temps préétablis.

La courbe simple des durées de séjour (Schémas 9 et 12) est beaucoup trop longue, beaucoup trop dispersée pour être utilisée couramment. Les courbes logarithmiques, qui suppriment cette dispersion ne sont pas assez parlantes : leur emploi dans ce cas particulier est, de plus fort contestable.

La courbe des pourcentages (Schéma 10) rend certes compte de la dispersion (écart entre la courbe et la ligne $A A^1$) ; elle a de plus l'avantage de permettre de comparer ce que certaines durées représentent en pourcentage du total des malades et pourcentage de durées totales (nous y reviendrons dans un instant) ; mais telle qu'elle est, cette courbe ne nous paraît pas assez parlante et pratique à manier sur de plus petits échantillons.

Pour rendre compte de tous les aspects de cette répartition des durées de séjour, nous utiliserons donc le plus souvent plusieurs critères, parmi lesquels la médiane d'une part, qui mesure surtout le gros contingent des

TABLEAU 13
RÉPARTITION ET POURCENTAGES DES HOSPITALISATIONS
DANS 6 PÉRIODES DE DURÉES DE SÉJOUR A L'HÔTEL-DIEU EN 1952-1954

DURÉES	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Inférieure à 3 jours	398	11,3		
Autour de 7 jours	785	22,3		
Autour de 15 jours	667	19		
Autour de 3 semaines	437	12,4		
Autour d'1 mois	325	9,2		
Au delà de 43 jours	910	25,8		
dont :				
de 35 jours à 2 mois ...			541	15,4
de 2 mois à 6 mois			326	9,2
de 6 mois et plus			43	1,2
TOTAL			910	25,8
TOTAL	3.522	100 %		

malades restant peu, et la moyenne et la durée limite, d'autre part, qui rendent davantage compte du petit nombre des longues durées (Tableaux 10 et 11 et Schéma 11).

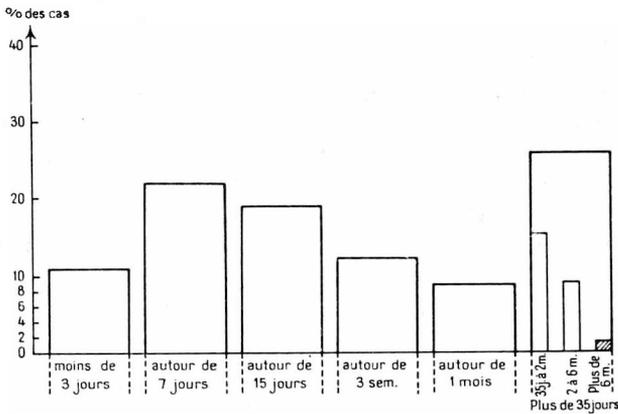


SCHÉMA 13. — Répartition des durées de séjour selon 6 périodes. (Nombre de malades pour 100 hospitalisés à l'Hôtel-Dieu en 1952-1954.)

Schématiquement on pourrait en effet, à l'extrême rigueur avancer qu'administrativement le roulement des malades à l'intérieur d'un service peut suivre deux modes différents : un mode rapide où les lits n'étant pas occupés longtemps, le renouvellement des malades est fréquent et un mode

lent où, les malades restant longtemps, le renouvellement est nul, l'encombrement évident. Ce second mode, qui intéresse la plus petite fraction des malades réalise donc un encombrement qu'il est intéressant de mieux chiffrer.

Nous avons alors la possibilité de déterminer le pourcentage des malades restant longtemps à l'hôpital (ce qui figure sur le Schéma 11 plus lisible que le Schéma 9) ; mais l'influence de ces malades restant longtemps à l'hôpital sur l'occupation des lits, paraît encore plus démonstrative de l'importance de ces quelques cas limites, cette extrémité de la courbe, pourtant peu intéressante par le nombre : sur le Schéma 10 nous lisons en

TABLEAU 14
OCCUPATION DU SERVICE EN 1954-1955
SELON CHAQUE PÉRIODE DE DURÉE DE SÉJOUR

PÉRIODES DE DURÉE	NOMBRE DE MALADES	% DES MALADES	NOMBRE DES JOURNÉES	% DES JOURNÉES
0 à 7 jours ..	624	29,8	2.218	3,5
8 à 14 jours ..	373	17,7	4.120	6,5
15 à 21 jours ..	271	12,9	4.805	7,5
22 à 30 jours ..	225	10,8	5.668	9
31 jours et plus.	606	28,8	47.185	73,5
TOTAL	2.099	100 %	63.996	100 %
Détail des plus de 1 mois.				
31 à 60 jours ..	356	17	15.127	23,5
61 à 180 jours .	207	9,8	19.844	31
181 jours et plus.	43	2	12.214	19

effet qu'au delà de 6 mois les malades, bien que ne représentant que 2 % du total des hospitalisés, occupent en réalité près de 20 % de la durée totale disponible dans le service !

C'est ainsi que nous avons tenté de déterminer la physionomie de ce service de Médecine Générale au jour J :

Si nous acceptons par approximation que le service fonctionne à saturation complète, nous pouvons dire que la capacité totale du service a été de 63.996 journées d'hospitalisation et si nous admettons que les malades se répartissent à peu près également sur le plan de leur durée de séjour, d'un bout de l'année à l'autre, nous pouvons dire que (Tableau 14 et Schéma 14) au jour J, sur 100 malades du service :

— les malades restant moins d'1 semaine soit 30 % des hospitalisés n'occupent que 3,5 % des lits du service

— alors que les malades restant plus de 6 mois soit 2 % des hospitalisés occupent 19 % des lits !

Cet exemple nous amène à penser que, du point de vue administratif surtout, « la durée de séjour » appelle un autre critère de la consommation hospitalière, celui de l'occupation des lits : la juxtaposition de ces deux

notions complémentaires sera nécessaire chaque fois que nous aurons à étudier et à comparer le séjour hospitalier dans divers échantillons de malades ¹, ce que nous allons faire dès maintenant sur les diverses classes d'âge des deux sexes.

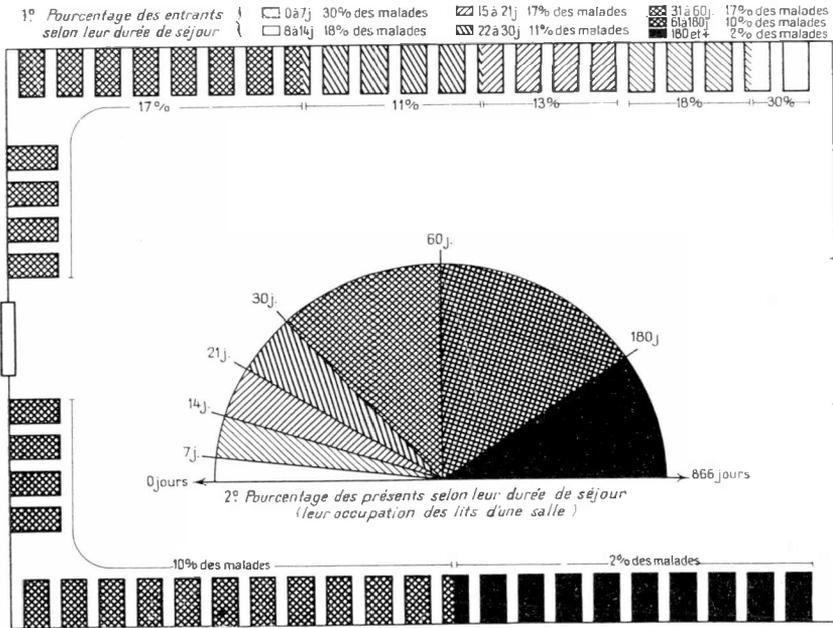


SCHÉMA 14. — Occupation d'une salle fictive de 50 malades des 2 sexes réunis selon leur durée de séjour à l'Hôtel-Dieu en 1954-1955. (Comparaison des pourcentages d'entrants au centre ou de présents, à la périphérie du schéma, selon la durée de séjour.)

III. DURÉE DE SÉJOUR PAR AGE ET SEXE

La simple analyse des tableaux 8 et 12 nous montre de façon significative que les durées de séjour croissent grossièrement avec l'âge, et il est bien évident que la plupart des facteurs influençant l'hospitalisation (facteurs familiaux, socio-professionnels, médicaux) jouent d'autant plus que le malade est âgé, concentrant sur lui toutes les raisons d'une longue hospitalisation.

1. Aussi pouvons-nous dire que si la remarque de D. SCHWARTZ [24], sur la cause de biais des études statistiques fondées sur une comptabilité des malades au jour J est pleinement justifiée, certains travaux administratifs sur la consommation hospitalière notamment, nécessitent cette notion extemporanée de la composition d'une salle au jour J ; pour les mêmes raisons que D. SCHWARTZ a invoquées pour critiquer les enquêtes des présents.

Alors que l'enquête auprès des présents amène à étudier davantage les malades restant longtemps que l'enquête menée comme la nôtre auprès des entrants ; celle-ci ne nous paraît pas toujours dénuée d'intérêt pour noter des phénomènes grossiers qui ne seront interprétés qu'en connaissance de cette cause de biais et en fonction d'elle. De plus à partir d'une statistique d'entrants et de leur durée de séjour, la reconstitution d'une salle à un instant donné est irremplaçable pour explorer de façon simple un caractère donné en fonction de la durée

Mais une étude plus poussée, utilisant les critères que nous venons de décrire, nous permet de préciser comment cette consommation hospitalière varie avec l'âge et ceci de façon comparative chez l'homme et chez la femme.

Nous ferons d'abord appel à la médiane et à la moyenne de durée de séjour (Tableau 15 et Schéma 15) qui, certes, croissent l'une et l'autre entre 15 et 80 ans et dans les deux sexes mais de façon assez particulière ; ces deux données ne varient pas de façon parallèle et leur comparaison d'un sexe à l'autre montre des distorsions assez franches ¹.

La Médiane, rappelons-le, mesure au mieux le phénomène global sans tenir compte des extrémités de la courbe, notamment du côté des longues durées. A mesure que l'âge avance, cette médiane croît régulièrement et parallèlement pour les deux sexes entre 30 et 70 ans, la courbe des hommes se situant légèrement en dessous de celle des femmes.

Aux extrémités de la vie, les médianes des hommes et des femmes diffèrent. Notons que du côté des jeunes, (nous ne pouvons tenir compte des premiers échantillons avant 20 ans, car ils sont trop faibles pour permettre des déductions significatives) la médiane des hommes entre 20 et 29 ans est légèrement plus élevée que celle des femmes ; à l'autre extrémité des courbes, il semble que les médianes cessent de croître, mais alors que la courbe des femmes ne s'infléchit qu'à 80 ans, celle des hommes décroît à partir de 70 ans.

La Moyenne, davantage influencée par les très longues durées, suit également une courbe ascendante avec des inflexions aux mêmes âges. Mais ici la courbe des femmes est nettement plus élevée que celle des hommes. Ceci nous indique qu'entre homme et femme la différence porte davantage sur le petit nombre des très longues durées que sur le gros contingent des durées modérées.

Au total :

— les séjours hospitaliers sont d'autant plus longs que l'âge des malades est plus avancé avec cette réserve que l'on a faite sur la surmorbidity masculine de 20 à 29 ans ; mais à un certain âge (plus avancé pour la femme que pour l'homme) cet accroissement se réduit (femmes) ou s'annule (hommes) ;

— les femmes font des séjours régulièrement plus longs que les hommes (médiane) et ceci surtout après 60 ans. Mais l'étude comparée des moyennes et des médianes montre que l'écart est plus grand pour les moyennes que pour les médianes : il semble donc que ce qui importe chez les femmes et surtout les femmes âgées ce n'est pas la durée régulièrement plus longue

de séjour ; c'est pourquoi : nous utiliserons plusieurs fois cette méthode de représentation lorsque nous voudrons à propos d'un caractère faire entrer la notion de consommation exprimée en durée de séjour.

1. Il est bien évident que toutes ces indications n'ont pas une valeur mathématique absolue. L'étude de la significativité de nos résultats nécessiterait la collaboration d'un technicien que nous n'avons pas parmi nous : ce contrôle mathématique de nos résultats aurait pourtant été du plus grand intérêt et il n'est pas illusoire de penser qu'un tel travail, en réalité considérable, pourra être fait dans l'avenir.

TABLEAU 15

MODE, MÉDIANE, MOYENNE ET OCCUPATION DES LITS PAR AGE ET PAR SEXE.
HÔTEL-DIEU, 1954-1955.

AGE	MODE		MÉDIANE		NOMBRE TOTAL DE JOURS (1)		NOMBRE TOTAL DE MALADES (2)		MOYENNE = $\frac{(1)}{(2)}$		% DES LITS POUR CHAQUE AGE = $\frac{(1) \times 100}{(3)}$	
	HOM- MES	FEM- MES	HOM- MES	FEM- MES	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOM- MES	FEM- MES	HOM- MES	FEM- MES
De 15 à 19 ans .	7	3	7	9	470	412	26	17	18	24	1,5	1
20 à 29 ans..	5	1	11	8	3.424	1.436	179	103	19	14	11,5	4
30 à 39 ans .	1	1	10	11	2.881	1.949	179	95	16	20	9,5	6
40 à 49 ans .	1	1	14	15	4.459	3.016	223	118	20	25	15	9
50 à 59 ans .	1	1	17	20	7.213	5.846	273	169	26	34	24	17,5
60 à 69 ans .	1	1	25	26	6.097	6.416	180	168	34	38	20	19
70 à 79 ans .	14	2	24	36	3.811	8.955	102	140	37	64	12,5	26,5
80 ans et plus	1	23	23	38	1.857	5.663	45	82	41	69	6	17
TOTAL					30.212	33.693					100	100

(3)

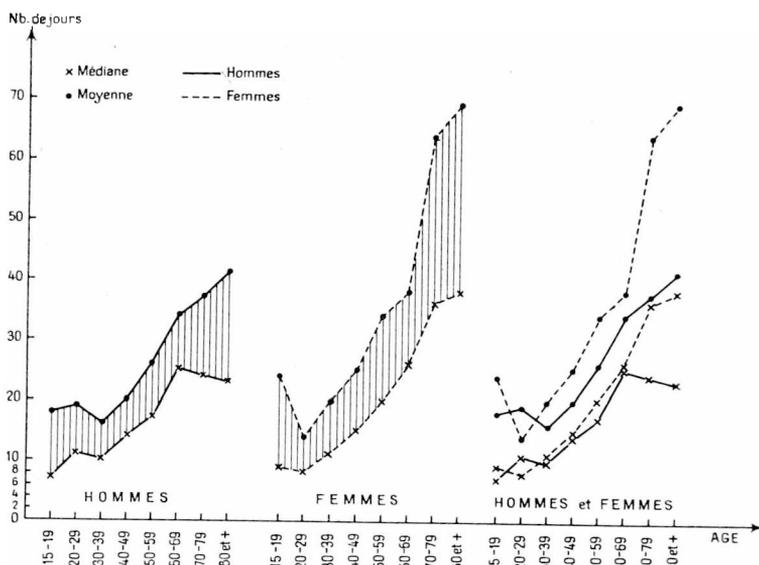
TABLEAU 16

RÉPARTITION PAR AGE ET PAR SEXE DES MALADES DE L'HÔTEL-DIEU EN 1954-1955 POUR CHAQUE DURÉE DE SÉJOUR.
(NOMBRE DE CAS DE CHAQUE DURÉE POUR 100 MALADES DE CHAQUE AGE ET SEXE.)

PÉRIODES	DE 15 A 19		DE 20 A 29		DE 30 A 39		DE 40 A 49		DE 50 A 59		DE 60 A 69		DE 70 A 79		80 ET PLUS	
	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%
HOMMES	Chiffres trop faibles, inexploitable	0 à 7 jours .	74	41,5	72	40	75	33,5	84	31	39	22	21	20,5	11	24,5
		8 à 14 jours .	46	25,5	42	23,5	45	20	43	16	26	14,5	19	18,5	7	15,5
		15 à 21 jours .	16	9	25	14	41	18,5	42	15,5	26	14,5	11	11	4	9
		22 à 30 jours .	18	10	17	9,5	21	9,5	29	10,5	13	7	18	17,5	5	11
		31 et plus	25	14	23	13	41	18,5	75	27	76	42	33	32,5	18	40
		31 à 180 jours.	23	13	22	12,5	40	18	72	26	74	41	29	28,5	16	35,5
		181 et plus ...	2	1	1	0,5	1	0,5	3	1	2	1	4	4	2	4,5
TOTAL		179	100	179	100	223	100	273	100	180	100	102	100	45	100	
FEMMES	Chiffres trop faibles, inexploitable	0 à 7 jours .	44	43	38	40	41	35	48	28,5	27	16	24	17	8	10
		8 à 14 jours .	27	26	17	18	21	18	25	15	21	12,5	20	14,5	9	11
		15 à 21 jours .	12	11,5	9	9,5	18	15	19	11	24	14	14	10	6	7,5
		22 à 30 jours .	8	8	12	12,5	5	4	20	12	31	18,5	11	8	13	15,5
		31 et plus....	12	11,5	19	20	39	33	57	33,5	66	39	71	50,5	46	56
		31 à 180 jours.	11	11,5	19	20	38	32	51	30	62	37	63	45	36	44
		180 jours et +	0	0	0	0	1	1	6	3,5	3	2	8	5,5	10	12
TOTAL		103	100	95	100	118	100	169	100	168	100	140	100	82	100	

de toutes leurs hospitalisations (médiane) mais la plus grande fréquence chez elles de quelques hospitalisations très longues.

Nous avons enfin, sur le schéma 15 comparé séparément dans chaque sexe la médiane et la moyenne et représenté l'aire qui les sépare. Cette aire représente plus précisément l'influence qualitative des longues durées : c'est en effet la différence entre la moyenne qui rend compte des longues durées sous leur double aspect qualitatif et quantitatif (nombre de jours et nombre de cas) et la médiane qui n'exprime que l'aspect quantitatif (nombre de cas).



SCHEMA 15. — Moyenne et médiane des durées de séjour selon l'âge et le sexe à l'Hôtel-Dieu en 1954-1955.

Nous voyons que cette aire est généralement plus étendue chez les femmes que chez les hommes, surtout chez les vieillards.

Aussi pouvons nous d'ores et déjà prévoir que les plus longues durées, les cas limites dont nous avons dit toute l'importance dans l'encombrement hospitalier, se trouveront davantage chez les vieillards que chez les jeunes et plus chez les femmes que chez les hommes.

C'est d'ailleurs ce que confirme la répartition des malades dans des intervalles de séjours choisis à l'avance (Tableau 16 et Schéma 16). Sur la partie haute du schéma, on voit que le nombre des malades restés moins d'une semaine pour 100 malades de chaque décade d'âge décroît régulièrement de 20 à 60 ans dans les 2 sexes, alors que le pourcentage de ceux qui sont hospitalisés plus d'un mois croît de 20 à 60 ans chez l'homme et à 90 ans chez la femme. La partie inférieure de ce même schéma 16 montre en outre que ces courbes sont plus régulières chez la femme que chez l'homme

TABLEAU 17

RÉPARTITION PAR AGE ET PAR SEXE DES MALADES DE L'HÔTEL-DIEU EN 1952-1954 POUR CHAQUE DURÉE DE SÉJOUR.
(NOMBRE DE CAS DE CHAQUE DURÉE POUR 100 MALADES DE CHAQUE AGE ET SEXE.)

PÉRIODES	DE 15 A 19 ANS		DE 20 A 29 ANS		DE 30 A 39 ANS		DE 40 A 49 ANS		DE 50 A 59 ANS		DE 60 A 69 ANS		DE 70 A 79 ANS		DE 80 ANS ET +	
	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%
HOMMES																
o à 60 jours..	28	93	172	97	234	94	365	90,7	318	90	256	85,5	158	87	35	79,5
61 à 180 jours..	2	7	5	3	12	5	35	9	28	8	37	12,5	21	11,5	7	16
181 et plus	0	0	0	0	2	1	1	0,3	6	2	6	2	3	1,5	2	4,5
181 à 330 jours.	0	0	0	0	1	0,5	0	0	5	1,5	5	1,5	1	0,5	1	2,2
330 et plus	0	0	0	0	1	0,5	1	0,3	1	0,5	1	0,5	2	1	1	2,2
TOTAL	30	100	177	100	248	100	401	100	352	100	299	100	182	100	44	100
FEMMES																
o à 60 jours.	44	83	235	93	181	94	205	93,5	277	89	272	84,5	290	86	83	82
61 à 180 jours.	9	17	16	6	10	5	14	6,5	31	10	42	13	41	12	16	16
181 et plus	0	0	1	0,5	1	0,5	0	0	4	1	8	2,5	7	2	2	2
181 à 330 jours.	0	0	1	0,5	1	0,5	0	0	3	0,7	8	2,5	5	1,5	2	2
330 et plus	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	0	0	2	0,5	0	0
TOTAL	53	100	252	100	192	100	219	100	312	100	322	100	338	100	101	100

qui, après 70 ans, compte une recrudescence de séjours brefs et une diminution des séjours prolongés (qui d'ailleurs reprennent après 80 ans). Surtout cette comparaison entre homme et femme montre que les pourcentages sont à peu près superposables pour des durées brèves alors que les deux

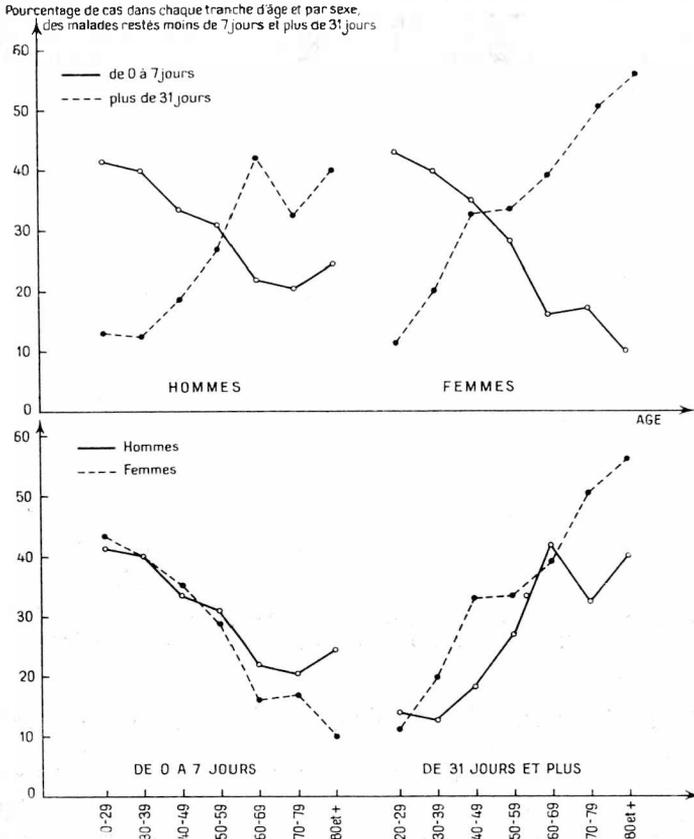


SCHÉMA 16. — Étude des durées très brèves et très longues des malades de l'Hôtel-Dieu en 1954-1955 selon l'âge et le sexe.

courbes s'écartent dans le contingent des malades restés plus d'un mois : pour ces longues durées, les femmes comptent toujours un pourcentage plus élevé surtout avant 50 ans et après 70 ans.

* * *

Avec de telles variations des durées de séjour d'un sexe à l'autre et d'une décade d'âge à la suivante, on conçoit que la pyramide d'âge des présents en salle soit bien différente de la pyramide d'âge des entrants.

Les malades jeunes, malgré leur fréquence à l'entrée sont peu représentés en salle car ils restent peu et occupent de ce fait peu de lits. Les sujets âgés au contraire restant longtemps à l'hôpital, entraînent une occu-

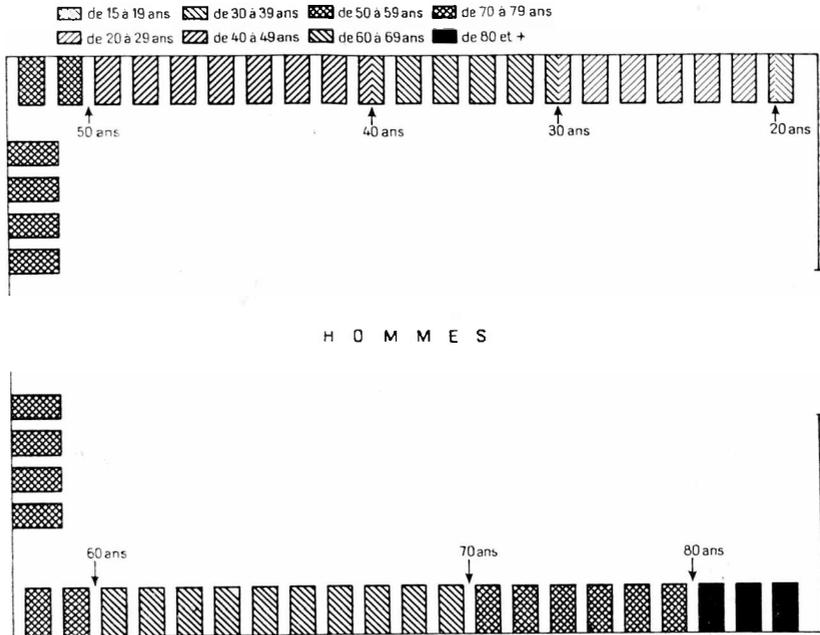


SCHÉMA 17. — Répartition des malades présents dans une salle d'hommes reconstituée selon leur âge à l'Hôtel-Dieu en 1954-1955. (Occupation des lits selon l'âge.)

pation des lits beaucoup plus grande que ne le fait prévoir leur pourcentage à l'entrée.

Enfin la plus grande stagnation à l'hôpital des femmes âgées par rapport aux hommes âgés d'une part, et d'autre part la plus grande fréquence des femmes à l'admission, expliquent les différences entre les salles d'hommes et les salles de femmes.

C'est ainsi que (Tableau 15 et Schémas 17 et 18) dans les salles de Médecine Générale de l'Hôtel-Dieu en 1954-1955, nous avons calculé le pourcentage moyen des malades présents au jour J :

— dans une salle d'hommes sur 100 malades, il y a près de 40 malades de moins de 50 ans et près de 20 malades de plus de 70 ans ;

— alors que dans une salle de femmes, sur 100 malades il y a : 20 malades de moins de 50 ans, et plus de 40 malades de plus de 70 ans.

Ou encore, les vieillards (sujets de plus de 60 ans) occupent :

— 63 % des lits dans une salle de femmes.

— 38 % des lits dans une salle d'hommes.

Ces chiffres d'occupation des lits selon l'âge nous instruisent sur la

consommation hospitalière réelle (tenant compte de la durée de séjour) alors que la seule répartition des entrants pourrait faire sous-estimer la consommation des sujets âgés.

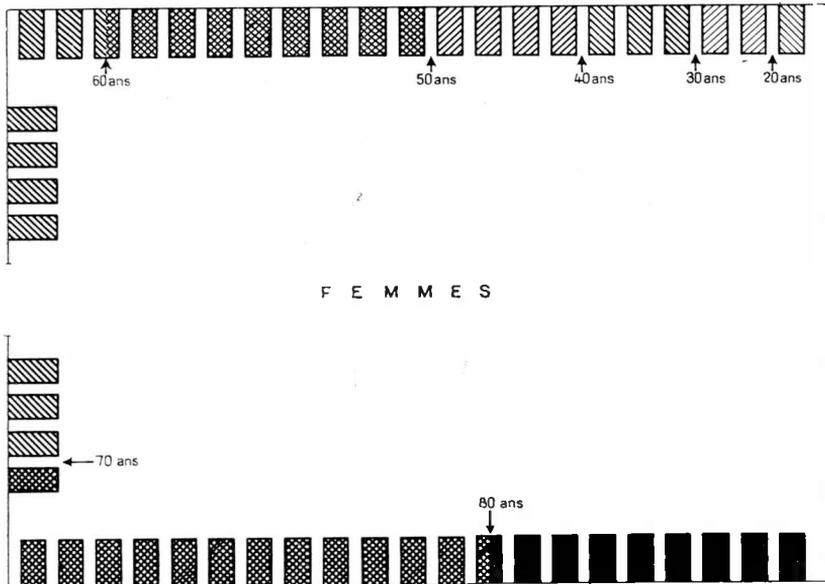


SCHÉMA 18. — Répartition des malades présents dans une salle de femmes reconstituée selon leur âge à l'Hôtel-Dieu en 1954-1955. (Occupation des lits selon l'âge.)
— Même légende que le schéma 17.

Si tels sont les résultats que nous avons pu tirer de l'étude des durées de séjour des malades de l'Hôtel-Dieu en 1954-1955, il convient de dire qu'une étude similaire de contrôle sur les hospitalisations (et non plus les malades) enregistrées en 1952-1954 dans le même service ne nous a pas apporté d'arguments supplémentaires. La seule vue du tableau 17 nous montre que la seule différence observée est une atténuation de toutes les constatations que nous venons de faire. Cette atténuation des contrastes tient au morcellement des séjours d'un certain nombre de malades en fragments d'hospitalisations successives.

La comparaison de ces deux enquêtes nous suggère cependant à côté de la durée de séjour, l'intérêt des « réhospitalisations » qui représentent encore un critère de consommation hospitalière et que nous allons étudier maintenant.

IV. LES RÉHOSPITALISATIONS SUCCESSIVES.

Dans notre enquête de 1954-1955, la durée de séjour, que l'on vient d'étudier, comprend pour ceux des malades qui ont fait plusieurs séjours pendant la durée de l'enquête, la somme de ces diverses hospitalisations.

TABLEAU 18

RÉPARTITION PAR AGE ET SEXE DES MALADES AYANT FAIT PLUSIEURS SÉJOURS DURANT L'ENQUÊTE DE L'HÔTEL-DIEU EN 1954-1955

AGE	HOMMES			FEMMES			HOMMES + FEMMES		
	TOTAL DES CAS	NOMBRE DE CAS AYANT PLUSIEURS SÉJOURS	%	TOTAL DES CAS	NOMBRE DE CAS AYANT PLUSIEURS SÉJOURS	%	TOTAL DES CAS	NOMBRE DE CAS AYANT PLUSIEURS SÉJOURS	%
De 15 à 19	26	1	4	17	3	18	43	4	10
20 à 29	186	18	10	106	6	5,5	292	24	8
30 à 39	184	31	17	99	11	11	283	42	15
40 à 49	228	55	24	125	25	20	353	80	22,5
50 à 59	289	74	25,5	178	32	18	467	106	23
60 à 69	194	52	27	181	42	23	375	94	25
70 à 79	119	17	14,5	153	42	27	272	59	22
80 et + ...	45	7	15,5	86	15	17,5	131	22	17
TOTAL	1.271	255	20	945	176	18,5	2.216	431	19,5

Cette disposition introduit une différence majeure, on l'a vu, entre les deux enquêtes de l'Hôtel-Dieu, différence réalisée par un allongement des durées d'hospitalisations dans la 2^e enquête de 1954-1955. En réalité, à côté de phénomènes extrinsèques (tels que peut-être une plus grande rapidité de placement de certains vieillards en 1952-1954) il faut noter que cet accroissement des durées de séjour en 1954-1955 est déjà fort explicable par la seule notion des réhospitalisations successives dont la somme accroît les longues durées.

Le pourcentage des malades hospitalisés plusieurs fois durant l'enquête atteint en effet 20 % de la population globale (Tableau 18) et ce pourcentage s'accroît pour les durées les plus longues (Tableau 19) passant à 31,5 % pour les malades restés de 31 à 60 jours et 41 % pour les malades restés plus de 100 jours.

Mais si les réhospitalisations durant l'enquête ont été notées sur les cartes perforées de 1954-1955, il convient de dire à ce sujet qu'à la suite d'une imprécision du questionnaire, une certaine surestimation de ces réhospitalisations a été introduite dans l'enquête. Il semble que quelques malades aient été notés comme des réhospitalisés alors que leurs précédentes hospitalisations étaient antérieures à la période de l'enquête. Cependant cette surestimation nous paraît modérée et en tout cas non systématique pour une clientèle particulière. Aussi, ces réserves faites, nous croyons-nous autorisé à utiliser ces résultats dans la mesure où ils nous indiquent le sens du phénomène et son retentissement sur l'étude des durées de séjour.

* * *

Mais de plus, en soi-même, les réhospitalisations successives constituent un autre critère de consommation hospitalière qui, avec les réserves que nous venons de faire, ne semble pas varier avec le sexe et l'âge de la même façon que la durée de séjour.

Sur le tableau 18 et le schéma 19, on voit en effet que de 20 à 49 ans les pourcentages de réhospitalisation croissent régulièrement dans les deux sexes : mais ici ce sont les hommes qui utilisent le plus ce phénomène (la courbe des hommes est constamment plus élevée que celle des femmes avant 49 ans, alors qu'au total les pourcentages sont voisins : 20 % des hommes et 18,5 % des femmes). A partir de 50 ans les courbes s'infléchissent : les réhospitalisations des hommes restent importantes jusqu'à 69 ans puis décroissent rapidement tandis que celles des femmes, après une petite diminution entre 50 et 59 ans, croissent encore jusqu'à 79 ans.

Autrement dit il semble :

- que le pourcentage des réhospitalisations croît avec l'âge ;
- qu'il s'infléchit chez le vieillard et plus tôt chez l'homme que chez la femme ;

TABLEAU 19

ÉTUDE QUALITATIVE DES DURÉES DE SÉJOUR DES MALADES AYANT FAIT PLUSIEURS SÉJOURS DURANT L'ENQUÊTE DE L'HÔTEL-DIEU EN 1954-1955

1° Malades restés de 31 à 60 jours.				FEMMES		HOMMES	
				NOMBRE TOTAL	NOMBRE DES POLY-SÉJOURS	%	
Hommes	194	70	36	100		105	
Femmes	162	42	26	100	100	105	
TOTAL	356	112	31,5	102	102	107	107
				102	102	108	
				103		112	112
				104		112	
				105		114	
				109	109	115	115
				110		115	115
				114		116	116
				115		120	120
				115		122	
				116	116	124	
				120	120	125	
				123		126	126
				125	125	128	128
				125	125	132	
				127	127	136	
				129	129	139	139
				130		140	
				136	136	143	143
				137	137	146	146
				139	139	149	
				141	141	154	
				148		165	
				150		168	
				153	153	173	

2° Malades restés de 61 à 100 jours.			
	NOMBRE TOTAL	NOMBRE DES POLY-SÉJOURS	%
Hommes	60	21	35
Femmes	84	35	41,5
TOTAL	144	56	39

3° Malades restés plus de 100 jours.			
	NOMBRE TOTAL	NOMBRE DES POLY-SÉJOURS	%
Hommes	43	21	49
Femmes	66	24	36,5
TOTAL	109	45	41

4° Détail des longues durées faites de plusieurs hospitalisations successives. →

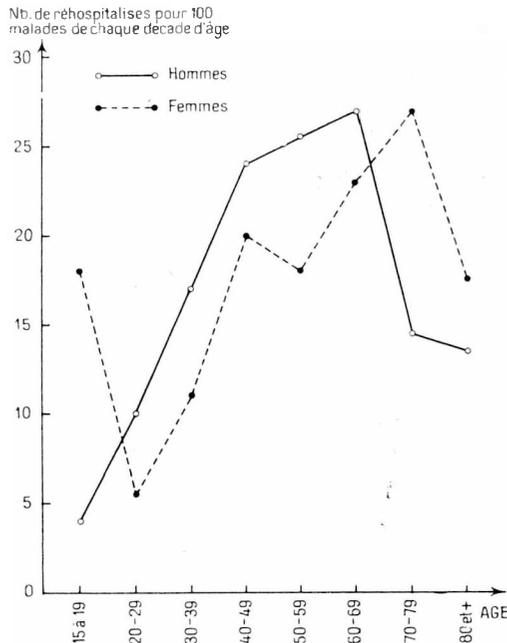
	FEMMES	HOMMES
plus de 100 jours.		
100 jours ayant fait plusieurs séjours.		
105 jours ayant fait plusieurs séjours.		
110 jours ayant fait plusieurs séjours.		
115 jours ayant fait plusieurs séjours.		
120 jours ayant fait plusieurs séjours.		
125 jours ayant fait plusieurs séjours.		
130 jours ayant fait plusieurs séjours.		
135 jours ayant fait plusieurs séjours.		
140 jours ayant fait plusieurs séjours.		
145 jours ayant fait plusieurs séjours.		
150 jours ayant fait plusieurs séjours.		
155 jours ayant fait plusieurs séjours.		
160 jours ayant fait plusieurs séjours.		
165 jours ayant fait plusieurs séjours.		
170 jours ayant fait plusieurs séjours.		
175 jours ayant fait plusieurs séjours.		

	Exposé (en nombre de jours) des hospitali	Exposé (en nombre de jours) des hospitalisés de plu	Exposé (en nombre de jours) des hospita	Exposé des hospitalisés de plus de 100 j
	154		191	191
	158		193	193
	159		193	
	163		197	
	168		209	
	169		213	
	171		214	214
	175	176	232	232
	176		245	245
	192		257	
	194	194	266	
	196		400	400
	197		519	
	198			
	201	201		
	202			
	207			
	209			
	212			
	213	213		
	236			
	245			
	267			
	268			
	273			
	288	288		
	308			
	319			
	325			
	332			
	332			
	339			
	412	412		
	441	441		
	822	822		
	866			

— qu'il est globalement égal dans les 2 sexes, mais plus élevé chez les hommes jeunes et plus élevé chez les femmes âgées.

Sur le plan méthodologique, cette notion de réhospitalisations successives nous est apparue du plus grand intérêt. Ne pas tenir compte de ces séjours répétés, aboutirait sans aucun doute à sous estimer largement la consommation hospitalière des malades.

Si nous avons déjà dit qu'une enquête ne devait pas porter sur des « hospitalisations », mais sur des « malades », cette unité « malade » des enquêtes ne peut être toujours résumée à une unique durée de séjour :



SCHEMA 19. — Pourcentage des malades de chaque sexe et décade d'âge ayant fait plusieurs séjours dans le service de l'Hôtel-Dieu en 1954-1955.

tout d'abord sur le plan de l'établissement, cette durée peut être décomposée en séjours dans le service considéré et en séjours dans d'autres services (chirurgie, désencombrement) qui feraient sous-estimer la consommation hospitalière s'ils n'étaient connus. Enfin sur un plan plus général il semble que la clientèle hospitalière comprenne un certain nombre de grands consommateurs des hôpitaux ayant fréquenté le même service, le même hôpital ou des hôpitaux différents, dans des délais très brefs.

Une telle cause de biais dans les études de consommation hospitalière ne doit pas être méconnue car elle intéresse un grand nombre de cas : nous avons en effet pratiqué un sondage dans ce sens sur les présents dans deux salles du service de Médecine Générale du Pr JUSTIN-BESANÇON à Bichat le 26 mars 1958. Tout en sachant que cette étude des présents fait surestimer

les malades restant longtemps, donc ceux qui fréquentent le plus l'hôpital, nous pensons que le phénomène n'est pas négligeable puisque sur 55 malades, 42 : soit 76,4 %, plus des trois quarts ont déjà fait des séjours hospitaliers antérieurs dont 26 : soit 47,3 % près de la moitié, dans les 2 années précédentes.

Ces chiffres nous amènent à penser qu'il existe une clientèle « fidèle » des hôpitaux d'une part, et que la fréquence des réhospitalisations successives obligera d'autre part les enquêtes futures à tenir compte de ce phénomène dans l'évaluation de la durée de séjour, ou de la consommation hospitalière.

LES RENSEIGNEMENTS D'ORDRE ADMINISTRATIF

A côté des notions que nous avons apportées sur les durées d'hospitalisation, sur la composition des salles et sur le roulement du service, nos enquêtes de l'Hôtel-Dieu nous offrent d'autres renseignements d'ordre administratif, concernant les circonstances de l'entrée et de la sortie de l'hôpital, la circonscription d'origine du malade, son mode de paiement des frais hospitaliers ¹.

I. CIRCONSTANCES D'ADMISSION.

1° L'étude du mode d'entrée des malades fait d'abord mention du lieu où a été faite l'admission du malade : la consultation qui a abouti à l'hospitalisation a pu avoir lieu : au service d'urgence de la porte de l'hôpital, à la consultation de la porte, à la consultation du service ou dans un autre service lorsqu'il s'agit de passages ou de transferts.

Globalement sur 2.155 malades admis en 1954-1955 (Tableau 20) on note que :

- 50 % des malades ont été admis en urgence au service porte ;
- 32 % des malades ont été reçus par la consultation simple de la porte ;
- 15 % des malades ont été adressés par la consultation particulière du service ;
- 3 % des malades ont été passés ou transférés d'un autre service hospitalier.

On peut donc dire que le recrutement de ce service a été aussi peu discriminatif que possible puisque 82 % au moins des malades (ceux qui sont passés par le service porte) n'ont pas été choisis par le personnel médical du service.

Dans notre enquête nous observons peu de différences significatives entre les deux sexes (Tableau 20) : les femmes sont dans l'ensemble entrées un peu plus par les urgences et la consultation du service que les hommes.

1. Nos premiers résultats ont déjà fait l'objet d'une publication avec notre maître H. PÉQUIGNOT et J. ESTÈVE, directeur du Bureau d'Études de l'A. P. [21].

De même selon l'âge : (Tableau 20 et Schéma 20) :

— les « urgences porte » groupent dans les deux sexes un pourcentage de malades variant de 40 à 60 % avec un maximum pour les hommes de plus de 80 ans et de 30 à 40 ans ;

— la consultation du service recrute un pourcentage variant de 5 à 25 % avec un maximum chez les femmes de 60 à 70 ans.

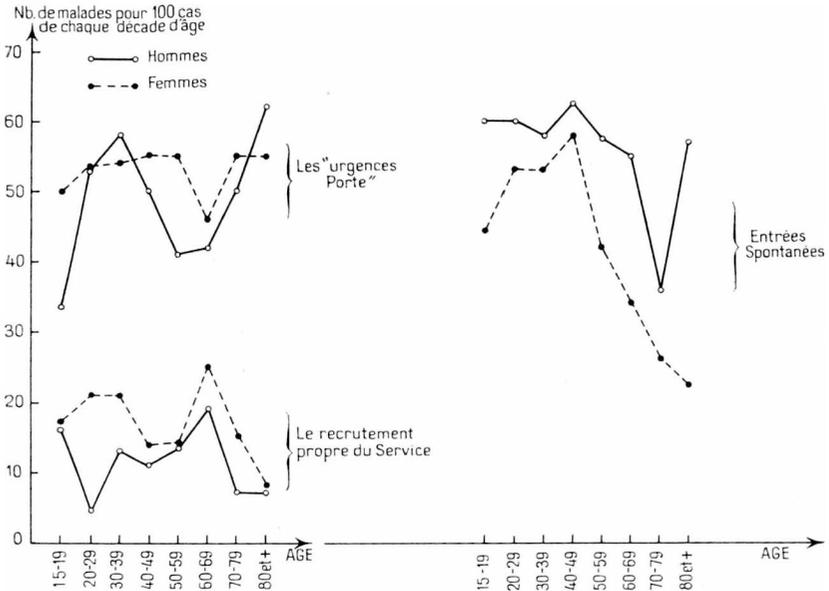


SCHÉMA 20. — Le mode d'entrée des malades de l'Hôtel-Dieu en 1954-1955 selon leur âge et leur sexe.

Il est bien entendu que cette distribution par âge ne nous paraît pas significative. Nous ne donnons ces résultats de notre enquête que pour montrer comment le phénomène s'est effectivement déroulé dans notre enquête, comment il peut être étudié et peut-être dans quel sens il évolue d'une classe à l'autre ; encore ceci devra-t-il être confirmé par des chiffres plus grands et un calcul mathématique de leur significativité.

2° Dans l'étude du mode d'admission nous avons encore fait préciser dans quelle mesure le malade était adressé à l'hôpital par une lettre de médecin ; à ce sujet il est bien évident que le nombre des malades qui ont subi en ville une visite médicale pré-hospitalière est sous-estimé car certains médecins de ville n'ont pas donné de lettre à leurs patients. D'autre part, la qualité de la lettre n'étant pas précisée, on ne peut déterminer dans quelle proportion il s'agit du simple certificat d'hospitalisation sans mention diagnostique délivré par un médecin qui voit le malade pour la première

fois, certificat d'A. M. G., par exemple ou la lettre détaillée du médecin traitant qui connaît son malade et l'adresse de façon moins anonyme à l'hôpital.

Cependant il nous paraît utile de donner nos chiffres pour préciser sur quelle base s'établit dans notre cas particulier la collaboration étroite qui devrait exister entre la Médecine de ville et la Médecine hospitalière dans l'intérêt propre du malade :

Globalement (Tableau 20), on peut dire que sur 100 malades admis dans le service :

50 sont venus spontanément

50 sont annoncés soit par une lettre (47 cas) ;

soit par un accord entre services (3 cas).

Plus précisément ces 50 malades venus spontanément représentent :

— 27 malades admis aux « urgences-porte » ;

— 19 malades admis à la consultation Porte ;

— 4 malades admis à la consultation du service et ceci nous montre que les malades ne se présentent pas spontanément dans le seul cas d'urgence qui les aurait empêché d'avoir le temps de consulter en ville avant de s'adresser à l'hôpital.

A l'inverse sur les 47 malades adressés par un médecin de ville :

— 23 malades ont été admis aux « urgences-porte » ;

— 13,5 malades ont été adressés à la consultation-Porte ;

— 10,5 malades ont été adressés à la consultation du service.

On peut être étonné de constater que malgré l'urgence un grand nombre de malades ont eu le temps de voir un médecin et il serait intéressant de savoir dans quelle mesure ces urgences ne sont pas justifiées mais motivées par la lettre du médecin de ville qui fait pression sur l'interne de garde. Il arrive souvent en effet que l'interne de garde reçoive en urgence un malade muni d'un certificat médical justifiant pleinement l'hospitalisation mais non l'urgence et que, de ce fait il l'admette en « urgence porte » dans le seul but de ne pas l'obliger à revenir le lendemain matin à la « consultation-porte ».

Selon le sexe (Tableau 20) nous noterons que ce sont les femmes qui ont été le plus souvent annoncées par une lettre d'un médecin de ville, et il est possible que ce fait soit dû à la plus grande fréquence chez les femmes, de sujets âgés bénéficiant de l'A. M. G. : on sait en effet que les malades affiliés à l'A. M. G. doivent se présenter à la consultation de l'hôpital munis d'un bon d'hospitalisation.

Selon l'âge enfin (Tableau 20 et Schéma 20) ; on peut dire, si l'on excepte les échantillons extrêmes avant 20 ans et après 80 ans chez l'homme que les malades venus spontanément, nombreux parmi les jeunes diminuent avec l'âge à partir de 50 ans et surtout chez les femmes.

Il n'est pas inintéressant de noter que ce sont les jeunes qui viennent les plus nombreux à l'hôpital sans être adressés par leur médecin personnel, soit parce qu'ils n'en ont pas encore, soit parce qu'ils trouvent plus pra-

TABL.

MODE D'ENTRÉE DE MALADES DE L'HÔTEL

MODE D'ENTRÉE	HOMMES								TOTAL
	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 et +	
Urgence Porte spontanée..... (1)	8	62	77	68	71	47	25	16	37.
Urgence Porte adressée par Médecin.... (2)	2	31	28	41	41	31	32	10	210
Consultation service spontanée..... (3)	0	3	7	10	8	11	0	0	39
Consultation service adressée par Médecin (4)	5	5	17	14	30	25	8	3	105
Consultation Porte spontanée..... (5)	10	39	21	59	79	44	16	8	270
Consultation Porte adressée par Médecin (6)	5	26	24	20	37	26	28	5	171
Passage d'un service à l'autre..... (7)	0	7	6	5	8	2	4	0	32
Passage d'un hôpital à l'autre..... (8)	0	1	2	2	0	0	1	0	6
Entrée indéterminée. (9)	0	2	2	9	15	8	5	3	44
TOTAL.....	30	174	182	219	274	186	114	42	1.221
Total urgence Porte. (1 + 2).	10	93	105	109	112	78	57	26	590
	33,5	53,5	58	50	41	42	50	62 %	48,5
Total consultation service. (3 + 4).	5	8	24	24	38	36	8	3	146
	16,5	4,5	13	11	14	19	7 %	7 %	12
Total consultation Porte. (5 + 6).	15	65	45	79	116	70	44	13	447
	50 %	37	43,5	36	42	37,5	38,5	31 %	36,5
Total Porte. (1 + 2 + 5 + 6).	25	158	150	188	228	148	101	39	937
Total spontané. (1 + 3 + 5).	18	104	105	137	158	102	41	24	689
	60 %	60	58	62,5	57,5	55	36 %	57	56,5
Total par Médecin. (2 + 4 + 6).	12	62	69	75	108	82	68	18	494
	40 %	35,5	38	34	39,5	44	60 %	43	40,5
Total passages-transferts. (7 + 8).	0	8	8	7	8	2	5	0	38
		4,5	4,5	3 %	3 %	1 %	4,5		3 %
Total adressé spécialement (2 + 4 + 6 + 7 + 8).	12	70	77	82	116	84	73	18	532
	40 %	40	42,5	37 %	42,5	45 %	64,5	43 %	43,5

Dans les cases le chiffre supérieur est le nombre de cas et le chiffre inférieur est le pourcentage.

tique de s'adresser directement au centre de soins ouvert à tous que réalise l'hôpital moderne.

En réalité toutes ces indications auraient intérêt à être confirmées par des sondages plus étendus et au moyen de questions plus précises que les nôtres sur la nature de la lettre adressée à l'hôpital. Il n'est pas impossible enfin qu'une étude limitée à un service de Médecine Générale soit faussée par l'habitude que pourraient prendre les médecins de ville, d'adresser de plus en plus leurs malades dans des services spécialisés : mais cela aussi est une hypothèse qui serait à vérifier ou infirmer.

20

EU EN 1954-1955 PAR AGE ET PAR SEXE.

FEMMES									TOTAL HOMMES ET FEMMES	MÊME CALCUL SUR LES 621 MALADES RESTÉS PLUS DE 30 JOURS	
5-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 et +	TOTAL		NOM- BRE	%
3	30	28	41	42	31	21	11	207	581		
6	26	26	27	54	50	63	35	287	27 %		
0	9	6	6	10	11	4	1	47	503		
3	13	15	11	15	33	19	6	115	23 %		
5	17	19	25	22	19	15	7	129	86		
1	8	4	11	28	26	20	17	115	4 %		
0	2	0	2	3	7	9	7	30	222		
0	0	1	1	1	0	1	0	4	10,5 %		
0	1	1	1	3	4	1	2	13	19 %		
18	105	99	124	175	177	152	84	934	286		
9	56	54	68	96	81	84	46	494	13,5 %		
50 %	53,5	54	55	55	46	55	55	53	62		
3	22	21	17	25	44	23	7	162	3 %		
17	21 %	21	13,7	14	25	15	8	17,5	10		
6	25	23	36	50	45	35	24	244	1,3 %		
33	24 %	23	29	28,5	25,5	23	28,5	26	62		
15	81	77	104	146	126	119	70	738	3 %		
8	56	53	72	74	61	40	19	383	1,072		
44,5	53,5	53	58	42	34,5	26,5	22,5	41	82,5 %		
10	47	45	49	97	109	102	58	517	1,072		
55,5	45,8	45	39,5	55,5	61,5	67	69	55,5	50 %		
0	2	1	3	4	7	10	7	34	1,011		
10	2 %	1	2,5	2,5	4	6,5	8 %	3,5 %	47 %		
10	49	46	52	101	116	112	65	551	72		
55,5	47 %	46	42	58	65,5	73,5	77 %	59 %	3,5 %		
									1,083		
									50,5 %		
									276	44	
									124	19,5	
									198	32	
									474	76	
									250	39,5	
									348	56	
									23	4	
									371	60	

3° Pour comparer le mode d'entrée avec la durée d'hospitalisation, nous avons fait le même dépouillement des modes d'entrée sur les 621 malades restés plus de 1 mois (Tableau 20). Nous avons noté que sur les malades restés longtemps :

— le pourcentage des entrées en urgence est sensiblement plus faible (44 % contre 50 %) ;

— le pourcentage des entrées par la consultation du service est sensiblement plus élevé (19,5 % contre 14,5 %) ;

— le pourcentage des malades adressés par un médecin est plus élevé

(60 % contre 50 %) ; ce dernier point n'est pas pour étonner puisque ces malades restés longtemps concentrent une plus grande proportion de sujets âgés et que ceux-ci sont plus souvent adressés par un médecin.

Mais dans l'ensemble il n'est pas inintéressant de noter que le contingent de « chroniques » entre plus que les « aigus »

- avec une lettre du médecin ;
- avec l'accord du service (puisque la consultation même du service en admet le cinquième).

4° Enfin la date d'entrée portée sur nos fiches nous permet de déterminer le débit saisonnier des entrants : nous avons utilisé pour cette étude la

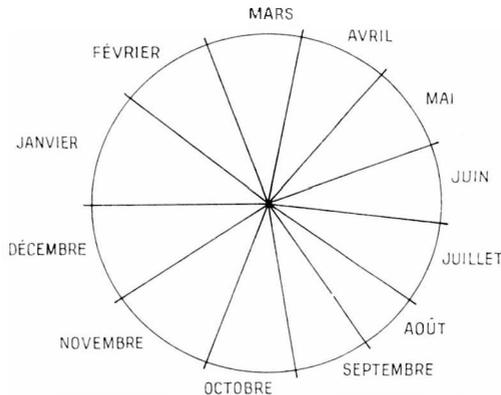


SCHÉMA 21. — Répartition des entrants selon le mois de leur entrée pour 100 malades de l'Hôtel-Dieu en 1952-1953.

première enquête de l'Hôtel-Dieu dont nous avons prélevé les hospitalisations ayant débuté dans chacune des années pleines 1952 et 1953 soit 2.836 hospitalisations.

Le pourcentage mensuel des entrants (Tableau 21 et Schéma 21) montre peu de variations d'un mois à l'autre : on note certes une augmentation des entrées en novembre, décembre, et janvier, et une diminution en Août et Septembre ; mais il est remarquable que le pourcentage reste encore très élevé en plein été. Ceci confirme la notion que le service fonctionne à peu près constamment à saturation d'un bout de l'année à l'autre.

Mais si le service reçoit un contingent mensuel d'entrants à peu près constant du point de vue quantitatif, il n'en va pas de même du point de vue qualitatif : (Tableau 21 et Schéma 22). Alors qu'aucune différence très significative ne nous est apparue dans la comparaison des 2 sexes sinon la prédominance des hommes en janvier (???), la distinction de trois âges (de moins de 40 ans, de 40 à 60 ans et plus) nous indique des variations saisonnières qu'il serait intéressant de contrôler avec des chiffres plus significatifs :

- en janvier on note des chiffres voisins chez les hommes des 3 groupes, les entrantes femmes âgées sont relativement plus fréquentes que les femmes jeunes ;

TABLEAU 21

RÉPARTITION SELON LEUR DATE D'ENTRÉE DES MALADES DE HÔTEL-DIEU EN 1952-1953

	HOMMES								FEMMES								TOTAL HOMMES + FEMMES	
	MOINS DE 40 ANS		DE 40 A 60 ANS		PLUS DE 60 ANS		TOTAL HOMMES		MOINS DE 40 ANS		DE 40 A 60 ANS		PLUS DE 60 ANS		TOTAL FEMMES			
	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%	NOM- BRE	%
Janvier	47	13	72	12	49	12	168	12,5	37	9	33	7,5	66	11	136	9	304	10,7
Février	28	8	53	9	26	4,5	107	8	41	10	45	10,5	57	9	143	10	250	8,8
Mars	35	10	48	8	33	8	116	8,5	31	7,5	38	9	59	9,5	128	8,5	244	8,6
Avril	32	9	63	10,5	25	6	120	9	29	7	38	9	49	8	116	8	236	8,3
Mai	26	7	48	8	35	8,5	109	8	35	8,5	34	8	53	8,5	122	8	231	8,1
Juin	23	6,5	40	6,5	29	7	92	6,5	43	10	34	8	40	6,5	117	8	209	7,4
Juillet	30	8,5	44	7,5	25	6	99	7,5	44	10,5	32	7,5	49	8	125	8,5	224	7,9
Août	18	5	32	5,5	28	7	78	6	24	5,5	25	6	35	5,5	84	6	162	5,7
Septembre ...	30	8,5	31	5	28	7	89	6,5	33	8	29	6,5	44	7	106	7	195	6,9
Octobre	20	5,5	48	8	37	9	105	8	23	5,5	48	11	59	9,5	130	9	235	8,3
Novembre ...	40	11	56	9,5	46	11,5	142	10,5	46	11	52	12	45	7,5	143	10	285	10,1
Décembre ...	28	8	67	11	43	10,5	138	10	36	8,5	28	6,5	59	9,5	123	8,5	261	9,2
TOTAL	357		602		404		1.363		422		436		615		1.473		2.836	

CIRCONSTANCES D'ADMISSION

- En février, mars, avril, les entrants hommes âgés diminuent, les entrantes femmes âgées restent plus nombreuses que les jeunes ;
- en mai, juin, les entrants hommes se répartissent à peu près également ; mais les femmes également réparties en mai voient en juin une recrudescence des entrantes jeunes ;

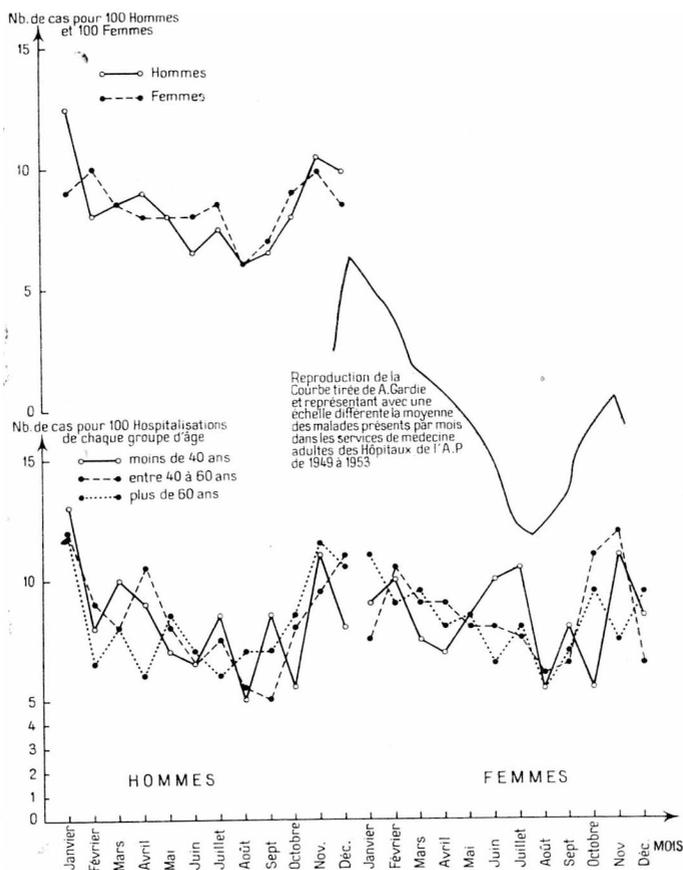


SCHÉMA 22. — Répartition des entrants selon le mois de leur entrée pour 100 malades de chaque sexe et de chaque tranche d'âge. (Hôtel-Dieu en 1952-1953.) Comparaison avec la courbe de A. GARDIE.

- en juillet, on note encore cette recrudescence des jeunes dans les deux sexes, qui va retomber en août où les plus nombreux sont les hommes âgés ;
- en septembre, nouvelle recrudescence des jeunes dans les 2 sexes, recrudescence qui retombe en octobre et remonte en novembre surtout chez les femmes, tandis que le pourcentage des hommes âgés s'élève aussi ;
- enfin en décembre, ce sont surtout les vieillards des deux sexes qui entrent à nouveau.

TABLEAU 22

LA DURÉE DE SÉJOUR SELON LA DATE D'ENTRÉE A L'HÔTEL-DIEU EN 1952-1953

DURÉES		JANV.	FÉVR.	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.	TOTAL
Malades restés moins de 2 mois	Nombre	276	218	214	202	211	193	210	147	172	214	260	231	2.548
	%	90,8	87,2	87,7	85,6	91,3	92,3	93,7	90,7	88,2	91	91,2	88,5	89,8
Malades restés plus de 2 mois.	Nombre	28	32	30	34	20	16	14	15	23	21	25	30	288
	%	9,2	12,8	12,3	14,4	8,7	7,7	6,3	9,3	11,8	9	8,8	11,5	10,2
TOTAL	Nombre	304 100	250 100	244 100	236 100	231 100	209 100	224 100	162 100	195 100	235 100	285 100	261 100	2.836 100

CIRCONSTANCES D'ADMISSION

Ainsi le cycle annuel semble nous montrer que les vieillards entrent plus de septembre à février et que les sujets jeunes entrent de façon beaucoup plus irrégulière, et c'est peut-être là l'indice d'une différence fondamentale entre les vieillards dont les facteurs sociaux sont souvent plus défavorables durant l'hiver, et les maladies plus fréquentes l'hiver, et les jeunes dont l'influence saisonnière se ferait moins sentir que l'approche de vacances (Noël, Pâques, été...). Notons en passant l'analogie de nos courbes avec celle de A. GARDIE [26] qui malgré des paramètres différents exprime à peu près les mêmes faits.

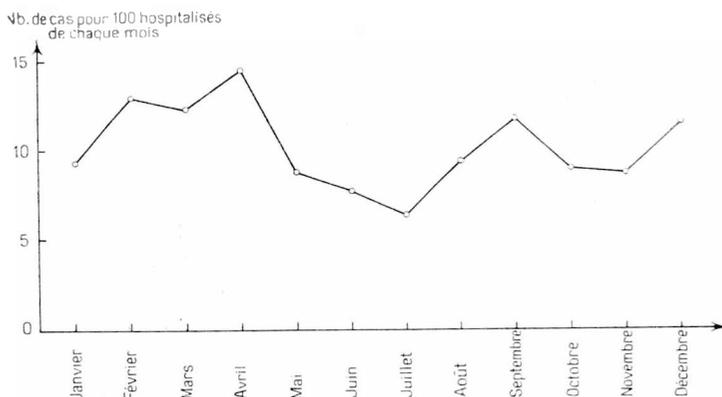


SCHÉMA 23. — Pourcentage des entrants de chaque mois restés plus de 2 mois à l'Hôtel-Dieu en 1952-1953.

5^o) Nous avons enfin déterminé les durées de séjour des contingents mensuels d'entrants (Tableau 22 et Schéma 23) et nous avons noté que la fréquence des longues durées d'hospitalisation (supérieures à 2 mois) était majeure pour les entrants en février, mars, avril, en août, septembre et en décembre. Surtout on note l'effet saisonnier des grandes vacances précédées par les 3 mois où les longues durées sont les plus rares : mai, juin, juillet.

II. L'ADRESSE DES MALADES.

De nombreux travaux ayant permis de déterminer avec précision les zones d'attraction des divers hôpitaux ¹ nous nous sommes bornés ici à noter le département habité par les malades (Tableau 23) : sur 100 hospitalisés de 1954 à 1955, nous avons relevé :

- 89 malades habitant Paris ;
- 6 malades habitant le reste de la Seine ;
- 3 malades habitant le Seine-et-Oise ou la Seine-et-Marne ;
- 2 malades habitant la province ou les colonies.

1. Il nous a paru en effet inutile de reprendre ici l'important travail de X. LECLAINCHE et A. GARDIE sur la fréquentation des hôpitaux selon l'adresse des malades [27]. De même nous ne reparlerons pas ici du dépouillement concernant les statuts de frais de séjour que J. ESREVE a déjà détaillé dans une publication antérieure avec notre maître H. PÉQUIGNOT et nous-même [21].

TABLEAU 23

L'ADRESSE DES MALADES PAR AGE ET SEXE A L'HÔTEL-DIEU EN 1954-1955

	HOMMES				FEMMES				TOTAL HOMMES ET FEMMES
	DE 15 A 40	DE 40 A 60	DE 60 ET +	TOTAL HOMMES	DE 15 A 40	DE 40 A 60	DE 60 ET +	TOTAL FEMMES	
Paris ... Nombre. %	342	451	318	1.111 88 %	191	272	391	854 91 %	1.965 89,2
Seine ... Nombre. %	30	28	19	77 6 %	16	14	21	51 5,5 %	128 5,8
Seine-et- Oise + Nombre. Seine-et- Marne. %	11	19	10	40 3 %	12	5	5	22 2,5 %	62 2,8 %
Province Nombre. %	11	9	9	29 2,5 %	3	7	1	11 1 %	40 1,8
Colonies.. Nombre. %	4	1	1	6 0,5 %	0	1	0	1	7 0,4
TOTAL	398	508	357	1.263	222	299	418	939	2.202

L'ADRESSE DES MALADES

TABLEAU 24

LA DESTINÉE A LA SORTIE PAR AGE ET SEXE A L'HÔTEL-DIEU EN 1954-1955

	HOMMES				FEMMES				TOTAL HOMMES ET FEMMES
	15-40 ANS	40-60 ANS	60 ANS ET +	TOTAL	15-40 ANS	40-60 ANS	60 ANS ET +	TOTAL	
Décès et sortie Nombre. <i>in extremis</i> .. %	9 2,2	57 11,4	71 22,7	137 11,2	8 3,5	37 12,5	75 20,2	120 13,5	257 12,1 %
Transfert et Nombre. Passage %	55 13,7	77 15,5	36 11,5	168 13,8	24 10,6	38 12,8	64 17,3	126 14	294 14 %
Sortie simple . Nombre. %	264 65,5	269 53,9	163 52	696 57,3	143 63	188 63,5	190 51,2	521 58,2	1.217 57,7 %
Sortie sur de- Nombre. mande %	51 12,7	54 10,8	13 4,2	118 9,7	32 14,1	26 8,8	14 3,8	72 8	190 9 %
Convalescence Nombre. en maison... %	11 2,7	21 4,2	14 4,5	46 3,8	10 4,4	4 1,4	8 2,1	22 2,5	68 3,2 %
Placements Nombre. TB..... %	13 3,2	16 3,2	5 1,6	34 2,8	8 3,5	2 0,7	3 0,8	13 1,5	47 2,2 %
Autres place- Nombre. ments %	0	5 1	11 3,5	16 1,4	2 0,9	1 0,3	17 4,6	20 2,3	36 1,8 %
TOTAL	403	499	313	1.215	227	296	371	894	2.109

Nous donnons ces chiffres car ils ont pour nous l'intérêt de prouver que notre clientèle est puisée dans la région Parisienne et que pour juger de sa représentativité c'est à la population de base de la Seine qu'il faut se référer.

III. MODE DE SORTIE.

A la sortie du service, on peut dire qu'il existe pour le malade trois solutions :

— la sortie du milieu hospitalier qui peut être une sortie simple (retour chez soi), une sortie sur la demande du malade (retour chez soi sans l'autorisation du médecin).

— la prolongation du séjour hospitalier par un séjour temporaire dans un autre service (passage ou transfert) dans une maison de convalescence, placement en Sana ou Prévent, ou définitif dans une maison de vieillards.

— enfin le décès auquel on adjoit la notion de « sortie in extremis » qui réunit les malades mourants que la famille est venue reprendre juste avant le décès.

La distribution des malades de l'Hôtel-Dieu en 1954-1955 (Tableau 24 et Schéma 24) montre que :

— le retour à domicile est de loin le mode de sortie le plus fréquent : car sur 100 malades 67 sortent de cette façon et 9 d'entre eux sans l'accord du médecin. Notons que ce mode de sortie ne conduit pas à une reprise de travail immédiate car la majorité des malades bénéficient d'une convalescence chez eux.

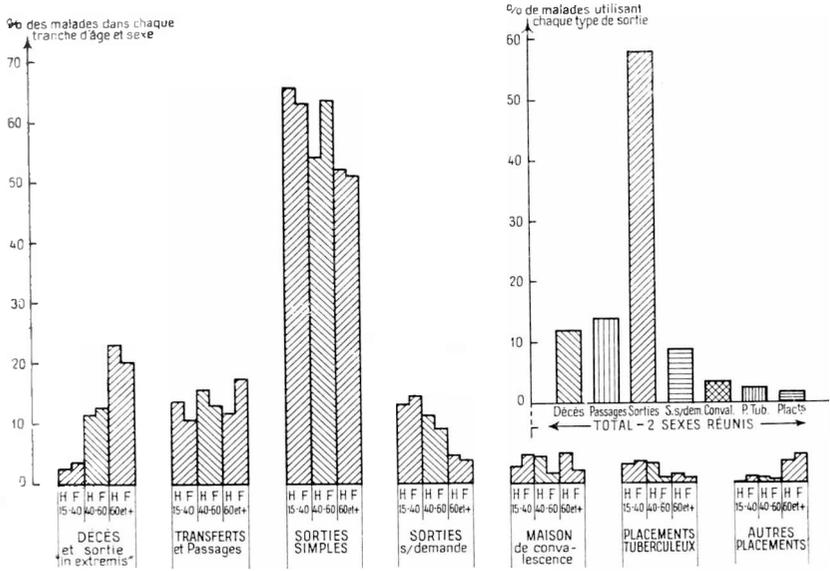
— la prolongation du séjour hospitalier s'observe chez 21 % des malades et sur ces 21 malades, 14 sont transférés dans un autre service hospitalier, 3 partent en maison de repos, 2 en Sana ou Prévent et 2 seulement en placement de vieillards.

— les décès et sorties in extrémis représentent enfin 12 % des cas.

L'analyse de ces données selon le sexe et l'âge (Tableau 24 et Schéma 24) montre peu de différences significatives entre les hommes et les femmes. Par contre, avec l'âge on voit croître les décès et décroître les sorties sur demande ce qui, soit dit en passant, semble prouver que les sujets âgés sont relativement plus malades et moins indisciplinés ; les sorties simples, les transferts et passages, les départs en maison de convalescence par contre varient peu. Quant aux placements : les placements tuberculeux sont les plus fréquents chez les jeunes, les autres placements intéressent surtout les vieillards, mais on peut s'étonner de leur petit nombre.

Chez nos malades de Médecine Générale, les vieillards effectivement placés n'ont pas dépassé 3,5 % chez les hommes et 4,6 % chez les femmes, on notera même que chez 684 malades de plus de 60 ans un placement n'a été demandé que chez 69 personnes soit environ dans 10 % des cas.

Sans entrer dans les détails que nous avons exposés dans un précédent article [21], on peut dire que, si sur 100 vieillards, le placement n'a été demandé que pour 10 malades et effectué pour 4 d'entre eux, c'est que dans l'état actuel des choses, les établissements mis à la disposition de nos vieillards ne répondaient pas exactement aux besoins de notre clientèle hospitalière : nous en verrons les raisons sociales et médicales plus loin mais dès l'abord ce fait nous est apparu clairement.



SCHEMA 24. — La destinée à la sortie des malades de l'Hôtel-Dieu en 1954-1955 selon l'âge et le sexe.

Nous avons en effet inclus dans notre questionnaire pour 1954-1955, une rubrique intitulée : « Mesures souhaitables à la sortie du malade à choisir entre les diverses solutions existantes (maintien à l'hôpital, retour à domicile, convalescence à domicile ou non, soins à domicile, placements divers). »

Or, au fur et à mesure de l'enquête, il nous est apparu que la question était mal posée et que les impératifs médicaux d'une part et les conditions sociales d'autre part nous suggéraient pour nos malades des solutions sortant des cadres existants. Nous verrons en effet dans les pages qui suivent et qui traitent plus spécialement de la sociologie et de la morbidité de notre clientèle qu'au sortir de l'hôpital un certain nombre de problèmes continuent à se poser pour le malade : problèmes sociaux, de logement, de reclassement professionnel ; problèmes médicaux de soins (et surtout de soins aigus effectués de façon chronique) de rééducation etc... Ces problèmes ne peuvent, de toute évidence, recevoir de solution dans les établissements existants trop peu nombreux (4 placements effectifs sur 10 demandes) et trop mal adaptés aux besoins des malades (puisque les maisons de convalescence

comme les asiles de vieillards ne permettent ni la poursuite du traitement ni les soins, ni la rééducation et qu'ils ne donnent généralement pas une solution définitive aux problèmes sociaux de ces malades).

Un plus grand éventail de solutions à la sortie de l'hôpital permettrait notamment d'éviter certaines erreurs coûteuses pour la société ou préjudiciables pour le malade : les placements de malades âgés aigus dans un hospice non adapté à leurs besoins du fait de leur sous-équipement ; les envois abusifs en convalescence qui ne se justifient qu'au décours d'affections aiguës quel que soit l'âge du malade mais jamais pour des affections chroniques qui à coup sûr ne seront pas influencées par ce séjour à la campagne au retour duquel les mêmes questions se reposeront ; les sorties simples de malades pour lesquels on n'a pas pu donner une solution médicale ou sociale à leurs maux et qui vont aussitôt se faire réhospitaliser ailleurs et entraîner de nouvelles investigations inutiles.

*
* *

Au total, sur le plan administratif, nous voyons que la consommation hospitalière peut déjà, pour une grande part (l'évaluation des actes médicaux B, K et ERK constitue la deuxième série de critères de consommation qui sortait du cadre de nos enquêtes mais qui mérite d'être soigneusement étudiée) être évaluée par la notion de durée de séjour et de réhospitalisations successives, augmentées de la notion de prolongation des soins en service hospitalier ou en établissement spécialisé.

L'administration peut, en outre tirer de telles enquêtes d'intéressantes données concernant le roulement des malades en salle, leur mode d'entrée, leur âge, afin d'organiser le fonctionnement intérieur de l'hôpital en fonction de ces chiffres.

Enfin c'est peut-être grâce à des données chiffrées telles que celles-ci qu'une nouvelle politique des « placements » permettra dans l'avenir de mieux tenir compte des besoins réels à la fois sociaux et médicaux des malades et de créer des établissements plus adaptés aux données sociologiques et médicales que nous allons préciser maintenant.

DONNÉES SOCIOLOGIQUES

Nous avons, au départ de l'enquête 1954-1955 posé un certain nombre de questions sur le mode de vie des malades dans le but premier de préciser la nature de notre clientèle hospitalière.

Mais malheureusement les références d'ordre sociologique sur la population de base sont encore peu nombreuses et ne nous ont pas permis de comparer toutes nos réponses : (cette comparaison nous aurait aidé à juger du degré de représentativité de notre clientèle hospitalière par rapport à la population de base).

TABLEAU 25. — LA SITUATION DE FAMILLE PAR AGE ET SEXE A L'HÔTEL-DIEU EN 1954-1955.

	HOMMES								FEMMES								TOTAL HOMMES + FEMMES	
	15 à 40		40 à 60		60 ET +		TOTAL		15 à 40		40 à 60		60 ET +		TOTAL		Nb	%
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%		
1) Naissance de :																		
Parents connus	362		461		321		1.144		189		263		374		826		1.970	93,2
Père, mère ou père et mère inconnus	13		18		17		48		13		12		17		42		90	4,2
Orphelins en bas-âge	7		9		6		22		13		9		10		32		54	2,6
TOTAL	382		488		344		1.214		215		284		401		900		2.114	
2) Situation actuelle :																		
a) Matrimoniale :																		
Célibataire	232	60	124	25,7	73	21,1	429		83	39	52	17,7	87	21,3	222		651	30,5
Marié	131	34	312	64,7	248	71,7	691		98	46	210	71,4	306	74,8	614		1.305	61,2
Vivant avec le conjoint ...	95	24,6	172	35,7	129	37,3	396		67	31,5	90	30,6	45	11	202		598	28
Veuf	2	0,5	43	8,9	79	22,8	124		4	1,9	49	16,7	223	54,5	276		400	18,8
Divorcé	16	4,1	48	9,9	19	5,5	83		9	4,2	35	11,9	30	7,3	74		157	7,4
Séparé	18	4,8	49	10,2	21	6,1	88		18	8,4	36	12,2	8	2	62		150	7
Vivant maritalement	23	5	46	9,6	25	7,2	94		32	15	32	10,9	16	3,9	80		174	8,2
TOTAL	386		482		346		1.214		213		294		409		916		2.130	
b) Familiale en général :																		
Ayant famille très proche ..	309	80,7	304	62,9	196	57,3	809		182	87,1	184	65,2	203	51	569		1.378	65,7
Ayant seulement collatéraux ..	45	11,7	104	21,5	82	24	231		17	8,1	54	19,2	121	30,4	192		423	20,2
Sans famille	29	7,6	75	15,6	64	18,7	168		10	4,8	44	15,6	74	18,6	128		296	14,1
TOTAL	383		483		342		1.208		209		282		398		889		2.097	
3) Présence féminine valide :																		
Oui	64		104		79		247		26		14		25		65		312	17,2
Non	258	71	257	60,6	168	59,3	683		147	77,8	193	83,2	248	78,2	588		1.271	70,3
Parfois	41		63		36		140		16		25		44		85		225	12,5
TOTAL	363		424		283		1.070		189		232		317		738		1.808	
4) Nombre de générations au foyer :																		
1 génération	119		184		201		504		77		148		247		472		976	68
2 générations	96		100		28		224		78		58		37		173		397	27,6
3 générations et plus (1 cas à 4 générations)	8	3,6	10	3,4	10	4,2	28		5	3,1	8	3,7	22	7,2	35		63	4,4
TOTAL	223		294		239		756		160		214		306		680		1.436	

A l'inverse il faut souligner en abordant ce chapitre, l'intérêt que présente le milieu hospitalier pour une étude sociologique de la population ; il nous a été permis notamment de faire une étude très précise du Nord-Africain, du clochard et du vieillard ; et ces études possibles grâce à la concentration particulière de ces types sociaux à l'hôpital, ont été encore facilitées par l'ambiance générale de l'enquête qui sous le couvert et dans le cadre d'un questionnaire avant tout médical, a permis de poser les questions les plus indiscrettes sans rencontrer la moindre réticence. Ces faits auxquels nous ne nous étions pas spécialement attendu, méritaient d'être notés et retenus pour favoriser de nouvelles enquêtes de ce type en milieu hospitalier.

Nous voulions aussi préciser la part qui revient au « social » dans l'hospitalisation elle-même et dans sa durée, connaître le rôle exact de l'hôpital considéré à côté d'un centre de soins, comme un centre d'hébergement.

Nous voulions, enfin, déterminer les impératifs sociaux qui, à la sortie de l'hôpital, doivent amener des solutions mieux adaptées que, par exemple, la réhospitalisation immédiate de malades socialement inintégrés dans un autre hôpital ou dans un autre service, ou l'envoi en maison de convalescence ou en placement banal de sujets guéris qui n'y trouveront pas, à coup sûr, la solution de leurs soucis sociaux ou familiaux.

Nous verrons dans quelle mesure nous pourrons répondre à ces questions, d'ailleurs artificiellement isolées mais en réalité intimement liées aux facteurs proprement médicaux de l'hospitalisation.

Les renseignements sociaux que nous avons recueillis et dont nous avons déjà exposé quelques éléments dans notre précédent article ¹ portent sur trois chapitres que nous envisagerons successivement :

- Le statut de famille.
- L'habitat.
- La situation socio-professionnelle.

I. Situation familiale.

La situation familiale a été étudiée durant l'enquête 1954-1955 soit sur 2.222 malades parmi lesquels un nombre limité et non constant a été interrogé sur ce sujet, ce qui explique le nombre variable des réponses du tableau 25.

1° *L'origine familiale des malades* montre que la grande majorité des malades sont nés de parents connus puisque les sujets de père ou de mère non déclarés ne dépassent pas 4,2 % des hospitalisés ; ce chiffre nous paraît d'ailleurs faible si on le compare au pourcentage de naissances illégitimes non reconnues pour l'ensemble de la France en 1900 (7 %) ; en réalité ces chiffres ne sont pas tout à fait comparables : il est possible que ce pourcentage de naissances illégitimes soit plus faible à Paris et surtout que le pourcentage d'adultes de père ou mère non déclarés soit encore diminué du fait d'émigration vers la province.

1. « Une enquête hospitalière » [21].

En tout cas nous ne trouvons pas une concentration plus importante de sujets de parents non déclarés à l'hôpital et ceci est un fait négatif à noter ;

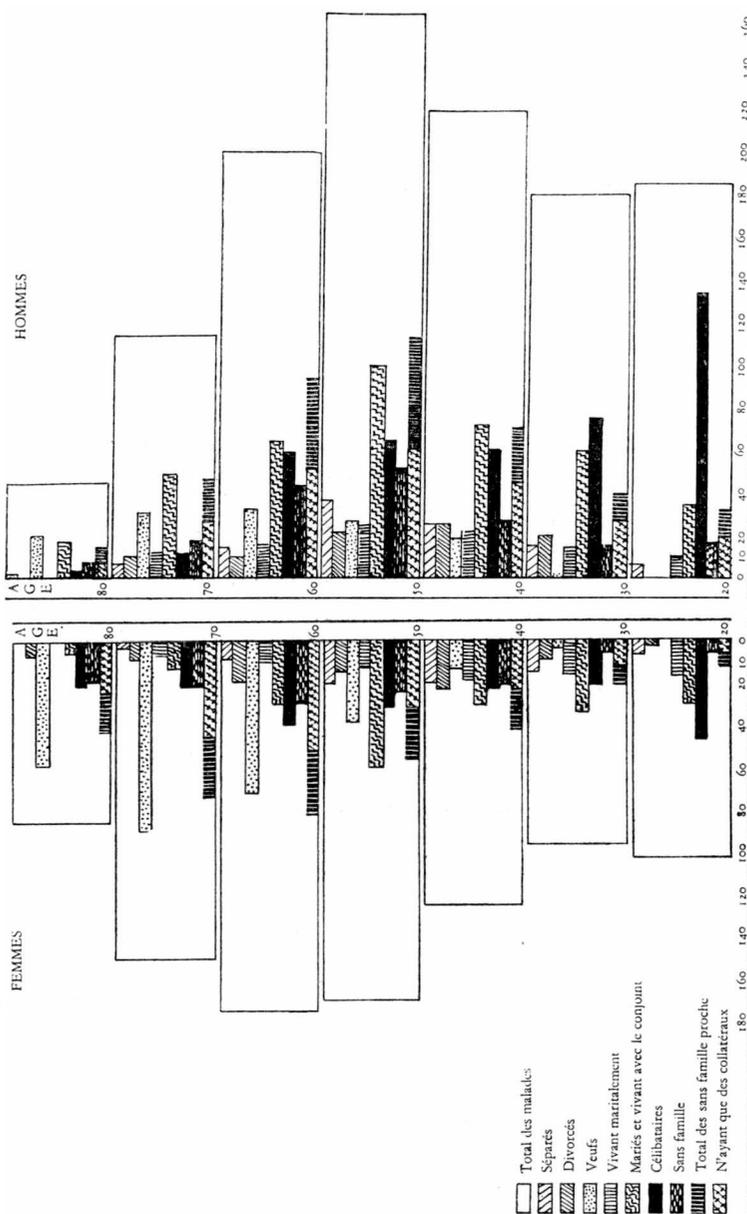


SCHÉMA 25. — Statut de famille. Répartition selon l'âge et le sexe. (Hôtel-Dieu 1954-1955.)
Proportion des malades de chaque catégorie matrimoniale et familiale dans chaque tranche d'âge.

de même retenons la relative rareté à l'hôpital des malades orphelins en bas-âge qui ne dépassent pas 2,6 %.

Ces faits, pour négatifs qu'ils soient, ne nous paraissent pas dénués d'intérêt dans la mesure où ils permettent justement de dire en quoi la clientèle hospitalière diffère ou ne diffère pas de la population de base. Préciser de cette façon la toile de fond qui constitue la clientèle hospitalière habituelle permettra aussi d'établir de nouvelles comparaisons avec des groupes de malades particuliers : c'est ainsi que l'on pourra comparer à nos chiffres ceux de malades plus triés sur le plan de la pathologie, avant de dire que ces malades ont des caractéristiques sociales et familiales anormales. Notre enquête a déjà permis à D. FLAHAUT [28] d'affirmer avec des chiffres certaines opinions [29] selon lesquelles les enfants inadaptés

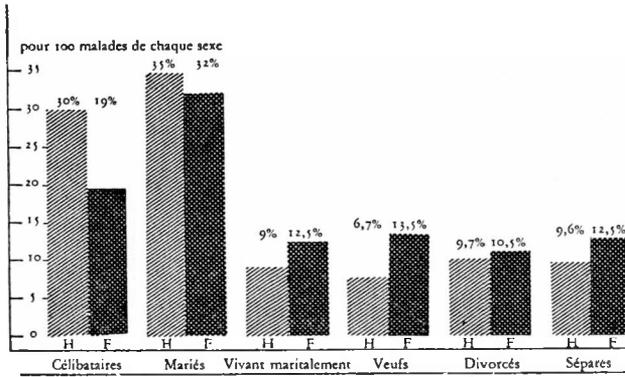


SCHÉMA 26. — Statut de famille : état matrimonial des malades de 30 à 60 ans à l'Hôtel-Dieu en 1954-1955. (Comparaison entre hommes et femmes.)

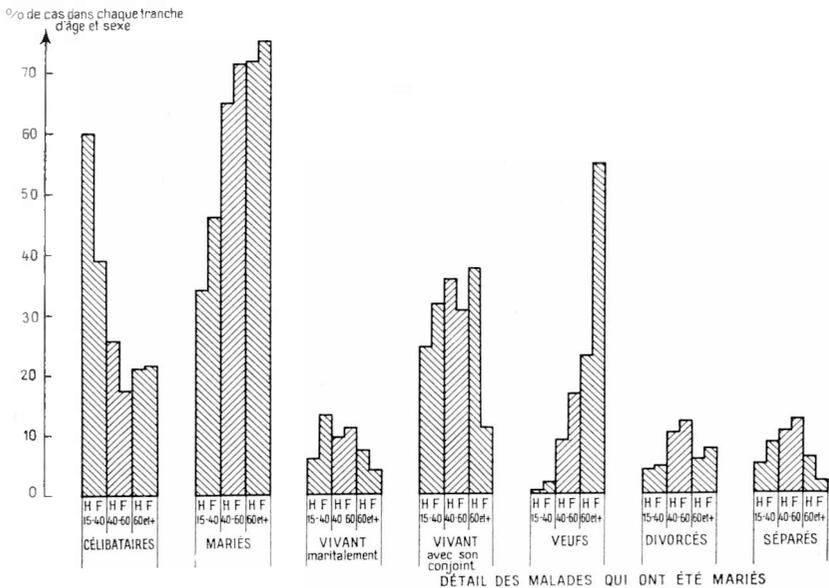
étudiés en milieu hospitalier étaient particulièrement défavorisés par les conditions sociales et familiales de leurs parents : ces conditions sont à peu près celles que nous avons trouvées à nos malades hospitalisés et semblent caractériser plus la clientèle qui fréquente l'hôpital (parents et enfants) que la cause de l'inadaptation : elles nous paraissent donc normales et non pathologiques pour des enfants de familles fréquentant l'hôpital.

Cet exemple nous montre l'intérêt de ces études sociologiques de la clientèle de base comme point de référence lorsque l'on veut étudier sur ce plan certaines catégories de malades et bien interpréter les résultats.

2° *La situation matrimoniale actuelle des malades à l'hôpital* (tableau 25 et schéma 25 et 26) nous montre que si on exclue les âges limites faits surtout de célibataires avant 30 ans et de veufs après 60 ans, sur 100 malades de 30 à 60 ans hospitalisés dans le service :

- 26 sont célibataires ;
- 10 vivent maritalement sans être mariés ;
- et 64 ont été mariés dont 9,5 sont veufs, 10 sont divorcés, 10,5 sont séparés. (Cette séparation n'est pas le terme juridique, mais désigne l'état de fait non forcément consacré par un jugement.)

Cette distribution des sujets de 30 à 60 ans nous semble très intéressante à considérer car si à cet âge il peut paraître normal d'être marié et de vivre avec son conjoint, on est étonné de compter une aussi forte proportion de célibataires (le quart des malades) : il est vraisemblable que l'hospitalisation est plus souvent nécessaire pour ces sujets non mariés. Nous retiendrons également la forte proportion des « collages prolongés » qui représentent 10 % : à ce propos, notons que cette enquête a permis de dénombrer deux populations qu'il est généralement difficile de déterminer : ces unions libres d'une part et les unions secondairement et réellement détruites qui atteignent le cinquième des cas d'autre part ; on peut en effet dire que dans notre



SCHEMA 27. — La situation matrimoniale des malades de l'Hôtel-Dieu en 1954-1955 selon l'âge et le sexe.

clientèle 32 % des mariages ont abouti à un divorce ou une séparation de fait ou encore 1 foyer sur 3 est désuni.

Mais une étude plus poussée de cette situation matrimoniale selon l'âge et le sexe (schéma 27) nous donne des renseignements plus complets sur nos malades. Si les célibataires sont d'autant plus nombreux qu'il s'agit de sujets jeunes et de sexe masculin, on en trouve encore plus de 20 % dans les deux sexes après 60 ans (ce qui confirme ce que l'on vient de dire).

Ajoutons que, contrairement à ce que l'on pourrait croire, l'importante prédominance de célibataires chez les hommes jeunes n'est pas due au contingent nord-africain qui se situe presque entier avant 40 ans : en effet sur une population de moins de 40 ans excluant les Nord-Africains, le pourcentage de célibataires est encore plus élevé (70 % contre 60 %).

Inversement les sujets mariés sont proportionnellement plus nombreux après 40 ans, notons que la proportion est toujours plus forte chez la femme.

Les malades vivant maritalement sans être mariés sont à peu près également fréquents dans les 3 tranches d'âge. Notons que les hommes collés de moins de 40 ans comportent une forte proportion de Nord-Africains (le pourcentage sur une population mâle excluant les Nord-Africains tombe de 6 % à 0,4 %). Comme pour les mariés, la proportion est plus forte pour les femmes.

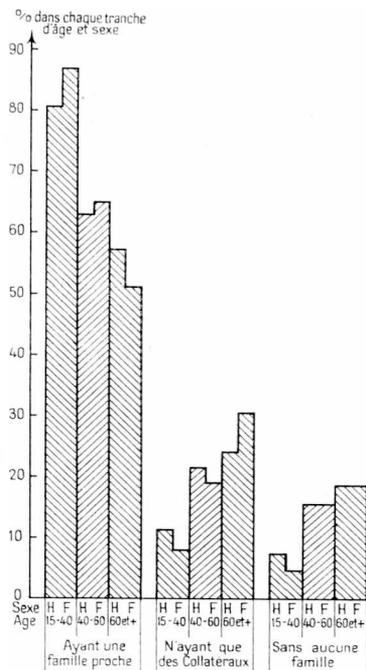


SCHÉMA 28. — La situation familiale globale des malades de l'Hôtel-Dieu en 1954-1955 selon l'âge et le sexe.

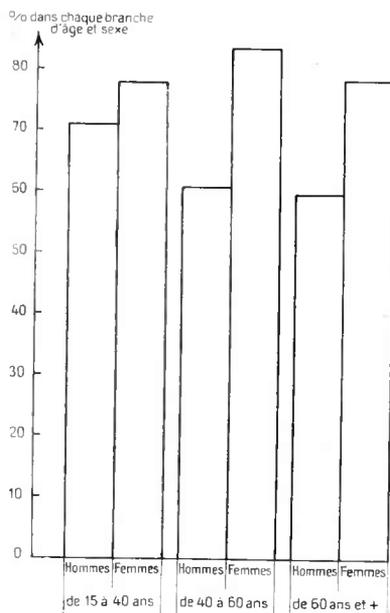


SCHÉMA 29. — Pourcentage des malades de chaque tranche d'âge et de sexe n'ayant pas de femme valide au foyer (à l'Hôtel-Dieu en 1954-1955).

Parmi les malades mariés, ceux qui vivent encore avec leur conjoint forment un pourcentage à peu près constant sauf pour les femmes de plus de 60 ans qui sont beaucoup plus souvent veuves. Les veufs en effet sont d'autant plus nombreux qu'il s'agit de sujets âgés et de femmes (c'est que le mari meurt avant sa femme).

Les divorcés, en proportion à peu près égale dans les 2 sexes sont plus nombreux entre 40 et 60 ans. De même les séparés dont le pourcentage d'hommes jeunes est gonflé par le contingent des Nord-Africains dont la séparation de fait n'est que trop évidente.

Au total la population de ce service de médecine générale semble par-

ticulièrement concentrée en célibataires chez les jeunes, en veuves chez les vieux et à tout âge en malades divorcés, séparés. On manque de statistiques analogues portant sur la population de base de la Seine pour comparer nos chiffres : on peut cependant penser que l'hôpital draine particulièrement ces malades qui ont sans doute moins que les autres la possibilité de se soigner chez eux, car ils seront plus souvent seuls, ou tout au moins sans présence valide au foyer pour s'occuper d'eux.

3° *La situation familiale globale des malades* (tableau 25 et schéma 28) montre en effet de façon plus générale que sur 100 malades :

— 66 seulement ont des ascendants ou descendants ;

— 34 sont sans famille proche dont : 20 ont seulement des parents collatéraux, 14 sont sans famille.

Cependant il faut remarquer que les malades ayant une famille décroissent avec l'âge, que les malades sans autre famille que des collatéraux sont surtout des femmes âgées et que les « sans famille » sont nombreux à partir de 40 ans puis restent à un taux égal quel que soit l'âge et le sexe.

Ces faits nous aident à comprendre pourquoi les vieillards et surtout les vieillards femmes qu'aucune famille ne vient « réclamer », restent longtemps à l'hôpital.

4° *La notion d'une présence féminine valide permanente au foyer*, plus précise que les questions précédentes, avait été recherchée pour déterminer la possibilité matérielle de s'aliter chez soi. En réalité cette question ne paraît pas avoir été bien posée car une présence n'a pas besoin d'être féminine pour être efficace : une femme peut être soignée par son mari, par son fils ; d'autre part, une présence n'a pas toujours besoin d'être absolument valide : un vieillard peut parfois s'occuper d'un malade.

Cependant cette question nous donne une idée grossière des faits (tableau 25) : sur 100 malades hospitalisés :

— 17 ont une présence féminine valide permanente ;

— 12 ont une présence féminine valide non permanente ;

— 70 n'ont pas de présence féminine valide.

Ces malades qui n'ont pas, en dehors d'eux-mêmes une présence féminine valide sont évidemment proportionnellement plus nombreux chez les femmes (schéma 29) : et c'est peut-être là une cause majeure d'hospitalisation chez la femme qui ne peut être soignée chez elle (surtout si son mari travaille et n'est donc pas présent de façon permanente).

Selon l'âge enfin, nous voyons que les pourcentages varient peu d'une tranche à l'autre.

5° *Le nombre de générations au foyer*, notre dernière question d'ordre familial (tableau 25) semble intervenir dans l'hospitalisation pour des raisons inverses des questions précédentes : c'est que, en effet, parmi les malades qui ont de la famille et souvent une présence féminine valide, il est une raison de venir et surtout de rester à l'hôpital, c'est de vivre à plusieurs générations dans un foyer : on se représente en effet le tableau d'une

famille où des enfants cohabitent avec des vieillards malades. Et si le pourcentage de malades vivant à trois générations est faible (de 4,4 % pour l'ensemble des malades) notons que ce pourcentage est nettement plus élevé chez le vieillard que chez le jeune et surtout la femme âgée (7,2 %). Ceci montre encore que lorsqu'un vieillard tombe malade dans un foyer où vivent trois générations, on l'hospitalisera plus fréquemment que s'il s'agissait d'un sujet plus jeune. Mais on rejoint ici la condition d'habitat que nous allons étudier dans un instant.

Auparavant disons qu'au total, il semble que l'hôpital draine avec prédilection certaines catégories de malades :

- à tous les âges : ce sont des divorcés, des séparés des sujets qui n'ont pas de personnes valides pour les soigner chez eux ;
- chez les jeunes ce sont des célibataires ;
- chez les vieillards : ce sont des veuves, des « sans famille », ou au contraire des malades vivant avec leurs enfants et petits-enfants dans le même foyer.

Malheureusement, faute de renseignements analogues sur la population de base, nous ne pouvons comparer nos chiffres et mesurer l'importance de ces facteurs familiaux sur l'admission du malade à l'hôpital. Mais nous pouvons mesurer l'influence de chacun de ces facteurs sur la consommation hospitalière exprimée en durée de séjour et ceci fera l'objet d'un nouveau travail.

II. L'Habitat.

L'importance en France et plus spécialement dans la région parisienne des difficultés de logement nous a amenés à nous demander dans quelle mesure l'insalubrité ou le surpeuplement des habitations pouvaient jouer sur l'hospitalisation.

Si, rappelons-le (tableau 25), la composition du foyer entraînant un mélange de générations ne paraît pas un facteur important (sinon peut-être chez les femmes âgées), d'autres éléments sont capables de jouer un rôle favorisant de l'hospitalisation : nous étudierons successivement le lieu de l'habitation et son confort puis l'occupation des locaux et le surpeuplement (tableau 26).

1° *Le lieu d'habitation* de nos malades (tableau 26 et schémas 30, 31 et 32) peut être constitué par trois grands types de logements : l'appartement, la chambre d'hôtel, ou... l'absence de domicile fixe ; sur 100 hospitalisés, nous avons relevé environ :

- 67 malades en appartement, chez eux (48 cas), chez un tiers (12 cas) et en loge de concierge (7 cas),
- 20 malades vivant en hôtel meublé,
- et près de 13 malades sans domicile fixe (SDF).

Ces chiffres nous permettent d'affirmer d'emblée que l'hôpital sélectionne dans une certaine mesure les plus mal logés car il est impensable

TABLEAU 26

L'HABITAT PAR AGE ET SEXE A L'HÔTEL-DIEU EN 1954-1955

	HOMMES								FEMMES								TOTAL HOMMES + FEMMES	
	15 à 40		40 à 60		60 ET +		TOTAL HOMMES		15 à 40		40 à 60		60 ET +		TOTAL FEMMES		Nb	%
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%		
<i>1) Lieu d'habitation :</i>																		
a) En appartement	157	41	277	58	271	80,4	705		136	65,4	211	73,8	354	90	701		1.406	67,4
— Chez lui	71	18,5	220	46	215	63,8	506		74	35,6	155	54,2	273	69,5	502		1.008	48,3
Sans parents	46	12	151	31,6	183	54,3			51	24,5	120	42	253	64,4				
Avec ses enfants	24	6,2	66	13,8	32	9,5			23	11	33	11,5	20	5,1				
Avec des ascendants ..	1	0,2	3	0,6	0	0			0	0	2	0,7	0	0				
— Chez quelqu'un	72	18,8	38	7,9	28	8,3	138		43	20,7	24	8,4	49	12,5	116		254	12,2
Enfants	1	0,2	3	0,6	11	3,3			0	0	4	1,4	34	8,6				
Ascendants	37	9,6	4	0,8	0	0			23	11	1	0,3	0	0				
Parents	13	3,4	12	2,5	4	1,2			8	3,8	7	2,4	11	2,8				
Étrangers	21	5,5	19	4	13	3,8			12	5,8	12	4,2	4	1				
— en loge de concierge ..	14	3,6	19	4	28	8,3	61		19	9,1	32	11,2	32	8,1	83		144	6,9
b) en hôtel meublé	165	43	92	19,2	34	10,1	291		62	29,8	40	14	20	5,1	122		413	19,8
c) S. D. F.	61	15,9	109	22,8	32	9,5	202		10	4,8	35	12,2	19	4,8	64		266	12,7
d) TOTAL	383		478		337		1.108		208		286		393		887		2.085	
<i>2) Nombre de personnes :</i>																		
1	79	36	84	28,7	92	38	255		38	22,9	78	38,2	200	64,7	316		571	40
2	46	21	113	38,6	115	47,5	274		57	34,3	81	39,7	68	22	206		480	33,5
3	33	15	40	13,6	19	7,8	92		29	17,5	24	11,8	22	7,1	75		167	11,6
4	22	10	25	8,5	5	2	52		18	10,8	7	3,4	7	2,2	32		84	5,8
5	17	7,8	18	6,1	8	3,3	43		14	8,5	10	4,9	8	2,6	32		75	5,2
6	12	5,5	5	1,7	1	0,4	18		8	4,8	2	1	0	0	10		28	2
7	7	3,2	7	2,4	2	0,8	16		1	0,6	0	0	3	1	4		20	1,4
8	3	1,4	0	0	0	0	3		0	0	1	0,5	1	0,3	2		5	0,3
9	0	0	1	0,3	0	0	1		1	0,6	1	0,5	0	0	2		3	0,2
TOTAL	219		293		242		754		166		204		309		679		1.433	

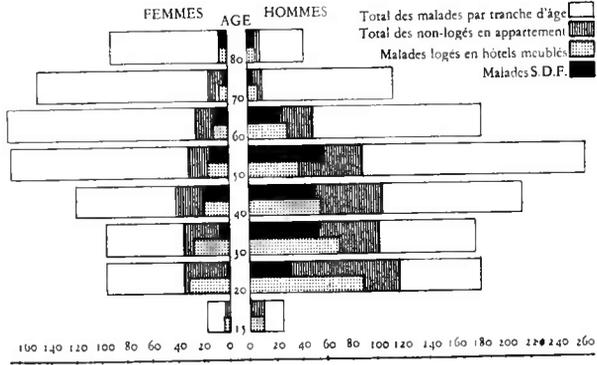
TABLEAU 26 (suite)

L'HABITAT PAR AGE ET SEXE A L'HÔTEL-DIEU EN 1954-1955

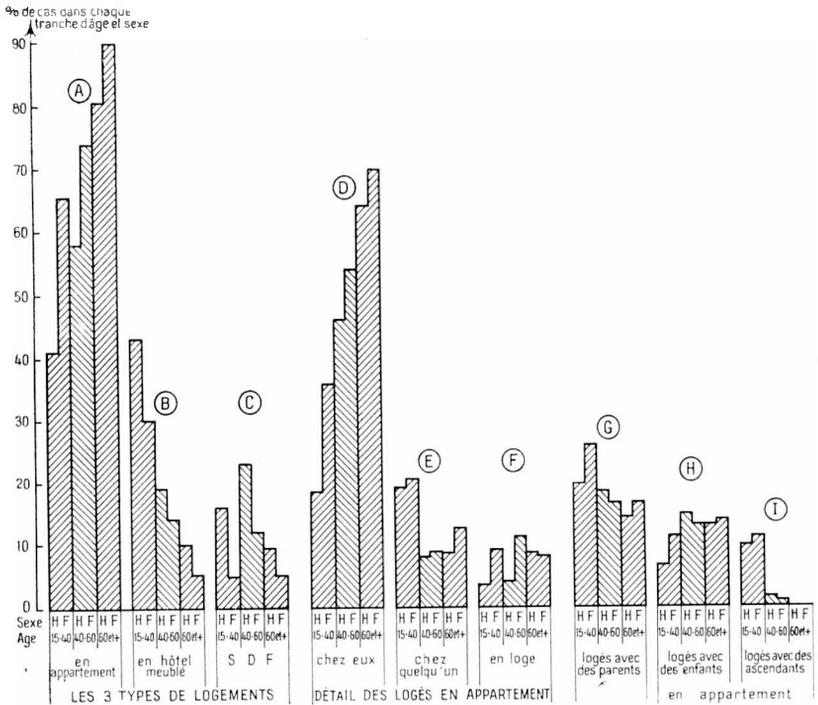
	HOMMES								FEMMES								TOTAL + HOMMES FEMMES	
	15 à 40		40 à 60		60 ET +		TOTAL HOMMES		15 à 40		40 à 60		60 ET +		TOTAL FEMMES		Nb	%
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%		
3) <i>Nombre de pièces :</i>																		
1	114	59,4	134	48,5	117	46,2	365		88	57,1	98	46,4	162	53,6	348		713	51,4
2	46	24	84	30,4	96	37,9	226		45	29,2	76	36	103	34,1	224		450	32,4
3	20	10,4	41	14,8	29	11,5	90		16	10,4	30	14,2	32	10,6	78		168	12,1
4	7	3,6	12	4,3	6	2,4	25		3	2	5	2,4	2	0,7	10		35	2,5
5	3	1,5	3	1,1	4	1,6	10		1	0,6	2	1	3	1	6		16	1,1
6	0	0	0	0	1	0,4	1		0	0	0	0	0	0	0		1	0,1
7	2	1	0	0	0	0	2		1	0,6	0	0	0	0	1		3	
8	0	0	1	0,3	0	0	1		0	0	0	0	0	0	0		1	0,1
9	0	0	1	0,3	0	0	1		0	0	0	0	0	0	0		1	0,1
TOTAL	192		276		253		721		154		211		302		667		1.388	0,2
4) <i>Indice de surpeuplement :</i>																		
Bien	36	23,1	105	40,1	105	46	246		33	23,2	74	36,3	131	43,9	238		484	37,4
Moyen	55	35,2	99	37,8	97	42,5	251		56	39,4	82	40,2	133	44,4	271		522	40,4
Mauvais	41	26,3	34	13	16	7	91		29	20,4	35	17,1	27	9	91		182	14
Impossible	24	15,4	24	9,1	10	4,4	58		24	16,9	13	6,4	10	3,4	47		105	8,1
TOTAL	156		262		228		646		142		204		301		647		1.293	
5) <i>Estimation de l'habitat :</i>																		
Très bien	1	0,7	12	4,6	3	1,2	16		3	2,5	1	0,5	2	0,6	6		22	
Bien	10	7,2	12	4,6	10	4	32		8	6,8	4	2,1	15	4,5	27		59	
Assez bien	26	18,8	44	17	42	16,9	112		16	13,5	26	13,5	42	12,6	84		196	
Médiocre	40	29	74	28,6	74	29,7	188		39	33	87	45	122	36,7	248		436	
Mauvais	35	25,4	81	31,3	68	27,3	184		35	29,6	59	30,6	122	36,7	216		400	
Taudis	26	18,8	36	13,9	52	20,9	114		17	14,4	16	8,3	29	8,7	62		176	
TOTAL	138		259		249		646		118		193		332		643		1.289	

L'HABITAT

que 13 % de la population parisienne soit constituée de clochards et une récente étude de l'I. N. E. D. estime le pourcentage des sujets vivant en



SCHEMA 30. — Habitat : les non logés en appartement à l'Hôtel-Dieu en 1954-1955 (leur proportion dans chaque tranche d'âge : hôtel meublé et les S. D. F.).



SCHEMA 31. — Le lieu de logement des malades de l'Hôtel-Dieu en 1954-1955 selon leur sexe et leur âge.

hôtel meublé dans la population de la Seine à seulement 8 % alors que notre chiffre est de 19,8 %.

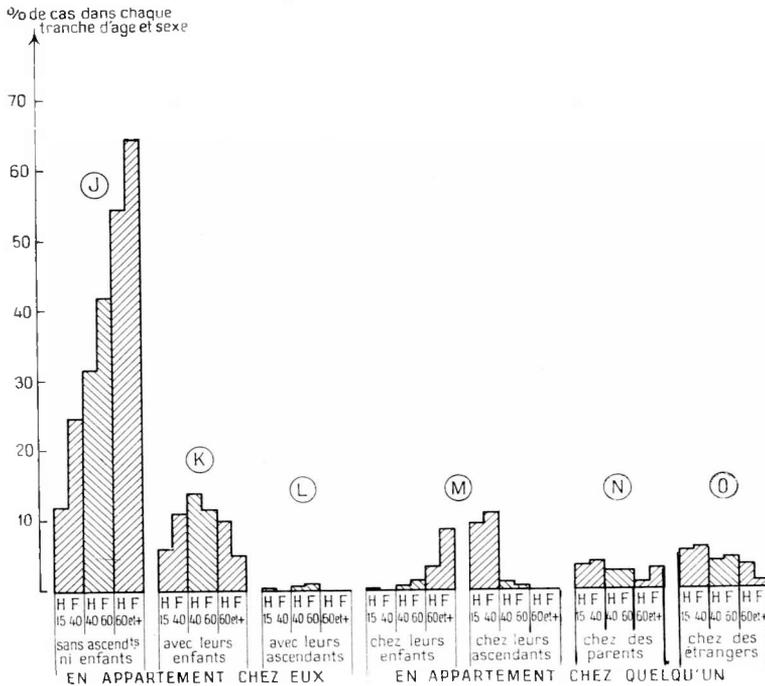
Cependant l'étude du logement selon l'âge et le sexe (tableau 26 et

schéma 31) semble indiquer à l'hôpital une nette prédominance des mal logés chez les jeunes.

Le logement en hôtel meublé est toujours plus fréquent chez l'homme et surtout le jeune, puisque sa fréquence décroît avec l'âge ¹.

Par contre la proportion de sujets vivant en appartement croît régulièrement avec l'âge et avec des taux toujours supérieurs chez la femme.

Enfin les « sans domicile fixe » dont nous aurons à reparler dans la seconde partie de ce travail, sont toujours plus nombreux chez les hommes et leur taux passe par un maximum entre 40 et 60 ans dans les deux sexes.



SCHEMA 32. — Le lieu de logement (suite du schéma 31).

Ces variations selon l'âge nous ont beaucoup surpris et nous ne savons pas exactement la part respective que l'on peut attribuer aux deux facteurs suivants :

— l'existence dans la population de base d'une réelle différence entre sujets jeunes et sujets âgés, les premiers paraissant beaucoup plus mal logés que les seconds,

— et l'existence d'une sélection hospitalière qui, d'une part, admet un échantillon représentatif de sujets âgés, sans discrimination selon le logement car la cause médicale de l'admission régulièrement plus grave suffit et qui, d'autre part, admet un échantillon non représentatif de sujets

1. Il convient de noter là le rôle de la concentration des Nord-Africains qui vivent en hôtel parmi ces jeunes de sexe masculin.

jeunes, sélectionnant les plus mal logés, lorsque le motif médical est moins grave.

Il est en effet probable que ces deux facteurs s'intriquent et concourent aux résultats que nous avons trouvés à l'hôpital.

Cette amélioration des conditions de logement avec l'âge chez les ma-

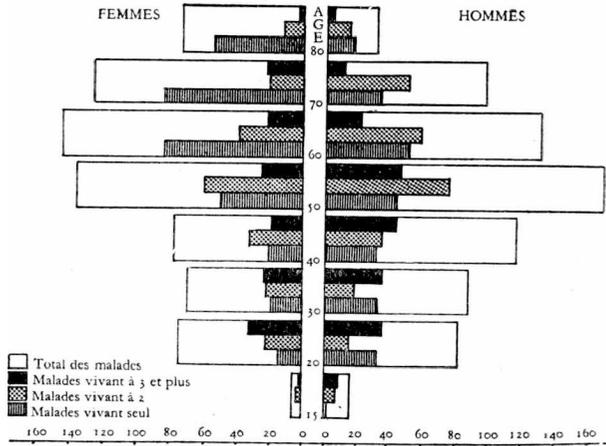


SCHÉMA 33. — Habitat : la cohabitation selon l'âge et le sexe, répartition des 3 catégories de malades vivant seuls, à 2, à 3, et plus, en 1954-1955.

lades hospitalisés peut d'ailleurs être encore précisée en étudiant ceux des malades logés en appartement (tableau 26 et schémas 31 et 32) ; on note en effet que parmi ces malades, la plus grande partie est constituée par ceux

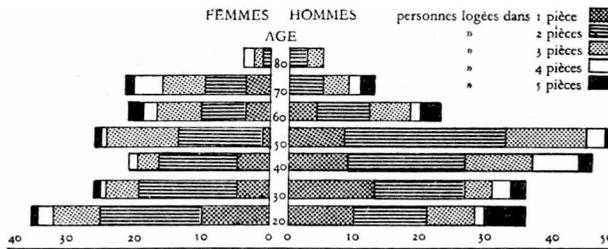
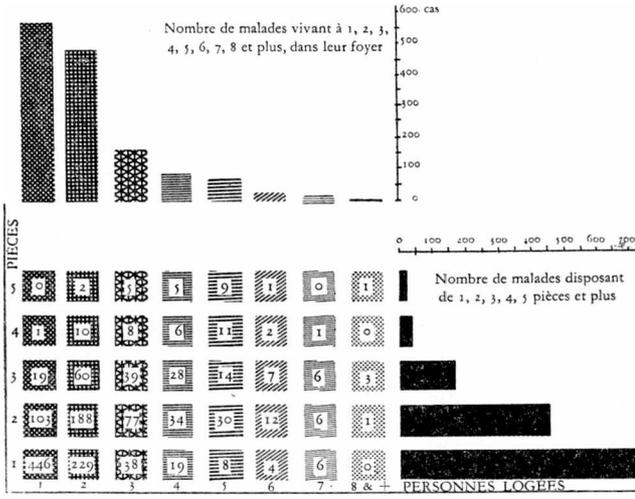


SCHÉMA 34. — Habitat : les logements des malades vivant à 3 et plus. Répartition de ces malades dans 1-2-3-4-5 pièces et plus pour chaque tranche d'âge. (Hôtel-Dieu, 1954-1955.)

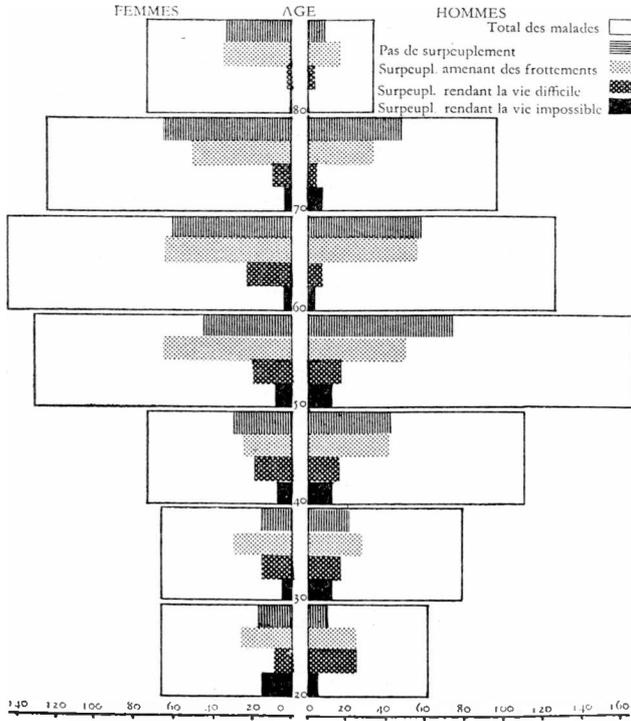
qui vivent chez eux et leur taux, toujours plus élevé chez la femme croît avec l'âge ; les malades logés avec obligations (concierges) sont dans l'ensemble peu nombreux, enfin les malades logés chez un tiers sont plus fréquents chez les jeunes que chez les vieillards.

En étudiant la cohabitation dans leur logement, on s'aperçoit également que les vieillards sont favorisés : les graphiques G, H et I du schéma 31 montrent les pourcentages propres à chaque tranche d'âge pour les malades habitant en appartement qu'ils soient chez eux ou chez un tiers : on peut



SCHEMA 35. — Diagramme de cohabitation (1439 cas).

En abscisses : nombre de personnes vivant au foyer du malade. En ordonnées : nombre de pièces à la disposition du malade. Au centre des carrés : nombre de malades relevés dans nos fiches et définis par les coordonnées du carré. (Hôtel-Dieu, 1954-1955.)



SCHEMA 36. — Indice de surpeuplement : proportion de surpeuplés dans chaque tranche d'âge et par sexe. (Hôtel-Dieu, 1954-1955.)

constater que le taux de vieillards habitant avec des parents (essentiellement leurs enfants) est moins élevé que celui des jeunes. En outre le schéma 31 montre que la proportion des malades vivant chez eux sans parents ni enfants croît avec l'âge et que parmi le faible contingent des sujets vivant chez un tiers, les jeunes logés chez leurs ascendants ou des étrangers sont proportionnellement plus nombreux que les vieux qui vivent chez leurs enfants.

L'estimation de l'habitation qui porte en réalité sur le confort de ces appartements (tableau 26) ne montre pas de grandes variations avec l'âge : mais il convient d'être particulièrement prudent dans l'interprétation de ces renseignements très subjectifs qui ne nous donnent pas la même certitude que les résultats objectifs concernant le nombre de pièces et le surpeuplement. C'est ainsi que même à confort égal, nous répétons que nos vieillards paraissent mieux logés que les jeunes.

En d'autres termes nous pouvons dire que les vieillards hospitalisés, mieux logés que les jeunes ne peuvent tirer argument de leur logement pour se faire admettre ou prolonger leur séjour en dehors d'autres raisons valables et parmi celles-ci il est possible qu'il en existe une, corollaire de la notion précédente, c'est précisément la fréquence avec laquelle les vieillards bien logés, non surpeuplés, sont seuls dans leur appartement, nous y reviendrons.

2° *L'occupation des locaux et le surpeuplement* étudiés chez nos malades confirment les difficultés de logement que nous venons de rencontrer dans notre clientèle hospitalière (tableau 26 et schémas 33, 34, 35 et 36.)

Globalement nous voyons (tableau 26) que sur 100 malades :

— 51,5 plus de la moitié, vivent dans une pièce alors que seulement 40 malades vivent seuls ;

— 32,5, près du tiers, vivent dans deux pièces ;

— 16 seulement disposent de plus de 2 pièces alors que 26,5 ont un foyer de plus de 2 personnes.

L'importance de ce surpeuplement est encore plus nette si l'on considère le diagramme du schéma 35 où sur 1.439 malades on trouve la correspondance entre le nombre de pièces et le nombre de personnes vivant au foyer.

Nous y voyons que sur les 380 malades dont le foyer se compose de plus de 2 personnes, 235 malades, soit 61 %, ne possèdent pas plus de 2 pièces et représentent avec leur foyer 935 âmes logées dans 395 pièces, soit environ 1 pièce pour 2,5 personnes.

Ce diagramme nous montre enfin que, quelque soit le nombre de personnes au foyer, il y a toujours plus de malades n'ayant qu'une ou deux pièces que de malades possédant un appartement plus grand.

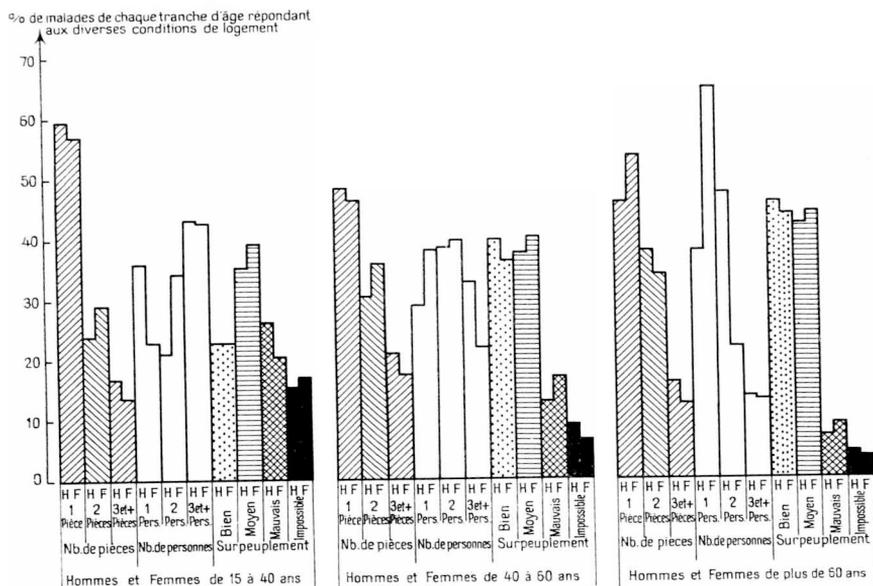
L'indice de surpeuplement (tableau 26), jugement subjectif porté par l'assistante sociale sur le logement confirme d'ailleurs ces faits puisque sur 100 malades :

— 37,5 seulement ne souffrent pas de surpeuplement (mention bien) ;

— 62,5 souffrent d'un surpeuplement qui chez 40,5 entraîne des frottements (mention moyen), chez 14 rend la vie difficile (mention mauvais), chez 8 rend la vie impossible (mention impossible).

Cette estimation laisse préjuger de ce qui doit arriver lorsque l'un des membres du foyer tombe malade.

Mais en réalité ces difficultés de logement ne sont pas les mêmes pour tous les âges et dans les deux sexes (tableau 26 et schémas 36 et 37).



SCHEMA 37. — Le logement et le surpeuplement des malades de l'Hôtel-Dieu en 1954-1955 selon leur sexe et leur âge.

Le pourcentage de malades possédant 1, 2 ou 3 pièces et plus varie peu d'un groupe d'âge à l'autre. Tout au plus notons que la proportion de sujets de moins de 40 ans vivant dans une pièce est un peu plus élevée et ceci est peut-être à rapprocher de la fréquence à cet âge de l'habitation en hôtel meublé.

Mais ce qui apparaît primordial ce sont les variations du nombre de personnes au foyer; les foyers de plus de 3 personnes sont d'autant plus fréquents que les sujets sont plus jeunes et disposent moins de grands appartements.

Les sujets vivant à deux réalisent une proportion à peu près stable d'un groupe d'âge à l'autre mais différente pour chaque sexe aux deux extrémités de la vie : chez les jeunes, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à vivre à deux tandis que chez les vieillards, ce sont les hommes (car ils sont moins souvent veufs que les femmes).

Enfin les sujets vivant seuls sont comme nous le suggèrent les pages précédentes, beaucoup plus fréquents parmi les sujets âgés et ce sont bien entendu surtout des femmes (veuves).

L'indice de surpeuplement confirme ces faits puisque les deux premières mentions (pas de surpeuplement, et surpeuplement avec frottements) ne cessent de croître d'une classe d'âge à l'autre, alors que les deux derniers (surpeuplement rendant la vie difficile ou impossible) ne cessent de décroître avec l'âge.

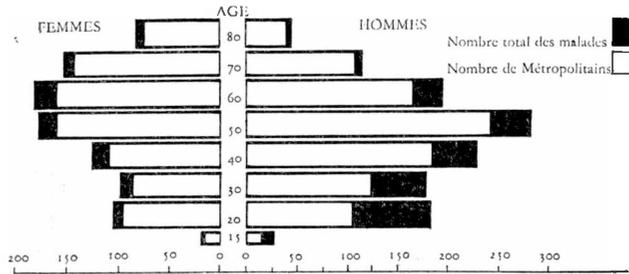


SCHÉMA 38. — Origine des malades : les Métropolitains, leur proportion dans chaque tranche d'âge et sexe (Hôtel-Dieu, 1954-1955.)

Au total les malades jeunes paraissent bien les moins bien logés ; les malades âgés sont mieux logés, mais plus souvent seuls.

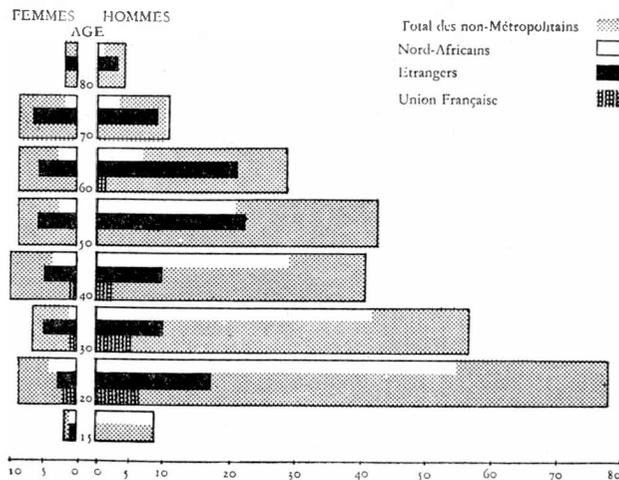


SCHÉMA 39. — Origine des malades : les non Métropolitains. Répartition des non Métropolitains entre Nord-Africains, étrangers, et ressortissants de l'Union française dans chaque tranche d'âge et de sexe. (Hôtel-Dieu, 1954-1955.)

III. Situation socio-professionnelle.

L'étude sociologique de notre clientèle de médecine générale aurait été très incomplète si nous n'avions pas fait mention de ses caractéristiques socio-professionnelles. En réalité, faute d'expériences antérieures, nous n'avons fait qu'ébaucher cette étude notamment celle des métiers qui méritera d'être reprise sous une nomenclature plus officielle et plus fouillée que la nôtre.

TABLEAU 27

LE PAYS D'ORIGINE PAR AGE ET SEXE A L'HÔTEL-DIEU EN 1954-1955

AGES		15 à 19		20 à 29		30 à 39		40 à 49		50 à 59		60 à 69		70 à 79		80 ET +		TOTAL	
		NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
HOMMES	Métropole	20		108		126		186		242		165		107		41		995	
	Nord-Africains	10	33,3	55	29,6	42	23	29	12,8	21	7,4	7	3,6	3	2,5	1	2,2	168	13,2
	Union Française	0	0	6	3,2	5	2,7	2	0,9	0	0	1	0,5	0	0	0	0	14	1,1
	Étrangers	0	0	17	9,1	10	5,4	10	4,4	22	7,7	21	10,8	9	7,5	3	6,7	92	7,2
	TOTAL	30		186		183		227		285		194		119		45		1.269	
FEMMES	Métropole	16		96		93	93	115		169		172		143		84		888	
	Nord-Africains	1	5,6	4	3,8	1	1	4	3,2	3	1,7	3	1,7	2	1,3	0	0	18	1,9
	Union Française	0	0	2	1,9	1	1	1	0,8	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0,4
	Étrangers	1	5,6	3	2,8	5	5	5	4	6	3,4	6	3,3	7	4,6	2	2,3	35	3,7
	TOTAL	18		105		100		125		178		181		152		86		945	

TOTAL HOMMES + FEMMES : Nord-Africains : 186, soit 8,4 % ; Étrangers : 127, soit 5,7 %.

TABLEAU 28

LA SITUATION PROFESSIONNELLE ET L'ESTIMATION FINANCIÈRE PAR AGE ET SEXE A L'HÔTEL-DIEU EN 1954-1955

AGES.....	HOMMES								FEMMES								TOTAL HOMMES + FEMMES					
	15 à 40		40 à 60		60 ET +		TOTAL HOMMES		NOMBRE DE JOURS		15 à 40		40 à 60		60 ET +		TOTAL FEMMES		NOMBRE DE JOURS		Nb	%
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb DE JOURS	% DE LITS	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb DE JOURS	% DE LITS		
<i>Situation Professionnelle :</i>																						
En activité	271	71,3	284	60	104	30	659	55	15.002	50,5	120	58,5	128	45,1	65	16,4	313	35,3	8.868	26,6	972	46,6
En retraite	0	0	3	0,6	166	47,8	169	55	5.568	18,7	0	0	2	0,7	196	49,4	198	22,8	10.658	32	367	17,6
En chômage	34	8,9	47	10	13	3,7	94	2,8	2.483	8,3	6	2,9	11	3,9	3	0,7	20	2,3	418	1,2	114	5,4
En arrêt de travail pour raison de santé.....	32	8,4	63	13,3	33	9,5	128	3,8	3.191	10,7	13	6,3	34	12	33	8,3	80	9,3	4.074	12,2	208	10
Sans profession	43	11,3	75	15,9	31	8,9	149	4,5	3.479	11,7	66	32,7	109	38,4	100	25,2	275	31,5	9.323	28	424	20,3
TOTAL	380		472		347		1.199		29.723		205		284		397		886		33.341		2.085	
<i>Estimation financière :</i>																						
Bien	38	11,8	45	11,3	15	5,8	98	2,8			17	10,4	20	10	6	1,9	43	4,9			141	8,5
Moyen	114	35,4	107	26,8	32	12,4	253	7,5			61	37,4	36	18	18	5,8	115	13,1			368	22,3
Insuffisant	114	35,4	131	32,8	83	32	328	9,8			70	42,9	97	49	69	22,2	236	26,7			564	34,1
Inexistant	56	17,4	116	29	129	49,8	301	8,9			15	9,2	46	23	217	70	278	31,4			579	35
TOTAL	322		399		259		980				163		199		310		672				1.652	

Dans ce chapitre nous étudierons les réponses concernant le pays d'origine du malade, le métier qu'il exerce et les ressources financières dont il dispose.

1° *En précisant le pays d'origine des malades* (tableau 27 et schémas 38, 39 et 40) nous avons trouvé que 15 % de nos malades n'étaient pas métropolitains : parmi eux nous comptons surtout des Nord-Africains qui représentent 8,4 % de la totalité des malades et des étrangers qui représentent 5,7 %.

La population nord-africaine du service comprend surtout des hommes et des hommes jeunes : en effet ils représentent 13,2 % des malades hommes et seulement 1,9 % des malades femmes et chez les hommes leur fréquence atteint 33,3 % avant 20 ans (chiffre contestable à cause de la petite taille de l'échantillon) et près de 30 % entre 20 ans et 30 ans, puis elle décroît rapidement avec l'âge.

Nous avons dit ailleurs [21] que contrairement aux étrangers, les Nord-Africains paraissent plus concentrés à l'hôpital que dans la population de la Seine (3 %) ; et il est certain que l'introduction à l'hôpital d'un contingent aussi important de Nord-Africains dont le mode de vie ne peut être comparable à celui des métropolitains (du fait de leur transplantation, de leur situation familiale artificiellement modifiée, de leur travail, de leur religion etc...) mérite une étude plus poussée : cette étude que nous ne manquerons pas de faire dans la deuxième partie de ce travail nous permettra d'une part de mieux définir au point de vue sociologique la qualité de Nord-Africain, et d'autre part de comparer leur morbidité à celle des métropolitains.

2° *La situation professionnelle et le métier exercé* par nos malades ont été étudiés dans nos deux enquêtes de l'Hôtel-Dieu de façon différente, mais il faut l'avouer, toujours insuffisamment précise. Il y a lieu en effet de répondre à deux questions différentes :

— le malade travaille-t-il ou est-il dans l'une des catégories suivantes : retraite, chômage, arrêt de travail (pour raison de santé), sans profession ?

— Quel métier exerce-t-il habituellement ?

Or dans nos enquêtes nous n'avons pas nettement séparé ces deux questions.

Dans la 2^e enquête (1954-1955) (tableau 28) nous avons répondu à la première des deux questions et relevé la situation professionnelle des malades au moment de leur hospitalisation sans tenir compte du métier qu'ils exerçaient avant d'être malades.

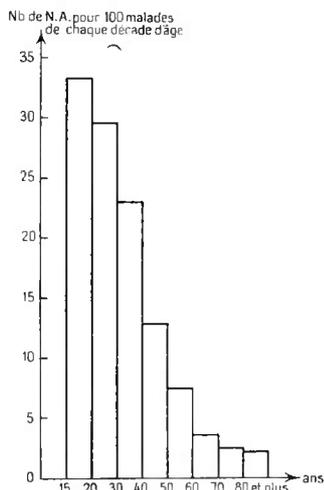


SCHÉMA 40. — Pourcentage des Nord-Africains dans chaque tranche d'âge des hommes hospitalisés à l'Hôtel-Dieu en 1954-1955.

Globalement sur 100 malades hospitalisés, on en compte environ :
 47 qui exercent encore leur métier ;
 17 qui sont à la retraite ;
 5 qui sont en chômage ;
 10 qui ont arrêté leur travail depuis un certain temps à cause de leur santé ;
 20 qui n'ont aucune profession.

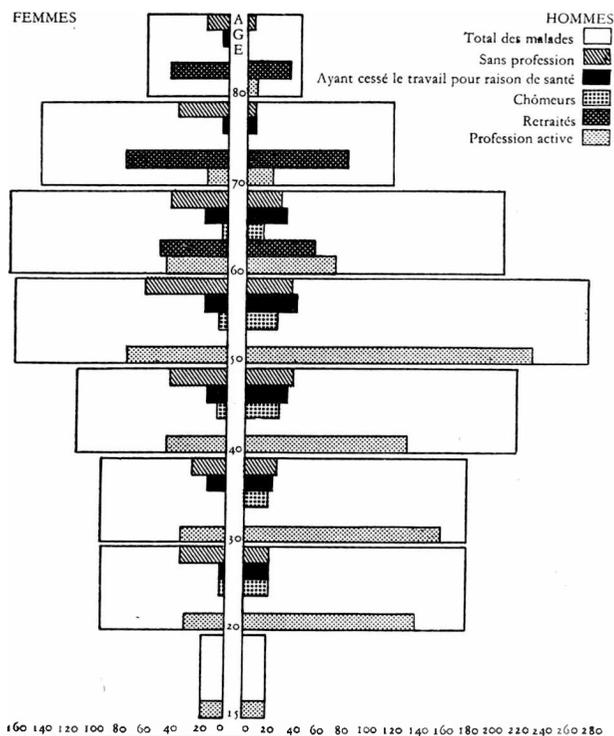


SCHÉMA 41. — Situation professionnelle selon l'âge et le sexe. Proportions de travailleurs et diverses catégories de non travailleurs. (Hôtel-Dieu en 1954-1955.)

On peut donc dire que plus de la moitié des malades hospitalisés ne travaille pas : que l'hôpital recrute un peu moins de travailleurs que d'inactifs.

En réalité, ces chiffres sont sans valeur si l'on ne tient compte du sexe et de l'âge car il est bien évident que les travailleurs sont d'autant moins nombreux qu'il s'agit de femmes ou de vieillards (tableau 28 et schémas 41 et 42).

Les malades qui travaillaient avant d'entrer à l'hôpital sont effectivement toujours plus nombreux chez les hommes que chez les femmes, mais on notera cependant que cet écart est relativement faible et que le pourcentage des femmes qui travaillent est assez élevé. D'autre part nous voyons

sur les courbes (schéma 42) la régulière diminution des pourcentages de travailleurs avec l'âge. Après 60 ans nous avons cependant trouvé 30 % d'hommes et 16,4 % de femmes travaillant encore, chiffres comparables à ceux de la population de base ¹.

Parmi les malades qui ne travaillaient pas à leur entrée à l'hôpital :

— Les retraités ne comptent bien entendu qu'après 60 ans et représentent dans les deux sexes près de 50 % des cas.

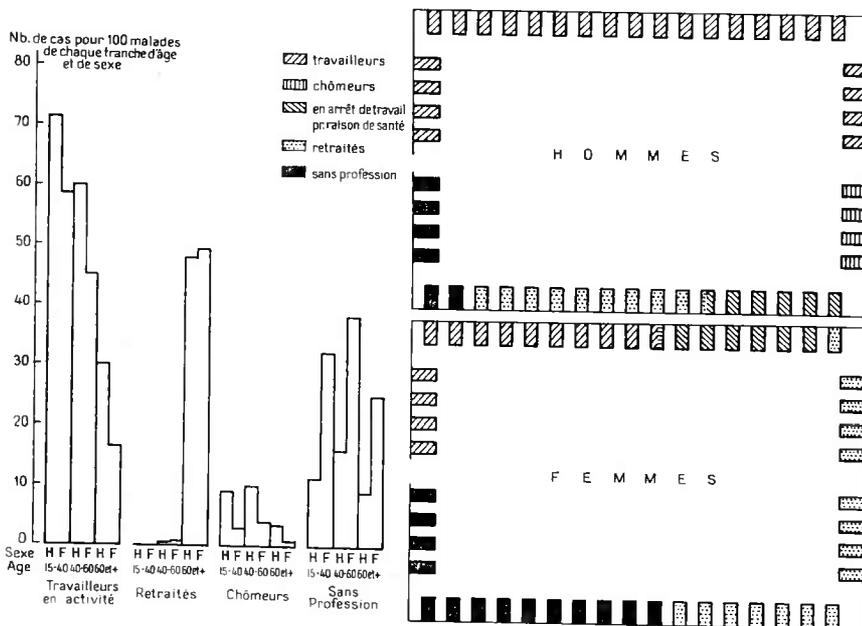


SCHÉMA 42. — La situation professionnelle des malades de l'Hôtel-Dieu en 1954-1955 selon l'âge et le sexe. Pourcentage des entrants à gauche, et pourcentage des présents en salle à droite.

— Le chômage ² n'intéresse jamais plus de 10 % des cas, il est toujours plus fréquent chez l'homme et compte surtout avant 60 ans.

— Enfin l'absence totale de profession est un caractère qui varie peu avec l'âge ; toujours beaucoup plus fréquente chez la femme, elle n'est cependant pas rare chez l'homme, et l'on peut s'étonner de trouver à la pleine force de l'âge (entre 40 et 60 ans) près de 16 % d'hommes sans profession ; ce fait est peut-être favorisé par la fréquence à cet âge des clochards.

De telles différences d'un sexe à l'autre nous ont amenés à établir à

1. Ces chiffres des vieux travailleurs ont une certaine valeur dans l'appréciation de la représentativité de notre population hospitalière par rapport à la population de base : en effet pour la population française en général J. DARIC [30] cite pour 1946 le pourcentage de travailleurs au delà de 65 ans qui est de 54 % pour les hommes et J. FOURASTIÉ [31] donne pour la population de base de 1954 le pourcentage de 36 % des hommes et de 14 % des femmes travaillant au delà de 65 ans.

2. Le chômeur ne doit pas être compris ici comme un sujet inscrit au chômage, mais comme un travailleur en rupture de travail cherchant un nouvel emploi.

TABLEAU 29

LES MÉTIERS PAR AGE ET PAR SEXE A L'HÔTEL-DIEU EN 1952-1954

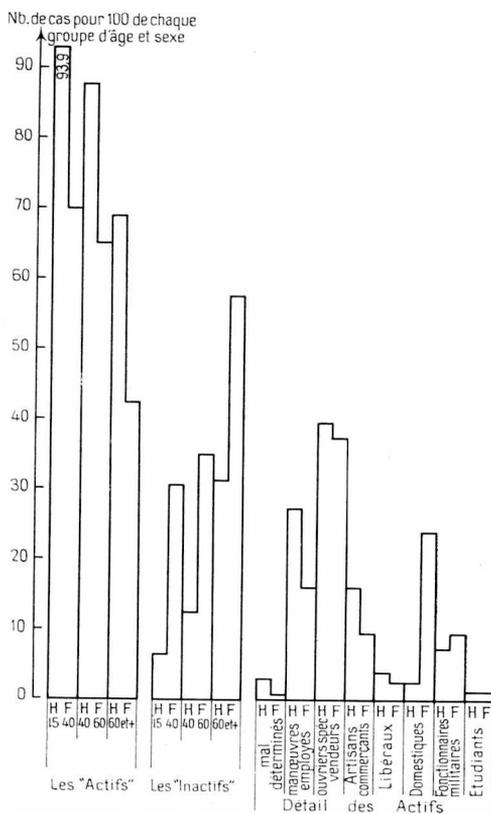
98

	HOMMES								FEMMES								TOTAL HOMMES + FEMMES	
	15 à 40		40 à 60		60 ET +		TOTAL HOMMES		15 à 40		40 à 60		60 ET +		TOTAL FEMMES			
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
<i>Les Actifs</i>	417	93,9	638	87,6	352	68,7	1.407	83,5 (1)	340	69,8	339	64,9	312	42,5	991	56,8 (1)	2 398	70 (1)
1) Mal déterminés	8		28		5		41	2,9	2		2		0		4	0,4	45	1,9
2) Manœuvres, employés (porteurs, gardiens, li- vriers)	118		174		93		385	27,3	23		62		74		159	16	544	22,7
3) Ouvriers spécialisés et ven- deurs, garçons de café.....	182		250		125		557	39,6	158		118		97		373	37,6	930	38,8
4) Artisans, commerçants cultivateurs	45		92		84		221	15,7	17		34		41		92	9,3	313	13
5) Professions libérales	13		22		19		54	3,8	3		9		11		23	2,3	77	3,2
6) Domestiques	4		17		13		34	2,4	74		79		84		237	23,9	271	11,3
7) Fonctionnaires et mili- taires.....	33		55		13		101	7,2	52		35		5		92	9,3	193	8
8) Étudiants	14		0		0		14	1	11		0		0		11	1,1	25	1
<i>Les Inactifs</i>	27	6,1	90	12,4	160	31,3	277	16,5 (1)	147	30,2	183	35,1	422	57,5	752	43,1 (1)	1.029	30 (1)
1) Retraite des vieux travail- leurs	0		1		57		58	20,9	0		2		90		92	12,2	150	14,6
2) Retraite fonctionnaire et invalidité	0		9		16		25	9	0		5		14		19	2,5	44	4,3
3) Article 115	4		13		8		25	9	0		6		2		8	1	33	3,2
4) Sans profession	7		28		42		77	27,8	136		153		290		579	77	656	63,7
5) Sans domicile fixe	16		32		20		68	24,5	4		10		16		30	4	98	9,5
6) « Ménagère »	0		0		0		0	0	6		3		3		12	1,6	12	1,2
7) Chômage	0		3		0		3	1	1		1		0		2	0,2	5	0,5
8) Retraites diverses	0		4		17		21	7,6	0		3		7		10	1,3	31	3
TOTAL	444		728		512		1.684		487		522		734		1.743		3.427	

DONNÉES SOCIOLOGIQUES

En (1) on a porté le nombre total de cas non pour 100 hommes et femmes, mais pour 100 hommes et femmes actifs, et, plus bas pour 100 hommes et femmes inactifs.

partir des durées de séjour dans chaque sexe et pour chaque catégorie professionnelle le pourcentage d'occupation des lits (tableau 28 et schéma 42) : la répartition des malades dans ces catégories est quelque peu différente de la répartition à l'entrée que nous venons de donner car certains malades restent moins longtemps (les travailleurs notamment), d'autres plus longtemps (les retraités par exemple). Nous voyons donc sur le schéma 42 reconstituées deux salles de malades :



SCHEMA 43. — Les métiers exercés par les malades de l'Hôtel-Dieu en 1952-1954 selon l'âge et le sexe.

— chez les hommes, la moitié de la salle est occupée par des travailleurs, alors que le cinquième est occupé par des retraités et un peu plus du dixième par des malades sans profession ;

— tandis que chez les femmes, les travailleuses n'occupent que le quart de la salle, les retraités le tiers, et les malades sans profession plus du quart.

Dans la première enquête de l'Hôtel-Dieu (tableau 29) nous n'avions pas tenu compte des malades ayant interrompu leur travail et nous avons davantage noté le métier du malade lorsque pour une raison quelconque il ne l'exerçait plus au moment d'entrer à l'hôpital : ces dispositions gonflent

le pourcentage des travailleurs qui atteint globalement 70 % et chez l'homme en particulier 83 %. Par sexe et par âge (tableau 29 et schéma 43) nous retrouvons la même notion que la femme travaille moins souvent que l'homme et que les travailleurs décroissent avec l'âge.

Mais cette première enquête nous apporte des renseignements supplémentaires sur ces deux catégories d'« actifs » et d'« inactifs » (tableau 29 et schéma 43).

Parmi les « actifs » nous avons rangé les malades selon leur métier sans utiliser, malheureusement, une classification socio-professionnelle assez détaillée ; globalement sur 100 malades travaillant :

- 39 sont des ouvriers spécialisés, des vendeurs, des garçons de café,
- 23 sont des manœuvres, des employés (porteurs, gardiens, livreurs),
- 13 sont des artisans, commerçants, cultivateurs,
- 11 sont des domestiques,
- 8 sont des fonctionnaires et des militaires ;
- puis viennent 3 professions libérales, 2 professions mal déterminées et un étudiant.

Ces métiers se répartissent d'ailleurs de façon différente chez l'homme et la femme (tableau 29 et schéma 43) :

- Les employés et manœuvres sont plus des hommes de tout âge que des femmes (alors âgées.)
- Les ouvriers spécialisés et vendeurs sont également fréquents dans les deux sexes et à tous les âges.
- Les domestiques sont recrutés essentiellement parmi les femmes à tous les âges.
- Les artisans et commerçants sont plus fréquents chez l'homme surtout après 40 ans.
- Les fonctionnaires forment un contingent non négligeable dans les deux sexes peut-être à cause de la proximité des services de la préfecture que draine l'Hôtel-Dieu.

Parmi les « inactifs » (tableau 29) notons que sur 100 malades ne travaillant pas :

- 22 sont retraités (15 retraites des vieux travailleurs et 4 retraites de fonctionnaires, 3 retraites diverses) proportion un peu plus forte chez l'homme que chez la femme ;
- 3 sont « article 115 » (essentiellement des hommes) ;
- 64 sont sans profession comprenant davantage de femmes, peu d'hommes (pourtant 30 % des hommes inactifs sont sans profession) ;
- 9,5 sont sans domicile fixe, proportion beaucoup plus forte chez les hommes (près du quart des non travailleurs) ;
- 1 est « ménagère » (en réalité c'est le cas « des femmes sans profession ») ;
- 0,5 est en chômage (chiffre certainement sous-estimé dans notre première enquête).

Ces chiffres font apparaître la fréquence des S. D. F. et surtout celle des retraités et des « sans professions » que nous avons déjà observée dans le dépouillement de la deuxième enquête plus précise sur ces points.

Pour peu précis qu'il soit, ce tableau socio-professionnel n'en est pas moins intéressant dans la mesure où il aide à situer notre clientèle hospitalière parmi les grands groupes professionnels et nous pouvons penser d'après ces chiffres que l'hôpital draine avec une certaine prédilection,

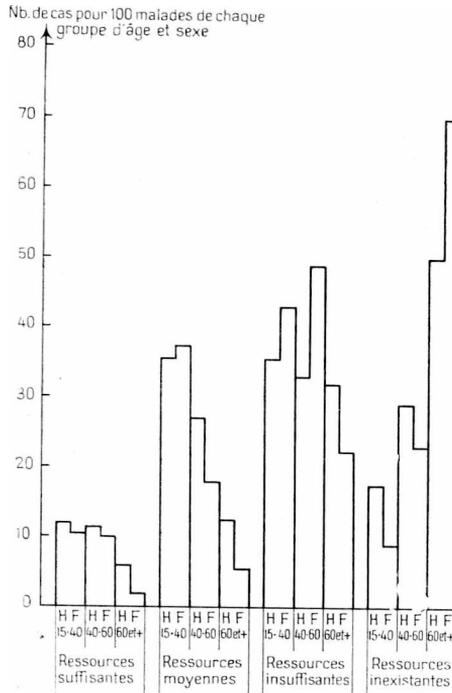


SCHÉMA 44. — Les ressources financières des malades de l'Hôtel-Dieu en 1954-1955 selon l'âge et le sexe.

les malades ne travaillant pas ou ne travaillant plus (forte proportion des retraités, forte proportion d'hommes sans profession) et les malades exerçant les métiers les moins rémunérateurs.

3° *Du reste c'est ce que confirme l'estimation financière de la deuxième enquête* (tableau 28 et schéma 44) où l'assistante sociale a pris, en 1954, comme base un salaire de 27.000 francs par mois : tenant compte encore des allocations familiales et autres ressources d'autres membres du foyer, et du nombre de personnes à vivre sur ce salaire, celle-ci a retenu 5 catégories :

— bien : au-dessus de 40.000 francs par mois pour un célibataire (avec en plus la moitié de ce chiffre par personne supplémentaire au foyer) ;

— moyen : au-dessus de 27.000 francs pour un, ou 40.000 pour deux personnes ;

— insuffisant : au-dessous de 27.000 francs pour une personne ;

— inexistant : lorsqu'on sait que le malade n'a manifestement pas de quoi vivre (10.000 francs).

Malgré le niveau peu élevé de cette échelle, nous voyons (tableau 28) que sur 100 malades :

- 8,5 seulement ont la mention bien ;
- 22, 5 ont des ressources moyennes ;
- 34 ont des ressources insuffisantes ;
- 35 ont des ressources inexistantes.

Si dans l'ensemble les ressources sont très faibles (et peut-être sous-estimées par la subjectivité de cette question) le tableau 28 et le schéma 44 nous montrent selon l'âge et le sexe à quel point les vieillards sont encore défavorisés : ce sont eux qui comptent le plus grand pourcentage de ressources inexistantes (surtout les femmes âgées) ; et il est possible que ce facteur joue lui aussi dans le déterminisme de l'hospitalisation dite abusive des vieillards.

*
* *

Les résultats que nous venons d'exposer montrent sur le plan analytique qu'à chaque question d'ordre social nous avons recueilli un grand nombre de réponses défavorables.

Il faut ajouter que ces caractéristiques socio-familiales défavorables s'additionnent souvent et qu'au total, les malades non défavorisés par l'une ou l'autre de ces caractéristiques ou par leur intrication, sont rares : nous avons eu déjà l'occasion de dire [21] qu'à l'Hôtel-Dieu en 1954-1955 nous avons estimé le contingent de malades non particulièrement défavorisé sur le plan sociologique, c'est-à-dire ceux des malades :

- qui ne sont pas des S. D. F. et ne vivent pas en hôtel meublé ;
- qui sont nés de parents déclarés ;
- qui ont encore de la famille (collatéraux au moins) ;
- qui ne vivent pas dans des taudis ;
- qui ne sont pas sans aucune ressource.

Or ce contingent-là n'atteint pas 32 % de nos malades !

Ceci montre que l'hôpital « ouvert à tous » est encore utilisé davantage par des classes défavorisées que par des malades aisés.

En réalité tout ce que nous avons pu dire jusqu'à maintenant sur nos malades ne tenait pas compte du diagnostic médical. Nous avons envisagé les facteurs familiaux, sociaux, qui pouvaient favoriser l'admission et prolonger la durée de séjour. Mais en fait ces facteurs sont indissociables des facteurs proprement médicaux qui, comme nous allons le voir, justifient dans la grande majorité des cas, à eux seuls, la consommation hospitalière que nous avons essayé de mesurer au début de ce travail.

DONNÉES MÉDICALES PROPREMENT DITES

Notre intention, à l'origine de ces enquêtes hospitalières, était de déterminer l'éventail de la pathologie présentée par cette clientèle de Médecine Générale dont on vient de décrire les caractéristiques socio-professionnelles et familiales.

Préciser les caractéristiques médicales de cette population hospitalière nous amène à étudier successivement la morbidité globale de cette population, puis la mortalité et ses causes.

Tout au long de cette partie médicale de notre travail nous ne perdrons pas de vue les difficultés que nous avons rencontrées dans l'établissement du diagnostic, dans sa codification et dans son exploitation : l'exposé de ces difficultés techniques, que nous n'avons fait que mentionner au début de ce travail, et qui sont liées au caractère à la fois subjectif, complexe, et souvent imprécis d'un diagnostic médical, doit en effet nous aider à mieux interpréter nos résultats : sur un plan méthodologique plus pratique enfin, il ne nous paraît pas inutile de dire comment nous avons fait face à ces difficultés, car c'est précisément là que réside la contribution de notre enquête-pilote aux études de morbidité en général.

I. De la subjectivité du diagnostic médical.

Une première difficulté nous est apparue dans la notation du diagnostic : la subjectivité avec laquelle on est amené à porter puis à classer les diagnostics.

Loin d'être une science actuellement définitive la matière médicale ne permet pas de sanctionner tous les diagnostics par une preuve intangible et objective, tel qu'un examen de laboratoire bien précis et spécifique. La plupart des diagnostics portés sont donc entachés de la subjectivité du médecin, cela ne nous paraît pas évitable.

Mais dans son imprécision scientifique, la médecine évolue et ses progrès rendent difficilement comparables des diagnostics portés à des périodes différentes.

Il est probable, par exemple, que la diminution des cas d'angor s'est faite au profit des diagnostics plus précis de coronarite et d'infarctus du myocarde, précision rendue possible par l'introduction de l'électrocardiogramme : aussi la comparaison de statistiques de morbidité doit-elle tenir compte de la transformation nosologique des symptômes ou des maladies observés.

Mais, même à l'intérieur d'une même et seule enquête de morbidité, les limites nosographiques d'un grand nombre de diagnostics, sont suffisamment imprécises et mouvantes selon les écoles et les courants d'opinion pour que l'on éprouve des difficultés à classer ces diagnostics de manière objective.

Enfin le médecin lui-même évolue en cours d'enquête : si sa personna-

lité transparait involontairement dans l'établissement du diagnostic et dans sa classification nosographique, cette personnalité n'est pas statique : l'accroissement des connaissances et de l'expérience introduit une source de modifications dans la conception de certains diagnostics, modifications qui rompent l'homogénéité de l'enquête et qui doivent donc être analysées pour permettre une interprétation correcte de nos résultats mais dont il ne faut pas oublier qu'un grand nombre resteront ignorées, car elles sont totalement inconscientes.

C'est ainsi que nous avons conscience d'avoir noté avec plus de soins les polydiagnostics à la fin de nos enquêtes qu'au début, car leur importance nous est apparue en cours d'enquête. De même nous avons dû modifier notre conception de certains états tels que l'obésité, les arthroses, les insuffisances respiratoires chroniques, que nous avons considérés au début comme des manifestations du « terrain » du malade ¹ et qui nous sont apparus par la suite comme des maladies que rien n'autorise à séparer des autres diagnostics présentés par le malade et que nous nous sommes attachés à noter plus régulièrement qu'au début. Nous avons dû enfin modifier en cours d'enquête notre conception pathologique de divers états concernant les habitudes culinaires des malades et notamment l'obésité, le tabagisme et surtout l'alcoolisme, tant il nous paraît difficile d'en déterminer les limites pathologiques et de dire par exemple la frontière entre le buveur sain et l'alcoolique malade, le fumeur et l'intoxiqué, le gros mangeur et l'obèse.

Mais au total d'autres modifications inconscientes ont pu intervenir et nous savons que nos enquêtes ne sont pas à l'abri de ces erreurs d'interprétations, liées à la subjectivité et à l'évolution du médecin qui porte le diagnostic médical.

Du moins nous sommes-nous attaché à réduire les causes de ces erreurs dans toute la mesure du possible : d'abord la totalité des diagnostics a été portée et dépouillée par le même médecin ou par ses élèves, formés par lui et entraînés à utiliser les mêmes termes : cette homogénéité de jugement dans l'appréciation du diagnostic nous paraît souhaitable dans toute enquête de morbidité, chaque fois qu'elle est possible.

Plus encore, il nous paraît indispensable de minimiser la part subjective du diagnostic en se bornant à ne mentionner que les données les moins contestables : vouloir à tout prix porter sur la fiche d'un malade le diagnostic d'une maladie précise amène à notre sens, à forcer les faits : c'est ainsi que par souci d'objectivité nous nous sommes bornés à noter dans un grand nombre de cas le diagnostic d'un syndrome objectif plutôt que de le rattacher arbitrairement et peut-être à tort à la cause précise qui nous paraît être subjectivement la plus probable. C'est ainsi que dans l'établissement de la fiche d'enquête le médecin a souvent dû faire un choix (donc faire appel à sa subjectivité) pour noter les diagnostics, maladies ou

1. Ce « terrain » constituait pour nous le fond de tableau pathologique sur lequel se détachait la maladie motivant l'hospitalisation : nous avons déjà dit précédemment quelles critiques on pouvait apporter à cette conception classique, qui fait sous-estimer le nombre réel des diagnostics portés chez un malade et contribuant à son hospitalisation.

symptômes, présentés par le malade : noter tous les antécédents et tous les symptômes aurait abouti à des polydiagnostics inutilisables ; nous avons donc conscience d'avoir limité les diagnostics et de ce fait d'avoir causé une certaine sous-estimation de certains diagnostics jugés de second ordre ; mais du moins ce choix aura-t-il été fait en connaissance de cause par les médecins qui ont soigné le malade durant l'hospitalisation.

II. Du caractère souvent imprécis du diagnostic médical.

Ce deuxième caractère fondamental du diagnostic médical qui nous est apparu lors des enquêtes peut être illustré par des chiffres précis. Nous avons en effet précisé dans un précédent article [21], qu'au terme d'une mise en observation pourtant souvent prolongée, 13,6 % des diagnostics portés n'avaient pu recevoir l'étiquette d'une maladie précise et bien individualisée. Ainsi sur 100 diagnostics, c'est-à-dire sur 100 syndromes étudiés à l'hôpital dans les meilleures conditions techniques, 13,6 n'ont pas abouti à un diagnostic complet et précis.

L'importance de ce pourcentage, qui nécessitera que l'on revienne sur cette notion, nous a causé une difficulté supplémentaire sur le plan méthodologique, celle de la codification des diagnostics.

Il nous est apparu en effet que les diagnostics que nous portions étaient de ce fait bien inégaux dans leur degré d'exactitude, d'objectivité, dans leurs possibilités d'appréciation d'une part, et dans leurs pronostics, leurs possibilités thérapeutiques d'autre part.

C'est ainsi qu'à côté d'une classification des maladies et symptômes par appareil ou par étiologie, il nous a paru intéressant de pouvoir regrouper nos diagnostics selon des normes nosographiques tenant plus compte des possibilités thérapeutiques actuelles et des analogies de soins et de pronostics des diagnostics que de la spécialité dont ils relèvent.

C'est pour cette raison que nous n'avons pas utilisé la nomenclature internationale des maladies et causes de décès pour codifier nos enquêtes bien que ce soit la classification officielle qui seule permet de comparer des travaux d'origine et de nationalité différentes.

Cette classification internationale, n'est en effet qu'une numérotation à la suite des diagnostics qui sont représentés chacun par un nombre de 4 chiffres dont seuls les 2 premiers permettent un unique pré-classement en 15 groupes de diagnostics par grandes spécialités. De plus cette classification présente l'inconvénient d'être orientée plus par les maladies parfaitement définies que par les syndromes objectifs imprécis dont nous venons de voir l'importance et qui sont mal représentés dans cette classification.

C'est pourquoi nous avons établi pour notre usage une codification personnelle à 5 chiffres qui permettait par les méthodes mécanographiques d'obtenir facilement plusieurs types de regroupement. Les quatre premiers chiffres de chaque diagnostic donnant une entrée mécanographique différente nous ont permis en effet de classer nos diagnostics selon quatre critères différents : l'appareil lésé, l'étiologie, la spécialité et le groupe nosographique dont nous venons de dire l'intérêt.

En réalité, lorsque nous avons été amenés à étudier la morbidité de populations aussi différentes que celle des Nord-Africains, celle des clochards

ou celle des vieillards, nous nous sommes aperçus que le choix des groupes pathologiques à étudier et comparer ne pouvaient être les mêmes. La dispersion des nombreux diagnostics présentés et la petite taille de nos échantillons ne nous permettant pas d'étudier chaque maladie pour son propre compte, il nous fallait en effet découper la pathologie non pas en diagnostics différents mais en groupes de maladies ou symptômes réunis de la façon la plus judicieuse possible. En établissant et en adoptant notre codification préclassée, nous pensions au départ faire face à tous les types de regroupement nécessaires. En réalité le nombre et le type de ces regroupements est illimité, et nous nous sommes aperçus au dépouillement que notre propre codification était encore loin d'être aussi pratique que nous le pensions.

Au total, il nous faut donc avouer que cet essai de codification personnelle nous a appris que l'utilisation de la classification internationale est toujours préférable dans les enquêtes de morbidité. Elle évite d'avoir à faire un tableau de correspondance pour permettre de présenter les résultats selon la norme officielle (comme nous avons dû le faire nous-même). Elle a l'avantage de donner un chiffre différent pour chaque diagnostic permettant ainsi dans le dépouillement d'exécuter tous les regroupements possibles en allant « piquer » ici et là les diagnostics que l'on veut réunir ; elle n'exclue pas d'ailleurs un préclassement personnel en augmentant le nombre de chiffres pour chaque diagnostic, ce qui facilitera sur le plan mécanographique ceux des regroupements que l'on peut prévoir au départ de l'enquête (ce qui facilitera grandement l'exploitation diagnostique)¹ ; enfin elle n'exclut pas la possibilité de rajouter certaines rubriques si cette classification ne recouvre pas tous les faits observés.

Ainsi quelle que soit la codification utilisée, il reste que l'essentiel est de donner à chaque diagnostic un numéro différent afin de pouvoir, lors du dépouillement, exécuter tous les rapprochements possibles. (Ceci relève dès lors de la « technique mécanographique » dans les détails de laquelle il n'est pas opportun d'entrer ici) ; mais aussi de noter tous les diagnostics rencontrés, même les plus imprécis ce qui oblige à créer de nouvelles rubriques.

Ces considérations techniques aideront à comprendre la façon dont nous avons présenté les résultats que nous allons maintenant exposer.

III. La fréquence des poly-diagnostics.

Dire qu'un malade est hospitalisé pour une pneumonie alors qu'il est aveugle, présente une lithiase vésiculaire et est un alcoolique avéré, nous paraît fausser gravement les faits. Nul ne peut dire si ce n'est pas précisément l'alcoolisme qui en aggravant sa pneumonie a entraîné son hospitalisation ; si ce n'est pas parce qu'il est aveugle qu'il n'est pas resté à se

1. Un exemple permettra de mieux saisir l'intérêt de ce compromis entre la classification internationale et une codification personnelle préclassée : un œdème aigu du poumon de nature non spécifiée est classé dans la nomenclature internationale dans les maladies de l'appareil respiratoire au numéro 522. L'utilisation d'un préclassement peut ajouter à ces trois chiffres, autant de chiffres que l'on veut pour regrouper facilement ce diagnostic avec les autres diagnostics d'étiologie méconnue (chiffre A), les maladies pulmonaires (chiffre B), les maladies aiguës (chiffre C). D'autre part pour le distinguer des autres diagnostics portant le même chiffre 522 (congestion pulmonaire, pneumonie) on pourra lui ajouter un ou deux chiffres destinés à le distinguer (chiffres Y et Z). Ainsi le diagnostic sera-t-il caractérisé par 8 chiffres : ABC522YZ.

soigner à domicile ; si ce n'est pas à cause de sa lithiase vésiculaire que l'on a diagnostiquée puis traitée après sa pneumonie qu'il est resté longtemps à l'hôpital.

Cet exemple un peu schématique ne nous paraît pas forcer les faits ; lorsqu'on étudie la morbidité ce n'est pas un diagnostic, fut-il jugé arbitrairement ou judicieusement le plus important, qui rend compte de l'état pathologique d'un malade, mais la totalité des mentions diagnostiques que l'on peut lui attribuer, la reproduction la plus fidèle possible de la mosaïque pathologique qu'il représente.

Cette notion de « poly-diagnostics » nous est apparue au cours de nos enquêtes, c'est pourquoi, nous attachant davantage à les noter dans la 2^e enquête de l'Hôtel-Dieu nous voyons le pourcentage des malades porteurs de multiples diagnostics croître de 1952 à 1955 de 10,1 % à 36,3 % (tableau 30).

Cette proportion considérable de malades complexes qui dépasse

TABLEAU 30
LES POLY-DIAGNOSTICS PORTÉS A L'HÔTEL-DIEU

	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
Hôtel-Dieu, 1952-1954 :		
Malades dont la fiche porte 0 diagnostic	33	0,9
Malades porteurs de 1 seul diagnostic	3 133	88,9
Malades porteurs de 2 diagnostics	311	8,8
Malades porteurs de 3 diagnostics	44	1,2
Malades porteurs de 4 diagnostics	2	0,06
Total des poly-diagnostics	357	10,1
TOTAL GÉNÉRAL	3 523	
Hôtel-Dieu, 1954-1955 :		
Malades dont la fiche porte 0 diagnostic	24	1,1
Malades porteurs de 1 seul diagnostic	1 390	62,5
Malades porteurs de 2 diagnostics	616	27,7
Malades porteurs de 3 diagnostics	192	8,6
Total des poly-diagnostics	808	36,3
TOTAL GÉNÉRAL	2 222	
Hôtel-Dieu, 1954-1955 :		
Malades sans diagnostic	24	1,1
Malades résumés à 1 diagnostic principal	1 580	71,1
soit :		
une seule mention diagnostique	1 390	62,5
2 ou 3 manifestations d'une même rubrique.	52	2,3
un diagnostic et sa complication	94	4,2
Un diagnostic et un antécédent	44	2
Malades résumés à 2 diagnostics différents	462	20,8
soit :		
deux diagnostics différents	409	18,4
2 diagnostics ≠ et 1 complication	25	1,1
2 diagnostics ≠ et 1 de même rubrique	28	1,2
Malades résumés à 3 diagnostics différents	156	7
soit :		
trois diagnostics différents	126	5,7
3 diagnostics ≠ et 1 antécédent	30	1,3
Total général des poly-diagnostics vrais	618	27,8
TOTAL GÉNÉRAL	2 222	

le 1/3 de notre population hospitalière de médecine générale, proportion certainement sous-estimée si l'on tient compte des nombreux diagnostics méconnus cliniquement et découverts lors des autopsies que nous avons eu l'occasion de pratiquer, ne recouvre pas des faits en tous points comparables. Dans notre 2^e enquête, nous avons étudié la nature de ces associations morbides (tableau 30) et découvert que ce pourcentage diminuait si l'on ne retenait que les associations de diagnostics majeurs et nettement distincts : si l'on exclut la maladie et sa complication (4,2 %) les antécédents (2 %) ; si l'on réduit à l'unité plusieurs manifestations d'une même étiologie (2,3 %) il ne reste que les malades porteurs de plusieurs maladies nettement distinctes qui représentent encore 27,8 % des cas.

Autrement dit sur 100 malades de l'Hôtel-Dieu en 1954-1955 :

- 1 malade n'a pas reçu de diagnostic sur sa fiche ;
- 71 malades ont reçu une mention diagnostique unique ;
- 28 malades étaient porteurs de poly-diagnostics distincts ;
- 21 présentaient 2 diagnostics différents ; 7 en présentaient 3.

L'importance de ces chiffres montre que l'on se prive de renseignements précieux lorsque l'on se limite volontairement à l'énoncé d'un seul diagnostic par malade.

En d'autres termes, il semble que l'on approche d'autant plus la morbidité exacte de la population étudiée que l'on note avec plus de soin la totalité des diagnostics présentés par chacun d'eux tout en sachant qu'il ne s'agit là que d'une approche puisque bon nombre d'affections restent cliniquement indécélables et que même l'autopsie macroscopique ne permet pas de relever avec certitude tous les détails de cette mosaïque morbide. Enfin nous avons la certitude d'avoir oublié de noter certains diagnostics malgré notre connaissance de ces faits et de leur intérêt, introduisant ainsi

TABLEAU 31

LES POLY-DIAGNOSTICS VÉRITABLES PAR AGE ET SEXE EN 1954-1955

AGE	HOMMES			FEMMES		
	NOMBRE DE CAS AVEC POLY-DIAGNOSTIC	SUR : NOMBRE DE MALADES	= %	NOMBRE DE CAS AVEC POLY-DIAGNOSTIC	SUR : NOMBRE DE MALADES	= %
15 à 19 ans	0	30	0 (1)	9	18	50 (1)
20 à 29 ans	22	186	11,8	22	106	20,7
30 à 39 ans	35	183	19,1	25	99	25,2
40 à 49 ans	56	223	25,1	42	123	34,1
50 à 59 ans	95	285	33,3	56	174	32,3
60 à 69 ans	59	193	30,6	68	178	38,3
70 à 79 ans	39	119	32,8	56	153	36,6
80 et plus	13	43	30,2	32	80	40

1. Pourcentages non significatifs à cause du petit échantillon.

de façon plus ou moins systématique des sous-estimations de certaines affections telles que les caries dentaires, l'obésité ou les bronchites chroniques.

L'importance de ces poly-diagnostic, dont un article a déjà mis en évidence l'incidence sur la notion de cause du décès [22], est une caractéristique de morbidité qui n'a aucune raison de ne pas croître avec les progrès de la médecine qui ne cessent de transformer des maladies aiguës mortelles en affections chroniques : un malade qui mourait à 40 ans de diabète peut contracter une tuberculose à 50, ne pas en mourir, présenter un cancer à 60, en être opéré et avoir une survie qui lui laisse encore le temps de contracter une nouvelle maladie et ceci d'autant plus qu'il vit plus vieux !

C'est ainsi que l'on ne s'étonnera pas de trouver une augmentation de ces poly-diagnostic avec l'âge (tableau 31 et schéma 45), à partir de 40 ans le pourcentage des poly-diagnostic passe en effet à un palier nettement supérieur.

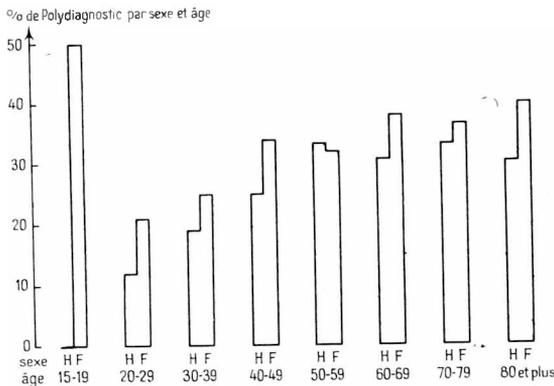


SCHÉMA 45. — Les poly-diagnostic véritables selon l'âge et le sexe à l'Hôtel-Dieu en 1954-1955.

Au total si la fréquence des poly-diagnostic doit être soigneusement relevée pour serrer de plus près la véritable morbidité de notre clientèle hospitalière d'une part et pour mesurer dans une certaine mesure cette morbidité d'autre part, cette notion introduit une troisième difficulté dans le dépouillement de l'enquête.

Chez 100 malades, au lieu d'exploiter 100 diagnostics, nous nous trouvons devant 132 mentions diagnostiques dont les unes se présentent isolément et les autres en association.

Ce fait complique beaucoup, sur le plan méthodologique, la présentation des résultats et notamment la fréquence absolue de chaque diagnostic, car si un malade ne peut présenter deux fois la même maladie, il peut présenter deux maladies appartenant au même groupe de diagnostics, ce qui introduit une erreur systématique difficile à apprécier.

C'est pour cette raison qu'après de nombreux essais, nous avons choisi et adopté de présenter les résultats sous forme de deux ou trois pourcentages pour tenter d'approcher là encore de plus près la vérité :

Un premier pourcentage que nous avons appelé motif d'hospitalisation est exprimé en % de malades, donc rapporté à la totalité des malades : l'éventail des rubriques qui y sont représentées comporte deux grands chapitres : les diagnostics simples et les diagnostics multiples qui sont eux-mêmes subdivisés ; les premiers en autant de groupes diagnostiques que l'on veut selon le type de regroupement de la pathologie que l'on a choisi, et les seconds en doubles et triples diagnostics. C'est ainsi que sur 100 malades on a distingué :

— le nombre de tuberculeux, cancéreux etc... et ne présentant que cette affection à l'état isolé ;

— le nombre de porteurs d'un double et d'un triple diagnostic sans distinction qualitative de ces diagnostics puisque cela n'est plus possible.

Ce premier pourcentage permet de classer les malades selon la maladie qui motive leur hospitalisation, maladie qui peut être unique et alors facilement précisée, ou multiple et alors constituant une nouvelle maladie dont on ne sait pas le contenu. C'est pour cette raison qu'il nous faut un second pourcentage.

Le deuxième pourcentage est rapporté au nombre total des diagnostics portés et ne s'exprime plus en % de malades mais en % de diagnostics. C'est la fréquence avec laquelle chaque diagnostic est porté, isolément ou non, chez le même malade ou chez plusieurs d'entre eux. Ce pourcentage explore davantage ce que contiennent les poly-diagnostics, mais il ne donne pas lui non plus la fréquence absolue d'une maladie donnée.

C'est un troisième pourcentage qui nous donne cette fréquence absolue de certaines maladies : il est calculé en rapportant le nombre total du diagnostic envisagé (qu'il soit associé ou non) au nombre total des malades. Ce troisième pourcentage ou fréquence absolue des maladies ne pourra être calculé que pour des maladies très précises et non plus pour des groupes de maladies car il faut être certain qu'un même malade ne puisse présenter deux fois la même caractéristique diagnostique.

*
* *

Ainsi l'existence de poly-diagnostics nous oblige à présenter nos résultats généraux sur la morbidité en deux temps :

1^o Tout d'abord divers types de regroupements des diagnostics nous montreront comment la pathologie est représentée dans un service de médecine générale et pour chacun nous aurons deux modes de représentation :

— l'un partant du malade montrera dans quelle proportion les malades sont intéressés par divers motifs d'hospitalisation ;

— l'autre partant du diagnostic porté montrera avec quelle fréquence on est amené à porter chaque diagnostic.

2^o Enfin pour les maladies précises, les plus fréquentes, on calculera leur fréquence absolue, c'est-à-dire le pourcentage de malades qui en sont atteints.

IV. Description de la pathologie rencontrée dans un service de médecine générale et discussion de la morbidité globale de cette population.

Dans la deuxième enquête de l'Hôtel-Dieu (1954-1955), on a porté 3.197 diagnostics chez 2.222 malades « tout-venant », soit environ 1,4 diagnostic par malade en moyenne ; cet éventail pathologique s'étale d'ailleurs sur 900 diagnostics différents parmi lesquels un très petit nombre intéresse plus d'un ou deux malades et permet ainsi une étude statistique valable. C'est pour ces raisons que nous avons été amenés à regrouper les diagnostics sous diverses rubriques et à découper la pathologie selon diverses classifications officielles ou non.

La première question que nous nous sommes posée était de savoir quelle était la pathologie présentée par nos malades, comment se répartissaient les malades dans les diverses rubriques pathologiques et quels étaient les diagnostics les plus fréquemment rencontrés.

Après avoir constaté les faits de la façon la plus objective possible et avoir mesuré le phénomène tel qu'il se présente dans ce service de Médecine Générale d'Adultes de l'Hôtel-Dieu, la deuxième question qui se pose est de savoir dans quelle mesure nos chiffres sont représentatifs de la morbidité hospitalière en général, et de quelle façon ils doivent être discutés en fonction du mode de recrutement du service, de la concurrence des services de spécialité du même hôpital, enfin de la technique même de l'enquête. Nous exposerons donc successivement nos résultats d'abord et nous les discuterons ensuite.

1° *La morbidité globale présentée par nos malades est exposée selon divers regroupements :*

- selon la nomenclature internationale (tableau 32 et schémas 46 et 47) ;
 - selon le degré de précision du diagnostic porté (tableau 33 et schémas 48 et 49) ;
 - selon l'étiologie des diagnostics portés (tableau 34 et schémas 50 et 51) ;
 - selon la spécialité théorique de chaque diagnostic (tableau 35 et schémas 52, 53 et 54)
- afin de mieux faire apparaître les caractéristiques de cette morbidité.

a) Dès le premier type de ces éventails pathologiques, celui de la *nomenclature internationale* (tableau 32) on est frappé par un certain nombre de faits :

Sur le schéma 46 qui représente les motifs d'hospitalisation, on remarquera que sur 100 malades, à côté des 37 qui sont hospitalisés avec plusieurs diagnostics, il y en a 62 qui le sont pour une affection isolée et parmi ces derniers on notera la particulière fréquence :

TABLEAU 32

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES DIAGNOSTICS (1954-1955)

	(1)	(2)	(3)	(4)	
I. Maladies infectieuses et parasitaires	243	458	10,9	14,3	
Tuberculose	198	311	8,9	9,7	
Syphilis et séquelles	12	52	0,5	1,6	
Autres infections	33	95	1,5	3	
II. Tumeurs	65	137	3	4,3	
Malignes buccales et pharyngées	2	9			
Malignes digestives et du péritoine	25	47	1,1	1,5	
Respiratoires malignes	4	4			
Génito-urinaires malignes	12	24			
Malignes autres ou non spécifiées	5	8			
Tumeurs des tissus lymphatiques et hématopoïétiques	9	13			
Bénignes	4	15			
Non spécifiques	4	17			
III. Maladies allergiques, endocriniennes du métabolisme et de la nutrition	47	179	2,1	5,6	
Maladies allergiques	7	19			
Diabète	9	34	0,4	1	
Affections thyroïdiennes et d'autres endocrines et du métabolisme .	20	49			
Obésité	10	71	0,4	2,2	
Goutte	1	6			
IV. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	10	28	0,4	0,9	
V. Troubles mentaux, psychonévroses et trouble de la personnalité	152	347	6,8	10,8	
Troubles mentaux	74	139	3,3	4,3	
Démence sénile	23	38	1	1,2	
Alcoolisme	55	170	2,5	5,3	
VI. Maladies du système nerveux et des organes des sens	112	269	5	8,4	0 diagnostic = 24 cas : 1 %
Lésions vasculaires du système nerveux	42	76	1,9	2,4	
Autres affections du système nerveux	61	143	2,7	4,5	1 diagnostic (r) = 1 390 cas : 62 %
Maladies de l'œil	2	22			
Maladies de l'oreille	7	28			2 diagnostic =

TABLEAU 32 (suite)

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES DIAGNOSTICS (1954-1955)

	(1)	(2)	(3)	(4)	
VII. Maladies de l'appareil circulatoire.....	137	405	6,1	12,7	3 diagnostics = 192 cas : 9 %
R. A. A. et valvulites rhumatismales.....	18	41	0,8	1,3	
Artériosclérose des coronaires.....	26	68	1,2	2,1	
Autres maladies du cœur.....	57	151	2,5	4,7	
Hypertension et maladies des artères.....	15	77			
Malades des veines.....	21	68	0,9		
VIII. Maladies de l'appareil respiratoire.....	208	433	9,4	13,5	
IX. Maladies de l'appareil digestif.....	170	391	7,6	12,2	
X. Maladies des organes génito-urinaires.....	12	59	0,5	1,8	
XI. Accouchement et complications.....	4	15	0,2	0,4	
XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire.....	6	23	0,3	0,7	
XIII. Maladies des os et des organes du mouvement.....	51	137	2,3	4,3	
XIV. Malformations congénitales.....	3	12	0,1	0,4	
XV. Maladies de la première enfance.....	0	0	0	0	
XVI. Sénilité, Symptômes et états mal définis.....	112	176	5	5,5	
Hors classification. Tentatives de suicide.....	26	42	1,2	1,3	
Traumatismes.....	24	66	1	2	
Intoxications involontaires.....	8	20	0,4	0,6	
TOTAL.....	1.390	3.197	Nombre de cas possédant :		
			0 diagnostic = 24 ; 1 diagnostic = 1.390 ;		
			2 diagnostics = 616 ; 3 diagnostics = 192.		

Colonne (1) : Nombre de malades portant chaque diagnostic à l'état isolé.

Colonne (2) : Nombre de fois où chaque diagnostic a été porté.

Colonne (3) : Pourcentage de malades présentant la maladie à l'état isolé (colonne (1) rapportée à 2.222 malades).

Colonne (4) : Pourcentage de diagnostics portés dans chaque groupe (colonne 2 rapportée à 3.197 diagnostics portés).

— des maladies infectieuses et parasitaires isolées :

11 malades sur 100 dont 9 tuberculeux et moins de 1 syphilitique !

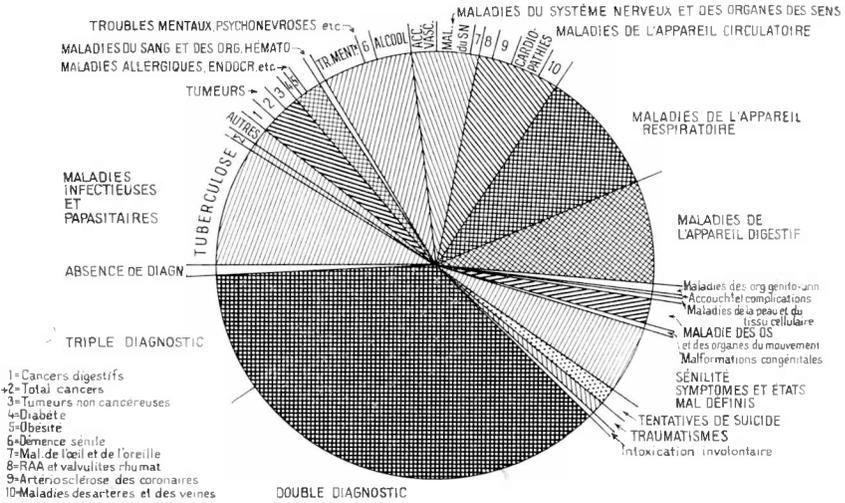


SCHÉMA 46. — Éventail des motifs d'hospitalisation selon la nomenclature internationale (Hôtel-Dieu, 1954-1955.)

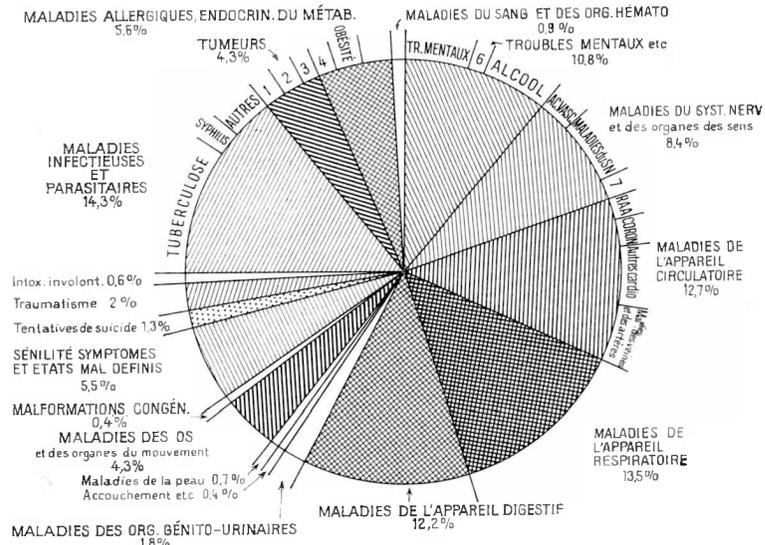


SCHÉMA 47. — Éventail des diagnostics portés selon la nomenclature internationale. (Hôtel-Dieu, 1954-1955.)

— des maladies respiratoires isolées : 9 malades sur 100 ;

— des maladies digestives isolées : 8 malades sur 100 ;

— des maladies mentales et des psychonévroses isolées : 7 malades sur 100 ;

- des maladies cardio-vasculaires, du système nerveux ;
- enfin des symptômes et états mal définis.

Sur le schéma 47 qui représente l'éventail des 3.197 diagnostics portés, la fréquence de certains diagnostics associés dans les poly-diagnostics apparaît : telles les maladies cardio-vasculaires qui sont en réalité beaucoup plus fréquentes que ne le suggérait le schéma précédent. En réalité là encore on s'aperçoit que près des deux tiers des diagnostics se répartissent dans cinq rubriques ;

- les infections et parasitoses : 14 % des diagnostics ;
- les maladies respiratoires (avec une majorité d'infections pulmonaires)

13 % ;

- les maladies cardio-vasculaires : 13 % ;
- les maladies digestives : 12 % ;
- les maladies alcooliques : 11 %.

Mais si ces cinq rubriques viennent en tête, il est intéressant de noter encore la relative rareté ;

- des tumeurs : 4 % ;
- des maladies des os et articulations : 4 % ;
- des maladies génito-urinaires : 2 %.

En fait ce recoupement de la nomenclature internationale ne met pas en évidence toutes les caractéristiques médicales de notre clientèle hospitalière et c'est pourquoi nous avons opéré d'autres types de dépouillement.

b) Dans un deuxième type de dépouillement nous avons groupé les diagnostics *selon leur degré de précision* (tableau 33) et nous nous sommes aperçus que la classification internationale faisait sous-estimer les symptômes et états mal définis (5 % des motifs d'hospitalisation et 5,5 % des diagnostics portés).

Sur le schéma 48 en effet nous voyons que sur 100 malades hospitalisés

- 37 le sont pour des raisons complexes ;
- 51 pour un diagnostic unique et bien défini ;
- et 12 (au lieu de 5) pour un diagnostic imprécis.

C'est ainsi que pour 12 malades sur 100, l'hospitalisation n'a pas permis de trouver la cause exacte du syndrome objectif (7 malades) ou du symptôme subjectif (3 malades) ¹ que le malade présentait, ou la raison médicale de l'hospitalisation (1,5 cas) ; tandis que chez les 51 autres malades présentant un diagnostic unique on pouvait de façon précise rattacher leurs symptômes à une infection, un cancer, une athérosclérose, une intoxication alcoolique ou à une autre maladie organique précise d'étiologie connue ou non mais bien définie.

Sur le schéma 49, on se rend compte d'ailleurs que parmi les poly-diagnostics, beaucoup restent imprécis et que le chiffre de 12 % est une sous-estimation de ces diagnostics imprécis.

En effet sur 100 diagnostics portés, 20 restent imprécis alors que la pathologie bien définie des 80 autres se répartit en :

1. Symptôme pour lequel on n'a pu trouver aucune justification organique.

TABLEAU 33
CLASSIFICATION SELON LE DEGRÉ DE PRÉCISION DU DIAGNOSTIC (1954-1955)

	(1)	(2)	(3)	(4)
I. <i>Maladies organiques bien définies</i>	1.128	2.546	50,7	79,6
Tuberculose	198	311	8,9	9,7
Syphilis et ses conséquences	12	52	0,5	1,6
Autres infections, générales ou locales	236	465	10,6	14,5
Cancers et hémopathies malignes	56	108	2,5	3,4
Maladies cardiovasculaires par artériosclérose	135	338	6	10,6
Maladies d'origine alcoolique	111	326	5	10,2
Maladies organiques définies autres	380	946	17,1	29,6
II. <i>Syndromes et symptômes imprécis</i>	262	651	11,8	20,3
Syndromes objectifs	161	493	7,2	15,4
Symptômes subjectifs	72	119	3,2	3,7
Hospitalisations médicalement mal expliquées	29	39	1,3	1,2
TOTAL	1 390	3 197		

Colonne (1) : Nombre de malades portant chaque diagnostic à l'état isolé.

Colonne (2) : Nombre de fois où chaque diagnostic a été porté.

Colonne (3) : Pourcentage de malades présentant la maladie à l'état isolé (= colonne (1) rapportée à 2.222 malades).

Colonne (4) : Pourcentage de diagnostics portés dans chaque groupe (= colonne 2 rapportée à 3.197 diagnostics portés).

TABLEAU 34. — CLASSIFICATION ÉTIOLOGIQUE DU DIAGNOSTIC (1954-1955)

	(1)	(2)	(3)	(4)
I. <i>Maladies d'étiologie connue et bien définie</i>	713	1.534	32	48
1) Infections	453	838	20,4	26,2
Tuberculose	198	311	8,9	9,7
Autres infections	255	527	11,5	16,5
Grippes et viroses pulmonaires	32	60	1,4	2,1
Autres infections pulmonaires	56	118	2,5	3,7
Infections O. R. L.	56	75	2,5	2,3
Infections digestives	41	66	1,8	2
Infections génito-urinaires	15	45	0,7	1,4
Autres infections locales	42	129	1,9	4
Infections générales	13	25	0,6	0,8
2) Tumeurs	65	140	2,9	4,4
Cancers et hémopathies malignes	58	111	2,6	3,5
Tumeurs bénignes	7	29	0,3	0,9
3) Malformations congénitales	5	24	0,2	0,7
4) Agressions exogènes	190	532	8,5	16,6
Maladies allergiques	7	19	0,3	0,6
Tentatives de suicide	26	42	1,2	1,3
Intoxications et agressions involontaires	11	22	0,5	0,7
Séquelles d'interventions	9	54	0,4	1,7
Traumatologie	26	69	1,2	2,1
Maladies alcooliques	111	326	5	10,2
II. <i>Maladies d'étiologie plus discutable mais encore précise</i>	271	696	12,2	21,8
1) Athérosclérose	135	338	6	10,6
Cardiovasculaire	50	171	2,2	5,3
Cérébrale	85	167	3,8	5,2
2) Arthroses	16	48	0,7	1,5
3) Maladies nutritionnelles	11	77	0,5	2,4
Goutte	1	6	0	0,2
Obésité	10	71	0,4	2,2
4) Maladies inflammatoires diverses	27	63	1,2	2
5) Insuffisance respiratoire chronique	59	126	2,6	3,9
6) Comitialité	23	44	1	1,4
III. <i>Maladies d'étiologie non précise</i>	406	967	18,3	30,2
1) Maladies organiques de cause inconnue	92	223	4,1	7
2) Symptômes organiques et subjectifs imprécis	226	602	10,2	18,8
3) Affections psychiatriques et fonctionnelles	59	103	2,6	3,2
4) Divers inclassables	29	39	1,3	1,2
TOTAL	1.390	3.197		

Colonne (1) : Nombre de malades portant chaque diagnostic à l'état isolé. — Colonne (2) : Nombre de fois où chaque diagnostic a été porté.
 Colonne (3) : Pourcentage de malades présentant la maladie à l'état isolé (colonne (1) rapportée à 2.222 malades).
 Colonne (4) : Pourcentage de diagnostics portés dans chaque groupe (colonne (2) rapportée à 3.197 diagnostics portés).

- infections diverses : 26 diagnostics ;
- athérosclérose : plus de 10 diagnostics ;
- maladies alcooliques : plus de 10 diagnostics ;

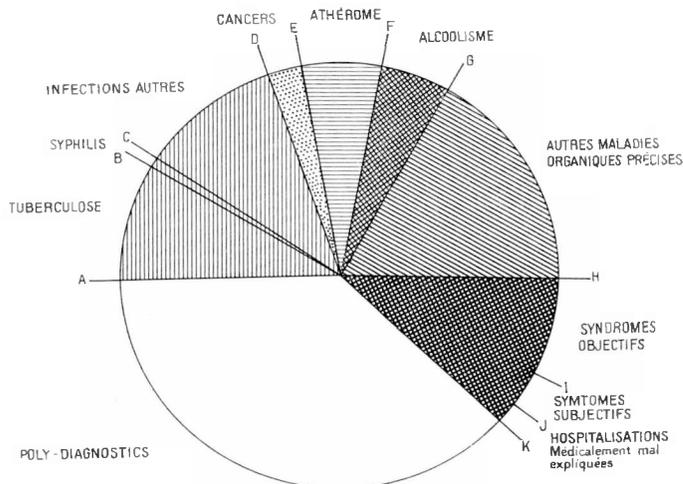


SCHÉMA 48. — Éventail des motifs d'hospitalisation selon le degré de précision du diagnostic. (Hôtel-Dieu, 1954-1955.)

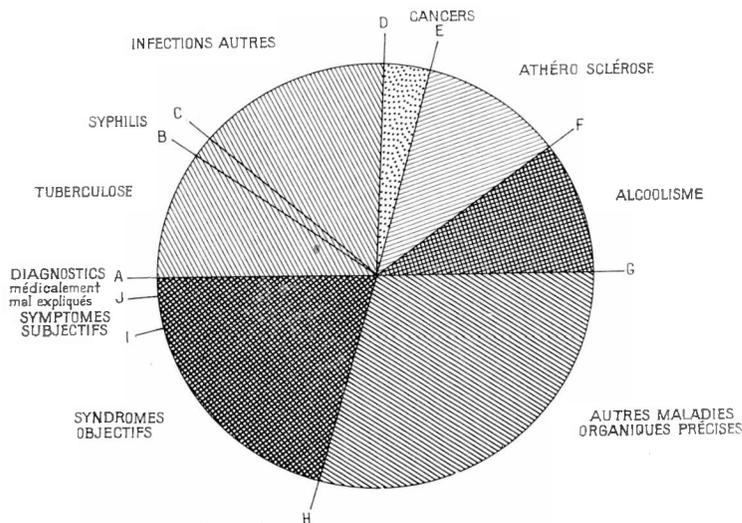


SCHÉMA 49. — Éventail des diagnostics portés selon le degré de précision de ceux-ci. (Hôtel-Dieu, 1954-1955.)

- cancers : seulement 3,4 diagnostics ;
- et autres maladies organiques définies : 30 diagnostics.

Au total cet éventail de diagnostics nous montre que 1 diagnostic sur 5 restera celui d'un syndrome ou d'un symptôme objectif ou subjectif im-

précis, que l'on n'a pu rattacher à une maladie bien définie et que parmi les diagnostics précis de maladies bien déterminées ce sont les infections diverses, la tuberculose, l'athérosclérose et l'alcoolisme qui se partagent

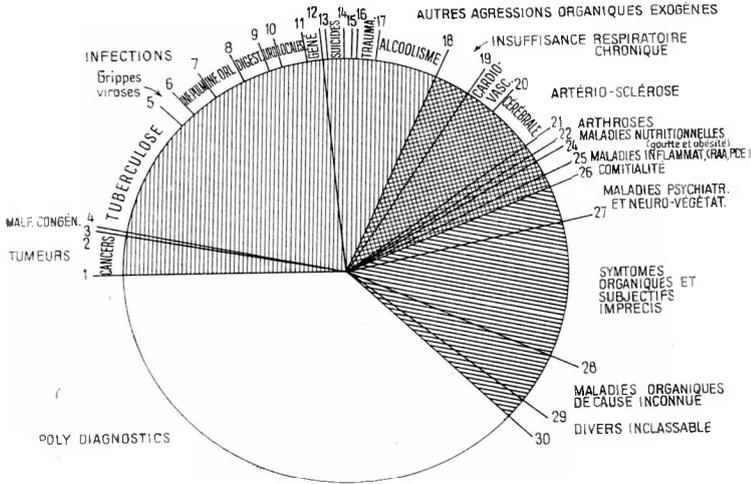


SCHÉMA 50. — Éventail des motifs d'hospitalisation selon une classification étiologique. (Hôtel-Dieu, 1954-1955.)

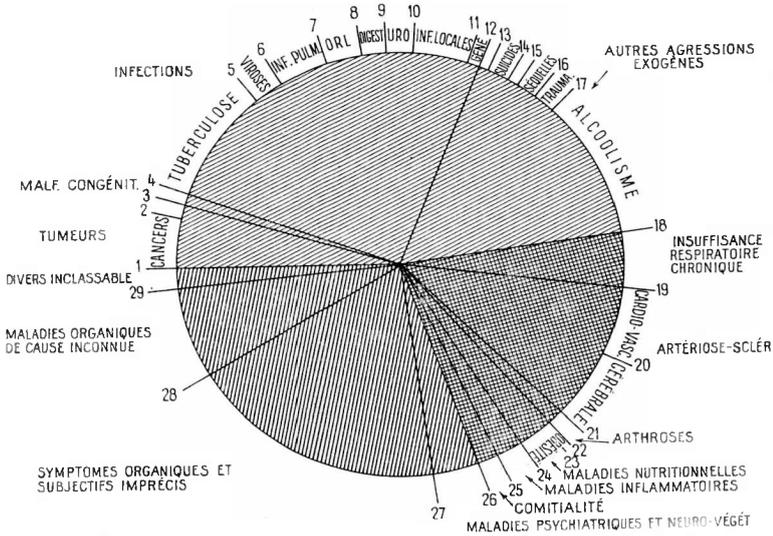


SCHÉMA 51. — Éventail des diagnostics portés selon une classification étiologique de ceux-ci. (Hôtel-Dieu, 1954-1955.)

la plus grande partie des maladies. En réalité parmi ces maladies précises et bien définies, un certain nombre d'entre elles sont d'étiologie encore inconnue, d'autres appartiennent à des groupes étiopathogéniques bien précis qu'il nous a paru intéressant de préciser :

TABLEAU 35. — CLASSIFICATION PAR SPÉCIALITÉS DES DIAGNOSTICS (1954-1955).

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(4)
A Maladies infectieuses générales	13	26	0,6	0,8	50				
B Tuberculose non pulmonaire	126	150	5,7	4,7	16				
C Phthisiologie	72	161	3,2	5	55,3				
D Pneumologie	161	351	7,2	11	54,1				
E Cardiologie	103	339	4,6	10,6	69,6				
F Phlébologie	21	68	0,9	2,1	69,1				
G Gastro-entérologie	195	438	8,8	13,7	55,5				
H Affections génito-urinaires	45	173	2	5,4	74				
I Hématologie	17	39	0,7	1,2	56,4				
J Endocrino	10	22	0,4	0,7	54,6				
J Nutrition	37	153	1,6	4,8					
K Diabète					73,5	9	34	0,4	1
L Obésité					85,9	10	71	0,4	2,2
M Allergie					69,3	4	13	0,2	0,4
N Carences					60	14	35	0,6	1
O Alcoolisme sans lésion d'appareil	55	170	2,5	5,3	67,6				
P Toxicologie et Médecine légale	47	68	2,1	2,1	30,9				
Q Rhumatologie	64	154	2,9	4,8	58,4				
R Dermatologie	18	76	0,8	2,4	76,3				
R Stomato O. R. L. ophtalmo	77	154	3,4	4,8					
S Stomato					55,6	8	18	0,4	0,5
T O. R. L.					42,7	67	117	3	3,6
U Ophtalmo					90,9	2	22	0,1	0,7
V Traumatologie	25	73	1,1	2,3	65,7				
W Neuropsychiatrie	235	483	10,6	15,1					
X Neurologie					56,8	83	192	3,7	6
X Comitialité					47,7	23	44	1	1,4
Y { Psychiatrie						23	51	1	1,6
Y { Psychiatrie sénile						42	86	1,9	2,7
Y { Psychiatrie alcoolique					47,8	15	36	0,7	1,1
Y { Fonctionnels						49	74	2,1	2,3
Z Symptômes généraux imprécis	71	96	3,2	3	26				
TOTAL	1.390	3.197							

Colonne (1) : Nombre de malades portant chaque diagnostic à l'état isolé. — Colonne (2) : Nombre de fois où chaque diagnostic a été porté.
 Colonne (3) : Pourcentage de malades présentant la maladie à l'état isolé (colonne (1) rapportée à 2.222 malades).
 Colonne (4) : Pourcentages de diagnostics portés dans chaque groupe (colonne 2 rapportée à 3.197 diagnostics portés).
 Colonne (5) : Pourcentages de diagnostics associés dans chaque spécialité.

c) Dans un troisième type de codification (tableau 34) nous avons regroupé les diagnostics *selon leur étiologie*.

Sur les schémas 50 et 51 nous voyons tout d'abord que 18,3 % des motifs d'hospitalisation et surtout 30,2 % des diagnostics portés ne comportent pas d'étiologie connue : en effet sur 100 diagnostics portés il y a :

- à côté des 19 symptômes et syndromes imprécis qui n'ont pas d'étiologie parce qu'ils n'ont pas été rattachés à une maladie définie ;
- 7 maladies organiques précises mais de cause actuellement méconnue ;
- 3 diagnostics psychiatriques dont la cause nous échappe ;
- et 1 diagnostic inclassable dont le degré de précision est très peu élevé.

A l'opposé, les diagnostics de cause connue qui forment 44 % des motifs d'hospitalisation et 70 % des diagnostics portés se répartissent d'une façon intéressante : sur le schéma 51 on voit en effet que sur 100 diagnostics portés il y en a :

— 43 qui relèvent d'une agression exogène (de 4 à 18 sur le schéma), soit :

26 infections dont 10 tuberculoses ; 6 gripes et infections pulmonaires ;
10 maladies d'origine alcoolique ;

7 autres agressions : intoxication, suicide, maladies allergiques, séquelles d'intervention ou de traumatismes ;

— 5 seulement qui relèvent d'une tumeur ou d'une malformation congénitale (cancers 3,5 % des diagnostics) ;

— 17 qui relèvent d'un remaniement anatomique acquis groupant (de 18 à 22 sur le schéma) :

— 4 insuffisances respiratoires chroniques, plus de 10 athéroscléroses également réparties entre les artères cérébrales et le reste de l'appareil cardio-vasculaire et plus de 2 arthroses ;

— 5 qui relèvent de causes diverses :

nutritionnelles : obésité, goutte (2,4 %) ;

inflammatoires : 4 % ;

constitutionnelles : 1,4 %.

Au total nous voyons ici émerger quelques grands groupes étiopathogéniques :

— la tuberculose ;

— les autres infections notamment pulmonaires ;

— les maladies d'origine alcoolique ;

— l'athérosclérose ;

— les arthroses ;

— les insuffisances respiratoires chroniques.

Il nous semble même que ces groupements recouvrent des réalités cliniques et thérapeutiques assez réelles puisque : les infections encore nombreuses posent des problèmes de prophylaxie et de thérapeutique assez analogues ; l'intoxication alcoolique, l'intoxication tabagique peut-

être responsable de sclérose broncho-pulmonaire, l'obésité enfin posent les mêmes problèmes d'éducation puis de rééducation de la population de notre pays. L'athérosclérose qu'elle soit cardio-vasculaire ou cérébrale

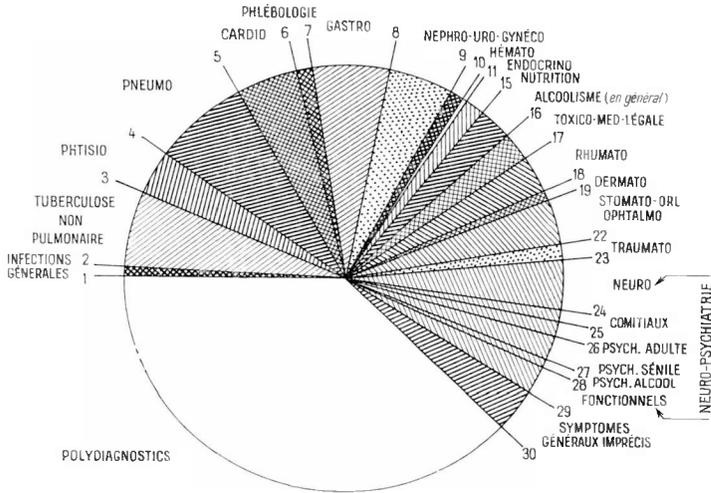


SCHÉMA 52. — Éventail des motifs d'hospitalisation selon la spécialité. (Hôtel-Dieu, 1954-1955.)

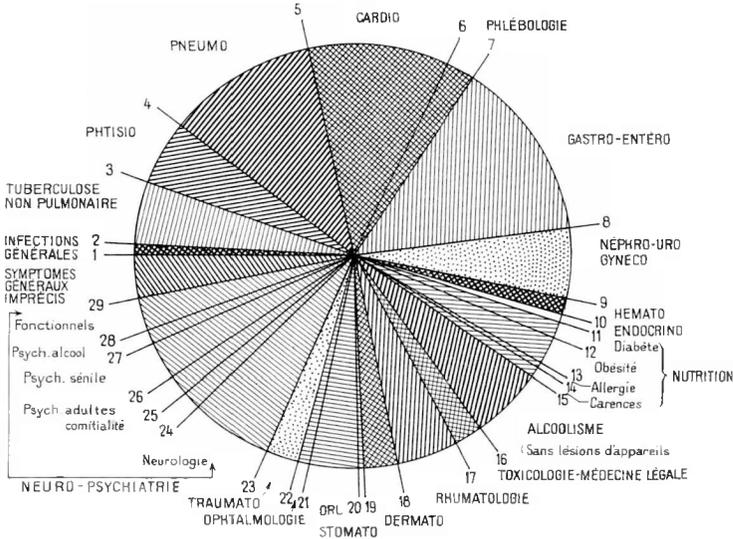
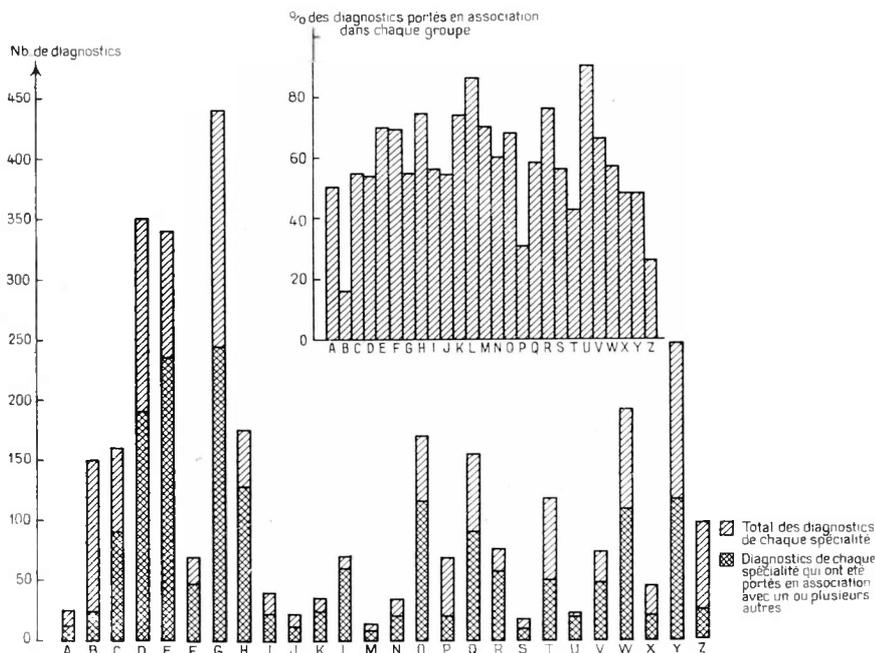


SCHÉMA 53. — Éventail des diagnostics portés selon la spécialité. (Hôtel-Dieu, 1954-1955.)

et les arthroses forment l'essentiel de la pathologie acquise des malades qui ont dépassé 50 ans. Aussi nous a-t-il paru utile de montrer ce que ces groupes pathologiques représentaient au sein de notre clientèle de l'Hôtel-Dieu.

d) Dans un quatrième type de dépouillement des diagnostics enfin, nous avons loyalement tenté de regrouper les diagnostics *selon la spécialité* dont ils relèvent (tableau 35).

Mais on conçoit aisément que du fait des 37 % de malades qui présentent plus d'un diagnostic, il soit impossible de répartir tous les malades dans les différentes spécialités ; ce qui représente un argument de poids en faveur des services de médecine générale : sur le schéma 52, en effet la spécialité la mieux représentée est la neuro-psychiatrie (de 23 à 29 sur le



SCHEMA 54. — Diagramme des diagnostics de chaque spécialité, leur association à d'autres spécialités. (Hôtel-Dieu, 1954-1955.)

schéma) qui groupe 10 % des malades mais doit elle-même être subdivisée en neurologie (de 23 à 24 sur le schéma), soit 3,7 % des malades, psychiatrie (de 25 à 29), soit 7,7 % des malades, et comitialité à cheval sur les deux autres groupes, soit 1,4 % des malades.

Les autres spécialités qui groupent le plus de malades sont la pneumologie, la gastro-entérologie, la cardiologie, la phtisiologie.

En réalité on voit sur le schéma 53 que ces spécialités sont beaucoup plus importantes si l'on ne compte plus les diagnostics isolés mais la totalité des diagnostics portés. De la comparaison de ces deux schémas nous avons déduit (schéma 54) pour chaque spécialité la fréquence avec laquelle chaque diagnostic n'est pas porté isolément mais en association avec d'autres diagnostics d'autres spécialités. C'est ainsi que dans toutes les spécialités on compte au moins 50 % de cas où le diagnostic de cette spécialité est

associé à un autre diagnostic : les seules exceptions (B, P, T et Z sur la courbe en cartouche du schéma 54) correspondent aux tuberculoses non pulmonaires qu'on a regroupées bien qu'elles ne forment pas une spécialité ; aux maladies toxiques et intéressant la médecine légale qui en réalité correspondent pour un grand nombre à des suicides chez des sujets jeunes qui ont moins de chance d'avoir plusieurs diagnostics, et à des morts subites à l'arrivée dont on n'a pas eu le droit de faire l'autopsie et qui de ce fait ont une mention diagnostique unique et incomplète ; aux affections O. R. L. dont la majorité sont des sinusites et des angines du sujet jeune ; aux symptômes généraux imprécis enfin, qui par définition ne relèvent d'aucune spécialité.

Ainsi peut-on avancer que la répartition de nos malades de médecine générale dans des services de spécialité n'aurait été possible que pour une fraction d'entre eux :

Le schéma 53 montre que les malades ne présentant qu'un diagnostic ressortissant de l'une ou l'autre des spécialités décrites, ne constituent que 59 % des cas, soit un peu plus de la moitié de notre clientèle.

Le schéma 54 montre que la répartition totale de tous les malades aurait abouti pour chaque spécialité à l'admission de maladies d'une autre spécialité pour au moins 50 % de malades ainsi transférés, et ceci est encore plus vrai pour certaines spécialités telles que la phlébologie, la gastro-entérologie, les affections génito-urinaires, les maladies nutritionnelles (obésité), l'alcoolisme chronique, dont le pourcentage de poly-diagnostics dépasse 60 %.

Si la fréquence de ces poly-diagnostics nous paraît être sur le plan administratif un argument en faveur du maintien des services de médecine générale, il est hors de doute qu'un argument supplémentaire se trouve dans les services de spécialités eux-mêmes qui, pour la plupart, ne reçoivent pas exclusivement des malades de leur spécialité mais participent, comme le service de médecine générale, au recrutement tout-venant de l'hôpital et comptent un pourcentage variable mais conséquent de malades d'autres spécialités.

Cependant il nous apparaît que les chiffres que nous venons de donner n'apportent pas que des éléments négatifs. Il n'est pas inutile de reprendre le schéma 53 pour connaître la fréquence avec laquelle on a été amené à poser le diagnostic de chaque grande spécialité dans ce service de médecine générale.

Si en effet nous ne raisonnons plus à l'échelle du service et de son orientation spéciale, mais à l'échelle du médecin et des connaissances spéciales que réclament les malades de médecine générale, nous nous apercevons qu'un certain nombre de départements y ont une grande place :

- la pneumo-phtisiologie ;
- la cardiologie ;
- la gastro-entérologie ;
- la neuro-psychiatrie.

La fréquence avec laquelle les malades présentent une maladie isolée ou non relevant de ces spécialités doit orienter le médecin de médecine générale dans l'acquisition des connaissances que réclament ces malades et guider le chef de service dans le choix de ses collaborateurs spécialistes : le cardiologue, le gastro-entérologue, le psychiatre, le neurologue, le phthisiologue, le rhumatologue du service pour ne parler que des plus urgents.

Il y a là nous semble-t-il, sur le plan administratif des arguments, chiffrés dont notre enquête pilote (et de ce fait restreinte) ne peut donner encore qu'une première idée, arguments qui aboutiront peut-être un jour, à l'instar de certains pays étrangers, à l'hôpital général où l'unité n'est plus le service mais l'hôpital autour duquel gravitent non plus des services de spécialités remplis de malades tout-venant, mais des spécialistes travaillant en équipe sur la même clientèle hospitalière.

Quel chef de service de spécialité actuel s'opposerait à avoir la responsabilité de tous les malades de l'hôpital relevant de sa spécialité fussent-ils hospitalisés dans une salle ou dans l'autre, quitte à n'avoir qu'un petit nombre de lits en propre mais tous occupés par des malades prélevés sur le reste de l'hôpital pour quelque investigation ou surveillance très particulière et rendus à la médecine générale ensuite selon un rythme rapide évitant toute stagnation intempestive ?

Une telle organisation hospitalière pose de nombreux problèmes et nous en sommes conscients mais certains de ceux-ci doivent être résolus compte tenu des besoins exprimés par des chiffres.

2° Une discussion de nos résultats doit permettre de juger du caractère plus ou moins représentatif des chiffres que nous venons de donner.

En effet, valables pour le service du P^r BÉNARD en 1954-1955, à l'Hôtel-Dieu, c'est-à-dire dans un quartier défini de Paris et avec autour de ce service de Médecine Générale un certain nombre de services de spécialité qui tentent de drainer électivement certaines maladies, nos résultats doivent être discutés.

a) Il semble tout d'abord qu'un certain nombre de diagnostics ont été régulièrement sous-estimés.

C'est notamment le cas des obésités qui n'ont pas été toujours notées sur les observations et souvent omises à l'établissement de la fiche d'enquête à la sortie du malade : l'obésité n'a été notée en effet que chez 3,2 % des malades ce qui nous paraît très insuffisant.

C'est peut-être aussi le cas des insuffisants respiratoires chroniques qui ne représentent que 5,7 % des malades et qui nous paraissent devoir être plus nombreux.

Certaines sous-estimations s'expliquent par la proximité de services de spécialité dans le même hôpital ; c'est ainsi que :

- la rhumatologie ne compte que 5 % des diagnostics portés ;
- les cancers sont davantage drainés en chirurgie et en gastro-entérologie ;

TABLEAU 36. — FRÉQUENCE ABSOLUE DE CERTAINS DIAGNOSTICS (1954-1955).

	NOMBRE DE CAS	NOMBRE DE CAS POUR 100 MALADES DU TOUT-VENANT	
1) Les cancers	III	5	Soit : par ordre de fréquence : 5 % et plus : Insuffisance respiratoire chronique. Tuberculose pulmonaire évolutive. Cancers : dont digestifs, 2 % ; uro-génitaux, 1 %. 4 à 5 % : Foies alcooliques (dont cirrhoses : 3,2 %). Psychiatrie (dont séniles : 3,9 %). 3 à 4 % : Angines et sinusites. Accidents vasculaires cérébraux aigus (sans la psychiatrie). Obésités. Coronarites (dont : infarctus = 2,1 %). 2 à 3 % : Affections grippales. Arthroses. Comitialité. 1,5 à 2 % : Suicides. R. A. A. Carences graves. Ulcères gastro-duodénaux (dont : duodénum : 1 %). Diabète. Malaises sur la voie publique. 1 à 1,4 % : Delirium tremens. 0,5 à 1 % : Séquelles des gastrectomisés. Polynévrites alcooliques. Embolies pulmonaires. Maladies infectieuses générales. Sclérotiques. Hémorragies digestives d'origine indéterminée. Adénomes de la prostate. Eczéma. Moins de 0,5 : Goutte. Tumeurs cérébrales. etc...
Digestifs	47	2,1	
Géno-urinaires (et sein)	24	1	
2) Les maladies infectieuses générales	16	0,7	
3) Les infections O. R. L. (Angines, Sinusite)	75	3,3	
4) La tuberculose pulmonaire évolutive	123	5,5	
5) Gripes simples et compliquées	59	2,6	
6) Insuffisance respiratoire chronique	126	5,7	
7) Insuffisance coronarienne	68	3	
Dont infarctus	47	2,1	
8) Embolies pulmonaires	18	0,8	
9) Ulcères gastro-duodénaux	34	1,5	
Estomac	11	0,5	
Duodénum	23	1	
10) Hémorragies digestives S. A. I.	11	0,5	
11) Gastrectomisés	20	0,9	
12) Foies alcooliques	103	4,6	
Cirrhoses	73	3,2	
Stéatoses	30	1,3	
13) Adénomes de la prostate	11	0,5	
14) Diabètes	34	1,5	
15) Obésités	71	3,2	
16) Carences graves	35	1,6	
17) Parmi les malades de rhumatologie			
a) Arthroses	48	2,1	
b) R. A. A.	41	1,8	
c) Sciatique	16	0,7	
d) Goutte	6	0,3	
18) Eczéma	12	0,5	
19) Psychiatrie et fonctionnels	103	4,6	
dont : psychiatrie sénile	86	3,9	
20) Delirium tremens	25	1,2	
21) Comitialité	44	2	
22) Polynévrite alcoolique	20	0,9	
23) Tumeur cérébrale	7	0,3	
24) Suicides	42	1,9	
25) Malaise sur la voie publique	33	1,5	
26) Accidents vasculaires cérébraux aigus (sans la psychiatrie sénile)	71	3,2	
Sur 2.222 malades.			

— les affections néphrologiques sont drainées vers le service de spécialité voisin ;

— les diabétiques sont suivis avec une assez grande fréquence dans des services plus spécialisés.

Il est probable que d'autres sous-estimations, dont nous sommes inconscients seraient à noter mais en l'absence d'enquêtes plus générales débordant le cadre d'un seul service hospitalier, il nous est difficile de nous en apercevoir.

b) La plupart de nos chiffres, valables en milieu hospitalier de médecine générale, ne peuvent être extrapolés à la population de base, il est évident par exemple que le pourcentage d'ulcéreux qui ne dépasse pas 1,5 % est très faible et que cet état de fait est dû à deux raisons au moins : la première c'est que la plupart des ulcères ne rendent pas nécessaire une hospitalisation et que la plupart des ulcéreux sont suivis par des spécialistes dans leurs services de spécialité.

c) En réalité il semble qu'on puisse retenir un certain nombre de chiffres qui attirent l'attention.

A cet effet, et pour un certain nombre de maladies ou de groupes de maladies, nous avons calculé leur fréquence exacte (tableau 36) : on y voit par ordre de fréquence les maladies que nous avons diagnostiquées dans ce service de l'Hôtel-Dieu en 1954-1955.

3° *Ces fréquences absolues de certains diagnostics ainsi que l'ensemble des résultats que nous venons d'apporter appellent un certain nombre de commentaires.*

a) *La tuberculose* dont la morbidité et surtout la mortalité semblent subjectivement avoir diminué, reste un secteur important de la pathologie de médecine générale et ceci malgré la proximité, à l'Hôtel-Dieu, d'un service de pneumophtisiologie.

Alors que les sanatoriums ne sont plus surchargés, les tuberculeux restent nombreux à l'hôpital : dans ce service de Médecine Générale 1 diagnostic sur 10 est un diagnostic de tuberculose ; 5,5 malades sur 100 on une tuberculose pulmonaire évolutive.

Une étude particulière des tuberculeux montre qu'il s'agit davantage d'hommes jeunes et de ce fait il se trouve parmi eux un pourcentage élevé de Nord-Africains, de célibataires, de sujets vivant en hôtel meublé, de « S. D. F. », d'alcooliques ; leur durée de séjour se distingue peu de celle de la totalité des malades.

Doit-on regretter de trouver ces malades en si grand nombre et aussi longtemps dans un service de médecine générale ?

b) *Les autres infections* dont on sait l'évolution grâce à l'introduction des antibiotiques dans leur traitement constituent également en médecine générale un pourcentage que l'on ne s'attendait pas à trouver encore si élevé : Alors que la pathologie infectieuse contagieuse type Claude Bernard est rare dans ce service de médecine générale (0,8 % des diagnostics portés), les gripes et infections pulmonaires grippales atteignent

2,6 % des malades ; les infections pulmonaires aiguës virales ou non forment 5,8 % des diagnostics, les infections O. R. L. (angines, sinusites) intéressent 3,3 malades sur 100.

Au total les infections non tuberculeuses ni syphilitiques (dont on notera au passage la remarquable rareté) restent très fréquentes puisqu'elles constituent 16,5 % des diagnostics portés.

En réalité ces infections sont de gravité très inégale : sur les 255 infections retrouvées à l'état isolé on peut estimer que 175 sont bénignes (soit 68 %).

Ces infections bénignes aiguës (viroses, bronchites, infections O. R. L., etc...) intéressent électivement les sujets de moins de 40 ans hommes, les travailleurs, les célibataires et imposent effectivement des durées de séjour brèves : souvent inférieures à 7 jours. Elles montrent que le seuil d'hospitalisation s'abaisse sur le plan médical pour une certaine classe défavorisée de la société : le célibataire jeune qui même pour une infection bénigne ne peut se soigner facilement chez lui.

Enfin parmi les infections graves on ne retrouve que 3 décès ce qui fait sur l'ensemble des infections une mortalité très faible de 1,2 %. Ceci objective le rôle des antibiotiques !

c) A propos des *maladies de l'appareil respiratoire* il y a lieu de rappeler la fréquence, à côté des infections aiguës bénignes, des affections chroniques entraînant une insuffisance respiratoire grave. 5,7 malades sur 100, au moins, présentent de telles maladies pour lesquelles on ne sait que proposer à la fin de la cure d'une poussée aiguë, sinon une rééducation et une gymnastique respiratoire que des consultations spécialisées trop peu nombreuses acceptent de prendre en charge. La fréquence de ces malades est telle, leurs réhospitalisations, à chaque poussée, si nombreuses, que l'organisation, sur le plan administratif, de centres de soins à la sortie de l'hôpital paraît très souhaitable.

d) Dans la *pathologie cardio-vasculaire* on notera l'énorme place occupée par l'athérosclérose qui groupe plus de 10 % des diagnostics portés : 3 malades sur 100 ont une coronarite (dont 2 ont un infarctus du myocarde) ; plus de 3 malades sur 100 font un accident vasculaire cérébral sans compter les 4 malades qui ont versé dans la psychiatrie sénile à la suite de leur sclérose vasculaire cérébrale.

Ces chiffres éloquents montrent que si les accidents vasculaires aigus (qu'ils soient cardiaques ou cérébraux) nécessitent de façon d'ailleurs chronique une hospitalisation longue et parfaitement justifiée, il reste des éléments séniles pour lesquels on n'a pas encore la possibilité de proposer une place dans les asiles comme cela peut se faire chez le sujet jeune. Mais il s'agit là de problèmes de vieillards dont on aura à reparler à la fin de ce travail : nous nous contenterons donc de signaler en passant l'importance du contingent de ces malades de psychiatrie.

e) La *psychiatrie* que nous avons observée est d'ailleurs très hétérogène ; et si l'on additionne les diagnostics de psychiatrie pure, les dé-

mences séniles, la psychiatrie alcoolique, les fonctionnels, les comitiaux et les tentatives de suicides, ceux-ci se rencontrent chez près de 15 % des malades !

f) Dans la *pathologie digestive* dont on a noté l'importance il faut remarquer que si les ulcères gastro-duodénaux n'intéressent qu'1,5 malades sur 100, les stéatoses et les cirrhoses alcooliques atteignent 4,6 % des malades. Notons encore que les hémorragies digestives crypto-génétiques ont été notées avec la fréquence de 0,5 %.

g) L'*alcoolisme*, peut-être favorisé par la proximité des Halles, forme encore un secteur pathologique important puisque 10 % des diagnostics sont des conséquences pathologiques de cette intoxication ; à côté des cirrhoses, le delirium tremens a une fréquence de 1,2 %, la polynévrite de 0,9 %. Ces alcooliques sont davantage des hommes, surtout entre 40 et 60 ans, volontiers sans famille, ou vivant maritalement, souvent S. D. F., chômeurs ; ils meurent davantage que les autres mais aussi sortent plus souvent sur leur demande.

h) Enfin un certain nombre de pourcentages nous ont paru assez curieux pour être notés :

- celui des carences graves qui atteignent 1,6 % de nos malades ;
- celui des « malaises sur la voie publique » : 1,5 % ;
- celui des tentatives de suicides : 1,9 % ;
- celui de la comitialité : 2 %.

4° Au total l'étude de la morbidité des malades hospitalisés en Médecine Générale à l'Hôtel-Dieu nous a permis d'exposer les caractéristiques médicales de notre clientèle hospitalière, d'objectiver et de chiffrer la fréquence de certaines affections et notamment :

- la tuberculose ;
- les infections pulmonaires et O. R. L. bénignes ;
- les insuffisances respiratoires chroniques ;
- les athéroscléroses et les maladies de la sénescence ;
- les maladies digestives ;
- les maladies d'origine alcoolique ;
- les affections psychiatriques.

Nous avons enfin dégagé deux notions qui nous paraissent fondamentales : la fréquence des diagnostics complexes multiples et la fréquence des diagnostics de symptômes imprécis et insuffisamment définis.

V. La destinée médicale du malade à la sortie de l'hôpital.

Au terme de cette étude de morbidité il nous a paru intéressant de porter un pronostic tenant compte du ou des diagnostics portés sur chaque malade. Il s'agit là d'un jugement certes subjectif et de ce fait critiquable ; mais à défaut d'un jugement plus strict, porté par exemple à distance de l'hospitalisation, ce pronostic médical ne nous paraît pas dénué de toute valeur.

TABLEAU 37

LE PRONOSTIC A LA SORTIE PAR AGE ET SEXE EN 1952-1954

	HOMMES								FEMMES								TOTAL HOMMES + FEMMES	
	15 à 40		40 à 60		60 ET +		TOTAL		15 à 40		40 à 60		60 ET +		TOTAL		NB	%
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%		
Décès	5	1,3	66	8,8	95	18,2	166	10	5	1	54	10,2	154	20,3	213	12	379	10,9
Sortie <i>in extremis</i>	1	0,2	8	1,1	19	3,6	28	1,7	0	0	2	0,4	8	1	10	0,6	38	1,1
Chronique sans travail possible	14	3,6	81	10,8	112	21,4	207	12,5	4	0,8	68	12,9	119	15,7	191	10,7	398	11,5
Chronique travaillant	118	30,2	273	36,6	214	41	605	36,4	92	18,6	189	35,9	271	35,8	552	31	1.157	33,5
Convalescence brève	23	5,9	23	3	11	2,1	57	3,4	45	9,1	20	3,8	27	3,6	92	5,2	149	4,3
Reprise du travail	190	48,6	133	17,8	45	8,6	368	22,2	176	35,6	105	19,9	93	12,3	374	21	742	21,5
Destinée indéterminée	35	8,9	51	6,8	21	4	107	6,4	115	23,3	71	13,5	76	10	262	14,7	369	10,7
Tuberculeux	5	1,3	111	14,9	5	0,9	121	7,3	57	11,5	17	3,2	9	1,2	83	4,7	204	5,9
TOTAL	391		746		522		1.659		494		526		757		1.777		3.456	

C'est ainsi que nous avons classé 3.456 malades de l'Hôtel-Dieu (1952-1954) selon le pronostic porté d'après leur état de santé à la sortie de l'hôpital (tableau 37 et schéma 55).

Globalement il nous est apparu (tableau 37) que sur 100 malades :

— 26 seulement ont été guéris et pouvaient médicalement reprendre leur travail : pour 21,5 immédiatement et pour 4,3 après une convalescence brève ;

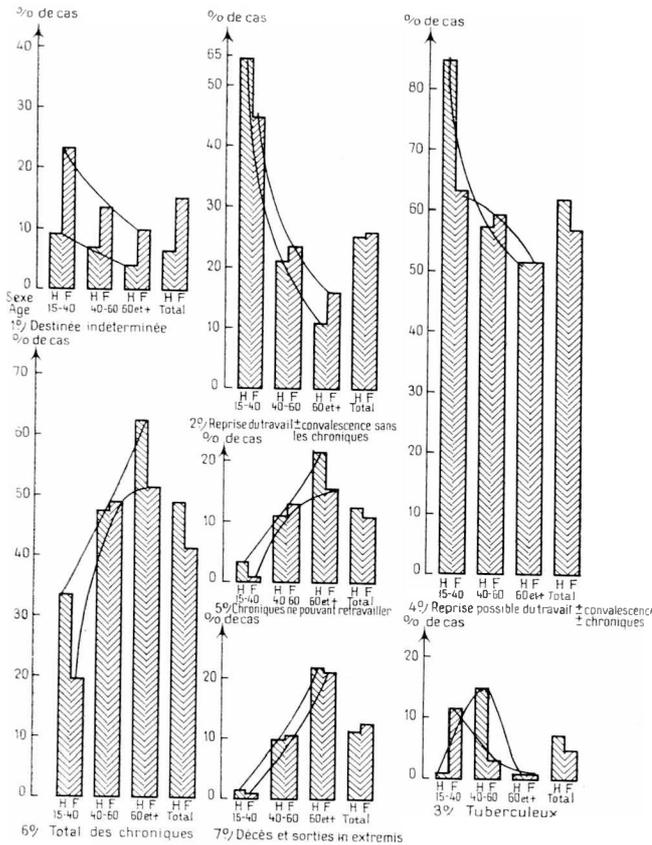


SCHÉMA 55. — Le pronostic porté à la sortie des malades de l'Hôtel-Dieu en 1952-1954, par âge et par sexe.

— 11 ont eu une destinée indéterminée ;

— et parmi les 63 qui n'ont pas été guéris on compte :

12 décédés ou prêts à mourir au moment de la sortie ;

6 tuberculeux envoyés en Sana ;

45 malades chroniques susceptibles de revenir à l'hôpital mais dont :

11,5 ne pouvaient pas reprendre leur travail ;

33,5 pouvaient le reprendre du moins temporairement ce qui porte le nombre total des travailleurs à près de 60 % des malades hospitalisés.

Sur une série de plus de 3.000 malades tout-venant, on n'en guérit que le quart ; il sort de l'hôpital une population médicalement inactive de 40 % ; il sort des malades chroniques susceptibles d'être réhospitalisés dans la proportion de 45 % ; enfin la mortalité atteint 12 %. Ces chiffres montrent la gravité des malades qui nous sont confiés et justifient les besoins d'équipement que nécessitent les services de Médecine Générale.

La distribution de ces divers pronostics par sexe et par âge (tableau 37 et schéma 55) montre que les pourcentages globaux diffèrent peu d'un sexe à l'autre ; par contre les courbes de ces pourcentages par âge montrent tout d'abord que la morbidité croît régulièrement avec l'âge : c'est du moins ce que suggèrent :

- la décroissance avec l'âge des destinées indéterminées (schéma 55, 1^o) ;
- la décroissance des guérisons, plus franche encore pour l'homme que pour la femme (schéma 55, 2^o) ;
- la décroissance des malades chroniques ou guéris susceptibles médicalement de retravailler, là encore plus nette chez l'homme (schéma 55, 4^o) ;
- la recrudescence dès 40 ans des chroniques qui ne pourront jamais retravailler (schéma 55, 5^o) ;
- la régulière augmentation des chroniques travaillant ou non (schéma 55, 6^o) ;
- enfin et surtout la régulière progression de la mortalité avec l'âge (schéma 55, 7^o).

Cette mortalité qui atteint 12 % des malades en 1952-1954 mérite une étude particulière que nous aborderons donc maintenant.

VI. La mortalité hospitalière en médecine générale.

Mieux étudiés dans notre deuxième enquête (1954-1955) les malades décédés représentaient un pourcentage tout à fait analogue à celui de 1952-1954 (11,5 contre 10,9 en 1952-1954), pourcentage d'ailleurs gonflé par rapport à d'autres services de médecine du fait de l'attribution administrative à ce service des malades décédés à l'arrivée à l'hôpital.

Pour améliorer notre étude de mortalité nous avons dû rapprocher de notre fiche d'enquête le dossier du malade afin d'y puiser le compte rendu anatomique de nécropsie qui n'était pas consigné dans notre enquête. C'est pour cette raison que nos résultats, d'ailleurs déjà publiés et seulement résumés ici [22], portent seulement sur 226 dossiers que nous avons pu exhumer sur les 256 décès effectivement constatés dans notre enquête.

Nous avons dû, d'autre part, distinguer parmi les décédés :

- ceux que nous avons appelés les « hospitalisés vrais » et qui représentent ceux des malades qui ont effectivement séjourné dans le service, excluant, ainsi les décédés à l'arrivée ;

- et parmi eux nous avons distingué deux populations :

- la population A des malades autopsiés dont on a pu retrouver le compte rendu anatomique (C. R. A.),

— et la population B des malades non autopsiés ou autopsiés sans C. R. A !

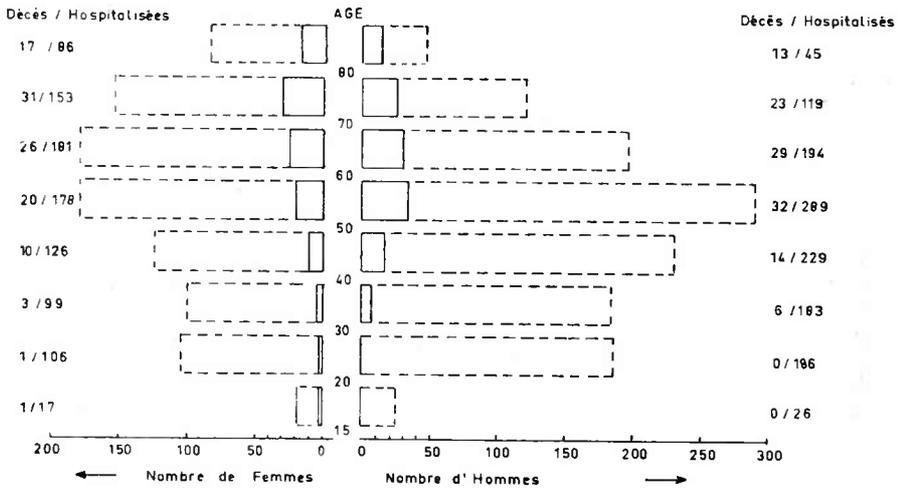
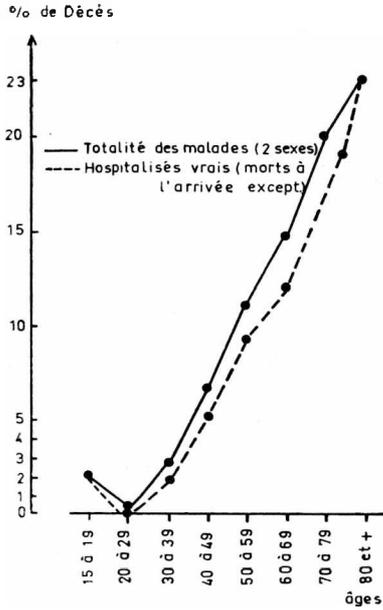


SCHÉMA 56. — Pourcentage de décès dans chaque tranche d'âge et pyramide de décès par âge et par sexe en 1954-1955.

1° La répartition des décès selon l'âge et le sexe nous a montré (tableaux 38 et 39 et schéma 56) ;

— une légère prédominance de la mortalité chez la femme (surtout si l'on exclut les décès à l'arrivée) ;

— une remarquable croissance de la mortalité avec l'âge, la courbe suivant à peu près une droite.

2° *La durée de séjour des malades décédés*, donc *a priori* les plus malades, nous est apparue relativement faible puisque même en éliminant les malades décédés à l'arrivée :

- 40 % des décédés sont restés moins d'une semaine ;
- 70 % moins d'un mois.

TABLEAU 38

POURCENTAGE DE MORTALITÉ HOSPITALIÈRE PAR SEXE EN 1954-1955

	POUR LA TOTALITÉ DES MALADES	POUR LES MALADES HOSPITALISÉS VRAIS (1)
Hommes ...	117 décès sur 1.270 malades, soit 9,2 %.	99 décès sur 1.262 malades, soit 7,8 %.
Femmes ...	109 décès sur 940 malades, soit environ 11,5 %.	101 décès sur 932 malades, soit 10,8 %.

1. C'est-à-dire à l'exception des décès à l'arrivée.

TABLEAU 39

RÉPARTITION DES DÉCÈS ET POURCENTAGE DE MORTALITÉ EN 1954-1955

AGE	NOMBRE DE DÉCÈS		NOMBRE D'HOSPITALISÉS		NOMBRE DE DÉCÈS POUR 100 MALADES (1)	
	HOSPITALISÉS TOTAUX	HOSPITALISÉS VRAIS	HOSPITALISÉS TOTAUX	HOSPITALISÉS VRAIS	HOSPITALISÉS TOTAUX	HOSPITALISÉS VRAIS
15 à 19 ans	1	1	43	43	2	2
20 à 29 ans	1	0	292	291	0,3	0
30 à 39 ans	9	5	282	278	2,8	1,8
40 à 49 ans	24	18	355	349	6,7	5,1
50 à 59 ans	52	42	467	457	11	9,2
60 à 69 ans	55	44	375	364	14,6	12
70 à 79 ans	54	52	272	270	20	19
80 et plus	30	28	131	129	23	23

1. De chaque tranche d'âge.

3° *Les autopsies* complément indispensable à l'étude de la mortalité ont été pratiquées de la façon la plus systématique possible : c'est du moins ce que suggère le tableau 40 qui montre sur les malades hospitalisés vrais, que si l'on exclut 1/4 des malades pour lesquels il y avait une opposition familiale, religieuse ou médico-légale et 1/4 des dossiers pour lesquels l'autopsie elle-même ou le C. R. A. manquent, il nous reste la moitié des

cas pour lesquels nous avons un C. R. A. aussi précis qu'il est possible de le faire lors d'un examen à peu près uniquement macroscopique !

4° Les constatations médicales faites chez les décédés hospitalisés (les seuls étudiés d'ailleurs) montrent tout d'abord que l'existence d'une autopsie et d'un C. R. A. permet d'approcher la vérité de beaucoup plus près.

a) Les malades porteurs de poly-diagnostics sont beaucoup plus fréquents chez les décédés : c'est déjà ce que nous avons dit [21] sur un premier dépouillement global de cette enquête où le nombre de diagnostics portés pour 100 malades passait de 132 pour le « tout-venant » à 156 pour les décédés.

TABLEAU 40
LES AUTOPSIES EN 1954-1955

	NOMBRE ABSOLU	POURCENTAGE DE LA TOTALITÉ DES DÉCÈS	POURCENTAGE PARMIS LES HOSPITALISÉS VRAIS
Opposition médico-légale	42	18,7 %	6/190 = 3,5 %
Opposition familiale	18	8,3 %	
Total des oppositions	60	27 %	
Autopsies faites avec C. R.			
A. (1)	112	49,5 %	59 %
Autopsies faites sans C. R. A.	22	9,5 %	11,5 %
Total des autopsies faites	134	59 %	70,5 %
Autopsies non faites	32	14 %	16,5 %
Total des autopsies faisables	166	73 %	87 %

1. Compte rendu anatomique

TABLEAU 41

LA MORTALITÉ EN 1954-1955 : LES POLYDIAGNOSTICS CHEZ LES DÉCÉDÉS

NOMBRE DE DIAGNOSTIC, ORGANE OU MALADIE	NOMBRE DE DIAGNOSTICS		D'ORGANES LÉSÉS		DE MALADIES DIFFÉRENTES	
	Gr A	Gr B	Gr A	Gr B	Gr A	Gr B
1	10 cas	35 cas	12	38	23	50
2	24 cas	24 cas	33	27	39	20
3	35 cas	11 cas	34	7	27	1
4	25 cas	2 cas	22	0	21	1
5	11 cas	0	7	0	0	0
6	5 cas	0	2	0	3	0
7	2 cas	0	2	0	0	0
0						
Total des diagnostics, organes ou maladies	362 / 112	124 / 72	330 / 112	113 / 72	284 / 112	97 / 72
Pourcentage	323 / 100	172 / 100	300 / 100	157 / 100	258 / 100	

En réalité notre étude sur dossier nous a montré que sur 100 décédés on avait relevé (tableau 41 et schéma 57).

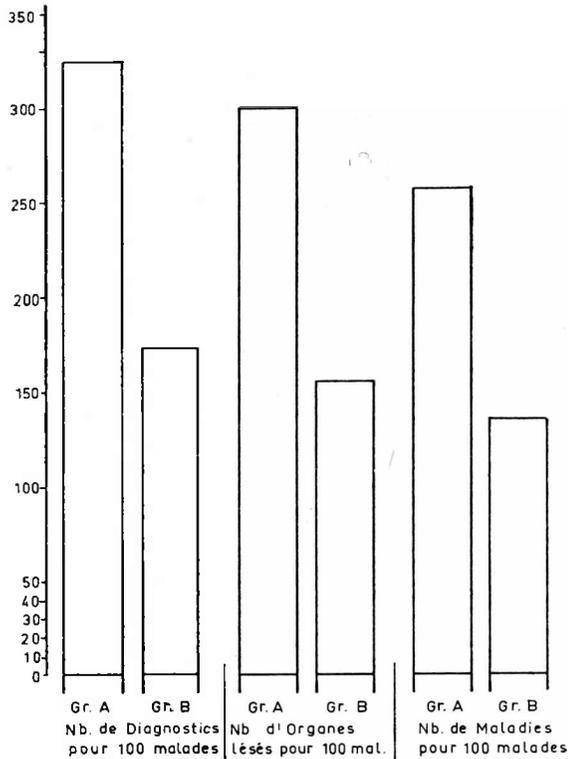


SCHÉMA 57. — Nombre de diagnostics d'organes lésés et de maladies pour 100 malades décédés en 1954-1955 :
groupe A : malades autopsiés ayant un C. R. A. ;
groupe B : autres décédés ne possédant pas de C. R. A.

TABLEAU 42.
DÉCOUVERTES D'AUTOPSIES (1954-1955).

NOMBRE DE DÉCOUVERTES D'AUTOPSIES CHEZ LE MÊME MALADE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
0	30	26,7
1	36	32
2	27	24
3	9	8
4	6	5,3
5	4	3,5
Tota des découvertes	161/112	143/100

— 323 mentions diagnostiques (au sens le plus large) chez les décédés avec C. R. A. (groupe A) contre 172 sans C. R. A. (groupe B).

— 300 organes lésés chez les décédés du groupe A contre 157 dans le groupe B.

— 258 maladies différentes dans le groupe A contre 134 dans le groupe B.

C'est ainsi encore que les poly-diagnostic (au sens le plus large) représentaient 80 % des décédés du groupe A et seulement 30 % du groupe B :

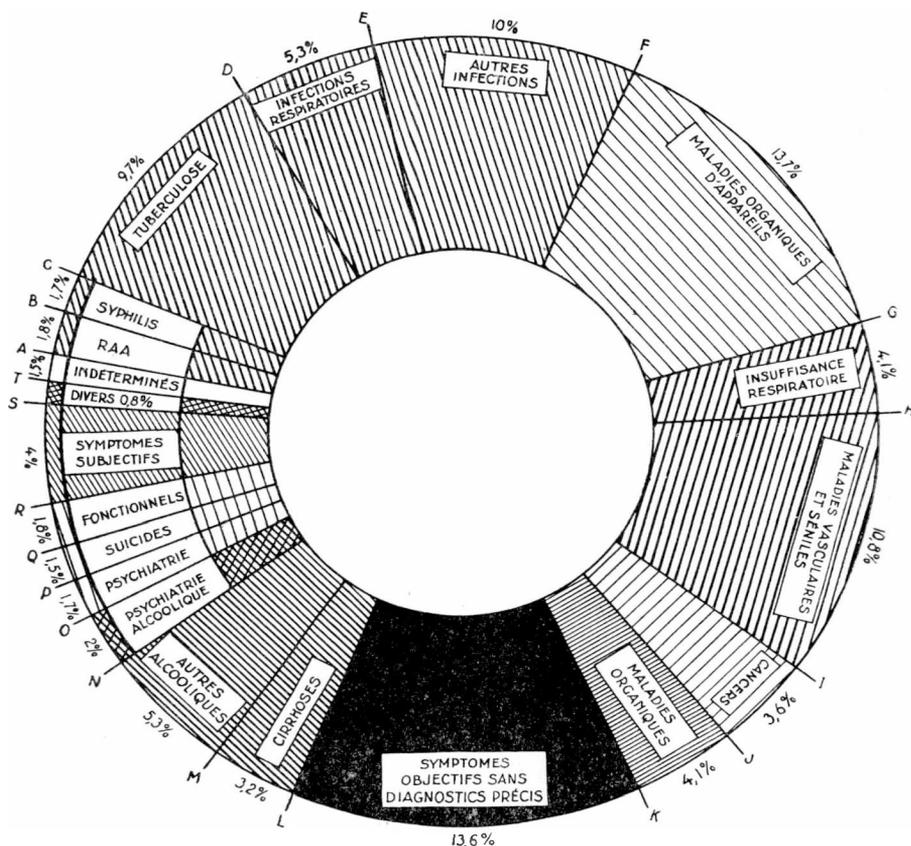


SCHÉMA 58. — Éventail des diagnostics portés sur la totalité des malades de 1954-1955 (2.947 diagnostics portés chez 2.223 malades).

Les autopsies qui permettent de mieux décrire la pathologie présentée par les malades ont en effet permis la découverte d'un certain nombre de diagnostics méconnus cliniquement (tableau 42) : 73 % des autopsies ont abouti à la découverte de lésions méconnues et l'on peut encore redire que chez tout malade non autopsié on se prive de 1,4 diagnostic qui restera ignoré.

b) La pathologie présentée par les décédés diffère sensiblement de celle que présente la totalité des malades hospitalisés (schémas 58 et 59 empruntés à notre premier dépouillement).

Sont moins fréquemment posés chez les décédés les diagnostics :
 — de maladies infectieuses (sauf la tuberculose) ;
 — de maladies psychiatriques (sauf les suicides qui réussissent et qui ont été rangés sous cette rubrique) ;
 — de symptômes subjectifs.

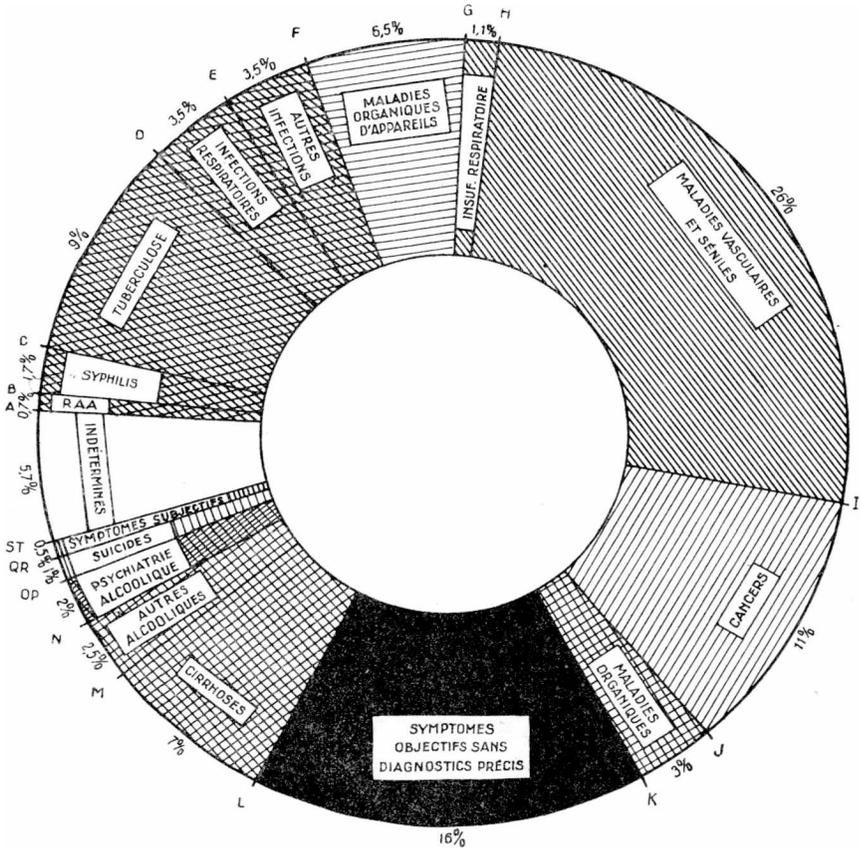


SCHÉMA 59. — Éventail des diagnostics portés chez les décédés seulement (en 1954-1955) (400 diagnostics chez 256 décédés).

Par contre, sont beaucoup plus fréquemment constatés et semblent jouer un rôle aggravant, les diagnostics :

— d'affections vasculaires et séniles (athérosclérose et ses conséquences) ;

— de cancers ;

— de cirrhoses ;

et à un degré moindre ceux de :

— tuberculose ;

— symptômes objectifs (O. A. P., défaillance cardiaque d'origine inconnue, hématomèse, etc...);
 — suicides.

Mais nos chiffres ne permettent pas de dire si ces affirmations sont vraiment significatives du fait de la petitesse de nos échantillons.

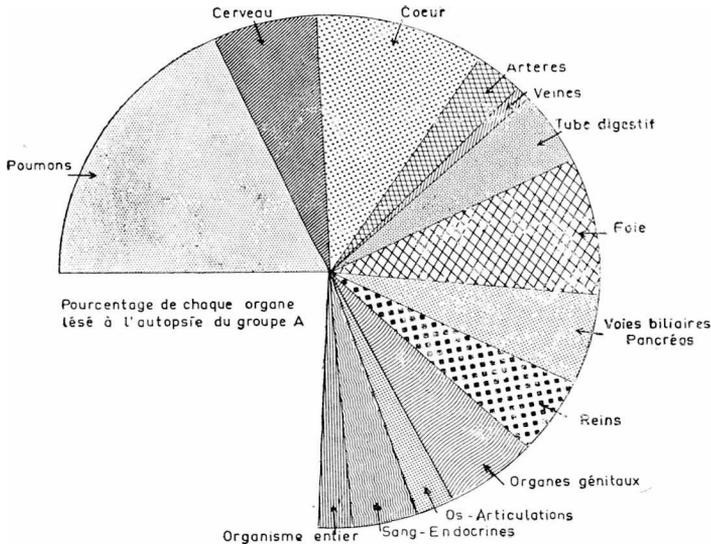


SCHÉMA 60 — Éventail des organes lésés chez les décédés en 1954-1955. Groupe A.

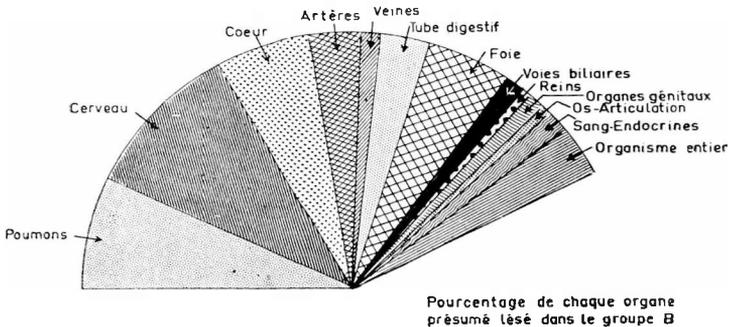


SCHÉMA 61. — Éventail des organes lésés chez les décédés en 1954-1955. Groupe B.

c) La pathologie comparée des décédés autopsiés et des décédés non autopsiés nous confirme ces faits et nous montre tout l'intérêt de la pratique des vérifications anatomiques post-mortem.

Les divers organes lésés retrouvés chez les décédés dont nous possédons un compte rendu anatomique détaillé sont beaucoup plus nombreux que chez les autres décédés (tableau 43 et schémas 60 et 61) : ces autopsies font davantage découvrir les lésions pulmonaires, cardiaques, biliaires, rénales et génitales qui viennent en tête.

Les diverses maladies rencontrées chez les décédés (tableau 44 et schémas 62 et 63) montrent que les autopsies font découvrir des infections

TABLEAU 43
LES ORGANES LÉSÉS CHEZ LES MALADES DÉCÉDÉS EN 1954-1955

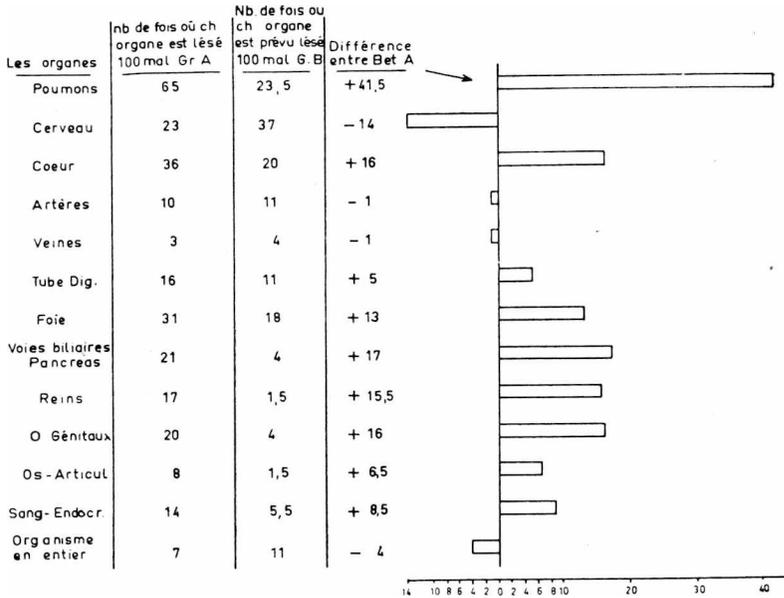


TABLEAU 44
LA MORBIDITÉ CHEZ LES MALADES DÉCÉDÉS EN 1954-1955

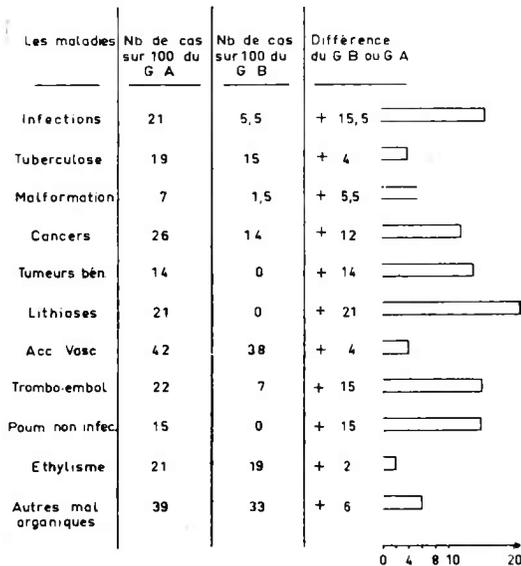
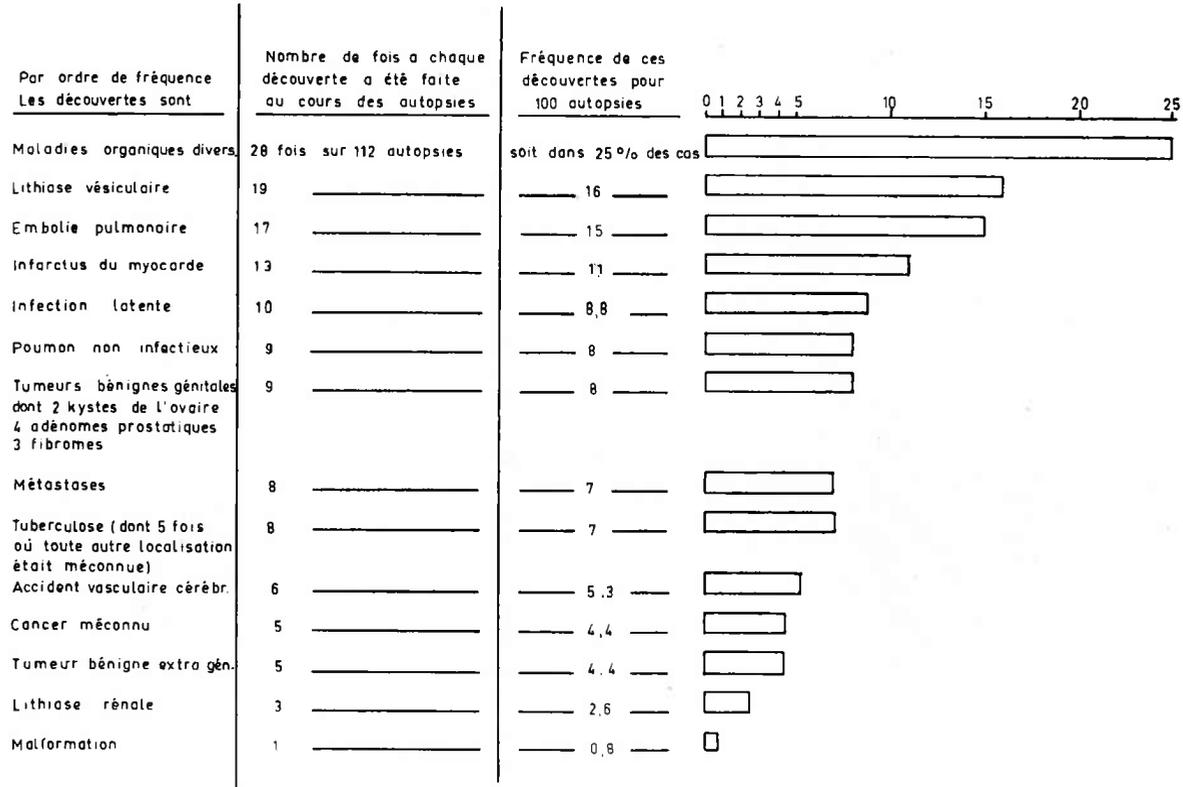


TABLEAU 45

LES DÉCOUVERTES D'AUTOPSIE CHEZ LES MALADES DÉCÉDÉS EN 1954-1955



latentes, des lithiases asymptomatiques, des embolies pulmonaires, des œdèmes et des scléroses pulmonaires, des tumeurs bénignes ou malignes.

Mais toutes ces affections n'ont pas la même valeur : c'est ainsi qu'à côté de maladies capables de tuer davantage que les autres et pour cette

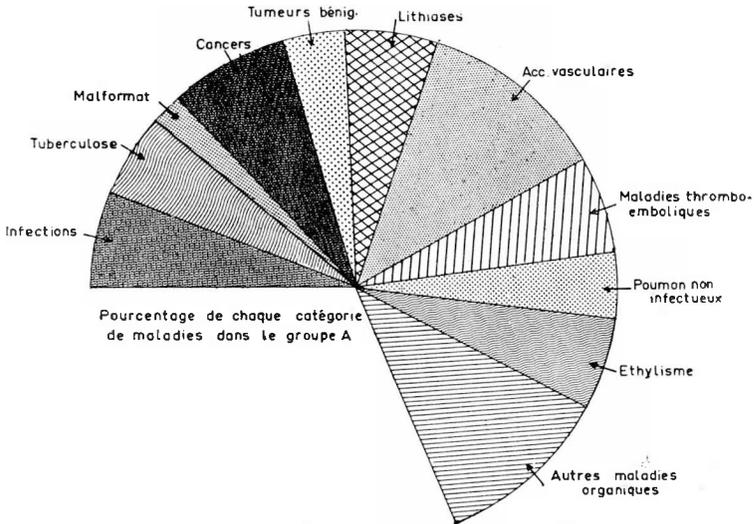


SCHÉMA 62. — Éventail des maladies diagnostiquées chez les décédés en 1954-1955. Groupe A.

raison plus fréquentes chez les décédés (comme les cancers, les accidents vasculaires), il y a une concentration chez les autopsiés de lésions asymp-

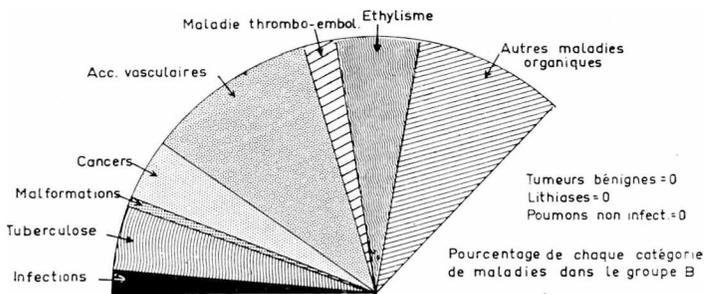
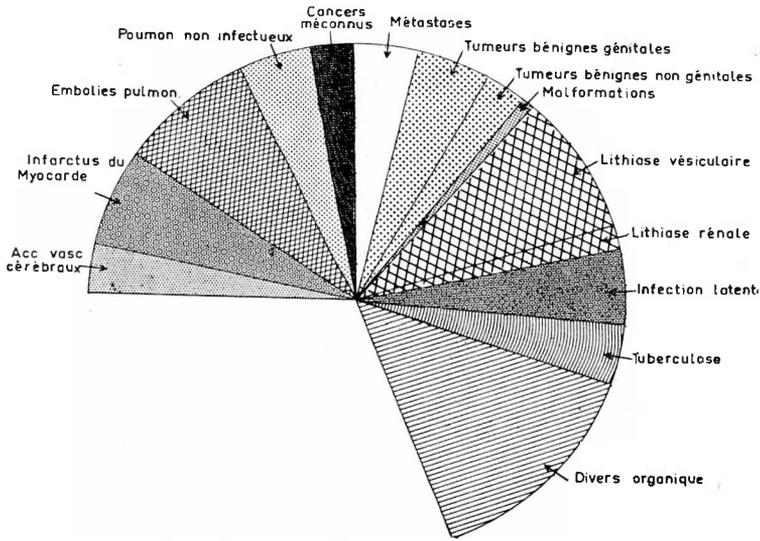


SCHÉMA 63. — Éventail des maladies diagnostiquées chez les décédés en 1954-1955. Groupe B.

tomatiques (lithiases, tumeurs bénignes, infections latentes) et de lésions accusées d'avoir directement provoqué la mort telles que les embolies, les œdèmes pulmonaires qui entrent dans le mécanisme du décès plus que dans sa cause originelle.

Les diverses découvertes d'autopsies ont en effet porté essentiellement sur des maladies infracliniques ou sur l'accident qui a directement provoqué



SCHEMA 64. — Éventail des découvertes d'autopsies chez les malades décédés en 1954-1955.

TABLEAU 46. — LES DIAGNOSTICS MULTIPLES CHEZ LES MALADES DÉCÉDÉS EN 1954-1955.

Concordance des diagnostics des 112 autopsies
 (on a choisi arbitrairement 2 diagnostics majeurs en rejetant systématiquement toutes les constatations anatomiques d'importance second.)

	Infections pulmonaires	Infections diverses	Tuberculoses graves	Cancers métastatiques	Accidents vasculaires cérébraux	Infarctus du myocarde	Insuffisance cardiaque	Insuffisance respiratoire grave	Insuffisance rénale	Embolie pulmonaire	Oedème pulmonaire	Rétrécissement mitral	Péricardite	Cirrhose éthylique
Infections pulmonaires	1													
Infections diverses		1												
Tuberculoses graves			1											
Cancers métastasés				1										
Accidents vasculaires cérébraux					3									
Infarctus du myocarde						2								
Insuffisance cardiaque							1							
Insuffisance respiratoire								1	1					
Insuffisance rénale									1	1				
Embolie pulmonaire										2				
Oedème pulmonaire											1			
Rétréciss mitral												2		
Péricardite													1	
Cirrhose éthylique														2

Les diagnostics pratiquement uniques.
 Les diagnostics multiples contestables.

le décès : c'est du moins ce que suggère le tableau 45 et le schéma 64 où sont consignées ces découvertes.

5° *Au total* l'étude de nos malades décédés ne peut nous apporter qu'une indication sur les différences pathologiques que ceux-ci comportent. Seules des statistiques plus copieuses permettent de dire quel est le taux de la mortalité pour chaque maladie ou groupe de maladies et ce sujet ne pouvait être traité à l'aide d'une enquête hospitalière limitée.

Par contre ce que nous avons tiré de nos enquêtes, c'est la fréquence des poly-causes de décès ; causes multiples qui sont encore largement sous-estimées du fait que tous les décédés ne peuvent être autopsiés et que les autopsiés ne bénéficient que d'une étude anatomique macroscopique forcément incomplète.

Ces causes multiples de décès posent souvent de difficiles problèmes de causalité (tableau 46) puisque dans 34 % des décès les mieux étudiés nous n'avons pas pu déterminer une cause unique et certaine du décès, car nous n'avons aucun argument de valeur pour choisir parmi les maladies présentées celle qui devait être retenue.

Cette étude aura du moins permis de souligner encore une fois l'intérêt des autopsies soigneuses qui permettent d'approcher de plus près la vérité dans les études de mortalité.

BILAN DES ENQUÊTES HOSPITALIÈRES

RÉFLEXIONS SUR LA FONCTION HOSPITALIÈRE

En guise de conclusion, nous nous proposons de terminer ce protocole de dépouillement des enquêtes de l'Hôtel-Dieu, par un exposé des éléments positifs qu'elles nous ont apportés, des études qu'elles ont permis de mener à bien et des nouveaux travaux qu'elles nous incitent à entreprendre.

Les chiffres, souvent denses, que nous venons de présenter en une longue suite de tableaux et de graphiques expriment un certain nombre de données dont la significativité est plus ou moins grande selon la taille de l'échantillon. Cependant dans l'ensemble il se dégage de ces chiffres un certain nombre de faits qui demanderont à être vérifiés mais qui d'ores et déjà méritent une certaine réflexion.

Cette réflexion qui permettra de faire la synthèse des données qui viennent d'être analysées peut être envisagée sous trois angles précis : celui du sociologue, celui de l'administrateur et celui du médecin.

I. Le bilan sociologique.

L'étude sociologique du malade hospitalisé est une idée qui paraît assez neuve.

1° *Dans la littérature mondiale*, on ne trouve en effet qu'un petit nombre d'études statistiques portant sur le contexte social de la clientèle hospitalière ; à notre connaissance peu d'auteurs ont essayé de collecter les caractéristiques sociales, familiales et socio-professionnelles des sujets hospitalisés :

En Angleterre, le recensement du 8 avril 1951 nous apporte un certain nombre de données concernant le statut de famille des hospitalisés [8] :

En effet ce recensement opéré sur la totalité des hôpitaux du N H S montre la façon dont les malades hospitalisés se répartissent en célibataires, mariés, veufs et divorcés ou séparés : cette répartition en accord avec la nôtre montre que les « chroniques », les sujets âgés hospitalisés sont plus

souvent « seuls » (veufs, célibataires ou divorcés) et les auteurs anglais discutent l'influence de l'âge et du statut de famille dans le déterminisme de l'hospitalisation; la solitude des vieillards détermine leur besoin d'hospitalisation pour des maladies chroniques, tout comme le célibat des sujets jeunes les amène à se faire hospitaliser pour des affections aiguës bénignes.

Toujours en Angleterre en 1949, une enquête entreprise à Londres dans les hôpitaux NHS a tenté de préciser l'influence de la catégorie socio-professionnelle sur la morbidité et n'a montré que la nette prédominance des maladies mentales chez les malades travaillant.

S'il a été possible en Angleterre de retrouver de tels renseignements, c'est parce que les Statistiques hospitalières de 1949 consignées dans « the registrar general's Statistical Review of England and Wales » constituent un annuaire où les hospitalisés sont ventilés par diagnostic principal, type d'hôpital, âge, sexe, statut de famille et catégorie socio-professionnelle (en 4 catégories).

En réalité nous n'avons pas trouvé ailleurs et pour des années plus récentes de semblables ventilations comportant des données sociales et encore moins des exploitations de telles enquêtes.

2^o Nos deux enquêtes de l'Hôtel-Dieu ont pourtant été pour nous l'occasion d'apprendre un certain nombre de caractéristiques sociales de nos malades.

Il est à noter d'ailleurs que ces caractéristiques socio-professionnelles que nous avons décrites, ne paraissent pas propres aux malades hospitalisés, mais puissent caractériser l'ensemble de la clientèle interne et externe de l'hôpital. En effet un sondage que nous avons fait avec J. J. PRINCÉ [17] à la consultation Porte du même Hôtel-Dieu nous a montré, que contrairement à l'opinion généralement admise et non étayée de chiffres, la clientèle de consultation était sensiblement la même que la clientèle hospitalisée. Ce fait méritera certes d'être vérifié sur de plus longues séries et d'être étudié dans des consultations plus spécialisées, mais il nous a paru intéressant de le noter ici.

A côté du statut familial et de la catégorie socio-professionnelle, les conditions de logement, l'origine des malades et leurs ressources financières nous ont donc paru intéressantes à déterminer pour préciser le contexte sociologique du malade de médecine générale et broser la toile de fond que représente cette clientèle hospitalière.

Des études plus axées sur le contexte social de telle ou telle maladie ou de telle ou telle catégorie de malades pourront être comparées à nos chiffres et permettre ainsi de déterminer ce qui se détache réellement de cette toile de fond.

En réalité on peut regretter de ne pas posséder actuellement d'enquêtes de ce type, portant sur un plus grand nombre de malades. A cet égard notre 2^e enquête de l'Hôtel-Dieu s'est présentée comme une enquête pilote qui a amplement montré que de telles études sociologiques étaient particulièrement praticables en milieu hospitalier. La facilité avec laquelle le malade livre à l'enquêteur médical des renseignements sur son mode de vie et la facilité avec

laquelle on peut trouver à l'hôpital une concentration importante de certains types d'individus ont amené certains de nos camarades à étudier de plus près les Nord-Africains, les clochards, les vieillards.

Pour l'étude des 155 Nord-Africains musulmans de sexe masculin isolés dans notre deuxième enquête de l'Hôtel-Dieu, nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer notre lecteur à la thèse de notre ami le Dr G. RÖSCH qui y a rassemblé toutes les données démographiques, sociales et hospitalières concernant les Nord-Africains [14]. Qu'il nous soit permis cependant de rappeler que le Nord-Africain hospitalisé paraît représentatif des Nord-Africains de la Seine, et qu'il est sur le plan sociologique défavorisé par ses conditions de vie : avec un logement très difficile, un statut de famille complexe, des ressources financières très limitées : tous facteurs utiles à connaître pour comprendre le taux élevé de fréquentation hospitalière de ces hommes jeunes qui travaillent en France dans des conditions difficiles.

L'étude des 240 malades sans domicile fixe dont 125 véritables clochards relevés sur nos fiches, a de même été confiée au Dr D. FLAHAUT [18]. Cette étude précise les caractéristiques sociologiques déplorables de ces sujets qui sont généralement des hommes de 45 à 55 ans.

L'étude des vieillards enfin que nous avons faite nous-même à l'Hôtel-Dieu dans nos deux enquêtes et sous la conduite du Pr PÉQUIGNOT [23] se poursuit actuellement sous forme de thèses en cours d'élaboration : celle de B. JACOB [16] qui étudie les vieillards hospitalisés pendant 18 mois à Bichat dans le Service du Pr JUSTIN-BESANÇON, et celle de G. TORDET [15] qui étudie les vieillards de l'Hospice de Sainte-Périne (Service du Pr PÉQUIGNOT). Ces études paraissent d'ailleurs confirmer trois ordres de données :

— l'affluence croissante des sujets âgés dans les hopitaux où après 60 ans ils représentent 35 % des entrants et occupent 50 % des lits du fait de leurs longues durées de séjour ;

— la transformation de la pathologie rencontrée à l'hôpital du fait de cette concentration des vieillards : pathologie complexe de polydiagnostics, de maladies prolongées nécessitant de façon chronique des soins d'« aigus », pathologie organique enfin infiniment plus grave et plus sérieuse que celle du jeune ;

— enfin sur le plan sociologique qui nous intéresse ici, nous avons noté que le vieillard n'était pas particulièrement défavorisé, si ce n'est par sa condition familiale car il vit généralement seul.

A propos de ces trois études sociologiques qu'il serait hors de propos de développer ici, il nous a paru intéressant de noter comment en « sous-produit » une enquête hospitalière permet à peu de frais de décrire le contexte social d'un certain nombre de types d'individus. Il est bien évident que les besoins d'hospitalisations des vieillards, des clochards, des Nord-Africains sont conditionnés par les facteurs sociaux que nous venons d'envi-

sager : la pauvreté des ressources financières, les difficultés de logement, l'absence de famille au foyer sont des arguments pour se faire hospitaliser au moindre mal fût-il bénin.

Cependant l'étude médicale en réalité indissociable de l'étude sociale de ces malades nous a montré qu'on n'avait pas le droit de parler d'hospitalisations abusives et c'est ce que nous allons montrer dans le prochain chapitre.

Loin de vouloir demander au contexte social d'expliquer l'hospitalisation elle-même et sa durée, notre propos est d'essayer d'en évaluer le rôle à coup sûr favorisant et non déterminant et d'en tirer les conclusions qui s'imposent à la sortie du malade pour éviter qu'à l'avenir ces conditions sociales ne deviennent pour lui déterminantes : c'est ce que nous discuterons parmi les problèmes administratifs que nous ont posés ces malades de médecine générale.

II. Le bilan médical.

Étudier la morbidité hospitalière nous a amené à des recherches bibliographiques décevantes.

Si en effet nous disposons, pour la plupart des grands pays, d'annuaires statistiques de Morbidité et de Mortalité, dont nous ne pouvons ici faire le décompte exhaustif, nous n'avons pas trouvé d'études d'ensemble et d'essais d'interprétation de ces chiffres.

Nous disposons en France de tables de Mortalité publiées annuellement par l'INSEE [2] et de tables de Morbidité des hôpitaux publics de la Seine publiées annuellement par la Préfecture de la Seine [4]. Un essai d'enquête de Morbidité hospitalière à l'échelon national a été tenté en 1945-1946 par l'INSEE [5] et a permis de ventiler pour 94 hôpitaux les diagnostics en fonction du sexe et de l'âge, des durées d'hospitalisation et du décès. Mais malheureusement cet effort n'a pas été poursuivi.

A l'étranger, de nombreux pays publient des annuaires statistiques : en Angleterre (*Registrar General's Statistical Review of England and Wales*, déjà cité) [8] il existe une étude statistique importante datant de 1949 ; depuis, cette même revue a publié un certain nombre de sondages limités. En Italie [9], l'Institut Central de Statistique a édité en 1954 un registre de la morbidité de l'ensemble des hôpitaux publics et privés qui nous paraît être du plus grand intérêt et le modèle le plus achevé de ce que nous avons pu rencontrer jusqu'ici ; mais là encore nous déplorons de ne pas avoir pu trouver l'exploitation de ces chiffres !

Parmi les travaux privés il faut signaler ceux du P^r DELORE (Lyon) sur les vieillards [5] qui quoique utilisant une nomenclature différente paraissent en accord avec les nôtres, ceux du P^r ROCHE [6] (Lyon) qui sont en cours.

C'est ainsi que la comparaison de la morbidité que nous avons rencontrée à l'Hôtel-Dieu, en médecine générale, n'a pu être faite de façon complète avec des chiffres existants, français ou étrangers, pour deux raisons essentielles :

— d'une part nos échantillons étaient strictement limités à des services de Médecine Générale et nous n'avons pas trouvé un sujet comparable et équivalent dans les annuaires dont nous disposons ;

— d'autre part il nous aurait fallu interpréter et exploiter des chiffres étrangers dont nous disposons ce qui représente un travail gigantesque qui dépasse de loin l'objet que nous nous étions fixé.

Nous avons cependant le sentiment que les chiffres présentés par ces annuaires français ou étrangers sont parallèles aux nôtres, si l'on prend la précaution de tenir compte des malades ressortissants de spécialités aussi tranchées que la chirurgie ou l'obstétrique. En d'autres termes, on peut dire que la morbidité d'un service de Médecine Générale nous paraît grossièrement représentative de la morbidité hospitalière en général, des réserves étant faites sur les traumatismes et les accouchements qui nous échappent de toute évidence en Médecine Générale.

De même la morbidité par âge à l'Hôtel-Dieu nous paraît assez superposable à celle que l'on peut relever dans la même année 1954 dans l'ensemble des hôpitaux de la Seine. Parmi les malades sortis ou décédés dans ces hôpitaux soit sur 232.836 les sujets de plus de 60 ans représentent 56.997 soit 24,5 %, pourcentage qui se rapproche de nos 35 % d'entrants de plus de 60 ans si l'on retire de la statistique de la Seine les traumatisés et les accouchements.

Ainsi sans qu'il nous soit encore possible de l'affirmer, il nous semble que nos résultats soient en accord avec ceux des annuaires de morbidité dont nous disposons et même que, à quelques corrections près, la population d'un Service de Médecine Générale non discriminatif, représente dans l'ensemble un échantillon assez représentatif de la morbidité hospitalière en général. Cette hypothèse nous paraît suffisamment intéressante pour devoir faire l'objet d'un travail plus précis et pour être ainsi confirmée par des chiffres que nous ne pouvons actuellement produire.

Loin de désirer travailler en isolé, cependant, nous sommes conscients de ce qui reste à faire dans ce domaine ; après avoir terminé le dépouillement de deux enquêtes hospitalières, dépouillement qui s'est étalé sur trois années et qui a fait l'objet de notre thèse, nous ne pouvons que regretter qu'un travail identique ne soit pas régulièrement fait à propos des enquêtes de Morbidité et par leurs auteurs ! Il est certain qu'avant de collecter de nouveaux chiffres par de nouvelles enquêtes, il importera d'interpréter et de dépouiller ceux dont nous disposons déjà : c'est ainsi que l'enquête permanente de morbidité de la Préfecture de la Seine fait déjà l'objet d'un dépouillement en cours par l'un des membres de notre équipe qui consacre sa thèse à ce sujet.

C'est donc avec l'espoir que d'autres dépouillements viendront rapidement confirmer nos conclusions sur la morbidité et la mortalité en Médecine Générale, que nous avons pu d'ores et déjà tirer de nos enquêtes de l'Hôtel-Dieu un certain nombre de précisions d'ordre méthodologique susceptibles de servir lors de futurs dépouillements analogues et un certain

nombre d'enseignements concernant la répartition des grands groupes de maladies, la fréquence des polydiagnostics et celle des diagnostics imprécis. Nous n'y reviendrons pas.

Mais sur le plan de la morbidité il faut encore mentionner des études comparatives qui ont pu être amorcées dans les thèses sur les Nord-Africains, sur les clochards, et dans notre propre travail sur les vieillards.

Sur le plan de la morbidité comme celui de la sociologie, nous avons tenté jusqu'ici de préciser l'éventail de la pathologie qui constitue la toile de fond de la clientèle de Médecine Générale ; il nous a paru, dès lors, intéressant de voir si le Nord-Africain, le clochard et le vieillard se détachaient nettement sur cette toile de fond.

1° *L'étude comparative des Nord-Africains* et d'un échantillon de même sexe et de même âge puisé parmi les métropolitains a montré à G. RÖSCH ce qui caractérise le mieux la morbidité des Nord-Africains, notamment le problème majeur posé par la tuberculose, puis les petites différences portant sur les maladies cardiovasculaires, psychiatriques et alcooliques qui sont plus rares, les infections pulmonaires, les ulcères gastro-duodénaux qui sont plus fréquents. Au total, la pathologie présentée par les Nord-Africains paraît, le problème de la tuberculose mis à part, moins grave que celle de l'échantillon de métropolitains correspondants, mais dans l'ensemble très analogue à celui-ci, ce qui est une opinion, étayée par des chiffres, assez nouvelle.

2° *De la même façon* D. FLAHAUT a comparé les *inintégréés sociaux* avec une population de même âge et sexe : là encore des faits négatifs et au premier abord surprenants sont à noter : on n'a pas trouvé chez les clochards une proportion plus grande de simulateurs, de fonctionnels purs, de suicides ou de malades porteurs de symptômes subjectifs non confirmés par l'examen. De même si l'alcoolisme est habituellement noté, les maladies alcooliques proprement dites : Delirium, cirrhoses etc... sont plus rares chez le clochard (à l'exception des polynévrites). Par contre, la tuberculose pulmonaire, la comitialité, diverses séquelles d'interventions sont plus fréquentes. A l'opposé, les affections cardio-vasculaires sont beaucoup plus rares chez le clochard et cette notion méritera d'être confirmée.

Ainsi la pathologie du clochard nous est-elle apparue tout aussi organique que celle des autres malades avec, comme pour les Nord-Africains, une très nette différence pour les maladies cardio-vasculaires qui sont plus fréquentes chez les sujets témoins.

3° *Enfin nous avons eu l'occasion de présenter au Congrès de Gérontologie de 1957 [23] la morbidité comparée des sujets âgés et des sujets jeunes* qui mettait en lumière de nettes différences pathologiques :

Un premier fait a déjà attiré notre attention : la plus grande fréquence après 50 ans, des malades porteurs de « poly-diagnostics » qui passe de 20 % des malades de moins de 50 ans à 35 % des malades de plus de 50 ans. Ce groupe de vieillards hospitalisés pour plusieurs affections représente des

malades plus graves, puisque leur mortalité atteint le 1/4 après 70 ans (contre 5 % avant 50 ans). Aussi, leurs durées d'hospitalisation sont-elles élevées (la médiane est de 28 jours après 60 ans) et ces malades occupent après 60 ans 21 % des lits.

En ce qui concerne l'exploitation plus poussée des diagnostics portés, nous avons dû faire appel à une classification personnelle, spécialement adaptée aux affections rencontrées dans un service de Médecine Générale, chez les sujets âgés ¹ et nous avons comparé, chez les jeunes et chez les vieux, l'incidence de chacun de ces groupes d'affections comme motif d'hospitalisation et comme fréquence absolue chez nos malades.

Certains de ces groupes de diagnostics ont été visiblement sous-estimés chez le vieillard :

— *les affections rhumatismales* nous échappent chez les sujets âgés comme chez les sujets jeunes ; elles sont certainement fréquentes chez les vieillards mais, sans doute, suivies ambulairement dans des consultations spécialisées ou non.

— *les obésités* nous ont échappé, nous l'avons vu, dans toutes les tranches d'âges. Nous pensons que ce diagnostic n'était pas régulièrement relevé sur nos fiches ; chez le vieillard, ce diagnostic est d'ailleurs rarement isolé (poly-diagnostic) ;

— *les maladies psychiatriques, la comitialité* disparaissent après 70 ans ; le phénomène est purement artificiel car, à partir de cet âge, tout trouble psychique, toute crise d'épilepsie, est mis sur le compte d'un accident vasculaire cérébral ;

— *les maladies tuberculeuses* ont été également trouvées moins fréquemment chez nos vieillards : leur pourcentage passe de 13,5 % avant 50 ans à 3 % après 70 ans ; ces chiffres, tout à fait en désaccord avec ce que nous savons de la tuberculose en France actuellement, nous conduisent à penser que celle-ci est régulièrement sous-déjàpistée chez le vieillard ;

— *l'éthylisme* est moins souvent accusé à partir de 60 ans. Certes le maximum des décès par cirrhoses et par delirium tremens se situe entre 40 et 60 ans ; il est possible aussi que, chez le vieillard, l'éthylisme ait été moins régulièrement noté que chez le jeune ;

— *les affections respiratoires chroniques non infectieuses* intéressent un contingent de malades à peu près constant dans nos diverses tranches d'âges. Ce fait nous paraît encore dû à une sous-estimation de notre part : un certain nombre de vieillards hospitalisés pour bronchites aiguës (classées dans le groupe A des infections) font probablement en réalité des poussées aiguës sur un fond d'insuffisance respiratoire chronique.

1. Les diagnostics ont été classés dans 14 groupes qui sont les suivants :

Groupe A. — Toutes les infections non tuberculeuses y compris les viroses, les parasitoses et les affections syphilitiques.

Groupe B. — Toutes les affections tuberculeuses.

Groupe C. — Toutes les affections malignes (tumeurs et hémopathies malignes).

Groupe D. — Toutes les affections cardio-vasculaires et veineuses, thrombo-emboliques (sauf groupe E).

Groupe E. — Les accidents vasculaires cérébraux (y compris les lacunaires et déments séniles).

Groupe F. — Les affections pulmonaires chroniques non infectieuses.

Groupe G. — Toute la rhumatologie.

Groupe H. — L'obésité.

Groupe J. — Toutes les affections organiques, non encore citées, qui répondent à une maladie précise.

Groupe L. — Tous les symptômes objectifs dus à une maladie organique dont on n'a pas pu faire avec certitude un diagnostic précis.

Groupe M. — Toutes les affections relevant de l'éthylisme.

Groupe N. — Toutes les affections psychiatriques caractérisées, ainsi que les suicides et la comitialité.

Groupe P. — Troubles fonctionnels sans substrat organique démontré.

Groupe Q. — Inclassables.

La pathologie organique diverse, que nous avons regroupée dans les groupes J. et L., se modifie peu d'une classe d'âge à l'autre ; il en est de même des durées de séjour et de l'encombrement des lits. Ces secteurs de la pathologie ne sont pratiquement pas influencés par l'âge.

Quatre grands groupes de diagnostics se partagent donc, en dehors des poly-diagnostics, la majeure partie de la pathologie du vieillard « médical » : les infections, les cancers, les affections cardio-vasculaires, et surtout les accidents vasculaires cérébraux.

— *Les infections* sont sensiblement moins fréquentes chez le vieillard que chez le jeune, comme motif d'hospitalisation, puisque le pourcentage des malades hospitalisés pour ce seul diagnostic tombe de 18 % (avant 50 ans) à 7 % après 60 ans.

Cependant, en association avec d'autres affections, lors de poly-diagnostics, la fréquence absolue de ces infections est encore élevée chez le vieillard : elle ne passe plus que de 23 % (avant 50 ans) à 12 % après 60 ans. Ce fait est dû, en majeure partie, à la disparition chez le vieillard hospitalisé des petites infections locales aiguës, telles que sinusites, angines, alors que les infections pulmonaires gardent à peu près la même fréquence d'un âge à l'autre.

Les infections sont plus graves à partir de 50 ans (où la mortalité passe de 1,8 % à 9 %), sans entraîner un accroissement important de la durée de séjour.

— *Les cancers et les hémopathies malignes* croissent avec l'âge jusqu'à 60 ans, puis restent à peu près étales, représentant environ 5 % des motifs d'hospitalisation ; on peut encore dire, du fait des poly-diagnostics, que 8,5 % des vieillards présentent, entre autre affection, un cancer. La mortalité dans le service atteint 81 % après 70 ans et ceci après des durées d'hospitalisation assez élevées, puisque la médiane passe de 13 jours (avant 50 ans) à 38 jours après 70 ans.

Cependant l'occupation des lits par les cancéreux est relativement peu élevée : 4,2 % des lits, dont 3,1 % après 60 ans. Ceci est sûrement dû au fait que de nombreux cancéreux sont drainés vers des services de chirurgie et de spécialités ;

— *Les affections cardio-vasculaires* intéressent par contre un contingent incontestablement élevé de vieillards. Le pourcentage des malades hospitalisés pour ce seul motif passe de 2 % (avant 50 ans) à 12 % après 70 ans ; mais surtout, si l'on tient compte des affections cardio-vasculaires associées à d'autres maladies, la fréquence des diagnostics de ce groupe passe de 3 % (avant 50 ans) à 17 % après 60 ans. Après 70 ans, un malade hospitalisé sur 5 est porteur d'une affection cardio-vasculaire reconnue, et la mort frappe 35,8 % d'entre eux ; leur durée de séjour subit à peu près l'évolution caractéristique que nous avons notée pour l'ensemble des vieillards : un accroissement régulier de la médiane pour atteindre 25 jours après 60 ans ; à partir de cet âge, ces malades occupent 5,4 % des lits.

— *Les accidents vasculaires cérébraux* (les lacunaires et les déments séniles compris) représentent enfin le plus gros secteur de la pathologie après 70 ans : le pourcentage des malades hospitalisés pour ce seul diagnostic passe, en effet, de 4,8 % (entre 60 et 69 ans) à 16,9 % après 70 ans. Un malade hospitalisé sur quatre, après 70 ans, a fait un accident vasculaire cérébral et, à cet âge, sur 4 malades porteurs d'accidents vasculaires cérébraux :

- il en mourra un dans le service ;
- il en repartira un chez lui ;
- et les 2 autres devront être placés ;

mais tout ceci après une longue durée d'hospitalisation puisque, toujours après 70 ans, la moyenne est de 71,5 jours et la médiane de 30 jours et puisque le pourcentage de lits occupés est de 6,6 %.

Un dernier fait est à noter : la décroissance des maladies fonctionnelles, anorganiques avec l'âge. Ce diagnostic motive l'hospitalisation

- chez près de 8 % des malades de moins de 50 ans,
- et chez moins de 3 % des malades de plus de 50 ans,
- chez moins de 2 % au delà de 70 ans.

Si la pathologie du vieillard semble donc différer quelque peu de celle du jeune, et surtout s'aggraver, il faut remarquer que ces modifications sont très progressives et ne permettent de choisir raisonnablement un âge de début de la vieillesse.

Contrairement aux travaux étrangers qui adoptent 65 ans, nous avons pris 60 ans pour des raisons pratiques (toutes nos études selon l'âge utilisaient des décades en chiffres ronds). En réalité l'examen comparatif de la décade immédiatement antérieure (nous n'avons pas poussé plus loin avec autant de précision), nous a montré que ces modifications de la sénescence apparaissaient déjà : la vieillesse est donc un phénomène continu qui commence chez le jeune et ne cesse de progresser, avec peut-être un cap à 70 ans marqué par la recrudescence des accidents vasculaires cérébraux.

Cette étude comparative des hospitalisés selon l'âge, nous montre sur le plan médical que les vieillards présentent davantage que les jeunes des diagnostics multiples et complexes, des maladies organiques et sévères, des affections prolongées nécessitant de façon chronique des soins « aigus » qui ne peuvent être donnés qu'à l'hôpital. Tous ces faits justifient pleinement leurs longues durées d'hospitalisations dont la moyenne passe de 19,23 jours avant 50 ans à 54,93 jours après 70 ans et dont la conséquence est une occupation des lits qui dépasse 50 % après 60 ans.

L'importance de ces chiffres et les multiples conséquences qu'entraîne l'introduction sans cesse croissante des vieillards à l'hôpital, nécessitait de confirmer ces résultats par d'autres sondages auprès des vieillards tant à l'hôpital (enquête de l'Hôpital Bichat [16]) qu'en hospice (enquête de l'Hospice Sainte-Périne [15]).

Il ne nous paraît pas sans intérêt en effet de noter que l'étude parallèle des diagnostics portés chez les vieillards de l'Hôtel-Dieu et de Bichat montre une remarquable concordance de la pathologie présentée chez des sujets âgés dans deux hôpitaux différents.

De même la comparaison des diagnostics portés à l'infirmierie de l'Hospice Sainte-Périne et dans les services de Médecine Générale des hôpitaux (Hôtel-Dieu et Bichat) montre que la pathologie du vieillard y est sensiblement la même : notamment on retrouve dans la même proportion les tuberculoses, les maladies cardio-vasculaires, les maladies organiques définies, les affections pulmonaires chroniques. Les arthroses, non orientées vers des services spécialisés sont plus fréquentes en hospice ; de même les cancers, les traumatismes, qui à l'hôpital sont drainés par la chirurgie. Par contre les infections non tuberculeuses, les symptômes imprécis sont plus nombreux en hospice. Enfin les accidents vasculaires cérébraux électivement drainés par l'hôpital paraissent moins nombreux en hospice.

Nous pouvons donc avancer que le vieillard malade se présente à peu près de la même manière à l'hôpital et en hospice.

Plus généralement il paraît intéressant de noter comment une enquête générale de morbidité nous a permis d'après les chiffres certainement encore trop faibles, de décrire la pathologie propre de certains types de malades, du Nord-Africain, du clochard et du vieillard. Il nous est apparu que ces quelques données chiffrées permettaient de faire tomber un certain nombre de préjugés sur ces sujets et cela nous paraît déjà un point important. D'autre part cet essai d'étude comparée de la morbidité nous ouvre la voie pour de nombreux travaux à venir qui sans doute demanderont de nouveaux sondages et de nouveaux dépouillements, pour confirmer ces données et préciser au jour le jour, les modifications entraînées par l'introduction de ces populations particulières à l'intérieur de la clientèle hospitalière.

L'étude conjointement médicale et sociale de ces malades d'une part et l'isolement parmi eux de certaines catégories socio-professionnelles d'autre part, nous autorise cependant d'ores et déjà à réfléchir sur certains problèmes d'ordre administratif que nous allons exposer maintenant.

III. Le bilan administratif.

Faire apparaître par des chiffres la fréquence (retrouvée dans nos enquêtes) :

- des malades pour lesquels on ne possède pas actuellement des solutions médico-sociales satisfaisantes à la sortie ;
- des vieillards de plus en plus nombreux à l'hôpital ;
- des Nord-Africains qui forment une classe d'hommes jeunes fort consommateurs d'hospitalisation ;
- des maladies chroniques qui nécessitent pendant longtemps des soins relevant d'une haute technicité et qui motivent, en milieu hospitalier exclusivement, des durées de séjour très prolongées

.... n'est pas sans soulever de nombreux problèmes d'ordre administratif et ce n'est pas là le moindre intérêt d'une enquête hospitalière de les faire apparaître.

Qu'il nous soit donc permis tout d'abord de regretter qu'il n'existe actuellement en France et de façon suivie un décompte des durées de séjour à l'hôpital et qui plus est un décompte pratiqué par individu et non par hospitalisation, pour ne pas ignorer le phénomène des réhospitalisations successives dont nous avons déjà parlé.

Un « mouvement hospitalier » tenant compte des réhospitalisations, et tenu annuellement à jour permettrait aux administrateurs de mieux juger des besoins dont nous allons parler maintenant.

Tout au long de ce travail nos chiffres nous ont montré qu'il n'existait pas d'hospitalisations abusives ; nous avons décrit des facteurs sociaux de

l'hospitalisation pour conclure qu'ils n'étaient pas des motifs d'hospitalisation mais tout au plus des arguments favorisant de celle-ci.

Par contre certaines longues durées d'hospitalisation nous paraissent plus discutables : encore faut-il répéter que la majorité d'entre elles nous paraissent justifiées sur le seul plan médical par les progrès thérapeutiques qui entraînent de longs traitements que l'on ne peut recevoir qu'à l'hôpital.

Pour un petit nombre de malades hospitalisés longtemps, donc pour un grand nombre de malades qui sont ressortis de l'hôpital dans les délais normaux, nous avons conscience de ne pas avoir trouvé une solution administrative satisfaisante.

C'est le cas des vieillards tout d'abord : certains voudraient les parquer dans des services hospitaliers spéciaux en prétextant leur pathologie particulière (qui ne nous est pas apparue clairement du fait des nombreux polydiagnostics où la pathologie ordinaire de l'adulte prend encore une place considérable) ; d'autres voudraient au contraire les parquer dans des asiles (reconnus sous-équipés) ; leur refusant tout droit aux soins qu'ils exigent en réalité, sous le prétexte de s'en débarrasser (ce qui, d'après nos chiffres, supprimerait 35 % des malades hospitaliers et la majorité des « beaux malades » !) ; alors que nous savons maintenant que pour la majorité d'entre eux, le maintien prolongé à l'hôpital est la seule solution souhaitable.

Il nous paraît en effet regrettable de passer en hospice un vieillard malade puisque l'on sait que dans cet établissement il ne trouvera pas les soins que son état de santé nécessite : c'est pourtant de cette façon qu'une maison de retraite fonctionne, avec une infirmerie sous-équipée par rapport à l'hôpital, auprès de vieillards qui présentent pourtant la même pathologie que les malades hospitalisés et qui meurent dans les mêmes délais, présentant donc la même morbidité que de vrais malades hospitaliers.

Si un grand nombre de vieillards malades sont ainsi injustement placés dans des établissements sous-équipés, certains autres malades pourraient guérir plus vite s'ils étaient soignés plus activement à l'hôpital : de nombreuses longues durées de séjour seraient raccourcies si, par exemple, la rééducation des hémiplegiques récupérables n'était pratiquement impossible en milieu hospitalier.

Mais il reste, à côté de la majorité des malades dont la place ne peut être qu'à l'hôpital, un petit nombre de vieillards qui, à la sortie, ne nécessitent plus de soins d'aigus et dont le maintien à l'hôpital ne serait pas utile ; mais on peut regretter de les voir partir sans distinction de leurs besoins vers le même hospice où ils ne trouveront pas ce qui leur faut : il nous paraît souhaitable de remplacer la notion de l'hospice constituant un simple logement pour les vieillards (que nous avons vus être les mieux logés) par des placements organisés regroupant selon leurs besoins :

— les déments séniles qui ne nécessitent aucun autre soin qu'une surveillance non spécialement médicale ;

— les malades guéris d'une affection aiguë qui, sous le prétexte de leur grand âge, se voient refuser l'accès des maisons de convalescence ou qui dans

les établissements actuels ne peuvent pas bénéficier d'une surveillance médicale suffisante, de la rééducation et des traitements prolongés que leurs diagnostics multiples associés ne manquent pas de nécessiter.

Enfin pour les autres vieillards capables de vivre sans aide médicale, à leur sortie, mais qui, vivant seuls chez eux, ne peuvent être rendus à la vie libre, il conviendrait de faire une plus large part à l'aide sociale qui leur permettrait de trouver subside et aide ménagère — plus que médicale — puisque ce qui leur manque n'est plus d'ordre médical mais social.

Pouvant placer plus aisément certains vieillards dans des établissements mieux adaptés et trouver pour d'autres les solutions sociales souhaitables nous paraissent donc deux objectifs plus intéressants que le renvoi en hospice ou chez eux, avec ou sans « Home Care », de malades dont la seule place est précisément l'hôpital.

Du reste nos chiffres nous montrent que l'encombrement par les vieillards, si même il existait vraiment, est de loin dépassé par celui des jeunes. Cette constatation, pour paradoxale qu'elle puisse paraître nous semble pourtant essentielle.

Placer un malade d'une certaine spécialité dans un service d'une autre spécialité, aboutit constamment à un retard dans le diagnostic, le traitement et la sortie du malade du fait des différences d'équipement en personnel médical, en personnel infirmier, en matériel etc... Et c'est là un argument supplémentaire en faveur du travail en équipe des spécialistes dans le cadre de l'hôpital général.

Mais plus grave encore nous est apparu le manque de possibilités à la sortie de l'hôpital. Trop souvent les durées de séjour ne paraissent brèves que par le truchement d'une sortie qui n'a rien résolu puisque le même malade va se faire immédiatement réhospitaliser dans le même service ou dans un autre ; c'est le cas entre autres des psychopathes, des comitiaux, des insuffisants respiratoires chroniques, des alcooliques dont on a vu l'énorme pourcentage et pour lesquels on ne peut offrir de cures surveillées de réadaptation, de rééducation ou de désintoxication.

Toujours indissociables du problème proprement médical, ces problèmes sociaux sont de fait, sinon de droit, du ressort de l'hôpital si celui-ci ne veut pas, à grands frais recommencer éternellement, à chaque hospitalisation ce qu'une unique hospitalisation aurait pu faire avec une organisation mieux adaptée aux besoins sociaux actuels.

Au total, les chiffres que nous avons pu recueillir nous montrent que les conditions sociales et morbides du malade sont trop intimement liées pour qu'on puisse continuer délibérément à envisager des statistiques séparées concernant la sociologie et la morbidité.

C'est de la conjonction de ces deux ordres de facteurs que l'administrateur peut en étroite collaboration avec le médecin, adapter le fonctionnement hospitalier et post-hospitalier aux besoins d'une clientèle hospitalière qui ne cessent de se modifier avec le temps et que seules peuvent définir des enquêtes hospitalières médicales et sociales permanentes.

ANNEXE

L'ÉLABORATION MATÉRIELLE DES ENQUÊTES HOSPITALIÈRES ET LEUR EXPLOITATION

(Note méthodologique)

L'élaboration technique d'une enquête hospitalière n'est pas sans exiger un grand soin dans sa réalisation pratique et nous pensons qu'il n'est pas inutile de donner ici l'expérience que nous avons acquise en travaillant pendant plus de six années auprès de notre maître PÉQUIGNOT à l'exécution de ces enquêtes.

C'est en effet du soin apporté à l'élaboration matérielle de l'enquête que dépend la valeur de ses résultats. Si ceci est vrai de toutes les enquêtes, nos travaux nous ont prouvé encore une fois le bien-fondé de cette affirmation.

Ce travail technique de base pose en effet nombre de problèmes difficiles :

- l'échantillonnage de la population à étudier ;
- l'étude de la représentativité de cet échantillon par rapport à la population de base ;
- le choix des caractères destinés à définir cette population ;
- enfin le dépouillement même des résultats.

L'échantillonnage de la population soumise à l'enquête

Dans des enquêtes limitées comme les nôtres, l'échantillonnage de la population soumise à l'enquête pose peu de problèmes ; dans nos enquêtes de l'Hôtel-Dieu et de Bichat, nous nous sommes en effet contentés de relever la totalité des entrants durant la période de l'enquête : à l'Hôtel-Dieu nous avons interrogé la totalité des malades et à Bichat nous avons collecté la totalité des dossiers de malades ayant séjourné dans le service pendant une période déterminée.

Il est bien certain que des problèmes d'échantillonnage se posent lorsque l'on veut recueillir des données statistiques sur une population plus étendue, que l'on ne peut prétendre interroger entièrement : c'est ainsi que notre ami G. RÖCSN a dû, lorsqu'il a étudié les registres des hôpitaux, n'interroger qu'un certain pourcentage des hospitalisés, il a pris pour ce faire la totalité des malades admis à l'hôpital durant certaines semaines, choisies en tenant compte des saisons, des vacances et des fêtes de l'année.

Dans d'autres enquêtes il peut être intéressant de prendre sur le registre d'entrée de l'hôpital 1 malade sur 5, 10, 20 ou 100 selon les cas et d'après leur numéro d'immatriculation à l'entrée qui nous paraît lui-même assez peu discriminatif.

Il faut ajouter que, si cet échantillonnage des entrants d'une période donnée présente des avantages sur celui d'une population de présents au

jour J, il n'est pas exclu que certains sondages sur la composition extemporanée d'une salle ou d'un service au jour J, rapidement établis ne permettent, compte tenu de la cause de biais¹ qu'ils réalisent, d'avoir une idée assez exacte des faits. Nous avons même constaté que cette composition des salles était par comparaison avec le pourcentage d'entrants, très intéressante à considérer pour apprécier la consommation hospitalière.

Enfin les enquêtes doivent tenir compte de l'effet saisonnier du cycle annuel et éviter de se trouver faussées par une quelconque épidémie saisonnière : c'est pour cette raison que toutes nos enquêtes ont porté sur plus d'une année.

La représentativité de la population hospitalière étudiée

Deux questions se posent à propos de la valeur générale d'une enquête hospitalière sur le plan de la morbidité : ses résultats sont-ils représentatifs de la population hospitalière dans son ensemble ? puis ces chiffres hospitaliers peuvent-ils être extrapolés à ceux de la nation dans son ensemble ?

Nous pouvons répondre à ces deux questions par la négative et nous avons déjà dit dans quelles limites étroites nos résultats devaient être considérés.

Certes nous avons pu sur le sujet limité des vieillards, contrôler nos résultats en comparant des échantillons de malades de l'Hôtel-Dieu et de Bichat qui se sont révélés équivalents. Mais il est possible que d'un hôpital à l'autre, la clientèle recrutée varie selon la zone d'attraction de chaque hôpital.

Il est non moins certain que la diversité des services spécialisés, entourant le service de médecine générale étudié, à l'intérieur du même hôpital, établit par concurrence une sélection des entrants qui risquerait de faire sous-estimer les ressortissants de ces spécialités si le fait n'était connu et discuté lors du dépouillement de l'enquête ; ce que nous n'avons pas manqué de faire.

De même il ne nous paraît pas possible, dans l'état actuel de nos connaissances sur la morbidité extra-hospitalière de déduire de nos résultats des conclusions valables sur la morbidité générale du pays.

Seules des enquêtes auprès des particuliers, pourront grâce à des recoupements avec des enquêtes du type des nôtres, préciser la distorsion qui peut exister entre le malade de ville, le consultant et l'hospitalisé.

Il n'en reste pas moins que l'étude des malades hospitalisés constitue à tout le moins une contribution intéressante à celle de la morbidité générale du pays.

Le choix des questions à poser

Le choix des questions à inclure sur la fiche d'enquête et leur libellé sont bien entendu régis par les conditions dans lesquelles l'enquête doit être menée : il nous paraît donc intéressant de reprendre les éléments qui orientent et déterminent l'établissement du questionnaire de base.

1^o Tout d'abord le questionnaire doit répondre aux questions que l'on se pose au départ ; une enquête doit permettre de donner une solution chiffrée

1. Cause de biais sur laquelle a insisté D. SCHWARTZ [24].

à un problème que l'on a posé *a priori*. C'est ainsi que le but même de l'enquête doit être précisé avant de choisir les questions à poser, questions qui serviront de critère pour définir ce que l'on veut étudier. Dans nos enquêtes nous avons voulu étudier la clientèle hospitalière, sa consommation médicale et sa morbidité : ce but général des enquêtes a orienté toutes les questions que nous avons choisies et ce que nous dirons ici n'est valable que dans cette optique qui a, *a priori*, guidé notre choix.

2° Une deuxième considération doit être retenue dans le choix des questions à poser, c'est la source des renseignements dont on dispose : tantôt l'enquêteur s'adresse directement au malade, ce que nous avons fait à l'Hôtel-Dieu, tantôt l'enquête ne porte que sur les dossiers médicaux de ces malades (comme à Bichat) ou sur la trace qu'ils ont laissée sur les registres d'hôpitaux (comme dans l'enquête menée par G. RÖSCH dans 14 hôpitaux de l'agglomération parisienne pour son étude des Nord-Africains). Dans le premier cas, le questionnaire n'est pas limité, car on peut obtenir directement auprès du malade et du médecin qui le soigne tous les renseignements que l'on désire, tandis que, dans le second cas, on ne peut répondre qu'aux questions régulièrement présentes dans le dossier médical du malade.

Nous avons vu les avantages d'une enquête permanente menée directement auprès du malade (Hôtel-Dieu) : de telles enquêtes permettent en effet d'obtenir avec régularité des renseignements sociaux ou administratifs qui font défaut dans le dossier habituel du malade et surtout de pouvoir noter des faits négatifs qui généralement n'ont pas été notés dans l'observation du fait qu'ils étaient négatifs et qu'actuellement l'observation n'est pas rédigée en fonction d'enquêtes hospitalières !

L'enquête rétrospective sur dossiers médicaux ne peut en effet utiliser que ceux des renseignements qui sont régulièrement notés, et seulement lorsqu'ils sont positifs, ce qui limite considérablement le questionnaire. D'autre part ces renseignements ont souvent été établis de façon hétérogène et anonyme ce qui, pour des notions non chiffrées et subjectives, diminue considérablement la valeur des résultats.

En réalité, il est possible de prendre certaines précautions et dans l'enquête de l'Hôpital Bichat, nous n'avons pas manqué de diminuer les causes d'erreurs en rétrécissant le cadre des questions posées à celles qui de toute évidence sont régulièrement présentes dans les observations, et en limitant la durée de l'enquête à 18 mois pour n'étudier que les malades dont le diagnostic, notion subjective entre toutes, avait été établi par la même personne, le P^r PÉQUIGNOT ou l'un de ses internes spécialement avertis de ces faits.

De plus G. ROSCH nous a appris que même certains renseignements établis de façon aussi hétérogène, que le diagnostic de sortie consigné par les internes des divers hôpitaux de l'Assistance Publique, pouvaient, à condition d'être confrontés avec des renseignements obtenus avec plus de précision, donner une idée assez valable de la réalité.

Il nous paraît donc regrettable de constater une fois de plus la pauvreté des dossiers médicaux parfois volumineux que le malade laisse à l'hôpital au terme de son hospitalisation. Jamais ce dossier n'est établi avec une arrière-pensée statistique et l'on est pratiquement en présence d'une extraordinaire source de documents qui dans l'état actuel des choses n'est pratiquement pas utilisable sur le plan statistique.

Peu de renseignements, même cliniques sont régulièrement notés, qu'ils soient normaux ou même pathologiques. L'importance des renseignements

sociaux et administratifs recueillis dans nos enquêtes nous a montré combien ces renseignements faisaient systématiquement défaut dans une observation médicale.

Enfin même sur le plan médical peu d'observations sont utilisables pour une étude de morbidité. Il faut cependant remarquer qu'en cette matière, la perfection exigible est difficile à réaliser, dans l'état actuel des choses. A côté du protocole d'autopsie (déjà trop souvent absent du dossier ou incomplet en signes négatifs notamment) où une grille avec les divers organes examinés permet de répondre à la quasi totalité des questions que l'on peut se poser, l'observation, même la plus complète, laissera toujours dans le doute un certain nombre de faits positifs ou négatifs qui auront échappé à l'auteur.

Il n'est pas cependant illusoire de penser que le développement des études statistiques hospitalières permettra de remédier en grande partie à l'état actuel de carence de nos dossiers médicaux. Un effort fait dans le secrétariat médical¹ à l'hôpital permettra sûrement un jour une amélioration du fichage des dossiers et de la constitution de celui-ci. Regrouper facilement les dossiers et trouver dans l'observation un certain nombre de questions auxquelles on aura régulièrement et systématiquement répondu permettront de faire un pas de géant dans les études statistiques que ces dossiers pourront alors suggérer.

3° Nous avons constaté dans nos enquêtes de l'Hôtel-Dieu et de Bichat que la qualité des enquêteurs conditionnait encore la nature des questions à poser.

Si pour toutes les notions chiffrées concernant l'état civil, les notions objectives ne nécessitant aucune interprétation de la part de l'enquêteur ou de l'enquêté, il y a intérêt à utiliser des enquêteurs non orientés, pour des renseignements subjectifs et des estimations soumises à l'arbitraire de l'enquêteur, il y a lieu d'instruire ces derniers et de leur donner la possibilité de juger les faits de la même manière et avec les mêmes termes.

Or l'équipe médicale réunie par le Pr PÉQUIGNOT et l'équipe sociale faite d'assistantes sociales travaillant en commun, ont pu réaliser dans notre enquête de l'Hôtel-Dieu une association particulièrement homogène et coordonnée.

Ceci nous a permis de poser un certain nombre de questions que dans d'autres conditions nous aurions dû éviter pour écarter tout risque d'erreur causé par des différences d'appréciation.

4° Le modèle de la fiche de base est encore lié aux questions que l'on a décidé de poser.

Tout d'abord il nous a paru préférable d'établir une fiche individuelle, plus aisément codifiable, que de consigner les réponses au questionnaire en ne consacrant par malade qu'une ligne d'une feuille collective (comme nous le faisons dans notre première enquête de l'Hôtel-Dieu ; la fiche individuelle permet en effet de consigner un plus grand nombre de réponses et surtout de réserver une place suffisante pour les travaux de codification qui vont permettre de transformer cette fiche en carte perforée.

1. Il faut remarquer que ce problème de secrétariat médical est complexe, car le fichage des dossiers doit être à la fois anamnestique, catamnastique et exhaustif pour répondre aux impératifs qu'on lui demande : dans l'intérêt du malade d'abord, le dossier doit en effet pouvoir être exhumé facilement en cas de réhospitalisation et de ce fait être classé selon l'identité du malade ; dans l'intérêt des recherches scientifiques et des études statistiques, le dossier doit être fiché selon des normes médicales permettant de trier aisément certaines maladies que l'on veut étudier particulièrement ; enfin dans le cadre des enquêtes hospitalières, il est nécessaire que tous les dossiers soient systématiquement fichés pour permettre d'établir des pourcentages exacts et que ceux-ci soient classés par date d'entrée pour permettre des sondages limités dans le temps. Actuellement seules les fiches perforées à multiples entrées permettent de tels fichages des dossiers médicaux.

Ainsi conçue la fiche individuelle doit encore comporter le nom du malade interrogé, afin de permettre, lors de la codification de regrouper plusieurs fiches d'un même malade, si celui-ci a été hospitalisé plusieurs fois pendant l'enquête. De cette façon et seulement de cette façon de procéder l'étude des fiches permettra de parler des malades admis dans le service et non des hospitalisations faites dans le service ; ce détail nous paraît important car un leucémique par exemple a l'habitude de venir faire des cures répétées à l'hôpital, rentrant chez lui dans l'intervalle des cures ; il ferait surestimer le pourcentage des leucémiques hospitalisés s'il était à chaque fois noté sur une fiche différente : dans le cas contraire le nombre des leucémiques relevés sur les fiches sera exact ; quant à la plus grande fréquence des hospitalisations pour leucémie (qui n'aurait pas manqué d'apparaître si on avait établi les fiches différentes) elle apparaîtra sur notre fiche grâce aux questions : nombre de réhospitalisations depuis le début de l'enquête et nombre total de jours passés dans le service.

5° Dans le détail des questions posées, il nous est apparu enfin que dans le type des enquêtes générales que nous avons effectuées, un certain nombre de renseignements étaient particulièrement intéressants à obtenir et dans le but d'aider à d'autres enquêtes sur la clientèle hospitalière, il ne nous paraît pas inutile de les énumérer :

— en dehors de l'identité du malade nécessaire pour éviter les erreurs lors des réhospitalisations, et garantissant le secret professionnel puisque finalement la carte perforée ne porte pas cette identité mais un numéro correspondant à la fiche de base, il nous semble utile de consigner :

— l'état civil du malade comporte le sexe et l'âge du malade : notons que nous préférons pour des commodités d'exploitation, codifier l'âge exact plutôt que l'année de naissance qui oblige à des calculs pour retrouver l'âge exact, tout en sachant qu'autour des chiffres ronds (10-20-30 etc...) il convient de se méfier de l'interrogatoire du malade et au besoin de recalculer l'âge exact à partir de l'année de naissance. Cependant dans le dépouillement l'âge en clair aurait été pour nous d'un maniement plus facile.

— Certains renseignements généraux tels que le lieu de naissance (France métropolitaine, Union française, Afrique du Nord, étranger), et lieu de domicile (notamment urbain et rural).

— La situation familiale actuelle (existence d'une famille proche actuelle, et état matrimonial plus que les antécédents familiaux).

— L'habitat que caractérise le nombre de pièces par le nombre d'habitants d'une part (notion contrôlée par l'indice de surpeuplement du logement que l'on peut maintenant calculer selon des normes précises) et le type de logement d'autre part (appartement, hôtel meublé et leur degré de confort).

— La situation socio-professionnelle du malade, c'est-à-dire sa situation financière, sa profession habituelle et sa situation actuelle (travailleur, chômeur, retraité etc...) toutes notions dont nous avons précisé au cours de ce travail les modalités d'exposition.

— La situation sociale donnant la possibilité matérielle ou non de se soigner chez soi, dont il nous faut avouer que nous n'avons pas trouvé sous la forme de « Présence féminine valide permanente » la question exacte à poser.

— Les données administratives concernant le mode de paiement et de remboursement des frais de séjour hospitalier, le mode d'entrée et de sortie du malade et leurs dates, sa durée d'hospitalisation en tenant compte des réhospitalisations successives qui, nous l'avons vu dans ce travail, est une notion essentielle dans l'évaluation de la consommation hospitalière des malades.

— Enfin les données proprement médicales comprenant outre le ou plus souvent les diagnostics portés, la notion de décès et d'autopsie s'il y a lieu et la notion d'intoxication alcoolique en dehors du diagnostic. Nous renvoyons à propos du diagnostic le lecteur au chapitre consacré à la morbidité hospitalière où il trouvera toute notre expérience méthodologique des enquêtes de morbidité (cf. page 105 et suivantes).

Dépouillement des résultats

Lorsque toutes ces questions, minutieusement choisies, ont reçu leurs réponses qui ont été consignées par une équipe aussi homogène que possible et qui plus est, une équipe médicale chaque fois qu'il s'agit d'une enquête de morbidité, il faut procéder aux étapes de l'exploitation. Celles-ci doivent être confiées à un médecin pour conserver le secret professionnel d'une part et surtout éviter des distorsions dans l'interprétation des faits.

Le diagnostic médical pose en effet des problèmes de codification sur lesquels nous avons longuement insisté. Ensuite l'exploitation des fiches perforées, l'établissement de corrélations entre le diagnostic et diverses autres caractéristiques familiales, sociales ou administratives, doivent être conduits et surveillés par un médecin pour éviter tout égarement vers un morcellement non significatif des données dont on dispose.

C'est ainsi que comme dans toutes les entreprises techniques modernes les meilleurs travaux sont le fruit d'une collaboration entre divers techniciens : l'enquête médicale hospitalière doit être un travail en équipe où un médecin qualifié conduit jusqu'à son terme un travail qui nécessite la collaboration d'assistantes sociales, de mécanographes etc....

Ce travail d'équipe doit enfin comprendre un mathématicien compétent pour contrôler la statistique des résultats, et si sur ce dernier point nous n'avons pas dans nos enquêtes mesuré régulièrement la significativité de nos résultats et exposé ceux-ci selon les règles de l'art statistique, c'est avec regret mais aussi avec l'espoir de pouvoir à l'avenir s'assurer le concours d'un tel collaborateur pour vérifier le bien-fondé de nos conclusions et si possible les contrôler sur des enquêtes plus vastes.

CONCLUSIONS

Des enquêtes menées pendant quatre années auprès de 6.000 malades « tout venant » de Médecine Générale nous ont appris un grand nombre de notions concernant aussi bien la méthodologie des enquêtes hospitalières en général que la nature sociale et médicale de la clientèle de l'hôpital et la fonction de celui-ci.

S'il est bien évident que ces résultats ne peuvent nous conduire à des conclusions définitives (car c'est dans la perspective d'enquêtes « pilotes » appelant de nouvelles enquêtes plus générales — portant sur de plus longues séries et comportant une analyse mathématique plus rigoureuse — que nous avons travaillé jusqu'ici), l'exploitation de nos documents de base nous a permis néanmoins de remplacer par des chiffres précis un certain nombre d'impressions subjectives dont l'existence, la véracité et l'importance n'avaient pas encore été estimées.

C'est ainsi qu'au cours de cette étude à la fois sociologique, médicale et administrative de la clientèle de médecine générale, nous avons relevé un certain nombre de faits qui méritent réflexion :

1° Sur le plan sociologique tout d'abord :

— Tout en cherchant à préciser d'une manière générale les caractéristiques socio-professionnelles et familiales de nos malades, nous avons découvert certains faits auxquels nous ne nous serions pas spécialement attendus. Alors que l'hôpital tend à devenir un centre de soins ouvert à tous, il nous est apparu que la présence de classes aisées demeure encore l'exception dans nos échantillons de malades ; au contraire nous avons noté que dans l'ensemble, les malades de Médecine Générale étaient particulièrement défavorisés sur le plan sociologique. Plus encore, la clientèle générale de l'hôpital paraît assez homogène sur ce plan, puisque la clientèle de consultation externe étudiée avec J.-J. PRINCÉ [17], que l'on croit généralement plus aisée que la clientèle d'hospitalisés, s'est avérée sensiblement la même.

— En réalité l'affluence croissante à l'hôpital de vieillards et de Nord-Africains particulièrement isolés et défavorisés explique grandement que l'hôpital reste encore le centre d'hébergement qu'il était jadis pour les plus démunis de la population de base qui ne peuvent faire face seuls à la maladie.

— La description exacte et chiffrée du contexte sociologique de notre clientèle hospitalière nous a permis en outre de brosser une esquisse de la classe socio-professionnelle qui fréquente l'hôpital : c'est ainsi que nous avons relevé notamment la fréquence des dissociations familiales dans l'étude du

statut matrimonial de nos malades : mis à part les veufs, un ménage sur trois est désuni par un divorce ou une séparation de fait ; plus généralement, cette étude du profil sociologique de la clientèle hospitalière nous a paru intéressante à considérer pour comparer certaines catégories de malades qui se détachent plus ou moins sur cette toile de fond dont la connaissance est nécessaire chaque fois que l'on invoque un facteur sociologique ou familial dans l'étiologie d'une maladie étudiée en milieu hospitalier.

— A côté de ces faits qui mériteront d'être confirmés par des chiffres plus abondants, nous pouvons d'ores et déjà insister sur la facilité avec laquelle nous avons mené ces enquêtes sociologiques sur le vieillard, le Nord-Africain, le clochard [15], [16], [14], [18] en milieu hospitalier car celui-ci s'est avéré un milieu de choix pour de telles études : ce qui engage à développer des travaux du même ordre.

2° *Sur le plan médical :*

— Nous avons été surpris par l'existence d'une pathologie à la fois complexe et prolongée. L'affluence des vieillards, qui constituent 35 % des entrants et occupent plus de 50 % des lits, introduit en effet une pathologie infiniment plus grave et complexe, faite de « polydiagnostics nécessitant de façon chronique des soins d'aigus », de cette sorte de soins qu'on ne peut recevoir qu'à l'hôpital.

— Nous avons noté également la fréquence avec laquelle, malgré les techniques d'investigation dont nous disposons, certains symptômes n'ont pu être rattachés à l'étiquette d'une maladie précise ; ce qui pose sur le plan nosographique et statistique des problèmes difficiles.

— Nous avons donné sur le plan de la morbidité et de la mortalité hospitalière un certain nombre de précisions : nous avons essayé de chiffrer la fréquence hospitalière de certaines maladies et d'en discuter le caractère plus ou moins représentatif de la morbidité globale.

— Enfin nous avons tenté de comparer la morbidité de certains types sociologiques à celle de populations hospitalières-témoins de même âge et de même sexe ; mais il faut dire que même pour des groupes aussi homogènes que ceux des Nord-Africains et des clochards, il est bien difficile d'affirmer des corrélations médico-sociales majeures devant les quelques différences que nous avons observées.

3° *Sur le plan administratif :*

Ces données médicales montrent à l'évidence le caractère inexact de la notion d'hospitalisation abusive ; le double rôle d'hébergement et de soins à l'hôpital impose la nécessité d'admettre puis de garder à l'hôpital des malades pour lesquels les progrès thérapeutiques obligent à des soins prolongés. Si en effet le contexte social intervient dans le déterminisme de l'hospitalisation, si les plus défavorisés viennent à l'hôpital pour des motifs moins graves que les autres, il reste que les admissions de nos malades et leurs durées de séjour nous ont toujours parues justifiées sur le seul plan médical.

— Enfin l'étude qualitative des diagnostics portés et des fréquentes associations morbides observées chez nos malades « tout venant », nous a montré l'importance du service de Médecine Générale dans le fonctionnement hospitalier. Plus précisément, si l'on admet que, à côté des malades ressortissant nettement de Médecine Générale, tout malade « à cheval sur plusieurs spécialités » du fait de polydiagnostics, trouve naturellement sa place dans un service de Médecine Générale, largement doté de collaborateurs de toutes les spécialités auxquelles font appel ces diagnostics associés. Et si l'on admet que les services de spécialités doivent tourner à un rythme rapide, uniquement avec des malades de la spécialité envisagée, nécessitant des investigations ou des thérapeutiques particulières, nos chiffres nous ont montré que la répartition des lits de l'hôpital devait être révisée en faveur de la Médecine Générale ; de même pour la répartition de l'équipement matériel du service, puisque la morbidité des malades qui nous sont confiés en Médecine Générale est régulièrement très grave (on ne guérit que le 1/4 de nos malades).

Plus généralement des études telles que les nôtres, menées à l'échelle de l'hôpital devraient permettre à l'administration de connaître qualitativement les besoins de la clientèle hospitalière en lits et en équipements pour la médecine générale et pour les diverses spécialités.

4° *Sur le plan méthodologique des études de morbidité enfin :*

— Nous avons, en faisant notre auto-critique, relevé au cours de ce travail un certain nombre d'éléments concernant les questionnaires, l'exploitation mécanographique et la codification nosologique des diagnostics.

— Il nous est apparu surtout que la notion de durée de séjour était dans des enquêtes hospitalières, une caractéristique de consommation entachée d'erreurs par la fréquence des réhospitalisations successives.

Nous pouvons d'ores et déjà affirmer que la morbidité hospitalière ne peut être étudiée qu'en fonction de l'hospitalisation entière, fût-elle effectivement découpée en fragments de séjours dans divers hôpitaux ou services.

— Enfin l'étude sociologique des malades hospitalisés comparée à celle de la population de base permet dans une certaine mesure de juger de la représentativité de nos résultats, ou dans d'autres cas de suspecter une différence entre la morbidité hospitalière et la morbidité générale. C'est ainsi qu'une étude précise sur les Nord-Africains a permis à G. RÖSCH [14] de considérer que les chiffres hospitaliers pouvaient être étendus à la totalité de la population nord-africaine et il est probable qu'une même conclusion peut être appliquée à nos résultats concernant les vieillards.

*
* *

Ces premiers résultats suggèrent, pour l'avenir, de nouvelles enquêtes et de nouveaux sondages ; ils ne constituent donc qu'une contribution à l'étude de notre clientèle hospitalière. Ces recherches devront en effet se poursuivre

afin que, dans notre rôle de médecin, nous puissions nous adapter, aux besoins de ces malades que nous sommes appelés à soigner à l'hôpital.

Travail de la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu (P^r Henri BÉNARD) et de la Clinique Médicale de l'Hôpital Bichat (P^r L. JUSTIN-BESANÇON), avec l'aide du Bureau d'Études de l'Assistance Publique (Directeur : M. J. ESTÈVE), Paris.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] DENOIX (F.) et SCHWARTZ (D.), L'enquête française sur l'étiologie du cancer broncho-pulmonaire. Rôle du tabac. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 33, n° 100, du 30, octobre 1957.
- [2] I. N. S. E. E. (Institut National de Statistiques et d'Études Économiques). Causes de Décès, publiées dans le *Bulletin Mensuel de Statistique de l'INSEE* (publication périodique).
- [3] I. N. S. E. E., Enquête statistique sur la morbidité dans les hôpitaux : résultat des années 1945-1946, *INSEE*.
- [4] Préfecture de la Seine, *Annuaire Statistique de la Ville de Paris et des Communes suburbaines de la Seine* (publication annuelle).
- [5] DELORE (P.) et ARNAUD (P.), (Lyon), Motifs d'hospitalisation des malades âgés de plus de 65 ans. *Techniques hospitalières*, août-septembre 1956, 11, 131-132.
- DELORE (P.) et coll., Enquête sur la rotation des malades dans les hôpitaux de la région sanitaire de Lyon. *Revue lyonnaise de Médecine*, août-septembre 1957, 6, n° 14.
- [6] P^r ROCHE (Lyon), Enquêtes hospitalières : travaux en cours.
- ROCHE (L.) et BETHENOD (M.), Enquête médico-sociale sur l'hospitalisation. *Revue lyonnaise de Médecine*, décembre 1956, n° 15.
- [7] LE GLOANNEC (O.), Étude sur la mortalité infantile dans un service hospitalier parisien. *Thèse*, Paris, 1957.
- [8] BRIAN ABEL and TITMUS (R. M.), The cost of the National Health Service in England and Wales, *Cambridge University Press*, 1956.
- Angleterre : The Registrar Général's Statistical Review of England and Wales : publication périodique, Her Majesty's Stationery office, London.
- [9] Italie : Statistica degli istituti di cura pubblici e privati 1954, *Azienda beneventana tipografica editoriale*, Roma, 1957.
- [10] JALAVISTO (Eeva), Les vieillards soignés dans les hôpitaux publics en 1948. *Yliapäinös Sosiaalisesä Aikakauskijasta*, 1952, 7-8.
- [11] I. N. S. E. E., Mortalité par catégories socio-professionnelles. *Études statistiques*, 1957, n°3.
- [12] Bureau d'Études de l'Assistance Publique (D^r J. ESTÈVE. Nombreux travaux sur le fonctionnement hospitalier, travaux en cours sur les services Plein-temps.
- [13] *Revue de l'Assistance Publique à Paris*: nombreuses études administratives sur le fonctionnement hospitalier.
- [14] RÖSCH (G.), Démographie, sociologie et pathologie des immigrés Nord Africains dans la Seine, étudiés d'après des enquêtes hospitalières. *Thèse*, Paris, 1957.
- PÉQUIGNOT (H.), RÖSCH (G.) et VORANGER (J.), Remarques sur le coût du petit risque. *Revue d'hygiène et de Médecine sociale*, 1957, 5, n° 5.
- [15] TORDET (G.), Contribution à l'étude de la consommation médicale du vieillard en maison de retraite. *Thèse*, Paris, 1958.
- [16] JACOB (B.), *Thèse en cours sur le vieillard en milieu hospitalier.*

- [17] PRINCE (J. J.), Contribution à une étude sur la détermination de la clientèle de consultation d'hôpital. *Thèse*, Paris, 1958.
- [18] FLAHAUT (D.), Les inintégrés sociaux à l'hôpital. *Thèse*, Paris, 1956.
- [19] LEDERMANN (S.), Alcool, alcoolisation, alcoolisme, cahier n° 29 de l'INED (Institut National d'Études Démographiques), 1957.
- [20] PÉQUIGNOT (H.) et LEDERMANN (S.), Les besoins d'hospitalisation et l'âge. *La Semaine Médicale* du 14 janvier 1954.
- [21] PÉQUIGNOT (H.), MAGDELAINE (M.) et ESTÈVE (J.), Une enquête hospitalière. *La Semaine Médicale* du 30 novembre 1956.
- [22] PÉQUIGNOT (H.) et MAGDELAINE (M.), A propos des Statistiques de Causes de Décès, *Semaine Médicale* du 22 février 1957.
- [23] PÉQUIGNOT (H.) et MAGDELAINE (M.), Les besoins d'hospitalisation des vieillards et leurs causes. Rapport présenté au IV^e Congrès International de Gérontologie. Méranò 1957. *Revue de l'Assistance Publique à Paris*, nov.-déc. 1957.
- [24] SCHWARTZ et ANGUERA (G.), Une cause de biais dans certaines enquêtes médicales : le temps de séjour des malades à l'hôpital. Communication à l'Institut International de Statistique, 30^e Session, Stockholm, 1957.
- [25] PÉQUIGNOT (H.) et ÉTIENNE (J. P.), *L'Hôpital*, Promotions n° 38, troisième trimestre, 1956.
- [26] GARDIE (A.), Les hôpitaux des grandes agglomérations urbaines. *Revue de l'Assistance Publique à Paris*, 1956.
- [27] LECLAINCHE (X.) et GARDIE (A.), Enquêtes hospitalières, publiées par le Bureau d'Études de l'Assistance Publique à Paris.
- [28] FLAHAUT (D.), A propos d'une enquête sociologique, *La Semaine Médicale* du 14 novembre 1955.
- [29] Éducateurs et spécialistes du Centre d'observation de Vitry-sur-Seine : Conditions de vie et attitude éducative des familles des enfants inadapés de la région parisienne. *La Semaine Médicale*, du 26-30 août 1955.
- [30] DARIC (J.), Vieillesse de la population, besoins et niveau de vie des personnes âgées. *Population*, janvier-mars 1952, n° 1.
- [31] FOURASTIE (J.), Migrations professionnelles, Cahier 31 de l'INED, 1957.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE	5
Introduction	9
<i>Données utilisées</i>	12
L'exploitation des enquêtes. Données sur la fonction hospitalière	14
<i>Les questions posées dans les deux enquêtes</i>	14
I. Détail des questions posées, p. 15 ; II. Critique générale de ces questions, p. 15.	
RÉSULTATS GÉNÉRAUX	22
I. L'âge et le sexe des malades, p. 23 ; II. La durée de séjour. p. 30 ; III. Durée de séjour par âge et sexe, p. 47 ; IV. Les réhospitalisations successives, p. 55.	
LES RENSEIGNEMENTS D'ORDRE ADMINISTRATIF	61
I. Circonstances d'admission, p. 61 ; II. L'adresse des malades, p. 70, III. Mode de sortie, p. 73.	
DONNÉES SOCIOLOGIQUES	75
<i>Situation familiale</i>	77
1) l'origine familiale des malades, p. 77 ; 2) la situation matrimoniale actuelle des malades, p. 79 ; 3) la situation familiale globale des malades, p. 82 ; 4) la notion d'une présence féminine valide au foyer, p. 82 ; 5) le nombre de générations au foyer, p. 82.	
<i>L'habitat</i>	83
1) le lieu d'habitation, p. 83 ; 2) l'occupation des locaux et le surpeuplement, p. 90.	
<i>Situation socio-professionnelle</i>	92
1) le pays d'origine, p. 95 ; 2) la situation professionnelle et le métier exercé, p. 95 ; 3) l'estimation financière, p. 101.	
DONNÉES MÉDICALES PROPREMENT DITES	103
<i>De la subjectivité du diagnostic médical</i>	103
<i>Du caractère souvent imprécis du diagnostic médical</i>	105
<i>La fréquence des poly-diagnosics</i>	106
<i>Description de la pathologie rencontrée en médecine générale et discussion de la morbidité de cette population</i>	111
1) la morbidité globale, p. 111 (selon la nomenclature internationale, 111 ; selon le degré de précision, 115 ; selon l'étiologie, 121 ; selon la spécialité, 123) ; 2) caractère représentatif de ces résultats, p. 125 ; 3) fréquences absolues de certains diagnostics, commentaires, p. 127 ; 4) conclusions sur la morbidité, p. 129....	
<i>La destinée médicale du malade à la sortie de l'hôpital</i>	129

<i>La mortalité hospitalière en médecine générale</i>	132
1) la répartition des décès selon l'âge et le sexe, p. 133 ; 2) la durée de séjour des malades décédés, p. 134 ; 3) les autopsies, p. 134 ; 4) les constatations médicales, p. 135 ; 5) conclusions sur la morbidité, p. 144.	
Bilan des enquêtes hospitalières. Réflexions sur la fonction hospitalière	145
<i>Le bilan sociologique</i>	145
<i>Le bilan médical</i>	148
<i>Le bilan administratif</i>	154
Annexe	157
<i>L'élaboration matérielle des enquêtes hospitalières et leur exploitation (Note méthodologique)</i>	157
L'échantillonnage de la population soumise à l'enquête, p. 157 ; la représentativité de la population hospitalière, p. 158 ; le choix des questions à poser, p. 158 ; dépouillement des résultats, p. 162.	
Conclusions	163
BIBLIOGRAPHIE	166

-8 SEP. 1970

1 ex - n° 1

MASSON ET C^o ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, boulevard St-Germain, Paris (VI^e)
Dépôt légal n° 3.257 — 1^{er} trimestre 1959

MARCA REGISTRADA

IMPRIMERIE TAFFIN-LEFORT
à LILLE (FRANCE)
Dépôt légal: 1^{er} trimestre 1959

8 MAI 1970

M & C I E

C
F

/
2