

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

MONOGRAPHIE
DE
L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

N° 22

ENQUÊTE SUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS
ATTEINTS D'INFIRMITÉ MOTRICE

PARIS
1961

*VIRTUTE DVCE CO-
MITE FORTITVDINE*



COLLEGIUM CIVILE
AD SANITATEM

par

F. ALISON, J. FABIA et J. RAYNAUD

MONOGRAPHIE N° 22

Errata

- p. 22 - tableau 6, 1ère colonne, dernière ligne : lire 1962 au lieu de 1462
- p. 26 - 4ème ligne avant la fin : lire (16,6 %) au lieu de (12,4 %)
- p. 27 - tableau 11, colonne tuberculose, 4ème ligne : lire 0,9 au lieu de 0
colonne autres malformations congénitales : lire 9 au lieu de 8,6
- p. 30 - tableau 12, colonne 6, 1ère ligne : lire 15 au lieu de 28
" colonne 7, 1ère ligne : lire 28 au lieu de 60
- p. 33 - tableau 14, colonne poliomyélite, 1ère ligne : lire 44 au lieu de 4
" " " " , 4ème ligne : lire 12,5 au lieu de 19,4
- p. 55 - tableau 38, colonne "enfants uniques", lire : (386 cas) au lieu de (368 cas)
- p. 67 - tableau 59, colonne Loiret, 1ère ligne, lire : 73,3 au lieu de 74,4
" " " " , 4ème ligne, lire : 4,7 au lieu de 1,7
- p. 88 - dernière ligne du dernier tableau, lire : 13,8 au lieu de 14,4
- p. 93 - 19e et 20e lignes, lire : le pourcentage d'indépendance quand le maximum a été fait était de 36 % (670 sur 1860), et de 20,6 % (219 sur 1064) quand il n'a pas été fait
- p. 94 - tableau 89, 1ère colonne, 10e ligne, lire : 17 au lieu de 37.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

MONOGRAPHIE
DE
L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

N° 22

ENQUÊTE SUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS
ATTEINTS D'INFIRMITÉ MOTRICE

PARIS
1 9 6 1

*VIRTUTE DVCE CO-
MITE FORITVDINE*



COLLEGIUM CIVILE
AD SANITATEM

par

F. ALISON, J. FABIA et J. RAYNAUD

Cette enquête a été réalisée par :
le Centre International de l'Enfance ;
l'Institut National d'Hygiène ;
le Ministère de la Santé Publique et de la Population ;
avec le concours de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

Équipes chargées de l'enquête :

AISNE

- Dr L. LATAILLADE.** — Directeur du Centre de Santé Publique de Soissons (jusqu'en 1957).
Dr A. SALMON. — Directeur du Centre de Santé Publique de Soissons (à partir de 1957).
Mlle M. BOUTET. — Assistante Sociale.
Dr J. RAYNAUD. — Pédiatre consultant.

LOIRET

- Dr R. VIETTE.** — Inspecteur Divisionnaire de la Santé.
Mlle SAVESTRE. — Assistante Sociale.
Mlle S. DUPONT. — Assistante Sociale.
Dr Y. MATET. — Pédiatre consultant.

MEURTHE-ET-MOSELLE

- Dr F. POLGE.** — Inspecteur Divisionnaire de la Santé.
Mlle J. GAILLOT. — Assistante Sociale.
Dr I. PIERRE. — Pédiatre consultant.

SEINE-MARITIME

- Dr BIANQUIS.** — Inspecteur Divisionnaire de la Santé (jusqu'en 1956).
Dr R. GOULLEY. — Inspecteur Divisionnaire de la Santé (à partir de 1956).
Mlle P. PIQUOT. Assistante Sociale.
Dr P. BLONDET. — Pédiatre consultant.

HAUTE-VIENNE

Dr R. BAPT. — Inspecteur Divisionnaire de la Santé.

Mme G. JAYAT. — Assistante Sociale.

Dr N. MARTROU. — Pédiatre consultant.

Dr P. MARTROU. — Pédiatre consultant.

Dr P. FAUGERON. — Orthopédiste consultant.

Dr J. DUNOYER. — Orthopédiste consultant.

COORDINATION

F. ALISON ; J. FABIA ; L. LATAILLADE ; P. MASSE ; I. PAUL-PONT ; J. RAYNAUD ;
A. SALMON.

DÉPOUILLEMENT ET CALCULS

F. ALISON ; A. BELMONT ; A. CORONE ; J. FABIA ; A.-M. GUIBAL ; P. LAOUT ; L. MAUJOL ;
P. MASSE ; Cl. MOINE ; J. RAYNAUD.

INTRODUCTION

Le Centre International de l'Enfance, présidé par le Professeur Robert Debré, a entrepris la réalisation d'une série d'enquêtes dans différents pays sur le sort des enfants atteints d'infirmités motrices. Le Comité administratif de Coordination des Organisations internationales (OMS — Fonds des Nations Unies pour l'Enfance — UNESCO — OIT — OAA) avait, en effet, établi un programme international pour la réadaptation des personnes physiquement diminuées. Le premier objectif de ce programme est de « stimuler et d'encourager les recherches portant sur les causes des infirmités ».

C'est en France et en Italie que le Centre International de l'Enfance a lancé les deux premières enquêtes. On trouvera ici le compte rendu de l'enquête française, réalisée en collaboration par le Centre International de l'Enfance, l'Institut National d'Hygiène, le Ministère de la Santé Publique et de la Population, avec le concours de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (1).

L'intérêt d'une pareille investigation est évident ; il fallait apporter des documents sur l'importance du problème, généralement sous-estimé, et sur ses différents aspects, afin d'orienter au mieux la réadaptation, l'éducation, la réinsertion sociale des jeunes infirmes. Or très peu de renseignements statistiques existent en France. Ils proviennent des recensements généraux de la population. Le recensement du 10 février 1946 faisait mention pour l'ensemble de la France, de 197 890 sujets atteints d'infirmités motrices, dont 17 712 enfants et adolescents (jusqu'à 19 ans inclus). Ces chiffres sont manifestement très inférieurs à la réalité. D'autre part, cette statistique ne comporte pas de précision utile sur le type des infirmités, sur leur importance, ni sur la situation des infirmes.

Une autre possibilité est offerte grâce à la loi du 2 août 1949, dite loi Cordonnier, modifiée par la loi du 19 avril 1952. Cette loi prévoit différentes mesures en faveur de certains infirmes (allocations, placements, etc.) et rend obligatoire la déclaration d'invalidité des mineurs de moins de 21 ans. Il est

(1) Les principaux résultats de l'enquête française ont été exposés au cours d'un séminaire qui s'est tenu à Paris du 30 novembre au 2 décembre 1959, sous la présidence du Docteur Aujaleu, Directeur Général de la Santé Publique. Ces résultats ont été publiés dans le compte-rendu de ce séminaire (Centre International de l'Enfance, réunions et conférences : VII), ainsi que les résultats de l'enquête italienne.

ainsi possible de connaître le nombre des bénéficiaires de la loi Cordonnier. Mais elle ne concerne, en définitive, que les « grands » infirmes, ceux dont l'incapacité permanente est d'au moins 80 % (d'après le barème d'invalidité du code des pensions militaires et le commentaire qui y a été ajouté pour l'application aux jeunes sujets).

Afin d'obtenir des renseignements plus complets, utilisables pour l'établissement d'un plan d'ensemble, il fallait donc faire une enquête particulière, menée par des techniciens, selon un plan rigoureux. Le plan suivi est exposé dans le chapitre I. Les chapitres suivants sont consacrés aux résultats obtenus et aux conclusions qu'il a été possible d'en tirer.

CHAPITRE I

ORGANISATION DE L'ENQUÊTE

Ce chapitre comporte l'étude des points suivants :

- a) Limites de l'enquête (définition des infirmités motrices, âge des sujets, secteurs) ;
- b) Étapes de la réalisation de l'enquête ;
- c) Technique du recensement des infirmes ;
- d) Questionnaire utilisé.

LIMITES DE L'ENQUÊTE

1. *L'enquête a été limitée aux infirmités congénitales ou acquises, intéressant les fonctions du mouvement* (tronc, membres), à la suite d'une atteinte osseuse, articulaire, musculaire ou nerveuse (périphérique ou centrale). Les infirmités purement psychiques ou sensorielles, les impotences entraînées par une maladie d'organes non locomoteurs (cardiopathie, asthme, etc.) n'ont pas été étudiées, sauf bien entendu, si elles étaient associées à une infirmité motrice telle qu'elle a été définie plus haut.

Il a été convenu, pour éviter toute possibilité de discrimination irrégulière d'un secteur à l'autre, que *toutes* les infirmités motrices dépistées seraient retenues, même les plus légères. Le critère était l'existence d'une anomalie, à un niveau quelconque du système moteur. Comme on le verra plus loin, le dépistage de ces infirmités n'était pas le fait d'un examen systématique et individuel de tous les sujets d'une population donnée, mais d'un repérage des cas d'infirmités auprès des personnes et des organismes qui en avaient eu connaissance. En fait, il fallait donc que l'infirmité ne fut pas négligeable ; sinon elle passait inaperçue et ne pouvait évidemment pas faire l'objet d'une investigation.

2. *L'enquête a été limitée aux infirmités ayant atteint des sujets jeunes, c'est-à-dire à des infirmités survenues avant l'âge de 20 ans.* D'autre part, il fallait que ces sujets n'aient pas plus de 35 ans le 1^{er} janvier 1955. De cette manière, les plus âgés d'entre eux étaient nés pendant l'année 1919. On évitait ainsi d'être obligé de remonter trop loin en arrière pour reconstituer

l'histoire de l'infirmes. Il est apparu, du reste, que, pour les plus âgés de ces sujets, les difficultés étaient souvent déjà considérables.

3. La 3^e limite était d'ordre géographique : la complexité des renseignements que l'on voulait recueillir imposait une restriction sévère quant à l'étendue territoriale de l'enquête. Un petit nombre de secteurs pouvait être exploré. Théoriquement, un choix des régions selon les règles de l'échantillonnage statistique aurait permis d'espérer des résultats applicables à l'ensemble de la France. Mais il n'était pas possible de constituer des équipes mobiles d'enquêteurs, ni surtout d'être assuré d'une bonne compréhension locale du rôle de ces équipes, sans laquelle leur travail eût été pratiquement voué à l'échec. Il était donc nécessaire de recourir à des équipes locales, connaissant bien la région et possédant déjà la confiance de leurs habitants. Dès lors, le problème n'est plus celui d'un échantillonnage, mais celui de recruter des équipes compétentes et efficaces. On peut ainsi attacher le maximum de valeur à leurs constatations, sous réserve évidemment de l'emploi de méthodes communes et d'une bonne coordination, afin que les résultats des divers secteurs soient comparables entre eux.

Compte tenu de ces exigences sur la valeur du personnel local, un assez large éventail de possibilités s'offrait cependant dans le choix des secteurs. Aussi a-t-il été possible de désigner des zones de structure différente au point de vue démographique et sanitaire. Grâce à cette diversité, on peut penser que les résultats d'ensemble ne sont pas uniquement valables à l'échelon des territoires explorés, mais qu'ils permettent, dans une certaine mesure, des conclusions plus générales.

HISTORIQUE DE L'ENQUÊTE. — LES ZONES EXPLORÉES

Dans un premier temps, le Centre International de l'Enfance a confié au Centre de Santé Publique de la Région de Soissons l'organisation d'une enquête pilote, qui a débuté le 1^{er} mai 1954. Cette enquête pilote avait pour but la mise au point de la méthode :

1. En recherchant tous les moyens capables d'obtenir un recensement aussi complet que possible des sujets atteints d'infirmes motrices dans un secteur délimité.

2. En étudiant sur un premier groupe de 50 infirmes la forme et le contenu d'un questionnaire. Le premier projet de ce questionnaire répondait aux préoccupations d'un large groupe de travail, comprenant des représentants d'organismes et associations, intéressés au problème des infirmes motrices chez les sujets jeunes. Ce questionnaire fut remanié et quelque peu simplifié à la suite de l'étude pilote. Tel qu'il a été employé pour l'enquête d'ensemble, et tel qu'il figure ci-après, il s'agit encore d'un document qui réclame d'autres modifications pour rendre son emploi plus facile. Mais, seul, le dépouillement de l'enquête complète a pu faire apparaître la nécessité de ces nouvelles modifications, qui ne sont d'ailleurs que des améliorations de détail.

Le deuxième temps a commencé un an après (mai 1955). Il comportait l'exécution de l'enquête, qui venait d'être mise au point, dans un secteur du

département de l'Aisne. Ce secteur, comptant 101 500 habitants, comprend l'arrondissement de Soissons et 4 cantons voisins. Il s'agit d'une zone de grande culture et de petite industrie, avec une seule ville de moyenne importance, Soissons (20 000 habitants).

Grâce à une subvention de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, quatre autres secteurs ont été choisis selon les critères indiqués plus haut. Ces quatre districts sont :

1. Dans le département du Loiret, la ville d'Orléans et sa banlieue, avec 102 407 habitants.

2. Dans le département de la Meurthe-et-Moselle, la ville de Nancy et une partie de sa banlieue immédiate, avec 170 967 habitants.

3. Dans le département de la Seine-Maritime, dix cantons côtiers, zone de pêche et d'agriculture à population dispersée, s'étendant d'Étretat au Tréport, avec 148 463 habitants, dont 26 000 à Dieppe et 18 000 à Fécamp, seules villes notables de ce secteur.

4. La totalité du département de la Haute-Vienne, avec 324 429 habitants. Ce département comporte une grande agglomération urbaine (Limoges : 106 000 habitants), plusieurs petits centres industriels (St-Léonard, St-Junien, St-Yrieix, etc.) et une importante zone rurale de petite culture, à population dispersée, avec de nombreux hameaux et fermes isolées.

INFIRMITÉS MOTRICES SECTEURS DE L'ENQUÊTE

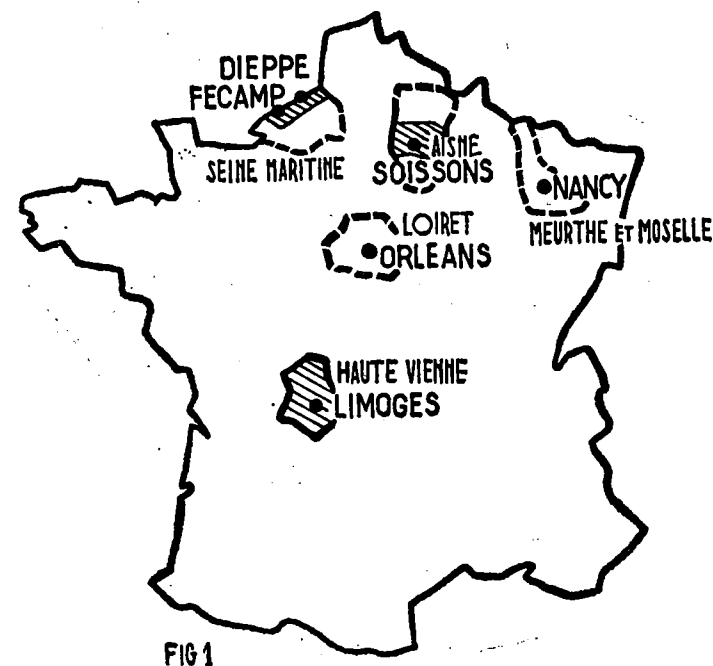


FIG 1

Le tableau 1 indique la répartition des infirmes selon la situation de leur domicile. Grâce au choix orienté des cinq secteurs, leur ensemble réalise un bon équilibre entre population urbaine et population rurale.

TABLEAU 1
Situation du domicile

	Aisne		Loiret		Meurthe-et-Moselle		Seine-Maritime		Haute-Vienne		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ville	138	27,7	258	70,4	306	71,5	238	34,7	527	41,1	1 467	45
Banlieue	13	2,6	101	27,5	120	28	22	3,2	50	3,9	306	9,4
Bourg	58	11,6	2	0,5	0	—	81	11,9	177	13,8	318	9,8
Village	272	54,4	2	0,5	0	—	236	34,4	300	23,4	810	24,8
Hameau	14	2,8	3	0,8	0	—	73	10,6	183	14,3	273	8,4
Isolé	5	1	1	0,4	2	0,5	35	5,2	45	3,5	88	2,7

NOTA. — N = Nombre de sujets atteints d'infirmité motrice.

Le troisième temps est représenté par le dépouillement de l'enquête. Ce dépouillement a été effectué à l'Institut National d'Hygiène sur machine tricuse, après transcription des observations sur fiches perforées. L'enquête sur le terrain a été achevée en 1957 dans le secteur de l'Aisne, et en 1958-1959 dans les autres secteurs.

RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

Dans chaque secteur l'enquête était supervisée, sous l'autorité supérieure du Ministère de la Santé Publique et de la Population, par le Médecin Directeur départemental de la Santé (sauf pour le secteur de l'Aisne, où le responsable était le Directeur du Centre de Santé Publique de la Région de Soissons).

Une assistante sociale principale secondait chaque Directeur. Cette assistante sociale, chargée spécialement de ce travail, avait pour première tâche de faire le recensement nominatif des infirmes. Ensuite, elle fournissait à chacune des assistantes sociales chargée d'une sous-circonscription la liste des infirmes qui y étaient domiciliés. Les assistantes sociales locales effectuaient ainsi les enquêtes à domicile, dans un district qu'elles connaissaient et où elles étaient connues. Elles remplissaient un questionnaire pour chacun des infirmes. Les documents étaient alors envoyés à la Direction départementale de la Santé (ou au Centre de Santé Publique de Soissons) où l'assistante sociale principale et un médecin conseiller, pédiatre ou orthopédiste, procédaient à l'examen de chaque questionnaire. Éventuellement, des renseignements complémentaires ou des éclaircissements étaient demandés à l'assistante sociale locale. Dans certains cas, si ce processus apparaissait utile et réalisable, l'infirmes était convoqué pour être examiné médicalement.

De cette manière, un certain nombre de précisions ont pu être apportées sur des diagnostics difficiles ou sur des bilans litigieux.

Afin d'obtenir des renseignements comparables entre eux dans les divers secteurs, des mesures de coordination ont été prises. On sait qu'une enquête pilote a d'abord été effectuée dans la région de Soissons, en liaison étroite avec le Centre International de l'Enfance, grâce à un consultant de pédiatrie, délégué par le C.I.E. Ensuite, les responsables des enquêtes dans les quatre secteurs d'extension ont été réunis à plusieurs reprises, tant au Ministère de la Santé Publique qu'au Centre International de l'Enfance. Ils ont aussi accompli un stage de plusieurs jours au Centre de Santé Publique de la Région de Soissons pour y étudier sur le terrain l'organisation pratique de l'enquête. Enfin des groupes de travail, élargis ou restreints, se sont réunis au C.I.E. à de nombreuses reprises pour la préparation de l'enquête, puis pour suivre sa réalisation.

TECHNIQUE DU RECENSEMENT DES INFIRMES

Le recensement comportait d'une part le dépouillement de dossiers d'infirmes extraits des archives de certains organismes et d'autre part la recherche de renseignements auprès de personnalités pouvant connaître directement des infirmes.

1. Archives :

L'enquête a eu recours aux archives des organisations ou services ci-après :

- services préfectoraux d'assistance (loi de 1905, loi du 2 août 1949),
- sécurité sociale (régime général et régime agricole), par les départements suivants : contrôle médical, accidents du travail, invalidité,
- hôpitaux généraux,
- hôpitaux psychiatriques,
- service de santé scolaire et universitaire,
- service de l'orientation professionnelle,
- inspection médicale du travail,
- services médicaux des entreprises et des administrations ;
- dispensaires et services médico-sociaux,
- conseils de révision,
- associations d'infirmes.

2° Personnalités locales :

Un contact a été pris directement ou par lettre avec :

- les maires et secrétaires de mairie,
- les membres du corps enseignant,
- les ministres des cultes,
- les représentants d'œuvres sociales.

La contribution apportée au recensement des infirmes par les personnalités locales a été réduite dans les villes, où seulement 9 % des infirmes

ont été dépistés grâce à ces personnalités. Au contraire, dans les bourgs et dans les villages leur rôle a été considérable puisque, sans leur aide, près d'un quart des infirmes aurait échappé à l'enquête.

Le tableau 2 indique l'origine des renseignements obtenus par le recensement selon le domicile de l'infirmes.

TABLEAU 2
Sources de renseignements selon le domicile

	Ville et banlieue		Bourg		Village		Hameau et isolé		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Dossiers administratifs	715	40,7	98	31	216	26,8	107	30	1 136	35,2
2. Services sociaux	360	20,5	69	21,8	146	18,1	78	21,9	653	20,1
3. Personnalités locales	112	6,4	46	14,6	191	23,7	62	17,4	411	12,6
4. Autres	262	14,9	14	4,4	20	2,5	8	2,2	304	9,4
5. 1 + 2	191	10,8	16	5,1	44	5,5	23	6,5	274	8,5
6. 1 + 3	49	2,8	35	11,1	82	10,2	43	12,1	209	6,5
7. 2 + 3	42	2,4	29	9,2	84	10,4	26	7,3	181	5,6
8. 1 + 2 + 3	27	1,5	9	2,8	23	2,8	9	2,5	68	2,1

LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire utilisé est reproduit plus loin en *fac simile*.

Il comporte quatre parties :

1. Renseignements généraux (2 pages simples) :

- état-civil,
- domicile,
- scolarité,
- profession,
- loisirs,
- famille (ascendants, collatéraux, descendants),
- niveau de vie et ressources.

2. Renseignements médicaux (1 page et demie) :

- diagnostic,
- circonstances d'apparition de l'infirmité,
- type de l'infirmité,
- traitements,
- bilan fonctionnel élémentaire.

Il faut insister sur l'importance de ces derniers paragraphes, permettant d'apprécier le degré d'atteinte fonctionnelle des membres et la gêne apportée par l'infirmité pour la vie courante (degré de dépendance). Nous rappellerons qu'il n'était pas possible de faire examiner par un médecin tous les infirmes recensés. Cet examen médical a été réservé à un certain nombre de cas particuliers. Il était donc nécessaire qu'une assistante sociale puisse, dans tous

les cas, donner une réponse assez précise et que cette réponse ne varie pas sensiblement selon les tendances personnelles de l'examinatrice. Des tests simples ont été définis par le Docteur Paul Masse et ils ont donné satisfaction par la stabilité des résultats obtenus, dont la valeur a pu être vérifiée pour les sujets soumis également à un examen médical. Ces tests présentent en outre l'avantage de donner des résultats chiffrés, facilitant ainsi leur transcription sur fiche perforée. La seule réserve concerne les enfants de moins de 6 ans, qui étaient « testés » sans tenir compte de leur âge. La note obtenue était suivie immédiatement sur la fiche de l'indication de l'âge, en vue d'obtenir une conclusion tenant compte de ce facteur. Malheureusement, l'établissement de cette conclusion s'est souvent heurté à des difficultés d'interprétation de la dépendance normale des enfants de moins de 6 ans et, en définitive, les corrélations statistiques n'ont été établies que pour les sujets ayant atteint ou dépassé cet âge.

3. Renseignements psychologiques et biographiques (1/2 page) :

- niveau mental,
- adaptation au milieu familial,
- aspirations de l'infirmes.

Cette partie du questionnaire n'aurait pris toute sa valeur que si elle avait été remplie par un psychologue, ce qui n'a pas été possible.

4. Fiche réservée à l'enquêteuse (et au médecin conseil) :

Elle permet de noter tout d'abord la ou les sources de l'information (on en a vu les résultats dans le tableau 2). Ensuite vient l'appréciation de l'enquêteuse et du médecin-conseil de l'enquête sur une question qui a soulevé parfois des difficultés : le maximum a-t-il été fait en faveur de l'infirmes, compte tenu des moyens dont on disposait aux différentes périodes considérées? En cas de réponse négative, il fallait indiquer les mesures souhaitables qui auraient pu améliorer le sort de l'infirmes et qui n'ont pas été prises. Ces précisions obligeaient les rédacteurs de la fiche à motiver leur avis et limitaient le caractère subjectif de la réponse à la question précédente (le maximum a-t-il été fait?).

De plus, comme il a été dit plus haut, un important effort de coordination avait été réalisé, par des contacts entre les responsables des différents secteurs. Il n'a du reste pas été observé de divergences importantes entre les réponses obtenues dans des régions différentes à propos d'observations comportant des faits identiques.

Nous signalerons enfin qu'une brochure ronéotypée était remise à chaque assistante sociale participant à l'enquête sur le terrain ; ce document était destiné à lui rappeler le mode d'emploi de la fiche, déjà exposé oralement. Si quelque difficulté de rédaction se présentait, il était d'ailleurs facile à l'enquêteuse d'en référer à l'assistante sociale principale.

Pour l'étude de certaines rubriques, notamment celles qui concernent la profession et l'instruction, il aurait été utile de disposer de témoins pris au hasard parmi des sujets du même âge, résidant dans la même région. Il n'a pas été matériellement possible de réaliser cette investigation. Cepen-

dant, certaines comparaisons ont pu être établies à l'intérieur même de l'enquête en isolant certains groupes (infirmités légères, infirmités survenues tardivement, etc.).

N° DU DOSSIER

ENQUÊTE SUR L'AVENIR DES ENFANTS ATTEINTS D'INFIRMITÉS MOTRICES

DATE DE L'ENQUÊTE

I - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

A - SUR L'INFIRME

1. Sexe Masculin Féminin

2. Date de naissance :

3. Nationalité :

4. Domicile : Situation Ville Banlieue Bourg Village Hameau Isolé

Commune : Rurale Semi Rurale Urbaine

Nombre d'habitants :

5. Renseignements scolaires : L'infirm(e) a-t-il bénéficié d'une instruction scolaire ? oui non sr (1)

Ecoles fréquentées : (2) ou sr Age au début : ou sr

Scolarité Terminée Age à la fin ou sr Classe à la fin ou sr

En cours Age actuel ou sr Classe actuelle ou sr

Diplômes ou certificats oui non sr Si oui, lesquels ?

Sait-il couramment : lire non sr écrire non sr compter non sr

Causes d'une instruction défectueuse ou nulle :

6. Renseignements Professionnels

Profession ou Situation	Actuelle ou sr <input type="checkbox"/>	Antérieures ou sr <input type="checkbox"/>
Rendement	Qualité : Bon <input type="checkbox"/> Médiocre <input type="checkbox"/> Insuffisant <input type="checkbox"/> Horaires : Temps plein <input type="checkbox"/> Mi-temps <input type="checkbox"/> Irrégulier <input type="checkbox"/>	sr <input type="checkbox"/> sr <input type="checkbox"/>
Orientation Professionnelle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui { A quel âge Par quel organisme Suite donnée à l'examen sr <input type="checkbox"/> sr <input type="checkbox"/> sr <input type="checkbox"/>	sr <input type="checkbox"/> sr <input type="checkbox"/> sr <input type="checkbox"/>
Enseignement Professionnel	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui { Lequel ? Diplômes ou certificats obtenus sr <input type="checkbox"/> sr <input type="checkbox"/>	sr <input type="checkbox"/> sr <input type="checkbox"/>
Apprentissage	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui { Artisanal <input type="checkbox"/> Lequel En usine <input type="checkbox"/> Lequel Autre <input type="checkbox"/> Lequel sr <input type="checkbox"/> sr <input type="checkbox"/>	avec contrat oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sr <input type="checkbox"/>

7. Renseignements sur les loisirs

Sports	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sr <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels ?	organisé <input type="checkbox"/> individuel <input type="checkbox"/>
Cinéma	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sr <input type="checkbox"/> Si oui, fréquence moyenne	ciné-club <input type="checkbox"/> individuel <input type="checkbox"/>
Lecture	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sr <input type="checkbox"/> journaux <input type="checkbox"/> revues <input type="checkbox"/> livres <input type="checkbox"/> Exemples	bibliothèque <input type="checkbox"/> individuel <input type="checkbox"/>
T S F	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sr <input type="checkbox"/>	organisé <input type="checkbox"/> individuel <input type="checkbox"/>
Télévision	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sr <input type="checkbox"/>	télé-club <input type="checkbox"/> individuel <input type="checkbox"/>
Petits travaux	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sr <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels ?	organisé <input type="checkbox"/> individuel <input type="checkbox"/>
Association	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sr <input type="checkbox"/> Si oui, lesquelles ?	organisé <input type="checkbox"/> individuel <input type="checkbox"/>

(1) sr : sans renseignements.

(2) Exemples : primaire, secondaire, cours complémentaires, écoles spécialisées, classe de perfectionnement, centres pour infirmes moteurs, internats médico-pédagogiques, cours à domicile, cours par correspondance.

B - SUR SA FAMILLE

8.

	DATE DE NAISSANCE	NATIO-NALITÉ	PROFESSION OU SITUATION	CONSANGUINITÉ
MÈRE	sr <input type="checkbox"/>	sr <input type="checkbox"/>	sr <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sr <input type="checkbox"/>
PÈRE	sr <input type="checkbox"/>	sr <input type="checkbox"/>	sr <input type="checkbox"/>	si oui, degré (1)

9. Frères et sœurs : Nombre total (vivants et décédés) ou sr

	VIVANTS	DÉCÉDÉS	Causes de décès	sr <input type="checkbox"/>
Normaux				
Infirmes			Nature des infirmités	sr <input type="checkbox"/>

10. Rang de l'infirm(e) dans la Fratrie (2) :

11. Avec qui vit l'infirm(e) :

1 Parents réunis <input type="checkbox"/>	6 Marié ou maritalement <input type="checkbox"/>
2 Père ou mère seul <input type="checkbox"/>	7 En institution <input type="checkbox"/>
3 Père ou mère + conjoint <input type="checkbox"/>	8 Sans renseignement <input type="checkbox"/>
4 Milieu familial de substitution <input type="checkbox"/>	9 Autre (préciser) <input type="checkbox"/>
5 Seul <input type="checkbox"/>	

12. A-t-il changé de milieu familial ?

" oui Pourquoi sr

non Si oui Combien de fois sr

sr A quels âges sr

13. L'infirm(e) a-t-il lui-même des enfants : oui non sr si oui, combien sr

	VIVANTS	DÉCÉDÉS	Causes de décès	sr <input type="checkbox"/>
Normaux				
Infirmes			Nature des infirmités	sr <input type="checkbox"/>

C - SUR LE NIVEAU DE VIE

14. Habitat : Nombre de pièces sr Nombre d'occupants sr
Eau courante oui non sr Salles d'eau oui non sr

15. Etat de l'Habitat : correct médiocre taudis sr

16. Ressources actuelles de l'infirm(e) et de son foyer

	SALAIRE	ALLOCATIONS FAMILIALES	FONDS D'ASSISTANCE	RETRAITE OU PENSION D'INV.	AUTRES : lesquelles
DE LA FAMILLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans renseign' <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans renseign' <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans renseign' <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans renseign' <input type="checkbox"/>	
DE L'INFIRME	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans renseign' <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans renseign' <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans renseign' <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans renseign' <input type="checkbox"/>	

Ressources suffisantes : médiocres : insuffisantes :

Autres Commentaires :

(1) Cousins germains, cousins issus de germains, autres...

(2) Exemples : (F - G - G - F - G) en soulignant l'infirm(e) Fille = F Garçon = G

II - RENSEIGNEMENTS SUR L'INFIRMITÉ

17 - Diagnostic : Maladie

congénitale	<input type="checkbox"/>
acquise	<input type="checkbox"/>
sr	<input type="checkbox"/>

A - APPARITION DE L'INFIRMITÉ

18. L'infirmité a-t-elle été notée à la naissance ? oui non sr
 19. La naissance a-t-elle été difficile ? oui non sr

20. Si l'infirmité a été notée après la naissance :
 - à quel âge ? ou sr
 - à l'occasion

d'une maladie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	sr <input type="checkbox"/>	Laquelle ?
d'un traumatisme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	sr <input type="checkbox"/>	Lequel ?
spontanément	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	sr <input type="checkbox"/>	

B - TYPE DE L'INFIRMITÉ

21. Maladie neurologique : oui non sr - Si oui, avec contracture ? oui non sr
 22. Maladie musculaire : oui non sr
 23. Maladie ostéo-articulaire acquise : oui non sr
 Par traumatisme Par tuberculose Par infect. aiguë Autre cause Laquelle ?

24. Malformation : oui non sr
 25. Infirmité sensorielle associée : oui non sr Si oui, laquelle ?

Tr. sphinctériens :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	sr <input type="checkbox"/>
Crises convulsives :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	sr <input type="checkbox"/>

26. Autres atteintes

Anomalies intellectuelles :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	sr <input type="checkbox"/>
Autres :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	sr <input type="checkbox"/>

 Lesquelles ?

C - TRAITEMENTS SUBIS

27. L'infirmité a-t-elle été traitée ? oui non sr Si oui :
 28. Traitement médical : oui non sr Si oui préciser dates, lieux (1), nature des traitements :

29. Traitement chirurgical et orthopédique : oui non sr Si oui, préciser de même que ci-dessus :

30. Rééducation : oui non sr Si oui, préciser de même que ci-dessus :

31. Autres traitements : oui non sr Lesquels ?

1) Lieu : par exemple : à domicile, centre de traitement ou autre. Préciser au maximum l'adresse du centre (et le service s'il s'agit d'un grand hôpital).

D - BILAN FONCTIONNEL ÉLÉMENTAIRE (pour les enfants de moins de 6 ans, se reporter aux instructions)

32. L'infirmité atteinte : Le membre supérieur

Droit	<input type="checkbox"/>
Gauche	<input type="checkbox"/>

 Le membre inférieur

Droit	<input type="checkbox"/>	Le Tronc	<input type="checkbox"/>
Gauche	<input type="checkbox"/>	Gauche	<input type="checkbox"/>

33. L'infirme se sert-il d'un appareil ? oui non sr Lequel ?

34. Dépendance : L'infirme peut-il ?
 Manger seul ? non = 1 Difficil' = 2 Normal' = 3 TOTAL (1)
 S'habiller seul ? non = 1 Difficil' = 2 Normal' = 3
 Marcher seul ? non = 1 Difficil' = 2 Normal' = 3
 Conclusion : Dépendance : Complète (3 ou 4) Partielle (5 ou 6) Légère ou indépend. (7,8,9)

35. Fonction des Membres - L'infirme peut-il ?
 a) Membre Sup' Droit

Se coiffer	non <input type="checkbox"/> = 1	Difficil' <input type="checkbox"/> = 2	Normal' <input type="checkbox"/> = 3	TOTAL MSD (1)
Boutonner	non <input type="checkbox"/> = 1	Difficil' <input type="checkbox"/> = 2	Normal' <input type="checkbox"/> = 3	
Porter un poids	non <input type="checkbox"/> = 1	Difficil' <input type="checkbox"/> = 2	Normal' <input type="checkbox"/> = 3	<input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>

b) Membre Sup' Gauche

Se coiffer	non <input type="checkbox"/> = 1	Difficil' <input type="checkbox"/> = 2	Normal' <input type="checkbox"/> = 3	TOTAL MSG (1)
Boutonner	non <input type="checkbox"/> = 1	Difficil' <input type="checkbox"/> = 2	Normal' <input type="checkbox"/> = 3	
Porter un poids	non <input type="checkbox"/> = 1	Difficil' <input type="checkbox"/> = 2	Normal' <input type="checkbox"/> = 3	<input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>

c) Membres inférieurs (ici la fonction est appréciée globalement pour les deux côtés)
 - Peut-il monter un trottoir ? non = 1 Difficil' = 2 Normal' = 3 TOTAL M.I. (1)
 - Distance parcourue (2) Ne sort pas = 1 Moins d'1 km = 2 Plus d'1 km = 3
 - Parcours en 1/2 heure (2) Moins d'1 km = 1 Environ 1 km = 2 Plus d'1 km = 3

d) Conclusion :

Atteinte	Grave (3 ou 4)	Moyenne (5 ou 6)	Légère (7, 8 ou 9)
M.S.D.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M.S.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M.I.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) Commentaires.....

III - RENSEIGNEMENTS PSYCHOLOGIQUES ET BIOGRAPHIQUES

36. Niveau mental : A-t-il été apprécié : oui non sr si oui
 Par qui ? Date Résultats :

37. Adaptation au milieu familial : L'infirme :
 - est-il particulièrement attaché à un membre de sa famille ? oui non sr
 Si oui, lequel ?

- a-t-il des responsabilités particulières dans sa famille ? oui non sr
 Si oui, lesquelles ?

38. Attitude de sa famille à l'égard de l'infirme :

39. Quelles études aurait-il voulu ou voudrait-il faire ?

40. Quels métiers aurait-il voulu ou voudrait-il exercer ?

NOTES : (1) Inscrire dans le cadre le total des points des trois réponses correspondantes.
 (2) Non pas à titre de performance exceptionnelle, mais de façon assez courante.

FICHE RÉSERVÉE A L'ENQUÊTEUSE

N° DU DOSSIER :

Lieu de l'enquête :	Source de l'information	1. Dossiers administratifs <input type="checkbox"/>
Date de l'enquête:		2. Services Sociaux <input type="checkbox"/>
		3. Personnalités locales <input type="checkbox"/>
		4. Autres <input type="checkbox"/>
	Valeur des renseignements	1. douteux <input type="checkbox"/>
		2. Insuffisants <input type="checkbox"/>
		3. Sûrs <input type="checkbox"/>
Enquêteur	Nom :	
	Qualité :	Médecin :

APPRÉCIATIONS DE L'ENQUÊTEUSE ET DU MÉDECIN

— Dans l'état actuel des moyens médicaux et sociaux de réadaptation, vous semble-t-il que le maximum ait été fait ou soit fait en vue de la réinsertion sociale de l'infirmes :

oui : non :

— Dans la négative, quelles mesures auraient le plus contribué (ou pourraient contribuer) à la réadaptation ou à l'adaptation de l'infirmes :

traitement médical réadaptation fonctionnelle meilleure scolarité

mesures professionnelles

orientation formation emploi aide financière ou sociale

— Autres commentaires :

CHAPITRE II

NOMBRE DE SUJETS
ATTEINTS D'INFIRMITÉ MOTRICE

DIAGNOSTIC DE L'INFIRMITÉ

L'enquête a recensé, à l'intérieur de cinq secteurs comptant 847 766 habitants, 3 272 infirmes répondant aux conditions suivantes :

— sujets atteints d'une infirmité motrice selon la définition donnée dans le chapitre I, à un degré quelconque,

— sujets infirmes dès leur naissance ou devenus infirmes avant l'âge de 20 ans.

Les infirmes étudiés ici ne représentent donc pas dans la population explorée la totalité des infirmes par atteinte motrice. Ils ne représentent pas non plus les infirmes d'une tranche d'âge particulière (0 à 35 ans), puisque les sujets de cette tranche d'âge devenus infirmes entre 20 et 35 ans n'ont pas été retenus. Il s'agissait, en effet, rappelons-le, d'étudier les problèmes particuliers que posent les infirmités survenues précocement, donc avant l'âge de 20 ans. Mais il fallait aussi suffisamment de recul pour obtenir des renseignements sur le devenir de ces infirmes, d'où la nécessité de ne pas se limiter à l'étude des infirmes âgés de moins de 20 ans au moment de l'enquête.

Étant donné que les infirmes étudiés ne correspondaient pas à la totalité d'une tranche d'âge, les taux ont été rapportés à la totalité de la population quel que soit l'âge (1). Le tableau indique les résultats du recensement pour chacun des secteurs.

On voit que la proportion des infirmes pour 100 000 habitants (population globale) varie d'une manière importante d'un secteur à l'autre, puisque la plus importante (494), dans le secteur de l'Aisne, est presque double de la plus faible (254), dans le secteur de la Meurthe-et-Moselle. Ce n'est pas une différence de répartition de la population par tranche d'âge qui explique un pareil écart. En effet, nous savons d'après le recensement général de la population fait en 1954 que les sujets de moins de 25 ans représentent environ 40 % de la population aussi bien pour l'agglomération de Nancy que pour le

(1) Pour 3 secteurs, il a été possible de calculer la proportion d'infirmes âgés de moins de 20 ans par rapport au nombre de sujets âgés de moins de 20 ans. Voir annexe VII.

département de l'Aisne (comme d'ailleurs dans les autres départements de l'enquête, sauf la Haute-Vienne où cette proportion n'est que de 32 %).

Deux explications peuvent être proposées, qui ne s'excluent d'ailleurs pas :

1. Le recensement a été plus complet dans certains secteurs, tandis qu'une proportion plus forte d'infirmes échappait à l'enquête dans les autres.

2. La proportion réelle des infirmes est variable selon les secteurs.

Il apparaît en fait que les secteurs à prédominance rurale sont ceux où la proportion des infirmes recensés est la plus forte. En effet, si l'on classe les secteurs d'après l'importance de leur population urbaine (voir plus haut, tableau 1), on obtient le résultat suivant : Meurthe-et-Moselle, Loiret, Haute-Vienne, Seine-Maritime, Aisne. C'est exactement l'ordre inverse de la proportion des infirmes recensés dans la population. Dans le département de la Haute-Vienne, le nombre des infirmes reconnus par l'enquête parmi les 105 990 habitants de la ville de Limoges a été de 415, soit, pour 100 000 habitants, 392 sujets atteints d'infirmité motrice avant 20 ans et âgés de moins de 35 ans. Dans le même département, il a été recensé 338 infirmes parmi les 71 098 habitants des petites communes rurales (communes de moins de 1 000 habitants) soit 475 pour 100 000 habitants. Il n'est évidemment pas possible de tirer de ces constatations une conclusion de portée générale. Mais on peut dire que notre enquête a trouvé une plus forte proportion de jeunes sujets atteints d'infirmité motrice dans les régions rurales qu'elle n'en a trouvé dans les villes.

Pour chaque cas recensé, un diagnostic aussi exact que possible a été établi, puis inscrit sur la fiche. La répartition des types d'infirmité dans chaque secteur est rapportée dans le tableau 3. Ces taux sont calculés par rapport à 100 infirmes du même secteur. En cas d'infirmités associées, seule l'infirmité principale a été retenue pour l'établissement de ce tableau.

TABLEAU 3
Diagnostic de l'infirmité principale
(selon les secteurs)

	Aisne		Loiret		Meurthe-et-Moselle		Seine-Maritime		Haute-Vienne		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Traumatismes	82	16,4	85	23,1	59	13,5	181	26,3	266	20,7	673	20,6
Tuberculose	53	10,6	32	8,7	53	12,2	71	10,4	91	7,1	300	9,2
Autres infections	23	4,6	14	3,8	31	7,1	24	3,5	39	3,1	131	4,
Malformations congénitales	126	25,2	90	24,4	94	21,6	119	17,5	286	22,3	715	21,8
Autres maladies orthopédiques	31	6,2	13	3,5	50	11,5	62	9,1	103	8	259	7,9
Poliomyélite	77	15,3	53	14,4	67	15,4	82	12	199	15,5	478	14,6
Paralysies obstétricales	14	2,8	9	2,5	3	0,7	12	1,8	20	1,6	58	1,8
Infirmités motrices d'origine cérébrale	77	15,4	53	14,4	59	13,6	115	16,8	203	15,8	507	15,5
Autres	19	3,7	19	5,1	19	4,4	19	2,7	75	5,7	151	4,6
Totaux	502		368		435		685		1 282		3 272	

L'importance relative des types d'infirmité varie en général d'un secteur à l'autre. Seule la poliomyélite (12 à 15 % des cas) et les infirmités motrices d'origine cérébrale (13 à 16 % des cas) ont dans tous les secteurs une importance à peu près égale. En revanche, on peut noter par exemple que dans le secteur de la Seine-Maritime les infirmités post-traumatiques occupent une place particulièrement importante. Dans les secteurs de l'Aisne, de la Haute-Vienne et du Loiret, les malformations congénitales jouent un rôle plus important que les traumatismes. Quant au secteur de Nancy (Meurthe-et-Moselle), il se distingue par un pourcentage d'infirmités post-traumatiques inférieur à celui des autres secteurs, tandis que le pourcentage des infirmités motrices d'origine infectieuse (tuberculose et autres infections) est plus important, ainsi que celui des maladies orthopédiques non congénitales.

Le tableau 4 indique le taux de chacun des grands types d'infirmité par rapport à 100 000 habitants (population totale).

TABLEAU 4
Diagnostic de l'infirmité principale
(Taux pour 100 000 habitants)

	Aisne	Loiret	Meurthe-et-Moselle	Seine-Maritime	Haute-Vienne
Traumatisme	81	83	34	122	82
Tuberculose	52	31	31	48	28
Autres infections	23	14	18	16	12
Malformations congénitales	123	87	55	80	89
Autres maladies orthopédiques	30	13	29	42	32
Poliomyélite	76	52	39	55	61
Paralysie obstétricale	14	9	2	8	6
Infirmités motrices d'origine cérébrale	76	52	35	78	63
Autres cas	19	19	11	13	22
Total	494	360	254	462	395

Sujets âgés de moins de 35 ans le 1^{er} janvier 1935 et devenus infirmes avant l'âge de 20 ans.

Les différences selon les secteurs apparaissent encore plus nettement que dans le tableau précédent, où le pourcentage de chaque rubrique était influencé par l'importance plus ou moins grande des autres. Dans les secteurs étudiés, la place tenue par la poliomyélite ou les infirmités d'origine cérébrale parmi les infirmités motrices, est à peu près constante, aux environs de 15 %. En revanche, on constate des variations très importantes selon les secteurs lorsque l'on calcule le taux des infirmes par poliomyélite ou par atteinte cérébrale en les rapportant à la population totale du district étudié. C'est ainsi que le taux d'I.M.C. (infirmités motrices d'origine cérébrale) apparaît élevé dans le secteur de l'Aisne et dans celui de la Seine-Maritime, alors qu'il est plus modéré dans le secteur d'Orléans (Loiret). Le taux d'infirmités

post-poliomyélitiques (pour 100 000 habitants) est environ deux fois plus élevé dans le secteur de l'Aisne qu'il ne l'est dans celui de Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Répartition par sexe

Sur 3 272 infirmes, 1962 sont du sexe masculin (60 %) et 1 310 du sexe féminin (40 %), alors que la population totale d'âge correspondant, dans les mêmes secteurs, se compose à peu près également de sujets de l'un et de l'autre sexe.

Fait remarquable, cette prédominance des infirmes de sexe masculin se retrouve dans chacun des secteurs de l'enquête, avec la même importance (les extrêmes sont 58,6 % et 61,2 %).

TABEAU 5
Répartition des infirmes selon le sexe dans chaque secteur

Sexe	Aisne		Loiret		Meurthe-et Moselle		Seine-Maritime		Haute-Vienne	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculin.....	297	59,2	221	60	257	59,1	402	58,6	785	61,2
Féminin	205	40,8	147	40	178	40,9	283	41,4	497	38,8

Cependant, comme il est classique, la répartition selon le sexe diffère beaucoup selon les types d'infirmités. Le tableau suivant indique le nombre d'infirmes de l'un et l'autre sexe pour chacun de ces types et les pourcentages correspondants.

TABEAU 6
Répartition des types d'infirmités selon le sexe

		Sexe masculin		Sexe féminin	
		N	%	N	%
Traumatismes	673 cas dont	564	(83,8 %)	109	(16,2 %)
Tuberculose.....	300 cas dont	181	(60,3 %)	119	(39,7 %)
Autres infections ...	131 cas dont	89	(68 %)	42	(32 %)
Luxation congénitale de la hanche.....	327 cas dont	80	(24,5 %)	247	(75,5 %)
Pieds bots	178 cas dont	123	(69,1 %)	55	(30,9 %)
Autres malformations congénitales	210 cas dont	133	(63,3 %)	77	(36,7 %)
Autres maladies orthopédiques ...	259 cas dont	138	(53,3 %)	121	(46,7 %)
Poliomyélite	478 cas dont	256	(53,5 %)	222	(46,5 %)
Infirmité motrice d'origine cérébrale.	507 cas dont	276	(54,5 %)	231	(45,5 %)
Paralysie obstétricale	58 cas dont	35	—	23	—
Myopathies	31 cas dont	28	—	3	—
Autres	120 cas dont	59	(49 %)	61	(51 %)
Total	3.272 cas dont	1 462	(60 %)	1 310	(40 %)

REPARTITION DES TYPES D'INFIRMES

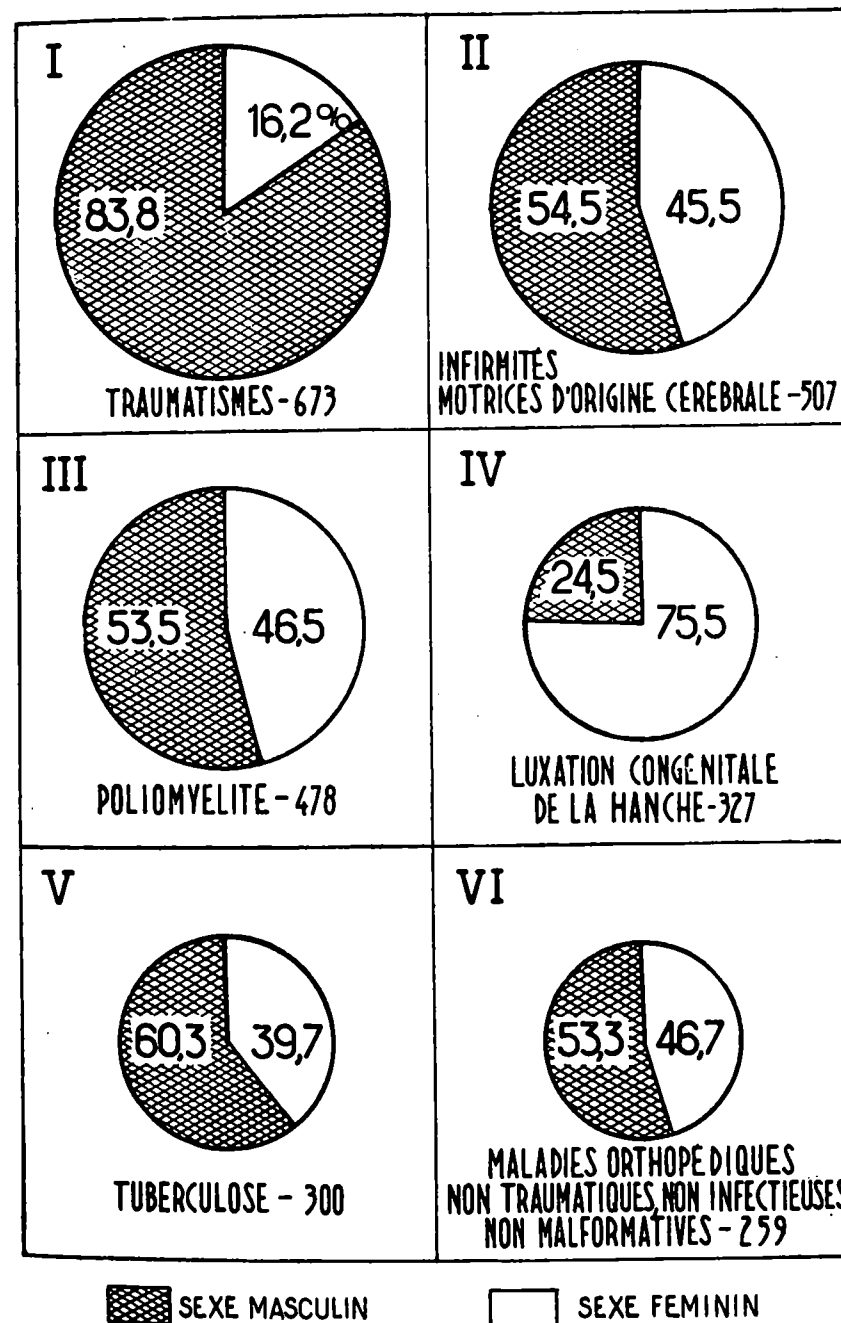


Fig.2

La prépondérance masculine existe pour toutes les rubriques à l'exception de deux :

1. La luxation congénitale de la hanche qui atteint 3 filles pour 1 garçon.
2. La rubrique terminale « autres cas », qui groupe des diagnostics exceptionnels et des observations inclassables, où les deux sexes sont à peu près à égalité.

Pour les autres rubriques, la prédominance du sexe masculin est d'ailleurs variable. Elle est faible pour les infirmités motrices d'origine cérébrale, pour la poliomyélite, pour les maladies orthopédiques autres que traumatiques, infectieuses et malformatives. Elle est très nette pour la tuberculose, pour les infections non tuberculeuses, pour les pieds bots. Enfin elle est énorme pour les traumatismes (plus de 8 cas sur 10) et pour les myopathies (9 cas sur 10).

Si l'on considère la répartition des diagnostics par ordre de fréquence pour le sexe masculin et pour le sexe féminin, on obtient les résultats exposés dans le tableau 7.

TABLEAU 7
Diagnostic des infirmités selon le sexe
(Classement par ordre de fréquence)

	N	%
I. — Sexe masculin (1962 infirmes)		
1. Traumatisme	564	28,8
2. Infirmités motrices d'origine cérébrale	276	14,1
3. Poliomyélite	256	13
4. Tuberculose	181	9,2
5. Maladies orthopédiques diverses (1)	138	7
6. Malformations diverses (2)	133	6,8
7. Pieds bots	123	6,3
8. Infections non tuberculeuses	89	4,3
9. Luxation congénitale de la hanche	80	4,1
10. Paralysies obstétricales	35	1,8
11. Myopathies	28	1,4
II. — Sexe féminin (1 310 infirmes)		
1. Luxation congénitale de la hanche	247	18,8
2. Infirmités motrices d'origine cérébrale	231	17,7
3. Poliomyélite	222	16,9
4. Maladies orthopédiques diverses (1)	121	9,2
5. Tuberculose	119	9,1
6. Traumatismes	109	8,1
7. Malformations diverses (2)	77	5,9
8. Pieds bots	55	4,2
9. Infections non tuberculeuses	42	3,2
10. Paralysies obstétricales	23	1,7
11. Myopathies	3	0,2

(1) Maladies orthopédiques non traumatiques, non infectieuses, non malformatives.

(2) Malformations congénitales à l'exception des luxations congénitales de la hanche et des pieds bots (voir appendice I).

On voit que la principale cause d'infirmité du système locomoteur est le traumatisme pour le sexe masculin et la luxation congénitale de la hanche pour le sexe féminin. Ensuite viennent, dans l'un et l'autre sexe, les infirmités motrices cérébrales, juste avant la poliomyélite.

Il faut remarquer enfin que les atteintes motrices purement orthopédiques — traumatismes, tuberculose, infections non tuberculeuses, malformations congénitales et anomalies orthopédiques diverses — représentent plus de 6 cas sur 10, exactement 63,5 % des cas (66,5 % dans le sexe masculin, 58,5 % dans le sexe féminin).

INFIRMITÉS ASSOCIÉES

A. L'association de deux ou plusieurs infirmités motrices est assez rare.

Elle n'a été relevée que dans 6,2 % des cas (tableau 8). L'infirmité motrice associée (c'est-à-dire celle qui a été considérée comme la moins importante) rencontrée le plus souvent touche l'appareil ostéo-articulaire. Parmi ces atteintes ostéo-articulaires associées, il s'agissait 53 fois d'une atteinte traumatique (1,6 %), 14 fois d'une atteinte tuberculeuse, 6 fois d'une atteinte infectieuse non tuberculeuse et 55 fois d'une atteinte acquise d'autre origine ou d'origine mal définie.

TABLEAU 8
Infirmités motrices associées

	N	%
Pas d'association	3 036	93,8
Association : la 2 ^e infirmité étant :		
— neurologique	31	1
— musculaire	10	0,3
— ostéo-articulaire	128(1)	3,9
— une malformation	34	1

(1) dont 53 d'origine traumatique et 14 d'origine tuberculeuse.

Les associations d'infirmités motrices ont été étudiées selon le type de l'infirmité principale. Le tableau 9 indique les résultats observés.

L'association d'une autre infirmité motrice a été trouvée avec une très faible fréquence lorsque l'atteinte principale est consécutive à un traumatisme, à une poliomyélite, lorsqu'il s'agit d'une infirmité motrice d'origine cérébrale (I.M.C.) ou une maladie orthopédique ni traumatique ni infectieuse ni malformatrice. En revanche, les rubriques « tuberculose », « luxation de la hanche », « pieds bots » et « autres malformations congénitales » comportent un pourcentage un peu plus fort d'infirmités motrices associées. Pour les tuberculoses, le cas le plus fréquent est l'association d'une autre tuberculose

TABLEAU 9

Infirmités motrices associées selon le type de l'infirmité principale

	Traumatismes		Tuberculose		Autres infections		Luxation hanche		Pieds bots		Autres malform. congénit.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pas d'association	562	96,8	278	93,3	124	94,6	297	92,2	149	85,6	187	89
Association, la 2 ^e infirmité étant :												
— neurologique	4	0,7	4	1,3	2	1,5	2	0,6	4	2,3	5	2,4
— musculaire	4	0,7	1	0,3	0	—	1	0,3	1	0,6	0	—
— ostéo-articulaire .	9	1,5	15	5	5	3,8	21	6,5	8	4,6	11	5,2
— une malformation	2	0,3	0	—	0	—	1	0,3	12	6,9	7	3,3

	Autres maladies orthopéd.		Polio-myélite		Paralysie obstétricale		I.M.C.		Autres cas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pas d'association	243	96,4	459	96,7	53	—	478	96,7	133	93,8
Association, la 2 ^e infirmité étant :										
— neurologique	1	0,4	2	0,4	0	—	4	0,8	2	1,4
— musculaire	1	0,4	1	0,2	0	—	1	0,2	1	0,7
— ostéo-articulaire .	7	2,8	13	2,7	4	—	5	1	3	2,1
— une malformation	0	—	0	—	0	—	6	1,2	3	2,1

ostéo-articulaire (9 observations). Pour les pieds bots, c'est l'association avec une autre malformation. Enfin, pour les luxations de la hanche et les « autres malformations », c'est l'association avec une atteinte ostéo-articulaire acquise qui a été notée le plus souvent. Ce type d'association se décompose comme suit :

1. Pour la luxation de la hanche, association :

— d'une atteinte ostéo-articulaire traumatique	8
— d'une atteinte ostéo-articulaire infectieuse	1
— d'une atteinte ostéo-articulaire acquise d'autre origine ...	12

2. Pour les « autres malformations », association :

— d'une atteinte ostéo-articulaire traumatique	2
— d'une atteinte ostéo-articulaire infectieuse	1
— d'une atteinte ostéo-articulaire acquise d'autre origine ...	8

B. Une ou plusieurs infirmités non motrices étaient associées à l'infirmité motrice dans environ 1/4 des cas.

Les troubles intellectuels sont les plus fréquentes des anomalies associées (10,4 %).

Selon le type de l'infirmité motrice, la fréquence de l'association d'infirmités non motrices varie notablement. Le tableau 11 indique les résultats obtenus.

TABLEAU 10

Infirmités non motrices associées

	N	%
Pas d'infirmité non motrice associée	2 418	74,9
Infirmités non motrices associées :		
— infirmité sensorielle	73	2,3
— troubles sphinctériens	30	0,9
— convulsions	38	1,2
— troubles intellectuels	188	5,8
— autre atteinte non motrice	108	3,3
— 2 anomalies (ou plus), dont troubles intellectuels	347	10,8
— 2 anomalies (ou plus), sans troubles intellectuels	23	0,7

NOTA. — Nombre total de cas avec troubles intellectuels : 188 + 347 = 535, soit 16,6 %

TABLEAU 11

Infirmités non motrices associées selon le type de l'infirmité motrice principale

	Traumatismes		Tuberculose		Autres infections		Luxation hanche		Pieds bots		Autres malform. congénit.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pas d'association	591	88,6	257	86,5	117	89,2	287	89,4	149	86,1	159	75,7
Association avec :												
— infirmité sensorielle	21	3,2	4	1,3	3	2,3	5	1,6	1	0,6	2	1
— troubles sphinctériens	5	0,7	2	0,7	1	0,8	1	0,3	1	0,6	13	6,2
— convulsions	4	0,6	3	0	0	—	1	0,3	0	—	4	1,9
— anomalies intellectuelles(1)	24	3,5	18	6,1	5	3,8	22	6,8	17	9,8	19	8,6
— autres associations (sans anomalies intellectuelles)	22	3,3	13	4,4	5	3,8	5	1,6	5	2,9	13	6,2

	Autres maladies orthopéd.		Polio-myélite		Paralysie obstétric.		I.M.C.		Autres cas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pas d'association	195	77,3	429	91,5	51	—	92	18,1	91	64,5
Association avec :										
— infirmité sensorielle	11	4,4	6	1,3	0	—	11	2,2	9	6,4
— troubles sphinctériens	0	—	1	0,2	0	—	3	0,6	3	2,1
— convulsions	6	2,4	0	—	0	—	17	3,4	3	2,1
— anomalies intellectuelles(1)	22	8,7	19	4	5	—	357	70,4	27	19,1
— autres associations (sans anomalie intellectuelle)	18	7,1	14	3	1	—	27	5,3	8	5,7

(1) Isolées ou associées à d'autres anomalies non motrices.

On voit que c'est la rubrique « infirmités motrices d'origine cérébrale » (I.M.C.) qui comporte, comme on pouvait s'y attendre la plus forte proportion d'anomalies non motrices associées ; ceci est dû en particulier au fait que des anomalies intellectuelles existaient 357 fois sur 507, c'est-à-dire dans la majorité des cas. Pour ces 357 observations, les anomalies intellectuelles associées aux troubles moteurs ne représentaient la seule association que 94 fois. Pour 263 autres infirmités motrices d'origine cérébrale, il y avait, en plus des troubles intellectuels, d'autres anomalies non motrices (convulsions, troubles sphinctériens, troubles sensoriels, etc.). Ces cas complexes posent évidemment des problèmes médico-sociaux très difficiles.

On peut enfin remarquer une légère différence dans la proportion des anomalies intellectuelles associées entre les infirmes par traumatisme, infections et poliomyélite d'une part, et, d'autre part, les infirmes atteints de pieds bots ou d'une autre malformation congénitale (luxation de la hanche exceptée) ; cette proportion est en effet un peu plus forte pour ces deux derniers groupes. Deux autres rubriques, malheureusement hétéroclites (« autres maladies orthopédiques » et « autres cas ») comptent un pourcentage un peu plus fort d'anomalies non motrices associées (intellectuelles et autres). Quant aux paralysies obstétricales, la proportion des cas avec anomalies intellectuelles est de 5 sur 56.

CHAPITRE III

RENSEIGNEMENTS SUR LES CIRCONSTANCES DE SURVENUE DE L'INFIRMITÉ

Ce chapitre comporte l'étude des points suivants : date de naissance des infirmes, âge d'apparition de l'infirmité, rapports avec la notion d'une éventuelle naissance difficile.

DATE DE NAISSANCE DES INFIRMES

En ce qui concerne la date de naissance, rappelons les limites de l'enquête, allant de 1919 à 1954. Si l'on met à part 10 infirmes nés en 1919, la répartition suivante a été observée (par période de 5 années complètes) :

Date de naissance :	N	%
—	—	—
1920 - 1924 (inclus)	417	12,8
1925 - 1929 —	508	15,6
1930 - 1934 —	600	18,4
1935 - 1939 —	553	17
1940 - 1944 —	398	12,2
1945 - 1949 —	439	13,5
1950 - 1954 —	342	10,5

Il existe des différences assez importantes selon les périodes. Il n'y a pas lieu de s'en étonner, car plusieurs facteurs interviennent, en dehors même d'une variation possible de la fréquence des infirmités selon les époques. Ces facteurs sont les suivants :

1. Les classes les plus anciennes sont moins fournies, en raison de la mortalité naturelle d'autant plus importante que la date de naissance est plus éloignée.

2. Les classes plus récentes sont plus nombreuses en raison d'une augmentation de la natalité qui, à partir de 1946, est passée pour la

France entière d'environ 600 000 par an à plus de 800 000 (l'augmentation de la natalité dans les secteurs étudiés est du même ordre, c'est-à-dire d'environ 30 %).

3. Les sujets nés avant 1935 avaient plus de 20 ans le 1^{er} janvier 1955. Les risques d'infirmité survenant avant cet âge avaient donc joué complètement. Les sujets nés en 1935 (et après) ont couru d'autant moins de risques de devenir infirmes qu'ils étaient nés plus tardivement.

Le tableau 12 étudie la répartition des diverses formes d'infirmité selon les dates de naissance des infirmes (groupées par périodes de 5 ans).

TABLEAU 12

Type de l'infirmité selon la date de naissance de l'infirmes

Date de naissance	Traumatismes	Tuberculose	Autres infections	Luxation de la hanche	Pieds bots	Autres malf. cong.	Autres malad. orthopéd. cong.	Poliomyélite	I.M.C. (a)	Malf. cong. (4 + 5 + 6)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1920-1924	107	43	18	55	10	28	60	60	59	80
1925-1929	156	65	20	42	19	21	34	56	55	82
1930-1934	170	55	31	57	19	27	61	85	62	103
1935-1939	(149)	(50)	(19)	49	29	29	(44)	(85)	66	107
1940-1944	(56)	(42)	(18)	43	16	32	(38)	(69)	64	91
1945-1949	(26)	(35)	(17)	43	41	46	(34)	(67)	100	130
1950-1954	(8)	(8)	(8)	36	40	39	(19)	(55)	100	115

(a) Infirmité motrice d'origine cérébrale.

Comme on vient de le voir, il faut, pour interpréter correctement ces résultats, tenir compte du moindre risque couru par les sujets nés récemment vis-à-vis de certains types d'infirmités. S'il y a moins de cas dans les 3 premières colonnes (traumatismes, tuberculose, autres infections) pour les groupes correspondant aux dates de naissance postérieures à 1935, c'est sans doute en partie en raison des progrès de la thérapeutique chirurgicale et de l'apparition des antibiotiques (1). Mais c'est surtout parce qu'un certain nombre de sujets nés après 1935 « n'ont pas encore eu le temps » d'être victimes d'un traumatisme, d'une tuberculose osseuse ou d'une ostéomyélite.

La poliomyélite est aussi une affection acquise. Cependant les cas restent nombreux dans les groupes des sujets les plus jeunes. Ce phénomène s'explique à la fois par le fort pourcentage de cas de poliomyélite survenant précocement (voir le tableau 14 A) et par l'augmentation de la fréquence de cette maladie en France depuis 1943.

Les diverses tranches d'âge peuvent, en ce qui concerne les cas de malformations congénitales (colonnes 4, 5, 6 ; colonne récapitulative 10),

(1) Contrebalancée, en ce qui concerne les traumatismes, par l'augmentation des accidents de la voie publique.

être valablement comparées entre elles. Les différences sont d'ailleurs relativement peu importantes. Les valeurs plus fortes pour les classes 1945-1949 et 1950-1954 peuvent être rapprochées de l'augmentation de la natalité à cette époque. On peut remarquer encore que, pour les malformations, le nombre de cas le plus faible correspond à la période de guerre (1940-1944). Or, le Professeur R. Turpin et ses collaborateurs avaient déjà signalé une diminution de la fréquence des malformations congénitales pendant la seconde guerre mondiale (*Sem. Hôp. Paris*, 14 déc. 1953, p. 3973).

MALFORMATIONS CONGÉNITALES ET INFIRMES MOTRICES D'ORIGINE CÉRÉBRALE SELON LA DATE DE NAISSANCE DE L'INFIRME PAR 5 ANS

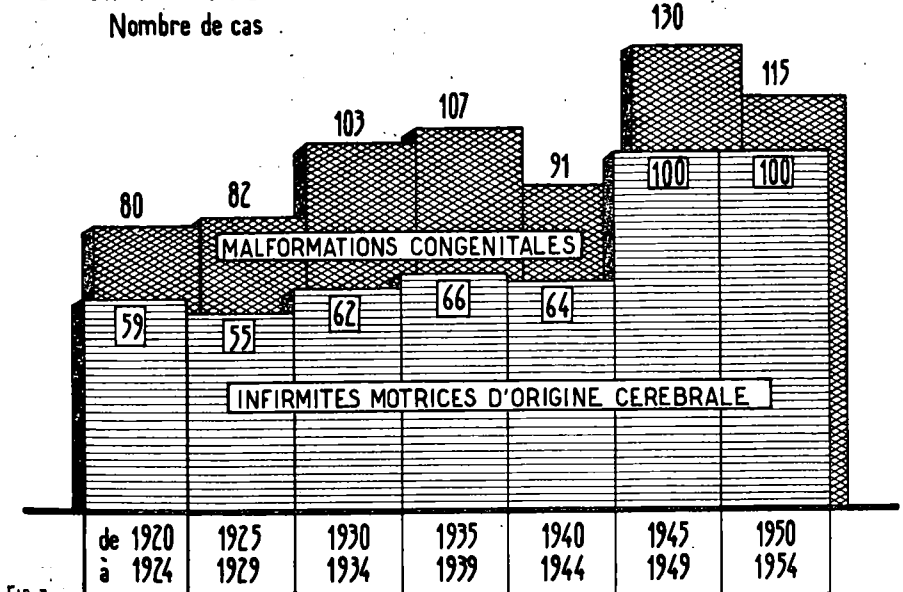


FIG 3

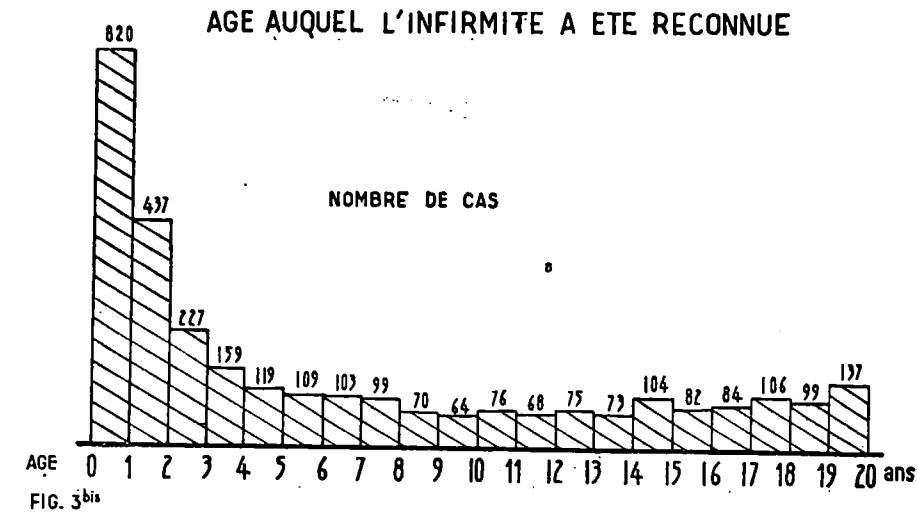
Mais la rubrique qui nous paraît ici la plus intéressante est celle des infirmités motrices d'origine cérébrale (I.M.C.), avec une répartition très particulière. En effet, il y a une augmentation brusque du nombre des I.M.C. à partir de 1945. Le nombre des cas relevés parmi les sujets nés de 1930 à 1945 était assez fixe, aux environs de 65 par période quinquennale. Il s'élève à 100 pour chacune des 2 périodes suivantes. Cette constatation n'implique pas une augmentation au départ de la proportion des infirmes moteurs cérébraux. En effet, la poussée de la natalité d'une part, et l'apparition des antibiotiques d'autre part, qui ont restreint la mortalité précoce des grands encéphalopathes, peuvent suffire à expliquer le phénomène observé. Mais quelle qu'en soit l'explication le fait demeure : les infirmes moteurs par lésions cérébrales sont maintenant plus nombreux.

AGE D'APPARITION DE L'INFIRMITÉ

L'enquête a enregistré la date à laquelle l'infirmité a été découverte. Pour beaucoup de cas (traumatisme, poliomyélite, infection aiguë), cette date coïncide avec celle de la constitution de l'infirmité. Mais certaines malformations congénitales sont découvertes avec retard, comme on le verra (tableau 14 B). Quoiqu'il en soit, la répartition de l'ensemble des infirmités motrices selon l'âge où elles ont été reconnues est indiquée dans le tableau suivant :

TABLEAU 13
A quel moment a été reconnue l'infirmité?

Infirmité reconnue	N	%
A la naissance (ou pendant les premiers jours).....	525	16,7
Avant 1 an (à l'exclusion des premiers jours de la vie).....	295	9,3
De 1 à 4 ans (inclus).....	942	29,9
De 5 à 9 ans (inclus).....	445	14,1
De 10 à 14 ans (inclus).....	396	12,5
De 15 à 19 ans (inclus).....	508	16,1
Après la naissance, mais moment exact mal précisé.....	41	1,3



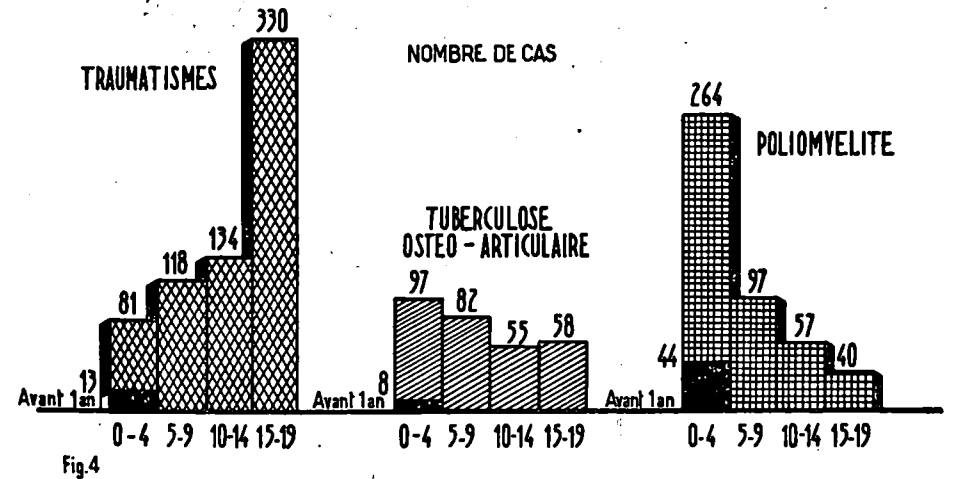
Plus de la moitié des infirmités motrices reconnues pendant les vingt premières années de la vie l'ont été avant l'âge de 5 ans. Pour chacune des périodes quinquennales suivantes, la proportion est beaucoup plus faible (1/8 environ), mais la proportion la moins faible est enregistrée pour la dernière tranche d'âge (15 à 19 ans).

Si l'on considère, non plus l'ensemble des infirmités, mais chacun des principaux types, on obtient les résultats suivants (tableaux 14 A, 14 B et 14 C) :

TABLEAU 14 A
Infirmités motrices acquises

Infirmité reconnue :	Traumatismes		Tuberculose		Infections (sauf tuberc.)		Poliomyélite	
	N	%	N	%	N	%	N	%
avant 1 an	13	1,9	8	2,7	11	9,3	4	9,6
de 1 à 4 ans	68	10,2	89	30,5	24	20,3	220	48
de 5 à 9 ans	118	17,8	82	28	44	37,2	97	21,2
de 10 à 14 ans	134	20,2	55	18,8	31	26,2	57	19,4
de 15 à 19 ans	330	49,8	58	19,9	8	6,8	40	8,7

AGE D'APPARITION DES INFIRMITES ACQUISES



L'incidence des infirmités post-traumatiques s'accroît avec l'âge, puisque 12 % d'entre elles ont débuté avant l'âge de 5 ans, tandis que près de 50 % sont intervenues entre 15 et 19 ans. Avec 330 cas sur 508, elles représentent plus de 3/5 des infirmités survenues pendant cette période de la vie. La poliomyélite réalise une disposition inverse : plus de la moitié des cas de poliomyélite invalidante sont survenus avant l'âge de 5 ans ; ensuite le pourcentage diminue régulièrement pour tomber à 8,7 % pendant la dernière tranche quinquennale (15-19 ans), ce qui représente un pourcentage plus faible que celui des cas de la seule première année de la vie (9,6 %). Les infirmités d'origine tuberculeuse ont comme âge de prédilection la période de 1 à 9 ans, alors que celles qui sont consécutives à une autre infection (non tuberculeuse) sont en majorité un peu plus tardives (maximum de 5 à 14 ans).

TABLEAU 14 B
Infirmités motrices congénitales

Infirmité reconnue :	Luxation congénitale de la hanche		Pieds bots		Autres malformations cong.	
	N	%	N	%	N	%
A la naissance (ou pendant les premiers jours)	33	10,9	156	88,7	173	82,8
Avant 1 an (à l'exclusion des premiers jours de la vie)	11	3,6	4	2,3	5	2,4
De 1 à 4 ans	246	81,2	14	7,9	18	8,6
De 5 à 9 ans	9	2,6	0	—	4	1,9
De 10 à 19 ans	5	1,7	2	1,1	9	4,2

AGE AUQUEL LA LUXATION CONGENITALE DE LA HANCHE A ETE RECONNUE

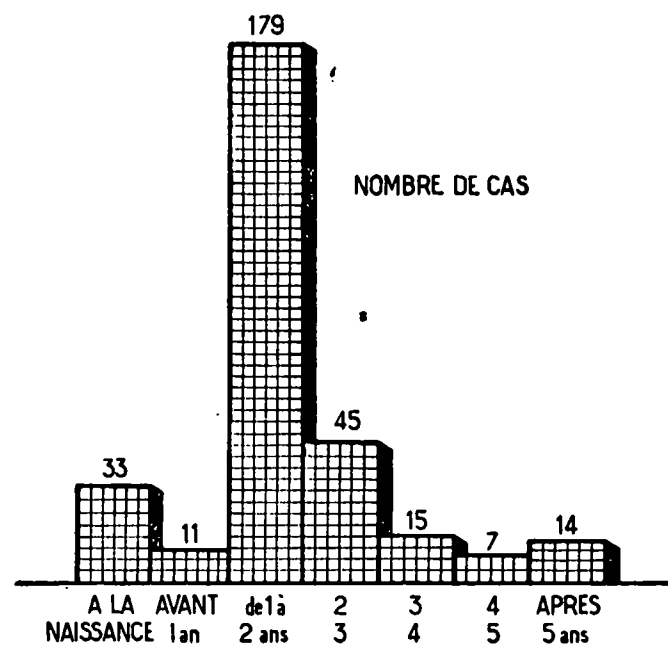


Fig. 5

Ces résultats nous paraissent particulièrement importants, car ils démontrent l'insuffisance du dépistage, alors que l'on connaît la nécessité d'un traitement très précoce, seul capable d'obtenir les meilleurs résultats pos-

sibles. En ce qui concerne plus spécialement la luxation congénitale de la hanche, elle peut être guérie en quelques mois par un traitement simple et avec un résultat anatomique parfait si elle est reconnue dès la naissance. Diagnostiquée après le début de la marche, elle nécessite alors un traitement prolongé et compliqué, qui n'aboutit habituellement qu'à des résultats incomplets. Or l'enquête a montré que 44 luxations seulement ont été reconnues avant l'âge de 1 an. Il est d'ailleurs très probable, selon une hypothèse émise par le Dr Paul Masse, que parmi ces 44 cas se trouvaient plusieurs luxations dites tératologiques, dont le pronostic est en général mauvais malgré le traitement. A l'opposé, les 260 luxations congénitales reconnues après l'âge de 1 an auraient pu, en majorité, ne pas figurer dans notre enquête si elles avaient été dépistées et traitées plus tôt, car elles n'auraient pas laissé de traces. On sait que cela est parfaitement possible.

TABLEAU 14 C
Autres infirmités

Infirmité reconnue :	Maladies orthopédiques non traumat. non infectieuses non congénitales		Infirmités motrices cérébrales		Paralysies obstétricales
	N	%	N	%	N
A la naissance (ou pendant les premiers jours)	8	3,5	88	19,2	50
Avant 1 an (à l'exclusion des premiers jours de la vie)	20	8,7	171	37,4	5
de 1 à 4 ans	65	28,4	145	31,8	2
de 5 à 9 ans	51	22,3	28	6,1	0
de 10 à 14 ans	53	23,1	17	3,7	0
de 15 à 19 ans	32	14	8	1,7	0

Ce tableau n'appelle aucun commentaire particulier. La répartition des infirmités motrices d'origine cérébrale apporte une confirmation du caractère très précoce de la majorité des cas. G. Tardieu et N. Laiter ont effectué, avec l'aide de l'Institut National d'Hygiène, une autre enquête portant uniquement sur des infirmes moteurs cérébraux (780 cas) : dans près de 3/4 des cas, ils ont pu mettre en évidence une étiologie périnatale (cf Comptes-rendu du Séminaire sur l'avenir des enfants atteints d'infirmités motrices — Centre International de l'Enfance — p. 42). Le paragraphe suivant de notre propre étude apporte un argument supplémentaire sur ce point.

NAISSANCE DIFFICILE ET INFIRMITÉS MOTRICES

Il n'était pas possible dans une enquête aussi dispersée que la nôtre de définir à l'aide de critères scientifiques la notion d'une dystocie ou d'une anoxie, d'autant que la plupart des sujets observés étaient nés de nombreuses années auparavant. Lorsqu'on parle de « naissance difficile », il s'agit ici d'une appréciation personnelle de la famille de l'infirmes ou de l'enquêteuse

elle-même ; mais il avait été bien précisé qu'il ne fallait dans aucun cas rechercher avec insistance, par un interrogatoire poussé, la notion d'un accouchement un peu anormal ou un peu prolongé. La difficulté de la naissance ne pouvait être ainsi suggérée et seuls les cas reconnus antérieurement comme tels ont été retenus (465 naissances difficiles sur 2 813 observations où une réponse a été donnée à cette question, soit un pourcentage de 16,5). Les résultats observés selon les différents types d'infirmités sont exposés dans le tableau suivant :

TABLEAU 15

	Nombre total de cas :	dont antécédents de naissance difficile :
Infirmités traumatiques (1)	579	30 (soit 5,2 % des cas)
Tuberculose ostéo-articulaire	253	22 (soit 8,7 % de cas)
Autres infections	116	8 (soit 6,9 % des cas)
Luxation congénitale de la hanche	279	50 (soit 17,9 % des cas)
Pieds bots	142	29 (soit 20,4 % des cas)
Autres malformations congénitales	185	38 (soit 20,5 % des cas)
Autres maladies orthopédiques	221	31 (soit 14,1 % des cas)
Poliomyélite	417	29 (soit 6,9 % des cas)
Infirmités motrices d'origine cérébrale.....	441	165 (soit 37,4 % des cas)
Paralysie obstétricale	52	49 (soit 94 % des cas)
Autres infirmités motrices	125	14 (soit 11,2 % des cas)

(1) à l'exclusion, bien entendu, du traumatisme obstétrical.

On voit que la plus faible proportion de difficultés à la naissance a été observée, comme il est normal, dans les groupes d'infirmités sûrement acquises (traumatisme, tuberculose, infections, poliomyélite). A l'opposé, une forte proportion (37 %) s'observe parmi les sujets atteints d'infirmité motrice d'origine cérébrale, confirmant ainsi l'importance étiologique du traumatisme obstétrical. Comme on pouvait s'y attendre, la proportion est encore plus élevée parmi les paralysies obstétricales. Enfin les infirmités congénitales occupent une place intermédiaire, avec un pourcentage de « naissances difficiles » trois fois plus fort que celui qui a été observé en cas d'infirmités certainement acquises. La différence est statistiquement significative.

TABLEAU 16

Naissance difficile :	Infirmités acquises (1)		Infirmités congénitales (2)	
	N	%	N	%
oui	89	6,5	117	19,3
non	1 276	93,5	489	80,7
$\chi^2 = 101$				

(1) Traumatisme, tuberculose, infection, poliomyélite.

(2) Luxation de la hanche, pieds bots, autres malformations congénitales.

NAISSANCE DIFFICILE ET ÉTIOLOGIE DE L'INFIRMITÉ

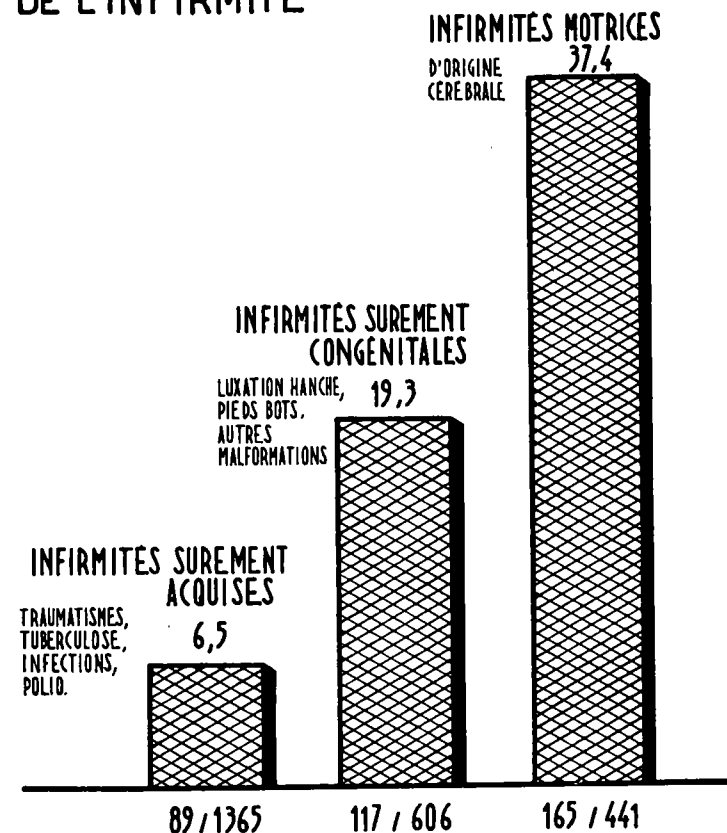


Fig.6

Il faut souligner que ces résultats n'établissent qu'une concordance et ne constituent pas une démonstration de causalité. Mais il nous a paru intéressant d'y insister, ne serait-ce que pour inciter à de nouvelles recherches comportant des critères rigoureux pour l'étude de l'accouchement.

CHAPITRE IV

BILAN ANATOMIQUE ET FONCTIONNEL DES INFIRMITÉS. NIVEAU MENTAL

1. BILAN ANATOMIQUE

Les atteintes anatomiques réalisées par les infirmités étudiées se répartissent comme suit pour l'ensemble de l'enquête :

TABLEAU 16

	N	%
<i>Atteintes isolées d'un membre ou du tronc :</i>		
Membre supérieur droit	301	9,2
Membre supérieur gauche	290	8,9
Membre inférieur droit.....	541	16,5
Membre inférieur gauche	560	17,2
Tronc	251	7,7
		} 18,1
		} 33,7
<i>Atteintes associées :</i>		
Les deux membres supérieurs	71	2,2
Les deux membres inférieurs	438	13,4
Membre (s) supérieur (s) et membre (s) inférieur (s)	533	16,3
Membre (s) supérieur (s) et tronc.....	12	0,4
Membre (s) inférieur (s) et tronc	118	3,6
Membre (s) supérieur (s) et inférieur (s) et tronc..	146	4,5

L'atteinte d'un seul membre (ou du tronc seul), observée 1 943 fois (59,6 % des cas), est donc plus fréquente que les atteintes multiples, observées 1 318 fois (40,4 % des cas). D'autre part, si l'on additionne toutes les atteintes des membres supérieurs (isolées ou associées), on arrive au total de 1 353 cas, alors que le total des atteintes des membres inférieurs (isolées

BILAN DES ATTEINTES ANATOMIQUES

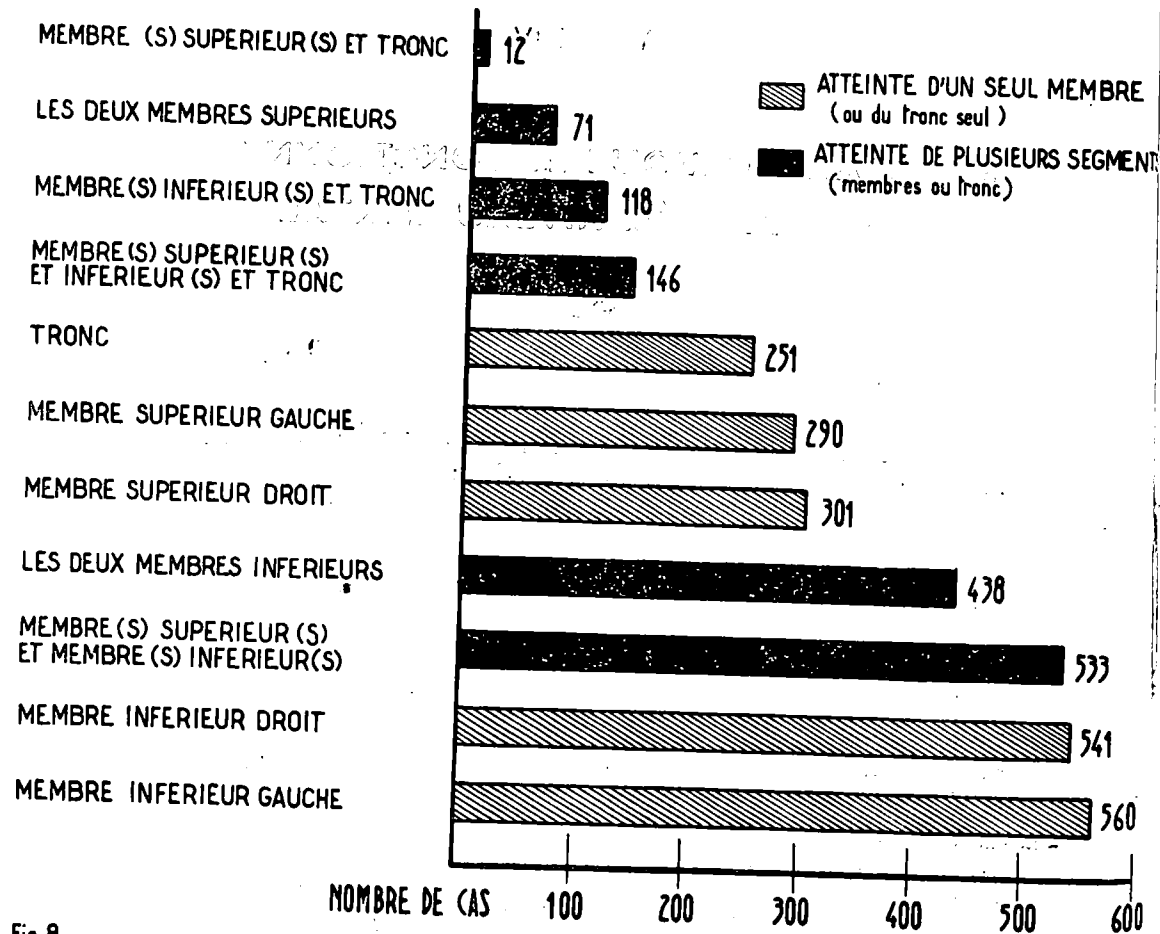


Fig. 8

ou associées) s'élève à 2 336 cas. Enfin une atteinte du tronc (isolée ou associée) a été trouvée dans 527 cas.

Le bilan des atteintes anatomiques selon le type de l'infirmité est exposé dans les tableaux 17, 18 et 19.

TABLEAU 17
Atteinte anatomique selon le type de l'infirmité (1)

Atteinte	Traumatismes		Tuberculose		Infection non tuberculeuse		Poliomyélite	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Atteinte isolée d'un segment :</i>								
Membre supérieur droit	183	54,6	10	5,3	5	7,8	24	11,1
Membre supérieur gauche	181		6		5		30	
Membre inférieur droit	107	31,3	80	57,2	41	73,6	110	51,1
Membre inférieur gauche	102		91		54		139	
Tronc	13	1,9	72	24,1	0	—	9	1,8
<i>Atteintes associées :</i>								
Les 2 M.S.	19	2,8	1	0,3	0	—	5	1
Les 2 M.I.	13	1,9	9	3	5	3,9	68	14
M.S. + M.I.	26	3,9	4	1,3	16	12,4	66	13,6
M.S. + tronc	3	0,5	1	0,3	0	—	3	0,6
M.I. + tronc	14	2,1	23	7,7	3	2,3	21	4,3
M.S. + M.I. + tronc	6	0,9	2	0,7	0	—	12	2,5

Pour les infirmités d'origine traumatique, d'origine tuberculeuse et d'origine infectieuse, il y a une très grande prépondérance des atteintes isolées d'un segment : les membres supérieurs surtout pour les traumatismes, les membres inférieurs pour les 2 autres rubriques. Pour la tuberculose, l'atteinte isolée du tronc (presque toujours un mal de Pott) représente 24,1 % des cas, dont il faut rapprocher 23 cas de lésions tuberculeuses associées du tronc et d'un membre inférieur (en majorité mal de Pott + coxalgie). Pour la poliomyélite, il y a aussi une majorité d'atteintes d'un segment isolé (63 % des cas), mais les atteintes de plusieurs segments, fréquemment sévères, représentent une proportion plus importante que celles observées dans les 3 autres rubriques du même tableau.

Le tableau suivant se rapporte aux infirmités motrices d'origine cérébrale, aux malformations (à l'exception de la luxation de la hanche et des pieds bots), aux maladies orthopédiques diverses (ni traumatiques, ni infectieuses, ni congénitales) et enfin aux cas qui ne rentrent dans aucune des rubriques précédentes ni dans celles étudiées plus loin.

Les infirmités motrices d'origine cérébrale, comme il est normal, réalisent dans 95 % des cas des atteintes associées, avec une majorité d'hémiplégies et de quadriplégies, que notre système de dépouillement mécanographique ne nous a pas permis de différencier (1). Les 3 autres rubriques, très hétérogènes, présentent, de ce fait même, des répartitions anatomiques très variées, dans le détail desquelles il n'est pas possible d'entrer. Signalons

(1) Dans une autre enquête de l'Institut National d'Hygiène, le Docteur Nicole Laiter a trouvé la répartition suivante (sur 1 028 enfants, atteints d'I. M. C.) : quadriplégies, 41,9 % ; paraplégies, 19,7 % ; hémiplégies droites, 15,5 % ; hémiplégies gauches, 10,3 % ; triplégies, 5,7 % ; diplégies (M. S.), 6,9 %.

TABLEAU 18

Atteinte anatomique selon le type de l'infirmité (2)

Atteinte	Infirmités motrices cérébrales		Malformat. congénitales (sauf luxation hanche et pieds bots)		Maladies orthopédiques diverses		Autres cas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Atteinte isolée d'un segment :</i>								
Membre supérieur droit	10	3,2	27	30,4	4	2,8	5	5,6
Membre supérieur gauche	6		36		3		3	
Membre inférieur droit	6	1,8	20	16,5	14	13,8	11	14,9
Membre inférieur gauche	3		14		21		10	
Tronc	0	—	6	2,9	145	57	3	2,2
<i>Atteintes associées :</i>								
2 M.S.	9	1,8	28	13,5	1	0,4	6	4,3
2 M.I.	59	11,7	22	10,6	33	13	34	24,1
M.S. + M.I.	329	65,2	26	12,5	11	4,3	32	22,7
M.S. + tronc	1	0,2	0	—	4	1,6	0	—
M.I. + tronc	7	1,4	20	9,7	11	4,3	4	2,8
M.S. + M.I. + tronc	74	14,7	8	3,9	7	2,8	33	23,4

pendant que les malformations congénitales étudiées dans ce tableau comportent une forte proportion d'atteinte des membres supérieurs (plus de 50 %), ce qui est dû à l'exclusion des luxations de la hanche et des pieds bots, étudiés plus loin. Pour les maladies orthopédiques diverses, il faut signaler une majorité d'atteintes isolées du tronc, qui sont presque toutes des anomalies de la colonne vertébrale.

Les rubriques « luxation de la hanche » et « pieds bots » ne nécessitent pas un tableau détaillé. Il suffit de distinguer les formes bilatérales, les formes unilatérales (selon le côté) et enfin les formes associées à une anomalie motrice du tronc ou des membres supérieurs, où cependant la luxation de la hanche (ou les pieds bots) représentait l'infirmité principale.

TABLEAU 19

Atteinte	Luxation congénitale de la hanche		Pieds bots	
	N	%	N	%
Côté gauche	95	29,5	30	16,9
Côté droit	105	32,6	45	25,4
Bilatérale	106	32,9	85	48
Associée à une infirmité motrice du MS ou du tronc	18	4,9	17	9,6

Le pied bot est plus souvent bilatéral que ne l'est la luxation congénitale de la hanche. La classique prépondérance de la luxation congénitale de la hanche sur le côté gauche n'est pas retrouvée.

2. BILAN FONCTIONNEL

Les principaux résultats concernant le bilan des fonctions des membres sont exposés dans le tableau 20. Nous avons vu que ce bilan a été établi grâce à des tests simples, mis au point par le Dr Paul Masse.

TABLEAU 20

	Aisne		Loiret		Meurthe-et-Moselle		Seine-Maritime		Haute-Vienne		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Fonctions du membre supérieur droit</i>												
Pas d'atteinte fonctionnelle du M.S. droit	363	72,7	253	69,3	326	75,4	416	62,2	758	60	2 116	65,5
Atteinte grave	61	12,2	38	10,4	48	11,1	72	10,8	174	13,8	393	12,2
Atteinte moyenne	50	10	20	5,5	38	8,8	35	5,2	137	10,8	280	8,7
Atteinte légère	25	5	54	14,8	20	4,6	146	21,8	195	15,4	440	13,6
<i>Fonctions du membre supérieur gauche</i>												
Pas d'atteinte fonctionnelle du M.S. gauche	361	72,3	258	70,6	323	73,1	423	65,2	783	62	2 148	66,8
Atteinte grave	65	13,0	38	10,4	50	11,3	54	8,3	164	13	371	11,5
Atteinte moyenne	46	9,2	17	4,7	27	6,1	47	7,2	127	10	264	8,2
Atteinte légère	27	5,4	52	14,3	42	9,5	125	19,3	188	14,9	434	13,5
<i>Fonctions des membres inférieurs</i>												
Pas d'atteinte fonctionnelle des M.I.	96	19,3	80	21,9	101	23,9	160	23,9	313	25,1	750	23,4
Atteinte grave	50	10	44	12	41	9,7	65	9,7	125	10	325	10,2
Atteinte moyenne	127	25,5	65	17,8	57	13,5	118	17,6	265	21,2	632	19,8
Atteinte légère	224	45,1	177	48,3	223	52,8	326	48,8	546	43,7	1 496	46,6

En ce qui concerne les fonctions des membres inférieurs (appréciées globalement), les résultats obtenus dans les différents secteurs géographiques sont très voisins, avec environ 10 % d'atteintes graves, 45 à 52 % d'atteintes légères et un pourcentage intermédiaire d'atteintes moyennes. Il faut remarquer que le nombre de cas où il n'y a pas d'atteinte fonctionnelle des membres inférieurs (750) est plus faible que le nombre de cas où il n'y a pas d'atteinte anatomique des membres inférieurs (925). Ceci est dû au fait que certaines lésions isolées du tronc, sans atteinte anatomique des membres inférieurs, retentissent sur le fonctionnement de ceux-ci.

Pour les fonctions des membres supérieurs, il existe quelques divergences selon les secteurs. Dans les secteurs de l'Aisne et de la Meurthe-et-Moselle, les atteintes fonctionnelles graves ont été trouvées plus fréquemment que les atteintes légères, alors que c'est l'inverse pour les 3 autres secteurs (prédominance des atteintes légères).

L'établissement du bilan fonctionnel était complété par une estimation d'ensemble du degré de dépendance de l'infirme vis-à-vis de son entourage, là encore par des questions simples (Paul Masse). Les résultats obtenus (sujets âgés de 6 ans ou plus au moment de l'enquête) sont exposés ci-après :

TABLEAU 21

	N	%
Dépendance complète (cotes 3 et 4)	173	5,7
Dépendance moyenne (cotes 5 et 6)	325	10,7
Dépendance légère (cotes 7 et 8)	1 611	53,4
Indépendance (cote 9)	912	30,2

La grande majorité des infirmes sont donc peu dépendants ou même indépendants de leur entourage. Les dépendances complètes, dont sont surtout responsables les infirmités motrices d'origine cérébrale avec troubles intellectuels, sont rares (5,7 % des cas). Mais on connaît la gravité des problèmes qu'elles posent.

Le tableau 22 indique la répartition pour chacun des types d'infirmité des divers degrés de dépendance (pour simplifier le tableau, les cas de dépendance légère et d'indépendance ont été additionnés). Les infirmités qui entraînent le plus fort pourcentage de dépendance complète ou moyenne sont évidemment les troubles moteurs d'origine cérébrale. Ensuite, viennent les groupes hétérogènes « autres cas » et « autres malformations congénitales », précédant largement la poliomyélite, qui n'entraîne une dépendance sérieuse que dans 10 % des infirmités dont elle est responsable. Pour les autres types d'infirmités, le taux des dépendances complètes ou moyennes est inférieur à 5 %.

TABLEAU 22

Degré de dépendance selon le type de l'infirmité
(sujets âgés de plus de 6 ans)

	Traumatismes		Tuberculose		Autres infections		Luxation hanche		Pieds bots		Autres malform.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dépendance complète ...	3	0,4	4	1,4	1	0,8	2	0,7	0	—	4	2,2
Dépendance moyenne ...	9	1,4	5	1,8	7	5,6	6	2	6	4	34	18,4
Dépendance légère ou indépendance	652	98,2	274	96,8	117	93,6	293	97,2	145	96	147	79,4

	Autres maladies orthopédiques		Paralysie obstétricale		I.M.C. avec troubles intellectuels		I.M.C. sans troubles intellectuels		Poliomyélite		Autres cas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dépendance complète ...	2	0,8	0		117	38,3	12	8,4	6	1,3	22	16,3
Dépendance moyenne ...	10	4,2	8		113	37	51	35,6	40	9	36	26,6
Dépendance légère ou indépendance	225	94,9	41		75	24,6	80	55,9	397	89,7	77	57

3. NIVEAU MENTAL

L'étude du *niveau mental* a été entreprise avec les moyens dont nous disposons, c'est-à-dire par l'intermédiaire des assistantes sociales de secteur, appuyant leur impression personnelle chaque fois que cela était possible par l'avis de l'instituteur et parfois par celui d'un médecin (lorsque l'infirmes était convoqué par le médecin-conseil de l'enquête). Les résultats doivent donc être présentés avec une certaine réserve (il faut noter qu'ils ne comportent aucun enfant âgé de moins de 6 ans au moment de l'enquête).

TABLEAU 23

	N	%
<i>Niveau mental:</i>		
Normal (ou supérieur)	1 861	77,7
Médiocre	309	12,9
Nul	226	9,4

On remarquera d'abord que le niveau mental n'a été apprécié que pour 2 396 sujets. Les autres étaient ou trop jeunes ou trop difficiles à classer. Les difficultés provenaient surtout des hésitations entre niveau moyen et médiocre. Les cas étiquetés « niveau nul » sont plus faciles à juger. Il en résulte que leur pourcentage, qui varie d'ailleurs peu selon les secteurs (minimum 7 %, maximum 10,6 %), est probablement surestimé. En revanche, ce pourcentage varie beaucoup selon le type d'infirmité. Voici le relevé par diagnostic des cas de niveau mental nul.

TABLEAU 24

Type d'infirmité	Nombre de cas	dont niveau mental nul
Fracture ou luxation	292	3 (1 %)
Tuberculose	213	5 (2,3 %)
Luxation de la hanche	225	8 (3,6 %)
Pieds bots	116	5 (4,3 %)
Autres malformations congénitales	136	9 (6,6 %)
Autres maladies orthopédiques	176	4 (2,3 %)
Poliomyélite	342	4 (1,2 %)
Infirmités motrices d'origine cérébrale	409	174 (42,5 %)
Paralysie obstétricale	45	1
Autres cas	106	8 (7,6 %)

Les infirmités motrices d'origine cérébrales comptent la plus forte proportion de niveau mental nul. Les infirmités acquises (fractures, tuberculose, poliomyélite) ne comptent qu'un faible pourcentage de « niveau mental nul ». Ce pourcentage est un peu plus élevé pour les malformations congénitales. On peut sans doute rapprocher ce fait de la plus grande fréquence des naissances difficiles dans le groupe des malformations (tableau 16). Si l'on étudie la corrélation entre le niveau mental et la notion de naissance difficile, on obtient les résultats suivants :

TABLEAU 25

	Naissance difficile			
	oui		non	
	N	%	N	%
<i>Niveau mental :</i>				
Normal (ou supérieur)	224	63,3	1 438	82
Médiocre	57	16,1	192	10,9
Nul	73	20,6	125	7,1

Une autre corrélation a été recherchée, entre le niveau mental et l'âge auquel l'infirmité a été constatée. En voici les données :

TABLEAU 26

	Infirmité constatée					
	avant 2 ans		de 2 à 13 ans		de 14 à 19 ans	
	N	%	N	%	N	%
<i>Niveau mental :</i>						
Normal (ou supérieur)	597	65,4	768	84,3	463	93,2
Médiocre	156	17,1	103	11,3	29	5,8
Nul	160	17,5	40	4,4	5	1

Plus l'infirmité est précoce, plus fort est le pourcentage des sujets dont le niveau mental est médiocre ou nul.

Ces corrélations, conformes à la logique, permettent de penser que les appréciations portées sur le niveau mental ne sont pas dépourvues de toute valeur. Cependant, il convient de retenir surtout de ce chapitre les bilans anatomiques et fonctionnels, ainsi que l'étude de la dépendance.

CHAPITRE V

LES TRAITEMENTS SUIVIS

Ce chapitre, très important, a pour but d'établir le bilan thérapeutique des infirmités qui ont fait l'objet de l'enquête. Soulignons, dès maintenant, qu'il met en évidence de sérieuses déficiences qui ressortent clairement de l'examen des chiffres.

Tout d'abord, l'enquête a trouvé 286 infirmes sur 3 272 (soit 8,7 %) qui n'ont eu aucun traitement. Parmi ces infirmes non traités, on trouve 81 luxations congénitales de la hanche, 43 atteintes motrices d'origine cérébrale, 11 paralysies obstétricales, et, ce qui paraît encore plus extraordinaire, 11 poliomyélites et 7 fractures.

Selon les secteurs, voici le nombre et le pourcentage des infirmes n'ayant reçu aucun traitement :

Aisne.....	66 sur 502 (13,1 %)
Loiret.....	23 sur 368 (6,2 %)
Meurthe-et-Moselle..	23 sur 435 (5,2 %)
Seine-Maritime.....	45 sur 685 (6,6 %)
Haute-Vienne.....	135 sur 1282 (10,5 %)

L'Aisne et la Haute-Vienne, secteurs à prédominance rurale, sont les plus désavantagés.

Parmi les différentes thérapeutiques, il faut insister surtout sur celles qui ont le plus de chance d'être efficaces dans la majorité des cas d'atteinte motrice, c'est-à-dire les traitements chirurgicaux et orthopédiques d'une part, la rééducation d'autre part.

Le tableau 27 montre que si le pourcentage des infirmes ayant eu un traitement chirurgical ou orthopédique est proche de 70, la proportion des infirmes qui ont été rééduqués atteint seulement 25,8 %.

TABLEAU 27

Traitement chirurgical — Rééducation

Traitement chirurgical (ou orthopédique)	Rééducation			
			N	%
Oui	2 174	68,5	808	25,8
Non	1 003	31,5	2 324	74,2

L'étude de la corrélation entre ces deux rubriques (traitement chirurgical ou orthopédique d'une part, rééducation d'autre part) a donné le résultat suivant, sur 3 120 observations où une réponse précise a été donnée à la fois à l'une et l'autre question :

TABLEAU 28

Rééducation	Traitement chirurgical			
	Oui		Non	
	N	%	N	%
Oui	176	17,65	629	29,7
Non	821	82,35	1 494	70,2
Total	997		2 123	

Il faut remarquer que sur 2 123 sujets, traités par la chirurgie ou l'orthopédie, 629 seulement, c'est-à-dire moins du tiers, ont bénéficié d'une rééducation. Il est évident que les 1 494 autres auraient dû, en majorité, voir compléter l'œuvre du chirurgien ou de l'orthopédiste par celle du rééducateur.

Comme on pouvait s'y attendre, la situation est plus mauvaise dans les villages et les hameaux. C'est ce qu'indique le tableau suivant :

TABLEAU 29

Traitement selon le domicile

Traitement chirurgical (ou orthopédique)	Ville		Banlieue		Bourg		Village et hameau	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Non	376	26,7	82	27,6	115	37,1	396	37,2
Oui	1 032	73,3	214	72,4	195	62,9	670	62,8
Rééducation :								
Non	963	69,6	208	72,9	228	75	847	79,8
Oui	421	30,4	77	27,1	76	25	214	20,2

En étudiant la fréquence du traitement chirurgical (ou orthopédique) selon le type de l'infirmité, les résultats suivants ont été obtenus, parmi lesquels il faut signaler spécialement certains pourcentages d'abstention particulièrement lourds (luxation de la hanche, maladies orthopédiques diverses).

TABLEAU 30

Traitement chirurgical ou orthopédique selon le type de l'infirmité

Type de l'infirmité	Nombre de cas (avec réponse précise)	Traitement chirurgical ou orthopéd.	Pas de traitement chirurgical ni orthopédique
Fracture ou luxation	296	279	17 (5,8 %)
Autres traumatismes	363	341	22 (6,1 %)
Tuberculose	292	276	16 (5,5 %)
Autres infections	130	118	12 (9,2 %)
Luxation de la hanche	314	218	96 (30,6 %)
Pieds bots	173	163	10 (5,8 %)
Autres malformations congénitales ..	206	99	107 (51,9 %)
Autres maladies orthopédiques	251	185	66 (26,3 %)
Poliomyélite	460	259	201 (43,7 %)
Paralysies obstétricales	58	23	35
Infirmités motrices d'origine cérébrale :			
— avec troubles intellectuels ..	343	86	257 (75 %)
— sans troubles intellectuels ..	145	70	75 (51,7 %)
Autres cas	141	54	87 (61,7 %)

En ce qui concerne la rééducation (tableau 31), les poliomyélitiques sont relativement privilégiés. Ensuite viennent les infirmes moteurs cérébraux sans troubles intellectuels, dont pourtant un tiers seulement a bénéficié d'une rééducation. A l'opposé, les sujets atteints de pied bot n'ont été

TABLEAU 31

Rééducation selon le type de l'infirmité

Type de l'infirmité	Nombre de cas (avec réponse précise)	Rééducation	Pas de rééducation
Fracture ou luxation	289	94	195 (67,5 %)
Autres traumatismes	362	49	313 (86,5 %)
Tuberculose	284	77	207 (72,8 %)
Autres infections	126	20	106 (84 %)
Luxation de la hanche	309	65	244 (79 %)
Pieds bots	171	16	155 (90,7 %)
Autres malformations congénitales ..	201	21	180 (89,6 %)
Autres maladies orthopédiques	248	71	177 (71,4 %)
Poliomyélite	455	237	218 (47,9 %)
Paralysie obstétricale	58	15	43
Infirmités motrices d'origine cérébrale :			
— avec troubles intellectuels ..	337	49	288 (85,3 %)
— sans troubles intellectuels ..	146	50	96 (65,7 %)
Autres cas	140	44	96 (68,5 %)

REEDUCATION SELON LE TYPE DE L'INFIRMITÉ

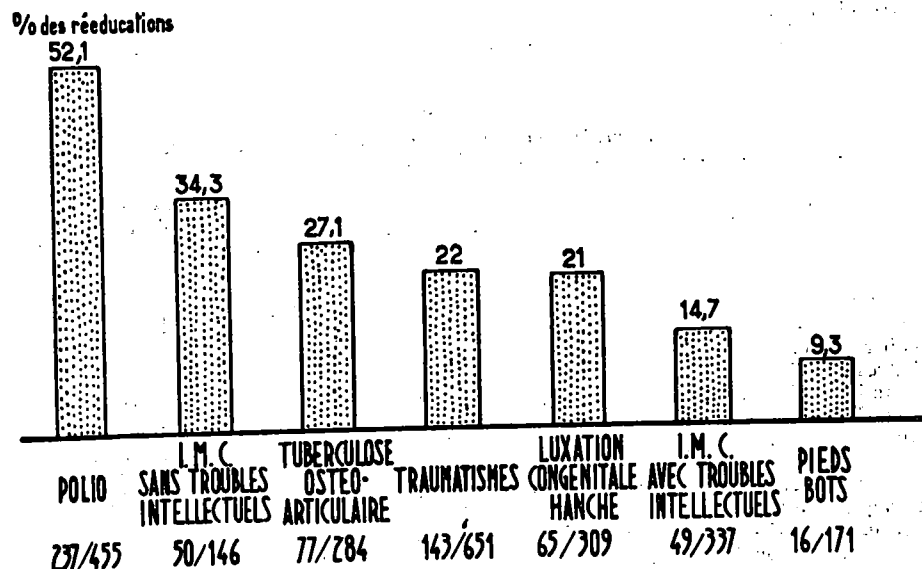


fig.9

réduqués que dans une proportion inférieure à 10 %. Il faut d'ailleurs se souvenir qu'il ne s'agit pas ici d'une statistique de maladies, dont certaines formes frustes peuvent être dispensées de rééducation, mais d'un relevé concernant des infirmes, c'est-à-dire des sujets conservant des séquelles. Il est regrettable qu'ils n'aient pas été plus nombreux à être confiés à des rééducateurs.

L'emploi d'un *appareil* par l'infirmes est noté 793 fois sur 3 147 cas où une réponse à cette question a été donnée (soit un pourcentage de 25,2 %). Il n'a malheureusement pu être précisé de quels appareils il s'agissait, étant donné leur grande variété. Les appareils de soutien, les prothèses, les véhicules spéciaux sont compris dans le terme « appareil ». Un relevé a été fait du nombre et du pourcentage des sujets utilisant un appareil selon les différents types d'infirmité :

TABLEAU 32

Utilisation d'un appareil selon le type de l'infirmité motrice

Fracture ou luxation	30 sur 296	(10 %)
Autres traumatismes	98 sur 363	(27 %)
Tuberculose	83 sur 281	(29,6 %)
Autres infections	26 sur 126	(20,7 %)
Luxation de la hanche	39 sur 315	(12,4 %)
Pieds bots	85 sur 172	(50,6 %)
Autres malformations congénitales	51 sur 202	(25,3 %)
Autres maladies orthopédiques	59 sur 244	(24,2 %)
Poliomyélite	205 sur 468	(43,8 %)
Paralysie obstétricale	1 sur 52	
I.M.C., avec troubles intellectuels	41 sur 343	(12 %)
I.M.C., sans troubles intellectuels	41 sur 145	(28,3 %)
Autres cas	34 sur 140	(24,3 %)

Pour tirer une *conclusion* de cette étude des traitements suivis par les infirmes, il suffit de dire que beaucoup de progrès doivent être réalisés sur ce plan. Il serait injuste cependant de ne pas reconnaître qu'un effort est fait, notamment en matière de rééducation. Les résultats suivants le prouvent ; ils ont été obtenus en divisant les infirmes en 2 groupes : ceux qui avaient plus de 14 ans au moment de l'enquête et ceux qui avaient 14 ans et moins à la même période. Chacun de ces groupes a été étudié en fonction de l'existence ou de l'absence de rééducation.

TABLEAU 33

Rééducation :	Sujets de plus de 14 ans		Sujets de 14 ans et moins	
	N	%	N	%
Non	1 682	76,6	576	67,9
Oui	515	23,4	271	32,1

On voit que le pourcentage des rééducations passe de 23 % pour les cas les plus anciens à 32 % pour les cas les plus récents. Mais ce n'est pas encore suffisant.

CHAPITRE VI

LE MILIEU OU VIT L'INFIRME

Dans ce chapitre sont rapportés les résultats de l'enquête concernant la famille de l'infirme, ses ressources, son habitat et enfin les associations d'infirmes.

1. FAMILLE DE L'INFIRME

Les *dimensions de la fratrie* de l'infirme ont été étudiées compte tenu de ses frères et sœurs vivants d'une part, de ses frères et sœurs décédés d'autre part.

Le tableau 34 concernant la répartition des infirmes selon le nombre de leurs frères et sœurs vivants indique que la proportion de ceux qui ont au moins 4 frères et sœurs vivants (ce qui représente, avec l'infirme, des familles de 5 enfants et plus) est de 34,5 %. Ce pourcentage peut paraître élevé. Mais il suffit de remarquer qu'une famille de 10 enfants court 10 fois plus de risques de compter un enfant infirme qu'une famille avec un enfant unique (toutes choses étant égales par ailleurs). Il aurait fallu disposer ici de témoins pris au hasard dans les mêmes secteurs pour savoir si les dimensions des familles où se trouve un infirme sont différentes de celles des familles tout venant. En l'absence de ces témoins, nous avons rapproché les résultats concernant les infirmes d'une statistique des allocations familiales (régime général).

Il n'y a pas de très grandes différences de répartition. Sans doute, on trouve davantage de familles très nombreuses dans le groupe des infirmes, mais le groupe de référence ne comporte que des enfants de moins de 16 ans, ce qui diminue la dimension d'un certain nombre de familles.

La répartition des infirmes selon le nombre de frères et sœurs vivants varie selon les secteurs. Voici le pourcentage de familles nombreuses (5 enfants et plus) dans les secteurs, classés par ordre d'importance décroissante : Seine-Maritime, 44,8 % ; Aisne, 34,6 % ; Meurthe-et-Moselle, 30,7 % ; Haute-Vienne, 26 % ; Loiret, 25 %.

TABLEAU 34
Importance de la fratrie

Nombre de frères et sœurs vivants	Infirmes		Population de référence (1) (allocations familiales)	
	N	%	N en milliers	%
Aucun	438	14,1	816,3	12,8
1	640	20,6	1 853	29,2
2	630	20,3	1 521,1	23,9
3	417	13,4	968,3	15,2
4	328	10,6	565,4	8,9
5	205	6,6	319,1	5
6	172	5,5	170,1	2,7
7 et plus	274	8,8	149,4	2,3

(1) Annuaire Statistique de la France 1959, p. 320. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Il s'agit d'enfants de moins de 16 ans.

Le tableau 35, concernant le pourcentage de frères et sœurs décédés, montre qu'environ 1 infirme sur 4 compte dans sa fratrie un ou plusieurs décès. Nous n'avons pas trouvé ici de groupe de référence. Le pourcentage le plus élevé a été observé dans le département de la Seine-Maritime ; mais c'est aussi le secteur où il y a le plus de familles très nombreuses.

TABLEAU 35
Frères et sœurs décédés

	Aisne		Loiret		Meurthe-et-Moselle		Seine-Maritime		Haute-Vienne		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aucun	367	76,5	271	78,3	273	71	434	68	990	80,8	2 335	76
1 frère (ou sœur) décédé ..	81	16,9	56	16,2	67	17,4	115	18	157	12,8	476	15,5
2 frères (ou sœurs) décédés ..	22	4,6	16	4,6	41	10,6	55	8,6	60	4,9	194	6,3
3 ou plus	10	2,1	3	0,9	4	1	34	5,3	18	1,5	69	2,2

L'enquête a recherché aussi s'il y avait d'autres infirmes dans la fratrie de celui qui faisait l'objet de l'enquête. Si deux frères et sœurs infirmes étaient compris dans l'enquête en raison de leurs âges et des âges de survenue de l'infirmité, la notion de frère ou sœur infirme n'était comptée qu'une fois. Dans ces conditions, sur 3 119 observations où une réponse était donnée sur ce point, les constatations suivantes ont été faites :

TABLEAU 36

	N	%
Fratries comptant 1 seul infirme	2 905	93,1
Fratries comptant 2 infirmes	181	5,8
Fratries comptant 3 infirmes ou plus	33	1,1
		6,9

La répartition selon les secteurs varie peu. Voici le pourcentage de fratries comptant plusieurs infirmes : Meurthe-et-Moselle, 8,3 % ; Aisne, 7,9 % ; Seine-Maritime, 7,3 % ; Loiret, 7,2 % ; Haute-Vienne, 5,6 %.

D'après le rang occupé par l'infirmes dans la fratrie, le classement suivant a été obtenu :

TABLEAU 37

	N	%
Enfant unique	386	12,6
Aîné de 2 ou plus	775	25,2
2 ^e enfant	744	24,2
3 ^e enfant	461	15
4 ^e enfant	276	9
5 ^e enfant	158	5,1
6 ^e enfant	98	3,2
7 ^e enfant	53	1,7
8 ^e enfant (et rangs plus élevés)	121	3,9

1^{ers} nés : 1 161 = 37,8 %
rang 5 et plus : 430 = 14 %

La proportion de premier-nés est inférieure à 40 % pour l'ensemble de l'enquête. Cette proportion varie évidemment en sens inverse de la proportion des familles nombreuses. Voici la proportion de premier-nés observée dans chacun des secteurs : Loiret, 44,8 % ; Haute-Vienne, 42 % ; Meurthe-et-Moselle, 37,2 % ; Aisne, 31,7 % ; Seine-Maritime, 31 %.

Les corrélations entre le type de l'infirmité et les dimensions de la fratrie d'une part, le rang de l'infirmes dans la fratrie d'autre part, ont été établies. Quelques particularités peuvent être retenues :

a) fréquence des types d'infirmité (classés par ordre de fréquence pour les infirmes enfants uniques et pour les infirmes appartenant à une famille d'au moins 4 enfants :

TABLEAU 38

Enfants uniques (368 cas)		Familles de 4 enfants et plus (1 403 cas)	
1. Malformations cong. ...	100 (25,9 %)	1. Traumatismes	326 (23,2 %)
2. I.M.C.	76 (19,7 %)	2. Malformations cong. ..	305 (21,7 %)
3. Traumatismes	71 (18,4 %)	3. Poliomyélite	191 (13,6 %)
4. Poliomyélite	53 (13,7 %)	4. I.M.C.	182 (13 %)
5. Maladies orthopédiques diverses (1)	29 (7,5 %)	5. Tuberculose	132 (9,4 %)
6. Tuberculose	24 (6,2 %)	6. Maladies orthopédiques diverses (1)	119 (8,5 %)
7. Infections non tuberc. ...	14 (3,6 %)	7. Infections non tuberc. ...	67 (4,8 %)
8. Paralysies obstétric. ...	3 (0,8 %)	8. Paralysies obstétric. ...	26 (1,9 %)

(1) Maladies orthopédiques non traumatiques, non infectieuses, non congénitales.

Les différences de répartition des infirmités motrices d'origine cérébrale (I.M.C.) et des traumatismes dans chacun des 2 groupes sont très significatives. Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de ces différences. Il est logique d'invoquer les difficultés plus grandes de surveillance lorsqu'il y a beaucoup d'enfants dans une famille, d'où la plus grande fréquence des infirmités traumatiques dans les familles nombreuses. Inversement, la naissance en premier d'un enfant malformé peut être un facteur de stérilité volontaire par la suite, d'où la plus grande fréquence des infirmités congénitales parmi les enfants uniques. Quant à la fréquence plus grande des infirmités motrices cérébrales parmi les enfants uniques, elle peut s'expliquer en partie par le même facteur de découragement. Mais il faut tenir compte aussi de l'incidence plus importante des dystocias lors du premier accouchement. Nous reviendrons sur ce point dans le paragraphe suivant, consacré aux corrélations avec le rang dans la fratrie.

b) la fréquence respective des types d'infirmité varie aussi selon le rang de naissance. Le tableau 39 indique cette répartition pour les enfants uniques, pour les aînés de 2 ou plus, pour les enfants de rangs 2, 3 et 4 et enfin pour les enfants de rang égal ou supérieur à 5.

TABLEAU 39
Type de l'infirmité et rang dans la fratrie

Type de l'infirmité	Enfants uniques		Aînés de 2 ou +		Rangs 2 à 4		Rang 5 et plus	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Traumatismes	71	18,4	154	19,9	318	21,3	92	21,4
Tuberculose	24	6,2	78	10	139	9,3	37	8,6
Autres infections	14	3,6	23	3	70	4,7	20	4,7
Malformations	100	25,9	160	20,7	317	21,2	86	20
Autres maladies orthopédiques ..	29	7,5	58	7,5	121	8,1	35	8,1
Poliomyélite	53	13,7	121	15,6	211	14,2	64	14,9
Paralysie obstétricale	3	0,8	18	2,3	30	2	7	1,6
I.M.C.	76	19,7	133	17,2	202	13,6	70	16,3
Autres cas	16	4,1	30	3,9	83	5,6	19	4,4

Si l'on compare les enfants uniques et les aînés de 2 enfants ou plus, qui sont tous des premier-nés, quelques différences apparaissent, liées aux dimensions plus grandes de la fratrie pour les aînés de 2 ou plus. En effet, chez les enfants uniques, les malformations viennent en tête, suivies par les infirmités motrices d'origine cérébrale (I.M.C.). Chez les aînés de 2 ou plus, les malformations restent en tête, mais les traumatismes prennent la seconde place, avant les I.M.C. Pour les enfants de rang supérieur, les traumatismes prennent la première place, suivis par les malformations. Mais la troisième place est occupée par la poliomyélite pour les enfants de rang 2 à 4, alors que les I.M.C. passent avant la poliomyélite pour les enfants de rang égal ou supérieur à 5. Or le pourcentage des poliomyélites est à peu près le même dans les deux cas. C'est la proportion des I.M.C. qui est plus forte parmi les enfants de rang égal ou supérieur à 5 (16,3 % contre 13,6 %). Certes la diffé-

TYPE D'INFIRMITÉ SELON LE RANG DANS LA FRATRIE

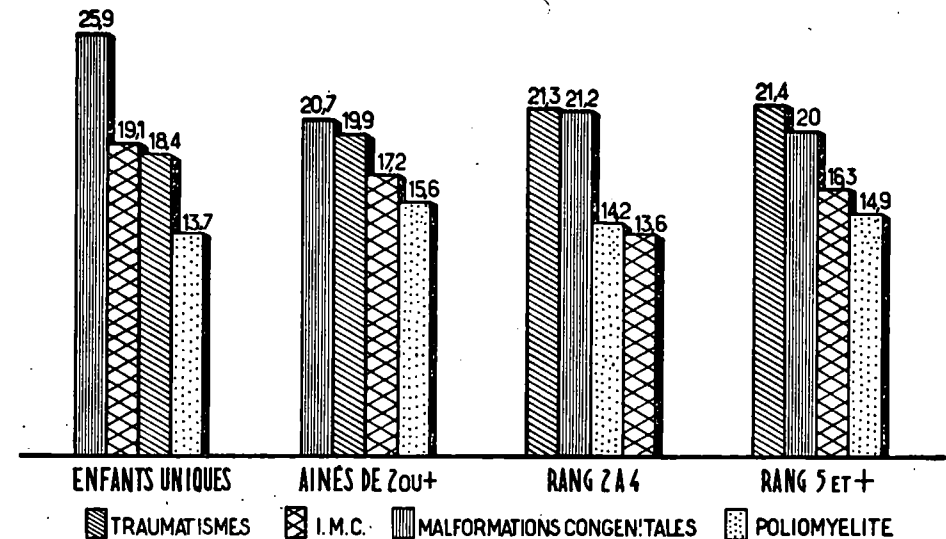


Fig.10

rence est peu marquée, mais elle est en faveur d'une augmentation du risque d'I.M.C. pour les enfants de rang élevé (bien que ce risque soit ici moins important qu'il ne l'est pour les enfants de 1^{er} rang).

Nous avons étudié les corrélations entre le rang de naissance et la notion de naissance difficile. Voici les résultats obtenus :

TABLEAU 40

Naissance difficile	Enfants uniques		Aînés de 2 ou plus		Rangs 2 à 4		Rang 5 et plus	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Non	251	72,6	557	80	1 154	85,6	319	87
Qui	95	27,4	138	20	179	13,4	48	13
	$\chi^2 = 7,7$							

Comme il est classique, le pourcentage des naissances difficiles est plus important pour les premier-nés, ce qui peut expliquer au moins en partie la fréquence plus grande des I.M.C. parmi eux. Mais cette explication n'est plus aussi valable pour les enfants de rang égal ou supérieur à 5. Il est curieux aussi de constater une différence significative entre les enfants uniques et les aînés de 2 ou plus, qui, au point de vue obstétrical, entrent exactement dans la même catégorie, celle des premier-nés. Peut-être les accouchements particulièrement dystociques sont-ils un peu plus fréquents dans la catégorie « enfant unique », ce qui pourrait expliquer précisément le fait que cet enfant soit resté unique.

D'autres corrélations ont été recherchées entre les dimensions de la fratrie et différents points concernant la *scolarité des infirmes, l'enseignement et l'orientation professionnels, le traitement, etc.*

Dans l'ensemble, les données sont moins favorables dans les grandes fratries. Ce n'est pas là un fait particulier aux familles nombreuses comptant un infirme. On sait que, d'une manière générale, les familles nombreuses rencontrent plus de difficultés que les familles restreintes et que, dans différents domaines, la situation des enfants appartenant à de grandes fratries est souvent moins bonne. Les résultats exposés ci-dessous ne comportent, dans un but de simplification, que deux relevés ; l'un concerne les enfants uniques, l'autre ceux qui appartiennent à des familles de 6 enfants ou plus. Les résultats observés pour les familles de 2 à 5 enfants (non rapportés ici) sont en général intermédiaires.

TABLEAU 41
Dimensions de la fratrie et traitement

	Enfant unique		6 enfants ou plus	
	N	%	N	%
L'infirmité a-t-elle été traitée ?				
Non	35	8,1	71	10,7
Oui	397	91,9	590	89,3

NOTA. — La différence n'est pas significative ($\chi^2 = 1,75$).

TABLEAU 42
Dimensions de la fratrie, et résultats de la scolarité

	Enfant unique		6 enfants et plus	
	N	%	N	%
Scolarité terminée				
A niveau	175	67,3	248	58,6
Avec retard de 1 ou 2 ans	52	20	111	26,3
Avec retard de 3 ans ou plus	33	12,7	64	15,1

$\chi^2 = 5,27$

TABLEAU 43
Dimensions de la fratrie et diplômes obtenus
(sujets de moins de 14 ans exclus)

	Enfant unique		6 enfants ou plus	
	N	%	N	%
Diplômes :				
Aucun	149	45,7	388	74,1
Certificat d'études primaires	137	42	119	22,7
Autre diplôme	40	12,3	17	3,2

$\chi^2 = 71,8$

N. B. — Un tableau plus détaillé se trouve à la fin du chapitre VII.

TABLEAU 44
Dimensions de la fratrie et orientation professionnelle

	Enfant unique		6 enfants ou plus	
	N	%	N	%
Orientation professionnelle :				
Non	254	82,5	387	76,4
Oui	54	17,5	119	23,5

$\chi^2 = 3,74$

Ce résultat constitue une exception, puisque les infirmes appartenant à une grande fratrie paraissent ici un peu plus favorisés.

TABLEAU 45
Dimensions de la fratrie et enseignement professionnel

	Enfant unique		6 enfants et plus	
	N	%	N	%
Enseignement professionnel :				
Non	214	68,8	381	74,8
Oui	97	31,2	128	25,1

$\chi^2 = 3,25$.

N. B. — Un tableau plus détaillé se trouve dans le chapitre VIII.

TABLEAU 46
Dimensions de la fratrie et bilan médico-social

	Enfant unique		6 enfants et plus	
	N	%	N	%
Le maximum a-t-il été fait pour la réinsertion sociale de l'infirmes (1)?				
Non	125	29,6	284	45
Oui	297	70,4	346	55

$\chi^2 = 17$.

(1) Les explications concernant cette question sont données au chapitre X.

La différence est ici très significative. Elle amène à conclure que les efforts à faire en faveur des infirmes doivent très largement tenir compte des dimensions de la fratrie à laquelle ils appartiennent.

2. RESSOURCES DE LA FAMILLE DE L'INFIRME

Les enquêtrices n'ont pas tenté de connaître l'importance des ressources de la famille de l'infirmes en interrogeant les intéressés, car ce procédé était voué d'avance à l'échec. Il leur était demandé de tenter de classer les ressources en suffisantes, médiocres ou insuffisantes, d'après le niveau de vie

apparent, ce qui est malheureusement assez vague. Sans doute, les assistantes sociales ont-elles une assez grande habitude de ce genre d'estimation, mais le facteur personnel intervient au maximum.

A ces réserves, il faut en ajouter une autre : les ressources de la famille ont pu varier notablement entre les premiers mois qui ont suivi l'installation de l'infirmité et le moment de l'enquête (elles ont même pu être influencées défavorablement par l'apparition de cette infirmité).

Il convient donc de n'attacher qu'une importance toute relative aux résultats indiqués ici :

TABLEAU 47
Ressources de la famille :

	N	%
Suffisantes	1 764	57,2
Médiocres	1 129	36,7
Insuffisantes	189	6,1

De grandes différences existent selon les secteurs, reflétant plus la manière de juger des enquêteuses que le niveau de vie local. On peut estimer cependant qu'à l'intérieur de chaque secteur le classement établi est valable ; seules, les limites de chaque catégorie sont diverses. Pour l'ensemble, il existe sans doute entre chacune des trois catégories une différence du niveau de vie moyen. Voici les pourcentages des ressources médiocres et insuffisantes relevés dans chacun des secteurs :

TABLEAU 48

	Aisne	Loiret	Meurthe-et-Moselle	Seine-Maritime	Haute-Vienne
Ressources médiocres	54,8 %	15,8 %	18,2 %	32,1 %	43,7 %
Ressources insuffisantes	5,9 %	2,4 %	2,8 %	8,4 %	7,2 %

Un certain nombre de corrélations ont été recherchées : les uns à titre de vérification, les autres à titre d'investigation. Voici deux exemples des premières :

TABLEAU 49
Ressources de la famille

Naissance difficile	suffisantes		médiocres		insuffisantes	
	N	%	N	%	N	%
Oui	97	22,1	66	22,1	8	—
Non	341	77,8	231	77,8	31	—

TABLEAU 50
Dimensions de la fratrie :

Ressources de la famille	Enfant unique		Famille de 6 enfants et plus	
	N	%	N	%
Suffisantes	269	63,9	314	49,2
Médiocres	128	30,4	275	43,1
Insuffisantes	24	5,7	49	7,7

Ces deux corrélations sont conformes à la logique.

Parmi les corrélations établies à titre d'investigation, nous avons retenu les rapprochements suivants : ressources de la famille et type de l'infirmité, ressources de la famille et traitement.

TABLEAU 51
Ressources de la famille et type de l'infirmité

Ressources de la famille	Traumatisme		Tuberculose		Autre infection		Malformations		Poliomyélite		I.M.C.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Suffisantes	449	69,6	146	52,9	74	58,7	374	56,2	264	58,9	226	47,4
Médiocres et insuffisantes	196	30,4	130	47,1	52	41,3	291	43,8	184	41,1	251	52,6

Le plus fort pourcentage de ressources familiales médiocres et insuffisantes se rencontre dans le groupe des infirmités motrices d'origine cérébrale (I.M.C.), puis dans celui des tuberculoses, suivi par celui des malformations. A l'inverse, le plus fort pourcentage de ressources familiales suffisantes se rencontre dans le groupe des infirmités post-traumatiques, puis dans celui des poliomyélites.

Les constatations qui vont suivre (cf tableau 52) démontrent les difficultés rencontrées pour le traitement des infirmes par les familles disposant de faibles ressources, ce qui a été constaté surtout pour les cas les plus anciens. On trouvera d'autre part, au chapitre X, l'établissement de corrélations entre les ressources de la famille et les réponses apportées aux questions suivantes :

1. Le maximum a-t-il été fait pour la réinsertion sociale de l'infirme?
2. Dans la négative, quelles mesures auraient été souhaitables?

Soulignons dès maintenant la complexité de ces problèmes. En effet, le maximum a pu être fait dans plus de la moitié des cas où les ressources étaient médiocres et dans plus du 1/3 des cas où elles étaient insuffisantes. D'autre part, c'est dans moins de la moitié des cas avec ressources insuffisantes qu'une aide financière aurait été utile. La réinsertion des infirmes ne se réduit évidemment pas à un problème pécuniaire.

TABLEAU 52
Ressources de la famille et traitement de l'infirmes

	Suffisantes		Ressources Médiocres		Insuffisantes	
	N	%	N	%	N	%
L'infirmes a-t-il été traité ?						
Non	111	6,4	133	11,8	29	15,3
Oui	1 637	93,6	992	88,2	160	84,7
			Ressources			
	Suffisantes		Médiocres		Insuffisantes	
	N	%	N	%	N	%
Traitement chirurgical et orthopédique						
Non	463	26,6	433	38,6	74	39,6
Oui	1 280	73,4	689	61,4	113	60,4
			Ressources			
	Suffisantes		Médiocres		Insuffisantes	
	N	%	N	%	N	%
Rééducation						
Non	1 222	70,9	869	77,8	157	84,9
Oui	502	29,1	248	22,2	28	15,1

Parmi les ressources familiales peuvent figurer des allocations accordées en raison de l'infirmité, telles que pension d'invalidité et fonds d'assistance. Le relevé ci-dessous fait état de la fréquence de ces allocations spéciales (à l'exclusion des allocations familiales, versées quel que soit l'état sanitaire et social).

TABLEAU 53
Allocations spéciales

	N	%
Familles (ou infirmes) percevant des allocations spéciales.	803	27,4
Familles (ou infirmes) ne percevant pas d'allocations spéciales	2 120	72,6

Le pourcentage le plus élevé d'allocations spéciales a été observé dans les secteurs de la Haute-Vienne (34,8 %) et du Loiret (30,7 %). Ensuite viennent les secteurs de la Seine-Maritime (26,1 %) et de la Meurthe-et-Moselle (20,5 %). Le secteur de l'Aisne vient en dernier (15,1 %).

Le pourcentage des bénéficiaires de ces allocations varie beaucoup selon les types d'infirmité. On trouve au premier rang les infirmités motrices d'origine cérébrale, avec 197 bénéficiaires d'allocations spéciales sur 507 (38,8 %), suivies par les infirmités d'origine traumatique (250 sur 673, soit 37,2 %). La rubrique « maladies orthopédiques diverses » compte 58 allocataires sur 259 (22,4 %), et la poliomyélite 81 sur 478 (16,9 %). Aux derniers rangs viennent les infirmités motrices par tuberculose (46 sur 300, soit 15,3 %) et les infirmités par malformation congénitale (81 sur 715, soit 11,3 %).

Avec qui vit l'infirmes ?

La réponse à cette question a été précisée dans 3 083 observations. Voici la répartition observée :

TABLEAU 54

	N	%
Vit avec ses parents (1 ou 2)	2 108	68,4
Vit dans un milieu familial de substitution	94	3
Vit seul	70	2,3
Marié	715	23,2
Vit en institution	96	3,1

3. ENFANTS DE L'INFIRME

Le nombre des infirmes ayant un ou plusieurs enfants est de 576. Sur ces 576 infirmes ayant un ou plusieurs enfants, 543 ont des enfants non atteints d'infirmité motrice et 33 (5,7 %) un ou plusieurs enfants atteints d'infirmités motrices, avec ou sans enfants normaux. La répartition selon le sexe de l'infirmes est la suivante :

a) Infirmes de sexe masculin (sujets trop jeunes exclus) : n'ayant pas d'enfant, 1 016 (74,1 %) ; ayant un ou plusieurs enfants non atteints d'infirmité motrice, 343 (25 %) ; ayant un ou plusieurs enfants atteints d'infirmité motrice, 12 (0,9 %).

b) Infirmes du sexe féminin (sujets trop jeunes exclus) : n'ayant pas d'enfant, 505 (69,5 %) ; ayant un ou plusieurs enfants non atteints d'infirmité motrice, 200 (27,6 %) ; ayant un ou plusieurs enfants atteints d'infirmité motrice, 21 (2,9 %).

4. RENSEIGNEMENTS SUR L'HABITAT

Les données recueillies sur ce point sont assez succinctes. L'enquêteuse devait porter une appréciation sur l'état de cet habitat et le classer dans l'une des 3 catégories : correct, médiocre, taudis. Elle devait aussi se renseigner sur l'équipement en eau courante (avec ou sans salle d'eau). Cette question avait été posée en vue d'étudier les possibilités de pratiquer à domicile certaines manœuvres de rééducation dans l'eau. Les résultats obtenus sont exposés dans le tableau 55.

TABLEAU 55
Eau courante et salle d'eau

	Aisne		Loiret		Meurthe-et-Moselle		Seine-Maritime		Haute-Vienne		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ni eau courante ni salle d'eau	230	49,8	25	7,7	26	6,9	315	49,8	622	51,7	1 218	40,6
Eau courante seulement	174	37,7	190	58,2	267	71,2	218	34,5	432	35,9	1 281	42,8
Eau courante et salle d'eau	58	12,6	111	34,1	82	21,9	99	15,6	149	12,4	499	16,6

Etat de l'habitat

Habitat	Aisne		Loiret		Meurthe-et-Moselle		Seine-Maritime		Haute-Vienne		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Correct	289	62,2	263	78,7	288	75,4	436	69	505	42,1	1 781	59,2
Médiocre	160	34,4	66	19,8	88	23	148	23,4	651	54,2	1 113	36,9
Taudis	16	3,4	5	1,5	6	1,7	48	7,6	44	3,7	119	3,9

On voit que les taudis sont relativement rares, mais que les habitats médiocres sont fréquents (plus du 1/3 des cas pour l'ensemble de l'enquête). Les secteurs à prédominance rurale sont les plus défavorisés, surtout la Haute-Vienne et l'Aisne. D'ailleurs, l'étude de la répartition des habitats selon le lieu de résidence confirme que les petites localités comptent le plus fort pourcentage d'infirmités mal logés :

TABLEAU 56

Résidence	Nombre total de cas précisés		Habitat médiocre	Taudis
Ville	1 316	dont.....	385 (29,2 %)	43 (3,3 %)
Banlieue	282	dont.....	71 (25,2 %)	6 (2,1 %)
Bourg	292	dont.....	99 (33,9 %)	15 (5,1 %)
Village	773	dont.....	370 (47,8 %)	29 (3,8 %)
Hameau	263	dont.....	140 (53,2 %)	16 (6,1 %)

Les résultats concernant l'eau courante sont peu satisfaisants : en effet, dans les secteurs les plus favorisés (Meurthe-et-Moselle, Loiret), notre enquête a trouvé que 7 % des logements où vit un infirme n'ont pas l'eau courante et que, dans les 3 autres secteurs, cette proportion est au voisinage de 50 %. La répartition selon le lieu de résidence confirme la mauvaise situation pour les villages, hameaux et habitations isolées.

TABLEAU 57

Ville	absence d'eau courante	195 fois sur 1 304 (15 %)
Banlieue	—	58 fois sur 280 (20,7 %)
Bourg	—	128 fois sur 294 (43,5 %)
Village	—	556 fois sur 773 (71,8 %)
Hameau	—	203 fois sur 261 (77,8 %)
Maison isolée	—	77 fois sur 87

5. ASSOCIATIONS D'INFIRMES

On connaît le rôle très utile de ces associations, tant au point de vue général, par leurs campagnes auprès de l'opinion, qu'au point de vue indivi-

duel, par les services qu'elles peuvent rendre à leurs membres. Or notre enquête a prouvé qu'un petit nombre d'infirmités faisaient partie de ces associations (11,9 %).

TABLEAU 58
L'infirme fait-il partie d'une association?
(sujets trop jeunes exclus)

Association	Aisne		Loiret		Meurthe-et-Moselle		Seine-Maritime		Haute-Vienne		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Non.....	391	95,6	232	70	276	77,7	527	88,4	1 071	93,6	2 497	88
Oui.....	18	4,4	100	30	79	22,3	69	11,6	73	6,4	339	11,9

Comme on pouvait s'y attendre, le pourcentage des infirmités inscrits à une association est plus élevé dans les 2 secteurs urbains (Loiret et Meurthe-et-Moselle).

CHAPITRE VII

SCOLARITÉ DES INFIRMES

L'un des points capitaux de l'aide aux jeunes infirmes est de leur assurer une bonne scolarité, dont ils ont besoin plus que quiconque en vue de leur activité professionnelle future. Les rubriques suivantes ont été étudiées : modalités d'enseignement, acquisition des connaissances élémentaires, bilan de la scolarité, diplômes obtenus.

1. MODALITÉS D'ENSEIGNEMENT

Les établissements ordinaires d'enseignement ont été fréquentés par environ 90 % des infirmes âgés de plus de 6 ans (tableau 59). Quelques variations locales peuvent être enregistrées, en faveur de l'enseignement secondaire dans les 2 secteurs urbains (Meurthe-et-Moselle, Loiret) et en faveur des cours complémentaires en Meurthe-et-Moselle et en Haute-Vienne.

TABLEAU 59
Modalités d'enseignement
(enfants âgés de moins de 6 ans exclus)

	Aisne		Loiret		Meurthe-et-Moselle		Seine-Maritime		Haute-Vienne		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Enseignement primaire ..	379	83,7	263	74,4	297	73,5	539	83,2	913	77	2 391	78,4
Enseignement secondaire ..	15	3,3	48	13,5	43	10,7	26	4	80	6,8	212	7
Cours complémentaire ..	11	2,4	7	1,9	29	7,2	7 $\frac{1}{2}$	1,1	75	6,3	129	4,2
Instruction spéciale (1) ..	7	1,5	17	1,7	8	2	17	2,6	20	1,7	69	2,3
Aucun enseignement	41	9,1	24	6,6	27	6,6	59	9,1	97	8,2	248	8,1

(1) Instruction donnée dans un centre spécial pour infirme ou à domicile. Les sujets comptés ici sont ceux qui ont reçu *seulement* l'un de ces modes d'enseignement.

Le pourcentage des infirmes qui n'ont reçu aucune instruction est partout inférieur à 10 % ; mais il s'agit là d'un pourcentage global, quel que soit l'âge auquel l'infirmité est survenue. Pour les infirmités congénitales ou à début précoce, le pourcentage d'absence d'instruction s'élève à 16,2 %, alors qu'il est inférieur à 1 % pour les infirmes devenus tels après 14 ans (tableau 60).

TABLEAU 60
Modalités d'enseignement selon l'âge au début de l'infirmité
(enfants âgés de moins de 6 ans exclus)

Enseignement	Début de l'infirmité constaté :					
	Avant l'âge de 2 ans		Entre 2 et 13 ans		Entre 14 et 20 ans	
	N	%	N	%	N	%
Enseignement primaire	790	70,8	983	81	550	90
Enseignement secondaire	61	5,5	100	8,2	41	6,7
Cours complémentaire	47	4,2	58	4,8	19	3,1
Instruction spéciale (1)	35	3,1	30	2,5	0	—
Aucun	181	16,2	41	3,4	1	0,2

(1) Instruction dans un centre spécial pour infirmes ou instruction à domicile. Les sujets comptés ici sont ceux qui ont reçu seulement l'un de ces modes d'instruction, à l'exclusion de l'enseignement primaire, secondaire ou complémentaire à un moment quelconque.

Selon le type d'infirmité, on a pu constater de grandes inégalités : le taux le plus élevé d'absence d'instruction a été relevé dans la rubrique « infirmités motrices d'origine cérébrale » (I.M.C.) : il est de 39,7 % (180 sur 454). Pour tous les autres types d'infirmité, le pourcentage d'absence d'instruction est inférieur à 7 %. Le plus faible s'observe dans les rubriques « traumatismes » et « infections non tuberculeuses » groupant, comme on l'a vu, une majorité de sujets devenus infirmes après l'âge de 10 ans. Mais pour la poliomyélite, dont la majorité des cas survient avant 5 ans, c'est-à-dire avant l'âge de l'obligation scolaire (6 ans), il est remarquable de ne trouver que 2 % d'absence d'instruction. De plus, c'est parmi les anciens poliomyélitiques que se rencontre l'un des plus forts pourcentages de sujets suivant l'enseignement secondaire. Ils ne sont dépassés sur ce point que par les sujets atteints d'infirmités motrices d'origine cérébrale (sans troubles intellectuels, bien entendu).

Selon le lieu de résidence, il a été reconnu que l'absence de toute instruction se rencontre plus souvent dans les bourgs que dans les villes, et plus souvent dans les villages et hameaux que dans les bourgs (tableau 62). Cependant, les différences sont peu importantes. Ceci laisse supposer qu'il s'agit moins de difficultés de transport que du manque de moyens spéciaux d'instruction pour certaines catégories d'infirmités, spécialement pour ceux qui ont une atteinte cérébrale (sinon le pourcentage de non-fréquentation scolaire serait beaucoup plus élevé dans les secteurs ruraux, particulièrement pour les hameaux et les maisons isolées, souvent séparés de l'école par une très longue distance).

TABLEAU 61
Modalités d'enseignement selon le type d'infirmité
(sujets âgés de moins de 6 ans exclus)

Enseignement	Traumatismes		Tuberculose		Autres infections		Luxation congénit. hanche		Pieds bots		Autres malform. congénit.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaire	573	87,5	240	83	116	91,3	252	83,6	130	85,4	148	80
Secondaire	41	6,3	19	6,6	4	3,2	27	9	6	4	9	4,9
Complémentaire	29	4,4	13	4,5	4	3,2	12	4	8	5,3	9	4,9
Spécial (seul)	5	0,7	8	2,8	2	1,6	3	1	2	1,3	6	3,2
Aucun	7	1,1	9	3,1	1	0,8	7	2,3	6	4	13	7

Enseignement	Autres maladies orthopéd.		Poliomyélite		Paralysie obstétric.		I.M.C. avec troubles intellect.		I.M.C. sans troubles intellect.		Autres cas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaire	203	82,9	348	77,8	41		123	39,9	106	73,6	106	78
Secondaire	16	6,5	55	12,3	3		0	—	19	13,2	13	9,6
Complémentaire	16	6,5	27	6	5		0	—	3	2,1	1	0,7
Spécial (seul)	6	2,4	8	1,8	1		14	4,5	8	5,6	7	5,1
Aucun	4	1,6	9	2	2		172	55,6	8	5,6	9	6,6

TABLEAU 62
Modalités d'enseignement selon le lieu de résidence de l'infirme
(enfants de moins de 6 ans exclus)

Enseignement	Ville		Banlieue		Bourg		Village		Hameau		Maison isolée	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaire	1 005	73,6	236	80	232	80	626	83,7	215	84,4	70	82,4
Secondaire	144	10,5	17	5,8	15	5,2	28	3,8	6	2,3	2	2,3
Complémentaire	73	5,3	16	5,4	14	4,8	16	2,2	7	2,7	3	3,5
Spécial (seul)	38	2,8	6	2	6	2,1	12	1,6	5	2	2	2,3
Aucun	107	7,8	20	6,8	23	7,9	65	8,7	22	8,6	8	9,4

Cependant un argument peut être avancé contre cette hypothèse : les sujets qui ont une atteinte isolée grave (ou moyenne) des deux membres inférieurs accusent un pourcentage d'absence de fréquentation scolaire nettement supérieur à celui des sujets qui ont une atteinte isolée grave (ou moyenne) des membres supérieurs. Les atteintes légères des membres supérieurs n'ont entraîné aucune absence de scolarité et les atteintes légères des deux membres inférieurs un faible pourcentage seulement. Les sujets dont le niveau mental est nul ont été exclus pour l'établissement de ces corrélations, afin de mettre en évidence le résultat du handicap physique seul (tableau 63).

TABLEAU 63

Modalités d'enseignement selon l'atteinte anatomique des membres
(sujets de moins de 6 ans et sujets de niveau mental nul exclus)

MSD = membre supérieur droit, MSG = membre supérieur gauche

Enseignement	Atteinte isolée grave (ou moyenne)				Atteinte isolée légère			
	MSD		MSG		MSD		MSG	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaire	152	86,3	151	87,7	94	90,5	80	84,2
Secondaire	10	5,7	11	6,4	8	7,7	11	11,5
Complémentaire	10	5,7	7	4,1	2	1,9	4	4,2
Spécial (seul)	2	1,1	2	1,2	0	—	0	—
Aucun	2	1,1	1	0,6	0	—	0	—

Enseignement	Atteinte isolée grave (ou moyenne) des 2 membres inférieurs		Atteinte isolée légère des 2 membres inférieurs	
	N	%	N	%
	Primaire	111	73,1	166
Secondaire	10	6,6	19	9,5
Complémentaire	10	6,6	10	5
Spécial (seul)	8	5,3	4	1,9
Aucun	13	8,5	2	1

La rubrique « enseignement spécial pour infirmes » ne compte qu'un faible pourcentage de cas et l'on devrait arriver à l'augmenter aux dépens de la rubrique « aucun enseignement ». Il convient cependant de préciser que les cas où l'infirmes a bénéficié d'un enseignement spécial ne sont pas tous inscrits sous cette rubrique dans les tableaux précédents, car les infirmes qui ont pu, à une certaine période, fréquenter un établissement scolaire ordinaire sont portés dans ces rubriques. Pour apprécier exactement la proportion d'infirmes ayant suivi un enseignement spécial soit comme seul moyen d'instruction, soit après ou avant un autre mode, un dépouillement particulier a été effectué, dont voici le résultat (sujets de moins de 6 ans exclus).

TABLEAU 64
Enseignement spécial

	N	%
0. Pas d'enseignement spécial	2 890	95,7
1. Classe de perfectionnement pour retardés	20	0,7
2. Centres pour infirmes avec enseignement	58	1,9
3. Internat médico-pédagogique	21	0,7
1 + 2	6	
1 + 3	1	0,3
2 + 3	1	
Enseignement à domicile	20	0,7

La proportion des bénéficiaires d'un enseignement spécial n'en est pas moins très faible et il est souhaitable qu'elle s'accroisse. En fait, cette proportion n'augmente que très lentement : les bénéficiaires d'un enseignement spécial étaient au nombre de 44 sur 902 (4,9 %) pour les infirmes nés entre 1920 et 1929, de 29 sur 1 131 (2,6 %) pour ceux qui sont nés entre 1930 et 1939, et enfin de 46 sur 826 (5,6 %) pour ceux dont la date de naissance se situe entre 1940 et 1949.

2. ACQUISITION DES CONNAISSANCES ÉLÉMENTAIRES

Le tableau 65 indique la répartition des infirmes âgés de 14 ans et plus en fonction des connaissances élémentaires (lecture, écriture, calcul).

TABLEAU 65
Lecture courante, écriture, calcul
(sujets de moins de 14 ans exclus)

	N	%
Savent lire, écrire et compter	2 097	87
Savent lire et écrire	5	0,2
Savent lire seulement	15	0,6
Savent lire et compter	16	0,7
Savent compter seulement	17	0,7
Ne savent ni lire, ni écrire, ni compter	259	10,8

La proportion des illettrés est donc égale à 10,8 %, ce qui est élevé, car dans la population générale, elle se situe aux environs de 1 % (1). Parmi les 259 illettrés, figurent 198 sujets dont le niveau mental a été considéré comme nul. Selon le type d'infirmité, on constate une fois encore de grandes inégalités. Par exemple, le pourcentage des illettrés parmi les infirmes par traumatisme est de 1,7 % (11 sur 637) ; parmi les poliomyélitiques, il est aussi de 1,7 % (7 sur 417). Il s'élève à 4,6 % (26 sur 570) parmi les infirmes par malformation congénitale. Enfin le pourcentage le plus fort se trouve parmi les sujets atteints d'infirmité motrice d'origine cérébrale (67 sur 252, soit 26,5 %). Il est à noter que ces pourcentages, contrairement à celui du tableau 65, ont été calculés après exclusion des infirmes dont le niveau mental a été reconnu nul.

3. BILAN DE LA SCOLARITÉ

Ce bilan a été établi par les enquêteuses d'après les renseignements recueillis auprès du Corps enseignant. Les infirmes âgés de plus de 14 ans, ayant donc terminé le temps légal de la scolarité obligatoire, ont été classés

(1) D'ailleurs, parmi les infirmes devenus tels après 14 ans, la proportion des illettrés n'est que de 1,5 % (9 sur 615).

en sujets à niveau et sujets en retard (au point de vue scolaire). Le tableau 66 indique la répartition obtenue selon le lieu de résidence de l'infirm.

TABLEAU 66
Bilan de la scolarité selon le lieu de résidence
(sujets de moins de 14 ans exclus)

	Ville		Banlieue		Bourg		Village		Hameau et maison isolée	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Scolarité terminée										
à niveau.....	573	68,2	115	67,3	119	63,6	276	57	128	57,4
retard 1 an.....	102	12,1	31	18,1	23	12,3	71	14,6	28	12,6
retard 2 ans.....	71	8,4	6	3,5	13	7	53	10,9	27	12,1
retard 3 ans (et plus).....	95	11,3	19	11,1	32	17,1	85	17,5	40	17,9

On voit que la fréquence des bons résultats (sujets à niveau) diminue avec la concentration de la population où vit l'infirm. Ils sont au maximum dans les villes (68 %) et au minimum dans les villages et hameaux (57 %). Les retards importants (3 ans et plus) sont surtout fréquents dans les petites agglomérations (bourgs, villages, hameaux), où ils dépassent 17 %.

Selon le type d'infirmité le plus fort pourcentage de retards scolaires importants (3 ans et plus) s'observe parmi les infirmes par lésions cérébrales (69 cas sur 161, soit 42,8 %), et le plus faible parmi les sujets devenus infirmes à la suite d'un traumatisme (39 cas sur 536, soit 7,3 %). Ce dernier résultat n'a rien de surprenant, puisque la majorité des traumatismes sont survenus après l'âge de 14 ans. Voici quelques autres données concernant les retards scolaires importants :

Infirmité motrice par tuberculose : 27 sur 200 (13,5 %).

Luxation congénitale de la hanche : 23 sur 198 (11,6 %).

Pieds bots : 9 sur 76.

Autres malformations congénitales : 16 sur 95 (16,8 %).

Poliomyélite : 38 sur 282 (13,5 %).

4. DIPLOMES

Le tableau 67 ne comporte que des infirmes âgés de plus de 13 ans. La proportion de ceux qui n'ont obtenu aucun diplôme est de 59 % pour l'ensemble de l'enquête (avec un maximum dans le secteur de la Seine-Maritime et un minimum dans celui du Loiret).

La référence à la population générale n'est donnée qu'à titre indicatif : notre enquête en effet ne compte que des infirmes âgés de moins de 35 ans, alors que la population générale (France entière) comporte une forte proportion de sujets plus âgés.

TABLEAU 67
Diplômes
(sujets de moins de 14 ans exclus)

	Aisne		Loiret		Meurthe-et-Moselle		Seine-Maritime		Haute-Vienne		Les 5 départem.		Popul. génér.
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Aucun.....	208	63	130	49	210	67,5	355	69,5	520	51,9	1423	59	49
Certificat d'études primaires.....	118	35,7	100	37,7	80	25,7	141	27,6	361	36	800	33	40
Brevet.....	3	0,9	12	4,5	10	3,2	8	1,6	38	3,8	71	2,9	4
Dipl. d'enseignem. technique.....	0	—	3	1,1	1	0,3	1	0,2	56	5,6	61	2,5	5,2
Baccalauréat.....	1	0,3	17	6,4	8	2,6	5	1	14	1,4	45	1,9	2,5
Dipl. d'enseignem. supérieur.....	0	—	3	1,1	1	0,3	1	0,2	13	1,3	18	0,8	1,5
Autres.....	0	—	0	—	1	0,3	0	—	0	—	1	0,04	3

Mais il a été possible de constituer une sorte de série témoin, pour permettre une comparaison directe. On a isolé les sujets devenus infirmes après l'âge de 14 ans. S'ils n'avaient pas obtenu leur certificat d'études primaires,

PROPORTION DE DIPLOMÉS SELON L'ÂGE DU DÉBUT DE L'INFIRMITÉ

☐ : CERTIFICAT D'ÉTUDES PRIMAIRES

▨ : AUTRES DIPLOMES

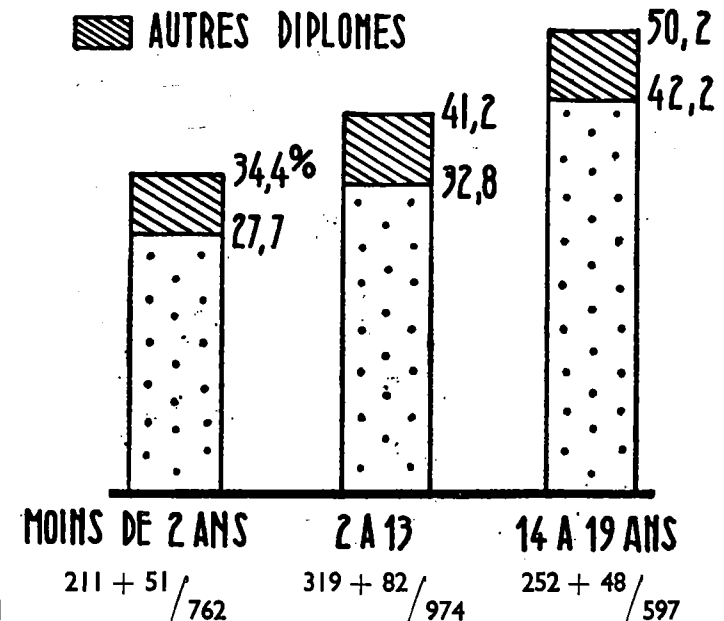


Fig. 11

qui se passe à 13 ans, ce fait ne peut évidemment être imputé à leur infirmité : ils peuvent donc être considérés comme représentatifs de l'ensemble des sujets âgés de moins de 35 ans dans les secteurs étudiés. Voici la répartition observée (cf aussi figure 11) : sur 597 sujets devenus infirmes entre 14 et 20 ans, 297 n'avaient aucun diplôme (49,8 %), 252 avaient le certificat d'études primaires (42,2 %) et 48 un autre diplôme (8 %).

Le tableau 68 indique la répartition des diplômés et des non-diplômés selon l'âge au début de l'infirmité, mais aussi selon le lieu de résidence, urbain ou rural (à l'exclusion des cas intermédiaires, c'est-à-dire des habitants des bourgs ou très gros villages).

Le groupe A ne comporte que des infirmes devenus tels avant l'âge de 14 ans. Cette infirmité précoce a pu les gêner pour la préparation du certificat d'études primaires.

Le groupe B ne comporte que des sujets devenus infirmes à l'âge de 14 ans ou plus tard. Ils constituent, comme nous l'avons vu plus haut, une série témoin.

TABLEAU 68

Diplômes selon que l'infirmité a débuté avant ou après l'âge de 13 ans (enfants âgés de moins de 13 ans au moment de l'enquête exclus)

	Milieu rural				Milieu urbain			
	A		B		A		B	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Aucun diplôme.....	391	66,1	106	58,9	436	59,6	132	47,5
Certificat d'études primaires.....	177	29,9	64	35,5	206	28,1	119	42,8
Brevet.....	8	1,4	3	1,7	31	4,2	10	3,6
Diplôme d'enseignement technique.....	9	1,5	7	3,9	26	3,6	9	3,2
Baccalauréat.....	5	0,8	0	—	25	3,4	6	2,1
Diplôme d'enseignement supérieur.....	2	0,3	0	—	8	1,1	1	0,4
Autre diplôme.....	0	—	0	—	0	—	1	0,4

A = Début avant 13 ans (13 ans compris).

B = Début après 13 ans (13 ans non compris).

En comparant les groupes ainsi constitués, on peut faire les constatations suivantes :

a) En ville, le certificat d'études primaires n'a été obtenu que par 28 % des sujets devenus infirmes avant 13 ans, alors que les infirmes devenus tels après cet âge ont obtenu ce diplôme dans une proportion de 43 %. Cette différence, très significative ($\chi^2 = 11,6$), mesure le retentissement sur ce point du handicap que constitue l'infirmité précoce.

b) A la campagne, la différence est beaucoup moins importante. Ceci est dû au fait que les « témoins » (sujets devenus infirmes après 13 ans) ont obtenu le certificat d'études primaires dans une proportion beaucoup plus faible que les habitants des villes, ce qui est un phénomène habituel. La performance accomplie par les infirmes ruraux atteints précocement, qui ont obtenu le certificat d'études dans une proportion voisine de celle des infirmes urbains de la même catégorie, n'en est que plus remarquable.

Un dernier point a été précisé en ce qui concerne les diplômes, c'est leur répartition selon le type de l'infirmité (tableau 69).

TABLEAU 69

Diplômes selon le type de l'infirmité (sujets âgés de moins de 14 ans exclus)

	Fracture ou luxation		Autres traumatismes		Tuberculose		Autres infections		Luxation de la hanche		Pieds bots		Autres malform. congénit.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pas de diplôme	124	47,2	188	54,8	140	59,3	61	59,3	132	55,3	58	60,4	58	51,8
C.E.P.	122	46,4	131	38,2	81	34,4	34	33	85	35,7	33	34,4	42	37,5
Brevet.....	5	1,9	10	2,9	4	1,7	4	3,9	10	4,2	2	2,1	3	2,7
Ens. techn....	8	3	10	2,9	4	1,7	3	2,9	3	1,3	2	2,1	6	5,4
Baccalauréat .	3	1,1	3	0,9	6	2,5	1	0,9	7	2,9	1	1	3	2,7
Ens. supér. ...	1	0,4	1	0,3	1	0,4	0	—	1	0,4	0	—	0	—
	Autres maladies orthopéd.		Polio-myélite		Paralysie obstétric.		I.M.C. avec troubles intellect.		I.M.C. sans troubles intellect.		Autres infirmités			
	N	%	N	%	N		N	%	N	%	N	%	N	%
Pas de diplôme	114	58,7	160	48,5	17		226	98,7	62	60,2	68	59,2		
C.E.P.	69	35,5	125	36,1	7		3	1,3	30	29,1	36	31,3		
Brevet.....	6	3,1	16	4,6	2		0	—	6	5,8	2	1,7		
Ens. technique	3	1,5	17	4,9	3		0	—	0	—	2	1,7		
Baccalauréat .	1	0,5	12	3,5	0		0	—	3	2,9	5	4,3		
Ens. supér. ...	1	0,5	8	2,3	0		0	—	2	1,9	2	1,7		

C.E.P. = Certificat d'études primaires.

D'une manière assez inattendue, le groupe le plus défavorisé est celui des pieds bots congénitaux, avec 60 % de non-diplômés (sur un total de 96 cas seulement, il est vrai). Les infirmités motrices par tuberculose accusent un pourcentage pratiquement identique. Il en va de même pour les infirmités motrices d'origine cérébrale sans troubles intellectuels. Mais si l'on considère l'ensemble de ces infirmes, quel que soit leur état intellectuel, la proportion des non-diplômés s'élève à 86,7 % (288 sur 332). A l'inverse, la plus forte proportion de diplômes se trouve chez les infirmes à la suite d'une fracture (ou luxation non congénitale) et chez les poliomyélitiques. Pour ces derniers, le pourcentage des certificats d'études primaires est plus faible, mais la proportion des autres diplômes (notamment baccalauréat et diplômes d'enseignement supérieur) est beaucoup plus élevée.

5. DIMENSION DE LA FAMILLE ET SCOLARITÉ

Il faut signaler que les résultats sont moins bons pour les infirmes appartenant à des familles nombreuses qu'ils ne le sont pour les fratries réduites. Ceci n'apparaît pas pour les connaissances élémentaires (lecture, écriture,

calcul), puisque le pourcentage des infirmes ne sachant ni lire ni écrire est égal à 6,1 (22 sur 361) pour les enfants uniques et à 6,5 (37 sur 572) pour ceux qui appartiennent à des fratries de 6 ou plus. Mais pour les diplômés, la différence est très marquée (tableau 70). La proportion d'absence de tout diplôme croît avec l'augmentation de la fratrie de l'infirmes, passant de 45,7 % pour le groupe « infirme enfant unique » à 74 % pour le groupe des infirmes appartenant à une fratrie de 6 et plus. De plus, parmi les diplômés, la proportion de ceux qui ont obtenu des diplômes supérieurs au certificat d'études primaires est, elle aussi, nettement plus faible dans le groupe des grandes fratries.

TABLEAU 70

Diplômes selon les dimensions de la fratrie de l'infirmes
(sujets âgés de moins de 14 ans exclus)

	Nombre d'enfants											
	1		2		3		4		5		6 et plus	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aucun diplôme	149	45,7	224	49,2	232	51,8	186	60,2	156	61,2	388	74
C.E.P.	137	42	171	37,5	178	39,8	102	33	86	33,7	119	22,8
Brevet	15	4,6	26	5,7	11	2,5	7	2,3	4	1,6	7	1,3
Enseignement technique	14	4,3	15	3,3	15	3,3	6	1,9	5	2	5	0,95
Baccalauréat	6	1,8	15	3,3	7	1,6	7	2,3	3	1,2	5	0,95
Enseignement supérieur	5	1,5	5	1,1	5	1,1	1	0,3	1	0,4	0	0

C.E.P. = Certificat d'études primaires.

Ce phénomène n'est pas particulier aux familles comportant un infirme. Mais il doit inciter à se préoccuper tout particulièrement de la scolarité des infirmes appartenant à une famille nombreuse puisqu'ils risquent, en tant que tels, de rencontrer des difficultés spéciales, et qu'une bonne scolarité est particulièrement importante pour un sujet frappé d'infirmité motrice.

CHAPITRE VIII

TRAVAIL ET PROFESSIONS

Ce chapitre comprend l'étude de l'orientation et de la formation professionnelle des sujets atteints d'infirmité motrice et un aperçu sur l'activité des infirmes qui ont fait l'objet de l'enquête, ainsi que sur les professions qu'ils exercent.

1. ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Sur 2 290 sujets atteints d'infirmité motrice, âgés de plus de 14 ans, et pour lesquels ce renseignement a été obtenu, 468 seulement (soit 1 sur 5 environ) ont passé un examen d'orientation professionnelle. Pour la majorité d'entre eux (311), l'examen a été fait alors qu'ils étaient déjà infirmes, donc en tenant compte de cette infirmité.

TABLEAU 71

Orientation professionnelle
(sujets âgés de moins de 14 ans exclus)

Orientation professionnelle	Aisne		Loiret		Meurthe-et-Moselle		Seine-Maritime		Haute-Vienne		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Non	239	75	185	73,4	169	63,8	430	88,5	799	82,7	1 822	79,6
Oui avant maladie	10	3,1	8	3,2	3	1,1	5	1	24	2,5	50	2,2
Oui après maladie	66	20,7	38	15,1	49	18,5	44	8,9	134	13,8	331	14,4
Oui sans précision	4	1,2	21	8,3	44	16,6	8	1,6	10	1	87	3,8

Le pourcentage d'orientés varie selon les secteurs. Le plus favorisé est un secteur urbain, celui de la Meurthe-et-Moselle. Mais l'autre secteur urbain, celui du Loiret, n'est guère plus favorisé que le secteur de l'Aisne, à prédominance rurale. Nous ne disposons pas de chiffres concernant la population générale ; mais il est possible que les pourcentages d'orientés y soient plus faibles. En effet, si l'on considère isolément les sujets devenus infirmes après

l'âge de 14 ans, au nombre de 581, on n'en trouve que 32 qui aient passé l'examen d'orientation avant de devenir infirmes, soit 5,5 %. Or ils peuvent être considérés à ce point de vue comme une population témoin.

La fréquence de l'orientation professionnelle varie avec le type de l'infirmité motrice. Le tableau 72 indique cette répartition.

TABLEAU 72
Orientation professionnelle selon le type d'infirmité

Orient. prof.	Traumatisme		Tuberculose		Autres infections		Malform.		Maladies orthop. div. (1)		Poliomyélite		I.M.C.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Non	461	77,3	179	78,2	74	74,8	348	83,9	149	83,7	242	74,9	249	81,9
Oui, avant maladie ...	28	4,7	2	0,9	2	2	0	—	1	0,6	12	3,7	3	1
Oui, après maladie ...	87	14,6	39	17	19	19,2	67	16,1	0	—	59	18,2	37	12,2
Oui, sans précision ..	20	3,4	9	3,9	4	4	0	—	28	15,7	10	3,1	15	4,9

(1) Maladies orthopédiques d'origine non traumatique, non infectieuse et non congénitale.

Le pourcentage le plus élevé d'orientation professionnelle est rencontré dans la catégorie des infirmités par infections non tuberculeuses, suivies de très près par la poliomyélite. Ensuite viennent les infirmités par tuberculose et les séquelles motrices des traumatismes, précédant les infirmités motrices d'origine cérébrale (I.M.C.) et les malformations congénitales.

2. FORMATION PROFESSIONNELLE

Sur 2 317 sujets pour lesquels l'enquête a donné une réponse sur ce point, 1 219 ont eu un enseignement professionnel ou un apprentissage (soit un pourcentage de 52,6), avec la répartition suivante :

TABLEAU 73
Enseignement professionnel et apprentissage

	N	%
Enseignement professionnel avec diplôme	317	13,7
— — sans diplôme	237	10,2
— — en cours	111	4,8
Apprentissage en cours	35	1,5
— — terminé (artisanal)	345	14,9
— — (usine)	88	3,8
— — (autre)	86	3,7
Ni enseignement, ni apprentissage	1 098	47,4

Il existe des variations importantes selon les secteurs. Les résultats sont consignés dans le tableau suivant :

TABLEAU 74
Formation professionnelle

	Aisne		Loiret		Meurthe-et-Moselle		Seine-Maritime		Haute-Vienne		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Enseignement profess....	68	21,6	108	40,8	98	35,9	112	22,8	279	28,7	665	28,7
Apprentissage	60	19	95	35,8	58	21,2	83	16,9	258	26,5	554	23,9
Ni l'un ni l'autre	187	59,4	62	23,4	117	42,8	297	60,3	435	44,8	1 098	47,4

Les résultats extrêmes sont enregistrés dans le Loiret (formation professionnelle dans 76,6 % des cas) et dans la Seine-Maritime (39,7 %).

L'enseignement professionnel varie aussi selon les types d'infirmité motrice. On peut voir dans le tableau 75 que la rubrique « poliomyélite » compte le plus fort pourcentage d'enseignement professionnel, suivie par celle des « infections non tuberculeuses ». Le pourcentage est très faible dans la catégorie des infirmités motrices d'origine cérébrale (I.M.C.) ; mais si l'on étudie à part les infirmités motrices d'origine cérébrale sans troubles intellectuels, on trouve, sur 98 observations, 43 sujets ayant reçu un enseignement professionnel.

TABLEAU 75
Enseignement professionnel selon le type d'infirmité

Enseignem. profession.	Traumatisme		Tuberculose		Autres infections		Malformations		Maladies orthopéd. diverses		Poliomyélite		I.M.C.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Non	415	69	161	69,7	66	65,3	306	73	132	69,8	205	63,3	248	82,1
Oui	186	31	70	30,3	35	34,7	113	27	57	30,2	119	36,7	54	17,9

La fréquence de l'enseignement professionnel (E.P.) a été étudiée selon les dimensions de la fratrie. Le pourcentage d'E.P. s'abaisse lorsque l'infirmes a plus de 2 frères ou sœurs (famille de 4 enfants et plus).

TABLEAU 76
Enseignement professionnel et dimensions de la fratrie

Enseignement profession..	1 enfant (infirmes seul)	2 enfants (infirmes + 1 frère ou sœur)	3 enfants (infirmes + 2 frères ou sœurs)	4 enfants (infirmes + 3 frères ou sœurs)	5 enfants (infirmes + 4 frères ou sœurs)	6 enfants ou plus						
	Non	214	68,8	292	67,3	279	66,9	216	72	183	72,9	381
Oui	97	31,2	142	32,7	138	33,1	84	28	68	27,1	128	25,1

3. ACTIVITÉ DES INFIRMES

Cette activité peut être une activité professionnelle ou une activité ménagère à domicile (à condition qu'elle soit notable). Sur 2 297 infirmes en âge de travailler (âgés de 14 ans et plus), au sujet desquels des renseignements précis ont pu être obtenus sur ce point, 1 754 exercent une activité (soit une proportion de 76,4 %). Quant à la *population non active*, elle se décompose comme suit :

TABLEAU 77

	Hommes	Femmes	Ensemble
Sujets inaptes au travail à cause de leur infirmité (ou à cause d'une maladie associée) ...	56	49	105
Hospitalisés dans un hôpital psychiatrique	15	12	27
Hospitalisation dans un autre établis. hospitalier	7	5	12
Détenus	2	0	2
Sans profession	190	207	397
Total	270	273	543

Il y a plus de femmes que d'hommes qui n'exercent pas d'activité, alors qu'il y a davantage d'infirmes du sexe masculin.

Parmi les infirmes exerçant une activité, le rendement de celle-ci a pu être apprécié dans 1 628 cas, avec les résultats suivants :

- bon rendement : 1 345 cas (82,6 %),
- rendement médiocre ou insuffisant : 283 cas (17,4 %).

L'activité des infirmes varie évidemment selon l'infirmité motrice en cause. Les sujets devenus infirmes à la suite d'un traumatisme travaillent dans une proportion de 92 %, suivis par les sujets atteints de pied bot et par ceux qui ont une luxation congénitale de la hanche.

TABLEAU 78

Travail et type de l'infirmité
(sujets âgés de moins de 14 ans exclus)

	Traumatismes		Tuberculose		Autres infections	
	N	%	N	%	N	%
Activité normale	465	79,1	135	61,6	72	75
Activité médiocre	76	12,9	32	14,6	10	10,4
Ne travaille pas	47	7,9	52	23,8	14	14,6

	Luxation congénitale de la hanche		Pieds bots		Autres malformat.	
	N	%	N	%	N	%
Activité normale	152	69,1	57	65,5	61	58,7
Activité médiocre	24	10,9	16	18,4	15	14,4
Ne travaille pas	44	20	14	16,1	28	26,9

	Maladies orthopéd. diverses (1)		Poliomyélite		I.M.C. avec troubles intellect.		I.M.C. sans troubles intellect.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Activité normale	94	52,5	191	61	13	6,7	42	45,2
Activité médiocre	30	16,7	38	12,2	11	5,6	12	12,8
Ne travaille pas	55	30,7	84	26,8	171	87,7	39	42

(1) Maladies orthopédiques non traumatiques, non infectieuses et non congénitales.

Le pourcentage de sujets qui travaillent est beaucoup plus faible dans le groupe des infirmités motrices d'origine cérébrale. Entre ces extrêmes se placent les infirmités consécutives à la poliomyélite et à la tuberculose. Le classement des infirmités selon l'importance du pourcentage de sujets qui ne travaillent pas présente une certaine analogie avec le classement selon la fréquence des cas de dépendance. En général, le taux des sujets qui ne travaillent pas est, pour chaque catégorie, plus élevé que celui des infirmes dépendants (dépendance grave ou moyenne). On peut comparer sur ce point la figure 12 et la figure 13.

DEPENDANCE COMPLETE ET MOYENNE SELON LE TYPE DE L'INFIRMITE

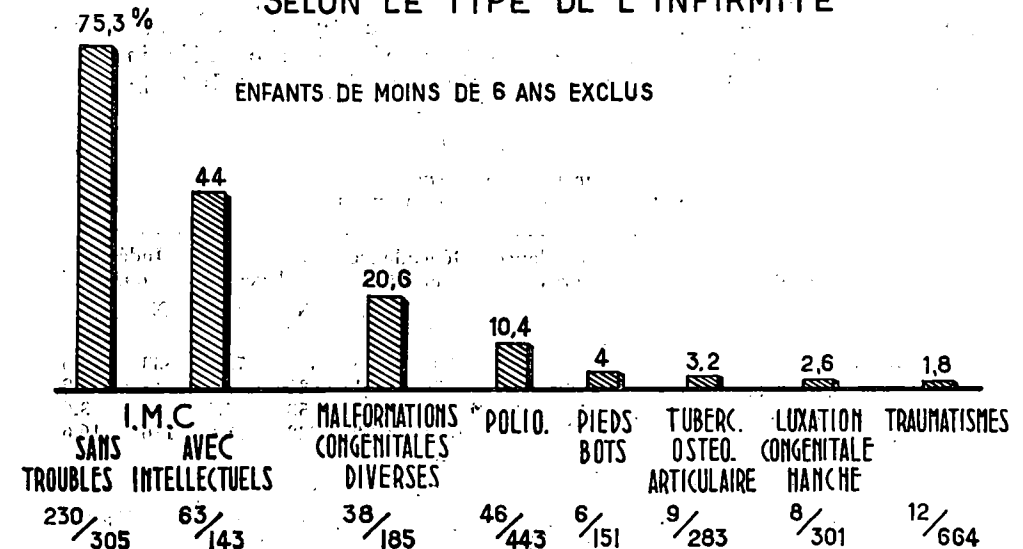
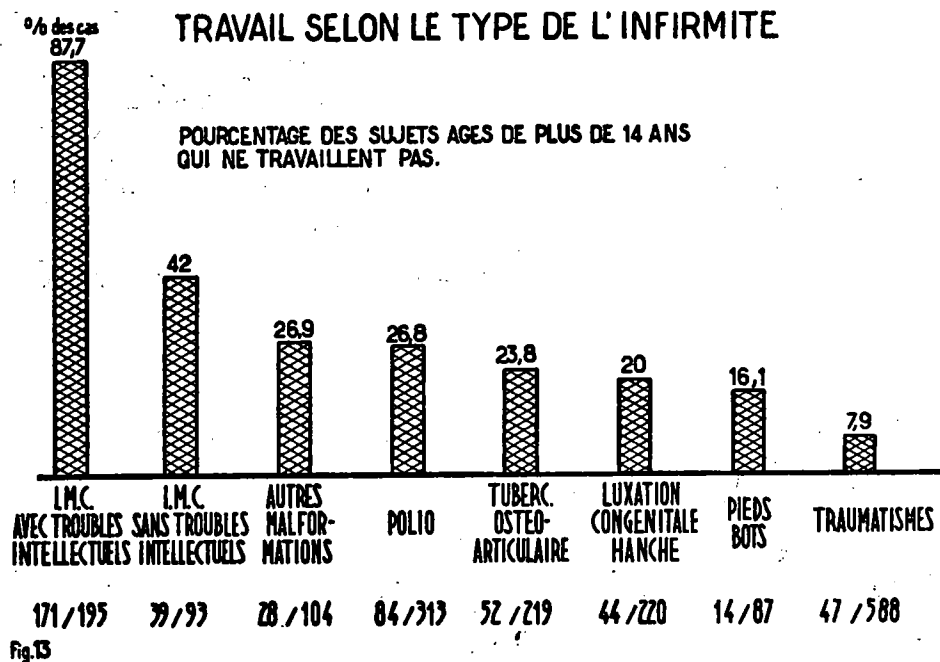


FIG.12



Mais la comparaison directe n'est pas possible car les groupes d'âge ne sont pas les mêmes (dépendance : âge supérieur à 6 ans, travail : âge supérieur à 14 ans). Une corrélation directe entre la dépendance et le travail a donc été établie. Elle porte exclusivement sur les sujets de plus de 14 ans et montre que le pourcentage des infirmes qui ne travaillent pas augmente, comme il est logique, avec le degré de dépendance (tableau 79). Cependant, le pourcentage des sujets ne travaillant pas n'est pas négligeable parmi les infirmes peu dépendants et indépendants (respectivement 18,6 % et 16,6 %).

TABEAU 79
Travail et dépendance
(sujets âgés de moins de 14 ans exclus)

Travail	Dépendance grave		Dépendance moyenne		Dépendance légère		Indépendance	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Temps plein	10	8,7	58	24,6	895	75,2	538	77,6
Mi-temps	0	—	5	2,1	21	1,8	15	2,2
Irrégulier	1	0,9	12	5,1	53	4,4	25	3,6
Ne travaille pas	104	90,4	161	68,2	222	18,6	116	16,6

L'activité des infirmes a été étudiée aussi par rapport à la localisation de l'atteinte motrice. Pour cette étude, toutes les atteintes complexes, tous les cas avec troubles intellectuels associés ont été éliminés. Les résultats exposés

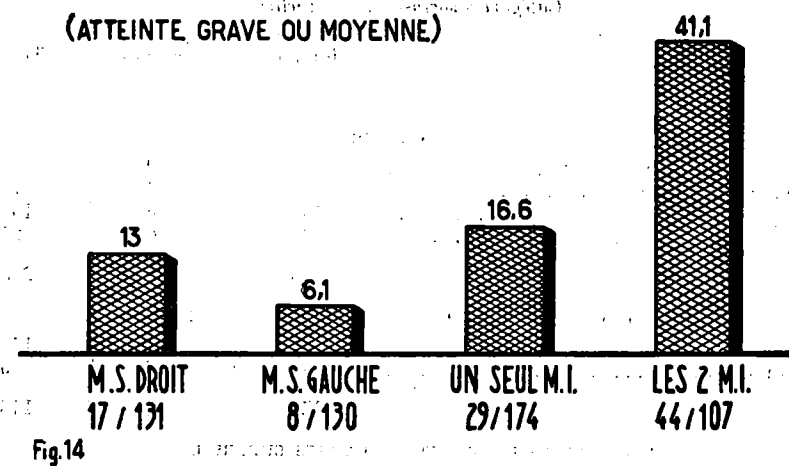
dans le tableau 80 concernent donc uniquement les atteintes isolées, graves ou moyennes, d'un des membres supérieurs, d'un des membres inférieurs ou des deux membres inférieurs.

TABEAU 80
Travail et atteinte isolée, grave ou moyenne, des membres
(sujets âgés de moins de 14 ans exclus)

	Membre supérieur droit		Membre supérieur gauche		L'un des membres inférieurs		Les 2 membres inférieurs	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Travaillent à temps plein	108	82,4	116	89,2	132	75,9	54	50,5
Travaillent à temps partiel	6	4,6	6	4,6	13	7,5	9	8,4
Ne travaillent pas	17	13	8	6,1	29	16,6	44	41,1

Les différences trouvées sont statistiquement significatives. Une atteinte sérieuse du bras droit est plus gênante pour travailler qu'une atteinte du bras gauche, ce qui est conforme à la logique. Mais il semble plus gênant d'avoir une atteinte d'un des membres inférieurs qu'une atteinte du bras droit. Enfin, la proportion des sujets ayant une atteinte isolée sérieuse des 2 membres inférieurs et qui ne travaillent pas dépasse 40 %.

SUJETS QUI NE TRAVAILLENT PAS ET ATTEINTE ISOLEE DES MEMBRES



Or, ce ne sont pas les possibilités de travail assis qui manquent. Il faut donc invoquer d'autres difficultés, auxquelles se heurtent les infirmes ayant une atteinte des 2 membres inférieurs, et en premier lieu sans doute le problème du transport aux lieux de travail, travail qui doit de plus être en rapport avec les capacités professionnelles de ces sujets.

Enfin, il était intéressant de rapprocher la question de savoir si le maximum avait été fait ou non en faveur de l'infirmes (voir chapitre X) et l'activité (ou l'absence d'activité) de celui-ci. Il existe une différence significative entre les 2 groupes, comme le montre le tableau suivant (sujets âgés de moins de 14 ans exclus) :

TABLEAU 81
Le maximum a-t-il été fait pour la réinsertion sociale de l'infirmes?

	Non		Oui	
Infirmes travaillant	583	72,8	1 009	81,7
Infirmes ne travaillant pas	218	27,2	226	18,3
	$\chi^2 = 22,8.$			

Cette différence apporte une nouvelle preuve de l'efficacité et de la « rentabilité » des mesures de réinsertion sociale des infirmes, puisqu'elles augmentent très nettement le pourcentage de ceux qui sont capables de gagner leur vie par leur propre travail.

4. PROFESSIONS

Nous avons vu au début du paragraphe précédent que 1 754 infirmes exerçaient une activité professionnelle ou ménagère. Ils se répartissent, par grandes catégories socio-professionnelles, comme il est indiqué dans le tableau 82.

TABLEAU 82
Catégories socio-professionnelles

	Hommes	Femmes	Total
AGRICULTEURS			
Agriculteurs (sans autre indication)	59	9	68
Propriétaires exploitants	13	4	17
Salariés agricoles	102	6	108
Autres métiers connexes	25	0	25
	199	19	218
PATRONS DE L'INDUSTRIE ET DU COMMERCE			
Artisans	136	17	153
Petits commerçants	18	7	25
	154	24	178
PROFESSIONS LIBÉRALES ET CADRES SUPÉRIEURS			
Professions libérales	1	0	1
Professeurs — Prof. littéraires et scientifiques ..	6	2	8
Ingénieurs	3	0	3
Cadres administratifs supérieurs (secteur public et privé)	3	0	3
	13	2	15

	Hommes	Femmes	Total
CADRES MOYENS			
Instituteurs — Services médicaux et sociaux (sect. privé et public)	14	16	30
Techniciens	28	0	28
Cadres administratifs moyens	5	1	6
	47	17	64
EMPLOYÉS			
Employés de bureau	125	80	205
Employés de commerce et assimilés	36	17	53
	161	97	258
OUVRIERS			
Contremaîtres et ouvriers qualifiés	225	33	258
Ouvriers sans autre indication	23	12	35
Manœuvres et ouvriers non qualifiés	164	31	195
Apprentis	14	4	18
Marins et pêcheurs	9	0	9
	435	80	515
PERSONNEL DE SERVICE			
Gens de maison	1	31	32
Femmes de ménage	0	6	6
Autre personnel de service	7	5	12
	8	42	50
AUTRES CATÉGORIES			
Artistes	4	0	4
Clergé	1	0	1
Gardiens et agents mixtes	28	3	31
Armée — Police	15	0	15
Emplois mal désignés	6	1	7
	54	4	58
EN COURS D'ÉTUDES			
Elèves (écoles professionnelles)	71	75	146
Étudiants	16	7	23
	87	82	169
Personnes faisant exclusivement leur propre ménage	1	228	229

La question du *changement éventuel de profession* a enfin été posée. Des précisions sur ce point ont été obtenues dans 1 520 cas (sur 1 754). Les résultats en sont exposés dans le tableau suivant :

TABLEAU 83
Changement de profession

	N	%
Pas de changement de profession	1 020	67,2
Changement de profession non lié à l'infirmité	248	16,3
Changement de profession lié à l'infirmité	98	6,4
Changement de profession de cause non précisée	154	10,1

Les infirmes qui travaillent n'ont donc, en majorité, exercé qu'une seule profession, avec 2 éventualités possibles : ils ont commencé à exercer cette profession alors qu'ils étaient déjà infirmes (400 cas) ou bien l'infirmité est intervenue alors qu'ils exerçaient déjà une profession, mais ils ont pu continuer l'exercice de cette profession malgré leur infirmité (620 cas).

Un changement de profession dû à l'infirmité n'a été relevé que dans une proportion de 6,4 %. Un double correctif doit cependant être apporté sur ce point : d'abord la proportion réelle est supérieure puisqu'un certain nombre de changements, dont le motif n'a pu être exactement précisé, étaient très vraisemblablement en rapport avec l'infirmité. Ensuite il faut signaler que seuls pouvaient changer de profession après l'apparition de l'infirmité ceux qui exerçaient déjà une profession à ce moment, autrement dit ceux qui sont devenus infirmes après 14 ans. Leur nombre s'élève à 434. La proportion de changements de profession à la suite de la survenue de l'infirmité est donc au minimum de 98 sur 434, c'est-à-dire de 22 %.

CHAPITRE IX

SPORTS ET LOISIRS

Ce chapitre ne comporte pas de grands développements. On y trouvera le dépouillement brut par secteurs des rubriques concernant le sport (en général), le cinéma, la lecture, la radiodiffusion et la télévision, et enfin les petits travaux. Pour toutes ces rubriques, les sujets trop jeunes ont été exclus (enfants de moins de 10 ans).

Moins de 20 % des infirmes ont une *activité sportive*, le plus souvent réduite et pratiquée à titre individuel. L'Aisne et le Loiret comptent un peu plus de sportifs que les 3 autres secteurs.

TABLEAU 84

	Aisne		Loiret		Meurthe-et-Moselle		Seine-Maritime		Haute-Vienne		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
— SPORT												
Sport :												
Non	302	73,3	261	76,9	300	82,9	498	83	962	83	2 323	81
Oui, organisé	3	0,7	35	10,3	25	6,9	36	6	47	4,1	146	5,1
Oui, individuel	93	22,6	35	10,3	35	9,7	64	10,7	129	11,2	356	12,4
Oui, organisé et indiv...	14	3,4	8	2,4	2	0,5	2	0,3	19	1,7	45	1,5
— CINÉMA												
Cinéma :												
Non	125	30,5	120	36,1	140	39,1	314	52,7	480	41,5	1 179	41,3
Oui, club	5	1,2	31	9,3	34	9,5	20	3,4	56	4,9	146	5,1
Oui, individuel	273	66,4	181	54,3	182	50,8	257	43,2	614	53,1	1 507	52,9
Oui, club + individuel	8	1,9	1	0,3	2	0,6	4	0,7	5	0,5	20	0,7
— LECTURE												
Lecture :												
Non	92	22,5	80	24,2	91	24,8	211	35,4	275	23,8	749	26,2
Oui, bibliothèque	1	0,2	18	5,5	19	5,2	15	2,5	37	3,2	90	3,1
Oui, individuel	288	70	219	66,4	233	63,4	351	58,9	760	65,7	1 851	64,7
Oui, bib. + individuel	30	7,3	13	3,9	24	6,5	19	3,2	85	7,3	171	6

Environ 60 % des infirmes fréquentent le *cinéma*, la grande majorité à titre individuel. Les ciné-clubs comptent cependant un pourcentage d'adeptes voisins de 10 % dans les 2 secteurs urbains (Loiret, Meurthe-et-Moselle).

La lecture est pratiquée par près des 3/4 des infirmes. Il faut signaler qu'il ne s'agit pas seulement de la lecture de livres, mais aussi de revues, de journaux et d'illustrés. On peut constater d'ailleurs que les bibliothèques ne sont utilisées que par moins de 10 % des infirmes, sauf dans les secteurs de la Meurthe-et-Moselle et de la Haute-Vienne.

TABLEAU 85

	Aisne		Loiret		Meurthe-et-Moselle		Seine-Maritime		Haute-Vienne		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
— RADIODIFFUSION												
T.S.F. :												
Non	41	9,9	54	16	59	16	107	18	227	19,5	488 17	
Oui	373	90,1	284	84	308	84	489	82	934	80,5	2 388 83	
— TÉLÉVISION												
Télévision :												
Non	386	94,2	288	86	332	92	555	94	1 142	98,5	2 703 95	
Oui	24	5,8	47	14	28	8	37	6	117	1,5	153 5	
— PETITS TRAVAUX												
Petits travaux :												
Non	117	28,8	135	41	168	47	322	54	568	49,3	1 310 46	
Oui	289	71,2	193	59	186	53	275	46	585	50,7	1 528 54	

Les deux rubriques concernant la *radiotélévision* diffèrent beaucoup. La radiodiffusion est suivie par plus de 90 % des infirmes dans l'Aisne, par plus de 80 % dans la Haute-Vienne, qui est le secteur le plus défavorisé à ce point de vue. En revanche, le pourcentage des infirmes téléspectateurs est partout inférieur à 10 %, sauf dans le secteur du Loiret (14 %). Ceci correspond au développement encore restreint de la télévision en France à l'époque de l'enquête.

Enfin de petits travaux (principalement : couture pour les femmes, bricolage pour les hommes) sont pratiqués par un peu plus de la moitié des infirmes qui ont fait l'objet de l'enquête. La proportion est un peu plus forte pour le sexe féminin, avec un pourcentage de 62,2 % (695 sur 1 117) contre 48,5 % pour le sexe masculin (836 sur 1 722).

Parmi les quelques corrélations qui ont été établies, nous signalerons d'abord l'étude de l'activité sportive selon le sexe (3 secteurs groupés : Loiret, Meurthe-et-Moselle, Seine-Maritime).

	Sexe masculin		Sexe féminin	
	N	%	N	%
Sport :				
Non	622	78,4	437	86,2
Oui	172	21,6	70	14,4

Comme on pouvait s'y attendre, le pourcentage des sujets pratiquant un sport est plus élevé dans le sexe masculin.

La corrélation entre l'atteinte isolée d'un ou de deux membres a donné pour le cinéma des résultats logiques : l'atteinte légère de l'un des 2 membres inférieurs, ou même des 2 membres inférieurs, ne gêne pas notablement la fréquentation des cinémas (le groupe témoin est représenté ici par les infirmes ayant une atteinte isolée d'un membre supérieur). Mais lorsqu'il existe une atteinte grave d'un membre inférieur, ou à plus forte raison des 2 membres inférieurs, la proportion des infirmes allant au cinéma s'abaisse aux environs de 50 % (ce qui reste cependant une proportion élevée).

TABLEAU 86
Cinéma et atteinte isolée des membres
(sujets de moins de 10 ans exclus)

A. — ATTEINTE ISOLÉE D'UN MEMBRE SUPÉRIEUR						
Allant au cinéma :	Grave		Moyenne		Légère	
	N	%	N	%	N	%
Non	46	29	56	33	50	27,4
Oui	112	71	115	67	133	72,6
B. — ATTEINTE ISOLÉE D'UN MEMBRE INFÉRIEUR						
Allant au cinéma :	Grave ou moyenne		Légère			
	N	%	N	%		
Non	99	46	201	28		
Oui	117	54	506	72		
C. — ATTEINTE ISOLÉE DES 2 MEMBRES INFÉRIEURS						
Allant au cinéma :	Grave ou moyenne		Légère			
	N	%	N	%		
Non	69	51,5	56	31,3		
Oui	65	48,5	123	68,7		

Les mêmes corrélations, établies pour la radiodiffusion ont donné un résultat inattendu. Il aurait été logique en effet de trouver davantage d'auditeurs de T.S.F. parmi les infirmes ayant une atteinte isolée grave des 2 membres inférieurs. Or elle a été trouvée pour ceux-ci égale à 78,6 % (107 sur 136), alors que pour une atteinte isolée légère des 2 membres inférieurs, elle s'établit à 85,2 % (156 sur 183), et à 93,2 % en cas d'atteinte isolée légère d'un membre supérieur (179 sur 192). Nous n'avons pas d'explications à proposer, sauf la fréquence de graves difficultés financières lorsqu'il existe une atteinte sévère des 2 membres inférieurs (44 % d'infirmes de cette catégorie ne travaillent pas). Cette partie de notre enquête apporterait peut-être ainsi une confirmation supplémentaire à la situation particulièrement défavorisée de cette catégorie d'infirmes.

CHAPITRE X

BILAN MÉDICO-SOCIAL

Ce chapitre apporte les résultats des réponses aux deux questions suivantes :

1. Le maximum a-t-il été fait ou est-il fait en vue de la réinsertion sociale de l'infirmes ?
2. Dans la négative, quelles mesures auraient pu (ou pourraient) contribuer à l'adaptation ou à la réadaptation de l'infirmes ?

Comme nous l'avons vu au chapitre I, la réponse apportée à la première question est subjective. Mais la nécessité de répondre d'une manière précise à la deuxième question en cas de réponse négative à la première constituait un frein à l'arbitraire.

1. LE MAXIMUM A-T-IL ÉTÉ FAIT ?

Pour 140 observations les enquêteurs n'ont pas cru pouvoir répondre à cette question. Pour les 3 132 autres cas, une réponse positive (le maximum a été fait) a été donnée 2 015 fois (64,3 %) et une réponse négative (le maximum n'a pas été fait) 1 117 fois (35,7 %).

Des corrélations ont été établies selon la résidence de l'infirmes, selon les ressources de sa famille, et enfin selon la date de naissance de l'infirmes. Le tableau 87 indique les résultats obtenus.

TABLEAU 87

Réponses à la question : le maximum a-t-il été fait ?
A. — SELON LA RÉSIDENCE DE L'INFIRME

	Ville et banlieue		Bourg		Village, hameau	
	N	%	N	%	N	%
Maximum fait :						
Oui	1 186	70	176	59,1	646	57
Non	506	30	122	40,9	486	43

B. — SELON LES RESSOURCES						
	Suffisantes		Médiocres		Insuffisantes	
	N	%	N	%	N	%
Maximum fait :						
Oui.....	1 271	73,4	596	53,5	67	35,6
Non.....	462	26,6	517	46,5	121	64,4

C. — SELON LA DATE DE NAISSANCE								
	1920-1929		1930-1939		1940-1949		1950-1954	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maximum fait :								
Oui.....	529	60,4	690	62,8	541	66,6	246	74,8
Non.....	347	39,6	409	37,2	271	33,4	83	25,2

MAXIMUM FAIT POUR LA RÉINSERTION SOCIALE DE L'INFIRME

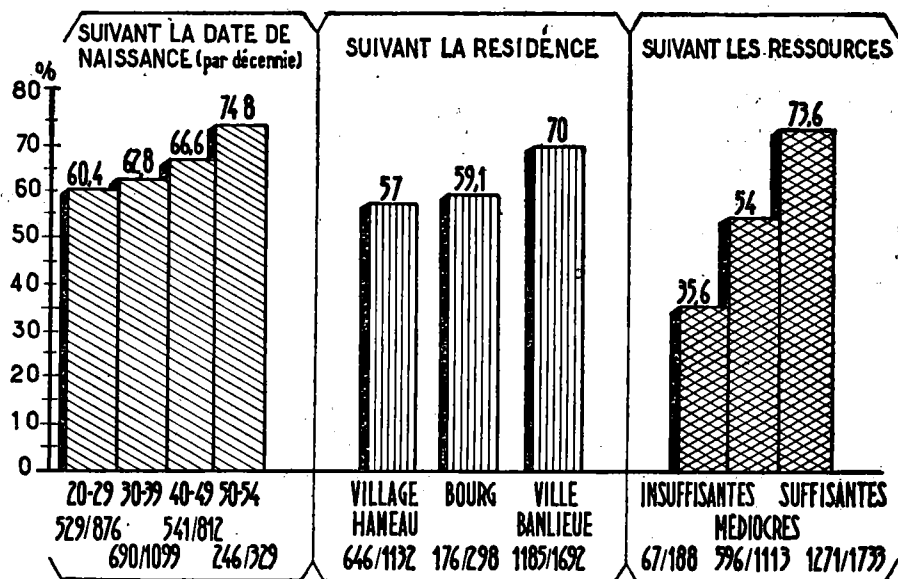


Fig.15

Comme on pouvait s'y attendre, la résidence urbaine est un facteur favorable. Il existe aussi une corrélation positive avec l'importance des ressources. Enfin, on note une amélioration progressive de la situation avec le temps, puisque le maximum a été fait plus souvent (75 fois sur 100) pour les infirmes les plus jeunes qu'il ne l'a été pour les anciens (60 fois sur 100), compte tenu des possibilités existant aux différentes époques.

Le maximum n'a pas été fait avec la même fréquence pour les divers types d'infirmité. Voici la répartition observée :

TABLEAU 88

Type de l'infirmité	Nombre de cas avec réponse (oui ou non) = a	dont nombre de cas avec réponse oui : (maximum fait) = b	Pourcentage $\frac{b}{a} \times 100$
Traumatismes.....	655	459	70,1 %
Tuberculose.....	287	176	61,3 %
Autres infections.....	124	80	64,5 %
Luxation de la hanche.....	307	149	48,5 %
Pieds bots.....	169	116	68,6 %
Autres malformations.....	201	123	61,2 %
Autres maladies orthopédiques.....	245	141	57,6 %
Poliomyélite.....	457	300	65,6 %
Paralysie obstétricale.....	59	23	—
I.M.C. avec troubles intellectuels.....	346	262	75,9 %
I.M.C. sans troubles intellectuels.....	147	90	61,2 %
Autres cas.....	135	94	69,6 %

C'est la luxation congénitale de la hanche qui occupe la place la plus défavorisée, avec moins de la moitié des cas où le maximum a été fait. Puis viennent les maladies orthopédiques diverses, les malformations diverses, les infirmités motrices d'origine cérébrale sans troubles intellectuels, la tuberculose. Enfin les types d'infirmités où la plus grande proportion de réponses positives (maximum fait) a été trouvée, sont la poliomyélite, les pieds bots et les infirmités post-traumatiques. Quant aux infirmités motrices d'origine cérébrale avec troubles intellectuels, il faut apprécier le pourcentage élevé de réponses positives en se souvenant que les enquêteurs ont dû tenir compte des situations de fait et d'époque. En face des très difficiles problèmes posés par les plus handicapés des sujets atteints d'infirmités motrices d'origine cérébrale, le jugement des enquêteurs était obligatoirement plus indulgent. Cela ne signifie évidemment pas que ces infirmes soient parmi les plus favorisés, bien au contraire.

Des corrélations positives ont été trouvées entre la notion de maximum fait et différentes éventualités favorables, telles que l'indépendance de l'infirme (sujets âgés de moins de 6 ans exclus). Nous n'y insisterons pas, car il serait par trop paradoxal qu'il en fût autrement. Indiquons simplement que le pourcentage d'indépendance quand le maximum a été fait était de 77,6 % (959 sur 1 235) et de 62,7 % (502 sur 804) quand il n'a pas été fait.

2. MESURES SOUHAITÉES

Les souhaits, rétrospectifs ou actuels, des enquêteurs sont étudiés dans ce paragraphe. Ils sont répartis en 5 rubriques : traitements, rééducation, scolarité, mesures professionnelles, aide financière ou sociale.

Pour chacun des 1 117 cas où le maximum n'a pas été fait, les enquêteurs ont souhaité tantôt une seule mesure, tantôt deux mesures associées, tantôt trois mesures (ou même plus). Voici la répartition observée :

- 1 seule mesure : 495 cas (44,3 %),
- 2 mesures : 282 cas (25,2 %),
- 3 mesures ou plus : 340 cas (30,4 %).

L'indication de la nature des mesures souhaitées est fournie par le tableau 89.

Le fait essentiel qui ressort de cette étude est que de meilleurs soins médicaux (y compris la rééducation) sont réclamés dans plus des 3/4 des cas où le maximum n'a pas été fait (exactement dans 76,3 % des cas, se décomposant en 48,4 % où des mesures médicales seules sont souhaitées et 27,9 % où elles sont souhaitées en association avec des mesures sociales).

TABLEAU 89
Mesures souhaitées

	N	%	Mesures
Traitements (1)	286	25,6	seulem. médicales 48,4 %
Rééducation	98	8,8	
Traitement + rééducation	156	14	
Scolarité	37	3,3	seulement sociales 23,7 %
Mesures professionnelles	17	1,5	
Aide financière ou sociale	57	5,1	
Mesures associées ne comprenant ni traitement, ni rééducation	155	13,8	médicale (s) associée (s) à mesure (s) sociales (s) 27,9 %
Traitement + scolarité	8	0,7	
Traitement + mesures professionn. ..	49	4,4	
Traitement + aide financière ou sociale	37	1,5	médicale (s) associée (s) à mesure (s) sociales (s) 27,9 %
Rééducation + scolarité	11	1	
Rééducation + mesures professionn.. ..	27	2,4	
Rééducation + mesures financières ou sociales	14	1,3	médicale (s) associée (s) à mesure (s) sociales (s) 27,9 %
Mesures associées comprenant mesure (s) sociale (s) et traitement ou réedu- cation (ou les 2)	185	16,6	
Total des cas où le maximum n'a pas été fait	1 117	100	

(1) Traitements médicaux, chirurgicaux et orthopédiques.

Des mesures sociales sont réclamées dans un peu plus de la moitié des cas où le maximum n'a pas été fait (exactement 51,6 % des cas), se décomposant comme suit : mesures sociales seulement, 23,7 % ; mesures sociales associées à des mesures médicales, 27,9 %.

Les mesures sociales proposées sont les suivantes : meilleure scolarité, aide financière ou sociale proprement dite, mesures professionnelles.

Une meilleure scolarité a été réclamée 173 fois (15,4 % des cas où le maximum n'a pas été fait), 37 fois comme seule mesure, 53 fois associée à une autre mesure, 83 fois associée à deux autres mesures.

Une aide financière ou sociale était souhaitée 229 fois (20,5 % des cas où le maximum n'a pas été fait), 57 fois comme seule mesure, 68 fois associée à une autre mesure, 104 fois associée à deux autres mesures.

Des mesures professionnelles ont été demandées 426 fois, ce qui représente un pourcentage, très important, de 38,1. Mais leur demande à titre isolé n'a été faite que dans 17 cas. Dans 134 cas, elles devaient être associées à une autre mesure. Pour les autres cas, au nombre de 275, elles faisaient partie d'un ensemble d'au moins trois mesures (dont deux mesures non professionnelles).

MESURES SOUHAITABLES (1117 cas pour lesquels le maximum n'a pas été fait)

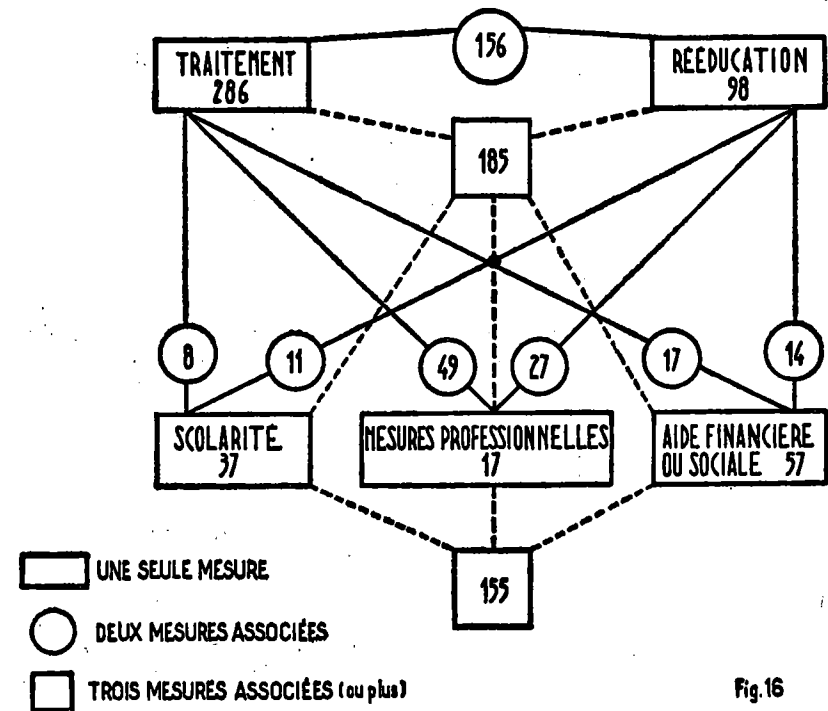


Fig. 16

Il a été possible d'étudier plus en détail les mesures professionnelles préconisées. Voici la répartition observée pour les 426 cas revendiquant une ou plusieurs mesures professionnelles :

TABLEAU 90

Orientation	42
Formation	18
Emploi	35
Orientation et formation	41
Orientation et emploi	7
Formation et emploi	29
Orientation, formation et emploi	254

Ainsi, dans la majorité de ces cas, c'est à un ensemble de mesures professionnelles qu'il aurait été indiqué d'avoir recours. Cette constatation revient fréquemment dans tout le paragraphe consacré aux mesures souhaitées. Elle confirme la difficulté des problèmes soulevés par la réadaptation (ou l'adaptation) fonctionnelle, professionnelle et sociale des infirmes. Il faut, pour les résoudre, plus que des initiatives fragmentaires. Elles sont très utiles, mais le nombre de leurs bénéficiaires est obligatoirement réduit. Il est indispensable d'établir un plan coordonné, médical et social, au sens le plus large des termes, afin d'être en mesure d'agir efficacement en face des « cas complexes », qui sont les plus nombreux.

Une difficulté supplémentaire doit être signalée, qui a été rencontrée (mais dont le dénombrement n'a pas été fait, car cette rubrique n'était pas prévue sur la fiche perforée) : c'est l'indiscipline de certaines familles, qui refusent catégoriquement un traitement ou une admission dans un centre professionnel, alors que ces mesures étaient préconisées, et matériellement réalisables. Le problème était de convaincre les parents. Il y a donc des cas pour lesquels la mesure souhaitable se trouvait être une action psychologique. Une telle action sera beaucoup plus facile lorsque le public sera mieux informé des possibilités de « réinsertion » des infirmes, et lorsque des exemples plus nombreux de réinsertion réussie seront connus.

Nous avons recherché, d'autre part, si l'importance respective des mesures souhaitées variait selon les types d'infirmité. Le tableau suivant, qui doit être lu dans le sens horizontal, apporte les éléments de réponse à cette question pour les principaux types d'infirmité (les types d'infirmité groupant moins de 100 cas où le maximum n'a pas été fait ne figurent pas dans ce tableau).

TABLEAU 91
Mesures souhaitées selon le type de l'infirmité
(mesures isolées ou associées)

Type d'infirmité (a)	Nombre de cas où le maximum n'a pas été fait (1)	Mesures souhaitables (nombre et pourcentage par rapport à la colonne 1)									
		Traitements		Rééducation		Scolarité		Aide financière ou sociale		Mesures professionnelles	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Traumatismes	196	106	54	87	44,3	21	10,7	24	12,2	73	37,8
Tuberculose	111	47	42,3	33	29,7	27	24,3	19	17,1	53	47,7
Luxation de la hanche..	158	140	88,6	52	32,8	10	6,3	23	14,5	47	29,7
Maladies orthopédiques diverses (b)	104	60	57,7	25	24	10	9,6	28	26,9	48	46,1
Poliomyélite	157	77	49	96	61	26	16,6	33	21	65	41,3
Infirmités motrices d'origine cérébrale	141	57	40,4	71	50,2	33	23,4	50	35,4	52	36,9

(a) Ne figurent ici que les types d'infirmité dont le nombre de cas où le maximum n'a pas été fait est supérieur à 100.

(b) Maladies orthopédiques dont l'étiologie n'est ni traumatique, ni infectieuse, ni congénitale.

L'infirmité pour laquelle la thérapeutique (orthopédique ou chirurgicale) a été jugée la plus déficiente est représentée par la luxation congénitale de la hanche : 140 cas sur les 158 où le maximum n'avait pas été fait auraient dû bénéficier de meilleurs soins. En ce qui concerne la rééducation, c'est la poliomyélite qui accuse le plus fort pourcentage d'insuffisances (96 sur 157). Or nous avons vu que ce sont les poliomyélitiques qui ont le plus fort pourcentage de rééducation (chapitre V). Il n'y a là aucune contradiction. Car d'une part la rééducation a pu être insuffisante et les enquêteurs l'auraient souhaitée meilleure ou plus persévérante ; et, d'autre part, la nécessité d'une rééducation pour les poliomyélitiques est très fréquente, certainement supérieure aux 52 % rapportés dans le chapitre V.

C'est pour les infirmités liées à la tuberculose et les infirmités motrices d'origine cérébrale qu'une meilleure scolarité eût été le plus souvent indiquée. On retrouve encore les I.M.C. au premier rang dans la rubrique « aide financière ou sociale », suivies par les maladies orthopédiques diverses. Enfin des mesures d'ordre professionnel ont été considérées comme souhaitables avec la plus grande fréquence dans la rubrique des infirmités d'origine tuberculeuse, suivie par celle des maladies orthopédiques diverses, où dominent les atteintes non infectieuses de la colonne vertébrale.

Rappelons aussi que, dans la majorité des cas, ces diverses mesures n'étaient pas réclamées isolément, mais associées entre elles de manière très diverse (la seule exception est la luxation de la hanche, où une meilleure thérapeutique était souhaitée, à titre isolé, 74 fois et, à titre associé, 66 fois seulement).

On trouvera enfin dans le tableau 92 la répartition des mesures souhaitées selon l'importance des ressources (suffisantes, médiocres ou insuffisantes pour une vie considérée comme normale).

TABLEAU 92
Mesures souhaitées selon l'importance des ressources
(cas où le maximum n'a pas été fait)

	Suffisantes		Médiocres		Insuffisantes	
	N	%	N	%	N	%
Mesures souhaitées :						
1. Traitement (isolément)	138	29,8	124	24,4	17	14
2. Rééducation (isolément)	69	14,8	25	4,9	2	1,7
3. Scolarité (isolément)	15	3,2	12	2,4	0	—
4. Aide financière ou sociale (isolém.)	8	1,7	33	6,5	13	10,7
5. Association de mesures précédentes (1 à 4)	95	20,5	106	20,9	16(a)	13,2
6. Mesures professionnelles (orientation, formation, emploi) (1)	137	29,6	207	40,8	73(b)	60,4
	462		507		121	

(1) Mesures à titre isolé ou en association (soit entres elles, par exemple formation + emploi, soit avec des mesures citées dans les rubriques 1 à 4).

(a) Dont 6 cas comportant une aide financière ou sociale souhaitée.

(b) Dont 36 cas comportant une aide financière ou sociale souhaitée.

Lorsque les ressources ont été considérées comme suffisantes, les deux types de mesures le plus souvent souhaitées étaient d'ordre thérapeutique et d'ordre professionnel. Dans le groupe des ressources médiocres, et plus encore dans celui des ressources insuffisantes, ce sont les mesures professionnelles qui ont le plus souvent manqué.

Mais, comme il est logique, des mesures d'aide financière ou sociale ont été considérées comme souhaitables, à titre isolé ou associé, dans 125 cas avec ressources médiocres (24,7 % de ces cas) et dans 55 cas avec ressources insuffisantes (45,4 % de ces cas).

Il n'est pas jusqu'aux cas avec ressources suffisantes qui auraient pu bénéficier d'une aide financière ou sociale (48 fois, soit dans 10,4 % des cas). Ceci ne doit pas étonner si l'on pense aux frais extrêmement élevés que peuvent entraîner certains cas d'infirmité : des ressources normales n'y sauraient suffire. Le rôle de la Sécurité Sociale est ici de toute première importance. L'amélioration progressive, notée dans le tableau 87 C, témoigne des progrès réalisés dans ce domaine, surtout au cours des années les plus récentes. De nouveaux progrès sont cependant nécessaires. Telle nous apparaît devoir être la conclusion de ce chapitre.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

I

Cette enquête, menée de 1954 à 1958, au sein d'une population totale de 847 766 habitants répartis dans 5 secteurs de structure différente, a permis de recenser et d'étudier 3 272 sujets atteints d'une infirmité motrice entre leur naissance et l'âge de 20 ans, ces sujets n'ayant pas plus de 35 ans le 1^{er} janvier 1955. Toutes les infirmités, quel qu'en soit le degré, ont été retenues, sous la seule condition qu'elles intéressent les fonctions du mouvement, à la suite d'une atteinte osseuse, articulaire, musculaire ou nerveuse. La méthode employée pour le dépistage, comprenant l'utilisation des archives des différents services et le recours à des personnalités locales, est exposée dans le chapitre I. Chaque cas dépisté a fait l'objet d'une étude au moyen d'un questionnaire, dans des conditions exposées aussi dans le chapitre I.

II

La proportion des sujets atteints d'infirmité motrice avant l'âge de 20 ans et âgés de moins de 35 ans constatée par l'enquête varie beaucoup selon les secteurs :

Les extrêmes sont de 494 et de 254 pour 100 000 habitants (population globale). Mais dans chacun des cinq secteurs la proportion par sexe est remarquablement fixe (sexe masculin : 60 % ; sexe féminin : 40 %). La répartition des sujets selon le type de l'infirmité motrice qui les affecte est étudiée dans le chapitre II. Elle varie selon les secteurs. Cependant, la proportion des infirmes par poliomyélite est assez fixe (entre 12 et 15 pour 100 infirmes), ainsi que celle des infirmités motrices d'origine cérébrale (entre 13 et 16 pour 100 infirmes).

La répartition selon le type d'infirmité varie selon le sexe : pour le sexe masculin, les infirmités post-traumatiques viennent en tête ; pour le sexe féminin, ce sont les luxations congénitales de la hanche. Les infirmités motrices d'origine cérébrale viennent au deuxième rang pour l'un et l'autre sexe et la poliomyélite au troisième rang.

III

Une étude des circonstances de survenue de l'infirmité est effectuée dans le chapitre III. Parmi les constatations faites, il faut insister sur l'augmentation importante des infirmités motrices d'origine cérébrale à partir de l'année 1945. Cette augmentation peut s'expliquer par l'augmentation de la natalité à partir de ce moment d'une part, et, d'autre part, par l'apparition des antibiotiques diminuant la mortalité précoce des encéphalopathes.

Un autre point doit être souligné : c'est le retard apporté au diagnostic de certaines infirmités congénitales, notamment la luxation de la hanche, alors qu'il est très important d'instaurer un traitement précoce.

Parmi les antécédents des sujets atteints d'infirmité motrice, la notion de naissance difficile a été recherchée. Elle a été trouvée avec une fréquence de 6,5 % dans le groupe des infirmités sûrement acquises, avec une fréquence de 37 % dans celui des infirmités motrices d'origine cérébrale, avec une fréquence de 19,3 % dans le groupe des malformations congénitales. Cette dernière coïncidence, bien que non expliquée, mérite de retenir l'attention.

IV

L'étude des atteintes anatomiques a montré que l'atteinte d'un seul membre est plus fréquente que des atteintes multiples et que l'atteinte des membres inférieurs est plus fréquente que celle des membres supérieurs. Un bilan des fonctions des membres établi grâce à des questions simples (tests de Paul Masse) a permis de noter que la proportion des atteintes graves était de 10 % environ. Le degré de dépendance de l'infirme vis-à-vis de son entourage a été étudié aussi à l'aide d'une autre série de tests (Paul Masse). Une dépendance complète existait dans 5,7 % des cas. Ces différents points, ainsi que le niveau mental des infirmes, sont étudiés dans le chapitre IV.

V

Le bilan thérapeutique a permis de reconnaître la fréquence de sérieuses déficiences. Il fait l'objet du chapitre V. Trois points particulièrement importants ont été mis en évidence :

a) 8,7 % de sujets atteints d'infirmités motrices n'ont jamais eu aucun traitement ;

b) 68,5 % des infirmes ont eu un traitement chirurgical ou orthopédique. Mais, parmi eux, 629 sur 2 123, soit 29,7 % seulement, ont été rééduqués. Cette insuffisance est plus marquée pour les habitants des villages et des hameaux ;

c) Les cas les plus récents comptent un pourcentage plus élevé de rééducations. Mais celui-ci reste encore très insuffisant.

VI

Le chapitre VI étudie le milieu où vit l'infirme. De nombreuses corrélations ont été établies en fonction de la dimension de la fratrie à laquelle il appartient. Dans l'ensemble, les divers résultats sont moins favorables dans les grandes fratries. Il ne s'agit pas d'un phénomène particulier aux familles comptant un infirme ; cependant, les constatations faites amènent à conclure que les efforts à faire en faveur des infirmes doivent tenir compte des dimensions de sa fratrie.

L'enquête sur les ressources de la famille (malgré toutes les réserves que doit comporter une investigation de cet ordre) a confirmé l'importance des difficultés rencontrées par les familles disposant de faibles ressources.

Des corrélations, impossibles à résumer en raison de leur complexité, ont été établies dans le même chapitre entre le type d'infirmité d'une part, la dimension de la fratrie et le rang de l'infirme dans celle-ci d'autre part.

Le pourcentage des sujets atteints d'infirmité motrice qui font partie d'une association d'infirmes est peu élevé, surtout en milieu rural.

VII

Le retentissement de l'infirmité motrice sur la fréquentation scolaire et ses résultats (connaissances élémentaires d'une part, obtention de diplômes d'autre part) ont pu être étudiés (chapitre VII) en prenant comme groupe-témoin les infirmes devenus tels après l'âge de 14 ans.

L'enquête a permis de confirmer, avec des données précises, que le recours à des modes d'enseignement adaptés aux enfants atteints d'infirmités motrices graves est très insuffisant.

VIII

L'enquête a montré que, parmi les infirmes (infirmités motrices) âgés de plus de 14 ans, 20,4 % seulement ont passé un examen d'orientation professionnelle et 52,6 % ont eu une formation professionnelle. Les résultats selon les secteurs et selon les types d'infirmité sont donnés dans le chapitre VIII, où se trouvent également les résultats de l'enquête concernant l'activité professionnelle des infirmes. Le fait le plus notable concerne la forte influence exercée sur le travail par l'existence d'atteinte sérieuse, même isolée, des membres inférieurs ; 41 % des sujets (âgés de plus de 14 ans) ayant une atteinte isolée, grave ou moyenne, des membres inférieurs ne travaillent pas du tout, alors que la proportion correspondante pour les sujets ayant une atteinte isolée, grave ou moyenne, du membre supérieur droit n'est que de 13 %. D'autres corrélations ont été établies entre le travail d'une part, le type d'infirmité et la dépendance d'autre part.

IX

Les renseignements obtenus sur les loisirs des sujets atteints d'infirmité motrice sont rapportés dans le chapitre IX. La radiodiffusion est suivie par plus de 80 % des infirmes âgés de plus de 6 ans. Ensuite, vient la lecture (74 %), le cinéma (58 %) et les petits travaux (54 %). Les adeptes des sports et ceux de la télévision sont en proportion plus faible.

X

Une question importante est étudiée dans le dernier chapitre (chapitre X) : le maximum a-t-il été fait en vue de la réinsertion sociale de l'infirmes? En cas de réponse négative, on a étudié quelles mesures auraient pu contribuer à cette réinsertion. Une réponse négative a été apportée dans 35,7 % des cas pour l'ensemble de l'enquête. Il existe de fortes différences selon la résidence de l'infirmes, selon les ressources de la famille, selon la date de naissance, selon le type d'infirmité, différences qui sont étudiées en détail.

En ce qui concerne les mesures souhaitables, l'enquête a montré que dans plus de 3/4 des cas où le maximum n'a pas été fait, une meilleure thérapeutique (chirurgicale, orthopédique, rééducative) aurait été indiquée. Des mesures sociales (scolarité, aide financière, mesures professionnelles) ont paru souhaitables dans 51,6 % des cas où le maximum n'a pas été fait.

Dans la majorité des cas, ce n'est pas une mesure isolée, mais un ensemble de mesures qui auraient dû être prises. Ces données, portant sur un nombre important de cas (1 117 où le maximum n'a pas été fait), apportent des précisions sur la complexité du problème et sur la nécessité de mesures coordonnées.

XI

A l'occasion de l'enquête, un certain nombre d'infirmes ont pu être conseillés utilement et orientés vers des centres de traitement, de rééducation ou d'enseignement professionnel. Dans l'un des secteurs, un service spécial a été créé pour continuer et étendre cette action de dépistage, d'orientation et de coordination. Ce résultat, pour n'être pas d'ordre statistique, nous paraît cependant devoir être signalé ici.

ANNEXE I

DIAGNOSTIC DES INFIRMITÉS (Compléments)

A. Relevé détaillé des infirmités classées sous la rubrique « autres malformations congénitales ».

Angiomes, lymphangiomes	4
Torticolis congénital	5
Spina bifida avec troubles neurologiques	20
Autres malformations du système nerveux	4
Scoliose par malformation vertébrale	5
<i>Amputations congénitales :</i>	
— du membre supérieur droit	2
— du membre supérieur gauche	6
— de l'avant-bras droit	5
— de l'avant-bras gauche	10
— des 2 avant-bras	3
— de la main gauche	2
<i>Malformations complexes du membre supérieur :</i>	
— du bras, de l'avant-bras, de la main à droite	5
— — — — à gauche	4
— — — — des deux côtés	2
— de l'avant-bras et de la main à droite	1
— — — — à gauche	2
— — — — des deux côtés	2
— de la main droite	18
— de la main gauche	19
— des deux mains	17
<i>Amputation congénitale :</i>	
— d'un membre inférieur	4
— d'une jambe	2
— d'un pied	2
Inégalité de longueur des membres inférieurs	7
Pseudarthrose congénitale d'un membre inférieur	3
Autre malformation du membre inférieur (sauf luxation congénitale hanche et pied bot)	15
Amputation chirurgicale d'un membre inférieur malformé	2
<i>Association de malformations :</i>	
1 M.S. et 1 M.I.	6
1 M.S. et 2 M.I.	6
2 M.S. et 1 M.I.	4
2 M.S. et 2 M.I.	1

Nanisme dystrophique	4
Divers et anomalies congénitales difficiles à classer	18
TOTAL	210

Il y a lieu de remarquer la fréquence des anomalies du membre supérieur, principalement de la main.

B. Relevé détaillé des infirmités classées sous la rubrique « autres maladies orthopédiques ».

Sous cette rubrique ont été rangées les anomalies ostéo-articulaires pour lesquelles on ne pouvait invoquer ni l'action d'un traumatisme, ni celle de la tuberculose ou d'une infection microbienne aiguë, ni une malformation congénitale ni une poliomyélite (dans le cas contraire, les anomalies étant classées dans la rubrique correspondante : traumatisme tuberculose, etc.).

Scolioses essentielles	112
Scolioses d'étiologie mal précisée	28
Scolioses rachitiques	8
Scolioses secondaires à anomalie des membres inférieurs	6
Scolioses d'étiologies diverses (pleurésie purulente, etc.)	3
Cyphose par épiphysite	6
Cyphose par ostéochondrite	1
Cyphose par spondylolisthesis	2
Cyphose d'étiologie imprécise	8
Coxa vara	24
Ostéochondrite de la hanche	10
Coxa valga	1
Coxa plana	1
Lésions diverses de la hanche	9
Genu valgum	9
Arthrogrypose	4
Ostéogénèse imparfaite	3
Rachitisme (séquelles)	2
Maladie exostosante	5
Hernie discale	2
Affections rhumatismales	15
TOTAL	259

Les atteintes de la colonne vertébrale prédominent donc très nettement.

ANNEXE II

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LA FAMILLE DES SUJETS ATTEINTS DE LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

1. Fratrie des sujets atteints de luxation congénitale de la hanche.

L'enquête a recherché si l'infirme observé avait un ou plusieurs frères (ou sœurs) également infirmes. On a vu que, pour l'ensemble de l'enquête, cette éventualité s'est trouvée réalisée dans 6,9 % des cas. Cette proportion est plus forte lorsque l'infirme observé est atteint de luxation congénitale de la hanche, puisqu'elle s'observe 31 fois sur 304, soit avec une fréquence de 10,2 %.

Un dépouillement manuel (effectué par le Dr Anne-Marie Guibal) a montré que sur 31 cas d'infirmité motrice chez un autre membre de la fratrie de l'infirme observé, il s'agissait 16 fois de luxation congénitale de la hanche, soit une proportion de 5,3 % de fratries comportant plusieurs sujets ayant une luxation congénitale de la hanche.

2. Descendance des sujets atteints de luxation congénitale de la hanche.

Le dépouillement mécanographique a montré que sur 214 luxés (luxation congénitale de la hanche) âgés de plus de 18 ans, 61 avaient un ou plusieurs enfants. Parmi ces 61 fratries issues d'une mère ou d'un père ayant une luxation congénitale de la hanche, 6 avaient un ou plusieurs enfants infirmes. Le dépouillement manuel (Dr Guibal) a montré que dans 5 de ces fratries, il s'agissait aussi chez l'enfant de père (ou mère) « luxé » (1) d'une luxation congénitale de la hanche : 4 fratries avec 1 seul « luxé », 1 fratrie avec 2 « luxés », soit au total 6 enfants atteints de luxation congénitale de la hanche. Comme le nombre total des enfants dont le père ou la mère ont eu une luxation congénitale de la hanche s'établit à 118, la proportion de transmission est de 6 sur 118, c'est-à-dire 5,1 %.

(1) Le parent atteint était 3 fois la mère (4 enfants « luxés ») et 2 fois le père (1 enfant « luxé »).

ANNEXE III

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LES SCOLIOSES

Un dépouillement manuel, effectué par le Dr Anne-Marie Guibal, a permis d'apporter des précisions sur les points suivants : âge d'apparition (ou de découverte) des scolioses dites essentielles ; poliomyélite et scoliose.

a) Age auquel les scolioses essentielles ont été découvertes :

	N	%
avant 1 an	18	17,1
1-6 ans	27	25,7
7-13 ans	44	41,9
14-19 ans	16	15,2

(âge non précisé : 7)

b) Scoliose et poliomyélite.

Les scolioses consécutives à une atteinte poliomyélitique ont été classées sous la rubrique « poliomyélite ». Celle-ci comporte 478 cas parmi lesquels les observations font mention de 44 scolioses (9,2 %). Ces cas se décomposent comme suit, selon la localisation de la paralysie résiduelle :

	N
atteinte isolée du tronc	7
tronc et 1 membre supérieur	3
tronc et 2 membres supérieurs	0
tronc et 1 membre inférieur	9
tronc et 2 membres inférieurs	8
tronc et 1 membre supérieur + 1 membre inférieur	3
tronc et plus de 2 membres	14

ANNEXE IV

INFIRMITÉS MOTRICES D'ORIGINE CÉRÉBRALE ET ATTITUDE DE LA FAMILLE

Les réponses sur l'attitude de la famille étaient souvent imprécises et complexes, en tout cas difficilement codifiables. Un dépouillement mécanographique n'a pu être fait sur ce point. Il a cependant paru intéressant de procéder à un dépouillement manuel (Dr Guibal) portant uniquement sur les infirmités motrices d'origine cérébrale avec troubles intellectuels qui représentent l'un des types d'infirmités posant en général les problèmes familiaux les plus complexes.

Voici les résultats obtenus : sur 357 sujets atteints d'infirmité motrice d'origine cérébrale avec troubles intellectuels, 46 sont placés en institution (12,9 %). Dans 22 de ces cas, la famille continue à s'intéresser à l'infirme et lui rend visite. Dans les 24 autres cas, elle ne s'en occupe pas.

Parmi les 311 cas restants, 4 vivent dans une famille nourricière et 307 dans leur propre famille. L'attitude des parents a été appréciée dans 281 cas (renseignements non fournis ou ininterprétables : 26 cas). Pour ces 281 cas, l'attitude de la famille a été jugée indifférente ou hostile : 8 fois (2,8 %), affectueuse : 273 fois (97,2 %). Ce jugement semble très indulgent. Il n'a pas été possible de distinguer parmi les comportements affectueux ceux qui comportaient une hyperprotection.

ANNEXE V

RUBRIQUES NON UTILISÉES ET RUBRIQUES DIVERSES

Le questionnaire comportait un certain nombre de rubriques qui n'ont pu être utilisées pour diverses raisons (fort pourcentage de réponses absentes, imprécises ou inutilisables, interprétation divergente selon les enquêteurs, difficultés de codification, etc.) ; ce sont :

1. Les causes d'instruction défectueuse ou nulle ;
2. L'existence ou l'absence de contrat d'apprentissage ;
3. La nationalité et la profession des parents ; la consanguinité ;
4. Le nombre de pièces et le nombre d'occupants de l'habitat ;
5. L'adaptation au milieu familial ;
6. Les souhaits de l'infirmes (études, métiers) ;
7. La valeur des renseignements (d'après l'enquêtrice).

La rubrique intitulée « type de l'infirmité » et qui prévoyait les distinctions suivantes : maladie neurologique avec ou sans contracture, maladie musculaire, maladie ostéo-articulaire acquise, malformation, a donné parfois des résultats surprenants et une proportion assez forte de réponses non précisées (notamment sur l'existence ou l'absence de contracture).

Ces résultats n'ont pas été retenus, non plus que les corrélations qui avaient été établies à partir de cette rubrique. La rubrique « diagnostic » comportant 18 possibilités a paru une base meilleure pour l'étude des « types » d'infirmité motrice.

Certaines rubriques ont fait l'objet d'un dépouillement mécanographique ou manuel, mais leur intérêt a semblé secondaire. On trouvera, ci-dessous, les résultats obtenus :

a) Nationalité de l'infirmes

	N	%
Français d'origine	3204	98,5
Naturalisé	5	0,2
Étranger	42	1,3

b) Age au début de la scolarité

	N	%
3 ans	51	2
4 ans	135	5,2
5 ans	778	30
6 ans	1250	48,2
7 ans	193	7,5
8 ans	80	3,1
9 ans (ou plus)	102	3,9

c) Changement de milieu

	N	%
Pas de changement de milieu	2041	65,7
Un changement de milieu	948	30,5
Plusieurs changements de milieu	116	3,7

d) Caractère congénital ou acquis de l'infirmité motrice

	N	%
<i>Infirmité :</i>		
congénitale	793	24,4
acquise	1835	56,3
congénitale + acquise (infirmités associées)	23	0,7
caractère douteux	604	18,6

e) Étiologie

	N	%
<i>Infirmité apparue :</i>		
Après maladie	979	31,1
Après traumatisme	781	24,8
Spontanément	874	27,8
Notée à la naissance	512	16,3

ANNEXE VI

CORRÉLATIONS DIVERSES

Comme il est de règle dans les enquêtes de ce type, de très nombreuses corrélations ont été établies, qu'il aurait été fastidieux de reproduire dans cette publication.

Les résultats retenus sont ceux qui ont paru se rapporter aux problèmes les plus intéressants, même si les réponses pouvaient prêter à discussion.

A titre d'exemple de corrélations non retenues pour le corps de la publication, on trouvera ci-dessous la répartition des différents types d'infirmité selon l'habitat (habitat correct d'une part ; habitat médiocre et taudis d'autre part).

La fréquence des infirmités par poliomyélite et, fait paradoxal, celle des infirmités par tuberculose ostéo-articulaire, semblent plus grandes dans le groupe « habitat correct ». Les infirmités motrices d'origine cérébrale avec troubles intellectuels semblent plus fréquentes dans le groupe « habitats médiocres et taudis ». En fait, les différences sont peu importantes et les variations en sens divers du contenu des 16 rubriques empêchent d'attacher une grande valeur à cette constatation, dont l'intérêt pratique est d'ailleurs très limité.

TABLEAU

	Habitat correct	%	Habitat médiocre et taudis	%
Fractures, luxations	162	9,1	124	10,1
Amputations	157	8,8	91	7,4
Brûlures	12	0,7	14	1,1
Autres traumatismes	36	2	39	3,2
Tuberculose	169	9,5	100	8,1
Autres infections	77	4,3	45	3,7
Luxations de la hanche	170	9,6	131	10,6
Pieds bots	92	5,2	68	5,5
Autres malformations congénitales	108	6,1	85	6,9
Autres maladies orthopédiques	126	7,1	113	9,2
Poliomyélite	281	15,8	163	13,2
Paralysie obstétricale	38	2,1	15	1,2
I.M.C. avec troubles intellectuels .	181	10,2	141	11,5
I.M.C. sans troubles intellectuels .	88	4,9	55	4,5
Myopathie	25	1,4	2	0,2
Autres affections	57	3,2	44	3,6
	1.779		1.230	

ANNEXE VII

INFIRMES AGÉS DE MOINS DE 20 ANS

L'enquête a porté sur les sujets atteints d'infirmité motrice (I. M.) avant l'âge de 20 ans et âgés de moins de 35 ans le 1^{er} janvier 1955. Ce groupe ne correspond pas à une tranche d'âge définie de la population. Le nombre d'infirmes recensés a donc été rapporté à la population totale (tous âges) de chacun des secteurs de l'enquête. Ce sont ces résultats qui sont fournis dans le chapitre II.

Il a paru cependant intéressant d'étudier la proportion de sujets atteints d'infirmité motrice (I. M.) pour une tranche d'âge bien définie. Ce calcul n'a été possible que dans trois secteurs où nous connaissons, grâce à l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques, la population par tranche d'âge (recensement de mai 1954). D'autre part, nous connaissons par notre enquête le nombre d'infirmes âgés de moins de 20 ans à la fin de 1954, c'est-à-dire ceux qui sont nés entre le 1^{er} janvier 1935 et le 31 décembre 1954. Voici les chiffres et les taux correspondants :

	Nbre de sujets atteints d'I. M. âgés de moins de 20 ans (A)	Nbre d'habitants âgés de moins de 20 ans (B)	$\frac{A}{B} \times 10^4$
Département de la Hte-Vienne .	565	84 526	669
Secteur de Nancy (M.-et-M.) ...	290	56 500	514
Secteur d'Orléans (Loiret).....	193	30 162	640

TABLE DES MATIÈRES

ÉQUIPES CHARGÉES DE L'ENQUÊTE	3
INTRODUCTION	5
CHAPITRE I. — <i>Organisation de l'enquête</i> (limites ; secteurs ; technique du recensement des infirmes ; questionnaire)	7
CHAPITRE II. — <i>Nombre de sujets atteints d'infirmité motrice. Diagnostic de l'infirmité</i> (proportion des infirmes pour 100 000 habitants ; importance respective des types d'infirmité ; répartition selon le sexe ; infirmités associées).....	19
CHAPITRE III. — <i>Renseignements sur les circonstances de survenue de l'infirmité</i> (date de naissance des infirmes ; âge d'apparition de l'infirmité ; antécédents de naissance difficile)	29
CHAPITRE IV. — <i>Bilan anatomique et fonctionnel des infirmités. Niveau mental</i> (localisation des atteintes selon le type d'infirmité ; bilan des fonctions des membres ; dépendance de l'infirmes ; niveau mental).....	39
CHAPITRE V. — <i>Traitements suivis</i> (traitement chirurgical ou orthopédique ; rééducation ; utilisation d'un appareil)	47
CHAPITRE VI. — <i>Le milieu où vit l'infirmes</i> (famille de l'infirmes : importance de la fratrie, rang de naissance ; ressources de la famille de l'infirmes ; allocations spéciales ; enfants de l'infirmes ; habitat ; associations d'infirmes).....	53
CHAPITRE VII. — <i>Scolarité des infirmes</i> (fréquentation scolaire ; connaissances élémentaires ; scolarité ; enseignement spécial ; diplômes).....	67
CHAPITRE VIII. — <i>Travail et professions</i> (orientation professionnelle ; formation professionnelle ; activité des infirmes ; professions ; changement de profession)....	77
CHAPITRE IX. — <i>Sport et loisirs</i> (activité sportive ; cinéma ; lecture ; radio-télévision ; petits travaux)	87
CHAPITRE X. — <i>Bilan médico-social</i> (le maximum a-t-il été fait en vue de la réinsertion sociale de l'infirmes? Mesures souhaitables : médicales, sociales).....	91
RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS	99
ANNEXE I. — Rubriques « autres malformations congénitales » et « autres maladies orthopédiques »	103
ANNEXE II. — Familles des sujets atteints de luxation congénitale de la hanche...	105
ANNEXE III. — Les scolioses	106
ANNEXE IV. — Infirmités motrices d'origine cérébrale et attitude de la famille....	107
ANNEXE V. — Rubriques non utilisées et rubriques diverses.....	108
ANNEXE VI. — Corrélations diverses	110
ANNEXE VII. — Infirmes âgés de moins de 20 ans (taux pour 100 000 sujets de moins de 20 ans)	111

MONOGRAPHIES DE L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

DÉJA PARUES :

- N° 1. — Documents statistiques sur la morbidité par cancer dans le monde, par P. F. DENOIX, Paris 1953. — Épuisé.
- N° 2. — L'économie de l'alcoolisme, par L. DEROBERT, Paris 1953. — Épuisé.
- N° 3. — Mortalité urbaine et rurale en France en 1928, 1933 et 1947, par Ch. CANDIOTTI et M. MOINE, Paris 1953. — Prix : 9 NF.
- N° 4. — Contribution à l'étude de l'anophélisme et du paludisme en Corse, par C. TOUMANOFF, Paris 1954. — Prix : 12 NF.
- N° 5. — De la diversité de certains cancers, par P. F. DENOIX, Paris 1954. — Épuisé.
- N° 6. — La lutte préventive contre les maladies infectieuses de l'homme et des animaux domestiques au moyen des vaccins, par G. RAMON, Paris 1955. Prix : 12 NF.
- N° 7. — Études de socio-psychiatrie, par H. DUCHÊNE et coll., Paris 1955. — Prix : 9 NF.
- N° 8. — Rapport sur la fréquence et la sensibilité aux insecticides de *pediculus humanus humanus* K. Linæus, 1758 (anoplura) dans le sud-est de la France, par R. M. NICOLI, Paris 1956. — Prix : 5 NF.
- N° 9. — Étude sur la maladie de Bouillaud et son traitement, par J. CHEVALLIER, Paris 1956. — Prix : 11 NF.
- N° 10. — Rapport d'enquête sur la réadaptation fonctionnelle des adultes en France, par H. G. POULIZAC, Paris 1956. — Prix : 10 NF.
- N° 11. — Étude pour l'établissement de rations alimentaires pour le tuberculeux en sanatorium, par F. VINIT et J. TRÉMOLIÈRES, Paris 1957. — Prix : 12,50 NF.
- N° 12. — Le cancer chez le noir en Afrique française, par P. F. DENOIX et J. R. SCHLUMBERGER, Paris 1957. — Prix : 15 NF.
- N° 13. — Broncho-pneumopathies à virus et à rickettsies chez l'enfant, par R. SOHIER, M. BERNHEIM, J. CHAPTAL et M. JEUNE. — Prix : 13 NF.
- N° 14. — L'assistance psychiatrique aux malades mentaux d'origine nord-africaine musulmane en métropole, par G. DAUMEZON, Y. CHAMPION et Mme J. CHAMPION-BASSET, Paris 1957. — Prix : 12 NF.
- N° 15. — Documents statistiques sur l'épidémiologie des infections typho-paratyphoidiques, de la poliomyélite et des brucelloses en France en 1954 et 1955, par P. CHASSAGNE et Y. GAIGNOUX. — Prix : 11 NF.
- N° 16. — La pathologie régionale de la France. Tome I, Régions du Sud et de l'Ouest, par R. MAROT. — Prix : 35 NF.
- N° 17. — La pathologie régionale de la France. Tome II, Régions du Nord, de l'Est et du Centre, par R. MAROT. — Prix : 34 NF.
- N° 18. — De la destruction des bactéries par la chaleur. — Étude de l'efficacité de la pasteurisation du lait, par A. NÉVOT, Ph. et J. LAFONT. — Prix : 14 NF.

- N° 19. — **Le Cancer au Moyen-Orient (Israël et Iran). Données épidémiologiques** par C. LAURENT et J. LEGUERINAI. — Prix : 13 NF.
- N° 20. — **Problèmes posés par la définition des aliments**, par l'Unité de Recherche de Nutrition humaine de l'Institut National d'Hygiène. — Prix : 15 NF.
- N° 21. — **Accidents du travail et facteur humain**, par H. G. POULIZAC. — Prix : 18 NF.
- N° 22. — **Enquête sur les enfants et les adolescents atteints d'infirmité motrice**, par F. ALISON, J. FABIA et J. RAYNAUD. — Prix : 11 NF.

ACHEVÉ D'IMPRIMER
LE 16 MAI 1961
SUR LES PRESSES DE L'I.T.E.
45, rue Colbert
COLOMBES

Vente des publications à

L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

3, rue Léon-Bonnat, Paris (16^e) — AUTEUIL 32-84

Numéro de chèque postal : Institut National d'Hygiène, 9062-83 Paris