

Introduction à la puériculture et à la pédiatrie

Comité éditorial pédagogiques de l'UVMaF

Date de création du document 2011-1012

Table des matières

SPECIFIQUES :	2
I Place de l'enfant dans la société a travers les âges	3
II Histoire de la puériculture et de la pédiatrie:	9
III Epidémiologie et démographie	13
III.1 Définitions	13
III.2 Evolution de la mortalité infantile jusqu'à nos jours	14
III.3 Les facteurs explicatifs de la mortalité infantile en France	17
IV Bibliographie	19

OBJECTIFS

SPECIFIQUES :

- Connaître l'évolution de la place de l'enfant dans la société
- Connaître l'apparition et l'évolution de la pédiatrie et de la puériculture
- Rappeler les données épidémiologiques et démographiques en périnatalité

INTRODUCTION

Nous aborderons la place de l'enfant dans la société à travers les âges sur un plan sociologique, avant de présenter l'histoire de la puériculture et de la pédiatrie. Enfin ce chapitre sera complété par quelques notions d'épidémiologie et de démographie en périnatalité.

I PLACE DE L'ENFANT DANS LA SOCIÉTÉ A TRAVERS LES ÂGES

Les peuples d'Egypte ancienne considèrent le mariage comme un lien sacré et accordent une grande importance à la vie de famille. Les Egyptiens se marient souvent avec des membres de leur famille afin de s'assurer que les épouses aient un niveau social proche du leur et de promouvoir les liens de parenté. Les filles se marient généralement aux environs de l'âge de 12 ans.

Dans la famille chacun a un rôle à jouer. Le père travaille toute la journée. Dans les foyers de petite taille, la mère est en charge de tout ce qui concerne la maison. Elle doit s'occuper de la cuisine, du ménage et des enfants. Dans certaines maisons, plus grandes, des domestiques aident la mère de famille.

Après la naissance, les parents se dépêchent de donner un nom au nouveau-né car il n'y a pas d'existence sans nom. Si le désir d'avoir un garçon prédomine, les filles sont cependant bien accueillies. En fait, toute naissance est une joie. La préférence pour les enfants de sexe masculin est liée au fait que le fils fait vivre le nom de son père, qu'il est chargé de l'enterrer et d'entretenir sa tombe.

Vers l'âge de 4 à 5 ans, les enfants commencent à aider leurs parents. Les garçons participent aux travaux des champs, apprennent les rudiments du métier exercé par leur père. Les filles s'initient aux tâches ménagères.

Les Egyptiens adorent les enfants et les considèrent comme une immense bénédiction. Dans le cas où un couple ne parvient pas à concevoir un enfant, il peut recourir à l'adoption.

La société romaine, comme la plupart des civilisations anciennes, est organisée en classes d'âge conduisant le jeune Romain à parcourir un certain nombre d'étapes avant de pouvoir exercer son métier de citoyen. Cette répartition en classes d'âge, au lieu de faire de la vie humaine un flux continu, la fait apparaître comme une succession d'états bien distincts, dont les rites assurent les transitions.

La « faiblesse » constitutive de l'enfance (son incapacité à parler un langage articulé) est probablement l'un des traits les plus caractéristiques de la civilisation romaine. L'enfant est vu comme un être imparfait, pas « terminé » donc malade et fragile d'où le fort taux de

mortalité. La progressive intégration dans la culture se fait dès la naissance, par un geste rituel qui signifie l'acceptation de l'enfant par son père. Le bébé doit être soulevé de terre puis pris dans les bras par son père. Ce geste signifie que le père reconnaît son fils, s'engage à le nourrir et en même temps établit ses droits sur lui. Si l'enfant est une fille, le père ordonne seulement de l'alimenter. Si l'intégration n'est pas acceptée le bébé est exposé sur la voie publique (abandonné), étouffé ou simplement privé d'aliments.

Un second rite marque l'entrée de l'enfant dans la vie sociale. Neuf jours après sa naissance s'il est un garçon, huit jours après si c'est une fille l'enfant reçoit son nom.

Jusqu'à ce qu'il soit sevré, à environ 3 ans, le nourrisson est indifféremment allaité par sa mère ou par une nourrice. Le nouveau-né et le nourrisson subissent un modelage du corps par l'emballage et massages. La nourrice et le personnel servile vont contribuer à former la parole de l'enfant jusqu'à sa septième année, veiller sur ses premiers pas, le guider dans ses premières découvertes.

L'âge de 7 ans, « âge de raison » selon Cicéron, est considéré par les Romains comme un « cap ». L'enfant, sevré et disposant du langage, commence à participer à la vie familiale en assistant son père. En l'absence du père, d'autres membres de la maisonnée, en particulier la mère, les grands-parents ou les oncles paternels, contribuent à parfaire l'éducation des enfants. L'éducation romaine est donc une éducation familiale. Dans les couches aisées de la population, l'enfant est d'abord élevé à la campagne, au grand air et loin des tentations urbaines ; puis il est ramené en ville pour pouvoir suivre les pas de son père. L'apprentissage essentiel dans la vie du jeune Romain, c'est son initiation à la vie civique. La fonction du père de famille est principalement, par le mariage et l'adoption, de transmettre l'héritage et de reproduire la famille, et donc la cité. A la maison, l'enfant assiste son père dans tous les gestes du culte privé. Il apprend en regardant, puis en imitant. Moins de renseignements sur l'éducation des filles sont connus. Généralement, la fillette commence à apprendre auprès de sa mère les travaux domestiques qui lui vaudront une réputation de bonne épouse. Elle peut aller à l'école apprendre les rudiments d'écriture, de lecture et de calcul, mais ne poursuit pas ses études au-delà de 11 ans. En accompagnant son père, le garçon apprend aussi les comportements à adopter, les règles de vie en société, en particulier celles qui prévalent dans les milieux sénatoriaux. L'autre enseignement fondamental qui est dispensé au petit Romain est la maîtrise de l'écriture et la lecture. De 7 à 11 ans, l'enfant reçoit l'enseignement « élémentaire » du maître d'école, dont l'action est présentée comme le prolongement du travail de la nourrice. Vers 11 ou 12 ans, le destin des filles et des garçons, celui des riches et des pauvres se séparent. Seuls les garçons de famille aisée continuent alors à étudier.

La fin de l'enfance à Rome est marquée pour les garçons par une importante cérémonie publique et privée : la prise de la toge virile. A 16 ou 17 ans, même s'il reste sous l'autorité juridique de son père, le jeune homme est socialement décrété adulte. Une grande valeur est accordée par les Romains à ce rite de passage, qui, symboliquement, affranchit l'enfant

de toutes les protections qui l'entouraient et le fait accéder au rang de citoyen. Il n'existe pour les filles aucun rite de passage proprement dit. D'ailleurs, contrairement au garçon, la fille ne se définit pas à Rome à travers des classes d'âge, mais en fonction de son état physique et social : elle est puella (diminutif forgé à partir de puer) jusqu'au mariage, puis épouse et mère. La seule étape importante qui marque les deux périodes de la vie d'une femme est le mariage (à partir de 12 ans). Ainsi, après la puberté, les filles sont destinées à devenir tout de suite épouses et mères. Le rite qui les introduit dans la jeunesse correspond à leur fonction sociale : reproduire le corps des citoyens.

Après la chute de l'Empire Romain en 476 débute le Moyen-âge qui est souvent vu comme une période de négation totale de l'enfance. Peu d'enfants passent le cap des premiers mois, la mortalité infantile est très élevée, donc les familles procréent beaucoup. L'âge adulte démarre entre 11 et 14 ans. Cela semble laisser peu de place à l'enfance telle que nous la connaissons actuellement.

L'enfant est vu comme l'aboutissement logique du mariage chrétien qui établit la famille comme une cellule fixe qui repose sur le couple. Ainsi, Thomas d'Aquin écrit : « Tout foyer n'est pas parfait, s'il n'y a pullulement d'enfants ». Le nombre d'enfants par famille médiévale est élevé pour en assurer la survie. La mortalité infantile est d'un enfant sur trois. Il s'agit d'assurer autant que possible la pérennité de la famille. L'enfant a une valeur sacrée à partir du moment où il entre dans la cellule familiale.

Le vocabulaire de la prime enfance est peu développé. Le mot enfant s'applique généralement à celui qui a moins de 15 ans, qui n'a donc pas atteint la majorité selon le droit germanique. Cela suffit-il à dire que le Moyen-âge est une période froide envers l'enfance ? Certains historiens avancent que cette distance face à l'enfance est causée par la mortalité qui impliquait peu d'attachement à l'enfant qui pouvait être amené à disparaître. D'autres affirment que si peu de trace de cette relation existe, c'est parce que l'expression de l'amour pour l'enfant subit les mêmes contraintes au silence que l'expression de l'amour marital. Bons nombres de textes attestent que les enfants étaient perçus pour la famille comme des êtres importants. Le Livre des Manières d'Etienne de Fougères montre ainsi jusqu'où les parents sont prêts à aller pour leurs enfants : emprunts, vol, non-paiement des taxes...L'enfant est protégé dans la société chrétienne : l'avortement, les infanticides, les pratiques contraceptives chez les époux, l'abandon de l'enfant sont un péché mortel réprimé.

Son éducation se fait par le jeu avec ses pairs et l'imitation du modèle parental. Néanmoins, l'adulte doit le corriger dès son plus jeune âge. Les enfants peuvent être battus.

Il existe donc bien un amour filial au Moyen-âge. Néanmoins celui-ci est largement mis à l'écart face à la dureté de la vie et les conditions matérielles. Les enfants sont inhumés avec un soin particulier. Les cimetières des villes sont peuplés de leurs dépouilles. Les plus jeunes sont enterrés aux places les plus saintes de l'église (sous le baptistère, dans les

fondations...), les plus âgés sont inhumés "sous la gouttière", c'est-à-dire à l'aplomb de la toiture de l'église paroissiale, pour que leur corps soit perpétuellement baigné de l'eau sanctifiée qui ruisselle du toit. Les autres sont regroupés sous le parvis. Quant aux foetus, de minuscules tombes étaient parfois creusées dans les fondations mêmes des églises ou dans les conduites d'eau des baptistères afin que leur dépouille baigne dans l'eau bénite jusqu'à la fin des temps. L'enfant à cette époque était vu comme un adulte en miniature.

Durant le XII^{ème} siècle, l'image de l'enfance reste globalement stable. Elle montre l'enfance faite de faiblesse et de fragilité. L'enfance n'est plus seulement ressentie comme une période méprisable ou indifférente parce qu'essentiellement malade. Au-delà de la tendresse même que les parents lui témoignent, il faut désormais considérer l'enfant comme un petit homme mal assuré, dont les rouages et les mécanismes sont encore faibles et qui, de ce fait, demande la plus grande attention et les plus grands soins de la part de son entourage. A sa fragilité interne répond l'importance du milieu dont l'influence est reconnue. L'hygiène apparaît comme l'ensemble des mesures propres à conserver ou à améliorer la santé, c'est-à-dire les pratiques permettant de prévenir les maladies (nourriture, milieu, influences diverses de l'air, de l'eau, du lait, influences morales des personnes, etc.), et la thérapeutique entendue comme pratique intervenant lorsque la maladie est là et qui vise à guérir le malade. C'est peut-être à partir de cette distinction essentielle à propos de l'enfance que va naître un siècle plus tard l'idée que, puisque la nature ne semble pas finalisée, l'espèce humaine est perfectible. Hygiène et thérapeutique doivent à la fois se penser séparément et se combiner à l'éducation des enfants en particulier et à celle de la population en général pour améliorer une humanité. La thérapeutique et l'hygiène deviennent alors les éléments importants de l'approche de l'enfance qui témoignent du même souci : relier médecine et éducation en vue de parvenir à une amélioration de l'espèce.

Fin 17^e siècle en Angleterre, John Locke est le premier à proposer un discours systématique sur l'enfant, en particulier sur l'éducation à lui donner. Il insiste sur l'importance des renforcements (sanctions positives) pour augmenter la probabilité de voir apparaître un comportement. Une sanction négative fait diminuer cette probabilité. Locke est le précurseur des courants théoriques de la psychologie du développement qui mettent en avant l'importance des apprentissages et conditionnements.

Rousseau, en France, a permis un véritable changement de regard sur l'enfant. Il propose une nouvelle représentation de l'enfance, qui sera adoptée par les pédagogues et la bourgeoisie. La haute société se met à élever ses enfants selon les principes recommandés par Rousseau : pas d'embaumement du bébé, allaitement maternel, attachement maternel. Ces différents principes ont modifié les comportements des classes de la haute société, mais les classes les moins favorisées continuent à mettre principalement leurs enfants en nourrice ou à les abandonner si leurs conditions de vie sont trop misérables, ne permettant pas de nourrir une bouche supplémentaire.

« L'Émile ou de l'éducation » (1762) est un traité sur l'éducation. Les principes suivants y sont énoncés :

- L'enfant correspond à une réalité psychologique bien définie et ne doit plus être considéré comme un petit homme. L'action et la pensée propre lui sont reconnues.
- L'enfance correspond à une période de la vie qui possède sa propre valeur et ne consiste pas seulement en l'apprentissage de la vie adulte.
- L'enfance est caractérisée par son innocence (bonté originelle de l'enfant), et c'est la société qui pervertit l'enfant. L'éducation a pour tâche de le préserver de cette perversion.
- La croissance, le développement de l'enfant, est ordonnée avec un rythme fixé naturellement. L'éducation doit respecter ce rythme.

Rousseau est le premier à proposer que l'enfant soit différent de l'adulte quantitativement et qualitativement. Il contribue à la naissance de la psychologie du développement :

- Les processus de transformation sont régis de l'intérieur (primauté des facteurs endogènes). Cependant, il considère que l'expérience, l'environnement jouent un rôle sur le développement : il existe des interactions entre l'enfant et son environnement. Le rôle de l'éducation selon lui est de créer des conditions favorables à l'autoconstruction de la personnalité de l'enfant.
- Il introduit la notion d'étapes ordonnées chronologiquement et préfigure la notion de stades qui jouera un rôle prépondérant en psychologie du développement.
- Rousseau change la perspective, le regard porté sur l'enfant : il devient un objet d'étude nécessaire, indispensable pour les éducateurs.

L'intérêt national pour les enfants s'est fortifié après la Révolution de 1789 avec la notion de liberté, égalité et fraternité tenu par les partisans de la démocratie pour tous.

L'industrialisation du 19ème siècle entraîna un exode rural avec l'agrandissement important de certaines villes industrielles (Mulhouse, Lille, Le Creusot...). La demande de main d'œuvre fut forte (guerres Napoléoniennes, introduction de nouvelles machines), c'est pourquoi les femmes et les enfants ont été embauchés en masse. Les enfants étaient exploités (15 heures de travail par jour), même parfois à partir de 5 ans. Les principaux avantages étaient leur petite taille, leur docilité et leurs salaires (1/3 des adultes). La discipline des enfants était un trait très marquant pendant le 19ème siècle. Le Code de Napoléon en mars 1804 augmente l'autorité patriarcale au point de permettre aux pères d'emprisonner leurs enfants désobéissants. Les employeurs possèdent la même prérogative pour les enfants qui tentent de fuir. Durant ce siècle des lois successives sont promulguées sur le travail des enfants et l'instauration de la scolarité. La loi de 1892 sur le travail des enfants a fortifié la situation en élevant l'âge minimum à 13 ans, et à la fin du

19ème siècle la plupart des jeunes jouissent d'une plus longue enfance dans la famille et à l'école, loin du monde adulte du travail. Avec la loi Jules Ferry en 1882 les éléments changent massivement : l'éducation de l'Etat gratuite, laïque et obligatoire pour tous les enfants entre 6 et 13 ans.

Au cours des 18ème et 19ème siècles, la place et la perception des enfants changent dans les sociétés occidentales : l'enfant est l'objet d'un investissement social et affectif sans précédent. La mortalité infantile diminue (médecine, hygiène), tout comme la taille des familles, et un nouvel art de vivre se développe autour du cercle familial, souvent réduit à la famille nucléaire (exode rural). Tous ces facteurs favorisent l'intensification des liens parents-enfants et l'avènement de diverses institutions vouées au développement et au bien-être de l'enfance : instruction publique, médecine infantile, loisirs familiaux...L'enfant est perçu avant tout comme un être vulnérable qu'il s'agit de protéger par des lois, des mesures et des attitudes appropriées.

Dans la période d'après-guerre, l'importance de la vie psychique précoce ne pourra plus être méconnue avec la reconnaissance de l'affectif précoce (in utero et dès la naissance) et la prévalence maternelle. Le modèle familial universel est toujours asymétrique dans le mariage, base de la famille dans la société : la mère prodigue les soins aux enfants, s'occupe de l'intérieur de sa maison et le père représente l'autorité et travaille pour subvenir aux besoins de la famille. Mais au milieu des années 60 une contestation se lève dans la nouvelle génération. Le modèle traditionnel n'est plus en phase avec la montée de l'individualisme, de la liberté, et la volonté féminine d'égalité entre les hommes et les femmes, donc d'égalité dans le couple au sein des familles. Ce souci d'égalité oblige le législateur à intervenir pour donner les mêmes droits sociaux et parentaux aux deux sexes : l'article 371-2 du Code civil du 4 juin 1970 : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=AB849062FB3B60C9A68AA9EF9381DB18.tpdjo07v_3?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426469&dateTexte=20120411&categorieLien=id#LEGIARTI000006426469 : " l'autorité appartient au père et à la mère pour protéger l'enfant dans sa santé, sa sécurité et sa moralité. Ils ont à son égard droit de garde, de surveillance et d'éducation. ". Ce qui bouleverse le rapport à l'enfant, avec une modification de l'autorité parentale au sein de la famille favorisant le dialogue, l'autonomie et les droits de l'enfant (déclaration des droits de l'enfant ONU 1959 : <http://www.droitsenfant.org/normes/declaration-1959/texte-integral-declaration-droits-enfant-1959/>). A travers ces évolutions, le mariage perd sa stabilité. L'augmentation du nombre des divorces (11 juillet 1975, article 229 du code civil : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=AB849062FB3B60C9A68AA9EF9381DB18.tpdjo07v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006136145&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20120411 : libéralisation du divorce) dissocie la relation entre conjoint et la relation aux enfants. La filiation est immuable, mais le lien conjugal est devenu réversible entraînant

l'explosion en nombre des familles monoparentales. La parentalité perdure par rapport à la conjugalité. Les progrès de la médecine ont permis de dissocier la sexualité et la procréation dans un premier temps, et dans un deuxième la procréation et la filiation. Grâce à la contraception, un enfant n'est plus « la grâce de dieu », mais s'inscrit dans un projet individuel de vie. Et la procréation médicale assistée a remise en question la certitude de la maternité biologique, la constance d'un couple hétérosexuel pour donner la vie.

Dans la société actuelle l'enfant occupe désormais une place centrale, ce qui rend la tâche éducative des parents plus complexe et plus exigeante. L'évolution de la famille contemporaine avec, outre les divorces et séparations, la femme qui travaille, la quasi disparition des familles « très » nombreuses, l'augmentation des familles recomposées, la multiplication des « éducateurs » autour de l'enfant tout cela a contribué à donner un autre statut à l'enfant : l'enfant-roi, victime des médias et de la société de consommation.

Le développement d'enfants rois est symptomatique d'une crise de l'autorité liée à l'émergence de la société de l'individualisation axée sur l'épanouissement personnel, à la place prépondérante qu'a acquise l'enfant dans notre société et à la complexification de la tâche éducative. L'enfant est une personne, mais pas pour autant un adulte. Être parent, c'est aussi exercer une autorité qui s'est modifiée depuis les années 60 mais qui est essentielle au développement d'un enfant dans une société.

II HISTOIRE DE LA PUÉRICULTURE ET DE LA PÉDIATRIE:

La pédiatrie et la puériculture sont des termes peu anciens : 1872 pour la pédiatrie (médecine qui concerne les enfants) et 1883 pour la puériculture sous la plume du docteur Caron (éducation des enfants). Ce n'est pas pour autant que les pratiques n'ont pas devancé l'apparition des mots.

Depuis l'antiquité on retrouve des recommandations sur l'hygiène, les soins et l'alimentation des nouveau-nés. Souvent ces écrits retrouvés sont le fait des personnes qui assistent la naissance.

Dans le monde grec, Hippocrate, Celse et Galien s'intéressent aux enfants. Ils décrivent la spécificité des affections et traitements chez les enfants. C'est le début de la spécialisation des médecins en maladies infantiles.

A Rome au début du II^{ème} siècle, Soranos d'Ephèse écrit un ouvrage d'obstétrique « Maladies des femmes ». Des chapitres y sont consacrés à la prise en charge du nouveau-né par les sages-femmes: le bain, l'alimentation qui débute par une diète et ensuite le lait d'une nourrice (les croyances relatent le fait que si la mère nourrit l'enfant elle risque de s'affaiblir et de vieillir prématurément !). Les nourrices sont employées depuis l'antiquité grecque dans la classe aristocratique, et cette organisation durera jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle au moins.

Puis plus tard, durant le Moyen Age, Rhazès le Perse médecin, alchimiste et philosophe (865-923) est l'auteur d'une multitude de livres et traités incluant la gynécologie, l'obstétrique et la pédiatrie. Ses ouvrages sont un bilan des connaissances médicales du 10ème siècle, avec des inspirations grecques et hindoues. Il fut traduit en latin au 13ème siècle et fut la référence dans de nombreuses spécialités médicales en Europe. De nombreux auteurs durant le Moyen Age dans toute l'Europe (France, Allemagne, Angleterre, Hollande...) se sont intéressés aux enfants en décrivant certaines affections et traitements : Sudhoff, Bagellardo, Mettlinger, de le Boë, Stahl, Harris et d'autres. Toutefois ces études restent dans le domaine de la médecine générale, sans s'intéresser spécifiquement à l'enfant dans sa globalité.

Les progrès en physiopathologie et le développement des techniques chirurgicales ont permis la naissance des différentes spécialités, cependant la pédiatrie ne s'adresse pas à un organe ou un système, ni à une technique particulière mais à un sujet : l'enfant.

Grâce aux philosophes du 17ème et 18ème siècle [Locke (1632-1704) en Angleterre, Rousseau (1712-1778) en France], à l'évolution des découvertes et à un mouvement culturel européen, certains médecins ont pris conscience que l'enfant mérite une attention particulière, un traitement spécifique. Il se doit d'être mieux considéré pour qu'il devienne plus « parfait ». Ces médecins du 18ème siècle tentent d'étudier les enfants, leurs maladies, leur développement. De nombreux ouvrages sur le sujet paraissent dans toute l'Europe à cette époque. Ils abordent également l'éducation, « l'élevage », l'alimentation des enfants. Mais ces ouvrages ne s'adressent qu'à la faible partie lettrée de la société. En parallèle se crée une littérature médicale écrite par des sages-femmes (traité de la sage-femme Marie-Angélique Le Rebours « avis aux mères qui veulent nourrir leur enfant, 1770») ou des mères de famille. Mais dans les campagnes et les petites villes, la situation évolue très lentement, les écrits ont peu d'influence. face aux traditions et coutumes qui perdurent.

A la fin du 18ème siècle et au 19ème siècle alors que la politique de santé donne une place centrale à la famille les médecins accoucheurs pour la plupart se spécialisent également en pédiatrie, A cette époque, la mortalité infantile est très élevée, avec un quart à un tiers des enfants qui meurent la première année de vie. Cette mortalité varie en Europe d'un pays à l'autre, et d'une région à l'autre, avec le taux le plus bas dans les pays nordiques et surtout en Suède. Pour les Etats il est nécessaire de remédier à ce problème. Les famines, les épidémies des siècles passés ainsi que ainsi la guerre de 1870 ont fait chuter la démographie,. Le développement industriel se poursuivant, il est nécessaire que la population s'accroisse pour assurer la main d'œuvre. L'Etat décide d'interférer en créant la « Protection de l'Enfance. » C'est le début de l'intervention des pouvoirs publics dans la sphère privée. La mortalité infantile est plus importante dans les milieux urbains (misère chez les ouvriers des villes, étroitesse des logements, allaitement artificiel), chez les enfants en nourrice et dans les hôpitaux. Le taux de mortalité maternel est également

élevé, avec un taux plus élevé dans les hôpitaux qu'à domicile (population très défavorisée, infections puerpérales, surpopulation...).

La situation de la France implique des réformes. La loi de Protection de l'enfance que Dr Théodore Roussel fait voter par le Parlement en 1874 a pour but d'établir une surveillance administrative et médicale de tous les enfants placés en nourrice jusqu'à l'âge de 2 ans. Les enfants de ces nourrices, privés de l'allaitement maternel sont également concernés par cette loi ; Ces mesures entraînent une diminution de la mortalité infantile dans les départements où la loi est bien appliquée. En 1893 l'assistance médicale gratuite pour les femmes enceintes est instaurée. Afin de protéger les enfants plus grands, la scolarité obligatoire est instaurée en 1874, et le travail des enfants n'est plus admis avant douze ou treize ans en 1892.

Des initiatives privées voient également le jour. En 1874, Madame de Fougeret fonde une « Société de charité maternelle » pour empêcher l'abandon des enfants, assister les mères, distribuer de la layette... Jean Dollfus (Manufacture de Mulhouse) en assurant un salaire pendant 6 semaines après l'accouchement à ses ouvrières abaisse la mortalité infantile de 40 à 25 pour 100. Jean-Baptiste Firmin Marbeau (docteur en droit), fondateur de l'institution des crèches à Paris en 1844, permet aux ouvrières de garder leurs enfants avec elles sans renoncer au travail en leur procurant le salaire nécessaire pour vivre. On note également un grand nombre de dispensaires pour enfants à Paris et dans les grandes villes. Ils ont pour missions de donner des soins aux enfants malades, d'initier à l'hygiène infantile les classes les plus pauvres des villes.

Le Dr Jean-Baptiste Fonssagrives crée en 1869 un « Livret maternel pour prendre des notes sur la santé des enfants ». Ce carnet de santé, dont différents modèles voient le jour à partir des années 1880, reste un objet privé jusqu'à ce que les pouvoirs publics s'y intéressent. Son utilisation est alors recommandée dans le décret-loi de 1935 mais ne devient obligatoire qu'en 1942.

En même temps que l'intervention de Roussel, tout un groupe de médecins accoucheurs de Paris et de province animent la campagne contre la mortalité infantile : Budin, Pinard (père de la puériculture en France), Marfan, Tarnier (inventeur de la couveuse et du gavage)... Ils prônent le repos en fin de grossesse, des congés les premières semaines après l'accouchement pour les ouvrières (les résultats positifs sont prouvés par les différentes initiatives privées des industriels), l'allaitement maternel, l'éducation sanitaire avec l'hygiène durant les accouchements et lors des soins aux enfants (Semmelweis, Pasteur, Bernard, Behring). Malgré le soutien de l'Etat, cette bataille s'avère très difficile pour tous ces précurseurs compte tenu des résistances importantes quelles que soient les couches sociales.

A la fin du 19ème siècle, grâce aux progrès (médecine, hygiène), les médecins peuvent imposer aux mères des règles de conduite. Mais dans le discours médical il y a peu de

place pour l'enfant. L'accent est mis sur l'éducation des mères, leur donner des repères stricts sur la propreté, les pesées régulières, les horaires des tétées et du sommeil. Cette rigueur laisse peu de place à l'affectivité. Il est essentiel que les enfants soient bien portants et bien élevés, soumis à l'autorité paternelle dans la famille, et plus tard à celle de l'employeur dans le monde du travail. C'est en 1872 que le mot « pédiatre » est créé et en 1878 que l'enseignement de la pédiatrie est officialisé en France.

La première partie du 20ème siècle est marquée par le bilan démographique catastrophique suite aux deux guerres mondiales. Malgré une diminution depuis le 19ème siècle, la mortalité infantile reste élevée avec 15 % en 1938 et 22 % en 1945.

Durant la deuxième guerre mondiale et dans la période d'après-guerre apparaissent les théories sur l'hospitalisme et la carence maternelle : les nourrissons placés dans des structures et séparés de leurs mères sont privés de liens d'attachement stables (Spitz 1946). Ces constatations jettent pour quelques temps le discrédit sur les lieux d'accueil de la petite enfance. La psychanalyse fait irruption à partir de ce moment dans la pédiatrie. avec l'apparition de l'affectivité dans les soins prodigués aux enfants Les soins (toilette, repas, sommeil...) deviennent des moments privilégiés, d'échange entre la mère et l'enfant, un moment de plaisir.

Après la deuxième guerre mondiale, les gouvernements s'orientent vers des programmes de réforme de grande envergure. La création de la sécurité sociale et de la Protection Maternelle et Infantile a comme objectif principal la lutte contre la mortalité et la morbidité infantile. La politique de prévention définie par l'État concerne toute la population et vise à protéger les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans. Des consultations de suivi de grossesse et de pédiatrie préventive, ainsi que des visites à domicile par des infirmières se mettent en place.

Les découvertes médicales, l'éducation sanitaire, le suivi des grossesses permettent de diminuer la mortalité infantile. Dans les années 50 se développe une sous-partie de la pédiatrie : la médecine néonatale. L'organisation des services de réanimation néonatale en équipements et personnels adaptés permet d'améliorer les conditions de survie d'enfants jadis condamnés. Une meilleure connaissance des mécanismes physiologiques permet de développer les nouvelles méthodes de réanimation.

Dans les années 1970-1920, l'école de puériculture de la faculté de médecine de Paris est créé puis, par décret, le 13 août 1947, le Diplôme d'Etat de Puéricultrices. Il s'adresse aux Assistantes Sociales, Sages-Femmes et Infirmières.

Alors que le taux de natalité a atteint un niveau record en 2010 en France, nous comptons le moins de pédiatres de ville. Actuellement, en 2011, en ce qui concerne les études de pédiatrie, le numérus clausus de 280 ne permet pas de combler la pénurie de pédiatre.

III EPIDÉMIOLOGIE ET DÉMOGRAPHIE

Ce chapitre est une introduction permettant de donner des définitions générales, qui permettront de fixer une photographie actuelle des différents paramètres de la périnatalité.

III.1 DÉFINITIONS

Le niveau de santé périnatale est un bon indicateur de la santé d'une population. Les indicateurs (maternels, fœtaux et néonataux) en périnatalité sont les premiers indicateurs évoluer favorablement lorsque la santé d'une population s'améliore. Mais il faut être attentif aux définitions utilisées dans chaque pays. La définition diffère selon les pays même en Europe. Cela rend les comparaisons difficiles.

L'épidémiologie : Il existe plusieurs définitions pour l'épidémiologie. On peut citer pour illustration celle de Mac Mahon : « Étude de la distribution et des déterminants d'une maladie dans des populations humaines, et application des résultats de cette étude dans la lutte contre cette maladie ». Pour Jenicek : « L'épidémiologie est un raisonnement et une méthode propres au travail objectif en médecine et dans d'autres sciences de la santé, appliqués à la description des phénomènes de santé, à l'explication de leur étiologie, et à la recherche des méthodes d'intervention les plus efficaces ».

Les différentes branches de l'épidémiologie se caractérisent par la nature des questions auxquelles il s'agit d'apporter des réponses, ainsi que par les méthodes utilisées à cet effet. L'épidémiologie a été conçue pour répondre à la question: « Qui a quoi, quand, où et pourquoi? »

La démographie est l'étude quantitative des populations humaines et de leurs dynamiques à partir des caractéristiques que sont la fécondité, la mortalité, la nuptialité et la migration. La tâche du démographe consiste à analyser les variations de ces phénomènes dans le temps et dans l'espace en fonction des milieux socio-économiques et culturels.

Le taux de mortalité : il correspond au nombre de décès annuels rapporté au nombre d'habitants d'un territoire donné. Cet indice statistique sert à l'étude de la démographie au même titre que la natalité ou la fécondité, il dépend de la structure par âges de la population. On lui préfère les taux de mortalité par âge.

Le taux de mortalité périnatale : il correspond au nombre de mort-nés plus le nombre de décès entre 0 et 7 jours pour 1 000 naissances totales (enfants nés vivants et mort-nés).

Le taux de mortalité néonatale : Le taux de mortalité néonatale représente le nombre de décès survenu entre la naissance et le 27ème jour inclus rapporté à 1000 naissances vivantes. Il comprend le taux de mortalité néonatale précoce et le taux de mortalité néonatale tardive. On entend par taux de mortalité néonatale précoce le nombre de décès survenus entre la naissance et le 7ème jour inclus, rapporté à 1000 naissances vivantes,

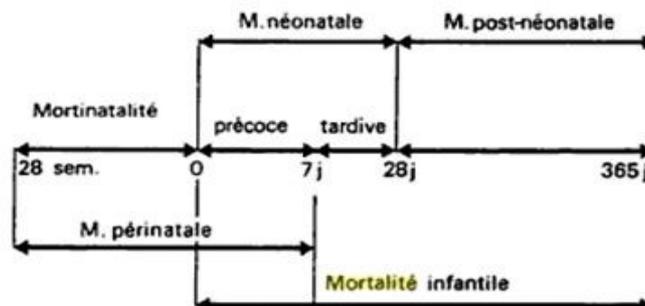
pour l'année. Le taux de mortalité néonatale tardive représente le nombre de décès survenus entre le 8ème jour et le 27ème jour inclus rapporté à 1 000 naissances vivantes, pour l'année.

Le taux de mortalité postnéonatale : il représente le nombre de décès survenus entre la fin du premier mois (27 jours révolus) et la première année (365 jours révolus) rapporté au nombre de naissances vivantes sur la même période, pour l'année.

Le taux de mortalité infantile : il représente le rapport entre le nombre de décès d'enfants de moins de 1 an sur le nombre total d'enfants nés vivants rapporté à 1 000 naissances vivantes pour l'année. Il sert essentiellement à évaluer la qualité des soins en obstétrique et en pédiatrie d'un pays. Les deux composantes de la mortalité infantile sont la mortalité néonatale et la mortalité postnéonatale.

Le taux de mortinatalité : Il représente le nombre d'enfants « déclarés sans vie » à la naissance rapporté à 1000 naissances totales (naissances de nouveau-nés vivants et nés sans vie), pour l'année. On entend par naissance vivante tout enfant qui respire ou manifeste un signe de vie à la naissance quelque soit la durée de la gestation, ou pèse 500 grammes

Figure 1 : Composantes des mortalités périnatale et infantile



Source : Cazaban M, Duffour J, Fabbro-Peray P. Santé publique. octobre 2005

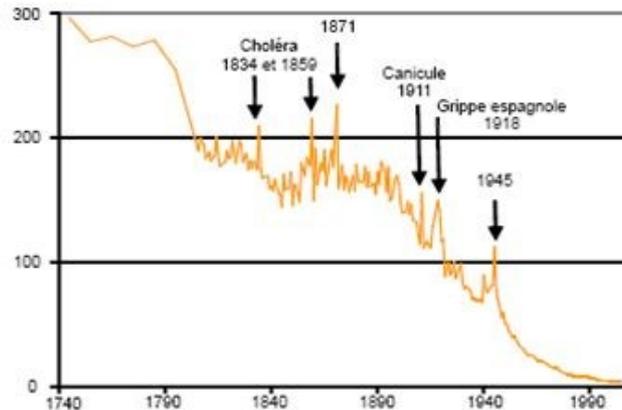
III.2 EVOLUTION DE LA MORTALITÉ INFANTILE JUSQU'À NOS JOURS

Durant la Préhistoire, la mortalité infantile est très élevée, la rigueur du climat ne permettant la survie que des enfants nés au printemps ou au début de l'été.

Durant l'Antiquité, la mortalité infantile est toujours élevée.

Jusqu'au 18ème siècle, un enfant sur trois n'atteint pas l'âge d'un an, et seul un enfant sur deux l'adolescence. Ce taux est encore plus élevé pour les enfants abandonnés et recueillis dans des structures. Ces enfants meurent majoritairement suite à des maladies infectieuses. La situation évolue à la fin du 18ème siècle. La mortalité infantile baisse rapidement et vers 1850, elle frappe encore un enfant sur six.

Figure 2 : Risque pour un nouveau-né de mourir avant son premier anniversaire (pour mille)

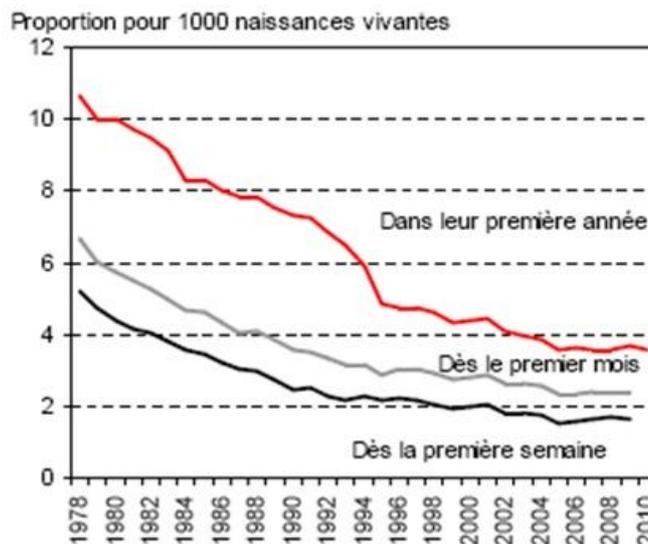


Source : G. Pison, *Population et Sociétés*, n°410, Mars 2005

Les méfaits de l'industrialisation du 19^{ème} siècle avec toutes ses conséquences (exode rurale, épidémies, nourrice) entraînent une augmentation de la mortalité infantile, qui diminuera de manière importante à la fin du siècle grâce aux diffusions des progrès de la médecine, de l'asepsie, de la scolarité obligatoire et de la limitation d'âge pour le travail des enfants. Cette baisse entamée ne cessera plus jusqu'à nos jours.

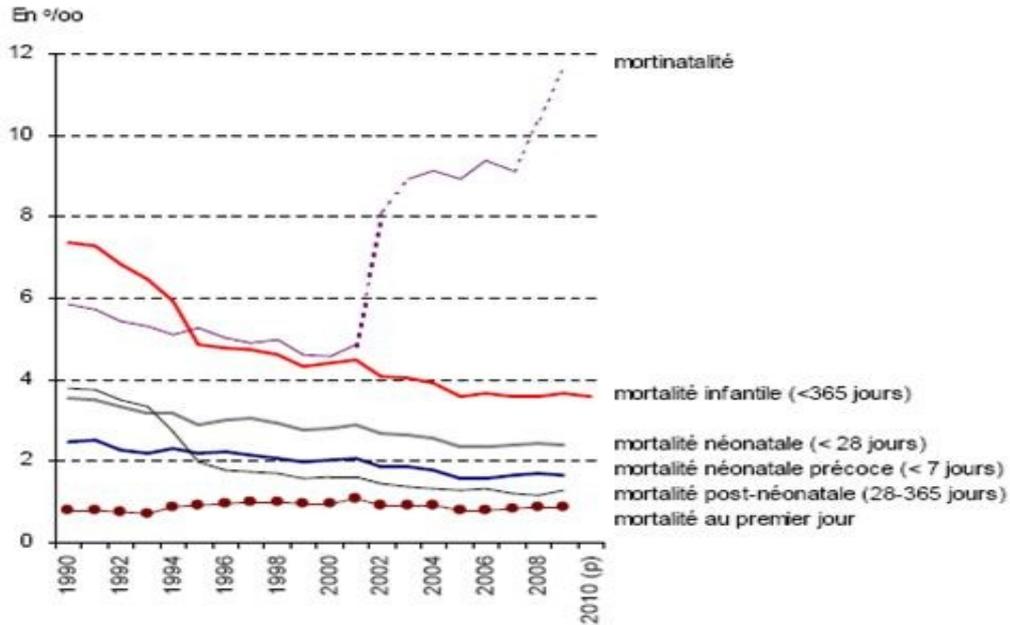
Le taux de mortalité infantile est divisé par trois de 1980 à 2010. Mais celui-ci stagne depuis 2005 à 3,6 décès pour 1000 naissances vivantes. La mortalité néonatale augmente, en particulier durant la première semaine et le premier jour de vie alors que la mortalité entre le premier mois et un an recule.

Figure 3 : Taux de mortalité infantile de 1978 à 2010



Source : Insee, état civil

Figure 4 : Taux de mortalité infantile de 1978 à 2010



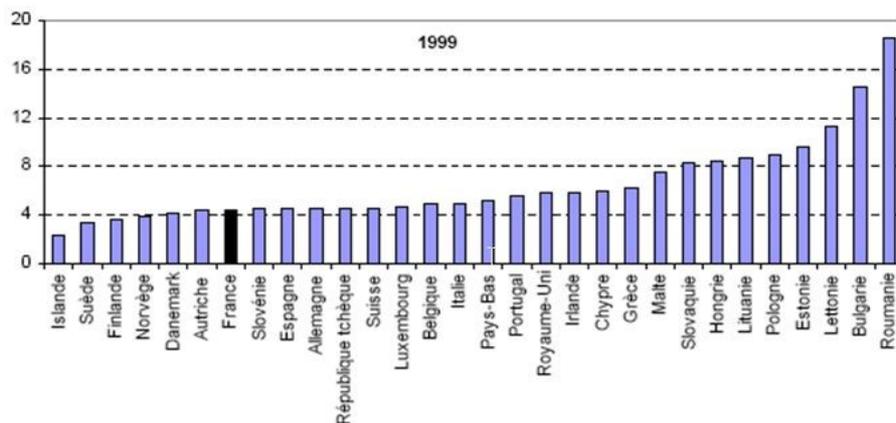
Lecture : les fortes évolutions en 2002 puis en 2008 sont liées à des changements législatifs.

Source : Insee, état civil

Sur un plan européen, la France (métropolitaine + département d'outre-mer) occupait le 7ème rang en 1999. Dix ans après, en 2009 elle occupe le 20ème rang en Europe, alors que la mortalité infantile a continué à diminuer dans d'autres pays.

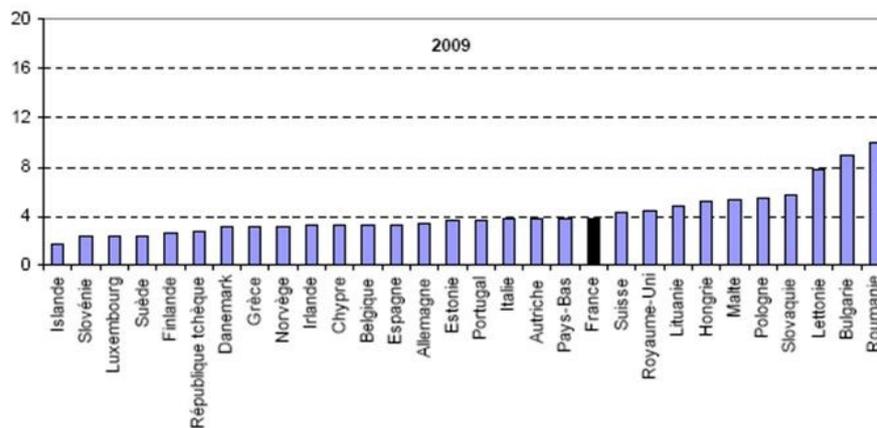
En 10 ans, la France est passée de la 7ème place à la 20ème concernant le taux de mortalité infantile.

Figure 5 : Classement sur 30 pays européens, des plus faibles taux de mortalité infantile : en 1999



Source : Eurostat

Figure 6 : Classement sur 30 pays européens, des plus faibles taux de mortalité infantile : en 2009



Source : Eurostat

L'évolution du rang occupé par la France dans le classement européen connaît une forte augmentation en 2001 et à nouveau à partir de 2006.

La France a un taux supérieur à celui des pays nordiques (Norvège, Suède, Finlande, Islande), ceux-ci ont un taux le plus faible depuis 10 ans. Certains pays voisins (Allemagne, Belgique, Pays-Bas, Espagne, Danemark) avaient un taux similaire au notre il y a dix ans, mais ont connu une baisse qui perdure.

D'autres pays (Portugal, Italie, Autriche), comme le notre, ont un taux de mortalité infantile qui stagne ou qui remonte.

III.3 LES FACTEURS EXPLICATIFS DE LA MORTALITÉ INFANTILE EN FRANCE

Le risque de mortalité infantile reste influencé par :

- la nature de l'accouchement : plus élevé pour les grossesses multiples, mais la proportion de ces grossesses n'augmente plus depuis 2004, et le taux de mortalité des enfants issus de grossesse multiple a baissé à 10/1000 en 2009,
- le sexe de l'enfant : plus élevé pour les garçons (4/1000) que pour les filles (3/1000) en 2009,
- la catégorie sociale de la mère : plus élevé pour les enfants de femmes inactives, et dont la catégorie sociale est basse ou pas renseignée. Mais il existe un resserrement des inégalités sociales car en 2009 le taux de mortalité infantile des enfants de femmes cadres (2,6/1000) se rapproche de celui des enfants de femmes employées (3/1000) ou ouvrières (3,6/1000).
- la catégorie sociale du père : plus élevé pour les enfants d'ouvriers,

- l'âge de la mère : plus élevé pour les accouchements avant 25 ans (prématurité) et après 40 ans (grossesse multiples, pathologie, prématurité), mais pour les femmes entre 25 et 34 ans le taux ne baisse plus depuis 2000,
- la nationalité de la mère : plus élevé pour les enfants de femmes étrangères, et surtout d'Afrique subsaharienne ; mais chez les femmes françaises le taux ne diminue plus depuis 2004, il stagne,
- la commune de résidence de la mère : plus élevé pour les enfants de femmes vivants dans des grandes agglomérations (200000 habitants),
- la prématurité : la proportion de naissances prématurées augmente régulièrement, mais sans accélération depuis 2005.

Tous ces facteurs sont connus depuis longtemps, et ne sont pas à eux seuls responsable de la stagnation du taux de mortalité. L'augmentation des causes de mortalité infantile est liée au progrès de la prise en charge des nouveau-nés à cette période. Davantage d'enfants survivent aux premières heures et jours de vie, mais au prix parfois d'une morbidité importante pouvant entraîner le décès de l'enfant plus tardivement. On assiste ainsi à un transfert de la survenue du décès à des âges plus tardifs.

La répartition géographique des inégalités du taux de mortalité infantile est importante en France : le taux est plus élevé dans les Départements d'Outre Mer (9,5/1000 en Guadeloupe et Guyane) et augmente encore. Mais au sein de la métropole les inégalités existent également avec une plus forte mortalité dans les régions nord-est.

Figure 7 : Evolution de la mortalité infantile et de ses diverses composantes en France

Évolution de la mortalité infantile et de ses diverses composantes, France

Année	(Pour 1 000 enfants nés vivants)				(Pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie)*		
	Taux de mortalité néonatale précoce (enfants décédés à moins de 7 jours)	Taux de mortalité néonatale (enfants décédés à moins de 28 jours)	Taux de mortalité post-néonatale (enfants décédés à plus de 28 jours et moins d'un an)	Taux de mortalité infantile (enfants décédés à moins d'un an)	Taux de mortalité périnatale (enfants décédés à moins de 7 jours ou sans vie)	Taux de mortalité foeto-infantile (enfants décédés à moins d'un an ou sans vie)	Taux de mortalité (enfants sans vie ou mort-nés)
1994	2,4	3,3	2,7	6,0	7,6	11,3	5,2
1995	2,2	3,0	2,0	5,0	7,7	10,4	5,4
1996	2,3	3,1	1,8	4,9	7,5	10,1	5,2
1997	2,2	3,1	1,7	4,9	7,3	10,0	5,1
1998	2,2	3,1	1,7	4,8	7,2	9,8	5,1
1999	2,0	2,8	1,6	4,4	6,8	9,2	4,8
2000	2,1	2,9	1,6	4,5	6,9	9,3	4,8
2001	2,1	3,0	1,6	4,6	7,1	9,5	4,9
2002	1,9	2,7	1,5	4,2	10,2	12,5	8,3
2003	1,9	2,8	1,4	4,2	11,1	13,3	9,2
2004	1,8	2,7	1,4	4,0	11,1	13,3	9,3
2005	1,6	2,5	1,3	3,8	10,8	12,9	9,1
2006	1,7	2,5	1,4	3,8	11,2	13,3	9,5
2007	1,7	2,5	1,3	3,8	11,0	13,1	9,3
2008	1,8	2,6	1,2	3,8	12,3	14,3	10,6
2009	1,8	2,6	1,3	3,9	13,7	15,8	12,0
2010 (p)	nd	nd	nd	3,7	nd	nd	nd

(p) résultats provisoires arrêtés à fin 2010.
nd : non disponible.

* La forte évolution de ces taux est liée à la forte augmentation du nombre d'enfants sans vie enregistrée en 2002 puis en 2008 du fait de changements législatifs.

Champ : France.

Source : Insee, estimations de la population et statistiques de l'état civil

IV BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie : Alexandre-Bidon D, Lett D. Les enfants au Moyen Age. Paris: Hachette Pluriel Référence; 2004.

Bibliographie : Aries P. L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime. 1ère ed. Paris: Seuil Points; 1973.

Bibliographie : Bardet JP, Luc JN, Robin I, Rollet C. Lorsque l'enfant grandit. Presses universitaires de Paris IV Sorbonne; 2001.

Bibliographie : Becchi E, Dominique J. Histoire de l'enfance en Occident tome 1. Paris: Seuil; 2004.

Bibliographie : Becchi E, Dominique J. Histoire de l'enfance en Occident tome 2. Paris: Seuil; 2004.

Bibliographie : Blondel B, Zeitlin J. La santé périnatale : la situation de la France par rapport aux autres pays de l'Union européenne. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2009;38:103-5.

Bibliographie : Bourdieu P. La domination masculine. Paris: Seuil; 1998.

Bibliographie : Bruel A, Faget J, Jacques L, Joecker M, Neirinck C, Poussin G. De la parenté à la parentalité. Paris; Erès; 2001.

Bibliographie : Communiqué de presse, La mortalité maternelle en France : bilan 2001-2006, Institut national de la santé et de la recherche médicale, janvier 2010

Bibliographie : Dasen V. Actes du colloque de Fribourg, 28 novembre-1er décembre 2001.

Bibliographie : Fribourg Göttingen : Éditions St-Paul- Ruprecht Verlag; 2003.

Bibliographie : Dandurand RB, Hurtubise R, Le Bourdais C. Enfances. Perspectives sociales et pluriculturelles. Québec: IQRC-Presses de l'Université; 1996.

Bibliographie : Huard P, Laplane R. Histoire illustrée de la puériculture. Paris: Editions Roger Dacosta; 1983.

Bibliographie : Lett D. Famille et parenté au Moyen Age. Paris: Hachette Progress; 2000.

Bibliographie : Marpeau L. traité d'obstétrique. Editions Elsevier Masson; 2010

Bibliographie : Neyrand G. L'enfant, la mère et la question du père. Paris: PUF; 2000.

Bibliographie : Neyrand G. Soutenir et contrôler les parents. Le dispositif de parentalité. Toulouse: Erès; 2011.

Bibliographie : N Organisation Mondiale de la Santé. Neonatal and Perinatal Mortality. Country, Regional and Global Estimate. 2006

Bibliographie : Singly (de) F. Les uns avec les autres. Paris: Armand Colin coll. Individu et société; 2003.

Bibliographie : Singly (de) F. Sociologie de la famille contemporaine. Paris: Armand Colin; 2007.

Bibliographie : Singly (de) F. Le lien familial en crise. Paris: Rue d'Ulm; 2007.

Bibliographie : Sournia JC. Histoire de la médecine et des médecins. Paris: Larousse; 1991.

Bibliographie : Rumeau-Rouquette C. Bien naître. La périnatalité entre espoir et désenchantement. Paris: EDK; 2001.

Bibliographie : Vial R. Chronologie de l'histoire de la médecine. Paris: Editions Jean-Paul Gisserot; 1995.