



ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PEDIATRIE SOCIALE (ASSIPS)

APPROCHE DE LA MATURATION DU CONCEPT DE PEDIATRIE SOCIALE ET DE SA DEFINITION

- **Les prémices, au travers de l'assistance et les institutions de l'enfance ***

1638 : début de l'œuvre et de l'hôpital des "Enfants-Trouvés" de Saint Vincent de Paul

1767 : une première clinique ouvre ses portes à Londres pour accueillir les enfants de familles pauvres

1793 : première loi de protection de l'enfance

1848 : le terme « médecine sociale » fait son apparition ; elle est à visée charitable

1849 : L'Assistance Publique (France) est chargée de gérer le service des « Enfants Trouvés »

1868 : Dr Jean-Baptiste Fonssagrives (1823-1884) publie « Le rôle des mères dans les maladies des enfants ou ce qu'elles doivent savoir pour seconder le médecin » et **invente un carnet de santé de l'enfant.**

1889 : loi sur la protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés

1894 : création de "L'œuvre de la Goutte de Lait" à Fécamp par le Dr Léon Dufour : une institution qui allait se répandre dans le monde entier (de l'Allemagne à l'Uruguay, en passant par Bruxelles, Athènes, Cracovie, Alger, Buenos Aires, Montréal, New York, Bombay, Hué, etc.)

Elle encourage l'allaitement maternel ou mixte, et prépare pour les mères qui sont dans « l'impossibilité physique ou sociale » de nourrir leur enfant un lait de bonne qualité : à cette fin, le lait de vache est « humanisé » et stérilisé ; pour éliminer une cause de contamination, il est fourni en paniers métalliques contenant autant de biberons que de tétées.

Une consultation de nourrissons est à la disposition des mères, l'on incite à y faire suivre leur enfant.

La « goutte de lait » évoluera, et disparaîtra en 1972

1898 : loi relative aux violences, voies de fait, actes de cruauté et attentats commis contre les enfants

1904 : loi relative aux enfants assistés, considérée comme la base de l'Aide Sociale à l'Enfance

1943 : le service des « Enfants assistés » devient le service de l' « Assistance à l'Enfance »

Naissance en France le 2 novembre 1945 de la PMI (Protection Maternelle et Infantile) en France, sous l'impulsion du Dr Marcelle DANZIG (1905 – 2000), conseiller technique de l'Administration Centrale et qui sera un membre assidu du CIPS. La PMI est alors à visée alors essentiellement sanitaire (réduire la mortalité infantile, et éviter les désordres de croissance d'origine infectieuse ou alimentaire).

1970 : création des services départementaux de PMI et des médecins temps plein de PMI.

Deux circulaires en 1969 et 1972, sous l'instigation de Marcelle DANZIG recommandent la mise en place du « **service Unifié de l'Enfance** », mais qui disparaîtront avec les lois de Décentralisation de juillet 1983 confiant aux Départements la mission d'aide sociale à l'enfance (*ainsi que la protection maternelle et infantile, ...mais la santé scolaire restant à l'Etat*)

En 1973 : sous la direction du Pr Jean SENECALE ((1916 - 2012), membre du CIPS, un groupe de travail refond **les carnets de santé de l'enfant** qui deviennent outil de gestion de la santé, mais aussi **accompagne le parcours de santé de l'enfant**. L'action vise l'ensemble de la population

1983 : de la PMI à la PSMI (Promotion de la Santé Maternelle et Infantile), la circulaire du 16 mars 1983 réoriente l'action et les services de PMI dans **la continuité des accompagnements et le développement des compétences parentales.**

1989 : la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), texte fondateur, va proclamer certains droits à la protection comme le droit de s'exprimer, de connaître ses parents, le droit au respect, ...

Dans la même optique, la loi du 8 janvier 1993 relative à l'Etat civil, à la famille et aux droits de l'enfant reprend la convention des droits de l'Enfant de l'ONU du 26 janvier 1990

* : ne sont mentionnées ici sans exhaustivité que les principales étapes ayant marqué cette évolution en France. **Cette maturation a été progressive et s'est peu à peu accélérée. Il en a été de même et sensiblement concomitamment dans différents pays notamment occidentaux (en particulier : Belgique, Suisse, Royaume Uni) qui ont eux aussi développé textes et institutions en leur sein.**

- **Le développement de la prévention, puis de la promotion de la santé**

1945 : la pratique de pédiatrie sociale évolue et se développe alors que les éléments préventifs et sociaux de la médecine infantile intéressent les pédiatres européens.

Les concepts de prévention, initialement axés sur l'hygiène et la salubrité, intègrent progressivement les dimensions sanitaires, médicales, puis environnementales (entourage de l'individu)

1986 : **La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé** a été établie à l'issue de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé (Ottawa, du 17 au 21 novembre 1986)

La promotion de la santé est "le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci".

Cette définition envisage la santé "comme étant la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci".

La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme un but dans la vie : il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques.

Comme le précise l'OMS : **la santé n'est pas seulement l'absence de maladie, elle est vue comme un bien-être physique, moral, affectif et/ou social.**

La santé est influencée par de nombreux facteurs : l'habitat (le logement, l'aménagement du quartier...), l'espace (ville, village...), les relations avec l'entourage, les décisions politiques (réglementations en faveur de la santé...), etc. Ainsi, chaque secteur d'activité est susceptible d'influencer ces déterminants de santé à son propre niveau d'intervention.

Promouvoir la santé, c'est aussi intervenir dans des secteurs autres que le sanitaire, comme l'enseignement, l'emploi, le social, la culture, l'environnement, etc.

Au plan individuel et collectif, la promotion de la santé a pour but d'augmenter les options possibles pour que les gens puissent augmenter leur contrôle sur leur santé et leurs environnements et faire des choix favorables à leur santé.

Promouvoir des comportements favorables à la santé implique le **repositionnement des acteurs et la participation active des habitants** (Etude du Conseil National des villes, octobre 1999).

- **Le développement de la pédiatrie sociale moderne**

La dimension environnementale est intégrée dans les déterminants de la santé, il reste à mettre en œuvre dans les pratiques ce qu'elle implique : **le décloisonnement des acteurs et la place de la population**. Le concept de santé communautaire se développe, ainsi que l'éducation sanitaire devenue en 1972 l'Education à la santé ; s'il est souhaitable que ce concept soit largement partagé et se développe, il est essentiel pour chacun de le préserver dans ses finalités et dans ses aspects éthiques, analytiques, scientifiques, et de respect des personnes, et donc contribuer à éviter que sa reprise par les décideurs ou institutions amène dans son application rigidité et standardisation (et donc dépersonnalisation et moindre efficacité).

1990 : **le modèle de pédiatrie sociale en communauté prend forme au Canada**, sous l'égide du Dr Gilles Julien, qui, non seulement intègre parfaitement la théorie de la pédiatrie sociale à sa pratique clinique dans la communauté, mais innove aussi dans la capacité de mobiliser la communauté et d'influencer les manières de faire auprès des populations d'enfants vulnérables

La pédiatrie sociale en communauté mise sur l'intégration sociale, le respect des droits fondamentaux et la réduction des impacts liés aux conditions de vie difficiles

Pour prévenir et résoudre les difficultés complexes de l'enfant, la pratique de la pédiatrie sociale en communauté facilite le partage de l'information quant à l'évaluation des besoins, des forces et des ressources de sa famille, de la communauté et des institutions environnantes.

Cette pratique est basée sur la confiance, le respect et la proximité, entre acteurs et avec la famille, pour assurer une action efficace de tous sur la trajectoire de développement des enfants, dans un concept de responsabilité commune partagée.

Elle exige un travail en partenariat avec l'enfant, son réseau familial ainsi que les divers systèmes et organisations qui jouent un rôle dans sa vie, pour mieux répondre à ses besoins de santé et de bien-être.

L'intervention vise l'intégration efficace des ressources, mais aussi leur création ou leur adaptation, afin de redonner le pouvoir à l'enfant et sa famille de reprendre le contrôle de leur vie, tout en étant accompagnés des membres de leur communauté et des systèmes environnants.

En ce sens, **le modèle proposé s'éloigne de la notion de "prise en charge" et adopte celle d'empowerment (ou capacitation) et d'engagement de l'enfant, de sa famille et de la communauté.**

Le modèle permet de mieux comprendre la situation de l'enfant, en réunissant les principaux intervenants et professionnels offrant de nombreux services habituellement de manière fragmentée et isolée (petite enfance, école, PMI, santé scolaire, hôpitaux, ...).

Le décloisonnement des services permet de traiter de manière plus exhaustive les sources des maladies et les causes des difficultés dont souffrent la grande majorité des enfants issus de milieux vulnérables.

Il rend les actions cohérentes et plus efficaces, pour répondre aux besoins (physiques, cognitifs, sociaux, émotionnels, spirituels et culturels) et intérêts de l'enfant par la voie de la proximité et par un accompagnement intensif personnalisé sur la trajectoire de son développement. Par l'intégration des ressources, leur adaptation ou leur création, l'enfant a accès à une gamme de services complets. Cette conjugaison des efforts de tous produit une action précoce, intégrée et concertée.

Cette réflexion tend à se développer en Europe et en France, mais reste encore trop souvent au stade des réflexions théoriques, des colloques, et des projets.

Le CIPS / ASSIPS a pu contribuer depuis sa création à soutenir cette évolution