

Les courbes de croissance et la quantification de la santé des bébés

Les fairepart de naissance envoyés aux proches pour annoncer la venue au monde d'un enfant se composent d'habitude d'une brève annonce, d'une photo du bébé, de la date de naissance et des chiffres indiquant le poids et la taille du bébé. Les chiffres contiennent des informations sur l'enfant considérées comme fondamentales pour connaître son état de santé et en définissent d'une certaine manière l'identité. S'agit-il d'un bébé fort, costaud, grand ou d'un bébé fragile, fin, petit ? Dans le suivi biomédical contemporain, la quantification de la santé et de « l'individualité somatique »¹ du bébé commencent bien avant sa naissance grâce à l'usage des images échographiques qui permettent, entre autres, d'enregistrer la croissance du fœtus en mesurant la longueur de ses os et en estimant son poids. Les préoccupations des professionnel-le-s de la santé et des parents se concentrent sur les chiffres exprimant les mensurations de l'enfant pendant la grossesse, à la naissance et pendant les premières années de vie. Depuis sa venue au monde et durant son séjour hospitalier, si le bébé ne présente pas de signes pathologiques, l'attention des soignants se focalise sur le poids de l'enfant et son évolution. Au cours des premières années de vie, le moment fondamental de l'examen pédiatrique consiste à mesurer le bébé pour inscrire des chiffres dans un graphique sur lequel à chaque contrôle sont tracées des lignes enregistrant la progression du poids, de la taille et des dimensions de la tête (périmètre crânien ou PC) de l'enfant. Il s'agit des courbes de croissance ou normes percentiles qui traduisent en chiffres et lignes le développement de l'enfant, opérant une simplification et une réduction de la complexité de ce processus². Les courbes de croissance montrent la distribution statistique du poids, de la taille, etc. d'un enfant par rapport à la moyenne des autres enfants du même âge et du même sexe. Tous les enfants qui se situent en dessus ou en dessous de ces normes percentiles sont considérés comme anormaux. Les courbes de croissance ont l'avantage d'objectiver des processus complexes les transformant en chiffres qui sont comparables et faciles à interpréter. Cette apparente objectivité cache toutefois la question de comment, quand et sur la base de quels critères les valeurs moyennes sur la base desquelles chaque

1 ROSE, 2001.

2 BROSCO, 2001.

enfant est évalué ont été construites³. Cette question devient d'autant plus importante si on compare des populations ayant des origines ethniques différentes et/ou vivant dans des contextes socio-économiques différents. Si aujourd'hui il existe des courbes élaborées par l'Organisation mondiale de la santé basées sur des études multi-centriques qui tentent de tenir compte des différences entre les populations⁴, les controverses médicales ne sont pas pour autant résolues comme le montre par exemple l'élaboration de normes percentiles adaptées à la population de leur pays par les pédiatres indiens⁵ et danois⁶.

Si la quantification de la santé des bébés paraît aujourd'hui une pratique ordinaire et normalisée, elle est pourtant récente et relève de la convergence de divers processus historiques liés entre eux : la gouvernementalisation des États⁷, l'émergence de la biopolitique⁸, l'affirmation de l'épistémologie quantitative⁹, la médicalisation de la petite enfance¹⁰ et l'essor de la puériculture¹¹. Au cours du XVIII^e siècle, une nouvelle forme de pouvoir s'impose dans les pays européens – plus tard exportée dans les colonies – qui vise à administrer la vie des populations, un concept qui désigne un domaine d'intervention, un objet et un objectif des États nations modernes : la gouvernementalité. Les disciplines du corps et la biopolitique sont les deux technologies nécessaires à cette nouvelle forme de pouvoir. En effet, « gérer la population ne veut pas dire gérer simplement la masse collective des phénomènes ou les gérer simplement au niveau de leurs résultats globaux ; gérer la population, ça veut dire la gérer également en profondeur, en finesse et dans le détail »¹². Administrer la population signifie donc tant agir sur le corps et la subjectivité des individus que garantir la santé, le bien-être, l'expansion de l'ensemble de ceux-ci en réglant les processus de la naissance, de la mort, de la santé et la durée de vie¹³. Le développement des statistiques au XIX^e siècle en tant qu'outils privilégiés de la biopolitique permet non seulement de construire la population en tant qu'objet, mais également de produire une connaissance sociale qui est « profondément interventionniste »¹⁴. L'épistémologie quantitative qui s'affirme grâce à la diffusion des technologies statistiques en tant qu'instruments pour gouverner, analyser, expliquer voire construire la société est un des éléments fondamentaux pour comprendre l'émergence de la quantification de la santé des bébés. « L'avalanche des nombres »¹⁵ pénètre en profondeur tous les domaines du social et du savoir y compris de la médecine. Dès la seconde moitié du XIX^e siècle, les médecins habitent « un monde de chartes, de graphiques et d'études cliniques écrits dans la langue des niveaux de signification dérivants des inférences statistiques »¹⁶.

3 SACHS, DYKES et CARTER, 2005.

4 WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNICEF, 2009.

5 KUMAR *et al.*, 2013.

6 NIELSEN, OLSON et JUUL. 2010.

7 FOUCAULT, 2001.

8 FOUCAULT, 1976.

9 KALPAGAM, 2000.

10 ROLLET, 2005.

11 ROLLET, 1990.

12 FOUCAULT, 2001, p. 654.

13 FOUCAULT, 1976.

14 ASAD, 1994, p. 74.

15 HACKING, 1991, p. 189.

16 PORTER, 1994, p. 403.

Pendant la même période, les connaissances et les dispositifs médicaux investissent en profondeur la reproduction y compris l'élevage des bébés qui doit être soumis à la surveillance des experts et ne pas être laissé « au hasard de la fantaisie maternelle »¹⁷. Soucieux d'affirmer leur puissance militaire et leur productivité industrielle, les Etats européens et d'Amérique du nord commencent à s'intéresser de près à la santé de leurs citoyens. Le corps médical développe un savoir spécifique autour des bébés, leur alimentation, hygiène, maladies, cherchant à construire et diffuser un savoir scientifique pour rendre les soins maternels modernes, systématiques et bien fondés. C'est l'époque où naît la puériculture en France¹⁸ et se diffusent les idées eugéniques de Francis Galton en Angleterre justifiant des interventions publiques dans le domaine de la sexualité, de la procréation et de l'élevage des enfants.

Afin de faciliter la tâche des médecins et de socialiser les mères à la nouvelle science de l'élevage des enfants, des ouvrages de vulgarisation et des carnets de santé pour les enfants sont mis en vente en France dès la fin des années 1860¹⁹. Dans les différentes versions de ces carnets, la progression du poids et de la taille du bébé occupe une place centrale et les mères se doivent de les noter régulièrement. Ainsi, au début du xx^e siècle, le poids et la taille des bébés deviennent pour les parents « des critères importants, et parfois uniques, de la santé de l'enfant »²⁰. Si des distinctions de classe doivent être faites pour cette période, car dans beaucoup de pays l'assistance sanitaire aux enfants ne sera généralisée qu'à partir du milieu du xx^e siècle, la quantification de la santé des bébés sera destinée à s'imposer comme norme médicale et sociale. Aujourd'hui, dans les sociétés du Nord global, la pesée des bébés est devenue un rituel incontournable et la lecture des courbes de croissance une procédure routinière à laquelle il est difficile de se soustraire. A une époque où l'allaitement au sein est (re)devenu une injonction de santé publique, sociale et morale²¹, les courbes de croissance de l'enfant mesurent la capacité des mères à « produire » suffisamment de lait et à bien accomplir leur tâche : permettre le développement d'un individu sain qui, devenu adulte, pourra jouer un rôle actif dans la société. La métaphore industrielle modèle en profondeur notre manière d'appréhender le processus d'allaitement comme les expressions « d'allaitement à la demande » ou « production de lait » le montrent. Les mères sont non seulement visées en tant que principales responsables de l'élevage et de la future santé de leurs enfants, en excluant les pères, mais elles sont aussi réduites à des productrices de lait, un lait dont la quantité et la qualité doivent être certifiées par les experts. En conclusion, la quantification de la santé des enfants et l'intériorisation d'une épistémologie quantitative par les mères et plus largement par les parents permet à la médecine de monopoliser une connaissance qui fait autorité et d'exercer une surveillance sur l'allaitement donnant forme à l'expérience individuelle²². Les savoirs expérientiels des femmes, la subjectivité du vécu corporel, la variabilité individuelle sont négligés. Une standardisation et une objectivation chiffrée

17 ROLLET, 2005, p. 142.

18 ROLLET, 1990.

19 ROLLET, 2005.

20 ROLLET, 2005.

21 MAHER, 1992.

22 DYKES, 2006.

prennent l'avantage sur eux. Entrées dans l'usage à une époque où la gouvernementalité s'est imposée en tant que forme de pouvoir dominante dans les sociétés industrielles, les courbes de croissance des enfants orientent la manière ordinaire de concevoir le corps et le bien-être des bébés et justifient les formes de disciplinarisation corporelle et du soi dans lesquelles les femmes sont prises.

Bibliographie

- T. ASAD, « Ethnographic representation, statistics and modern power », *Social Research*, 61/1 (1994), p. 55-88.
- J. BROSCO, « Weight charts and well-child care. How the pediatrician the expert in child health », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 55 (2001), p. 1385-1389.
- F. DYKES, *Breastfeeding in Hospital. Mothers, midwives and the production line*, Londres & New York, Routledge, 2006.
- M. FOUCAULT, *Dits et Écrits II*, Gallimard, Le Seuil, Paris, 2001.
- , *La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 1976
- I. HACKING, « How should we do the history of statistics », in G. BURCHELL, C. GORDON et P. MILLER (éd.), *The Foucault effect. Studies in governmentality*, Chicago, The University of Chicago Press, 1991.
- Um. KALPAGAM, « The colonial state and statistical knowledge », *History of the Human Sciences*, 13/2 (2000), p. 37-55.
- Th. M. PORTER, « Making things quantitative », *Science in Context*, 7/3 (1994), p. 403.
- C. ROLLET, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la Troisième République*, Presses Universitaires de France/INED, Paris, 1990.
- , « Pour une histoire du carnet de santé de l'enfant : une affaire publique », *Revue française des affaires sociales*, 3 (2005), p. 129-156.
- V. S. KUMAR, J. LAKSHMANAN, S. TUNNY, A. REGI, M. JIJI et J. RUBY, « New birth weight reference standards customised to birth order and sex of babies from South India », *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13/38 (2013), <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/38>.
- V. MAHER (dir.), *The Anthropology of Breastfeeding. Natural Law or Social Construct*, Oxford, Berg, 1992.
- A.M. NIELSEN, E. M. OLSON, A. JUUL, « New Danish reference values for height, weight and body mass index of children aged 0-5 », *Acta Paediatrica*, 99 (2010), p. 268-278.
- N. ROSE, « The politics of life itself », *Theory Culture & Society*, 18/6 (2001), p. 1-30.
- M. SACHS, F. DYKES et B. CARTER, « Weight monitoring of breastfed babies in the UK-centile charts, scales and weighing frequency », *Maternal and Child Nutrition*, 1 (2005), p. 63-76.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNICEF, *WHO Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children*, Geneva, World Health Organization, 2009.