

MORBIDITÉ, MORTALITÉ : problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective.

Colloque international de Sinaia (2-6 septembre 1996)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

Mortalité par cause de décès en Italie de 1887 à 1940

Antonella PINNELLI, Paola MANCINI

Université « La Sapienza », Rome, Italie

1. Introduction

Ce travail porte sur l'évolution de la mortalité, selon la cause, des enfants de 0 à 14 ans en Italie sur une période allant des vingt dernières années du XIX^{ème} siècle au déclenchement de la seconde guerre mondiale. L'analyse a pour but de reconstruire les principales phases historiques et les principaux tournants du déclin de la mortalité grâce à une étude des causes de la mortalité qui permettra d'identifier les principaux facteurs du phénomène.

Au cours des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, les pays européens ont connu une baisse irréversible de la mortalité des nouveaux nés et des jeunes enfants (baisse observable sur des laps de temps variables et de façon différente selon les pays) en conséquence de la diminution importante des décès dus à des maladies infectieuses ou parasitaires. Le phénomène avait déjà commencé, petit à petit, lors de la seconde moitié du XVIII^{ème} siècle; la société avait appris à reconnaître la valeur sociale de la vie des enfants. A la suite des découvertes de Pasteur, le rapport de l'homme avec la mort a changé radicalement. L'idée qu'elle dépendait de la main inexorable du destin a été progressivement remplacée par d'autres idées qui reconnaissaient l'assistance et les méthodes de soin et d'éducation appropriés aux enfants et les moyens pour les protéger plus facilement d'une mort prématurée (Rollet, 1990 et 1992; Rollet et Bourdelais, 1993).

A long terme, en plus des actions particulières prises pour améliorer la santé des enfants et leurs chances de survie, les raisons de la chute de la mortalité tiennent au progrès des conditions sanitaires et d'hygiène, à la diffusion toujours plus étendue de l'utilisation des nouveaux vaccins et de méthodes de soin, des traitements de prévention de maladies reconnues comme socialement dangereuses et aux progrès de l'alimentation (Beaver, 1973; McKeown 1988; Schofield, Reher et Bideau, 1991).

2. Le déclin de la mortalité de la naissance à la puberté en Italie

De la fin du siècle dernier à la seconde guerre mondiale, la mortalité des 0 à 14 ans a énormément baissé. La mortalité infantile a baissé de moitié partant d'une valeur d'environ 230‰ au cours de la période 1887-1889 pour atteindre un peu plus de 110‰ juste avant le commencement de la guerre. Pour les 1-4 ans, la baisse de la mortalité atteint 75 % (le taux est passé de 54‰ à 13‰ entre 1887-1889 et 1938-1940), pour le groupe des 5-9 ans, plus de 80 % (le taux de 11‰, au début de la période, atteint 2,1‰ à la fin) et pour les 10-14 ans la baisse de la mortalité est d'un peu moins de 70 % (la mortalité est passée d'environ 5‰ à 1,6‰) (tableau 1).

Tout au long de l'ensemble de la période considérée, on peut distinguer trois phases dans le déclin de la mortalité. La première correspond approximativement aux quinze dernières années du XIX^{ème} siècle et au début du XX^{ème} siècle et se caractérise par une baisse assez marquée de la mortalité pour tous les groupes : la mortalité au cours des premières années de la vie a diminué de 20 % et pour les autres groupes d'âges de 30 à 40 % (fig. 1).

La deuxième phase s'étale sur une période qui va des premières années du XX^{ème} siècle à la fin de la première guerre mondiale : la baisse est moins marquée et elle est

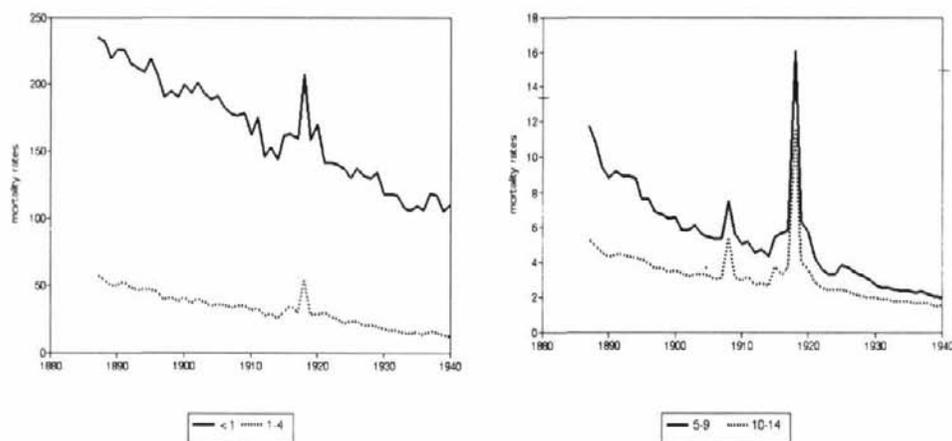
TABLEAU 1 - TAUX DE MORTALITÉ PAR ÂGE ET PAR CAUSE (valeurs pour 100.000); DÉCÈS PAR CAUSE (pourcentage); CONTRIBUTION POUR CHACUNE DES CAUSES AU DÉCLIN DE LA MORTALITÉ DE 1887 À 1940 (valeurs pour 100)

Causes de décès	Taux		Décès (%)		Cont. %	Taux		Décès (%)		Cont. %
	1887-89	1938-40	1887-89	1938-40	1887-1940	1887-89	1938-40	1887-89	1938-40	1887-1940
	PREMIÈRE ANNÉE DE VIE					GROUPE D'ÂGES 1-4				
Tuberculose	701	72	3,1	0,7	5,3	386	45	7,2	3,4	8,4
Variole	478	0	2,1	0,0	4,0	182	0	3,4	0,0	4,5
Scarlatine	112	1	0,5	0,0	0,9	187	3	3,5	0,2	4,5
Diphthérie	273	30	1,2	0,3	2,1	400	46	7,4	3,5	8,7
Coqueluche	503	111	2,2	1,0	3,3	164	25	3,1	1,9	3,4
Rougeole	419	43	1,8	0,4	3,2	418	34	7,8	2,6	9,4
Fièvre typhoïde	269	1	1,2	0,0	2,3	203	8	3,8	0,6	4,8
Malaria	306	5	1,3	0,0	2,6	162	3	3,0	0,2	3,9
Autres mal. infectieuses	426	128	1,9	1,2	2,5	25	7	0,5	0,5	0,5
Maladies infectieuses	3487	391	15,2	3,5	26,2	2126	170	39,5	13,0	48,1
Grippe-pneumonie-bronchite	3607	3011	15,8	27,2	5,1	834	516	15,5	39,4	7,8
Gastro-entérite	4180	2997	18,3	27,0	10,0	1080	319	20,1	24,3	18,7
Mal. part. petite enfance	6138	3136	26,8	28,3	25,5					
Mal définies ou inconnues	437	57	1,9	0,5	3,2	144	3	2,7	0,2	3,5
Accidents	50	26	0,2	0,2	0,2	75	54	1,4	4,1	0,5
Autres causes de décès	4979	1464	21,8	13,2	29,8	1119	248	20,8	18,9	21,4
Toutes les causes	22879	11081	100	100	100	5378	1310	100	100	100
	GROUPE D'ÂGES 5-9					GROUPE D'ÂGES 10-14				
Tuberculose	97	23	9,1	11,1	8,6	93	26	19,0	16,6	20,1
Variole	43	0	4,1	0,0	5,1	17	0	3,4	0,0	5,0
Scarlatine	73	1	6,9	0,4	8,5	17	0	3,4	0,3	4,9
Diphthérie	162	12	15,3	5,7	17,6	33	2	6,8	1,4	9,3
Coqueluche	11	1	1,0	0,4	1,2	1	0	0,2	0,0	0,3
Rougeole	58	3	5,4	1,5	6,4	9	1	1,8	0,4	2,5
Fièvre typhoïde	80	11	7,6	5,2	8,1	56	13	11,3	8,4	12,7
Malaria	52	1	4,9	0,4	6,0	25	1	5,1	0,4	7,2
Autres mal. infectieuses	7	3	0,7	1,6	0,5	6	3	1,2	1,9	0,9
Maladies infectieuses	584	54	55,0	26,3	61,9	257	46	52,3	29,4	62,9
Grippe-pneumonie-bronchite	96	41	9,1	19,8	6,5	35	20	7,0	13,0	4,3
Gastro-entérite	63	10	5,9	4,9	6,1	22	4	4,4	2,4	5,4
Mal définies ou inconnues	34	1	3,2	0,4	3,9	17	1	3,4	0,4	4,8
Accidents	28	19	2,6	9,0	1,1	23	15	4,6	9,9	2,1
Autres causes de décès	257	82	24,2	39,7	20,4	139	70	28,3	45,0	20,5
Toutes les causes	1062	207	100	100	100	491	156	100	100	100

interrompue de crises de mortalité plus ou moins fortes. De 1897 à 1903, en particulier, la mortalité infantile accuse une légère augmentation. Elle ne recommence à baisser constamment qu'à partir de 1906. En 1908 et en 1915, on observe deux pointes pour la mortalité des 5-9 ans et des 10-14 ans, résultat de l'augmentation plus que proportionnelle des décès pour ces groupes d'âges à la suite des tremblements de terre en Calabre et Sicile et dans la région de la Marsica. D'autres phases critiques sont associées à la période de la guerre et à l'épidémie de fièvre espagnole. De 1914 à 1918 la mortalité au cours des premières années de vie a augmenté de presque 45 %, du double pour les 1-4 ans et elle a progressé de trois à quatre fois plus respectivement pour les 5-9 ans et les 10-14 ans. Les taux de mortalité d'avant guerre remontèrent seulement pendant les toutes premières années de la décennie suivante.

Du début des années 1920 jusqu'à peu avant le début de la seconde guerre mondiale - la troisième phase -, la chute de la mortalité évolue encore une fois à un rythme soutenu; on remarque une légère augmentation juste avant la deuxième guerre mondiale uniquement pour les premières années de vie.

FIGURE 1 - ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR ÂGE, 1887-1940 (VALEURS POUR 1000)



2.1. De la fin du XIXème siècle au début du XXème

Cette période se caractérise surtout par une diminution très forte à tous les âges de la mortalité en raison des *maladies infectieuses* : presque deux tiers de la baisse d'ensemble s'effectue durant cette période. Au cours de la première année de vie, la mortalité baisse aussi pour les *maladies particulières de la petite enfance* (fig. 2). Parmi les maladies infectieuses on peut distinguer différents modèles de diminution de la mortalité selon l'intensité et la vitesse de la baisse. La *scarlatine*, la *diphtérie* et la *fièvre typhoïde* atteignent des valeurs très faibles pour la mortalité avant 1890 ensuite, la baisse est moins forte. La baisse de la mortalité due à la *tuberculose* et la *malaria* est moins marquée et plus uniforme durant ces vingt premières années, alors que celle observée pour la *coqueluche* ou pour la *rougeole* subit de fortes oscillations. Il est important de signaler la baisse particulièrement importante de la mortalité due à la *variole* qui atteint des valeurs proche de zéro; tout cela fait cependant partie du caractère cyclique des manifestations de cette pathologie qui, comme nous le verrons par la suite, réapparaîtra plusieurs fois sous forme d'épidémies plus ou moins graves (fig. 3).

FIGURE 2 - ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR AGE ET PAR CAUSE DE DÉCÈS, 1887-1940 (valeurs pour 100.000)

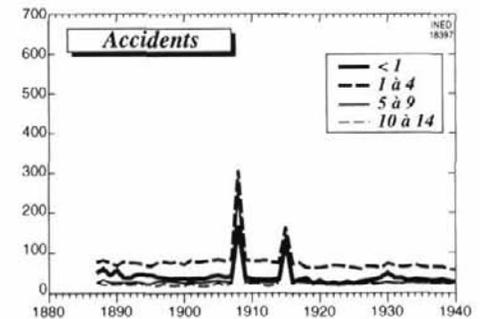
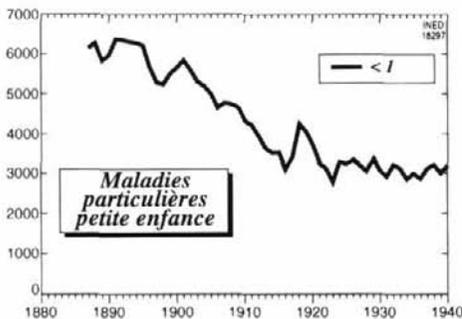
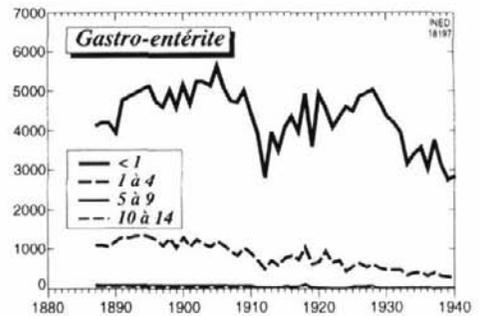
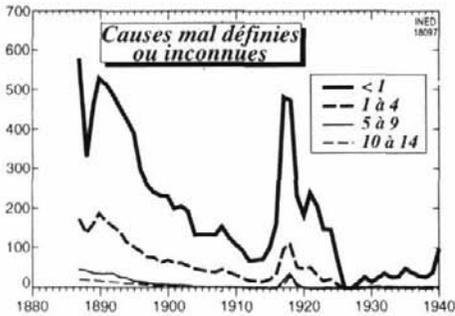
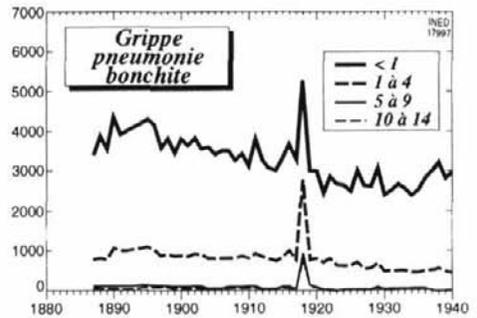
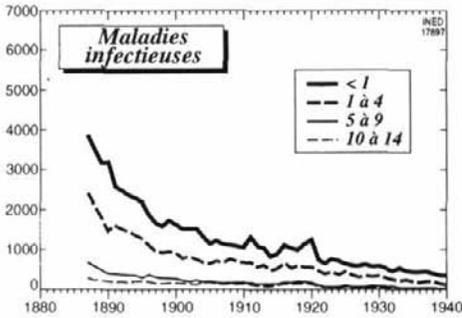
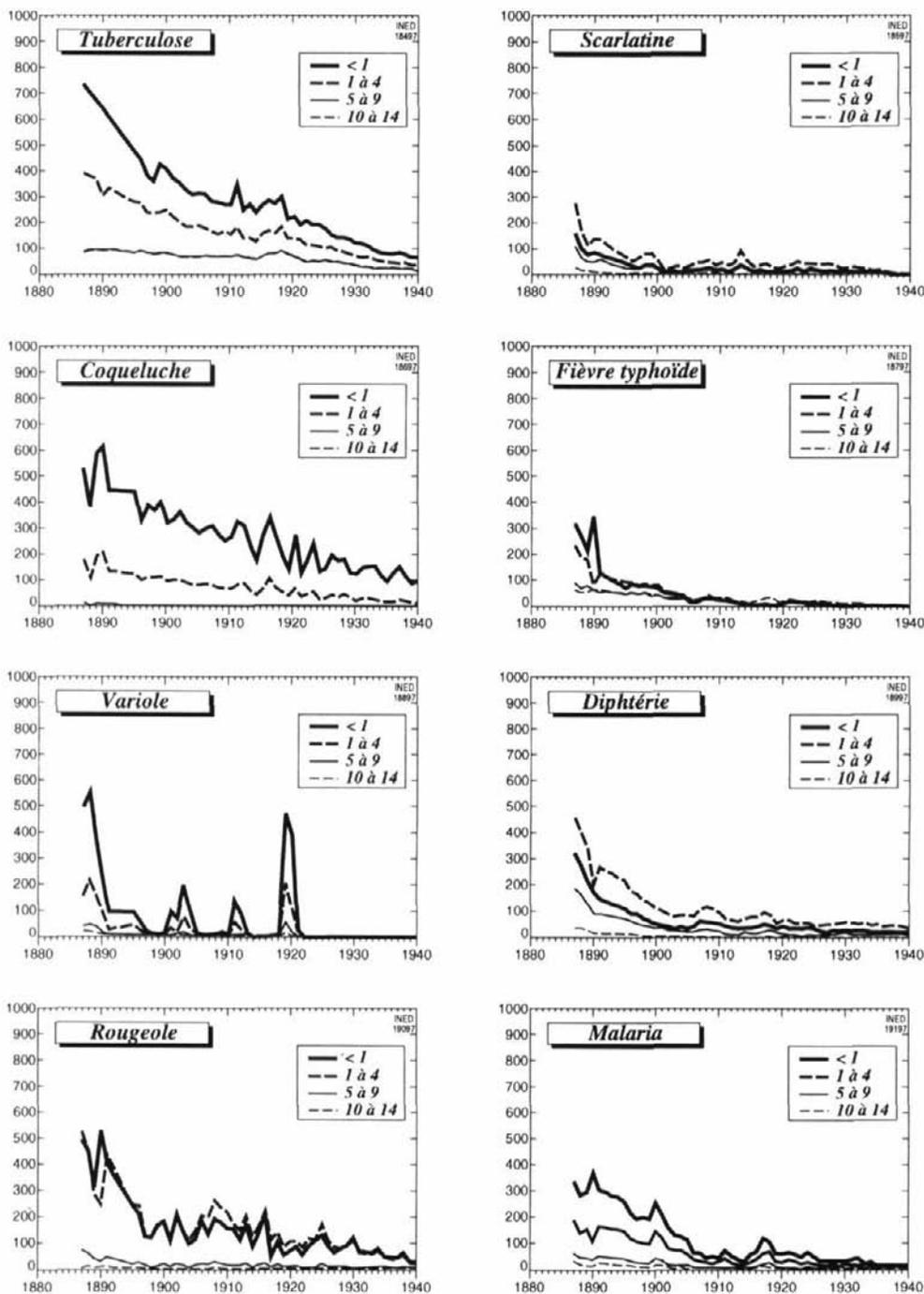


FIGURE 3 - ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR ÂGE ET PAR CAUSE DE DÉCÈS, 1887-1940 - MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES (valeurs pour 100.000)



C'est une période pendant laquelle l'État montre qu'il est conscient de la précarité des conditions de survie de la population et il commence alors à agir afin de les améliorer; l'État prend des mesures pour protéger la santé publique et des programmes spécifiques sont élaborés afin d'enrayer certaines pathologies reconnues pour être extrêmement dangereuses.

Les résultats d'une enquête sur la santé en 1886 montrent qu'en fait la population italienne vivait encore dans des conditions d'hygiène extrêmement préoccupantes et ceci vingt-cinq ans après l'Unification de l'Italie. Parmi les 8258 communes, 6404, soit plus de 14 millions d'habitants, ne possédaient aucune forme de système d'égouts et environ un tiers déclarait qu'elles disposaient d'un réseau d'approvisionnement d'eau inadéquat ou d'une qualité d'eau reconnue pour être pauvre ou extrêmement mauvaise (Dirstat, 1886). Les conditions d'habitat étaient également désastreuses. Les logements n'étaient bien souvent que des taudis légèrement améliorés et, très fréquemment, ils ne possédaient qu'une pièce commune. Le surpeuplement était un problème sérieux et insurmontable, il représentait un facteur de diffusion rapide des maladies, qui se transmettaient aussi bien par l'air ou par contact avec une personne déjà infectée.

Compte tenu de la situation, un débat fut ouvert car il était nécessaire de faire une réforme de la santé bien structurée. En 1859, la loi Ratazzi avait déjà été approuvée, bien qu'avec de nombreux points faibles, elle avait établi certaines normes d'hygiène et de santé publique. Ce règlement établit aussi que les hôpitaux isoleraient les personnes souffrant de maladies contagieuses dans des services spécialisés⁽¹⁾ (Frascani, 1986).

Il se peut que ces premiers essais pour normaliser la santé publique, encouragés par un mouvement croissant pour "la Conscience de la santé", aient contribué à la diminution considérable de la mortalité due aux maladies infectieuses et parasitaires observées aux environs de la fin des années 1880, et tout cela donc, bien avant les effets de la réforme sur la santé de Crispi en Décembre 1888: "Fondation de la renaissance de l'hygiène" (Castiglioni, 1936).

Le rôle du médecin municipal était redéfini et renforcé grâce à l'attribution de la qualification d'Officier de la Santé; les problèmes de l'*assistance hospitalière* furent mis en évidence et le droit à l'assistance pour les pauvres reconnu. Un mandat fut établi pour que toutes les communes aient des *sages-femmes qualifiées* et, un *service vétérinaire* où il était nécessaire. Des améliorations évidentes au niveau des conditions sanitaires et hygiéniques furent apportées dans toutes les principales zones urbaines où des mesures furent prises pour la distribution de l'eau potable et pour l'organisation du ramassage des déchets.

Cette *nouvelle attention à l'hygiène et aux progrès sanitaires* représente un facteur de changement au niveau de l'assistance à l'accouchement et aux nouveau-nés comme le démontre la chute de la mortalité due à certaines maladies de la petite enfance qui a baissé de plus de moitié lors des vingt dernières années du XIX^{ème} siècle.

Par la suite, la *vaccination* aussi a joué un rôle important dans la lutte contre la mortalité infantile.

La réforme de Crispi sur la santé a rendu obligatoire le signalement des cas de tuberculose et de variole ainsi que la vaccination contre la *variole* pour tous les nouveau-nés dans les six mois de leur naissance. L'amendement de 1891 a également rendu obligatoire le rappel de la vaccination après dix ans pour les enfants fréquentant l'école ou employés dans

⁽¹⁾ Un des obstacles majeurs à l'admission des enfants dans les quelques hôpitaux de pédiatrie existant à l'époque en Italie, était la crainte générale du risque de propagation rapide des épidémies à l'intérieur de ces institutions, jusqu'à ce que ces dernières s'organisent pour isoler les patients sujets à des maladies contagieuses (Latronico, 1975).

les ateliers (Boldrini, 1930; Castiglioni, 1936). Malgré ces mesures de prévention, les prévisions d'élimination de la maladie, comme dans d'autres pays européens, ne se réalisèrent pas et même après 1890, la variole continua à frapper la population sous forme de foyers; si parfois le phénomène était localisé, parfois, il s'étendait.

De la fin des années 1880 au début du XX^{ème} siècle une autre mesure importante pour la santé des nouveau-nés fut prise : alerté par le taux élevé de mortalité parmi les enfants en âge préscolaire, en 1896 on commença à utiliser le sérum antidiphtérique de Behring. La diphtérie était considérée comme une maladie extrêmement dangereuse : elle n'était pas facile à identifier et on la confondait souvent avec l'angine ou un problème respiratoire.

Il semble impossible d'attribuer les baisses de mortalité au cours de cette période à des améliorations dans les habitudes nutritionnelles de la population. Des statistiques disponibles démontrent, qu'en fait, les années les plus tardives du siècle dernier étaient assez difficiles dans ce domaine. Certes, quelque chose commença à changer dans le régime alimentaire des familles italiennes car la consommation des soi-disant aliments pauvres diminuait (céréales, pommes de terre, légumes secs) et celle des aliments riches augmentait (gras animal, viande, poisson, fruits frais et légumes). Cependant, on constate une diminution très importante des calories journalières par tête qui chutèrent de 2600 à 2100-2200, niveaux beaucoup plus bas que ceux enregistrés dans les dernières années de la décennie qui comprend la première guerre mondiale (ISTAT, 1976).

2.2. Du début du XX^{ème} siècle à la fin de la première guerre mondiale

Les vingt premières années du nouveau siècle représentent une période où, dans l'ensemble, la mortalité baissa relativement peu, conséquence principalement des *tremblements de terre* en Calabre, en Sicile en 1908 et dans la région de la Marsica en 1915, de la première guerre mondiale et de la grippe espagnole. Dans des études récentes (Pinnelli et Mancini, 1995), on a déjà observé que les tremblements de terre marquent deux pointes bien visibles de mortalité à tous les âges en 1908 et 1915; la première pointe est plus prononcée, compte tenu de la gravité majeure du séisme. L'*épidémie de grippe espagnole* provoque une augmentation importante de la mortalité par grippe-pneumonie-bronchite lors des deux années 1918-1919, mais aussi de la mortalité pour des raisons mal définies ou inconnues. Probablement, les difficultés de la période se répercutèrent aussi sur la possibilité d'identifier précisément les causes du décès. Si l'on examine les autres causes, on peut remarquer que parmi les maladies infectieuses et parasitaires, du moins jusqu'à la guerre, la mortalité due à la tuberculose, à la coqueluche, à la malaria ou à la fièvre typhoïde continue à suivre une tendance à la baisse même si le rythme est moins soutenu que dans la période précédente; ceci est dû à la scarlatine, à la diphtérie et à la rougeole qui restent constantes. On assiste à une forte baisse de la mortalité due à certaines maladies de la petite enfance, mais, la mortalité due à la gastro-entérite n'accuse une rapide diminution qu'à partir de la seconde moitié de la première décennie du siècle, et elle grimpe à nouveau quelques années avant le début de la guerre. A cause de la *guerre*, on enregistre une des plus graves, bien que dernière, épidémie de variole : les difficultés de la période de guerre rendent difficile la vaccination systématique des nouveau-nés et des enfants très jeunes, facilement exposés à la contagion à la suite du retour du front des contingents de soldats infectés.

Durant cette période les actions entreprises par l'État pour protéger la santé de la population sont toujours basées sur la réforme de la santé de 1888, remise à jour par de nouvelles lois et des règlements pour la surveillance de l'hygiène, en particulier pour les zones rurales. En 1907 les lois et règlements furent regroupés ensemble dans le Code Unifié des Lois sur la Santé.

On a beaucoup fait durant cette période pour combattre la montée rapide de la *malaria*, qui touchait surtout la partie sud du pays où prédominaient d'énormes propriétés pratiquant l'agriculture à grande échelle. Une tentative fut faite pour réduire la contagion en éliminant les conditions qui favorisaient le développement des anophèles : on assécha les terres marécageuses et les terres à cultiver tout en encourageant la plantation de cultures ou le reboisement des zones à risque. Le 2 novembre 1901 une loi fut votée : elle consentait la distribution gratuite de la quinine comme mesure de prévention pour soigner la *malaria*. Grâce à ces mesures, le taux de mortalité chuta énormément et dès 1914, les décès se stabilisèrent à un dixième du niveau enregistré en 1887. Malheureusement avec le déclenchement de la guerre et surtout au cours de l'après-guerre le phénomène réapparut dans de nombreuses zones en provoquant une recrudescence de la mortalité : les difficultés causées par les hostilités rendirent très difficiles les activités d'assèchement des terres et par conséquent, l'adoption de mesures de prévention s'arrêtèrent.

Au cours de la première décennie de cette période, la mortalité provoquée par la *gastro-entérite* ne parvint pas à baisser. La période coïncide en Italie avec les débuts du processus d'industrialisation, qui provoqua un recours de plus en plus important au travail féminin dans les usines des zones manufacturières. L'habitude de confier les enfants à des nourrices ou à d'autres personnes augmenta et la période de l'allaitement dans son ensemble diminua. Après seulement trois ou quatre mois, les jeunes enfants étaient sevrés à l'aide d'une alimentation totalement inadéquate (Della Peruta, 1980). Néanmoins, pendant cette période la pédiatrie commença à être reconnue comme une branche de la médecine à part et pour les mesures particulières de prévention pour la santé des enfants, les pédiatres conclurent qu'il était nécessaire d'essayer de réduire la mortalité due aux pathologies touchant la voie *gastro-entérite*. Les consultations pour l'allaitement, déjà couramment répandues en France (au déclenchement de la première guerre mondiale il en existait au moins 500), ont surtout été des écoles pour la maternité; en Italie, elles ne répondaient absolument pas aux besoins réels (Guzzoni, 1913). Pour aider les femmes qui travaillaient et ne pouvaient pas continuer à allaiter leurs enfants vu les horaires rigides de travail et la distance entre le lieu de travail et leur domicile, un mouvement commença à encourager l'institution de *garderies dans les usines* ayant plus d'un certain nombre d'employées. Plus tard, en 1910, le *Fond National pour la Maternité* fut institué pour aider les femmes qui travaillaient dans le cas de la naissance d'un enfant (ou d'une fausse couche).

2.3. Les années 1920 et 1930

Après l'arrêt provoqué par la première guerre mondiale et l'épidémie de fièvre espagnole, les niveaux de survie des enfants de 0 à 14 ans commencèrent à nouveau à progresser. Dans l'ensemble, le taux de mortalité baissa pour toutes les causes de décès même si cette tendance fut plus marquée pour certaines. La baisse de la mortalité fut par exemple très rapide pour la tuberculose et la *gastro-entérite*, qui avaient toujours été des causes de décès ayant une lourde incidence, tandis que l'on assista à un moindre déclin de la scarlatine, de la coqueluche, de la rougeole, de la fièvre typhoïde et de la *malaria*, pathologies qui déjà à cette époque avaient une incidence mineure sur la mortalité. Par contre, après une baisse rapide dans la période de l'immédiate après-guerre, la mortalité resta presque stationnaire au cours de la première année de vie pour des maladies particulières de la petite enfance et l'incidence de la grippe-pneumonie-bronchite à tous les âges. Nous n'observons pas de variations, même pas dans les niveaux de la mortalité par accidents, alors que désormais la mortalité se place à des valeurs basses pour des causes mal définies ou inconnues.

En réalité on est en mesure d'identifier un moment précis à partir duquel la chute - au moins pour la tuberculose et la *malaria* - commence à s'accélérer : il coïncide avec la

fondation de l'*Organisation Nationale pour la Protection de la Maternité et de l'Enfance*, le 10 décembre 1925. C'était la première fois que l'État italien s'occupait directement des questions relatives aux problèmes de l'enfance. Une loi instaura un corps spécial responsable de protéger la santé des mères et des enfants et établit le principe du bien-être social qui fut reconnu et organisé dans un vrai sens juridique, en substitution de la simple charité. La persistance de niveaux élevés de mortalité au cours des toutes premières années de vie constituait la raison de l'alerte vu le nombre de vies humaines perdues.

La bataille contre la mortalité toucha un nombre de zones problématiques et elle était organisée sur tout le territoire grâce à un réseau d'assistance. Pour réduire drastiquement la mortalité infantile due à un nombre élevé de décès causés par la gastro-entérite (plus de 30 % des décès des jeunes enfants au début des années 1920), on eu recourt par exemple à des mesures législatives pour protéger les mères qui allaitaient. En 1929, les normes pour la *surveillance et l'hygiène du lait* destiné à la consommation directe furent introduites (D'Onofrio, 1933) avec la construction des *Centrales du Lait*, chargées de ramasser, pasteuriser et distribuer le lait (Bartolucci, 1929 ; Cerruti, 1955).

Des structures de santé de toutes sortes naquirent dans tout le pays : des *dispensaires obstétriques*, des *consultations pour l'enfance* et des *garderies* avaient le devoir de protéger la santé des femmes durant leur grossesse et les nouveau-nés. Des foyers pour les mères et les enfants furent fondés dans le but de procurer assistance aux femmes dans le besoin - aussi bien durant la grossesse qu'après l'accouchement - aux enfants jusqu'à cinq ans appartenant à des familles dans le besoin, aux mineurs handicapés physiquement ou mentalement, aux enfants abandonnés aussi bien matériellement que moralement (Allaria, 1950; Fabbri, 1934).

La bataille contre la forte mortalité fut engagée par le Gouvernement qui entrepris une vaste campagne pour sensibiliser l'opinion aux problèmes et pour procurer l'information sur les mesures possibles de prévention. Une partie de cette campagne était menée par les centres de conseil pour les enfants en bonne santé : les mères y accompagnaient leurs enfants périodiquement pour un contrôle gratuit du poids et recevaient aussi des conseils du pédiatre pour élever et nourrir leurs enfants afin d'éviter les erreurs dangereuses. On conseillait aux mères d'être particulièrement vigilantes quant à l'hygiène personnelle de l'enfant et d'être le plus possible méticuleuses en cas de maladie surtout lorsque le manque d'hygiène devenait un facteur de complication, cas fréquent dans les classes les plus pauvres.

Des cours spéciaux étaient organisés, surtout dans les écoles primaires des villes, dans le domaine de l'éducation concernant la santé et l'hygiène, pour apprendre les règles de base : au cours de l'ère fasciste la propagande sur la santé se répandit encore plus et fut plus directe (Latronico, n.d.).

Des décrets royaux du 11 janvier 1923 et du 12 août 1927 établirent encore les règlements pour la *formation des sages-femmes*, qui, jusqu'en 1920 assistaient à 90 % des accouchements (Castiglioni, 1936). Pendant les vingt années du fascisme le nombre d'écoles pour obstétriciennes augmenta à travers le pays : en 1933, il y avait 20 écoles universitaires et 9 écoles indépendantes (Viana et Voza, 1933).

Durant ces années le terrain était préparé pour la création de *nouvelles structures* où les pathologies considérées comme socialement importantes auraient pu être soignées, comme la tuberculose qui se plaçait au premier rang. Pour certains groupes d'âge cette cause de décès provoquait encore un nombre considérable de victimes : au cours de la période qui précéda immédiatement la fondation de l'ONMI, la tuberculose représentait environ 15 % des décès des 5-9 ans (44 % des décès étaient causés par des maladies infectieuses et parasitaires) et presque un quart de ceux des 10-14 ans (60 % des décès dus à

des maladies infectieuses et parasitaires). Le combat contre la diffusion de la tuberculose dans les décennies qui ont précédé la fondation de l'ONMI s'est basé sur la création d'institutions dans lesquelles les patients étaient admis et isolés : la fondation de la première d'entre elles - l'Ospizio Marino à Viareggio - remonte à 1862. Pendant les vingt années du fascisme on chercha à augmenter ce genre de structures et l'OMNI accorda plus d'importance aux mesures de prévention et de contrôle de la tuberculose, surtout parmi les jeunes. L'importance de l'héliothérapie fut reconnue, particulièrement lorsque la maladie touchait les poumons⁽²⁾.

Une circulaire fut établie le 6 juillet 1932; elle exposait les critères généraux pour la prévention de la tuberculose chez les enfants, ce qui renforça, dans un premier temps, la nécessité d'entreprendre des actions pour les enfants à risque : ceux de parents tuberculeux, qui cohabitaient avec une personne touchée par la maladie et dont la frêle nature pouvait prédisposer à la tuberculose.

Le point de départ pour les actions préventives était l'école et lorsque les enfants en âge préscolaire étaient concernés, les *preventorium*s de la tuberculose étaient disponibles pour les isoler du risque de contagion quand un membre de leur famille souffrait de cette maladie.

La propagande sur la santé avait aussi un objectif précis : sensibiliser le public à porter une attention plus soutenue aux réglementations sur la santé et l'inciter à respecter les règles établies en la matière⁽³⁾.

Beaucoup fut aussi fait dans le domaine de la *restructuration des logements*. Les programmes de construction de l'époque consistèrent à procurer un logement plus adéquat aux standards généraux d'habitation; cela représentait un progrès vers l'amélioration de l'ensemble de la santé de la population. Les critères d'architecture suggérèrent la construction de logements bien lumineux, avec des chambres pour les enfants qui permettraient un maximum de pénétration de la lumière. Selon les médecins, ce n'était pas seulement un moyen de combattre les formes de rachitisme et d'anémie, mais la lumière était aussi un excellent allié pour soigner la tuberculose des poumons, qui touchait à l'époque un grand nombre d'enfants⁽⁴⁾.

Durant les vingt ans du fascisme la bataille contre la malaria avait finalement été gagnée. La loi sur l'assèchement des marécages fut approuvée en 1934 et on l'utilisa non seulement pour assécher les terres dans les zones à risque, mais aussi pour cultiver des terres qui à l'origine étaient marécageuses⁽⁵⁾.

⁽²⁾ En 1925, le Ministère de l'Intérieur subventionna 633 institutions (divisées en patients en visite, patients temporaires et patients permanents) dans le but d'offrir aux enfants délicats, ou à ceux prédisposés à la maladie, une chance de bénéficier d'un climat salubre qui aurait renforcé leurs résistances. Dix ans plus tard il existait environ 4.000 institutions de ce type qui assistaient environ un septième des enfants en âge scolaire (Allaria, 1950).

⁽³⁾ Le « timbre pour pli clos anti-tuberculose » fit partie de ces actions, car le but était d'aider les pauvres qui souffraient de tuberculose. Il y avait aussi « Le jour des fleurs » pendant lequel il y avait projection de films, conférences, distribution de livrets, visites dans des structures de prévention, etc.; ces initiatives aidaient à sensibiliser le public, (Cossa, 1992).

⁽⁴⁾ Au cours des dix premières années du fascisme, l'État dépensa environ 12 milliards de liras pour la construction de logements (Ilvento, 1932), bien que cela ne suffise pas pour garantir des conditions de vie acceptables pour la majorité des familles dans les grandes villes.

⁽⁵⁾ L'assèchement des terres de Pontina, zone de marais située entre Rome et Naples, représente une des actions les plus significatives entreprises par le Gouvernement pour éliminer complètement la maladie.

3. Conclusions

De 1887 à 1940, la mortalité des 0 à 14 ans a baissé fortement en raison de la diminution des maladies infectieuses et parasitaires et de certaines maladies de la petite enfance.

Le début de la baisse de la mortalité peut être largement attribué à un *changement révolutionnaire des conditions d'hygiène*. Il a débuté au cours des quinze dernières années du XIX^{ème} siècle et a continué à progresser toujours plus fortement tout au long de la période considérée en apportant des améliorations progressives à l'environnement : les systèmes d'élimination des déchets, la distribution d'eau potable, le logement. Les mesures prises dans cette direction établirent la base pour un déclin global de la mortalité et suffisaient à elles seules à provoquer une baisse de la mortalité due aux maladies infectieuses, bien avant que d'autres moyens pour les combattre furent disponibles.

Durant le XX^{ème} siècle, le changement révolutionnaire au niveau de l'hygiène se développa et continua à améliorer les conditions de logement et l'hygiène personnelle (avec des formes d'éducation à l'hygiène et à la santé au niveau de l'école). Non seulement il favorisa la baisse de la mortalité due à la tuberculose à partir de la fin des années 1920 et au-delà, mais il fit chuter la mortalité causée par la gastro-entérite.

Le contrôle de certaines autres maladies était effectué par contre à l'aide d'*actions particulières*. On peut en citer un exemple pour la malaria : l'utilisation de la quinine et les programmes d'assainissement débutèrent au tout début du XX^{ème} siècle et s'intensifièrent au cours des années 1920-1930. On peut citer un autre cas, celui de la tuberculose, qui comme on l'a dit, était l'objet de nombreuses mesures de soin et de prévention.

Il ressort que *l'alimentation* ne joua pas un rôle important dans la baisse de la mortalité : pendant les vingt dernières années du XIX^{ème} siècle et les premières du XX^{ème}, il semble que dans ce domaine, une grande partie de la population prise en compte, ne subit aucune amélioration. Cependant, au cours des années 1920, une forte attention fut accordée à la question de *l'alimentation des jeunes enfants et à leur santé*. Cet aspect pourrait s'être amélioré du fait de l'encouragement à l'allaitement, qui avait accusé un recul en raison du travail féminin dans les industries en développement. La disponibilité du lait stérilisé joua aussi un rôle important.

A part l'utilisation de la quinine pour soigner la malaria, le rôle des *produits pharmaceutiques* durant la période étudiée semble limité : la variole se déclara plusieurs fois malgré l'introduction des vaccinations obligatoires et la sérothérapie pour lutter contre la diphtérie débuta quand la mortalité due à cette maladie avait déjà beaucoup baissé.

Au début de la période, les structures sanitaires étaient dans une situation désastreuse et leurs conditions d'hygiène très insuffisantes. Elles se développèrent en nombre, en objectifs et en qualité. Au cours des 50 ans étudiés ceci représente certainement un facteur de plus en plus important de réduction de la mortalité. Les structures qui s'occupaient de questions concernant la maternité et l'enfance, de pair avec les structures sanitaires de prévention et de soin de la tuberculoses jouèrent incontestablement un rôle important.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANDERSON R.M., MAY R.M., 1992 - *Infectious diseases of humans*, Oxford University Press.
- ALLARIA G.B., 1950. *Aspetti medico-sociali della mortalità infantile*. Rome, Istituto di medicina sociale, Collana di studi sui problemi medico-sociali, n. 5.
- BARTOLUCCI A., 1929. *Produzione, approvvigionamento e controllo igienico del latte*, Milan, Istituto Sieroterapico Milanese.
- BEAVER M.W., 1973. « Population, infant mortality and milk ». *Population Studies*, 27, pp. 243-254.
- BOLDRINI M., DE BERNARDINIS L., ZINGALI G., 1930. « Demografia, antropometria, statistica sanitaria, dinamica delle popolazioni », in *Trattato Italiano di Igiene* (O. Casagrandi éd.), Turin, Unione Tipografica Torinese.
- BROTZU G. e al., 1930. « Malattie da virus filtrabili e sconosciuti », in *Trattato Italiano di Igiene* (O. Casagrandi éd.), Turin, Unione Tipografica Torinese.
- CASTIGLIONI A., 1936. *Storia della medicina*. Milan, Arnoldo Mondadori editore.
- CERRUTI F.C., 1955. *Problemi igienico-sanitari dell'approvvigionamento del latte alimentare*, Relazione generale al XVIII Congresso Nazionale per l'Igiene, Naples, 19-22 october.
- CONCETTI L., 1907. *La mortalità infantile e le consultazioni per i lattanti*, Naples, Stabilimento Tipografico Piërro.
- COSSA L., 1992. « Tuberculosi, malaria, difterite e pellagra. Andamento della mortalità dal 1887 al 1955 », *Rapporti ISTISAN 92/35*, Rome, Istituto Superiore di Sanità.
- DELLA PERUTA F., 1980. « Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi », *Studi Storici*, XXI, pp. 713-759.
- DIRSTAT, 1886. *Risultati dell'Inchiesta sulle Condizioni Igieniche e Sanitarie nei Comuni del Regno. Relazione generale*, Rome, Tipografia Bertero.
- D'ONOFRIO V., 1933. *Il latte. Direttive igieniche sulla produzione e sul consumo*, Naples, Editrice. L.U.C.E.T.
- FABBRI S., 1934. « La Casa della madre e del Bambino », *Maternità e Infanzia*, anno IX, 9.
- FACCINI L., 1974. « Tifo, pensiero medico e infrastrutture igieniche », in *Storia d'Italia, annali 7: Malattia e Medicina* (F. Della Peruta éd.), Turin, Einaudi, pp. 706-737
- FRASCANI P., 1986. *Ospedali e società in età liberale*, Boulogne, Il Mulino.
- GUZZONI DEGLI ANCARANI A., 1913. *Mortalità del neonato*, Actes de la Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, vol. XVIII.
- ILVENTO A., 1932. « La salute della stirpe e la sua difesa », *Maternità e Infanzia*, anno VII, 10.
- ISTAT, 1958. *Cause di morte 1887-1955*, Rome.
- ISTAT, 1976. *Sommario di statistiche storiche*, Rome.
- KIM-FARLEY R.J., 1993. « Measles » in : *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge University Press, pp. 871-875.
- LATRONICO N., n.d. *Consigli alle madri*, Opera Nazionale Maternità e Infanzia (éd.).
- LATRONICO N., 1957. « Nascita e primi sviluppi degli ospedali per bambini », *Rivista di storia della medicina*, vol. II, juillet-décembre.
- McKEOWN Th., 1989. *The origins of human disease*. Oxford, Basil Blackwell Ltd.

- PINNELLI A., MANCINI P., 1995. « Il declino della mortalità infantile e giovanile in Italia tra fine '800 e inizio '900. Un cammino interrotto da periodi difficili » actes du *Congreso International de Demografia Historica*, Bilbao-S. Sebastián, 20-22 septembre, 1995.
- ROLLET C., 1990. *La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIe République*. Paris, INED/PUF, Travaux et Documents, Cahier 127.
- ROLLET C., 1992. « La lutte contre la mortalité infantile dans le passé : essai de comparaison internationale », proceedings of IUSSP conference on *La mortalité des enfants dans le passé*, Montréal, 7-9 octobre.
- ROLLET C., BOURDELAIS P., 1993. « Infant mortality in France - 1750-1950. Evaluation and perspectives », in *The decline of infant mortality in Europe. 1850-1950. Four national case study* (C.A Corsini. et P.P. Viazzo eds.), Florence, Istituto degli Innocenti, pp. 51-69.
- SCHOFIELD R., REHER D., BUDEAU A., (eds) 1991. *The decline of mortality in Europe*, Oxford, Clarendon Press.
- VIANA O., VOZZA F., 1933. *L'ostetricia e la ginecologia in Italia*, Milan, Tipografia Cordani.