



L'impact de la crise sur le bien-être et la santé du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant

Isabelle Grémy
Santé publique
France

Si les effets de la crise économique et financière de 2008 sur les sphères sociales et familiales sont raisonnablement connus, ils le sont par contre moins en matière de santé, notamment dans la période périnatale ou de l'enfance.

Les effets de la crise économique sur le bien-être et la santé du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant sont, outre le fait d'être mal connus et peu étudiés, difficiles à mettre en évidence. En effet, ils s'inscrivent dans une tendance de fond positive : la santé périnatale, néonatale, post-néonatale et infantile en Europe – et donc en France – s'améliore de façon continue et substantielle. Depuis des décennies, on observe en population générale une baisse régulière et importante des taux de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile (figure 1), baisse qui semble ralentir voire stagner depuis quelques années sans que l'on puisse vraiment l'imputer de façon certaine à la dégradation de la situation économique depuis 2008 ou à une incompressibilité des taux très faibles de mortalité résiduelle.

La mortalité néonatale est passée de 3,3 à 2,4 pour 1 000 naissances vivantes entre 1994 et 2014, sa décroissance moyenne annuelle était de 1,4 % par an jusqu'en 2008 et de 0,8 % depuis. La mortalité infantile a diminué de 6,5 en 1994 à 3,5 pour 1 000 naissances vivantes en 2014, et de 3,8 en 2008, au début de la crise. Les taux de prématurité en France, comme dans les autres pays européens, accusent une légère tendance à la hausse ; pour la France, la prématurité a augmenté de 6,3 % des naissances en 2003 à 6,6 % en 2010 [33] selon les enquêtes périnatales. Cependant la morbidité associée, à terme gestationnel identique, semble décroître, y compris chez les nouveau-nés très prématurés [5]. Conjugué à une réduction des taux de mortalité périnatale et néonatale, à la réduction de la morbidité à terme gestationnel identique, et à l'accroissement d'autres facteurs de risque de prématurité tels que l'âge maternel à la grossesse, le taux de prématurité en France ne semble *a priori* pas impacté par la crise économique.

Les raisons de ces évolutions favorables de la santé périnatale sont attribuées à une meilleure prévention des déterminants individuels, à une amélioration de la prise en charge médicale et sociale du suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, et à une organisation régionalisée des soins plus performante. Elles ont non seulement des conséquences positives

à court terme mais aussi à moyen et long termes. De nombreuses recherches mettent en évidence les liens entre la santé périnatale du nouveau-né et les maladies chroniques à l'âge adulte telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires.

Cependant, un impact négatif de la crise économique sur la santé des mères et de leurs enfants est attendu : les caractéristiques sociales, telles qu'un faible niveau d'éducation de la mère, un bas revenu familial, le fait d'être issu d'une famille migrante, le fait d'habiter dans une zone défavorisée déterminent fortement et de façon péjorative la santé périnatale, la santé de l'enfant ainsi que la santé maternelle [103]. Des différences socio-économiques ont notamment été observées pour la mortalité infantile, pour la prématurité [26], pour la mortalité infantile et pour certaines causes de mortalité comme les accidents chez l'enfant. Les conséquences de facteurs de risques liés au statut socio-économique, comme une consommation d'alcool, de tabac ou l'obésité durant la grossesse, sont associés à la prématurité, au retard de croissance *in utero*, conséquences qui elles-mêmes perdurent bien au-delà de la période du post-partum et affectent la santé et le développement psychomoteur du nourrisson et du jeune enfant. Les familles ou les mères isolées migrantes en situation de précarité sont particulièrement concernées par ces excès de risque de morbi-mortalité périnatale et de la petite enfance. Les mécanismes par lesquels ces variables déterminent la santé des enfants et de leur mère sont encore mal connus.

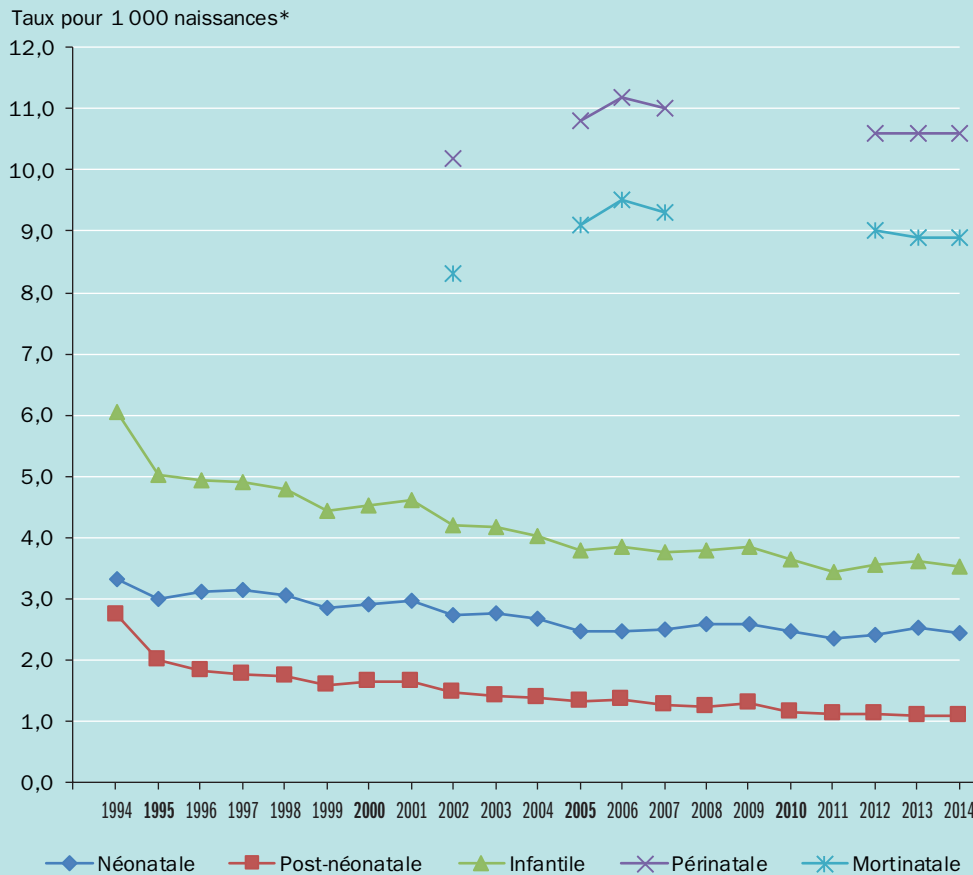
Comme la crise économique est susceptible d'accroître les proportions de la population en situation de pauvreté, il est attendu d'observer une recrudescence de la morbi-mortalité tout au moins dans les populations déjà en situation de précarité sociale, ou poussées du fait de la crise dans la précarité. Ces inégalités sociales et territoriales largement connues sont susceptibles de se creuser lors de période de crise économique, si cette dernière affecte davantage les classes les moins favorisées, ou encore de se combler, par un nivellement par le bas, grâce au maintien des politiques sociales aux plus démunis alors que ces politiques se contractent pour les classes moyennes.

Enfin, le manque de précision des systèmes d'information ne rend compte que partiellement des inégalités de santé et de leurs évolutions avant et après la crise selon les catégories sociales et notamment les plus défavorisées.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.

figure 1

Évolution de la mortalité infantile, néonatale, post-néonatale, périnatale et de la mortinatalité* de 1994 à 2014 en France (DOM inclus)



* Mortalité infantile : nombre d'enfants décédés à moins d'un an pour 1 000 naissances durant une année donnée.
 Mortalité néonatale : nombre de décès d'enfants enregistrés âgés de moins de 28 jours pour 1 000 naissances vivantes durant une année donnée.
 Mortalité post-néonatale : nombre de décès chez les enfants entre 28 jours et 12 mois pour 1 000 naissances vivantes durant une année donnée.
 Mortalité périnatale : nombre d'enfants nés sans vie (naissance après 22 semaines d'aménorrhée d'un fœtus sans vie) et nombre de décès néonataux précoces (décès d'enfants de moins d'une semaine) pour 1 000 naissances (nés vivants et nés sans vie) durant une année donnée.
 Mortinatalité : nombre d'enfants nés sans vie pour 1 000 naissances (nés vivants et nés sans vie) durant une année donnée.

Sources : Insee pour la mortalité néonatale, post-néonatale et infantile; ATIH-Drees pour la mortalité périnatale et la mortinatalité.

Dans ce contexte d'amélioration de la santé périnatale et de l'enfant, une analyse des effets sanitaires de la crise doit tenir compte, en plus des déterminants sociaux usuels (revenus, catégorie socioprofessionnelle, niveau d'éducation), des politiques sociales déployées dans les pays, de leur capacité à amortir la crise et des populations qu'elles visent pour interpréter avec pertinence les éventuels écarts de santé périnatale qui pourraient se développer durant une crise économique : l'interprétation de ces effets observés est complexe.

Impacts sociaux de la crise économique

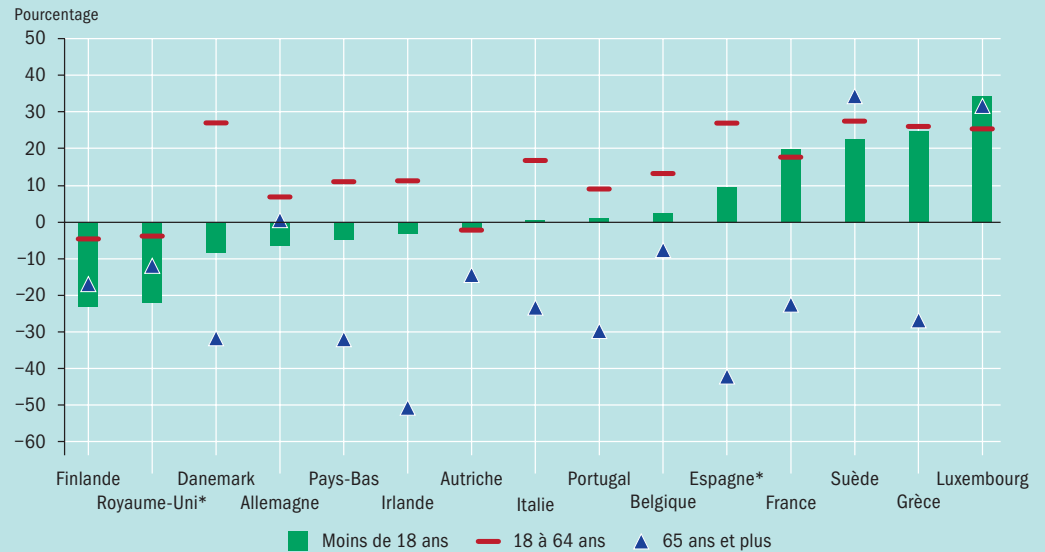
Depuis le début de la crise économique, l'accroissement de la pauvreté est notable. La pauvreté n'a pas touché toutes les catégories de la population de la même façon. En France, comme dans d'autres pays européens, les jeunes actifs, leur famille et leurs enfants ont particulièrement été touchés (figure 2).

Les études socio-économiques convergent pour montrer l'impact négatif de la crise sur la famille et les enfants. Cet impact est d'autant plus important



figure 2

Taux de variation du nombre de personnes pauvres monétairement par tranche d'âge entre 2007 et 2012



Lecture : Le nombre de personnes de moins de 18 ans et pauvres monétairement au seuil de 60 % a progressé de 20,4 % entre 2007 et 2012 en France.

* Il s'agit de la période 2007/2011 pour l'Espagne et le Royaume-Uni.

Sources : Eurostat [ilc_li02], date d'extraction 14/11/2014 ; Marguerit D. [61].

que les pays ont été fortement touchés par la crise. Le rapport de l'OCDE [1] met notamment en exergue le net ralentissement, voire le décrochage, de l'emploi féminin, l'augmentation des ruptures familiales, et surtout l'accroissement du taux de pauvreté des enfants. Ces taux de pauvreté sont d'autant plus élevés que la diminution des revenus familiaux et que les restrictions du financement des politiques sociales sont importantes.

Il est estimé dans le rapport de l'Unicef *Les Enfants de la récession* [99] que 2,6 millions d'enfants ont plongé sous le seuil de pauvreté dans les pays les plus riches depuis 2008, portant l'estimation totale à 76,5 millions d'enfants et, pour la France, à une augmentation d'environ 440 000 enfants pauvres. Ce rapport, qui compile des données avant et après le début de la crise, souligne également la proportion grandissante des 15-24 ans socialement disqualifiés, qui ne sont ni dans le système éducatif, ni en situation d'emploi ou de formation. Le dernier rapport de l'Unicef [100] confirme encore la mauvaise place de la France : les inégalités notamment dans le domaine de la santé et de la nutrition ont continué de se creuser depuis 2012, alors que d'autres pays (peu nombreux certes) ont vu une réduction ou une stabilisation de leurs écarts.

Le rapport de l'enquête ENFAMS [91], menée en 2011 en Ile-de-France, témoigne d'une situation sociale préoccupante. L'estimation de la population sans logement

en Ile-de-France serait de plus de 10 000 familles, soit environ 35 000 personnes, et les familles représenteraient entre 30 et 40 % de cette population, et les enfants de moins de 13 ans près d'un quart. Suroccupation des logements, logements ne bénéficiant ni de cuisine ni de sanitaires indépendants, déménagements très fréquents semblent la règle pour ces familles. Ces inégalités sociales se traduisent au niveau territorial. Des territoires défavorisés comme la Seine-Saint-Denis, malgré une politique volontariste du conseil général et de l'agence régionale de santé (ARS) pour y remédier, montrent des taux de mortalité néonatale constamment plus élevés depuis au moins deux décennies.

Deux études menées entre 2012 et 2015 en Seine-Saint-Denis par l'observatoire du Samu social et par l'équipe Inserm EPOPé à la demande de l'ARS, rendues publiques fin octobre 2015, décrivent, pour la première, de manière fine les mécanismes qui sont à l'œuvre et dont les effets se cumulent pour contribuer à un défaut voire à une absence de suivi de la grossesse et des nouveau-nés chez ces femmes enceintes en situation de grande précarité. La seconde étude pointe chez les mères endeuillées par un décès périnatal la fréquence supérieure à l'attendue des situations de précarité (plus grande proportion de femmes sans couverture sociale), des femmes dans des situations sociales difficiles voire extrêmes – errance, ruptures familiales, violences – et qui se cumulent avec des facteurs de

risque médicaux plus fréquents qu'attendus : obésité et diabète gestationnel notamment.

Impacts sanitaires de la crise économique

Une revue systématique portant sur l'impact de la crise économique et financière sur la santé de l'enfant à partir d'études déjà publiées dans le monde montre des résultats qui ne permettent pas de dégager une image claire de cet impact sur la santé du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant [85]. L'état de santé est aussi déterminé par les politiques de protection sociale et d'accès aux soins, ces politiques étant différentes selon les pays, eux-mêmes inégalement impactés par la crise. Pour ce qui est de la mortalité néonatale, périnatale et infantile, parmi les quatre études repérées dans cette analyse, seules deux concernent des pays européens : il s'agit de la Grèce et de l'Espagne, deux pays fortement touchés par la crise économique. Une hausse de la mortalité périnatale, néonatale et infantile est observée en Grèce, mais pas en Espagne. Toutefois, pour ce dernier pays, un accroissement très net de la proportion d'enfants de petits poids de naissance ($< 2 \text{ SD}^1$) en 2008 qui perdure jusqu'en 2012 a été observé. Une augmentation rapide similaire de la proportion de nouveau-nés de faible poids de naissance a été montrée en Islande, pays touché par la crise économique de façon particulièrement violente et brusque [71]. Pour ce qui concerne les habitudes alimentaires et la nutrition, parmi les quelques études identifiées, dont deux sont européennes et concernent l'Angleterre, les effets de la crise semblent avérés. Ces études montrent un effet défavorable de la crise, plus particulièrement chez des enfants issus de familles très vulnérables, sur la consommation alimentaire : diminution de la consommation de fruits et légumes, réduction de la fréquence de consommation de viande et de poisson, et réduction du budget alimentaire.

Alors que des aspects plus positifs sur l'état de santé sont notés pour les adultes, tout au moins au début de la crise, comme la diminution de la mortalité par accidentologie notamment routière (perte de revenu, moindre utilisation des véhicules, moindre exposition à des facteurs de risque socioprofessionnels), une augmentation des symptômes de tension familiale (accroissement des taux de divorce), de souffrance mentale (anxiété et dépression), comme d'ailleurs des taux de suicides sont presque constamment retrouvés. Ces tensions intrafamiliales renforcées ou provoquées par l'insécurité sociale, alimentaire, énergétique dans laquelle les familles se trouvaient ou sont plongées par la crise ont des répercussions sur le bien-être et la santé des enfants. Quelques éléments parmi les études montreraient un impact en termes de santé mentale des enfants mais également de maltraitance à leur égard. C'est sans doute dans les domaines de la santé mentale et de la maltraitance que les effets

de la crise sont les plus tangibles. Deux études nord-américaines, réalisées avant et après le début de la crise, montrent un accroissement des traumatismes crâniens dus à des coups portés ; dans une autre étude, une moins bonne perception de leur santé mentale est rapportée chez les adolescents interrogés. Une étude américaine [38] a été menée à partir des résultats des enquêtes ménages National Health Interview Survey (NHIS) réalisées entre 2002 et 2013. La santé mentale des enfants et adolescents y est associée au niveau socio-économique, et ce quelle que soit la manière dont le statut socio-économique est mesuré, montrant une certaine robustesse du lien. Les résultats montrent également une détérioration de la santé mentale lors de la période de récession économique, détérioration dont les causes sont mal élucidées et multifactorielles mais qui semble davantage liée aux pertes de revenus et aux angoisses parentales sur l'insécurité de l'emploi qu'au taux de chômage lui-même, sans pouvoir déterminer avec suffisamment de recul si ces effets sur la santé mentale des enfants sont transitoires ou persistants. Les données sur la santé mentale comme sur la maltraitance en relation avec les périodes de crise économique devraient faire l'objet d'études plus systématiques.

Inégalités sociales et état de santé chez les enfants en France

Les conditions sociales très préoccupantes mises en évidence dans l'enquête ENFAMS sur les populations sans logement en Ile-de-France [91] montrent qu'elles ont de nombreuses répercussions : insécurité alimentaire qui toucherait une mère sur deux et un enfant sur trois, défaut de scolarisation, perception dégradée de leur état de santé physique et émotionnelle avec des symptômes dépressifs très prévalents. Ce rapport insiste sur le fait que les familles les plus démunies (parents et enfants) souffrent de la faim, avec son corollaire paradoxal : une obésité chez les mères comme chez les enfants très supérieure à celle enregistrée en population générale. Cet état de santé dégradé et l'insécurité alimentaire sont d'autant plus fréquents que les niveaux de revenus sont faibles voire très faibles et que la situation administrative de ces familles – très souvent migrantes mais pas toujours – n'est pas stabilisée. Les conditions de suivi des femmes enceintes interrogées ne répondent pas aux recommandations de bonnes pratiques en santé périnatale. Le rapport souligne que parmi les femmes enceintes au moment de l'enquête (8 %), une forte proportion n'avait pas déclaré leur grossesse ou l'avait fait de façon tardive, et que, pour celles qui l'avaient déclarée, le suivi durant la grossesse s'avérait insuffisant, ce à quoi s'ajoutaient durant la grossesse et après l'accouchement une situation d'isolement social marqué, la précarité de l'hébergement, avec un fort taux de mobilité résidentielle (4,6 déménagements en moyenne au cours de la grossesse), l'insécurité administrative, une couverture sociale déficiente, des renoncements

1. SD : déviation standard.



aux soins (dans ce cadre, le recours à la PMI est pour un enfant sur cinq le seul accès au système de soins).

Le rapport conclut que « ces premiers résultats – bien qu’exploratoires – permettent d’ores et déjà de dresser un portrait préoccupant de la situation sanitaire de ces familles. Les conséquences en termes de santé publique sont d’autant plus alarmantes que ces conditions extrêmes auront sur le long terme un retentissement sur la santé de la mère elle-même mais probablement, comme l’ont largement montré les études nord-américaines, sur leurs enfants. »

Une autre étude regroupant les données des neuf enquêtes ESPS (Enquêtes sur la santé et la protection sociale) de 1995 à 2010 [8] a mis en évidence une association, déjà trouvée dans d’autres pays, entre la santé de l’enfant, son accès aux soins et le revenu du ménage. La mauvaise santé perçue de la santé de

l’enfant, la fréquence du surpoids et de l’obésité et une plus faible taille sont inversement corrélées aux revenus des ménages.

Certaines de ces études portent davantage sur les relations entre niveau socio-économique et santé, sans particulièrement s’intéresser aux crises économiques. Dans les études s’intéressant à la crise économique, les résultats ne sont pas toujours convergents du fait de la complexité de l’interprétation déjà évoquée et du fait aussi que le recul d’observation est peut-être encore insuffisant pour apprécier les effets sanitaires de la crise. Cependant, ceux-ci semblent peu discutables sur les conséquences nutritionnelles et sur différents aspects de la santé mentale.

Des organisations non gouvernementales, comme Médecin du Monde en France, ou la coordination des ONG pour les droits de l’enfant en Belgique, insistent sur

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.

Cantines scolaires : la désaffection des quartiers populaires

Dans tous les quartiers, faire déjeuner, ou pas, son enfant à la cantine renvoie à la fois à une question économique et à une dimension d’identité et de reconnaissance. L’anthropologie a largement montré comment l’alimentation est culturellement pensée : chacun mange ce que son groupe d’appartenance lui a appris à manger. Manger, c’est toujours affirmer une identité à la fois individuelle (j’aime, je n’aime pas) et collective (aliments conseillés, autorisés, déconseillés, interdits) organisée par les règles de ce qu’il est convenu de manger et de ne pas manger [84]. La cantine scolaire est ainsi un lieu collectif autour duquel se construisent, dans les quartiers, des processus de séparation. Si la dimension religieuse ne s’affirme pas explicitement, elle reste souvent un non-dit, constituant de fait un « distributeur identitaire » : « les enfants se mettent à surveiller ce qu’ils mangent » [78].

La désertion de la restauration à l’école, et plus encore au collège, a pris de l’ampleur à la fin des années 1990, donnant lieu à un rapport de l’Inspection générale de l’Éducation nationale [31] allant jusqu’à suggérer des situations critiques de malnutrition. Il apparaissait déjà que les élèves étaient trois fois moins nom-

breux à déjeuner à la cantine dans les collèges sensibles que dans l’ensemble des collèges français. On sait que la fréquentation des cantines scolaires est liée au niveau d’éducation des parents et au type de quartier : ainsi une des très rares publications des dernières années sur la question, portant sur l’ensemble des collèges du département de l’Essonne à la rentrée 2010, montre que « les secteurs scolaires où résident moins de 20 % de collégiens de familles modestes ont un taux de demi-pensionnaires compris entre 49 % et 97 %. En revanche, dans les secteurs scolaires où résident plus de 50 % de collégiens modestes, le taux de fréquentation de la demi-pension varie entre 20 % et 63 % » [54]. On sait moins que, désormais et sans plus aucun débat sur la question, les collèges des quartiers populaires accueillent souvent aujourd’hui un nombre de demi-pensionnaires dérisoire (moins de 10 % des élèves, à comparer aux plus de 60 % des collèges les plus favorisés) et vont jusqu’à fermer les cantines dans les quartiers les plus pauvres. On méconnaît également la désertion des cantines dans les écoles élémentaires, hormis le vendredi, « jour poisson ».

Les enfants des familles concernées, qui sont pour une grande part

au taux le plus bas pour le calcul du coût du repas, taux souvent calculé en fonction du quotient familial, ne bénéficient donc plus du service de restauration scolaire. Même s’il est souvent masqué sous des crispations idéologiques autour de la laïcité [107], l’enjeu économique et politique est déterminant pour comprendre la situation actuelle : ainsi le coût d’un retour de ces enfants vers les cantines scolaires peut paraître prohibitif à la collectivité, comme une perte sèche dans le budget municipal ou départemental de plusieurs centaines de milliers d’euros. La désaffection massive des cantines dans les quartiers, habituellement référée aux choix religieux des publics, semble ici largement coorganisée par des choix économiques et politiques, sans considération des conséquences en matière de santé publique et de socialisation.

Même si certaines collectivités ont trouvé des réponses du côté de l’offre (menus végétariens par exemple) et du côté de la tarification, le refus de bouger sur ces questions est aujourd’hui marqué dans de nombreuses collectivités locales, et l’enjeu de santé publique de ces questions largement passé sous silence. ...

Laurent Visier
Geneviève Zoïa
Université de
Montpellier, UMR
5112

l'affaiblissement des politiques sociales de protection de l'enfance pour les populations qu'elles couvrent (moindre vaccination des enfants, accès aux soins prénatals dégradés). Les rapports de l'OCDE comme celui de l'Unicef soutiennent que les politiques ciblées autour de la naissance et de la petite enfance (congé parental, soutien aux modes de garde) ont généralement

été épargnées et que leur maintien, voire leur renforcement, est un facteur déterminant dans la prévention de la pauvreté et de ses conséquences sociales, familiales et sanitaires. Le rapport de l'Unicef recommande « *le maintien de solides filets de sécurité sociale pour protéger les enfants et à faire du bien-être des enfants une priorité absolue* ». ...

Santé et territoire : métropolisation du territoire et relégation des quartiers

Les géographes et les sociologues ont, chacun avec leurs outils, montré comment le monde contemporain, dont la France, était engagé dans un mouvement continu de séparation spatiale des groupes sociaux. Alors que les groupes dominants recherchent privatisation et sécurisation, ceux dont les ressources sont les plus faibles sont en quelque sorte assignés à résidence dans les quartiers les moins désirables. Une dynamique d'entre-soi se dessine à tous les niveaux de la stratification sociale [64]. Les quartiers populaires, s'ils sont loin d'être les seuls à être touchés par ce mouvement général de fracture territoriale, paient cependant au prix fort la note du séparatisme social. En effet les populations vivant dans ces quartiers sont victimes non seulement des effets de leur classement social (que ce soit en niveau de revenu ou en niveau de diplôme, le fait d'appartenir à une catégorie sociale constitue un déterminisme massif qui se traduit par un gradient social de santé comme d'éducation), mais elles sont, de plus, affectées par le fait de vivre avec des populations qui leur ressemblent. Autrement dit, à l'effet de position sociale se surajoute un effet de contexte, lui-même lié à la composition de la population avec laquelle chacun est socialisé. Comment comprendre le sens et les mécanismes de cet effet ?

La ségrégation sociospatiale

Ces dernières années, la référence à des situations de ghettoïsation, puis la qualification de certains de ces quartiers comme « ghettos » – terme que personne n'aurait employé en France avant les années 1990 – s'imposent, même si elles restent vivement discutées. Le qualificatif caractérise des situations de regroupement spatial de populations reléguées, produisant en retour un mode spécifique d'organisation sociale, une sorte de contre-monde ou de contre-société [55]. Ainsi, le Premier ministre de la République peut-il en janvier 2015 prononcer les mots d'« *apartheid territorial, social, ethnique* » à propos des quartiers prioritaires (ex-ZUS [zones urbaines sensibles]). La ségrégation spatiale fait alors du territoire, plus encore que du statut socio-écono-

mique, un nouvel indicateur de la stratification sociale. Pour le dire autrement, le lieu de résidence compterait aujourd'hui au moins autant, en termes de classement social, que l'occupation professionnelle.

Si ce mouvement de séparation spatiale s'est accentué avec la crise de 2008 et les politiques d'austérité, il relève d'un processus contemporain au plus long cours, datant d'une trentaine d'années au moins. Pourtant, les analyses, aussi bien en santé publique qu'en sociologie, peinent à considérer dans sa pleine mesure cette dimension spatiale. D'un côté, on admet désormais les inégalités spatiales de santé, mais c'est en les référant au caractère inégalitaire de l'accès aux soins ou aux ressources, dont la traduction en langage commun est celle des « déserts médicaux ». De l'autre, on note la plus grande « *réticence des sociologues français à l'égard des dimensions spatiales des phénomènes sociaux* » [11], comme si la tradition durkheimienne d'une République « *une et indivisible* » empêchait de penser les lieux comme des espaces de production différenciée de civilités, d'éducation et de santé. En effet, de même que les travaux sur les inégalités sociales de santé ont tardé à émerger, l'analyse des effets de la ségrégation sociospatiale sur la santé trouve difficilement sa place en France. De nombreux travaux américains s'attachent cependant depuis plusieurs décennies aux *neighborhood effects of health*.

Si la séparation des quartiers français n'est pas du même ordre que celle qui prévaut dans les villes américaines, l'hypothèse que la spécialisation sociale croissante des quartiers trouve une traduction en niveaux et en formes de santé, non réductible à la seule offre de soins ou à la seule distance aux soins, mérite d'être posée. La question des « effets de quartier » sur la santé apparaîtra dès lors comme un objet en tant que tel et non pas seulement comme la résultante de déterminants.

Pour envisager cette question, nous nous pencherons d'abord sur les problèmes que pose ce type d'étude et envisagerons ensuite les éléments de connaissances disponibles aujourd'hui, avant de conclure par quelques propositions programmatiques.

Guilhem Birouste
Laurent Visier
Geneviève Zoïa
Université
de Montpellier,
UMR 5112

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.