

Sommaire

TABLE DES ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION	5
PARTIE 1 : HISTORIOGRAPHIE	7
I. Les enfants, les femmes et les corps : l'émergence d'un nouveau champ en sciences sociales	7
A. Qu'est-ce que l'enfance ?.....	7
B. Une histoire des femmes	12
C. Une histoire des corps.....	14
II. Lier les enjeux étatiques et la protection sociale	18
A. Légiférer pour mieux régner	18
B. Une innocente protection ?	22
C. L'écriture du concret	24
Conclusion historiographique	26
PARTIE 2 : PRESENTATION DES SOURCES	27
I. Sources manuscrites :	28
II. Source imprimée	30
III. Bibliographie	31
PARTIE 3 : ÉTUDE DE CAS	35
Introduction	35
I. Un contexte d'apparition difficile	36
A. Le préoccupant état sanitaire de la population au sortir de la Seconde Guerre mondiale	36
B. Repeupler la France	39
II. La création légale du service de Protection Maternelle et Infantile	42
A. L'ordonnance du 2 novembre 1945	42
B. Une existence antérieure à 1945 ? La loi du 16 décembre 1942.....	47
III. Cinquante ans de fonctionnement de la PMI	48
A. Des débuts mitigés	48
B. Fédérer des associations dispersées	51
C. Des missions variées réparties sur trois périodes	55
D. Les acteurs de la PMI	66
E. Les moyens financiers et matériels	73
Conclusion	78
CONCLUSION GENERALE	80
ANNEXES	81

Table des abréviations

ADML : Archives Départementales de Maine-et-Loire

CAF : Caisse d'Allocation Familiale

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CRASS : Commission Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

CRSSN : Caisse Régionale de Sécurité Sociale de Nantes

DASS ou DDASS : Direction (Départementale) de l'Action Sanitaire et Sociale

DISS ou DDISS : Direction (départementale) des Interventions Sociales et de Solidarité

EHESS : École des Hautes Études en Sciences Sociales

INH : Institut National d'Hygiène

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LGBTQIA+ : Communauté Lesbienne, Gay, Bisexuel, Transsexuel, Queer, Intersexe, Asexuel et tous les autres.

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PUF : Presses Universitaires de France

Introduction

« Continuant cet inventaire, j'arrive rapidement au service sans doute le plus attachant, mais aussi le plus rentable pour les caisses de sécurité sociale et sans doute le plus important pour l'avenir de notre pays : le service de la Protection Maternelle et Infantile. ¹» C'est en ces termes que le docteur Viette décrit le service à la tête duquel il a été médecin-inspecteur chef dans le Maine-et-Loire de 1945 à 1951. Ce médecin a été celui qui a mis en route le service de Protection Maternelle et Infantile dans le Maine-et-Loire quand, pendant trois ans, d'autres n'avaient que dirigé de manière laxiste ce service.

Entre 1939 et 1945, la France se trouve dans un contexte de guerre, de surmortalité infantile et de rationnement. Conséquence de cette hécatombe, le pays se retrouve dans une situation démographique et sanitaire désastreuse. Les enfants, avenir de la nation française et véritable enjeu pour le gouvernement, meurent en masse d'inanition et de maladies². Pour redresser la barre, le gouvernement de Vichy promulgue le 16 décembre 1942 une loi relative à la protection de la maternité et de la première enfance. Cette loi permet, d'une part, de créer légalement le service de Protection Maternelle et Infantile, d'autre part, de commencer à mettre en place des mesures pour enrayer la surmortalité infantile. Dans les faits, cette mesure législative n'a pas été uniformément appliquée sur l'ensemble du territoire français. Elle a alors, à la Libération, été suivie de près par l'ordonnance du 2 novembre 1945 relative à la protection maternelle et infantile, marquant ainsi, après quelques balbutiements, les débuts d'une institution pluridécennale.

Le service de Protection Maternelle et Infantile, institution publique respectivement tenue par le ministère de la santé publique et de la population et par le conseil général de chaque département de France, a comme mission principale de protéger, donc d'améliorer et de garantir, la santé physique et psychique, ainsi que des conditions économique-sociales convenables, aux mères et aux enfants de moins de six ans. Cela passe également, comme nous le montrerons au cours de la troisième partie de cette étude, par la mise en place d'une prévention, d'une surveillance marquée, à l'égard des familles et des personnes s'occupant d'enfants. Ce dernier point étant essentiellement lié aux grands fléaux sociaux du XX^e siècle : l'alcoolisme, l'infanticide et l'avortement. Le service de PMI, loin d'être simplement bienfaisant, est un véritable outil de biopolitique au service du gouvernement français. De ce fait, chaque

¹ ADML, 163W2, rapport du docteur VIETTE, médecin-inspecteur chef de la PMI de Maine-et-Loire, pour la Commission Régionale d'Action Sanitaire et Sociale datant de 1946.

² Catherine ROLLET, Virginie DE LUCA, « La vulnérabilité des enfants : les crises de mortalité de 1940 et 1945 », *In.*, Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN (sous la direction de), « *Morts d'inanition* ». *Famine et exclusions en France sous l'Occupation*, Rennes, PUR, coll. Histoire, 2005, 316p., pp. 263 – 279.

département possède un service de PMI qu'il doit faire fonctionner au mieux en produisant régulièrement des rapports d'activités. Si les débuts de ce service sont difficiles, « l'institution PMI » ne tarde pas à se mettre au garde-à-vous³.

Notre étude a pour ambition de faire l'état des lieux de la création du service de Protection Maternelle et Infantile en prenant pour témoin le cas du Maine-et-Loire. À ce jour, il s'agit d'une étude inédite, la PMI n'ayant été travaillée, à nos connaissances, par aucun historien. Nos sources, émanant principalement des Archives Départementales de Maine-et-Loire, s'étalent de 1942 à 1992, soit de quoi traiter cinquante ans d'histoire de la PMI. Du début de ce service en 1942, au départ d'un des médecin-inspecteur chef de la PMI les plus emblématique, le docteur Albert Hamon, en 1992, il s'agit de retracer les grands jalons de ce service⁴.

Dans une première partie contextualisant sa genèse, il s'agit d'étudier le cadre législatif de la PMI avec la loi du 16 décembre 1942 relative à la protection de la maternité et de la première enfance et l'ordonnance du 2 novembre 1945 relative à la protection maternelle et infantile. Dans une deuxième partie, il convient de mettre en lumière les missions de la PMI et les éléments qui permettent son bon fonctionnement : les acteurs ainsi que les moyens financiers et matériels dont elle dispose. La troisième et dernière partie permet d'appréhender l'utilité de ce service quant aux grands enjeux nationaux de démographie. Entre protection, prévention et surveillance, comment s'est constitué le service de Protection Maternelle et Infantile ?

³ Termes empruntés à Françoise CORVAZIER, Elian DJAOUI, *L'institution PMI – Entre clinique du sujet et politique publique*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2018, 216 p.

⁴ Albert HAMON, *Protection maternelle et infantile - Actions sanitaires. Bilan et évolution entre 1976 et 1992*, Direction des interventions sociales et de solidarité de Maine-et-Loire, Angers, 1992, 54 p. Le docteur Hamon a constitué un rapport fourni de la période durant laquelle il est resté à la tête de la PMI de Maine-et-Loire et dont nous nous sommes grandement servis dans le cadre de cette étude.

Partie 1 : Historiographie

L'historiographie rédigée pour cette étude est divisée en deux parties. La première porte sur l'histoire des enfants, des femmes et des corps en tant que sujets d'études récents. La seconde partie est, quant à elle, consacrée à l'étude de la protection sociale qu'il faut lier aux enjeux étatiques que représentent les individus étudiés dans la première partie.

I. Les enfants, les femmes et les corps : l'émergence d'un nouveau champ en sciences sociales

A. Qu'est-ce que l'enfance ?

Pour tout historien qui travaille sur l'enfance et de la famille, il est évident de commencer par définir cette catégorie d'individus que sont les enfants. Longtemps perçus comme des êtres oubliés de l'histoire, les enfants font pourtant l'objet d'une attention de la part des historiens depuis plusieurs décennies.

1) Philippe Ariès, précurseur de l'histoire de l'enfance

En 1960, Philippe Ariès publie *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime* et pose ainsi les bases de l'histoire de l'enfance et de la famille. L'auteur étudie « le sentiment de l'enfance », dont il date l'apparition à l'Époque Moderne. Il appréhende, dès lors, la place de l'enfant au sein du cercle familial et éducatif en distinguant les « sociétés traditionnelles » et les « sociétés industrielles »⁵. En posant ces termes, la particularité de la période de l'enfance est mise en lumière, autant dans l'histoire, que dans l'historiographie :

« Dans la société médiévale, que nous prenons pour point de départ, le sentiment de l'enfance n'existait pas ; cela ne signifie pas que les enfants étaient négligés, abandonnés, ou méprisés. Le sentiment de l'enfance ne se confond pas avec l'affection des enfants : il correspond à une conscience de la particularité enfantine, cette particularité qui distingue essentiellement l'enfant de l'adulte même jeune.⁶ »

⁵ Philippe ARIÈS, *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, Éditions du Seuil, 1975 (1960), 316 p.

⁶ *Ibid.*, p. 177

Il n'omet pas toutefois de préciser que l'enfance dont il parle est aisée, née au sein d'une famille d'élite. L'auteur est encore loin de pouvoir faire une « histoire par le bas », faute de sources⁷. Néanmoins, Philippe Ariès revient, partiellement, sur sa théorie concernant l'absence du sentiment de l'enfance au Moyen Age lors de la réédition de son ouvrage en 1975. Il évoque une analyse trop succincte des sources. Ce point n'a d'ailleurs pas échappé à l'historien médiéviste Didier Lett, spécialiste de l'histoire de l'enfance et de la parentalité, qui a adressé à Philippe Ariès de vives critiques. Auteur d'une thèse portant sur l'histoire de l'enfance, *Enfances, Eglise et familles dans l'occident chrétien entre le milieu du 12^e siècle et le début du 14^e siècle : perceptions, pratiques et rôles narratifs*, sous la direction de Christiane Klapisch-Zuber, il tend à démontrer que l'enfant, au Moyen Age, est bien considéré comme un être en devenir, dont il faut s'occuper et qui possède une véritable place au sein de la famille⁸. Les nombreux travaux de Didier Lett remettent donc en cause les théories sur l'enfance au Moyen Age, développées par Philippe Ariès.

Influencé par des sociologues, des psychologues et des pédiatres du monde anglophone, Philippe Ariès suit les pas laissés par des chercheurs en sciences humaines et sociales avant lui. Grâce à ce décloisonnement, ce champ d'étude est ouvert à l'historiographie française, prémices du tournant amorcé par l'École des Annales dès les années 1960. L'histoire culturelle et ethnographique prend dès lors une place importante auprès des nouvelles générations d'historiens.

2) La montée de la considération de l'enfance et de la jeunesse

À la suite des travaux de Philippe Ariès, il apparaît une véritable mise en route intellectuelle vis-à-vis de l'enfance. Les professionnels de la santé comme les chercheurs en sciences humaines et sociales incarnent désormais la voix de l'enfance. En 1979, Maurice Crubellier fait publier son ouvrage *L'enfance et la jeunesse dans la société française : 1800 – 1950*⁹. Il est l'un des premiers historiens à traiter ce sujet, d'une part, sur la période du XX^e siècle, d'autre part, et contrairement à Philippe Ariès, en étudiant une large part de la population française puisqu'il s'intéresse aux enfants des familles modestes et moyennes. Tout comme Philippe Ariès cette fois, il insiste sur les contours flous de cette période qu'est l'enfance, une période dont les limites brumeuses varient au gré de l'histoire et des milieux d'étude. Cherchant à étudier l'enfance et la jeunesse dans un cadre différent de celui qui était de vigueur au moment de la

⁷ Edward Palmer THOMPSON, "History from Below", *Times Literary Supplement*, 7 avril 1966, p. 279 – 80

⁸ Didier LETT, *Enfances, Eglise et familles dans l'occident chrétien entre le milieu du 12^e siècle et le début du 14^e siècle : perceptions, pratiques et rôles narratifs* (Thèse de doctorat en histoire), 1995, Paris, EHESS

⁹ Maurice CRUBELLIER, *L'enfance et la jeunesse dans la société française : 1800 – 1950*, Paris, A. Colin, 1979, 389 p.

parution de son ouvrage, l'auteur étudie ces individus en dehors du cadre scolaire. Il tend à donner une image plutôt négative de l'influence qu'exerce l'école sur les enfants et développe ainsi l'idée que ce lieu est « un pouvoir à conquérir ». Force est de reconnaître l'influence qu'ont exercé les autres acteurs des sciences humaines et sociales tels que Michel Foucault et son concept de « biopolitique » pour la première fois cité en 1974, ainsi que Guy Avanzini avec son ouvrage *Immobilisme et innovation dans l'éducation scolaire* publié en 1976^{10 11}.

Pour illustrer la montée de la considération de l'enfance il convient également de citer les travaux de la pédiatre et psychanalyste Françoise Dolto. *La cause des enfants*, véritable césure dans l'étude de l'enfance, met en avant les enfants en tant qu'individus à part entière, sujets d'une construction sociale complexe¹². Ces derniers ne sont plus seulement des êtres irrémédiablement mis en dessous des adultes du fait de leur dépendance, mais bel et bien dotés d'une conscience unique, de besoins et désirs propres. Bien que ses travaux en psychanalyse aient été importants dans la considération de l'enfance, c'est sa chronique quotidienne « Lorsque l'enfant paraît » sur France Inter qui permet à Françoise Dolto de vraiment développer l'intérêt du plus grand nombre pour les enfants. De 1976 à 1978, elle répond, aux côtés du journaliste Jacques Pradel, aux lettres que lui adressent des parents en difficulté face à l'éducation de leurs enfants. Si l'émission n'a duré que deux ans, le retentissement qu'elle a eu compense largement sa courte diffusion. En effet suite à cela, en 1990, paraissent aux éditions du Seuil trois volumes, homonymes de l'émission, reprenant les plus grandes questions posées à la psychanalyste.

Françoise Dolto donne ainsi la parole aux parents et aux enfants et fait considérer ces derniers comme des individus à part entière dès leur plus jeune âge. Il faut toutefois signaler que des psychologues et des psychanalystes ont remis en cause ses thèses concernant l'enfance. On peut notamment citer *Le Livre noir de la psychanalyse* de Jacques Van Rillaer¹³. Ce dernier affirme que Françoise Dolto suit la pensée de Sigmund Freud concernant le concept de « Sur-Moi ».

« Leur (en parlant des femmes) Sur-Moi est rudimentaire [...] "C'est parce qu'elle n'a pas de Sur-Moi - parce qu'elle en a moins - que la femme apparaît pleine de grâce", c'est-à-dire de présence. Remarquez comment l'enfant qui n'a pas de Sur-Moi est lui aussi plein de grâce. ¹⁴»

Le « Sur-Moi » des enfants, au même titre que celui des femmes, est moins développé que celui des hommes, ce qui leur conférerait une grâce naturelle. Sans pour autant crier à la subjectivité, il n'est guère possible d'ignorer le

¹⁰ Michel FOUCAULT, *La Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris, Seuil, 2004, 368 p.

¹¹ Guy AVANZINI, *Immobilisme et innovation dans l'éducation scolaire*, Paris, Privat, 1975, 318 p.

¹² Françoise DOLTO, *La cause des enfants*, Paris, Pocket, 1985, 393 p.

¹³ Catherine MEYER (Sous la direction de), Mikkel BORCH-JACOBSEN, Jean COTTRAUX, Didier PIEUX, Jacques VAN RILLAER, *Le Livre noir de la psychanalyse*, Paris, Éditions Les Arènes, 2005, 830 p.

¹⁴ Françoise DOLTO, *Psychanalyse et pédiatrie*, Paris, Seuil, 1971, 352 p.

fond de religiosité qui se dégage des propos de l'auteure, notamment avec le terme « grâce ». L'auteure a d'ailleurs toujours affirmé son adhésion à la foi catholique. Il n'en demeure pas moins que le travail de Françoise Dolto a grandement contribué à la meilleure considération de l'enfant en tant que personne unique.

3) Catherine Rollet et Jean-Noël Luc, figures de référence de l'histoire de l'enfance

Si Françoise Dolto fait figure de référence chez les psychologues et psychanalystes en ce qui concerne les problématiques liées à l'enfance, pour les historiens, la démographe Catherine Rollet fait l'unanimité. Spécialiste de l'histoire de la démographie et de la famille, auteure prolifique, elle brosse un large panel de thématiques liées à l'enfance et ce dès sa thèse sur *La politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e République*, dirigée par Alain Girard et soutenue en 1988¹⁵. En tant que démographe, elle a d'abord une approche quantitative de l'histoire de l'enfance. Bien qu'au fil des années, elle opère un basculement non négligeable vers l'histoire de la protection de l'enfance, qui sera plus amplement étudiée au cours de cette étude, elle est avant tout une spécialiste de l'histoire des populations. L'originalité du travail de Catherine Rollet se situe dans les sources qu'elle exploite. L'exemple le plus flagrant est son étude sur *Les carnets de santé des enfants* parue en 2008 aux éditions La Dispute. En effet, dans cet ouvrage l'auteure montre toute la richesse des carnets de santé. Comme elle l'explique, ces carnets, nés sous la III^e République, prennent des formes très diverses. Cela va de la simple fiche de mesures anthropométriques au livre à compléter avec la liste des jouets préférés de bébé, de ses premiers mots et même, pour les versions les plus récentes de ces carnets, un album photographique. De cette diversité Catherine Rollet parvient à lier histoire de l'enfance, histoire de la santé publique, histoire des femmes et histoire de la protection sociale.

L'ouvrage qu'elle a publié avec l'historienne Marie-France Morel, *Des bébés et des hommes : Traditions et modernité des soins aux tout-petits*, aborde une histoire des mentalités dont les frontières s'étendent au-delà de l'Europe occidentale¹⁶. Les auteures confrontent les idées reçues et pratiques des populations orientales et occidentales sur les soins aux enfants en bas âge. Les pratiques divergentes, voire, diamétralement opposées de ces populations sont mises au regard des prérogatives médicales largement diffusées en Europe de l'ouest. À propos de Marie-France Morel, il est important de préciser qu'elle a, en 1973, contribué

¹⁵ Pour ne citer que les plus connus : Catherine ROLLET, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e République*, Paris, Éditions de l'INED, PUF, 1990, 632 p. *Idem*, *Les enfants au XIX^e siècle*, Paris, Hachette Littératures, 2001, 265 p. *Idem*, *Les carnets de santé des enfants*, Paris, Éditions La Dispute, coll. Corps Santé Société, 2008, 299 p. Marie-France MOREL et Catherine ROLLET, *Des bébés et des hommes : Traditions et modernité des soins aux tout-petits*, Paris, Albin Michel, 2000, 385 p.

¹⁶ Marie-France MOREL et Catherine ROLLET, *Des bébés et des hommes : Traditions et modernité des soins aux tout-petits*, Paris, Albin Michel, 2000, 385 p.

Parallèlement aux travaux de Catherine Rollet spécialisés sur l'histoire de la santé des enfants, l'historien Jean-Noël Luc fait de l'histoire de la gendarmerie nationale et de l'histoire de l'éducation ses spécialités. Depuis 1998, il est professeur d'histoire contemporaine à l'Université Paris IV-Sorbonne. Il est l'auteur de deux thèses d'histoire, dont une soutenue en 1994 sous la direction d'Antoine Prost, *L'invention du jeune enfant au XIX^e siècle : de la salle d'asile à l'école maternelle (1826 – 1887)*. Dans sa thèse il explique que la petite enfance a pris une grande importance au cours du XIX^e siècle et que des institutions d'éducation ont vu le jour, passant de la simple garde d'enfant à la mise en place d'un programme éducatif pour les plus petits. Avant la publication de sa thèse, Jean-Noël Luc s'intéressait déjà à l'histoire de l'éducation des enfants. C'est notamment dans l'article « L'héritage des lumières dans l'éducation publique des jeunes enfants au XIX^e siècle » qu'est étudiée la question des inspirations du gouvernement français pour l'éducation publique des enfants¹⁷. Pour les philosophes des Lumières, les jeunes enfants peuvent acquérir de nombreuses connaissances dès lors qu'ils savent parler. Ainsi exhortent-ils les parents à ne pas négliger les quelques années qui séparent l'enfant de l'école dans l'éducation de ce dernier.

C'est alors la mise en lumière de cette période de l'enfance, quand l'enfant a entre deux et six ans, entre les premiers mots et l'apprentissage de la lecture et de l'écriture.

Catherine Rollet et Jean-Noël Luc sont, de loin, les spécialistes de l'enfance les plus prolifiques sur le sujet. Ils brassent, à eux deux, une grande partie de la période contemporaine et une large part de la population française et mondiale.

L'enfance c'est avant tout une période de la vie dont la prise en compte a été progressive au fil de l'histoire. Longtemps considéré comme un adulte miniature, l'enfant prend de plus en plus de place et d'importance au sein des sociétés occidentales contemporaines. L'enfant, bien qu'il soit dépendant de sa famille ou des institutions qui peuvent le recueillir, est éducatible dès le plus jeune âge. Qu'elles étudient l'enfant au sein de la famille, de l'école ou bien en tant qu'individu propre, ce n'est réellement qu'à partir des années 1970 que les sciences humaines et sociales définissent l'enfance.

¹⁷ Jean-Noël LUC, « L'héritage des lumières dans l'éducation publique des jeunes enfants au XIX^e siècle », in. Marie-Françoise LEVY (sous la direction de), *L'enfant, la famille et la Révolution française*, Paris, Plon, 1989, 492 p., p. 387 - 400

B. Une histoire des femmes

Après avoir défini l'enfance, l'historien doit s'intéresser à l'histoire des femmes. Ces dernières font partie intégrante de l'étude de la PMI, il faut alors s'attacher les étudier afin de comprendre l'évolution de la place qu'elles occupent dans la France contemporaine.

1) Femmes et mères : des entités indissociables ?

L'histoire des femmes peut être divisées en deux grandes parties. La première se développe dès le deuxième XIX^e siècle grâce au concours des socialistes et tend à perdurer jusqu'au début de la deuxième moitié du XX^e siècle. En France, l'historien Jules Michelet publie chez Hachette en 1859 une œuvre intitulée *La femme*. Dans cette œuvre transparaît clairement l'idée qu'une femme est avant tout une épouse et une mère, et que son rôle se cantonne très généralement à la sphère privée dans laquelle elle reste une éternelle mineure, passant de l'autorité de son père à celle de son mari. L'auteur intitule d'ailleurs le chapitre IV de son introduction : « La femme ne vit pas sans l'homme »¹⁸. Au XIX^e siècle il est difficile pour les femmes de vivre d'elles-mêmes. La société patriarcale de ce siècle incite très fortement les femmes à se marier et les destine à la maternité, comble de la félicité. Le rôle des femmes dans la société se cantonne alors à la procréation, à l'éducation des jeunes enfants et aux œuvres de bienfaisance. Le titre de l'ouvrage ne ment pas, c'est bel et bien une histoire de la femme, puisqu'au sens de l'auteur la femme n'a qu'un rôle.

Cette vision de l'histoire des femmes est restée en vigueur jusqu'aux années 1960, période durant laquelle des chercheurs et chercheuses entament l'étude de travaux sur les femmes en tant qu'individus à part entière, détachés de son référent masculin. C'est la naissance d'une histoire des femmes. La mise au pluriel du terme « femmes » exprime la multiplicité des rôles qu'endossent les femmes et leur singularisation, chaque femme est unique. L'historiographie passe d'une histoire de la femme, écrite par des hommes, à une histoire des femmes écrite par ses intéressées, tout en n'écartant pas les chercheurs. Peu à peu se dessinent également les contours d'une histoire militante aux multiples aspects, enfant des idées de libération de mai 1968.

Bien que l'étude de la PMI centre la réflexion sur les femmes en tant que mères, il n'est pas inutile de rappeler que ce service tend à aider les femmes, depuis 1945, dans la recherche d'un équilibre entre vie familiale et vie en

¹⁸ Jules MICHELET, *La femme*, Paris, Hachette, 1859, 389 p., [https://fr.wikisource.org/wiki/La_Femme_\(Michelet\)](https://fr.wikisource.org/wiki/La_Femme_(Michelet)), consulté le 29 avril 2019

société à travers le travail et la vie publique. Il est ainsi nécessaire de considérer l'importance de l'étude des femmes dans la seconde moitié du XX^e siècle afin d'appréhender l'évolution des pratiques liées à la parentalité.

2) La récente pluralité des questionnements

Au même titre que les enfants, les femmes, dont l'histoire a longtemps été passée sous silence, obtiennent la parole dans les années 1960 lors de l'émergence des *women's studies*. L'intérêt porté à cette histoire des femmes prend racines parmi les chercheurs États-Uniens, et ce notamment grâce à l'apport considérable des travaux de l'historienne Joan Wallach Scott. Influencés par le déconstructionnisme inhérent à la *French Theory*, ces études de genre déclenchent chez les historiens de nouveaux questionnements. Avec le thème du travail ouvrier des femmes, Joan Wallach Scott entame ses travaux. Le travail, symbole plébiscité de l'émancipation des femmes, porte les réflexions de la chercheuse vers le féminisme et la multiplicité des rôles tenus par les femmes dans les sociétés occidentales. Dans *Les femmes, le travail et la famille*, la réflexion est portée sur la progressive émancipation des femmes par le travail au cours des XIX^e et XX^e siècles en France et en Angleterre¹⁹. Se dégage ainsi l'idée que les femmes peuvent exister en société à travers leur emploi. De plus les auteures mettent en lumière le débat sur la conciliation de la vie familiale et du travail, encore d'actualité.

Parmi l'historiographie française, *L'Histoire des femmes en Occident*, ouvrage en cinq volumes, dirigé par Georges Duby, historien spécialiste de la représentation mentale et de la société d'ordre au Moyen Age, et Michelle Perrot, historienne spécialiste du mouvement ouvrier, des femmes et du féminisme à l'époque contemporaine, se présente comme une étude de l'évolution de la place des femmes de l'Antiquité jusqu'au XX^e siècle²⁰. Bien que la crainte d'un ouvrage dédié aux grandes personnalités féminines ait été évoqué, cette étude se consacre aux femmes dans leur diversité. Les auteurs étudient l'histoire des femmes, rythmée par les grands jalons chronologiques des cinq époques choisies, à travers des questionnements variés. Le choix de Georges Duby et Michelle Perrot de faire appel à de nombreux historiens pour la rédaction de ce considérable ouvrage permet non seulement de multiplier les approches thématiques, mais également de garantir l'exactitude des informations en confiant les articles à des spécialistes des

¹⁹ Louise A. TILLY, Joan WALLACH SCOTT, *Les femmes, le travail et la famille*, Paris, Rivages, 1987, 389 p. Ouvrage traduit de l'anglais en 1987 mais originellement publié dans sa langue d'origine en 1978. Cette étude, initiée en 1975, fait écho à une demande du mouvement féministe de « mettre fin à l'invisibilité et à la marginalité des femmes », tel que cela a été expliqué dans l'ouvrage.

²⁰ Georges DUBY, Michelle PERROT, *Histoire des femmes en Occident, 5 vol., I : L'Antiquité* (sous la direction de Pauline SCHMITT PANTEL), 736 p., II : *Le Moyen Age* (sous la direction de Christiane KLAPISCH-ZUBER), 704 p., III : *XVI^e - XVIII^e siècle* (sous la direction de Arlette FARGE et Nathalie ZEMON DAVIS), 672 p., IV : *XIX^e siècle* (sous la direction de Geneviève FRAISSE et MICHELLE PERROT), 768 p., V : *Le XX^e siècle* (sous la direction de Françoise THÉBAUD), 896 p., Paris, Perrin, coll. Tempus, 2002 (1990-1991). Dans le cadre de notre étude sur la PMI, nous nous intéressons surtout au cinquième volume consacré au XX^e siècle.

périodes concernées. Chaque volume permet de mettre en évidence les particularités de chaque époque et des sociétés qui en ont été le théâtre. Ainsi les femmes endossent une infinité de rôles et sont de véritables actrices de l'histoire. Le cinquième volume, consacré au XX^e siècle, retrace la montée du féminisme et met en lumière la genèse de la place des femmes d'aujourd'hui.

Avec les *women's studies*, l'apport des femmes dans l'histoire a été reconsidéré. Plus seulement vues comme des mères, les femmes passent des spectatrices à actrices de l'histoire. Aujourd'hui cet axe d'étude est notamment exploité par les chercheurs de l'Université d'Angers. La Bibliothèque Universitaire de Belle Beille à Angers accueille également le Centre des Archives du Féminisme.

C. Une histoire des corps

Les missions principales de la PMI consistent, entre autres, en la mise en place et au fonctionnement de consultations de médecine préventive et d'actions médico-sociales auprès des jeunes enfants et de leur famille, de contrôle des établissements de la petite enfance et de la planification familiale. Ainsi l'étude de l'histoire du corps et de la sexualité est nécessaire à la compréhension des missions assurées par la PMI.

1) Le XX^e siècle : médicalisation et fabrique des corps

Dans l'étude de l'histoire du corps, un nom vient naturellement. C'est celui de Georges Vigarello, chercheur spécialiste de l'histoire de la santé, des pratiques corporelles et des représentations du corps. Grâce à sa formation en éducation physique et en philosophie, il pense le corps. À travers nombre de ses ouvrages, le corps est décliné et disséqué au regard des normes sociétales. Que cela soit avec le corps sportif, le corps agressé, le corps entretenu ou encore la monstration du corps, Georges Vigarello démontre que l'on peut décliner les thèmes et les regards pour étudier le sujet²¹. À plusieurs reprises, il a codirigé des ouvrages sur le corps avec Alain Corbin, historien du sensible, et Jean-Jacques Courtine, spécialiste d'anthropologie linguistique et auteur de la thèse dirigée par Michel Arrivé, *Corps et discours : éléments d'histoire des pratiques langagières et expressives*, soutenue en 1989. Entreprise par ces trois chercheurs, *l'histoire du corps*, en trois volumes découpés par périodes, retrace l'évolution du regard et des

²¹ Liste non-exhaustive des ouvrages de Georges VIGARELLO : *Le corps redressé*, Paris, Éditions Jean-Pierre Delarge, 1978, 448 p., *Passion sport : histoire d'une culture*, Paris, Éditions Textuel, 1999, 191 p., *Histoire de la beauté : Le corps et l'art d'embellir de la Renaissance à nos jours*, Paris, Éditions du Seuil, coll. « Histoire de la France politique », 2004, 320 p., *La Silhouette, du XVIII^e siècle à nos jours : naissance d'un défi*, Paris, Éditions du Seuil, coll. « Albums », 2012, 157 p.

pratiques liés au corps et notamment les mutations du regard au XX^e siècle²². La première partie de cet ouvrage, « L'organisme et les savoirs », propose d'étudier « le corps face à la médecine », une partie confiée à Anne-Marie Moulin, médecin, philosophe et directrice de recherche émérite au laboratoire SPHère du CNRS²³. Le corps, au XX^e siècle, tend à devenir le laboratoire de la médecine occidentale à travers des acteurs de la santé publique, comme la PMI. La mise en place de règles, tacites ou non, par les spécialistes de la médecine moderne conditionne les corps :

« L'histoire du corps au XX^e siècle est celle d'une médicalisation sans équivalent. Avec une prise en charge et un encadrement des actes ordinaires de la vie dépassant ce qui avait été imaginable auparavant, la médecine dite occidentale est devenue non seulement le principal recours en cas de maladie, mais un guide de vie concurrençant les directions de conscience traditionnelles. Elle édicte des règles de conduite, censure les plaisirs, enserre le quotidien dans un filet de recommandations. Sa justification réside dans le progrès de ses connaissances sur le fonctionnement de l'organisme et la victoire sans précédent qu'elle revendique sur les maladies, dont témoignerait l'accroissement de la longévité.²⁴ »

La médecine façonne les corps à travers les normes qu'elle édicte et l'accaparement des gestes quotidiens, des gestes de la vie : l'alimentation, le sommeil et même la sexualité.

2) Contrôler la sexualité

La PMI, à la fois garante de la médecine préventive et de la protection auprès des jeunes enfants, voit ses missions aller jusqu'au financement, total ou partiel, des centres de planification et d'éducation familiale avec obligation de regard sur les actions de ces centres. L'histoire des sexualités fait, dès lors, partie intégrante de l'histoire de la PMI.

L'histoire des sexualités en France, longtemps étudiée à travers le prisme de la religion, commence à aborder la question du contrôle étatique à partir des années 1970, dans un contexte sociétal de « révolution sexuelle ²⁵ ». Le néomalthusianisme et les interdits moraux laissent place à l'étude du planning familial, de la communauté LGBTQIA+,

²² Alain CORBIN, Jean-Jacques COURTINE, Georges VIGARELLO, *Histoire du corps, vol. 3 Les mutations du regard. Le XX^e siècle* (sous la direction de Jean-Jacques COURTINE), Paris, Éditions du Seuil, 2006, 522 p.

²³ Le laboratoire SPHère, acronyme de Sciences, philosophie, histoire, a été créé en 2009 en réunissant deux unités préexistantes : le CHSPAM (Centre d'Histoire des Sciences et des Philosophies Arabes et Médiévales, ancienne) et le REHSEIS (Recherches Épistémologiques et Historiques sur les Sciences Exactes et les Institutions Scientifiques, ancienne). Un des axes de recherches principaux du laboratoire SPHère est l'histoire des sciences.

²⁴ Alain CORBIN, Jean-Jacques COURTINE, Georges VIGARELLO, *Histoire du corps, vol. 3 Les mutations du regard. Le XX^e siècle* (sous la direction de Jean-Jacques COURTINE), Paris, Éditions du Seuil, 2006, p. 15

²⁵ Le syntagme-clé « révolution sexuelle » a été utilisé pour la première fois par Wilhelm REICH dans son ouvrage homonyme *La Révolution sexuelle* paru en 1968 en France. Par la suite ce terme a été démocratisé et est utilisé couramment, même pour parler d'époque antérieures à 1968.

de la libération sexuelle, du plaisir et des pratiques sexuelles dites déviantes²⁶. Dans *Une histoire des sexualités*, un récent ouvrage rédigé sous la direction de Sylvie Steinberg, l'accent est mis sur la pluralité des sexualités²⁷. Depuis l'Antiquité jusqu'au XXI^e siècle, les formes de la sexualité sont présentées comme diverses, imprégnant de nombreuses situations tels que la prostitution, l'adultère ou encore le mariage. Les pratiques sexuelles ne sont pas toutes tolérées selon l'époque et le milieu. Ainsi dans *Une histoire des sexualités*, les sexualités sont expliquées, distinguées et remises en contexte. Cela étant clarifié, il est plus aisé de comprendre pourquoi la PMI délivre des certificats prénuptiaux. Il en va de même pour la compréhension de l'évolution des missions et approches des CPEF. *Une histoire des sexualités* s'inscrit dans les *gender studies* de plus en plus pratiquées par les spécialistes en sciences sociales en parallèle de la montée d'une histoire teintée de militantisme.

Pour l'État français, contrôler la sexualité c'est une manière d'avoir la main mise sur la natalité et ainsi d'appréhender la démographie à moyen terme. Cette volonté est clairement observable dans les missions des CPEF, telles qu'elles sont décrites par Emmanuelle Piet, médecin de la PMI de Bobigny, dans son article « Protection maternelle et infantile, centres de planification : santé sexuelle et modalités d'intervention »²⁸. Est décrite comme première mission « la prévention des grossesses non désirées », c'est-à-dire l'information et la prescription de moyens de contraception²⁹. La mise à disposition des moyens de contraception à la population par l'État montre toute l'étendue de son pouvoir sur la natalité.

3) « Le gouvernement des grossesses ³⁰»

« C'est à la fois au nom de son propre « bien-être », de la santé de l'enfant en gestation et de l'ouverture de droits sociaux spécifiques que la femme enceinte est invitée par l'assurance maladie et les caisses d'allocations familiales à déclarer sa grossesse dans les quatorze premières semaines et à se prêter à une série d'examen cliniques et biologiques. Ainsi rythmée par un agenda rigoureux, la grossesse se déroule selon un savant mélange de contraintes extérieures et d'autocontrôle. L'histoire longue de la protection sanitaire

²⁶ Le néomalthusianisme est l'actualisation de la thèse de Thomas MALTHUS (1766 – 1834) selon laquelle il faut limiter la natalité en fonction des ressources de la Terre et de la vitesse de la production alimentaire. Il tend à démontrer qu'il y a un équilibre à atteindre entre population et ressources disponibles. S'ajoute à la thèse initiale de Thomas MALTHUS, les idées des libertaires néomalthusiens selon lesquelles il faut arrêter d'enrichir le marché de l'armée avec de la chair à canon dont se servent les bourgeois, ainsi que d'autres marchés allant contre les droits humains, comme la prostitution.

²⁷ Christine BARD, Sandra BOEHRINGER, Gabrielle HOUBRE, Didier LETT, Sylvie STEINBERG (sous la direction de), *Une histoire des sexualités*, Paris, PUF, 2018, 518 p.

²⁸ Emmanuelle PIET, « Protection maternelle et infantile, centres de planification : santé sexuelle et modalités d'intervention », *La santé en action*, décembre 2016, n°438, p. 24 – 26

²⁹ *Ibid.*, p. 25

³⁰ Fabrice CAHEN, « Le gouvernement des grossesses en France (1920 – 1970) », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2014, vol. 1, n°7, p. 34 – 57.

des mères et des enfants apparaît, derrière ces procédures administratives et médicales, dans son double visage : d'un côté, l'effort collectif ayant permis la réduction considérable de la mortalité maternelle et infantile au cours de l'époque contemporaine, de l'autre (selon un regard plus critique inspiré notamment des thèses de Michel Foucault), la progressive montée en puissance de l'État biopolitique et de ses normes intrusives.³¹ »

Fabrice Cahen, historien des politiques de reproduction et de population à l'époque contemporaine, est chargé de recherches à l'Institut national d'études démographiques. Il est également membre du collectif ESOPP (Études sociales et politiques des populations, de la protection sociale et de la santé) de l'EHESS. Le travail qu'il a présenté dans « le gouvernement des grossesses » est ce qui se rapproche le plus de la conception qu'il convient de se faire pour étudier les services de PMI. Ces derniers s'inscrivent indéniablement dans la large problématique que l'auteur développe à la fin de l'extrait. En effet, PMI et politiques étatiques de protection sanitaire et sociale sont articulées en développant les grands axes législatifs ayant donné à la PMI ses formes et fonctions actuelles. Les organismes de protection et prévention sanitaires et sociales sont mis en parallèle avec les organismes d'aide financière et matérielle telle que la CAF. Ressortent alors les difficultés auxquelles fait face l'État français tout au long du XX^e siècle pour mettre en application les prérogatives qu'il déploie à travers ces services.

Au XX^e siècle l'État s'empare des corps en élargissant son champ d'action, d'une part, par la législation, et d'autre part, par l'extrême médicalisation des gestes de la vie quotidienne. La sexualité, déjà surveillée (et entravée ?) au cours de l'histoire par la forte présence de l'Église, passe sous l'œil vigilant de l'État. De ce fait, un véritable « gouvernement des grossesses » est déployé, preuve de « l'emprise d'un système biopolitique sur les populations concernées³²»

Pour étudier l'histoire de la PMI, il est essentiel d'en comprendre les cibles. Les enfants, les femmes et les mères, et enfin les corps jeunes sujets d'études dans l'historiographie, obtiennent que l'histoire leur donne la parole à travers des études de plus en plus fournies. Dès lors il est possible d'appréhender les enjeux étatiques dont les sujets présentés en première partie font l'objet. Ainsi de les lier avec les politiques de protection sanitaire et sociale afin d'en démontrer le caractère à la fois bénéfique et intrusif, digne de la biopolitique de Michel Foucault.

³¹ *Ibid.*, p. 37

³² *Ibid.*, p. 57

II. Lier les enjeux étatiques et la protection sociale

A. Légiférer pour mieux régner

1) Les droits des enfants

Dès lors que les historiens se sont emparés de l'histoire de l'enfance, la question du droit s'est posée, en lien avec la déclaration des droits de l'enfant de 1959, et par la suite, avec la Convention internationale des droits de l'enfant de 1989³³. Les valeurs universalistes de la PMI, largement affichées dès sa création, sont directement inspirées du droit des enfants, avant même 1959. Pour cette étude cela concerne notamment le droit de la santé et le droit à la santé pour les enfants. Dans *Droits des enfants au XX^e siècle – Pour une histoire transnationale*, l'historien spécialiste de l'enfance dans l'espace transnationale et de l'humanitaire Yves Denéchère présente en introduction les grandes lignes de la chronologie du droit des enfants au XX^e siècle³⁴. Ce topique, bien qu'il ait été travaillé à travers le prisme de la juridiction, – En témoigne les travaux de l'historien David Niget sur la justice des mineurs – reste faiblement étudié sur nombre d'aspects³⁵. Cet ouvrage collectif vient compléter l'historiographie du droit des enfants en traitant du caractère transnational du sujet, mais également de la parentalité. L'article contributif de la sociologue Jessica Pothet, « Le soutien à la parentalité au prisme de l'« intérêt de l'enfant » en France » approche la manière dont l'État instrumentalise les parents :

« Cette « montée en charge » du parent se justifie notamment en référence à l'« intérêt de l'enfant », voire à l'« intérêt supérieur de l'enfant ». Procède ensuite de cet appel à la parentalité, la nécessité de mieux outiller le parent, de le réassurer, voire de la réarmer ; telle est la déclinaison des ambitions affichées par les politiques de soutien à la parentalité. ³⁶»

³³ La déclaration des droits de l'enfant a été adoptée à l'unanimité le 20 novembre 1959 par l'Assemblée générale des Nations Unies. Trente ans plus tard, le 20 novembre 1989, la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) est adoptée à son tour. La CIDE a valeur de socle pour le droit des mineurs. Au même titre que les droits de l'Homme, elle véhicule l'idée que tous les enfants sont égaux et qu'ils doivent être traités avec dignité, sans distinction de sexe, race, nationalité, religion, etc.

³⁴ Yves DENÉCHÈRE (sous la direction de), David NIGET (sous la direction de), *Droits des enfants au XX^e siècle – Pour une histoire transnationale*, Rennes, PUR, Col. Histoire, 2015, 210 p.

³⁵ Entre autres publications : David NIGET, *La naissance du tribunal pour enfants. Une comparaison France-Québec, 1912 – 1945*, Rennes, PUR, col. Histoire, 2009, 418 p.

³⁶ Jessica POTHET, « Le soutien à la parentalité au prisme de l'« intérêt de l'enfant » en France », in. Yves DENÉCHÈRE (sous la direction de), David NIGET (sous la direction de), *Droits des enfants au XX^e siècle – Pour une histoire transnationale*, Rennes, PUR, Col. Histoire, 2015, 210 p. p. 131 – 139.

L'enfant est défini par des données biologiques, mais également par sa dépendance. Ainsi le droit vient protéger les enfants, êtres qui par nature, sont vulnérables. L'État, garant de la sécurité des enfants, identifie les parents comme des acteurs de terrain. L'instrumentalisation de la parentalité pour la protection des enfants se retrouve à l'échelle de la PMI. Le parent est acteur de la santé de son enfant, c'est pour lui un devoir au regard de la loi, et ce, depuis la loi du 24 juillet 1889 sur la protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés. Cette date, clé dans l'histoire de la protection de l'enfance, marque les prémices d'une réflexion juridique vis-à-vis des droits des enfants et les premières tentatives d'usurpation du pouvoir paternel par l'État français. L'État a un droit de regard sur la manière dont le père exerce son autorité. Cette dernière doit impérativement servir les intérêts de l'enfant et de la société, surtout dans les milieux considérés comme marginaux. C'est le début de la déchéance paternelle au profit de l'État-providence.

2) Protection sociale et émergence de l'État-providence en France

Dès la fin du XIX^e siècle, l'État français commence à déployer des politiques sociales, prémices de l'État-providence. Pierre Guillaume, historien spécialiste de l'histoire sociale en France, au Canada et en Afrique, professeur à l'Institut d'études politiques à Bordeaux, date l'entrée de la France dans le vaste mouvement étatico-providentiel en 1898³⁷. La loi de 1898 oblige les patrons à indemniser les accidentés du travail, démocratisant un système ouvrier déjà existant, à savoir de cotisation de chaque ouvrier à une caisse commune, non gérée par les patrons. À partir de ce point d'ancrage, de multiples politiques d'aide sociale voient le jour, véritable fer de lance d'un État de plus en plus présent sur le terrain de la protection sociale. La loi de 1910 sur l'assurance vieillesse ouvrière et paysanne, bien que limitée par les fustigations parlementaires, sert de modèle, avec le modèle bismarckien, aux assurances sociales d'avril 1930. Enfin vint le Code de la famille et de la natalité française du 29 juillet 1939. Les intentions de l'État sont claires, mettre en avant la famille et rehausser la natalité en France par la multiplication des aides sociales. Ces prérogatives mettent définitivement de côté la responsabilité individuelle et la remplace par les risques. Sont visées les populations et situations qui présentent des risques plus importants vis-à-vis de la santé et des conditions de vie de manière générale. Cela concerne, encore aujourd'hui, les personnes âgées, les femmes enceintes, les chômeurs, les accidentés du travail et les malades.

Outre les contributions de Pierre Guillaume à l'histoire de l'État-providence, celles du politologue François-Xavier Merrien et du sociologue et économiste Danois Gösta Esping-Andersen se sont imposées dans les années 1980, en

³⁷ Pierre GUILLAUME, « Naissance de l'État-providence », *Revue économique*, vol. 51, n°2, 2000, p. 371 - 384

réponse à la crise du *Welfare State* qui prend racine dans les années 1970³⁸. Théorisée par Pierre Rosanvallon dans *La crise de l'État-providence*, elle comporte trois volets : une crise financière, une crise d'efficacité et une crise de légitimité, faisant de ce bouleversement, une triple crise³⁹. L'État-providence est aujourd'hui de plus en plus travaillée par les historiens à travers le prisme des *gender studies* et de l'histoire du féminisme, bien que la visibilité de ces études soit restreinte comme l'explique l'historienne Yolande Cohen :

« Le débat qui ces dernières années a permis un des croisements les plus fructueux entre la recherche féministe centrée sur les politiques sociales et les théories plus contemporaines de l'état-providence reste relativement méconnu en France. ⁴⁰»

Ce sont surtout les chercheurs en sciences politiques américains qui se sont emparés de la question. Néanmoins, les recherches actuelles sur ces topiques permettent, d'une part, de donner une dimension genrée à l'étude de la PMI, et d'autre part, d'approcher l'histoire des institutions de protection sociale.

3) Histoire des institutions, entre local et national

Directement en lien avec l'histoire de la protection sociale, les institutions se doivent d'être étudiées. Seulement, force est de constater que dans ce domaine l'histoire est assez pauvre. Il se trouve que peu d'historiens ont engendré de grands travaux sur les institutions de protection sociale. À ce jour, aucun ouvrage de référence n'a été écrit par un historien.

Pour faire une étude de la PMI, il convient à l'historien de s'intéresser aux institutions qui concernent la famille et l'enfant. Ce sont la Sécurité sociale, la CAF, les cabinets médicaux conventionnés, les CPEF, etc. Cependant, au lieu de simplement faire un état des études sur ces institutions, ce qui reviendrait à faire une liste aucunement pertinente, il est plus judicieux de s'intéresser aux échelles sur lesquelles elles se situent.

³⁸ François-Xavier MERRIEN et Gösta ESPING-ANDERSEN ont chacun mené séparément des études sur le *Welfare State*. En 1999, François-Xavier MERRIEN traduit et fait connaître l'œuvre de Gösta ESPING-ANDERSEN, *Les Trois Mondes de l'État-providence : essai sur le capitalisme moderne*, alors publiée chez PUF. Cette initiative a été saluée par la communauté historique française. Cependant, le sociologue Louis-André VALLET conseille dans la critique qu'il a fait de l'ouvrage, publiée dans la *Revue française de sociologie* en avril 2002, de lire la version originale qui, d'après lui, est plus complète et permet de mieux comprendre les théories développées par l'auteur.

³⁹ Pierre ROSANVALLON, *La crise de l'État-providence*, Paris, Éditions du Seuil, Col. Points. Essais, 1992 (1981), 183 p.

⁴⁰ Yolande COHEN, « Citoyenneté sociale et maternalisme d'État : le genre des politiques sociales », *Revue d'histoire de la protection sociale*, vol. 1, n°1, 2008, p. 95 – 111.

Une des grandes décisions qui jalonnent l'histoire de la PMI est la loi de décentralisation du 22 juillet 1983 sur la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État. Dans *La protection sociale en France*, Bernard Delhoume, directeur territorial au Conseil général du Gard et maître de conférences associé à l'Institut de préparation à l'administration générale de l'Université de Montpellier, fait état de la navigation des pouvoirs de l'action sociale entre les échelles⁴¹. En effet, tout en montrant que le département est une unité de fonctionnement importante de l'action sociale, l'auteur retrace à travers la législation la décentralisation d'une grande partie l'aide sociale en France. Les actions menées par le département, comme le fonctionnement et la gestion de la PMI, sont globalement décrites. Puis l'auteur consacre toute une partie de son propos aux structures de l'aide et de l'action sociales. Sont passés en revue les échelons qui sont divisés entre l'État et les collectivités territoriales (les conseils départementaux et les communes) et leur évolution.

L'histoire des institutions sociales reste cependant jeune et très incomplète. Un grand manque se fait sentir, notamment du côté des historiens. Au sein même des sciences humaines et sociales, les études sont presque intégralement dirigées par des sociologues, des spécialistes des sciences économiques et sociales ou bien plus concrètement par des professionnels émanant des institutions de protection sociale. Bien que cela soit de l'histoire institutionnelle, il s'agit également d'histoire sociale, notamment l'histoire des marges. Bien que le système de protection sociale se veuille universaliste en France, nombre de ses missions sont dirigées vers les populations marginales, dites à risques. Cette histoire reste alors celle des marges pour une grande part, une histoire qui gagnerait à être étudiée. La PMI ne fait d'ailleurs pas exception. C'est donc dans cette lignée que s'inscrit cette étude. Il ressort néanmoins des ouvrages sur la question que les institutions de protection sociale sont très majoritairement détenues par l'État. Les mouvements associatifs ont nettement reculé ou sont bridés au profit du gouvernement français. Ainsi il serait judicieux de se demander si la protection déployée par l'État est si innocente qu'elle souhaite le paraître ?

⁴¹ Bernard DELHOUME, « Le département, généraliste de l'aide sociale », in. Marc DE MONTALEMBERT (sous la direction de), *La protection sociale en France*, Paris, Éditions La Documentation Française, coll. Les notices, 2013 (1953), 352 p., p. 81 - 95

B. Une innocente protection ?

1) Les populations défavorisées, cibles des politiques de santé

Malgré la volonté universaliste affichée par l'État français, il n'en demeure pas moins que les actions sanitaires et sociales sont davantage tournées vers les populations considérées comme défavorisées. En témoigne Pierre Guillaume, dans « Naissance de l'État providence » :

« Quant à la France, elle s'attache, à partir de 1913, dans une logique nataliste, à couvrir le « risque » maternité. Il est difficile de dissocier ces mesures de celles qui tendent à la prise en compte de besoins auxquels les classes populaires ne peuvent faire face sans aide, avant tout celui du logement. ⁴²»

L'année 1913 n'est pas anodine. Elle fait directement référence à la loi du sénateur Paul Strauss du 17 juin 1913, accordant aux femmes enceintes, en plus d'un congé facultatif, salariées une indemnisation partielle en cas de congé. Cela fait directement suite à la loi Engrand du 27 novembre 1909 qui spécifie que la prise d'un congé pré et post partum de huit semaines maxima n'est pas un motif valable de renvoi par les employeurs. De toute évidence, cette loi vient protéger, juridiquement et matériellement, les femmes salariées qui font partie, de fait, des classes défavorisées. En sommes, des ouvrières. Inutile de rappeler qu'en 1909, la majorité des femmes des classes aisées ne travaillent pas. Étudiées par Catherine Rollet dans *La politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e République*, ces lois font partie d'un ensemble de prérogatives hygiénistes, déployées dès le début de la III^e, visant à rehausser la natalité avec des individus sains, donnant naissance, dès lors, à des enfants en bonne santé⁴³.

Cependant, reste à étudier l'évolution de ce ciblage des populations dites défavorisées. Jusqu'à présent les auteurs cités font référence à des populations ayant vécu à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle. Lorsqu'elle se penche sur le second XX^e et le XXI^e siècle, l'historiographie révèle que ce risque demeure notable. Pour le cas de la PMI, il s'agit d'une inquiétude réelle, comme l'explique Marie-Laure Cadart dans « L'enfant et la PMI, d'hier à aujourd'hui – Entre médical, social et politique »⁴⁴ :

⁴² Pierre GUILLAUME, « Naissance de l'État-providence », *op. cit.*, p. 372

⁴³ Catherine ROLLET, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e République*, Paris, Éditions de l'INED, PUF, 1990, 632 p.

⁴⁴ Marie-Laure CADART, « L'enfant et la PMI d'hier à aujourd'hui - Entre médical, social et politique », *Informations Sociales*, 2007, v. 4, n°140, p. 52 – 63

« Un des premiers risques est de voir basculer la PMI du côté d'une médecine pour les pauvres, ceux qui sont trop facilement stigmatisés comme « potentiellement dangereux ». La recherche de l'efficacité immédiate et reproductible pour le plus grand nombre, avec des mesures de dépistage et d'accompagnement « standardisées », elle aussi risquée. ⁴⁵»

À travers des institutions de protection médicale et sociale, l'État français cherche à étendre davantage encore sa surveillance sur les populations défavorisées, souvent perçues comme dangereuses. Contrôler les corps devient un enjeu majeur des sociétés occidentales dès la fin du XIX^e siècle.

2) La biopolitique

Quand le contrôle des corps par l'État est évoqué en histoire, le concept de biopolitique, théorisé par le philosophe Michel Foucault n'est jamais loin. En effet, comment dissocier ce concept des missions qu'incarne la PMI ? Michel Foucault est un des instigateurs phare de la *French theory* dont il a déjà été touché mot précédemment dans cette étude. Spécialisé dans l'étude des marges, il s'intéresse tour à tour à la psychiatrie, à l'emprisonnement et à la gestion des corps. Pour les historiens, Michel Foucault reste une référence sur de nombreux sujets, et ce, grâce à sa mise en pratique de l'analyse historique, discipline qu'il considérait comme particulièrement intéressante par sa rigueur et sa scientificité. De ce fait, nombre de ses travaux peuvent être considérés comme faisant partie de la discipline historique, telle que son *Histoire de la folie à l'âge classique*⁴⁶.

Cependant, c'est la théorisation du concept de biopolitique qui fait de Michel Foucault un auteur indispensable pour l'étude de la PMI. C'est entre 1978 et 1979 qu'il développe, au Collège de France, un cours intitulé *Naissance de la biopolitique*, par la suite publié en 2004⁴⁷. À travers ce concept, c'est l'idée d'une prise de pouvoir institutionnel sur les individus qui transparait. Ce serait au XVIII^e siècle que les états d'Europe occidentale passeraient d'un gouvernement des territoires à un gouvernement des populations. Il invoque la réflexion interne engagée durant ce siècle sur les limites de la gouvernementalité, c'est ce que Michel Foucault appelle « La critique interne de la raison gouvernementale ». L'auteur préfère, dans un souci de précision, parler de gouvernementalité plutôt que d'État. De fait l'État n'est pas la seule institution à gouverner les populations sur un même territoire. Le terme gouvernementalité permet d'englober non seulement les structures de pouvoir autres que celles de l'État, mais également les ruptures historiques, les populations pouvant développer un rejet de l'État ou d'un système de ce

⁴⁵ *Ibid.*, p. 61

⁴⁶ Michel FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Éditions Gallimard, 1972, 613p. Avant d'être publiée chez Gallimard, cette étude était le sujet de thèse de Michel Foucault initialement intitulée *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*. L'auteur a préféré abandonner le titre au profit du sous-titre, plus clair.

⁴⁷ Michel FOUCAULT, *Cours au Collège de France. 1978 – 1979. Naissance de la biopolitique*, Paris, Gallimard, 2004, 355 p.

dernier sans pour autant ne plus être gouvernées. La biopolitique navigue constamment entre le pouvoir des institutions et les libertés et indépendances individuelles. Chacune de ces deux sphères voyant un intérêt à profiter de ce que l'autre peut offrir, c'est finalement l'échange d'une protection contre une rentabilité. Au XX^e siècle, avec le néo-libéralisme, le gouvernement procède à un basculement vers l'économisation du social, basé sur la concurrence. Émerge alors ce que l'auteur nomme l'*Homo œconomicus*. Cet individu économique possède un capital qui peut être exploité et devient ainsi gouvernable. Cependant, Michel Foucault ne réduit l'humain à un simple objet gouvernable, faisant de l'État le dominateur par excellence. Il n'oublie pas de mentionner que l'individu a conscience de ses libertés individuelles et qu'il n'hésite pas à les confronter aux exigences des gouvernements. La méthode critique et la contextualisation qu'il a déployé pour étudier la naissance de la biopolitique permettent de ne pas tomber de la subjectivité et ainsi de décrire efficacement les modes de gouvernementalité. La biopolitique de Michel Foucault est, de fait, essentielle au développement d'une étude sur la PMI.

C. L'écriture du concret

1) L'apport des professionnels de la santé dans l'historiographie

Si jusqu'ici la majorité des chercheurs présentés pour cette étude étaient des historiens, il ne faut pas négliger l'apport des professionnels de la santé dans l'écriture de l'histoire de la PMI. Bien que non historiens, leur savoir, déployés à travers de nombreux articles, est précieux pour tous ceux qui veulent comprendre comment fonctionne la PMI⁴⁸. Quelles sont les difficultés auxquelles est confronté ce service d'État ? Quelles sont les initiatives portées et mises en place au-delà même de celles préconisées par la loi ? Il serait possible, pour un historien, de répondre à ces questions en utilisant des sources orales. Cependant, le regard qu'apporte les professionnels de la santé à travers des articles est tout aussi éclairant. De plus, il est important pour contrer la tendance des chercheurs en histoire contemporaine à s'appropriier leur sujet d'étude et à en négliger leurs acteurs, encore de ce monde.

Pourtant, ces acteurs contribuent nettement à constituer l'histoire de la PMI, en témoigne le récent ouvrage d'Elia Djaoui, psychosociologue et membre du CIRFIP, et Françoise Corvazier, médecin de PMI spécialisée en santé

⁴⁸ Certains de ces articles ont d'ores et déjà été cités dans les parties précédentes. Cela comporte : Marie-Laure CADART, « L'enfant et la PMI d'hier à aujourd'hui - Entre médical, social et politique », *Informations Sociales*, 2007, v. 4, n°140, p. 52 – 63, Emmanuelle PIET, « Protection maternelle et infantile, centres de planification : santé sexuelle et modalités d'intervention », *La santé en action*, décembre 2016, n°438, p. 24 – 26

publique et psychanalyste, *L'institution PMI – Entre clinique du sujet et politique publique*^{49 50}. Il s'agit ici du premier ouvrage mettant la PMI au centre de la réflexion. Divisé en cinq parties, l'ouvrage aborde en premier lieu le contexte de création de la PMI et les grands piliers législatifs de son histoire. Outre cette présentation historique, l'intégralité de l'ouvrage brosse le portrait actuel de l'institution et les grands enjeux auxquels elle fait face. Le contexte est bien abordé, s'appuyant sur des spécialistes de l'histoire de l'enfance, reconnus par la communauté historique universitaire, comme Catherine Rollet et Phillippe Ariès. La place qu'occupent l'enfant et les parents, que cela soit au regard de l'État, de la législation ou encore de la société, à la création de la PMI et la place qu'ils occupent désormais sont mises en parallèle, mettant en relief les différences de considération. Mais le but premier de cette étude est clairement expliqué par les auteurs dans l'introduction :

« Cet ouvrage veut proposer quelques éléments d'analyse de cette institution actuellement en pleines interrogations. L'objectif premier est une tentative, sans doute ambitieuse, de « mise à plat ». On souhaite, pour reprendre un vocabulaire couru, participer à un travail de déconstruction. Ce projet cherche à révéler certains implicites à l'œuvre dans tout fonctionnement d'institution, à amener au grand jour les non-dits, le nié voire le dénié, le non-reconnu, ce que Chauvière (2000) nomme le non-pensé et le difficile à penser. Ce projet s'inscrit dans la lignée des travaux en sociologie et en psychosociologie des organisations (Djaoui, 2002), qui ont bien montré que les logiques soutenant les activités des services sont déterminées par un certain nombre de facteurs qui échappent à la conscience des acteurs.⁵¹»

Cet état des lieux, loin d'être un ouvrage historique, aide cependant l'historien à comprendre la situation de la PMI dans la deuxième décennie du XXI^e siècle. Cet apport, qu'on ne peut ni considérer comme de l'historiographie, ni comme une source, se révèle être un outil de recherche pour les historiens. C'est à la fois un puit d'informations et un indicateur de pistes à suivre pour écrire l'histoire de la PMI.

2) Et l'histoire de la PMI ?

En tant que telle, l'histoire de la PMI n'a encore jamais été écrite. Bien que son contexte d'apparition soit largement connu, en témoigne les articles publiés par les professionnels de la santé qui décrivent presque tous l'émergence de ce service, les missions, enjeux et déploiements sur les territoires n'ont, à ce jour, par été analysés

⁴⁹ Le CIRFIP est le Centre international de recherche, formation et intervention en psychosociologie. Cette association a été fondée en 1993 afin d'étudier les dynamiques sociales entre les groupes et les organisations par une approche transdisciplinaire.

⁵⁰ Françoise CORVAZIER, Elian DJAOUI, *L'institution PMI – Entre clinique du sujet et politique publique*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2018, 216 p.

⁵¹ *Ibid.*, p. 13.

par les historiens. Cette étude se veut donc novatrice sur ce point puisqu'elle va permettre de combler le vide historiographique sur ce topique.

Conclusion historiographique

Que cela soit les femmes, les enfants ou encore la protection sociale, les sujets qui entourent directement l'histoire de la PMI possèdent une histoire jeune. Le contexte socio-politique des années 1960 et 1970 a vu la montée en puissance de la considération des enfants, des jeunes, des femmes et de manière générale des marges. Le silence est brisé et les sciences sociales s'accaparent ces topiques pour les étudier et les rendre visibles. Si nombre de travaux restent encore à mener, ces dernières années ont été porteuses de nombreux projets en lien avec l'histoire de la protection sociale. Il serait cependant intellectuellement malhonnête de ne pas mentionner le vide historiographique inhérent à certains domaines, comme l'histoire des institutions de protection sociale. Il s'agit bien ici de la nécessité, pour les historiens, de mettre en route des études sur ces sujets, qui rappelons-le, ont d'ores et déjà été travaillés par d'autres disciplines des sciences humaines et sociales.

Ce projet d'étude s'inscrit donc dans cette volonté de faire avancer la recherche dans le domaine de l'histoire de la protection sociale, et plus largement dans l'histoire sociale.

Partie 2 : Présentation des sources

Une étude historique sur le service de Protection Maternelle et Infantile n'ayant jamais été menée, nous devons constituer un corpus de sources sur la seule base de ce qui avait déjà été fait sur les services du même genre. Nous limitant à la région angevine, nous nous sommes naturellement tournés vers les archives départementales du Maine-et-Loire.

Ils se trouve que, par la richesse de ses fonds sur les actions sanitaires et sociales, les archives départementales de Maine-et-Loire ont accueilli une journée d'études le 16 mars 2018 consacrée aux acteurs du travail social en Maine-et-Loire dans le second XX^e siècle.⁵² À cette occasion, le pédiatre et ancien chef du service de la Protection Maternelle et Infantile, Albert Hamon, était présent. De ce fait, nous y avons vu un potentielle source d'informations sur le fonctionnement de la PMI en Maine-et-Loire.

La principale difficulté à laquelle nous avons dû faire face est la période sur laquelle nous travaillons. En effet, lorsque l'on étudie le second XX^e siècle, une grande partie des sources, notamment relative au monde médical, ne sont pas communicables. Dans le cadre de notre étude, cela a été un réel problème. Toute la période allant des années 1960 à la fin des années 1970 n'a pas être que très peu traitée, faute de sources disponibles. De même que pour la période allant de 1976 à 1992, qui n'a pu être travaillée qu'à partir du rapport du Docteur A. Hamon⁵³. Cela pose un problème vis-à-vis de la pluralité des regards que nous n'avons guère pu avoir. *Grosso modo*, sur un total de trente-huit sources relevées initialement, vingt-quatre n'étaient pas communicables et cinq ont été dépouillées mais se sont avérées inintéressantes.

Il eut fallu faire une demande de dérogation afin de pouvoir accéder à une partie des sources que nous avons relevées. Cependant, cette étude étant un mémoire de master 1, et, faute de temps, cela n'a pas été réalisable. Il n'est néanmoins pas exclu de d'exploiter cette piste dans le cadre d'un mémoire de master 2.

⁵² « 50 ans de travail social en Maine-et-Loire : Des acteurs témoignent », Archives Départementales de Maine-et-Loire (site web), Département de Maine-et-Loire, 16 mars 2018, consulté le 26 mars 2019, <https://www.archives49.fr/espace-culturel/conferences-en-ligne/50-ans-travail-social/>

⁵³ Albert HAMON, *Protection maternelle et infantile - Actions sanitaires. Bilan et évolution entre 1976 et 1992*, Direction des interventions sociales et de solidarité de Maine-et-Loire, Angers, 1992, 54 p.

I. Sources manuscrites :

La très grande majorité des sources que nous avons exploitées sont des sources manuscrites, toutes conservées aux Archives Départementales de Maine-et-Loire. La série W, des archives contemporaines, a été notre cible étant donné la période sur laquelle nous travaillons. Les institutions publiques départementales étant obligées, normalement, de déposer régulièrement leur archives aux AD, nous avons pu avoir accès à des documents émanant du service de PMI et de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.

Archives Départementales de Maine-et-Loire

Série W

Direction départementale de la santé

- PMI

58 W 13 : liquidation des dépenses des exercices de 1942 à 1945

Cette cote contient, en plus d'un tableau récapitulatif des dépenses de la PMI pour l'année 1945 émanant de la direction de l'Assistance, plusieurs courriers du ministre de la santé publique et de la population aux préfets des départements de France concernant la mauvaise gestion des dépenses. Nous avons à plusieurs reprises la réponse adressée par le préfet de Maine-et-Loire au ministre concernant ses remarques. Cela s'est avéré être un bon point de départ pour notre étude.

58 W 14 : Demandes de subventions pour les consultations de nourrissons. 1942 – 1946

Nous disposons, dans cette cote, de lettres adressées aux associations publiques ou privées bénéficiaires d'une subvention de la PMI de la Direction Départementale de la Santé. Elles concernent les sommes attribuées à titre de subventions aux associations. En plus de cela, nous avons une lettre du ministre de la santé publique et de la population aux préfets concernant la procédure de demande de subvention. Il y a également plusieurs lettres de divers acteurs des associations concourant à la PMI concernant les subventions. Enfin, il y a également un dossier complet de demande de subvention rempli par l'association *La Charité Maternelle*.

93 W 1 : Dépenses de la protection de la maternité et de la première enfance : contingent des communes. 1944 – 1949

Dans cette cote, nous avons sélectionné deux comptes détaillés des sommes à verser par les communes de Maine-et-Loire pour le fonctionnement du service de PMI pour les années 1949 et 1950. Cela nous a notamment permis de travailler une partie volet financier de la PMI.

Direction départementale de la santé

163 W 2 : Commission régionale d'action sanitaire et sociale : p.v de réunions. 1947 – 1954

Nous avons sélectionné dans cette cote six procès-verbaux de réunion de la Commission Régionale D'Action Sanitaire et Sociale de Nantes datant de 1952 et 1954. Il y a également deux rapports : un du docteur Berger, inspecteur divisionnaire de la Santé, datant de 1948, et un du docteur Viette, médecin-inspecteur chef de la PMI de 1945 à 1951, datant de 1946. Il 'agit ici d'une des cotes les plus intéressantes pour notre étude. En effet, elle est riche en informations grâce aux données présentées lors des réunions de la CRASS et des rapports des deux inspecteurs.

Préfecture : cabinet du préfet

- Santé

303 W 82 : D.A.S.S : rapports annuels d'activité. 1968 – 1969

Nous disposons de deux rapports d'activité de la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale, un pour l'année 1968 et l'autre pour l'année 1969. Les particularités liées au personnel, aux finances, aux infrastructures ou aux activités pour ces deux années y sont présentées. Cela nous a servi, au même titre que la cote 163 W 2, à comprendre le fonctionnement de la PMI.

Sous-préfecture de Segré

- Affaires sanitaires-santé

453 W 190 : Protection de l'enfance, consultations de nourrissons. 1941 – 1951

Clicours.COM

Il y a ici un rapport de la direction de la Sécurité Sociale datant de février 1951 sur le thème de l'assurance maternité. Nous avons des détails sur les droits et les obligations des femmes enceintes. S'ajoute à cela, plusieurs

exemples d'arrêtés concernant la mise en place de consultations de nourrissons dans les communes de Maine-et-Loire, qui nous ont permis de voir à quel rythme s'est développée cette activité. Nous disposons également d'une correspondance entre le maire de la commune de Saint-Sauveur-de-Flée et le sous-préfet de Segré concernant la possibilité de faire venir un camion de consultations de nourrissons mobiles dans la commune.

Préfecture de Maine-et-Loire, bureau du cabinet du préfet

- Action sanitaire

1018 W 174 : Politique de santé. 1975 – 1980

Vaccination : instructions, correspondance (1978 – 1979)

Lutte contre les épidémies de poux : correspondance (1975)

Dans le cas présent nous nous sommes servis d'une lettre du docteur Renouard, médecin-inspecteur chef e la PMI de Maine-et-Loire jusqu'en 1975, au préfet datant du 13 juin 1975 concernant l'épidémie de poux qui sévise depuis trois ans dans le département.

II. Source imprimée

Albert HAMON, *Protection maternelle et infantile - Actions sanitaires. Bilan et évolution entre 1976 et 1992*, Direction des interventions sociales et de solidarité de Maine-et-Loire, Angers, 1992, 54 p.

Il s'agit là d'un document dont nous nous sommes servis pour la période allant de 1976 à 1992 pour de nombreux points concernant la PMI. Les indications du docteur Hamon sont précieuses pour comprendre le fonctionnement du service. Cependant, nous nous devons de préciser que ce document, ayant été rédigé par le médecin-chef de la PMI de Maine-et-Loire sur son propre travail, est sujet à caution.

III. Bibliographie

- Histoire générale des enfants :

ARIÈS Philippe, *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, Éditions du Seuil, 1975 (1960), 316 p.

BECCHI Egle et DOMINIQUE Julia, *Histoire de l'enfance en Occident. Du XVIII^e siècle à nos jours*, Paris, Éditions du Seuil, 1998, 528 p.

CRUBELLIER Maurice, *L'enfance et la jeunesse dans la société française : 1800 – 1950*, Paris, A. Colin, 1979, 389 p.

DENÉCHÈRE Yves, NIGET David, *Droits des enfants au XXe siècle - Pour une histoire transnationale*, Rennes, PUR, 2015, 210 p.

DENÉCHÈRE Yves, MARCILLOUX Patrice, *Le Centre International de l'Enfance (1949-1997) - Des archives à l'histoire*, Rennes, PUR, 2016, 202 p.

LUC Jean-Noël, « L'héritage des lumières dans l'éducation publique des jeunes enfants au XIXe siècle », in. Marie-Françoise LEVY (sous la direction de), *L'enfant, la famille et la Révolution française*, Paris, Plon, 1989, 492 p., p. 387 - 400

MOREL Marie-France et ROLLET Catherine, *Des bébés et des hommes : Traditions et modernité des soins aux tout-petits*, Paris, Albin Michel, 2000, 385 p.

ROLLET Catherine, *Les enfants au XIX^e siècle*, Paris, Hachette Littératures, 2001, 265 p.

- Histoire des femmes et du corps

BARD Christine, BOEHRINGER Sandra, HOUBRE Gabrielle, Didier LETT, Sylvie STEINBERG (sous la direction de), *Une histoire des sexualités*, Paris, PUF, 2018, 518 p.

Duby Georges, PERROT Michelle, THÉBAUD Françoise (sous la direction de), *Histoire des femmes en Occident. Vol. V : Le XX^e siècle*, Paris, Perrin, coll. Tempus, 2002 (1990-1991), 896 p.

FOUCAULT Michel, *Cours au Collège de France. 1978 – 1979. Naissance de la biopolitique*, Paris, Gallimard, 2004, 355 p.

TILLY Louise A., WALLACH SCOTT Joan, *Les femmes, le travail et la famille*, Paris, Rivages, 1987, 389 p.

- Histoire des politiques sociales étatiques

CAHEN Fabrice, « Le gouvernement des grossesses en France (1920 – 1970) », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2014, v. 1, n° 1, p. 34 – 57

COHEN Yolande, « Citoyenneté sociale et maternalisme d'État : le genre des politiques sociales », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2008, v. 1, n°1, p. 95 – 111

DE MONTALEMBERT Marc (sous la direction de), *La protection sociale en France*, Paris, Éditions La Documentation Française, coll. Les notices, 2013 (1953), 352 p.

GUILLAUME Pierre, « Naissance de l'État-providence », *Revue économique*, vol. 51, n°2, 2000, p. 371 - 384

ROLLET-ECHALIER Catherine, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e République*, Paris, Éditions de l'INED, PUF, 1990, 632 p.

ROSANVALLON Pierre, *La crise de l'État-providence*, Paris, Éditions du Seuil, Col. Points. Essais, 1992 (1981), 183 p.

- Histoire de la protection infantile :

GIROUX Marie-Christine, « Accueillir, vêtir, nourrir, instruire, éduquer et soigner : la protection de l'enfance à l'Hospice Saint-Joseph des Sœurs Grises de Montréal (1854-1911) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 2011, v. 65, n° 2 – 3, p. 153 – 178

NIGET David, MACHIELS Christine, *Protection de l'enfance et paniques morales*, Bruxelles, Éditions Yapaka.be, 2013, 57 p.

ROLLET Catherine, *Les carnets de santé des enfants*, Paris, Éditions La Dispute, collection Corps Santé Société, 2008, 299 p.

TIGRÉAT Hervé, PLANCHE Pascale, GOASCOZ Jean-Luc, *Histoire des enfants, des familles et des institutions d'assistance : La protection de l'enfance de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Éditions l'Harmattan, 2018, 272 p.

- Histoire des institutions pour la protection des familles

QUINCY-LEFEBVRE Pascale, « La médecine scolaire à Angers : l'œuvre pionnière de Marguerite Legros dans les années 1930 », in. PETIT Jacques-Guy (directeur de publication), SAINT-ANDRÉ Jean-Paul (directeur de publication), *Médecine et hôpitaux en Anjou du Moyen Age à nos jours*, Rennes, PUR, 2009, p. 275 – 286

PIET Emmanuelle, « Protection maternelle et infantile, centres de planification : santé sexuelle et modalités d'intervention », in., *La santé en action*, décembre 2016, n° 438, p. 24 - 26

- La PMI vue par les autorités de la santé publique

CADART Marie-Laure, « L'enfant et la PMI d'hier à aujourd'hui - Entre médical, social et politique », *Informations Sociales*, 2007, v. 4, n°140, p. 52 – 63

CORVAZIER Françoise, DJAOUI Elian, SUESSER Pierre, *L'institution PMI – Entre clinique du sujet et politique publique*, Rennes, Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 2018, 216 p.

DÉROFF Marie-Laure, DESROCHES Élisabeth, « La PMI, au plus près de toutes les familles », *Spirale*, 2017, v. 2, n°82, p. 95 – 101

HASSANI Anne, LETORET Anne, MORELLEC Jeanne, *Protection maternelle et infantile - De la promotion de la santé à la protection de l'enfance*, Paris, Éditions Berger-Levrault, 2009, 502 p.

- Approche de la recherche sur la protection sociale

BATTAGLIOLA Françoise, « Hommes et femmes dans la lutte contre la mortalité infantile fin XIXe siècle – début XXe siècle : une perspective de recherche », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2008, v. 1, n°1, p. 113 – 119

Partie 3 : Étude de cas

Introduction

L'objectif de cette étude est de retracer la création et le déroulement du service de Protection Maternelle et Infantile en France, en prenant pour cas particulier le Maine-et-Loire. Nous prenons pour point de départ l'année 1942, date de création de la PMI, et surtout, période de développement considérable des politiques de protection sociale en France sous l'égide du Régime de Vichy. Il s'agit donc de faire, dans un premier temps, un état des lieux du contexte politique et social pendant lequel notre service apparaît en étudiant les frasques de la Seconde Guerre mondiale, en soulevant notamment les difficultés particulières qui ont nécessité la mise en place d'un tel service de protection et de prévention envers les enfants de zéro à six ans. Une question s'impose de fait, pourquoi cette catégorie d'âge est particulièrement visée ? Pour nous, il s'agit de la catégorie qui ne rentre majoritairement pas encore dans ce cadre disciplinaire qu'est l'école. La PMI est une manière pour l'État d'avoir la main sur ces individus.

Afin d'appréhender les objectifs officiels du gouvernement, il convient de s'intéresser, dans un deuxième temps, à l'aspect législatif de la PMI. C'est à travers l'étude des deux piliers que sont la loi du 16 décembre 1942 et l'ordonnance du 2 novembre 1945, toutes les deux relatives à la Protection Maternelle et Infantile, qu'il est possible de déterminer, d'une part, les problèmes liés à l'enfance et à la maternité dans les années 1940, et, d'autre part, de dégager les prérogatives pensées par le pouvoir exécutif pour y pallier.

C'est enfin, dans une troisième partie, par une approche terre à terre que le déroulement de ces prérogatives est compréhensible. Les actions mises en place ne sont jamais nécessairement celles qui sont prévues par la Loi. Bien que cela puisse paraître trop linéaire, une approche sous forme de liste est cependant nécessaire. C'est pourquoi à l'issue de chacune des parties qui prennent cette forme, nous avons établi des tableaux synthèses, afin de reprendre les éléments et de les confronter pour en dégager la logique. Notre but est simple, montrer les caractéristiques du service de Protection Maternelle et Infantile dans le Maine-et-Loire entre 1942 et 1992. Cette dernière date correspond à la chronologie maximale que nous pouvons atteindre grâce à nos sources. Ce sont donc cinquante ans d'histoire de la PMI qui sont mises en lumière à travers cette étude.

I. Un contexte d'apparition difficile

Pour comprendre l'apparition de la PMI en France, il convient, dans un premier temps, de contextualiser la création de ce service. La PMI naît dans un contexte de guerre, celui de la Seconde Guerre mondiale, avec toutes les privations que cela suppose, bien que l'on puisse considérer qu'elle a des origines plus anciennes remontant à la III^e République. En effet, le 23 décembre 1874 est promulguée une loi, dite « loi Roussel », relative à la protection des enfants du premier âge⁵⁴. Déjà dans la deuxième moitié du XIX^e siècle la mortalité infantile est un fléau dans la société française. Les enfants placés en nourrice meurent bien plus aisément qu'ailleurs. L'État est désireux de contrôler ce milieu et institue alors une surveillance à l'égard de ces nourrices mercenaires. Cette mesure, suivie par bien d'autres, montre l'importance que revêt la question sociale. Comme l'explique l'historienne contemporanéiste Isabelle Lespinet – Moret : « Une autre grande vague d'enquêtes [que celle des années 1830 – 1840] a lieu dans les années 1880 – 1890, en lien avec la dépression des années 1880 et l'essor des sciences sociales durant les deux dernières décennies du XIX^e siècle. ⁵⁵» À la suite de ces enquêtes, ce sont pléthore de problèmes sociaux qui sont pointés du doigt et peu à peu pris en charge.

Afin d'étudier l'apparition de la PMI faudra s'intéresser premièrement à l'état sanitaire de la population française à travers les questions du rationnement et de la mortalité infantile. Et deuxièmement sera étudié l'enjeu que représente le repeuplement de la France en se penchant sur l'état démographique de la France en 1945 et les moyens déployés par les gouvernements successifs pour rehausser le taux de natalité.

A. Le préoccupant état sanitaire de la population au sortir de la Seconde Guerre mondiale

Les rapports de l'INH, publiés dans les quelques années qui ont suivi la fin de la guerre, sont clairs sur le sujet : l'état sanitaire de la population française est mauvais⁵⁶. Les six années qu'a duré la Seconde Guerre mondiale ont eu pour conséquence majeure d'affaiblir, que cela soit physiquement ou psychologiquement, la population française. En mettant à part les morts dus aux combats, les restrictions sont la cause de décès la plus récurrente pendant et peu après la guerre.

⁵⁴ Il s'agit des enfants de moins de deux ans.

⁵⁵ Isabelle LESPINET-MORET, « La Troisième République face à la question sociale », *in.*, Robert BELOT (sous la direction de), *Tous Républicains !*, Paris, Armand Colin, coll. Recherches, 2011, 320 p., p. 233 – 248

⁵⁶ L'Institut National d'Hygiène a été créé sous le gouvernement de Vichy en 1941. Les préoccupations concernant la santé de la population française sont déjà présentes au sein du gouvernement. Cet institut avait pour mission de faire des rapports et études réguliers sur différents points concernant la santé des individus. Entre autres, les chercheurs de l'INH se sont attelés à étudier la mortalité. C'est de l'INH qu'émane l'Inserm en 1964.

1) Le rationnement

La Seconde Guerre mondiale plonge la France dans un cycle de pénuries. Cette dernière prend de nombreuses formes : pénuries alimentaires, pénuries d'énergies ou encore pénuries médicales. Dès le 1^{er} juillet 1941, des tickets de rationnement sont mis en place pour le textile. S'en suivent alors, notamment à partir de l'Occupation, de nombreux autres tickets pour le pain, le sucre, la viande, l'essence, le charbon, etc. L'objectif double des autorités Nazis, instigatrice du rationnement, est simple : affaiblir, affamer la population française afin de les tenir sous contrôle, et nourrir plus grassement la population allemande qui, dès lors, bénéficie des productions françaises envoyées en Allemagne. Les Français les plus chanceux ont suffisamment de surface terrienne pour cultiver des fruits, des légumes et des céréales, ou encore pour élever des animaux. Ils peuvent alors pallier la faible ration que leur attribue les tickets de rationnement. Mais l'hiver et le moment de la soudure au printemps sont des périodes difficiles pour les populations rurales, dont les tickets de rationnement sont moins importants que ceux des populations urbaines. Comme l'explique Dominique Veillon dans son article « Aux origines de la sous-alimentation : pénuries et rationnement alimentaire » :

« De tous les manques, celui de la viande est le plus criant. Pour un adulte, la quantité allouée est en moyenne de 360 grammes par semaine ; elle ne cesse de diminuer ensuite, abaissée à 250 grammes le 28 mars 1941, jusqu'à atteindre dans certaines régions 120 grammes en 1943 et, 60 grammes en 1944. ⁵⁷»

Si l'on prend pour base les recommandations nutritionnelles actuelles de l'Inpes, il est recommandé de consommer entre 100 g et 150 g de viande par jour pour un adulte^{58 59}. Soit un total de 700 g à 1 050 g de viande par semaine. Il s'avère que dès sa mise en place, le rationnement ne concède à un adulte que la moitié, voire un peu moins de la moitié, de ce qu'il devrait consommer de viande par semaine. En 1944, le rationnement est tel que les populations ne mangent presque plus de viande. Le problème touche les enfants de la même manière que les adultes, bien que les enfants, eux, soient en pleine croissance. Le manque de viande a, entre autres, engendré chez les enfants des retards et baisses de croissance. Néanmoins, il faut préciser que l'État avait mis en place des catégories de consommateur selon l'âge et la dépense énergétique liée au travail. En tout ce sont huit catégories, exception de quelques particularités, qui sont mises en place. La question de la croissance des enfants et des adolescents est prise en compte. Les individus de 13 à 21 ans correspondent à la catégorie « J3 », et bénéficient d'une ration qui prend en

⁵⁷ Dominique VEILLON, « Aux origines de la sous-alimentation : pénuries et rationnement alimentaire », *In.*, Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN (sous la direction de), « *Morts d'inanition* ». *Famine et exclusions en France sous l'Occupation*, Rennes, PUR, coll. Histoire, 2005, 316 p., p. 31 – 43

⁵⁸ L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a été créé en 2002 dans le but d'améliorer la qualité des soins et de la santé en France. Il s'agit d'un instrument mis en place par le gouvernement afin de mieux orienter ses politiques sanitaires.

⁵⁹ Voir annexe 1.

compte leurs besoins nutritionnels particuliers. Les enfants de moins de 3 ans, correspondant à la catégorie « E », ont également une particularité alimentaire en ce qui concerne le lait. Malgré cette tentative, les enfants et les adolescents manquent de nourriture, tout comme les adultes.

D'autres problèmes demeurent. Le manque de charbon, d'essence et de bois oblige une grande partie de la population à peu chauffer les logements. Selon le sociologue Henri Pascal, la production de charbon en France passe de 47 millions de tonnes en 1938 à 35 millions de tonnes en 1945⁶⁰. Si certaines restrictions ont pris fin en 1945, une fois la guerre officiellement terminée, d'autres comme le sucre ou l'essence ont duré jusqu'au 1^{er} décembre 1949. Au total, les Françaises et Français ont connu presque neuf années de privations diverses.

La situation de rationnement a poussé de nombreux Français à se tourner vers le marché noir où les produits n'étaient pas toujours de bonne qualité, bien que l'on puisse dire que les produits fournis de manière légale ne l'étaient guère plus. S'ajoute à cela le manque de fourrage et de produits médicaux qui a permis le développement de contaminations au sein du bétail. Un des exemples les plus pertinents, étudié par Catherine Rollet et Virginie De Luca, est celui du lait de vache, qui, ne pouvant être correctement stérilisé, a provoqué de nombreux cas de gastro-entérites chez les enfants de moins d'un an en 1945⁶¹.

Les restrictions alimentaires, d'hygiène et d'énergies ont clairement affaibli la population, surtout les enfants qui sont en pleine croissance et ce malgré les tentatives de prise en compte de leur particularité. En effet, les privations dues à la guerre ont eu pour conséquence une surmortalité infantile.

2) La surmortalité infantile pendant la Seconde Guerre mondiale

En dehors des bombardements et du passage des armées, les causes les plus fréquentes de décès chez les enfants sont les maladies, la sous-alimentation et la malnutrition. Ces causes étant liées car les conséquences directes de la sous-alimentation et de la malnutrition sont les carences. Ces dernières affaiblissent, à terme, le système immunitaire. S'ajoute à cela la promiscuité et le manque de produits d'hygiène, comme le savon. Tout cela augmente considérablement les risques d'infections.

⁶⁰ Henri PASCAL, « Les cadres institués des politiques sociales (1940-1949) », *In.*, Pascal HENRI (sous la direction de), *Histoire du travail social en France. De la fin du XIXe siècle à nos jours*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2014, 324 p., p. 113 – 168

⁶¹ Catherine ROLLET, Virginie DE LUCA, « La vulnérabilité des enfants : les crises de mortalité de 1940 et 1945 », *In.*, Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN (sous la direction de), « *Morts d'inanition* ». *Famine et exclusions en France sous l'Occupation*, Rennes, PUR, coll. Histoire, 2005, 316p., p. 263 – 279.

L'article de Catherine Rollet et Virginie De Luca présentent deux crises de mortalité infantile, notamment chez les enfants de moins d'un an, qui ont respectivement sévi en 1940 et en 1945. En se basant sur les estimations de mortalité infantile en France présentées dans deux ouvrages, elles ont pu déterminer les deux pics qui vont être développés⁶². Pour la France entière, le taux moyen de mortalité infantile en 1938 était de 70‰. En 1940 il est de 93‰, et en 1945 de 112‰⁶³. Pour certains départements, dont le Maine-et-Loire, le taux dépasse 120‰ en 1945. Pour les deux pics de mortalité infantile, les nouveau-nés sont les plus touchés. On observe une nette recrudescence des malformations congénitales, des naissances prématurées et des décès périnataux en raison de l'affaiblissement des femmes enceintes par le rationnement. De ce fait, les enfants naissent avec une masse moins importante durant ces années, ce qui les rend plus fragiles. Les décès dus à une maladie sont plus nombreux en 1940 et en 1945. Cette dernière année est particulièrement meurtrière à cause de deux épidémies, une de broncho-pneumonie et une de gastro-entérite. L'hypothèse d'une contamination par le bacille de Koch a également été étudiée, mais les cas sont tout de même moins nombreux que pour les deux pathologies précédemment évoquées.

L'état sanitaire de la population française à la fin de la Seconde Guerre mondiale est mauvais, surtout celui des enfants et des femmes enceintes qui subissent plus de contaminations, et celui des adolescents qui, bien que moins fragiles que les enfants, sont frappés par le rationnement au moment où ils ont le plus besoin de nourriture. Les enfants sont des cibles fragiles. En témoigne la surmortalité infantile observée tout au long de la guerre avec deux pics critiques en 1940 et en 1945. En plus d'être en mauvaise santé, la population française a nettement diminué et doit alors se reconstruire.

B. Repeupler la France

1) La situation démographique en France en 1945

Selon le démographe Gérard-François Dumont, la population française était composée de 41,5 millions d'individus⁶⁴. En 1945, la France est passée à 39,6 millions d'habitants. Soit un déficit de 1,9 millions d'individus. Outre la surmortalité infantile dont il a été fait le bilan pour la Seconde Guerre mondiale, la baisse démographique enregistrée en France est due, d'une part, aux pertes humaines provoquées par les hostilités (bombardements,

⁶² Les chiffres proviennent de Michel HUBER, Henri BUNLE et Fernand BOVERAT, *La population de la France*, Paris, Hachette, 1950. Et de France MESLÉ, « La mortalité infantile en Europe pendant les deux guerres mondiales », *Santé et mortalité des enfants en Europe*, Louvain-La-Neuve, Academia-Bruylant/L'Harmattan, 1996, p. 245-251.

⁶³ Voir graphique n° 1.

⁶⁴ Gérard-François DUMONT, « La population de la France au XX^e siècle : un bilan extraordinairement contrasté », *Population & Avenir*, janvier/février 2000, n°646, p. 4 – 9

batailles, violences envers les civils, etc.), et, d'autre part, par une baisse de la natalité entre 1940 et 1942. Grâce aux chiffres sur les naissances en France rassemblés par Paul Vincent, le chef de la section d'études quantitatives et de conjoncture démographique de l'INED, il a été possible de faire un tableau des naissances observées en France entre 1935 et 1945⁶⁵.

Tableau n° 1 : Nombre de naissances observées en France entre 1935 et 1945 :

Année	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Naissances observées (En milliers)	641	631	618	612	615	557	519	575	624	636	650

Les quelques années d'avant-guerre sont stables. Mais dès 1940, une nette chute des naissances se produit. Ce n'est qu'en 1943 que le nombre de naissances augmente pour arriver à peu près au même taux que celui observé peu avant la guerre.

Les pertes engendrées par la guerre et l'état sanitaire de la population poussent le gouvernement français à renforcer les politiques sociales en faveur de la protection des mères et des enfants. Cette stratégie a pour but de rehausser la natalité certes, mais également de permettre aux familles de mettre au monde des enfants sains qui pourront grandir dans des conditions propices à leur bon développement.

2) Les efforts du gouvernement français pour rehausser le taux de natalité

La volonté du gouvernement de rehausser le taux de natalité se heurte cependant à de nombreux obstacles. Comme il a été remarqué précédemment, les tickets de rationnement restent en circulation pour certaines denrées jusqu'en 1949. La situation matérielle de la France est globalement mauvaise. Le manque de main d'œuvre agricole a pour conséquence la baisse du rendement. Il faut remettre en place des cultures. De plus, les dégâts engendrés par les conflits armés et les bombardements obligent à une reconstruction partielle des villes. Le gouvernement doit très vite lancer la reconstruction de logements car beaucoup de familles françaises vivent dans des habitations insalubres.

⁶⁵ Paul VINCENT, « Conséquences de six années de guerre sur la population française », *Population*, 1946, vol. 1, n°3, p. 429 – 440

Comme l'explique Henri Pascal, le gouvernement de Vichy met en place pendant l'occupation diverses mesures en faveur de la protection et de la promotion du modèle familial traditionnel :

« Il en est ainsi de plusieurs mesures prises en 1942 : loi renforçant la répression de l'avortement, loi sur l'enseignement ménager obligatoire pour les filles, loi sur la tutelle aux prestations familiales. Il en est ainsi également dans le soutien à la création d'une union des associations familiales, l'Union nationale des associations familiales (UNAF) qui est maintenue, sous une forme plus démocratique, après la Libération. ⁶⁶»

Les politiques familiales de Vichy visent, d'une part, à renforcer la répression envers les familles qui ne s'inscrivent pas dans le modèle traditionnel, et, d'autre part, à consolider les structures de gestion des mineurs délinquants et inadaptés. Pour ce deuxième point, les mesures fixées par la loi du 12 juillet 1942 sur l'abandon de la notion de discernement dans les tribunaux pour enfants sont un bon exemple de la volonté de Vichy d'instaurer une société d'ordre sévère. En effet, le gouvernement ne cherche pas à favoriser la compréhension mais à marginaliser encore d'avantage les inadaptés sociaux.

Ce n'est réellement qu'à partir de la mise en place du gouvernement provisoire de la République française (3 juin 1944 – 20 janvier 1946) que les politiques d'aide sociale sont axées vers une protection sociale universelle. L'ordonnance du 4 octobre 1945 sur l'organisation de la Sécurité sociale est une des mesures phares de la profonde refonte du système social français⁶⁷. Ces mesures ont nettement contribué à renforcer, aux côtés des associations caritatives, les aides matérielles accordées aux familles les plus modestes. De fait, cela a permis de rehausser le taux de natalité en France.

Le contexte d'apparition de la PMI est profondément marqué par les conditions de vie difficiles pendant les six années de guerre. Le rationnement mis en place en juillet 1941 fait entrer la population dans une période de privations de plus en plus prononcées. La santé des Françaises et Français se dégrade rapidement et la mortalité infantile augmente considérablement. La situation démographique de la France est mauvaise, la population globale baisse en même temps que la natalité. Après le premier pic de surmortalité infantile de 1940, le gouvernement de Vichy renforce la répression pour les cas d'avortement et d'infanticide. À partir de 1944, avec la Libération, le nouveau gouvernement provisoire commence à mettre en place un système de protection sociale universel, rehaussant dès

⁶⁶ Henri PASCAL, « Les cadres institués des politiques sociales (1940-1949) », *op. cit.*, p. 122

⁶⁷ Ordonnance n° 45-2254 du 4 octobre 1945 portant sur l'organisation de la Sécurité sociale. Elle a été publiée dans le *Journal Officiel* du 6 octobre 1945.

lors la natalité. C'est de cette réforme du système de protection sociale que naît le service de Protection Maternelle et Infantile grâce à l'ordonnance du 2 novembre 1945.

II. La création légale du service de Protection Maternelle et Infantile

Dans le *Journal Officiel* paraît le 5 novembre 1945 le texte de l'ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 portant sur la Protection Maternelle et Infantile. Cette ordonnance marque, traditionnellement pour les historiens, la création officielle du service de Protection Maternelle et Infantile en France, notamment voulue par le ministre de la santé publique François Billoux⁶⁸. Cependant, des mesures de protection sanitaire et sociale des mères et des enfants de moins de six ans avaient déjà été prises quelques années auparavant par la loi du 16 décembre 1942 relative à la protection de la maternité et de la première enfance. Il faut alors détailler les différences majeures de ces deux ordonnances en commençant par celle de 1945, traditionnellement retenue, à tort, comme celle marquant le début légal de la PMI. Puis en étudiant la loi du 16 décembre 1942.

A. L'ordonnance du 2 novembre 1945

Les motifs de création de la PMI exposés dans le *Journal Officiel* sont très clairs⁶⁹:

« La mortalité infantile atteint actuellement en France des chiffres si alarmants que des mesures rigoureuses doivent être prises immédiatement pour l'enrayer. [...] C'est pour la France une question de vie ou de mort que de l'enrayer dans le plus bref délai. »

Comme il a été évoqué précédemment, la mortalité infantile en France pendant la Seconde Guerre mondiale augmente nettement et engendre des pics de surmortalité. Cette situation est dangereuse pour la démographie française. Le texte évoque un rapport du ministre communiste de la santé publique, François Billoux, dont les propos auraient alertés le gouvernement français. Il semble être nécessaire de mettre en place un service dont la mission principale est la sauvegarde de l'enfance. L'ordonnance n°45-2720 fixe alors, en 8 titres composés de 51 articles, les cibles de ce service, son organisation générale, ses missions et les modifications éventuelles de certains articles de loi en vigueur. Va être détaillé le contenu de chaque titre afin de comprendre les bases du service de PMI. Il faut préciser que chacune des huit parties a pour nom le libellé exact inscrit pour chaque titre dans l'ordonnance.

⁶⁸ François Billoux est né en 1903 et est mort en 1978. Membre du Parti communiste, il a été quatre fois ministre, pour quatre ministères différents, en l'espace de trois ans. Il a notamment exercé la fonction de ministre de la santé publique du 10 septembre 1944 au 21 novembre 1945. Pour cela, il a été décoré de l'Ordre de la Santé publique.

⁶⁹ Le Gouvernement provisoire de la République française, *Ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile*, [en ligne], *Journal Officiel*, 5 novembre 1945, p. 7397 – 7301, disponible sur : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k20337291/f17.item> (consulté le 13 mars 2019)

1) Titre I^{er} : Organisations générales

Divisé en quatre articles, ce titre fixe le public cible de la PMI, son organisation territoriale ainsi que les acteurs locaux qui devront concourir à son fonctionnement. L'article premier ordonne ainsi que les femmes enceintes, les mères, les enfants du premier âge (de la naissance à deux ans révolus) et du deuxième âge (de trois ans à cinq ans révolus) sont les bénéficiaires du service de PMI. Ce dernier est organisé dans le cadre du département, divisé en circonscriptions puis en secteurs. Dès sa création, la mise en place de la PMI est donc à la charge de chaque département, et ce, très probablement pour des raisons pratiques. En effet, il est fixé par l'article 4 que les services sociaux dont les missions sont similaires à celles de la PMI doivent prendre part au fonctionnement de cette dernière. De plus, les différentes institutions, publiques comme privées, sont également à même d'être mises à contribution. Il est plus aisé de demander à chaque département de gérer le fonctionnement de la PMI car bon nombre d'associations locales sont concernées par l'article 4. L'échelle nationale n'était donc, *de facto*, pas envisageable. À la tête du service de PMI est placé, sous le contrôle de l'inspecteur régional de la santé, le directeur départemental de la santé. Exception faite du département de la Seine, conjointement dirigé par l'inspecteur principal des services administratifs de la santé, le directeur départemental de la santé et le directeur général de l'assistance publique de Paris.

2) Titre II : Certificat d'examen médical avant mariage

Ce titre n'apporte rien qui n'existait déjà avant la mise en place du service de PMI. Seulement, les articles viennent compléter certains points du certificat d'examen médical prénuptial, obligatoire pour toute personne désirant contracter un mariage civil entre 1942 et 2008. En lien avec les missions de prévention des infections sexuellement transmissibles, l'article 6 vient rendre obligatoire un examen radioscopique et un examen sérologique devant révéler d'éventuelles « affections contagieuses ou chroniques susceptibles d'avoir des conséquences dangereuses pour le conjoint ou la descendance. ⁷⁰».

3) Titre III : Protection des parents

Il est intéressant de souligner que ce titre est essentiellement composé d'articles qui rendent obligatoire pour toute femme enceinte souhaitant « bénéficier des allocations de toute nature versées par l'État, par les collectivités

⁷⁰ *Ibid.*, p. 7297

publiques ou les établissements publics, par les caisses de sécurité sociale ⁷¹» trois examens périnataux et un examen postnatal. *De facto*, ces allocations étant à portée universelle du fait de leur caractère familial et non social, les examens sont obligatoires pour quiconque. C'est une manœuvre habile car aucune femme ne peut alors s'y soustraire. Des examens, non obligatoires, peuvent être également proposés aux pères si les examens des mères révèlent un problème ou une situation à risque. Enfin, ce titre donne, en vertu de l'article 14, le droit aux assistantes sociales de visiter à domicile « les femmes enceintes dont l'état sanitaire ou la situation matérielle ou morale nécessite une protection particulière. ⁷²». Bien que cela soit effectivement dans l'intérêt de toute femme enceinte de bénéficier d'un suivi médical lors de sa grossesse, l'État trouve le moyen de rendre cela obligatoire pour les populations qui ont droit à des aides financières et matérielles, donc aux populations considérées comme étant à risque.

4) Titre IV : Protection des enfants

Ce titre, divisé en deux chapitres respectivement intitulés « Dispositions générales » et « Formalités spéciales aux enfants placés en nourrice ou en garde, aux nourrissons au sein et aux donneuses de lait », est celui qui comporte le plus d'articles. Même si les mères ne sont pas en reste, les jeunes enfants restent les individus les plus importants dont s'occupe la PMI. Force est de constater que le premier article du titre IV, à savoir l'article 15, porte sur la mise en place d'une protection médico-sociale à domicile dont les cibles sont les enfants placés en nourrice hors du foyer familial, des enfants dont les parents « reçoivent un secours ou une allocation de l'État, des collectivités, des caisses de sécurité sociale » et des « enfants dont les parents ont été condamnés pour mendicité ou ivresse à peine correctionnelle. »⁷³. L'État fait passer la protection sociale avant la protection médicale en ciblant particulièrement les populations à risque, tel qu'il l'avait déjà montré à travers le titre III sur la protection des parents. Les assistantes sociales sont les premières actrices de cette protection sociale, avec le concours des médecins auxquelles elles doivent rendre des comptes en cas de problème détecté au sein d'une famille ou chez une tierce personne ayant un enfant à charge. Enfin l'article 19, pique de rappel, vient préciser que le carnet de santé, délivré gratuitement par la mairie lors de la déclaration d'une grossesse, est obligatoire. Comme l'explique Catherine Rollet dans son ouvrage *Les carnets de santé des enfants*, l'ordonnance n°45 – 2720 n'est pas la première loi venant rendre le carnet de santé obligatoire⁷⁴. C'est bel et bien en 1942 sous le régime de Vichy, avec la loi du 16 décembre 1942 relative à la protection de la maternité et de la première enfance, que le carnet de santé devient obligatoire. Cependant cette loi n'était, de fait, pas appliquée. L'ordonnance 45 – 2720 vient remédier à cette situation.

⁷¹ *Ibid.*, p. 7298

⁷² *Ibid.*

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ Catherine ROLLET, *Les carnets de santé des enfants*, Paris, Éditions La Dispute, coll. Corps Santé Société, 2008, 299 p.

Le deuxième chapitre du titre IV concerne exclusivement les modalités de mise en nourrice ou d'allaitement des enfants. Il suit et renforce les prérogatives mises en place par la loi Roussel de 1874, précédemment citée. Les parents doivent déclarer à la mairie la mise en nourrice de leur enfant si la durée de placement dépasse huit jours. Les nourrices sont particulièrement surveillées et sont placées sous la surveillance, tant au niveau social que médical, de la mairie de leur commune de résidence. Selon l'article 21, les nourrices et gardiennes d'enfants sont obligatoirement tenues de présenter jusqu'à trois certificats. Un premier certificat « mentionnant son état civil, indiquant sa moralité et celle des personnes qui vivent sous le même toit, et ses moyens d'existence, précisant si elle a déjà élevé d'autres enfants », un deuxième certificat « médical déclarant qu'elle est apte à élever un enfant, que la maison où elle habite est salubre et que, ni elle, ni aucune personne appelée à cohabiter avec l'enfant, n'est atteinte de tuberculose ou de syphilis » et un troisième certificat « si elle veut nourrir l'enfant au sein, le certificat médical doit attester qu'elle est apte à allaiter »⁷⁵. Il est très probable que cette partie ait été rédigée pour réduire les risques de contaminations liées au lait et plus généralement à l'allaitement. Ces contaminations ont engendré, pendant la Seconde Guerre mondiale, de nombreux décès d'enfants de moins d'un an comme il a déjà été évoqué.

5) Titre V : Établissement concourant à la Protection Maternelle et Infantile

Le cinquième titre prévoit que le centre principal de PMI de chaque circonscription obligatoirement doit être composé d'une unité de consultation prénatale pour les parents désireux de procréer, d'une unité de consultation postnatale divisée en deux pôles respectivement pour les enfants du premier âge et du second âge. Il doit également comprendre un service antituberculeux, un service antivénérien et un laboratoire d'analyses médicales. Ces établissements sont placés sous la surveillance du directeur départemental de la santé et des inspecteurs principaux des services administratifs de la santé. Cette surveillance est également exercée sur « tous les établissements ainsi que sur les particuliers qui concourent à la protection, à la garde ou au placement des enfants du premier et du second âge. ⁷⁶». S'en suit dans l'ordonnance une liste des différents types d'établissements en question

6) Titre VI : Aide aux mères de famille – Allocations aux femmes en couche

Ce titre est essentiellement tourné vers les aides financières accordées aux femmes en couche et aux mères de famille. Ainsi, « Toute femme de nationalité française et privée de ressources suffisantes à droit, pendant la période

⁷⁵ Le Gouvernement provisoire de la République française, *Ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile*, op. cit., p. 7299

⁷⁶ *Ibid.*

de repos qui précède et qui suit immédiatement ses couches, à une allocation journalière.⁷⁷». Sont précisées les conditions d'attributions et les modalités de distribution de cette allocation journalière. Il est également fait mention d'une prime d'allaitement au sein qui serait allouée à toute Française bénéficiant déjà de l'allocation journalière et qui allaite son enfant au sein. Ses allocations ne sont délivrées qu'aux femmes qui présentent un certificat médical qui atteste qu'elles ont bien subi les trois examens de grossesse prévus par l'article 11 de l'ordonnance 45 – 2720.

7) Titre VII : Dispositions financières

Bien entendu, la mise en place et le fonctionnement de la PMI nécessite des moyens financiers. L'ordonnance détaille les dépenses qui sont prises en charge dans la cadre de ce service. Cela concerne la rémunération des assistantes sociales et des médecins opérant pour la PMI, le coût des consultations médicales imposées par l'ordonnance, les dépenses liées à l'installation et au fonctionnement des centre de PMI, les dépenses des œuvres privées concourant à la PMI, les récompenses des nourrices et les primes d'assiduité aux consultations médicales, les allocations versées aux femmes en couche et, enfin, la production et la distribution des carnets de santé. Il est stipulé que ces dépenses sont inscrites au budget départemental. Toute la charge financière n'incombe évidemment pas aux départements, ces derniers ne pourraient pas assurer les dépenses de la PMI sans aides financières de l'État et des communes. S'ajoute à cela les recettes de la PMI, qui sont essentiellement composées des remboursements de la Sécurité Sociale, des paiements des bénéficiaires du service et éventuellement de dons et legs.

8) Titre VIII : Dispositions diverses

Il s'agit ici d'une partie comprenant des indications particulières comme l'obligation des professionnels de la santé concourant à la PMI d'exercer le secret médical. L'article 50 indique que cette ordonnance vient remplacer et compléter la loi du 16 décembre 1942 relative à la protection de la maternité et de la première enfance et la loi du 29 juillet 1943 relative au certificat d'examen médical avant mariage. Cependant, il est précisé que « cette nullité ne porte pas atteinte aux effets résultants de l'application desdits actes antérieurs à la mise en vigueur de la présente ordonnance.⁷⁸». Un point intéressant à souligner est l'obligation des préfets, stipulée par l'article 48, de produire chaque année un rapport sur le fonctionnement de la PMI à adresser au ministère de la santé publique.

L'ordonnance n°45 – 2720 met officiellement et légalement en place, le 2 novembre 1945, le service de Protection Maternelle et Infantile tel qu'il est possible d'en concevoir l'utilité aujourd'hui, à savoir, exercer une protection et une

⁷⁷ *Ibid.*, p. 7300

⁷⁸ *Ibid.*, p. 7301

prévention médico-sociale dans le but de donner à la population le plus de chance d'avoir une bonne santé. La protection médico-sociale voulue par la PMI est adressée à toutes les femmes et à tous les enfants, du moment qu'ils soient Français. Cependant nombre des dispositions prévues par l'ordonnance visent les populations considérées comme présentant des risques sanitaires et sociaux. Ces dernières, pour bénéficier d'aides financières, sont dans l'obligation de se soumettre aux consultations médicales liées à la PMI. Les intentions du gouvernement français sont claires, mettre en place des structures de prévention et de protection médico-sociales qui obligent une grande part de la population française à se mettre sous la surveillance de l'État. On ne peut toutefois pas nier les répercussions positives qu'a engendrées cette ordonnance sur la mortalité infantile. Cependant une question demeure, car comme il a été signifié au cours de ce développement, une large partie des dispositions prévues par l'ordonnance 45 – 2720 existaient déjà. Cela témoigne-t-il d'une proto-forme de PMI avant 1945 ?

B. Une existence antérieure à 1945 ? La loi du 16 décembre 1942

La loi du 16 décembre 1942 relative à la protection de la maternité et de la première enfance comporte 8 titres, dont les libellés sont les mêmes que ceux de l'ordonnance n° 45 – 2720⁷⁹. Néanmoins elle ne comporte que 41 articles. La première différence majeure entre l'ordonnance n° 45 – 2720 et la loi n° 941 est la raison de leur promulgation. Si, comme il a été expliqué dans la première sous-partie, la raison d'être de l'ordonnance n° 45 – 2720 est de freiner la mortalité infantile qui touche la France depuis 1940 et menace l'équilibre démographique, l'objectif de la loi n° 941 est « la sauvegarde physique et morale de la race ⁸⁰ ». Il s'agit, comme le déclare clairement les auteurs de la loi, de la première mesure d'eugénisme dans la législation française. La protection voulue par cette loi ne s'adresse pas aux citoyens français, mais à la « race française ».

Institutionnellement parlant, les établissements médico-sociaux de la PMI sont bel et bien mis en place dès 1942 dans chaque circonscription. Les départements sont chargés du déploiement et du fonctionnement du service de PMI. Ils doivent inscrire dans leur budget les dépenses liés à la PMI, et bénéficient déjà d'une aide financière de l'État et des communes. Les allocations versées aux femmes en couche, les consultations des nourrissons, les dépenses des assistantes sociales et des médecins, ainsi que les récompenses des nourrices sont prises en charge par la PMI. L'ordonnance n° 45 – 2720 est venue ajouter dans le budget la mise en place et le fonctionnement des centres de PMI ainsi que les dépenses des œuvres privées qui contribuent aux mesures de protection maternelle et infantile. Ces œuvres privées étaient tout de même invitées par le gouvernement à concourir à la PMI. Seulement, il est probable

⁷⁹ Le gouvernement de Vichy, *Loi n°941 du 16 décembre 1942 relative à la protection de la maternité et de la première enfance*, [en ligne], Journal Officiel, 22 décembre 1942, p. 4170 – 4173, disponible sur <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k2032850g/f2.image> (consulté le 18 mars 2019)

⁸⁰ *Ibid.*, p. 4170

que sans aide financière de la part du gouvernement, elles concouraient moins volontiers. Pour l'État, leur proposer une aide est une manière de les faire entrer dans le système. En effet, il ne faut pas négliger le poids de ces œuvres au niveau local.

L'ordonnance n° 45 – 2720 vient, d'une part, réactiver la loi n° 941 et amener des objectifs de protection médico-sociale plus universalistes, d'autre part, rappeler à l'ordre les départements quant à la mise en place et au fonctionnement de la PMI. En effet, si l'ordonnance du 2 novembre 1945 relative à la PMI est promulguée à peine trois ans après la loi du 16 décembre 1942, c'est, premièrement, à cause du fait que les lois de Vichy ne s'appliquent pas après-guerre, d'où la nécessité d'en promulguer une autre. Et, deuxièmement, la lente mise en route du système, due au contexte de guerre, et le quasi désintérêt des autorités concernées pour la PMI est palpable.

III. Cinquante ans de fonctionnement de la PMI

Afin d'étudier le fonctionnement général de la PMI en prenant pour cas le service du Maine-et-Loire, la réflexion va être divisée en cinq points. Dans un premier temps, l'intérêt sera porté sur les quelques premières années d'existence mitigées de la PMI. Dans un deuxième temps, seront étudiées les associations qui concourent à ce service. Puis, dans un troisième temps, seront développées les missions médico-sociales ainsi que leur évolution. Dans un quatrième temps, il s'agira de présenter les acteurs de ces missions et leur rôle dans ce fonctionnement. Enfin, dans une cinquième partie, les moyens dont dispose la PMI, autant financiers que matériels, seront abordés.

A. Des débuts mitigés

Les quelques années qui marquent le début de la PMI en France sont pavées de problèmes de mise et place et de fonctionnement. Il convient d'abord de s'intéresser au cas du Maine-et-Loire, puis de mettre ce cas au regard de la France entière.

1) Le cas du Maine-et-Loire

En se basant sur la lettre du ministre de la population envoyée le 7 décembre 1945 au préfet de Maine-et-Loire concernant la liquidation des dépenses de Protection Maternelle et Infantile de 1943, il apparaît que le service de PMI

n'est absolument pas fonctionnel dans le département⁸¹. Ayant perçu de la part du gouvernement français un acompte de 15 000 francs pour les dépenses de la PMI pour l'année 1943, le département de Maine-et-Loire n'a déclaré avoir dépensé que 2 595,10 anciens francs. Non content de n'avoir pas récupéré le trop-perçu de 12 404,10 anciens francs que doit le département, le ministre évoque des observations qui auraient été faites au service de PMI du Maine-et-Loire :

« Sans revenir sur les observations qui vous ont été faites en ce qui concerne l'absence d'assistantes sociales pour assurer la surveillance des enfants à domicile, les consultations de nourrissons étant inexistantes, il me paraît particulièrement difficile à admettre que votre département soit encore, en décembre 1945, à ignorer le nombre d'enfants appelés à bénéficier des dispositions de la loi du 16 décembre 1942. »

Il semble que la première année de la PMI ait été un échec dans le Maine-et-Loire. Visiblement, il n'y a pas eu assez de personnel recruté pour assurer les missions de prévention et de protection prévues par la loi du 16 décembre 1942 relative à la protection de la maternité et de la première enfance. Une autre lettre du ministre de la santé publique et de la population au préfet de Maine-et-Loire, datant du 31 janvier 1946, signale qu'il y a un problème dans la liquidation des dépenses de la PMI pour l'année 1944⁸². Il réitère ses observations concernant l'inexistence de consultations de nourrissons ainsi que du contrôle des nourrices. Grâce à une note, datée du 9 février 1946, du chef du 2^{ème} bureau de la 3^{ème} division de la préfecture au chef de la division, il est possible de savoir que les dépenses déclarées pour l'exercice de l'année 1944 de la PMI s'élevaient à 91 francs⁸³. « Et encore elles ne concernent que des fournitures d'imprimés » comme le souligne l'auteur de la note.

L'année 1945 ne semble être guère meilleure. Il est à disposition la minute des dépenses du service de PMI pour l'exercice de l'année 1945⁸⁴. Ce dossier comporte une fiche récapitulative des dépenses par volet d'action (Dépenses liées aux assistantes sociales, rémunération des médecins agréés, consultation des nourrissons, etc.). Puis les autres pages du dossier sont divisées en cinq tableaux à compléter avec le détail des actions effectuées. Ce sont avant tout des chiffres à donner, comme par exemple le nombre de nourrissons vus en consultations, publique ou privée. Pour l'année 1945, deux des cinq tableaux, à savoir « rémunération des médecins agréés » et « certificats médicaux délivrés aux nourrissons et gardiennes » comportent la mention « néant ». La tableau « consultations des

⁸¹ ADML, 58W13, lettre du ministre de la santé publique et de la population au préfet du Maine-et-Loire datant du 7 décembre 1945 concernant la liquidation des dépenses de la PMI pour l'année 1943.

⁸² ADML, 58W13, lettre du ministre de la santé publique et de la population au préfet de Maine-et-Loire datant du 31 janvier 1946 concernant la liquidation des dépenses de la PMI pour l'année 1944.

⁸³ ADML, 58W13, note du chef du 2^{ème} bureau de la 3^{ème} division au chef de la 3^{ème} division datant du 9 février 1946 concernant les dépenses de la PMI de l'année 1944.

⁸⁴ ADML, 58W13, minute de l'état des dépenses de la PMI pour l'année 1945 émanant de la direction de l'assistance.

nourrissons publiques agréées » indique qu'un seul nourrisson a été vu en consultation par la PMI. Les courriers rudoyant du ministre de la santé publique et de la population paraissent d'autant plus crédibles lorsque l'on voit comment les liquidations de dépenses sont remplies.

Les liquidations de dépenses de la PMI bâclées sont-elles la preuve de la négligence dont fait preuve de la division préfectorale chargée des questions d'assistance et d'hygiène ? Pas nécessairement car il se trouve que le chef de la division d'assistance, en charge de la partie administrative de la PMI, a été arrêté le 2 février 1944 puis déporté en Allemagne, d'où il n'est jamais revenu⁸⁵. Cela a laissé le service dans une période de confusion pendant laquelle les obligations administratives n'ont pas été respectées. Arrive en poste le 1^{er} septembre 1945 le médecin-inspecteur de la PMI, le docteur Viette qui va redresser la situation. Cependant, on ne peut ignorer une forme de laxisme de la part des autorités de la PMI quant au fonctionnement du service jusqu'à la fin de l'année 1945.

N'ayant fait ici qu'une approche locale, il convient de mettre ces observations au regard de l'échelle nationale. Les débuts difficiles du Maine-et-Loire concernant la mise en place de la PMI sont-ils représentatifs de la situation nationale ?

2) La France entière

Si les autorités administratives du service de PMI en Maine-et-Loire se sont vu adresser des courriers leur demandant de remplir convenablement les missions dont elles sont en charge, les autres départements de France ne sont pas en reste. Le ministère de la santé publique et de la population dans un courrier datant du 4 février 1946 rappelle « à messieurs les préfets » que les dossiers de liquidation de dépenses de la PMI doivent être correctement remplis. Il indique en effet « ce tableau [récapitulatif des dépenses] n'a pas toujours été rempli correctement par les services départementaux et j'ai dû, très fréquemment, demander des compléments d'information qui retardent la liquidation des dossiers. En outre, l'indication de l'effectif des enfants soumis à la Protection, n'est presque jamais portée, pas plus que le nombre des enfants visités par les médecins ⁸⁶».

⁸⁵ ADML, 58W13, note du chef du 2^{ème} bureau de la 3^{ème} division au chef de la 3^{ème} division datant du 9 février 1946 concernant les dépenses de la PMI de l'année 1944. C'est tout du moins la raison qu'invoque le chef du 2^{ème} bureau face à la négligence dont est accusée la direction de la PMI. L'auteur précise également que le remplaçant recruté pour faire le travail administratif n'a fait que du classement « à sa façon », puis est tombé malade pour enfin finir par démissionner.

⁸⁶ ADML, 58W13, lettre du ministre de la santé publique et de la population aux préfets de chaque département de France datant du 4 février 1946 concernant le non-respect des consignes pour l'état des dépenses de la PMI.

Loin d'être un cas isolé, le Maine-et-Loire n'est qu'un département parmi tant d'autres à ne pas mettre en œuvre les articles de la loi du 16 décembre 1942 à nouveau promulgués par la suite par le biais de l'ordonnance du 2 novembre 1945. Les difficultés essentiellement liées à la guerre auxquelles les départements sont confrontés retardent la mise en route de la PMI. Les premières années de vie de la PMI, de 1943 à 1945, sont mitigées. Les missions de protection et de prévention ne sont, la plupart du temps, pas assurées faute de personnel.

Néanmoins, les départements doivent se résoudre à appliquer les prérogatives prévues, et renforcées, par l'ordonnance n° 45 – 2720. Ainsi les départements doivent s'atteler à faire l'inventaire des institutions concourant à la protection maternelle et infantile et à travailler de concert avec celles-là, selon l'article 4 de l'ordonnance n°45 – 2720 :

« Dans chaque département, le préfet fixe les modalités suivant lesquelles devra être coordonnée l'activité de tous les services sociaux concourant à la protection maternelle et infantile. Il provoque de la part des diverses institutions publiques ou privées, les initiatives indispensables pour compléter s'il y a lieu, l'effectif et l'organisation desdits services. ⁸⁷»

B. Fédérer des associations dispersées

La PMI telle qu'elle est voulue par le gouvernement français ne part pas de rien. Des œuvres de protection des mères et des enfants existaient déjà avant sa création. Ainsi, dans un souci de collaboration, le service de protection de la maternité et de la première enfance doit prendre contact avec les institutions privées dont les missions correspondent à celles de la PMI. Il convient de se demander quelles sont ces institutions. Mais également, comment le service de PMI fait-il pour faire adhérer ces institutions ?

1) Avant la PMI, des institutions au service des mères et des enfants

Comme l'indique Emmanuelle Berthiaud, déjà à la fin du XVIII^e siècle, des associations d'aide aux femmes de milieux modestes en couche sont créés, sur le modèle de la *Société philanthropique*, une institution fondée en 1780⁸⁸. C'est le cas d'une association parisienne, la société de *Charité maternelle*, qui a connu un essor tel que de nombreuses villes de province se sont vu doter d'une organisation similaire. Ayant pour but de réduire la mortalité infantile et l'abandon d'enfant, deux problèmes essentiellement liés, cette société apporte aux familles les plus pauvres, d'une part, une aide financière et matérielle, d'autre part des conseils de soin aux petits enfants. Elle promeut notamment

⁸⁷ Le Gouvernement provisoire de la République française, *Ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile*, op. cit., p. 7297

⁸⁸ Emmanuelle BERTHIAUD, « Les sociétés de charité maternelle : de la charité à l'assistance médicale », [en ligne], in., Scarlett BEAUVALET, Marie-Claude DINAT (sous la direction de), *Lieux et pratiques de santé : du Moyen-Age à la Première Guerre mondiale*, 2012, p. 183 – 203, disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01767613/document>

l'allaitement naturel en faisant accepter aux femmes aidées par la société d'allaiter leur enfant pendant deux ans. La ville d'Angers a elle-même disposée d'une société de *Charité maternelle*. Cependant cette société, dont l'utilité a largement été reconnue, s'est vue critiquée par les républicains à la fin du XIX^e siècle, notamment à cause des conditions très restrictives d'accès à l'aide qu'elle applique⁸⁹. Ne sont admises que les femmes mariées qui ont perdu leur mari pendant leur grossesse, dont le mari est infirme, qui ont trois enfants en bas âge et qui en attendent un quatrième, ou enfin qui sont enceintes tout en ayant deux enfants en bas âge et dont le mari les a abandonnés. Ce sont donc des situations particulières qui excluent, comme le font remarquer les républicains, un grand nombre de femmes qui auraient également besoin d'aide. Néanmoins on ne peut que reconnaître le rôle précurseur qu'a joué la société de *Charité maternelle* dans la reconnaissance des mères et des enfants par les gouvernements.

Le deuxième exemple d'institution qui a beaucoup contribué à la protection maternelle et infantile est l'organisation *Goutte de lait*. Créée par le pédiatre Léon Dufour en 1894 à Fécamp (Seine-Maritime), la *Goutte de lait* a deux rôles précis⁹⁰. Il s'agit, premièrement, de recevoir en consultation des mères et leurs jeunes enfants afin de suivre la croissance de ces derniers et de pouvoir dispenser des conseils d'éducation aux parents. Ce premier volet a avant tout un rôle médical et social. Deuxièmement, la *Goutte de lait*, comme son nom l'indique, effectue des distributions de lait stérilisé et éventuellement de denrées alimentaires. Comme il a été évoqué précédemment, la contamination du lait a très largement contribué à l'augmentation de la mortalité infantile. Bien plus ouvert au public que la société de *Charité maternelle*, la *Goutte de lait* a conquis de nombreuses femmes. Selon Catherine Rollet, en 1900 à Fécamp, environs 53% des enfants était nourri ou examiné à la *Goutte de lait*⁹¹. En 1947, ouvre à Angers une *Goutte de lait* municipale⁹².

La société de *Charité maternelle* et la *Goutte de lait*, par les missions dont elles se sont chargées, ont nettement contribué à la promouvoir la protection des mères et des enfants. C'est pour ces raisons que le service de PMI de Maine-et-Loire a voulu travailler de concert avec ces deux institutions.

⁸⁹ *Ibid.*, p. 202

⁹⁰ Catherine ROLLET, *Les enfants au XIX^e siècle*, Paris, Hachette Littératures, 2001, 265 p. Catherine Rollet en parle notamment dans son chapitre « Le médecine et l'enfant ». Elle revient brièvement sur cette association et parle plus généralement du rôle qu'ont joué ces institutions dans l'éducation des mères grâce aux consultations médicales.

⁹¹ *Ibid.*, p. 212

⁹² Sylvain BERTOLDI, Claude LE NAOURÈS, « Une cinquantaine, la crèche Marie-Placé », *in.*, *Vivre à Angers*, n°227, juillet-août 1999, disponible sur : <http://archives.angers.fr/chroniques-historiques/les-chroniques-par-annees/1996-2000/une-cinquantaine-la-creche-marie-place/index.html> (consulté le 15 mai 2019)

2) Inscrire les associations au programme de la PMI : l'exemple de la PMI de Maine-et-Loire

Dès 1946, deux institutions angevines reçoivent des subventions de la part du service de PMI de Maine-et-Loire, sous l'égide du ministère de la santé publique⁹³. Il s'agit de *l'association des crèches d'Angers* et de la *Charité maternelle d'Angers*. Un tableau récapitulatif donne, pour chaque institution, le montant de la subvention qui lui est attribuée. Ainsi, en 1946, *l'association des crèches d'Angers* reçoit 50 000 francs et la *Charité maternelle d'Angers* perçoit quant à elle 20 000 francs. Il est difficile de dire si ces associations, ou toute autre association de Maine-et-Loire recevaient une subvention avant 1946. Toutefois, dans un courrier adressé aux préfets le ministre de la santé publique et de la population indique : « comme les années précédentes, les filiales de la Croix-Rouge Française devront m'adresser, par votre seule entremise, leurs demandes de subvention. ⁹⁴» Il est clairement mentionné que cette procédure n'est pas nouvelle par la mention « comme les années précédentes ». Cela vient alors dissiper le doute sur d'éventuelles subventions délivrées avant 1946. De plus, ce document mentionne que la Croix-Rouge Française contribuait à la protection des mères et des enfants. Cela porte au nombre de trois les associations travaillant avec la PMI.

Cependant, la *Charité maternelle d'Angers*, *l'association des crèches d'Angers* et la Croix-Rouge ne sont pas les trois seules institutions à travailler avec la PMI. Bien qu'elle ne soit pas directement rattachée à la PMI, la *Goutte de lait* travaille étroitement avec la *Charité maternelle d'Angers*, en témoigne le compte-rendu moral faisant partie d'un dossier complet de demande de subvention de la *Charité maternelle* :

« La Société [la *Charité maternelle*] est secondée dans son but par la Société de la GOUTTE de LAIT, qui fournit, pour les enfants privés de l'allaitement maternel, un excellent lait, qui fait la pesée de ceux-ci et qui a un médecin consultant. ⁹⁵»

Outre le lait fournit aux enfants par la *Goutte de lait d'Angers*, la société de *Charité maternelle* apporte essentiellement une aide matérielle (layette, berceau, etc.) aux femmes mariées dans le besoin. Les filles-mères, dont la moralité ne correspond pas aux valeurs de la société de *Charité maternelle*, sont bien souvent rejetées malgré la volonté de l'État de donner aux enfants, quel que soit le statut marital de leur mère, toutes les aides nécessaires à leur survie :

⁹³ ADML, 58W14, Lettre du ministre de la santé publique et de la population au préfet de Maine-et-Loire datant du 2 janvier 1947 concernant les sommes attribuées à titre de subventions aux associations concourant à la PMI.

⁹⁴ ADML, 58W14, circulaire n° 149 du ministère de la santé publique et de la population adressée aux préfets des départements de France datant du 11 juin 1946.

⁹⁵ ADML, 58W14, dossier complet de demande de subvention à la PMI par la société de *Charité Maternelle d'Angers* pour l'année 1946.

« Pendant longtemps on a tourné la difficulté (l'enfant nécessiteux n'étant pas responsable) en faisant aider les filles-mères par une personne charitable qui faisait les avances d'argent nécessaires et en lui en remboursant le montant. Mais depuis quelques années, on peut s'appuyer sur une circulaire ministérielle et assister la mère sans justification de mariage. Cette assistance a été normale pendant un certain temps, malheureusement, il n'en a plus été ainsi cette année. ⁹⁶»

La PMI s'assure donc la collaboration des institutions par une aide financière. Cela lui permet, d'une part, de toucher une plus vaste population, qui, ne connaissant pas encore bien la PMI, s'appuie encore sur les institutions locales qu'elle connaît, d'autre part, d'avoir un droit de regard sur les activités de ces institutions. Angers n'est d'ailleurs pas la seule ville de Maine-et-Loire à voir ses institutions secondées par la PMI. Est tangible, grâce à un courrier du directeur départemental de la santé à la baronne de Cholet, la preuve que les hospices du Lion d'Angers reçoivent également une subvention de la part de la PMI pour la consultation des nourrissons⁹⁷. Cependant, si nombre d'institutions acceptent volontiers l'aide de la PMI, d'autres ne se laissent pas si facilement happer. C'est notamment le cas d'une institution religieuse, les servantes des plaines, qui refuse d'envoyer un dossier de demande de subvention car comme l'explique la mère supérieure de l'établissement :

« Nous vous remercions de l'offre que vous avez daigné nous faire et nous nous promettons d'y donner suite si à l'avenir nous nous voyons dans la nécessité de demander aide mais actuellement nous pouvons encore suffire à nos besoins relativement restreints, notre Centre social n'ayant pas une grande importance. ⁹⁸»

Il est tout à fait possible que la directrice de cet établissement religieux voie d'un mauvais œil la tentative de la PMI de mettre la main sur son institution. Il faut préciser que le dossier de demande de subvention comporte de nombreuses pièces à fournir, dont certaines peuvent être considérée comme intrusives⁹⁹. En effet, outre les informations générales d'ordre administratif (nom de l'établissement, adresse, date de création, buts, etc.), le dossier doit comporter le compte des recettes et dépenses exceptionnelles de l'exercice de l'année précédente, les recettes des subventions ou autres ressources et dépenses de ces recettes, un budget pour l'exercice en cours, un état nominatif du personnel dirigeant, technique et administratif avec leur statut et salaire, un avis des services d'inspection et de contrôle et un compte-rendu moral de l'association. De telles demandes peuvent paraître trop

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ ADML, 58W14, lettre du directeur départemental de la santé de Maine-et-Loire au la Baronne de Cholet datant du 3 juin 1946 concernant la subvention versée aux hospices du Lion d'Angers.

⁹⁸ ADML, 58W14, lettre de madame la supérieure des Servantes des Plaines au directeur départemental de la santé de Maine-et-Loire datant probablement de 1946 concernant les subventions allouées aux associations concourant à la PMI.

⁹⁹ ADML, 58W14, lettre du préfet de Maine-et-Loire aux référents des associations subventionnées par la PMI concernant les documents à fournir pour constituer un dossier de demande de subvention. Aucune date n'est indiquée cependant elle se situe nécessairement entre 1942 et 1946.

intrusives pour certains établissements. Il ne paraît donc pas improbable que la mère supérieure des servantes des plaines ait refusé pour cette raison, malgré l'apport non négligeable que représente une subvention de la PMI.

Les débuts de la PMI, dus à l'état de la France pendant la guerre, sont mitigés. Les départements, en charge de la PMI pour leur territoire, sont dépassés par ce qu'on leur demande et n'applique pas nécessairement les directives du ministère de la santé publique et de la population. Souvent rappelés à l'ordre, les départements mettent plusieurs années à réellement mettre en place le service de PMI. On peut considérer que ce n'est qu'à partir de 1946 que le Maine-et-Loire commence à prendre en main son service, et ce, grâce à l'arrivée d'un médecin-inspecteur de la santé, le docteur Viette, en 1945¹⁰⁰. Le service commence alors à fédérer autour de lui les institutions locales publiques et privées en leur conférant des subventions pour leurs activités. Cela permet à la PMI de toucher une population bien plus large et de se faire, selon l'expression, une clientèle.

C. Des missions variées réparties sur trois périodes

Le docteur Hamon dans son dossier divise les activités de la PMI en trois volets, correspondant à trois périodes distinctes : la période préconceptionnelle, les périodes anténatales et périnatales et enfin la période postnatale^{101 102}. Seront définies ces périodes une à une, et développées les missions qui y sont rattachées.

1) La période préconceptionnelle

La période préconceptionnelle est la seule période durant laquelle l'enfant n'est pas encore présent. Il n'est ni né, ni en gestation. Il s'agit surtout d'une catégorie regroupant les activités de surveillance des mariages et de prévention en matière de contraception et d'avortement. Concernant ce dernier point, la contraception ne devenant légale en France qu'avec la loi Neuwirth du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du *Code de la santé publique*, et l'avortement qu'avec la loi Veil du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse, il est nécessaire de diviser la catégorie préconceptionnelle en deux périodes. En effet, on peut distinguer une période allant de la date de création de la PMI, 1942, à la légalisation de la contraception 1967 ; et une période allant de 1967 à 1992, nos sources n'allant pas plus loin que cette année.

¹⁰⁰ Le docteur Viette a été médecin-inspecteur chef de la PMI de Maine-et-Loire de 1945 à 1951. Nous n'avons pas d'informations supplémentaires sur cet homme.

¹⁰¹ Albert HAMON, *Protection maternelle et infantile - Actions sanitaires. Bilan et évolution entre 1976 et 1992*, Direction des interventions sociales et de solidarité, 1992, 54 p. Le docteur Hamon divise son dossier en deux volets : le premier intitulé « PMI » est présenté sur 31 pages, hors annexes, le deuxième fait 23 pages, hors annexes également. Aussi lorsque nous utiliserons les annexes, nous les présenterons tels qu'ils sont intitulés dans la source, en renvoyant au volet correspondant.

¹⁰² Le docteur Albert Hamon est un médecin pédiatre. Il a été entre 1976 et 1992 le médecin-inspecteur chef de la PMI de Maine-et-Loire.

a) De 1942 à 1967

Entre 1942 et 1967, la période préconceptionnelle se voit dotée d'une seule mission, celle de la délivrance d'un certificat prénuptial, obligatoire pour les futurs époux entre 1942 et 2008. Comme il a été évoqué dans l'analyse de l'ordonnance du 2 novembre 1945 relative à la protection maternelle et infantile, ce certificat est délivré par un médecin après un entretien et des examens physiques et biologiques, notamment dans la recherche d'une éventuelle maladie sexuellement transmissible. Au-delà de la recherche d'une maladie particulière, le docteur Hamon précise que le certificat prénuptial « revêt une grande importance en matière de prévention en ce qui concerne les grossesses futures ¹⁰³ ». Il faut en déduire qu'il s'agit là d'un moyen pour la médecine occidentale de donner des premiers conseils et d'éventuellement de faire un rappel concernant l'obligation de déclarer la grossesse à la PMI.

Cependant il convient de s'interroger sur la portée de ce certificat. En effet, il n'est pas obligatoire pour les unions libres. Or, si ces unions restaient minoritaires par rapport au mariage, il faut préciser qu'au cours de la cinquantaine d'années qui séparent 1945 de 1992, la nuptialité a nettement baissé en France. En croisant les données sur la nuptialité présentées par le statisticien Alain Léry et les données disponibles sur le site de l'Insee, il a été créé un graphique présentant le taux de nuptialité pour mille habitants par tranche de dix ans de 1950 à 2000¹⁰⁴. Comme le montre le graphique, entre 1950 et 2000, le taux de nuptialité pour mille habitants passe de 8 à 5. Dès lors, face à la baisse de la nuptialité en France, et de l'augmentation des unions libres, les certificats de nuptialité deviennent moins importants et la prévention qui en découle est, de fait, moins efficace. Le docteur Hamon avance l'idée qu'il faudrait faire bénéficier aux « personnes vivant en union libre de la prévention recherchée par l'examen prénuptial. ¹⁰⁵ ». Cette mission, aujourd'hui disparue avec la fin des certificats prénuptiaux en 2008, a vu son importance diminuer au fil des décennies.

¹⁰³ Albert HAMON, *Protection maternelle et infantile - Actions sanitaires. Bilan et évolution entre 1976 et 1992*, Direction des interventions sociales et de solidarité de Maine-et-Loire, Angers, 1992, 54 p. volet « PMI », p. 12. L'auteur divise son rapport en deux volets : le premier intitulé « PMI » est présenté sur 31 pages, hors annexes. Le deuxième intitulé « Le service des actions sanitaires » fait 23 pages, hors annexes également. Ainsi lorsque nous utiliserons les annexes, nous les présenterons tels qu'elles sont intitulées dans la source, en renvoyant au volet correspondant.

¹⁰⁴ Voir graphique n°2. Nous avons récupéré les données pour la période allant de 1950 à 1970 dans : Alain LÉRY, *Données de démographie générale – nuptialité 1931 – 1973*, Collections de l'Insee, n°171, série D, n°41, novembre 1975, disponible sur <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9637679q/f3.item.texteimage> (consulté le 6 mai 2019). En ce qui concerne les données plus récentes, allant de 1970 à 2000, nous nous sommes documenté également grâce à l'Insee, dans : Institut national de la statistique et des études économiques, « Mariages – Pacs – Divorces », *in.*, « Tableaux de l'Économie Française. Édition 2016 », Insee références, 1^{er} mars 2016, disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906665?sommaire=1906743#titre-bloc-3> (consulté le 6 mai 2019)

¹⁰⁵ Albert HAMON, *op. cit.*, volet « PMI », p. 12

Il faut également mentionner des cours d'enseignement ménager que la PMI prenait en charge au moins encore jusqu'à la fin des années 1940¹⁰⁶. Cependant, il n'est guère possible d'apporter plus de détails sur le contenu exact de ces enseignements et sur la date jusqu'à laquelle ils ont été dispensés.

b) De 1967 à 1992

À partir de 1967, lorsque la contraception est légalisée par la loi Neuwirth, se pose la question des lieux d'information et de délivrance des contraceptifs. Le Mouvement français pour le planning familial avait déjà créé clandestinement des prototypes de CPEF, qui, à partir de 1967, se révèlent bien utiles au gouvernement¹⁰⁷. Mais ce n'est seulement qu'à partir du 24 avril 1972 avec le décret n°72 – 318 portant application de l'article 4 de la loi n°67 – 1176 relative à la régulation des naissances que les centres de planification et d'éducation familiale sont démocratisés. Il est difficile de dire si ces centres ont été mis sous le regard de la PMI dès leur création. En effet, Emmanuelle Piet, médecin départemental de la PMI, explique que les CPEF doivent être validés par le président du conseil départemental¹⁰⁸. Cependant, ne l'est-ce pas seulement depuis les lois Defferre de décentralisation des services d'État en 1982 ? En effet, l'article 4 de la loi n° 67 – 1176 du 28 décembre 1967 précise que chaque centre doit recevoir l'agrément du ministre des affaires sociales et de la santé¹⁰⁹. Or c'est bien ce ministère qui gère également la PMI avant les lois Defferre. Il est donc possible d'estimer que la PMI a un droit de regard sur les centres, voire même une gestion de ces centres, depuis leur création.

Les centres de planification et d'éducation familiale ont pour mission première la diffusion d'informations et de moyens de contraception à destination de tous, mais surtout des jeunes. Ils assurent une activité d'information sur l'IVG. Depuis 1992, ils ont également pour missions le dépistage et l'information des maladies sexuellement transmissibles, et aussi des cancers génitaux féminins. Ces centres disposent d'un service de conseils conjugaux. Les missions des CPEF sont clairement en lien avec les missions de protection et de prévention médico-sociales de la PMI.

¹⁰⁶ ADML, 163W2. En effet, dans un rapport du docteur Marcel Berger, Inspecteur divisionnaire de la santé, pour la commission régionale d'action sanitaire et sociale de Nantes, en 1947, l'auteur fait état du budget de la PMI pour cette même année. Il liste alors les activités pratiquées par la PMI afin de développer le budget. Le fait est que des cours d'enseignement ménager étaient bel et bien dispensés et pris en charge par la PMI. Nous pensons qu'il s'agit d'un reliquat du gouvernement de Vichy qui avait institué en 1942 des cours obligatoires de ce genre pour les jeunes filles.

¹⁰⁷ Bibia PAVARD, Florence ROCHEFORT, Michelle ZANCARINI-FOURNEL, « Une réforme inachevée : la loi Neuwirth du 28 décembre 1967 », in., *Les lois Veil. Contraception 1974, IVG 1975*, Paris, Armand Colin, Coll. U, 2012, 228 p.

¹⁰⁸ Emmanuelle PIET, « Protection maternelle et infantile, centres de planification : santé sexuelle et modalités d'intervention », in., *La santé en action*, décembre 2016, n° 438, p. 24 - 26

¹⁰⁹ Lucien NEUWIRTH, *Loi n° 67 – 1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique*, [en ligne], Journal Officiel, 29 décembre 1967, p. 12 861 – 12 862, disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000880754&pageCourante=12861 (consulté le 8 mai 2019)

En 1992, il existe dans le Maine-et-Loire sept CPEF, dont quatre sont gérés directement par le département et trois sont conventionnés par ce dernier¹¹⁰. Trois se trouvent à Angers, dont un au Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé, deux se situent à Cholet, un à Saumur et enfin un à Segré. Cette répartition spatiale montre clairement un monopole détenu par les villes, le milieu rural se trouvant assez mis de côté. Il serait intéressant de développer la question des interventions de la PMI en milieu rural, cependant il n'y a, pour cette étude, pas ou peu de sources permettant de l'aborder.

Concernant les centres de planification familiale, il est important de préciser que bien avant leur création par la loi Neuwirth en 1967, et ceux qui existaient déjà clandestinement avant cette date, le centre principal de Protection Maternelle et Infantile proposait des consultations pour les couples stériles involontaires, et ce, depuis 1945. En effet, il s'agit là d'une action entreprise par le Maine-et-Loire avec dix autres départements, faisant du centre principal du Maine-et-Loire un centre modèle¹¹¹.

La période appelée « préconceptionnelle » par le docteur Hamon est marquée par deux missions, toutes les deux en lien avec la prévention médico-sociale ciblée sur les couples. Malgré les barrières légales - le certificat prénuptial n'étant pas obligatoire pour les unions libres – la PMI arrive à toucher un public de plus en plus large. Ses actions semblent avoir grandement contribué à la diffusion de la contraception et des informations sur la sexualité. Le docteur Hamon félicite même son service d'avoir contribué à la diminution et à la stabilisation du nombre d'IVG en Maine-et-Loire¹¹². En effet, il indique qu'entre 1986 et 1992 le nombre d'IVG en Maine-et-Loire a baissé. Cependant, il n'indique pas les données. Cela montre tout de même l'attachement traditionnel de la PMI à la politique nataliste de la France, et ce, même dans le début des années 1990. Ce fait est également visible dans les missions développées dans les périodes anténatales et périnatales qui vont être étudiées.

2) Les périodes anténatales et périnatales

Les périodes anténatales et périnatales correspondent respectivement à la période allant de la conception à la 22^e semaine d'aménorrhée et la période allant de la 22^e semaine d'aménorrhée au 7^e jour révolu suivant la naissance de l'enfant. La 22^e semaine correspond au moment où le système nerveux du fœtus et ses muscles sont reliés, cela signifie donc que l'enfant peut bouger. De plus, c'est à partir de ce moment que les futurs parents peuvent aller effectuer à la mairie une reconnaissance anticipée de leur enfant. Ces périodes concernent donc en majorité

¹¹⁰ Albert HAMON, *op. cit.*, volet « PMI », p. 10

¹¹¹ ADML, 163W2, rapport du docteur VIETTE, médecin-inspecteur chef de la PMI de Maine-et-Loire, pour la Commission Régionale d'Action Sanitaire et Sociale datant de 1946.

¹¹² Albert HAMON, *op. cit.*, volet « PMI », p. 10

toute la phase de gestation de l'enfant. Il est possible d'étudier ces deux périodes communément dans une première partie car elles comportent des missions communes. Puis, dans une deuxième partie, il convient de s'intéresser aux activités propres à la période périnatale.

a) Les activités communes aux périodes anténatales et périnatales

Les activités pour ces périodes commencent dès que la PMI, par l'intermédiaire de la Caisse de Sécurité Sociale, a été informée de la grossesse. Dès lors, la future mère reçoit un carnet de maternité, obligatoire depuis la loi du 18 décembre 1989 relative à la Protection Maternelle et Infantile et à la Promotion de la Santé Familiale et inscrit dans le budget de la PMI, véritable pense-bête en matière de démarches à effectuer pendant la grossesse et pour la santé de l'enfant jusqu'aux six ans de ce dernier. En effet, il est prouvé, grâce à un rapport datant de février 1951 de la direction de la Sécurité Sociale sur l'Assurance Maternité, que le carnet comporte quatre parties : « pendant la grossesse », « au moment de l'accouchement », « après l'accouchement (1^{re} et 2^e années) » et « après l'accouchement (3^e, 4^e, 5^e et 6^e années) »¹¹³.

Pendant sa grossesse, la femme enceinte est tenue de se rendre à au moins trois consultations médicales, comme le stipule la loi n° 941 du 16 décembre 1942. Ces consultations peuvent être effectuées dans un centre conventionné de la PMI, bien que cela ne soit pas systématiquement le cas. En effet, le docteur Hamon mentionne un chiffre de 150 grossesses suivies par un centre de PMI à Angers en 1991, alors que le nombre de naissances dans le département se compte aux environs de 9 000 vers 1990¹¹⁴. Ces consultations, bien que primordiales et largement pratiquées par les femmes enceintes du fait de la médicalisation de la grossesse, ne sont donc que peu assurées par la PMI dans la Maine-et-Loire. Cependant, depuis la promulgation du décret n° 75.316 du 5 mai 1975, le service de PMI de chaque département peut engager des sages-femmes afin d'assurer le suivi clinique et l'information auprès des femmes enceintes. Dans le cas du Maine-et-Loire, le service dispose, selon le docteur Hamon, d'une sage-femme à mi-temps depuis 1990, elle aurait effectué 72 consultations en 1991, et 93 consultations rien que pour le premier semestre de l'année 1992¹¹⁵. En fouillant les sources, il n'a effectivement jamais été trouvée de mention d'une sage-femme avant cette date. Les chiffres évoqués, en nette augmentation, laisse penser que la présence de la sage-femme est très appréciée de la population féminine enceinte, mais également du docteur Hamon lui-même qui rappelle plusieurs fois la très grande utilité de cette professionnelle. Il serait également intéressant de se demander si les

Clicours.COM

¹¹³ ADML, 453W190 : rapport de la direction de la Sécurité Sociale datant de février 1951 concernant l'Assurance Maternité.

¹¹⁴ Albert HAMON, *op. cit.*, volet « PMI » p. 13

¹¹⁵ Albert HAMON, *op. cit.*, volet « PMI » p. 16

femmes enceintes ne préfèrent pas s'adresser à une sage-femme plutôt qu'à un médecin pour leur suivie de grossesse. La question des acteurs de la PMI va être abordée dans une prochaine partie, aussi elle ne sera pas plus étudiée pour le moment.

Lorsqu'elle déclare sa grossesse et après la naissance de l'enfant, la future mère peut également bénéficier d'une visite d'une assistante sociale ou une puéricultrice. En aucun cas obligatoire, sauf exceptions, la visite est un moment pendant lequel la mère peut poser des questions sur l'accueil au domicile familial de l'enfant, que cela soit sur l'hygiène, les risques liés au domicile, etc. Les exceptions concernant l'indispensabilité de cette visite sont définies par le docteur Hamon : risques d'accouchement prématuré et risques de difficultés socio-familiales, essentiellement liés à l'âge de la mère (moins de 20 ans, plus de 40 ans), au niveau socio-économique de la famille, à un antécédant de décès d'enfant, à un projet connu d'IVG, à la nationalité étrangère d'un ou des parents, à une grossesse illégitime ou à un retour de couche¹¹⁶. Malgré la volonté universaliste de la PMI, le service à une nette tendance à se tourner vers les familles modestes, considérées comme à risque.

Enfin, les femmes enceintes peuvent bénéficier d'une prise en charge financière par la PMI d'heures effectuées par une travailleuse familiale à domicile. Dans le Maine-et-Loire, il s'agit d'une action menée depuis 1978, en complément de la prise en charge pour le même type de prestations par la CAF. Les travailleuses familiales à domicile assurent, pour la femme enceinte ou la jeune maman, une aide à la bonne tenue de la maison. Cela passe par du ménage, de la cuisine, une aide à la garde des enfants, etc. Ces travailleuses interviennent plus particulièrement dans les familles dans lesquelles une naissance multiple est prévue. Entre 1978 et 1991, le nombre d'heures réalisé a augmenté.

Tableau n° 2 : Nombre d'heures effectué par les travailleuses familiales à domicile dans le Maine-et-Loire entre 1978 et 1991 ¹¹⁷:

1978	1984	1991
1 308	8 669	10 473

En l'espace de treize ans, le nombre d'heures effectuées a été multiplié par huit, ce qui montre un réel besoin de la part des bénéficiaires.

¹¹⁶ Albert HAMON, *op. cit.*, volet « PMI », annexe 6 « visites prénatales – critères »

¹¹⁷ Albert HAMON, *op. cit.*, volet « PMI », p. 14

La majeure partie des activités liées aux périodes anténatale et périnatale sont donc particulièrement tournées vers une intervention sociale, que cela soit par l'information ou par la délivrance d'une aide. Il reste une action à étudier, liée spécifiquement à la courte période périnatale.

b) L'activité spécifique à la période périnatale

Également tournée vers l'information, cette activité consiste à faire le lien entre les établissements d'accouchement et les services de pédiatrie. Comme l'évoque le Docteur Hamon, il s'agit essentiellement « de faire connaître le rôle du service départemental de P.M.I tant auprès des services hospitaliers qu'auprès de la population ¹¹⁸» notamment en ce qui concerne le suivi des femmes enceintes. Si cette initiative fonctionne plutôt bien dans les établissements publics, les établissements privés ne sont pas aussi réceptifs en Maine-et-Loire. Cela montre la volonté des établissements privés de garder leur « clientèle » exclusivement sous leur giron. En effet, si les futures viennent à avoir connaissance de l'existence de la PMI, ou de toutes les aides qu'elles peuvent recevoir gratuitement ou à moindre frais, les établissements privés risquent de voir leur chiffre d'affaire baisser. Tandis que l'enjeu n'est pas le même dans les établissements publics, qui, dans tous les cas, sont financés par l'État et les collectivités territoriales auxquelles ils sont rattachés. Faute de sources, l'étude de l'évolution de cette action n'est pas faisable.

Maintenant que les activités de la PMI lors des périodes anténatale et périnatale ont été étudiées, il reste à développer les missions liées à la période postnatale, durant laquelle la santé de l'enfant est au cœur des préoccupations du service.

3) La période postnatale

La période postnatale correspond à la période allant du 8^e jour aux six ans de l'enfant. Cette période, la plus longue qui va être étudiée, est caractérisée par la mise au centre des actions des enfants.

L'une des actions les plus emblématiques de la PMI durant cette période est la consultation médicale des nourrissons et des enfants de manière générale. En effet, dès 1945, de nombreux postes de consultation de

¹¹⁸ Albert HAMON, *op. cit.*, volet « PMI », p. 14

nourrissons ont été mis en place dans le Maine-et-Loire, notamment en milieu rural pour pallier le désert médical qui y résidait. Il y a à disposition de nombreux arrêtés, datant pour beaucoup de 1947, 1948 et 1949, autorisant la mise en place de cabinets de consultation de nourrissons, fixes ou itinérants sous la forme d'un camion¹¹⁹. Et même d'une note manuscrite du maire de la commune de Saint-Sauveur-de-Flée au sous-préfet de Segré datant du 6 octobre 1948 demandant si un des camions de consultation de nourrissons de la PMI pourrait intervenir dans sa commune¹²⁰. L'augmentation rapide du nombre de postes de consultation laisse penser que, tout en étant une action phare de la PMI, il s'agit pour celle-ci d'un enjeu capital. En couplant les données disponibles dans le rapport du docteur Hamon et les données présentées dans le rapport d'activité pour l'année 1968 de la direction de l'action sanitaire et sociale du Maine-et-Loire, il a été créé un graphique de l'évolution du nombre de postes de consultation de nourrissons entre 1968 et 1991¹²¹. Une diminution du nombre de postes et de séances de consultation des enfants du premier âge est clairement constatée, expliquée par l'augmentation du personnel médical en campagne, d'après le docteur Hamon¹²². Cependant, aucune autre source l'attestant n'a été trouvé. Si le nombre de consultations des enfants du premier âge a diminué au fil des décennies, celui du deuxième âge (enfants scolarisés), a nettement augmenté¹²³. Avant les années 1980, le nombre de consultations d'enfants d'école maternelle est bas et constant. Mais à partir des premières années de la décennie 1980, le nombre de consultations augmente, de telle sorte qu'en 1990, plusieurs milliers d'élèves sont examinés chaque année par la PMI. Il semblerait que le service ait voulu donner une plus grande importance aux enfants de maternelle, notamment en développant des bilans audio-visuels afin de dépister d'éventuelles problèmes¹²⁴.

Le travail de la PMI passe également par l'inspection des structures d'accueil des enfants. Ainsi, ces structures, dans le rapport d'activité de la direction de l'action sanitaire et sociale de Maine-et-Loire de l'année 1969, ces structures sont divisées entre les crèches, les haltes-garderies et l'hôtel-maternel¹²⁵. À cela il faut ajouter les nourrices (autrement appelées assistantes maternelles) qui doivent être conventionnées et surveillées par la PMI. Cette mission, d'ores et déjà prévue par la loi n° 941 du 16 décembre 1942, soit dès la création du service de PMI. Les assistantes maternelles agréées pour l'accueil à la journée travaillent, pour la très grande majorité d'entre-elles, indépendamment d'une structure. Entre 1979 et 1992, les effectifs s'élèvent globalement à 3 500, mais a tendance à

¹¹⁹ ADML, 453W190. Cette cote contient nombre d'arrêtés concernant diverses communes rurales du Maine-et-Loire telles que Chazé-sur-Argos, La Chapelle-sur-Oudon, Freigne ou Châteauneuf-sur-Sarthe.

¹²⁰ ADML, 453W190, lettre du maire de la commune de Saint-Sauveur-de-Flée au sous-préfet de Segré datant du 6 octobre 1948 concernant la possibilité de faire venir un camion de consultations de nourrissons jusqu'à sa commune.

¹²¹ *Ibid.*, les informations sont situées à la page 41 du rapport dans le volet « consultations de P.M.I. ».

¹²² Voir graphique n° 3

¹²³ Voir graphique n° 4

¹²⁴ C'est notamment ce que précise le docteur Hamon. Hélas, nous n'avons pas plus d'informations sur le type d'examen effectué pendant les consultations.

¹²⁵ ADML, 303W82, p. 42 du rapport.

légèrement baisser¹²⁶. Cette surveillance est très probablement un héritage de la surveillance que le gouvernement a voulu établir vis-à-vis des nourrices chez lesquelles on observait un taux élevé de mortalité infantile. Il ressort que cette mission a perduré bien au-delà de la baisse de la mortalité infantile. De fait, il faut décemment supposer que la surveillance exercée sur les établissements de garde d'enfants, endroits propices à la propagation d'infections, par la PMI a permis de faire baisser le taux de mortalité infantile et ce, malgré l'augmentation de nombre d'enfants mis en garde. Depuis 1992, les assistantes maternelles doivent obligatoirement suivre une formation, dont les frais sont indiqués dans le budget de la PMI, afin d'être agréées.

Les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance sont, quant à eux, suivis par la PMI et ce notamment depuis la circulaire ministérielle du 16 mars 1983. Cela est dû à un état des lieux alarmant de la santé de ces enfants confiés à l'Assistance. En Maine-et-Loire, les enfants du Village Saint-Exupéry sont donc suivis par la PMI. Certains établissements médico-éducatifs sont également financés en partie par la PMI. Cela n'est pas un hasard. En effet il est plus simple pour les services sociaux de faire appel à des services publiques comme la PMI que de faire appel à des médecins de cabinets privés.

La PMI assure également un rôle dans le financement de colonies de vacances sanitaires¹²⁷. Cela permet notamment aux enfants malades de familles aux revenus modestes de partir en vacances, probablement dans des endroits où l'air est considéré comme vivifiant.

Enfin il est important de citer les actions de sensibilisations et de coordination aux maltraitances des enfants. En effet, le service organise régulièrement depuis les années 1980 des réunions à destination des professionnels de la santé et de l'éducation¹²⁸.

Après une étude approfondie, il est possible de diviser les missions de la PMI en deux catégories selon les périodes. Les périodes préconceptionnelle, anténatale et périnatale sont plutôt marquées par une aide sociale de la part de la PMI. Les activités de la PMI sont plus tournées vers l'information et la prévention que vers le suivi médical, malgré la volonté du service de développer ce volet. La période postnatale, également marquée par la mise à disposition d'informations, est tout de même plus tournée vers la protection médicale des enfants. Les consultations

¹²⁶ Albert HAMON, *op. cit.*, volet « PMI », p. 21

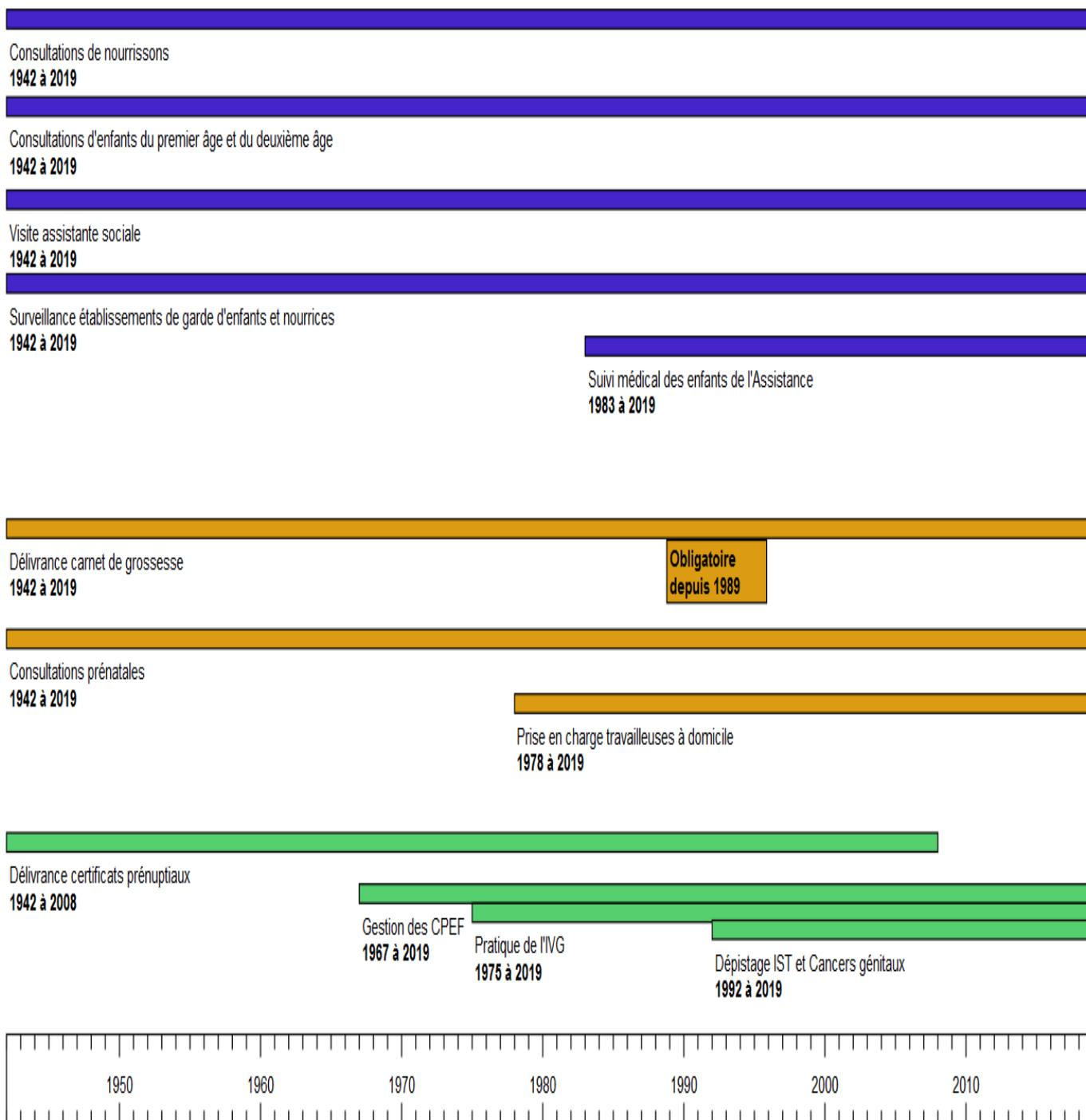
¹²⁷ ADML, 163W2, rapport du docteur Marcel BERGER, Inspecteur divisionnaire de la santé, pour la Commission Régionale d'Action Sanitaire et Sociale de Nantes datant de 1948.

¹²⁸ La circulaire du 25 mars 1983 relative à la maltraitance des enfants a alerté les professionnels de l'enfance sur les dangers de la maltraitance et tend à renforcer la prévention et la protection.

des enfants du premier âge et du deuxième âge représentent le fer de lance de la PMI. La surveillance exercée sur les structures d'accueil d'enfants et la prévention médico-sociale ont permis de faire reculer la mortalité infantile en France.

Afin de simplifier la compréhension de l'évolution des activités de la PMI, nous avons constitué une frise chronologique établissant la synthèse de ce que nous avons développé dans cette partie. Les activités de la période préconceptionnelle sont en vert, les activités des périodes périnatales et anténatales sont en orange et les activités de la période postnatale sont en bleu. Nous avons fait le choix de faire s'arrêter la frise en 2019, cela ne signifie pas que les activités s'arrêtent à cette date, mais bien qu'elles sont encore pratiquées aujourd'hui.

Frise chronologique n° 1 : Synthèse des activités de la PMI de 1942 à nos jours :



Les actions menées par la PMI étant clairement établies, il convient désormais de s'intéresser aux acteurs qui permettent la réalisation de ces actions.

D. Les acteurs de la PMI

Il va de soi que l'étude des acteurs de la PMI est indispensable à la compréhension du fonctionnement de cette institution. Les missions assurées par le service de Protection Maternelle et Infantile étant variées, le personnel l'est, logiquement, tout autant. Entre le personnel administratif, le personnel médical et les travailleurs sociaux, la PMI est un vaste service prônant la collaboration entre les professionnels de la santé. Il convient, dans une première partie, de présenter les différents acteurs et leur rôle dans le fonctionnement de l'institution. Puis sera présentée, dans une seconde partie, l'évolution numérique de ces acteurs en expliquant l'impact de cette évolution.

1) Personnel administratif, personnel médical et travailleurs sociaux

a) Le médecin-inspecteur chef de la PMI

Avant les lois Defferre, la PMI était placée sous l'autorité du ministre de la santé publique et de la population. Mais, à partir de 1982, le service passe sous l'autorité du président du Conseil Général. Les services de PMI, bien que déjà relativement autonomes jusqu'à cette date, acquièrent encore plus de libertés. À la tête de chaque service départemental, un chef de service, le médecin inspecteur départemental de la santé, coordonne les activités et fait le lien entre le service et l'autorité exercée par le président du Conseil Général. S'ajoute à ses fonctions administratives son activité de médecin classique, à savoir des consultations. En croisant différentes sources, un tableau qui retrace partiellement la chronologie des directions du service de PMI en Maine-et-Loire de 1945 à 1993 a pu être constitué¹²⁹.

¹²⁹ Pour ce faire, nous avons utilisé le rapport du docteur Hamon qui nous indiquait notamment les dates de début et de fin de fonction pour lui-même, et le nom de son successeur. Puis, pour avoir les noms et dates antérieurs, nous nous sommes basés sur des procès-verbaux de réunion de la section sanitaire de la commission régionale d'action sanitaire et sociale de Nantes pour les années 1947 à 1954 (ADML, 163W2), sur une note du chef du 2^e bureau de la 3^e division de la préfecture au chef de la division datant du 9 février 1946 (ADML, 58W13), et sur une lettre du docteur Renouard, chef du service de PMI, au préfet de Maine-et-Loire datant du 13 juin 1975 (ADML, 1018W174)

Tableau n° 3 : Chronologie des médecins inspecteurs de la santé en Maine-et-Loire de 1945 et 1993 :

1^{er} septembre 1945 - 1951	1951 - ? (Au moins jusqu'en 1954)	Entre 1954 et 1972	? (Au moins depuis 1973) – 31 décembre 1975	1^{er} janvier 1976 – 31 décembre 1992	1^{er} janvier 1993 - ?
Dr Viette	Dr Ameur	?	Dr Cl. Renouard	Dr Albert Hamon	Dr Louis-Noël Cateland

Le médecin inspecteur de la santé, en plus d'assurer des consultations de nourrissons et de jeunes enfants, est le garant du fonctionnement de la PMI dans le Maine-et-Loire. Dès la création de la PMI, les départements peinent à trouver un directeur pour la PMI. Pour avoir discuté de la situation actuelle de la PMI avec un employé du département, c'est un fait qu'aujourd'hui encore c'est un problème. Cela est dû à la multiplication des charges de la PMI au cours des décennies. En effet, en 1967 la loi Neuwirth, en 1975 la loi Veil et à partir de 1982 les lois Defferre, ajoutent des responsabilités au chef du service de PMI. Concernant les lois Defferre, le docteur Hamon précise dans son bilan que depuis la loi du 22 juillet 1983, les départements de France ont hérité des missions de prévention de la tuberculose, des MST et des cancers, mais également des vaccinations obligatoires. De ce fait, le service des Actions Sanitaires du département est rattaché au service de Protection Maternelle et Infantile à partir de 1983. Cela alourdi encore davantage la fonction de médecin chef de la PMI. Il peut être intéressant d'observer que tous les directeurs de la PMI du Maine-et-Loire connus sont de sexe masculin.

b) Le personnel administratif

Le personnel administratif concerne également les secrétaires du service, cependant, faute de sources il n'est pas possible de les étudier particulièrement. Elles occupent certainement cette fonction pour effectuer les tâches de gestion simple : la rédaction et l'envoi des courriers, la communication des informations entre les différents services de la PMI, et certainement d'autres tâches. Selon le docteur Hamon, en 1992 le service emploie deux secrétaires, toutes les deux des femmes¹³⁰.

Après avoir étudié le personnel administratif, il convient de s'intéresser au personnel médical qui assurent les missions de dépistages, de suivi et de soins médicaux.

¹³⁰ Albert HAMON, *op. cit.*, volet « PMI », p. 4

c) Le personnel médical

Cette catégorie concerne plusieurs professions en lien avec le monde de la santé. Il faut alors procéder à l'étude du personnel médical en consacrant une sous-partie par profession pour plus de clarté.

- Les médecins

Ces médecins sont ceux qui interviennent lors des consultations de nourrissons et d'enfants scolarisés en école maternelle, mais également ceux qui interviennent dans les centres de planification et d'éducation familiale et qui délivrent les certificats prénuptiaux. Ce sont donc les médecins qui travaillent directement pour la PMI ou ceux qui sont rattachés d'une quelconque manière au service, qui sont également désignés sous le terme médecins vacataires. Ces derniers sont les médecins qui, selon le docteur Hamon, sont « chargés de consultation infantiles et/ou des modes de garde, formation assistantes maternelles » ainsi que des gynécologues opérant notamment dans les CPEF¹³¹. Il semblerait que les postes de médecins vacataires soient plus intéressants que les postes de médecins de PMI. En effet, dans le rapport d'activité de la direction sanitaire et sociale de Maine-et-Loire pour l'année 1969, il est mentionné :

« Enfin, les concours ouverts en 1969 pour le recrutement d'un médecin chargé de la Protection Maternelle et Infantile n'ont donné aucun résultat, le candidat retenu, médecin contractuel de la Santé Scolaire, n'ayant pu donner suite à son affectation pour des raisons de rémunération (non-prise en charge de son ancienneté dans le service).¹³²»

Il est possible que les fonctions de médecin de la PMI soient moins intéressantes que pour un médecin vacataire agréé, potentiellement au niveau du salaire. Seulement, concernant cette question, les sources ne permettent pas de dresser une échelle.

- Les infirmières-puéricultrices

Ces infirmières spécialisées dans la prise en charge des enfants ont plusieurs missions au sein de la PMI. Selon le rapport d'activité de la direction sanitaire et sociale de Maine-et-Loire pour l'année 1969, les infirmières-puéricultrices animent la plupart des consultations de nourrissons¹³³. Ces consultations servant principalement à

¹³¹ *Ibid.*, volet « PMI », p. 6

¹³² ADML, 303W82, rapport d'activité pour l'année 1969 de la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale de Maine-et-Loire, p. 2 du rapport

¹³³ *Ibid.*, p. 41 du rapport.

peser l'enfant et à vérifier qu'il n'a pas de problème de santé particulier, les infirmières-puéricultrices sont tout à fait qualifiées pour effectuer ces gestes. Mis à part la prévention médicale, elles ont aussi un rôle non-négligeable, voire de plus en plus important, dans le « travail familial para-médical éducatif ¹³⁴». En effet, la consultation est un moment opportun pour que les mères et les pères puissent poser des questions qui vont bien au-delà de la santé de leur enfant, cela a longtemps été, et l'est encore, le rôle des médecins de famille¹³⁵. L'initiation des familles aux bons gestes à avoir envers leurs enfants est primordial dans la pensée de la PMI. L'alimentation, les gestes de soins et d'hygiène aux petits enfants, le comportement, sont autant de questions qui sont abordées par ces professionnelles de la santé. Il s'agit de la base du travail de ce service, les infirmières-puéricultrices sont donc indispensables au fonctionnement de la PMI. En 1986, les infirmières-puéricultrices de la PMI sont rejointes par les infirmières du service des actions sanitaires. En plus des questions qui ont déjà été évoquées, les infirmières abordent à partir de cette date les questions de vaccination, de lutte contre la tuberculose et d'autres maladies comprenant les IST et la pédiculose¹³⁶. Cependant, rien n'indique que les infirmières de la PMI ne le faisaient pas avant 1986.

- Les sages-femmes.

Pour le cas des sages-femmes, il n'y a hélas que peu de recul. Le service de PMI ne doit obligatoirement en recruter que depuis la promulgation du décret n° 92.785 du 6 août 1992. Néanmoins, elles étaient déjà présentes dans les services de PMI en tant que vacataires avant ce décret. Leur rôle tend principalement à suivre la grossesse de femmes recourant à la PMI tant sur le plan clinique qu'informatif, comme il a été évoqué précédemment. Le personnel médical a donc autant pour mission de soigner et de protéger les enfants que d'informer les parents.

d) Les travailleurs sociaux

¹³⁴ *Ibid., loc. cit.*

¹³⁵ Catherine ROLLET, *Les enfants au XIX^e siècle*, Paris, Hachette Littératures, 2001, 265 p. Depuis le XIX^e siècle, les familles développent avec le médecin de famille un lien de confiance les poussant à demander conseil. C'est le rôle que tiennent alors les infirmières-puéricultrices de la PMI.

¹³⁶ En témoigne d'ailleurs une lettre du docteur Renouard, chef de la PMI, au préfet de Maine-et-Loire datant du 13 juin 1975 sur la recrudescence de la pédiculose dans les écoles depuis trois ans. Il est intéressant de souligner qu'il parle « d'inciter les gens sales à faire un effort ». C'est la preuve que, malgré l'expérience des professionnels de la santé en France, le problème des poux n'est pas bien compris même en 1975.

Les travailleurs sociaux s'occupent de la partie consacrée à la surveillance des familles et des structures de garde d'enfants. Ils ne sont pas moins importants que le personnel médical et sont un instrument très intéressant dans la prévention sanitaire et sociale.

- Les assistantes sociales

Les assistantes sociales, véritables héritières des œuvres de bienfaisance du XIX^e siècle et de la première moitié du XX^e siècle, ont pour mission de surveiller les familles qui présentent, ou pourraient présenter, un problème sanitaire, social ou encore économique¹³⁷. Le rapport d'activité de la direction sanitaire et sociale de Maine-et-Loire pour l'année 1969 valorise particulièrement l'activité des assistantes sociales :

« Le bilan annuel de leurs activités fait apparaître la multiplicité de leurs tâches et l'effort qu'elles s'attachent à fournir pour mener, en liaison avec toutes les catégories de travailleurs sociaux, une action soutenue près des familles déficientes. ¹³⁸»

Elles interviennent dans les familles pour dépister les risques et désamorcer des situations conflictuelles qui pourraient nuire à l'enfant. En matière de prévention, le rôle des assistantes sociales est primordial. Habilitées à intervenir au sein du lieu de vie de l'enfant, elles sont un acteur de médiation entre les familles et les services sociaux. Cependant, malgré l'apologie de leur travail par les services départementaux, il faut émettre des réserves quant à la réaction des familles face à cette entrée dans leur vie privée. Faute de témoignages, la question n'a pas pu être étudiée.

- Les conseillères conjugales

Enfin, dans le rapport du docteur Hamon, il est indiqué que la PMI a sous sa responsabilité des conseillères conjugales vacataires, et ce, depuis au moins 1976. Il n'y a pas d'informations sur leur action spécifique dans le cadre de la PMI. Cependant il est probable qu'elles interviennent dans le cadre des CPEF. Ce cadre paraît tout à fait idéal à l'exercice de cette activité. En effet, les CPEF s'occupant de la prévention, entre autres, à l'égard des couples, il se peut tout à fait que les conseillères y agissent.

La PMI est composée de trois catégories de professionnels, en plus du médecin-inspecteur chef dont la fonction est double : le personnel administratif, le personnel médical et les travailleurs sociaux. Chaque corps de métier agit

¹³⁷ Anne-Marie SOHN, « Nous les assistantes sociales, naissance d'une profession, témoignages présentés par Yvonne Knibiehler », [Compte-rendu], *Revue d'Histoire Moderne & Contemporaine*, janvier – mars 1983, tome 30, n° 1, p. 182 – 184. Nombre de ces assistantes sociales de bienfaisance ont été engagées par des institutions publiques, PMI compris.

¹³⁸ *Ibid.*, loc. cit.

sur des aspects différents des missions de la PMI. Néanmoins le but est le même dans chaque cas : concourir à la protection et à la prévention auprès des familles. Pour cela, les professionnels communiquent régulièrement, probablement par le biais de rapports et de réunions, notamment quand il s'agit de suivre une famille qui est confrontée à plusieurs problèmes qui nécessitent une prise en charge multiple. Il faut désormais aborder dans une deuxième partie la question de l'évolution numérique de ces professionnels au sein de la PMI.

2) L'évolution numérique du personnel de 1946 à 1992

En croisant diverses sources, un tableau de l'évolution de plusieurs corps de professionnels travaillant pour la PMI de 1946 à 1992 a pu être dressé¹³⁹.

Tableau n° 4 : Nombre de professionnels de la PMI du Maine-et-Loire par catégorie de 1946 à 1992 (au-dessus de la ligne bleue les personnels du département, en-dessous de la ligne bleue, les personnels vacataires) :

	1946	1969	1976	1984	1992
Médecins départementaux x			5	6	8
Infirmières- puéricultrices		14 (Au moins)	31	37	42
Infirmières			1	1	9
Gynécologues			1	3	4
Médecins agrés	50 (Au moins)		136	60	34
Sage-femme			1	1	1
Conseillères conjugales			1	11	7

¹³⁹ Ces sources sont : Albert HAMON, *Protection maternelle et infantile - Actions sanitaires. Bilan et évolution entre 1976 et 1992*, Direction des interventions sociales et de solidarité de Maine-et-Loire, Angers, 1992, 54 p. Cette source a notamment permis d'établir les chiffres pour la période allant de 1976 à 1992. ADML, 303W82, rapport d'activité de la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale de Maine-et-Loire pour l'année 1969. Cette source concerne les chiffres pour les postes d'infirmières-puéricultrices et d'assistantes sociales pour l'année 1969. ADML, 453W190, liste des médecins agrés de la PMI dressées par la direction départementale de la santé en 1946. Cela nous a permis d'estimer le nombre de médecins agrés par la PMI en 1946.

Assistantes sociales		69			
---------------------------------	--	----	--	--	--

Le nombre de médecins départementaux, d’infirmières-puéricultrices, d’infirmières et de gynécologues a augmenté au fil des décennies. Cela s’explique par le nombre d’enfants pris en charge par la PMI qui augmente, mais également par la systématisation des examens en milieux scolaires effectués par les médecins départementaux. Le nombre d’infirmières a augmenté après 1984 par le regroupement du service de PMI avec le service des actions sanitaires. Les infirmières du service des actions sanitaires sont désormais comptées dans le total.

Si le nombre de médecins départementaux augmente, ce n’est pas le cas de celui des médecins agréés. Ce fait, qui peut paraître étonnant de prime abord, s’explique par le développement du réseau médical en milieu rural. Le nombre de médecins non-agrégés a très largement augmenté et les familles n’ont plus systématiquement recours à ceux qui sont agréés, d’où leur diminution.

Le fait que le nombre de sages-femmes n’ait pas augmenté et plafonne à un individu pose question. Il a déjà été question dans cette étude de l’importance de ces professionnels pour le suivi des femmes enceintes et l’information sur la grossesse dans une partie précédente. Le docteur Hamon indique dans son rapport que le nombre de sages-femmes dans les services de PMI est bas partout en France, mais particulièrement dans dix départements dont le Maine-et-Loire¹⁴⁰. Le décret n° 92.735 du 6 août 1992 rendant obligatoire la présence de sages-femmes dans ce service stipule qu’il faut une sage-femme pour 1 500 naissances domiciliées. Ainsi selon le docteur Hamon, il devrait y avoir six en 1992. Il est possible que ce nombre n’ait pas augmenté à cause à la présence de sages-femmes dans les hôpitaux. Ces dernières suffisent peut-être à suivre les femmes enceintes du Maine-et-Loire. Néanmoins, il également tout à fait possible que le Conseil Général ne veuille pas payer les sommes que représenteraient les nouveaux postes de sages-femmes.

Le personnel du service de PMI est divisé en trois catégories : le personnel administratif qui comporte notamment le médecin-inspecteur chef de la PMI, le personnel médical et les travailleurs sociaux. À chaque profession sa mission, même si toutes œuvrent pour la prévention et la protection des mères et des enfants. Bien que la majorité des catégories professionnelles ait vu leur personnel augmenter, certaines, comme les sages-femmes et les médecins agréés ont vu leur nombre stagner ou baisser. Les acteurs évoluent en fonction des missions dont la PMI doit s’occuper, mais également en fonction des moyens accordés à ce service.

¹⁴⁰ Albert HAMON, *op. cit.*, volet « PMI », p. 16

E. Les moyens financiers et matériels

Comme toutes les institutions, qu'elles soient publiques ou privées, la PMI a besoin de moyens financiers et matériels pour fonctionner. Il faut donc débiter l'étude par une première partie consacrée à l'évolution du budget de la PMI de Maine-et-Loire et la manière dont ce budget est divisé entre les différents pôles d'action. Puis, dans une deuxième partie, seront abordées les infrastructures accueillant ce service.

1) Étude du budget de la PMI

Le budget du service de PMI de Maine-et-Loire évolue tout au long du second XX^e siècle. Il est constitué à partir de fonds émanant de divers acteurs territoriaux : la caisse régionale de Sécurité Sociale, la direction départementale des Affaires Sanitaires, les municipalités bénéficiant pour leur commune d'actions de la PMI, et d'autres acteurs éventuels (dons et legs et autofinancement par exemple)¹⁴¹. Il apparaît, après estimation, que les communes participent à hauteur de 10% du budget du service départemental de Protection Maternelle et Infantile.

En 1954, la Caisse Régionale de Sécurité Sociale de Nantes alloue en moyenne 10% de son budget total à la PMI des départements dont elle a la charge. À titre comparatif, voici un tableau de la répartition des subventions de la CRSSN entre les départements :

Tableau n° 5 : Répartition des subventions en anciens francs de la CRSSN entre les départements en 1954 :

Indre-et-Loire	Loire-Inférieure	Maine-et-Loire	Morbihan	Vendée
2 500 000	6 600 000	4 000 000	1 300 000	2 200 000

Les sommes attribuées varient considérablement entre chaque département. Loin d'être arbitrairement répartie, cette somme est calculée sur la base du nombre de naissances dans le département, du nombre d'assurés sociaux industriels et de l'importance du budget. La Commission Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales estime que cette somme, divisée entre chaque service départemental de PMI, représente 25% du budget total des services

¹⁴¹ ADML, 93W1, Pour les communes nous avons d'ailleurs un bel exemple d'état des sommes à verser à la trésorerie de la PMI par les communes de Maine-et-Loire datant de 1949. La somme à verser est calculée par rapport au nombre d'habitants de la commune.

de PMI des départements¹⁴². Ainsi il a été possible de calculer une estimation du budget global de chaque département, toujours en anciens francs :

Tableau n° 6 : Estimation du budget départemental de la PMI pour cinq départements en 1954 :

Indre-et-Loire	Loire-Inférieure	Maine-et-Loire	Morbihan	Vendée
10 000 000	26 400 000	16 000 000	5 200 000	8 800 000

Cette estimation se révèle être correcte au regard du budget pour l'année 1953 de la PMI de Maine-et-Loire qui est de 16 115 000 anciens francs. Le Maine-et-Loire possède le deuxième budget le plus élevé de la région après celui de la Loire-Inférieure¹⁴³. Il semble que le Maine-et-Loire soit un département démographiquement plus développé et comporte donc plus d'assurés sociaux que l'Indre-et-Loire, la Vendée et le Morbihan. Il est difficile de dire si la PMI de Maine-et-Loire est plus développée que celle des trois départements précédemment cités en l'absence de sources sur ces services.

En croisant plusieurs procès-verbaux de réunion de la CRASS et le rapport du docteur Hamon, il a été possible de retracer le budget total de la PMI entre 1947 et 1991. Ainsi a été créé un graphique montrant l'évolution de ce budget¹⁴⁴. En étudiant ce graphique, il apparaît que le budget de la PMI n'a cessé d'augmenter depuis la création du service. Cela montre, d'une part, que le service de PMI revêt une place importante dans les actions sociales, d'autre part, que de plus en plus de personnes bénéficient de ce service entre 1947 et 1991.

Le budget de chaque département est ensuite divisé entre chaque champ d'actions. En 1947, ces champs sont au nombre de trois : le service social, l'aide à la famille et les prestations extra-légales. Le service social correspond à l'action des assistantes sociales, aux consultations des nourrissons et aux cours d'enseignement ménager. Cela représente 25% à 30% du budget de la PMI. L'aide à la famille est, quant à elle, divisée ainsi : Aide-ménagère, colonies de vacances, maisons maternelles et foyers d'enfants. En tout c'est 45% à 50% du budget de la PMI alloué à ce champ d'actions. Enfin, les prestations extra-légales concernent les primes de maternité, les prestations aux familles ayant un enfant handicapé à charge, subventions aux œuvres. Ce qui représente 20% du budget. Force est de constater que les actions les plus coûteuses sont celles de l'aide à la famille, ce qui n'est pas étonnant car il s'agit là de l'action principale de la PMI. Quant au budget de l'action social, il est vrai qu'il paraît

¹⁴² ADML, 163W2. Les documents qui nous permettent de traiter des finances de la PMI se trouvent tous dans cette cote, ainsi que dans le rapport du docteur Hamon pour tous chiffres datant d'après 1976.

¹⁴³ La Loire-Inférieure correspond au département de Loire-Atlantique actuel. La tête de la PMI de ce département est donc tenue par Nantes.

¹⁴⁴ Voir graphique n° 5

étonnant qu'il ne soit pas plus élevé, notamment car il comporte les consultations des nourrissons. Cependant il faut rappeler qu'en 1947 cette action n'est pas encore très développée.

En 1977 et après, le budget de la PMI est divisé en deux chapitres. Un qui concerne les actions en faveur de la mère et de l'enfant, un autre en faveur de la planification familiale. En moyenne, entre 1977 et 1991, le chapitre « mère et enfant » capte 94,68% du budget total, contre 5,32% pour le chapitre « planification familiale »¹⁴⁵. Il n'y a pas plus de détails sur la répartition au sein de chaque chapitre. Un point demeure flagrant, la mère et l'enfant garde une place prépondérante dans l'action de la PMI, et ce, même après que la planification familiale ait été confiée à la PMI.

Le budget de la PMI ne cesse d'augmenter au fil des décennies, prouvant ainsi que ce service prend de l'ampleur et que de plus en plus d'individus y ont recours. Maintenant que la question du budget a été éclaircie, il convient de s'intéresser aux infrastructures du service de PMI.

2) Les infrastructures

Afin de faire un tour d'horizon des infrastructures de la PMI, il faut diviser le raisonnement en abordant un type de bâtiment par sous-partie. Seront étudiés premièrement le centre principal de PMI, deuxièmement les centres de consultation secondaires, troisièmement les structures de garde et les centres médico-sociaux.

a) Le centre principal de PMI de Maine-et-Loire

Dès novembre 1945, le service de Protection Maternelle et Infantile de Maine-et-Loire commence à faire construire à Angers un centre principal¹⁴⁶. Il est difficile de dire s'il s'agit d'un bâtiment neuf ou d'une réaffectation d'un bâtiment déjà en place. Vraisemblablement, le centre principal a été prêt pour le 6 septembre 1946, date à laquelle débutent les consultations dans ce centre, et se situait au n° 4 boulevard Foch¹⁴⁷. La situation géographique de ce centre, en plein cœur de ville, laisse penser que le centre a été pensé pour être facile d'accès. Trois médecins y assuraient les consultations lors de la mise en place du centre. Il a été en partie financé par la Caisse Régionale de Sécurité Sociale de Nantes. Géré par le professeur d'obstétrique de l'école de médecine et par un chef de clinique, il regroupe plusieurs médecins et chefs de cliniques d'hôpitaux afin d'assurer plusieurs fonctions. Tout d'abord, les

¹⁴⁵ Calcul fait par nos soins à partir des chiffres donnés par le docteur Hamon dans son rapport.

¹⁴⁶ ADML, 163W2, rapport du docteur VIETTE, médecin-inspecteur chef de la PMI de Maine-et-Loire, pour la Commission Régionale d'Action Sanitaire et Sociale de Nantes datant de 1946. Dans son exposé, le docteur VIETTE précise que dès la promulgation de l'ordonnance du 2 novembre 1945 relative à la Protection Maternelle et Infantile

¹⁴⁷ ADML, 453W190, coupure de presse « Protection Maternelle et Infantile », journal inconnu, 4 septembre 1946.

consultations des enfants de zéro à six ans, la mission principale de la PMI. Puis, les consultations des femmes enceintes. Enfin les consultations des couples stériles involontaires. Ce centre est le bâtiment de référence de la PMI, son existence est même obligatoire depuis la loi n° 941 de 1942¹⁴⁸. Il est d'ailleurs étonnant que le Maine-et-Loire n'en ait été doté qu'à partir de 1945/1946. Cela renforce l'idée, qui a été développée précédemment dans cette étude, que la PMI ne commence réellement à être mise en place qu'à partir de 1946.

b) Les postes de consultation de nourrissons secondaires

Ils se divisent en deux catégories : les postes fixes et les postes mobiles. Outre les cabinets des médecins agréés, la PMI participe à la construction et à l'aménagement de « locaux autonomes de consultations de nourrissons [...] des services hospitaliers spécialisés pour le traitement des enfants du premier âge¹⁴⁹ ». Les locaux abritant des cabinets de consultation ne sont pas nécessairement dans des structures médicales. En effet, de nombreux villages désireux d'avoir des postes de consultations de nourrissons dans leur municipalité ont mis à disposition des pièces de leur mairie, et ce dès 1942, soit bien avant la mise en place d'un centre principal¹⁵⁰. Il a déjà été évoqué dans une partie précédente le nombre de postes de consultations en Maine-et-Loire qui s'élevait en 1968 à 221¹⁵¹. En-dessous de cette date, il n'y a pas de données permettant d'établir le nombre de postes de consultations dans les années 1940.

En Maine-et-Loire il existe également des postes de consultations mobiles dont il est difficile de connaître le nombre exact sur la période de 1942 à 1992. Dès 1945, la PMI loue un camion à la Croix Rouge afin de pouvoir créer un poste de consultations mobile¹⁵². Ce camion va dans les communes les plus éloignées des centres de PMI et des cabinets médicaux de manière générale.

¹⁴⁸ Le gouvernement de Vichy, *Loi n°941 du 16 décembre 1942 relative à la protection de la maternité et de la première enfance*, [en ligne], Journal Officiel, 22 décembre 1942, p. 4170 – 4173, disponible sur <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k2032850g/f2.image> (consulté le 14 mai 2019). L'article 2 stipule clairement que chaque circonscription doit comporter un centre principal de PMI et éventuellement des centres secondaires.

¹⁴⁹ ADML, 163W2, rapport du docteur Marcel BERGER, Inspecteur divisionnaire de la santé, pour la Commission Régionale d'Action Sanitaire et Sociale de Nantes datant de 1948.

¹⁵⁰ ADML, 453W190. Dans une lettre manuscrite de madame J. Hertevent, assistante sociale départementale, au sous-préfet de Segré datant du 10 novembre 1942, l'auteur annonce qu'elle a mis en place avec le maire de la commune de Noyant une consultation de nourrissons à la mairie et ce tous les 3^e mardis de chaque mois entre 14h et 16h.

¹⁵¹ Voir graphique n° 3

¹⁵² ADML, 163W2, rapport du docteur VIETTE, médecin-inspecteur chef de la PMI de Maine-et-Loire, pour la Commission Régionale d'Action Sanitaire et Sociale de Nantes datant de 1946.

En lien avec les mesures de prophylaxie, la PMI bénéficie gratuitement des services du laboratoire de bactériologie d'Angers¹⁵³. Cependant les locaux, partagés avec l'école de médecine, sont vite trop exigus et des travaux d'aménagement sont entrepris peu de temps après la mise en place d'une collaboration avec la PMI.

c) Structures de garde et centres médico-sociaux

Les structures de garde d'enfants, sous la surveillance de la PMI, se développent nettement dans les zones urbaines tout au long du second XX^e siècle. En 1969, les crèches du Maine-et-Loire sont pleines et doivent régulièrement refuser des enfants, faute de places disponibles¹⁵⁴. En novembre 1970, une crèche a été ouverte dans le quartier de Belle Beille à Angers pour pallier le problème. Tous types de crèches confondus, il en existe, dans le Maine-et-Loire, 8 en 1977, 75 en 1985 et 163 en 1991¹⁵⁵. Puis, il en va de même pour les haltes-garderies, établissements de garde occasionnelle et temporaire d'enfants de trois mois à quatre ans, qui sont au nombre de six dans le département en 1969. Elles se développent rapidement. En effet, en 1977, il y en avait 14, en 1985 elles étaient au nombre de 35 et en 1991 il y en avait 901 ! Enfin il y a à Angers dans la même année un hôtel-maternel permettant de prendre en charge des mères avec leurs bébés lors de situations difficiles. Cet établissement est vraisemblablement plein en permanence. La DASS souhaite effectuer des travaux d'agrandissement afin d'augmenter sa capacité d'accueil. Il est difficile de savoir si cela été mis en œuvre. Les assistantes maternelles agréées ne sont pas comptées dans les effectifs des structures de garde.

Le docteur Hamon mentionne également l'existence de centres d'actions médico-sociale précoce. Ces derniers n'existent sous l'égide de la PMI que depuis 1975 et ce grâce à la loi n° 75.534 du 30 juin 1975. Ces centres ont pour vocation le dépistage de handicaps moteurs, sensoriels et psychiatriques chez les enfants de moins de six ans. Ils permettent également de prendre en charge les enfants lourdement handicapés et d'informer les parents. Difficiles et coûteux à mettre en place, le Maine-et-Loire n'en a, en 1992, que deux.

¹⁵³ ADML, 163W2, *loc. cit.*

¹⁵⁴ ADML, 303W82, rapport d'activités pour l'année 1969 de la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale, p. 42.

¹⁵⁵ Albert HAMON, *op. cit.*, volet « PMI », p. 20. Cela concerne également les garderies périscolaires, d'où la très nette augmentation en à peine quatorze ans.

Conclusion

À l'issue de cette étude consacrée à la création du service de PMI et à son déroulement dans le Maine-et-Loire sur cinquante ans, il nous faut dresser une synthèse des points abordés. La Troisième République, véritable laboratoire d'expérimentations sociales, a été le terreau de pléthore de mesures sanitaires et sociales en faveur de la population, notamment envers les enfants. Ce n'est cependant qu'à cause des funestes événements de la Seconde Guerre mondiale que le service de Protection Maternelle et Infantile a vu le jour. Le rationnement et les conditions de vie précaires de la population ont engendré des pics de surmortalité, notamment chez la population infantile. La situation alarmante a poussé le gouvernement à mettre en place un système généralisé lui permettant, d'une part, de tenter d'enrayer la chute démographique à laquelle il fait face, et, d'autre part, d'avoir la mainmise sur une population jusque-là mise de côté.

C'est d'abord sous le régime de Vichy, avec la loi du 16 décembre 1942, que les bases de ce système sont instaurées. De nombreux articles ne font que reprendre et améliorer des systèmes déjà en place, comme la surveillance des institutions de garde d'enfants et des nourrices, une mesure prise dès 1874 avec la loi Roussel. À la Libération, alors que les prérogatives déployées sous le régime de Vichy sont abrogées, l'ordonnance du 2 novembre 1945 vient faire perdurer la PMI. Après des débuts mitigés à cause de difficultés administratives et d'un certain laxisme de la part des autorités locales dans la mise en place du service, le mécanisme de protection et de prévention voulu par l'État se met en place à peine un an après la publication de l'ordonnance n° 45 – 2720. C'est en fédérant les associations de protection des familles locales, véritables petits soldats de la lutte contre la mortalité infantile et la précarité, que la PMI amorce un travail de protection et de prévention.

Depuis sa création et jusque dans les années 1990, le service de Protection Maternelle et Infantile s'est vu attribuer de plus en plus de missions. En plus des consultations de nourrissons et d'enfants du 1^{er} et du 2^e âge, de la surveillance et de l'agrément des structures de garde, de l'information et des allocations aux familles, dès 1967 la PMI a dû s'adapter pour gérer les Centres de Planification et d'Éducation Familial afin d'informer et d'accompagner les individus sur les questions de contraception et, à partir de 1975, de l'Interruption Volontaire de Grossesse. La santé des mères et des enfants est un véritable enjeu sociétal porté par la PMI. De ce fait, le personnel consacré à ce service ne cesse de croître et d'accueillir de nouvelles professions. Médecins, assistantes sociales, infirmières-puéricultrices et autres professionnels de la santé et du social travaillent ensemble dans un but commun. Si le nombre de médecins agréés baisse, c'est que la France se médicalise peu à peu. La portée de la PMI ne se fait pas moins grande. Cependant, la multiplication des actions de la PMI rend les postes à responsabilité plus complexes et l'administration peine plusieurs fois à trouver un médecin-inspecteur chef de la PMI et certains postes de médecins de PMI ne sont pas

toujours pourvus à temps. Pourtant, le budget du service ne cesse d'augmenter au fil des décennies. Faut-il croire qu'il n'est jamais assez suffisant pour assurer le bon fonctionnement de l'institution ? Il est difficile de le prouver. Néanmoins, grâce à l'augmentation constante de son budget, la PMI se dote peu à peu de plus en plus de structures de soins et d'informations, et peut participer à la mise en place d'institutions spécialisées comme deux centres d'action médico-sociale précoce.

Au regard de tous ces éléments, il est opportun de s'interroger sur la portée de l'action de la PMI de Maine-et-Loire en ce qui concerne les enjeux nationaux, à savoir la baisse de la mortalité infantile tout au long du second XX^e siècle et l'amélioration de l'accès aux soins. Étant donné que par ses actions, ce service tend à rendre les soins et les informations d'hygiène et de santé plus accessibles, à médicaliser des zones de désert médical, à exercer une surveillance sur des institutions qui, autrefois, étaient de véritables mouroirs à enfants, nous pouvons affirmer que la PMI a nettement contribué à faire reculer la mortalité infantile et maternelle en France et à instruire la population quant aux questions de santé, de vie sexuelle et de vie familiale.

Conclusion générale

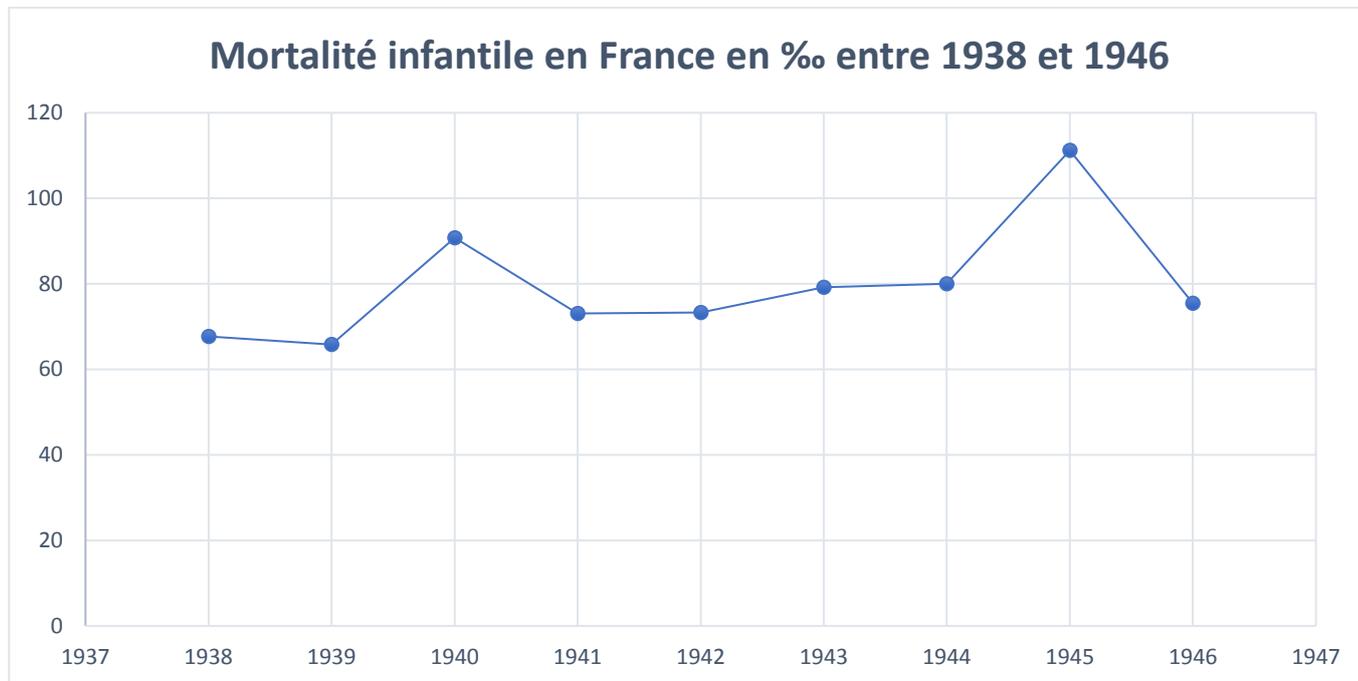
Cette étude montre que la surveillance sanitaire et sociale exercée par la PMI sur les familles et sur les structures de garde d'enfants a non seulement permis de faire reculer la mortalité infantile, très haute dans ces lieux jusqu'au milieu du XX^e siècle, mais elle a également développé une confiance des parents vis-à-vis de ces structures faisant de la France un des pays d'Europe où il est, malgré le manque de places disponibles, le plus simple pour les familles de faire garder leur enfant. La prévention faite auprès des familles a permis d'éduquer les populations que cela soit sur la manière dont il faut accueillir un enfant à domicile, sur les pratiques alimentaires des enfants en bas âge, notamment avec l'encouragement de l'allaitement naturel, ou encore sur l'hygiène de base. Bien que de nouveaux risques soient apparus aujourd'hui (écrans, hausse du pourcentage d'enfants en surpoids, etc.), nous pouvons raisonnablement conclure que les actions menées pendant la deuxième moitié du XX^e siècle par la PMI a permis, outre le fait d'avoir fait reculer la mortalité infantile et maternelle, de rehausser la natalité dans le pays, faisant de ce dernier, un des pays d'Europe où le taux de natalité est le plus haut sans pour autant obliger les femmes à ne pas avoir d'activité professionnelle.

Il n'en reste pas moins que cette étude sert de base à tout un panel de travaux encore à faire sur le sujet de la protection maternelle et infantile. Si une question nous paraît particulièrement intéressante à étudier à l'avenir, c'est bien celle des apports de la PMI dans l'éducation des femmes aux soins des petits enfants, à la sexualité et à l'hygiène dans le milieu rural des années 1950 à 1980.

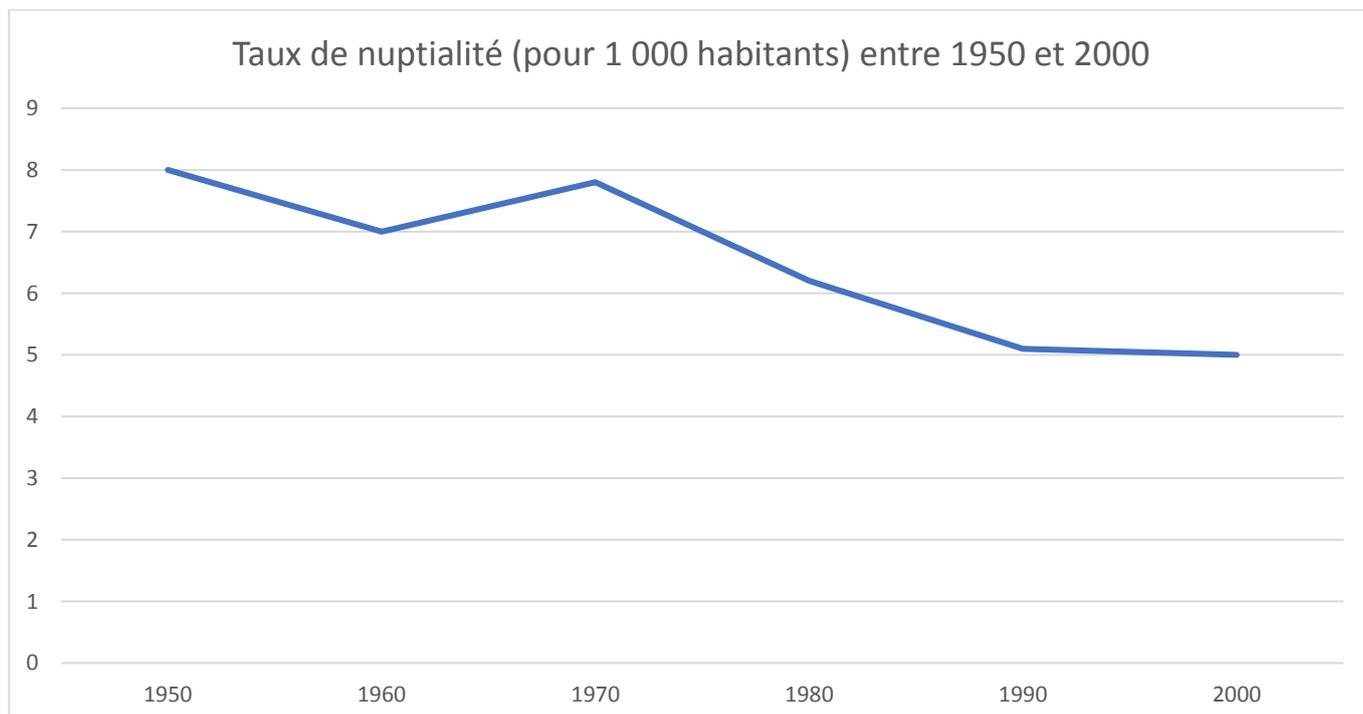
Annexes

Table des graphiques :

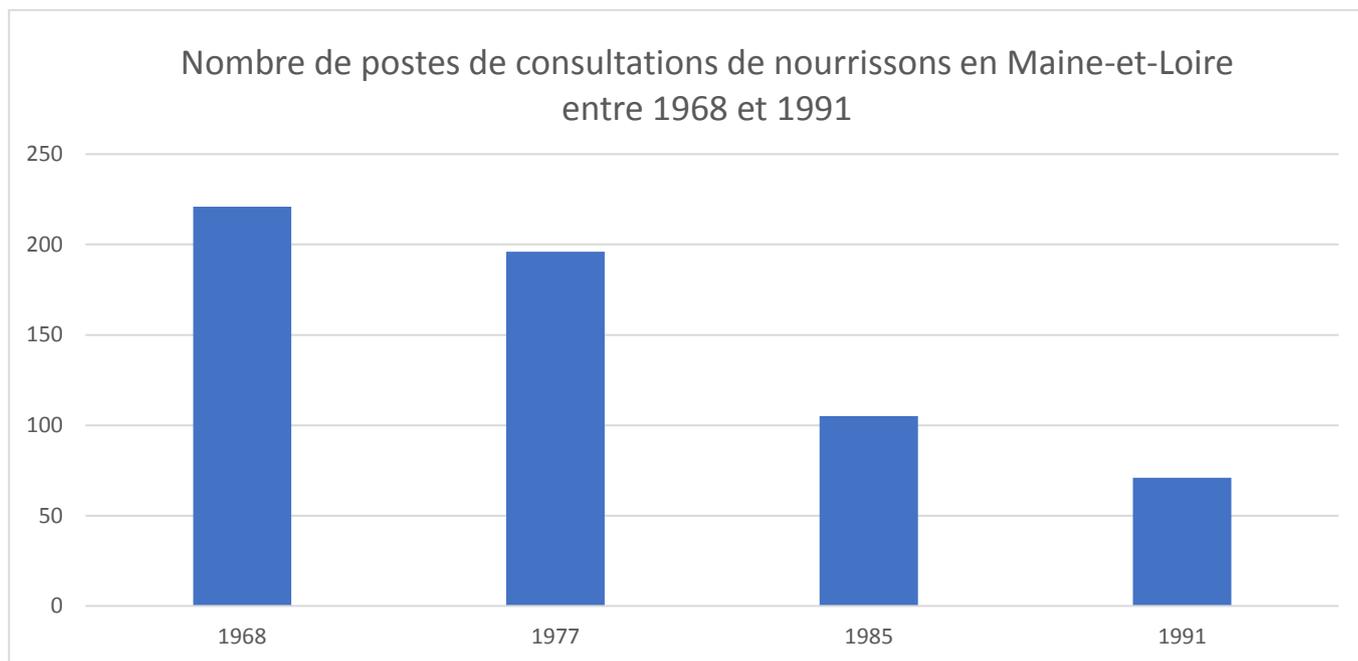
Graphique n° 1 : Mortalité infantile en France entre 1938 et 1946



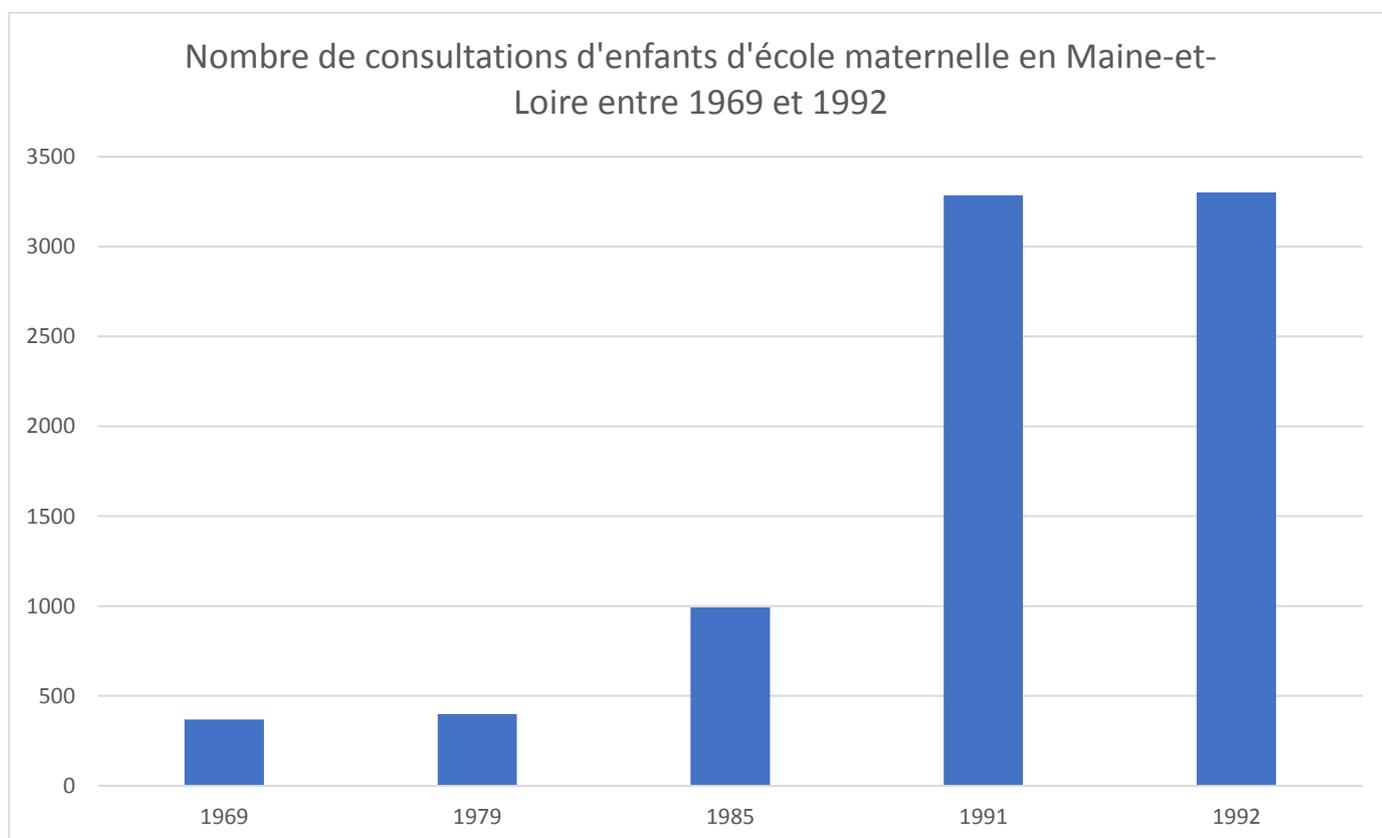
Graphique n° 2 : Taux de nuptialité pour 1 000 habitants entre 1950 et 2000



Graphique n° 3 : Nombre de postes de consultations de nourrissons en Maine-et-Loire entre 1968 et 1991



Graphique n° 4 : Nombre de consultations d'enfants d'école maternelle en Maine-et-Loire entre 1969 et 1992



Graphique n° 5 : Évolution du budget, en nouveaux francs, de la PMI de Maine-et-Loire entre 1947 et 1991

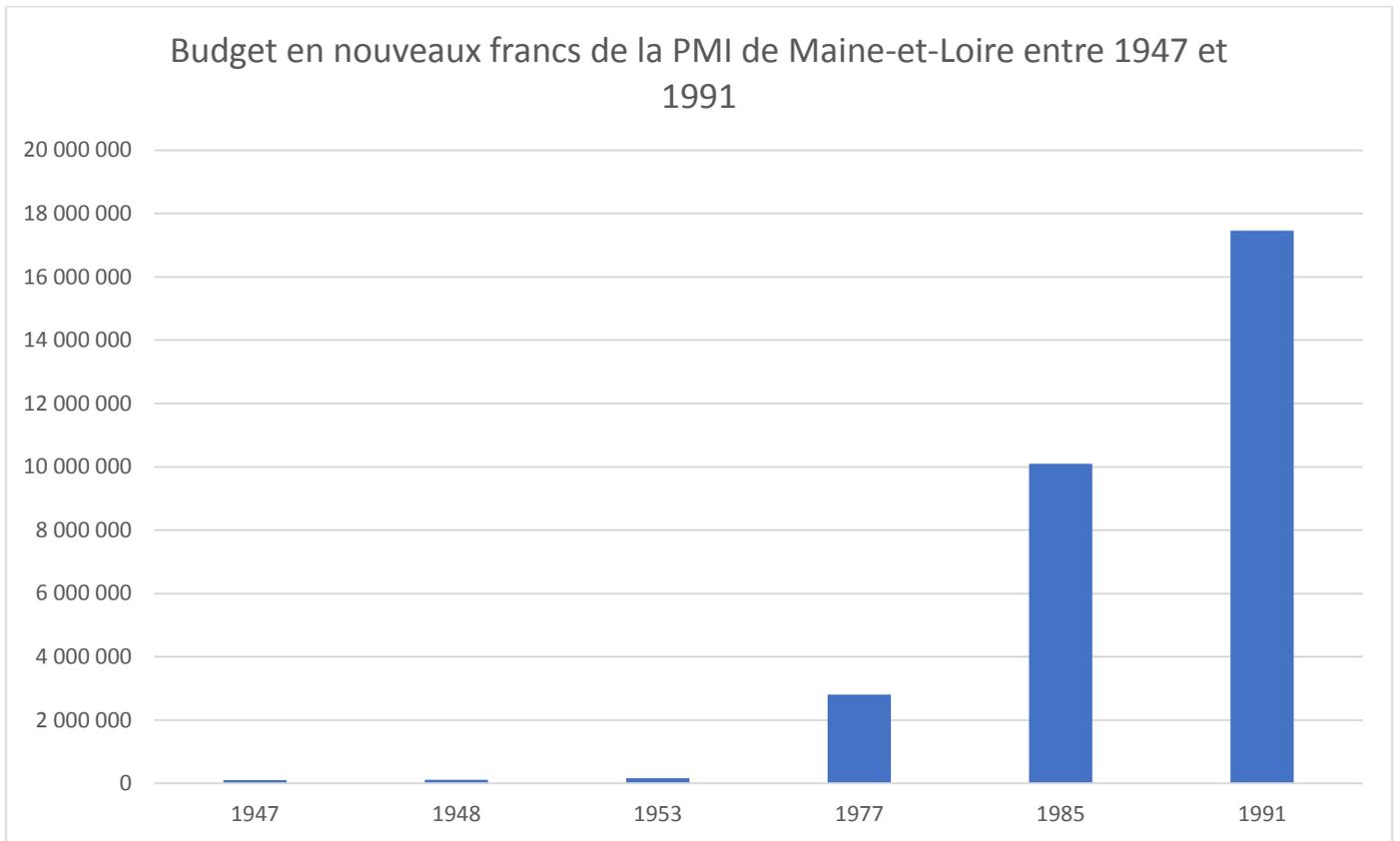


TABLE DES MATIERES

TABLE DES ABREVIATIONS.....	3
INTRODUCTION	5
PARTIE 1 : HISTORIOGRAPHIE.....	7
I. Les enfants, les femmes et les corps : l'émergence d'un nouveau champ en sciences sociales	7
A. Qu'est-ce que l'enfance ?.....	7
1) Philippe Ariès, précurseur de l'histoire de l'enfance	7
2) La montée de la considération de l'enfance et de la jeunesse	8
3) Catherine Rollet et Jean-Noël Luc, figures de référence de l'histoire de l'enfance	10
B. Une histoire des femmes	12
1) Femmes et mères : des entités indissociables ?	12
2) La récente pluralité des questionnements.....	13
C. Une histoire des corps.....	14
1) Le XX ^e siècle : médicalisation et fabrique des corps	14
2) Contrôler la sexualité	15
3) « Le gouvernement des grossesses ».....	16
II. Lier les enjeux étatiques et la protection sociale	18
A. Légiférer pour mieux régner	18
1) Les droits des enfants	18
2) Protection sociale et émergence de l'État-providence en France.....	19
3) Histoire des institutions, entre local et national	20
B. Une innocente protection ?	22
1) Les populations défavorisées, cibles des politiques de santé.....	22
2) La biopolitique.....	23
C. L'écriture du concret	24
1) L'apport des professionnels de la santé dans l'historiographie	24
2) Et l'histoire de la PMI ?.....	25
Conclusion historiographique	26
PARTIE 2 : PRESENTATION DES SOURCES.....	27
I. Sources manuscrites :	28
Archives Départementales de Maine-et-Loire.....	28
Série W 28	
58 W 13 : liquidation des dépenses des exercices de 1942 à 1945.....	28
58 W 14 : Demandes de subventions pour les consultations de nourrissons. 1942 - 1946.....	28
93 W 1 : Dépenses de la protection de la maternité et de la première enfance : contingent des communes. 1944 - 1949	29
163 W 2 : Commission régionale d'action sanitaire et sociale : p.v de réunions. 1947 - 1954.....	29
303 W 82 : D.A.S.S : rapports annuels d'activité. 1968 - 1969	29
453 W 190 : Protection de l'enfance, consultations de nourrissons. 1941 - 1951.....	29
1018 W 174 : Politique de santé. 1975 - 1980	30
Vaccination : instructions, correspondance (1978 - 1979)	30
Lutte contre les épidémies de poux : correspondance (1975)	30
II. Source imprimée	30
Albert HAMON, <i>Protection maternelle et infantile - Actions sanitaires. Bilan et évolution entre 1976 et 1992</i> , Direction des interventions sociales et de solidarité de Maine-et-Loire, Angers, 1992, 54 p.	30
III. Bibliographie	31
PARTIE 3 : ÉTUDE DE CAS.....	35
Introduction.....	35
I. Un contexte d'apparition difficile	36

A.	Le préoccupant état sanitaire de la population au sortir de la Seconde Guerre mondiale	36
1)	Le rationnement	37
2)	La surmortalité infantile pendant la Seconde Guerre mondiale.....	38
B.	Repeupler la France	39
1)	La situation démographique en France en 1945	39
2)	Les efforts du gouvernement français pour rehausser le taux de natalité	40
II.	La création légale du service de Protection Maternelle et Infantile	42
A.	L'ordonnance du 2 novembre 1945	42
1)	Titre I ^{er} : Organisations générales.....	43
2)	Titre II : Certificat d'examen médical avant mariage	43
3)	Titre III : Protection des parents	43
4)	Titre IV : Protection des enfants.....	44
5)	Titre V : Établissement concourant à la Protection Maternelle et Infantile	45
6)	Titre VI : Aide aux mères de famille – Allocations aux femmes en couche.....	45
7)	Titre VII : Dispositions financières	46
8)	Titre VIII : Dispositions diverses	46
B.	Une existence antérieure à 1945 ? La loi du 16 décembre 1942.....	47
III.	Cinquante ans de fonctionnement de la PMI	48
A.	Des débuts mitigés	48
1)	Le cas du Maine-et-Loire	48
2)	La France entière.....	50
B.	Fédérer des associations dispersées	51
1)	Avant la PMI, des institutions au service des mères et des enfants	51
2)	Inscrire les associations au programme de la PMI : l'exemple de la PMI de Maine-et-Loire	53
C.	Des missions variées réparties sur trois périodes	55
1)	La période préconceptionnelle	55
a)	De 1942 à 1967	56
b)	De 1967 à 1992.....	57
2)	Les périodes anténatales et périnatales	58
a)	Les activités communes aux périodes anténatales et périnatales	59
b)	L'activité spécifique à la période périnatale	61
3)	La période postnatale	61
D.	Les acteurs de la PMI	66
1)	Personnel administratif, personnel médical et travailleurs sociaux.....	66
a)	Le médecin-inspecteur chef de la PMI	66
b)	Le personnel administratif.....	67
c)	Le personnel médical.....	68
d)	Les travailleurs sociaux	69
2)	L'évolution numérique du personnel de 1946 à 1992	71
E.	Les moyens financiers et matériels	73
1)	Étude du budget de la PMI.....	73
2)	Les infrastructures	75
a)	Le centre principal de PMI de Maine-et-Loire.....	75
b)	Les postes de consultation de nourrissons secondaires	76
c)	Structures de garde et centres médico-sociaux	77
	Conclusion	78
	CONCLUSION GENERALE.....	80
	ANNEXES.....	81

Présidence de l'université
86 40 rue de rennes - BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Lucie Lampérière
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **07 / 06 / 2019**

Cliccours.com

**Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint
à tous les rapports, dossiers, mémoires.**

87 Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00

