

La protection de la mère et de l'enfant au fil de la législation

Ce chapitre retrace à très grandes enjambées l'histoire de la protection de la mère et de l'enfant⁹. Toutefois, procéder par retour sur l'histoire n'est pas sans soulever certaines difficultés. En effet, s'il est assez aisé, en matière de généalogie familiale, de comprendre que le choix du tronc justifie le fait de ne pas s'intéresser à la descendance de chacune des branches, cela est plus délicat lorsqu'il s'agit de phénomènes sociaux. C'est malgré tout le seul moyen de justifier que le départ de cette « chronologie » porte sur des domaines très divers de la vie de la mère et de l'enfant et que, la spécialisation des structures et institutions aidant, les points retenus dans notre chronologie se resserrent progressivement pour aboutir exclusivement à ce qui nous concerne directement : les consultations gratuites de Protection Infantile.

Dans ses grandes lignes, l'historique présenté ici repose essentiellement sur deux ouvrages qui font aujourd'hui référence, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la Troisième République* de Catherine Rollet-Echalier (1990) et l'ouvrage d'Alain Norvez, *De la naissance à l'école : santé, mode de garde et préscolarité dans la France contemporaine* (1990) ; chacun de ces deux ouvrages couvrant l'une des deux périodes historiques retenues, à savoir avant et après 1945. De part et d'autre de ce moment charnière, nous avons donc deux périodes historiques inégales non seulement en durée mais aussi en activité et progrès sociaux, en réglementation, en découverte et en progrès

⁹ La variation entre les différentes formules « protection de la mère et de l'enfant » et « protection maternelle et infantile » n'est pas un simple effet d'écriture. Je garderai dans ce texte l'expression Protection Maternelle et Infantile pour désigner la PMI d'un point de vue institutionnel et juridique telle qu'elle a été instaurée par l'ordonnance du 2 novembre 1945. À partir de cette période, il sera nécessaire d'opérer une nouvelle distinction entre la politique de PMI, comme politique nationale de santé publique d'un côté et un sens plus restreint, plus local, où la PMI désigne les centres de consultations gratuites mis en place en vue de l'application de cette politique de santé publique. Pour toute la période antérieure à cette date, je parlerai de protection de la mère et de l'enfant, cette formule désignant alors l'ensemble des mesures visant à protéger ou prendre en charge une mère, un enfant ou les deux en même temps.

scientifique ainsi qu'en conditions de vie générales. Ces deux grandes périodes sont elles-mêmes divisées en sous périodes, là aussi en fonction des importantes évolutions qu'ont connues les services ou les lois à des moments clefs. C'est donc à travers une approche essentiellement chronologique que nous essaierons de faire ressortir les constantes et variations de ce que fut et de ce qu'est aujourd'hui la protection de la mère et de l'enfant.

I. Première période

Une élaboration éparpillée

À cette « première période » il est assez aisé de fixer une date de fin avec l'ordonnance du 2 novembre 1945 ; il est en revanche nettement plus difficile, et ce n'est pas notre objectif ici, d'en donner une date de commencement¹⁰. Toutefois, dans cette aire temporelle d'avant 1945, on peut noter une date particulièrement importante, celle de 1874, année où est votée la première grande loi de protection des enfants placés en nourrice, dite « loi Roussel ». Ainsi, de la même manière que l'ordonnance du 2 novembre 1945 permet de parler d'un avant et d'un après, cette première période est divisée en avant et après loi Roussel.

1. De la « naissance de l'enfance » à sa première protection

a. Le « sentiment de l'enfance » : causes et conséquences

Dans son ouvrage *L'enfant et sa famille sous l'Ancien Régime*, Philippe Ariès développe la notion de « sentiment de l'enfance »¹¹. Cet ouvrage, aujourd'hui encore

¹⁰ Ce souci de fixer avec précision une date de commencement a fortement été reproché à P. Ariès pour son travail sur l'enfant et la famille (Ariès, 1973). D'une manière générale, un travail rétrospectif pousse à trouver toujours plus en amont les traces et prémices d'un phénomène observé. Pour chaque ouvrage sur l'enfance, portant sur une période bien délimitée, il est possible d'en trouver un autre se présentant comme les prémisses de celui-ci. La question des origines est en permanence ouverte et s'apparente souvent à un puits sans fond. Il nous semble que c'est alors au chercheur lui-même de poser les limites de son territoire de recherche, le plus souvent en s'appuyant sur des points fixes et clairement identifiables ; les grandes évolutions politiques et les changements de régime en sont les plus fréquents.

¹¹ « Le sentiment de l'enfance ne se confond pas avec l'affection des enfants : il correspond à une conscience de la particularité qui distingue essentiellement l'enfant de l'adulte, même jeune. » (Ariès, 1973, p.177)

considéré comme fondamental, notamment par les pistes de recherche qu'il a ouvertes, soulève, lors de sa première publication (1960, réédité en 1973), à la fois un consensus et un débat.

Si le consensus s'est fait autour de la notion de « sentiment de l'enfance » et de la nouvelle forme qu'il a pris à partir du XVII^{ème} siècle, le débat s'est quant à lui tenu autour du principe de la « naissance » de ce sentiment. Selon un certain nombre de travaux ultérieurs à l'ouvrage d'Ariès (entre autres Luc, 1997 ; Becchi & Julia, 1998 a & b) ou selon certaines critiques argumentées, contemporaines à la parution de ce livre (Flandrin, 1964), le sentiment de l'enfance n'est pas une innovation du XVII^{ème} siècle. Ce que le XVII^{ème} siècle a vu, c'est une transformation de ce sentiment, due à l'évolution des conditions générales de vie et à un certain nombre de transformations sociales, aussi bien éducatives, institutionnelles que médicales. Sans nous attarder plus longuement sur ce débat¹² autour de la genèse du sentiment de l'enfance, nous retiendrons de ces travaux trois constats : le sentiment de l'enfance a connu une évolution considérable, les premiers signes importants de ce changement se trouvent au XVII^{ème} siècle et le XIX^{ème} siècle fut dans ce domaine une véritable révolution. Jusqu'au XVII^{ème}, les âges de l'enfance sont essentiellement déterminés par l'autonomie relative de l'enfant : celui-ci passe directement de l'âge de la dépendance totale (à la mère ou la nourrice) aux activités adultes où, s'il n'est pas directement participant, il est en tout, présent, « de très petit enfant, il devenait tout de suite un homme jeune, sans passer par les étapes de la jeunesse » (Ariès, 1973 : 6). À partir du XVII^{ème}, les différents âges de l'enfance commencent à être perçus et pensés d'une autre manière. « Toutefois, dans ses efforts pour parler des petits enfants, la langue du XVII^{ème} est gênée par l'absence de mots qui les distingueraient des plus grands » (ibid. : 47). C'est au cours du XVIII^{ème} siècle que le vocabulaire de désignation des différents âges de l'enfance se diversifie considérablement, les catégories d'âge identifiant jusqu'à quatre périodes distinctes (de 0 à 7 mois, de 7 mois à 2 ans, de 2 à 7 ans, ces trois première périodes marquant la première enfance et de 7 à 14 ans pour la seconde enfance), arguments médicaux à l'appui (Luc, 1997).

¹² Débat sur lequel le consensus semble aujourd'hui être fait, puisque Ariès lui-même, dès 1973, dans la préface de la réédition de son ouvrage s'explique sur cette position et donne raison à la critique que lui adressait J-L Flandrin en 1964. Pour une restitution de ce débat, de son histoire et de ses principaux arguments, voire « Histoire de l'enfance, histoire sans parole » in Becchi et Julia, 1998a., pp.7-39.

Des quelques ouvrages cités jusque-là, il ressort que le développement du sentiment de l'enfance va de pair, au XIX^{ème} siècle, avec une série d'éléments dont il est difficile de dissocier cause et conséquence. Ainsi, à l'amélioration générale des conditions de vie à laquelle on assiste au cours de ce siècle répondent à la fois une baisse de la mortalité infantile et une baisse de la natalité. Cette transition démographique aboutit d'une part à la « raréfaction » de l'enfant mais permet d'autre part d'espérer sa survie au-delà de sa cinquième année de vie. L'espoir qui est alors placé dans l'enfant s'accompagne d'un changement de perception ; il est désormais perçu comme un futur adulte potentiel. C'est ce changement de perception qu'Ariès et ses successeurs traduisent par la notion d'évolution du sentiment de l'enfance. La perception nouvelle de l'enfant, sa personnification, accompagnées de l'amélioration des conditions sociales du XIX^{ème} siècle, entraînent un plus grand investissement affectif et économique de la part des parents sur leur enfant. Cet investissement accru, accompagné de la baisse de la mortalité infantile conduit à une limitation du nombre d'enfants souhaité par famille. On comprend alors comment causes et conséquences de ce qui constitue l'évolution du sentiment de l'enfance sont ici intimement liées.

b. Le travail des enfants

Il en va de cette même relation entre causes et effets pour les lois relatives à la réglementation du travail des enfants (Bourdelaïs, 2005b), qui n'auraient sans doute jamais existé sans l'évolution du sentiment de l'enfance. Pour autant, elles marquent dans le même temps un pas décisif dans la reconnaissance des spécificités physiques, morales et sociales de l'enfant. Il en va ainsi de la loi de mars 1841 qui fixe à huit ans l'âge minimal d'admission au travail dans les industries et limite le temps de travail quotidien à huit heures pour les enfants de moins de douze ans, et à douze heures pour ceux âgés de douze à seize ans. Première loi s'intéressant directement à l'enfant en tant que tel et à ses conditions de vie, elle sera suivie de textes qui en étendent la portée et en modifient les termes en s'intéressant aux apprentis (loi de 1852) ou en fixant de nouvelles limites d'âge, de durée quotidienne ou de lieu de travail (loi de 1874 et 1892). Mais bien d'autres éléments accompagnent et participent de cette « invention du jeune enfant » (Luc, 1997) à laquelle on assiste au cours du XIX^{ème} siècle, parmi lesquels le

grand questionnement qui s'ouvre sur les conditions d'accueil réservées au jeune enfant (Rollet, 1990).

Ainsi, au cours du XIX^{ème} siècle, la politique à l'égard du jeune enfant connaît des transformations de sens qu'il est difficile d'ignorer. Au début du siècle, il s'agit de sauver les jeunes enfants de la mortalité, en tentant, d'une part, de diffuser les conseils d'hygiène auprès des mères, et d'autre part, d'éviter au maximum les infanticides ou la mortalité provoquée par les conditions dans lesquelles sont abandonnés les enfants. Le système des « tours d'abandon », dont le premier ouvrit en France en 1758 et qui fut généralisé en 1811, en préservant l'anonymat des mères, permet à la fois un recueil rapide et systématique du jeune enfant et vise à faciliter l'abandon tout en rendant cette pratique moins mortifère. Pour de nombreuses raisons sur lesquelles nous ne nous étendrons pas ici, le système des tours fut progressivement abandonné et le dernier ferma en 1860¹³.

Dans le même temps, une politique visant à inciter les mères à garder leurs jeunes enfants auprès d'elles se développe. Dans cette optique, une aide financière est accordée aux mères célibataires désireuses d'allaiter leur enfant. Mise en place dès 1793, dans la droite ligne des idées de la révolution, cette idée est reprise en 1830, mais avec un déplacement quant à l'objectif recherché, puisqu'il s'agit cette fois de faire diminuer le nombre d'abandons ; mesure à laquelle s'ajoute en 1837 l'interdiction faite aux sages-femmes de pratiquer l'abandon. Toutefois ce principe de « forcer » les femmes à garder leurs enfants auprès d'elles montre rapidement ses limites et induit un certain nombre d'effets négatifs pour la santé et parfois la survie de l'enfant. La faiblesse de l'aide financière accordée aux femmes célibataires et le refus des crèches de garder leurs enfants poussent de nombreuses femmes à les laisser seuls au domicile pendant qu'elles vont travailler, aucune mesure n'étant alors prévue pour qu'elles puissent revenir au domicile pendant la journée afin de le nourrir. L'autre solution qui se présente alors à ces femmes est celle du placement en nourrice. Mais leur condition d'enfant de femme seule les place au dernier rang des soins des nourrices qui bien souvent ne leur réservent que les rebus.

Les effets non souhaités auxquels ont conduit ces différentes mesures à destination des jeunes enfants, mesures prises à l'origine pour lutter contre les

¹³ Pour plus d'informations sur l'histoire des tours voir Bardet et Faron (1998)

abandons, nous mènent directement à la question des institutions de garde qui se mettent en place à la même époque.

c. Les lieux d'accueil

En 1826 Émilie Mallet fonde la première salle d'asile, destinée aux familles pauvres et conçue pour garder les enfants de deux à cinq ans des mères qui travaillent ou qui souhaitent travailler. En créant les salles d'asile, Émilie Mallet poursuit une double aspiration, économique d'un côté et éducative de l'autre. Du point de vue économique, Émilie Mallet souhaite libérer les mères des familles les plus pauvres de la contrainte de la garde de l'enfant pour leur permettre de travailler ou de leur faciliter la recherche d'un travail. À terme, l'objectif de cette démarche est d'accroître les revenus des familles les plus pauvres et d'améliorer leurs conditions de vie. D'autre part, Émilie Mallet¹⁴ espère ainsi libérer de la main d'œuvre féminine pour les manufactures de l'époque. Enfin, sur le plan éducatif, les salles d'asile répondent à un souhait non dissimulé de fournir une éducation morale et religieuse aux jeunes enfants des familles concernées. Tant par le public auquel elles sont prioritairement destinées que par le service et l'aide qu'elles lui apportent, ces institutions sont rapidement perçues comme des institutions d'assistance ; elles sont, aux dires mêmes de leur fondatrice, une « œuvre de foi, de charité et d'amour maternel » (Luc, 1997).

Autres institutions d'accueil qui marquent ce nouveau questionnement sur la place du jeune enfant à cette époque : les crèches, dont la première voit le jour en 1844 à Chaillot sous l'impulsion de Firmin Marbeau. Si les crèches accueillent les enfants âgés de 15 jours à trois ans, elles n'accueillent pas les enfants des femmes qui travaillent chez elles. Elles reprennent en cela l'idée des salles d'asile, à savoir faciliter les possibilités de travail des mères des jeunes enfants. Toutefois, les crèches marquent leur différence en refusant les enfants « des femmes qui se conduisent mal » c'est-à-dire des mères-filles ou des femmes célibataires¹⁵. Ces institutions où seuls les enfants sains (non malades) sont acceptés et où ils sont quotidiennement visités par un médecin, recouvrent une forte aspiration sociale puisque les mères reçoivent une aide matérielle

¹⁴ Fille du riche manufacturier Oberkampf, Émilie Mallet était particulièrement sensibilisée aux problèmes du travail et de la main d'œuvre dans le secteur des manufactures.

¹⁵ Si certaines crèches acceptaient les enfants des femmes célibataires, elles s'efforçaient d'obtenir le mariage dans l'année et exerçaient ainsi un rôle normalisateur.

et le prix de l'accueil y est très limité (4 francs contre 12 pour une nourrice). Ce n'est que le 30 juin 1862 que les crèches sont officiellement instituées par un décret ministériel, fixant un règlement des crèches ainsi que les normes à respecter en matière de locaux et de personnel.

d. La mortalité infantile

En 1865, des médecins travaillant en milieu rural s'inquiètent sérieusement des conditions de vie des jeunes enfants et s'interrogent sur la possibilité de réduire de manière significative le taux de mortalité infantile. Persuadés de pouvoir agir pour améliorer cette situation et fort de l'expérience de leur pratique quotidienne, deux médecins écrivent leurs témoignages sous forme de rapports qu'ils font parvenir en 1865 et 1866 à l'Académie de médecine et dans lesquels ils dénoncent cette situation. Ces deux rapports sont, selon Catherine Rollet (1990), le point de départ de l'important débat qui sera mené autour de la question de la mortalité infantile. Il faudra toutefois attendre le lendemain de la guerre de 1870 et l'important déficit démographique qu'elle a provoqué pour que cette question occupe réellement le devant de la scène politique et parlementaire.

C'est dans ce contexte, marqué à la fois par une grave crise démographique, une baisse de la natalité, un accroissement du sentiment de l'enfance et une amélioration générale des conditions de vie qu'en 1874, la première grande loi de protection de l'enfance, dite loi Roussel, est votée.

2. Les innovations de la Troisième République

a. La loi Roussel (1874)

Le 24 mai 1873, Théophile Roussel présente à l'Assemblée nationale une proposition de loi de protection des enfants placés en nourrice. De cette proposition naît un important questionnement sur la légitimité de l'État pour intervenir dans un domaine qui était jusqu'ici du seul ressort de la famille. En effet, cette volonté interventionniste vient directement à l'encontre de l'esprit libéral hérité de la Révolution de 1789. Pour autant, l'argument démographique fait pencher l'ensemble de députés en faveur de l'adoption du texte. En ce lendemain de guerre, la France connaît un important déficit

démographique allant jusqu'à remettre en cause la possibilité d'assurer le renouvellement de sa population. Il devient donc impératif de sauvegarder les jeunes enfants, futurs adultes et forces vives de la nation de demain. Cet état de fait permet d'aboutir le 16 décembre 1874 au vote de la première grande loi de protection des enfants, dite loi Roussel.

En substance, cette loi vise les enfants de moins de deux ans, placés en nourrice hors du domicile de ses parents, que cela soit en sevrage ou en garde, et dont le placement est effectué moyennant salaire (ce qui exclut les enfants gardés par un membre de la famille). Elle rend obligatoire la déclaration du placement en nourrice pour les parents, les nourrices, les bureaux de nourrices et tous les intermédiaires. Elle contraint aussi nourrices et intermédiaires à l'obtention d'un certificat et fixe dans le même temps le montant des amendes pour tous les contrevenants à la loi. Des visites au domicile des nourrices sont opérées par les médecins-inspecteurs chargés de contrôler la santé de l'enfant, les conditions d'accueil et les soins prodigués par les nourrices. Ils doivent conseiller ces dernières sur les méthodes et pratiques à adopter en matière d'éducation et de soin à l'enfant. Enfin la loi spécifie la répartition à parts égales des dépenses qu'elle implique entre le département et l'État. Le règlement d'administration publique spécifiant les modalités d'application de la loi ne paraît que le 23 février 1877 mais prolonge le texte de loi en précisant dans le détail l'organisation du service, les modalités du contrôle des placements et la tenue des registres de déclarations.

Première grande loi de protection de l'enfance, la loi Roussel limite son action à une partie de la population infantile. Plusieurs points peuvent être avancés pour expliquer cela. Tout d'abord, compte tenu de la situation dans laquelle se trouve la France et de l'absence totale de législation en matière de protection de l'enfance, il était bien nécessaire de commencer par une première étape. Face à l'impossibilité de traiter l'ensemble des éléments liés à la question des conditions de l'enfant en une seule impulsion, il a donc fallu sélectionner une catégorie d'enfants. Reste à expliquer pourquoi l'objet de la loi porte sur les enfants de moins de deux ans placés hors du domicile familial et moyennant salaire plutôt que toute autre catégorie. Deux éléments permettent de justifier ce « choix » : d'une part, ce sont eux qui connaissent le taux de mortalité le plus élevé, et, d'autre part, il est tout de même plus facile de pénétrer chez les nourrices qu'à l'intérieur des maisons familiales. Si les nourrices accueillent majoritairement les enfants des classes moyennes (les familles aisées ont recours à des

nourrices sur lieux et ne sont donc pas concernées par la loi), la loi Roussel concerne surtout les nourrices résidant en milieu rural, qui accueillent quant à elles les enfants des familles les plus pauvres et les orphelins. Il est donc plus facile, pour un premier pas intrusif de la part de l'État dans un domaine jusqu'ici réservé à la famille, de commencer par les familles les plus pauvres, d'autant plus que ce sont elles qui se trouvent dans les situations les plus graves.

Les principes instaurés par la loi Roussel ne sont quasiment jamais remis en cause, mais leur application est loin d'être systématique et des régions entières ne prennent pas les dispositions nécessaires à sa mise en œuvre. Pour autant, se pose rapidement la question d'une extension de la loi à une plus large population. « Au-delà de ses effets immédiats – unification, instauration de structures, pénétration de principes – la loi de 1874 fit rapidement naître une question : pourquoi une protection analogue ne serait-elle pas instaurée pour d'autres catégories d'enfants, voire pour toute la population enfantine ? La loi portait en elle les germes de son propre dépassement » (Rollet, 1990, p.136)

b. La loi de protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés

Dès les premiers effets de la loi Roussel, la question de son extension à d'autres enfants se pose et c'est dans sa droite ligne que le 13 juillet 1889, le Sénat vote la « loi de protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés ».

Cette loi vise à prévenir les mauvais traitements infligés aux enfants en privant le parent maltraitant de ses droits sur l'enfant. Elle énumère « les différents motifs pour lesquels la déchéance de la puissance paternelle peut être judiciairement prononcée “ de plein droit ” : condamnation pour crimes commis contre les enfants, condamnation deux fois de suite pour incitation à la débauche, condamnation diverses. L'autorité judiciaire peut en outre “ facultativement ” prononcer la déchéance en cas de condamnation pour “ séquestration ou exposition d'enfant, ou pour vagabondage ”. De façon plus générale, peuvent être déchu de leurs droits “ les pères et mères qui, par leur ivrognerie habituelle, leur inconduite notoire et scandaleuse, ou par leurs mauvais traitements, compromettent soit la santé, soit la sécurité, soit la moralité de leurs enfants ” » (Rollet, 1990 :138).

Cette loi est alors novatrice à un triple titre :

- elle permet de condamner les parents pour mauvais traitement ;
- elle crée la notion inédite de déchéance de la puissance parentale en général et de la puissance paternelle en particulier ;
- elle prévoit les dispositifs qui permettront d'accueillir et éduquer les enfants qui auront été retirés de leur famille.

Sans annuler les acquis de la loi Roussel, cette loi franchit un pas décisif, en s'intéressant non seulement au cas des enfants placés en nourrice ou en gardiennage mais aussi à celui des enfants demeurant dans le domicile familial. En plus des nourrices et gardiennes d'enfants, cette loi place donc aussi sous le contrôle de l'État les parents des enfants.

Plusieurs points sont à noter à propos de cette loi. Pour la première fois dans le droit français, le droit du père sur son enfant, jusqu'ici pensé comme un droit de propriété, est remis en question. Ensuite, dans sa mise en application, les agents de l'État devront pénétrer dans le domicile des familles ; autre domaine qui jusqu'ici était marqué du sceau privé. Enfin, il faut noter que dans son esprit même, cette loi ne s'intéresse plus uniquement à la santé biologique de l'enfant. Il y est question des mœurs des parents et de l'effet que celles-ci peuvent avoir sur le développement de l'enfant et son intégration future dans la société. Ce dernier élément figure en bonne place dans les débats qui entourent le vote de la loi. L'enfant soumis au délaissement des parents y est présenté comme un criminel ou un vagabond en puissance. À la sauvegarde de l'enfant s'ajoute donc la volonté de préserver la société du développement des « classes dangereuses ». Elle déplace alors « à la fois les limites du normal et du pathologique (battre son enfant n'a pas toujours été considéré comme une affaire intéressant les médecins) et les rapports entre la sphère publique et la sphère privée (les services sanitaires et sociaux sont invités à enquêter au domicile... à juger des méthodes éducatives des parents), autrement dit en participant de cette redéfinition à la fois de la santé et du politique » (Fassin, 1996 : 298).

c. Les visites à domicile et les médecins inspecteurs

La loi Roussel de 1874, confie la tenue des registres de naissance et des registres de déclaration des nourrices aux maires, gardes-champêtres et secrétaires de mairie. Ces

registres permettent de rendre compte du nombre d'enfant naissant, du nombre d'enfants placés mais servent aussi de cahier d'observation sur le travail effectué par les nourrices. Toutefois la proximité et l'interconnaissance entre nourrices et personnel de mairie, surtout dans les villages, empêchent une évaluation objective des situations par les employés municipaux. Les critiques à l'égard du travail effectué par les nourrices restent très rares et la réalité des conditions de gardiennage bien loin des descriptions figurants dans ces registres (Rollet, 1990).

Pour cette raison, et en réponse au taux de mortalité alarmant que connaissent les enfants placés en nourrice à cette époque, la loi Roussel double ce système de surveillance administrative des enfants placés en nourrice d'une inspection médicale, par le moyen de visites à domicile mensuelles dont la charge financière est conférée aux départements.

Les médecins inspecteurs chargés de ces visites à domicile ont alors pour mission, vis-à-vis des nourrices, de contrôler le respect de la loi, mais aussi de les éduquer et de les conseiller sur l'éducation des enfants. Un des problèmes majeurs auxquels se heurtent les médecins-inspecteurs, compte tenu des conditions de vie matérielles des nourrices (faible revenu, logement souvent sombre et étiqué, faible niveau d'éducation...), s'avère être la compréhension et les possibilités de mise en application des conseils qu'ils prodiguent. La lutte menée contre l'usage des biberons à tube dans l'industrie nourricière est à ce titre exemplaire (De Luca et Rollet, 2005). En effet, si la nocivité de ces biberons, dont le long tube en caoutchouc ne peut être lavé, est scientifiquement démontrée, les inspecteurs se heurtent à l'aspect pratique de l'utilisation de ces ustensiles.

Vis-à-vis des enfants, les médecins-inspecteurs sont chargés de veiller à leur bon développement et le cas échéant de soigner ceux qui sont malades. Bien que non censés prodiguer des soins gratuitement en dehors des visites de contrôle, les parents étant de très mauvais payeurs, les médecins-inspecteurs effectuent ce service de façon quasi gratuite. Enfin, à travers les données qu'ils recueillent lors de leurs visites et la production de rapports qui leur est demandée, ils doivent aider à une meilleure connaissance des conditions de vie générales de la petite enfance.

Ces visites se révèlent efficaces sur un certain nombre de points. Leur principal avantage est celui d'être effectué au domicile des nourrices et de permettre au médecin qui les opère de faire de nombreuses observations sur le logement et les conditions dans

lesquelles la nourrice s'occupe de l'enfant. Le fait qu'elles puissent être menées à l'improviste permet aussi au médecin de constater quelles sont réellement les pratiques de la nourrice et de ne pas se contenter de ses déclarations ou d'observations menées sur un logement ou une situation préparée dans l'attente de la visite. Dans les évolutions à venir en matière de protection de l'enfance, il s'agira de ne pas laisser de côté ces avantages incontestables que seules les visites à domicile menées à l'improviste permettent d'obtenir. Mais il faut tout de même considérer que celles-ci recouvrent un certain nombre d'inconvénients ou de lacunes auxquels il s'agira de remédier. Premier inconvénient : ces visites ne permettent pas au médecin et, plus généralement, à la médecine, d'accéder aux enfants demeurant dans leur famille¹⁶. Cela restreint considérablement le nombre d'enfants concernés par cet effort de surveillance de la santé des plus petits. Il faut ajouter à cela que ces visites sont coûteuses, du fait des déplacements qu'elles nécessitent et qu'elles ne permettent pas le transport de matériel d'auscultation du nourrisson comme, par exemple, une balance. Malgré tout, elles restent le principal mode de surveillance de la santé du jeune enfant et de lutte contre sa mortalité, notamment dans les campagnes où les médecins sont rares et où les populations n'ont pas toujours de quoi payer une consultation.

d. Les consultations type « gouttes de lait »

Dans cette même optique de préservation des jeunes enfants de la mort, et à la suite de découvertes scientifiques sur les bienfaits de la stérilisation, trois institutions de type consultations de nourrissons voient le jour en France entre 1892 et 1894 :

1- Juin 1892 : la Consultation à l'hôpital de la maternité de Pierre Budin, avec suivi du développement staturo-pondéral, courbe de croissance et de poids, recommandation d'allaitement et prescription de lait stérilisé.

2- Juillet 1892 : le dispensaire Variot (Belleville), dont le but est de soigner les bébés et les enfants malades, mais aussi de distribuer du lait stérilisé.

¹⁶ Si la loi de protection des enfants maltraités permettait en effet de pénétrer dans les familles, il ne s'agissait pas, comme pour les visites à domicile, de s'assurer de manière préventive du bon développement et de la qualité des soins prodigués à l'enfant, mais au contraire de prendre des mesures en réponse à des traitements jugés néfastes pour la santé de l'enfant et pour la construction de sa personne.

3- Juillet 1894 : la « goutte de lait », dont la première fut ouverte à Fécamp par le Docteur Dufour. Dans ces consultations, les bébés sont pesés et du lait stérilisé est distribué aux mamans. Les moments passés dans ces consultations sont aussi utilisés pour divulguer de nombreux conseils de puériculture aux mères ou aux nourrices accompagnant le bébé.

Le succès que rencontre ce dernier type de consultation est dû à la simplicité de son dispositif (une balance, un médecin et du matériel de stérilisation du lait) et à la quadruple fonction qu'elles recouvrent. Ces consultations ont à la fois une fonction médicale (curative et préventive), une fonction éducative (par les conseils qui sont donnés aux mères et aux nourrices), une fonction sociale (par la distribution de lait aux mères les plus démunies) et une fonction de socialisation, en permettant aux différentes mères présentes, parfois jusqu'à cent d'un coup, de se rencontrer et de discuter entre elles en attendant la consultation (Rollet, 1995). La résolution du 3 décembre 1903 adoptée par le Sénat recommande aux préfets de développer les consultations « goutte de lait » et œuvres similaires et une circulaire du ministère de l'intérieur adresse la même recommandation aux préfets. Malgré tout, à l'instar des trois consultations pionnières, ce sont principalement des œuvres privées qui ouvrent et tiennent ces consultations. En 1912, les communes sont encouragées à créer elles-mêmes des consultations, lorsque les œuvres privées font défaut ou sont insuffisantes.

Dans la progression chronologique que nous suivons depuis le début de ce chapitre, nous nous approchons, avec la naissance des consultations de type « Goutte de lait », de la fin du XIX^{ème} siècle. Notons que, si la très grande majorité des mesures adoptées jusqu'ici, le sont à la suite d'initiatives de médecins, toutes comportent une importante connotation sociale. Elles continuent en cela de placer l'intervention publique dans le domaine de la santé sur le plan de l'assistance. Ainsi, même les quelques initiatives s'adressant à toute la population, telles les consultations « goutte de lait », réservent dans leurs actions une part importante à la protection ou à l'aide aux femmes et aux enfants les plus démunis. Si les consultations « goutte de lait », avec le suivi du développement de l'enfant et les conseils aux mères, s'adressent à tous, la distribution de lait stérilisé qu'elle prévoit est, quant à elle, destinée aux familles n'ayant pas les moyens d'en acheter.

Enfin, à l'exception de situations bien particulières (enfants placés en nourrices, enfants maltraités), il n'existe encore aucune mesure médicale ou sanitaire s'imposant à l'ensemble de la population.

e. Les enfants assistés

En 1904 est votée la loi sur les enfants assistés. Cette nouvelle loi de protection de l'enfance avance trois éléments principaux. Le premier est celui d'établir neuf catégories distinctes parmi les enfants assistés¹⁷, suivant leur situation et les raisons pour lesquelles ils se trouvent assistés par l'institution et prévoit donc des mesures distinctes en fonction de la catégorie à laquelle appartient l'enfant.

En second lieu, cette loi met en place la pratique des bureaux ouverts, qui sont à ce moment-là présentés comme une amélioration du principe des tours d'abandon. Dans ces bureaux, la mère vient confier directement et en main propre l'enfant qu'elle souhaite abandonner à une receveuse, tout en conservant l'anonymat. Cette pratique doit permettre à la mère de bénéficier d'un temps de discussion, de conseil et de réflexion avant de se séparer définitivement de son enfant, en espérant par là la faire changer d'avis.

Le troisième élément important de cette loi consiste en la prévision d'un financement plus généreux pour les services d'accueil et les nourrices afin d'assurer de bonnes conditions de vie aux enfants assistés. L'objectif général de cette loi est alors de faire reculer les maltraitances, les infanticides et les abandons mais en préservant tout de même la possibilité pour les femmes les plus en détresse de recourir à l'abandon.

f. Les politiques familiales

Si au début du XIX^{ème} siècle, l'apparition des salles d'asile permet, dans certaines zones, pour les femmes les plus démunies de faire garder leur enfant pendant qu'elles travaillent, jusqu'à la fin du siècle, aucune mesure nationale n'est prise en direction des femmes enceintes. Plusieurs initiatives de type privé voient le jour dans le dernier quart du XIX^{ème} siècle mais ce n'est qu'en 1899 que les premières propositions de lois faisant

¹⁷ On trouve ainsi les différentes catégories d'enfants secourus, en dépôts, en gardes, trouvés, abandonnés, orphelins pauvres, maltraités, délaissés ou moralement abandonnés.

état de la nécessité d'instaurer une période de repos avant et après l'accouchement sont présentées par le député Constant Dulau et le sénateur Paul Strauss devant leurs assemblés respectives. Ces propositions incluent le versement d'une indemnité pendant le congé maternel et c'est la question du financement de cette indemnité qui fait rejeter le projet de loi en débats et amendements jusqu'en 1913. Dans la même lignée, mais sans faire état de questions financières ni de rémunération pendant cette période « chômeuse », la loi Engrand, votée en 1909, autorise pour toutes les femmes enceintes la suspension du travail pendant huit semaines consécutives autour de l'accouchement sans que cela puisse être une cause de rupture de contrat. C'est finalement le 13 juin 1913 que la proposition de loi de Paul Strauss est adoptée par le Sénat. Cette loi interdit de faire travailler des femmes dans les quatre semaines qui suivent leur accouchement et prévoit, pour toutes les femmes privées de ressources, c'est-à-dire ne disposant pas d'autres revenus que ceux fournis par la rémunération de leur travail, le versement d'allocations pendant toute cette période de repos imposé. Par la suite, deux lois étendent très rapidement la portée de ce texte en élargissant la population concernée. Le 13 juillet 1913, la loi s'étend aux salariés à domicile et le 2 décembre 1917 ce sont toutes les femmes françaises privées de ressources qui en bénéficient, qu'elles soient salariées ou non. Afin d'inciter les femmes enceintes et les nouvelles mères à se soumettre au contrôle des médecins et des infirmières, le versement de ces indemnités est à ce moment-là étroitement lié à la fréquentation des consultations prénatales et des consultations des nourrissons ainsi qu'aux contrôles effectués à domicile par les infirmières visiteuses.

Parallèlement à ces lois sur le repos maternel, des textes portant sur la famille dans son ensemble sont progressivement votés. Ainsi, la loi du 14 juillet 1913 qui porte assistance aux familles nombreuses dont les revenus sont insuffisants instaure « la notion d'un minimum de ressources que garantit la collectivité à l'enfant » (Rollet-Echalier, 1990 : 249). À la suite de ce premier pas en faveur des familles, plusieurs lois de finances sont votées, dans lesquelles l'État s'engage à subventionner les départements qui versent des primes à la natalité. Contrairement aux allocations d'assistance qui existaient jusqu'ici, ces primes ne tiennent plus compte des revenus des parents et s'approchent du principe d'allocations familiales, exclusivement dépendantes du nombre d'enfants compris dans une famille.

g. Les infirmières visiteuses

L'éducation et le conseil à la puériculture des mères et des nourrices au cours des visites à domicile et des consultations infantiles font à l'origine partie du travail des médecins. Mais le temps nécessaire à la réalisation de ce travail ainsi que les « compétences naturelles » qu'il nécessite sont les principaux arguments avancés pour délester de cette tâche les médecins, scientifiquement formés, et la confier à des femmes. Ainsi les médecins se font régulièrement assister par des sages-femmes ou des infirmières visiteuses à qui revient ce travail pendant les visites à domicile ou les consultations. Profitant de leur présence aux domiciles des familles, les infirmières visiteuses peuvent observer l'enfant et ceux qui s'en occupent dans leur lieu de vie quotidien et choisir les conseils d'hygiène et de puériculture à prodiguer en priorité ou à rappeler. Ces visites sont aussi l'occasion de convoquer les mères et les nourrices aux consultations médicales. Le rôle des infirmières visiteuses, qui participent aussi aux consultations, est alors, entre autres, de vérifier la bonne compréhension de ce qui est dit à l'accompagnant par le médecin au cours de la consultation et, par la suite, de s'assurer de la mise en pratique de ces conseils au domicile.

Ce n'est toutefois qu'après la première guerre mondiale que les infirmières visiteuses rendent systématiques leurs visites pour tous les nouveaux-nés. À cette époque, aucune législation nationale n'existant à ce propos, cela n'est vrai toutefois que dans certains départements et principalement dans les grandes villes du pays où les consultations agréées s'arrangent pour se procurer la liste des nouveaux-nés ou, quand cela n'est pas possible, incitent les mères, par voie de tract ou promesse de récompense, à déclarer au plus tôt la naissance de leur enfant.

Des écoles destinées à former les infirmières sont créées au cours des deux premières décennies du XX^{ème} siècle et c'est en 1922 que Paul Strauss signe le décret précisant le statut des « infirmières visiteuses d'hygiène sociale » et instaurant le diplôme d'État correspondant. Toutefois, craignant que ces nouvelles professionnelles diplômées ne leur fassent trop concurrence, les médecins s'empressent de limiter les formations et l'étendue des compétences de ces infirmières.

Au lendemain de la première guerre mondiale, l'idée que « la recherche des *causes médicales* de la maladie était insuffisante, qu'il fallait y associer celle des *causes sociales* » (Rollet, 1990, p.398) fait son chemin. Le travail social n'étant jamais plus

efficace que lorsqu'il est pratiqué au domicile des familles, l'essentiel de celui-ci est confié aux infirmières visiteuses dont le travail « ne cessera de tendre vers un rôle plus polyvalent mettant de plus en plus en plus en avant l'aspect social » (Bouquet, 1994 : 216). Le « décret du 17 février 1938 qui fait fusionner la formation des infirmières-visiteuses et celle des assistantes sociales et prône une formule unique : l'assistante sociale. Résultat d'un compromis, ce décret donne une inflexion médico-sociale au service social et renvoie les infirmières à la technique des soins »(ibid. : 220).

h. Une conception plus globale de la prévention

Dans le milieu des années 1930, dans un *Essai de systématique du service social et de ses agents*¹⁸ le Dr R.H.Hazemann distingue quatre étapes de développement pour l'hygiène :

- le génie et la police sanitaire : construction des bâtiments et mise au point des règlements ;
- hygiène publique : Pasteur, le microbe vient au cœur des préoccupations des hygiénistes ;
- hygiène sociale : en tant que lieu de vie des individus à protéger, la famille devient le champ principal de l'action ;
- hygiène : (période en cours au moment où Hazemann rédige son essai) la société est considérée comme un tout, la politique se doit d'être globale, multiforme, dynamique.

Et c'est en effet dans cette optique globale de la politique à l'égard de la famille que s'orientent les nouvelles mesures qui sont adoptées. Ainsi : « compléter la leçon d'hygiène (la consultation) par une aide économique tangible, et inversement soumettre le versement des allocations à des contrôles médicaux et hygiéniques » (Rollet-Echalier, 1990 : 231). Le lien entre le médical et le social dans le secteur de l'enfance et de la famille tend à s'établir et à se durcir et il devient, à partir des années 20, quasiment impossible de penser l'un sans l'autre.

Allant dans le sens de cette approche plus globale de la famille, mais sur un aspect sensiblement différent, les techniques employées pour mener à bien les *enquêtes*

¹⁸ Cité par Rollet-Echalier, 1990, p.231

sociales, « matière première et encore principale » (Donzelot, 1977 : 111) de la justice pour enfant, se voient considérablement modifiées à partir de 1920. Trois nouvelles règles en conduisent désormais le déroulement :

- *Approche circulaire de la famille*. « Avant d'entrer en rapport avec la famille à surveiller, à assister, à protéger, il faut collecter tous les renseignements dont disposent les administrations d'assistance et de surveillance » (ibid.p.114). Puis interroger successivement l'instituteur des enfants, le patron du chef de famille, le propriétaire du logement, le concierge, les voisins, les commerçants... Le recueil de ces informations auprès des sources différentes permet une vision plus contrastée de la famille que le contentement à un seul informateur.

- *Interrogatoire séparé et contradictoire* : « il est toujours préférable que le visiteur ne convoque pas son client chez lui, mais se rende au domicile de celui-ci et que cette visite ait lieu à l'improviste » (ibid.p.115) afin d'éviter les possibilités de mise en scène de la part de la famille enquêtée.

- *La vérification pratique du mode de vie familial* : l'enquêteur doit « causer et faire causer le plus qu'il peut. Ces conversations font toujours plaisir à ceux que l'on interroge » (ibid.). Au travers de ces discussions, l'enquêteur pourra alors manifester de l'intérêt pour la famille, distribuer des conseils, recueillir de nombreuses informations et établir un début de relation avec les membres de la famille en question. Tout en discutant, l'enquêteur observe le logis, la disposition des pièces, l'état du logement...

À travers ces deux exemples portant sur la prévention médicale et la prévention sociale, nous pouvons voir qu'un changement considérable s'opère à partir des années 1920. Ces deux champs principaux de la prévention tendent à se rapprocher et à être considérés comme difficilement strictement distinguable l'un de l'autre. Ainsi les critères d'évaluation de l'un auront tendance à être considérés dans l'évaluation de l'autre et réciproquement. La prévention sociale ne se limite plus à l'individu et à ses conditions sociales objectives mais œuvre en direction d'une hygiène sociale basée sur les conditions et habitudes de vie des individus. Parallèlement à cet élargissement de la prévention sociale, un changement similaire s'opère du côté de la prévention médicale qui ajoute à la santé physique et à l'hygiène de l'individu, les éléments de compréhension issus du travail social.

3. La fin d'une époque

a. Extension et manque de coordination des mesures de prévention

Ce rapide historique des mesures prises en faveur de la petite enfance entre 1800 et 1939 permet de faire ressortir deux éléments caractéristiques de cette époque qui auront une influence considérable sur les périodes suivantes et qui portent tous deux sur l'aspect général des politiques mises en œuvre, des lois adoptées, des structures mises en place et des actions menées tout au long de cette période. Il s'agit, d'une part, de « l'extension progressive » des mesures de prévention et, d'autre part, de l'hétérogénéité des situations et des possibilités d'action des départements et des problèmes de coordination des différentes institutions que soulèvent la mise en application de ces mesures.

En premier lieu, il convient de souligner l'extension considérable de la population concernée par les mesures, lois et structures consacrées à la petite enfance. Il ne s'agit pas ici d'une extension démographique mais bien de la multiplication du nombre de catégories, de nourrissons, d'enfants, de femmes, de mères, que concernent successivement les différentes lois adoptées et les multiples structures qui se mettent en place. Nous avons commencé notre revue historique avec l'ouverture des premiers lieux d'accueils qui s'adressaient aux seuls enfants pauvres dont les mères travaillaient ou souhaitaient travailler. La loi Roussel, première grande loi de protection de l'enfance, même s'il ne faut pas en minimiser la portée, ne concernait que les enfants de moins de deux ans placés en nourrice en dehors du domicile familial. Que de chemin parcouru alors pour aboutir à la fin de cette période, à la veille de la seconde guerre mondiale, à une surveillance de tous les enfants naissant sur un territoire donné, à la surveillance médicale de ces enfants et à l'éducation à la puériculture de leurs mères. Pour autant, à l'exception des catégories d'enfants visées par la loi Roussel de 1874 et les principales grandes lois que nous avons évoquées (les enfants assistés, les orphelins et les enfants de moins de deux ans placés en nourrice en dehors de leur famille) pour qui un certain nombre de visites et de contrôle sont obligatoires, la grande majorité de ces mesures et institutions restent placées sous le signe de l'incitation et de la libre participation. Seul le décret du 30 octobre 1935 vise à étendre la loi Roussel à cinq catégories d'enfants

supplémentaires et étend l'âge de la protection aux enfants de moins de trois ans¹⁹. Mais son décret d'application n'étant publié qu'en septembre 1938, ce décret n'a, compte tenu des événements internationaux, quasiment aucun effet pratique. À cet élargissement des publics concernés par les mesures et lois s'ajoute une multiplication des éléments pris en compte pour améliorer la santé du jeune enfant. Comment évaluer autrement l'écart existant entre les premières mesures de simple surveillance des modes de nutrition et de l'hygiène minimale donnée par les nourrices d'un côté, et les congés maternité et le versement d'allocation familiale de l'autre ?

En second lieu, face à l'amélioration des politiques de la petite enfance, à l'accroissement des lois, mesures et décrets, à la multiplication des structures dédiées, face enfin à cette volonté affichée de faire progresser les conditions de l'enfant, se dressent les difficultés de la réalisation d'une telle tâche. Afin de faire ressortir au mieux cette volonté d'accroître le champ de la prise en charge et d'aller toujours plus loin dans la prévention de la petite enfance, nous n'avons, tout au long de cet « historique », pas évoqué l'hétérogénéité des résultats obtenus par ces mesures successives. Hétérogénéité que l'on peut noter entre les différentes mesures adoptées, mais aussi, et peut-être surtout, pour une même mesure, entre les différents départements. Ce serait faire fausse route que de ne point aborder cette hétérogénéité et de ne pas rendre compte de l'important manque de coordination des différentes mesures à l'échelle nationale et des structures mises en place pour tenter d'y remédier. En effet, tout au long de cette période, si les lois et décrets prononcés sont de portée nationale, leur mise en œuvre s'opère à une échelle locale. Bien que l'État prenne en charge une bonne partie du financement de ces mesures, la part restante est souvent trop élevée pour que les collectivités locales puissent s'en acquitter, ce qui remet directement en cause la mise en œuvre de tel ou tel projet. Les quelques organismes d'envergure nationale dont l'État se dote au cours de cette période ne sont bien souvent que des structures de contrôle, de réflexion ou de gestion et ne permettent pas d'influer directement sur l'action à mener.

Ainsi, le *Comité supérieur de protection des enfants du premier âge* créé dès 1874 (et institué par le décret du 26 mai 1875) est le premier organe spécialisé dans la petite enfance. Il a pour mission de coordonner et de produire des synthèses des actions

¹⁹ Selon le rapport de l'inspecteur général Rauzy, le nombre d'enfants bénéficiant de la protection passerait alors de 50 000 à 300 000. Cité par Rollet (1990, 269).

départementales et de faire des propositions sur les actions à tenir. Le Comité supérieur constate dans son rapport de 1878 que près d'un cinquième du territoire français échappe encore à l'application de la loi Roussel. Un retard toujours pas rattrapé en 1882 et qui est imputable tant au manque de mobilisation des conseils généraux, à l'inertie des inspecteurs départementaux, au manque d'initiative des préfets qu'à l'insuffisance de l'investissement économique du ministère de l'intérieur. L'activité du Comité supérieur est alors inversement proportionnelle à l'application de la loi Roussel et son rôle tend à diminuer avec la mise en place progressive des principaux rouages de la loi. *L'inspection générale des services administratifs* est chargée de l'inspection des établissements et institutions de bienfaisance et de celle du service de protection du premier âge. Se rendant sur le terrain, ses inspecteurs et inspectrices vont constater le fonctionnement de l'ensemble des services du secteur de la petite enfance. *Le conseil supérieur de l'Assistance publique* (institué par décret le 14 avril 1888) comprend plusieurs commissions, dont la première s'occupe des services de l'enfance. Ce conseil, purement consultatif, est chargé d'aider à la réflexion des textes de lois et des diverses décisions à prendre.

Ces conseils et comités permettent d'avoir une vue d'ensemble et de remédier aux principales lacunes de certains départements. Mais en l'absence de moyens d'action uniformes sur le terrain, la régulation inter départementale demeure impossible. À l'échelle départementale existent les *comités départementaux de protection* qui, comme le Comité supérieur, ont été institués par la loi de 1874. Ils jouent d'ailleurs le même rôle consultatif et propositionnel que le Comité supérieur et connaissent pour la plupart, dans les départements où ils ont été mis en place, le même sort que celui-ci ; leur action tend à s'éteindre dès lors que les dispositions demandées par la loi sont correctement mises en œuvre. La mise en place de *l'inspection départementale*, elle aussi prévue par la loi de 1874, comprend le recrutement d'inspecteurs départementaux. Ces derniers sont chargés d'inspecter les différents services accueillant les enfants assistés et protégés, mais leur rémunération et les moyens mis à leur disposition sont largement insuffisants. Pour y remédier, les conseils généraux leur accordent des indemnités dont le montant est fonction du nombre d'enfants assistés dans le département. Toutefois, preuve de l'absence de coordination à l'échelle nationale, aucune règle uniforme n'est édictée à ce propos. Pour autant, les tâches de l'inspecteur départemental sont multiples et son rôle très important. « C'est lui qui décidait du placement en nourrice, qui, sur

proposition du médecin ou de lui-même, procédait à un retrait. C'est lui qui suivait l'enfant au cours de ses premières années, plus tard devait veiller à sa scolarisation, conseiller une orientation, trancher les conflits, autoriser un mariage, etc. Bref, il intervenait dans tous les événements importants de la vie d'un enfant, puis d'un jeune adulte » (Rollet-Echalier, 1990, p.310). L'inspection départementale a aussi en charge l'inspection des crèches, des établissements de bienfaisance, ainsi que le secrétariat du Conseil départemental d'hygiène.

En somme, les organisations mises en place, que ce soit à un niveau départemental ou à un niveau national, ont davantage un rôle de contrôle et de proposition qu'un réel pouvoir d'injonction. Si elles permettent de contrôler les établissements qui ouvrent, elles manquent considérablement de moyens pour aider à l'ouverture de telles structures.

Ainsi, ces deux « extensions », l'une « quantitative » – la multiplication des catégories d'enfants concernés - et l'autre, « qualitative – la diversification des éléments pris en compte - sont allées de paire avec un foisonnement de lois et de décrets, un développement important des structures mises en place et la multiplication du nombre d'agents amenés à intervenir, chacun au nom de sa structure et sur sa mission particulière, pour mener à bien la surveillance de la petite enfance. De fait, dès 1902, le manque de coordination entre les différentes actions existantes est constaté. Chaque département tente alors de coordonner tant bien que mal les différentes institutions qu'il comprend. La « Fédération des œuvres girondines de protection de l'enfance », créée en 1918, constitue la première expérience réussie en la matière. En 1927, l'Office de Protection Maternelle et Infantile (OPMI) est créé afin de coordonner tous les services, œuvres et institutions sociales s'occupant de la mère et de l'enfant dans le département de la Seine. En 1931, à peu près 18 départements possèdent une organisation pratiquement complète. En 1933, sous l'impulsion d'un médecin spécialiste des assurances sociales soucieux d'accroître le rendement des prestations maternité et des allocations familiales, les caisses d'assurances sociales, elles-mêmes structurées à l'échelle départementale, cherchent à coordonner les différentes actions menées. S'appuyant sur les institutions déjà existantes (consultations de nourrissons et infirmières visiteuses), elles participent fortement à la coordination et à l'harmonisation qui faisait tant défaut.

A la veille de la seconde guerre mondiale, le manque de coordination des moyens existant à l'échelle départementale ainsi que leur mise en place et leur uniformisation à l'échelle nationale demeurent alors les deux grands défis à relever. Sans mettre de côté la volonté de continuer cette « extension de la prévention », c'est donc dans cette logique d'application et d'uniformisation que les réformes à venir sont envisagées.

b. Le code de la famille

Coordination et uniformisation, tels sont, entre autres, les objectifs du code de la famille. Promulgué à la hâte par décret le 29 juillet 1939, le « code de la famille » a aussi pour ambition de poursuivre l'extension de certaines mesures à d'autres catégories de familles et d'enfants encore ignorées par les législations précédentes. Articulées autour de trois axes principaux (l'aide à la famille, la protection de la famille et de l'enfant, la répression et la lutte contre les fléaux sociaux), les mesures inscrites dans ce code visent à verser une prime lors de la naissance du premier enfant et à étendre le champ d'application des allocations familiales versées dès la seconde naissance. Le code confie aussi la prévision et l'organisation de la prévention médicale à l'administration publique. Il est suivi de deux décrets qui définissent le contenu de la protection maternelle et infantile et spécifient que « le réseau sanitaire départemental [doit] être défini conformément à un « règlement modèle-type » » (Norvez, 1990, p.75).

Tout en continuant d'étendre le champ d'application des mesures en vigueur, il s'agit donc bien d'uniformiser sur l'ensemble du territoire les différents moyens d'assurer la protection et la prévention auprès de l'enfant et de la famille. La seconde guerre mondiale ne permet cependant pas de mettre en application les mesures prévues par le code de la famille. Celui-ci constitue tout de même une large source d'inspiration pour l'élaboration, au lendemain de la guerre, de l'ordonnance du 2 novembre 1945 qui institue la Protection Maternelle et Infantile comme politique nationale de santé publique.

c. La législation du gouvernement de Vichy

Pendant la seconde guerre mondiale, la mortalité infantile connaît une très forte progression et il est donc nécessaire, pour le gouvernement en place, de prendre des mesures en la matière. La loi du 16 décembre 1942 s'inspire fortement du code de la famille et confirme ici la volonté de confier à l'État la protection de la mère et de l'enfant. Ce texte, qui est quasi intégralement repris dans l'ordonnance de 1945, comporte principalement trois éléments novateurs par rapport aux précédents. Tout d'abord, il instaure le principe de la visite médicale prénuptiale. Si on ne peut nier la visée eugéniste de ce principe, il vise toutefois à responsabiliser les futurs mariés quant à leur état de santé personnel et commun. En second lieu, alors que la protection du jeune enfant est limitée à l'enfant de moins de deux ans depuis 1874 puis à l'enfant de moins de trois ans depuis le décret de 1935, cette loi fait figurer pour la première fois la catégorie d'enfants de moins de six ans dans la législation. La limite de l'âge de six ans qui correspond à l'âge préscolaire demeure aujourd'hui encore l'âge limite de prise en charge de la petite enfance par la PMI. Enfin, cette loi réorganise les services de prévention en établissant une réelle répartition du travail entre les différents professionnels. Aux médecins revient le contrôle et l'organisation des services et aux assistantes sociales la charge de la « surveillance préventive ».

Bien qu'élaboré dans le contexte particulier de la seconde guerre mondiale par un gouvernement dont les traces de l'action veulent être effacées dès la fin de la guerre, les principaux éléments de la loi du 16 décembre 1942 se retrouvent, après la guerre, sans modification majeure, dans ce qui est encore reconnu comme étant la base fondatrice de la Protection Maternelle et Infantile sous la forme qu'on lui connaît aujourd'hui : l'ordonnance du 2 novembre 1945.

Pendant toute cette première période, les différents éléments auxquels nous avons fait référence, les textes de loi que nous avons évoqués, touchent différents champs de la société. Congés maternités, travail des enfants, modes de garde, allocations familiales ou enfance abandonnée : autant d'éléments qui ont certes un rapport direct avec la maternité ou l'enfance comprise entre zéro et six ans, mais qui, sans être des éléments complètement distincts, relèvent d'actions menées séparément, de façon relativement disparate et sans réel autre point commun que celui de la population à laquelle ils