

Une historiographie législative en discussion

En retraçant de manière chronologique les principales étapes de ce qu'est aujourd'hui la Protection Maternelle et Infantile, notre objectif était pluriel. D'une part, il s'agissait de montrer le processus d'élaboration progressive de cette politique de santé publique à destination de la petite enfance et de présenter la ténacité du lien qui unit le champ médical et les dimensions sociales dans sa mise en place. D'autre part, en mettant en lumière la multiplication des services et de leurs orientations respectives ce parcours législatif expose le processus d'infiltration progressive menée au nom de la santé dans des sphères toujours plus nombreuses et plus intimes du quotidien de la population materno-infantile présentant ainsi la PMI comme un exemple de « bio-pouvoir » (Foucault, 1976b).

À la suite de cette histoire législative, ce second chapitre vient en discuter les principaux éléments. Nous nous intéressons alors aux processus à l'œuvre permettant l'avènement d'une loi ainsi qu'à l'intérêt et aux limites que présente une histoire retracée à partir de la législation. À travers cette démarche réflexive, c'est la présentation de la PMI en tant qu'instance de gouvernement des corps que nous venons questionner.

I. Une histoire des législations, pour quoi faire ?

En reprenant l'histoire de la protection de l'enfance, depuis les premières grandes lois jusqu'à nos jours et en en suivant son évolution législative nous souhaitons retracer le long parcours législatif et social accompli pour aboutir à ce qui constitue le cœur de notre travail de recherche : les services de PMI et plus particulièrement les consultations gratuites de protection infantiles. De ce processus d'élaboration ressort plusieurs points forts qu'il nous faut rappeler.

1. Le cadre restreint de la législation

Une critique, très juste, peut-être faite à l'encontre de la chronologie établie dans les pages précédentes. Tout au long de ce parcours de plus de 150 ans, nous ne nous sommes appuyé que sur les textes législatifs, les lois, les décrets, circulaires et ordonnances. Les références aux événements historiques sont rares et les acteurs ayant conduit ces lois, tout comme leurs biographies ou leurs motivations sont quasiment absents. En somme, nous pourrions dire que l'histoire retracée n'est qu'une histoire de papier et que le rapport avec la réalité des situations reste à questionner. Bien conscient de cette lacune considérable, il nous faut dès à présent justifier ce choix que nous avons pourtant effectué de retracer cette histoire à travers les textes de lois. Certes, ces derniers ne permettent pas d'accéder à toute la réalité des situations, ce que nous verrons dans la suite de ce chapitre, mais ils n'en sont pas pour autant dénués de toute signification. Ainsi, s'intéresser à la succession des textes qui ont progressivement construit, élaboré et consolidé la Protection Maternelle et Infantile en tant que politique nationale de santé publique nous semble présenter deux intérêts principaux.

En premier lieu, se limiter aux textes de loi permet de retracer une « histoire officielle » de la PMI comme institution d'État. L'usage du terme officiel est ici une allusion directe au Journal Officiel de la République Française dans lequel sont publiés les textes de loi. Ainsi, ne prendre en compte que les textes de lois permet de retracer l'histoire de la PMI telle que l'écrit l'État.

En second lieu, cette démarche nous permet de retracer les engagements successifs que prend l'État sur cette question de la protection maternelle et infantile. En effet, se limiter aux textes de loi, exclut par la même toutes les initiatives purement locales ou privées. Si la chronologie historique qui se dessine alors ne retrace qu'une vision légaliste de ce qui est fait, elle permet de mettre clairement en avant l'engagement progressif de l'État dans ce domaine. S'il ne faut pas perdre de vue que les lois ne sont que rarement innovantes, il n'en demeure pas moins qu'elles illustrent la reconnaissance par l'État d'initiatives locales, leur acceptation et la volonté de les étendre à l'ensemble du territoire national (cf., parmi d'autres, l'histoire des consultations « goutte de lait »).

2. Le principe des extensions

Cet historique des législations successives permet de montrer l'extension progressive qu'a connue la protection de l'enfance. Comme nous l'avons déjà souligné dans la conclusion de notre « première période » (d'avant 1874 à 1945), la protection de l'enfance s'est, au fil du temps, étendue aussi bien quantitativement, en s'intéressant à des catégories de population toujours plus nombreuses, que qualitativement, par la prise en compte d'éléments toujours plus nombreux de la vie familiale.

a. Quantitative

Des premières mesures adoptées en 1811 à l'ordonnance du 2 novembre 1945, les lois de la petite enfance sont passées d'une réglementation concernant les enfants abandonnés (ou plutôt en vue d'améliorer les conditions de l'abandon) à un ensemble de mesures concernant toute la population materno-infantile depuis la déclaration de grossesse de la mère jusqu'au sixième anniversaire de l'enfant, sans autre critère de sélection. S'adressant à l'ensemble de la population materno-infantile, ce principe d'extension quantitative, s'il n'est jamais définitivement clos, ne peut désormais plus évoluer à l'intérieur des classes d'âge auxquelles il s'adresse aujourd'hui, à moins d'en repousser les seuls critères de sélection établis : l'âge limite de six ans pour les enfants et le moment de la déclaration de grossesse pour les femmes enceintes.

Et c'est donc bien à une vue de l'ensemble de la population materno-infantile qu'aspirent les services de PMI, notamment à travers la mission d'établissement de statistiques qui leur est confiée. Depuis 1975, trois examens médicaux obligatoires du jeune enfant, au 8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois de vie, donnent lieu à l'établissement de certificats médicaux, qui, une fois centralisés par les services départementaux de PMI font l'objet d'un traitement statistique offrant une vision globale de la santé de l'ensemble de la population infantile. Que les enfants soient suivis dans une consultation de PMI ou un cabinet privé, qu'ils soient nés à domicile ou à l'hôpital, qu'ils soient d'un milieu social aisé ou en difficulté, que les parents touchent des allocations ou pas, ces enfants figurent dans les statistiques départementales et par là, nationales.

Suivre une population entière de futures et jeunes mères et d'enfants de zéro à six ans, sans autres critères de sélection économique, sociale, morale ou biologique, tel est l'aboutissement de cette extension quantitative de la Protection Maternelle et Infantile.

b. Qualitative

Tout au long de ces deux siècles, les éléments sur lesquels portent ces différentes mesures sont toujours plus nombreux et tendent à encadrer l'ensemble des activités sociales de cette population, y compris les plus intimes. Et si l'ordonnance du 2 novembre 1945 met un coup d'arrêt à la possibilité de poursuivre cette extension des catégories de populations, il n'en est absolument pas de même pour ce qui est des activités sociales ; bien au contraire. En plaçant sous sa coupe l'ensemble de la population, l'ordonnance de 1945 s'ouvre à de nouvelles problématiques. Au cours des 60 années qui nous séparent de cette date, la PMI est passée d'une politique d'organisation de lutte contre la mortalité infantile à l'assurance d'un suivi médical, psychologique et social de la mère et de l'enfant.

Surveillance médicale materno-infantile

À travers la multiplication des examens pré et post-nataux, cette politique de santé publique a suivi les évolutions de la société et les progrès techniques et scientifiques. En adaptant successivement le nombre d'examens obligatoires pour la mère, tout au long de la grossesse et pour l'enfant au cours de ses deux premières années de vie, la PMI avait comme premier objectif de lutter contre les principales causes de mortalité maternelle et infantile. Une fois cette première étape passée, les progrès scientifiques et techniques et l'évolution des conditions sociales générales n'ont pas manqué d'être pris en compte dans les nouvelles missions de la PMI. Le développement des spécialités gynécologiques et obstétriques permettant à la fois un dépistage toujours plus fin et plus précoce des maladies ou handicaps chez la mère ou l'enfant et, par là, l'avènement d'une prévention toujours plus précoce, la vie de l'embryon est aujourd'hui plus surveillée que celle de la mère. D'un autre côté, l'amélioration générale des conditions de vie a permis de consacrer les examens médicaux post-nataux au combat contre des affections auparavant ignorées parce que considérées comme relativement bénignes et de passer progressivement de la notion de survie à celle de vie en bonne santé.

Modes de garde

Premières lois de protection de l'enfance⁴⁸, la surveillance des établissements et personnels de garde des enfants du premier âge fait aussi partie des dernières lois à avoir été votées concernant la PMI⁴⁹. En rendant de plus en plus strictes et détaillées les modalités de surveillance des personnels et établissements de garde des jeunes enfants, cette politique s'est progressivement assurée de la compétence des personnels et de l'adéquation des lieux en relation à la fonction à laquelle ils prétendent.

Pour les personnels de garde, les nourrices, les premières mesures visaient à partir de l'état de santé de l'enfant à prendre connaissance des soins qui lui étaient portés et à conseiller la nourrice sur les pratiques à adopter. Le certificat d'aptitude à l'exercice de la fonction de nourrice, bien que représentant une avancée considérable lors de sa mise en place, restait dans ses exigences et modalités d'attribution une mesure de contrôle relativement sommaire. Aujourd'hui, les prétendants au titre d'assistant maternel ou d'assistant familial sont, tout comme leur domicile, soumis à un contrôle de la part du service de PMI. Les postulants doivent aussi suivre un certain nombre d'heures ou de jours de formation avant de recevoir l'agrément du Conseil Général leur permettant d'accueillir des enfants de façon non permanente pour les assistants maternels ou de façon permanente pour les assistants familiaux.

Pour les lieux d'accueil de type crèche, le principe d'agrément est relativement similaire. Les premières mesures prises en 1862 réglementaient essentiellement les dimensions des lieux d'accueil, la qualité et le nombre des personnels qui devaient y intervenir. Aujourd'hui, si les locaux, dans leurs dimensions et leur aménagement, sont toujours soumis à réglementation, celle-ci s'est considérablement accrue. Ainsi tout le matériel qui s'y trouve doit répondre à des normes toujours plus précises et plus contraignantes ; les horaires et les dates d'ouverture et de fermeture, le nombre de personnel et leurs qualifications respectives sont aussi soumis à contrôle et doivent recevoir l'agrément du Conseil Général, sur avis des professionnels de la PMI, avant de pouvoir accueillir des enfants.

⁴⁸ 1862, loi sur les normes à respecter en termes de locaux et de personnel pour l'ouverture des crèches ; 1874, loi Roussel sur le contrôle de la santé et des soins donnés aux enfants placés en nourrice.

⁴⁹ Loi du 27 juin 2005 renforçant pour la PMI les missions de formation et de suivi des assistantes maternelles.

Le développement des « psy »

L'arrivée de la psychologie dans les services généralistes de la petite enfance représente une des principales extensions qu'a connue la PMI sur la dernière période depuis 1945. D'un côté il y a eu le développement de services spécialisés sur cette question de la psychologie infantile tels que les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP, instaurés par un décret du 18 février 1963) mais d'un autre côté, la diffusion générale de la psychologie a considérablement modifié les représentations de l'enfant, de la famille et de la place de l'enfant dans celle-ci, dans une sphère bien plus large que celle des services spécialisés. À partir des années 1970, les services de PMI s'assurent de la participation éventuelle de psychologues dans l'évaluation des situations familiales. Sans modifier les critères d'évaluation des situations familiales auxquels avaient recours les médecins, puéricultrices et assistantes sociales, la possibilité d'un recours à la psychologie en ajoute de nouveaux. Une « nouvelle » grille de lecture est dès lors mobilisable pour évaluer la situation d'une mère, d'un père ou d'un enfant. Une dimension supplémentaire s'ajoute alors dans le processus de prise de décision des mesures à adopter dans une situation donnée.

Réseau institutionnel

À travers l'évolution des législations de protection de l'enfance on remarque à la fois une volonté de protéger l'enfant dans tous les lieux qu'il est amené à fréquenter mais aussi, afin d'optimiser cette protection, la nécessité d'opérer un suivi en chacun de ces lieux. La réalisation de ce suivi en de nombreux sites différents implique de rassembler les informations recueillies en ces divers lieux et de coordonner les actions des différentes institutions ayant affaire à la mère ou à l'enfant.

Un des premiers moyens utilisés pour cela est de rendre dépendant les bénéficiaires qu'une famille peut tirer d'une institution aux contraintes que lui impose une autre institution. Ainsi, les premières allocations versées aux mères privées de ressources pendant la période chômeuse des quatre semaines qui suivent l'accouchement, allocations instaurées par les lois de 1913 et 1917, sont intimement liées à la fréquentation des consultations pré et post natale et à l'acceptation des « inspections » des infirmières visiteuses. Ces premières mesures permettent à la fois d'inciter les mères à fréquenter les consultations, condition nécessaire pour accéder aux allocations, et d'établir une première liaison entre les organismes de versement des allocations et les centres de

consultations. Après la première guerre mondiale, et dans l'espoir d'accéder au plus grand nombre de familles, les consultations agréées tentent, en accord avec les mairies de se procurer les listes de déclaration des naissances. Première tentative de lien systématique entre les fichiers d'état civil et les consultations materno-infantile. Tentative qui n'aboutit concrètement que dans quelques grandes villes.

Mais la multiplication des organismes s'adressant à la petite enfance rend de plus en plus difficiles la communication et la coordination de l'ensemble de ces institutions. Pour autant, dès le début des années 1920, de nombreux départements tentent avec plus ou moins de succès de coordonner les différentes œuvres et institutions que comporte leur territoire. Il est alors d'autant plus difficile d'imaginer un moyen efficace de coordonner ces diverses institutions que leur nombre, leur rôle, fonction ou appellation changent complètement d'un département à un autre. C'est en partie à cet aspect multiforme des œuvres de protection de la mère et de l'enfant que souhaite s'attaquer le code de la famille de 1939. Mais c'est véritablement l'ordonnance du 2 novembre 1945 qui met en œuvre l'uniformisation de la protection maternelle et infantile sur l'ensemble du territoire national. En étendant ces mesures sur tout le territoire, l'ordonnance rend cette coordination d'autant plus nécessaire et l'uniformisation qu'elle implique dans le même temps, la rend plus aisément réalisable. Il devient dès lors possible de penser à l'échelle nationale des moyens de coordination qui pourront être appliqués de la même manière dans les différents départements.

Pour chaque mesure mise en place, le principe le plus souvent utilisé en vue de sa réalisation sera d'inciter les familles à participer directement, généralement par le biais d'une dépendance entre accès aux allocations et participation aux mesures de déclaration ou de surveillance. Il en est ainsi du lien qui existe entre participation aux examens pré-nataux et allocations d'aide à la maternité, celui qui existe entre participation aux examens post-nataux et allocations familiales.

Parallèlement à cela, d'autres moyens de coordination ne s'appuient pas sur la participation familiale et s'effectuent directement entre les institutions. Ainsi, la communication systématique aux services de PMI des déclarations de naissance établit un lien entre l'officier d'état civil et la PMI ou encore la communication des déclarations de grossesses qui elle fait le lien entre les organismes qui versent les primes à la maternité et les services de PMI. À cela s'ajoute la communication des dossiers médicaux de la part de la PMI vers la médecine scolaire ou encore le lien permanent qui

existe depuis les toutes premières mesures de protection de l'enfance entre les services de PMI et les services sociaux. D'autres mesures de coordination s'effectuent de manière plus « informelle » et ne répondent pas forcément à des mesures obligatoires, imposées par une loi. Il s'agit de ce qui est aujourd'hui désigné sous l'appellation de « liaison » et qui consiste pour une institution à communiquer par un moyen ou par un autre (oral ou écrit) sur l'évolution d'une situation ou la recherche de renseignement avec une autre institution directement concernée par la situation en question. Il en résulte qu'aujourd'hui les services de PMI travaillent au quotidien en relation et en réseau avec l'ensemble des institutions auxquelles ont recours la mère ou l'enfant. Centralisant toutes les informations, la PMI joue alors ce rôle de coordination entre l'ensemble des actions menées par les différentes institutions.

De cette coordination inter-institutionnelle résulte que, de la conception jusqu'aux six ans de l'enfant, aussi bien au domicile familial, qu'à la crèche, à l'école, chez l'assistante maternelle ou ailleurs, l'enfant est, dans tous les lieux qu'il fréquente, dans toutes les institutions qui lui sont destinées, placé sous surveillance institutionnelle. Le développement de sa santé physique et mentale tout comme son comportement est suivi dans tous ces lieux et potentiellement communiqué de l'un à l'autre.

Situation économique/sociale/culturelle

En ne s'intéressant qu'aux enfants placés en nourrice hors du domicile familial, la loi Roussel opérait une sélection sociale de fait. Elle laissait de côté les familles les plus aisées qui, elles, avaient recours aux nourrices sur lieu. Plusieurs arguments légitiment ce positionnement de la loi Roussel. Tout d'abord, cela permettait de préserver les intérêts de la bourgeoisie, en laissant ces familles hors de son contrôle. Ensuite cela permettait de ne pas aller à l'encontre des principes de liberté issus de la révolution de 1789 et, enfin, en se restreignant aux enfants placés, la loi restait de fait hors du domicile familial et ne portait pas atteinte au principe d'autorité parentale. Autant d'arguments et de principes qui seront remis en cause par les législations successives. La loi de 1889 dite de protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés permet au législateur de pénétrer dans le domicile familial et d'intervenir pour s'opposer à certains comportements des parents vis-à-vis de leur enfant ou en réaction à certaines « mœurs familiales ». En s'appliquant à toutes les familles, cette loi remet en question ce principe de distinction entre les différentes catégories sociales, mais elle remet aussi en cause la notion d'autorité parentale et notamment celle d'autorité

paternelle en mettant en place la notion de *déchéance de la puissance paternelle*. Dans son principe même, cette loi représente un changement considérable dans la notion de protection de l'enfance. En effet, celle-ci ne s'intéresse plus seulement aux éléments pouvant influencer directement sur la santé physiologique de l'enfant mais elle s'intéresse aussi à son développement psychique, à la moralité de son éducation et à son devenir social en tenant compte de l'influence de son milieu social d'appartenance. Malgré tout, dans la pratique, comme dans son esprit, cette loi se destine essentiellement à la lutte contre les « fléaux sociaux » de l'époque que sont l'alcool et la prostitution et se présente comme un moyen de prévenir la prolifération des « classes dangereuses ». Ainsi, bien que s'adressant à toute la population, cette loi vise principalement les classes les plus populaires et les catégories les plus pauvres de la population. Par la suite, tous les textes de lois qui seront votés continueront de s'adresser à certaines parties de la population, généralement les familles bénéficiaires d'allocation ; s'adressant donc toujours aux catégories les moins fortunées. Nous voyons donc que, jusqu'en 1945, les lois ne prévoient pas de prise en compte claire des situations de vie familiale.

En généralisant le principe de la protection infantile, à toute la population et à l'ensemble du territoire, l'ordonnance du 2 novembre 1945 met un terme à cette sélection à priori d'une partie de la population. Toutefois, même si les mesures qu'implique cette ordonnance s'adressent à tous, les premières analyses des progrès accomplis sur le recul de la mortalité infantile mettent en avant la différence des résultats obtenus en fonction des classes sociales. Ainsi, comme nous l'avons déjà évoqué, le décalage qui existe entre la masse de travail à accomplir pour surveiller toute la population et les moyens mis à disposition des services oblige les assistantes sociales à effectuer un choix sur les familles auxquelles elles rendront visite. Dès le début des années 1960 les assistantes sociales demandent donc que l'aide de puéricultrices leur soit accordée ainsi que des critères précis pour effectuer cette sélection. Requête qui sera prise en compte dans le décret de 1962 qui rend obligatoire la transmission des déclarations de naissance aux services de PMI dans les 48 heures qui suivent la naissance et qui prévoit le recrutement de puéricultrices par ces mêmes services. À partir des déclarations de naissance et des informations qu'elles contiennent les assistantes sociales, aidées des puéricultrices, devront choisir les familles à visiter, l'objectif de cette mesure étant de dépister au plus tôt les situations potentiellement à risque. Avec la loi de 1962, la PMI officialise cette disposition sur la prise en compte de

certaines situations familiales comme devant donner lieu à un suivi particulier. Le décret de mai 1975 va un peu plus loin en précisant que la nécessité d'effectuer des visites à domicile dépend de l'évaluation qui aura été faite de « l'état sanitaire ou la situation matérielle ou morale » (art.2) de la famille en question. Cette prise en compte des situations de vie familiale va continuer de s'accroître dans les missions quotidiennes de la PMI. Ainsi la circulaire de 1983 demande de prendre en compte « le milieu socio-culturel » des familles, la loi du 18 décembre 1989 préconise de protéger en priorité les femmes enceintes « requérant une attention particulière » ou le décret du 6 août 1992 spécifiant que l'implantation des consultations et l'activité des services doit être fonction « des spécificités socio-démographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés » (Art.1).

En tant que politique nationale de santé publique, la PMI s'adresse à l'ensemble de la population. Pour autant les missions effectuées par les services de PMI n'ont de cesse de prendre en compte toujours plus profondément les situations économiques et sociales des familles résidant dans les quartiers où ils sont implantés. Ainsi, les revenus familiaux, la taille, la disposition et la qualité du logement, le nombre de personnes qui l'occupent, les habitudes alimentaires, les pratiques d'hygiène, la couverture sociale, etc. seront pris en compte dans le choix des mesures à adopter en fonction des problèmes rencontrés par telle ou telle famille. Mais cette prise en compte ne peut s'effectuer sans une connaissance accrue des conditions de vie de chaque famille et donc une investigation toujours plus poussée.

3. Généralisation et spécialisation

Face à cette généralisation de la prévention et de la PMI que nous venons de décrire par le principe des « extensions », un autre point que nous permet d'aborder cet historique et qui en est le corollaire, est celui de la spécialisation des différentes institutions qui participent à cette prévention. Au fil du temps, la prévention porte sur des éléments de plus en plus nombreux de ce qui constitue le quotidien des familles, des femmes et des enfants. De plus en plus de mesures d'observation et de prévention de la grossesse de la mère et de la croissance de l'enfant jusqu'à ses six ans s'inscrivent dans les textes de lois. Ces différentes mesures nécessitant des compétences multiples, le nombre de professionnels ayant à en assurer la mise en œuvre croît régulièrement et

leurs formations sont régulièrement repensées et adaptées aux missions qui leur sont confiées. Ce principe allant de pair avec la création d'institutions et de structures nécessaires à la réalisation de ces missions et à l'accueil des professionnels. Un des exemples les plus probants en la matière est celui de la multiplication des services hospitaliers et leur spécialisation progressive au fur et à mesure que les connaissances médicales et les moyens techniques évoluent (Pinnel, 2005).

Avec le parcours historique que nous avons retracé, notre objectif était de reprendre à grands traits les différentes étapes de l'histoire des consultations de Protection Infantile telles que nous les connaissons aujourd'hui. Pour effectuer cette démarche, il nous a été nécessaire de replonger jusqu'aux premières lois de protection de l'enfance et de suivre leurs évolutions et institutionnalisations. De fait, une grande partie des éléments que nous prenions en compte au début de cet historique, par exemple la question du travail des enfants, ne figure plus dans les mesures annoncées à la fin du parcours. Non pas qu'il n'existe plus de lois encadrant le travail des enfants, mais cela n'est plus du ressort direct de la PMI. Il en va de même pour les enfants assistés qui sont aujourd'hui pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance. Comme précédemment, un des meilleurs exemples de cette délégation de certaines tâches est celui du suivi de la grossesse. S'il revient toujours aux sages-femmes de PMI de suivre le déroulement des grossesses, nous n'avons que très peu évoqué les mesures très importantes qui ont été prises à ce propos au cours des plans périnatalité des années 1970. Participant pleinement à la question de la protection maternelle et infantile, inscrit dans les textes de lois que nous avons cité, la majeure partie de ces mesures consiste en une amélioration des services hospitaliers d'obstétrique, de gynécologie ou des maternités. N'ayant pas pour objectif de retracer l'ensemble des mesures adoptées mais bien l'évolution des consultations infantiles et des missions confiées aux professionnels qui y interviennent, nous avons relativement passé sous silence ces différentes mesures.

Ce que laisse entrevoir alors ce bref historique est la spécialisation progressive des consultations gratuites de PMI et des professionnels qui y interviennent. Cette spécialisation a pour particularité de n'avoir, à l'inverse des autres services médicaux ou sociaux, pas été clairement défini. Orienté au fur et à mesure sur les « quartiers sensibles » et les « populations à risques », le travail effectué dans les centres de consultations gratuites requiert des compétences bien spécifiques, qui ne seront pourtant jamais présentées comme une spécialisation professionnelle. Une des explications à cela

est que, d'une manière générale, le processus de spécialisation d'un service, d'un métier ou d'une institution correspond à une restriction de son domaine d'action, à un confinement à certaines tâches bien spécifiques et clairement énoncées. Pour les services et les professionnels de la PMI, l'évolution suivie est tout simplement à l'opposé de ce que nous venons de décrire. Les services de PMI doivent aborder les situations familiales de la manière la plus globale possible et orienter les familles vers les services spécialisés dès lors qu'un problème précis est identifié. À travers cet historique synthétique, il nous semble que se dessine en creux la spécialisation des consultations de protection infantile, une spécialisation contraire à la définition que recouvre habituellement cette notion, une *spécialisation de la globalité*.

4. « Bio-pouvoir » et « gouvernement des corps »

Le parcours historique suivi au cours de notre premier chapitre nous a permis de mettre en lumière trois principes de la PMI (l'accumulation successive de textes législatifs, l'extension à la fois de la population visée et des objets d'intervention et la spécialisation de fait des professionnels et institutions). Il nous semble que la concordance de ces trois principes nous permet de présenter les mesures législatives comme l'expression d'un bio-pouvoir dont la plus haute fonction est « d'investir la vie de part en part » (Foucault, 1976b : 183).

Foucault attribue deux dimensions au bio-pouvoir. D'un côté une anatomo-politique du corps humain centrée sur le corps comme machine et qui vise à en contrôler les forces et aptitudes ainsi qu'à en accroître son utilité et sa docilité. De l'autre côté une bio-politique de la population, centrée sur le corps-espèce et qui vise alors à en contrôler « la prolifération, les naissances et la mortalité, le niveau de santé, la durée de la vie, la longévité avec toutes les conditions qui peuvent les faire varier » (ibid.). Ces deux dimensions se retrouvent très clairement dans les mesures progressivement mises en place dans le cadre de la protection maternelle et infantile.

Nous trouvons du côté de l'anatomo-politique du corps humain, les règles d'hygiène et de puériculture avec les différents champs sur lesquelles elles interviennent (nutrition, sommeil, hygiène, etc.) et les modifications de pratiques quotidiennes qu'implique leur adoption. Se situent dans cette même optique tous les examens médicaux obligatoires auxquels doivent se soumettre les futures et jeunes mères, mais

aussi les jeunes enfants. Autant d'examens qui visent à contrôler la conformité sanitaire des individus et si nécessaire à prendre les mesures adéquates pour les ramener dans « la norme » : norme épidémiologique, par le biais des dépistages et de la vaccination ; norme hygiénique, par les insistants conseils sur l'hygiène ; normes comportementales par l'observation de la relation parent-enfant et le travail effectué sur la « parentalité » au cours des consultations et des visites à domicile ; normes sociales enfin avec les déclarations obligatoires à la conception et à l'accouchement.

Du côté de la bio-politique de la population se trouve, en première ligne, l'usage qui est fait des diverses données chiffrées qui visent à rendre compte de tel ou tel autre aspect de l'évolution de la population. Il nous est possible, au cours de l'histoire de la PMI de retracer l'usage qui est fait de ces données et de l'influence de celles-ci sur les orientations législatives et institutionnelles qui sont prises. Comme nous l'avons vu, en 1865, ce sont deux rapports rédigés par des médecins qui ont permis de mettre au centre du débat public la situation des enfants placés en nourrice. Ces deux rapports s'appuyaient à la fois sur les observations de leurs auteurs et sur les impressionnants chiffres de la mortalité des enfants placés en nourrice. Un siècle plus tard, au début des années 1960, c'est par une analyse en termes de catégories socio-professionnelles et de lieu de résidence, des résultats obtenus par la PMI que les écarts existant entre les différentes classes sociales sont relevés. Ce constat sera à l'origine des premières réformes de la PMI de 1962 et 1964. C'est ensuite, par l'analyse des chiffres de la mortalité fœto-infantile et le constat que cette mortalité ne diminuait pas de la même manière en fonction de la période de vie observée que les nouvelles orientations des plans de périnatalité des années 1970 ont été élaborées. Enfin et c'est sans doute là l'apogée de ce mouvement, depuis 1973, les services de PMI sont tenus à une activité statistique à partir des certificats de santé établis à la suite des consultations infantiles obligatoires des 8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois. La vue d'ensemble sur la situation sanitaire de la population infantile à laquelle ces données permettent d'accéder offre un point de vue sur l'efficacité des mesures déjà prises, la nécessité d'en prendre de nouvelles et l'orientation à leur donner.

Ainsi, retracer l'histoire de la PMI à travers les textes de loi qui l'instituent progressivement, montre très clairement en quoi cette politique de santé publique, avec les contrôles et contraintes qu'elle impose à la population, se présente comme un excellent exemple de bio-politique « qui fait entrer la vie et ses mécanismes dans le

domaine des calculs explicites et fait du pouvoir-savoir un agent de transformation de la vie humaine » (Foucault, 1976b : 188) et un parfait « modèle » (Thiaudière, 2005) de bio-pouvoir.

Le principe du bio-pouvoir est d'agir sur le vivant et Foucault note que l'exercice du bio-pouvoir est totalement différent de ce qui avait cours jusqu'ici. À travers la notion de gouvernementalité, Foucault entend désigner la manière dont ce bio-pouvoir s'exerce sur les individus. Dans un article traitant de la gouvernementalité, Pierre Lascoumes clarifie ce que Foucault montre à travers ce terme : « contrairement à la conception traditionnelle d'un pouvoir descendant, autoritaire fonctionnant à l'injonction et à la sanction, [Foucault] propose une conception disciplinaire qui repose sur des techniques concrètes de cadrage des individus et permet de conduire à distance leurs conduites » (Lascoumes, 2004 : [en ligne]).

Cet historique législatif nous a permis de montrer en quoi les lois et institutions qui régissent et participent à la Protection Maternelle et Infantile se présentent comme un modèle de bio-pouvoir. Le nombre d'institutions mises en place et la diversité des acteurs qui y interviennent, tout comme les lieux, moments et moyens utilisés pour ces interventions appuient encore l'argument en inscrivant l'action de la protection maternelle et infantile dans cette définition de la gouvernementalité.

Toutefois, le résultat de cette gouvernementalité, « conduire à distance les conduites », soulève un certain nombre d'interrogations et tend à être contredit par les nombreux travaux empiriques effectués sur les différentes époques et les différentes composantes de la Protection Maternelle et Infantile. C'est à l'exposé de ces travaux et à leur opposition au principe de gouvernement des corps qu'implique la gouvernementalité que nous allons nous consacrer maintenant.

II. Les absences de la législation

Nous venons de voir ce que permet de mettre en lumière un mode de lecture univoque de l'histoire, exclusivement basé sur la législation et les mesures qui en découlent. Il nous faut maintenant rendre compte des nombreuses lacunes que recouvre une lecture aussi partielle de l'histoire. À la chronologie législative que nous avons présenté manque alors le lien avec les pratiques des populations, avec le réel des situations, manque aussi un regard sur la mise en place des diverses mesures ou à l'inverse sur l'absence d'application de celles-ci. Ainsi, à cette idée de l'exercice d'un bio-pouvoir de la Protection Maternelle et Infantile qui s'impose à la population et en modifie les conduites sociales et corporelles, s'oppose l'épreuve des faits, les résistances des individus, les manques de moyens, les contraintes matérielles ; à l'histoire du Journal Officiel de la République Française s'oppose celle des faits.

Pour illustrer ce principe nous nous intéresserons dans un premier temps aux textes de lois eux-mêmes, pour considérer d'une part le temps nécessaire à leur élaboration et d'autre part l'inégalité de leur application en fonction des époques et des régions. Nous aborderons ensuite les conditions démographiques, économiques, sociales et scientifiques nécessaires à l'émergence de tel ou tel autre texte de loi pour souligner le fait qu'ils sont intimement dépendants de l'époque à laquelle ils sont votés. Enfin nous porterons notre regard sur les hommes et les femmes liés à ces législations, aussi bien pour rendre compte des volontés particulières qui ont permis leur avènement que pour aborder la réception qui leur est réservée par les populations auxquelles ils se destinent.

1. La non-linéarité des textes de loi

a. De la défense d'une cause à son inscription dans la loi

Alors que nous avons énoncé les textes de lois de manière successive et chronologique, afin de rendre compte du mieux possible de la progression qu'ils effectuent dans le champ de la petite enfance, une analyse plus fine de la genèse de ces textes, si elle ne contredit pas leur existence, permet au moins de pondérer l'aspect linéaire de leur succession.

Ainsi, l'important travail de Catherine Rollet (1990), déjà abondamment cité, est ponctué par l'histoire des différents textes de lois qui jalonnent la période que recouvre son travail. Ces éléments de recherche sur l'origine des différents textes de loi permettent de rendre compte non seulement du fait que les initiateurs de ces lois ne sont pas toujours des parlementaires, mais aussi de montrer qu'entre le moment où une loi est proposée pour la première fois et celui où elle est effectivement adoptée, des années entières peuvent s'écouler et de nombreux débats parlementaires auront parfois été nécessaires pour faire accepter un à un les différents arguments qui motivent la proposition en question.

La loi sur le travail des enfants par exemple, n'a pas été adoptée par le parlement du jour au lendemain. Serge Chassagne (1998) montre que c'est en janvier 1821, que pour la première fois des prudhommes (patrons) de la ville d'Amiens écrivent au maire de la ville pour lui signaler leur désarroi face au travail d'enfants trop jeunes. Ce premier appel engagera le maire à prendre un arrêté municipal allant en ce sens. De cette première mesure, un certain nombre d'appel à l'opinion suivront (Mulhouse en 1827 ou dans les Vosges en 1832) sans pour autant avoir de réelles répercussions. Il faudra encore une enquête de l'Académie de Médecine sur le travail dans les manufactures de textile, menée dans l'optique de déterminer les mesures à prendre pour les enfants y travaillant et une enquête nationale lancée par le Ministère du commerce en 1837, avant de donner les premières estimations imaginées à l'époque pour limiter le temps de travail quotidien des moins de quinze ans. Quand la première loi sur le travail des enfants est votée en mars 1841, cela fait donc 20 ans que les premières revendications allant en ce sens ont été formulées et les premières mesures prises à une échelle locale.

Mais plus emblématique encore est l'histoire de la réforme de la loi Roussel de 1874. Préparée dès la fin du Second Empire, il ne fallut pas plus de dix ans pour que de nombreuses voix s'élèvent en faveur d'une extension de la loi à tous les enfants, quelle que soit leurs conditions de vie. Au cours de son travail sur *La politique à l'égard de la petite enfance sous la Troisième République*, Catherine Rollet (1990) retrace les cinquante années de débat parlementaire, propositions et contre propositions qui auront été nécessaires pour « réformer » la loi Roussel et aboutir au décret-loi de 1935. Bien que les premières voix s'élèvent en faveur de l'extension de la loi dès 1884, c'est en novembre 1899 que Paul Strauss dépose la première proposition de loi « sur la

protection et l'assistance des mères et des nourrissons », proposition qui contient une réforme de la loi Roussel. Mais le débat sur la possibilité d'intervenir auprès de toutes les familles, de permettre au législateur de pénétrer la cellule familiale pour en contrôler les pratiques, engagea la mise en place d'une enquête de l'Académie de Médecine, « enquête longue et minutieuse » (Rollet, 1990 : 262) qui se déroula de 1907 à 1913. C'est au lendemain de la première guerre mondiale, en décembre 1918 que Paul Strauss dépose alors une nouvelle proposition de loi, actualisant sa proposition de 1899. Cette nouvelle proposition entraîne quatorze longues années de débat et d'aller-retour entre la Chambre des députés et le Sénat afin de savoir si la loi Roussel doit être modifiée ou non, puis se solde par un avis négatif du Sénat en 1932 au titre que les dépenses qu'engagerait une telle réforme seraient bien trop élevées par rapport à la situation économique du moment. C'est en définitive une version très allégée, mais reprenant quelques-unes des propositions antérieures qui est adoptée par le décret-loi de 1935 portant modification sur la loi Roussel.

Ces deux exemples, loin d'être des cas isolés, permettent de rappeler que contrairement à ce que peut laisser penser notre chronologie initiale, les lois ne sont pas rédigées puis votées en un tour de main et que c'est souvent au prix d'une longue lutte et de nombreuses négociations et réécritures que leurs initiateurs arrivent à faire défendre par la législation la cause pour laquelle ils se sont engagés.

b. D'un texte de loi à l'application de celle-ci

Autre élément à signaler dans la discussion de cet historique législatif, le double écart qui existe entre la publication d'un texte de loi et sa mise en pratique. Écart temporel d'une part, entre le vote d'une loi et celui de son entrée en vigueur avec la publication de ses décrets d'application ; écart géographique d'autre part, où l'on constate que les lois d'envergure nationale ne trouvent pas la même rigueur d'application d'une région à une autre, d'un département à un autre ; ni les mêmes moyens quand moyens et application il y a.

Du vote à l'entrée en vigueur

Pour mettre en lumière le décalage entre le vote et l'entrée en vigueur d'une loi, nous citerons deux exemples parmi les plus représentatifs.

En premier lieu nous ferons référence à la loi du 30 octobre 1935 portant modification de la loi Roussel et qui vise à en étendre l'application aux enfants de moins de trois ans. Avant d'être adoptée, cette loi a soulevé de nombreuses oppositions et discussions tant sur le fond (extension de la loi Roussel) que sur la forme (modalités de financement). Celle-ci amenait une innovation fort importante dans le paysage de la protection infantile en répondant en partie aux questions qui se posaient régulièrement depuis 1874 : pourquoi se limiter aux enfants placés en nourrice et pourquoi se limiter aux enfants de moins de deux ans ? Cette loi n'aura jamais réellement le temps d'être appliquée ; votée en 1935 elle ne verra paraître son décret d'application qu'en septembre 1938 et ne sera en vigueur que pendant quelques mois avant d'être supplantée par le code de la famille en juillet 1939. À propos de cette réforme de la loi Roussel qui aura donné lieu à plus de trente années de débat, Catherine Rollet parle d'une « révision manquée »⁵⁰ ; manquée par la faiblesse des modifications apportées par rapport aux ambitions soulevées lors de ces trente années de débat mais aussi manquée par le fait que cette loi ne connut pas d'applications réelles avant de disparaître sous d'autres textes législatifs et la tourmente des événements internationaux.

Autre exemple, plus récent, qui permet d'illustrer cette temporalité des lois, celui des lois dites de décentralisation des services publics votées en 1983. Compte tenu de la diversité des services auxquels ces lois s'adressent, il est impossible de composer un texte réglementant l'ensemble des services de manière adéquate. Il est alors convenu que des lois particulières de décentralisation paraissent successivement pour chaque branche du service public. Si les premières lois particulières sont votées en 1986, soit trois à quatre ans après les lois de décentralisation ; celle *relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance* n'est votée que le 18 décembre 1989, soit six ans plus tard.

Ces deux exemples parmi tant d'autres rappellent le fait que même en limitant l'analyse aux simples textes officiels, le vote d'une loi n'est pas tout ; celle-ci nécessite d'être effectivement dotée de ses modalités d'application.

⁵⁰ Voir à ce propos, « Histoire d'une révision manquée : de la loi de 1874 au décret-loi de 1935 » in Rollet-Echalier, 1990, pp.257-273.

Disparité géographique

Quand bien même une loi est dotée de ses décrets d'application et de l'ensemble de ses modalités de mise en œuvre, clairement édictées et spécifiées, la lecture seule de son texte ne permet pas d'approcher la réalité des faits et des actions menées sur le terrain.

- La loi Roussel

Parmi les nombreuses mesures prévues par la loi Roussel en vue de surveiller les enfants placés en nourrice, toutes ne connurent pas le même degré d'adhésion et d'application. Ainsi, la loi préconise la formation de commissions locales composées de personnes bénévoles, dont au moins deux mères de familles, et qui sont chargées de l'inspection des nourrices. Dans les faits, très peu de commissions voient effectivement le jour. Les mères de famille se révèlent particulièrement réticentes à cette pratique, refusant de se placer volontairement dans une position de contrôle vis-à-vis de nourrice, qu'elles peuvent parfois connaître personnellement et qui sont bien souvent aussi des mères de famille. Position réticente aussi des maires de village et des secrétaires de mairie qui ont à tenir les registres de nourrice dans lesquels sont consignées les appréciations portées sur le travail effectué par ces dernières. Les registres ne contiennent alors que des commentaires positifs et des appréciations élogieuses, sans rapports réels avec les pratiques en cours. Registres communaux et commissions locales furent des échecs de la loi Roussel.

Mais la principale innovation de la loi Roussel réside dans les visites effectuées par des médecins au domicile des nourrices. Cette inspection médicale connaît un sort plus favorable. Décrétée en 1874, 19 départements l'avaient mise en place en 1878, 33 départements en 1879. Progression qui se poursuit pour atteindre 75 départements en 1893. Progression régulière et tout à fait considérable mais qui n'en relève pas moins d'inégalités départementales pour une loi décrétée au même moment pour l'ensemble des départements français. Le Dr Roussel lui-même explique l'inégal développement du système par le nombre insuffisant de médecins et par le coût qu'il représente pour les conseils généraux, chargés de la rémunération des médecins, à raison d'un franc par visite effectuée.

- Les consultations prénatales aujourd'hui

Mais les disparités territoriales ne sont pas l'apanage de l'histoire. Si nous venons de voir que la première grande loi de protection de l'enfance connut d'importantes différences d'application entre les départements, nous avons aussi vu précédemment que l'un des objectifs de l'ordonnance du 2 novembre 1945 est d'uniformiser les actions menées sur le territoire national. Si cela n'empêche pas certaines disparités de subsister, l'uniformisation légale, elle, est effective. Assez rapidement les besoins hétéroclites des différents départements nécessitent de prendre des mesures particulières adaptées à chaque situation. Ainsi les lois de décentralisation ne viennent pas défaire un système uniforme mais plutôt permettre à ces services qui s'organisent déjà, dans les faits, à une échelle départementale, de le faire dans le cadre de la loi.

Mais ne voir dans les lois de décentralisation que ce que permet les textes sans tenir compte de ce qu'ils impliquent serait une erreur. À la suite de ces lois, l'autonomie conférée aux départements dans la gestion des services sociaux et médico-sociaux entraîne d'importantes disparités dans les répartitions budgétaires. « Il était alors exprimé que le budget de PMI étant si faible, au regard des « gros dossiers » comme l'ASE⁵¹ ou l'action sociale pour les personnes âgées, que nos services étaient de moindre importance. (...) Le département recevant une dotation globale de décentralisation, c'était à lui d'établir ses priorités » (Dr Fritz, 2004 : 169). Si la loi du 18 décembre 1989 et les décrets d'août 1992 visent en partie à corriger cette tendance en rappelant les obligations qui incombent aux départements en matière de PMI, elles ne permettent pas d'établir une uniformité des actions, uniformité qui aujourd'hui semble encore bien illusoire. Dans un récent rapport sur la PMI en France, l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires (IGAS) note qu'en 2006, 48 départements n'assurent plus aucune consultation prénatale⁵² ; 47 départements n'assurent pas le nombre minimal de consultations infantiles (une demi-journée de consultation par semaine pour 200 enfants nés vivant dans le département en 2004), alors que d'autres départements dépassent très largement ce nombre minimal. Et il en va de même pour le nombre minimum de professionnels (puéricultrice, sage-femme) que doit comprendre le service départemental de Protection Maternelle et Infantile. Ce qui amène les auteurs du rapport

⁵¹ Aide Sociale à l'Enfance

⁵² La législation prévoit un nombre minimum de consultations prénatales de quatre demi-journées par semaine pour 100 000 habitants âgés de 15 à 50 ans résidant dans le département.

à conclure leur chapitre par cette interrogation « Au total, on est en droit de se demander, en s'appuyant sur le critère le plus significatif de l'activité de PMI, c'est-à-dire le taux de puéricultrices, si des écarts par enfant allant de 0,4 (Oise) à 2,2 (Aveyron) en France métropolitaine soit un différentiel de 550% sont admissibles en termes d'accès à un service « public » de santé, quel que soit par ailleurs le contexte social ou l'offre de soins » (Jourdain-Menninger et al., 2006 : 26).

La non-application

Au-delà de certaines lois qui connaissent des différences d'application entre les départements, d'autres sont votées mais ne sont que très faiblement appliquées ou pas appliquées du tout, généralement du fait de l'absence totale de moyens alloués à la mise en place des actions prévues par la loi en question.

La loi sur le travail des enfants dans les établissements de plus de 20 ouvriers permet d'illustrer ce principe. Le texte de loi voté en 1841 limite l'âge minimum pour le travail des enfants à huit ans. Ce même texte fixe le nombre d'heures de travail maximum qu'il est possible de demander à un enfant en fonction de son âge. En vue de son application, la loi rend obligatoire l'affichage de son texte dans les ateliers et demande aux patrons d'informer les jeunes ouvriers et apprentis sur ces nouvelles mesures.

Cependant, la faiblesse des modalités de contrôle que prévoit la loi n'incite pas à une application rigoureuse et systématique, loin s'en faut. En effet, pour contrôler les ateliers, une circulaire ministérielle prévoit la formation de commissions départementales, d'arrondissements et locales, non rémunérées. De fait, seul des notables aisés peuvent y participer. La sélection et les motivations de ces « inspecteurs volontaires » influent alors de manière très directe sur la qualité et la rigueur des contrôles. Ainsi en 1844, si la loi est effectivement appliquée dans vingt-deux départements, une vingtaine d'autres ne l'appliquent pas du tout. À l'échelle de la France, 158 procès-verbaux sont dressés pendant l'année 1845, correspondant à 114 amendes. Un résultat très faible quand on sait que le premier inspecteur rémunéré, recruté dans le département du Nord en 1852 dressera à lui seul durant cette année 110 contraventions (Chassagne, 1998). En ne prévoyant pas les moyens nécessaires à son application, cette loi sur le travail des plus jeunes enfants s'interdit d'atteindre son

objectif. Ce n'est qu'à partir du recrutement d'inspecteurs rémunérés que cette loi connaît une application significative.

Pour autant, il nous semble que malgré leur défaut d'application, ces lois expriment, du simple fait de leur existence, une prise de conscience de la part de l'État de l'importance de telle ou telle situation, tout autant qu'elles sont un signe de la volonté de ce dernier de s'engager dans le contrôle de la situation en question. Malgré leur absence plus ou moins totale de mise en application, l'avancée du cadre législatif qu'elles représentent, s'accompagne d'une prise de conscience progressive et d'une diffusion dans la population de la nécessité d'agir sur le problème en question.

2. La situation nationale

Autre élément que la simple succession de textes législatifs ne permet pas de faire ressortir, l'importance du contexte national dans lequel sont votées les lois, sur l'orientation et le contenu même de ces lois.

a. Besoins nationaux et situation sociale

La cause démographique

Pour illustrer ce principe, nous reprendrons le travail de Catherine Rollet dont un des axes principaux vise à montrer que les lois de protection de la petite enfance ne sont acceptées, votées et adoptées qu'à partir du moment où la situation démographique du pays les rend nécessaires, voire indispensables. Ainsi, la loi Roussel est présentée comme le moyen de parer à la crise démographique dans laquelle se trouve la France au lendemain de la guerre de 1870. Pour appuyer sa démonstration, elle cite et analyse de nombreux extraits de débats parlementaires ou d'exposés des motifs visant à défendre tel ou tel texte de loi. De son analyse ressort que les arguments concernant la reconstruction nationale sont systématiquement majoritaires pour justifier les politiques en faveur de la petite enfance dans les périodes d'après guerre. Par cet angle d'interprétation, le refus d'étendre la loi Roussel en 1918 est en partie dû au fait que « le cataclysme de la guerre de 1914 n'aura pas été assez puissant pour déterminer l'aboutissement logique de l'idée née en 1874 » (Rollet-Echalier, 1990 : 258). La crise démographique provoquée par la première guerre mondiale n'aura pas été assez

importante pour permettre de dépasser les résistances sociales et morales auxquelles étaient confrontées les réformes de la loi de 1874. Telle est l'une des intentions de la démographe Catherine Rollet, souligner l'importance des considérations démographiques sur l'évolution des lois de protection de l'enfance⁵³. Et c'est le même argument qu'utilise Alain Norvez dans la première partie de son travail sur la petite enfance dans la France contemporaine (Norvez, 1990). Au lendemain de la seconde guerre mondiale, le déficit démographique est tel qu'il est impératif d'assurer la survie de tous les enfants qui viennent à naître sur le territoire national. C'est donc en termes de besoins de préservation des vies et de renouvellement de la population que les politiques de sauvegarde de la petite enfance sont légitimées. Il s'agit dans ces moments-là de défendre un intérêt national à travers la lutte pour l'accroissement démographique.

Notre objectif n'est pas ici de remettre en cause la véracité d'une telle argumentation. Celle-ci s'impose d'elle-même compte tenu des situations démographiques et des discours prononcés à ces différentes époques pour présenter et défendre les lois en questions. Mais force est de constater que les considérations démographiques sont loin d'être les seules à être mobilisées pour justifier les différentes mesures que nous avons évoquées.

L'ordre social et les questions morales

En reprenant la loi Roussel comme exemple, nous pouvons voir que la rapidité de son acceptation est due à plusieurs aspects, démographiques, moraux et sociaux. Nous avons vu que si la préoccupation de la survie des enfants était déjà relativement importante dans la seconde partie du XIX^e siècle, il aura fallu les rapports de deux médecins décrivant concrètement les conditions de vie des enfants placés en nourrices pour hâter l'adoption de mesures à l'échelle nationale. Bien que les conditions de vie des enfants et la nécessité d'œuvrer pour leur amélioration servent d'impulsion pour le vote de la loi Roussel, elles ne sont pas suffisantes pour permettre l'adoption de cette loi.

⁵³ « C'est bien une révolution qui s'accomplit, permise par un nouveau rapport au corps biologique et social des enfants : assurer la survie des enfants en tant que personnes, assurer en même temps le renouvellement démographique de la nation, tels ont été les objectifs de la société tout entière, objectifs qu'a soutenu puissamment la classe médicale » (Rollet, 2001 : 218)

En effet, il n'est pas rare que des lois, dont les objectifs semblent à première vue légitimes et l'action nécessaire, ne soient pas acceptées car leur adoption viendrait remettre en cause nombre d'acquis ou de privilèges. C'est donc en se préservant de telles remises en question et en se souciant du respect des principes de l'ordre social et moral de l'époque que la loi Roussel pu être votée. En 1874, il n'est pas concevable de permettre à des observateurs extérieurs de pénétrer dans les familles et de poser un regard évaluateur sur les techniques de puériculture à l'usage. En se limitant aux enfants placés en nourrice hors du domicile familial, la loi Roussel se défend ainsi d'intervenir dans les familles quelles qu'elles soient et en préserve ainsi l'intégrité morale. De plus, les usages socialement distincts des recours aux nourrices entre les couches plus ou moins aisées de la population laissent la bourgeoisie hors de portée de la loi. Les familles les plus aisées ayant recours aux nourrices sur lieu, l'enfant est gardé au domicile familial, ce qui le place hors du cadre de surveillance de la loi. Celle-ci préserve donc aussi l'ordre social.

Mais plus encore que par le vote du texte original, ce sont les oppositions manifestes à l'extension de son domaine d'application qui montrent l'importance de ces considérations morales et sociales vis-à-vis de l'adoption ou du rejet des projets de loi. C'est, en effet, ce même poids de préservation de l'ordre social et de volonté de maintenir l'éducation du jeune enfant comme domaine privilégié des parents qui empêche pendant de longues années la réforme de la loi Roussel et son extension à l'ensemble de la population. L'opinion n'est pas encore prête, les conditions ne sont pas réunies pour permettre au législateur d'accéder à ce qui, à ce moment, est perçu « comme un empiètement inacceptable sur le droit de la famille »⁵⁴. À travers cet exemple de la loi Roussel, nous voyons donc comment des considérations d'ordre social ou moral peuvent limiter la portée d'une loi ou influencer sur son orientation ou la population que celle-ci cherche à atteindre.

Autre illustration de ce principe, mais dans un autre sens cette fois, les conditions dans lesquelles la *loi de protection des enfants maltraités et moralement abandonnés* est votée. Autre sens car ce sont bien les considérations morales vis-à-vis de la protection d'une enfance délaissée, appuyées par des considérations sociales qui permettent à cette loi d'être adoptée. En 1889, quand la *loi de protection de l'enfance maltraitée ou*

⁵⁴ Thulié (Dr H.), Révision de la loi du 23 décembre 1874, *Rev. Phil.*, t.9, 1901, p.258, cité par Rollet, 1990 : 262.

moralement abandonnée est votée, il s'agit de protéger des enfants des mauvais traitements que leurs infligent leurs parents. Deux objectifs sont simultanément recherchés par le législateur lors de ce vote. D'un côté il s'agit de préserver les enfants des éventuels mauvais traitements qui peuvent leur être infligés et d'un autre il s'agit de prévenir le développement des classes dangereuses. Arrêtons-nous brièvement sur chacun de ces objectifs et les mesures qu'ils nécessitent pour être atteints.

La protection des enfants des mauvais traitements de leurs parents est une véritable révolution dans le sens où elle remet en cause la toute puissance paternelle sur ses enfants. Il s'agit d'une véritable remise en question du principe de propriété de l'enfant et de son éducation par la famille, principe que nous évoquons plus haut à propos de la loi Roussel. Mais, en raison du caractère à la fois moral et social que recouvre ce texte, ce principe n'est, ici, pas suffisant pour s'opposer à la loi. Si la protection que promet cette loi s'adresse à tous les enfants, il n'est pas question de soumettre au contrôle toutes les familles. Seules celles infligeant de mauvais traitements aux enfants sont visées et la loi énumère les mauvais traitements qu'elle est susceptible de condamner. Crimes commis contre les enfants, incitation à la débauche, condamnations diverses, exposition des enfants ou vagabondage ainsi que les « pères et mères qui, par leur ivrognerie habituelle, leur conduite notoire et scandaleuse, ou par leurs mauvais traitements, compromettent soit la santé, soit la sécurité, soit la moralité de leurs enfants ». L'aspect moral de cette loi, outre le fait qu'il soit directement cité dans le texte, vient du fait qu'il place la protection de l'enfance des fléaux sociaux avant la question du droit de la famille sur l'enfant. Cette acceptation est alors possible grâce à l'évolution des esprits qui entendent désormais que face aux droits de l'homme existent les droits de l'enfant (Rollet, 1990) et elle l'est d'autant plus du fait du caractère social de son orientation et de ce qu'elle représente en termes de maintien de l'ordre social. L'éducation reçue dans des milieux touchés par les « fléaux sociaux » tels que l'alcoolisme et la prostitution ne peut conduire qu'à une reproduction sociale dangereuse pour la société dans son ensemble. Les enfants visés par cette loi étant perçus comme de futurs délinquants. Ainsi en votant cette loi de protection des enfants, c'est à la protection de l'ensemble de la société du développement des « classes dangereuses » que s'attèle le législateur.

Enfin, comme dernier exemple, nous pouvons citer la loi Veil de 1974 qui sort l'interruption volontaire de grossesse de l'illégalité et les conditions dans lesquelles

cette loi est votée. Avant de figurer au Journal Officiel de la République Française, celle-ci aura nécessité des années de luttes et de combats moraux pour faire évoluer les mentalités et accepter une vision de la contraception d'abord et de l'avortement ensuite comme étant des progrès nécessaires davantage que des pratiques anti-populationnistes et meurtrières. Interdit depuis 1920, c'est à partir de 1955 que le débat sur la contraception est relancé en France sous l'impulsion de la doctoresse Andrée-Marie Weill-Hallé et quatre projets de lois sont déposés sur le bureau de l'Assemblée Nationale entre février et mai 1956 (Knibiehler, 1997). La parole de femmes excédées par le refus qui leur est opposé de pouvoir contrôler leur fécondité et épuisées par leurs maternités successives émerge progressivement et trouve des relais médiatiques, la rendant à la fois incontournable et la confortant dans son bien fondé. C'est alors un long travail de conviction, d'action et d'information militante qui s'engage au fil des années 1960. Sur l'initiative d'un médecin, le premier centre de planning familial ouvre ses portes, en toute illégalité, à Grenoble en 1961. Cette initiative est rapidement suivie et six autres centres ouvrent la même année puis vingt-six autres l'année suivante. La presse se fait alors le relais de l'initiative grenobloise. La publicisation de ces initiatives et de l'ensemble du mouvement militant pour la légalisation de la contraception incite politiques, médecins et associations à prendre position ; le débat est lancé dans la société civile. Les articles de presse et les émissions de radio appellent la réaction des lecteurs et auditeurs, mettant à jour un mouvement qui jusqu'ici demeurait caché du fait de sa totale clandestinité. Les relais médiatiques et l'ampleur des débats tendent à affirmer les actions. Ainsi quand la loi Neuwirth, qui légalise la contraception et rend possible l'ouverture de centre de planning familial est votée le 28 décembre 1967, elle est jugée décevante du fait des conditions qu'elle impose⁵⁵. Les oppositions morales vis-à-vis de ce mouvement se manifestent alors notamment par la lenteur avec laquelle les décrets d'application de la loi sont publiés. Le dernier, visant à réglementer le fonctionnement et l'agrément des centres d'information et de planification n'est publié qu'en avril 1972.

Par la suite, les acquis de la contraception ne calment pas le combat mené pour la légalisation de l'avortement, bien au contraire, celui-ci devient le symbole du combat

⁵⁵ La contraception est désormais autorisée, mais elle est vendue en pharmacie sur ordonnance médicale et sans aucun remboursement. Les femmes qui y ont recours sont alors inscrites sur un registre et les mineures doivent disposer d'une autorisation parentale.

féministe, revigoré par le mouvement de 1968. Les avortements clandestins ne diminuent pas et si la publicité pour la contraception est toujours interdite, l'information ne cesse de prendre de l'ampleur. Désireux de ne pas entrer en opposition directe avec ce mouvement, Valéry Giscard d'Estaing, candidat favori aux élections présidentielles de 1974, promet une loi sur l'avortement. À la suite des élections présidentielles, cette même année, Michel Poniatowski, alors ministre de l'intérieur, demande à Simone Veil de hâter la rédaction de sa loi afin que cessent les avortements illégaux. Sans remettre en cause la valeur du combat mené par cette dernière, force est de constater que les mouvements d'opposition à l'avortement n'avaient jamais été aussi faibles qu'à ce moment-là (Knibiehler, 1997).

À travers ces trois exemples, portant sur l'avènement de lois qui, aujourd'hui encore, demeurent fondamentales, nous pouvons voir le poids des différentes « classes sociales » et de leurs divers privilèges sur les évolutions des lois ; mais aussi, et peut-être surtout, le lien étroit qui existe entre certains principes moraux plus ou moins partagés par les différents membres d'une société et les lois qui régissent les droits et devoirs à l'intérieur de cette même société.

L'évolution des situations

Un autre élément qui influe fortement sur les orientations données aux réformes et sur les modifications successives des lois au fil du temps réside dans l'évolution du phénomène auquel s'adresse la loi en question. Si nous avons déjà partiellement évoqué ce principe au cours de la chronologie, nous revenons ici sur quelques exemples particulièrement significatifs.

Si les taux de mortalité alarmant du lendemain de la seconde guerre mondiale poussent à établir dans les plus brefs délais l'ordonnance du 2 novembre 1945, ce sont les résultats obtenus et l'évolution de la situation nationale qui amènent à redéfinir les objectifs de la PMI dès 1962 (Norvez, 1990). L'intention première des mesures instituées en novembre 1945 est la lutte contre la mortalité maternelle et infantile et les objectifs fixés sont rapidement atteints. De fait, face à la baisse générale de la mortalité infantile, les causes de mortalité, jusqu'ici considérées comme mineures, deviennent relativement plus importantes. Pour continuer de progresser, il faut alors maintenir les mesures en vigueur et en adopter de nouvelles pour lutter contre les causes de mortalité non encore prises en compte. Les nouvelles mesures adoptées se concentrent alors sur

un accroissement de la surveillance des premiers jours de la vie de l'enfant. Parallèlement à cela, la diminution de la mortalité infantile permet de porter une plus grande attention à ses conditions de vie. Ainsi, dans le même temps sont prises de nouvelles modalités de surveillance et de contrôles en direction des lieux de garde. C'est donc la poursuite de cette lutte contre les causes de la mortalité subsistante qui amène à prendre des mesures de surveillance de plus en plus nombreuses sur la vie intra-utérine. De la même manière, la baisse continue de la mortalité infantile laisse suffisamment de marge de manœuvre pour accroître les efforts opérés en direction des conditions de vie des jeunes enfants et des familles.

Les quelques motifs que nous venons d'avancer pourraient expliquer le vote de telle ou telle loi ou l'adoption de telle ou telle autre mesure à un moment donné. Mais ils sont loin de couvrir la complexité des mécanismes à l'œuvre dans cette élaboration des politiques publiques et de ce que nous avons pris jusqu'ici comme un élément de leur représentation, les textes de lois. En effet, dans le faisceau d'explications qui permettent l'analyse des évolutions successives dont nous traitons ici, l'une d'elles ne doit pas être oubliée, il s'agit des progrès opérés par la science et du développement des techniques de soins.

b. Découvertes et progrès scientifiques

Participant du contexte général d'une société, la démographie, les caractéristiques sociales, les considérations d'ordre moral ou la situation sociale dans laquelle se trouve un pays sont autant d'éléments qui concourent à la mise en place de structures, lois ou réformes. Mais pour nécessaires qu'ils soient, ces différents éléments ne sont pas toujours suffisants. Dans le champ de la santé physiologique, les découvertes et les progrès scientifiques, l'accroissement des connaissances et la mise à disposition de nouveaux moyens techniques à une période donnée, se révèlent fondamentaux. Pour illustrer ce principe, nous prendrons quelques-uns des exemples déjà évoqués au cours de notre parcours chronologique.

L'histoire du lait

Un regard sur l'histoire de l'allaitement permet de mettre en exergue les différentes influences qui s'exercent sur cette pratique. Pour trancher entre allaitement maternel, allaitement par une nourrice, ou allaitement au biberon, se confrontent pêle-

mêle, la place de l'allaitement dans la construction de la relation mère-enfant, la place de l'enfant dans la famille, l'hygiène de l'alimentation infantile, la contrainte de l'allaitement pour la mère, le coût économique des nourrices ou du lait etc. Sans fournir une réponse définitive à cette question, qui fait encore débats aujourd'hui, la découverte des bienfaits de la pasteurisation du lait a considérablement modifiée les termes du débat. Cette découverte permet d'une part de faire chuter considérablement les taux de mortalité infantile par maladie digestive et a dans le même temps ôté une des craintes que recouvre l'allaitement « artificiel », celle de faire courir un risque à l'enfant. Pour autant le prix du lait pasteurisé est tel qu'il demeure hors d'atteinte pour de nombreuses familles et c'est par volonté de rendre accessible à tous le lait stérilisé que sont créées les consultations goutte de lait. Nous ne reviendrons pas ici sur le succès que connaissent ces consultations et l'évolution considérable qu'elles représentent pour le suivi médical des enfants. La découverte de la pasteurisation du lait déclenche une suite de mesures et de décisions qui ont d'importantes conséquences sur la suite du développement de la protection maternelle et infantile.

Les vaccins

Autre cas non moins emblématique de la découverte scientifique et de son influence sur les mesures de santé préventives, celui de la découverte des différents vaccins contre les maladies les plus meurtrières. C'est ici un principe relativement contradictoire qui se met en place. Alors que d'un côté « La vaccination est prête à aider les humains, mais pour ce faire, elle entend plutôt s'imposer. C'est que pour travailler sérieusement, elle doit atteindre un seuil d'immunisation (80% au moins de la population cible, d'après les chiffres couramment cités) ; elle entend qu'on l'aide et a donc naturellement tendance à réclamer le concours de la contrainte publique » (Skomska-Godefroy, 1996 : 423). D'un autre côté, l'obligation vaccinale nécessite, dans la grande majorité des cas, un temps important avant d'être mise en place.

L'histoire de la vaccine, découverte en 1796 par Jenner est représentative de l'écart qui existe en la matière entre découverte scientifique et application de celle-ci dans un cadre de prévention de santé publique. Alors que son efficacité comme moyen de lutte contre les épidémies de variole est prouvée, ce n'est que par touche progressive

que la population est contrainte à la vaccination⁵⁶ avant que celle-ci ne soit rendue obligatoire par la loi de santé publique de 1902. Et si le cas de la variole est exemplaire, non seulement parce que c'est le premier vaccin mais aussi pour le temps écoulé entre la découverte scientifique et la loi rendant la vaccination obligatoire, ce principe se reproduit pour quasiment tous les vaccins au fur et à mesure de leur découverte. Ainsi pour la tuberculose alors que le vaccin (le BCG) est mis au point en 1921, il ne devient obligatoire en France qu'à partir de 1951. D'une manière générale, la loi demeure largement en retard par rapport aux avancées de la vaccination, en grand partie à cause des craintes que suscite le principe de l'inoculation et à la vigueur des mouvements anti-vaccination⁵⁷.

Le passage à la néonatalogie

Dans cette même optique de mise en lumière du lien entre progrès techniques, découvertes scientifiques et progression de la protection maternelle et infantile, nous pouvons souligner les moyens nécessaires à la mise en place des mesures adoptées à la fin des années 1960. À ce moment de l'histoire de la PMI, les objectifs fixés en 1945 sur la lutte contre la mortalité infantile sont atteints et il s'agit de continuer à faire baisser les taux de mortalité. Une analyse de la répartition des décès par âge et de leur cause amène à considérer des événements qui jusqu'ici ne paraissaient que secondaires. Les taux de mortalité n'étant plus aussi alarmants qu'au lendemain de la guerre, il est désormais possible de placer la lutte contre les handicaps à l'ordre des priorités. Que ce soit en termes de qualité de la vie future ou de mortalité materno-infantile, c'est vers la période de la périnatalité que s'orientent les regards et les réflexions.

D'un côté il aura donc fallu attendre que les premiers objectifs de lutte contre la mortalité soient atteints pour resserrer les mailles de la prévention sur la période prénatale, d'un autre cette nouvelle orientation n'aurait pu avoir lieu sans un certain nombre de progrès techniques parmi lesquels l'usage croissant de l'échographie et de l'amniocentèse. C'est donc à l'intersection entre l'amélioration des conditions générales de la société, les progrès effectués grâce aux mesures prises précédemment et la

⁵⁶ Élèves de lycée (1809), étudiants (1810), élèves des écoles communales élémentaires (Loi Guizot 1833), tous les élèves des écoles (1851), enfants assistés et enfants placés en nourrice (1874), élèves des écoles maternelles (1887).

⁵⁷ Voir à ce propos Jolanta Skomska-Godefroy « La résistance à la vaccination : le cas français » in Moulin (dir.), 1996, pp.423-437 ; Matthew Ramsey « Mouvement anti-hygiénistes et libéralisme : vers une histoire comparée » in Bourdelais (dir.), 2001, pp.319-340.

découverte ou le plus grand usage de nouveaux outils techniques que peuvent se mettre en place les politiques de néo-natalité au début des années 1970 (Norvez, 1990). Dans la poursuite de ce mouvement, les risques que court chaque parturiente sont évalués et mesurés au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse. Chacun de ces risques potentiels donnant lieu à un examen biologique, physiologique, psychologique ou médical. Ainsi, Béatrice Jacques dans sa *sociologie de l'accouchement* (Jacques, 2007) fournit une énumération du minimum d'examens auxquels doit se soumettre chaque femme enceinte : « Si toutes les grossesses sont définies comme potentiellement à risque, alors toutes les patientes, même dans les situations de pure eutocie, doivent passer par les standard suivants : une consultation le premier trimestre puis une par mois, un examen clinique à chaque consultation, une recherche de sucre et d'albumine dans les urines (à chaque consultation), trois échographies (1^{er} trimestre, 5^{ème} mois et 8^{ème} mois), la recherche du groupe sanguin complet, le dépistage de la syphilis, la recherche d'immunité contre la rubéole et la toxoplasmose (qui est réalisée chaque mois si la patiente n'est pas immunisée), le dépistage du VIH sur proposition du médecin lors de la première consultation, le dosage des alphaprotéines associé au dosage des bêta-HCG (test HT 21) avec accord de la patiente au 4^{ème} mois afin de dépister les risques d'avoir un enfant atteint de trisomie 21, un dépistage au 6^{ème} mois de l'antigène HBS pour évaluer les risques d'hépatite chez l'enfant, une numération globulaire et une recherche d'anticorps irréguliers chez les femmes à rhésus négatif ou précédemment transfusées (de même qu'au 8^{ème} mois), une consultation préanesthésique au 8^{ème} mois et une prescription de radiographie du bassin (si nécessaire). Représenté comme le « suivi minimum » proposé à chaque patiente, l'ensemble de ces examens cliniques, biologiques et radiographiques a pu être observé dans les consultations de chaque médecin interrogé » (Jacques, 2007 :57). À ces examens destinés à la mère pendant la grossesse s'ajoutent les outils techniques mobilisés pendant l'accouchement ou pendant les premiers jours de vie du nourrisson ; autant d'éléments qui contribuent à la lutte contre la mortalité infantile et les handicaps.

3. Initiateurs et destinataires

En ne demeurant qu'au simple niveau des textes de lois, les situations démographiques, économiques, politiques, scientifiques et sociales pourtant nécessaires à leur aboutissement sont passées sous silence. Et c'est l'importance de ce contexte dont nous avons tenté de rendre compte à travers les quelques exemples cités dans les pages précédentes. Mais en plus de l'absence des conditions qui auront permis à des lois d'être votées, la seule considération de la législation ne rend pas compte non plus de la réalité de son application, de l'effectivité ou non des changements et des évolutions que celle-ci propose. Nous allons donc présenter dans cette dernière partie de chapitre quelques éléments qui nous permettront d'avoir une vision plus proche de la réalité de l'histoire de la Protection Maternelle et Infantile que ne laisse le percevoir un regard limité à la simple législation.

a. Acteurs privés et philanthropes

En premier lieu, il nous faut revenir sur ce principe selon lequel la succession des textes de loi rend compte de l'implication progressive de l'État dans un domaine particulier. Si cette idée n'est pas totalement fausse, elle masque une part importante de la réalité. Non pas que la législation ne soit pas une preuve de l'engagement de l'État ; mais limiter l'analyse à la législation laisse supposer que celle-ci est à l'origine de toute démarche, que l'État est source d'impulsion. Si cela est parfois vrai, il faut souligner que ce n'est généralement pas le cas et que la grande majorité des innovations, idées et impulsions sont l'œuvre d'institutions et de personnes privées. La législation arrive alors dans un second temps pour asseoir et diffuser une action jugée bénéfique pour la population et dont le développement et le contrôle représentent un enjeu important pour l'État.

L'action philanthropique

C'est dans le dernier quart du XVIII^{ème} siècle qu'apparaissent les premières œuvres philanthropiques avec un recrutement très aristocratique et c'est de la fin du XVIII^{ème} au début du XIX^{ème} siècle que l'action philanthropique fut la plus importante, entamant son déclin à partir des années 1840 (Duprat, 1996). Pour ces philanthropes et pour les œuvres qu'ils mettent en place, il ne s'agit pas de répondre à une injonction de

la loi ou de se soumettre à une obligation, mais d'améliorer le sort des plus démunis, de répondre aux besoins de la population. Bien qu'entamant son déclin à partir des années 1840, la philanthropie n'en resta pas moins un moteur extrêmement important dans les combats menés pour l'hygiène tout au long du XIX^{ème} et dans le premier quart du XX^{ème} siècle. Ainsi, les philanthropes et organisations philanthropiques sont à l'origine de nombreuses actions sur l'hygiène et la prévention, menées en parallèle ou en amont de celles engagées par l'État. Les philanthropes étaient partout où l'hygiène pouvait avoir besoin d'eux, comme l'atteste la participation des Rothschild à l'alliance d'hygiène sociale, véritable « nébuleuse philanthropique », fondée en 1904 et qui se fixe pour objectif de préparer l'opinion, de la sensibiliser sur les problèmes avec pour mission de « combler les lacunes d'un secteur public défaillant » (Murard et Zylberman, 1996 : 469). Le concours organisé par cette même fondation Rothschild en 1905 pour la construction des premières Habitations à Bon Marché (HBM) à Paris vise, quant à lui, à répondre à la fois aux besoins d'habitations des classes populaires et à la nécessité d'intégrer les dernières normes d'hygiène dans les nouvelles constructions, quitte à soulever des mécontentements et des contestations sur les considérations esthétiques de ces bâtiments (Mory, 2001). Plus proche de ce qui nous préoccupe ici, l'élaboration des principales lois de protection de l'enfance ou la mise en place des structures pionnières n'ont été possibles que grâce à la volonté et à l'engagement philanthropique de ceux qui les ont portées ; Théophile Roussel et Paul Strauss pour les lois de protection de l'enfance, Pierre Budin et le Dr Variot pour les consultations infantiles ou avant cela, en plein âge d'or de la philanthropie, Émilie Mallet pour les salles d'asile.

Les salles d'asile

À l'initiative de la première salle d'asile, ouverte en 1826, se trouve la volonté d'une femme, Émilie Mallet, d'éduquer les enfants des familles les plus pauvres et de permettre à ces mêmes familles d'accroître leurs revenus en facilitant l'accès au travail des mères en les allégeant de la charge de garde quotidienne de l'enfant. Double aspiration à l'origine de cette initiative donc ; morale d'une part et économique de l'autre. Du point de vue économique, Émilie Mallet vise à la fois l'accroissement des revenus des familles les plus pauvres, rejoignant ici les principes d'assistance aux indigents très importants à l'époque, mais aussi un accroissement de la main d'œuvre manufacturière qui fait défaut dans les bassins industriels. C'est principalement sur cette seconde aspiration que s'appuie Émilie Mallet pour obtenir le soutien économique et

moral de la société bourgeoise de l'époque (Luc, 1997). L'ouverture de la première salle d'asile se fait alors sur les fonds privés d'un comité de dames charitables.

Mais l'ambition du dispositif qui, à terme, souhaite s'adresser à tous les enfants et non plus seulement à ceux « du peuple », ainsi que sa double dimension éducative et assistancielle, amène très rapidement les pouvoirs publics à s'y intéresser et à prendre part à ces structures. Ainsi, dès 1836, soit à peine dix ans après l'ouverture de la première salle d'asile, celles-ci sont placées sous la tutelle de l'État et fonctionnent surtout sur des financements municipaux. Exemple intéressant donc de « récupération » d'une initiative d'origine privée dont les enjeux éducatifs attirent rapidement l'attention et l'investissement des pouvoirs publics.

Les consultations goutte de lait

Autre exemple que l'on peut citer pour illustrer ce principe, celui des « consultations goutte de lait ». Comme nous l'avons dit dans les pages précédentes, suite à la découverte des bienfaits de la stérilisation du lait et de ses répercussions positives sur la santé du jeune enfant, il devient important d'organiser l'accessibilité au lait pour toute la population et notamment pour la part la plus pauvre pour laquelle l'insuffisance des ressources économiques laisse cette denrée hors d'atteinte. En la matière, toutes les structures pionnières qui sont mises en place sont le fruit d'initiatives personnelles et généralement privées. Si l'on reprend les trois « réalisations pionnières » que présente Catherine Rollet (1990) nous constatons que toutes suivent ce même principe de devoir leur existence et leur réalisation à la volonté de personnes singulières.

Ainsi, quand en 1892 le docteur Pierre Budin crée la consultation de la Maternité au sein de l'hôpital dans lequel il est chef de service, son objectif est clair. Il souhaite poursuivre le suivi des femmes qui ont accouché dans sa maternité pour « continuer à diriger les mères, les engager à allaiter au sein autant que possible et, dans le cas où cet allaitement deviendrait insuffisant, les aider en leur donnant du lait de vache de bonne qualité et stérilisé »⁵⁸. Si sa consultation utilise les moyens matériels et bénéficie de l'accord du directeur de l'assistance publique, sa mise en place et son déroulement ne tiennent qu'à la volonté et à l'engagement du Dr Budin.

⁵⁸ Budin P., *Manuel pratique d'allaitement...*, 2^{ème} édition, Doin, 1907, p.244, cité par Rollet, 1990 : 356.

Si pour le docteur Variot il ne s'agit pas à l'origine de suivre des mères qui viennent d'accoucher mais davantage de soigner des bébés, lorsqu'il crée le dispensaire de Belleville en 1892, le constat effectué sur l'importance des maladies dues à une mauvaise alimentation instituera la revente de lait stérilisé à 25 centimes le litre dès la création du dispensaire. Il faut noter que seul l'engagement du médecin et les donations volontaires permirent à ce dispensaire d'exister.

De même, c'est le constat du ravage opéré par les maladies intestinales qui pousse le docteur Dufour à ouvrir la première « goutte de lait » à Fécamp. L'idée de départ est de soigner les enfants âgés d'un jour à un an et de fournir, en cas de besoin, du lait stérilisé. Compte tenu de la pauvreté de la ville de Fécamp, la vente de lait stérilisé à des tarifs variables en fonction de la classe sociale d'appartenance des parents, prend rapidement le pas sur l'activité de consultation et de soin du dispensaire. Ici encore, c'est la volonté et l'ingéniosité du docteur Dufour qui permettent aux gouttes de lait d'exister et c'est sur l'exemple de cette initiative que d'autres médecins de province tentent d'ouvrir des dispensaires et des consultations similaires.

Ainsi, ce n'est qu'une fois démontrée l'efficacité du dispositif et grâce au prosélytisme de leurs fondateurs et de leurs émules que les pouvoirs publics s'engagent au plus haut niveau par une recommandation du Sénat adressée aux préfets en 1903 les encourageant à multiplier les œuvres similaires.

b. Résistance des populations

Au cours de ce chapitre nous avons vu l'importance des débats et des jeux d'oppositions qui ont souvent lieu au Parlement et au Sénat avant la promulgation ou la modification d'une loi. Nous avons également vu les liens très forts qui existent entre la situation générale du pays et l'avènement des différentes lois et enfin nous avons évoqué les difficultés que peut rencontrer la législation pour entrer en application. Si jusqu'ici, nous sommes restés du côté institutionnel des lois, encore faut-il, maintenant, nous intéresser à la population visée par ces différentes législations et aux effets concrets de celles-ci sur les comportements des individus auxquelles elles s'adressent. Car tel est l'objectif recherché par toute nouvelle loi, la modification de certaines actions individuelles ou collectives dans des situations particulières. Et si avant d'atteindre ce résultat final de modifications comportementales, les textes législatifs

doivent franchir les différents obstacles présentés au cours de ce chapitre, la réalisation de cette ultime étape est loin d'être systématique.

« La médecine, avec sa thérapeutique, ne suffit pas. (...) Si l'opinion publique n'est pas préparée à recevoir les leçons [que les lois] formulent, vous obtiendrez très peu de choses. Il faut donc faire l'éducation de chacun... », insinue Paul Brouardel lors de la création de l'Alliance d'Hygiène Sociale (AHS) en 1904 (cité par Murard et Zylberman, 1996 : 443).

Alors que les découvertes scientifiques accroissent les connaissances à partir desquelles sont envisagées les possibilités d'amélioration de la santé de tous, les lois visent à contraindre la population dans l'adoption de comportements nouveaux, intégrant ces découvertes scientifiques. Et si le passage de la science à la législation n'est pas automatique, celui de la législation aux comportements individuels ne l'est pas plus. Nous allons donc maintenant nous intéresser aux résistances parfois mises en œuvre par la population face aux nouvelles pratiques édictées par les lois et aux modifications qu'elles impliquent sur l'ensemble des niveaux de la société aussi bien éducatifs, qu'économiques ou sociaux.

La lutte contre les biberons à tube

Pour illustrer les résistances de la population face à l'avancée de la législation, revenons sur l'histoire de la lutte contre les biberons à tube par les nourrices. Deux raisons principales sont à l'origine de l'usage massif de ces biberons par les nourrices. Tout d'abord, ils se révèlent, de par leur conception, extrêmement pratiques. Contrairement aux biberons en ampoule, il n'est nul besoin de les tenir pour nourrir l'enfant, ce qui implique un autre avantage de taille, il est possible de les laisser en permanence dans le lit du jeune enfant, ce dernier se nourrissant alors seul, quand il en ressent le besoin. Pour des nourrices ayant en charge plusieurs enfants, en allégeant considérablement le travail à effectuer pour nourrir chacun d'entre eux, cette invention représente un réel progrès. Seconde raison qui, elle, éclaire la rapidité avec laquelle cette invention s'est répandue dans la population, l'importance, rarissime à l'époque, de la campagne publicitaire qui accompagne la sortie sur le commerce de cette innovation. (De Luca et Al., 2005). Est incluse dans la campagne publicitaire la vente de ces biberons à des prix défiant toute concurrence ; argument d'une importance cruciale dès lors qu'on le place en regard des faibles rémunérations des nourrices. Ces deux

éléments permettent de comprendre pourquoi ces biberons à tubes sont adoptés si rapidement et si massivement par l'industrie nourricière mais expliquent aussi pourquoi les nourrices y sont particulièrement attachées.

Pour ces deux raisons, bien que la nocivité de cet ustensile de puériculture est scientifiquement prouvée⁵⁹ il est extrêmement difficile pour les médecins-inspecteurs d'obtenir gain de cause et d'en faire abandonner l'usage. Ainsi, quand ils en trouvent chez une nourrice, les médecins brisent les biberons et en découpent les tubes. Malgré la certitude avancée par les arguments scientifiques quant à la dangerosité de ces biberons, il faut attendre l'interdiction de leur vente et de leur usage par arrêté préfectoral et la menace des médecins-inspecteurs de retirer la garde de l'enfant aux contrevenantes pour que progressivement cesse cette pratique.

À travers cette histoire de la lutte contre les biberons à tube nous voyons donc très clairement les difficultés que peuvent rencontrer les agents de l'État pour faire respecter une loi et les méthodes parfois radicales qu'ils sont obligé d'employer. D'un autre côté, cette même histoire nous permet de comprendre pourquoi les nourrices, dont on ne peut affirmer la bonne ou mauvaise compréhension des arguments scientifiques avancés, s'accrochent à l'usage de cet ustensile pratique et peu cher.

L'inacceptable inspection préventive

Au-delà de la lutte contre les biberons à tube dont on peut entendre les arguments pratiques et économiques mis en avant par les nourrices, il nous faut souligner un principe plus général qui tient à la notion même de prévention qui, par définition, vise à empêcher un événement non souhaité de se produire. De cette simple définition découlent deux axes importants de réflexion sur l'établissement de mesures préventives et sur leur réception.

D'un côté, soit les personnes auxquelles s'adressent la mesure en question ne considèrent pas comme suffisamment importante la probabilité que l'événement en question advienne ou bien elles n'ont pas conscience ou connaissance de l'existence de l'événement que la mesure vise à prévenir. Dans cette situation, les personnes visées par la mesure refuseront de s'y conformer et de se soumettre aux obligations qu'elle

⁵⁹ Il était impossible de laver le long tube en caoutchouc au bout duquel se fixait la tétine. Le lait fermentait alors dans ce tube, ce qui provoquait des ravages dans les rangs des nourrissons.

implique. C'est en partie du fait de ce principe que dans la première période de mise en place des consultations de nourrisson ou des consultations maternelles prénatales la participation des mères reste relativement faible. À cette époque le recours aux médecins n'a lieu qu'en cas de maladie importante et il est donc difficilement concevable de se soumettre à un contrôle médical en l'absence de tout problème de santé.

D'un autre côté, en cherchant à empêcher un événement, la mesure préventive souligne la possibilité que cet événement a d'advenir. Par là, il est extrêmement fréquent que les personnes soumises à des mesures de préventions se sentent suspectées du mal que cette mesure vise à prévenir. Perçus comme une mise en accusation potentielle, les contrôles préventifs éveillent souvent méfiance et réticences.

Du fait de ces deux dimensions des politiques de prévention, il est dès le départ nécessaire de mettre en œuvre des moyens d'incitation pour les mères afin de s'assurer de leur bonne collaboration et de leur pleine participation. C'est en cela que se justifie le lien établi très tôt et maintenu jusqu'à aujourd'hui entre soumission aux examens obligatoires et accession aux diverses allocations maternelles ou familiales.

Ce mode de fonctionnement permet de constater que le seul argument médical demeure bien souvent insuffisant pour faire adhérer les familles à une mesure apparaissant comme contraignante. La contre-partie qui est alors proposée aux familles, que celle-ci soit sous formes d'allocation (familiale, de grossesse ou autre) ou en nature (distribution de lait pasteurisé, de bon de lait ou de linge), si elle permet d'accroître l'adhésion des mères et des enfants et aux agents de santé de s'immiscer dans un domaine jusqu'ici réservé de l'intimité familiale n'est toutefois pas sans conséquence. En effet, sur la base de ce principe de la contre-partie, certaines mères ne se soumettent aux examens médicaux que pour bénéficier des allocations qui en dépendent, reléguant la question de la santé à la marge de leur démarche.