

Genre et protection sociale. La protection maternelle et infantile en Grande-Bretagne, 1860-1918

In: Genèses, 6, 1991. pp. 73-97.

Citer ce document / Cite this document :

Thane Pat, Belliard Corinne. Genre et protection sociale. La protection maternelle et infantile en Grande-Bretagne, 1860-1918.
In: Genèses, 6, 1991. pp. 73-97.

doi : 10.3406/genes.1991.1093

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/genes_1155-3219_1991_num_6_1_1093

GENRE ET PROTECTION SOCIALE

LA PROTECTION MATERNELLE
ET INFANTILE
EN GRANDE-BRETAGNE,
1860-1918

*Pat Thane**

L'HISTOIRE de la protection sociale a déjà une longue existence en Grande-Bretagne. Aussi il n'est pas surprenant que l'histoire des femmes qui a connu un fort développement ces dernières vingt années et celle plus récente du « genre » aient commencé à avoir une influence sur ses interprétations. On doit plutôt s'étonner de la lenteur avec laquelle cette influence s'est exercée, si l'on songe que les femmes ont toujours souffert de la pauvreté plus souvent et plus intensément que les hommes¹, que leur attente à l'égard la protection sociale est très ancienne et qu'elles ont joué un rôle non seulement comme agents de sa mise en place, mais aussi – aspect de leur action plus souvent passé sous silence – comme créatrices de nouvelles modalités de protection et de nouvelles politiques².

La reconnaissance de cette dimension sexuée (*gender dimension*) de la protection sociale a abouti, en Grande-Bretagne comme aux États-Unis, à l'établissement de schèmes explicatifs qu'il serait exagéré de qualifier de théories. Ainsi a été particulièrement forte la conviction que les systèmes économiques et sociaux capitalistes ont engendré la plus grande vulnérabilité des femmes à la pauvreté, et que les systèmes publics et privés de protection ont aggravé et perpétué cette vulnérabilité. On a soutenu que ces derniers ont renforcé le patriarcat en entérinant voire en cherchant délibérément à consolider les rôles conventionnels des deux sexes et spécialement en assignant à l'homme celui de chef et de soutien de famille, femmes et enfants devenant ses dépendants³. Ainsi, a-t-on affirmé, l'État providence a plus ou moins négligé les besoins des femmes, donnant la préférence à ceux des hommes salariés. En fait, cette lecture est une variante féministe de l'interprétation des politiques de protection en termes de « contrôle social ». En tant que telle, elle comporte un certain nombre de vérités évidentes, mais n'échappe pas à la critique car elle présuppose une structure hiérarchique rigide du pouvoir où les groupes subordonnés ne seraient que des victimes incapables de

* Je suis très reconnaissante à Susanna Magri pour ses utiles remarques sur la première version de ce texte et pour sa patience.

1. Pour la Grande-Bretagne, cf. Pat Thane, "Women and the Poor Law in Victorian and Edwardian Britain", *History Workshop Journal*, n° 6, Autumn 1978, p. 29-51.

2. Sur ce point, cf. également Sonya Michel, Seth Koven, "Womanly Duties: Maternalist Politics and the Origins of Welfare States in France, Germany, Great Britain, and the United States, 1880-1920", *American Historical Review*, vol. 95, n° 4, October 1990, p. 1081-1083.

3. Cf. parmi d'autres, Elizabeth Wilson, *Women and Welfare State*, London, Tavistock England, 1977 ; Mimi Abramowitz, *Regulating the Lives of Women: Social Welfare Policy from Colonial Times to the Present*, Boston, South End Pr., 1988 ; Mary McIntosh, "The State and the Oppression of Women", in Annette Kuhn, Marie Wolpe (éds.), *Feminism and Materialism: Women and Modes of Production*, London, Routledge Chapman and Hall, 1978, p. 254-289. Ce travail a été critiqué par S. Michel, S. Koven,

DOSSIER

Femmes, genre, histoire

P. Thane

Genre et protection sociale

"Womanly Duties...", *op. cit.*,
p. 1083-1084.

4. Cf. par exemple A. P. Donajgrodzki (éd.), *Social Control in Nineteenth Century Britain*, London, 1977.

5. Cf. par exemple Jane Lewis, "Dealing with Dependency: State Practices and Social Realities, 1870-1945", in Jane Lewis (éd.), *Women's Welfare, Women's Rights*, London, 1983, p. 17-37.

6. C'est en partie pour cette raison que Susan Pedersen se trompe lorsqu'elle soutient que la gestion des allocations au bénéfice des familles des mobilisés pendant la Première Guerre mondiale a introduit un changement paradigmatique dans les politiques sociales de l'État britannique en comportant une pénétration du système patriarcal qui n'avait pas eu lieu jusque là. En tout état de cause il reste très difficile de saisir le changement sur la base d'une définition très large du *Welfare State*. Cf. Susan Pedersen, "Gender, Welfare and Citizenship in Britain during the Great War", *American Historical Review*, vol. 95, n° 4, October 1990, p. 983-1006. Une tentative de rétablir un équilibre dans l'histoire de ce domaine est proposée par Gisela Bock et Pat Thane (éds.), *Maternity and Gender Policies: Women and the Rise of Welfare States*, London, 1991 et Seth Koven et Sonya Michel, *Gender and Origins of Welfare States in Western Europe and North America*, London and New York, 1992.

7. Cf. par exemple Frank Prochaska, *Women and Philanthropy in the 19th century, England*, Oxford, Oxford University Press, 1980 ; Anna Summers, "A Home from Home: Women's Philanthropic Work in the 19th century", in Sandra Burman (éd.), *Fit Work for Women*, London, St Martin, 1979, p. 33-63.

négocié et d'agir sur leur propre destin⁴. Cette interprétation a abouti à un certain stéréotypage des points de vue masculins tenus pour aveugles aux besoins « réels » des femmes, et des réponses des femmes regardées tantôt comme victimes passives, tantôt comme dames patronnesses dominatrices – vision peu compatible pourtant avec la thèse répandue de l'aptitude propre aux femmes de s'occuper des questions de protection sociale⁵. Le texte présenté ici se propose précisément de confronter quelques-uns de ces présupposés aux données britanniques.

Il est très difficile de parvenir à une vision équilibrée de la dimension sexuée de la protection sociale en Grande-Bretagne car les historiens ont accordé davantage d'importance aux politiques censées concerner plus directement les travailleurs masculins, telles les assurances sociales. Au mieux, les politiques relatives à la maternité, à l'accouchement et aux soins à donner aux enfants ont été traitées marginalement, en dépit du fait qu'elles ont occupé depuis longtemps une place centrale dans les systèmes de protection privés et publics⁶.

Le déséquilibre dans l'historiographie britannique de la protection sociale n'est pas dû seulement à la cécité des chercheurs quant à la dimension sexuée de celle-ci. Il est également le résultat d'une vision téléologique de l'évolution vers une protection sociale tout entière sous la coupe de l'État central. Ainsi le rôle de l'action bénévole a été minimisé, en dépit de son importance en Grande-Bretagne depuis le XIX^e siècle jusqu'à aujourd'hui. Cette action a été traitée comme un mode d'intervention dépassé, destiné aux poubelles de l'histoire, plutôt que comme une forme durable et changeante de protection sociale, importante en elle-même. Or c'est précisément à ce niveau que les femmes ont été particulièrement actives⁷.

Les historiens ont aussi focalisé leur attention sur l'activité du gouvernement central plutôt que sur celle du gouvernement local, malgré le rôle considérable de ce dernier dans la création et la gestion de nombreuses politiques sociales concernant en particulier les femmes. Une grande partie de ces politiques ont été développées et mises en œuvre au niveau local. D'autre part, les femmes en Grande-Bretagne votaient, étaient élues et étaient actives dans les administrations locales bien plus tôt que dans celles de l'État. Le droit de vote aux élections municipales fut accordé aux célibataires

payant des impôts locaux, en 1869, les femmes représentant entre 12 et 25 % de l'électorat selon les districts à la fin des années 1880. En 1900, un million de femmes votaient aux élections locales en Angleterre et au pays de Galles⁸ sur une population totale de femmes âgées de plus de 21 ans d'environ 14,8 millions. En 1913, les femmes pouvaient voter et être candidates aux élections des conseils des comtés, des municipalités, des districts urbains et ruraux, des paroisses et des *Poor Law Guardians*. Elles pouvaient être désignées pour s'occuper de l'éducation, des bibliothèques, de l'assistance aux pauvres (des secours aux chômeurs), de l'obstétrique, des assurances sociales ; être nommées dans les comités d'assistance scolaire et de placement, dans les *Trade Boards* chargés de fixer les salaires pour les travaux les moins payés et les plus exploités, généralement féminins. A cette date, 1 546 femmes furent élues *Poor Law Guardians* sur un total d'environ vingt mille en Angleterre et pays de Galles, deux cents conseillères dans les districts ruraux, quarante-huit conseillères municipales et de comté, six cent soixante-dix-neuf furent nommées membres des *Boards of Education*⁹. Le nombre des élues augmenta en 1919-1920 : 2 039 *Poor Law Guardians*, 320 conseillères municipales et de comté. A partir de 1919 les postes de magistrat leur furent ouverts¹⁰. Dans aucun autre grand pays occidental les femmes n'ont obtenu si tôt un rôle institutionnel comparable¹¹. Le pouvoir ainsi conquis par les femmes ne doit certes pas être surestimé, mais il n'a pas encore été pleinement étudié.

Les changements politiques qu'a récemment connus la Grande-Bretagne ont transformé la vision que les historiens avaient du passé. Les tentatives des gouvernements conservateurs visant à réduire le rôle de l'État en matière de protection sociale et accroître celui du marché et du volontariat, a ravivé l'intérêt pour ce dernier¹². A l'inverse, la restriction des pouvoirs des autorités locales par les mêmes gouvernements a rendu les historiens plus conscients de leur importance dans le passé. Ces changements ayant coïncidé avec le renforcement de la perspective ouverte par la *gender history*, le résultat a été une plus grande prise en compte de la place des femmes dans ces processus historiques.

L'étude présentée ici porte sur la protection maternelle et infantile en Angleterre et au pays de Galles¹³

8. Patricia Hollis, "Women in Council: Separate Spheres, Public Space", in Jane Rendal (éd.), *Equal or Different: Women's Politics 1800-1914*, London, Basil Blackwell, 1987, p. 193.

9. Ces comités d'éducation indépendants étaient élus jusqu'en 1902, date à laquelle on décida leur abolition, ce qui souleva une forte protestation des femmes puisqu'elles représentaient alors 12 à 15 % des élus. Le gouvernement décréta donc rapidement que les nouveaux comités rattachés aux conseils locaux incluraient chacun au moins deux femmes.

10. Patricia Hollis, *Ladies Elect: Women in English Local Government, 1865-1914*, Oxford, Oxford University Press, 1987.

11. Claire Hirschfield, "A Fractured Faith: Liberal Party Women and the Suffrage Issue in Britain, 1892-1914", *Gender and History*, vol. 2, n° 2, Summer 1990, p. 173-197.

12. Frank Prochaska, *The Voluntary Impulse*, London, Faber and Faber, 1989.

13. L'Écosse a eu souvent une législation et des structures administratives différentes, trop complexes pour être prises en compte dans le cadre de cet article.

entre 1860 et 1918. Elle synthétise les résultats de recherches visant à démontrer comment une plus grande sensibilité aux rapports entre hommes et femmes peut changer nos interprétations de l'histoire de la protection sociale britannique.

La situation démographique

C'est dans le dernier quart du XIX^e siècle que la protection maternelle et infantile, en Grande-Bretagne comme ailleurs, devint un objet d'intérêt social et politique. Ceci est dû en partie au fait que les taux de mortalité infantile continuaient à augmenter au moment où les autres catégories de mortalité, excepté la mortalité maternelle, étaient en baisse. L'alarme était d'autant plus vive que la natalité déclinait depuis les années 1870 (la Grande-Bretagne occupait la seconde place en Europe, après la France, pour la rapidité de cette diminution : 14 % entre 1876 et 1897). Le constat qu'un grand nombre d'enfants survivants étaient en mauvaise santé et que beaucoup d'adultes avaient une faible constitution joua aussi un rôle important. Selon la croyance générale, la « dégénérescence » physique de la masse de la population avait pour cause la vie en milieu urbain depuis plusieurs générations, bien qu'il n'y eût guère de preuves confirmant le fait¹⁴. Une dernière mais non moins importante cause de ce soudain intérêt pour la mère et l'enfant fut la négligence et les mauvais traitements infligés aux enfants par les parents et autres personnes en ayant la garde.

Sous-jacente à ces préoccupations, une autre bien plus forte concernait la capacité de la Grande-Bretagne de concurrencer ses rivaux au plan économique, militaire et impérialiste dans une période de compétitivité croissante sur tous ces fronts. La force et la taille de la population étaient considérées comme des incarnations au sens propre de la grandeur nationale. Cette inquiétude fut accentuée, et non pas suscitée comme certains l'ont soutenu, par la découverte de l'inaptitude physique des soldats recrutés lors de la guerre des Boers de 1899-1902¹⁵.

Les avis étaient partagés sur la question de savoir si la baisse de la natalité était ou non souhaitable, dans un pays qui ne pouvait assurer à sa population ni le plein emploi ni une alimentation suffisante. Cette question se posait d'autant plus que la diminution de la

14. Daniel Pick, *Faces of Degeneration: A European Disorder, c. 1848-c. 1918*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989.

15. Ce point a été bien traité par Deborah Dwork, *War is Good for Babies and other Young Children*, London, Tavistock England, 1987, p. 3-21.

natalité était plus forte dans les classes aisées jouissant sans doute de la meilleure santé physique et mentale, phénomène qui se trouvait d'une certaine façon exprimé par l'eugénisme. Cependant, ni l'eugénisme ni le natalisme ne devinrent dominants dans la pensée sociale britannique¹⁶. En revanche, on se préoccupa davantage de l'état physique de ceux qui étaient nés et survivaient. Les idées centrées sur la notion de milieu furent bien plus agissantes que l'eugénisme, dont l'influence resta limitée et ambivalente¹⁷, car elles s'enracinaient dans la tradition de la pensée et de l'action du XIX^e siècle spécialement forte dans le domaine de la santé publique. Elles insistaient sur l'aptitude du « stock » même le plus pauvre à être amélioré grâce aux soins médicaux, à une alimentation, un logement et une éducation meilleurs ainsi qu'un environnement salubre.

Le « natalisme » comme tel était peu influent. Le scepticisme le plus grand et le plus justifié régnait quant à la possibilité de persuader les femmes d'avoir plus d'enfants alors qu'il était évident qu'elles ne le souhaitaient pas. On était convaincu en revanche qu'il était possible d'alléger les peines des grossesses répétées, spécialement quand les femmes étaient pauvres. Le désir de voir augmenter les naissances ne devint le plus fort que dans les années 1930, lorsque le taux de natalité tomba à un niveau jamais atteint (14,4 pour mille en 1933 pour l'Angleterre et le pays de Galles, contre 14,7 en Allemagne et 16,2 en France). Mais, même alors, peu de personnes croyaient qu'il était possible d'accroître la natalité et il n'y eut guère d'efforts vigoureux pour ce faire¹⁸.

Mauvais traitements et protection des enfants

La mortalité et la débilité des nourrissons et des jeunes enfants dues à la cruauté ou à la négligence des parents et de ceux qui en avaient la garde étaient l'objet d'une constante préoccupation entre les années 1860 et la Grande Guerre. Les scandales suscités par les chiffres élevés de décès d'enfants, souvent illégitimes, mis en nourrice que signalaient les rapports d'enquête constituaient tout particulièrement une source d'alarme.

Il n'y a pas de raisons de croire que mauvais traitements et négligences étaient plus courants à la fin de l'époque victorienne que précédemment ; il est même

16. Richard Soloway, *Birth Control and the Population Question, 1879-1930*, Chapel Hill, University of North Carolina Press, 1982.

17. Geoffrey Searle, *Eugenics and Politics in Britain, 1900-1914*, Leyden, Siythoff, 1976.

18. Pat Thane, "The Debate on the Declining Birthrate: The 'Menace' of an Ageing Population in Britain, 1920s-1950s", *Continuity and Change*, vol. 5, n° 2, 1990, p. 283-305. David V. Glass, *The Struggle for Population*, Oxford, Oxford University Press, 1936.

possible qu'ils l'aient été moins. Ils n'étaient certes pas la cause majeure de la mortalité et de la débilité des enfants. Mais les réformateurs utilisaient ce « massacre des innocents » pour attirer l'attention sur des problèmes sociaux de plus grande ampleur. Les pionniers furent dans les années 1860 les médecins qui, pour la plupart, travaillaient pour l'administration de la santé publique et étaient convaincus que la cause principale des mauvais traitements était la pauvreté et spécialement la vulnérabilité particulière des mères pauvres. Ils souhaitaient une législation pour réprimer les mauvais traitements, mais reconnaissaient qu'elle n'aurait pas agi sur les causes du problème. Les plus audacieux plaidaient pour le contrôle des naissances. Beaucoup d'entre eux reconnaissaient le besoin d'atténuer les inégalités à la fois entre riches et pauvres et entre hommes et femmes, mais ne se faisaient aucune illusion quant à la possibilité d'y parvenir. Ils préconisaient une mesure réalisable : enlever leurs enfants aux mères qui ne pouvaient pas s'en occuper pour les faire élever par des nourrices placées sous contrôle. Ils proposaient également de modifier la *Poor Law* de sorte que fût reconnue non plus seulement la responsabilité des mères mais aussi celle des pères vis-à-vis des enfants illégitimes¹⁹. Ce diagnostic du problème s'inscrit en faux contre les stéréotypes relatifs à l'insensibilité masculine aux difficultés des femmes et à l'incapacité des « Victoriens » de reconnaître dans la pauvreté la source de nombreux maux sociaux et à leur propension à blâmer impitoyablement les victimes spécialement lorsqu'elles étaient femmes.

L'État fut long à répondre. Cela est dû en partie à ses capacités limitées de renforcer la législation régulatrice et à une forte résistance libérale à l'accroissement du pouvoir de l'État sur les individus. Une législation plus ou moins efficace cherchant à réglementer et surveiller l'activité des nourrices fut promulguée à partir de 1872 ; elle en confiait l'application aux autorités locales, souvent à celles instituées par la *Poor Law*. Il a fallu attendre 1908 pour voir prises et appliquées des mesures de contrôle certes incomplètes mais relativement efficaces. Les lois de 1872 et 1876 donnèrent aux juges de paix et aux *Poor Law Guardians* la faculté d'obliger les pères des enfants illégitimes et ceux séparés des mères de leurs enfants légitimes à subvenir aux besoins de ceux-ci jusqu'à l'âge de seize ans.

19. Ceci a été excellemment analysé par George Behlmer, *Child Abuse and Moral Reform in England, 1870-1908*, Stanford, Stanford University Press, 1982.



THE BABY ROOM—FOUR INSURED CHILDREN, AFTER SEVEN MONTHS' CARE

WORK OF THE NATIONAL SOCIETY FOR THE PREVENTION OF CRUELTY TO CHILDREN

Cependant, les problèmes posés par la mise en pratique d'une telle obligation à l'encontre d'hommes non disposés à payer, ou très souvent incapables de le faire, ne furent pas résolus. La précarité de l'emploi caractéristique de la fin du XIX^e siècle rendait ces difficultés des hommes bien réelles. Au même moment, la *Poor Law* devint beaucoup moins généreuse en matière de secours hors institution aux mères célibataires, arguant du fait qu'elles devaient réclamer l'aide au père des enfants ou chercher elles-mêmes du travail et placer leurs enfants en *workhouse* si elles ne pouvaient concilier travail et soin des enfants²⁰. Une telle rigueur étant pratiquée aussi à l'égard des veuves, qui, elles, ne pouvaient être tenues pour « coupables », il est difficile de regarder ces agissements comme une expression claire d'attitudes patriarcales.

Les mauvais traitements infligés aux enfants par leurs parents ne commencèrent à être réprimés par la loi qu'en 1889. Ce fut le résultat de campagnes où les médecins jouèrent le premier rôle. Un groupe de pression s'organisa autour d'une institution de statut privé, la *National Society for the Prevention of Cruelty to Children* (NSPCC), qui fut en effet chargée de l'application de la loi. Car il était caractéristique de la législation sociale britannique de cette époque que l'État dressât le cadre légal de l'action, laissant la philanthropie la mettre en œuvre²¹. Ce fut donc le personnel de la NSPCC qui s'efforça de prévenir les mauvais traitements ou d'y porter remède²².

Pour l'application énergique et efficace de la législation, la NSPCC utilisa des travailleurs rémunérés et la méthode du *casework*, précédant ainsi sur ce terrain la *Charity Organization Society* (COS)²³. Ces travailleurs sociaux étaient des hommes, appartenant généralement aux classes moyennes inférieures ou aux couches supérieures des classes populaires, bien formés, raisonnablement payés, résidant pour la plupart dans « leur » district. Suivant le stéréotype, ces « chiens de garde » surveillant les conduites des pauvres, employés par une organisation dominée par les professions libérales, auraient dû être haïs dans les quartiers pauvres. Mais Behlmer fournit une vision toute différente des relations entre ces « hommes cruels » et les familles pauvres. Certes étaient-ils agents de la discipline sociale, désapprouvant la trop grande saleté, l'abus de boisson et les

20. P. Thane, "Women and the Poor Law...", *op. cit.*

21. Pat Thane, "Government and Society in England and Wales, 1750-1914", in F. Michael Thompson (éd.), *The Cambridge Social History of Britain, 1750-1950*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990, vol. 3, chap. 1.

22. G. Behlmer, *Child Abuse*, *op. cit.*, p. 44 et suiv.

23. On attribue généralement à tort à cette institution charitable l'invention du *casework*. Cf. Gareth Stedman Jones, *Outcast London*, Oxford, Oxford University Press, 1971, p. 257-258 ; Kathleen Woodroffe, *From Charity to Social Work in England and United States*, London, Routledge and Kegan Paul, 1962, chap. 2.

écarts de même genre ; certains étaient sévères et impopulaires. Mais les manifestations d'hostilité ouverte envers eux semblent avoir été peu nombreuses. Il semble plutôt qu'ils aient été formés avec succès à traiter les pauvres avec sensibilité, à ne pas attribuer à un échec personnel des conduites résultant de la pauvreté, bien qu'il soit très difficile de tracer la ligne de partage entre les deux cas de figure. Leur rôle ne consistait pas seulement à repérer les parents négligents ou cruels et à définir la sanction qu'il fallait leur appliquer ; ils devaient également bâtir des relations personnelles et travailler avec ceux qui étaient en danger, cherchant à prévenir les mauvais traitements. Il leur fallait « trouver du travail pour les parents sans emploi ; aider les hommes à garder leur travail en intervenant auprès des employeurs ; organiser les adoptions avec les comités chargés de l'enfance maltraitée ; procurer des vêtements aux enfants mal vêtus, fournir des pare-feu, vérifier que le loyer était payé quand le soutien de famille était en prison²⁴ ».

En fin de compte ils semblent avoir été respectés dans les communautés populaires, « avoir été tenus pour alliés dans la lutte des pauvres pour sauvegarder la respectabilité du quartier²⁵ ». Les travailleurs pouvaient faire la distinction entre le censeur impitoyable et celui qui offrait une aide sincère. La cruauté et la négligence envers les enfants, bien qu'ayant leur source dans les privations, n'avaient aucune place dans le système de valeurs populaire, mais il est un fait que les populations pauvres n'avaient pas toujours les moyens de résoudre ces problèmes sans aide. Par ailleurs, la NSPCC savait par expérience que les mauvais traitements infligés aux enfants n'étaient pas propres à une classe plutôt qu'à une autre. Elle avait découvert et poursuivi cruauté et négligences chez les plus aisés et par conséquent admettait avec réticence que la pauvreté était la cause principale de ces comportements²⁶. Si l'on tient compte en outre de la forte capacité de résistance des classes laborieuses à ce que leur soient imposées des valeurs aliénantes, on peut supposer que le système de relations entre le travailleur social et ses clients pauvres était dynamique, fondé sur l'échange plutôt que sur une contrainte entraînant l'hostilité.

24. K. Woodroffe, *From Charity to Social Work*, *op. cit.*, p. 166.

25. *Ibid.*, p. 173.

26. *Ibid.*, p. 177-179.

L'assistance bénévole à la mère et à l'enfant

La mortalité infantile était un motif de préoccupation bien plus que les mauvais traitements. Pour la combattre furent créés des services de protection maternelle et infantile qui connurent un important développement. Les taux de mortalité baissèrent beaucoup au début du XX^e siècle, de 150 pour mille dans les années 1890 à 110 en 1910-1912, puis 80 en 1920-1922 et 70 en 1926, sans que se modifient toutefois les différences entre les classes. La question reste ouverte de savoir – le débat à ce propos est très vif entre historiens britanniques – si la cause principale de la baisse fut l'amélioration de la santé publique ou celle des services sociaux ou encore celle du niveau de vie. S'il est certain que ces trois facteurs ont joué un rôle, on n'a pas établi quelle est la part relative prise par chacun²⁷. Nous voudrions suggérer²⁸ que les services d'assistance aux mères et aux enfants, publics et privés, ont contribué au résultat davantage qu'on ne veut bien l'admettre d'habitude.

Une part importante des nouveaux services créés dans cette période resta dans le secteur privé et fut largement aux mains des femmes. Celles-ci inventèrent ou développèrent de nouvelles formes d'assistance qui sont devenues une composante importante du *Welfare State* britannique. Beaucoup d'activités relèvent de ce domaine, mais trois d'entre elles semblent particulièrement considérables : nous allons les passer en revue.

Les visites à domicile

Les visites charitables au domicile des pauvres faisaient depuis fort longtemps partie de l'activité bénévole, en Grande-Bretagne comme ailleurs²⁹. On a fait remonter les visites organisées à une vaste échelle à l'activité de diverses institutions formées au cours des années 1860 et visant spécialement les soins aux enfants. Mais on peut raisonnablement penser que, dans cette période comme avant, une bonne partie de ces activités étaient menées à plus petite échelle, bien qu'elles n'aient laissé aucune trace.

La section des dames de la *Sanitary Association* de Manchester et Salford, créée en 1862, commença par distribuer des tracts et des pamphlets tels que *Health Lectures for the People*. Lorsqu'il fut évident que ces

27. Simon Szreter, "The Importance of Social Intervention in Britain's Mortality Decline, c. 1850-1914: A Reinterpretation", *Social History of Medicine*, vol. 1, n° 1, April 1988, p. 1-38 ; Jay M. Winter, *The Great War and British People*, London, 1985.

28. Avec S. Szreter, "The Importance of Social Intervention...", *op. cit.*

29. F. Prochaska, *Women and Philanthropy...*, *op. cit.*

activités des « dames de la bonne société » n'avaient qu'un faible impact, les bourgeoises de l'association reconnurent les limites de leur rôle de conseillères des pauvres et firent appel aux « femmes évangélistes » (*bible women*) issues des classes populaires pour prodiguer des conseils à la fois pratiques et religieux au domicile des femmes pauvres. Ces femmes résidaient dans les districts où elles travaillaient, se rendant régulièrement dans chaque maison pour encourager la pratique de la propreté, conseiller les mères sur la façon de nourrir et habiller les enfants, soigner les malades, enseigner la prévention, encourager l'épargne, la tempérance, l'assiduité à l'église et à l'école, tout en fournissant par leur propre mode de vie un modèle vivant à la population du quartier. Elles étaient formées à leur travail et consignaient les résultats de leur activité dans des rapports réguliers à la superintendante³⁰.

Au cours des années 1870, à la suite des mesures législatives prises en 1875 en matière d'hygiène publique, des améliorations notables furent apportées dans l'approvisionnement en eau et dans l'assainissement des villes, certaines d'entre elles étant cependant plus rapides que d'autres dans la mise en œuvre de ce « grand nettoyage³¹ ». Dans le même temps le niveau de vie des classes laborieuses s'élevait grâce notamment à la baisse des prix des biens alimentaires, encore que les disparités fussent considérables selon les régions, les professions et les individus. Les enquêtes contemporaines montrent qu'à la fin du siècle, 30 % de la population urbaine vivait encore dans la pauvreté³², et que peu de travailleurs, même parmi les plus qualifiés, bénéficiaient d'un emploi permanent tout au long de l'année et gagnaient un salaire régulier. Les travailleurs sociaux bénévoles cherchaient à aider les familles pauvres à tirer avantage de ces améliorations, et voyaient leurs efforts intégrés progressivement dans les politiques des autorités locales en matière de santé publique. En 1890, la *Manchester Corporation* accepta de payer les salaires de six, puis de quatorze « femmes évangélistes » désignées d'abord sous le nom de « visiteuses sanitaires », puis de « visiteuses de santé ». Leur tâche consistait à vérifier la propreté des maisons, à fournir les produits d'entretien, à signaler si nécessaire les problèmes aux autorités locales, à conseiller les mères quant aux soins à prodiguer aux enfants. Le

30. D. Dwork, *War is Good for Babies...*, *op. cit.*, p. 125-126.

31. Ceci a été bien décrit par F. Barry Smith, *The People's Health, 1830-1910*, London, Weidenfeld, 1979, p. 195-248 et par Anthony Wohl, *Endangered Lives: Public Health in Victorian Britain*, London, Harvard University Press, 1983.

32. Charles Booth, *Life and Labour of the People of London*, London, Macmillan, 1902-1903, 17 vol. ; B. Seebohm Rowntree, *Poverty: A Study of Town Life*, London, 1901.

DOSSIER

Femmes, genre, histoire

P. Thane
Genre et protection sociale



service des visiteuses de santé du secteur public représentent aujourd'hui encore un aspect important de la protection sociale britannique.

Un service féminin similaire, mais ayant un caractère plus médical, vit le jour avec la *Ethel Ranyard's London Bible and Domestic Female Mission*, fondée en 1857. Cette mission employait des femmes des classes populaires pour intervenir auprès des pauvres pour soigner les malades, donner des conseils domestiques et s'occuper en même temps de l'éducation religieuse. Les 234 femmes recrutées dans les dix premières années de son existence étaient des chrétiennes respectables, ayant reçu une formation de trois mois pour apprendre les principes de la Bible, de la *Poor Law* et de l'hygiène. Elles étaient astreintes à adresser des rapports hebdomadaires sur leur travail aux superintendantes qui étaient, elles, bénévoles. A partir de 1868, elles furent aidées par des infirmières qualifiées, engagées à la suite de la découverte de la diffusion terrifiante des maladies dans les taudis et de l'exclusion des pauvres des soins médicaux. Les pauvres bien sûr ne pouvaient pas payer le médecin. La *Poor Law* fournissait des dispensaires gratuits et un service hospitalier, de qualité variable selon les endroits, et depuis 1886 les autorités relevant de la *Poor Law* s'efforçaient de pousser les couches populaires à les utiliser et à effacer les stigmates sociaux dont souffraient toutes les activités de cette institution, n'y parvenant que difficilement. Le souci de Mrs Ranyard n'était pas d'employer des femmes « raffinées », mais des femmes capables de répondre efficacement aux besoins à la fois spirituels et médicaux des femmes pauvres. Elles évitaient d'assener des « prêches » aux mères. Au début elles ne portaient pas de vêtements particuliers, car on savait que les pauvres détestaient les uniformes. En 1894, la mission employait à Londres 82 infirmières ayant effectué 250 000 visites auprès de presque 10 000 malades dans l'année. Pour l'essentiel leur travail consistait à apprendre aux femmes la prévention, à se soigner elles-mêmes et à soigner les autres pour pallier la rareté des professionnelles. Propreté et nutrition étaient la matière principale de leur action pédagogique. A partir de 1899, elles furent payées par les autorités locales chargées de l'éducation pour s'occuper des écoliers malades des écoles primaires. Cette mission fut à l'origine du service des infirmières de district,

destiné à devenir un important secteur du service public de santé britannique³³. C'est également dans l'aide aux mères et aux jeunes enfants, développée sous diverses formes par des organisations féminines bénévoles au XIX^e siècle, que trouve sa source le système de « l'aide à domicile » au bénéfice des personnes âgées et handicapées qui prévaut encore aujourd'hui en Grande-Bretagne³⁴.

Les réunions de mères

Une part importante de l'activité des « femmes évangélistes » de Manchester et de Londres consistait à organiser régulièrement des « réunions de mères ». Celle-ci était sans doute la forme la plus répandue d'activité bénévole des femmes dans la période victorienne. Selon F. Prochaska, « beaucoup de femmes mariées des classes pauvres se rendaient à ces réunions ou étaient invitées à s'y rendre. Beaucoup de femmes des classes moyennes les organisaient ou étaient invitées à les organiser³⁵ ». A partir de 1850, organiser de telles réunions faisait partie du travail de la plupart des institutions philanthropiques, y compris les maisons sociales (*settlement houses*)³⁶. L'objectif était de faire entrer les femmes pauvres dans l'espace public, pour qu'elles rencontrent des femmes comme elles, soient conseillées et aidées par des femmes plus aisées. Celles-ci trouvaient elles-mêmes dans ces réunions la possibilité de jouer un rôle public, tel la conduite des prières, ce qui était rare car l'Église anglicane ne permettait pas aux femmes de le faire. Les femmes pauvres quant à elles venaient y chercher la convivialité et des avantages tels que l'achat de tissus bon marché, l'offre gratuite du thé, un lieu chaud l'hiver, des cadeaux à Noël, le refuge pour une pause pendant les corvées, et des conseils utiles. Les mères des jeunes enfants étaient les premières concernées, mais toutes étaient les bienvenues. Les hommes y participaient rarement, bien que quelques institutions aient organisé des « rencontres d'hommes ». Dans ce cadre étaient parfois organisées des caisses d'épargne et des sociétés de prévoyance, des bourses aux vêtements, chaussures, couvertures et charbon. D'autres associations plus importantes mettaient à disposition des bibliothèques, des crèches, prêtaient des casseroles, offraient des cours de lecture et de chant, des vacances à la campagne. La plupart proposaient des fêtes annuelles et des sorties. Il est impossible d'estimer le nombre de femmes concernées,

33. Frank Prochaska, "Body and Soul: Bible Nurses and the Poor in Victorian London", *Historical Research*, n° 60, October 1987 ; Françoise Barret-Ducrocq, *Pauvreté, charité et morale à Londres au XIX^e siècle*, Paris, PUF, 1991, p. 107-111. Pour des exemples postérieurs de soins médicaux bénévoles aux pauvres, cf. Laura Marks, *Irish and Jewish Women's Experience of Childbirth and Infant Care, 1870-1939: The Responses of Host Community and Immigrant Communities to Medical Welfare Needs*, D. Phil. Thesis, Oxford University, 1990.

34. L. Marks, *Irish and Jewish Women's Experience of Childbirth and Infant Care*, op. cit. ; Laura Marks, "Dear Old Mother Levy's: The Jewish Maternity Home and Sick Room Help Society, 1865-1939", *Social History of Medicine*, vol. 3, n° 1, 1990, p. 61-88 ; Enid Fox, "The Jewish Maternity Home and Sick Room Help Society: A Reply to Laura Marks", *Social History of Medicine*, vol. 4, n° 1, 1991.

35. F. Prochaska, "A Mother's Country: Mothers Meetings and Family Welfare in Britain, 1850-1950", *History*, n° 74, 1989, p. 336-348.

36. Martha Vicinus, *Independent Women*, London, 1985, p. 234.

mais on sait qu'en 1918 la *Anglican Mothers Union* organisait des rencontres régulières dans chacune de ses 8 273 branches, que de nombreuses autres institutions faisaient de même, bien qu'aucune n'atteignît cette taille³⁷.

Progressivement les réunions de mères devinrent des lieux d'information éducative. Les dirigeants des associations bénévoles savaient qu'il était plus facile de donner des conseils en matière de santé et de propreté dans les réunions qu'au domicile des femmes pauvres. Les causeries sur la cuisine, les régimes alimentaires, la santé et les soins aux enfants étaient courantes. Avec le concours de sociétés telles que la *Ladies Sanitary Association* et la COS, beaucoup d'entre elles devinrent plus professionnelles et plus pédagogiques. Elles occupèrent plus de place dans les réunions et parfois débouchèrent sur des appels à l'intervention de l'État dans les questions sociales. Les politiques du gouvernement en cette matière étant du domaine public, les femmes les discutaient et faisaient connaître leur point de vue. Les réunions de mères éduquaient les femmes au sens le plus large du mot. De plus en plus souvent les fonctionnaires de l'administration publique venaient y tenir des conférences sur la santé et les soins aux nourrissons. On peut sans doute affirmer que ces réunions de mères jouèrent un rôle important dans l'apprentissage de la prévention de la maladie et par conséquent dans la diminution de la mortalité et de la morbidité des enfants comme des adultes.

On peut considérer que cet immense réseau d'enseignement formel et informel prodigué aux mères par les visiteuses de santé, les infirmières de district et les animatrices des réunions de mères a non seulement contribué à la baisse de la mortalité infantile, mais fourni dans le même temps un modèle pour l'action ultérieure de l'État comme des groupes privés.

Les centres de protection infantile et les écoles pour les mères

Certaines réunions de mères débouchèrent directement sur cette autre importante forme d'action bénévole. L'école de Saint Pancras fut la pionnière. Fondée en 1907, elle était parrainée par un *Medical Officer of Health* (MOH)³⁸. Son activité était calquée sur celle des réunions de mères, et consistait notamment à organiser

37. F. Prochaska, "A Mother's Country...", *op. cit.*

38. Le MOH était un fonctionnaire de la collectivité locale généralement médecin diplômé, chargé de l'application de la législation sur la santé publique.

des cours de cuisine, de couture et de ménage, des clubs d'épargne, des visites à domicile, l'éducation anti-alcoolique, et même des cours pour les pères.

Le but premier des écoles de mères était de réduire la mortalité infantile par une aide et des conseils centrés sur la médecine préventive. L'école de Saint-Pancras fut imitée à travers tout le pays, sans que ces initiatives bénéficient toujours du soutien des autorités locales. En effet, certains médecins locaux et officiers de santé (MOH) regardaient ces écoles comme des concurrents : leur statut professionnel tout récent et encore mal affirmé, la crainte de perdre leur clientèle privée les conduisaient à en entraver l'activité. On peut penser qu'en 1914 existaient environ 400 centres de cette sorte, faute de pouvoir les dénombrer avec précision. Ils étaient très différents tant par leur inspiration que par le type d'activité. L'un d'entre eux, par exemple, fut créé par la *Women's Labour League*, branche féminine du parti travailliste dans le district pauvre du nord de Kensington à Londres.

L'action des autorités locales

A partir de la fin du siècle, un nombre croissant d'autorités locales prirent l'initiative d'engager des visiteuses de santé et des infirmières de district souvent choisies parmi celles qui exerçaient déjà dans les organisations privées. Elles fondèrent également des centres d'hygiène sociale sur le modèle de ceux établis par les privés, employant souvent leur personnel et bénéficiant de leur apport financier. A la fin du siècle, des cours de formation de visiteuses de santé étaient dispensés un peu partout. Au cours des années 1900, celles-ci étaient sans doute les principaux éducateurs des pauvres, spécialement dans les régions rurales. Leurs activités variaient selon l'endroit, mais concernaient surtout les femmes enceintes et les jeunes mères qu'elles s'efforçaient toujours d'atteindre³⁹. Si le nombre de ces visiteuses payées par les autorités locales était important, il restait nettement inférieur à celui des bénévoles : deux à trois mille en 1909, et peut-être dix fois plus de bénévoles⁴⁰.

39. F. Barry Smith, *The Peoples' Health...*, op. cit., p. 195 et suiv.

40. P. Hollis, *Ladies Elect...*, op. cit., p. 436-437.

Le *Notification of Births Act* de 1907 permit aux autorités locales de faire enregistrer les naissances dans les trente-six heures, ce qui autorisa les visiteuses à se

rendre auprès des mères tout de suite après l'accouchement. Dans les endroits où cela fut méticuleusement réalisé, l'impact sur le taux de mortalité fut remarquable. Ainsi, dans la ville moyenne de Rotherham dans le Yorkshire, en 1909, date à laquelle débuta cette pratique qui toucha la moitié des enfants, le taux de mortalité était de 92 pour mille chez ceux ayant été visités la première année, de 95 pour mille chez ceux n'ayant pas reçu de visite au cours de cette période.

Exerçant ces professions, les femmes pouvaient développer leur action et en améliorer les normes. Toutefois, dans le service public, elles étaient encore subordonnées aux fonctionnaires masculins et leur travail était confiné dans la « sphère féminine ». Il y avait, par exemple, une distinction de plus en plus stricte entre le travail relatif à l'hygiène publique (essentiellement l'inspection sanitaire) et les visites de santé, l'un masculin, les autres féminines⁴¹. Les femmes avaient plus de liberté d'action et de responsabilité dans les organisations privées, où elles occupaient plus souvent des postes administratifs supérieurs.

On s'aperçut progressivement que la mortalité infantile pourrait diminuer si l'on prenait soin des mères avant la naissance. Ainsi, la *Westminster Health Society*, créée en 1904 dans un district pauvre du centre de Londres, était une institution charitable qui coopérait avec l'administration publique locale chargée de la santé et l'une des rares qui visitait et conseillait les femmes enceintes. L'école de Saint-Pancras, dans le nord du centre londonien, se chargeait de fournir les repas aux mères pour une somme modique pendant les trois derniers mois de la grossesse et l'allaitement. Des organismes similaires fonctionnaient dans les municipalités pauvres de l'Est londonien⁴².

En 1914 la protection maternelle et infantile était donc assurée par un grand nombre de services publics et privés, avec cependant d'importantes variations. Les visites du personnel de santé étaient assurées dans une plus ou moins large mesure dans 87 grandes villes de plus de cinquante mille habitants et dans 67 petites dépassant les dix mille habitants, les consultations de nourrissons dans 32 et 13, les repas pour les femmes enceintes et les mères allaitant dans 21 et 6. Il faut ajouter à ces services l'enseignement de la puériculture à l'école primaire et le travail informel sûrement sous-

41. Celia Davies, "The Health Visitor as Mother's Friend: A Woman's Place in Public Health, 1900-1914", *Social History of Medicine*, vol. 1, n° 1, April 1988, p. 39-60.

42. D. Dwork, *War is Good for Babies...*, *op. cit.*, p. 124 et suiv. ; F. B. Smith, *The Peoples' Health*, *op. cit.*, p. 116.

estimé des bénévoles, infirmières, aides ménagères et animatrices des réunions de mères, dont l'importance et l'impact sont difficiles à mesurer⁴³.

L'action de l'État central, 1870-1918

L'une des causes principales de la mortalité et de la morbidité des femmes en couches comme de la mortalité infantile était l'absence de soins spécialisés lors de l'accouchement. Les femmes pauvres avaient très rarement accès à l'assistance d'un médecin qui, de toute façon, aurait été d'une aide incertaine puisque la formation d'un médecin incluait rarement l'obstétrique. Quant aux sages-femmes, à supposer qu'il y en ait eu et que les pauvres aient eu de quoi les payer, elles étaient trop souvent incompetentes. Il devenait de plus en plus clair que, sans le soutien du gouvernement central, l'efficacité du bénévolat et du gouvernement local avait des limites. Le *Midwives Act* (1902) établit un système de formation des sages-femmes sanctionné par un diplôme obligatoire pour pratiquer ce métier. Cette loi était le résultat de 90 ans de pressions contradictoires : d'un côté, de la part des femmes et des hommes qui voulaient améliorer les soins des femmes en couches et de la part des femmes qui voulaient voir s'ouvrir pour elles une profession dont le statut serait équivalent à celui du médecin ou du dentiste ; d'un autre côté, de la part des médecins hommes qui étaient décidés à garder le contrôle sur l'ensemble du domaine médical. La loi eut pour résultat une meilleure qualité de l'obstétrique, mais au prix d'un contrôle des médecins sur la formation des sages-femmes bien plus grand que celui que désiraient les partisans féminins de cette loi⁴⁴. Cependant, le niveau de formation et le nombre de sages-femmes disponibles restèrent très variables selon la région⁴⁵. La législation fournissait un cadre mais laissait les organismes privés et les autorités locales assurer le financement et la gestion.

Le *National Insurance Act* (1911) prévoyait une indemnité de maternité de 30 s pour couvrir les besoins de l'accouchement, au bénéfice des travailleuses assurées et des épouses de travailleurs assurés (il s'agissait en majorité de travailleurs manuels disposant d'un emploi permanent). A partir de 1913, à la suite de la mobilisation d'organisations féminines, cette indemnité fut

43. *Ibid.* ; sur les cours de puériculture, cf. Jane Lewis, *The Politics of Motherhood: Child and Maternal Welfare in England, 1900-1939*, Toronto, University of Toronto Press, 1980, p. 90-91.

44. Pour l'histoire de la législation, cf. Jean Donnison, *Midwives and Medical Men*, London, Historical Pub, 1977.

45. L. Lewis, *The Politics of Motherhood*, *op. cit.*, p. 120 et suiv.

payée directement à la mère. Elle ne pouvait pas couvrir tous les besoins – la sage-femme coûtait à elle seule 10 s – mais représentait une aide réelle.

Les femmes ont joué un rôle important dans l'accomplissement de ces transformations aussi bien au niveau national que local. Elles insistaient en particulier sur le fait que pour sauver les vies enfantines, il fallait se préoccuper des besoins des femmes et non pas seulement de ceux des enfants. Elles devinrent membres des comités locaux qui appliquaient la loi de 1911 et géraient les institutions créées à la suite des réformes sociales introduites entre 1906 et 1914, tels les comités pour la retraite des personnes âgées. Cependant, la grande majorité des femmes n'ayant pas un emploi permanent restèrent exclues du bénéfice des prestations de la *National Health Insurance* et notamment de la consultation d'un médecin à laquelle donnait accès la cotisation hebdomadaire. Il était admis en effet que les travailleurs masculins n'avaient pas les moyens de payer des cotisations suffisantes pour couvrir aussi les besoins de leurs « dépendants ».

Tout au long des années 1900, malgré la vigoureuse incitation de l'administration centrale compétente, le *Local Government Board* (LGB), pour que les autorités locales prennent en charge la protection infantile, celle-ci resta surtout le fait de l'action bénévole. Pendant la guerre, malgré son coût élevé, la protection sociale continua à être assurée par l'action publique et privée, de plus en plus étroitement imbriquées⁴⁶. L'expérience de la guerre conduisit elle-même les milieux influents à s'intéresser davantage à la protection des enfants. D'abord parce qu'on avait pu constater que l'état physique des engagés volontaires et, après 1916, des conscrits était aussi mauvais que lors de la guerre des Boers ; ensuite parce que le nombre des morts au combat avait accru les inquiétudes concernant le déclin démographique.

Ces peurs stimulèrent l'action du gouvernement central. Les femmes de la *Women's Cooperative Guild* (WCG) jouèrent un rôle dirigeant dans la campagne promue dès avant la guerre pour étendre à l'ensemble du pays les mesures prises localement qui paraissaient avoir été efficaces pour la survie des enfants. C'était l'organisation la plus large des femmes de la classe ouvrière anglaise à cette époque, avec plus de

46. Ceci contribua à améliorer le niveau de vie. Il faut rappeler en effet qu'en Grande-Bretagne, contrairement à d'autres pays en guerre, le niveau de vie général y compris alimentaire s'éleva pendant les hostilités. Cf. J. Winter, *Great War...*, op. cit., p. 213 et suiv. ; Jay Winter, Richard Wall (éds.), *The Upheaval of War: Family, Work and Welfare in Europe, 1914-1918*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989.

25 000 membres. Pour la plupart, ces dernières étaient des travailleurs ayant une certaine qualification ; peu d'entre elles faisaient partie des vrais pauvres mais beaucoup avaient fait l'expérience de la pauvreté. À partir de 1890, la WCG organisa l'activité des femmes dans les municipalités et dans des groupements volontaires, dans le double but de donner du pouvoir aux ouvrières et d'améliorer les services d'assistance⁴⁷. Des mères de la WCG avec leurs bébés faisaient pression sur Whitehall⁴⁸. En juillet 1914, le LGB avait offert aux autorités locales une subvention pour cofinancer la mise en place de services d'assistance aux mères et aux enfants. Cette mesure ne comportait pas d'obligation, mais elle fut de plus en plus appliquée grâce à la pression et à la détermination des femmes au niveau local.

Les activités pour lesquelles le gouvernement central apportait une contribution de 50 % incluaient l'établissement des cliniques prénatales, des cliniques de soins aux nourrissons et aux enfants, des « aides à domicile » pour les femmes enceintes et les familles avec enfants en bas âge, des locaux hospitaliers réservés aux grossesses difficiles. Dans ce domaine, le budget du gouvernement ne fut pas réduit pendant la guerre et le LGB fonctionna pratiquement sans contraintes financières et avec une détermination croissante à mesure que la guerre continuait et que la crainte du déclin démographique s'intensifiait. Le président du LGB préfaça un recueil de lettres de femmes de la classe ouvrière, intitulé *Maternité*⁴⁹, portant sur leurs expériences de la grossesse, de l'accouchement, des soins aux enfants. Cet ouvrage constitua une partie importante de la campagne de ces femmes pour l'amélioration des services.

Les initiatives de la période de la guerre furent renforcées et institutionnalisées par le *Maternity and Child Welfare Act* (1918). Celui-ci contraignait les autorités locales à veiller sur « la santé des femmes enceintes et des enfants n'ayant pas atteint l'âge de cinq ans et ne suivant pas une des écoles reconnues par le *Board of Education* ». Pour promouvoir et mener une telle action, des comités locaux composés d'hommes et de femmes devaient être mis en place ou renforcés. Le LGB (devenu ministère de la Santé à partir de 1918) fournirait une part importante du financement des prestations déjà subventionnées pendant la guerre dont la liste était considérablement élargie. Il laissait cependant, encore

47. Jean Gaffin, David Thoms, *Caring and Sharing: The Centenary History of the Cooperative Women's Guild*, Manchester, 1983.

48. *Ibid.*, p. 70-71.

49. Margaret Llewelyn Smith (éd.), *Maternity. Letters from Working Women*, London, 1915.

une fois, les autorités locales juges de ce sur quoi porterait l'effort et fut confronté à l'opposition des contribuables et des médecins. De plus, comme pour beaucoup d'autres ambitieuses législations sociales de l'après-guerre, la volonté du gouvernement central d'assurer le financement s'évanouit avec la récession des années 1920⁵⁰. Cependant, comme par le passé, la législation proposait une série de normes que les réformateurs zélés pouvaient chercher à appliquer.

La loi de 1918 répondait positivement à la plupart des revendications des groupes de femmes pendant la guerre. L'exception majeure concernait la création d'une section exclusivement féminine au ministère de la Santé pour superviser le fonctionnement des services maternels et infantiles et plus généralement les services de santé pour les femmes. Un département majoritairement masculin avait déjà de telles responsabilités : la mixité fut défendue par les médecins, tandis que les MOH, hommes eux aussi, soutenaient la campagne des femmes. Celles-ci, agissant seules, n'auraient sans doute pu aboutir à de réelles améliorations de la protection des mères et des enfants. Elles déployèrent pourtant toute leur habileté pour tirer le meilleur parti des peurs concernant le déclin démographique⁵¹.

Les réponses populaires

Comme on l'a suggéré au début de ce texte, les activités des institutions tant privées que publiques auraient été conservatrices selon l'interprétation courante de l'historiographie britannique, car fondées sur le reproche fait aux mères de ne pas savoir lutter contre la maladie et la mort des enfants et de ne pas avoir conscience du problème⁵² ; elles auraient renforcé la répartition traditionnelle des rôles propres aux classes moyennes et exercé la contrainte sur la classe ouvrière en vue de la remodeler d'après l'image des bons ouvriers qui suscitait dans cette classe la plus vive indignation⁵³.

L'interaction entre les donneurs de conseils et les femmes pauvres est difficile à retracer et de toute évidence variait beaucoup selon l'institution et les individus impliqués. Nous avons déjà mentionné la conscience qu'avaient les dames de charité de leurs difficultés de communication avec les pauvres, et noté leur juste

50. Ceci est décrit par Pat Thane, *The Foundation of the Welfare State*, London, Longman, 1982.

51 Sur ce point, cf. S. Koven, S. Michel, "Womanly Duties...", *op. cit.*

52. Anna Davin, "Imperialism and Motherhood", *History Workshop Journal*, n° 5, Spring 1978, p. 9-65.

53. *Ibid.*, J. Winter, *Great War...*, *op. cit.*, p. 190 ; J. Lewis (*The Politics of Motherhood*, *op. cit.*) offre une analyse un peu plus complexe.

perception des sentiments ouvriers dont découlait leur disposition à adapter leurs pratiques. Beaucoup de faits attestent que, loin de jeter l'opprobre, les femmes comme les hommes de ces institutions publiques ou privées, y compris certains médecins, admettaient que la pauvreté jointe à un environnement sordide était le problème majeur, et qu'il était terrible pour ces mères d'élever leurs enfants dans ces conditions⁵⁴. Ils mesuraient aussi combien peu pouvait être fait dans le court terme pour améliorer réellement cet état de choses. D'un autre côté, ils croyaient pouvoir répandre leurs connaissances, spécialement en matière de prévention. A cette époque, le savoir progressait dans les domaines de l'hygiène, de l'alimentation et de la santé, et l'ignorance n'avait pas à être dissipée dans les seules classes populaires. Bien des femmes des classes moyennes regrettaient du reste de ne pas avoir accès aux conseils de protection infantile dispensés alors aux mères ouvrières⁵⁵. Trop souvent les médecins tardaient à s'informer des progrès de la science et dépréciaient à tort le travail des visiteuses de santé et les conseils prodigués en matière de protection infantile.

Le volume *Maternity* publié par la WCG recueille les récits de cent soixante femmes du peuple. Fréquemment elles citaient « l'ignorance » comme l'une des sources de leurs difficultés et faisaient l'éloge de « l'éducation » reçue dans les centres de protection sociale⁵⁶. Elles témoignaient de manière émouvante que la pauvreté était le cœur du problème, mais en même temps de l'ignorance de bien des femmes au moment du mariage quant à la sexualité, les soins des nourrissons et des enfants, et même leur propre corps avant et après la grossesse. Elles décrivaient combien ce qui nous apparaît aujourd'hui comme un savoir mineur pouvait alors déterminer la survie ou la mort d'un enfant, la santé ou la maladie de la mère ou de l'enfant : l'importance d'une alimentation régulière et adéquate pendant la grossesse, d'un repos même bref mais fréquent, les dangers des travaux pénibles non indispensables tels le lavage des carreaux et le blanchiment des murs. Ces femmes rapportaient qu'elles ne savaient pas détecter les symptômes de troubles organiques sérieux pendant la grossesse, alors qu'une éducation toute simple aurait pu préserver leur santé et la vie de leur bébé⁵⁷. Cependant plusieurs d'entre elles disaient avoir surtout besoin d'informations sur le contrôle des naissances. Ce sujet « indécemment » était

54. D. Dwork, *War is Good for Babies*, *op. cit.*, p. 126 et suiv., fournit des exemples, de même que F. Barret-Ducroq, *Pauvreté, charité et morale*, *op. cit.*, p. 109-110, qui débat très bien de ces questions.

55. J. Lewis, *The Politics...*, *op. cit.*, p. 101-102.

56. M. L. Smith (éd.), *Maternity...*, *op. cit.*, p. 7, 64-65, 112, 114-115.

57. *Ibid.*, p. 112, 114.

rarement discuté publiquement à l'époque en Grande-Bretagne. Ce n'est pas avant les années 1930 que les femmes eurent librement accès à l'information, et encore dans des circonstances bien précises. Le rôle des centres de protection, des réunions de mères et d'organisations telles que la WCG dans la circulation clandestine de telles informations a dû être considérable bien qu'il puisse seulement être deviné.

Pour les femmes de la WCG et celles d'autres organisations bénévoles, ces entreprises d'éducation étaient partie intégrante du mouvement d'émancipation féminine et de mise en cause des rôles masculin et féminin traditionnels. Leur objectif était d'étendre l'influence féminine dans une société dominée par les hommes. Nombre d'entre elles devinrent suffragettes suite à leur expérience de travail social. Elles en vinrent à penser que la misère qu'elles avaient sous les yeux ne pourrait être réduite que par l'intervention de l'État, mais que celui-ci n'agirait jamais tant qu'il serait sous la coupe des hommes. Beaucoup d'entre elles conçurent une nouvelle figure féminine, celle de la citoyenne usant de ses nouveaux droits politiques en premier lieu dans le gouvernement local, puis après 1918, une fois obtenu le droit de vote aux élections nationales, pour orienter les dépenses publiques vers la satisfaction des besoins sociaux, et engendrer un *Welfare State*⁵⁸.

Trop peu de femmes du peuple pouvaient expérimenter le côté positif des conseils prodigués dans le cadre de la protection sociale, et s'en offensaient sitôt qu'ils leur semblaient inadaptés, paternalistes ou indiscrets. Mais pour la plupart, elles savaient faire la différence entre ceux qui étaient vraiment utiles et les autres. Les « *ladies* » de la *Fabian Women's Group* s'étonnaient lorsque les mères pauvres du sud de Londres dédaignaient tranquillement leurs recettes sur la façon de nourrir leurs familles à bon marché et de servir du porridge au petit déjeuner. C'est seulement sur leur insistance qu'elles en vinrent à comprendre que le porridge n'était savoureux que servi comme dans les ménages bourgeois avec force lait et sucre, sans compter que le plat de cuisson était spécialement difficile à nettoyer⁵⁹.

Bien des aspects de la vie populaire demeuraient incompréhensibles aux bourgeoises bien intentionnées. La défiance en laquelle les femmes du peuple tenaient leurs recommandations ne naissait pas seulement d'un

58. Cf. G. Bock, P. Thane, *Maternity and Gender Politics*, *op. cit.*

59. Maud Pember-Reeves, *Round about a Pound a Week*, London 1913 (rééd. New York, Garland Pub., 1980).

sentiment de dignité offensée. Des manières plus saines touchant à la propreté, la nourriture ou le vêtement pouvaient sembler étranges ou dérangeantes. Les réponses populaires aux conseils prodigués variaient grandement, de même que la capacité à les suivre, mais nous savons qu'il est beaucoup plus difficile à l'historien de reconstituer les attitudes de ces classes-là que des autres. Mères et éducatrices entraient dans un processus d'apprentissage, mais aussi de communication. Cette dynamique relationnelle ne doit pas être négligée. Certainement des visiteuses de santé ne tenaient pas assez compte des moyens qu'avaient les pauvres de les suivre dans leur insistance sur l'usage du savon phéniqué, du lait et sur le blanchiment des murs ; leurs instructions touchant à la régularité des repas, la sobriété et l'ordre ménager étaient difficiles à respecter. Les premières visiteuses à Huddersfield en 1905 étaient redoutées et il y eut encore des manifestations ouvertes d'hostilité à leur encontre quatre ans plus tard ; si bien que des instructions leur étaient données, en 1916 du moins, de traiter leurs clients avec respect :

Ne pas franchir le seuil sans que l'invitation en soit adressée, ne pas s'asseoir à moins qu'un siège ne soit offert, se rappeler que l'intimité de chaque pièce du cottage doit être tout aussi respectée que celle du salon d'une *lady*⁶⁰.

A chaque témoignage d'hostilité répond d'ailleurs un témoignage de bienvenue. On peut sûrement avancer qu'un processus d'apprentissage se développa au sein des classes laborieuses, qui leur permit de veiller seules à leur propre santé, non sans incidence sur les taux de mortalité ⁶¹.

Une enquête sur l'état de santé de 1 250 femmes des milieux populaires effectuée par les organisations féminines en 1933 montra que 404 d'entre elles prétendaient ne pas avoir reçu d'éducation sanitaire, 591 l'avoir reçue dans les centres de protection maternelle et infantile, 245 des visiteuses de santé ou des infirmières de district, 67 par leur propre médecin. Cette enquête était dévastatrice dans sa critique de l'inadéquation du système de santé pour les femmes, et dans sa description de leur déplorable état de santé attribué avant tout à la pauvreté, mais très positive en revanche quant au rôle de ces centres et des visiteuses. Elle révélait combien les mères soucieuses d'abord de la santé de leur mari et de leurs enfants pouvaient à l'occasion et presque par

60. Cité par S. Koven, S. Michel, *Gender and Origins...*, op. cit., p. 1099.

61. F. B. Smith, *The People's Health*, op. cit., p. 228-229.

inadvertance saisir les informations utiles pour elles-mêmes : « Il y a des règles d'hygiène simples mais efficaces, accessibles à la femme la plus pauvre, que les dispensaires pourraient répandre, telles que boire beaucoup d'eau, garder les fenêtres ouvertes, etc⁶². »

Cette enquête donne la parole à une infirmière qui décrit son travail. Après un compte rendu d'une journée ordinaire de visites et de soins, elle concluait sur un commentaire qui met en lumière les modalités de la relation entre les professionnels de la santé et les mères :

Je trouve que le meilleur moment pour parler aux mères, c'est lorsque je donne le bain à leur bébé... Il est tellement plus simple de lui dire les choses petit à petit et d'en bavarder tout à son aise ; on peut faire énormément avec une jeune mère, elle est généralement très désireuse d'apprendre.

Je les trouve toutes merveilleusement amicales et il est si agréable de leur rendre visite ; même quand elles n'ont que faire de mes conseils, elles donnent l'impression d'avoir envie que je vienne et n'hésitent pas à me faire savoir si j'ai trop tardé depuis ma dernière visite⁶³.

Les faits montrent que l'action des femmes sur les politiques sociales doit être analysée à différents niveaux, tout comme l'incidence des politiques sociales sur la vie féminine et les rôles des deux sexes : au niveau local et national, dans les institutions publiques et privées, sur la courte et sur la longue période, l'importance de chacun de ces niveaux variant d'une région à l'autre et d'une politique à l'autre. Le fait que les femmes aient exercé plus souvent leur influence au niveau local, aient agi davantage dans les institutions privées que dans les publiques, et que leur influence sur la politique du gouvernement central ait été généralement indirecte, indique autant leur faiblesse que leur force. En outre, au-delà des succès obtenus dans la promotion de la protection sociale, il est légitime de se demander dans quelle mesure elles ont contribué à l'émancipation féminine. En donnant à leurs pareilles une voix publique, des fonctions publiques, de nouveaux emplois qualifiés dans les services sociaux, elles ont aidé à modifier les rôles traditionnels des femmes, même si le résultat fut inférieur à leur attente. On ne pourra bien sûr jamais savoir si d'autres stratégies eussent été plus efficaces, mais il est évident que le *Welfare State* tel qu'il s'est constitué en Grande-Bretagne après 1945 n'aurait jamais vu le jour sans leur travail.

Traduction de Corinne Belliard et Susanna Magri

62. M. Spring Rice, *Working Class Wives*, Harmondsworth, 1939 (rééd. London, Virago, 1981).

63. *Ibid.*, p. 67-68.