

L'ère de la Protection Maternelle et Infantile

1. Mise en place de la PMI

a. Combattre la mortalité infantile

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, il faut reconstruire le pays. Des taux de mortalité infantile allant jusqu'à 220‰ ont été relevés dans certains secteurs et il devient alors vital pour la France de retrouver au plus vite les taux d'avant guerre. Pour coordonner ses actions et afin d'atteindre des objectifs chiffrés dans les meilleurs délais, la France se dote d'un ensemble législatif cohérent. Ainsi, après l'ordonnance instituant la sécurité sociale le 4 octobre et celle mettant en place le Service d'hygiène scolaire et universitaire le 18 octobre, c'est au tour de la Protection Maternelle et Infantile d'être instituée en tant que telle par l'ordonnance du 2 novembre 1945.

Dans le fond, le but d'une telle mesure est de « sauvegarder l'existence des enfants qui viennent au monde »²⁰. Dans la forme, l'objectif est de retrouver dès 1948 les taux de mortalité infantile que la France avait atteint en 1939. Dans cette optique, il s'agit d'organiser « la protection généralisée de toute une population : femmes enceintes, jeunes mères venant d'accoucher, enfant jusqu'au sixième anniversaire. Les mesures prévues s'adressent à tous, sans exception. » (Norvez, 1990, 80). Ainsi comme la loi de 1942, l'ordonnance de 1945 se base sur la catégorie des enfants de moins six ans et à l'inverse des textes qui l'ont précédé définit la population à laquelle elle s'adresse par ce seul et unique critère. Il n'est plus question de sélection familiale ou sociale, ni d'enfants placés, assistés ou maltraités, ni encore de mères de famille nombreuse, de mères sans travail ou indemnisées à un titre ou à un autre. En se limitant au nombre minimum de critères de sélection, à savoir un critère pour les femmes (la grossesse) et un critère pour les enfants (l'âge), la PMI s'adresse à l'ensemble de la population materno-infantile, à toutes les femmes enceintes, jeunes mères et enfants de moins de six ans, sans exception.

En mettant fin aux pratiques de sélection par catégorie de femmes et d'enfants concernés par les mesures d'aide, de prévention et de protection, l'objectif de la mesure est aussi clair qu'ambitieux. Il s'agit d'assurer la survie de l'intégralité des enfants qui naissent en France et c'est donc aussi à toutes les femmes enceintes qu'il devient nécessaire de prêter attention. Même si, en temps de crise comme en temps normaux, la mortalité connaît une répartition géographique et sociale inégale, c'est partout qu'il faut la combattre, et c'est donc partout qu'il faut agir, dans toutes les classes sociales, dans tous les milieux et sur l'ensemble du territoire. Symbole de cette vision de la population materno-infantile comme un ensemble uni sans critère distinctif interne, la vaccination se trouve au premier rang des mesures à appliquer. En effet, à travers la vaccination s'exprime « la fondamentale équivalence biologique qui fait de la masse, dominants et dominés réunis, un cheptel dénombrable soumis à la contagion commune » (Moulin, 1996 : 29). Les vaccinations obligatoires inscrites dans le cadre de cette politique de PMI rappellent alors l'égalité physique de toutes les femmes et tous les enfants face à la maladie.

²⁰ *Exposé des motifs de l'ordonnance du 2 novembre 1945*, J.O. du 5 novembre 1945, cité par Norvez, 1990 : 80

b. Une série de nouvelles mesures

Afin d'assurer cette surveillance et d'atteindre rapidement les objectifs fixés, en plus de l'extension à toute la population, l'ordonnance de 1945 maintient l'ensemble des mesures déjà existantes et les renforce par une série de mesures complémentaires. Au final, le texte prévoit :

- Le maintien de l'examen prénuptial instauré par la loi de 1942 avec le même objectif, à savoir responsabiliser les individus face à leur état de santé et aux conséquences éventuelles de celui-ci pour eux-mêmes comme pour la collectivité. Les résultats de l'examen demeurent connus du seul individu examiné et du médecin examinateur.
- Les femmes enceintes doivent se présenter à trois examens pendant leur grossesse et à un examen dans le mois qui suit l'accouchement. Afin d'inciter les mères à se conformer à ces examens, le versement de l'ensemble des allocations qu'elles sont susceptibles de percevoir en dépend.
- Une surveillance sanitaire de l'enfant est prévue, de la naissance jusqu'à l'âge de l'obligation scolaire, en insistant particulièrement sur les deux premières années. Bien que le nombre et la fréquence des examens auxquels doit se soumettre l'enfant ne soient pas spécifiés par le texte, le carnet de santé, qui est remis au parent lors de la déclaration de grossesse, doit servir d'outil de suivi du développement de l'enfant. En outre, comme pour les examens prénataux, des mesures incitatives sont prévues, cette fois par le biais de primes d'assiduité versées en espèces ou en nature.

Dans sa préservation des acquis des législations précédentes, l'ordonnance prévoit que des visites à domicile seront effectuées par des assistantes sociales. Pour ces visites, une plus grande attention sera portée aux enfants placés hors du domicile parental, à ceux dont les parents sont allocataires de l'État, d'une collectivité locale ou des caisses de Sécurité sociale et à ceux dont les parents ont été condamnés pour mendicité ou pour ivresse. Si les visites sont désormais susceptibles de concerner tous les enfants, toutes les catégories que visaient les précédentes législations (enfants placés, assistés, maltraités) sont sujets d'une plus grande attention²¹. Lors de leurs visites, les assistantes sociales doivent s'assurer que les enfants reçoivent les soins dont ils ont besoin et que

²¹ Pour faire usage d'un terme politiquement en vogue à l'heure où j'écris ces lignes, il s'agit, par rapport à ce qui précédait, d'une « rupture dans la continuité ».

« les allocations versées en leur faveur sont bien utilisées à leur profit »²². En parallèle du contrôle de l'usage qui est fait des allocations, est aussi conféré à ces visiteuses un rôle d'assistance et d'éducation auprès des mères et des nourrices. En effet, les assistantes sociales doivent à la fois éduquer les parents sur un plan technique, en les conseillant sur les méthodes de puériculture à suivre mais elles doivent aussi, si nécessaire, les orienter vers les services médicaux et sociaux adéquats. Si on perçoit ici le rôle essentiel des assistantes sociales vis-à-vis des progrès attendus en matière de santé du jeune enfant, il faut encore ajouter à leurs fonctions, celle de médiatrice. En effet, les assistantes sociales doivent rendre compte tous les mois de leurs actions et de leurs observations sur les familles auprès du directeur départemental de la santé. Ainsi était pensée la médiation entre les différents services médicaux, sociaux et les familles.

Allant de pair avec cette politique de protection de l'ensemble des enfants à naître et de leur mère, la loi du 22 août 1946 fixant le régime des prestations familiales est un clair encouragement à la natalité. Le texte étend en effet de manière considérable la portée des allocations familiales et crée l'allocation de natalité. Cette dernière est versée à toutes les femmes enceintes dès la déclaration de leur grossesse. Elle vise ainsi à les aider à couvrir les frais occasionnés par la grossesse et manifeste une solidarité nationale avec les familles. Quant aux allocations familiales, elles ne sont plus liées à des questions de filiation biologique ou de nationalité et ne dépendent plus de la profession exercée par les parents. Toutes les femmes qui travaillent, résident en France et ont à leur charge un ou plusieurs enfants résidant également en France ont droit aux allocations familiales. La seule condition exigée pour les mères en vue de bénéficier de ces allocations, est de se soumettre à l'ensemble des examens pré et post-nataux prévus par l'ordonnance du 2 novembre 1945.

c. Les moyens d'une action

Pensée de manière systématique pour tous les enfants naissant sur le territoire et pour toutes les femmes enceintes, la PMI, telle que prévue par l'ordonnance du 2 novembre 1945, implique des frais de mise en place et de fonctionnement très importants, tout autant pour les collectivités locales que pour les familles « obligées » de s'y soumettre. Afin que la question financière ne soit pas un frein à la réalisation de

²² cité par Norvez, 1990 : 82.

ses objectifs, l'ordonnance prévoit de partager les frais occasionnés entre l'État, les départements et les communes, au titre de dépenses obligatoires. Pour ces mêmes raisons économiques et afin que toutes les familles, y compris, et peut-être surtout, les plus pauvres, puissent souscrire à ces obligations, les différents examens peuvent être pratiqués chez le médecin de famille, dans des consultations spécialisées ou dans des centres médicaux gratuits.

Afin de rendre possible la surveillance médicale et sociale qu'elle institue, l'ordonnance prévoit un quadrillage de répartition des centres de Protection Maternelle et Infantile comprenant chacun des consultations prénatales (pour les femmes enceintes), post-natales (pour les nourrissons), de premier âge (pour le suivi des enfants jusqu'à deux ans) et de deuxième âge (pour le suivi des enfants jusqu'à six ans). Les critères de répartition de ces consultations sont les suivants : une consultation prénatale pour 20 000 habitants, une consultation post-natale pour 8 000 habitants.

Autre disposition prévue par l'ordonnance de 1945, « tous les établissements qui concourent à la protection, à la garde ou au placement des enfants du premier et du second âge »²³ doivent se soumettre au contrôle des agents du ministère de la santé et obtenir une autorisation préfectorale pour exercer leur fonction. Cette mesure qui devrait permettre d'assurer des conditions d'accueil optimum pour les enfants vise alors les consultations de nourrissons, les chambres d'allaitement et de consultation « gouttes de lait », les bureaux de nourrices, les sages-femmes, les pouponnières, les crèches, les garderies et les jardins d'enfants ainsi que les maisons maternelles. Les écoles maternelles (qui accueillent des enfants âgés de deux à six ans) sont quant à elles régies par le service d'hygiène scolaire et universitaire.

Rapidement, la question des moyens nécessaires à la mise en œuvre de ces mesures se pose, tant en termes d'infrastructures que de personnels. Si un certain nombre de départements sont déjà pourvus en infrastructures médicales et sociales, la majeure partie de ces centres de consultation doivent être construits de toutes pièces. Les directeurs départementaux sont chargés de veiller à leur mise en place, assistés d'un médecin responsable de la coordination des différents services intervenant dans la PMI. Comme, il n'existe pas encore de corps spécialisé en PMI, les examens des mères et des enfants sont organisés avec le concours des praticiens locaux. Seule possibilité pour

²³ Art.31 de l'ordonnance, cité par Norvez, (1990 : 84)

mettre en œuvre les mesures adoptées, cette solution soulève des problèmes de spécialité en zones rurales, où ce sont des médecins généralistes qui assurent les consultations de gynécologie et d'obstétrique. Dans ces mêmes zones rurales, moins bien dotées que les villes en infrastructures sanitaires, il revient aux assistantes sociales d'opérer des visites au domicile des femmes enceintes et de rendre compte au médecin responsable du secteur de leurs observations.

Pour les assistantes sociales comme pour les médecins, la question des limites de leurs compétences respectives ne tarde pas à s'imposer dans le débat sur les résultats obtenus par cette politique de PMI. Il devient alors nécessaire d'envisager le recrutement de médecins puériculteurs à temps plein et de repenser la formation des assistantes sociales amenées à intervenir au titre de la PMI. C'est dans la continuité directe de ce débat qu'en 1947 est créé le diplôme national de puéricultrice. Amenées à travailler en partenariat avec les assistantes sociales, ces nouvelles spécialistes de la petite enfance deviendront dans les années suivantes, au sein de ce binôme, les « chevilles ouvrières »²⁴ de la protection sanitaire de l'enfant.

Même si un certain nombre de dysfonctionnements apparaissent, notamment en termes d'insuffisance d'infrastructures et de coordination des différentes institutions participant à la PMI, les résultats de cette politique ne tardent pas à se faire sentir. Certes, la situation générale du pays joue pour une part importante dans l'amélioration générale des conditions de vie de la population, et donc dans la baisse de la mortalité infantile. Pour autant, les bénéfices liés aux structures mises en place par l'ordonnance de 1945 et la loi de 1946 ne peuvent être niés. Ainsi, la mortalité infantile sera passée de 70,6‰ en 1947 à 45,2‰ en 1952 pour atteindre 26‰ en 1961²⁵.

Les premières études détaillées sur la baisse des taux de mortalité infantile révèlent l'importance de l'influence de certains facteurs sur la baisse plus ou moins forte de taux. La distinction entre zones urbaines et zones rurales ainsi que le niveau d'éducation des parents figurent alors au premier rang des facteurs identifiés. C'est au cours d'un séminaire organisé par l'Union Nationale des Caisses d'Allocation Familiales (UNCAF) en septembre 1961 qu'un premier bilan sur le mode de fonctionnement de la PMI est réalisé et que des pistes importantes en vue de son

²⁴ Pr. M. Lelong et Dr F. Alison, cité par Norvez (1990 : 99)

²⁵ source : INED

amélioration sont soulevées. Le maintien d'une surveillance systématique de l'ensemble de la population infantile est rappelé comme étant une nécessité. Mais à ce principe de systématisation s'opposent les contraintes matérielles auxquelles sont confrontées les assistantes sociales pour effectuer les visites à domicile. Le manque de personnel, ainsi que la dispersion des familles sur le territoire géographique qui leur est confié, les obligent à faire une sélection des familles à visiter parmi celles qu'elles ont en charge. Les assistantes sociales demandent alors à ce que des critères précis leur soient fournis pour les aider dans l'évaluation à priori des situations et que ce choix, tout comme les visites qui en découlent, s'effectue en collaboration avec des puéricultrices, dans l'espoir de limiter les erreurs et d'accroître la qualité du travail effectué.

Seize ans après la fin de la guerre, la situation nationale a considérablement évolué. Si les objectifs visés en termes de mortalité infantile ont été atteints, la poursuite de cette baisse s'annonce toutefois plus difficile à réaliser. La reconnaissance de l'influence de certains facteurs sociaux, tels que les conditions de vie des familles, sur les taux de mortalité et de morbidité infantile donne une idée des orientations à prendre pour l'avenir. Les besoins du service de protection maternelle et infantile commencent à se définir plus nettement ; à des conditions sociales distinctes doivent répondre des actions de prévention distinctes. L'idée d'une approche prenant en compte de manière plus globale les situations familiales et de la nécessité d'agir en fonction du milieu social en général prend de l'ampleur. Au début des années 60 donc, la PMI aspire à être modifiée et adaptée aux nouvelles attentes et conditions nationales : c'est l'objet de la réforme effectuée par décret en juillet 1962.

2. Les réformes du système

a. Le décret du 22 juillet 1962

Le décret du 22 juillet 1962 a principalement trois objectifs : améliorer la mise en place du service en complétant les mesures déjà prises à l'aide de l'expérience acquise lors des quinze années précédentes, adapter le service aux conditions nouvelles dans lesquelles se trouve le pays, pousser plus avant la prévention là où cela semble possible et nécessaire. Dans cette optique, ce décret pose un certain nombre de mesures portant sur l'organisation générale du service en s'intéressant aussi bien au personnel nécessaire

et à sa formation qu'à la répartition des centres sur le territoire et à leur gestion. Prenant acte de l'expérience des années précédentes et des dysfonctionnements constatés, ce décret définit plus clairement la procédure selon laquelle s'établit le maillage du territoire national instauré par l'ordonnance de 1945. «La protection maternelle et infantile constitue un service départemental. Pour le fonctionnement de ce service, le département est divisé en circonscriptions, par délibération du conseil général prise sur proposition du préfet, après consultation du directeur départemental de la santé. Chaque circonscription est elle-même divisée, suivant la même procédure, en un certain nombre de secteurs » (Art.2). Tout en gardant les mêmes échelles de dimensions, cette organisation permet de spécifier la place du département dans le découpage géographique et répond à l'attente d'un certain nombre de médecin de voir diminuer le rôle des préfets dans la gestion administrative du service.

En termes de personnel, le décret de 1962 prévoit non seulement de recruter des médecins à temps complet mais aussi de conférer à ces derniers une formation préalable en pédiatrie, obstétrique ou santé publique. De même, le décret prévoit le recrutement de puéricultrices et spécifie les modalités de leur intervention. Celle-ci ne doit pas être systématique mais se limiter aux familles dont le choix aura été déterminé par le service social. Les puéricultrices ont des missions sanitaires et médicales centrées sur le développement de l'enfant ainsi qu'une mission d'éducation maternelle et doivent effectuer un travail complémentaire à celui des assistantes sociales, toutes deux étant placées sous la direction de l'assistante sociale chef du service de Protection Maternelle et Infantile.

Parmi les mesures qui sont avancées, et afin de poursuivre l'amélioration des conditions de garde des enfants, sont spécifiés les documents et certificats à fournir ainsi que les contrôles auxquels doit se soumettre toute personne désireuse de garder des enfants de moins de six ans.

Le décret prévoit aussi d'inscrire dans le budget des départements les dépenses nécessaires pour la mise en place et le fonctionnement de ces consultations, notamment l'édition des carnets de santé et la rémunération des personnels qui y interviennent, le défraiement des déplacements nécessaires aux visites à domicile devant être prévu dans la rémunération des médecins, assistantes sociales et puéricultrices.

Enfin, le décret de 1962 prévoit de renforcer la prévention prénatale et celle de la petite enfance. Pour cela, il prévoit la possibilité d'effectuer un quatrième examen

prénatal, si le médecin le juge nécessaire, et rappelle l'obligation qui est faite aux femmes enceintes de se soumettre aux trois premiers examens prénataux pour bénéficier des allocations de naissance. Il spécifie aussi l'obligation qui est désormais faite²⁶ d'effectuer un certain nombre d'examens de dépistage²⁷ de manière à prévenir « tout état susceptible de retentir sur la santé de la mère ou sur celle de l'enfant » (art.7). Avec cette question des dépistages obligatoires, la PMI franchit une nouvelle frontière dans le suivi et la protection de la mère et de l'enfant. Si l'objectif premier reste inchangé et se concentre dans la notion de protection de ces deux catégories de la population, il ne s'agit plus ici de contrôler des éléments directement liés à la grossesse. La gestation est l'évènement qui permet de mobiliser l'attention vers cette catégorie, le duo mère-enfant, et le souci de sa santé permet de légitimer l'action de dépistage. Mais la cible de l'examen en question change par rapport à ce qui avait cours jusqu'ici. Il s'agit de veiller à la santé de la mère en tant que personne dont l'état de santé peut avoir des répercussions sur celui de l'enfant. Et c'est donc sur la virologie de cette personne que se tournent ces examens. Ainsi, le nombre croissant d'examens médicaux effectués au cours de la grossesse a pour conséquence d'en donner une vision toujours plus « pathologisante », alors même qu'ils contribuent à la rendre de moins en moins risquée.

Pour terminer, « afin de permettre la surveillance à domicile des enfants, (...) les officiers de l'état civil sont tenus d'adresser dans les quarante-huit heures de la déclaration de la naissance au directeur départemental de la santé de la résidence des parents un extrait de l'acte de naissance de l'enfant » (Art.8). Par cet article, qui spécifie que cette intervention à domicile sera effectuée par les assistantes sociales des services et, au besoin, par les puéricultrices, les services de PMI sont assurés, d'une part, de la connaissance de toutes les naissances légales sans exception et dans les plus bref délais et, d'autre part, de pouvoir contrôler les conditions dans lesquelles se sont déroulées ces naissances. Au besoin, les assistantes sociales et puéricultrices peuvent mettre en place un suivi particulier de la situation et s'assurer ainsi d'une meilleure adéquation entre leur intervention et les besoins de la famille.

²⁶ « Chaque fois que l'examen de la mère ou les antécédents familiaux le rendent nécessaire, il est également procédé, autant que possible au centre de protection maternelle et infantile, à un examen général du père accompagné de tous les examens de laboratoire, sérologiques ou autres, jugés utiles ». art.L159 du code de la santé publique.

²⁷ Tuberculose, syphilis et incompatibilités sanguines foeto-maternelles.

b. La loi du 6 juillet 1964

Comparée aux améliorations apportées au fonctionnement de la PMI par le décret du 19 juillet 1962, la loi du 6 juillet 1964 n'a pas la même envergure. Pour autant, à l'inverse des textes que nous avons présentés jusqu'ici, qui établissaient la PMI par ordonnance, décrets et circulaires, il s'agit ici d'un texte législatif, voté par voie parlementaire. Sur le fond, cette loi, courte (6 articles, une seule page), présente une avancée majeure pour la prévention prénatale en rendant obligatoire la communication aux directeurs départementaux de la santé des déclarations de grossesse par les organismes chargés du versement des prestations d'assurances maternité et des prestations familiales. En effet, depuis la loi du 22 août 1946, des allocations sont versées aux femmes enceintes au moment de leur déclaration de grossesse. La communication obligatoire de ces déclarations aux directeurs de la santé vise à améliorer le suivi des grossesses en intervenant le plus précocement possible.

Cette loi représente aussi une avancée pour la prévention vis-à-vis des jeunes enfants en précisant, de manière très claire, les mesures, contrôles et autorisations auxquels doivent obligatoirement se soumettre toute personne désireuse de garder des enfants de moins de six ans pour une période supérieure à huit jours.

c. Les deux défis des années 1960

Pour résumer l'évolution de la Protection Maternelle et Infantile au cours des années 1960, nous pourrions dire qu'elle eut principalement deux défis majeurs à relever.

Le premier fut celui de poursuivre la baisse du taux de mortalité infantile. Depuis la généralisation de la PMI à l'ensemble du territoire national et toutes les mesures incitatives ou obligatoires qui en ont découlé, les progrès effectués en la matière ont été considérables. C'est en luttant en priorité contre les causes de décès les plus importantes que ces progrès furent possibles. Toutefois, la diminution en nombre de décès dus à ces causes principales tend à rendre statistiquement plus visibles d'autres causes de moindre importance. Cela amène à prendre en compte dans les mesures de prévention certains éléments qui jusqu'ici étaient considérés comme secondaires. La question qui se pose au début des années 1960 est de savoir comment poursuivre cette progression sur les taux de mortalité infantile. C'est en analysant les causes de mortalité subsistantes et en se

concentrant sur les âges les plus fragiles que les « plans de périnatalité » sont élaborés dans les années 1970.

Le second défi consiste en fait en la poursuite d'un des paradigmes qui s'imposent depuis les premières lois concernant la petite enfance et que nous avons déjà mis en lumière dans la première partie de ce chapitre. La première grande loi de protection de l'enfance, la loi Roussel, contenait en elle-même les éléments de son propre dépassement. Pourquoi se limiter aux enfants placés en dehors du domicile familial ? Pourquoi se limiter aux enfants de moins de deux ans ? À travers les législations successives de protection de la mère et de l'enfant, nous avons donc assisté à un accroissement constant des catégories de personnes concernées. L'ordonnance de 1945 met en quelque sorte un coup d'arrêt définitif à cette progression en plaçant sous sa protection l'intégralité de la population materno-infantile²⁸. Mais le second dépassement que contient en elle-même la politique de PMI concerne ses domaines d'action, les éléments auxquels elle doit porter attention et qu'elle doit prendre en compte dans l'évaluation et la gestion des situations familiales. Ainsi, une fois atteints les premiers objectifs de lutte contre la mortalité infantile, il s'agit d'améliorer la santé de l'enfant et les « notions de survie, ou de gains de vies humaines [se font] moins prégnantes et reculent devant celle, plus complexe, de « vie en bonne santé » » (Norvez, 1990 : 171).

Cette nouvelle approche implique une prise en compte de la santé physique et mentale de l'enfant, de l'évaluation des conséquences de ses éventuels handicaps et une considération accrue pour son milieu de vie quotidien. Cette nouvelle donne de la santé infantile déplace les missions de la PMI vers la santé, telle qu'elle est définie par l'OMS, « un état complet de bien-être physique, mental et social (qui) ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». La santé ainsi entendue est plus un horizon vers lequel il s'agit de tendre qu'un réel objectif à atteindre. En s'inscrivant dans cette optique, la PMI repousse encore un peu plus les limites de son champ d'action qui semble alors ne plus en avoir vraiment. En 1968, un groupe de travail réuni par l'UNCAF soumet la nécessité pour les professionnels de la PMI de porter attention

²⁸ Le terme définitif est sans doute ici un peu fort. Il est toujours possible d'accroître la population concernée par les mesures de protection maternelle et infantile, par exemple en repoussant l'âge limite de la prise en charge des enfants ; éventualité qui revient régulièrement sur le devant de la scène mais qui a jusqu'ici été repoussée par les professionnels de la PMI pour diverses raisons. Dernièrement, en novembre 2006, dans un rapport *d'Étude sur la protection maternelle et infantile*, l'Inspection Générale des Affaires Sociales n'estime « pas souhaitable » d'élargir l'intervention de la PMI au-delà de l'âge de six ans notamment par crainte de dispersion des moyens (Jourdain-Menninger et al., 2006 : 34).

à tous les éléments qui font la vie de l'enfant. « Les professionnels de la PMI sont appelés à être attentifs à ce qui est considéré comme autant de maladies des milieux sociaux ; la liste n'est pas limitative, mais inclut « les problèmes économiques, les questions de logement, le chômage, la dissociation familiale, l'inadaptation au milieu, l'immigration récente, etc. » domaine très vaste, en principe déjà pris en charge par diverses institutions et services sociaux » (Norvez, 1990 : 176). Ces dernières recommandations inscrivent encore un peu plus les services de PMI dans leur rôle de service de première ligne, confrontés à des situations complexes et chargés de considérer l'ensemble des éléments qui composent ces situations.

d. Le triptyque des années 1970 : périnatalité, statistique et psychologie

Rappelons brièvement les raisons qui conduisent à l'élaboration des plans de périnatalité, inscrits dans les VI° (1971-1975) et VII° (1976-1980) plans de développement économique et social. Depuis 1945, les actions mises en œuvre dans le cadre de la Protection Maternelle et Infantile visent à réduire le taux de mortalité infantile. Dans un premier temps, il s'agissait de lui faire retrouver le niveau d'avant la seconde guerre mondiale. Dans un second temps, dans la continuité des bons résultats de cette première période, l'objectif fut de rejoindre les pays les plus avancés en la matière (Suède, Norvège, Hollande). Loin d'être parfaite et nécessitant des efforts constants d'adaptation en termes d'infrastructure et de recrutement et formation des personnels intervenant dans le cadre de cette politique, les résultats n'en furent pas moins considérables.

Pour autant, si la lutte contre la mortalité infantile (0-1 ans) donnait de bons résultats, la mortalité périnatale (de la 28^{ème} semaine après la conception au 6^{ème} jour après la naissance) ne connaissait pas la même progression. De fait, dans un contexte de baisse des chiffres, en nombre de décès pour mille naissances vivantes, la mortalité périnatale se faisait plus visible²⁹. Il devenait donc essentiel de s'atteler à cette tâche,

29

En ‰	Mortinatalité	Mortalité néonatale précoce (1 ^{ère} semaine)		Du 7 ^{ème} au 365 ^{ème} jour	Mortalité infantile
1946-1950	20,85	18,7	<	43,4	62,1
1951-1955	18,3	17,15	<	26,30	43,45
1956-1960	17,3	15,35	<	16,25	31,6
1961-1965	16,05	13,5	>	10,9	24,4

d'autant que les récents progrès techniques et scientifiques le permettaient. En juillet 1968, un groupe de travail est alors chargé par le ministre de la santé publique d'élaborer les grandes lignes d'une politique de la santé. Parmi les propositions issues de ce travail, sept concernent la lutte contre la mortalité périnatale et proposent d'agir sur la formation du personnel médical, l'information statistique et la recherche, la vaccination contre la rubéole, l'amélioration de la surveillance médicale des femmes enceintes, la surveillance de l'accouchement, la réanimation en salle de travail et la réanimation intensive (Norvez, 1990). Il convient donc à partir de ces recommandations, et sans relâcher les efforts accomplis précédemment, d'une part, d'accroître considérablement la surveillance des femmes enceintes tout au long de la grossesse³⁰ et, d'autre part, d'améliorer les conditions d'accueil des nouveaux-nés, notamment par l'attention portée sur les maternités et les services de réanimation néonatale.

Durant cette période, la volonté d'améliorer encore le suivi des enfants de moins de six ans s'exprime de deux manières distinctes. D'un côté, il s'agit de mettre en place un système de suivi de la santé infantile par une approche plus générale, d'avoir une vue d'ensemble du moment et de son évolution dans le temps par l'établissement régulier de données statistiques. Et d'un autre côté il faut poursuivre l'amélioration des examens médicaux auxquels sont soumis les enfants de moins de six ans. Une loi « relative à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs » est alors votée le 15 juillet 1970. Les certificats de santé qu'impose cette nouvelle loi doivent spécifier l'ensemble des handicaps et maladies que l'enfant est susceptible d'avoir et doivent être « adressé[s] par le médecin qui [les] a rédigé[s] à l'autorité sanitaire » (art 2). Afin d'inciter les familles à respecter ces examens obligatoires, « le versement de la fraction des allocations familiales, de l'allocation de salaire unique et de l'allocation de la mère au foyer afférente à l'enfant de moins de six ans révolus, est subordonné à la présentation des certificats de santé établis (...) »(art 3). Un décret du 2 mars 1973 précise les moments auxquels ces examens médicaux donnant

1966-1969	14,6	12	>	8,7	20,7
-----------	------	----	---	-----	------

Source INED

³⁰ Dans cet objectif, un décret du 5 mai 1975 prévoit le recrutement de sages-femmes par les services de PMI mais aussi que ceux-ci s'assurent du « concours du personnel sanitaire ou social nécessaire pour l'exécution de ses missions tels que psychologues, personnes compétentes en matière de conseil conjugal et familial, travailleuses familiales » (art.1). Si la situation le nécessite, chacun de ces professionnels peut, en liaison avec le service social, assurer des visites à domicile (art.2).

lieu à certificat doivent se dérouler. Le premier a lieu avant le huitième jour suivant la naissance de l'enfant, le deuxième au cours du 9^{ème} mois de vie et le troisième au cours du 24^{ème} mois. Ce même décret rend 20 examens de santé obligatoires pour l'enfant entre la naissance et le sixième anniversaire, répartis de la manière suivante : 9 pendant la première année (comprenant donc ceux du 8^{ème} jour et du 9^{ème} mois), 3 au cours de la deuxième année (comprenant celui du 24^{ème} mois) puis 2 par ans pour les quatre années suivantes.

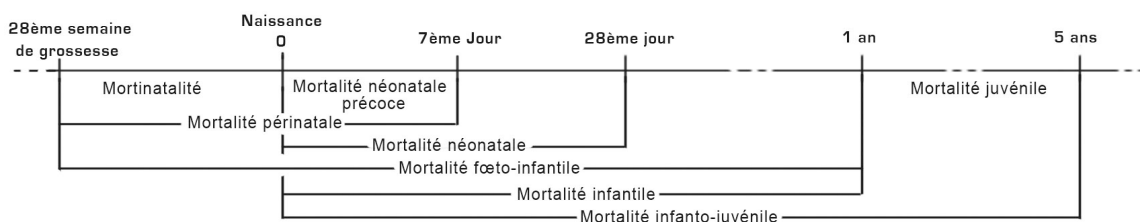
Mais les années 1970 sont aussi marquées par l'important accroissement de la place de la psychologie dans la prise en charge de la petite enfance. Jusque dans les années 1950-1960, la conception du jeune enfant comme simple « tube digestif » demeure largement dominante. Mais les travaux sur l'hospitalisme et les carences affectives menés sur les nombreux enfants placés à l'hôpital dans l'immédiat après guerre font reconnaître l'importance de la dimension affective dès la naissance (Neyrand, 2005). Cette dimension n'aura de cesse de prendre de l'ampleur, notamment avec les travaux de Françoise Dolto sur la notion d'enfant sujet au cours des années 1970. Par la suite, les travaux de psychologie du développement vont mettre en évidence les capacités de compréhension et d'apprentissage du jeune enfant et du bébé. De tube digestif passif, l'enfant devient au cours de cette décennie une personne en devenir douée de capacités d'apprentissage et de compréhension pour laquelle il est nécessaire de veiller aux relations affectives nouées avec son entourage. Cette avancée de la psychanalyse et de la psychologie dans la prise en charge de la petite enfance comporte entre autres implications celle de mettre un terme à l'isolement du couple mère/enfant du reste du groupe familial. La place du père dans l'éducation du jeune enfant, prend alors une place nouvelle (Neyrand, 2000), élargissant le duo initial en un trio appartenant à l'ensemble plus large qu'est le groupe familial. Jusqu'à cette époque, le groupe familial était considéré comme lieu de vie et milieu social de l'enfant et était surtout investigué d'un point de vue économique, hygiénique et « moral ». Du fait de cet essor de la psychologie et de la psychanalyse à partir des années 1970, les rôles symboliques du père, de la mère et de l'enfant seront dès lors incorporés aux grilles de lecture des situations familiales par les professionnels de la petite enfance. D'un point de vue clinique, c'est à cette même époque que les maternités « s'ouvrent » aux pères, auxquels des places et rôles précis sont réservés lors des accouchements (couper le cordon ombilical ou donner le premier bain) (Jacques, 2007).

e. Une prévention toujours plus précoce : les années 1980

La politique mise en place au cours de VI^{ème} et VII^{ème} plan commençant à porter ses fruits, la mortalité périnatale³¹ diminue de manière considérable au cours de cette période (23,4‰ en 1970 contre 12,9‰ en 1980, soit une baisse de 44,9%). Les efforts en la matière ne doivent pas être relâchés mais les progrès ainsi réalisés amènent à préciser les causes des cas de décès subsistant. Ainsi, en 1980, la mortinatalité (entre la 28^{ème} semaine après la conception et la naissance) occupe la première place des taux de mortalité foeto-infantile³² et se place alors au premier rang des priorités.

S'il n'est alors pas question de multiplier les examens à effectuer pendant la grossesse, il s'agit bien plus de les renforcer à l'aide des outils techniques déjà disponibles et des dernières innovations scientifiques. L'usage de l'échographie va s'intensifier tout comme le dépistage par amniocentèse. À l'aide de ces outils, le diagnostic sur l'état de santé du fœtus se fait nettement plus précis. De nouvelles questions se posent quant aux conséquences éventuelles des pronostics établis à la suite de ces examens. En effet, s'il est désormais possible de diagnostiquer les éventuels handicaps à prévoir pour le futur nourrisson et d'établir un pronostic sur sa viabilité, les conséquences qui en découlent, à savoir, la possibilité de recourir à l'interruption volontaire de grossesse, ne sont pas sans implication³³. D'un côté, ces nouveaux outils impliquent une nouvelle phase de spécialisation pour les professionnels de néonatalogie, un accroissement des services hospitaliers ainsi que des réagencements

31



32

Mortalité en 1980	Mortinatalité	Infantile précoce	Infantile tardive	Post-néonatale	Fœto-infantile
Taux en ‰	8,6	4,4	1,4	4,3	18,5

³³ Voir à ce propos le récit de « l'arrêt Perruche », du nom de Nicolas Perruche, enfant né handicapé en 1983 des suites d'une rubéole congénitale contractée pendant la vie intra-utérine ; les parents Perruche ayant porté plainte contre leur médecin et contre le laboratoire ayant effectué les analyses, in B.Jacques, 2007, pp.63-69.

dans la répartition des multiples tâches que nécessite le suivi de chaque femme enceinte au cours de la grossesse (Thiaudière, 2005). D'un autre côté, cette « division du travail » implique une coordination entre les différents professionnels d'un même service de néonatalogie, une coordination entre les différents services hospitaliers de gynécologie, obstétrique, néonatalogie, etc., mais cela nécessite aussi de coordonner le travail effectué entre les services internes à l'hôpital et ceux exerçant à l'extérieur. Dans ce cadre général de suivi des grossesses et de dépistage anténatal, le rôle des consultations et personnels de protection maternelle et infantile prend une importance toute particulière. Dans un premier temps, lors des examens prénataux, les équipes de PMI sont en mesure d'évaluer au cas par cas la situation personnelle de chaque femme enceinte et donc de procéder à une première sélection et orientation des « grossesses à risques ». Dans un second temps, c'est en termes de soutien psychologique et social auprès de la parturiente ou de la jeune mère que l'action de la PMI prend tout son sens.

La poursuite de la lutte contre la mortalité foeto-infantile sera l'occasion d'affirmer la distinction existante entre consultation de PMI et services hospitaliers. Pour ces derniers, les années 80 sont synonymes de spécialisation, la prévention devient toujours plus technique. À l'inverse, les services de PMI sont clairement replacés dans un rôle plus généraliste de dépistage et d'orientation des populations (Thiaudière, 2005). Du fait de l'aspect généraliste de leur action et de leur rôle de centralisation des informations, les services de PMI sont les mieux placés pour prendre en charge la mission d'établissement de statistiques sur la population materno-infantile. Cette mission venant, en elle-même, renforcer l'aspect généraliste et global de l'action de PMI.

f. La décentralisation

D'un point de vue législatif, les années 80 sont principalement marquées par deux textes importants concernant la PMI. Il s'agit d'une part des lois de décentralisation de 1982-83 qui placent intégralement la PMI sous l'autorité du conseil général et une de

ses conséquences directes, la loi du 18 décembre 1989, qui offre à la PMI « un cadre national de référence »³⁴.

Les lois de décentralisation de service publique visaient à rapprocher les directions et les instances de décision d'un certain nombre de services, du public auquel ils étaient destinés. L'objectif était alors d'adapter au mieux les actions mises en place par ces services aux demandes et besoins plus ou moins locaux de la population. Toutefois, compte tenu de la diversité des services concernés par cette réforme, un traitement « au cas par cas », service par service, s'imposa, chacun d'eux nécessitant des adaptations spécifiques et particulières tenant compte de leur mission et de leur mode de fonctionnement. Approche au cas par cas d'autant plus nécessaire que ce changement d'échelle de décision et de gestion n'allait pas sans impliquer des modifications, tant dans le fonctionnement des services que dans la réalisation de leurs missions, dès lors « réadaptées » à leurs publics respectifs. Autant d'adaptations et de changements qui se devaient d'être réglementés par voie législative. Les différents services devaient alors bénéficier de lois particulières visant à adapter, pour chacun d'eux, les lois de décentralisation. Ce n'est qu'en 1986 que la première de ces lois particulières est votée. Le délai de publication de la loi particulière de la PMI fut anticipé et la circulaire du 16 mars 1983 sur la protection maternelle et infantile servit de « feuille de route »³⁵ à celle-ci en fixant les grandes lignes de ses nouvelles missions. Cette circulaire rappelle principalement que l'action de la PMI doit « être une action médico-sociale prenant en compte l'environnement » et qu'elle doit s'adresser à toute la population mais « agir de façon renforcée et spécifiquement adaptée pour les familles les plus défavorisées »³⁶.

Ce n'est que le 18 décembre 1989 que la loi particulière sur la décentralisation de la PMI est publiée au Journal Officiel. Cette loi n'est pas spécifique à la PMI, elle est *relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance*. Elle précise dans son article L.146, inscrit dans le code de la santé publique, que « l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent (...) à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile ». Ce même article donne les trois principales composantes de la protection et promotion de la santé maternelle et

³⁴ Allocution du Dr M-T Fritz lors du XXIème colloque de SNMPMI en 1995.

³⁵ Allocution du Dr M-T Fritz lors du XXX° colloque de SNMPMI en 2004.

³⁶ Cité par Fritz, 2004 : 169.

infantile. Celles-ci doivent comprendre des mesures de prévention d'ordre médical, psychologique, social et d'éducation pour la santé, des actions de dépistages et de conseils sur le handicap de l'enfant de moins de six ans, ainsi que le contrôle et la surveillance des services d'accueil de ces mêmes enfants.

À ces trois axes principaux, la loi ajoute deux mesures plus particulièrement orientées vers la protection et la surveillance de l'enfant. La première consiste en l'établissement d'une liaison entre les services de PMI et la médecine scolaire, notamment par la transmission des dossiers médicaux des enfants (L.151). La seconde concerne les situations où « la santé ou le développement de l'enfant sont menacés par des mauvais traitements » (L.152). Il devient dès lors impératif pour le professionnel ayant constaté la situation d'en rendre compte au médecin responsable du service qui provoque d'urgence « toute mesure appropriée ». Avec ces deux mesures, la loi de 1989 poursuit un double objectif. D'un côté, il s'agit d'assurer la continuité du suivi de l'enfant entre les différentes institutions qu'il est amené à fréquenter. D'un autre, l'objectif est de renforcer les mesures d'action des services, de donner plus d'implication aux visites à domicile ou aux consultations. En mettant en œuvre le dispositif de « signalement » des enfants « en danger » ou maltraités, les services de PMI prennent une importance nouvelle en termes de surveillance et de protection. Si les contacts avec les écoles et les procédures faisant suite à des constats de mauvais traitement faisaient déjà partie des pratiques des professionnels des services de PMI, ces deux modes d'action sont dès lors rendus obligatoires et inscrits dans la loi. Nous verrons dans la suite de ce travail que ces deux mesures de « liaison » et de « signalement » occupent, aujourd'hui encore, une place très importante dans le dispositif de Protection Maternelle et Infantile.

Enfin, et c'est là un des principes à l'origine de la loi de décembre 1989, celle-ci finalise la décentralisation du service. L'article L.147 précise que l'organisation et le financement de toutes les mesures que nous venons de citer « relève de la compétence du département » avant de préciser dans l'article L.148 que c'est un service « non personnalisé du département ». Le texte répartit donc les rôles respectifs de l'État, des collectivités locales et des départements pour ce qui est de la mise en place de la PMI. L'État fixe les règles à appliquer, les départements organisent leur mise en œuvre avec la possibilité de s'appuyer sur les collectivités locales pour en exécuter certaines parties. La suite du texte précise les missions confiées aux services de PMI, dont le département

doit assurer la mise en place³⁷ et les dispositions d'application relatives à ces missions, tant en termes financiers que sur le détail des actions à mener. Le texte insiste sur la protection nécessaire des femmes enceintes « requérant une attention particulière ». L'essentiel de la loi du 18 décembre 1989 réside donc dans la clarification de la mise en place de la décentralisation. Elle reste pourtant trop évasive sur les objectifs visés par certaines des missions, sur le nombre d'examen et de consultations à prévoir ou encore sur les adaptations à mener sur le service suite au rapprochement avec le public auquel il s'adresse.

Le décret du 6 août 1992 *relatif à la protection maternelle et infantile* vient combler les lacunes de la loi de 1989. Il précise clairement les objectifs visés par les différentes dispositions du service en les abordant de manière successive³⁸. Ce décret précise aussi le nombre de consultations diverses qui doivent être organisées ainsi que le nombre de professionnels que doit comporter le service, en fonction de la population départementale³⁹. Le texte œuvre dans le sens d'une plus grande professionnalisation du service de PMI. Il spécifie ainsi les qualifications nécessaires et obligatoires dont doivent disposer les différents professionnels amenés à travailler en PMI : tous doivent posséder un diplôme faisant preuve de leur qualification dans la spécialité dans laquelle ils seront amenés à intervenir (orthophoniste, infirmier, orthoptiste, gynécologue, pédiatre, psychiatre...). Enfin, et ce n'est pas là l'un des moindre aspect que fixe ce décret de 1992, il insiste sur le fait que « la répartition géographique de ces consultations et de ces actions est déterminée en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population, *en tenant compte prioritairement des spécificités socio-démographiques du département et en particulier de l'existence de populations*

³⁷ Consultations prénuptiales, prénatales, postnatales et actions de prévention médico-sociale pour les femmes enceintes, consultations et actions de prévention pour les enfants de moins de six ans, activité de planification familiale, actions préventives et médico-sociales à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, recueil d'information épidémiologiques, actions de formation pour les assistantes maternelles.

³⁸ Les actions médico-sociales concernant les femmes enceintes (art.2) les actions médico-sociales relatives aux enfants de moins de six ans (art.3), les activités de planification familiale et d'éducation familiale (art.4).

³⁹ Au moins seize demi-journées de consultations prénatales et de planification ou éducation familiale pour 100 000 habitants âgés de quinze à cinquante ans, dont au moins quatre demi-journées de consultation prénatale. Une demi-journée de consultation d'enfant de moins de six ans pour 200 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département. Le service doit comporter une sage-femme à plein temps pour 1 500 enfants nés vivants et une puéricultrice pour 250 enfants nés vivants.

vulnérables et de quartiers défavorisés » (art.1)⁴⁰. La visée du décret de 1992 est alors très claire. Celui-ci précise les objectifs de la PMI en tant que politique de santé publique mais, surtout, il fixe l'orientation à suivre pour les centres de consultations gratuites et les professionnels travaillant dans les services de PMI. Alors que la loi de 1989 adressait les missions de consultation à l'ensemble de la population et réservait les actions à domicile aux femmes enceintes et enfants de moins de six « requérant une attention particulière » (art. L.149), le décret de 1992 préconise aux départements d'organiser leur service et de répartir leurs centres de consultations en fonction de l'évaluation qui aura été faite sur la population et des critères retenus comme significatifs d'une attention particulière.

Bien que promulgué près de dix ans plus tard, le décret d'août 1992 fait directement suite aux lois de décentralisation. Comme nous venons de le voir, il permet d'adapter aux conditions les plus locales l'établissement des consultations et les moyens à leur attribuer, et de déterminer certaines missions spécifiques à la population de tel ou tel milieu. Ce rapprochement de la population du mode d'établissement et de gestion d'un service comme celui de la PMI ne peut qu'être perçu comme bénéfique à la population en question. Pour autant, les critères de répartition des centres de consultation restent à l'appréciation des conseils généraux, ce qui ne va pas sans poser de problème. De plus, la décentralisation des différents services sociaux et médico-sociaux les place en situation de concurrence les uns par rapport aux autres relativement au budget global dont dispose chaque conseil général pour le fonctionnement de ses différents services.

Deux directions marquent alors l'évolution de la PMI au cours des années 80 et du début des années 90. Pendant cette période, les services de PMI sont décentralisés et leur gestion, tout comme leur organisation, entièrement confiée aux conseils généraux. Parallèlement, en tant que service non personnalisé des départements, « l'esprit général » de la PMI, comme les missions à assurer à minima, sont dictés par des lois et directives de portées nationales. Ainsi s'exprime assez clairement, à l'échelle nationale, la volonté de faire des centres de consultation gratuite de PMI des consultations préventives destinées aux personnes les plus « nécessiteuses ». Les deux « composantes » de la PMI prennent à ce moment-là les orientations qu'on lui connaît

⁴⁰ C'est nous qui soulignons.

encore aujourd'hui. D'un côté, la PMI en tant que politique nationale de santé publique s'adresse à l'ensemble de la population materno-infantile sans exception. D'un autre côté, les services de PMI, émanation directe de la politique de santé publique, les centres de consultation gratuite et les actions de prévention menées par les professionnels, sont orientés vers les populations les plus précaires, les plus fragiles. Les actions de prévention se destinent en priorité aux populations qui « nécessitent une attention particulière », aux « populations vulnérables » et aux « quartiers défavorisés », aux « familles à faibles revenus ou très défavorisées culturellement [ainsi qu'aux] familles migrantes » (Rosenczweig, 1998 : 217).

g. La suite de l'histoire

Depuis plus d'une quinzaine d'années les services de Protection Maternelle et Infantile fonctionnent sur les bases législatives que nous venons de présenter. Pour autant, pour ces services comme pour bien d'autres, les réformes, décrets et lois vont bon train et se succèdent régulièrement pour modifier tel ou tel autre élément particulier, précisant certains critères sur les modes de gardes⁴¹, modifiant la formation des professionnels⁴² ou tout autre chose qui ne change pas en profondeur les bases fixées par la loi du 18 décembre 1989. Dans l'ensemble, ces textes législatifs poursuivent la même direction d'extension du champ de la prévention couvert par la PMI, toujours en lien étroit avec la notion de santé de l'enfant. Ainsi, l'article 1 de la loi du 27 juin 2005 relative aux assistants maternels et aux assistants familiaux dont le principal objectif réside dans la réglementation de ces deux professions, est formulé comme suit : « La politique de la petite enfance a pour but de favoriser le développement physique et psychique de l'enfant, de permettre son épanouissement et de garantir son bien-être. Elle doit prendre en compte son environnement familial. Les modes de garde proposés aux familles doivent respecter ces principes ».

Mais un dernier texte doit être présenté un peu plus longuement pour compléter notre historique. Sans modifier en profondeur la législation de la PMI, la loi 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance constitue le dernier grand

⁴¹ Décret n° 2000-762, du 01-08-2000, relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans pour ne citer que cet exemple.

⁴² Décret n° 93-565 du 27 mars 1993 relatif à l'organisation de la formation initiale d'application des médecins territoriaux stagiaires.

changement politique dans ce domaine. Cette loi ne s'adresse pas directement au service de PMI mais au dispositif de protection de l'enfance en général et les modifications qu'implique cette loi pour la PMI sont de diverses natures.

Le premier changement est d'ordre « symbolique ». En effet, alors que jusqu'ici la PMI est exclusivement inscrite dans le Code de la Santé Publique, ce texte l'intègre dans le Code de l'Action Sociale et des Familles, souhaitant ainsi souligner que « La PMI, jusqu'ici uniquement régie par les règles du code de la santé publique, doit également contribuer à des missions d'ordre social ou médico-social »⁴³. Si ces dernières missions ne sont pas une nouveauté pour les services de PMI, il n'en est pas de même de la revendication de celles-ci en dehors de tout renvoi à une dimension explicitement préventive. À ce titre, cette loi de réforme de la protection de l'enfance, n'est pas anodine. Celle-ci substitue la notion « d'enfant en danger ou qui risque de l'être » à celle « d'enfant maltraité », et c'est donc dans ce cadre de « risque de danger » que la loi entend faire intervenir la PMI. En effet, c'est dans l'action qu'elle mène en amont des situations de maltraitance que la PMI effectue son travail de prévention, notamment par le dépistage et le suivi des « situations à risque ». En plaçant l'action sociale sur ce terrain du « risque de danger » la loi déplace le pouvoir des services sociaux des situations de maltraitance à celles du risque de maltraitance. Le repérage de ces situations nécessite l'établissement d'un lien en amont des procédures de signalement et c'est donc aux services de PMI que cette tâche est attribuée. Ainsi, sans modifier réellement le travail des services de PMI, c'est à la portée de celui-ci que cette loi s'adresse. En ce sens, elle comprend une série de mesures modifiant les précédents textes législatifs, sur lesquelles il nous faut nous attarder un peu.

En premier lieu, elle instaure un examen psychosocial systématique lors du quatrième mois de grossesse de la mère. Si cet examen est mis en place par le plan périnatalité de 2004 il n'était jusqu'alors que systématiquement proposé aux futures mères. En l'inscrivant dans le cadre des examens obligatoires de suivi de grossesse prévue dans la loi de protection maternelle et infantile, la loi de 2007 entend permettre aux futures mères « d'exprimer d'éventuelles questions d'ordre psychologique ou social, voire médical, qui risquent de compromettre l'accueil de l'enfant à naître et la

⁴³ Rapport du Sénat n°393, juin 2006, Lardreux, page 40 cité dans « La loi réformant la protection de l'enfance », Les Actualités Sociales Hebdomadaires, n°2502 du 6 avril 2007, p.21.

qualité des liens futurs »⁴⁴. La volonté de la loi étant, par là de renforcer la dimension psychologique et sociale de la prévention médicale déjà mise en place auprès de toutes les femmes enceintes ; ce genre d'action étant jusqu'ici essentiellement destinée aux familles « requérant une attention particulière » (loi du 18 décembre 1989).

Ensuite, dans sa volonté de réforme de la protection de l'enfance et de réintégrer la PMI dans les politiques d'action sociales, la loi du 5 mars 2007 modifie les attributions respectives du président du Conseil Général et des médecins de PMI. Alors que la loi du 18 décembre 1989 et le décret du 6 août 1992 plaçaient la PMI sous l'autorité du président du Conseil Général et sous la responsabilité d'un médecin en charge de diriger le service départemental, la loi de 2007 précise très clairement que le service de PMI est placé sous « l'autorité et la responsabilité »⁴⁵ du président de Conseil Général qui « a pour mission d'organiser » le service dans son département. Cette modification des textes de loi, place les services de PMI dans une position administrative de stricte équivalence à ceux de l'action sociale, l'Aide Sociale à l'Enfance en tête. Ce changement dans les ordres de responsabilité, en faisant reculer les médecins du rôle de responsable du service à celui de dirigeant, accroît un peu plus encore l'importance du social dans la balance médico-sociale sur laquelle se trouve la PMI.

Enfin, dans cette optique de modification des conditions de protection de l'enfance, cette loi prévoit d'officialiser la notion de secret partagé entre « toutes les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance ou qui lui apportent leur concours » (art.15)⁴⁶. Confirmant par cet article la construction d'un réseau de circulation des informations concernant un même enfant, la loi revendique un caractère systématique à cette circulation en rendant obligatoire pour ces mêmes personnes la transmission « sans délai au président du conseil général ou au responsable désigné par lui (...), de toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être » (art.12).

⁴⁴ *Les Actualités sociales Hebdomadaires*, n°Hors Série : « Les mesures de protection de l'enfance et de la famille », décembre 2007, p.20.

⁴⁵ Art.1^{er} III de la loi du 5 mars 2007 modifiant l'article L-2112-1 du code de la santé publique.

⁴⁶ « Toutes les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier » (art.15).

Par ce dernier principe, cette loi déplace en partie le rôle de la PMI de celui de dépistage des situations à risque à celui de signalement de ces mêmes situations. Modifiant en cela la place même occupée par la PMI dans le champ de la protection et de la prévention destinée à la petite enfance. Les craintes soulevées par un tel déplacement sont de l'ordre de la rupture de confiance entre les familles et les professionnels du service d'une part et de l'accroissement d'une confusion potentielle entre services de PMI à visée préventive et services d'action sociale d'autre part. Christine Bellas Cabanes, présidente du Syndicat National des Médecins de PMI (SNMPMI) déclarait ainsi à propos de cette loi « Il est important de bien différencier les missions de la protection maternelle et infantile et celles de la protection de l'enfance. Avec la nouvelle loi, nous craignons que nos missions initiales soient diluées à l'intérieur de celles de la protection de l'enfance et de ne plus pouvoir les remplir correctement. Il est essentiel de bien rester sur le volet santé et de redéfinir notre rôle dans ce sens »⁴⁷.

Tout au long de cet historique nous avons vu les liens étroits qui existent depuis toujours entre les lois qui établissent une prévention sanitaire destinée à la petite enfance et la prise en compte toujours plus importante de la dimension sociale de la vie de celui-ci. En faisant entrer la PMI dans le code de l'action sociale et des familles, cette dernière loi du 3 mars 2007 franchit une étape de plus dans ce mouvement de développement parallèle. Les conséquences d'un tel texte sur le fonctionnement des services de Protection Maternelle et Infantile et sur leur évolution future restent encore à écrire...

⁴⁷ Entretien publié dans la *Gazette Santé Sociale*, n°29 du 1^{er} avril 2007.