

Entrer en PMI

Le questionnement sur l'entrée en Protection Maternelle et Infantile regroupe deux ensembles de questions correspondant à deux périodes chronologiquement successives de la vie de nos interlocuteurs. Il s'agit d'une part de comprendre les raisons et motivations qui ont amené les intervenants de PMI à postuler pour ce service et d'autre part de faire état des conditions dans lesquelles ces nouveaux venus ont effectué leur début dans les consultations de protection infantile. Nous verrons alors que ces deux moments des parcours professionnels, articulés autour de « l'entrée en PMI », bien que relativement hétérogènes regroupent, derrière leurs singularités, des points de concordances qui dépassent les questions de statuts professionnels et de parcours individuels. Ainsi, au-delà des arguments de motivation présentés par ces différents professionnels¹³⁴, une grande part des éléments constituant les conditions d'entrée dans le service est récurrente et transversale à l'ensemble des catégories que nous pourrions établir. Ces éléments consistent, d'une part en une très faible connaissance préalable de la PMI et de ses activités, et d'autre part, en conséquence directe de ce premier point, à la fois en une découverte du public auquel s'adressent les consultations et des conditions de vie de ces populations, mais aussi aux conditions de transmission des savoirs et pratiques spécifiques du travail de PMI, transmission unanimement qualifiée d'apprentissage « sur le tas ». À partir de ces deux premiers axes de réflexion nous tenterons de comprendre comment ces professionnels, entrés dans un service qu'ils ne connaissaient pas au préalable et pour des raisons très variées, en viennent à présenter leur rôle professionnel sous le sceau de l'engagement personnel.

¹³⁴ Dans les précédents chapitres, nous faisons usage du terme d'intervenants pour désigner l'ensemble du personnel des consultations (secrétaires, stagiaires et médiatrice de santé publique comprises). Dans le présent chapitre il n'est question que des médecins, puéricultrices, auxiliaires de puériculture et éducatrices de jeunes enfants. Nous nous permettons alors de faire usage du terme de professionnels pour désigner ces personnels des consultations.

I. Les motivations d'entrée

1. Pourquoi les motivations d'entrée ?

Plusieurs points nous ont poussés, lors de notre enquête par entretiens, à nous intéresser aux raisons pour lesquelles nos informateurs ont choisi « d'entrer en PMI ». En premier lieu, les motivations d'entrée nous permettaient d'accéder à une lecture subjective, personnelle et argumentée des parcours professionnels basés sur des données objectives (date, lieu, changement de poste, de statut ou de structure).

Signalons dès à présent que le travail en PMI n'est que très rarement un premier emploi. Généralement le choix de la PMI intervient après une ou plusieurs autres expériences professionnelles. Ce passage par d'autres emplois est parfois contraint. Il s'agit alors de personnes souhaitant dès le début de leur vie professionnelle intégrer un service de PMI mais ayant dû travailler dans d'autres structures avant d'y être recruté. Parmi les personnes que nous avons rencontrées, ces professionnels ne représentent qu'une très faible minorité. Mais ce passage par d'autres expériences professionnelles peut aussi être présenté comme volontaire, certains allant jusqu'à le placer sous le sceau de la nécessité. Les compétences acquises au cours de ces différentes expériences professionnelles sont alors présentées comme nécessaires à l'exercice de la PMI. Une expérience de la vie et du travail, une certaine maturité personnelle, sont avancées comme autant de conditions fondamentales pour travailler en PMI.

« La PMI c'était plus tard en fait, si j'avais pu muter à l'hôpital quand j'avais fait la demande au bout de quatre ans, la PMI, j'y songeais mais peut-être pas aussi rapidement, plus tard (...) parce que j'avais vraiment envie de faire mes armes, d'acquérir une technique. (...) La PMI serait venue plus tard. Mais c'est le fait de ne pas pouvoir bouger, de rester confiné dans ce service, qui a fait que j'ai demandé plus tôt que prévu. Je ne m'y voyais pas tout de suite, parce que je me disais, tu es encore jeune, j'avais pas d'enfant, pas de vie familiale. » (Sandra, puéricultrice).

Sans doute nous faut-il prendre avec précaution ces discours présentant le passage à la PMI comme volontairement retardé par un exercice professionnel au sein d'autres structures. En effet, les discours qui nous sont tenus, reconstruisent après coup un parcours professionnel dont certaines étapes remontent parfois à plus d'une trentaine d'années. Le regard *a posteriori* porté sur ce parcours professionnel peut alors reconstruire une cohérence entre les différentes étapes et présenter comme intentionnels

des événements qui n'étaient, au moment où ils se sont produits, que contraints ou subis (par exemple par manque de recrutement ou autre) (Bourdieu, 1986 ; Bertaux, 2005).

La seconde raison pour laquelle nous nous sommes intéressés aux « motivations d'entrée » tient à une hypothèse sur le caractère du travail effectué dans ces services. Consultations médico-sociale, souffrant d'une faible reconnaissance dans le milieu médical, et ayant affaire à une population souvent précaire, nous gagions que l'engagement en PMI répondait à un engagement social, une volonté quasi-humaniste de travailler auprès des plus pauvres. « On ne fait pas du social par hasard » nous confiait une Educatrice de Jeunes Enfants à ce propos. C'est donc dans le souci de vérification de cette hypothèse que nous avons enquêté sur les motivations des professionnels à postuler en PMI.

Lors de notre enquête, pour ne pas engager nos interlocuteurs dans la présentation de justifications de leurs choix professionnels, et cherchant d'avantage à recueillir leurs raisons et motivations d'entrée en PMI, il nous a fallu prendre garde à ne pas poser la question de « pourquoi êtes vous entrés en PMI » pour lui préférer celle du « comment ». Plus exactement, la question posée était « Qu'est-ce qui vous a amené à entrer en PMI ? »¹³⁵. Cette formulation, plus ouverte, moins contraignante permettait aux personnes interrogées « de répondre exactement comme elles voulaient, et de raconter une histoire incluant tout ce qu'elles estimaient qu'elle dût inclure pour être compréhensible » (Becker, 2002 : 107).

Avant d'analyser les différents type d'arguments qui nous ont été présentés, deux remarques doivent être faites sur cette question de l'entrée en PMI. La première sur le point de départ de notre questionnement et l'importance que celui-ci accorde à la dimension sociale du travail effectué dans les consultations. La seconde remarque porte quant à elle sur l'usage même de l'expression « entrer en PMI ».

a. La prégnance du social

Nous souhaitons travailler l'hypothèse selon laquelle les intervenants de PMI seraient, du fait de l'importance de la teneur sociale de leur travail, des professionnels

¹³⁵ Lorsque nos interlocuteurs n'avançaient pas d'eux-mêmes les informations recherchées et que nous devions alors poser la question, deux variantes à cette formulation ont été relevées : « qu'est-ce qui vous a décidé... » et « qu'est-ce qui vous a orienté... ».

faisant preuve d'une grande implication dans leur pratique quotidienne. Ainsi, alors que l'objet de ce chapitre est de questionner l'engagement professionnel des intervenants, commençons par expliquer d'où vient notre questionnement en présentant la place qu'occupe le social dans le discours de nos informateurs.

Cet « engagement au quotidien » se révèle particulièrement prégnant dans les représentations du service de ceux qui y travaillent et se retrouve dans les formules employées pour présenter les arguments « matériels » ayant orienté le choix du service. En effet, les arguments ne portant pas sur le travail en lui-même et sa dimension sociale en particulier, et qui renvoient aux horaires, à la stabilité de l'emploi, aux aménagements du temps de travail ou autres, sont fréquemment présentés sous la forme de l'aveu.

« *C'est vrai* peut-être que j'ai regardé au niveau, à l'époque j'étais jeune, j'avais des enfants jeunes, donc peut-être pas les mêmes temps de travail qu'à l'hôpital ou qu'en clinique parce que bon, il n'y avait pas de nuit, il n'y avait pas de week-end non plus, tout un côté aussi peut-être personnel on va dire » (Colette M., Auxiliaire de puériculture).

Comme si choisir la PMI pour ses conditions de travail ne devait pas se faire, ou tout au moins, pas se dire.

« D'abord parce que je ne voulais faire que les enfants. (...) et *je dois reconnaître*, les enfants et les horaires » (Dr Simon, Pédiatre).

Le travail dans le secteur médico-social est supposé être un engagement personnel, une démarche effectuée par conviction politique, religieuse, humaniste ou autre quasiment par vocation. Et même si la très grande majorité des personnels de PMI n'y est pas entrée de cette manière, cette idée demeure ; cette représentation du travailleur médico-social dévoué totalement à la mission de son service s'impose aux intervenants. Oser énoncer les véritables raisons pour lesquelles ils sont entrés en PMI devient alors, dans la situation d'entretien, un acte d'honnêteté, envers l'enquêteur mais aussi envers soi. Comme Jannie, infirmière, qui fait précéder d'un « je vais être très honnête avec vous » l'annonce de ses motivations pour entrer en PMI. Lassitude de la réanimation, projet familial, envie de voir un autre aspect du métier, toutes ces raisons sont énoncées avec humilité, sous le sceau de l'honnêteté. Le mythe du personnel s'engageant dans le social se retrouve alors très clairement dans l'extrait suivant, où cette sage-femme est entrée en PMI pour la stabilité du poste à la suite de plusieurs années passées en CDD avec un enfant à charge :

« Pour être honnête, voilà. Je savais ce que c'était quand même, j'avais une fibre sensibilité au social dans ma vie personnelle qui fait que ça me paraissait intéressant quand même, mais au départ je ne savais pas du tout à quoi ça correspondait » (Gabrielle, Sage-femme).

Ici se croisent à la fois cette dimension de l'aveu d'un choix effectué pour les conditions matérielles du service, et le souci de prouver à l'interlocuteur que cet engagement pour le social a tout de même pesé sur le choix de la PMI.

Nous voyons donc que parmi les intervenants de PMI, la « fibre sociale » fait partie des caractéristiques nécessaires à l'exercice du service, ou tout du moins la revendication de celle-ci. Cette nécessité, communément partagée, amène ceux qui ne l'avaient pas au départ à se justifier et à présenter leurs motivations d'entrée sous la forme d'un aveu, voire d'un repentir, où il s'agirait de passer par une phase de souffrance pour, finalement, atteindre la vocation.

« Mais c'est dur au début, en tant que médecin, faire le social, c'est dur. Parce que quand on arrive on voit les gens qui sont dans la misère et qui ne comprennent pas, on n'arrive pas à comprendre, on n'arrive pas à les cerner. C'est avec les années, les années, qu'on sent que finalement, maintenant vraiment je peux dire que j'ai une vocation en PMI » (Dr Rahari).

Pour autant, si l'on peut concevoir que tous les professionnels en viennent à « faire le social » et à le placer au centre de l'activité du service, l'incertitude demeure quant à ce qui est désigné par ce terme de « social », qu'il soit utilisé comme argument d'entrée en PMI ou dans les expressions « travail social », « service médico-social » ou, pour une expression moins courante mais plus proche de nos interlocuteurs, « faire de la médecine sociale ». La mise en lien entre d'un côté des désaccords entre les différents intervenants sur les pratiques adéquates pour réaliser la mission du service et d'un autre côté cette « prégnance du social », nous conduit à poser la question de ce qu'englobe cette appellation communément partagée de « social ». Nous constatons alors, que la définition de la dimension sociale du travail effectué en PMI, reste incertaine.

« - J'ai toujours hésité entre le littéraire et le scientifique. Donc c'est en seconde, j'essayais de croiser les deux et j'avais trouvé médecine. Et après, médecine, c'est vrai que j'avais envie de faire pédiatrie et puis pédiatrie sociale, je pense que c'était une façon d'arriver à allier un petit peu les deux. Donc PMI, c'était un petit peu ma conception du travail que je voulais faire en médecine, un travail en équipe, un travail de prévention et puis un travail qui prenne un petit peu toutes les dimensions, aussi bien intellectuellement, on va dire, qu'idéologiquement, ça correspondait à ce que je voulais faire. Donc j'ai fait pédiatrie pour faire de la PMI.

- C'était le côté social avant...

- Voilà, le côté social, le côté global... oui social, prévention aussi, relation aussi, parce qu'on a un énorme travail relationnel » (Dr Guillet, Pédiatre).

Ici, la dimension sociale du travail de PMI n'est pas présentée indépendamment des autres dimensions de la personne. L'aspect social fait référence à l'approche globale qu'adoptent les professionnels dans leur approche des situations. Mais peut-être plus encore, cette dimension sociale du travail est mise en relation directe avec la dimension relationnelle de celui-ci. « Plus d'une fois il paraît mal aisé de faire la part du social et la part de l'affectif, celle de l'idéologique et celle du subjectif. Pour cause ! C'est là la grande leçon du travail social : il nous apprend qu'il n'y a pas de parts à faire, ni de frontières à ériger » (Karsz, 2004 : 58). Nous retiendrons que la qualification de sociale, appliquée au travail quotidien des consultations de PI, permet de désigner tout ce qui est de l'ordre de l'écoute, de l'accompagnement, du suivi, de la relation d'aide, ou plus largement du relationnel en tant que tel, de la relation à l'autre dans l'attention qui lui est portée, tout ce qui n'entre pas dans une conception purement médicale et essentiellement physiologique de l'individu. C'est essentiellement sous la forme de cet inventaire, très largement insuffisant et bien loin de l'exhaustivité, qu'il est possible d'entendre ce qui est désigné par social. Cette caractéristique indéfinie et impalpable du social est la seule condition pour lui permettre d'exister sans jamais sortir du bricolage (Castel, 1992) qui entoure sa pratique.

b. L'expression « entrer en PMI »

Dans le compte rendu d'une étude portant sur les « Trajectoires professionnelles et mobilités d'emploi », Thierry Rivard et François Bigot (2000) parlent d'« entrée dans le social » pour désigner ce « moment particulier » dans les trajectoires professionnelles à partir duquel les personnes interrogées considèrent être dans le social. Pour présenter les différentes trajectoires professionnelles aboutissant à une entrée dans le social, ces deux auteurs les regroupent en trois catégories qui sont celles de primo orientation, de réorientation professionnelle et de reconversion professionnelle. L'expression primo orientation regroupe les trajectoires au cours desquelles les individus « entrent dans le social » directement au sortir de leurs études, déjà menées dans le champ social ; l'entrée dans le social correspondant alors à la valorisation du diplôme obtenu. La catégorie de réorientation professionnelle regroupe des personnes qui avaient déjà travaillé et se trouvaient, au moment de leur entrée dans le social, dans une dynamique de recherche d'un travail correspondant à leurs aspirations tant personnelles que professionnelles. Enfin, la catégorie des reconversions professionnelles regroupe des

personnes ayant déjà travaillé mais cette fois-ci dans un secteur totalement différent de celui du social et qui, pour des raisons qui leurs sont propres, changent radicalement d'orientation.

Pour situer les parcours professionnels que nous avons recueillis par rapport à cette classification qu'établissent ces deux auteurs, nous pouvons dire que l'entrée en PMI se présente le plus souvent comme un événement à l'intersection de la réorientation professionnelle et de la reconversion professionnelle. En effet, ces deux auteurs expliquent le principe de la réorientation professionnelle de la manière suivante : « la première orientation professionnelle ne paraît pas satisfaisante et donne lieu à une sorte de seconde chance ou de seconde tentative d'entrée dans la vie professionnelle ou, dit autrement, "le résultat d'un processus nécessaire à la préparation ou à la maturation de l'intervenant [qui] ne correspond pas à une rupture ou une réorientation brutale, mais plutôt à un cheminement, à un passage progressif" »(p.181). Cette définition s'adresse alors essentiellement à des jeunes professionnels qui jouent leur entrée dans la vie active et cherchent le poste qui convient le mieux à leurs attentes. L'aspect « recherche du poste idéal » convient assez bien à ce que nous entendons désigner ici, mais le côté « jeune professionnel » ne convient pas aux personnes que nous avons rencontrées. Non seulement nos informateurs ont parfois eu plusieurs expériences professionnelles avant la PMI, mais la succession de ces différentes expériences ne peut pas être vue comme la simple suite logique de recherche du poste idéal. Cette succession de postes correspond parfois à des expériences recherchées pour ce qu'elles sont et le passage au poste suivant découle d'une lassitude ou d'une « usure » professionnelle face aux conditions de travail. La dimension diachronique de l'occupation des différents postes et la satisfaction générée par chacune de ces expériences sont à mettre en rapport avec les parcours de vie et les différentes séquences qui les composent. À chaque période correspond la volonté de travailler dans tel milieu ou dans tel autre. Ainsi cette puéricultrice qui explique son départ de la crèche pour rejoindre l'hôpital :

«Je me suis dit qu'il me manquait quelque chose, qu'il manquait l'expérience de l'enfant malade et qu'il fallait peut-être absolument y passer, bêtement, mais je me suis dit ça. Donc j'en suis partie (de la crèche), et je suis allée à l'hôpital et j'ai fait quatre ans de néonatalogie » (Sandra, Puéricultrice).

L'expérience de l'hôpital, surtout celle de la réanimation, est souvent présentée comme dure, fatigante, éprouvante mais aussi très technique et très riche d'enseignement. De fait elle n'est que très rarement rejetée en bloc, mais présentée

comme un passage bénéfique néanmoins possible qu'en début de carrière, principalement pour des questions d'endurance physique et psychique. Le passage de l'hôpital à la PMI peut alors entrer dans ce que Rivard et Bigot désignent comme des cas de reconversion professionnelle, cas de figure qui « marque quant à lui une rupture avec une expérience professionnelle antérieure significative (l'antériorité professionnelle est parfois longue et peut s'échelonner sur des durées pouvant aller de dix à quinze ans, voire de vingt à vingt-cinq ans, et se caractérise aussi par une inscription stable dans un statut d'activité). Il s'agit d'une deuxième – voire d'une troisième – carrière professionnelle » (ibid : 182). Cette désignation de reconversion concorde alors avec les parcours que nous décrivons sur le plan de la distinction avec l'expérience professionnelle antérieure et sur la question de la durée des parcours. Pour autant, ces deux auteurs identifient un critère d'autonomie des différentes séquences professionnelles et de changement de secteur d'activité dans leur appellation de réorientation ; critère qui ne correspond pas aux parcours professionnels ici présentés. En effet, dans notre cohorte, les individus changent d'institution de rattachement, de lieu de travail et de la majeure partie de leur activité quotidienne. Pour autant, il n'y a pas de changement radical du secteur d'activité, les puéricultrices demeurent des puéricultrices, les médecins, des médecins, etc. Il n'y a pas de changement de métier.

Pour ces raisons-là, il nous semble que l'entrée en PMI (avec toutes les variations et nuances qu'elle comporte suivant les situations), telle qu'elle nous a été présentée, se situe à l'intersection de la réorientation et de la reconversion professionnelle.

Un second argument est à noter dans le fait que nous ayons recours à cette notion d'entrer en PMI, en référence au travail de Rivard et Bigot. En effet, l'ouvrage dont est extrait ce chapitre s'intéresse aux mutations du travail social (Chopart, 2000). Une part importante des contributions comprises dans cet ouvrage montre à la fois la difficulté qu'il y a de tracer des contours nets à la notion de travail social et les nuances subtiles qui en découlent entre « être dans le social », « faire du social », et « être un travailleur social ». En raison de ces nuances, l'« entrée relève d'une appréciation objective mais aussi subjective, sachant qu'il ne s'agit pas de tracer une frontière entre social et hors social, mais bien de comprendre un processus de mobilité professionnelle » (Rivard et Bigot, 2000 : 180). Cette entrée correspond alors soit à l'accès à une profession labellisée, soit à l'occupation d'un poste dans une structure particulière ou encore à un

processus plus complexe et plus diffus constitué d'allers-retours entre différentes activités.

Pour ce qui nous concerne, donc, l'entrée en PMI est dans la majeure partie des cas, bien plus facile à déterminer compte tenu du fait qu'elle consiste bien souvent en une prise de poste au sein d'une équipe de PMI. Les quelques entrées plus difficiles à identifier sont celles opérées par le biais de vacations effectuées à une certaine époque suivie d'une période de travail dans un autre service avant d'effectuer un retour en PMI. Cela étant, les raisons ayant amené nos interlocuteurs à entrer en PMI sont, elles, de diverses natures et recouvrent des réalités hétéroclites. Notons que certaines de ces raisons sont plus spécifiques à tel ou tel autre groupe de professionnel (médecins, puéricultrices, auxiliaires...) alors que d'autres se révèlent transversales et communes à l'ensemble des intervenants de PMI.

Parmi les arguments présentés pour justifier l'entrée en PMI, deux catégories distinctes se sont immédiatement imposées à nous : d'un côté les arguments se rapportant au travail effectué (réel ou supposé) par les services de protection maternelle et infantile et d'un autre côté ceux qui ont traités aux conditions de travail proposées par la PMI : régularité des horaires et possibilités d'aménagement du temps de travail (souvent couplées à des événements de la biographie personnelle). Si cette division en deux catégories distinctes semble cohérente et bien fondée, elle tient en réalité à un artifice de l'analyse du discours. En effet, dans les parcours biographiques recueillis, les deux types d'arguments se côtoient bien souvent et sont de fait loin d'être exclusifs l'un de l'autre. C'est en fait à une évaluation de l'importance des différents arguments que se sont généralement livrés nos interlocuteurs avant d'opérer leur choix. Nous verrons, dans la suite de ce chapitre, ce qu'implique cette co-existence des arguments en termes de difficultés d'analyse des discours et de complexité des liens entre motivation de départ et représentation de la mission du service.

Avant de présenter les deux grandes catégories argumentatives que nous venons d'évoquer, nous allons présenter une série d'arguments qui ne placent pas la volonté de travailler en PMI comme une quête positive mais davantage comme la volonté ou la nécessité de se préserver par rapport à certaines situations de travail problématiques.

2. Une recherche par opposition

Commençons donc notre analyse des motivations par celles, ou plutôt le groupe de celles qui sont communes à l'ensemble des professionnels, sans distinction de statuts ni de qualifications. Il s'agit ici de désigner un ensemble d'arguments que nous avons retrouvés dans une grande partie des discours et qui consistent à présenter le choix de la PMI comme une quête « par la négative ». Travailler en PMI n'est pas présenté, de prime abord, comme un choix pour atteindre ou obtenir quelque chose, mais d'avantage comme un moyen de fuir, de se protéger d'une condition de travail précédemment supportée.

Dans cet ensemble d'arguments nous avons relevé quatre registres distincts qui correspondent à la monotonie du travail, l'aspect lucratif de la médecine, la maladie et la mort des enfants et enfin les rythmes de travail et temps consacrés à chaque « cas » lors des consultations et visites à domicile. Si les arguments avancés diffèrent sensiblement en fonction des parcours professionnels (tel argument sera d'avantage mobilisé par les intervenants ayant travaillé en crèche, tel autre par ceux qui exerçaient en hôpital, etc.) le principe même de ces arguments demeure le même. Il s'agit de valoriser le poste actuellement occupé en le présentant de façon avantageuse sur un point particulier par rapport au poste précédemment occupé.

a. Fuir la monotonie

La monotonie du travail est évoquée pour l'opposer à la variété des tâches que permet le travail de PMI. Ainsi, celle-ci est mobilisée dans les discours pour expliquer le choix de la PMI ou plutôt le non-choix d'une autre structure :

« C'est vrai que le travail à la crèche est assez routinier. C'est d'ailleurs pour ça que j'ai choisi de ne pas y travailler. Parce que je ne savais pas du tout ce que j'allais venir faire ici. (...) C'est vraiment parce que je me suis dit que le travail à la crèche ça serait éventuellement monotone que je me suis dit, je vais prendre le Conseil Général » (Christine, EJE).

La diversité des tâches qui constituent les journées de travail des intervenants de PMI a souvent été soulignée comme un point fort des conditions de travail en PMI et comme étant un des avantages majeurs que permet ce type de structure. La variété à laquelle nous faisons référence ici porte aussi bien sur les domaines d'interventions (éducatifs, médicaux, sociaux...) que sur les moyens d'intervention (faire des liaisons avec les autres institutions, travailler directement avec les familles, rédiger des notes de

synthèse...), les lieux de travail (plusieurs centres de consultation, visites en école, à domicile, dans les lieux d'accueil...), les usagers (la composition de la population varie d'un quartier à un autre) ou encore sur les autres professionnels (la composition des équipes varie d'une consultation à une autre).

« Déjà, les gens avec qui tu travailles, ça change ton travail, et puis selon les quartiers où tu bosses, tu n'as pas les mêmes familles, et moi je trouve ça très enrichissant. Donc c'est vrai que moi, l'absence de routine me plaît. C'est un peu ça. C'est vrai que ça me convient la PMI parce que tu changes tout le temps » (Dr Lavois, Pédiatre).

Ainsi dans cette fuite de la monotonie, ce n'est pas l'absence de travail ni un rythme de travail peu soutenu qui est désigné, mais l'absence de « routine ». La variation très fréquente des lieux, des personnes et des tâches permet d'atténuer considérablement la sensation du « faire toujours pareil » que connaissent de très nombreux travailleurs. Seuls les temps de consultations sont des temps fixes et réguliers, les visites à domicile (particulièrement pour les puéricultrices) et les réunions de synthèse étant effectuées en fonction des besoins du moment. Bien qu'il s'agisse toujours de la même mission, ces éléments qui varient d'une semaine sur l'autre impliquent l'établissement d'emplois du temps particuliers pour chaque professionnel, pour chaque semaine, pour chaque journée.

b. Fuir la mort

Un autre argument très présent dans les motivations des professionnels est celui de ne plus être confronté à l'enfant malade ou à la mort. Il concerne essentiellement les personnes ayant travaillé en service pédiatrique à l'hôpital. Ce positionnement vis-à-vis de l'enfant morbide peut être préalable à l'entrée dans la vie professionnelle ou s'imposer suite à une expérience personnelle ou professionnelle particulière. Ainsi, la mort ou la maladie peuvent être à l'origine même d'une orientation professionnelle, comme le signale cette puéricultrice qui a passé ses 25 ans de carrière dans une alternance entre les services de crèches et de PMI :

« Moi j'ai orienté ma carrière sur le travail d'aide. Je ne voulais pas faire d'hôpital parce que je ne supporte pas la mort. Je m'y retrouve » (Patricia O. Puéricultrice).

Ou ce médecin qui a fait toute sa carrière en PMI :

« J'avais fait un stage en première année de CES et j'avais trouvé que c'était très intéressant comme pratique de la pédiatrie parce qu'on faisait de la pédiatrie générale sans forcément voir mourir de gamin, ce qui était assez difficile en pratique d'hôpital » (Dr Duval, Pédiatre).

Mais le rapport à la mort peut aussi être une cause de réorientation professionnelle. Les services de réanimation pédiatrique sont souvent des services par lesquels les professionnels passent au cours de leur carrière mais qu'ils désirent quitter au bout d'un certain temps, sans généralement souhaiter y revenir.

« A - j'ai eu mon DE d'infirmière en janvier 1978. Ensuite j'ai commencé à travailler tout de suite en réanimation pédiatrique à l'hôpital Nord, et ensuite pour pouvoir rester dans les services d'enfants, il fallait avoir le DE de puéricultrice. Je l'ai passé dans le cadre de la formation professionnelle, je l'ai passé et je l'ai eu en 82. J'ai recommencé à travailler directement en réanimation pédiatrique, j'ai conservé mon poste. Ensuite, la réanimation c'est très lourd, donc au bout de quelques années ça devenait un peu difficile, donc j'ai demandé à changer de poste et j'ai travaillé dans le même département d'anesthésie réa mais c'était dans un laboratoire de transfusion sanguine où j'ai travaillé pendant deux ans. Ensuite j'ai pris cinq ans de disponibilité, donc je suis partie de l'hôpital, j'ai fait tout autre chose, j'ai été directrice d'une entreprise pendant cinq ans. Ensuite il fallait soit que je démissionne de l'Assistance Publique de Marseille, soit que je réintègre. Donc je ne me voyais pas réintégrer au sein de l'hôpital, j'ai postulé au sein du Conseil Général pour un poste de directrice de crèche et en fait, au fur et mesure des entretiens, ça a plutôt dérivé sur un poste en PMI et je suis en PMI depuis 1994. (...)

CF – Et qu'est-ce qui vous a décidé à passer en PMI ?

A – En fait ce qui se passe, enfin, pour moi, quand on a travaillé longtemps à l'hôpital, je ne voulais plus travailler à l'hôpital. Je préférais être caissière dans un supermarché que retravailler à l'hôpital. Parce que l'hôpital, c'est beaucoup plus stressant, beaucoup plus difficile. **Je ne supportais plus de voir mourir un enfant.** C'était devenu intolérable. Donc la réa était devenue trop difficile pour moi, psychologiquement et même physiquement c'est très lourd. Donc le retour, on sait très bien que le retour à l'hôpital après cinq ans de dispo, les places disponibles sont en priorité dans les secteurs les moins demandés, c'est-à-dire la réanimation pédiatrique ». (Ameline, Puéricultrice)

Enfin, ce peut aussi être à la suite d'un événement personnel que l'hôpital, en tant que lieu, devient une représentation symbolique de la mort et ne peut plus être fréquenté quotidiennement comme lieu de travail. Ainsi cette orthophoniste qui travaillait à mi-temps en PMI et à mi-temps dans un CAMSP situé dans un hôpital et qui à la suite d'un événement personnel décide de se mettre à temps plein en PMI.

« J'ai perdu mon mari il y a 19 ans après une longue maladie donc en milieu hospitalier. Alors après j'avais un peu de mal à revenir quatre fois par semaine à l'hôpital et le professeur B. a très bien compris. Il a été super humain, gentil et tout, il m'a aidé ; j'ai un excellent souvenir de ce médecin. Et voilà, après j'ai arrêté, je suis revenue ici à temps plein » (Véronique, Orthophoniste).

c. Fuir le rapport à l'argent

À notre grand étonnement, la question financière est assez présente dans les discours et justifications des intervenants que nous avons rencontrés. Mais à écouter les arguments qui font référence à l'argent, le rapport se précise et se découvre de manière

totallement antinomique. Dans les discours recueillis, si rapport à l'argent il y a, c'est par son absence ou sa discrétion qu'il est évoqué. Deux arguments distincts se manifestent alors au travers de cette idée ; celui d'un service public où les usagers ne viennent pas pour de l'argent, par opposition aux services sociaux d'une part et celui d'une médecine publique à laquelle les usagers peuvent avoir accès sans argent, par opposition à la médecine libérale d'autre part.

Le rapport à l'argent, ou plutôt, la volonté de ne pas avoir de rapport avec l'argent, dans la seule relation patient-médecin recouvre plusieurs dimensions de la pratique médicale.

« Moi je suis d'un milieu très modeste et je ne me voyais pas faire médecine pour de l'argent, c'est pas du tout mon truc. En plus je suis très mauvais gestionnaire, donc j'ai horreur de..., même de faire payer les patients, c'était un truc qui me pesait énormément et bon, quand vous êtes installé, vous êtes obligé de demander et c'est vrai que ce rapport à l'argent, j'aime pas du tout » (Dr Dalle, Pédiatre).

À travers cet extrait d'entretien, trois dimensions distinctes du rapport à l'argent peuvent être identifiées. En premier lieu, nous pouvons voir une dimension éthique de la médecine, se rapportant au serment d'Hippocrate : « Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire »¹³⁶. Ainsi nous pouvons voir dans cette phrase et dans cet extrait d'entretien, la volonté d'établir une distinction entre les moyens économiques dont dispose une personne et sa possibilité d'accéder au soin. Mais nous pouvons aussi y voir la volonté de dissocier pouvoir médical et activité lucrative, comme le signalait ce même médecin quelques instants auparavant au cours de notre entretien.

« Disons que je n'ai pas fait médecine pour gagner de l'argent, ça, c'est la première des choses, sinon je ne serai pas venu en PMI » (Dr Dalle, Pédiatre).

Cet aspect faiblement rémunérateur de l'activité de PMI est ici présenté comme une vertu. Ce qui ne l'empêche pas d'être souvent dénoncé comme un des inconvénients du travail en PMI avant d'être pondéré par les conditions de travail relativement avantageuses que permet ce service ; conditions sur lesquelles nous reviendrons dans la suite de ce chapitre.

Ces différentes dimensions du rapport à l'argent que nous venons d'évoquer sont plus nettement distinguées et explicitées par cet autre médecin :

¹³⁶ Serment médical actualisé par le conseil de l'Ordre français des médecins, publié dans le Bulletin du Conseil national de l'Ordre n°96, vol.10, p.12, juin 2002

« CF - Qu'est-ce qui vous a décidé à faire de la PMI ?

Dr - Plusieurs choses, le contact humain, le travail en équipe. Il y a aussi le problème de la relation à l'argent. C'est-à-dire que là, on ne touche pas du tout à l'argent, on n'a pas du tout à s'en occuper, encaisser des patients, gérer sa comptabilité... de ce côté-là c'est beaucoup plus simple.

CF - Ca, la relation à l'argent, c'est quelque chose que j'entends beaucoup, par rapport à la médecine, ça m'est souvent présenté comme quelque chose de beaucoup plus simple du fait qu'il n'y ait pas de relation à l'argent, dans la relation avec le patient...

Dr - Oui, il y a la relation avec le patient, mais il y a aussi tout ce qui va avec dans l'organisation, pas financière, mais comptable. C'est-à-dire avoir à faire sa caisse, à trier les chèques, les liquides, de faire sa comptabilité. Il y a les deux volets, le fait d'encaisser de l'argent par rapport au fait... et le côté comptabilité ». (Dr Placid, Pédiatre)

Nous voyons donc, ici très clairement, que le rapport à l'argent peut jouer comme argument décisif pour le choix de la PMI. En outre, ce dernier extrait d'entretien permet de voir d'une part, que ce choix n'est pas motivé par un seul facteur et d'autre part que si « le contact humain » et « le travail en équipe » sont des qualités recherchées, des aspects positifs de la PMI, « la relation à l'argent » est présentée comme problématique, et le fait de travailler en PMI alors présenté comme une solution possible.

Enfin, dernier élément à souligner à propos de cette question du rapport à l'argent, qui ne vise plus cette fois à se distinguer de la médecine libérale mais permet de souligner un avantage par rapport aux services sociaux. De par leur fonction les services de PMI n'ont pas à gérer les questions de droits sociaux et ne peuvent intervenir directement pour les questions d'accès à ces droits ; tout au plus peuvent-ils mettre en contact les usagers des services avec une assistante sociale. Ce non-rapport à l'argent est connu des familles et clairement annoncé par les professionnels des consultations. Cela permet en grande partie de clarifier les relations familles/professionnels.

« Il n'y a qu'une fois ou j'ai été mal accueillie. Mais en fait elle savait très bien qu'avec moi, je ne lui apportais pas d'argent » (Monique, Puéricultrice).

Si ce principe peut générer, et cela reste des cas minoritaires, certaines frustrations pour les familles, il évite surtout aux professionnels d'avoir à répondre à des demandes d'ordre économique de la part des usagers et à l'agressivité que génèrent ces questions dans le cas où la prestation est refusée.

« Avec une conjoncture de plus en plus difficile, [les assistantes sociales] n'ont pas forcément les moyens pour aider, donc ça génère beaucoup d'agressivité. Elles ont une place pas facile. Nous, c'est pas facile, on est confronté à des situations difficile, mais on a quand même l'enfant, et c'est vrai que le fait de passer par l'enfant, on a un contact différent avec les familles. On a moins ce rapport d'argent, ces rapports des gens qui demandent, sauf peut-être pour les bons de lait » (Françoise, Puéricultrice).

Qu'il s'agisse de l'argent comme moyen de transaction commercial ou de l'argent distribué au titre de prestations sociales, celui-ci est perçu et dénoncé comme étant une gêne à la relation famille/professionnel, et à la réalisation du travail auprès de populations pauvres. Ce non-rapport à l'argent étant alors présenté comme un aspect très positif du fonctionnement de la PMI.

d. Fuir le travail « à la chaîne »

Dernier élément que nous avons pu identifier dans le choix de la PMI comme solution pour fuir une situation ou éviter certains événements, celui du rythme de travail imposé par des services hospitaliers surchargés ou un travail libéral à flux tendu. Ainsi, le parcours de cette puéricultrice qui après avoir travaillé en crèche s'oriente vers la néonatalogie :

« Là, c'était très technique, très très technique, trop technique pour moi. Mais il fallait que j'y passe pour me rendre compte que c'était pas pour moi. Donc c'était pas mal, très intéressant mais très spécifique. Et en fait je me suis rendu compte, c'était un service très pointu, on faisait de la réa, des soins intensifs, très très stressant, trop stressant pour moi, à mon goût, trop technique, manque de personnel, comme dans beaucoup de services, pas le temps de faire du relationnel, même si c'est des tout petits bébés qui dorment beaucoup, quand vous faites un bain, que vous n'avez pas le temps de faire un câlin parce qu'il y en a quatre autres qui attendent derrière, moi je n'arrivais plus à supporter, j'ai dit stop. Donc, pas moyen de muter, soit on restait en néonatalogie, soit on partait. J'ai pris une disponibilité d'un an, a priori au début. La crèche, je ne voulais pas recommencer, en tout cas dans l'immédiat. J'avais fait une demande en PMI je n'avais pas eu de réponse. Je me suis dit, qu'est-ce que je fais ? J'ai fait du libéral pendant un an. Donc je suis retournée à des adultes, (...) Donc je me suis installée et je suis passée du coq à l'âne encore une fois, le vieux, très vieux, au domicile. C'était une expérience, mais c'était pas vraiment un choix, c'était pour sortir de l'hôpital. Il fallait vraiment, je n'en pouvais plus, le travail à la chaîne avec les enfants, ce n'était pas imaginable pour moi. On n'était pas dans une usine. Les cadres avaient du mal à comprendre, mais bon, soit je bougeais dans l'hôpital, soit je partais, mais je ne pouvais pas rester comme ça. Je n'avais plus envie d'aller bosser, ce n'était pas possible. Donc j'ai fait du libéral. J'étais partie de l'hôpital pour ne pas travailler à la chaîne, et je me suis retrouvée la même chose mais avec des petits vieux. Parce que j'ai trouvé un poste direct, on ne chôme pas, on trouve du boulot, c'est notre chance. Et j'ai travaillé avec une fille on était que deux et elle, elle travaillait depuis quinze ans, elle avait un train de vie élevé qu'elle tenait à maintenir, donc c'était du travail à la chaîne, donc j'ai tenu neuf mois et heureusement j'ai reçu une réponse de la PMI, du Conseil Général qui recrutait donc j'ai sauté sur l'occasion. (...) Mais bon, pareil, le travail à la chaîne, que ce soit des bébés, des petits vieux qui vous attendent toute la journée, qui n'attendent que vous et avec lesquels vous ne passez que dix minutes un quart d'heure parce qu'il y a les autres qui attendent... et qui vous parlent jusque dans l'ascenseur, s'ils pouvaient, ils vous suivraient dans la voiture, enfin bon, terrible. Ça a été dur, mais bon, je ne regrette pas de l'avoir fait. » (Sandra, Puéricultrice)

Le temps qu'il est possible de passer avec chaque enfant, qu'il s'agisse du temps de la visite à domicile, du temps de la consultation ou du temps du suivi de l'enfant entre sa naissance et ses six ans, cette chronologie est très souvent soulignée par les intervenants comme un avantage de la PMI, comme un point positif de leur pratique. La possibilité qui leur est offerte de pouvoir « prendre le temps ».

e. Changer de travail

Nous venons d'évoquer certains éléments de « fuite » ayant conduit les professionnels à faire le choix de la PMI. Ces éléments ne sont généralement pas seuls dans la balance et ils s'articulent avec d'autres arguments présentés comme une quête de l'amélioration du travail, la recherche d'un emploi plus adapté à la vision que se faisait le professionnel de lui-même, de sa fonction ou de son travail.

La PMI peut alors être présentée comme un réajustement par rapport à un poste précédemment occupé, que celui-ci soit en crèche, en hôpital ou en médecine de ville. Cela peut être un réajustement par rapport au travail en crèche :

D'un point de vue social :

« C'est super au niveau du groupe et au niveau du travail qu'on peut faire avec les enfants, mais c'est vrai que le travail en PMI m'intéressait beaucoup, c'était une ouverture, c'était un travail avec du social, plus de social qu'à la crèche » (Marlène, EJE).

Ou d'un point de vue médical :

« Je voulais d'abord travailler en crèche, parce que j'y ai acquis une expérience qui était très enrichissante mais disons que le travail de PMI m'intéressait un petit peu plus parce qu'il y avait un petit peu plus de médical. Et donc il y avait cette possibilité où il y avait médical, social, je retrouvais un peu plus de médical » (Colette A., Puéricultrice)

Il est à ce propos intéressant de noter comment l'articulation du médical et du social en vient à être un point de convergence pour des professionnels aux statuts différents au sein d'une même structure et cherchant une évolution dans des sens opposés. À partir d'un poste occupé en crèche, cette éducatrice de jeunes enfants et cette puéricultrice se rejoignent sur le choix de la PMI, l'une dans l'espoir d'y trouver davantage de social et l'autre de médical.

Ce partage entre le médical et le social dans le travail de PMI être au cœur de la spécificité de ce service. Comme nous l'avons vu dans la seconde partie de cette thèse, le positionnement des différents intervenants sur cette échelle médico-sociale demeure

un point sensible dans la définition de la mission des centres de PMI. Notons dès à présent que pour les informateurs rencontrés qui se sont prononcés sur cette question, la grande majorité d'entre eux présente le choix de la PMI comme une volonté de se rapprocher du travail social... nettement plus rarement comme un espoir de faire plus de médical¹³⁷.

Ainsi, cette auxiliaire de puériculture, monitrice éducatrice de formation, mais qui n'a jamais investi professionnellement cette qualification, et qui déclare se réaliser pleinement dans son emploi en PMI.

« Au départ je ne savais pas que la PMI existait. Si j'avais su au départ quand j'avais 20 ans que la PMI existait, je serais rentrée tout de suite, parce que c'est quelque chose qui m'intéressait. Parce qu'il y avait en même temps, un peu de médical et il y avait beaucoup de social. Là, ça me convient parfaitement. Et encore, je n'ai qu'un diplôme d'auxiliaire de puériculture (...) Je pense que je n'étais pas faite pour le médical complètement. Le médical pour moi c'était autre chose. C'est pour ça que j'ai fait éducateur d'ailleurs, éducateur c'était mon truc » (Suzanne, Auxiliaire de puériculture).

Rares sont les professionnels pour qui la PMI correspond à un premier poste. En général, les intervenants ont cumulé un certain nombre d'expériences avant de postuler en PMI et ce choix correspond alors à une évolution dans le parcours professionnel.

3. Les conditions de travail

Après la présentation qui vient d'être faite des motivations d'entrée en PMI comme étant une entrée par opposition à un précédent travail ou pour fuir certaines situations, il nous faut maintenant souligner que nombre d'arguments de cette justification sont au contraire une quête positive, la recherche de quelque chose qu'il est possible de trouver en PMI.

Parmi ces différents arguments, certains concernent les conditions de travail qu'offrent la PMI, ce dont nous allons parler ici, alors que d'autres concernent le travail effectué en PMI, en lui-même, ce dont nous parlerons dans le point suivant (4).

¹³⁷ Ces positionnements sur la composition de l'activité du service de PMI dépendent fortement du point de vue individuel de chaque personne, et donc très fortement de son parcours professionnel et de la (des) structure(s) dans laquelle (lesquelles) elle travaillait avant de postuler en PMI.

a. Horaires et aménagement du temps de travail

Au premier rang des arguments recueillis sur les conditions de travail se trouve celui des horaires relativement souples dont bénéficient les intervenants de PMI. Cet argument du temps et des horaires de travail est quantitativement le premier argument présenté, toutes catégories argumentatives confondues (par opposition, sur les conditions de travail ou sur le travail en lui-même) et il est très fréquemment lié à un projet familial.

« J'ai fait mes années d'études et puis après, je suis entrée en clinique chirurgicale, puis mon choix de vie était d'avoir plusieurs enfants, donc j'en ai eu trois et j'ai décidé de rentrer en PMI pour des questions de commodité. Sinon je n'aurais pas pu concilier vie familiale et vie hospitalière, c'était trop difficile pour les horaires. Je suis entrée en PMI en 1976 » (Corinne, Infirmière).

Les horaires fixes des consultations correspondent en effet aux horaires des enfants pendant toute leur scolarité primaire.

« Parce que j'avais des gosses et je commence par exemple à 8h30 en PMI, j'étais sûre qu'à 4h30 je pouvais être à la sortie des enfants et ça c'est très important, pour pouvoir donc chercher mes enfants à 4h30. Donc d'une part, c'est pas bien payé, c'est sûr, mais au moins je pouvais associer le rythme de travail de maman, de mère, être à l'écoute de mes enfants et en même temps travailler en tant que professionnelle, c'est tout » (Dr Rahari).

Cet argument est particulièrement mobilisé par les médecins du fait de la possibilité qui leur est offerte d'aménager leur temps de travail, notamment par le biais du système des vacances.

« ça permettait, tous le temps où ma fille était petite, j'allais la chercher, je la ramenaient et encore j'étais vacataire, je suis restée 20 ans vacataire. (...) Je faisais 120 heures par mois, d'abord j'étais à mi-temps. Tant que j'étais mariée, j'étais à mi-temps, je faisais 50 ou 60 heures par mois, et puis après, quand j'ai divorcé, j'ai demandé qu'on augmente mon arrêté donc je suis passée à temps plein » (Dr Simon, Pédiatre).

Il est particulièrement présent dans les discours des médecins et des infirmières comme argument autonome, présenté indépendamment de toute autre motivation.

« Je suis arrivée sur Marseille, ma situation familiale a fait que je cherchais quelque chose pas trop prenant non plus pour pouvoir gérer les enfants et c'est comme ça que je suis arrivée en PMI en fait. Au départ c'était plus pour quelque chose de personnel, pour arriver à avoir un équilibre entre ma vie familiale et ma vie professionnelle » (Dr Lavois, Pédiatre).

Toutefois, la motivation d'entrée en PMI par les possibilités d'emploi du temps qu'elle permet articule généralement plusieurs dimensions. Le plus fréquemment il s'agit pour ces professionnels d'accéder à des horaires plus souples que ceux suivis lors du précédent poste occupé en hôpital ou en tant que praticien libéral. Ce qui met en avant à la fois la recherche de meilleurs horaires et la fuite d'un précédent travail. Ce

type d'argument est alors simultanément un argument « par opposition à » et « en quête de ».

« C'est vrai peut-être que j'ai regardé au niveau, à l'époque j'étais jeune, j'avais des enfants jeunes, donc peut-être pas les mêmes temps de travail qu'à l'hôpital ou qu'en clinique parce que bon, il n'y avait pas de nuit, il n'y avait pas de week-end non plus, tout un côté aussi peut-être personnel on va dire » (Colette M., Auxiliaire de puériculture).

Cette auxiliaire de puériculture déclare alors avoir postulé en PMI à la fois pour ne plus avoir à travailler de nuit, ou le week-end ce qui lui permettait d'avoir un emploi du temps plus stable et plus en phase avec les moments de prise en charge de ses enfants.

b. Régularité du travail et stabilité de l'emploi

Par opposition au travail en libéral, qui n'est pas fui pour lui même mais pour les conditions dans lesquelles il s'exerce (gardes de nuit, difficulté de poser des dates de vacances stables, horaires quotidiens variables), et en quête d'une activité plus stable en terme d'emploi du temps permettant de mieux gérer la vie de famille l'entrée en PMI se présente comme une opportunité de concilier ces différents objectifs.

« Parce qu'à l'époque il n'y avait pas SOS médecins, donc on faisait cabinet jusqu'à 20h, on arrivait le soir au domicile et vous aviez juste le temps de manger et après vous aviez tous les appels, y compris les appels de nuit... (...) lors de tous mes remplacements de pédiatre, je faisais l'été et pendant les vacances, je finissais par avoir le téléphone en horreur la nuit. (...) pour une vie de famille, ça posait certains problèmes. Il s'est trouvé qu'il y a eu ce concours, donc finalement, j'ai pris cette voie de fonctionnaire avec quelques regrets... j'ai toujours gardé des regrets de la médecine libérale » (Dr Dalle, Pédiatre).

L'opposition avec la médecine libérale est ici manifeste, non seulement par les conditions de travail énoncées mais plus encore par les termes employés pour désigner le cadre d'emploi. Il s'agit ici de désigner un poste de « fonctionnaire », avec toute la représentation collective qui est associée à cette appellation (un travail stable, un statut de salarié, des congés réguliers, des horaires fixes...). L'ensemble de ces conditions de travail, ici regroupées derrière ce terme de « fonctionnaire » est souvent avancé mais généralement en désignant l'employeur. À la question des motivations pour « entrer en PMI » le discours s'articule dans ces différents cas aux raisons qui ont poussé à postuler au Conseil Général.

« Donc je suis sortie avec ce diplôme (d'éducatrice de jeunes enfants), je cherchais surtout en maternelle et en crèche et puis par le plus pur des hasards j'ai appris qu'il y avait un poste au Conseil Général » (Patricia G., EJE).

En effet, travailler pour une collectivité locale ou une collectivité territoriale est présenté comme synonyme de sécurité et stabilité de l'emploi. Nous retrouvons alors dans le discours de nombreux intervenants la quête d'une stabilité de l'emploi, généralement à la suite de plusieurs années de travail en tant que remplaçant

« Pendant 6 ans j'étais avec un contrat renouvelé tous les trois mois. J'étais seule avec ma fille donc le jour où on m'a proposé un poste, j'ai pris le poste sans réfléchir à ce que c'était. Pour être très honnête, sans réfléchir à ce que c'était » (Gabrielle, Sage femme).

Ou dans plusieurs structures simultanément en temps partiel et en horaires décalés.

« Alors ce qui m'a décidé à arriver en PMI, j'étais fatiguée. J'ai dit maintenant, si je peux trouver un boulot stable, quand je dis stable c'est-à-dire en journée » (Lilia, Auxiliaire de puériculture).

c. Les combinaisons de variables

L'exercice analytique auquel nous venons de nous livrer, qui tend à isoler les motivations présentées en différentes catégories et en différents arguments, malgré les efforts déployés au cours des quelques paragraphes précédents, ne rend pas suffisamment compte de l'enchevêtrement des arguments et motivations. L'isolement des arguments est un artefact qui, s'il nous aide à mieux comprendre les logiques à l'œuvre, les rend trop distants des parcours biographiques et de l'enchevêtrement des événements qui les composent.

Par exemple cette infirmière qui nous déclarait :

« Je vais être honnête avec vous. J'ai fait beaucoup d'hôpital, beaucoup de service de réa, beaucoup de chirurgie, de la grosse chirurgie, et donc j'ai roulé un peu ma bosse puis un jour j'ai fait un choix, parce que je voulais avoir des enfants... c'était privilégier la vie de famille et puis c'est un autre côté du métier d'infirmière » (Jannie, Infirmière).

En une seule phrase, sont alors énoncées, la volonté d'avoir un travail moins dur que la chirurgie, l'acquisition d'une certaine expérience professionnelle, la possibilité de se ménager un emploi du temps plus souple et la mise en relation de cela avec un projet de vie familiale. Tout cela étant appuyé et justifié par le désir de découvrir un autre aspect du métier à la suite de plusieurs années passées dans le milieu hospitalier.

d. Un travail « pas trop prenant »

Ces différents arguments présentés comme étant à l'origine de la motivation de « l'entrée en PMI » sont parfois combinés pour donner une connotation générale au travail. La mise en parallèle des arguments sur les conditions de travail, le statut de salarié, les horaires fixes, etc, et ceux présentés au début de ce chapitre, sur la PMI comme moyen de « refuge » vis-à-vis de la morbidité, de la pression des cadences hospitalières ou libérales, le dégageant des soucis de comptabilité, peut donner une image de ce service comme « planque » professionnelle ; comme un moyen de gagner sa vie sans vraiment travailler.

« Quand tu bosses dedans tu te rends compte que c'est très intéressant mais quand tu es à l'extérieur, classiquement, la réputation c'est plutôt, "si tu n'as rien envie de foutre, tu bosses en PMI", c'est un peu ça » (Dr Lavois, Pédiatre).

Cette image de la PMI nous a été rapportée à plusieurs reprises, tout en étant systématiquement démentie par les intervenants. Il est tout à fait compréhensible que nos interlocuteurs se défendent de faire un métier facile, de ne pas travailler beaucoup ou de n'avoir rien à faire de leur journée. Quel travailleur pourrait honnêtement se vanter de cela et le revendiquer ? Pourtant comment interpréter autrement la prédominance des arguments portant sur les questions d'emploi du temps et la régularité des congés que nous venons d'exposer ? Comment donner du sens autrement à ces déclarations sur le choix de la PMI comme un moyen de se prémunir de situations trop pénibles et de cadences soutenues ?

« Au départ, je pense que c'était, par rapport à l'hôpital, la pénibilité du travail en moins quand même » (Maïté, Puéricultrice).

Force est de constater que cet aspect du travail en PMI reste le principal critère d'orientation des professionnels. En contrepartie, le travail qui leur est demandé, se révèle souvent complexe et plus éprouvant que ce que laisse entendre cette représentation extérieure des services. Et dans les discours recueillis, à l'exception d'une minorité qui place cette question des temps de travail comme argument isolé et indépendant, la majorité y associe non seulement d'autres éléments liés à leur précédent emploi, mais aussi, bien souvent, des éléments clairement recherchés par rapport au travail spécifique de la PMI.

4. Le travail en lui-même

Comme pour les précédents types d'arguments, ceux du choix de la PMI pour le travail effectué ne sont pas exclusifs à toutes autres explications. Ils rendent le plus souvent compte de la pluralité de la vie des intervenants en faisant simultanément appel aux multiples facettes de leur socialisation (Lahire, 2001). La référence fréquente à l'activité professionnelle précédemment occupée tend à présenter ces arguments comme étant « par opposition à ». Pour autant les arguments que nous allons présenter ici ne manifestent pas la fuite ou la mise à distance de quelque chose mais bien la recherche d'un élément supplémentaire ou l'accroissement de tel ou tel autre aspect de l'activité professionnelle.

a. Travailler auprès des enfants

Commençons par un élément qui, s'il semble évident au premier abord, mérite tout de même d'être souligné, celui du rapport à l'enfance. Parmi les arguments avancés dans le choix de la PMI, la volonté des intervenants de travailler auprès de la petite enfance se trouve en bonne place. Dans un service où la plupart des professionnels ont un diplôme validant une spécialisation dans la petite enfance, cela peut paraître évident¹³⁸. Il est toutefois intéressant d'observer les nuances qui existent dans les arguments présentés autour de cet intérêt pour la petite enfance. Dans certains cas, cet intérêt est exprimé très tôt et sert de guide tout au long du parcours, scolaire d'abord et professionnel ensuite. C'est notamment le cas des Educatrices des Jeunes Enfants dont la filière professionnalisante est explicitement orientée vers les « jeunes enfants ». Cela peut aussi être le cas de médecins qui dès le commencement de leurs études souhaitent passer leur spécialisation de pédiatrie ou de puéricultrices qui souhaitent travailler auprès de la petite enfance et pour qui l'école d'infirmière, suivie de celle de puériculture, était un des moyens pour y parvenir.

¹³⁸Cet « argument de la petite enfance » n'est pas pour autant partagé par tous les intervenants que nous avons rencontrés. À ce stade de notre chapitre, nous avons déjà évoqué une certaine diversité de motivations possibles pour justifier l'entrée en PMI. Et certains professionnels rencontrés n'évoquent pas la petite enfance ou une volonté spécifique de travailler en pédiatrie pour justifier leur orientation professionnelle. Celle-ci est davantage liée à la recherche d'un emploi ou d'un poste. Cela peut être le cas de médecins effectuant des vacances pendant leurs études, vacances qui débouchent sur une possibilité de recrutement, ou encore la possibilité d'entrer au Conseil Général au cours d'une campagne de recrutement ; le travail auprès de la petite enfance n'étant alors qu'une des conditions d'emploi du recrutement en question.

« Au cours des études d'infirmière on fait des stages dans plusieurs hôpitaux, plusieurs services mais c'est toujours les enfants qui m'ont attirée. J'avais envie de travailler avec les enfants » (Françoise, Puéricultrice).

Mais pour les médecins et les puéricultrices, ce choix de la petite enfance a pu s'opérer dans un second temps. La spécialité de pédiatrie pour les médecins ou le diplôme de puéricultrice pour les infirmières pouvant parfaitement subvenir après plusieurs années de pratique professionnelle.

Le désir de ne pas se limiter à un soin précis, d'exercer une médecine différente de celle réalisée en milieu hospitalier peut être l'élément générateur de ce choix. Nous avons déjà vu plus haut l'importance de la morbidité dans ce choix ; la volonté de ne plus être confronté à l'enfant malade ou à la mortalité infantile. Mais au-delà de cela, le désir d'exercer une médecine plus générale, plus généraliste que le « simple » soin d'un symptôme ou d'une maladie est souvent l'élément déterminant pour le choix de la PMI, notamment pour les médecins. Dans cette perspective, l'enfant n'est plus uniquement perçu comme le porteur de telle ou telle maladie, il n'est plus ausculté exclusivement au travers de ses symptômes et n'est plus désigné par le nom de son organe déficient¹³⁹. Le choix est alors celui de traiter l'enfant dans sa globalité.

« Parce qu'au départ je me suis orienté médecine générale parce que c'était la globalité qui m'intéressait et s'attacher à un truc, ça ne m'intéressait pas spécialement. Et après en fin de cursus, je me suis dit, à la limite, s'il y avait une spécialité, ça aurait été la pédiatrie. Parce que là c'est chez les enfants, mais c'est l'enfant dans sa globalité et pas un organe ou... c'est que moi, c'est plus l'idée d'ensemble qui me plaît que... donc là, c'est vrai que la PMI, je m'éclate » (Dr Lavois, Pédiatre).

Une double interprétation peut être avancée de cette approche de l'enfant dans sa globalité. En premier lieu nous pouvons noter que cette approche par la globalité s'oppose à une approche plus spécialisée, spécifique à un organe et à la déficience éventuelle de celui-ci. Refuser cette approche implique de ne pas se limiter à une séquence temporelle déterminée par le temps de la maladie. Ensuite l'évocation de cette approche globale signifie aussi la volonté de ne pas se limiter à la seule dimension physiologique de la santé infantile, de ne pas se limiter au seul aspect biologique de la médecine comme cela peut être le cas lorsque l'enfant est isolé dans une chambre d'hôpital. Cette approche globale de l'enfant établit un lien avec son milieu de vie, la

¹³⁹ Voir à ce propos l'interprétation que fait Y. Jaffré de cette réduction de l'identité du malade à la dénomination de sa maladie comme résultat de la mise à distance du sujet malade. Dans de telles situations, « on parle de cas et non de personnes » (Jaffré, 2003 : 306).

composition de la famille, la relation avec les parents et l'ensemble des éléments qui constituent le cadre de vie de l'enfant.

b. Relation au patient, contact des familles et suivi des situations

L'attente d'une relation temporellement plus longue et socialement plus approfondie avec l'enfant et sa famille est aussi souvent évoquée comme étant à l'origine de l'orientation en PMI.

« En rentrant à l'école d'infirmière je voulais être infirmière de bloc et puis au bout de la deuxième année, je me suis rendu compte qu'être en bloc, ça allait être enfermée et que ce qui était intéressant, c'était la relation avec les patients, entre autre. Et puis en deuxième année, on a commencé les stages en pédiatrie, crèche, PMI, ça m'a beaucoup plu et je me suis dit que ça serait pas mal de se spécialiser en pédiatrie » (Sandra, Puéricultrice).

Toujours selon le même principe, la question du contact avec les familles et de la dimension relationnelle que permet le travail en PMI est généralement évoquée par comparaison aux précédents postes de travail occupés. Deux dimensions de la relation à la famille et à l'enfant sont particulièrement mises en avant, une dimension temporelle d'une part et une dimension liée à la diversité des registres d'interaction composant la pratique de la PMI d'autre part.

La dimension temporelle désigne la volonté de suivre l'évolution des enfants, de la naissance, ou de la grossesse de la mère, jusqu'aux six ans de celui-ci.

« Ça me permettait d'avoir un contact relationnel enfants-parents, qui me semblait peut-être plus fort et dans la durée aussi, qu'à l'hôpital où l'enfant ne fait que passer avec sa famille. Tandis que là on arrive à suivre sur un parcours plus long, d'avant la naissance jusqu'à ce qu'il soit grand. C'est intéressant d'un point de vue relationnel » (Monique, Puéricultrice).

Mais cela peut aussi être la volonté de s'assurer du suivi des soins effectués, des conseils préconisés.

« En fait ce qui m'a amené à travailler en PMI, c'est la discordance entre ce que l'on faisait à l'hôpital et la réalité. (...) c'était des populations qui étaient très défavorisées. (...) Et en fait c'était des gens que l'on recevait aux urgences pour des affections qui étaient tout à fait bénignes ou des gens qui venaient, qui étaient pris en charge à l'hôpital et qui après leur sortie, disons que le suivi des soins n'était pas fait. Et ça m'a beaucoup interrogé en tant que médecin, parce que c'est vrai qu'après, on se pose la question de l'efficacité de ce qu'on fait, est-ce qu'il n'y a pas autre chose à faire ailleurs et d'une autre façon surtout ? » (Dr Zuca, Pédiatre).

Comme le montre très bien cet extrait d'entretien, cette volonté tient autant au désir de suivre l'évolution des différentes situations rencontrées qu'à un questionnement plus général sur l'efficacité de soins médicaux ponctuels dans le cadre d'un travail

réalisé dans un milieu « défavorisé ». Dans les deux cas, il s'agit d'avoir un suivi plus long que la seule durée des soins comme c'est le cas dans le travail hospitalier. C'est donc en terme de durée de la relation avec les usagers que ces professionnels manifestent leur intérêt pour la PMI.

Mais l'intérêt de la relation avec les usagers ne se limite pas à une question de temporalité ou à un rapport au temps du soin. Le relationnel en lui-même peut être recherché, pour les différentes dimensions qu'il recouvre. Que ce soit dans la relation à l'enfant ou dans celle aux parents, les échanges peuvent être plus ou moins techniques et porter sur des éléments de la vie quotidienne plus ou moins privés.

« À la crèche, on est pas interpellé, les gens n'ont pas besoin de nous, on sert de garderie... il n'y a pas de discussion avec les parents, quand tu tentes de discuter, ils n'écoutent pas, pour eux, tu n'es pas là pour ça » (Florence, Puéricultrice).

Ainsi, la recherche du contact avec les usagers des services, parents et enfants, est particulièrement mise en avant dans les discours, aussi bien à la base de l'orientation en PMI, comme nous venons de le dire ici, que comme motif de satisfaction manifeste de la pratique professionnelle quotidienne. Cette notion de contact semble alors désigner l'ensemble des interactions allant au-delà de celles strictement nécessaires à la gestion de la situation en cours, à savoir, les gestes techniques ou de soins dans le cas de l'hôpital ou de la pratique libérale et les échanges liés à l'accueil de l'enfant dans le cas des crèches.

c. Intérêt pour le social

Enfin, dernier type d'arguments à nous avoir été présenté, celui de la relation au social. S'il s'agit de la dernière catégorie dans cette présentation, cela n'est pas le cas dans les discours. Que ce soit en termes de position dans l'énonciation des différents arguments ou en termes d'importance argumentative, cette relation au « social » fait en réalité partie des arguments les plus importants dans le choix de la PMI.

Ce rapport au social renvoie aux parcours des différents intervenants et à l'évolution qu'ils entendent donner à leur carrière professionnelle. Ce positionnement vis-à-vis du social se présente comme une justification de la posture professionnelle adoptée par chaque intervenant et nous renseigne alors sur la relation qu'il entretient avec sa qualification d'origine et le sens qu'il y attribue. Dans cette partie, nous ne nous

intéresserons qu'à l'importance que les professionnels accordent au social et à la place qu'ils lui réservent dans leur pratique quotidienne et la qualification de leur travail.

Dans les arguments des intervenants, « Le social » peut être présenté comme un centre d'intérêt en lui-même, indépendamment des parcours professionnels et des carrières dans lesquels s'inscrit l'entrée en PMI. Il est à ce moment-là distingué de la teneur médicale du travail de PMI.

« En PMI j'avais pas fait de stage, mais c'est vrai que j'ai toujours été attirée par tout ce qui est social, c'est le médico-social qui m'intéressait, enfin le social proprement dit, pas tellement le medico-social, c'est le social qui m'intéressait » (Christine, Auxiliaire de puériculture).

Dans cet extrait d'entretien, qui présente l'aspect social du travail de PMI comme une des motivations principales sans autre forme d'argument, la part médicale du service n'est évoquée que pour être mise à distance. Cette distinction entre le médical et le social nous semble particulièrement intéressante dans le sens où c'est à partir de celle-ci que les intervenants effectuent leurs choix professionnels. Mais cette distinction pondérée dans les discours nous semble nettement moins effective dans l'analyse des pratiques, notamment lorsqu'il s'agit de définir ce qui constitue cette partie sociale du travail. Pour autant, cette dimension sociale du travail réalisé par les services de PMI est clairement mis en avant dans les représentations du service et donc dans les arguments du choix de celui-ci. Ainsi ces deux éducatrices de jeunes enfants qui travaillaient en crèche et en halte garderie avant de postuler pour la PMI et qui déclarent respectivement :

« Le travail en PMI m'intéressait beaucoup, c'était une ouverture, c'était un travail avec du social, plus de social qu'à la crèche » (Claudie, EJE).

Et

« Donc je me suis dit que quitte à travailler dans le social, autant y être pleinement » (Denise, EJE).

La mise en parallèle de ces deux déclarations, outre leur ressemblance de premier abord, nous permet de retrouver le questionnement que nous posions en introduction à ce paragraphe. D'un côté nous voyons que le fait de postuler en PMI relève d'un désir de travailler davantage dans le social. D'un autre, nous voyons qu'un aspect social est aussi attribué au travail en crèche et en halte-garderie. Si les consultations de PMI sont clairement annoncées comme étant des consultations médico-sociales il n'en est pas de même pour les crèches ou les haltes-garderies qui, comme leur nom l'indique, ne sont « que » des lieux de garde. Retenons alors cette idée que le terme de « social » tel qu'utilisé ici, reste une notion floue et diffuse. Si tous les professionnels que nous avons

rencontrés s'accordent pour attribuer une dimension sociale à la pratique de la PMI, cette dimension pose une fois de plus question lorsqu'on la met en regard de la dimension sociale attribuée au travail effectué en crèche. Il nous faut encore avancer quelques remarques importantes sur les discours recueillis auprès des professionnels avant de poursuivre notre réflexion d'ensemble sur ces dimensions sociales des consultations de protection infantile.

d. La variable des métiers

Nous venons d'exposer les trois principaux arguments présentés comme étant à l'origine du choix de la PMI et qui concernent le travail en lui-même. Leur analyse à partir de la variable « métiers » va nous permettre de relever un certain nombre de différences et de points communs sur le positionnement des intervenants, directement liés à la formation initiale de chacun. Les trois arguments d'entrée en PMI que nous venons de présenter sont donc le travail auprès de la petite enfance, la dimension relationnelle et l'intérêt pour le social.

Pour ce qui est de la volonté de travailler auprès de la petite enfance, bien que nous ayons vu que tous les professionnels ne le présentent pas comme un argument orientant directement vers la PMI, ce choix de la petite enfance a pourtant été opéré à un moment donné du parcours professionnel ou au cours de la formation initiale de chacun des intervenants. La très grande majorité des professionnels sont titulaires d'une spécialisation dans le domaine de l'enfance ou de la petite enfance. Qu'il s'agisse des éducatrices de jeunes enfants, des puéricultrices ou des auxiliaires de puériculture, leurs métiers sont, par définitions, orientés vers la petite enfance. Quant aux médecins, la majeure partie d'entre eux ont une spécialisation en pédiatrie¹⁴⁰. De fait, la question de l'orientation en direction de la petite enfance est commune à l'ensemble des professions participant aux consultations de protection infantile.

¹⁴⁰ Les services de PMI ont longtemps fonctionné avec le concours de « simples » médecins généralistes. Mais depuis le décret du 6 août 1992 relatif à la Protection Maternelle et Infantile, « Les médecins recrutés comme titulaires à partir de la publication du présent décret doivent être, en outre : 1- Soit spécialiste ou compétents qualifiés en pédiatrie » ou avoir le même type de spécialisation en gynécologie-obstétrique, psychiatrie de l'enfant, ou santé publique (Art.9-II). Cependant, « en cas d'impossibilité de recruter des médecins titulaires remplissant l'une des conditions définies au II ci-dessus, une dérogation peut être donnée par le préfet pour le recrutement de médecins généralistes possédant une expérience particulière dans les matières énumérées au II »(Art. 9-III).

À l'inverse, la dimension relationnelle, la recherche de contact avec les familles et l'attrait pour le social suivent une répartition liée aux différents métiers présents dans les consultations de protection infantile. En effet, ces deux premiers aspects sont essentiellement mis en avant par les médecins et les puéricultrices, tandis que la recherche d'un « plus de social » est avancée par les éducatrices de jeunes enfants et les auxiliaires de puériculture.

Une interprétation à partir des formations initiales de ces différentes professions permet d'éclairer cette répartition des arguments. En effet, les éducatrices de jeunes enfants sont, avant tout, des professionnelles du social. La base de leur formation est la même que celle des éducateurs spécialisés et ils sont professionnellement référencés comme des travailleurs sociaux. Nous ne verrons alors rien d'étonnant à ce que ces travailleurs sociaux, après une expérience de travail en lieu d'accueil, souhaitent trouver un cadre de travail à plus forte teneur sociale, cherchant par là à remplir la fonction pour laquelle ils ont été formés. Les auxiliaires de puériculture sont les professionnels les moins diplômés exerçant en PMI. leur formation est sensiblement la même que celle des aides-soignantes. Le désir de s'orienter vers une pratique plus sociale peut être compris comme une prise de distance par rapport à une activité médicale qui nécessite des compétences techniques particulières pour lesquelles elles ne sont pas qualifiées ou, à l'inverse, pour s'orienter vers un travail mettant d'avantage en exergue leurs compétences relationnelles qu'un travail en lieu d'accueil. Comme nous l'avons vu dans le chapitre IV, il est fréquent que les professionnels marquent une opposition plus ou moins nette entre une pratique « médicale et technique » et une pratique « relationnelle et sociale »¹⁴¹. Ainsi, pour les auxiliaires de puériculture, revendiquer un aspect social dans leur pratique quotidienne est un moyen de faire reconnaître institutionnellement les expériences et compétences personnelles qu'elles mettent en œuvre et sur lesquelles elles s'appuient quotidiennement dans la réalisation de leur travail.

D'un autre côté, le contact avec les familles et le développement de la relation au « patient » n'est présenté comme argument décisif que par des médecins et des

¹⁴¹ Sans définir formellement le contenu de chacune de ces pratiques et sans les rendre exclusives l'une à l'autre, il s'agit de tendances auxquelles les intervenants manifestent leur appartenance ou autour desquelles ils positionnent leurs collègues de travail. Tous les intervenants de PMI présentent leur activité comme plus sociale que la médecine de ville, hospitalière... ou que le travail en crèche, lieu d'accueil... C'est à partir de la distinction que les intervenants d'une même consultation établissent entre eux, en tant que praticiens « plus ou moins sociaux » que nous percevons la fluidité et l'imprécision du terme « social » dans l'usage qu'en font les intervenants des services.

puéricultrices. Pour les uns et les autres, ces professions sont catégorisées comme profession médicale ou para-médicale. La part technique du travail de soin tel qu'il est enseigné au cours des formations initiales est relativement importante et la prise en charge des patients est principalement orienté vers le corps biologique, physiologique de la personne ou de l'enfant. Ainsi, à travers le choix de la PMI comme quête du relationnel, c'est une autre dimension de la profession de médecin ou de puéricultrice qui est recherchée, une dimension supplémentaire du soin, la prise en compte de la dimension sociale de la personne.

Nous avons donc d'un côté des intervenants avec une formation initiale orientée sur le travail social qui déclarent choisir la PMI pour son aspect social, sans pouvoir définir clairement ce qui est désigné par cette expression. Et d'un autre côté, des intervenants, de formation médicale ou para-médicale qui déclarent avoir opté pour la PMI dans l'espoir d'un travail plus relationnel, cette dimension recouvrant une prise en compte de l'aspect social des personnes. Pour tous ces professionnels, le choix de la PMI est présenté comme la quête d'une autre dimension de leur métier, une autre facette, la mise en œuvre de leurs compétences dans de nouvelles situations, dans la confrontation à des problématiques non abordées dans leur précédent cadre de travail.

5. Remarques sur les parcours recueillis

a. La logique du hasard

Parmi les arguments qui président au choix de la PMI par les professionnels, certains ne sont directement liés ni aux conditions de travail, ni au travail en lui-même. Ils présentent cette entrée dans le service comme relevant du hasard. Jusqu'ici, les différents arguments recensés, font état d'un choix explicite des intervenants et une relation de causalité directe peut être établit entre ce choix et l'entrée en PMI.

Pour les arguments présentés ici, les relations de causalité ne sont pas à exclure et des explications logiques sont avancées, conférant une certaine cohérence à l'enchaînement des différentes étapes constitutives du parcours professionnel. Pour autant, les causes de l'entrée même dans le service sont présentées comme indépendantes de la volonté de l'informateur. Le « choix » de la PMI, présenté comme étant dû au hasard, est alors expliqué par la mise en relation d'un faisceau d'éléments

distincts, un « simple » concours de circonstances. Ainsi cette puéricultrice qui doit son recrutement en PMI à la suite d'une campagne de recrutement du Conseil Général.

« j'ai atterri en PMI alors que je voulais travailler en crèche et puis finalement le travail m'a bien plu » (Patricia O., Puéricultrice).

Mais le « hasard » est parfois clairement évoqué comme raison principale de ce « choix » professionnel.

« c'est tout à fait le hasard. C'est le hasard, parce que je ne connaissais pas l'existence de la PMI. (...) Par contre, c'est complètement idiot si je vous dis la vérité. J'ai rencontré un cousin dans le bus qui me dit « tiens, je t'ai découpé ça, figures toi que le Conseil Général cherche des orthophonistes ». Et moi je travaillais déjà. « boarf » « mais qu'est-ce que tu risques ? T'as qu'à faire une demande ! ». J'ai fait ma demande, et après j'ai complètement oublié et c'était six mois ou un an après, j'ai eu... [la réponse]. Voilà, c'est comme ça, donc c'est le plus pur des hasards » (Véronique, Orthophoniste).

Cet extrait d'entretien illustre parfaitement ce principe selon lequel, lorsque l'entrée en PMI s'opère selon un processus distinct d'une intention personnelle orientée vers la PMI ou les conditions de son exercice, l'explication est ramenée au hasard. Pour autant, dans cette séquence, le seul élément qui puisse éventuellement être le fruit du hasard est la rencontre fortuite de deux personnes dans un bus. En effet, le cousin en question n'a pas découpé l'annonce par hasard et cette orthophoniste n'y a pas, non plus, répondu par hasard. De fait, ce n'est pas « par hasard » que cette orthophoniste a été recruté en PMI. Toutefois, si les causalités sont bien présentes dans le discours et qu'elles permettent d'écarter le hasard en tant que facteur explicatif, son évocation ne doit pas être ignoré. En effet, celle-ci illustre à la fois l'écart qui existait entre les motivations¹⁴² de cette personne à postuler en PMI et le service en lui-même, et la méconnaissance totale du service dont fait état l'informatrice au moment où elle propose sa candidature. Cas de figure que nous retrouvons dans le parcours de cette éducatrice de jeunes enfants :

« Le plus pur des hasards. Moi j'ai eu mon diplôme en 76, je ne savais pas trop ce que je pouvais faire avec, travailler en crèche, en pouponnière, on ne savait pas trop ce qu'on pouvait faire avec. (...) Donc je suis sortie avec ce diplôme, je cherchais surtout en maternelle et en crèche et puis par le plus pur des hasards j'ai appris qu'il y avait un poste au Conseil Général » (Patricia G. EJE).

Le hasard se trouve dans la manière dont cette éducatrice a eu connaissance d'un recrutement possible au Conseil Général, pas dans le fait qu'elle travaille en PMI.

¹⁴² Pris dans le déroulement de l'entretien, les motivations de cette informatrice nous sont d'ailleurs restées inconnues. Cet exemple nous permet de constater que si les questions « comment » permettent des réponses plus libres et plus fournies que les questions « pourquoi » (Becker, 2002), elles ne permettent pas d'accéder au même type d'information.

Pourtant, comme dans le cas précédent, la méconnaissance totale de la PMI avant d'y entrer l'amène à mettre une distance entre l'aboutissement de son parcours professionnel et les choix effectués pour y parvenir. L'évocation du hasard permet alors de tracer une ligne droite sans relater, et parfois sans même prendre en compte, l'ensemble des éléments ayant conduit à la PMI

Pour ce qui est de la lecture subjective et particulière des parcours professionnels et des choix qui les construisent, nos entretiens se sont révélés très riches d'informations. Nous avons recueilli une multitude de motivations et un foisonnement de liens entre ces différentes propositions. Au plus près (peut-être parfois trop) des parcours individuels, ce foisonnement irrite le chercheur qui ne peut en établir des catégories claires et bien délimitées. Chaque typologie une fois dessinée trouve rapidement un contre-exemple qui la remet en question.

b. L'illusion biographique

« L'entrée en PMI » est un moment particulier dans les parcours professionnels et plus largement dans les biographies de nos informateurs. Très rarement présentée comme un point de départ, cette entrée est davantage située dans le prolongement d'un parcours professionnel riche en expérience.

D'un côté, les parcours recueillis se composent de ruptures successives et de changement de cap entre les différentes étapes qui les composent. « C'est assez rigolo, humainement c'est une sorte de passation de métier » (Denise, EJE). D'un autre côté, pour chaque parcours professionnel, les arguments avancés pour présenter ces « passages du coq à l'âne » ou ces « besoins de changer » confèrent une logique aux décisions prises et visent à y établir une cohérence.

La cohérence de ces parcours suscite quelques interrogations et nous pousse à nous demander si nos entretiens ne souffrent pas de « l'idéologie biographique » : « Ce phénomène de reconstruction *a posteriori* d'une cohérence, de « lissage » de la trajectoire biographique » (Bertaux, 2005 : 38). Ce « lissage » peut être dû au fait que nos entretiens n'étaient pas réellement biographiques et étaient centrés sur le parcours professionnel. Mais comment soupçonner nos informateurs de chercher à enjoliver leurs décisions quand elles sont présentées sous le jour de contraintes matérielles (le plus

souvent, l'arrivée d'enfant) ou d'une quête d'amélioration des conditions de travail (les changements d'horaire ou recherche d'emploi stable) ?

Ainsi, si nous n'avons pu établir de typologie de parcours professionnels, au moins avons nous réussi à comprendre le sens des différents arguments qui peuvent conduire un professionnel à opérer le « choix » de la PMI. À cette compréhension résiste encore les parcours aboutis sous le coup du hasard. À ceux-ci, peut-être, pourrions-nous dresser un procès en « idéologie biographique ».

« Les hasards de la vie ont fait qu'il fallait que je sois salarié assez vite, donc du coup j'ai cherché une formation courte » (Denise, EJE).

Mais peut-on réellement soupçonner l'argument du hasard d'être le désir (peut-être inconscient) d'établir une cohérence dans un parcours professionnel ? L'hypothèse ne nous semble pas soutenable, le hasard n'étant pas d'une cohérence assez forte pour cela. Dans ce cas, l'invocation du hasard nous semble d'avantage être de l'ordre de l'économie du récit plutôt que de la quête d'une cohérence. La survenue du hasard comme thème d'explication permettant à certains de nos informateurs de simplifier leurs parcours et de ne pas s'attarder sur des détails qu'ils jugeaient inutiles.

6. Conclusion de mi-parcours

Arrivant à la fin de la présentation des motivations d'entrée en PMI, revenons aux raisons qui nous ont poussées à recueillir ces informations. Nous cherchions d'une part à obtenir des lectures éminemment subjectives et complexifiées d'un événement simple : le recrutement en PMI. D'autre part, nous cherchions à savoir si oui ou non, la PMI était un choix effectué par convictions, sociales ou politiques, ou s'il était dépendant de raisons annexes et sans rapport direct avec le type et l'orientation du travail effectué.

La variété des arguments recueillis et les quelques remarques que nous venons d'y faire nous ont permis d'accéder à une pluralité de vécue de l'expérience d'entrée en PMI ; la subjectivité ne fut donc pas en reste.

Quant à notre second point, que dire de cet engagement quasi-militant dont nous faisons l'hypothèse en début de chapitre ? Les éléments de réponse sont mitigés. Les intervenants qui présentent le travail en lui-même comme cause originaire du choix, sont relativement peu nombreux. Si certains professionnels déclarent avoir toujours eu

la PMI comme objectif de travail, pour faire de la « pédiatrie sociale » ou travailler dans la prévention, ils restent largement minoritaires. Plus fréquents sont ceux qui ont choisi la PMI pour son aspect « social » et c'est sur ces types d'arguments que nous retrouvons l'idée du choix de la PMI comme un « engagement militant », thèse défendue par Marie-Anne Blanc (2000) à propos des femmes médecins de PMI. Dans cette thèse, une distinction est établie entre les motivations d'entrée en PMI (très hétéroclites, comme nous avons pu le voir) et l'investissement dans le travail quotidien (à partir duquel est établit cette image militante des femmes médecin).

Entre ces deux moments de la vie des professionnels que sont l'entrée dans le service et la quotidienneté du travail aura joué le processus de *socialisation professionnelle*. Everett Hughes présente la socialisation professionnelle « à la fois comme une **initiation**, au sens ethnologique, à la « culture professionnelle » et comme une **conversion**, au sens religieux, de l'individu à une nouvelle conception de soi et du monde, bref à une nouvelle identité » (Dubar, 2002 : 139). Ce serait au fil de cette socialisation, durant ces années de travail¹⁴³ que l'aspect engagé et militant de la PMI se développerait.

À ce principe relatif du travail de PMI vécu comme un engagement personnel, comme un acte militant (Blanc, 2000), s'oppose alors les nombreux arguments d'entrée dans le service, totalement détachés du travail qui y est effectué. Il semble difficile de considérer les choix de la PMI pour les jours de congé, les horaires fixes ou la stabilité de l'emploi comme des choix militants. Ainsi dans les différents types d'arguments que nous avons énoncés, tous ceux « par opposition » ou portant sur les conditions de travail viennent directement à l'encontre de cette idée de l'engagement en PMI par conviction personnelle et professionnelle.

Mais peut-on pour autant totalement rejeter cette vision engagée du travail effectué par les intervenants que nous avons rencontrés ? À l'importance des arguments « matériels » qui nous ont été présentés s'oppose alors ce que nous désignons en introduction comme étant la prégnance du social dans les discours des intervenants. Et au-delà de cette présence systématique de l'argument social dans les discours, c'est le positionnement des intervenants par rapport à celui-ci qui doit être pris en compte. La

¹⁴³ Voir à ce propos le troisième point de la deuxième partie de ce même chapitre « un apprentissage sur le tas »

rhétorique de l'aveu, parfois même du repentir, qui est employée, si elle ne nous dit pas grand chose sur les « vraies raisons » qui ont conduit ces intervenants à la PMI, nous en dit beaucoup quant à leur position actuelle par rapports à la valeur sociale qu'ils attribuent à leur travail. C'est à l'évolution de cette position vis-à-vis de la dimension sociale du travail et à l'engagement supposé que celle-ci nécessite qu'est consacrée la suite de ce chapitre.

II. Les premiers temps en PMI

En complément des arguments d'entrée présentés, dont nous venons de voir l'hétérogénéité et, pour une bonne partie d'entre eux, l'aspect « détaché » du travail effectué par la PMI, plusieurs éléments méritent encore d'être analysés dans les discours que nous avons recueillis à propos de l'entrée en PMI. Au premier rang de ces éléments se trouve une déclaration commune à la plus grande partie de nos interlocuteurs : la méconnaissance préalable du service avant la prise de fonction. De cette méconnaissance du service découlent deux événements qui nous semblent particulièrement intéressants pour la compréhension des situations vécues par les professionnels. D'une part la découverte de la « vraie pauvreté » lors de leur prise de fonction et d'autre part l'apprentissage « sur le tas » auquel ces intervenants devront se livrer au cours de leurs premières années d'exercice.

1. Méconnaissance préalable du service

Comme nous l'avons aperçu dans certains extraits d'entretiens cités précédemment, de nombreux intervenants ne « connaissaient » pas ou très peu la PMI avant d'y être recruté. D'importantes variations sont à noter sur cette échelle de la méconnaissance. Il y a en effet une marge entre cette sage-femme qui déclare « je savais ce que c'était quand même, (...) [mais] je ne savais pas du tout à quoi ça correspondait » et cette auxiliaire de puériculture qui annonce qu'« au départ, je ne savais pas que la PMI existait ».

La connaissance/méconnaissance du service par les différents intervenants peut s'expliquer de différentes manières. Nous avons ainsi pu identifier quatre facteurs principaux influant sur cette connaissance préalable ou à l'inverse justifiant cette

méconnaissance du service. En effet, ces différences de connaissances semblent dépendre essentiellement du métier de l'intervenant, de ses relations personnelles et de son expérience professionnelle antérieure et enfin, et peut-être surtout, de son origine sociale.

Nous retrouvons au premier rang de ceux-ci la « variable des métiers » et son antériorité, la formation initiale des professionnels. En effet, les puéricultrices et auxiliaires de puériculture effectuent des stages pratiques au cours de leur formation initiale et la PMI fait partie des stages obligatoires. Toutefois, il n'en a pas toujours été ainsi dans l'organisation des formations et les plus anciennes dans le métier n'ont pas bénéficié de cette première approche. En outre, la PMI n'étant bien souvent pas le premier service dans lequel travaillent les professionnels, le souvenir laissé par le stage initial d'une durée d'un mois semble parfois bien loin au moment de la prise de fonction. À cela s'ajoute encore les différences de fonctionnement entre les départements et pour peu qu'une puéricultrice ait effectué son stage de formation dans un département avant de travailler plusieurs années après en PMI dans un autre département, la connaissance du service sera déclarée comme étant quasiment nulle.

Le cas des éducatrices de jeunes enfants est quant à lui relativement particulier. En effet, ces professionnelles de formation essentiellement sociale ne sont pas employées en PMI dans tous les départements de France. Seuls quelques départements ont recours à des EJE pour leurs services de PMI. En outre, leur recrutement est relativement récent¹⁴⁴ et leur nombre peu élevé. De fait, d'un côté la plupart des EJE ne connaissaient pas réellement la PMI avant d'y travailler, et réciproquement, de nombreux professionnels de PMI ne connaissaient pas la profession d'EJE avant d'en côtoyer quotidiennement. Afin de remédier à cette situation, le Conseil Général des Bouches-du-Rhône a fait éditer une plaquette¹⁴⁵ dont l'objectif était de palier à cette méconnaissance réciproque en présentant le rôle de l'EJE en PMI. Toutefois, à l'instar des puéricultrices, la PMI est désormais comprise dans la formation initiale des EJE.

¹⁴⁴ Depuis 1983 pour le département des Bouches-du-Rhône.

¹⁴⁵ *Les éducatrices de jeunes enfants en protection maternelle et infantile*, 2002, DGAS, CG13. Ce fascicule d'une douzaine de pages comprend cinq parties dont trois concernent spécifiquement les EJE (- les spécificités de l'EJE de PMI dans la mission de prévention - la dimension éducative - les autres domaines d'intervention). Réalisée par un groupe d'EJE de PMI, son élaboration a donné lieu à certaines dissensions entre les collaboratrices, un certain nombre d'entre elles trouvant la présentation de l'activité d'EJE de PMI trop réductrice comparée à leur pratique quotidienne.

La plupart des médecins quant à eux ont eu connaissance de la PMI par le biais de vacances effectuées dans des consultations au cours de leurs études de médecine. De fait, s'ils avaient une connaissance du service avant d'y postuler dans un premier temps et d'y être recruté par la suite, ils n'en avaient bien souvent que très peu, pour ne pas dire aucune, au moment de leurs premières consultations.

Nous voyons donc que la connaissance des services de PMI est loin d'être partagée par l'ensemble des intervenants du service dès leur formation initiale. Mais au-delà de la formation initiale, d'autres modes de connaissance du service et du travail qui y est effectué nous ont été présentés, notamment les connaissances personnelles et l'expérience professionnelle. Il s'agit alors d'intervenants qui ont connu soit dans leur entourage direct, soit par le biais de leur précédent lieu de travail, des personnes qui travaillaient dans des consultations PMI. Ces rencontres étant l'occasion d'échanges d'informations et de discussions sur le travail effectué dans les services et les conditions dans lesquelles il se déroule.

Mais plus intéressant encore nous semble être le rôle de l'origine sociale des intervenants sur leur méconnaissance préalable de la PMI. La quasi-totalité des intervenants que nous avons rencontré sont des femmes (à une exception près) et la grande majorité d'entre elles sont aussi des mères de famille. Pour autant, très rares sont celles qui connaissaient la PMI en tant qu'utilisateur des services, soit comme mère, soit plus jeune, en tant qu'enfant.

« Je ne connaissais pas du tout. Parce que je ne suis pas d'une famille... mes parents habitaient du côté de la Vierge de la Garde, nous, on a toujours été sur un petit nuage, on est plutôt ou artiste ou... enfin, on plane quoi. On est plutôt dans la littérature, ce qui fait que je ne connaissais pas les centres de santé, je ne connaissais rien » (Véronique, Orthophoniste).

L'aspect « social » des consultations de PMI ressort alors ici avec une grande clarté pour les intervenants. Les consultations de PMI comme service médico-social et donc exclusivement réservées aux plus pauvres ou aux personnes en difficulté.

« Quand tu penses à PMI dans les villes, c'est vrai que tu les retrouves souvent dans les quartiers, donc c'est vrai que ça a une image négative et puis tout le monde autour de toi te le dit, « PMI, connaît pas ». Et puis comme moi j'habitais S. bon, c'est pareil, il n'y a pas de problème là-bas et moi j'étais pas confronté à ça non plus » (Marie, stagiaire puéricultrice).

L'origine sociale des intervenants, dans la très grande majorité issue des classes moyennes, les tient à l'écart des centres de PMI. De fait, qu'il s'agisse d'une totale méconnaissance de la PMI ou d'une connaissance uniquement superficielle du service

et de son action, rares sont les intervenants qui n'auront pas déclaré découvrir « vraiment » la PMI au moment de leur prise de fonction et au cours de leurs premières années de travail dans le service.

2. Découverte de la pauvreté

Parmi les éléments les plus importants de cette découverte de la PMI en acte, le plus marquant et parmi les plus fréquemment cités est celui de la « découverte de la pauvreté ».

« J'ai connu qu'est-ce que c'était que la vraie pauvreté, la vraie... réellement. Parce qu'on en parle, on sait que ça existe et c'est autre chose que de la vivre sur le terrain. Parce qu'on fait beaucoup de visite à domicile et c'est frappant, et puis la différence de classe aussi entre certaines personnes et tout...

-C'est le premier truc qui t'a vraiment...

-Ah oui, la pauvreté, la déchéance de certaines personnes... la pauvreté c'est pas que la pauvreté pécuniaire, c'est la pauvreté psychologique... » (Colette, Puéricultrice).

Cette confrontation directe aux conditions de vie des personnes les plus précaires se présente alors comme l'expérience la plus déstabilisante de cette période « d'entrée en PMI ».

« Je savais pas du tout ce que c'était que la PMI. Je savais qu'on suivait les bébés à domicile. (...) Je pensais pas du tout qu'il y avait toute cette misère sociale à côté. Bon, on voyait à l'hôpital, qu'il y avait des prématurés qui sortaient, il y avait quelqu'un qui s'en occupait à la sortie mais je savais pas du tout ce que c'était comme boulot, si ce n'est qu'on pesait les bébés, voir s'ils allaient bien, les faire venir à la PMI. Je pensais pas qu'il y avait tout ce gros gros travail de détresse à assumer, d'accompagnement. Je pensais pas que c'était si lourd au point de vue social » (Maïté, Puéricultrice).

« Le secteur je ne connaissais pas du tout. Pour moi je savais pas que c'était comme ça. Qu'il y avait tous les hôtels meublés, tous les sans-papiers, tous les... je savais pas ça. Le centre ville c'était... je ne passais jamais dans le quartier, maxi jusqu'à la rue D. (...) mais c'est tout ce que je connaissais du quartier. Mais au début c'est surprenant quand tu arrives » (Karine, Auxiliaire de puériculture).

Deux éléments d'analyse se révèlent très bien dans ces extraits d'entretiens. D'une part, ils permettent de revenir sur la méconnaissance préalable du service par les intervenants. Nous voyons à travers cette découverte de la pauvreté du public ayant recours aux consultations que les professionnels n'avaient, avant d'y travailler, pas réellement conscience de la place occupée par les consultations de PMI dans le champ de la santé maternelle et infantile. D'autre part, nous y voyons également la découverte plus globale de l'existence et de l'importance de la pauvreté de certaines familles. Par

ces déclarations, se manifeste l'écart d'appartenance sociale qui existe entre les intervenants des services et les familles qui y ont recours.

Aujourd'hui, un débat est en cours sur un éventuel recentrement de l'action de la PMI sur les publics les plus vulnérables¹⁴⁶. Thème récurrent des réflexions et réformes de la PMI, celui-ci est un écho à l'évolution qu'elle connaît depuis son instauration en 1945. Élaboré comme un service de santé publique ouvert à tous, les centres de consultations gratuites ont été notamment mis en place pour permettre aux familles les plus démunies de souscrire aux consultations médicales et obligations vaccinales. C'est au moment de la décentralisation que cette orientation apparaît en tant que telle pour la première fois dans les textes législatifs¹⁴⁷. Et si la loi du 18 décembre 1989 insiste sur « les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière », le décret du 6 août 1992 précise dans son article 1 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 vulnérables et de quartiers défavorisés ».

Ainsi, en raison de leur gratuité, de leur accessibilité « sans conditions » et, pour bon nombre d'entre elles, de leurs lieux d'implantation, les consultations de protection infantile sont majoritairement fréquentées par une population immigrée ou issue de l'immigration¹⁴⁸ et/ou en situation de précarité économique et sociale. Ces « spécificités » du public sont souvent rappelées dans les travaux portant sur la PMI (Bouchayer, 1984 ; Joubert, 1993 ; Serre, 1998) et cela indépendamment des départements dans lesquels ces recherches ont été menées. Toutefois, il existe peu de données détaillées sur le public des consultations. Alors que le département des Bouches-du-Rhône établit chaque année des statistiques à partir des certificats de santé du 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois, celles-ci concernent l'ensemble de la

¹⁴⁶ « Recentrer la PMI sur les publics vulnérables », titre d'un article paru dans les *Actualités Sociales Hebdomadaires* (n°2483, décembre 2006, pp.5-6) qui résumait le rapport de l'IGAS (Jourdain-Menninger D. et al., 2006) sur la PMI en France. Voir à ce propos la lecture critique réalisée par les membres du SNMPMI de ce rapport, des interprétations qui peuvent en être faites (en référence à l'article des ASH) et des préconisations qu'il contient. « la PMI de nouveau à la croisée des chemins – document d'orientation » SNMPMI 2007, document en ligne http://snmpmi2.free.fr/article.php3?id_article=177

¹⁴⁷ Pour rappel, la circulaire du 16 mars 1983 stipule que 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 ».

¹⁴⁸ Voir à ce propos Annexe 1 : « Origine des mères en fonction du lieu de naissance ».

population materno-infantile et non les seuls usagers des centres de consultations, alors même que de telles données seraient particulièrement éclairantes sur une certaine réalité de ce public. À titre d'exemple, la ville de St Denis qui représente une des circonscriptions du département de Seine Saint Denis¹⁴⁹ fournit les chiffres suivant :

Sur les 1670 enfants nés en 2005 et ayant consulté en PMI :

- 18,5% n'ont pas un logement stable (hébergé chez un tiers, hôtel, résidence social, squat ou caravane)
- 12,7% n'ont pas de couverture sociale ou bénéficient de l'AME
- 20% bénéficient de la CMU complémentaire
- 6,2% ne touche pas d'allocations familiales
- 12,3% ont au moins un des deux parents sans titre de séjour

Sur les 618 femmes enceintes consultant en PMI la même année :

- 37,8% n'ont pas de logement stable
- 36% n'ont pas de couverture sociale ou bénéficient de l'AME
- 17,5% ont la CMU complémentaire
- 27,4% sont sans titre de séjour

Ces conditions sociales sont alors bien éloignées de celles que connaissent les professionnels de la PMI, notamment les médecins (Blanc, 2000) et les puéricultrices (Montlibert, 1980). Et si l'entrée en PMI est l'occasion pour bon nombre des intervenants de découvrir les conditions de vie, ou de survie des familles les plus précaires, elle est aussi l'occasion d'en accepter l'existence au cœur même des plus grandes villes de France.

« J'ai un peu découvert la pauvreté *et tout ça ici*, et il faut le voir pour le croire *ce qu'il y a ici* ! » (Marie, stagiaire puéricultrice)

Cette découverte de la présence de la pauvreté au sein même des grandes villes de France est comme un « choc du réel » pour ces intervenants qui n'imaginaient pas que cela soit possible « ici ». La segmentation sociale se confond souvent avec une segmentation spatiale (Grafmeyer, 1996, Oberti, 1996, Maurin 2004). Il est ainsi

¹⁴⁹ Source : « Bilan d'activité. Recueil de données », Direction de la promotion de la santé. Circonscription de PMI. Commune de Saint-Denis, année 2005.

Ces chiffres donnent une idée du public rencontré dans les consultations de Saint-Denis mais ne permettent pas à eux seul d'en déterminer les spécificités. Il faudrait pour cela pouvoir comparer ces données avec les mêmes indices établis cette fois-ci sur l'ensemble des femmes enceintes et des enfants nés dans l'année et résidant à Saint-Denis, qu'ils consultent ou pas en PMI.

difficile, pour certains professionnels, d'imaginer, ou de simplement se rendre compte de l'existence de cette pauvreté à quelques kilomètres à peine de leur propre domicile. Cette distance géographique et sociale amène certains intervenants à qualifier les familles rencontrées comme appartenant à « un autre monde » et à parler d'une « autre réalité ».

De plus, cette découverte de la pauvreté ne se limite pas au « simple » constat de son existence. Dans leur pratique quotidienne, les intervenants sont amenés à travailler sur le quotidien des familles, à comprendre et partager certaines parties de leur histoire familiale. Qu'il s'agisse des modes d'alimentation, des conditions de logement, de l'encadrement familial, du niveau scolaire des parents, ou très fréquemment du parcours migratoire de la famille, tous ces éléments viennent à la connaissance des intervenants qui sont amenés à en tenir compte dans leur relation avec les familles. Ainsi les professionnels sont confrontés à la multiplicité des causes de la pauvreté (Paugam, 2005). L'aspect économique de celle-ci n'étant qu'un élément parmi d'autre, élément d'importance, certes, mais bien loin de l'exclusivité qui lui serait porté au premier abord.

« C'est en PMI qu'on voit vraiment ce qu'est une personne avec la misère. Misère entre guillemet parce que pas uniquement pécuniairement, mais aussi sociale. Les gens qui sont perdus, même s'ils ont de l'argent mais qui sont perdus avec l'environnement parce que ce sont en principe des gens qui sont, comment on dit ? Des immigrés, la plupart des gens, vous avez dû constater, que des immigrés, des déracinés » (Dr Rahari).

À la question économique se trouvent alors mêlées les multiples dimensions constitutives de « la misère » ; où l'habitat précaire, l'isolement de la famille, la barrière de la langue se confond avec l'irrégularité d'une situation, une rupture conjugale et des difficultés d'accès aux services de santé. Ainsi, pour les intervenants, cette confrontation aux conditions de vie difficiles des familles les plus démunies, la nécessité d'effectuer des visites à domicile, de pénétrer dans leur histoire et dans leur quotidien, les renvoient à la complexité des situations et à l'intrication de multiples facteurs, tout à la fois causes et conséquences des situations dans lesquelles vivent ces familles.

3. Un apprentissage sur le tas

La présentation de ces deux éléments des « premiers temps » dans le service nous permet d'avancer sur un troisième élément qui nous semble d'une grande importance pour le fonctionnement des consultations mais aussi pour le vécu des intervenants, de leur quotidien d'une part et à plus long terme de leur « carrière » en PMI d'autre part.

La très grande majorité des intervenants rencontrés n'avaient pas de réelle connaissance de la PMI avant d'y travailler. De ce constat découle une découverte aussi bien du service, du public, des conditions de travail et des missions de la PMI au cours des premiers mois qui suivent la prise de fonction.

Pour illustrer cette découverte du public et du milieu d'intervention, nous venons de présenter la « découverte de la pauvreté » que connaissent les professionnels. Mais cette découverte de la PMI ne se limite pas à celle des conditions de vie d'une partie du public fréquentant les centres de consultations, la découverte du travail en lui-même est aussi un des éléments les plus marquants de ces premiers temps en PMI.

Si certains professionnels ont effectué un stage en PMI au cours de leur formation initiale, la plupart d'entre eux déclarent aussi qu'au moment de leur entrée dans le service le stage en question paraissait bien loin et les connaissances acquises à propos du service à cette occasion étaient à renouveler en totalité. De fait, il nous semble important de noter qu'aucun des professionnels que nous avons rencontré n'a déclaré avoir bénéficié d'une formation particulière à la PMI et tous ont déclaré avoir « commencé le boulot comme ça ».

« En fait, j'ai découvert au fur et à mesure ce qu'on devait faire. Mais il n'y a aucune formation, on te lâche dans la nature et puis tu te débrouilles » (Dr Lavois, Pédiatre).

Entrer dans un service dont le public principal ainsi que les missions prioritaires sont inconnues, implique une période d'apprentissage du mode de fonctionnement du service. Généralement dépourvu de formation spécifique à la pratique de la PMI, cet apprentissage est unanimement qualifié d'apprentissage « sur le tas ». Nous allons voir, au cours des pages qui suivent, ce qui est désigné par cette appellation d'apprentissage « sur le tas ».

Commençons alors par la formation officielle par laquelle seront passées toutes les puéricultrices et qui comporte un « stage pratique » en PMI. Les objectifs de ces stages réalisés au cours des études sont d'une part de faire découvrir aux futurs

professionnels les différents services dans lesquels ils pourront éventuellement travailler et d'autre part de leur permettre une mise en pratique des connaissances théoriques apprises au cours de leur formation. Tel que nous avons pu l'observer, le système des stages en PMI est organisé comme suit. Certaines puéricultrices se portent volontaires pour accueillir des stagiaires et en assurer, tout au long de leur stage, le suivi et la formation. Chaque stagiaire est alors rattaché à une puéricultrice. L'apprentissage pratique du stagiaire s'effectue par délégations successives des tâches que comprend une séquence de consultation ; en commençant par les tâches les plus simples pour évoluer vers les aspects plus techniques du travail.

Au cours d'une semaine de stage, en plus de l'observation continue du déroulement des consultations et des faits et gestes de la puéricultrice, la stagiaire se voit confier certaines tâches :

Lundi : réceptionner les carnets de santé des enfants et les faire passer à la secrétaire et appeler les familles en salle d'attente.

Mercredi : régler la balance pour faire la pesée d'un enfant et en fin de consultation réaliser une mesure (taille et périmètre crânien) d'un enfant.

Jeudi : alors que la stagiaire participe au même titre que la puéricultrice à l'accueil des familles et aux mesures et pesées de l'enfant, s'en suit la séquence d'observation suivante :

La puéricultrice doit s'absenter quelques instants.

La secrétaire demande à la puéricultrice « on t'attend ou on continue sans toi ? »

La puéricultrice : « allez-y. (à la stagiaire :) Tu gères, même l'alimentation si tu peux. Si tu as un problème, Thérèse (la secrétaire) va t'aider »

À l'entrée de la première famille dans la salle de pesée, la stagiaire fait les gestes et la secrétaire lance un questionnaire sur l'alimentation. Au retour de la puéricultrice, la stagiaire lui rend compte de ce qui s'est dit pour s'assurer que tout a été correctement fait.

Nous voyons donc dans cette séquence, comment les stagiaires sont progressivement impliqués dans le déroulement des consultations. Les premiers jours, simples observateurs, ils sont rapidement invités à prendre part aux activités, à seconder la puéricultrice référente et en cas de besoin, à la remplacer totalement.

Le principe de ces stages effectués au cours de la formation initiale est de faire découvrir chaque service dans la réalité de sa pratique. C'est alors l'occasion pour les stagiaires de découvrir les différences entre l'enseignement théorique et le travail effectivement réalisé. Les variations des conditions de travail, tout comme celles des publics rencontrés influant considérablement sur la puériculture pratiquée.

Ce décalage observé entre théorie de la formation et pratique du métier n'est pas propre à la puériculture ou aux consultations de PMI. Guillaume Malloch (2004) fait le constat des mêmes principes de socialisation par la pratique chez les élèves

surveillants de prison. Au cours de leur premier stage en centre pénitentiaire, les élèves découvrent l'existence de règles internes à chaque centre de détention. Ces règles internes, inventées localement, mises en places et respectées pour maintenir l'ordre dans chaque centre de détention priment parfois sur les règles officielles, enseignées dans les écoles de surveillants de prison. Il est alors nécessaire pour chaque surveillant de prison de connaître à la fois les règles « officielles » du métier et les règles particulières de chaque centrale afin de se référer à l'un ou l'autre des systèmes de règles en fonction de chaque situation particulière. Il en va de même pour les puéricultrices et les stagiaires puéricultrices. Ces dernières découvrent en situation les importantes adaptations auxquelles se livre l'ensemble des intervenants de PMI au cours de consultations et en fonction de chaque famille.

Ainsi certains éléments de la prévention materno-infantile, officiellement inscrits dans les missions de la PMI sont, en pratique, relégués au second plan ou totalement abandonnés à la suite de multiples tentatives aboutissant à autant d'échecs.

L'échange suivant, entre une puéricultrice et une stagiaire puéricultrice se déroule à la suite de la visite d'une famille de « gitans ». La mère du bébé âgée de 20 ans ne parle pas français et la consultation est traduite par sa petite sœur de 12 ans, mais qui semble plus âgée.

S – (à propos de la petite sœur) Elle est bientôt prête, c'est comme ça chez eux...

St - Et pour les conseils, la maternité et tout ça ?

P - T'y crois ?

St - Ben...obligé !

P - C'est bien, moi au bout de trois ans, j'y crois déjà plus ; surtout avec eux.

C'est dur, rien que pour les faire venir ici, c'est déjà bien qu'ils viennent.

Dans cette séquence, nous pouvons voir s'opérer l'apprentissage d'une stagiaire au cours de son stage de pratique. Si le but de ces stages effectués au cours des formations initiales est d'apprendre par la pratique, il semble que tous les professionnels, quel que soit leur titre soient passés par une phase similaire d'apprentissage lors de leur entrée en PMI. Phase d'apprentissage au cours de laquelle ces « nouveaux » professionnels découvrent autant les missions du service, que sa pratique ou son organisation. La découverte de la pauvreté, précédemment évoquée, fait partie de cet apprentissage sur le tas. Il nous semble particulièrement important du fait qu'il place l'action des centres de consultation dans une position particulière pour des professionnels médicaux ou para-médicaux.

« c'est vrai que les nouveaux médecins qui arrivent là, il faut qu'il y ait le temps, qu'elles comprennent que c'est pas... qu'on fait pas que de la médecine je dirais » (Dr Simon, Pédiatre).

Cette découverte d'un nouvel environnement de travail, de nouvelles méthodes, implique pour chacun l'acquisition d'un maximum d'informations en un temps relativement court. Ces nouveaux arrivants se retrouvent alors dans une position comparable à celle de l'anthropologue abordant un terrain encore inconnu.

« Voilà, j'ai ouvert mes oreilles et j'ai ouvert mes yeux au départ » (Magali, EJE).

Toutefois, à l'inverse de l'anthropologue en situation d'observation qui peut bénéficier d'un certain temps avant de trouver sa place, les intervenants de PMI sont, dès le départ, tenus de participer à l'interaction pour effectuer le travail pour lequel ils ont été engagés. Certains bénéficient dans ce cas de l'expérience de professionnels déjà en place.

« J'ai été prise en charge par les marraines du service. J'ai l'impression d'avoir eu des marraines (...) Et moi j'ai eu cette chance parce qu'elles m'ont un peu encadré, elles m'ont un peu " appris le boulot " » (Denise, EJE).

Un transfert de connaissance a alors lieu entre les nouveaux arrivants et les plus anciens. Il nous semble particulièrement intéressant de noter que ces transferts de connaissances ne respectent pas les différents métiers du service.

« C'est l'infirmière qui était là qui m'a expliqué, ben, d'abord ce qu'on faisait, le dépistage visuel et auditif, puisque je faisais l'auditif aussi. Bon, ben comment on fonctionnait, les consultations (...) moi au début que j'étais là, j'avais tendance à prendre ma responsabilité médicale et à ne pas penser que j'étais dans une administration et qu'il valait mieux que je fasse remonter. Et c'est des fois l'infirmière qui me disait " attention, tu devrais le dire quand même, là tu le fais, mais tu devrais le faire remonter " (...) par exemple, quand il y avait des épidémies, des trucs de poux dans l'école ou qu'on faisait un truc, des exclusion si tu veux, il y a des décisions médicale que tu peux prendre en cabinet et que là tu ne peux pas prendre de toi même. Il faut passer par la hiérarchie » (Dr Simon, pédiatre).

Ainsi un médecin pourra être « informé » par une infirmière, une EJE par une puéricultrice et une puéricultrice par un médecin. Ce principe nous semble particulièrement révélateur du fonctionnement des consultations de PMI et des glissements de rôles qui peuvent s'y opérer.

Cette période d'« apprentissage sur le tas » au cours de laquelle les intervenants nouvellement arrivés « apprennent le boulot » auprès des intervenants déjà en fonction est une étape cruciale dans le parcours professionnel. Au cours de cette période qui s'étale sur plusieurs mois, les derniers arrivants vont apprendre le fonctionnement des consultations, de manière organisationnelle, le fonctionnement des équipes tournantes mais aussi apprendre ce qui fait sens dans ces consultations et plus généralement dans les missions des services de PMI. Il ne s'agit plus alors de techniques de travail ou de

normes de fonctionnement à proprement parler, mais d'avantage de sensibilité et d'attention portées aux différentes problématiques présentées par les usagers des services.

« Et en fait, la PMI c'est essentiellement du social, même pour les paramédicaux, c'est du social, et même pour les médecins, c'est beaucoup de social. Donc il m'a fallu un temps pour appréhender mon travail, pour m'immerger dedans et réaliser que bon, le travail, c'était un changement total d'orientation et d'appréhender l'individu et voilà. Donc un temps où le technique qui m'angoissait à l'hôpital me manquait presque en PMI » (Sandra, puéricultrice).

Ce n'est pas autre chose qui est désigné dans les expressions « j'ai appris à écouter – à entendre – à voir... ». Par définition, cet apprentissage « sur le tas » s'opère dans la pratique quotidienne et s'effectue d'avantage par processus d'imprégnation et d'improvisation que par le biais d'une réelle inculcation. Cette socialisation secondaire, à laquelle se livrent les « nouveaux » intervenants se distingue alors sensiblement de celle que connaissent les stagiaires au cours de leurs études. En effet, pour ces derniers, si l'imprégnation a son importance, elle rivalise avec l'inculcation ; l'improvisation et la responsabilité qui incombent aux intervenants en poste sont largement laissées en arrière plan.

Au cours de cette période d'apprentissage sur le tas, se transmettent donc autant des techniques de travail et modes de fonctionnement généraux que des valeurs d'attention portées aux familles et des principes de hiérarchisation et de gestion des problématiques rencontrées.

Comme nous l'avons montré dans la partie précédente, ces valeurs, cette hiérarchisation et ces principes d'attention varient considérablement d'un professionnel à un autre et, de là, d'une équipe à une autre. De fait, suivant l'équipe principale au sein de laquelle un intervenant effectue ses premiers pas en PMI, il ne sera pas sensibilisé aux mêmes valeurs ni aux mêmes modes de fonctionnement du service. Ainsi la transmission collégiale (Bouchayer, 2002) des pratiques locales à laquelle donne lieu cette période de socialisation secondaire¹⁵⁰ permet à chaque nouvel intervenant de se positionner différemment sur tel ou tel autre segment professionnel. Cette transmission

¹⁵⁰ « provisoirement définie comme « intériorisation de sous-mondes institutionnels spécialisés » (Berger et Luckman, 1986 : 189) et « acquisition de savoirs spécifiques et de rôles directement ou indirectement enracinés dans la division du travail » (ibid). Il s'agit avant tout, de l'incorporation de savoirs spécialisés – que nous appellerons savoirs professionnels – qui constituent des savoirs d'un genre nouveau » (Dubar, 2002 : 99).

par la pratique des règles locales, observée chez les surveillants de prison (Mallochet, 2004) mais aussi chez les infirmiers au Niger (Hahonou, 2001) participe à la construction de pratiques professionnelles communes, partagées par certains intervenants et reproduites au fil du temps. Ces pratiques et valeurs partagées par certains segments nous semblent alors au centre du vécu que chaque intervenant aura de son travail et de son activité quotidienne.

De là, les discours et subjectivités récurrents parmi les intervenants de PMI sont alors davantage à comprendre comme les produits d'un vécu partagé du travail quotidien, que l'expression d'une valeur antérieurement détenue par les intervenants et mise en œuvre par le biais de l'entrée en PMI. C'est ce que nous allons montrer dans le troisième et dernier point de ce chapitre à propos de l'engagement supposé des intervenants des consultations.

III. Engagement professionnel

Nous avons vu que la majorité des arguments d'entrée en PMI sont d'ordre matériel et pratique. Cela semble entrer en contradiction avec l'image de « missionnaires convaincues » que donnait Marie-Anne Blanc des femmes médecins de PMI (Blanc, 2000 : 306). Pour autant, dans cette même recherche, M.-A. Blanc souligne à propos du choix de l'exercice en PMI que 26% des femmes médecins l'ont effectué pour des raisons d'emploi du temps, de fixité des jours et des horaires de travail¹⁵¹. Ici aussi donc, les motivations d'entrée en PMI diffèrent considérablement d'un hypothétique engagement par conviction. Comment comprendre alors cette image du professionnel de PMI, engagé dans sa pratique, convaincu de son action, s'identifiant à la mission de son service ?

Pour avancer sur cette question, rappelons que, d'un autre côté, nous avons aussi vu que la dimension « sociale » du service amène l'ensemble des intervenants à se positionner en référence à cette image du travail de PMI comme engagement ou

¹⁵¹ Les autres arguments relevés étaient alors les suivants :

- En dernier recours, car ne pouvaient ouvrir un cabinet
- La sécurité de l'emploi
- Par suite d'une faillite en libéral
- Par opportunité
- Pour être médecin d'enfant sans avoir la spécialisation de pédiatrie.

effectué par conviction. Cette idée d'engagement se retrouve alors explicitement dans certains discours, telle cette auxiliaire de puériculture qui déclare, à la suite d'un différent avec sa chef de service sur les méthodes de travail à adopter :

« C'est pas un service ou tu peux être là par hasard. C'est pour ça que quand j'étais en crèche et que je dis que j'ai voulu changer pour voir un autre aspect de ma profession, j'aurai pu aller en maternité. Qu'est-ce qu'il y a de plus beau que de voir des petits bébés et tout. Ben non, c'est pas ça que j'avais envie, c'est pas ça que je voulais, c'est pas comme ça que je voulais m'investir dans ma profession. Je l'ai voulu, je suis là parce que je l'ai voulu. Je l'ai voulu longtemps, parce que j'ai galéré pour venir. Il faut que les gens se rendent compte qu'on n'est pas là par hasard. Mais pas les gens qui viennent nous voir, l'équipe, les professionnels » (Christine, Auxiliaire de puériculture).

Deux points importants sont évoqués dans cet extrait d'entretien. En premier lieu, il illustre très clairement la mobilisation des notions de volonté et d'engagement (ici opposé au hasard) liées au travail de PMI. La fin de cet extrait souligne, en second lieu, l'existence de diverses conceptions de ce travail et de cet « engagement », renvoyant alors aux différents segments professionnels qui composent les équipes et les tensions qui peuvent exister entre ces différents segments¹⁵². Si nous traitons plus particulièrement la question de segment professionnel dans la seconde partie de ce travail, c'est à l'engagement tel qu'il est manifesté par les professionnels que nous prêterons, ici, toute notre attention.

Comment comprendre cet écart entre, d'un côté, des motivations d'entrée détachées du travail du service et, d'un autre, un environnement professionnel frappé du sceau de l'engagement. Pour expliquer cet écart, nous avançons comme hypothèse, l'effet de la socialisation secondaire et nous précisons que celle-ci donnait lieu à l'acquisition par les « nouveaux intervenants » autant à des techniques de travail qu'à l'apprentissage des normes et valeurs à l'œuvre dans les consultations. La dimension sociale et relationnelle du travail effectué auprès des familles représente généralement le principal changement pour les intervenants par rapport à un poste précédemment occupé dans une autre structure. Le travail effectué en PMI, détaché de l'aspect technique du soin médical, doit trouver d'autres sources de reconnaissance que les canons de la médecine scientifique (Aïach et alii, 1994).

¹⁵² « Les identités, ainsi que les valeurs et les intérêts, sont multiples, et ne se réduisent pas à une simple différenciation ou variation. Ils tendent à être structurés et partagés ; des coalitions se développent et prospèrent – en s'opposant à d'autres. Nous utiliserons le terme « segment » pour désigner ces groupements qui émergent à l'intérieur d'une profession »(Bucher et Strauss, 1961 : 68)

Si pour certains professionnels, qui ont « longtemps voulu » travailler en PMI, ce service était un objectif, et l'engagement dans le métier s'inscrit dans la continuité directe des motivations d'entrée, tous les intervenants ne présentent pas une cohérence aussi évidente dans leurs parcours. Comment comprendre alors la notion d'engagement professionnel pour les intervenants entrés pour des raisons de facilité d'emploi du temps ?

Pratique dans son utilisation courante, le terme d'engagement recouvre de nombreuses et multiples significations¹⁵³. Il est fréquemment utilisé pour résoudre, en la contournant, la question de la cohérence des comportements humains, telle personne agit de telle manière, car elle était engagée dans la situation. En l'absence de définition précise, un des moyens de comprendre ce que recouvre la notion d'engagement dans la situation dans laquelle elle est employée par les acteurs de terrain est de comprendre le système de valeurs dans lequel elle s'insère, avec lequel elle s'articule (Becker, 2006).

Une des moyens d'éclairer cette contradiction apparente entre un discours de l'engagement et un vécu du travail comme tel, d'un côté, et des motivations d'entrée en PMI d'ordre principalement matérielles et pratiques, de l'autre, va être d'analyser les valeurs autour desquelles se développe ce sentiment d'engagement au fil du temps et des effets de la socialisation secondaire.

1. Au nom de l'utilité

« Premièrement la vocation de PMI, on ne gagne pas beaucoup, mais on y reste. Donc c'est pas pécuniairement, mais on sent quand même qu'on est utile » (Dr Rahari).

« Se sentir utile », le mot est lâché. L'utilité est en effet une valeur très fréquemment citée dans les discours des intervenants. Ce désir d'être utile est parfois renvoyé au premier choix de l'orientation professionnelle, au choix même des études médicales ou para-médicales.

« Moi je voulais faire quelque chose, me rendre utile auprès des autres », nous dira l'une pour justifier le choix de ses études d'infirmière, « médecine c'est quand même se sentir utile, je crois. C'est un choix qu'on fait, pour rendre service, soulager la

¹⁵³ Ce paragraphe résume les idées avancées par Howard Becker « Sur le concept d'engagement » (Becker, 2006)

douleur... », nous dira une autre pour expliquer ses études de médecine. Mais plus avant dans le parcours professionnel, cette notion d'utilité dépasse le choix de départ ayant entraîné une orientation dans le champ de la santé et se retrouve comme argument de légitimation du travail de PMI.

Il s'agit, pour la plupart, de venir en aide à des familles qui ne sauraient pas où aller autrement ; de permettre aux personnes les plus démunies d'accéder à un service de santé ; de s'occuper de ce qui n'est pas pris en compte par les autres services, qui ne pourrait être fait ailleurs. Dans cette relation se joue alors autant un accès au soin, qu'une reconnaissance sociale et institutionnelle conférée à ces familles souvent reléguées à la marge de la plupart des dispositifs institutionnels et sociaux.

« On a été formé pour soigner, donc là, on n'est pas dans le soin, on est dans la prévention. Ceci dit, il y a le côté où on se sent peut-être plus utile, de traiter des signalements, de faire des consultations pour des enfants qui en ont vraiment besoin, sinon ils n'iraient pas voir le médecin. Alors qu'en cabinet, c'est vrai que vous trouvez des enfants qui ne sont pas vraiment malades, souvent c'est des diarrhées ou des petits bobos quoi, où donc... c'est vrai que là, on se sent, on fait quand même de la médecine humanitaire, c'est autre chose aussi. (...) C'est vrai qu'on a les moyens de faire autre chose que ce que font les autres médecins. Donc on a l'impression quand même d'être utile, de soutenir pas mal de familles » (Dr Dalle, Pédiatre).

Pour valoriser leur pratique quotidienne les intervenants des services mobilisent alors la notion d'utilité et la confrontent à celle de la médecine de ville. La finalité d'une telle démarche est de montrer que la médecine de ville, qui ne soigne « que des petits bobos » est en définitive nettement moins utile à la société que la PMI, qui, elle, s'intéresse à des problèmes plus sérieux et plus profonds. Par cette mise en œuvre de l'utilité, les intervenants défendent la raison d'être du service dans lequel ils travaillent. Nous l'avons déjà évoqué brièvement, les intervenants de PMI souffrent parfois d'un manque de reconnaissance de la part des autres professionnels de la santé. Qualifié de planque où il s'agit d'aller quand on a « rien envie de foutre »¹⁵⁴, le service est davantage connu pour la régularité de ses emplois du temps que pour le travail qui y est effectué. À ce premier manque de reconnaissance, s'ajoute la dimension préventive du service, sa définition comme service de santé « qui ne soigne pas ». Ce sont essentiellement les médecins et les infirmières qui déplorent cette « absence de soins » dans leur pratique quotidienne. Les infirmières expriment alors un manque de

¹⁵⁴ Cf. extrait d'entretien cité dans la sous partie « un travail pas trop prenant » dans la première section de ce chapitre.

« technique » dans leur pratique et les médecins un regret de la « thérapeutique », parfois même une frustration.

« C'est difficile en tant que médecin, d'avoir le malade sous la patte et de ne pas prescrire » (Dr Mancini, pédiatre).

Alors que « l'évolution récente de la médecine s'est faite en faveur de la dimension scientifique au détriment des dimensions affectives et sociales » (Aïach et alii, 1994 : 36) ces médecins doivent défendre leur pratique qui, pour médicale qu'elle est, est largement dominée par la dimension relationnelle et sociale, au détriment du scientifique. C'est alors en réponse à cette dévalorisation de leur pratique par les autres professionnels de santé et à cette éventuelle frustration vis-à-vis d'une pratique technico-thérapeutique absente que cette insistance sur l'aspect utilitaire et différent de la pratique de PMI doit être lue.

2. L'utilité comme « principe de vie »

Mais si cette revendication utilitariste des intervenants dans le cadre de leur travail peut être lue comme une tentative de légitimation du service et de son action, cette notion d'utilité dépasse parfois le seul cadre du travail pour toucher la personne même de l'intervenant.

« Quand on a besoin de moi je suis contente. Je me dis, ben au moins, j'ai pas travaillé pour rien, je suis quelqu'un » (Florence, puéricultrice).

La notion d'engagement dans le service et dans le travail réalisé dépasse ainsi le simple cadre de l'exercice professionnel jusqu'à établir un lien direct entre le fait d'être utile aux familles et la notion plus globale d'existence en tant que personne, en tant qu'acteur social¹⁵⁵. Nous retrouvons alors pleinement l'idée du professionnel de PMI engagé dans son travail quotidien, investi dans la mission du service pour lequel il travaille.

« C'est simplement pour être auprès des enfants, pour aider les mamans. Donc on se réalise complètement » (Patricia O., puéricultrice).

¹⁵⁵ Ce principe de définition de la personne en fonction de l'utilité sociale de son travail nous renvoie à ce qu'écrivait Catherine Deschamp-Le Roux (1994) à propos des médecins : « La pourvoyance, tel que le concept en a été proposé par le sociologue A. Memmi (1979), est « ce qui répond à l'attente du dépendant ». Dans le cas de la pourvoyance médicale, le soignant pourvoit aux besoins de quelqu'un dépendant de ses soins. La pourvoyance peut caractériser le rôle social du soignant. Dans ce contexte théorique, le concept de pourvoyance médicale introduit une dimension globalisante. Pourvoir aux besoins de quelqu'un procure de nombreuses satisfactions (être utile, être l'autre, celui qui sait et qui a le pouvoir) » (p.94).

L'aspect existentiel auquel ramène ce sentiment d'utilité, éprouvé au travers du travail quotidien, se rapporte à plusieurs éléments propres aux services de PMI. L'aide apportée aux mères en difficulté, le soutien éducatif conféré à des enfants en carence, les liens avec les services de protection de l'enfance mais aussi, et peut-être surtout, le fait de s'adresser principalement aux populations les plus défavorisées de la société.

Ici, la notion d'utilité est essentiellement mobilisée dans le sens de l'aide à autrui, dans la manifestation et l'expression d'un sentiment altruiste. Il est alors intéressant de faire un rapprochement entre les discours recueillis auprès de ces professionnels de la petite enfance et l'analyse qu'ont menée Bénédicte Harvard Duclos et Sandrine Nicourd des discours de bénévoles associatifs dans un article publié en 2005. Dans cet article portant sur l'engagement bénévole dans des associations d'entraide, les auteurs partent du constat que « les bénévoles mettent toujours en avant dans les raisons qui les ont poussés à s'engager, le désir d'être utiles, de servir aux autres » (Harvard Duclos et Nicourd, 2005 : 61). À partir de ce constat, elles retracent la genèse de ces élans altruistes pour montrer qu'ils ne tiennent pas de l'aspiration individuelle mais sont socialement construits. Elles montrent alors que l'engagement bénévole dans les associations d'entraide s'inscrit bel et bien dans des parcours biographiques. Cet engagement occupe une réelle fonction de construction de l'identité de la personne. Il permet, soit d'établir une continuité biographique dans des parcours souvent discontinus, soit de « restaurer une identité blessée » en « permettant la reconquête de la dignité et d'une estime de soi » (ibid. : 66). En dernier lieu, cet engagement est aussi la possibilité pour certains bénévoles d'accéder au « salut » individuel¹⁵⁶ en menant une action dirigée vers le collectif. Avec toutes les nuances qu'il convient d'apporter dans la comparaison entre des bénévoles associatifs d'un côté et des fonctionnaires territoriaux de l'autre, nous retrouvons ici, dans le lien qui est fait entre engagement et éducation religieuse, ce que Marie-Anne Blanc avançait dans sa thèse (Blanc, 2000) à propos des

¹⁵⁶ « Pour certains, la socialisation religieuse s'est construite dans la jeunesse dans des milieux sociaux favorisés et conservateurs, dans lesquels la religion allait de soi et n'était pas interrogée. Ces individus mettent alors spontanément en avant une conception de la religion ancrée dans la charité, au sens évangélique du terme. (...) À la base de la certitude qu'il faut s'engager, on trouve chez nombre de bénévoles une fois chrétienne acquise dès la jeunesse et réactivée par la participation active à des groupes religieux (scoutisme, groupes de parole, aumônerie, Jeunesse Ouvrière Catholique...). Elle se caractérise par l'obligation d'être prouvée dans les actes et d'engager un rapport missionnaire au monde » (Harvard Duclos et Nicourd, 2005 : 69).

médecins de PMI et des raisons de leur engagement dans l'action de protection maternelle et infantile.

En acceptant la présentation qui vient d'être faite de la genèse de l'engagement en PMI, il nous faut encore éclairer le principe de son développement. C'est là encore vers l'article de Harvard Duclos et Nicourd que nous nous tournons. En effet, un des points forts de leur argumentation est de montrer que l'engagement en tant que construction sociale nécessite, d'une part, des attentes identitaires (construites dans l'éducation primaire et secondaire et résultant des parcours biographiques) et, d'autre part, un cadre social adéquat à l'assouvissement de ces attentes.

L'analyse ainsi menée de l'engagement des bénévoles associatifs nous semble pouvoir s'étendre à bien d'autres types d'engagements dans de nombreuses situations. « Tout comme la « vocation » n'est pas le simple produit d'une volonté, d'un élan, d'un choix personnel, mais le résultat d'un ajustement entre histoire sociale personnelle et institution qui la suscite et la reconnaît, dans des conditions sociales et historiques particulières, de même nous avons cherché à montrer comment les personnes qui s'engagent aujourd'hui ne peuvent le faire que dans des collectifs en mesure de les reconnaître » (Harvard Duclos et Nicourd, 2005 : 72). Ainsi, nous allons voir maintenant en quoi le travail en PMI se révèle être un cadre propice au développement de l'engagement personnel.

3. L'organisation du service comme moyen d'engagement

Le sentiment d'utilité comme valeur professionnelle et personnelle telle que nous l'analysons dans ce chapitre est aussi à rapprocher du mode de fonctionnement et d'organisation des services de PMI. Comme dans la plupart des organisations, le travail global d'une équipe de professionnel s'effectue par division et répartition entre les différents intervenants de l'ensemble des tâches à effectuer par le service. Et si les services de PMI sont administrativement très hiérarchisés, le poids de la hiérarchie est nettement moindre dans l'exécution des tâches quotidiennes.

« Moi je ne reçois d'ordre que du médecin de secteur. Enfin, d'ordre directif. Donc moi je fais, pas un peu ce que je veux parce que j'ai quand même un travail à faire, mais j'ai pas « fais ceci, fais cela » j'ai tant d'école à faire, je me débrouille pour les faire comme je veux » (Dr Menis, pédiatre).

Ce mode de fonctionnement a des répercussions très importantes sur la réalisation du travail et sur le vécu de celui-ci par les intervenants. Depuis le début de ce travail, nous parlons davantage des intervenants de PMI que des différents professionnels qui composent les équipes. Toutefois il existe des différences entre ces professionnels tant dans le rôle qu'ils occupent au sein du service que dans la répartition des différentes tâches qui composent l'activité du service dans son ensemble. Ainsi, pour illustrer l'influence du mode d'organisation des services sur l'engagement et l'identification possible des professionnels à leur travail, nous allons ici prendre l'exemple des puéricultrices, catégorie professionnelle la plus représentée dans les services de PMI.

Parmi les services et institutions dans lesquelles les puéricultrices peuvent être amenées à travailler nous retrouvons les crèches, les services de pédiatrie et de néonatalogie, les CAMSP, les CMPP, la PMI, etc. Dans chacun de ces services, la composition de leur travail quotidien, les tâches à effectuer, les responsabilités dont elles seront dotées varient considérablement et ce, en fonction de l'orientation du service, de la composition de l'équipe, de la position occupée dans la hiérarchie, etc. Suivant les services, les puéricultrices peuvent éprouver certaines difficultés à faire reconnaître la spécificité de leur formation et de leur rôle au sein d'une équipe. Les situations de concurrence professionnelle sur les tâches quotidiennes avec les assistantes sociales ou les auxiliaires de puéricultures sont en effet fréquentes (Montlibert, 1980). Ces difficultés de reconnaissance de rôle et de délimitation de champ de compétence semblent nettement moindres pour les puéricultrices exerçant en PMI que pour les autres.

« En PMI on occupe un rôle propre, à l'hôpital on ne fait que des tâches qui nous sont déléguées, on n'a pas de rôle propre. En PMI, on fait le travail de puériculture, le travail qu'il me semble normal de faire pour une puer. (...) Quand je suis partie dans les autres services, on n'était plus les éléments indispensables, on était des pions, on était des numéros et c'était le chirurgien qui était le chef » (Florence, Puéricultrice).

Plusieurs éléments importants, sur lesquels il nous faut nous arrêter, se dégagent de cet extrait. Tout d'abord, la question du « rôle propre » de la puéricultrice. Cette notion se retrouve souvent dans les discours des intervenants para-médicaux des services (essentiellement puéricultrice et auxiliaire de puériculture). Elles se distinguent alors des infirmières, des assistantes sociales ou des aides-soignantes avec qui elles ont pu être en concurrence directe dans les services hospitaliers. Au travers de cette expression du « rôle propre », est alors manifestée la satisfaction d'avoir une place

spécifique dans le fonctionnement des services. Cette place spécifique allant de pair avec un certain nombre de tâches et d'actes qu'il revient à la puéricultrice d'effectuer. L'évocation de ce rôle propre souligne alors, d'une part, le fait qu'en PMI les puéricultrices ne peuvent être remplacées par des professionnels dotés d'une autre qualification et, d'autre part, une reconnaissance de leur formation et de leur spécificité en tant que professionnels de la petite enfance.

Mais cette notion du rôle propre est aussi directement mise en opposition avec la position « d'exécutante », et c'est, là aussi, un principe souvent relevé dans les discours. La répartition des tâches telle que nous avons pu l'observer confère à chaque professionnel une double autonomie, à la fois dans l'organisation de son emploi du temps et dans les techniques de travail adoptées. Nous avons vu au cours du chapitre IV que les intervenants des consultations disposent d'une certaine marge de manœuvre sur les principes de prévention et l'importance relative qu'ils peuvent y accorder¹⁵⁷. Sur un plan plus matériel, à l'exception des demi-journées de consultation qui demeurent des temps fixes établis lors de réunions collectives de l'équipe, les intervenants gèrent seuls leur emploi du temps. Ainsi les puéricultrices établissent elles-mêmes l'ordre et le jour de leurs visites à domicile. Elles décident seules de l'ordre des priorités dans les différentes tâches qui leur sont confiées (visites à domicile, en école ou en crèche). Ainsi, c'est plus du tiers de leur temps de travail que ces intervenants organisent de la manière qui leur correspond le mieux.

Cette capacité d'initiative et la relative autonomie organisationnelle dont nous venons de faire part s'accompagnent d'un accord tacite de la hiérarchie. Les médecins responsables des services laissent volontairement les puéricultrices organiser « comme bon leur semble » leur temps de travail. De fait, relativement indépendantes dans leurs choix professionnels, autonomes dans l'organisation de leur emploi du temps et peu contrôlées par leur direction, les puéricultrices se retrouvent intégralement responsables du travail qu'elles effectuent. C'est sur la base de ce triptyque que se compose le « rôle propre » de la puéricultrice de PMI. Autonome, responsable et indispensable au fonctionnement de l'institution, la puéricultrice de PMI occupe encore le rôle de

¹⁵⁷ Nous renvoyons ici à la définition des différents segments professionnels et à leur articulation autour des notions de « social » et de « prévention ».

« cheville ouvrière de la protection sanitaire de l'enfant »¹⁵⁸ qui lui était conféré dès 1951.

Ainsi, la notion « d'utilité » sur laquelle nous avons ouvert cette section se conjugue à différentes échelles pour les intervenants rencontrés et notamment pour les puéricultrices. Il y a un premier niveau d'utilité, qui s'oriente en direction des familles, des usagers des services. Ce premier niveau peut être rattaché au choix originel d'une profession médicale ou para-médicale comme lieu d'inscription de l'aide à autrui (Bouchayer, 2004). Il s'agit alors d'une utilité professionnelle en tant que membre d'une profession exerçant dans une position estimée socialement utile.

À cela s'ajoute un second niveau d'utilité, pour les puéricultrices, comme reconnaissance de leur rôle spécifique à l'intérieur d'une institution et pour le bon fonctionnement de celle-ci. Il s'agit alors d'une utilité en tant que personne, professionnellement qualifiée et participant au bon fonctionnement de son institution d'appartenance.

Si les médecins et auxiliaires de puériculture présentent de la même manière le premier niveau d'utilité de l'exercice de PMI, ils diffèrent sensiblement pour le second niveau. En effet, les médecins se posent moins la question de leur utilité au bon fonctionnement de l'institution et notamment pour ce qui est des consultations. Si nous discuterons plus précisément de l'usage du médical dans les consultations dans le chapitre suivant, nous pouvons dores et déjà noter que les consultations de protection infantile se tenant sans médecin sont le fait d'exception. Ainsi, dans le fonctionnement institutionnel, les médecins sont, à minima, indispensables à la tenue des consultations. Les auxiliaires de puériculture se sont souvent présentées à nous comme les « petites mains de la PMI » ou la « cinquième roue du carrosse ». Situées au bas de l'échelle hiérarchique, les auxiliaires de puériculture sont officiellement nommées pour assister les puéricultrices et les médecins dans leur travail lors des consultations et des visites en école. Elles connaissent alors le même positionnement professionnel que les aides-soignantes et les mêmes difficultés dans la définition de leur rôle propre (Arborio, 2001).

¹⁵⁸ Pr. M.Lelong et Dr. F.Alison, 1951, cité par Norvez, 1990 : 99

Au cours de ce troisième et dernier point, nous cherchions à élucider l'apparente contradiction relevée entre, d'un côté, des motivations d'entrée en PMI majoritairement dépendantes de questions matérielles et pratiques, et, d'un autre côté, un discours et une idéologie présentant le travail effectué dans le service comme découlant d'une réelle volonté personnelle et d'un engagement professionnel fort.

La réflexion conduite autour de l'utilité comme valeur majoritairement partagée nous a permis de comparer l'engagement des professionnels de PMI et celui des bénévoles d'associations d'entraide. L'analyse menée sur ces derniers nous a permis de rejoindre les travaux antérieurs menés sur les médecins de PMI et leur engagement comme « missionnaire convaincu ». Rendu compréhensible par l'articulation qui est faite avec la notion d'utilité, il nous restait encore à analyser les conditions nécessaires au développement et à la stabilisation de l'engagement personnel dans le travail quotidien de PMI. C'est alors l'analyse du mode de fonctionnement des consultations et d'organisation du travail qui nous fournit une explication pertinente à l'expression et au développement de cet engagement. Ainsi, c'est en croisant les notions de volonté individuelle et de biographie personnelle, avec les principaux éléments de la socialisation secondaire en PMI et le fonctionnement « particulier » de cette institution que nous avons pu éclairer ce qui apparaissait initialement comme une contradiction dans les discours tenus sur l'engagement de ces professionnels.