

La prévention mise en pratique

le dilemme des professionnels

Poursuivant le mouvement engagé dans le chapitre précédent nous analysons ici la mission du service telle que les intervenants se la représentent. D'un côté, tous s'accordent autour de la nomenclature du service et la présentent comme une définition de base (« la PMI c'est la protection de la mère et de l'enfant »). La mobilisation de la notion de prévention (« La PMI est un service préventif, qui sert à faire de la prévention ») fait consensus dans les définitions qui nous ont été proposées. D'un autre côté, la tentative de définition de cette notion de prévention met à jour une pluralité de discours et des conceptions hétéroclites de ce qu'elle recouvre. La mise en regard de cette notion et des pratiques professionnelles auxquelles elle se rapporte tend à remettre considérablement en question le consensus qui a lieu à priori autour de « la prévention ».

I. La prévention : entre médical et social

À partir du consensus autour de la fonction préventive du service, la question se pose de savoir ce qu'elle recouvre. Cette question est indissociable du rôle actuel de la PMI, celui de garantir une « vie en bonne santé » à la mère et à l'enfant, où la notion de santé tend vers la définition qu'en donne l'OMS (cf. chapitre 1). Les frontières de la santé étant sans cesse repoussées, celles de la vie en bonne santé le sont d'autant, entraînant avec elles celles de la prévention.

« En PMI vous êtes censé en tant que médecin, faire bénéficier à l'enfant de toutes les prises en charge nécessaires pour son développement, pour son bien être. Ça c'est la vocation primaire de la PMI » (Dr Rahari).

Rejoignant ici ce que nous soulignons dans la première partie de ce travail (l'élargissement du champ d'intervention de la PMI), observons maintenant les

problèmes et dilemmes que suscite ce mouvement et qui s'imposent quotidiennement aux intervenants des services.

Comprenant l'ensemble des éléments qui constituent la vie de la mère et de l'enfant, la prévention telle que prévue dans les textes réglementaires de la PMI n'amène pas à la définition exacte et précise d'actes d'intervention en fonction des situations rencontrées. Chargés de veiller au bien-être des enfants et de prodiguer aux parents les conseils nécessaires au maintien en bonne santé, les intervenants de PMI sont avant tout en charge de la détection de toutes déficiences éducatives, nutritionnelles, psychologiques ou physiologiques. Les différents examens médicaux visent à s'assurer du bon développement de l'enfant et la veille des puéricultrices et EJE à s'assurer de la qualité de son environnement social et affectif. À l'affût de toute situation de maltraitance, les intervenants (comme les pouvoirs publics) rencontrent bien plus de difficultés à définir ce qu'est la bientraitance¹¹⁴. Les moyens mis en œuvre et les éléments surveillés en priorité par les professionnels posent alors les cadres de la prévention. En dehors de ces cadres, sans qu'il y ait pour autant de maltraitance, la bientraitance se trouve remise en question.

« Qu'est-ce que c'est la PMI ? Eh bien c'est *la* prévention. C'est pouvoir aider en amont, les familles, avant que les problèmes surgissent. Pour permettre à ces petits bouts de choux qui sont dans les familles de devenir des adultes bien construits. C'est donc faire de la prévention. Pour essayer que les choses évoluent favorablement pour eux. Mais il ne faut pas être utopique non plus. Casser parfois certains cercles. Concrètement, quand j'ai commencé en PMI, les familles maltraitantes devenaient maltraitantes elles aussi, des enfants maltraités, devenaient des parents maltraitants et tout ça. Et nous on essaie d'arrêter ça, de les aider à ne plus devenir des parents maltraitants. Voilà, ça c'est de la prévention, c'est ça la PMI » (Martha, puéricultrice).

Illustrant parfaitement notre propos, cette puéricultrice présente la PMI comme étant *la* prévention, sous-entendue dans son sens le plus large, avant d'en donner une définition essentiellement en termes de prévention de la maltraitance. Le suivi purement médical du développement de l'enfant, le calendrier vaccinal, les conseils de puériculture et tous les autres éléments qui composent la pratique de la PMI sont-ils alors exclus du travail de cette puéricultrice ? Ce n'est bien évidemment pas le cas, mais cet extrait d'entretien permet de montrer qu'en fonction de leur métier, de leur lieu de travail et de leurs priorités personnelles, les intervenants présentent des conceptions très

¹¹⁴ Cf à ce propos le XXIII^e colloque du Syndicat National des Médecins de PMI qui portait sur le thème *La bientraitance existe-t-elle ?* (SNMPMI, 1997)

diverses de la prévention ; conception qui sans être catégoriques, se retrouvent en partie dans les modes de pratiques différenciés que chaque professionnel met en place.

Aux multiples composantes de « la santé » correspondent différentes approches de la prévention prodiguées à la mère et à l'enfant. Au premier plan du suivi qu'effectue la PMI se trouve la mission pour laquelle le service a été mis en place en 1945 : la vaccination. Mais comme nous l'avons vu, les domaines de surveillance se sont rapidement étendus au-delà du simple suivi vaccinal.

« On fait du médical, mais c'est vrai que le médical pur, l'examen clinique pur bon ben on le fait, mais c'est vrai que les gosses maintenant les trois quarts du temps son bien suivis même s'il y a une précarité, ils ont quand même très souvent un médecin de famille ou... Et en dehors des vaccins et du suivi vaccinal, c'est essentiellement la prévention, par les vaccins aussi.(...) cliniquement ils sont en général en bonne santé (...) c'est vrai qu'on axe d'avantage sur le langage, la motricité, « les acquis », pour que justement ils puissent arriver sans prendre trop de retard en primaire et qu'on n'arrive pas dans des taux d'illettrisme et des trucs comme ça. On en arrive surtout au maximum, enfin moi, personnellement, si tu veux plus que l'examen technique et la clinique pure, c'est plus vers le développement psychologique et sensoriel que vers l'évolution physique » (Dr Simon, pédiatre).

Dans la présentation qu'en fait ce médecin, un cantonnement de la prévention au seul niveau médical apparaît très clairement. L'élargissement des missions du service ressort alors dans les activités qui se distinguent du « médical pur », sans pour autant tendre vers une prévention effectuée par une approche sociale de la famille et de l'enfant.

Cette approche de la prévention, valorisant essentiellement le point de vue médical, n'est pas seulement avancée par des médecins. Ainsi l'auxiliaire de puériculture dont nous faisons état au précédent chapitre et qui revendique sa pratique de dépistage visuelle en école maternelle et les résultats obtenus comme une preuve de « bon boulot ». Mais, cette mise en avant des actes technique et de la bio-médecine par certains intervenant n'est pas à entendre comme un rejet des autres domaines de prévention. La variation des positions indique davantage des préférences professionnelles que d'éventuelles exclusivités de pratiques.

« Si tu veux, je pense qu'une consultation de PMI par rapport à une consultation médicale classique, il y a le technique qui laisse le pas à l'accueil et à l'écoute. Le technique, il est là, parce qu'il faut qu'il soit là, mais je pense qu'il est, pas secondaire mais ça ne doit pas être que ça » (Dr Simon, pédiatre).

Les variations de position autour de la pratique de PMI, correspondent alors à différentes conceptions de ce que doit être la prévention, à différentes manières de faire « du bon boulot ». Ainsi à côté de ces représentations principalement orientés sur une

prévention d'ordre médical, exercent d'autres intervenants qui présentent une conception plus hétéroclite de la prévention, un juste équilibre entre ce que peut la bio-médecine et ce que peut une approche plus sociale.

« La prévention médicale, justement, ce qui est des vaccinations, ce qui est des soins dentaires, la prévention de l'obésité, la prévention des troubles de comportement, donc ça c'est ce qui est médical en fait. Et puis être là pour que les parents puissent se reposer sur nous, avoir des conseils et les aider dans leur cursus de parents en fait. Pour moi c'est ces deux choses-là en fait » (Dr. Lavois, pédiatre).

Ce partage entre la prévention médicale et « le reste » est d'autant plus flagrant qu'il est davantage verbalisé par des médecins. La pratique de PMI est alors présentée sous l'angle d'une moindre importance de la médecine technique au bénéfice d'une autre pratique médicale. Autre médecine qui est valorisée, parfois même présentée comme la « plus value » de la PMI (Jourdain-Menninger et al., 2006). Elle diffère alors de la médecine pratiquée en hôpital ou en médecine de ville qui est chargée de régler un problème particulier de désordre biologique. La manifestation de la dimension sociale (et psychologique) de la PMI, inscrite dans son appellation médico-sociale et non uniquement médicale, se matérialise aussi bien dans la composition des équipes pluridisciplinaires des consultations que dans les interactions entre la PMI et les autres services de prise en charge de la mère et de l'enfant.

« Là maintenant je vais beaucoup plus [chercher dans le fonctionnement interne de la famille], parce que je sais que derrière je vais pouvoir proposer une aide, je vais pouvoir proposer quelque chose. Il y a ça aussi. Je ne réagis pas uniquement en médecin qui va diagnostiquer quelque chose, qui va traiter etc... là maintenant, je sais qu'autour il y a d'autres structures... Je fais partie d'une structure pluridisciplinaire. C'est pas uniquement médical » (Dr Lavois, pédiatre).

Bien entendu cette perception des différentes dimensions de la prévention est influencée par la formation initiale de chaque intervenant et son rôle au sein de l'équipe ; à chaque métier intervenant dans les consultations correspond telle ou telle autre dimension de la vie de l'enfant. Ainsi les déclarations de ces médecins sur le « recul » de la technicité médicale, au bénéfice d'une plus grande écoute et compréhension des familles, n'empêche pas des intervenants non-médecins d'estimer la pratique de la PMI comme étant bien trop médicale.

« [la prévention est] médicale *maintenant*. En fait, le social n'est là qu'à la demande des familles » (Patricia O., puéricultrice).

Plus médical, plus social... aux variations des pratiques en fonctions des consultations s'ajoute la perception et les aspirations de chaque professionnel, de ce que

chacun d'entre eux estime être le cœur de la mission de la PMI, de ce qui fait le plus sens dans l'action professionnelle qu'il mène.

Lors de son instauration par l'ordonnance du 2 novembre 1945, les bases de la prévention effectuée par la PMI étaient essentiellement médicales. Aujourd'hui encore, ces bases, constituées du programme vaccinal et du suivi du développement staturo-pondéral, demeurent. L'instauration de ce suivi obligatoire visait à diminuer la mortalité infantile et à corriger au plus tôt les principales défaillances du développement infantile et ses résultats, comme nous l'avons vu, ont été très rapides. Par conséquent, les enfants qui naissent étant moins soumis aux risques de mortalités et de malformations, l'utilité de ces suivis médicaux tend à être pondéré, au profit d'une plus grande attention portée sur les aspects psychologiques, moteurs et sociaux de la santé de l'enfant. Dans les faits, cela se traduit par des prises de position professionnelles très orientées sur les dimensions sociale et psycho-sociale de la prévention.

« On leur demande d'être propre, on leur demande que la maison soit au carré nickel-chrome, que tous les vaccins qu'il faut, que ce soit l'hygiène, l'hygiène, l'hygiène... hhhh... attends, l'hygiène ça va hein. On ne peut pas, enfin moi je ne suis pas non plus dans le volet médical mais, on peut pas leur demander... et puis moi j'ai pas envie. Et je me bats toujours contre trop de médical, trop d'asepsie, parce que c'est pas ce qu'il faut. C'est pas ce qu'il faut et c'est pas ça l'essentiel. Pour moi, l'essentiel c'est quelle relation ont ces enfants avec leurs parents » (Magalie, EJE).

Comme le souligne cette éducatrice de jeunes enfants, le métier exercé, et donc le regard professionnel développé, influe sur l'importance accordée aux différentes dimensions de la prévention. De fait, nous ne saurions être surpris du fait que ce soit une EJE qui déclare se battre contre « trop de médical ».

Toutefois, il est intéressant de noter qu'au sein d'un même service, d'une même équipe d'intervenants et parfois d'une même consultation, des conceptions aussi radicalement opposées de ce que doit être la prévention se côtoient. Nous avons vu dans le chapitre précédent les conflits que ces oppositions de points de vue sont susceptibles de générer à l'intérieur d'une équipe. La mise en regard de l'extrait d'entretien suivant avec une scène observée dans la même consultation permet de revenir sur ce principe d'opposition.

Une petite fille de trois ans est en salle de pesée. La puéricultrice lui demande de se mettre sous la toise pour la mesurer.

Au moment de relever la mesure, le médecin passe la tête par la porte :

- c'est pas bon, les pieds contre le mur...

la petite fille rectifie sa position. Le médecin reprend

- ça va pas, elle est sur la pointe des pieds...

La scène se poursuit jusqu'à ce que la mère lui tienne les pieds plaqués au mur, que la puéricultrice lui maintienne la tête bien droite et que la petite fille se mette à hurler avant de fondre en larmes.

L'éducatrice de jeunes enfants de la consultation, alors en salle d'attente, se rapproche, aperçoit la petite fille maintenue plaquée au mur, écarquille les yeux et hausse les épaules avant de retourner en salle d'attente.

Dans cette situation, quasiment caricaturale, le maintien forcé de cette petite fille et le vécu de la situation qu'il entraîne pour elle semblent en effet disproportionnés au regard des résultats recherchés (la mesure au centimètre près de la taille de l'enfant). Au cours d'un entretien mené avec une auxiliaire de puériculture de la même circonscription et intervenant dans la même consultation, celle-ci déclarait :

« Moi je trouve que c'est plus important de discuter avec une maman et d'arriver à échanger que de faire le vaccin à son gamin qui en a besoin, qui est en retard. Voilà. Ça n'engage que moi. Et peut-être que S., ça m'embête, parce qu'elle est adorable, elle est gentille et tout ce que tu veux, mais au niveau... moi j'ai un peu de mal avec ça, qu'est-ce que ça peut foutre s'il est pas pesé le petit ? Bon, dans la mesure où il est pas tout maigre, où tu vois que... qu'est-ce que ça peut faire ? S'il pleure, si on n'arrive pas à le mettre sur la balance, j'insiste un peu mais qu'est-ce que ça peut faire ? Pour moi ça n'a aucune importance. Et peut-être que pour d'autres, ça a vachement d'importance, qu'il faut absolument arriver à ce que tu as décidé, parce que tu es là pour ça »
(Christine, Auxiliaire de puériculture).

Les deux conceptions de « ce qui est important » dans la prévention sont ici clairement opposées. De cela découle alors des conceptions distinctes du « bon boulot », des modes de fonctionnement des consultations très différents et des rapports au travail extrêmement variables d'un professionnel à l'autre.

II. Une prévention en lien avec la « répression »

1. La PMI comme instance d'observation : une prévention sans obligation

Rappelons ici que depuis sa généralisation, la Protection Maternelle et Infantile, si elle est comme son nom l'indique une politique de protection, elle correspond avant tout à la mise en place d'un système de prévention. Prévention, entendue dans un sens très large tel qu'il vient d'être discuté. Dans sa mise en pratique, cette politique a rendu obligatoire un certain nombre d'examen médicaux et demande à ce que la population se soumette à un certain nombre de règles sous peine de sanction, mais la part la plus

importante de cette politique continue de reposer sur des mesures exclusivement incitatives.

Revenons donc sommairement sur les obligations que comprend cette politique de santé publique et les sanctions que le refus de s'y soumettre peut entraîner. Jusque récemment, un certificat de santé prénuptial était demandé à tout futur marié. La non présentation de ce certificat pouvait entraîner l'impossibilité du mariage. En partie tombée en désuétude et le plus souvent réduit à une simple formalité, parfois sans réel examen médical et sans la présence physique des deux conjoints, cette obligation a été abolie le 20 décembre 2007¹¹⁵.

Pour la future maman, sept examens prénataux sont obligatoires : l'un au premier trimestre, puis chaque mois jusqu'à la fin de la grossesse. La déclaration de grossesse doit être faite avant la fin du 3^{ème} mois. Elle ouvre les droits à un certain nombre d'allocations et prestations financées par la CAF et la CNAM¹¹⁶. Ainsi, ne pas se soumettre aux examens prénataux et ne pas déclarer la grossesse, outre les risques médicaux que cela peut éventuellement faire courir à la futur mère et au futur enfant, trouve comme sanction la non reconnaissance d'un droit. L'incitation des mères pour participer à ces mesures de préventions réside dans le lien de dépendance établit entre souscription au suivi médical et accès aux allocations.

Pour l'enfant, 20 examens médicaux sont obligatoires jusqu'à six ans dont : neuf la première année, trois la deuxième année, deux par an les quatre années suivantes. Selon le même principe que celui des examens prénataux, le versement des allocations familiales dépend de la présence de l'enfant à ces examens « obligatoires »... mais pas à tous. Seuls trois d'entre eux, effectués au huitième jour, neuvième mois et vingt-quatrième mois donnent lieu à l'établissement de certificats médicaux transmis aux caisses d'allocations familiales. Ainsi, sur les vingt examens obligatoires prévus par la loi, trois s'accompagnent de mesures incitatives (le versement des allocations), les dix-sept autres restent « simplement » obligatoires, sans mesures particulières d'incitation ou de sanction en cas de non respect de l'obligation. Pour l'enfant, toujours, un

¹¹⁵ Dans un contexte de recherche de réduction du déficit de la sécurité sociale, le gouvernement Fillon a profité de l'application peu rigoureuse de cette mesure pour l'abolir (loi 2007-1787 du 20 décembre 2007 entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008).

¹¹⁶ Les différentes allocations existantes, dont l'accès et le montant variaient en fonction de la situation déclarée, sont regroupées, depuis le 1^{er} janvier 2004, dans le dispositif PAJE (Prestation d'Accueil du Jeune Enfant).

programme vaccinal est prévu, dont une partie est obligatoire et l'autre facultative. De ces vaccins, en principe faits au cours des vingt examens de suivi de l'enfant, dépendent la possibilité et l'autorisation pour l'enfant d'accéder aux différentes institutions collectives de l'enfance, telles que les crèches, garderies, écoles, centres aérés, colonies de vacances et autres.

Telle est la liste complète des obligations auxquelles doivent se soumettre la mère et l'enfant sous peine de se voir sanctionner des différentes manières que nous venons d'exposer. Comparée à l'ensemble des mesures comprises dans la PMI et aux multiples tâches qui occupent les journées des intervenants des consultations, cette liste paraît bien courte. Et mise en regard des composantes de la prévention telle que nous l'avons présentée au début de ce chapitre, celles directement attachées à ces obligations semblent, elles aussi extrêmement restreintes. La majeure partie de la prévention effectuée par la PMI nécessite donc de travailler en accord avec les familles.

« on n'a pas le mandat de justice, donc on va téléphoner aux familles, quand elles sont pas venues au rendez-vous, on va leur téléphoner pour dire, vous savez, vous avez raté le rendez-vous, ça serait bien si vous veniez, on est obligé de travailler avec la famille, donc on est obligé de parler comme ça. On ne peut pas dire "vous êtes obligé de venir" ça ne peut être que des liens qu'on peut tisser. » (Dr Dalle, Pédiatre)

C'est lorsque les familles se révèlent réticentes à certaines mesures que les difficultés les plus importantes se font jour. En l'absence d'obligations, nombre de familles refusent de recevoir à domicile les intervenants des services ou de suivre régulièrement les consultations comme cela leur est demandé. Les intervenants sont alors partiellement démunis pour suivre, malgré tout, le développement de l'enfant. Pour autant, dans de telles situations, ils disposent de quelques moyens pour obtenir l'assentiment des familles ou tout du moins pour maintenir un suivi de la situation de l'enfant.

2. La pression pour suivre, la « répression » comme moyen de pression

La PMI, service médico-social, se trouve au centre d'un maillage institutionnel encadrant la mère et l'enfant. Chargé de la protection de l'enfant, le travail en lien avec les services sociaux et avec l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) est quotidien. S'il n'est pas toujours explicité de manière très claire, ce positionnement de la PMI est connu des

familles et peut avoir des répercussions dans les rapports qu'elles entretiennent avec les services.

Pour mener à bien leur mission d'obligation sans contrainte la marge de manœuvre des intervenants se révèle relativement faible. Dans de telles circonstances, un effort très important est fait par les intervenants du service pour ne pas contrarier une mère, pour ne pas développer de relation conflictuelle avec les usagers. Un des risques encouru est qu'une famille ne revienne plus aux consultations et ne réponde plus aux appels des intervenants. La conséquence directe pour ces derniers en étant la perte du suivi du développement de l'enfant.

a. La pression des rappels courtois

Dans cette optique, lorsqu'un enfant ne se présente pas en consultation pendant une période anormalement longue, ou qu'une mère, dans une situation particulière manque un rendez-vous, il arrive que les intervenants contactent la famille pour ne pas perdre le lien établi et par la même occasion s'assurer de l'évolution de la situation. En fonction des relations préexistantes avec une mère, et de la situation familiale, l'intervenant peut téléphoner au domicile ou s'y rendre directement. Il est intéressant de noter que, toujours dans l'intention de ne pas heurter la famille, les intervenants prennent garde de présenter leur appel téléphonique de la façon la plus anodine « ça faisait longtemps qu'on ne vous avait pas vu, j'appelais pour savoir comment vous allez ? ». Il en est de même pour les visites à domicile qui sont le plus souvent présentées comme un simple passage de courtoisie à l'occasion d'une visite à domicile réalisée chez une famille voisine. Ce mode de présentation des appels et des visites sert bien entendu à ne pas révéler à la mère les inquiétudes et soupçons éventuels dont elle peut être l'objet de la part des intervenants.

Par ces deux méthodes, les intervenants de PMI procèdent à ce qu'ils appellent des « piqûres de rappel » auprès des familles. dans la forme, ces « piqûres » accordent généralement aux familles l'argument de l'oubli ; permettant à tout usager du service de reprendre le suivi de l'enfant dès lors que celui-ci lui a été rappelé. Ce principe évite de placer les familles dans une posture d'accusé, alors que celles-ci tentent, pour une raison ou pour une autre, de se soustraire du regard des services. La crainte d'entrer dans une opposition franche avec une famille est alors déjouée par la mise en scène d'une fausse naïveté des intervenants.

Pour certaines familles, ces rappels permettent d'assurer à minima un suivi régulier des consultations. Mais le fonctionnement de ces rappels est fortement lié à l'institution qui les effectue et au cadre dans lequel ils sont réalisés. En effet, si ces simples rappels, amènent certaines familles à se plier aux demandes des intervenants c'est d'une part parce que ces familles ne sont pas dupes des véritables raisons de ces rappels et d'autre part parce que la PMI comme service de prévention occupe une place particulière dans les procédures de signalement de l'enfance en danger, ce qui n'est pas non plus ignoré des usagers des services.

b. Les mesures de signalement

En ce sens, les mesures de signalement servent de moyen de pression permanent sur les familles. La plupart du temps, la possibilité d'un signalement n'est pas évoquée par les intervenants. L'existence de telles mesures et la connaissance qu'en ont les familles suffit la plupart du temps pour obtenir leur coopération. Toutefois, il arrive que certains intervenants brandissent le signalement comme une menace.

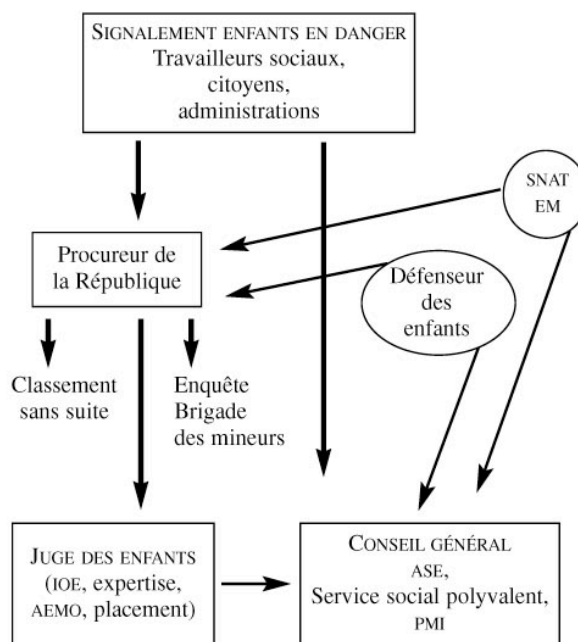
« Moi je suis claire et nette, je lui ai dit, vous savez si on n'arrive pas à travailler avec vous, c'est le juge qui s'en occupe, c'est ça ou rien. Donc après, elles viennent, elles sont un peu contraintes et forcées mais moi je le dis d'emblée qu'on vient pour un signalement... » (Maïté, puéricultrice).

Souvent désigné comme UNE mesure à prendre en cas de suspicion ou de maltraitance avérée, le terme de signalement regroupe en réalité plusieurs mesures, allant de la simple procédure de communication d'informations à des mesures administratives et juridiques¹¹⁷.

Il y a donc plusieurs niveaux de signalement. Le premier niveau correspond au fait de porter une situation à la connaissance des services de PMI ou de l'ASE. Ce premier type de signalement peut être réalisé par une institution, une administration ou un individu. À la suite de ce premier signalement, les intervenants de PMI tentent de rencontrer la famille pour évaluer la situation, obtenir le maximum d'informations sur ce qui a été signalé et pourquoi et, dans la mesure du possible, résoudre le problème. Ce premier niveau correspond à un aspect informatif, le service de PMI est informé d'une situation et se rend sur place pour constater ce qu'il en est.

¹¹⁷ Pour de plus amples informations sur la complexité des mesures de signalement et les confusions que les différentes mesures peuvent provoquer, voire *Signaler, prévenir, réprimer*, revue EMPAN 2006/2, n°62.

Topologie du signalement



source : Chapponais, 2006

Le second niveau correspond à une procédure institutionnellement déjà engagée. Dans un cas de maltraitance avérée, la situation est portée à la connaissance du procureur de la république qui, après traitement par le juge des enfants, peut ordonner la mise en place de mesures particulières (AEMO, placement...) ; auxquelles les services de PMI sont susceptibles de participer.

Les intervenants de PMI peuvent donc rencontrer des familles, à la suite d'une mesure de signalement de premier niveau. Dans ce cas, ils ne disposent d'aucune mesure d'injonction et doivent travailler en accord avec les familles. Mais ces mêmes intervenants peuvent aussi être amenés à intervenir auprès d'une famille sur injonction du juge des enfants.

« C'est un cercle vicieux parce que nous il faut qu'on ait des éléments pour demander au juge et si on n'y va pas on peut pas savoir et le juge, s'il n'a pas d'éléments il ne donne pas l'autorisation. Nous on n'est pas obligé d'y aller. Enfin, c'est la protection de l'enfance donc on est obligé de surveiller la famille mais s'ils ne veulent pas nous recevoir, ils ne sont pas obligés de nous recevoir » (Maïté, puéricultrice).

Cet extrait d'entretien exprime bien la position dans laquelle se trouve les intervenants de PMI face à ces deux niveaux de signalement. Entre un premier niveau informatif pour lequel ils ne possèdent aucun moyen de coercitif et un second niveau dans lequel ils sont mandatés par la justice pour inspecter une situation familiale. La

confusion pour les familles peut provenir du rôle des intervenants dans le déroulement de ces deux procédures. Mais corrélativement cette double position des services de PMI, sur les deux niveaux de signalement, permet bien souvent de régler des situations en demeurant au premier niveau du signalement. Demeurer en dessous des procédures administratives et judiciaires est un objectif partagé aussi bien par les familles que par les professionnels des services. Pour les familles, se maintenir hors d'un signalement de second niveau équivaut à éviter les procédures de retraits et de placement des enfants. Pour les intervenants des services, ne pas avoir à signaler une situation au procureur de la république est la preuve que cette situation demeure gérable « en interne », c'est-à-dire en n'ayant recours qu'aux seules ressources de la famille (psychologiques, sociales, économiques...), à sa compréhension et sa coopération ; ce qui permet d'envisager cette situation exclusivement sous l'angle de la prévention.

Ainsi, les intervenants des services usent, volontairement ou non, de leur position particulière dans ces procédures de signalement pour obtenir la coopération des familles qui savent qu'en cas de refus ou d'opposition trop franche aux professionnels de PMI, elles peuvent être signalées.

c. Conséquence de la crainte

La place de la PMI dans le réseau institutionnel et sa participation aux procédures de signalement, joue un rôle plus ou moins conscient sur le comportement des familles. Connaissant les liens et la circulation possible des informations entre services sociaux et PMI, les familles craignent souvent de susciter la méfiance des premiers en ne se pliant pas aux obligations des seconds. Ainsi sans qu'elle ne soit explicitement évoquée par un intervenant du service, la possibilité d'une procédure de signalement auprès des services sociaux incite les familles à se soumettre aux demandes émanant de la PMI.

Si les intervenants, n'ont aucun moyen d'obliger une famille à les recevoir, ces dernières savent que si elles refusent d'ouvrir leur porte, cela se saura ; les puéricultrices le feront remonter aux assistantes sociales. Cet acte de refus est en soi suffisant pour motiver une certaine suspicion sur la situation familiale. Au cours de leurs échanges, puéricultrices, médecin, éducatrices et assistantes sociales en viendront rapidement à se demander la raison de ce refus. Il en est de même pour la venue aux consultations. Pour une famille, déjà identifiée par un ou plusieurs intervenants d'une consultation, il n'est pas rare que la non présentation à un rendez-vous ou une absence prolongée et non

annoncée de plusieurs mois, donne lieu à un appel téléphonique, ou à une visite impromptue au domicile. De fait, la possibilité du signalement se révèle être un important moyen de pression sur les familles et leur comportement vis-à-vis du service et de ses membres.

Pour ne pas donner l'impression d'aller à l'encontre des conseils des intervenants et de se soustraire à leur demande, certaines familles, tentent, tant bien que mal de prouver qu'elles font « comme il faut ».

La scène se déroule en salle de pesée et implique la secrétaire, une puéricultrice et une mère de famille comorienne.

S - Combien vous donnez dans le biberon ?

F - 190

S - Et combien de mesure de lait ?

F - Sept mesures

S - 190, sept mesures, c'est pas un compte rond, elle vous expliquera la puéricultrice

P - Combien ?

F - 190 et le matin la blédine

P - C'est pas un compte rond 190

F - 180

P - Et le lait ?

F - 6 mesures

S - Combien de fois dans la journée ?

F - 6

S - 6 ?!

F - Non quatre

P - Et les repas ? 2 ?

F - Oui

P - Midi et soir ?

F - Non, que le soir

Difficile de savoir, dans cette situation précise si la volonté de cette mère est de satisfaire aux attentes de la puéricultrice pour ne pas éveiller de doute (Cardi, 2007) ou de répondre correctement aux questions pour se voir qualifiée de « bonne mère ». Dans le cadre des consultations « bonne mère » signifiant : répondre correctement et sans hésitations aux questions, ne pas avoir besoin de conseils de la part des intervenants en raison des connaissances déjà acquises et recevoir en revanche des compliments sur la tenue et le développement de son enfant¹¹⁸.

Cet exemple, que nous retrouvons dans bien d'autres situations, illustre l'acquiescement de nombreuses mères à des propositions et questions avancées par les

¹¹⁸ Il paraît vraisemblable que dans cette situation, la volonté de cette mère tient dans un agencement de ces différentes propositions, auxquelles s'ajoute le désir de se soumettre positivement au pouvoir médical... Même si en l'occurrence il n'y a pas à proprement parler de professionnel du médical, la PMI apparaît comme un service médical en lui-même (par opposition au service social).

intervenants du service pour éviter, une critique, un commentaire, un reproche ou plus simplement susciter la désapprobation ou une évaluation négative. De fait, les réponses aux questions sont davantage des signifiants du contexte relationnel et de la position qu'ils occupent par rapport aux mères que des informations sur les pratiques réelles et la situation familiale.

3. Confusion des positions

Si la crainte du signalement permet d'obtenir la participation de certaines familles, cette même crainte soulève de nombreuses méfiances vis-à-vis du service et de ses intervenants. Connaissant l'existence des mesures de signalement et les conséquences que celles-ci peuvent entraîner, nombres d'utilisateurs dissimulent certains éléments de leur quotidien afin de maintenir leur situation. Ils ne souhaitent pas, voire redoutent, une plus grande ingérence de la PMI.

Une mère dans une situation sociale particulièrement délicate, présente des signes d'épuisement physique et de fragilité psychologique. Pendant la consultation, après avoir ausculté le nourrisson (en bonne santé mais particulièrement fragile car âgé d'un mois mais né prématuré de deux mois), le médecin lui conseille de ne pas s'inquiéter, d'éviter les situations de tension et surtout de ne pas angoisser. La mère acquiesce et quitte la consultation. Quelques instants plus tard, cette mère me confiera qu'elle pleure tous les jours depuis plusieurs semaines et qu'elle consomme d'importantes quantités d'anti-dépresseur. Elle conclura l'entretien par « mais ça, il ne faut pas le dire au docteur, *j'ai déjà assez de problèmes comme ça* ».

Dans d'autres cas, l'éventualité des mesures de signalement n'est peut-être pas clairement perçue, mais le travail en partenariat avec les services sociaux, entre autres, suffit à susciter la méfiance des utilisateurs. Leur fréquentation des consultations se fait alors dans un climat à la fois de crainte, de nécessité et de soumission à l'institution.

En fin de matinée, alors qu'il n'y a plus aucune famille, un jeune couple arrive dans le service. C'est leur première visite. Ils hésitent avant de passer la porte du couloir et une fois celle-ci franchie ne savent ni où aller ni à qui s'adresser. Ils me posent alors la question et je leur indique la salle de pesée. Au moment de sortir le bébé de sa poussette, la femme a un instant d'hésitation et s'adressant à son conjoint, « elle va nous demander quels sont nos revenus... comment on fait ? On dit quoi ? ». À ce moment, une puéricultrice arrive. Ils la reconnaissent, et lui rappellent que c'est elle qui leur a dit de venir, lors de la visite prénatale à domicile.

À l'issue de ce rendez-vous, la puéricultrice exprime sa satisfaction :
« C'est bien, je ne pensais pas qu'ils viendraient. Je ne sais pas si tu as remarqué ? Ce sont deux toxico, quand je suis passée chez eux, je me demandais comment ils feraient, juste pour donner un biberon. »

Le rôle et le fonctionnement des consultations reposent en grande partie sur cette ambiguïté, ce partage entre un service préventif, dépourvu de moyens de contrainte et nécessitant l'assentiment des familles pour agir et une institution chargée de veiller aux conditions de vie des enfants et de signaler les situations pour lesquelles elle n'est plus en mesure d'agir par elle-même, passant le relais à d'autres services, plus contraignants et en rapport plus direct avec l'univers judiciaire.

Cette place bien particulière qu'occupent les services de PMI n'est pas sans créer de confusion pour les familles qui en viennent parfois à ne plus faire de distinction entre les différentes institutions. Confusion qui n'est pas toujours bien vécue par les intervenants eux-mêmes.

« Le problème en fait c'est ça, c'est qu'on fait de la prévention mais on va faire de la répression (...). Tu ne peux pas empêcher des familles de se dire « c'est pas pour m'aider qu'ils sont là, c'est pour me taper dessus si je fais pas bien ». (...) Tu aides les familles, tu aides les familles, et puis au bout d'un moment tu descends le couperet, c'est vrai que c'est pas idéal non plus. Mais bon, c'est notre rôle aussi donc... on fait avec » (Dr Lavois, pédiatre).

Effectivement la collusion entre la PMI et l'ASE ou entre la PMI et la DDASS n'est pas qu'une simple vue de l'esprit. La PMI a une part de responsabilité dans les mesures de signalement et peut avoir un rôle important à jouer dans les prises de décisions concernant un enfant et sa situation familiale.

« Entre parenthèses, moi j'ai toujours eu très peur du pouvoir qu'on pouvait avoir sur l'autre, par notre situation de... de professionnel de la petite enfance. Ce pouvoir-là, il peut être terrible, il peut être destructeur pour une maman. (...) En tant que puéricultrice, et de PMI, on a le pouvoir de juger. Combien de fois vous avez entendu à la TV « la DDASS m'a placé mon enfant ». On est la Ddass, la PMI. On a changé de nom mais on est l'ancienne DDASS. C'est un pouvoir ! Quand on va demander le placement d'un enfant, qu'il soit séparé de ses parents, c'est un pouvoir ! Est-ce qu'on va laisser cet enfant fonctionner avec ses parents, parce que ses parents sont alcooliques, par exemple, mais qu'ils aiment leur enfant et que malgré l'alcoolisme, ils arriveront peut-être à très bien s'en occuper, ou est-ce qu'on va être obligé de placer l'enfant parce que l'alcoolisme fait qu'ils ne sont plus en capacité de s'en occuper ? C'est un pouvoir ça. Moi j'en ai toujours eu peur de ça. Donc comment prendre une bonne décision ? » (Martha, puéricultrice).

Par la procédure de signalement, les intervenants de PMI peuvent être les déclencheurs de procédures administratives très lourdes dont la dernière extrémité est le retrait de l'enfant de sa famille et son placement en foyer ou en famille d'accueil. Si dans le courant de la procédure, la responsabilité du dossier est transférée vers les services de l'ASE, la PMI est encore régulièrement consultée pour avis et les puéricultrices comme les médecins auront encore à assurer le suivi de l'enfant dans son nouveau lieu d'accueil. Ayant souvent une part de responsabilité dans le parcours que

suit le dossier, et sur la décision adoptée au final, les professionnels de la PMI ont donc un double rôle à jouer : d'une part un rôle de dernier rempart qui ne sanctionne pas directement en matière de protection de l'enfance et d'autre part un rôle de passeur vers les institutions disposant de moyens contraignants pour obliger les familles à se plier à leurs injonctions.

Pour les intervenants que nous avons rencontrés, la difficulté ne semble pas provenir de l'acceptation de cette dernière partie de leur travail, mais bien plutôt de la considérer encore comme une pratique de prévention.

« Je ne suis pas flic, d'accord ? donc en étant dans la prévention s'il y a un placement, le placement va être préparé, parce qu'on va prévenir le décès de l'enfant. On ne va pas faire un placement pour faire un placement. C'est parce que je suis dans la prévention que je n'ai pas de problèmes. Enfin je n'ai pas de problème. Maintenant je n'ai plus de problème, avant je m'angoissais, maintenant non. Parce qu'au fur et à mesure, on se rend compte que quand on fait un travail de prévention, on n'a pas de reproche à se faire ; c'est comme ça » (Martha, Puéricultrice).

Nous pouvons donc voir dans l'exposé de ses justifications, la mobilisation de plusieurs éléments hétéroclites et opposés à partir desquels elle va définir et justifier son positionnement et son action. En se définissant de manière opposée à la figure du « flic », appellation généralement utilisée pour désigner les agents de police par l'aspect répressif de leur fonction, elle marque clairement son ancrage sur le versant préventif de la protection de l'enfance. Il semble pourtant difficile de considérer sur un même plan les actions de prévention telles qu'opérées dans les consultations ou au cours des visites à domicile et le déclenchement et le suivi de ces procédures de signalement et de placement.

Si l'ensemble de ces mesures appartient au dispositif de prévention, elles se distinguent dans la gradation de ce qu'elles visent à prévenir et dans les conséquences qu'elles impliquent pour les familles.

Par conséquent, si retirer un enfant de sa famille reste du domaine de la prévention¹¹⁹, cette mesure signe souvent l'échec de toutes celles mises en place auparavant. De fait, elle n'est que rarement citée comme faisant encore partie d'une logique purement préventive. Les mesures de signalement sont le plus souvent

¹¹⁹ « L'important pour moi, c'est d'éviter la mort de l'enfant. C'est là où se situe le seuil. Et puis aussi, si c'est pas la mort, ça peut aussi être la déchéance morale et physique de l'enfant » (Martha, puéricultrice).

présentées par les intervenants comme faisant partie du volet répressif de la PMI et vécues comme une sanction de la part des familles.

« À chaque fois qu'il y a un signalement, ce qui est compliqué c'est de faire comprendre aux gens que tu le fais pour leur bien. Ou en tout cas que tu le fais pour le bien de l'enfant. Parce que souvent, le fait de le faire pour le bien de l'enfant, souvent, c'est à l'encontre de le faire pour leur bien à eux (Denise, EJE).

Dans de nombreuses situations se pose en effet la question de la composition familiale et des actions possibles à mettre en œuvre pour agir de la manière la plus adéquate. Il arrive que l'enfant soit une sorte de « béquille » pour les parents. Dans une telle configuration, en cas de négligence des parents vis-à-vis de l'enfant, la question des conséquences à moyen terme sur le psychisme et la stabilité des parents représente une variable importante dans l'éventualité d'un retrait de l'enfant de son milieu familial. En effet, il arrive que le retrait de l'enfant mette à bas les dernières ressources psychologiques et sociales sur lesquelles s'appuyaient les parents pour ne pas sombrer pleinement et durablement dans l'alcool, la drogue ou la prostitution, rendant inenvisageable un retour ultérieur de l'enfant dans sa famille d'origine. Dans un premier temps, les intervenants tentent alors de prendre des mesures pour protéger l'enfant tout en le maintenant dans sa famille¹²⁰. Ces différentes mesures nécessitent tout de même l'accord, la participation, l'engagement et une surveillance régulière des parents.

Au cours de leurs relations avec les familles, les intervenants de PMI sont donc conscients de représenter aussi ce que la protection de l'enfance peut avoir de répressif. Se distinguer des services de l'ASE et de la Ddass fait partie des difficultés qu'ils rencontrent au quotidien. Cette difficulté est d'autant plus grande lorsque les mêmes intervenants effectuent les visites à domiciles « de routine » ou à la demande des parents et celles qui font suite à une mesure de signalement. Ces dernières visites, recouvrant un caractère d'urgence sont effectuées en priorité. De fait, dans certains secteurs, les puéricultrices et éducatrices de jeunes enfants ne peuvent réaliser des visites à domicile que lorsqu'elles découlent d'un signalement. Elles sont alors accompagnées d'une

¹²⁰ Peuvent être envisagées : l'intervention d'une Technicienne en Intervention Sociale et Familiale (ex. travailleuse familiale) dont le rôle consiste à la fois à porter une aide matérielle et éducative à la famille et à surveiller l'évolution de la situation familiale ; ou l'adoption de mesures d'AEMO (Aide Educative en Milieu Ouvert) qui consiste en un placement en alternance de l'enfant en famille d'accueil ou en foyer. L'enfant peut alors être accueilli pendant la journée et retourner au domicile familial la nuit ou être accueilli pendant la semaine et rentrer le week-end, etc...

assistante sociale. On comprend mieux dans ces conditions la confusion Ddass/PMI qui peut exister dans l'esprit de certaines familles.

III. Prévention, puériculture et éducation à la santé : le constat socio-culturel et le « contrôle social »

Par leurs missions de prévention, d'éducation à la santé et à la puériculture, les intervenants des services sont amenés à observer et, s'ils l'estiment nécessaire et possible, à intervenir dans des sphères toujours plus privées du domaine familial. Pour ce type de « prévention » ou d'intervention, la prise en compte du contexte socio-culturel s'ajoute à celle du contexte socio-économique. Une grande partie des usagers des consultations étant immigrée ou issue de l'immigration, les pratiques et habitudes éducatives et comportementales ne manquent pas de remettre en cause les modèles avancés par les intervenants des consultations.

Nous montrerons dans les pages qui suivent comment cette mission d'éducation à la puériculture et à la santé recouvre une part de normalisation des comportements familiaux, exercé au nom d'une aide à l'intégration des populations immigrées ou issues de l'immigration à la société d'accueil. Nous verrons ensuite que les différences culturelles, économiques et sociales, contribuent à la construction d'un processus d'Altérité entre intervenants et usagers du service. Cela nous amènera à questionner le rapport qui existe entre l'étendue des problématiques avancées par les familles et le champ de compétences et d'intervention de la PMI.

1. Éducation et normalisation

Les actions de santé publique ne peuvent pas être pensées en termes de modification des comportements individuels, ceux-ci n'étant compréhensibles qu'à la lumière de la culture du groupe social d'appartenance. « Au-delà du travail d'information et de motivation des individus, la santé publique n'a d'autre choix que de se muer en exercice de changement culturel. Un tel besoin de changement en profondeur suppose un nouveau projet de société et fait donc de la santé publique un projet politique » (Massé, 1995 :1).

La mission des consultations amène les professionnels à intervenir, à corriger, à conseiller, à contrôler les pratiques familiales et, le cas échéant, à tenter de les modifier. Recherchées au nom de la prévention médico-sociale, les modifications comportementales et culturelles auxquelles nous faisons allusion sont de l'ordre d'une normalisation des comportements familiaux en regard des pratiques de référence qui ont cours dans la société. Ainsi, à travers la mission d'éducation sanitaire c'est, plus largement, une mission d'éducation qui se joue. Il s'agit alors de prévenir des « risques » : risques médicaux, en empêchant les familles de perpétuer des pratiques jugées dangereuses pour le développement de l'enfant, et risques sociaux, en normalisant les pratiques des familles en vue de faciliter leur intégration à la société.

Cette présentation, aux traits volontairement grossis, d'une partie de l'action de la PMI, nous permet de rappeler la mission politique de « contrôle social » qui incombe à tout service pratiquant le travail social.

Si aujourd'hui la notion de « contrôle social » est essentiellement envisagée sous l'angle de la surveillance-correction, cela n'a pas toujours été le cas en sciences humaines¹²¹. Cette vision réductrice fortement popularisée en France par les travaux de Michel Foucault masque le fait qu'en « sociologie, la notion de contrôle social renvoie simultanément à des formes de pouvoirs et à des modes d'intégration sociale » (Lenoir, 2005 : 7).

Ainsi nous faut-il particulièrement insister sur la dimension socialisatrice du « contrôle social » tel que nous l'envisageons. Seul un rappel fort de cette dimension permet de réhabiliter la conception « neutre » (Ogien, 2006) que peut recouvrir cette notion. Si l'usage réducteur et massif de cette notion a conduit à son abandon dans la plupart des travaux de sciences humaines et sociales (souvent remplacée par « régulation » pour son côté plus soft (Carrier, 2006)) seule la notion de contrôle social permet d'expliquer en une seule et même formule le double mouvement dont il est ici question. « La notion de « contrôle social » est employée dans deux conceptions de la reproduction de l'ordre social. Une première est individualiste et neutre : elle renvoie à l'existence, inhérente à toute société, de mécanisme de régulation qui conduisent chacun de ses membres à intérioriser les prescriptions d'un système de normes et de valeurs

¹²¹ Pour une histoire du concept de contrôle social et des variations de son usage en sociologie nous renvoyons à l'article de Nicolas Carrier (2006).

unique et stable. La seconde est collective et critique : elle nomme l'ensemble des dispositifs de surveillance et de répression mis en œuvre par des instances spécialisées (police, justice, armée, école, etc.) afin d'asseoir le pouvoir d'un groupe dominant, en reconduisant les conditions de l'asservissement des dominés » (A.Ogien, 2006).

Ainsi, par son rôle intégrateur et normalisateur, le travail social s'est vu, à partir des années 1970, critiqué pour cet aspect de « contrôle social » des individus. « Cette version critique est en fait l'envers de la version positive qui fait du travail social une entreprise de réhabilitation des individus en vue de leur intégration à la société » (Castel, 2005 : 35). Paradoxalement, il lui est aujourd'hui reproché son incapacité à jouer ce rôle (ibid.). Si le travail social, quel qu'il soit, peut être taxé de faire du « contrôle social », c'est à la condition exclusive de ne pas oublier la double dimension de socialisation et de réaction sociale à la déviance que recouvre cette notion.

Ainsi, le maintien dans notre travail d'une notion tant discutée tient alors à la double dimension que seule celle-ci permet d'exprimer en une seule formule ; la position complexe et délicate de la PMI sur ces deux versants du contrôle social étant au cœur de ce chapitre. Réhabilitation et intégration d'un côté, régulation et normalisation de l'autre, sont les deux faces d'une même médaille du travail social, qui posent de nombreuses questions aux intervenants de PMI dans leur travail d'éducation, de suivi et de « surveillance » des familles.

L'analogie que nous faisons ici entre l'exercice de la PMI et le travail social s'appuie entre autres sur les changements des conditions dans lesquelles ils se réalisent. Ainsi les évolutions suivantes ont été relevées pour le travail social : une individualisation du traitement des demandes, une augmentation des responsabilités des employés du social dans la résolution des dossiers qui leur sont présentés, le déplacement et l'augmentation des enjeux en présence lors des interactions de rencontres entre usagers des services et employés (Ion, 2005)¹²². Le traitement individualisé de chaque demande accroît l'importance des situations de face à face au cours desquelles l'utilisateur doit présenter son problème et « plaider sa cause » et l'intervenant analyser et évaluer la demande et envisager la réponse adéquate à y apporter (Dubois, 2003).

¹²² Les treize chapitres qui composent cet ouvrage collectif traitent tous de l'un de ces thèmes ou de plusieurs d'entre eux.

En appliquant ces derniers points au champ de la puériculture et de la petite enfance dans une perspective d'éducation à la santé et de prévention médico-sociale, c'est à l'évaluation de pratiques éducatives, relationnelles et comportementales entre un ou des parents et son ou leurs enfants que les intervenants de PMI doivent se livrer. Une fois ces pratiques familiales replacées dans leur contexte économique, social et culturel, les intervenants doivent alors choisir s'il est nécessaire ou pas de procéder à leur modification. Nous voyons alors combien cette mission, définie par des notions aussi évasives que l'« éducation », la « prévention » et la « santé », dépend du personnel intervenant et des représentations qu'il se fait de ces notions tout autant que de la particularité des situations dans lesquelles se trouvent des familles.

Depuis toujours, les hommes se reproduisent et éduquent leurs enfants selon des rites, coutumes, pratiques, traditions, croyances et savoirs élaborés à partir de connaissances empiriques, théoriques, scientifiques ou magico-religieuses en fonction des époques et des régions du monde (Guidetti *et al.*, 2004). La preuve de leur bien fondé repose sur l'état de santé des individus adultes qui les ont « subies » pendant leur enfance (Bonnet et Pourchez, 2007). Leur multiplicité et leur diversité remettent alors en question les savoirs des intervenants en tant qu'unique méthode éducative valable.

« Souvent quand on explique, on va peut-être nous donner un argument contraire. Moi j'essaye toujours un peu de trouver un juste milieu. Bon il faut quand même avoir à l'esprit que les conseils d'il y a dix ans, il y a vingt ans, c'était pas les mêmes. Et puis je crois qu'il faut voir aussi que finalement, ces enfants, ils ne mangent pas tout à fait comme on leur dit, ils ne sont pas emmaillotés comme on leur dit, quand on voit qu'ils se développent bien, qu'il y a une bonne relation avec la maman, il faut pas aller plus loin. (...) Pour l'alimentation, chaque pays, chaque région même de France, il y a des habitudes et ben les choses ne se passent pas plus mal aussi. Il faut pas non plus avoir des œillères et il faut être là pour s'assurer que ça se passe bien » (Dr Zuca, Pédiatre).

Ainsi, qu'il s'agisse d'une tentative de modification des pratiques familiales ou, à l'inverse, d'une volonté de ne pas y intervenir, ces deux postures sont adoptées par les intervenants de PMI au nom d'une aide apportée aux familles. De là, pris entre une normalisation des comportements comme aide à l'intégration et un refus d'une acculturation de principe pour préserver une identité culturelle, un nouveau dilemme se pose aux intervenants et les replace face au rôle et à la mission qu'ils estiment être les leurs.

2. Une question d'intégration¹²³

Entre une volonté de normalisation et un désir de respecter les pratiques familiales, ces deux postures, bien qu'en contradiction, ne sont nullement antinomiques et peuvent être adoptées/appliquées par les mêmes professionnels.

« J'ai toujours eu le souci d'essayer de trouver la mesure entre ce qui est essentiel pour que l'enfant soit bien, en termes de rythme, de rythme d'alimentation, de jouet, de stimulation éducative appropriée, avec du matériel approprié, des jeux appropriés en fonction de son âge, de ses besoins, de ses compétences physiques, et de ne pas calquer ma culture à moi, mes références à moi occidentales, avec des familles qui ne sont pas dans ma culture, qui ne sont pas dans nos normes à nous. (...) Tout ce qu'on leur propose, c'est un modèle occidental. Et quelque part, ça ne me satisfait pas. En même temps je vois bien ce que ça produit pour des enfants, je vois bien comment ça les éveille, comment les couleurs ça les stimule. Mais en même temps je me dis, c'est nos produits à nous tout ça et c'est pas dans leur culture à eux et j'ai pas envie que... mon travail c'est pas de l'acculturation, l'intégration c'est pas ça » (Magalie, EJE).

Cette EJE présente ici sa volonté de ne pas acculturer les familles et, dans le même temps, la difficulté à laquelle ce principe l'expose. Au nom d'un respect de pratiques « culturelles », elle déclare alors renoncer à certaines techniques éducatives dont elle a l'habitude de faire usage (les jeux colorés) alors même qu'elle en constate au quotidien les effets bénéfiques sur le développement et la stimulation de l'enfant. Face à ce dilemme, elle pose une limite qui détermine la nécessité ou non d'une intervention sur les pratiques familiales: « ce qui est essentiel pour que l'enfant soit bien ».

a. Le respect des pratiques et de l'identité « culturelle »

Les variations de la puériculture moderne, sur des critères scientifiques, moraux ou idéologiques ont à elles seules œuvré à la reconnaissance de la diversité des « bonnes manières de faire », allant jusqu'à présenter ces évolutions comme une simple succession de « modes » (Delaisi de Parseval et Lallemand, 2001). La confrontation aux pratiques issues de différents pays, dont la validité se constate de façon très directe dans

¹²³ Sans ignorer les importants débats que suscite l'usage du terme intégration (Wieviorka, 2008), nous en faisons ici un usage dans son acception la plus large. Au risque de faire allusion à une conception durkheimienne de l'intégration sans en partager l'ensemble des implications nous l'utilisons en tant qu'opposition à celui d'anomie. L'importance et la richesse des discussions autour des termes « intégration, insertion, assimilation » rendent l'usage de chacun d'eux délicat, au point de ne plus savoir comment parler de ces questions (Simon, 1999). La complexité de ces débats et de leurs enjeux, explicites ou sous-jacents, n'a alors d'égale que la perplexité de celui qui souhaite aborder cette question de « l'intégration » sans en faire un thème central de son propos.

les consultations¹²⁴, conduit certains intervenants à accepter la remise en cause de leurs connaissances et de leur pratique éducatives « d'origine ».

« Parce que tu te dis, nous on a nos propres valeurs, nos propres idées, notre culture, pourquoi je vais lui dire que c'est mieux ce que je fais moi ? En plus j'en suis pas persuadée » (Christine, Auxiliaire de puériculture).

Ce questionnement autour des règles de puériculture s'effectue alors dans un double mouvement. D'un côté, il y a la reconnaissance que les règles de la puériculture « à la française » (ibid.) ne sont peut-être pas meilleures que les autres, et d'un autre côté l'acceptation que, tout compte fait, ces autres règles ne sont pas si mauvaises. La puériculture française est alors non seulement remise en question dans son aspect dogmatique, mais son aspect ethnocentrique est lui aussi fortement relativisé au regard des techniques d'élevage pratiquées ailleurs.

Cette acceptation de la validité de ces autres méthodes est alors un passage obligé pour les intervenants, pour adapter leur discours et leurs conseils aux familles qu'ils rencontrent. Mais cette adaptation recouvre aussi parfois une autre motivation qui, elle, dépasse la seule question des techniques de puériculture. En ne contredisant pas ces « techniques venues d'ailleurs », c'est à un maintien des pratiques du pays d'origine que les intervenants souhaitent parfois contribuer.

« Ça fait partie d'une tradition par exemple, quand elles emmaillotent leurs bébés. Moi, je dis pas non, il ne faut pas le faire, c'est dans leur coutume, leur tradition. Ils sont pas mort là-bas. Tandis qu'ici tu te dis "Ouais il était comme une momie !" » (Lilia, Auxiliaire de puériculture).

Ainsi, par la caution (tacite) qu'elle apporte à la pratique de l'emmaillotage, c'est au maintien d'une tradition que cette auxiliaire de puériculture souhaite participer ; alors même que les arguments physiologiques avancés pour la défendre sont totalement remis en cause par la puériculture scientifique¹²⁵. Par cette prise de position, cette auxiliaire entend défendre une pratique qui est courante « là-bas » et dénoncée « ici ». Il ne s'agit alors plus de l'évaluation portée sur une technique de puériculture mais bien d'aider une famille à « s'intégrer » à la suite d'une migration. Au cours de leurs interactions avec les familles, les intervenants sont des représentants de l'institution à laquelle ils

¹²⁴ Un médecin à propos d'une mère gambienne qui présente à la consultation son huitième enfant âgé de quatre mois « Elle ne fait rien comme on lui dit. Mais c'est son huitième et les sept autres vont tous bien. On ne va pas lui apprendre comment il faut faire, visiblement, elle sait ! » (Dr Château, pédiatre)

¹²⁵ Selon ses partisans, cette méthode permet aux enfants de s'endormir calmement et de ne pas se griffer le corps et « en outre, de raffermir les muscles, de bien façonner les jambes et de prévenir toute déformation corporelle possible ». (Ben Ammar *et al.*, 1994 : 153). À l'inverse, la puériculture occidentale actuelle prône la liberté de mouvement de l'enfant et défend son argumentaire à partir des "mouvements naturels" du corps du bébé.

appartiennent. Ainsi, c'est en termes de reconnaissance et d'acceptation des différences culturelles par une institution que cette adaptation des normes doit ici être comprise.

En effet, face à l'épreuve que représente la migration en termes de remise en question des habitudes sociales et des transformations de la vie quotidienne, les domaines les plus intimes et les plus privés de la vie sociale tels que les pratiques alimentaires, les styles de relation sociales et familiales ou les rapports entre les sexes servent de repères aux migrants et auront d'autant plus tendance à être affirmés (Leveau et Schnapper, 1987). Par l'objet même de son intervention, l'éducation de la petite enfance, c'est essentiellement à ces domaines du privé que la puériculture s'intéresse. Le parti pris de ne pas intervenir sur certaines pratiques éducatives dites culturelles est alors un moyen de laisser les familles maîtres de ce domaine, afin de ne pas rendre plus difficile encore l'épreuve de la migration, voire de la faciliter.

b. Puériculture éducative et intégration

D'un côté se trouve cette première option qui consiste, tant que la santé de l'enfant n'est pas en cause, à respecter les pratiques d'une puériculture différente, d'arrondir les angles de la puériculture occidentale afin d'accrocher le moins possible le tissu familial tendu par l'épreuve migratoire. En regard de celle-ci, une autre posture peut être adoptée et consiste à faire abandonner certains comportements familiaux au titre qu'ils n'ont pas cours en France. L'objectif avoué de la démarche étant d'aider les familles à s'adapter à la société d'accueil.

«Je pense que c'est important de voir comment ils fonctionnent, comment ils pensent, comment leurs familles fonctionnent mais maintenant, c'est pas agir avec eux en se pliant à leur culture. Parce que bon, ils vivent en France et si tu veux les adapter, pour pas qu'ils restent cantonnés, c'est vrai qu'il faut arriver à leur montrer comment toi, comment ça se passe en France, mais en l'adaptant, faut pas être catégorique. Mais bon, d'un autre côté, tu ne retrouves pas que de la culture. Quand tu retrouves tous les soins au niveau de l'enfant, tu verras à la maternité ou quoi, tu as des filles qui vont apprendre ça, il faut faire ça, ça, le biberon comme ça, la couche comme ça à tel moment. En fait non, il faut toujours que tu sois hyper large, que tu laisses une souplesse. Après tu as chaque maman, chaque personne est différente et fait un peu ce qu'elle veut. Mais pour *ces gens-là* c'est vrai que bon... c'est au mieux les adapter avec notre façon de faire pour justement qu'ils ne soient pas en décalage. Quand tu vas les voir laisser leur gamin dehors à trois ans ou à cinq ans... ils vont te dire " mais chez nous on le fait ça " bon. Ici c'est pas possible, c'est pas le même... » (Marie, Stagiaire puéricultrice).

Nous voyons ici qu'il ne s'agit plus de conforter les familles dans leurs habitudes mais bien de les « adapter » à la société d'accueil. Cette adaptation nécessite la

modification de comportements familiaux en vue de les normaliser ; normalisation « avec nos façons de faire » pour éviter à ces familles d'être « en décalage » avec les pratiques de la culture du pays d'accueil. Cette position est en rupture avec celle que nous présentée précédemment. Alors que dans la première position il s'agit de ne pas substituer « notre » culture à « leurs » pratiques, dans cette seconde position il s'agit d'empêcher les familles de « se cantonner », de leur faire abandonner les pratiques de « chez eux » pour leur faire adopter celles d'« ici ».

c. Les deux usages de « l'assimilation »

À travers ces deux positions, nous retrouvons l'expression d'une question aussi ancienne que le processus de migration lui-même, celle du mode d'intégration de nouveaux arrivants à une société donnée. Si les théories sociologiques en la matière sont fort nombreuses (Schnapper, 1998), les deux modèles auxquels renvoient les options présentées ici se réfèrent à deux usages théoriques distincts du concept d'assimilation.

Un premier usage du terme assimilation est lié à l'approche sociologique développée par l'école de Chicago qui analysait « empiriquement et dans le détail, les étapes du passage, dans la vie des immigrants, entre la culture du pays d'origine et l'« assimilation » dans la société d'accueil. (...) [Celle-ci] ne signifie pas nécessairement que les groupes d'immigrants renoncent à leurs traits culturels ou ethniques. Au contraire, dans l'étape de « réorganisation » qui suit l'expérience déstabilisante de l'immigration, les références culturelles d'origine et les liens communautaires peuvent faciliter l'adaptation du groupe à la société d'accueil » (Cohen, 1999 : 37-38).

Le second usage de cette notion renvoie aux politiques assimilationnistes de l'intégration. Elle s'identifie alors à « un processus par lequel un être vivant en transforme un autre en sa propre substance, synonyme de l'absorption d'un corps étranger jusqu'à le faire disparaître ; l'anthropomorphisme social du XIX^e siècle et la colonisation renforceront cette dernière signification » (Costa-Lascoux, 1999 : 329).

Ces deux usages, les plus courants dans les représentations de l'intégration des immigrants, ne permettent pas de rendre compte du fait que « "l'intégration n'est pas une voie moyenne" entre l'assimilation et l'insertion, qu'elle suppose une autre logique, fondée sur les droits de l'homme, droits indivisibles. Cette relation explique les

malentendus dont l'intégration est souvent l'objet, comme dans ces modèles injonctifs (« Faire France ») qui la travestissent en un conformisme comportemental ou qui la réduisent à une insertion sociale à coloration culturelle » (ibid : 333).

L'opposition que présente Costa-Lascoux entre l'assimilation et l'insertion correspond aux deux grandes familles de « modèles d'intégration » qui sont les formules dites républicaines et celles dites multiculturalistes dont la France et le Royaume-Uni en seraient les figures de références respectives. Aucun de ces deux modèles n'est mis en pratique dans toute sa rigueur théorique, celle-ci n'étant d'ailleurs ni réaliste ni souhaitable¹²⁶. Ainsi, la pratique sociale tend davantage vers une application modérée de l'un ou l'autre de ces modèles d'intégration. En dénonçant le fait que « l'intégration n'est pas une voie moyenne » entre l'un ou l'autre de ces deux modèles, Costa-Lascoux pointe les processus plus complexes qui participent du parcours de *l'étranger*¹²⁷ (Schütz, 2003) qui entrent dans une société qui lui est encore inconnue et qui doit y trouver sa place.

Si nous avons vu que les positions des intervenants des consultations ne sont pas, au même titre que les modèles d'intégration nationaux, dans des applications systématiques d'une reconnaissance culturelle ou d'une incitation à l'acculturation, ces deux positions sont les tendances avec lesquelles ils négocient au quotidien leur relation avec les familles. Négociations qui s'imposent pour rendre la situation viable. Sans elles, chacune des deux positions présentée, équivaut pour les familles, et tout particulièrement pour celles immigrées ou issues de l'immigration, à une « mort culturelle »¹²⁸ (Sayad, 1978).

¹²⁶ « Dans ses variantes radicales, le modèle « à la française » est une construction qui non seulement refoule les identités culturelles particulières dans l'espace privé, mais tend à exercer une pression sur elles pour qu'elles se dissolvent – est visée alors, en fait, non pas tant une intégration qu'une assimilation pure et simple. (...) Et dans ses expressions extrêmes, le modèle « britannique » débouche non pas tant sur un multiculturalisme bien tempéré, mais sur un communautarisme ravageur car facteur de violence et négation des individus au nom de la loi du groupe » (Wieviorka, 2008 : 232).

¹²⁷ « nous entendrons ici par étranger un adulte de notre époque et de notre civilisation, qui essaie de se faire accepter pour de bon ou, à tout le moins, d'être toléré par ce nouveau groupe » (Schütz, 2003 : 7).

¹²⁸ « c'est en contribuant à l'avènement d'une condition (à la fois juridique, économique, sociale, politique) nouvelle de l'immigré, que celui-ci, de lui-même, actualisera sa culture, ou pour paraphraser une formule célèbre "qu'il la fera en se faisant".

Sans ce renversement total, on continuera à l'enfermer davantage encore dans ce terrible dilemme qui, se présentant à lui sous la forme d'un choix impossible entre deux termes aussi négateurs l'un que l'autre, équivaut à une "mort culturelle", stade suprême de l'aliénation : d'un côté, c'est une culture - celle-là qu'on dit française - qui, parce qu'il n'en a ni les moyens matériels ni les dispositions culturelles (celles-ci étant sous la dépendance de ceux-là), lui était interdite; de l'autre côté, c'est une culture -celle-là qu'on lui accorde comme étant sa culture d'origine - qui, souvent, même en sa terre natale et indépendamment de

3. Une question d'altérité

Par la composition de ce diptyque, constitué de l'éducation à la santé et de la prévention, se construit une mission d'aide à l'intégration des populations immigrées ou issues de l'immigration, public majoritaire des centres de consultation. Lors de ces consultations, d'un côté se trouvent des professionnels, diplômés, majoritairement issues des classes moyennes et blanches, tenant d'un savoir et d'une puériculture « à la française ». D'un autre côté, se trouvent des usagers, majoritairement immigrés ou issues de l'immigration, issue des classes populaires et parfois en situation de grande précarité. Sur la base de ces oppositions entre les intervenants du service et les usagers se construit une situation d'altérité sur laquelle il nous faut nous arrêter un peu.

a. L'altérité de l'immigré

Qu'il s'agisse d'aider les mères de famille à préserver leur identité d'origine ou de tenter d'adapter leurs pratiques à la société d'accueil « l'immigré est construit comme « autre » par les groupes dominants » (Lapeyronnie, 1999 : 254). En effet, bien que l'objectif revendiqué de ce travail des intervenants auprès des familles soit effectué en vue d'aider à leur acceptation dans la société d'accueil, la frontière symbolique qui se dessine entre les usagers des consultations et les intervenants n'en est pas moins le signe incontestable de la construction d'une altérité motivée par l'identification de pratiques éducatives et de puéricultures différentes et rassemblées sous le signe de la culture. « De ce point de vue, l'identité immigrée ou la minorité ethnique sont d'abord l'« autre » de la communauté nationale, l'« autre » de la nation comprise comme communauté de culture, ou même communauté politique » (ibid.).

Cette idée de l'altérité marquée au nom d'une origine géographique différente ressort parfaitement dans l'extrait d'entretien de Marie, stagiaire puéricultrice, citée un peu plus haut¹²⁹. En effet, dans son discours, la reconnaissance de l'existence de différentes pratiques de puériculture est un fait qu'il ne s'agit, non seulement en aucune

l'immigration, ne se portait déjà pas bien (l'émigration est, entre autres indices, un signe de cette atteinte) et qui se porte encore plus mal en ceux des siens qu'elle désigne pour l'émigration, "laissés pour compte" hier (car telle est, dans les situations génératrices d'émigration, la position qu'occupent généralement les immigrés) devenus aujourd'hui en tant qu'immigrés des exclus de leur culture d'origine » (Sayad, 1978 : [en ligne]).

¹²⁹ Voir III-2-b de ce chapitre « puériculture éducative et intégration »

manière de nier, mais qui est aussi un principe nécessaire pour ne pas chercher à modifier des pratiques qui ne méritent pas de l'être (« il faut être hyper large, avoir une certaine souplesse »). Toutefois cette souplesse des principes, la largeur de l'éventail des pratiques acceptables ne s'étend pas jusqu'à englober d'un seul coup et sans distinction toutes les pratiques de « ces gens-là ». Ainsi, bien que « chaque personne [soit] différente et [fasse] un peu ce qu'elle veut », une attention particulière est portée à ces pratiques venues d'ailleurs.

« L'éducation c'est pas... mais bon, je pense que dans le quartier, il y a un problème aussi de culture, où l'éducation n'est pas du tout la même au pays et ici. Donc après... il faut dire, tu vas aux Comores, c'est toute la famille qui éduque les enfants, c'est les voisins, tout le monde participe à l'éducation. Ici en France, c'est pas la même chose donc... après les parents, ils en font ce qu'ils veulent, il n'y a pas de règles particulières pour les conseils, puis après on s'adapte aux enfants, on fait comme on peut. Mais c'est vrai que maintenant je passe beaucoup plus de temps à ça, parce que je pense que c'est important aussi » (Dr Lavois).

Si pour les familles immigrées, comme pour les autres, l'adaptation des conseils de puériculture aux situations particulières demeure la règle principale, plus les habitudes familiales sont éloignées de celles du modèle national et plus il semble souhaitable d'y consacrer de l'attention. D'une manière générale, les écarts de pratiques sont analysés comme normaux et donc acceptables, tant qu'ils n'excèdent pas la souplesse de jugement dont se dotent les intervenants. Et notons que pour « ces gens-là », l'importance des écarts relevés dans les méthodes d'éducation des jeunes enfants sont souvent liés à un « problème de culture ».

En tant que pratique ayant pour but de dicter les règles éducatives et de soins qu'il convient de respecter dans un endroit donné et à un moment donné, la puériculture est fortement liée à des modèles culturels plus ou moins localisés géographiquement et recouvre une part importante d'idéologie normative (Delaisi de Parseval et Lallemand, 2001). Il est alors dans l'ordre des choses que des populations provenant de diverses régions de la planète présentent d'autres modèles et d'autres pratiques qui se voient, lors de leur confrontation au modèle français en cours, taxés du sceau de l'altérité.

b. Des pratiques de classe

Mais il est aussi important de rappeler que les techniques d'éducation du corps sont, d'une manière générale et au-delà des questions de différences culturelles, socialement déterminées (Bourdieu, 1979). Et les apprentissages, éducationnels,

sanitaires, nutritionnels et comportementaux auxquels aspire la puériculture n'y font pas exception.

Luc Boltanski (1977) a montré que les normes de la puériculture savante étaient produites par les classes moyennes et supérieures et qu'il existait une volonté de les « imposer » aux classes populaires afin de les éduquer. Cependant, le modèle diffusionniste, vertical et uniforme, qu'il établissait à l'issue de ce travail, a depuis été partiellement remis en question. À partir de l'exemple de la nutrition, Séverine Gojard montre qu'il existe (au moins) deux modèles de diffusion : elle qualifie le premier de « savant » et le deuxième de « populaire » (Gojard, 1998) avant d'étendre ce principe à l'ensemble des pratiques de puériculture et de redéfinir ses deux catégories (Gojard, 2000). Ainsi, le « modèle savant de soin », qui se réfère exclusivement aux supports écrits et aux médecins spécialistes est « corrélé avec l'appartenance aux classes supérieures » (ibid. : 484). À l'inverse, le « modèle familial de soin », constitué « d'une expérience des soins au nourrisson acquise avant la naissance du premier enfant et [du] recours aux conseils familiaux (...) est corrélé avec l'appartenance aux classes populaires » (ibid.). Le modèle de diffusion des pratiques de puéricultures n'est donc pas vertical et uniforme depuis les classes moyennes et supérieures vers les classes populaires telle que la présentait Boltanski (1977). La circulation des règles de puériculture tout comme l'instance de référence d'où elles émanent sont davantage dépendantes de la classe sociale observée (Gojard, 2000).

Ainsi, alors que les travaux de Bourdieu et Boltanski nous enseignent qu'il existe des pratiques de puériculture propres aux différentes classes sociales, ceux de Gojard qu'il existe des modèles d'adhésion à ces pratiques eux aussi socialement déterminés.

Resituer les acquis de ces travaux sociologiques dans les consultations de Protection Infantile permet de dessiner très clairement une seconde frontière de l'altérité entre les intervenants et les usagers des centres. À l'altérité de la figure de l'immigré que nous présentions plus haut s'ajoute alors celle de la distance économique et sociale.

« Enfin c'est vrai que dès le début, quand on est en contact avec *ces gens-là, enfin, avec ces gens-là...* disons que lorsque j'ai commencé mes premières vacances, j'ai commencé à la Tour. Population un petit peu particulière, qui était déracinée, des gens démunis donc c'était des gens qui avaient besoin de beaucoup de choses, qu'on les écoute, qu'on les soigne aussi » (Dr Placid).

Si cette formulation précise exprime clairement la distance qui sépare le locuteur des personnes désignées, elle n'est, sous cette formulation exacte, pas très courante.

Pour autant, le qualificatif de « gens » fait totalement partie du registre des intervenants. « c'est des gens fracassés », « ce sont des pauvres gens », « ces gens, c'est des déracinés ». Cette dénomination (gens) qui n'a, a priori, pas de connotation particulière, montre au moins, la qualification générale et uniformisante qui est attribuée aux usagers du service. Il y a alors de la part des intervenants, la construction d'une identité commune aux usagers dont les traits les plus caractéristiques sont ceux de l'immigration (directement vécu ou de seconde génération) et de l'appartenance aux classes populaires.

Si nous voyons alors les deux axes principaux sur lesquels se construit cette altérité, il est intéressant d'observer comment ils se combinent dans les situations quotidiennes ; comment des arguments avancés sous un jour culturel recouvrent des jugements de classe et sont légitimés sous couvert de normes médicales et de puériculture.

Ainsi Delphine Serre (1998) montre comment l'observation dans les consultations de protection infantile se fait à partir de trois registres : la conformation visible (la taille, le poids... qui traduisent l'alimentation et les activités physiques), l'hexis corporel (le maintien du corps, qui traduit les apprentissages moteurs, la marche, etc... mais aussi les usages de jeux) et les traitements intentionnellement appliqués à tout aspect modifiable du corps (cosmétique et vêtements, vu à travers les habillements, bains, coiffures...). Le regard porté sur ces différents éléments donne alors lieu à des critiques et commentaires (ce qui est jugé sale, gros, bruyant...). À partir de ces registres de jugement, trois catégories d'enfants déviants sont élaborées (enfant roi, enfant replié, enfant délaissé) et à chacune de ces catégories correspondent des types de familles socialement situées¹³⁰. Par exemple l'enfant roi est associé aux classes populaires

¹³⁰ 1-*L'enfant roi* : enfant gros ou enfant agité = famille permissive

- L'enfant gros: alimentation au lait trop prolongé et/ou abus de sucrerie. Catégorisation qui vise à affirmer une règle de la puériculture occidentale : la diversification alimentaire.
- L'enfant agité : qui crie, qui casse tout, qui bouge tout le temps et ne respecte pas les autres personnes. Condamné parce qu'il se couche trop tard. A partir de la question du bien-être de l'enfant, le rythme de vie de la famille est remis en question.

2-*L'enfant replié* = mère surprotectrice ou castratrice (éducation trop rigide) = famille rigide

- L'enfant surprotégé : toujours collé à sa mère, risque d'opposition entre les parents et l'école
- L'enfant réprimé : la mère ne le laisse pas se déplacer librement. Les professionnels voient davantage l'éducation de ces enfants comme un dressage que comme un apprentissage.

3-*L'enfant délaissé* = famille instable (plusieurs pères, sans normes éducatives...), caractérisée par l'incompétence et le manque.

stables et l'enfant délaissé aux classes populaires caractérisées par leur vulnérabilité. La suite de l'article montre qu'une même caractéristique ne sera pas appréciée de la même manière suivant l'origine de la mère. Un plus fort soupçon d'obésité pèse sur les enfants « maghrébins », un plus fort soupçon de délaissement pèsera sur les mères « africaines ».

Au travers de cette analyse, D.Serre montre que des écarts sociaux sont retranscrits en termes de déviances par rapport aux normes de la puériculture savante. Les instigateurs de ces normes, issus des classes moyennes et supérieures, jouent le rôle des entrepreneurs de morale (Becker, 1985) dans le domaine de l'éducation à l'enfance. Dans les consultations de Protection Infantile, la non prise en compte de l'aspect socialement construit de ce point de vue, le manque d'importance qui est accordé à cette dimension socialement située de l'évaluation de l'enfant conduit à une survalorisation des caractéristiques culturelles des familles.

« Les critères en jeu dans l'appréciation des corps sont donc autant culturels que sociaux mais seul le point de vue « ethnique » est parfois revendiqué comme tel car il semble être fondé dans des différences réelles (couleur de la peau, habillement, coiffure, façon de porter l'enfant...). (...) L'accent mis sur certaines différences permet donc d'en masquer d'autres, de nier l'ancrage social du regard porté sur les corps d'enfant et de retranscrire un écart social en écart culturel et un problème de marginalisation économique et d'intégration sociale en un problème d'intégration d'ordre culturel » (Serre, 1998 : 121).

4. Le social, l'économique et le culturel : agencement des registres de l'altérité

Il y a, lors des rencontres entre professionnels de la PMI et usagers des services, essentiellement trois registres autour desquels l'altérité se construit : le social, l'économique et le culturel. Il est intéressant d'analyser comment ces trois registres sont

-
- L'enfant non stimulé : délaissé, toujours dans son lit, faible tonicité, langage et développement moteur tardif...
 - L'enfant trimbalé : parents instables dans leurs vie relationnelle et géographique. Enfant en quête d'affection et de repères.

(Serre, 1998)

mobilisés et s'agencent de manière à mettre l'un d'entre eux en avant, plutôt qu'un autre.

Il nous semble particulièrement significatif que le critère culturel soit généralement mobilisé non pas pour expliquer des situations dans lesquelles se trouvent les familles mais davantage pour exprimer la nécessité d'agir ou l'impossibilité d'atteindre les résultats souhaités.

Alors que les critères économiques sont mobilisés comme circonstance atténuante par les professionnels, la culture est généralement présentée comme un facteur d'opposition et de résistance de ces dernières aux principes éducatifs qui leur sont conseillés. Ainsi, bien que la cohabitation des deux registres se retrouve dans la plupart des discours, leur ordonnancement éclaire les positions normatives, éducatives et symboliques de classe dont font preuve les intervenants.

L'articulation de ces différents registres dans la construction et la manifestation de l'altérité qui en résulte dans les discours des professionnels peut être qualifiée d'« ethnisme »¹³¹. Observons alors quelques-unes des possibilités d'agencement des registres dans les discours ethnocentristes des professionnels et regardons en quoi ce recours à la culture est bien souvent une simplification de l'importance des facteurs socio-économiques.

À une extrémité de ces agencements se trouve une posture qui consiste à réduire l'ensemble d'un comportement familial auquel se heurte la puériculture française prônée par les intervenants à une question d'appartenance culturelle. Ainsi, un médecin nous disait lors d'un entretien :

« La plupart des comoriens, ils ont 3-4 ou 5 enfants, avec la polygamie, il n'y a pas le seul papa. Donc c'est pas possible que vous arriviez dans une famille, par exemple, à avoir un cadre familial correcte, ne serait-ce que le savoir vivre c'est pas possible » (Dr Rahari).

¹³¹ Nous empruntons ce terme à De Rudder *et al.* (2000) qui établissent une distinction entre l'ethnisme et le racisme. « L'intérêt de recourir aux deux termes distincts d'*ethnisme* et de *racisme* tient notamment au fait que, dans les pratiques discursives en tout cas, la « différence » et la « distance » mobilisent, généralement trois registres : social ou socio-économique (la classe, le statut...), culturel (coutumes, pratiques, croyances...) et « racial » (nature, hérédité, atavisme). (...) De notre point de vue, il y a ethnisme, et ethnisme seulement, lorsque la culture d'*alter* reste présentée comme un trait contingent, susceptible de modification, même dans le mépris, le dénigrement et la mise à l'écart. L'ethnisme, en ce sens, est une forme active et projective d'ethnocentrisme et même, parfois, de classisme. On « passe » au racisme non seulement lorsqu'il est fait référence à la nature biologique d'*alter*, mais quand les traits culturels qui lui sont attribués sont essentialisés ou substantivés de sorte qu'ils forment une seconde nature et que leur transmission intergénérationnelle est plus conçue comme une hérédité que comme un héritage dont l'acquisition est subordonnée à la socialisation » (De Rudder *et al.*, 2000 : 33-34).

La déclaration de ce médecin nous permet de voir comment les systèmes matrimoniaux et de parenté sont soumis à un jugement de valeurs social mais sont avant tout exprimés par le biais de l'origine « ethnique » des familles. Ainsi, dans ce court extrait d'entretien sont condensées la question de la polygamie et celle du système matrilineaire. Pour le premier point, Sylvie Fainzange et Odile Journet (1989) ont très bien montré les modifications que subit ce mode de fonctionnement matrimonial à la suite des contraintes liées à la migration, contraintes à la fois administratives (la polygamie est interdite en France) et matérielles (passage d'une chambre par femme, entre lesquelles le mari circule, à une chambre unique pour le mari, dans laquelle les femmes se rendent à tour de rôle). Pour le second point, le système matrilineaire sur lequel repose la société comorienne fait qu'une part importante des responsabilités quant à l'éducation de l'enfant revient à l'oncle maternel (« il n'y a pas le seul père »). Ces principes qui se trouvent déjà bouleversés par les contraintes matérielles, économiques et administratives qu'impose la vie en France sont alors soumis à un jugement de valeur ethnocentrique (pas de cadre familial correct) et socialement situé (l'évaluation portée sur le « savoir vivre »).

Autre agencement possible entre ces différents niveaux, l'origine « culturelle » des familles joue comme un point de départ pour l'attribution de certaines caractéristiques par les professionnels. Ainsi, certains attributs, parfois extrêmement stigmatisants, seront accolés de prime abord à certaines familles. D.Serre prenait l'exemple des enfants maghrébins plus facilement soupçonnés d'obésité ou des « Africains » soupçonnés de délaissement. Nous pouvons ajouter à cela une stigmatisation envers « les gens de l'Est » dont les parents sont soupçonnés de ne pas travailler et de souhaiter vivre sur les minima sociaux en cherchant à tirer un profit maximum des aides matérielles, économiques ou sociales qui peuvent exister en France. Cette stigmatisation portée sur les individus à partir de leur pays d'origine les place lors de leur rencontre avec les intervenants dans un rapport de violence symbolique d'autant plus douloureux dans le cas où la suspicion dont ils sont l'objet sera, partiellement ou totalement, démentie par la situation.

Présentons enfin un troisième type d'agencement de ces registres où pour faire état d'une difficulté d'ordre principalement économique, une situation est présentée comme étant le fait de la culture des familles avant d'être attribuée à une catégorie

« ethnique ». Ainsi ce médecin qui nous explique à propos des difficultés qu'il rencontre pour amener certaines familles à se rendre au planning familial :

« Culturellement c'est vrai que... il y aurait beaucoup moins de problèmes s'il n'y avait pas... alors les familles maghrébines maintenant, il y a encore des familles où ils sont très nombreux, mais c'est vrai qu'eux c'est moins qu'il y a quelques années où on avait des familles d'origine maghrébine qui avaient sept, huit, neuf enfants. Maintenant, il y en a toujours, mais beaucoup moins. Mais c'est avec les familles comoriennes, avec les familles... où là, leur gosse marche à peine elles sont déjà enceinte du second... et sans papier, sans rien et « qu'est-ce que je fais ? ». Et là on est un peu démuni, parce que d'abord c'est pas notre rôle et puis, on n'a pas de moyen de les aider » (Dr Simon, Pédiatre).

Nous voyons donc comment, ici, la culture est mise en avant, placée en tête de l'argumentation. Puis le groupe culturel initial se divise entre maghrébin et comorien, avant que le propos ne se conclue sur les difficultés qu'éprouvent ces familles à subvenir aux besoins de leurs enfants. Ainsi, sans remettre en question l'existence éventuelle d'une influence culturelle sur les modes de recours à la contraception, nous pouvons voir que la principale difficulté réside dans l'absence de moyens disponibles, en PMI ou ailleurs, pour aider ces familles nombreuses aux revenus insuffisants à améliorer durablement leurs conditions de vie. Ici, c'est le rôle préventif du volet Protection Maternelle et planification familiale qui fait défaut. Faute d'y remédier, les professionnels des consultations de protection infantile ne peuvent que constater l'absence de solution pour ces familles, ce qui les conduit à faire du « coup par coup » et à « travailler dans l'urgence » ; à l'opposé de la prévention.

Conclusion : Bien au-delà de la PMI

Nous voyons donc qu'une situation d'altérité importante prend place dans les consultations de protection infantile et qu'elle se base sur trois registres qui sont d'ordre économique, social et culturel. La prégnance de cette altérité conduit les intervenants à uniformiser la perception des usagers et de leurs conditions de vie. Les différents agencements de ces fondements de l'altérité conduisent enfin à des formes de catégorisation des usagers, dont la « culture » est le dénominateur commun le plus souvent employé. Cette mobilisation permet de catégoriser les usagers dans des sous-groupes qui, ensemble, composent l'uniforme altérité des usagers. La culture est alors mobilisée pour justifier des comportements que les professionnels ne s'expliquent pas

autrement et atténue bien souvent l'importance des facteurs socio-économiques et matériels (Fassin, 2001b).

De la même manière, la réification du facteur culturel, avancé comme cause explicative, renvoie systématiquement ceux à qui il est adressé à leur condition d'immigré ou de personne issue de l'immigration, « tous des déracinés ». Le renvoi et le recours à cette évaluation ne sont pas anodins et conduisent bien souvent les intervenants à ne plus percevoir les usagers des centres qu'à travers ces catégories.

« Il y en a marre de ces asiles territoriaux. Tous les jours il en arrive, c'est tous les jours des nouveaux qui n'ont rien à bouffer, rien à filer à leurs gosses et toujours ils font des gosses. C'est plus possible. Et ça continue à rentrer et là, on leur file de moins en moins... ah, c'est sûr, on pas sorti... » (Karine, Auxiliaire de puériculture).

Un lien s'établit, ici, entre la catégorie de demandeurs d'asile et le type de travail particulier qu'ils demandent aux professionnels du service. Les conditions socio-économiques dans lesquelles les demandeurs d'asile arrivent en France sont souvent les situations les plus difficiles auxquelles les intervenants devront s'adapter. Mis en regard de la mission d'éducation à la santé et de prévention que la PMI a à effectuer, ces populations déplacées, déplacent à leur tour considérablement le rôle du service et sa mission. Si la vaccination demeure l'acte préventif le plus aisément réalisable, la mobilité des populations empêche bien souvent de conduire un programme vaccinal à son terme. Et cette difficulté d'effectuer un travail préventif sur le moyen terme sera d'autant plus important pour ce qui est du suivi du développement de l'enfant.

Ainsi, son rôle de normalisation et d'intégration des populations, dont nous rappelons l'aspect intrinsèque et latent à tout travail social, se trouve totalement remis en cause par des situations dont la prise en charge dépasse très largement le cadre de la PMI.

Pour les personnes dans les situations socio-économiques les plus délicates, la catégorie « immigrée » et à plus forte raison en situation irrégulière, autorise certains intervenants à chercher des moyens de répondre à ces familles, bien en dehors du cadre de la PMI. Désenchanter une mère en lui expliquant que la France « ce n'est pas le Pérou »¹³² est un autant un moyen de lui éviter une trop longue attente dans une vie

¹³² « ils pensent que c'est le Pérou, parce qu'ils y en a beaucoup qui croient qu'en arrivant ici ça va être le top et puis rapidement ils s'aperçoivent que (...) Et c'est vrai qu'elle venait à la PMI pour parler de ses soucis » (Florence, puéricultrice)

d'illusion que l'expression d'une volonté de rompre la chaîne des circuits migratoires. Tenter de convaincre une mère en situation irrégulière de retourner chez elle, sera un encouragement à subvenir à ses besoins grâce au travail décroché à la suite d'un retour à la régularité¹³³.

La question de la régularisation des situations administratives, tout comme celle de la régulation des flux migratoires et des demandes d'asile, dépasse très largement le cadre d'intervention de la PMI. Toutefois, le débat qu'elles suscitent entre les intervenants, tient au fait qu'elles « s'imposent » dans les consultations, ou tout du moins que les conséquences de ces situations s'y présentent régulièrement. La PMI, dans l'aspect social que comprend sa mission se retrouve, comme l'ensemble des structures qui œuvrent dans le secteur social et médico-social, débordée par des demandes qui dépassent largement son champ de compétence et ses capacités d'intervention.

« Ces gens ils sont en difficulté, qu'est-ce que tu veux faire comme prévention? Ils arrivent ils...ouais tu peux mais...enfin, nous on n'a pas le pouvoir de l'argent. (...) Je sais pas quelle prévention il faudrait faire, là ça serait avant qu'ils arrivent mais... » (Karine, Auxiliaire de puériculture).

Ainsi la PMI se retrouve face à des problèmes pour lesquels elle sait pertinemment ne pas avoir de solution. Les populations en grande précarité sont montrées du doigt et parmi elles les migrants sont mis à l'index. La différence culturelle sert alors souvent de couverture pour cacher des difficultés d'intégration dont les fondements semblent davantage ancrés dans des problématiques sociales d'ordre national, voire international.

« à nous aussi peut-être de leur expliquer qu'ici c'est pas le Pérou non plus, c'est pas que ça fait parti de notre rôle mais, des fois, on le fait » (Dr Château, pédiatre)

¹³³ AP – Et pourquoi vous ne touchez pas les allocation familiales ? vous êtes en situation irrégulière ?

F – Oui

AP – Depuis longtemps ?

F – Trois ans. D'abord ils m'ont donné l'asile et après ils m'ont demandé de quitter

AP – Et ben alors, pourquoi vous ne rentrez pas ? La guerre est finie. Vous êtes jeune, vous avez besoin de travailler, comme tout le monde.