

Organisations et activités

questionner les frontières de la PMI

Pour Anselm Strauss *et al* (1963) « les règles qui régissent les activités des divers professionnels, tandis qu'ils accomplissent leurs tâches, sont loin d'être exhaustives, ou clairement établies, ou clairement contraignantes. Ceci implique la nécessité d'une négociation continue » (in Strauss, 1992 : 92). La formule « d'ordre négocié » connaît aujourd'hui certaines critiques selon lesquelles l'approche essentiellement interactionniste d'où elle est issue aurait tendance, d'une part, à considérer que tous les acteurs engagés dans la situation seraient en capacité équivalente de négocier et, d'autres part, à sous-estimer les « jeux et enjeux de pouvoir » (Bouchayer, 2006)⁸². Pour cela, au cours de ce chapitre, parallèlement à l'approche interactionniste développée par Strauss, nous nous référerons aussi à l'analyse sociologique des organisations qui permet d'expliquer le cadre plus général des enjeux de pouvoir (Crozier et Friedberg, 1977) et des règles antérieures (Reynaud, 1989) dans lesquelles s'inscrivent ces négociations (Bourque et Thuderoz, 2002). Toutefois, cette idée d'ordre négocié permet de se rapporter au fait que « les bases d'une action concertée (l'ordre social) doivent être continuellement reconstituées, “travaillées” » (Strauss, 1992 : 88). À travers l'usage de celle-ci, nous entendons bien souligner que le fonctionnement d'une organisation ne dépend pas uniquement des règles explicites et des statuts hiérarchiques. Nous maintiendrons alors cette expression en acceptant le fait qu'elle ne désigne pas la transaction en cours mais le résultat de cette transaction, l'accord final des deux parties

⁸² « Les démarches se réclamant de l'approche interactionniste ont parfois tendance, en dépit de la finesse de leurs apports, à lisser et à uniformiser dans une systématisation « interactionniste » certaines dynamiques à l'œuvre. Ceci peut contribuer à masquer les jeux et enjeux de pouvoir, à désincarner sociologiquement les acteurs et à entretenir des équivalences sociologiques – tous les protagonistes en présence négocient et interagissent – rendant difficile le repérage de processus structurant les relations sociales à l'œuvre, par exemple ce qui relève de l'effet patient » (Bouchayer, 2006 : 458).

(ou plus) impliquées dans la « négociation », quitte à ce que cet accord soit tacite ou que le résultat de la négociation soit manifesté sous la forme d'un désaccord.

Dans le fonctionnement des consultations de protection infantile, tel que nous l'avons observé, nous avons pu identifier un certain nombre de facteurs influant sur la répartition des tâches tels que :

- Le titre des intervenants, le poste qu'ils occupent et leur formation initiale
- Les compétences qui leur sont reconnues au sein de l'équipe de travail
- La composition journalière d'une équipe lors de la consultation (quelles catégories de professionnels sont représentées ce jour)
- Les relations qu'entretiennent entre eux les intervenants présents (affinités personnelles et affinités de méthodes de travail)
- La position occupée dans l'organigramme hiérarchique de l'institution
- La connaissance que chaque intervenant a des familles présentes le jour de la consultation
- La qualité des relations entretenues avec les familles présentes le jour de la consultation

Avant de nous intéresser à l'articulation de ces différents facteurs dans le déroulement quotidien des consultations, deux remarques importantes doivent être préalablement posées à cette analyse.

Profession médicale, intervenant de PMI et groupe professionnel

L'analyse interactionniste des consultations de PI suggère de faire un double emprunt à Anselm Strauss : la notion « d'ordre négocié » déjà évoquée et celle de « segmentation des professions ». En 1961, Rue Bucher et Anselm définissent le concept de « segment professionnel » pour critiquer la vision trop homogène des professions que donne le courant fonctionnaliste. Ainsi pour ces auteurs, à l'intérieur d'une profession, « les identités, ainsi que les valeurs et les intérêts, sont multiples, et ne se réduisent pas à une simple différenciation ou variation. Ils tendent à être structurés et partagés ; des coalitions se développent et prospèrent – en s'opposant à d'autres » (Bucher et Strauss, 1961 : 68). Les auteurs décident alors d'appeler ces groupements des

« segments » et ils donnent une vision des « professions comme formant un amalgame flou de segments en cours d'évolution » (ibid. : 83). Appliquée à la PMI cette définition des segments professionnels, invite à apporter quelques précisions sur les équipes des consultations de protection infantile d'une part et la possibilité de parler de profession au sujet des intervenants des consultations d'autre part.

Tout d'abord, l'usage du terme d'intervenants de PMI nous semble plus approprié que celui de professionnels. Ce choix tient à un certain nombre de raisons tant théoriques que pratiques. Cette distinction entre intervenant et professionnel provient de la sociologie du travail social. Un des apports essentiels de l'ouvrage collectif *Les mutations du travail social* (Chopart, 2000) est de redéfinir le champ professionnel du travail social et les segments qui le composent. Une grande partie des nombreux chapitres qui constituent cet ouvrage aboutit à la même conclusion : la nécessité de définir les travailleurs sociaux à partir de leurs activités et de la place qu'ils occupent dans leur organisation davantage qu'en fonction de leur titre, métier ou poste. De fait, plus que le terme de « professionnel », celui « d'intervenant » permet d'inclure dans l'analyse le rôle et les activités des « non professionnels », c'est-à-dire des travailleurs qui n'ont pas de diplôme en travail social (par exemple). Pour ce qui est de la PMI, la notion d'intervenant permet de prendre en compte l'action des secrétaires des consultations, des stagiaires, de la médiatrice de santé publique ou des assistantes sociales. Toutes ces personnes interviennent dans les consultations, y occupent parfois une place très importante, sans être pour autant des professionnels de la PMI.

Si ce choix est utile pour analyser le fonctionnement des centres de consultation, il n'est pas sans conséquence sur l'idée de « segments professionnels » au sein de la PMI. En effet, la mise à distance de la notion de « professionnel » pour celle, plus adaptée d'« intervenant » découle du fait qu'il est délicat, pour ne pas dire impossible, de parler d'une profession à propos des intervenants de PMI. Pour reprendre les termes de Bucher et Strauss (1961), nous pourrions considérer l'activité de PMI comme une spécialité médicale et lui conférer le statut de segment de la profession médicale. Mais les équipes de PMI sont en partie composées de personnel non médical.

Comme le font remarquer Bertaux *et al.* « le groupe auquel se réfère l'individu est alors, non pas la communauté abstraite des gens de même profession, mais le groupe concret de ceux qui, localement attelés à la même tâche et appartenant à diverses professions, sont bien obligés de passer un minimum de compromis pour mener leurs

activités » (Bertaux *et al.*, 2000 : 227). De fait, les agents de la PMI ne constituent ni une profession à part entière ni un segment d'une profession plus large dont ils formeraient un sous-ensemble. Toutefois, les équipes de PMI en tant qu'unités pertinentes d'analyse et d'observation⁸³, peuvent être considérées comme des « groupes professionnels », c'est-à-dire des ensembles flous, segmentés et en constante évolution (Dubar, 2003). Ainsi il s'agira dans la suite de ce travail, non pas de professionnels appartenant à des segments professionnels, mais plutôt « d'intervenants » appartenant à un « groupe professionnel » segmenté.

Discours et pratique : suivez l'énigme

La compréhension des négociations à l'œuvre dans les consultations, invite à confronter les discours à la pratique et en relever les contradictions. Ainsi, d'un côté nous recueillions une justification argumentée selon laquelle en PMI « on travaille tous pareil »⁸⁴, tous les intervenants font le même travail, ou comme le dit cette puéricultrice :

« Et je pense pour la PMI, c'est pas besoin d'être... bon oui, puéricultrice parce que tu as les bases, mais Christine (Auxiliaire de puériculture) travaille aussi bien que moi et Magali (EJE) aussi et il n'y a aucun problème. Même en ayant, moi, trois ans d'études de plus qu'elles, je crois que là, on est toutes au même niveau. Parce que la PMI, c'est tout dans le feeling, dans l'écoute, dans l'observation » (Maïté, Puéricultrice)⁸⁵.

D'un autre côté, nos observations montrent, quant à elles, qu'il existe une répartition du travail et des différentes tâches à accomplir et que celle-ci correspond aux qualifications, aux titres et aux postes de chaque intervenant.

Cette contradiction entre scènes observées et discours de justification ne doit cependant pas cacher que le principe du « tous pareil » soit rattaché à une certaine réalité des consultations de protection infantile. Par ailleurs, nous avons pu relever, tant

⁸³ Nous rejoignons par là, ce que Bucher et Strauss préoyaient déjà dans leur texte précurseur : « La situation de travail et l'institution elle-même ne sont pas simplement des lieux où les membres de divers métiers se rencontrent et remplissent des rôles professionnel standards, conflictuels ou ajustés. Ces lieux constituent le contexte où naissent et se développent de tels rôles » (Bucher et Strauss, 1961 : 85).

⁸⁴ Lilia, Auxiliaire de puériculture.

⁸⁵ Les différentes désignations des intervenants à la suite des extraits d'entretiens correspondent aux modes de présentation en vigueur dans les consultations. Ainsi, alors que les puéricultrices, auxiliaires de puériculture, infirmières, secrétaires et éducatrices de jeunes enfants nous étaient présentées par leurs prénoms suivi de leurs titres (« ça c'est Florence, elle est puéricultrice »), les médecins nous étaient systématiquement présentés en tant que Dr Untel, éventuellement suivi d'une précision quant à leur poste (vacataire, chef de circonscription ou de secteur).

dans nos observations que dans les discours recueillis, nombre d'éléments où les titres, postes et statut étaient explicitement mobilisés pour expliquer la répartition des tâches à effectuer. Aussi, chaque professionnel pouvait-il tenir les deux types opposés de discours, quasiment sur un plan d'égalité, sans réelle distinction et au cours d'un même entretien.

Nous retrouvant fréquemment face à deux types de discours opposés tenus par une même personne ; il est apparu nécessaire de comprendre les fondements de telles contradictions.

Un premier élément de compréhension de cette apparente contradiction nous est fourni par Jean-Marc Weller dans son article sur *Le Mensonge d'Ernest Cigare* (Weller, 1994). L'auteur se penche sur la contradiction suivante : « alors que le discours tenu par [un interviewé] témoigne d'une relative cohérence, sa pratique en situation apparaît diverse et paradoxale » (Weller, 1994 : 25). Il revient alors sur la notion d'identité telle qu'elle a été élaborée en sociologie du travail pour savoir si Ernest Cigare (agent de relation dans une caisse de sécurité sociale) ment, consciemment ou non, lors des entretiens ou s'il existe d'autres moyens de comprendre cette contradiction entre discours et pratiques. Weller aboutit dans la dernière partie de son article à l'idée que « l'identité d'Ernest Cigare est certes composite et douteuse si on ne la regarde que du point de vue des représentations et de leurs écarts par rapport aux conduites réellement observées : les pratiques observées de l'acteur n'ont pas la stabilité qu'il déclare en entretien. En revanche, si l'on s'accorde à considérer que son identité relève d'une mosaïque de territoires constitués au cours de l'interaction mais coordonnés par du savoir, une cohérence devient possible : celle de la connaissance du monde dont témoigne l'acteur en train d'agir » (ibid. : 40). Pour ce qui nous concerne, le problème se présente de manière sensiblement différente puisque, aux contradictions entre discours et pratiques, s'ajoutent des contradictions entre les discours eux-mêmes (ou tout du moins des arguments allant dans deux directions opposées). Comme le rappelle Jean-Marc Weller ces apparentes contradictions sont en réalité cohérentes et prennent sens dès lors qu'elles sont analysées au regard des situations de travail auxquelles elles se réfèrent.

Ainsi, afin d'éclaircir l'énigme de ce discours partagé et antinomique regroupant à la fois des arguments allant dans le sens du « on fait tous pareil » et d'autres davantage dans celui du « chacun a sa place », nous proposons d'en mener l'analyse par les

situations auxquelles ces discours renvoient et qui, en fin de compte, les génèrent. Tout autant qu'une analyse en termes d'interactions, nous proposons d'observer ces situations à partir des activités qui les composent et des régimes de compétences auxquelles elles font appel.

Notre démonstration est construite en deux temps. La première partie de ce chapitre, expose comment se combinent les multiples facteurs qui interviennent dans les négociations informelles entre les intervenants au cours des consultations. Nous y montrons les dynamiques de l'ordre négocié au sein des consultations de protection infantile. Dans un second temps, nous opérons une lecture en termes de registres d'activités et des compétences professionnelles que ces différents registres nécessitent. Cela nous permettra de dégager une autre dimension de la répartition du travail, celle du sens attribué à l'action du service et des valeurs qui y sont liées, questionnant par là les frontières de l'action de la PMI.

I. Les relations entre professionnels. Hiérarchie, médical, paramédical : de multiples lignes d'autorité ?

1. L'ordre formel

Les chercheurs travaillant sur l'organisation de l'hôpital ont rapidement montré qu'il n'était pas possible d'en expliquer le fonctionnement selon une analyse organisationnelle classique. Contrairement aux entreprises, les services hospitaliers ne fonctionnent pas selon une ligne d'autorité calquée sur un organigramme hiérarchique. Leur fonctionnement est régi par une double ligne d'autorité, la ligne d'autorité bureaucratique représentée par l'administration d'un côté et la ligne d'autorité charismatique représentée par les médecins de l'autre (Smith, 1958). Ainsi, dans un service hospitalier, bien que le médecin chef de service ne soit ni l'employeur ni le supérieur hiérarchique des infirmières, au nom de l'urgence et de la connaissance médicale, c'est lui qui donnera les ordres et directives à suivre.

Même s'il constitue une première avancée pour tenter de comprendre le fonctionnement d'un service hospitalier, ce modèle développé par Smith demeure insuffisant pour retranscrire la complexité à l'oeuvre dans ce type de service. « Ni les

règles bureaucratiques, ni l'autorité du corps médical ne spécifient les modalités d'action de chaque intervenant. Ainsi, dans les équipes, tous les membres exercent une part de jugement ; un certain degré de concertation sur les actions à mener existe souvent » (Adam et Herzlich, 1994 : 96). C'est dans la poursuite de cette idée que les travaux de Strauss *et al* (1963) ont montré que la répartition des tâches dans un service était le fruit de « négociations » permanentes.

Ces quelques rappels théoriques sont nécessaires pour avancer l'idée qu'une telle analyse de la division du travail et du fonctionnement général des consultations de Protection Infantile peut être menée selon ces principes de lignes d'autorité et de négociations. Toutefois une particularité de ces consultations doit être mentionnée en vue d'y adapter ce modèle théorique. Si les médecins occupent une place bien particulière dans les consultations, l'importance de la ligne d'autorité médicale est ici nettement moindre qu'en milieu hospitalier. En effet, en tant que seuls professionnels de formation médicale, ils continuent d'être les uniques représentants du savoir de la médecine⁸⁶ ; ils sont, de plus, les seuls intervenants à disposer d'un espace qui leur est propre : le cabinet de consultation, alors que les autres intervenants circulent entre les différents espaces. Enfin, dernier point qui marque la spécificité de la place des médecins dans l'organisation des consultations, les MDS (dont dépendent les consultations), les secteurs tout comme l'administration centrale sont dirigés par des médecins.

Toutefois, ces consultations étant à visée préventive, n'y sont normalement acceptés que les enfants « en bonne santé », ou tout du moins qui ne sont pas atteints de maladies aiguës⁸⁷. Ces derniers sont (devraient être) réorientés vers l'hôpital ou la médecine de ville en vue d'être pris en charge⁸⁸. De fait, le principe d'urgence qui dans les services hospitaliers donne un caractère prioritaire aux directives médicales n'a pas cours ici. À cela s'ajoute le caractère médico-social des consultations qui tend, lui aussi, à pondérer l'importance du rôle du médecin.

« Bon déjà, quand vous rentrez en PMI, vous vous rendez compte que vous

⁸⁶ Nous verrons dans le chapitre VII l'importance que recouvre la « fonction médicale », symbolisée par la présence physique du médecin, pour la tenue des consultations.

⁸⁷ De fait, si les enfants atteints de grippe, rougeole, gastroentérite ou autre ne sont pas acceptés, il en va différemment des enfants atteints de pathologie chronique (diabète, VIH, etc).

⁸⁸ Nous verrons dans la seconde partie de ce chapitre les raisons pour lesquelles un certain nombre d'enfant ne sont pas directement réorientés et sont, dans la mesure du possible, « soignés » dans les consultations de PMI.

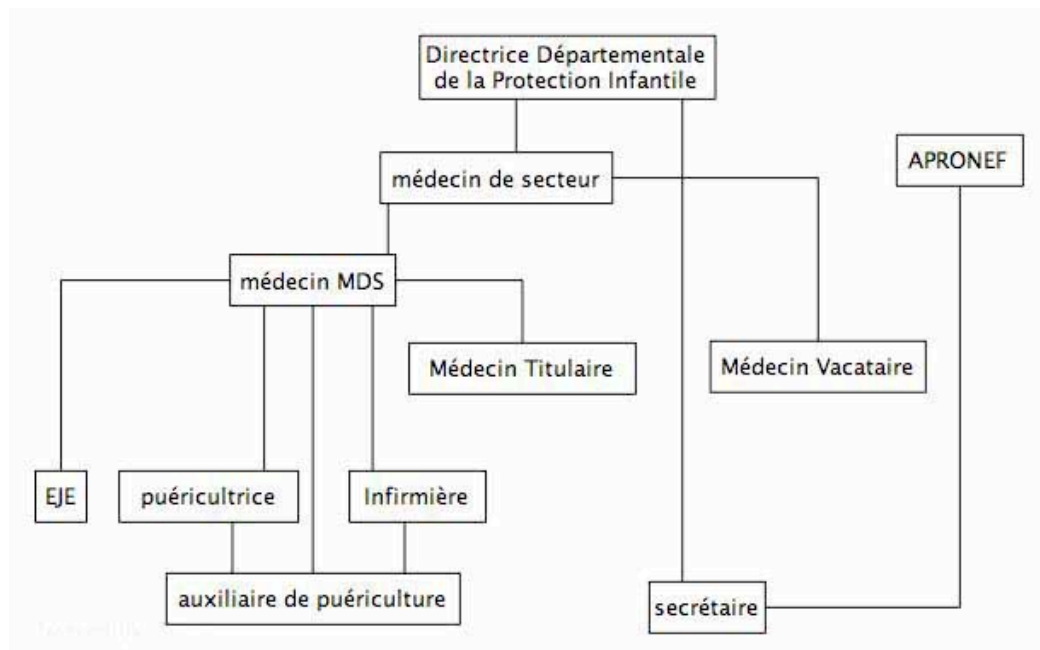
n'êtes pas tout puissant, contrairement aux hospitaliers. À l'hôpital, on vous met une tête comme ça, le médecin, le médecin, le médecin, c'est vrai que quand vous arrivez ici, je crois que vous prenez déjà une leçon de modestie » (Dr Dalle, Pédiatre).

Pour cette raison, nous nous attacherons essentiellement dans cette section à suivre les agencements qui ont lieu entre la ligne d'autorité bureaucratique et les principaux éléments énoncés en introduction de ce chapitre⁸⁹. Afin d'avoir en tête les relations hiérarchiques et avant d'entamer l'analyse des relations entre intervenants des consultations nous proposons ici un bref rappel de l'organigramme des consultations de Protection Infantile.

Il existe une pyramide hiérarchique ascendante qui est la suivante, les auxiliaires de puériculture sont subordonnées aux puéricultrices qui sont sous la direction des médecins responsables de MDS, eux-mêmes subordonnés aux médecins responsables de secteurs. Ces derniers dépendent de directions générales départementales dont les responsables sont aussi des médecins. Les éducatrices de jeunes enfants sont quant à elles à un niveau hiérarchique égal des puéricultrices et donc sous l'autorité des médecins responsables de MDS. Parallèlement à cette pyramide hiérarchique se trouvent les médecins vacataires qui, s'ils interviennent dans les consultations, dépendent directement du Conseil Général. D'un autre côté se trouvent les secrétaires des services dont la majeure partie est employée par le Conseil Général. Toutefois, certaines consultations se tiennent dans des locaux appartenant à l'APRONEF⁹⁰ qui, dans ce cas, fournit ses propres secrétaires médicales. Celles-ci sont alors employées par l'association et rattachées aux locaux des consultations.

⁸⁹ Pour rappel, nous faisons référence ici au titre des intervenants, au poste qu'ils occupent, à leur formation initiale, aux compétences qui leur sont reconnues au sein de l'équipe de travail, à la composition journalière d'une équipe, aux relations qu'entretiennent entre eux les intervenants présents, à leurs positions respectives dans l'organigramme hiérarchique de l'institution mais aussi à la connaissance et à la qualité des relations entretenues avec les familles présentes le jour même à la consultation.

⁹⁰ APRONEF : Association pour la Protection des Nourrissons, des Enfants et de la Famille. Sur les 154 points de consultations que compte le département des Bouches-du-Rhône en 2004, 59 sont situées sur la ville de Marseille, parmi lesquels 35 sont gérés par l'APRONEF (source : rapport d'activité DGAS 2004, CG13).



Organigramme hiérarchique des consultations

Source : Enquête de terrain

Si cette ligne hiérarchique est mobilisée pour la gestion du personnel et l'organisation des consultations, ce n'est pas directement elle qui régit la division du travail en situation.

En effet, la répartition des différentes tâches à accomplir est principalement fonction de ce que Smith désigne par la ligne d'autorité bureaucratique, et que l'on peut entendre comme la répartition des tâches en fonction du poste qu'occupe chaque intervenant ; l'attribution du poste étant principalement dépendante du titre de l'intervenant en question.

Selon ce principe, la division du travail est la suivante :

- Médecin. Dans les consultations : auscultation médicale des enfants, vaccinations et suivi du développement psychomoteur, conseils éducatifs et sanitaires. En extérieur : les visites en école, le contrôle des crèches et lieux de garde, participation aux réunions de synthèse
- Puéricultrice. Dans les consultations : pesée et mesure de l'enfant, conseil éducatif et de puériculture sur l'ensemble des éléments ayant trait à la vie du jeune enfant (sommeil, nutrition, hygiène, comportement affectif...). En extérieur : visite à domicile, animation des lieux d'accueil parent-enfant, participation aux réunions de synthèse,

visites d'agrément des assistantes maternelles, travail de liaison institutionnelle (services sociaux, aide sociale à l'enfance, écoles, hôpitaux, crèches...).

- Auxiliaire de puériculture. Accueil des familles dans les consultations et assistance générale au travail des puéricultrices et des médecins, préparation et rangement du matériel de consultation. En extérieur : visites en école maternelle, participation aux lieux d'accueil parent-enfant

- Éducatrice de Jeunes Enfants. Accueil des familles, observation des enfants et de la relation parent/enfant, conseils éducatifs, animation des salles d'attente. En extérieur : visite à domicile, participation aux agréments des assistantes maternelles, animation des lieux d'accueil parent-enfant, suivi des enfants placés confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.

- Secrétaire. Accueil des familles, préparation des dossiers médicaux, prise des rendez-vous, accueil téléphonique.

2. L'ordre négocié des consultations

Sur la base de cette division bureaucratique et administrative du travail, selon laquelle les tâches sont distribuées en fonction des statuts professionnels de chaque intervenant et du poste qui y correspond, se met en place, au fil de la pratique quotidienne, un ordre négocié (Strauss *et al*, 1963) de fonctionnement des consultations (et plus largement, des services). Cet ordre négocié résulte alors de la confrontation entre la répartition initiale des tâches telle que nous venons de la présenter et les situations quotidiennes dans lesquelles interviennent les différents éléments que nous énoncions précédemment.

« Parce que même dans le rôle propre de l'auxiliaire je sais pas si elle doivent donner des conseils sur l'alimentation. Après tu sais quand tu es sur le terrain... » (Lilia, Auxiliaire de puériculture).

Ainsi, c'est dans l'interaction permanente entre formation initiale, qualification officielle, positionnement hiérarchique, composition journalière de l'équipe, relation et affinités entre les différents intervenants présents, connaissances particulières et relations établies au préalable avec les familles, compétences spécifiques reconnues pour chaque intervenant par les autres membres de l'équipe que se « négocie » la répartition des tâches et l'attribution des rôles respectifs dans les consultations. Selon ce

principe, il n'est pas rare que pour un instant, une consultation, un mois ou une année, un intervenant tienne la place d'un autre, en adopte le rôle, en occupe la fonction.

a. Variation des équipes et variation des rôles

Loin d'être stable, dans la majorité des consultations, la composition des équipes d'intervenants varie en fonction des jours de la semaine. Chaque membre du personnel de PMI intervient dans plusieurs consultations de sa circonscription ou, pour ce qui est des médecins vacataires, dans plusieurs consultations du département. Ainsi chaque intervenant a une liste de consultation et un emploi du temps qui lui est propre. En pratique, cela donne, pour un même centre de consultation, une variation de la composition des équipes d'un jour sur l'autre. Si les consultations de protection infantile requièrent la participation minimale d'un médecin, d'une secrétaire et d'une puéricultrice, nous savons qu'elles regroupent fréquemment la participation d'autres intervenants (principalement EJE et auxiliaire de puériculture, mais aussi parfois stagiaires, médiatrice de santé publique, animateurs...).

Chaque jour et en fonction du nombre d'intervenants présents et de leur qualification respectives se redistribuent les postes de travail et les diverses tâches qui vont avec. C'est, nous semble-t-il, en partie à cela que font référence les propos cités en début de chapitre sur la polyvalence et le sentiment de « faire tous pareil » puisque chacun fait tout⁹¹. Conscients de ce principe, les intervenants en tirent des conséquences sur leurs pratiques quotidiennes :

« Le sentiment d'avoir une place différente selon les lieux où je suis au sein de la PMI. Selon les lieux, c'est-à-dire, selon les endroits où je vais travailler » (Magali, EJE).

Principe de répartition des tâches et du rôle occupé au sein de l'équipe qu'énonce très clairement cette auxiliaire de puériculture :

« Ton rôle... est-ce qu'il faut que j'ai un rôle ? Je ne sais pas. Je crois qu'on fait partie d'une équipe, enfin moi je me sens faire partie d'une équipe et chacun a son rôle à jouer, même si c'est pas... Je ne sais pas, ça dépend tellement des gens avec qui tu travailles, ton rôle est défini en fonction des gens avec qui tu travailles. **Parce que t'as pas le même rôle selon les personnes, t'as pas la même place non plus selon les personnes. Déjà par rapport à la place qu'on te laisse et à la place que tu veux bien prendre.** Alors

⁹¹ « Je ne travaille pas de la même manière avec la consultation d'ici ou avec la consultation d'ailleurs. Parce que les puéricultrices sont différentes et on travaille différemment. Mais quand même il y a toujours la même ligne conductrice. On fait tout. » (Dr Rahari)

bon, ça dépend de beaucoup de choses en fait » (Christine, Auxiliaire de puériculture).

Et en effet, les agencements qui ont lieu à l'intérieur des équipes d'intervenants dépendent autant du lieu et de sa configuration matérielle que de l'occupation de l'espace par les différentes personnes en présence. Ainsi, le partage des tâches entre une puéricultrice et une auxiliaire de puériculture ne sera pas le même si elles sont seules en salle de pesée ou si le secrétariat se trouve aussi dans cet espace ; à plus fortes raison si le secrétariat est tenu par deux secrétaires. La présence physique de ces dernières dans cet espace leur attribut, de facto, une place dans les interactions et, par là, un rôle dans les situations. À partir de ces modifications de fait, tel ou tel intervenant choisira alors de travailler dans un autre espace (voir le paragraphe suivant) ce qui entraîne inmanquablement une modification des tâches de travail. Une puéricultrice qui ira travailler en salle d'attente se préoccupera davantage de la relation mère/enfant et des conseils de puériculture que de l'évolution du développement staturo-pondéral de l'enfant. À ces changements de rôles dépendant de la présence ou non d'un type particulier d'intervenant, d'autres ajustements dépendent directement des personnes et de leurs « habitudes de travail » respectives. Ainsi, il arrive qu'une secrétaire assiste un médecin dans le cabinet de consultation en préparant les vaccins et parfois en vaccinant les enfants. Toutefois, pour le personnel que nous avons observé, ce type précis de collaboration n'a eu lieu qu'entre un médecin particulier et une seule des secrétaires, le premier ayant pris l'habitude de se faire assister lors de ses consultations et la deuxième trouvant une certaine valorisation à effectuer d'autres tâches que celles de secrétariat. Cependant, dans les consultations où elle travaille avec d'autres médecins, celle-ci demeure à sa place physique, statutaire et pratique de secrétaire.

b. Préférer travailler seul

En fonction des activités qui s'y tiennent, les différents lieux d'une consultation recouvrent des qualifications plurielles. Au cours de notre travail de DEA nous avons classé les différents lieux d'une consultation selon trois catégories : espace usager – espace entre-deux – espace médicaux⁹² (Farnarier, 2003). Si la classification établie à ce

⁹² « Par *espace usager*, nous entendons dénommer un lieu où les principales actions et interactions se déroulent soit entre des parents et leurs enfants, soit entre différents parents, soit entre différents enfants, mais toujours entre des usagers. Par *espace médical*, nous entendons dénommer un lieu où les principales

moment-là mérite d'être affinée, nous en retiendrons l'idée que les différentes tâches à effectuer dans une consultation de protection infantile ne peuvent l'être en tout lieu ; mais surtout et réciproquement, que les différents lieux d'une consultation sont plus ou moins propices à l'accomplissement de telle ou telle autre tâche. Cet éclairage nous permet de constater qu'à la distribution des tâches de travail que nous décrivons ici correspond une distribution spatiale des intervenants dans les différents espaces de la consultation. Ainsi, suivant la composition de l'équipe du jour et la disposition des locaux, les intervenants se répartissent différemment les tâches de travail et n'occupent pas les mêmes espaces.

« Moi j'aime bien travailler seule, parce que quand il y a 36 personnes, c'est vrai que ce n'est pas évident. Parce que tu en as toujours une qui va mettre son grain de sel, alors tu te dis « bon ça va ». Contrairement à La Croix, où je suis seule ; donc je me sens vraiment utile et puis des fois à Belle île, je te le dis franchement, à part quand je suis seule, parce qu'il faut quelqu'un du personnel PMI, mais sinon, à la limite je préfère être avec madame Rahari (le médecin), je suis plus utile. Pas en faisant un vaccin, mais en participant, en donnant des conseils, en faisant les courbes et ci et là. Dès que je suis avec... mais ça aussi c'est un choix, tu peux pas aussi t'imposer après. Il faut faire avec et ben, je fais avec. Moi je me dis bon, j'ai « la Fraternité » aussi, j'ai « le Bastidon ». Bastidon l'après-midi avec Henriette (la secrétaire), c'est différent, Henriette est dans son coin. Tu vois, déjà, il y a cette séparation. J'ai pas le secrétariat qui est dans la pesée. Au Bastidon il est à l'extérieur de la pièce où je pèse, où je donne les conseils, où je travaille » (Lilia, Auxiliaire de puériculture).

On voit donc dans cet extrait comment, en fonction de l'agencement des locaux et des personnes présentes, cette auxiliaire de puériculture préfère demeurer en salle de pesée, assister le médecin ou travailler dans la salle d'attente. La notion d'utilité telle qu'elle est mobilisée ici, renvoie une nouvelle fois à la possibilité d'avoir, en fonction des situations, un rôle propre, des tâches de travail qui sont « attribuées » de fait. Notons aussi, dans cet extrait, que cette auxiliaire de puériculture rappelle que la séparation des espaces correspond à une séparation d'activité et de fonction. En regrettant le fait de devoir partager le même espace que la secrétaire, c'est davantage la concurrence sur certaines tâches de travail qui est dénoncée que la promiscuité physique. Ainsi, le fait de préférer travailler seul est moins à interpréter comme un moyen de se protéger du regard évaluateur des autres membres de l'équipe que comme une solution pour se soustraire de la concurrence entre intervenant. En effet, travailler seul est le moyen le plus efficace

actions et interactions se déroulent entre les usagers (que ce soit un parent, un enfant ou les deux en même temps) et un ou plusieurs membres du personnel médical » (Farnarier, 2003 : 33).

pour s'approprier l'ensemble des tâches de travail sans avoir à en négocier la répartition.

c. La présence physique comme moyen de prise de fonction

Ce principe de répartition des tâches et de leur appropriation à partir des lieux où elles s'effectuent nous amène à souligner un autre aspect important du fonctionnement des consultations, celui de la présence physique comme moyen de prise de fonction. Nous n'entendons pas désigner ici le fait que pour se saisir d'une tâche de travail un intervenant doit être physiquement présent, ce qui est une évidence, mais plutôt la réciproque qui serait que, du fait de sa présence physique, un intervenant peut se saisir d'une tâche de travail qu'il n'a, à priori, pas à réaliser.

« Josette comme elle est sur les trois⁹³, des fois quand il y a eu un problème elle le marque sur un post-it et quand je reviens la semaine d'après elle me dit, « tu sais Florence, il y a eu telle famille... », En fait, elle le fait mais en se cachant un peu parce que sinon elle se met en porte-à-faux par rapport aux autres membres de l'équipe avec le médecin et l'auxiliaire qu'il y a en place parce qu'en principe c'est à elles à me faire les liaisons » (Florence, Puéricultrice).

Comme le montre alors cette séquence, si la présence physique est un moyen de prise de fonction, il est nécessaire, en l'absence d'un accord préalablement établi avec les intervenants en charge d'une certaine activité, de simuler le respect de l'ordre bureaucratique et formel.

Les différentes situations que nous venons de présenter sont des modes de coopération. Très fréquents, ils sont à lire comme des ajustements interactionnels auxquels se livrent les intervenants des consultations pour faciliter le déroulement général des tâches et, par là, le fonctionnement d'ensemble de leur service d'appartenance. Ces comportements, ici regroupés sous la désignation de « coopération » sont, ailleurs, désignés par l'expression de « comportement de citoyenneté organisationnelle » (Paillé, 2008). Cette expression désigne des conduites au travail « qui ne relèvent pas du rôle ou des tâches prescrites de l'emploi occupé, c'est-à-dire des termes spécifiques du contrat passé entre un employé et son organisation ; ces comportements relèvent plutôt d'un choix personnel, de sorte que leur

⁹³ Alors que la composition des équipes varie en fonction des jours de consultation, cette secrétaire assure les trois demi-journées de consultation hebdomadaire.

omission n'implique pas de sanction » ((Organ, 1988 : 4)⁹⁴ cité par Paillé, 2008 : 23). Si, en effet, les manquements de participation à la citoyenneté organisationnelle ne suscitent pas de sanction institutionnelle, hiérarchique ou administrative, ils ne sont pas pour autant totalement dénués de conséquences, notamment sur le fonctionnement du service. Ainsi dans la dernière situation que nous avons présentée, si la secrétaire ne fait pas preuve de citoyenneté organisationnelle, certes, personne ne le lui reprochera, mais les « liaisons » avec la puéricultrice ne seraient pas faites, ce qui équivaldrait à un défaut de continuité dans le suivi d'une situation familiale.

Au-delà de ces principes de négociation faisant principalement appel à la présence (ou l'absence) physique de certains intervenants, nous proposons, dans la suite de ce chapitre, une lecture plus dynamique de l'ordre négocié des consultations que nous avons observées et notamment des situations de concurrence professionnelle directe.

3. Dynamique de la négociation : une perspective en terme de don

Pour mener cette analyse dynamique de l'établissement de l'ordre négocié des consultations, nous proposons d'une part, de poser un cadre rituel (Goffman, 1991) à l'intérieur duquel se mènent les négociations et d'autre part, d'interpréter ces négociations comme répondant aux règles du don et du contre-don tel que Marcel Mauss les a décrites (Mauss, 1950). Dans sa théorie du don Mauss inscrit l'engagement dans les rapports sociaux dans une dynamique en trois temps : donner-recevoir-rendre.

Dans cette perspective d'application, chaque négociation qui a lieu et qui aboutit à un accord nouveau (mais pas nécessairement explicite) de répartition du travail correspond à un échange réussi de don contre-don. Notons alors que tous les intervenants ne peuvent pas donner de la même manière. La réception d'un don dépend des conditions dans lesquelles et de la personne par laquelle celui-ci est effectué ; un don qui ne peut être rendu, ne sera pas reçu. Parmi les conditions qui permettent un tel échange, deux éléments se révèlent primordiaux et déterminants, celui des positions hiérarchiques respectives des intervenants et celui des compétences professionnelles nécessaires à la réalisation de l'action qui fait l'objet de la négociation.

⁹⁴ Organ D., 1988, *Organizational citizenship behavior : The good soldier syndrome*. Lexington, Mass. : Lexington Books.

Dans un premier temps nous allons donc poser le cadre de cette lecture des consultations en termes de don et montrer ce qu'elle nous permet d'explicitier des rapports hiérarchiques et des compétences des acteurs impliqués dans les situations.

Dans un second temps, nous verrons alors ce que cette même grille d'analyse nous permet de dire des situations où une négociation entamée débouche sur un échec, ce qui interdit la mise en place d'un ordre négocié et conduit à un retour à l'ordre formel de la répartition des tâches de travail.

Exposons tout d'abord ce que nous entendons par une lecture des négociations à partir de la dynamique du don. Selon cette grille de lecture, la réalisation d'une tâche par un intervenant qui n'en a pas la charge représente le don qui est soit directement adressé à l'intervenant à qui elle incombe, soit adressé à l'institution dans son ensemble. L'acceptation par les autres membres de l'équipe de laisser cet intervenant réaliser cette tâche correspond à l'acceptation du don. Par cette acceptation sont alors reconnues à celui qui l'exécute la possession et la mise en œuvre des compétences nécessaires à la réalisation de cette tâche. Cette reconnaissance des compétences et la valorisation professionnelle qui en découle constituent le contre-don. Toutefois, pour qu'un intervenant accède à la réalisation d'une tâche qui ne lui est pas officiellement attribuée, il faut, premièrement, qu'il fasse ostensiblement preuve des compétences nécessaires à sa réalisation, et deuxièmement que ces compétences soient reconnues par l'intervenant officiellement en charge de l'action au centre de la négociation.

Pour illustrer cette dynamique, nous pouvons par exemple citer le cas des auxiliaires de puériculture qui prodiguent fréquemment des conseils nutritionnels ou éducatifs, qui pratiquent des monotests et, quelquefois, font des vaccinations. Pour nous rapprocher de situations concrètes, prenons le cas de cette auxiliaire de puériculture qui nous confiait :

« J'ai une vacation où je suis seule en école maternelle. Donc où je fais mes dépistages visuels, seule. Bon j'en suis contente, parce que c'est vrai que je détecte pas mal de choses et j'ai des réponses en retour. C'est quand même que je fais du bon boulot » (Lilia, Auxiliaire de puériculture).

Cette situation illustre l'ensemble des étapes que nous venons de présenter. En premier lieu, pour pallier le manque de personnel du service, cette auxiliaire de puériculture effectue seule une vacation en école maternelle, au lieu de les effectuer accompagnée d'un médecin. Il y a donc un comportement de citoyenneté

organisationnelle, de la part de cette auxiliaire qui accepte d'effectuer seule une tâche, dont le refus ne pourrait lui être reproché puisqu'elle ne lui est pas légalement attribuée.

En cela la réalisation de cette vacation en solitaire et l'acquittement de la tâche que cela représente constituent un don que l'auxiliaire fait aux membres de son service. Le fait qu'il soit acté dans l'organisation du service que cette auxiliaire s'occupe seule de cette vacation constitue l'acceptation du don. Cette acceptation constitue en elle-même la reconnaissance par l'équipe que l'auxiliaire dispose des compétences nécessaires à la réalisation de cette vacation. Compétences dont celle-ci possède des preuves « matérielles » qu'elle peut présenter à ses collègues (« je détecte pas mal de choses »). Cette reconnaissance de compétences et la valorisation qui en découle étant le contre-don de l'équipe envers cette auxiliaire (« j'en suis contente (...) je fais du bon boulot »)⁹⁵.

Dans cette situation, et dans un grand nombre d'autres, les activités effectuées en dehors de l'ordre formel du service et revendiquées par les intervenants représentent la plupart du temps un glissement hiérarchique vers le haut. Sans aller jusqu'à un « constant décalage hiérarchique vers le « haut » et notamment vers les actes techniques considérés comme les plus valorisant » comme l'ont observé Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan (2003 : 86) dans le fonctionnement des services hospitaliers en Afrique de l'Ouest, c'est bien par un jeu de « glissements des fonctions », partiels et provisoires, que s'établit la division du travail dans les consultations de protection infantile.

Ainsi, lorsque la configuration des locaux le permet⁹⁶, il n'est pas rare de voir une secrétaire effectuer les pesées et mesures des enfants. Cette pratique, encore fréquente

⁹⁵ Signalons que l'auxiliaire de puériculture dont il est question ici a longtemps exercé en tant que sage-femme dans un pays étranger. Cette qualification ne lui étant pas reconnue en France, elle fut recruté en PMI en tant qu'auxiliaire de puériculture, qualification qu'elle dénigre très fréquemment « C'est facile d'être auxiliaire, quand tu passes l'examen, il faut voir les questions qu'ils demandent, enfin moi je sais pas. Donc si tu veux, le statut d'auxiliaire, je l'ai par fonction. Mais en faisant une année d'étude, des fois tu te demandes, tu te poses des questions, tu te dis attends. (...) quand je faisais un accouchement, on faisait aussi de la réa. Désobstruer un nouveau-né quand il a avalé du liquide amniotique... Alors après, quand tu arrives sur le terrain, il y a quand même cette frustration tu vois. (...) Je suis rentrée en tant qu'auxiliaire, avec un diplôme d'état de sage-femme. Je n'ai pas le diplôme d'auxiliaire. Et quand je suis rentrée en PMI, ça a été une auxiliaire qui m'a appris un peu le boulot. Mais sinon, bon, ben, c'est vrai que c'est idiot » (Lilia, Auxiliaire de puériculture)

⁹⁶ Dans certaines consultations il existe un espace consacré au secrétariat, dans d'autres, secrétariat et pesée s'effectue dans le même lieu. Puéricultrice, auxiliaire de puériculture et secrétaires se partagent alors le même espace de travail. Nous reprenons ici la distinction entre « espace » et « lieu » établit par Michel de Certeau pour qui « l'espace est un lieu patiqué » (Certeau, 1990 : 173).

dans certaines consultations, était il y a peu, extrêmement courante et faisait partie du fonctionnement quotidien des consultations.

« Bon maintenant elles n'ont plus le droit de peser donc elles ne le font plus, mais avant elles nous aidaient aussi à peser. Là, on leur a dit que c'était que l'accueil, donc elles ne font que l'accueil » (Maïté, Puéricultrice).

Cette « interdiction » proférée à l'attention des secrétaires nous amène à interroger les conditions dans lesquels ces glissements d'activité ont lieu. Ainsi, l'interdiction à laquelle il est fait référence ici est plus de l'ordre du rappel à la répartition officielle des tâches de travail que d'une réelle interdiction ; elle vise à rappeler qu'il n'est pas dans les attributions officielles des secrétaires de seconder les puéricultrices ou d'effectuer des gestes techniques. Pour autant, nous avons assisté à de nombreuses reprises à de telles situations où une secrétaire participait à la manipulation ou à l'évaluation du développement corporel de l'enfant. Prenons comme exemple une scène où ce glissement de fonction est clairement verbalisé par l'un des membres de l'équipe :

Début d'après midi, la consultation ouvre ses portes. Une dizaine de minutes s'écoulent et la première mère arrive avec son enfant. L'auxiliaire de puériculture s'adresse alors à la secrétaire « Tu refais la taille et le PC⁹⁷, je vais fumer une clope, je fais le reste après ».

Dans cette brève interaction, nous pouvons voir que l'auxiliaire de puériculture délègue des tâches à la secrétaire. Placer dans la perspective du don/contre-don cette situation présente un double mouvement.

En premier lieu, il y a, comme dans la scène précédente, une secrétaire qui accepte de « donner » (de son temps, de son travail...) en effectuant les tâches qui lui sont déléguées. Ce don est accepté dès le départ de la situation, du fait que l'auxiliaire demande à la secrétaire d'effectuer ces tâches de travail. Le contre-don étant la reconnaissance pour cette secrétaire de ses compétences à réaliser les actes techniques de mesures de la taille et du PC de l'enfant. Il y a donc un glissement hiérarchique vers le haut, puisque la secrétaire effectue le travail de l'auxiliaire de puériculture, elle passe d'un poste administratif à une fonction paramédicale.

Mais cette scène peut être interprétée d'une seconde façon. Toujours dans le cadre du don/contre-don, mais cette fois-ci en se plaçant dans la perspective de l'auxiliaire de puériculture se négociant ici un espace de liberté. Cette dernière donne à la secrétaire l'accès à une activité qui lui est initialement proscrite. L'acceptation du don se fait pour

⁹⁷ PC : mesure du Périmètre Crânien

la secrétaire par la réalisation de la tâche et dans la dynamique de la reconnaissance de compétences que nous venons de décrire. Dans cette perspective, le contre-don de la secrétaire envers l'auxiliaire de puériculture est alors le service qu'elle lui rend. En faisant « la taille et le PC » elle libère l'auxiliaire de cette tâche de travail et lui permet de prendre une pause pour « fumer une clope ».

Cette dernière situation doit encore être placée dans le cadre des relations hiérarchiques qui ont lieu entre les différentes personnes impliquées dans la situation. S'il est en effet possible pour un intervenant de demander un service à un autre qui lui est hiérarchiquement inférieur, l'inverse n'est que rarement possible. Cette asymétrie dans la manipulation de cette dynamique du don est totalement dépendante des positions hiérarchiques occupées par les intervenants en présence. « Entre un supérieur et un subordonné, on peut prévoir des relations asymétriques, où le supérieur a le droit d'exercer certaines privautés que le subordonné ne saurait lui retourner » (Goffman, 1974 : 57).

Avant de passer à l'analyse des situations donnant lieu à l'échec de négociations, il nous faut encore présenter certaines situations où les positions hiérarchiques des intervenants rendent plus diffuse cette dynamique du don.

En fin de consultation, l'auxiliaire de puériculture est occupée à ranger le matériel de consultation qui vient d'être livré dans les armoires du service. Le médecin sort du cabinet de consultation et se met à nettoyer à l'alcool la balance et la table à langer. Elle s'adresse alors à l'auxiliaire « t'as vu, je fais ton boulot, je suis sympa hein ?! » -rire de connivence partagé-.

S'il ne semble pas y avoir de règle clairement établie quant au nettoyage du matériel en fin de consultation, cette tâche revient en général aux puéricultrices, auxiliaires de puériculture et infirmières. Le médecin qui décide de s'acquitter de cette tâche, dont il ne peut vraisemblablement tirer aucune valorisation symbolique ou reconnaissance de compétence, l'effectue manifestement (nous pourrions dire de façon ostentatoire) pour rendre service à sa collègue. Tel est le sens de la remarque qu'adresse le médecin à l'auxiliaire et davantage encore celui du rire qui lui succède. Une interprétation au premier degré de cette remarque était possible — le médecin fait remarquer à l'auxiliaire qu'il l'aide dans son travail pour que cette dernière l'inscrive sur le capital sympathie de celui-ci — mais le rire qui s'en suit n'aurait pas de sens⁹⁸.

⁹⁸ Pour une analyse de l'usage du rire dans les activités de travail nous renvoyons notamment à Yves Clot, *Le travail sans l'homme*. « On sera sensible au fait que, dans cette approche, il n'est pas question du

Prise au premier degré, cette interaction aurait dû se terminer par un remerciement de l'auxiliaire. Dans la situation observée, la remarque du médecin est faite pour souligner à la fois le service rendu et la position hiérarchique adoptée. La dynamique du don est ici à entendre dans une perspective plus large que celle de cette seule situation. Le contre-don sera, vraisemblablement un service rendu ultérieurement par la puéricultrice au médecin. En dehors des situations où il existe une concurrence professionnelle sur la reconnaissance de compétences particulières, c'est dans la répétition de ces petits services donnés, puis rendus, par l'échange de réalisation de petites tâches de travail, que se construit la collaboration quotidienne.

Ainsi cette dynamique du don et du contre-don nous permet-elle d'interpréter le cadre interactif à l'intérieur duquel se réalise l'ordre négocié du service. La plupart du temps, les situations de « glissement hiérarchique vers le haut » sont rendues possible par l'échange d'un travail réalisé contre une reconnaissance de compétence et celle d'un « glissement hiérarchique vers le bas » s'inscrivent dans une relation de coopération plus classique d'un service donné en échange d'un service rendu le plus souvent ultérieurement.

4. Rupture de cadre : le retour à l'ordre bureaucratique

Si cette lecture de l'ordre négocié en termes de don et de contre-don nous a permis jusqu'ici d'expliquer la dynamique selon laquelle se répartissent, au quotidien, diverses tâches de travail au travers de négociations réussies, cette perspective d'analyse fournit aussi une explication aux négociations qui échouent.

Nous présentons ici quelques situations qui permettent d'illustrer ce principe de l'échec d'un ordre négocié au cours de situations où la dynamique du don, et notamment le contre don qu'elle implique, n'est soit pas possible à mettre en place, soit pas souhaitée par l'un des intervenants impliqué.

La présentation de cette dynamique du don comme un cadrage apposé à la situation, permet de lire la plupart des situations donnant lieu à des échecs de négociation comme des « ruptures de cadre ». En effet, « un cadre ne se contente pas

rire comme « supplément d'âme », mais du rire comme acte d'affranchissement des dissonances ou des conflits d'activités ; du rire comme procès d'émancipation symbolique des tensions réelles, comme puissance active dans la situation et non comme forme décorative de la conduite » (Clot, 2008 : 28).

d'organiser le sens des activités ; il organise également des engagements. L'émergence d'une activité inonde de sens ceux qui y participent et ils s'y trouvent à des degrés divers, absorbés, saisis, captivés. Tout cadre implique des attentes normatives et pose la question de savoir jusqu'à quel point et avec quelle intensité nous devons prendre part à l'activité cadrée (...) Certes, tous les cadres n'imposent pas le même type d'engagement. (...) Selon les circonstances, il faudra donc s'entendre sur des limites acceptables, sur une définition de l'engagement et du niveau d'engagement, que nous pourrions juger insuffisant ou excessif » (Goffman, 1991 : 338). Ces négociations qui échouent sont alors à interpréter selon ce principe de l'insuffisance ou de l'excessivité de l'engagement d'un intervenant dans une situation.

Les ruptures de cadre dans lesquelles elles s'inscrivent et qui interdisent la mise en place d'un ordre négocié, correspondent alors à un retour à l'ordre bureaucratique des consultations. Trois « niveaux » doivent être distingués dans cette catégorie englobante que nous appelons ici le retour à l'ordre bureaucratique : le renvoi, le rappel et le maintien.

a. Le renvoi à l'ordre bureaucratique

Dans cette première catégorie du *renvoi* à l'ordre, nous mettons les situations dans lesquelles un intervenant demande un service à un autre et qu'il se voit opposé un refus. Deux situations doivent être présentées ici, suivant les positions hiérarchiques respectivement occupées par l'intervenant qui demande le service et celui à qui la demande s'adresse.

Dans le premier cas de figure, le service est demandé par une personne d'un niveau hiérarchique supérieure à celui occupée par ceux à qui la demande est adressée. Il est alors intéressant d'analyser les raisons et les modalités selon lesquelles le refus est opposé.

Dans cette consultation, les secrétaires sont généralement deux et l'une d'entre elle passe la plus grande partie de son temps dans le cabinet médical, où elle assiste le médecin et occupe donc le rôle d'une auxiliaire de puériculture.

S – Elle te fait tout faire. C'est pour ça que moi je ne vais jamais là-bas (dans le cabinet de consultation). « Explique comment on fait la compote ». Ben non, moi j'ai pas envie

P – C'est pas une question d'envie, c'est que c'est pas ton boulot, c'est à elle de le faire

S – Oui

P – Et puis c'est surtout qu'elle te fait faire des choses que tu n'as pas le droit de faire (préparation des vaccins et vaccination)

Dans cette situation, la demande est opérée par un médecin envers une secrétaire ou une puéricultrice. La secrétaire qui accepte d'assister le médecin dans sa consultation le fait dans le cadre de ce que nous décrivions précédemment, un échange de participation aux consultations contre la reconnaissance des compétences requises pour cette participation. Pour les membres du personnel qui refusent, deux types d'arguments sont évoqués dans cet échange. La secrétaire manifeste clairement son désaccord vis-à-vis de cette participation (« j'ai pas envie ») au titre que la charge de travail qui est demandée (« elle te fait tout faire ») est trop élevée au regard du bénéfice qu'elle pourrait en tirer (la reconnaissance de compétence, ici, « explique comment on fait la compote »). Nous voyons alors comment, dans cette scène, le contre don n'étant pas perçu comme suffisant par rapport au don, le cadre de cette dynamique est rompu. La puéricultrice amène quant à elle, au cours de cet échange où elle partage le point de vue et l'attitude de son interlocutrice, les arguments de légitimation de ce refus : le renvoi à l'ordre bureaucratique (« c'est pas ton boulot, c'est à elle de le faire (...) elle te fait faire des choses que tu n'as pas le droit de faire »).

Dans le second cas de figure, le service est demandé par un intervenant hiérarchiquement inférieur à la place occupée par ceux à qui s'adresse la demande.

Une petite fille de quatre ans vient d'arriver en France en provenance de l'archipel des Comores. Elle est hébergée chez « une tante », elle n'a pas de papier d'identité, juste un certificat de naissance et le certificat de décès de sa mère. C'est la première fois qu'elle vient à la consultation et elle est accompagnée d'une femme avec un bébé dans les bras et d'une vieille dame. Toute l'équipe est rassemblée en salle de pesée pour poser les questions nécessaires à l'inscription de la petite fille (adresse, personne responsable de l'enfant et nom). La transmission du nom dans le système comorien est inspirée du droit coranique et porte non pas sur les catégories de « nom » et « prénom » mais sur celles de « nom personnel » et « nom ». Cet écart dans les règles de nomination bloque souvent le déroulement du questionnaire. Sur un ton ironique, car habitués à ce type de difficultés⁹⁹, le médecin et la puéricultrice s'adressent aux secrétaires :

Dr et P - Appliquez vous, il faut le faire bien (pour rire)

S - T'as qu'à le faire toi !

Dr - Le boulot de la secrétaire... ?!

P - ...c'est pas mon boulot.

Face à une situation dont la difficulté récurrente est connue de tous les membres de l'équipe, si le mode choisi pour cette interaction est celui de l'ironie et de la

⁹⁹ Si très peu de documents administratifs sont demandés aux familles pour remplir les dossiers d'inscription des enfants aux consultations (parfois aucun document n'est disponible), les intervenants tentent, dans la mesure du possible, de renseigner un maximum de cases, parmi lesquelles figurent : les nom, prénom, date et lieu de naissance et adresse actuelle de l'enfant ; nom, prénom, date et lieu de naissance et adresse de la mère et du père et les nom, prénom et date de naissance de la fratrie.

plaisanterie, la remarque qui clôt l'échange n'est, malgré le rire qui l'accompagne, pas une plaisanterie.

Si on y voit très clairement un renvoi à l'ordre bureaucratique, il est intéressant de noter que ce renvoi est spécifiquement effectué dans une situation où la dynamique du don ne peut s'appliquer. En effet, dans cette situation, il s'agirait pour un intervenant hiérarchiquement supérieur d'effectuer une tâche revenant à un intervenant hiérarchiquement inférieur. Il n'est alors pas question de mettre en œuvre la dynamique du don avec une reconnaissance de compétence comme contre-don.

Toutefois, dans ce genre de situations de « glissement hiérarchique vers le bas », quand celui-ci a lieu, le contre-don attendu peut être d'une autre nature. Citons, pour illustrer ce principe, une déclaration de la même puéricultrice à propos d'une autre consultation où le secrétariat est indépendant de la salle de pesée :

« Normalement c'est moi qui doit superviser un peu le reste mais c'est bien qu'on soit polyvalente, qu'on aille un peu de partout. Y compris le secrétariat, si je peux aider à faire un dossier, on apprend plein de choses en faisant un dossier aussi, en posant les questions qu'il faut, du fait qu'on a le dossier à remplir, on peut se permettre de poser d'autres questions qu'on aurait peut-être pas osé poser là (en salle de pesée) » (Maïté, Puéricultrice).

Quand cette puéricultrice accepte de remplir un dossier à la place ou en soutien d'une secrétaire, c'est en échange d'un cadre interactif particulier avec l'utilisateur du service permettant l'accès à certaines informations difficilement accessibles autrement. En revanche, un renvoi à l'ordre formel des consultations semble s'imposer dans les situations où un service demandé ne peut générer de contre-don à la hauteur du don qu'il implique.

b. Le rappel à l'ordre bureaucratique

Dans cette seconde catégorie du *rappel* à l'ordre, nous inscrivons les situations dans lesquelles le contre-don n'est soit pas souhaité par le destinataire du don, soit impossible à mettre en place. L'intervenant à qui s'adresse le don ne souhaite pas reconnaître les compétences mise en jeu par le donateur ou bien il sera dans l'incapacité de rendre le service qui lui est donné. Dans les deux cas, le don ne sera pas reçu par celui à qui il s'adresse, rappelant à celui qui l'effectue, la répartition officielle des tâches de travail.

Pour expliciter ce principe du rappel à l'ordre, nous prendrons l'exemple des médiatrices de santé publique auxquelles il peut être fait appel dans les consultations pour faciliter les relations entre les habitants du quartier et les intervenants des consultations. Les médiatrices interviennent alors dans les consultations et peuvent être amenées à effectuer des visites à domicile avec les puéricultrices.

Dans le cas qui nous concerne, la médiatrice de santé publique bénéficie d'une connaissance particulière de la population du quartier puisqu'elle y réside depuis de nombreuses années. Cette connaissance lui permet de faire remonter certains problèmes particuliers de la population auprès des professionnels de la consultation. D'origine comorienne, la présence de cette médiatrice facilite grandement la traduction des consultations auprès des familles comoriennes ne parlant pas ou mal le français, relativement nombreuses dans le quartier. En tant qu'intervenante extérieure aux consultations, cette médiatrice ne figure pas dans l'organigramme de la PMI et n'a pas de place particulière réservée au sein de l'équipe.

Pendant une consultation, une stagiaire puéricultrice s'adresse à la secrétaire au sujet de la médiatrice :

- Cette dame c'est qui ?

- C'est une...heu...elle nous aide à traduire

En fin de matinée un visiteur se présente à la consultation et les différents membres de l'équipe se présentent à tour de rôle. Lorsque cela vient à son tour la médiatrice se présente « Je suis médiatrice en santé publique ». À ce moment-là, la puéricultrice la regarde en riant et reprend « ...traductrice »

Faute d'un statut clairement inscrit dans l'organigramme de l'institution et d'un poste de travail formellement défini, les professionnels réguliers de la consultation attribuent un titre à cette médiatrice en fonction de la tâche de travail la plus évidente qu'elle y effectue. La seule compétence qui lui est accordée et reconnue au sein de l'équipe est celle de la traduction, compétence pour laquelle elle n'entre en concurrence avec aucun autre intervenant. Son travail de médiation et de relation effectué auprès des familles est, quant à lui, remis au second plan ou complètement nié par les autres intervenants.

La non-reconnaissance institutionnelle de cette médiatrice lui confère une position particulièrement fragile et la place dans une situation d'infériorité hiérarchique systématique. De même, l'absence de reconnaissance formelle de son rôle et de ses compétences rend encore plus délicate son inscription dans la dynamique du don et sa participation à l'ordre négocié du service.

Tout en échangeant avec une mère comorienne dans la salle de pesée, la

médiatrice de santé publique pose l'enfant sur la balance, le pèse et le remet sur la table à langer. L'auxiliaire de puériculture entre dans la salle de pesée prend l'enfant et le pose sur la balance. La médiatrice lui signale alors qu'elle l'a déjà pesé. L'auxiliaire lui répond « oui, oui » mais continue son geste, repèse l'enfant et inscrit le poids sur le carnet de santé du bébé.

Au cours de cette scène, alors que la médiatrice de santé publique fait publiquement état d'une compétence, l'auxiliaire de puériculture en refuse clairement la reconnaissance. Ce refus opposé par l'auxiliaire est à entendre selon une double explication. D'une part, la reconnaissance de la compétence technique les placerait toutes deux en situation de concurrence professionnelle, concurrence que l'organigramme de la consultation ne permettrait pas de trancher, la médiatrice en étant absente. D'autre part, aucun contre-don d'une autre nature ne peut être prévu avec la médiatrice, l'auxiliaire, tout comme l'ensemble des intervenants de la consultation, étant dépourvue de la seule compétence officiellement reconnue à la médiatrice : la traduction¹⁰⁰.

En l'absence d'un contre-don envisageable, l'auxiliaire de puériculture refuse la reconnaissance des compétences mises en œuvre par la médiatrice, elle refuse son don (la pesée de l'enfant) ce qui se manifeste par la négation de l'acte effectué et la répétition de celui-ci : une nouvelle pesée du bébé.

La médiatrice est alors rappelée à l'ordre bureaucratique (sur lequel elle ne figure pas) et reléguée à la mise en œuvre de la seule compétence qui lui est reconnue dans la consultation (et qui ne figure pas dans la répartition des tâches de travail prévu par l'organigramme : la traduction).

c. Le maintien de l'ordre bureaucratique

Troisième catégorie de rupture du cadre du don, celle du *maintien* de l'ordre bureaucratique. Il s'agit ici des situations dans lesquelles un ou plusieurs intervenants ne réalisent pas une action pour laquelle ils possèdent la disponibilité et les compétences nécessaires, au titre que sa réalisation revient à un autre intervenant qui leur est bien souvent hiérarchiquement supérieur.

¹⁰⁰Comme l'écrivent Sandrine Musso et Fatima Ayoubia « trop souvent, le recours [aux médiatrices de santé publique] semble sous-tendu par une adresse faite à un "guide indigène" au détriment de la promotion de son insertion effective dans l'organisation de la prévention et des soins » (Musso et Ayoubia, 2006).

En salle de pesée, la puéricultrice explique à sa stagiaire le remplissage des formulaires de la CAF « examen du 9^{ème} mois » :

- Et là, le Dr lui pose des questions et fait des observations sur le développement psychomoteur. On pourrait le faire, mais bon...
- (à ce moment-là, la secrétaire intervient) Il y a plein de choses qu'on pourrait faire et qu'on ne fait pas.

Par sa remarque, la secrétaire laisse entendre qu'indépendamment du registre de compétence ou des connaissances nécessaires à l'accomplissement d'une tâche, en l'absence d'accord, explicite ou implicite avec les autres membres de l'équipe, la distribution officielle du travail est déterminante sur le reste. Ce maintien de l'ordre bureaucratique dans un cadre général d'ordre négocié peut se comprendre comme une stratégie d'évitement (Goffman, 1974). Au cours de la situation, un intervenant évite de mettre en œuvre certaines de ses compétences pour ne pas empiéter sur le domaine d'intervention privilégié d'un autre intervenant. La mobilisation de l'ordre formel en vue de son maintien est alors une parade mise en place pour ne pas entrer dans une situation de don/contre-don non souhaitée ou susceptible d'aboutir à un échec de l'ordre négocié. Ce dernier processus ferait perdre la face à l'un ou l'autre des interactants et entraînerait un rappel ou un renvoi à l'ordre bureaucratique.

Il en est par exemple ainsi des conseils de puériculture qui sont donnés aux mères. Si les auxiliaires de puériculture ont, au bout d'un certain nombre d'années de pratique, acquis suffisamment de connaissances pour avoir un avis argumenté sur les questions qui leurs sont posées, elles renvoient généralement vers les puéricultrices qui sont officiellement en charge de prodiguer ces conseils.

« Quand je sens que la maman a une question, je dis, ben vous verrez. Moi je pense ceci, mais vous verrez avec la puéricultrice ou le médecin, c'est elle qui vous donnera le conseil » (Christine, Auxiliaire de puériculture).

Ce qui est vrai des conseils de puériculture entre une puéricultrice et une auxiliaire de puériculture (toutes deux de formations paramédicales) l'est d'autant plus des situations nécessitant la mise en œuvre de compétences d'ordre médicale. Dans ce cas, à la question des compétences s'ajoute celle de la responsabilité de l'acte et de ses éventuelles conséquences.

« Et si je vois que je déborde sur ce que je ne dois pas faire, "deux minutes, patientez, passez chez le docteur". Il y a aussi la responsabilité, parce que demain on me dira "oui mais c'est elle qui m'a donné..." Tu comprends. Donc il faut savoir aussi, pas se dégager, non, parce que, officiellement... » (Lilia, Auxiliaire de puériculture).

Il est d'autant plus intéressant de constater ici que cette parole, du renvoi vers le médecin et du maintien de l'ordre formel dans une certaine situation, nous est donnée par la même auxiliaire de puériculture qui effectue seule une vacation de dépistages visuels et auditifs en école. D'un côté elle réalise des tâches qui reviennent à un médecin, mais après accord de celui-ci et reconnaissance de ses compétences, tandis que d'un autre, en l'absence d'accord préalablement établi, le maintien de l'ordre bureaucratique lui permet d'éviter l'engagement dans une situation à l'issue incertaine.

5. Synthèse et transition

À ce stade du parcours que nous menons à travers les nombreux éléments qui interviennent dans les modes d'organisation des consultations de protection infantile, il nous faut rappeler les raisons pour lesquelles nous l'avons entamé. À l'origine de notre questionnement se trouve une contradiction entre d'une part un discours relativement partagé qui tend à uniformiser les pratiques des différents intervenants d'une même équipe, indépendamment de leur fonction officielle et d'autre part, des observations en situation qui semblent davantage correspondre à une répartition somme toute assez classique des tâches de travail au sein d'une organisation bureaucratique.

Les deux questions auxquelles nous tentons de répondre ici sont alors les suivantes : pourquoi ces discours ? pourquoi cette contradiction ? Ou pour les formuler selon des termes plus propices à l'analyse : Sur quels éléments s'appuient ces discours et quels sont les éléments d'observation avec lesquels ils semblent entrer en contradiction ?

Force est de constater que suite à l'analyse que nous venons de mener, la division du travail dans ces consultations ne semble pas présenter de particularité, tout du moins pour ce qui est d'une répartition uniforme des tâches de travail entre les différents intervenants. Les activités et lieux de travail étant plus variés que dans une structure fixe (comme les crèches ou les services hospitaliers), les glissements de fonction et « négociations » y sont peut-être plus nombreux, mais nous venons de voir que, comme partout, il existe une division bureaucratique du travail et que celle-ci demeure à la base du fonctionnement du service.

Les pages qui précèdent nous ont permis de clarifier le jeu de chaises musicales qui a lieu autour de certaines tâches mais elles n'éclairent que très peu cette divergence

relevée entre discours et pratiques. L'explication avancée, en termes d'ordre bureaucratique et d'ordre négocié ne parvient pas à épuiser le réel des situations. Si celle-ci permet de montrer la relative fluidité et les éléments de résistance qui existent dans la division du travail, elle nous laisse encore loin des arguments selon lesquels en PMI « on travaille tous pareil ».

Sans doute pourrions-nous trouver une explication plus convenable à cette contradiction si l'on ajoute à l'analyse que nous venons de mener l'importance des éléments annoncés en introduction et que nous avons jusqu'ici laissés de côté. En effet, depuis le début de ce chapitre, nous avons montré comment s'entrecroisent la composition journalière de l'équipe, les relations qu'entretiennent les professionnels entre eux, leurs titres et postes respectifs. Notre analyse montre alors comment la prise en compte de ces différents éléments fait varier la répartition des tâches de travail autour de la distribution « officielle », telle qu'elle est prévue par l'organisation bureaucratique des consultations. Ainsi, la réponse apportée jusqu'ici consiste à dire que les consultations de PMI présentent un « ordre négocié » dans lequel chaque intervenant a, en fonction de la situation, une place clairement identifiable, ou tout du moins répondant à une explication cohérente dans un jeu de reconnaissance des compétences nécessaires à la participation à la situation en cours.

Toutefois, la dynamique de la négociation, en termes de don, telle que nous l'avons analysée, n'est possible que lorsqu'elle engage des compétences formellement inscrites dans le profil professionnel d'un des intervenants de la consultation ; il s'agit alors, en quelques sortes, de compétences formelles. Dans ce cadre, c'est la reconnaissance d'une de ces compétences à un intervenant qui constitue à la fois le contre-don et qui permet la mise en place d'un ordre négocié dans la consultation.

Nous allons maintenant voir comment la prise en compte des éléments jusqu'ici laissés de côté¹⁰¹ remet en question la dynamique de la négociation que nous avons présentée. L'introduction dans notre schéma d'analyse de ces éléments, dont les familles et leurs conditions de vie constituent la part la plus importante, modifie

¹⁰¹ Pour rappel, parmi les éléments important à prendre en compte dans l'analyse du fonctionnement des consultations et que nous avons, jusqu'ici, laissés de côté, nous annonçons en début de chapitre : La connaissance que chaque intervenant possède sur les familles présentes le jour même à la consultation, la qualité des relations entretenues avec ces familles et les compétences personnelles reconnues à chaque intervenant au sein de l'équipe de travail.

considérablement les règles de négociation éprouvées jusqu'à présent. L'explication majeure que nous avançons se trouve dans les différentes activités qu'engendrent la prise en compte de ces nouvelles variables, dans le type de compétences qu'elles nécessitent et dans le sens nouveau qu'elles donnent aux consultations. Ainsi, si la répartition du travail n'est plus déchiffrable selon un schéma clairement défini et tend davantage vers le « on travaille tous pareil », c'est que, en réalité, il ne s'agit plus vraiment du même travail.

II. L'ordre du « psychosocial » et le désordre des lignes d'autorité

Tout au long de la première partie de ce chapitre, notre analyse s'est essentiellement appuyée sur les activités médicales et paramédicales qui ont cours dans les consultations. Les services de PMI étant de type médico-sociaux et leur rôle d'ordre « médico-psycho-social », c'est en introduisant désormais cette dimension psychosociale du travail que nous proposons une nouvelle lecture du fonctionnement des consultations. Ainsi, plutôt que de nous cantonner aux activités pratiques et clairement identifiables par les gestes techniques qu'elles nécessitent, nous nous attellerons désormais à analyser les activités plus immatérielles, fluides et sensibles qui se tiennent en ces lieux. Rappelons-nous à ce propos l'extrait d'entretien par lequel nous ouvrons ce chapitre :

« Et je pense pour la PMI, c'est pas besoin d'être...bon oui, puéricultrice parce que tu as les bases, mais Christine (Auxiliaire de puériculture) travaille aussi bien que moi et Magali (EJE) aussi et il n'y a aucun problème. Même en ayant, moi, trois ans d'études de plus qu'elles, je crois que là, on est toutes au même niveau. Parce que la PMI, c'est tout dans le feeling, dans l'écoute, dans l'observation » (Maïté, Puéricultrice).

La relecture de cet extrait d'entretien à partir de la répartition des tâches de travail et des compétences mise en œuvre pour leur exécution permet d'accéder à une compréhension nouvelle de la division du travail. Ici, le discours du « on fait tous pareil » fait explicitement référence à des activités non médicales appelant la mobilisation de compétences situées en dehors des formations professionnelles de chaque intervenant : le feeling, l'écoute, l'observation... C'est l'analyse de ces activités, du sens et de l'importance qui leur est donné, ainsi que des compétences qu'elle nécessitent, qu'il nous faut mener maintenant.

1. Segmentation et micro sociétés

Les glissements de fonctions et répartitions des tâches de travail s'opèrent le plus souvent par « négociations implicites ». Inconsciemment, les intervenants des consultations connaissent les différents éléments qu'ils doivent prendre en compte dans cette répartition. Si identifier et isoler ces différents éléments nous a demandé un certain travail de recueil dans un premier temps et d'analyse dans un second, les intervenants des consultations en tiennent compte au quotidien et gèrent ces agencements et réagencements de manière à ce que les consultations « tournent » au mieux (c'est-à-dire, en ménageant, tant que faire se peut les susceptibilités, désirs et compétences des uns et des autres). Certes, ce principe est loin d'être spécifique à ces consultations. Toutefois, il prend ici une dimension particulière dans la mobilité des professionnels et leur participation à différentes équipes dans différents centres de consultation. En fonction de la composition de chaque équipe, les intervenants préféreront travailler dans telle ou telle autre consultation, la répartition des tâches et les méthodes de travail qui y sont pratiquées étant davantage à leur convenance.

« Après il y a des affinités qui se font dans la manière d'avoir envie de travailler. Donc quand tu as des affinités, tu as dû les observer aussi, ça se passe mieux ou moins bien selon les gens » (Magali, EJE).

Au cours de notre présence sur le terrain, cette éducatrice de jeunes enfants nous confiait alors qu'elle ne souhaite plus intervenir dans la consultation des « Poiriers » parce qu'elle estime que la façon de travailler des autres intervenants ne lui permet pas de réaliser son travail. En tant que professionnelle très mobile sur l'ensemble des consultations d'une circonscription, il lui est alors possible de se consacrer à d'autres consultations qu'elle estime plus propices à son intervention.

Mais tous les intervenants ne disposent pas d'une liberté de mouvement aussi importante entre les différentes consultations. Pour ceux qui ne peuvent quitter une consultation et qui doivent donc « faire avec », la solution est, comme nous l'avancions plus haut, de « trouver sa place » dans la consultation et les tâches qu'il est possible de faire à partir de cette place.

« Je m'investis, mais avec le médecin avec qui je travaille, je sens que ma façon de faire ne lui convient pas. Donc je reste en retrait, j'ai toujours les mêmes relations avec les gens, j'ai toujours ce contact, parce que bon, c'est ma façon de travailler, je vais pas... Maintenant si vraiment ça lui déplaît, elle me demande à ce que j'aille ailleurs. Pourtant avec la puer avec qui je travaille, ça se passe bien aussi. Elle n'a pas du tout la même façon de travailler que les autres puers mais on s'entend très bien... Mais c'est pas le même échange. Je sais qu'il y a

des sujets que je ne peux pas aborder, je peux pas aller plus loin, parce que c'est vraiment pas son truc. Donc moi, je fais mon travail de mon côté, je me dis « bon, j'ai parlé à la maman, de ceci, de cela donc... ». Après, je renvoie de suite sur la puer. Tandis qu'aux « Sources », je peux parler de n'importe quoi avec les mamans, Maïté ne me dira jamais, c'est pas ton rôle, c'est pas ta place. Bon il faut savoir aussi céder la situation et dire bon... » (Christine, Auxiliaire de puériculture).

Le fonctionnement de ce binôme puéricultrice/auxiliaire de puériculture illustre alors bien ce principe de répartition des tâches par « négociation » implicites entre les acteurs en présence. Maïté nous expliquera alors à ce propos :

« Qui fait qui, qui fait quoi ? C'est bien d'être polyvalent. Complètement. C'est-à-dire Christine connaît ma façon de travailler, peut-être qu'elle viendra là, peser, mesurer et tout, (...) mais sinon, si elle voit que je travaille là-bas, elle est là et vice-versa. Si elle accroche mieux avec une famille, c'est elle qui y va et puis on se passe les infos et tous ça » (Maïté, Puéricultrice).

Si, en effet, la mise en regard de ces deux discours permet d'illustrer ce principe de la négociation implicite, elle met aussi clairement en avant la nécessité d'une concordance entre les intervenants sur ce principe de fonctionnement. Pour qu'une consultation puisse s'organiser selon cette règle, il faut que tous les intervenants qui y participent soit en accord là-dessus et que chacun d'entre eux « joue le jeu » (Reynaud, 1989). Ce cas idéal où tous les intervenants sont en adéquation sur le principe à adopter est loin d'être majoritaire et dans la plupart des consultations, différents modes de fonctionnement se côtoient et se confrontent, faisant varier les règles de répartition du travail et de fonctionnement des consultations en fonction des jours et de la composition des équipes. « Les règles sont beaucoup plus difficiles à définir qu'il ne paraît parce qu'elles ne sont guère séparables de l'activité qui les crée et les maintient, c'est-à-dire de l'activité de régulation. Cette activité n'est pas généralement exercée par une seule partie, mais par plusieurs groupes qui peuvent être en concurrence » (Reynaud, 1989 : 37).

Une des conséquences de ce mode de fonctionnement et de répartition des personnels dans les consultations est la constitution d'équipes affinitaires au sein des équipes de circonscription. Ces affinités dans les modes de travail, lorsqu'elles sont partagées par la majorité des intervenants d'une consultation, en viennent à créer des modes de fonctionnement propres à chaque centre. Ou comme le dit cette éducatrice de jeunes enfants :

« Et puis le travail d'équipe, surtout s'il n'y a pas de responsable qui gère vraiment et qui chapeaute, c'est soumis aux personnalités des gens qui s'y trouvent et qu'en fait c'est des espèces de micro sociétés qui se retrouvent à chaque fois avec des dominants, des dominés, des personnes docteurs, etc. »

(Denise, EJE).

L'expression de micro-sociétés qu'utilise cette éducatrice de jeunes enfants illustre bien l'idée que nous présentons ici. Les équipes sont établies à l'échelle des MDS, dont le médecin responsable répartit ensuite les professionnels sur les différentes consultations que comprend la circonscription¹⁰². De fait si chaque professionnel intervient dans plusieurs consultations de la circonscription, aucun d'entre eux n'intervient dans toutes les consultations¹⁰³. Les « micro-sociétés » sont alors à comprendre au niveau de ces circonscriptions avec des sous-ensembles que sont les consultations. L'idée de « dominants » et de « dominés » reprend alors ce que nous expliquions au niveau des différentes méthodes de travail et de la répartition des tâches qui en découle. La domination (exercée ou subie) est alors fonction, bien entendu, des positions hiérarchiques de chacun, mais elle est aussi à lire à partir du nombre de professionnels qui partagent la même approche de leur travail, et donc les mêmes méthodes. Si la formulation adoptée par cette EJE est sans aucun doute hyperbolique par rapport au phénomène auquel elle se rapporte, elle en fournit néanmoins une illustration assez explicite.

Ces micro-sociétés se forment alors essentiellement autour d'affinités personnelles et de méthodes de travail particulières que partagent les intervenants d'une même « micro-société ». De fait, il nous semble qu'au-delà de simples méthodes de travail partagées par plusieurs personnes, il s'agit en définitive du sens même qui est donné à ce travail et des fondements sur lesquels repose cette pratique professionnelle. Comme le dit Jean-Daniel Reynaud « la légitimité d'une règle est bien relative à un projet et liée à son efficacité dans le projet » (Reynaud, 1989 : 46). Ainsi, la préférence manifeste des intervenants pour un mode de fonctionnement ou pour un autre se trouve en grande partie liée à l'idée qu'ils se font de la PMI et de son rôle. Derrière la notion de « micro société », avancée par cette EJE, nous voyons se dessiner les différents segments professionnels qui composent les équipes de PMI. « Chaque segment a, en

¹⁰² Circonscription est l'ancien nom des actuelles Maisons Départementales de la Solidarité (MDS). Pour des raisons pratiques et parce que celui-ci renvoie directement à une aire géographique, nous le préférons ici à l'appellation actuellement en vigueur.

¹⁰³ Nous parlons ici de la répartition régulière des équipes, ne tenant pas compte des périodes de remplacement pour vacances ou congé maladie. Dans ces situations particulières, les professionnels se remplacent les uns les autres pour combler les manques lors des consultations. De fait, si tous les intervenants ne travaillent pas régulièrement dans toutes les consultations, ils ont une connaissance de chacune des consultations que comprend la circonscription.

fait, sa propre définition de ce qui fait “ le centre de sa vie professionnelle ” et ces définitions sont fortement structurantes des identités professionnelles. Ce qui distingue les segments entre eux, ce ne sont donc pas des définitions officielles, des classifications établies, mais une “ construction commune de situation ” et de croyances partagées sur “ le sens subjectif de l’activité professionnelle ” » (Dubar et Tripier, 1998 : 106). Ainsi, cette puéricultrice qui nous déclarait à propos de l’activité de la consultation :

« Mais on continue à être centre de vaccination en priorité. Côté médical, surtout ces deux médecins-là, l’autre médecin, qu’on avait avant, il était beaucoup comme nous, donc beaucoup social » (Maïté, Puéricultrice).

Apparaît très clairement ici ce qui fait le « centre de la vie professionnelle » pour cette puéricultrice ainsi que « le sens subjectif de [son] activité ». Bien que la consultation soit en priorité un centre de vaccination, cette puéricultrice donne principalement du sens à son activité professionnelle par la dimension sociale qu’elle recouvre. Elle oppose alors sa conception du travail à celle des deux médecins qui eux se positionnent surtout du côté médical. La distinction entre « médical » et « social » comme véritable posture professionnelle est ici clairement énoncée. En tant que tel, ces différents positionnements se retrouvent quels que soient les postes occupés. De fait, des médecins, au même titre que les puéricultrices ou les auxiliaires de puériculture, peuvent être davantage porté sur le « côté médical » du travail ou bien s’intéresser principalement à son aspect « social ».

2. Segmentations et valeurs

Dans leur présentation de « la dynamique des professions » Bucher et Strauss (1961) soulignent que les principaux éléments qui permettent de distinguer les différents segments qui composent une profession (et par extension, un groupe professionnel) sont les valeurs autour desquelles ils s’articulent, le positionnement de chaque professionnel par rapport à chacune de ces valeurs et la hiérarchisation que chacun d’eux fait de ces dernières. Sans chercher à être exhaustifs, les deux auteurs présentent alors les principales valeurs non partagées par certains segments, sur lesquelles peuvent porter des conflits et qui permettent de situer les segments les uns par rapport aux autres : « le sens d’une mission », « les activités de travail », « les méthodologies et techniques », « les clients », « la confraternité », « les intérêts professionnels et associations » et « l’unité apparente et relation publique ».

La pluralité des représentations du travail à effectuer et la mise en place de modes de travail variés qui en découle, s'articule autour d'un objectif commun à tous les intervenants quel que soit leur titre, leur poste ou leur point de vue : faire du « bon boulot ». Lorsque la définition de ce « bon boulot » et les moyens d'y parvenir sont partagés par l'ensemble des membres d'une équipe (que ce soit à l'échelle de la consultation ou à celle de la MDS) la coordination et la coopération sont maximales et les tensions internes sont considérablement réduites. Les équipes qui se trouvent dans ce type de position estiment avoir de la « chance ».

« On a de la chance au niveau du personnel paramédical, assez motivées, assez consciencieuses, donc même si la hiérarchie ne nous guide pas, ne nous chapeaute pas trop, le boulot, il faut le faire et donc si ça ne va pas, on en parle. Si vraiment ça ne va pas, on interpelle la hiérarchie et elle est là, mais bien souvent on essaie de s'arranger entre nous. On fait une équipe. On est différentes, on connaît les limites de chacune, il y a des choses qu'on ne peut pas trop demander ou ce n'est pas le moment, mais on fait une équipe » (Patricia O., Puéricultrice).

Mais toutes les équipes ne sont pas dans cette situation et bien souvent les différentes approches du travail de PMI se côtoient et parfois s'opposent dans les consultations. Cette coexistence amène chaque intervenant à se positionner, se rapprochant de certains de ses collègues et s'éloignant de la posture professionnelle des autres. Du fait de la circulation de chacun dans plusieurs consultations et de sa collaboration dans différentes équipes, les intervenants travailleront préférentiellement avec ceux qui partagent les mêmes approches, méthodes et techniques qu'eux. C'est ce que Bucher et Strauss désignent par la *confraternité*. Autour des valeurs et méthodes de travail partagées se structurent alors les différents segments professionnels à l'intérieur desquels la coopération entre les intervenants se fait plus aisément et bien souvent avec une plus grande efficacité.

Toutefois, sens de la mission, activité de travail, méthodologies et techniques, relations aux clients et confraternité se confondent et se concentrent dans toutes les situations quotidiennes. Lorsque différents segments du groupe professionnel sont en présence, cela conduit parfois à des dysfonctionnements du service.

3. De deux « valeurs consensuelles »

Présentons d'abord quelques éléments largement partagés par l'ensemble des intervenants du service et qui permettent d'approcher certaines des caractéristiques spécifiques au travail de PMI. Ces éléments, en tant que « fondements constitutifs » de l'institution (Bucher et Strauss, 1961 : 95), permettent d'exposer les valeurs qui structurent le service, les points d'accord autour desquels se construit sa cohérence.

Dans un second temps, nous verrons qu'à partir de ces éléments se développent certaines pratiques, qui se résument parfois à des détails de l'interaction, autour desquelles se joue le sens donné à l'action des consultations de protection infantile et l'étendue de leur mission. Cela renvoie les intervenants aux limites de leur champ d'action et vient remettre en question l'accord général sur ces principes de cohérence.

a. Conception globale de l'individu

Revendiqué comme une des qualités essentielles du service, son fondement constitutif, l'approche globale des individus et des situations se retrouve aux différents niveaux d'analyse de la PMI.

Approche institutionnelle

Les premières institutions mises en place pour coordonner les différentes structures de prise en charge de l'enfance (par exemple l'OPMI mis en place en Seine Saint Denis en 1927), avançaient un double objectif. Il s'agissait d'une part de coordonner les actions des différentes institutions, d'un point de vue essentiellement administratif et comptable, en vue d'améliorer l'efficacité et la rentabilité de chacune de ces structures. D'autre part, il s'agissait d'établir un dossier commun, pour une même personne ; le point de vue adopté était alors celui de l'enfant et de sa famille. Lors de son instauration en 1945, la PMI recouvre les mêmes objectifs.

Pour cette raison, les services de PMI demeurent au centre d'un réseau institutionnel, recevant les déclarations de grossesse de la CAF, réalisant les visites médicales en école, assurant les liaisons avec les maternités, effectuant les suivis avec l'ASE et travaillant au quotidien avec les services sociaux. Sans pouvoir réduire un individu aux différentes institutions qu'il fréquente, au moins du point de vue institutionnel, la PMI et le réseau dans lequel elle s'inscrit comprend l'ensemble des

éléments qui constituent la vie du jeune enfant. Si cette élaboration en termes de cadres institutionnels permet, quand les liaisons sont optimales, de constituer une image complète de la situation de l'enfant, cette image globale n'existe que d'un point de vue institutionnel. Et quand bien même la PMI, au cœur de ce réseau institutionnel, en recueillerait toutes les informations, le « super dossier » ainsi constitué reste éminemment distinct de la réalité physique de l'enfant, de son être en tant que personne biologique. L'opposition qui existe alors entre une coordination institutionnelle efficace et l'unicité d'un enfant est dénoncée par certains intervenants.

« Une équipe suit pour ça, une équipe suit pour ça, une équipe suit pour ça, les familles sont saucissonnées, elles ne comprennent plus rien. Trois quarts du temps, elles ne savent pas si moi je suis assistante sociale, puéricultrice, rien, rien. Parce qu'elles sont tellement saucissonnées, elles sont... vous vous êtes la dame qui pèse, vous vous êtes la dame qui ci, tu vois. Moi je disais que l'idéal pour la PMI ce serait qu'on ait des plus petit secteurs mais au lieu d'être tous morcelés, qu'on ne morcelle les secteurs, qu'on morcelle pas les familles ni le personnel » (Maïté, Puéricultrice).

Cet extrait d'entretien souligne explicitement la volonté de diminuer le nombre d'institutions auquel un enfant peut avoir affaire. Le principe revendiqué serait d'établir un référencement entre chaque famille et une équipe unique de professionnels. Chaque équipe, comprenant X intervenants, s'occuperait de A à Z d'un nombre limité de familles. Cette équipe type disposerait alors de l'ensemble des informations concernant un enfant et l'ensemble des professionnels ayant recueillis ces informations appartiendrait à cette équipe¹⁰⁴. Selon ce principe, l'approche globale de l'enfant existerait autrement qu'au travers d'un dossier papier. Face à ce discours, le principe n'est pas de savoir si un tel mode de fonctionnement est possible, réalisable, réaliste, rentable ou satisfaisant. Ce qui nous semble intéressant réside dans la volonté de concrétiser l'approche globale de l'enfant (non « saucissonné », non morcelé) et d'imaginer des modifications institutionnelles pour pouvoir l'atteindre.

En effet, si la multiplication des services pour encadrer les familles sert à une répartition des tâches, les risques sont d'une part que les familles se perdent entre les

¹⁰⁴ C'est un peu dans cet esprit que les « réunions de synthèses » sont élaborées. Au cours de ces réunions, les professionnels appartenant aux différentes institutions que fréquente un enfant se rencontrent et échangent certaines informations dont ils disposent sur l'enfant en question. Cependant de telles réunions ne sont pas systématiques ; elles n'ont lieu que de manière ponctuelle, pour débattre d'un cas particulier. Leur objectif étant de confronter les avis des différents professionnels pour décider des mesures à adopter en vue de résoudre une situation précise dans laquelle se trouve l'enfant (ou la mère). Nous sommes alors très loin de l'approche globale générale à laquelle nous faisons référence dans ce paragraphe.

différents services, mais aussi que chaque service se cantonne exclusivement au champ de compétences qui lui a été attribué, ignorant alors les éléments susceptibles d'être pris en charge par un autre service. En l'absence de relais systématiques et efficaces entre ces différents services, l'approche globale de l'enfant ne peut être atteinte et la prise en charge ne peut être effectuée.

Approche individuelle

Face à ces craintes de dysfonctionnement ou de fonctionnement insatisfaisant des institutions, les intervenants de PMI revendiquent, pour la PMI en elle-même et dans leur mode de fonctionnement personnel, cette approche globale de l'enfant et de sa famille.

« On a ce regard, cette écoute sociale de la famille (...) On a ce regard un peu global sur la famille, on ne saucissonne pas » (Magalie, EJE).

Et cette volonté, ce souci de considérer l'enfant dans sa globalité se retrouve alors parmi les motivations d'entrée en PMI. Communément partagée par les intervenants des services, cette revendication de l'approche de l'enfant dans sa globalité ne manque pas d'avoir des effets sur les modes de fréquentation et les demandes que les mères exposent aux professionnels pendant les consultations (cf. troisième partie).

Les usagers ne fréquentant pas les consultations pour une demande précise ou clairement identifiée, pour le soin d'un organe ou en réaction à un symptôme particulier, les situations familiales s'y exposent dans toute leur richesse et leur complexité (et à plus forte raison au cours des visites à domicile). La confrontation régulière à ces « demandes » familiales non verbalisées ou à ces situations complexes aux thématiques entremêlées amène les intervenants à adapter leurs méthodes de travail, leur grille d'accueil et de lecture des situations familiales.

« Tu en as qui ont évolué et qui prennent en compte un peu tout le tour et puis tu en as qui en tiennent moins, qui en tiennent pas compte. Mais je crois qu'on est tous obligés *d'évoluer* vers ça » (Dr Simon, Pédiatre).

Et la pratique principalement développée par les intervenants et unanimement revendiquée par nos interlocuteurs pour mettre en œuvre cette approche globale de l'individu est celle de *l'écoute*.

b. La pratique de l'écoute

Dans cette conception de la prévention comme une globalité, comme un tout, une large place est faite à l'écoute des familles. L'écoute, l'échange et la discussion sont perçus comme des pratiques préventives à part entière. Il ne s'agit pas simplement de recueillir des informations auprès des mères mais bien de passer un moment avec elles en les écoutant.

« -Tu me disais, j'essaie d'aider les gens, de m'investir... ça se manifeste comment en fait, cet investissement ?

-Ben déjà par l'écoute. Déjà, quand tu écoutes les gens, tu as fait, enfin moi je crois, tu as fais déjà 50% de ton boulot. Après, quand tu as établi une relation avec les gens, tu peux par de simple... quelques fois c'est par de simples discussions, comme on a aux Sources, qu'on est dans la salle d'attente, qu'on discute avec les gens, ça peut se limiter à ça, vraiment » (Christine, Auxiliaire de puériculture).

« Afin d'entendre la souffrance, il faut l'écouter. S'installe donc une relation sociale qui, renouant avec une pratique ancienne de la compassion, installe la souffrance à proximité » (Fassin, 2004 :10). Cette citation de Didier Fassin, extraite d'un ouvrage portant sur les lieux d'écoute, illustre parfaitement ce que nous avons pu observer dans les consultations de protection infantile et la pratique de l'écoute telle que les intervenants nous l'ont présentée. Dans cet ouvrage, l'auteur défend la thèse selon laquelle, « Si l'on considère qu'il y a véritablement une forme de "gouvernementalité" particulière faisant droit à la souffrance et à son écoute, elle ne peut se limiter aux seuls dispositifs reconnus sous ces termes par l'État. Bien au contraire, c'est dans sa banalisation et sa généralisation que se joue l'efficacité de cette politique » (ibid. : 14).

Le recours à la parole comme moyen de maîtrise des traumatismes par la mise en place systématique de « cellules psychologiques » à la suite de tel ou tel événement abonde dans le sens de cette politique de l'écoute. Et c'est par inscription dans ce mouvement que nous assistons au développement de cette pratique de l'écoute dans les centres de consultation. Mise en place et légitimée au nom de la considération globale de l'individu, la pratique de l'écoute en PMI sert plus à repérer les problématiques psychologiques et sociales que connaissent les familles que les questions d'ordre organique, qui, elles, se règlent au cours de l'auscultation dans le cabinet du médecin. Dans la pratique, cette écoute recouvre alors deux « fonctions » principales, une fonction préventive, thérapeutique et une fonction informative.

L'écoute préventive

En premier lieu, remarquons qu'il ne s'agit pas uniquement d'une écoute auditive. Il ne s'agit pas simplement d'écouter les phrases énoncées par les mères, il s'agit d'avantage d'entendre leur demande, de comprendre la raison pour laquelle celles-ci viennent à la consultation.

« En arrivant en PMI, j'ai appris à écouter » (Dr Placid, Pédiatre).

Il s'agit bien souvent de mère de famille qui ne peuvent verbaliser leur souffrance, qui n'arrivent pas à la mettre en mots, qui ne souhaitent pas la « poser sur la table », directement. L'objectif des intervenants est alors de « faire émerger la demande », d'arriver à amener la mère de famille à parler des « vraies » raisons de sa venue. Dans un second temps, il s'agit d'être capable d'entendre le discours livré, de savoir être « la bonne oreille ». Aider les usagers des services à se livrer, à partager leur souffrance, s'inscrit alors en tant que telle dans une stratégie, si ce n'est thérapeutique, tout du moins préventive.

« On s'installe et on discute et je trouve que c'est de la prévention. C'est ça la prévention en fait. Parce que nous on a l'habitude, de travailler beaucoup dans l'urgence, dans ces quartiers, on est souvent dans l'urgence, on voit arriver les gens, c'est déjà des signalements. Mais bon, normalement c'est protection, prévention, on est un service où on doit faire de la prévention, et moi j'estime que c'est ça la prévention, c'est d'être là, les gens savent qu'on est là et que même s'il n'y a rien de particulier, ils savent qu'ils peuvent compter sur la consultation, ils savent qu'ils peuvent venir, qu'il y aura toujours quelqu'un pour les recevoir, les accueillir, les écouter, les entendre... Je pense que c'est ça. On a trop fonctionné dans l'urgence et dans le travail comme ça, à la vite vite, le signalement, le rapport... il faut essayer de faire en sorte qu'on arrive pas à ça. Parce que pour nous le signalement c'est toujours le but, enfin, des fois j'ai l'impression que c'est... mais non, on est pas là pour ça quand même, on est pas là pour placer les enfants, on est pas là pour enlever les enfants de la famille. On est là justement pour essayer que la vie familiale se passe dans de bonnes conditions, meilleures » (Christine, Auxiliaire de puériculture).

Nous voyons très bien ici comment sont mis en opposition « l'écoute des gens » et « le placement des enfants ». D'un côté se trouve l'écoute, une pratique qui demande du temps et de la disponibilité, opérée en amont, de façon préventive et essentiellement orientée vers les parents. D'un autre côté, en opposition directe, est présenté le placement de l'enfant, extrémité de la chaîne des processus de prévention, manifestement présentée comme l'échec d'un système qui n'aura pas su désamorcer une situation à risque, action opérée dans l'empressement du signalement et du retrait de l'enfant de sa famille, avant qu'il ne soit trop tard. L'écoute des parents, de leurs

difficultés quotidiennes, est alors présentée comme le moyen de faire de la bonne prévention, l'écoute représente ici « le bon boulot ».

« C'est pas en pesant un bébé, peser un bébé, tout le monde sait le faire, regarder des fesses, tout le monde sait le faire, mais c'est tout dans l'écoute »
(Maïté, Puéricultrice).

Nous aurons compris l'importance qu'accordent les intervenants à cette écoute des familles. Et si nous venons de voir qu'une dimension préventive est accordée à la pratique en elle-même, il nous faut bien souligner qu'il ne s'agit pas pour autant d'une écoute analytique, d'un usage de la parole exercé dans un but clairement thérapeutique.

Les intervenants des services ne sont pas formés à la psychologie et s'il existe des psychologues dans certains services, leur nombre et leur participation aux consultations est souvent infime. Mais il semble que l'aspect « non professionnel » de cette écoute soit plus un avantage qu'un inconvénient. Nombre de familles manifestent une vive opposition à l'idée de s'adresser à un « professionnel de la parole ». La réorientation vers un « psy » est souvent perçue comme une accusation de folie. Ce n'est donc pas un fait du hasard si les intervenants des consultations sont « choisis » par les familles comme « confidents » ; leur écoute est perçue comme bienveillante, sans jugements et sans enjeu ce qui ne saurait être le cas avec un travailleur social ou un « psy ».

Ce n'est pas autre chose que note Didier Fassin à propos des lieux d'écoute : « La vertu de l'écoute suppose sa banalisation et sa déprofessionnalisation. Si les « écoutants » peuvent être des psychologues, voire des psychiatres, c'est à la condition expresse qu'ils oublient qu'ils le sont, ou tout au moins le fassent oublier à leur public. Si une supervision est prévue par un psychologue ou un psychiatre, c'est pour évaluer les intervenants et non intervenir eux-mêmes auprès des jeunes, mais c'est aussi pour... écouter les écoutant, car être confronté aux malheurs des autres est également considéré comme une épreuve douloureuse » (2004 : 38). Nous reviendrons, dans la conclusion de ce travail, sur cette question de la douleur des intervenants, de la gestion de leurs émotions et la nécessité qu'ils manifestent parfois d'être, à leur tour, écoutés.

L'écoute informative

Toutefois, bien qu'« anodine », l'écoute opérée par les intervenants de PMI n'est pas dénuée de toute visée professionnelle à moyen terme. En effet, si écouter une mère est présenté comme un moyen de prévention en tant que tel, cela ne tient pas seulement à l'occasion qui est donnée d'exprimer une souffrance. Ces moments d'écoute sont un

moyen de recueillir des informations sur la situation familiale, économique, psychologique, sociale...

« Nous on trouve que c'est du bon boulot, c'est comme ça qu'on devrait travailler, c'est ça la prévention en fait, c'est d'être là avec les gens, de les écouter, de les entendre et d'essayer de trouver des petites solutions. Mais des trucs tout bête quelquefois, sur le sommeil, sur l'alimentation, mais des trucs... Et qui vont amener ces gens à te dévoiler des choses, à échanger, à se confier quelque fois » (Christine, Auxiliaire de puériculture).

Ces « choses » dévoilées lors de confidences faites à l'intervenant ne pourront souvent être recueillies qu'à l'issue d'un long processus de discussion. Il s'agit de confidences intimes, de révélations sur la « vie privée » d'une famille ou de récit relatif au passé d'une personne et qui permettent de comprendre et parfois de dénouer certaines situations.

« C'est au bout de peut-être six mois que tu parles avec eux que tu arrives à connaître un tas de truc. Mme O., on discutait, on discutait il y a dix ans que je la suis maintenant, pour Caroline, pour le petit Bryan, qui a été placé, parce qu'elle le maltraitait et puis là dernièrement j'ai dit « qu'est-ce qui s'est passé ? Pourquoi c'est toujours Bryan qui prend tout ça ? » Et d'un coup elle a craqué, elle a été entre les deux portes « et vous comprenez, moi j'avais son âge quand mon père et mes frères m'ont violée ». Et ça, elle ne l'avait jamais dit à personne » (Maïté, Puéricultrice).

Ces informations recueillies au cours de conversations anodines mais confidentielles, permettent d'instruire les dossiers familiaux, de constituer cette approche globale de l'enfant. Chaque élément informatif complétant un peu plus le tableau de l'environnement familial, psychologique et social dans lequel l'enfant se développe. Mais ce type de pratique demande du temps, des moyens humains et un personnel suffisamment disponible pour se consacrer à ces pratiques de long terme, ce dont les services de PMI ne disposent que rarement.

« On travaille beaucoup dans l'urgence, ce qu'ont dû te dire les autres c'est que... par moment, on est insatisfait de ce qu'on fait, parce que finalement, on travaille dans l'urgence, on laisse passer... on est obligé de privilégier certaines interventions par rapport à d'autres sur le plus long terme parce qu'il y a l'urgence immédiate qui prime sur la prévention à long terme. La prévention c'est un truc de longue haleine » (Dr Simon, Pédiatre).

« L'écoute » au sens large, tel que présentée jusqu'ici, est désignée comme le principal moyen de procéder à une vision globale de l'enfant et de sa famille. Écoute et approche globale font l'unanimité dans les descriptions que les intervenants donnent de leurs pratiques professionnelles. Mais l'écoute aussi bien que l'approche globale sont des notions aux contours pour le moins fluctuants et flous. Ainsi il est nécessaire de prendre avec circonspection l'unanimité annoncée de leur usage et de questionner plus

avant ce que l'un comme l'autre de ces termes recouvrent en tant que pratiques quotidiennes.

4. Où s'arrête la PMI ?

L'approche globale de la santé de l'enfant l'inscrit automatiquement dans un environnement social dont le milieu familial constitue la part la plus importante. Dès lors, l'intérêt porté et l'investigation plus ou moins poussée sur le milieu familial d'un enfant, renvoient les intervenants des services à la délicate question des frontières (limites) du champ d'intervention de la PMI : quelles sont les limites de la globalité ? Et la même question se pose vis-à-vis de la pratique des intervenants : que faut-il entendre de ce que disent les familles ?

« La protection de l'enfance, elle commence où ? Elle s'arrête où ? Moi je pense qu'elle commence pendant la grossesse, dès le départ, savoir si cette grossesse..., il y a des clignotants, on nous a toujours dit qu'il y a des clignotants, les parents qui ne choisissent pas les prénoms, les parents qui ne savent pas quand ils vont accoucher, les parents qui ne s'intéressent pas, qui n'achètent rien et tout ça, ce sont tous des clignotants, qui font dire qu'après il faudra avoir à l'œil » (Maïté, Puéricultrice).

Si cette puéricultrice pose explicitement la question des limites de la protection infantile en termes chronologiques, les différents « clignotants » qu'elle évoque posent la question en termes de domaine d'investigation sur les relations parentales, la composition de la famille, les dispositions psychologiques et mentales, les possibilités économiques, etc, autant de domaines dont nous avons vu dans la première partie de ce travail l'intégration progressive au champ de la protection de l'enfance.

Les intervenants des services sont aujourd'hui amenés à dépister les familles dites « à risques » (qui ont des « clignotants »), ce qui implique de prendre connaissance de chaque situation familiale.

« Finalement, on est là pour ça aussi, c'est pas une intrusion dans le privé. Maintenant je pose des questions sur comment ça se passe à la maison, alors qu'avant je me disais ça ne me regarde pas » (Dr Savoie, Pédiatre).

Ici se trouve clairement énoncé ce qui nous semble être un élément particulièrement délicat du quotidien des intervenants de PMI. Jusqu'à quel point doivent-ils pousser leur « investigation » de la vie familiale ? Suffisamment loin pour ne pas négliger une situation susceptible de dégénérer mais pas trop loin non plus pour ne pas être trop intrusif dans la vie privée de la famille. Réciproquement, jusqu'à quel point les intervenants doivent-ils accepter d'entendre les situations et problématiques

familiales ? À quel moment placent-ils la limite pour se protéger de « la contagion de la misère » ou ne pas outre passer leur domaine d'intervention ?

Le lien ténu qui existe entre approche globale de l'enfant et quotidien familial pousse les intervenants vers les limites qu'ils estiment être celles de la PMI et de leur travail. Il nous faut alors observer ce qui est écouté et comprendre ce qui est entendu pour expliciter les nuances que recouvrent ces notions d'écoute et d'approche globale qui font pourtant l'unanimité chez les intervenants.

« Je dis que des fois on peut avoir la connaissance et ne pas en tenir compte. Parce que des fois c'est tellement facile de dire voilà, ne nous occupons pas de ces problèmes-là, l'enfant il est là juste pour la vaccination, pour l'examen médical et c'est aussi une façon de se protéger quelque part en tant que professionnel. Mais bon, bien souvent ça... on est à côté d'une partie du problème, c'est dommage » (Dr Zuca, Pédiatre).

Ce que le docteur Zuca présente ici comme une solution de « facilité » éventuelle et dont il déplore les conséquences (être à côté du problème), n'est pas perçu avec autant de clarté, ni justifié de la même manière, par l'ensemble de ses confrères. Les situations dans lesquelles se trouvent les familles regroupent d'importantes problématiques qui, très souvent, dépassent le cadre de la PMI et ses possibilités d'action. Les réactions des intervenants face à de telles situations varient alors entre plusieurs positions. S'il n'est pas possible d'attribuer une position particulière à tel ou tel intervenant, celles-ci étant variables en fonction des situations familiales, des relations établies entre l'intervenant et la famille en question, etc, certaines tendances peuvent tout de même être dégagées.

Une première position consiste à ne pas se laisser « envahir » par la complexité des situations familiales.

« Il ne faut pas oublier le médical. Alors des fois vous êtes tellement envahie par ce genre de chose, qu'il faut, en tant que médecin, vous ressaisir, dire maintenant stop, je suis médecin, j'examine l'enfant. Parce que vous êtes vite envahie, ça c'est difficile, très difficile, laisser de côté tout ce qui est social, éducatif » (Dr Dalle, Pédiatre).

En se limitant à ses attributions initiales (« je suis médecin », sous entendu « je ne suis que médecin ») les intervenants se préservent ainsi d'une confrontation directe à des problématiques qu'ils ne pourront résoudre.

La position diamétralement opposée consiste à placer l'accueil, la discussion et la parole des familles comme prioritaires sur le reste, dès lors que l'enfant n'est pas en situation de danger immédiat. Dans cette disposition, la question n'est pas de savoir si les difficultés exposées par la famille trouveront ou non une solution dans le cadre de la

consultation de PMI, le principe mis en œuvre consiste davantage à faire parler les familles, aussi bien pour connaître leur situation exacte que pour leur offrir un temps de parole.

« Et puis je ne suis pas là non plus pour « peser, mesurer et partez » moi je ne conçois pas mon travail comme ça. Ah je sais faire aussi, je sais faire aussi « ne me dites pas... », je sais poser les bonnes questions où il n'y aura pas de réponse, je sais faire ça aussi. (...) Non moi je conçois pas du tout du tout mon travail comme ça, je sers à rien si c'est ça. C'est pas ça du tout. « Il a bien mangé... oui, ça va... oui, il dort bien la nuit ? non, ah bon pourquoi » tu vois, et petit à petit, ils arrivent à te dire des trucs, alors tu sais comment est la maison... tu arrives à retrouver le contexte familial quand tu commences à discuter un peu avec les gens » (Christine, Auxiliaire de puériculture).

Entre ces deux positions antinomiques, se trouvent une multitude de positionnements, variant d'une consultation à une autre, d'un intervenant à un autre, et au sein d'une même consultation et pour un même intervenant, variant au fil du temps.

5. De quelques techniques de travail sujet à conflits

Majoritairement estimées comme des valeurs centrales de l'activité de PMI, nous venons de voir comment l'écoute et l'approche globale conduisent les intervenants à se positionner sur les limites de leur champ d'action. Pour revenir à la répartition des tâches de travail et aux compétences mobilisées lors de leur réalisation, analysons quelques situations où certaines pratiques développées par des intervenants au nom de ces valeurs se trouvent à l'origine de tensions internes aux équipes de travail.

a. Autour d'un verre de thé

Prenons comme premier exemple les intervenants qui ont pour habitude de distribuer du thé ou du café en salle d'attente. L'objectif d'une telle démarche n'est pas d'offrir du café aux mères de famille mais de les installer dans le lieu. Le café est utilisé comme un moyen pour détendre les mères pendant leur attente, pour les familiariser avec le lieu et leur donner envie de revenir à la consultation. En tant que méthode de travail, la distribution de café n'est inscrite dans aucun profil de poste des intervenants. Issue d'une initiative personnelle, seuls les intervenants qui partagent le sens et l'objectif d'une telle pratique la mettent en œuvre.

Un matin dans un centre de consultation, l'auxiliaire de puériculture fait du thé. Elle en sert un verre aux deux secrétaires, m'en propose un verre, et demande, de loin, à la médiatrice de santé publique qui se trouve en salle d'attente si elle en veut. Cette dernière vient en chercher un verre en salle de pesée. L'auxiliaire

s'adresse alors à la médiatrice « il en reste un peu. Demande leur si elles en veulent (en parlant des mères en salle d'attente) ». La médiatrice part et pose la question en mahorais. L'auxiliaire lui lance (toujours de loin) « tu pourrais quand même leur parler en français ». La médiatrice revient ; plusieurs mères en veulent et il ne reste pas assez de thé.

MS – Il faut en refaire

AP – Oh, ch'uis pas Magali moi !

À cette remarque, une des secrétaires souffle bruyamment et la médiatrice prend un air exaspéré.

MS – Eh ben, je vais leur donner mon verre. Je leur ai proposé, je ne peux pas maintenant...

AP – Attends, tiens (elle partage tous les verres). Je ne veux pas non plus passer pour une...

Cette scène se déroule à 9h30 du matin. On y voit s'y opposer deux pratiques distinctes de l'accueil et de l'utilisation du thé comme outil de cet accueil. D'un côté l'auxiliaire de puériculture fait du thé pour les membres de l'équipe et seulement pour eux. Toutefois, comme il y en a en plus, elle propose de distribuer le surplus aux mères présentes en salle d'attente. L'EJE qui intervient régulièrement dans cette consultation (Magali) a pour habitude de faire du thé et de le distribuer aux personnes qui se trouvent en salle d'attente. En cela, la proposition de l'auxiliaire reprend une pratique courante de la consultation. Mais lorsqu'il s'agit de refaire du thé spécialement pour les mères, l'opposition de pratique se dévoile (« je ne suis pas Magali »). Enfin, si l'auxiliaire accepte, en définitive, de partager tous les verres, c'est davantage pour sauver la face (Goffman, 1974) auprès des autres intervenants (« je ne veux pas passer pour une... ») que pour accueillir les mères en salle d'attente en servant un verre de thé à celles qui en veulent.

Autour de ce verre de thé se joue une opposition de pratique entre deux segments du groupe professionnel des intervenants. Derrière cette opposition d'apparence infime se négocie la mise en place d'une pratique d'accueil dans les centres de consultations. Pousser le raisonnement un peu plus loin, permet de voir que derrière cette pratique d'accueil se cache la fonction que recouvre celle-ci : asseoir les mères dans les consultations et leur rendre les visites agréables dans l'espoir qu'elles y viennent régulièrement et tant qu'elles en éprouveront le besoin, qu'elles y soient suffisamment habituées pour y faire appel en cas de nécessité et qu'elles les perçoivent avec suffisamment de familiarité pour oser s'y confier.

À travers cette tension entre différents intervenants autour de 20cl d'eau chaude, nous voyons alors s'opérer la confrontation entre deux segments professionnels, chacun

tenant d'une conception du fonctionnement des centres de consultation et des modalités de mise en place d'une prévention basée sur des relations de proximité.

b. La régulation d'accès aux consultations

Second exemple que nous présenterons pour illustrer les tensions qui existent entre les segments qui composent le groupe professionnel des intervenants de PMI : celui de la régulation de l'accès aux consultations. Une fois admis le fait que les consultations sont ouvertes à tous, nous sommes tentés de croire qu'il existe principalement deux modes de régulation : avec ou sans rendez-vous. Ces deux modes de régulation des consultations ont chacun leurs avantages et leurs inconvénients et chacun d'entre eux est porteur de différents modes d'usage, autour desquels se confrontent, là encore, les différents segments professionnels.

Avec ou sans rendez-vous

Tout d'abord, arrêtons-nous sur cette question des rendez-vous. Lorsque les consultations se tiennent sur rendez-vous, celles-ci sont programmées sur un emploi du temps géré par le secrétariat. Les familles se voient alors attribuer un jour et une heure à laquelle elles doivent se rendre à la consultation. Ce mode de fonctionnement permet de réguler le nombre de familles attendues et vues par demi-journée de consultation et limite le temps d'attente de chaque famille lors de sa venue. Il est aussi un moyen de fixer à échéance régulière (généralement en fonction du calendrier vaccinal et des examens obligatoires) la fréquence des visites de chaque enfant. Inscrit sur le planning d'un rendez-vous sur l'autre, il est plus facile pour les intervenants du service de repérer les familles qui ne respectent pas les rendez-vous et dont le suivi est irrégulier. En outre, pour les intervenants, le principe des rendez-vous est un moyen de « fidéliser » certaines familles, en demandant à ce que celles-ci disposent de rendez-vous pendant leurs journées de présence. Devenant ainsi « leur » médecin de PMI ou « leur » puéricultrice, ils s'appuient sur cette régularité des rencontres pour établir une relation personnalisée. Enfin, dans le déroulement des demi-journées de consultation, l'ordre dans lequel les rendez-vous sont fixés détermine l'ordre de passage des familles, évitant ainsi les erreurs et inversions tout comme les tensions qui peuvent en découler¹⁰⁵.

¹⁰⁵ Selon les intervenants d'un des centres de consultation dans lequel nous avons mené des observations, la recherche d'un moyen d'éviter les tensions engendrées par les ordres de passage fut leur motivation

D'un autre côté, le fonctionnement sur rendez-vous tend à limiter l'accès aux consultations aux seules personnes programmées sur le planning. La possibilité pour les mères de se rendre spontanément dans les consultations en est considérablement réduite. La file active des consultations entraîne une saturation des plannings et oblige à une prise de rendez-vous un à deux mois à l'avance, de là, en découle un risque important d'oubli des rendez-vous de la part des familles.

« Ce médecin, il ne veut que des rendez-vous ; mais on arrive pas à les tenir. Ils sont trop fracassés ici. Elle (une mère présente à la consultation) c'est pareil. La mère aussi est fracassée, tu ne peux pas lui donner un rendez-vous » (Maïté, Puéricultrice).

Les conséquences de ces rendez-vous fixés et de ces rendez-vous manqués sont multiples. D'un point de vue purement organisationnel, lorsqu'une personne programmée ne se présente pas au rendez-vous, cela crée un vide dans le temps de la consultation. Lorsqu'il s'agit d'une fratrie de trois enfants ou plus, il arrive alors que des plages d'une heure et demie ou plus soient inoccupées. Ensuite, les centres de consultation étant parfois utilisés comme centre de soins ou consultation de médecine de ville, lorsqu'un enfant tombe malade, si un rendez-vous est fixé à la PMI dans les jours qui suivent, de nombreuses familles préféreront attendre le rendez-vous PMI plutôt que d'aller consulter un médecin ; ce qui retarde la prise en charge de la maladie et entraîne parfois des complications. Enfin, culpabilité des mères et réprimandes des professionnels sont fréquents en cas de non-respect des rendez-vous, qu'il s'agisse d'un oubli total ou d'une présentation en retard à la consultation. Ces reproches et les réactions qu'ils suscitent entrent alors en contradiction avec la quête d'une relation de confiance entre une mère et les intervenants auxquels elles s'adressent.

À l'inverse de ces consultations sur rendez-vous, d'autres se tiennent sans rendez-vous. Défendu au nom de la facilité d'accès, ce mode de fonctionnement recouvre lui aussi certains avantages et inconvénients. D'un côté, il permet en effet aux familles de se présenter au moment où cela leur convient le mieux et élargit alors considérablement la diversité des modes d'usage des consultations¹⁰⁶.

essentielle pour mettre en place un système de rendez-vous. « À l'époque, c'était sans rendez-vous, il y avait deux fois plus de personnes que maintenant, il y avait une fois sur deux des bagarres, mais des vrais, avec les mains, arrachage de cheveux, entre les mères qui se passaient devant... c'était très fumeux, c'était pas clair, maintenant il y a quand même plus de contact entre les uns et les autres » (Dr Château).

¹⁰⁶ Nous reviendrons plus largement sur cette question des modes d'usage et de recours aux consultations dans le dernier chapitre de ce travail.

« Quelques fois, tu ne sais pas pourquoi elles viennent, c'est à toi de le découvrir. Peut-être qu'elles non plus elles ne savent pas pourquoi elles viennent, elles ont un besoin » (Christine, Auxiliaire de puériculture).

Mais d'un autre côté, ce mode de fonctionnement empêche toute anticipation pour contrôler le flux des familles qui se présentent. De fait, cette gestion s'effectue au fur et à mesure de l'arrivée des mères. Les équipes doivent alors faire face à des heures ou des périodes creuses (par exemple pendant le ramadan) et d'autres de grande affluence (avant les vacances scolaires). Dans ces moments d'affluence, le temps d'attente des familles dans la consultation peut croître considérablement et il n'est pas rare que les professionnels « refoulent » les derniers arrivés, par manque de place ou de temps. Enfin, selon ce principe, l'ordre de passage est de type « premier arrivé, premier servi ». Il revient alors aux intervenants de « contrôler » l'ordre d'arrivée et sa correspondance avec celui du passage. Les erreurs et inversions relativement fréquentes suscitent de nombreuses tensions entre les différentes personnes présentes (familles et intervenants)¹⁰⁷.

Dès à présent, à travers ces deux principaux modes de régulation des consultations, nous voyons de manière très pratique se mettre en œuvre des conceptions distinctes par les intervenants de l'usage qui doit être fait des consultations et, par là, du sens et des limites qu'ils attribuent au rôle de ces consultations¹⁰⁸.

¹⁰⁷ La méthode la plus fréquente que nous avons pu observer est celle de « la pile ». Au moment de leur arrivée à la consultation, les mères remettent les carnets de santé des enfants aux secrétaires. Celles-ci les disposent alors en une pile qui détermine l'ordre chronologique d'arrivée et donc celui du passage des mères, tout d'abord en salle de pesée et ensuite à la consultation médicale. Certaines secrétaires placent les derniers arrivés sur le dessus de la pile, d'autres les placent au-dessous de la pile. La plupart du temps, la secrétaire qui fait la pile est aussi celle qui indique à la puéricultrice ou à l'auxiliaire de puériculture le nom du prochain enfant à appeler ; cette question du dessus/dessous n'est alors pas problématique... sauf dans les situations où, pour gagner du temps, ou pour toutes autres raisons, la puéricultrice prend elle-même le carnet dans la pile. Cela se remarque assez rapidement, la dernière personne arrivée étant appelée la première, le rétablissement du bon ordre de passage est alors assez rapide. Toutefois, dans des consultations très fréquentées, il n'est pas rare que la pile de carnets dépasse la dizaine ou la quinzaine de carnets et se retrouve en équilibre instable. Plusieurs fois, nous avons donc assisté à la chute de la pile de carnets, entraînant alors mélange de l'ordre de passage, malaise des professionnels et tensions entre/avec les mères.

¹⁰⁸ Un rapport réalisé sur le mode de fonctionnement de deux consultations de la ville de St Denis abonde dans notre sens. L'auteur expose deux catégories de pratiques des médecins de PMI : d'un côté, ceux qui officient davantage en tant que pédiatres, qui s'intéressent davantage à l'aspect clinique du travail et qui préfèrent les consultations programmées. D'un autre côté les médecins qui s'identifient davantage à des médecins de familles, qui portent un plus grand intérêt au quotidien et à l'intimité des familles et qui préfèrent les consultations sans rendez-vous. L'auteur du rapport établit un lien entre la spécialisation des médecins et leur préférence pour l'un ou l'autre de ces deux modes de fonctionnement. « Le praticien médical serait ainsi d'autant moins disposé à accueillir favorablement les consultations non programmées, qu'il exerce en tant que pédiatre (i.e. praticien qui a donc une spécialisation en pédiatrie) ». L'explication

Avant de pousser plus avant l'analyse de l'usage qui peut être fait de ces modes de régulation, observons une scène où le centre de consultation est utilisé comme centre de soins de proximité.

Une mère arrive avec son bébé

- Ce matin, il y a l'aide familiale qui a vu les boutons et qui m'a dit de vite voir à la PMI.

La puéricultrice regarde le bébé et ses boutons

- C'est la varicelle. Sûr ! Mais bon, il faut voir le docteur. Sara, tu peux jeter un œil dessus, je crois que c'est la varicelle. (puis, en s'adressant à nous et en parlant du médecin) Je l'annonce parce qu'elle est dure, Elle râle, quand les gens n'ont pas rendez-vous, elle veut pas les prendre.

Le médecin prend la mère en consultation et lui fait une ordonnance pour le bébé. En fin de consultation, le médecin va voir la secrétaire et lui rappelle qu'elle préfère que les gens aient rendez-vous pour les voir ; « sinon c'est n'importe quoi ».

Cette scène permet de constater ce principe d'utilisation des centres comme consultation gratuite de médecine de ville et d'entrevoir les écarts de positionnement qu'adoptent les différents intervenants à ce sujet. S'y manifeste très clairement l'opposition entre, d'un côté, des intervenants qui souhaitent travailler sans rendez-vous et d'un autre, un médecin qui tient à ce que seules les mères dont la venue est « programmée » soient reçues. À la démarche de la puéricultrice et de la secrétaire pour qui la consultation doit être accessible à tous et à tout moment (ce qui sous-entend pour toute demande) s'oppose celle du médecin qui, par le biais des rendez-vous, entend cantonner les consultations à leur rôle préventif initial.

Pour le segment qui défend un accès plus libre aux consultations, celles-ci doivent répondre aux mieux aux attentes et besoins des familles, quitte à répondre à des demandes qui dépassent le cadre officiel de la PMI (en tant que centre de prévention, les consultations de protection infantile ne doivent pas recevoir d'enfants malades). Pour le médecin, qui représente ici le segment professionnel tenant de la position inverse, les consultations comportent des tâches précises à effectuer et un cadre d'intervention à partir duquel les rendez-vous sont donnés aux familles ; pour le bon fonctionnement de l'institution, il semble préférable de ne pas sortir de ce cadre.

apportée à cela est alors la suivante : « les praticiens qualifiés en pédiatrie ont soit, prolongé leur activité dans le cadre hospitalier, ou débuté leur carrière en médecine libérale. Dans ces cas de figure, cet exercice de la médecine les prédispose à être plus autonome des demandes, de l'intimité et de l'univers quotidien des familles. Pour autant, nous l'avons souligné, les positions ne sont pas radicales, elles sont négociées et font place à des normes pratiques » (Drean, 2007 : 10).

En tant que pratique institutionnellement définie et clairement affichée,¹⁰⁹ ces deux modes de régulation représentent bien deux postures professionnelles vis-à-vis des usages potentiels des consultations. Pour autant, le choix de l'un ou l'autre des systèmes (avec ou sans rendez-vous) semble principalement orienté par la question de la « régulation des flux » des usagers. La diversité des modes de recours aux consultations est alors essentiellement envisagée comme une conséquence de ce choix de régulation et non pas comme argument clairement débattu pour adopter un système plutôt qu'un autre. En outre, il nous faut bien signaler que parmi les intervenants d'une même consultation, tous ne partagent pas le même avis et rares sont ceux qui décident du système à appliquer aux consultations dans lesquelles ils interviennent.

Ainsi, qu'il s'agisse des consultations avec ou sans rendez-vous, les intervenants s'appuient sur le mode de fonctionnement qui est établi et développent des techniques de travail correspondant au sens qu'ils attribuent au rôle des consultations. Nous allons donc présenter trois positionnements adoptés par les intervenants autour de cette question de la régulation de l'accès avant d'analyser une situation où ces différents positionnements se confrontent.

Laisser venir, Faire revenir, Vous venez pour quoi ?

Nous avons vu que certains intervenants prônent une position de libre accès aux consultations. Dans cette optique ils défendent un mode de fonctionnement sans rendez-vous et accueillent toutes les mères qui se présentent, parfois sans savoir pourquoi elles viennent. L'objectif de cette démarche du *laisser venir les mères* aux consultations étant, une fois encore, d'établir une relation de familiarité entre la mère, le centre de consultation et les intervenants. Ceux qui adoptent cette posture professionnelle appuient en partie leur action de prévention sur cette habitude de fréquentation des familles et sur la relation de confiance qui peut en découler¹¹⁰. Mais cette pratique professionnelle implique au quotidien de tenir un nombre important d'interactions dont la visée professionnelle directe demeure peu compréhensible pour qui ne partage pas cette approche. L'objectif de la démarche est de se rendre disponible pour les familles,

¹⁰⁹ Les jours et horaires des consultations sont affichés dans les centres et, pour les endroits où un panachage existe, il est précisé quand les consultations sont avec ou sans rendez-vous

¹¹⁰ Voir chapitre VII.

et le point de départ du raisonnement qu'une mère qui se présente à la consultation ne s'y présente jamais « pour rien ».

« Moi, je veux établir des relations avec les gens. Je ne veux pas que les gens viennent et repartent en disant “ah mince, je suis venu là, j'étais en demande de quelque chose et je ressors et je suis comme quand je suis arrivé” » (Christine, Auxiliaire de puériculture).

En outre, une telle posture professionnelle implique l'acceptation de l'ensemble des modes de fréquentation mis en place par les familles, y compris ceux qui « dépassent » le cadre de la PMI. C'est à ce type de posture que la scène relatée précédemment (c'est la varicelle) se rapporte.

Une autre pratique que nous avons pu observer consiste, pour les intervenants, à se saisir d'un prétexte quelconque pour *faire revenir* une mère à la consultation. Si le calendrier vaccinal et les quelques examens obligatoires fixent un nombre minimal de visites et une certaine régularité dans celles-ci, il arrive que les intervenants estiment nécessaire de suivre une mère de façon plus régulière à l'aide de visites moins espacées dans le temps. Il s'agit alors de trouver un prétexte pour demander à la mère de se présenter de nouveau à la consultation dans un délai relativement bref.

« En fonction du dossier, je vois par exemple un enfant qui vient le mardi, mercredi, jeudi, j'essaie de faire venir le jeudi et des fois je les fais revenir pas pour un vaccin mais juste pour les faire parler. Et c'est un soutien psychologique » (Dr Rahari).

Comme le dit ce médecin, il s'agit bien souvent, dans ce genre de situation, d'offrir un soutien psychologique à une mère. Lorsqu'une relation est déjà instaurée entre un intervenant et une mère de famille, la proposition de l'intervenant peut être présentée très directement « revenez la semaine prochaine, vous me raconterez comment ça va ». Toutefois, dans la plupart des situations, il n'est pas possible de s'appuyer sur une telle relation.

« Quand ils sont petits, on se sert de l'impératif des vaccinations. Donc là, on a toujours la possibilité de leur dire “dans un mois, il y a le deuxième vaccin” et quand on sait qu'ils risquent de ne pas revenir spontanément de longtemps et que nous c'est une famille qu'on aimerait bien un petit peu regarder de près, c'est vrai qu'on a la possibilité de dire “revenez dans deux trois mois pour voir un petit peu comment il a grossi” quand ils sont plus grands. Ou alors “il y a la vitamine D à donner dans quatre mois, vous revenez” » (Dr.Simon, Pédiatre).

La pesée de l'enfant, un rappel de vaccin, le suivi de la digestion ou un bouton « suspect » peuvent être pris comme prétexte par un intervenant pour demander à la mère de se présenter de nouveau à la consultation. Ce principe est notamment mis en

œuvre quand il s'agit de suivre l'évolution d'une situation sociale, de maintenir un regard sur la famille sans éveiller de soupçons.

Conseillée de venir à la consultation lors de son séjour à la maternité, cette jeune mère (22 ans) s'y est rendu pour la première fois quatre jours après son accouchement. Elle y revient alors que son bébé est âgé de dix jours :

S - vous venez pour quoi ?

M - Parce qu'on m'a dit de revenir mardi. J'étais là la semaine dernière et c'est ce qu'on m'a dit.

La puéricultrice regarde le dossier du bébé : c'est juste pour peser

M - Ah bon ? on est venu que pour peser ?

P - Oui, et s'il a bien grossi, vous revenez la semaine prochaine et on lui fera le BCG.

À la fin de la pesée, la femme retourne en salle d'attente et rhabille le bébé. Puis elle revient en salle de pesée pour poser différentes questions à la puéricultrice (il a des petits boutons, il fait pas bien ses rots, est-ce que je peux le sortir au supermarché...)

Se présentant à la consultation « parce qu'on [lui] a dit de revenir », cette jeune mère est dans un premier temps surprise de venir seulement pour peser son bébé. Cependant, le nombre et l'orientation des questions posées à l'issue de la pesée révèlent le « vrai » motif pour lequel la puéricultrice demande à cette mère de revenir toutes les semaines¹¹¹. Il s'agit, dans ce cas, de donner des conseils de puériculture d'ordre pratique à cette jeune mère et, par là, d'empêcher de trop nombreuses angoisses au sujet de son comportement maternel ; celles-ci étant un des facteurs importants de la dégradation de la relation mère-enfant. Ainsi, les pesées, vaccinations et autre, sont comme distillées de semaine en semaine pour faire revenir régulièrement cette mère. Ce qui permet aux intervenants de la suivre sans avoir à lui expliquer la « vraie » raison de ses visites¹¹².

Nous verrons dans le dernier chapitre que cette mobilisation des actes « médicaux » comme prétexte à une consultation n'est pas uniquement le fait des intervenants mais sont aussi fréquemment mobilisés par les familles pour justifier leur visite à la consultation, alors que le motif réel de leur venue se trouve ailleurs.

¹¹¹ La fréquence régulière des examens pour les enfants de 0 à 6 ans est la suivante : un examen tous les mois jusqu'à six mois, un examen tous les trois mois jusqu'à un an, un examen tous les quatre mois jusqu'à deux ans, un examen tous les six mois jusqu'à six ans.

¹¹² Il semble en effet difficile d'imaginer un intervenant livrer à cette jeune primipare un discours du type « Vous êtes jeunes, sans expérience et vous n'avez personne autour de vous pour vous donner des conseils. Vous avez l'air très angoissé et un peu perdu seul face à votre bébé alors vous allez revenir toutes les semaines pour qu'on fasse un point ensemble et vérifier que vous ne faites pas de bêtises ». Alors même qu'il s'agit du fondement de la démarche mise en place par l'équipe de la consultation.

Ces deux principes du *laisser venir* et du *faire revenir* sont des techniques que développent les intervenants au fil de leur pratique professionnelle. La mobilisation de l'une ou l'autre de ces techniques renvoie, plus largement au sens qu'attribuent les professionnels à leur travail et au rôle qu'ils estiment être celui des consultations de protection infantile. Si le principe du *laisser venir* implique un mode de fonctionnement général des consultations, celui du *faire revenir* ne nécessite pas d'être mobilisé de façon systématique. En effet, il n'est utile que pour certaines familles avec lesquelles un intervenant juge nécessaire de garder un contact régulier.

Toutefois, dans la majeure partie des situations, les mères se rendent à la consultation pour des visites dites régulières ; il s'agit alors de visites correspondant soit au calendrier vaccinal, soit aux visites de routine prévues pour le suivi du développement de l'enfant entre sa naissance et son sixième anniversaire. Dans ce cas, le motif de la visite est compris dans les missions de base des centres de consultation. Les intervenants qui accueillent les mères leur demandent alors le motif de leur visite : « *vous venez pour quoi ?* ». La plupart du temps, les mères ne connaissent pas le motif exact, mais savent qu'il leur a été demandé de prendre un rendez-vous pour cette période ; certaines se hasardent alors à un pronostic sur le motif de leur visite « *c'est pour un vaccin je crois* ». Le contrôle effectué dans le carnet de santé de l'enfant et la lecture de son dossier médical permet d'identifier rapidement la date de la dernière visite et l'état d'avancement du programme vaccinal. Cette première lecture permet aux intervenants de déterminer les actes qu'ils ont à effectuer auprès de l'enfant. Toutefois, la seule lecture du carnet de santé et du dossier médicale ne permet pas d'identifier les demandes particulières que peut avoir une mère. Pour autant, certains professionnels gèrent leur consultation avant tout à partir de ce mode de lecture.

Deux familles arrivent simultanément à la consultation. La secrétaire demande :
S – C'est pour quoi ? peser, mesurer ou il faut voir le docteur ?
Les familles n'ont pas l'air de comprendre. L'auxiliaire de puériculture intervient sur un ton agressif
A P - Non mais demande les carnets et regarde ! Qu'est-ce que tu leur demande ?

Cette pratique du contrôle par les carnets de santé est alors parfois mobilisée pour gérer l'accès aux consultations lorsque celles-ci se déroulent sans rendez-vous.

Une auxiliaire de puériculture se dirige vers la sortie de la consultation pour fumer une cigarette. Sur le pas de la porte, elle arrête une jeune fille d'environ 14ans qui s'apprête à entrer. « Entre. Tu as quelque chose à faire ? Fais voir ». Elle prend le carnet de santé de la jeune fille, lit une ordonnance qui est glissée à l'intérieur puis lui rend le tout « C'est bon, tu peux rentrer ».

Au-delà de la simple forme de ce contrôle par le carnet, qui ici prend littéralement la forme d'un contrôle « de papier », nous voyons très bien la différence fondamentale qui se pose entre ce mode de fonctionnement et celui du *laisser venir*. Alors que dans un cas, il revient aux intervenants du service de comprendre les raisons pour lesquelles les familles se présentent aux consultations, dans l'autre, il revient aux familles de justifier le motif de leur venue. De fait, ces pratiques professionnelles distinctes impliquent des possibilités de fréquentations des consultations différentes pour les familles. En contrôlant « strictement » les motifs pour lesquels les usagers se présentent aux consultations, c'est le spectre des modes de recours qui est considérablement réduit et contrôlé, comme l'action et le rôle des consultations est resserré autour de ses missions « de base ». Nous comprenons alors comment l'analyse de cette simple pratique met à jour les multiples représentations du rôle qu'attribuent les intervenants aux consultations dans lesquelles ils travaillent et du sens qu'ils donnent à leur « mission ».

Terminons alors ce paragraphe sur la régulation d'accès aux consultations, ce qu'elle implique en termes de prévention pour les usagers et ce qu'elle révèle des segments professionnels qui composent les équipes d'intervenants, par la présentation d'une séquence, observée en consultation, au cours de laquelle ces différents modes d'accès s'opposent et aboutissent à un « dysfonctionnement » du service.

Une matinée à la consultation de Belle Île, la puéricultrice habituelle est malade et est remplacée par une de ses collègues (que nous voyons pour la première fois). Un couple de comorien se présente avec deux enfants, remet les carnets à la puéricultrice et retourne s'installer en salle d'attente. La secrétaire sort les dossiers médicaux des enfants. La puéricultrice les consulte, ainsi que les carnets de santé, puis appelle le père

H - J'amène les enfants ?

P - Non, c'est pas la peine. Vous venez pour quoi ? (elle prend un carnet et un dossier) celui-là par exemple, vous venez pour quoi ? Les vaccins, il a tout, il est tranquille jusqu'à ses cinq ans

H - Cinq ans ?!

P - Oui, et l'autre c'est pareil.

H - Et pour le certificat pour l'école ?

P - Vous faites une photocopie du carnet de santé. Voilà, vous pouvez partir tranquille, tout est OK, ne vous inquiétez pas.

H - C'est parce que ce matin ma femme m'a dit que les enfants devaient venir ici.

P - Non, c'est bon.

H - Bon d'accord (un peu étonné et visiblement déçus) [il sort en salle d'attente et va voir sa femme] Allé, on peut y aller, il n'y a rien à faire.

F - Ah bon ?

S'en suit une discussion en comorien puis ils quittent la consultation.

À l'issue de cette scène, deux hypothèses peuvent être faites sur les raisons de la venue à la consultation de cette famille. Soit elle se présentait suite à une demande de la

part de la puéricultrice absente ce jour-là, soit elle se présentait pour des raisons qui lui sont propres et dans le but de rencontrer un professionnel de la petite enfance et peut-être un membre de l'équipe en particulier. Dans un cas comme dans l'autre, les raisons pour lesquelles cette famille se présente à la consultation ne sont pas inscrites dans les vingt examens réguliers qu'un enfant doit passer entre 0 et 6 ans. Toutefois, les critères objectifs à partir desquels le cas de cette famille est traité par la puéricultrice (lecture des carnets de santé et des dossiers médicaux), place cette famille dans une situation de non-recevoir. Entre ce qui se présente comme une obligation (« les enfants devaient venir ici ») et ce qui se présente comme un refus de l'accès à la consultation (« il est tranquille jusqu'à ses cinq ans ») deux modes de fonctionnement des consultations s'opposent ici très clairement. D'un côté une famille habituée au *laisser venir* ou répondant à un *faire revenir* et de l'autre une puéricultrice travaillant selon le *vous venez pour quoi*. Entre les deux : la confusion et l'incompréhension.

Une demi-journée à la consultation

9h00 : Ouverture de la consultation

La puéricultrice m'explique : « on a beaucoup de famille fracassées ici. Elles viennent beaucoup parce qu'elles ont besoin de parler. Elles n'ont pas besoin du docteur, elles s'en servent d'alibi. On avait essayé d'ouvrir une consultation sans docteur avec une auxiliaire de puériculture, une puéricultrice et une EJE mais on n'avait qu'une famille ou deux qui venaient. Parce que de l'extérieur, de coup, ça se voit que tu viens pour discuter s'il n'y a pas le docteur. Tandis que là, ça ne se voit pas. De l'extérieur, on croit qu'ils viennent pour la PMI, pour voir le docteur. Alors on a la salle d'attente toujours pleine. L'autre consultation, il n'y avait personne, alors on a tenu un an puis on a fermé ».

9h05 : Une mère arrive avec trois enfants (une fille de quatre ans, un garçon de trois ans et un bébé de quelques mois). Elle est excédée par ses deux plus grands enfants qui n'arrêtent pas d'embêter le bébé. Elle finit par mettre une gifle à sa fille, devant le médecin. Ce dernier hausse les sourcils et quitte la pièce sans faire de commentaire.

9h40 : Quatre familles sont passées pour des visites de routine, vaccin, pesée, mesure et sont reparties. La famille arrivée à l'ouverture de la consultation est toujours là, les enfants s'amusent avec les jeux mis à disposition dans la salle d'attente et la mère attend sur une chaise. Elle ne s'est précisément adressé à aucun intervenant. La mère finit par se lever et dit à ses enfants « allez, on y va, on va au parc ». Et la famille quitte la consultation ; la salle d'attente est désormais vide.

9h41 : L'auxiliaire, la puéricultrice et le médecin se retrouvent en salle d'attente et discutent de la famille qui vient de quitter les lieux.

- Médecin : ils faut les retirer... (puis elle relate l'histoire de la gifle du matin pour appuyer son propos)

- Auxiliaire : Tout la gonfle, à un moment, elle me regardait, l'air de dire « mais dites quelque chose » [aux enfants qui mettaient la pagaille dans la salle d'attente]

9h43 : fin de la discussion sur cette famille

9h45 :

Secrétaire : - Il y a O. qui doit venir, je lui ai dit de passer.

Auxiliaire : - Et ben t'as bien fait.

Secrétaire : Elle m'a dit « j'ai toujours des félicitations, c'est pour ça »

Deux familles passent pour des visites de pesée de l'enfant et repartent immédiatement

10h12 : O. (5ans) et sa mère (dans une grossesse bien avancée) arrivent à la consultation. La mère s'assoit dans l'entrée/secrétariat et discute avec la secrétaire puis parle quelques instants avec le médecin pendant que O. joue dans la salle d'attente.

10h34 : O. et sa mère repartent sans que la mère n'ait dépassé le seuil de l'accueil. Le médecin nous explique pourquoi cette mère vient « oui, elle est un peu inquiète, mais rien ».

10h37 : Une femme arrive à la consultation. Elle vient « pour dire bonjour », elle appelle tous les intervenants par leurs prénoms et les tutoie, ces dernières l'appellent par son nom de famille et la vouvoient. En salle d'attente avec la puéricultrice et l'auxiliaire de puériculture, elle parle du coup de soleil qu'elle a pris la veille, des moyens de faire réparer une dent que sa fille s'est cassée. Les deux intervenantes remarquent que le fils « a les petits bras ». Elles décident de le peser. Au moment de le déshabiller, elles glissent des conseils sur la nécessité de mettre des chaussettes dans les chaussures « sinon ça pue » sur lesquels le médecin surenchérit en passant la tête par la porte « sinon, il risque d'avoir des champignons entre les doigts de pied ». La mère n'écoute pas vraiment et se félicite, elle, d'avoir perdu quelques kilos. Pendant qu'elle s'occupe de l'enfant la puéricultrice dit à la mère « regardez dans le tas de vêtements s'il n'y a pas des choses pour vous, maintenant que vous avez maigri ». Pendant que la mère cherche dans le tas de vêtements, l'auxiliaire lui pose des questions sur l'alimentation de l'enfant (il a perdu 500g en six mois) auxquelles la mère répond sans lever la tête du sac de vêtement.

11h00 : la femme s'en va avec un sac plein de vêtements et de chaussures « comme ça, je ne suis pas venue pour rien, on dirait que c'est fait exprès » alors que la puéricultrice continue de lui donner des conseils sur l'alimentation de l'enfant.

11h02 : La consultation est de nouveau vide. L'auxiliaire, la puéricultrice et le médecin se retrouvent en salle d'attente et se mettent à discuter du cas d'une famille qui les inquiète particulièrement mais pour lequel elles n'ont pas de preuves tangibles de maltraitance.

S'en suit une discussion très animée entre les trois intervenantes sur le rôle de la PMI et le mode de fonctionnement des consultations

6. Un positionnement discuté

Si l'écoute et l'approche globale de l'enfant font l'unanimité dans les déclarations des intervenants, celles-ci sont très fluides et leur pratique laissée à la libre appréciation de chaque intervenant. Nous comprenons alors comment à travers elles peuvent se mettre en place des pratiques de travail extrêmement hétéroclites et loin d'être partagées par tous.

Ainsi à l'issue d'une demi-journée de consultation (voir encadré « une demi-journée de consultation ») nous avons assisté à une vive discussion entre un médecin, une puéricultrice et une auxiliaire de puériculture sur ce que sont les consultations de PMI, sur leur rôle et ce que les intervenants doivent accepter ou pas de la part des usagers du service¹¹³. Alors que le médecin n'accepte pas que des usagers viennent au centre sans avoir de demande précise, l'auxiliaire et la puéricultrice, quasi-permanentes de cette consultation, défendent le principe selon lequel, y venir juste pour venir, c'est être un familier du lieu, c'est discuter avec les professionnels et donc se confier et que cela aussi fait partie de la prévention. Le médecin renvoie alors chacune des activités tenues pendant la matinée par les différents usagers à des institutions particulières. Dénonçant le fait que certaines mères n'amènent leurs enfants que pour jouer « c'est pas un centre aéré ici », critiquant le principe des longs moments passés à discuter avec les mères « on est pas des psy ».

Cette discussion nous semblait, au moment même où elle se tenait d'une grande importance pour notre travail. Mais ce n'est que par les commentaires qu'elle a suscités dans les jours, et même les semaines suivantes, entre les intervenants eux-mêmes ou au cours de nos entretiens ethnographiques, que nous avons pu saisir qu'il n'était pas uniquement question du mode de fonctionnement des consultations mais de principes plus généraux sur les représentations de la prévention effectuée par la PMI. Ainsi la puéricultrice, protagoniste de la conversation, nous dira au cours d'un entretien, au moment où nous parlions de ce qui fait partie ou non du travail de puéricultrice de PMI :

« C'est pas notre rôle à nous de discuter avec les mamans, de voir comment ça se passe dans la famille. Alors qui le fait ? Moi je veux bien, mais qu'on me dise qui le fait. (...) Alors toi tu crois que tu fais bien, mais peut-être que tu les passes tes limites, ça se peut. Mais moi, s'il n'y a personne d'autre qui le fait à la place... ! Là, les mères qui viennent discuter et tout ça, il n'y a aucun lieu où elles peuvent discuter entre elles » (Maïté, Puéricultrice).

Le mode de fonctionnement des consultations touche de manière assez directe aux diverses représentations de « la bonne prévention » et « du bon boulot ». Ainsi, ce mode de fonctionnement est à l'origine de tensions importantes à l'intérieur des équipes où diverses conceptions se rencontrent et parfois se confrontent. Une semaine après la discussion dont nous venons de rendre compte, alors que nous nous trouvons dans la

¹¹³ Alors que nous avons pris en note l'intégralité du déroulement de la matinée de consultation (dont les éléments importants sont retranscrits dans l'encadré), le ton rapidement pris par cette discussion houleuse nous a interdit de prendre des notes durant celle-ci. Ne pouvant alors en retranscrire les échanges exacts, nous livrons ici un résumé des principaux arguments échangés.

même consultation, avec la même puéricultrice, la même auxiliaire de puériculture mais avec un autre médecin, nous assistons à la scène suivante :

L'éducatrice de jeunes enfants arrive au centre en compagnie d'une assistante sociale pour voir une mère alors présente à la consultation. Le médecin est dans le cabinet médical et la discussion se tient dans la salle d'attente :

La secrétaire déclare avoir eu des retours et des réprimandes sur la méthode de travail mise en place dans la consultation, sur ce qu'elles font, ce qu'elles ne font pas, ce qu'elles devraient faire et le fait qu'elles dépassent leurs... (attributions)

P - mais elle aussi (en parlant du médecin présent ce jour) elle n'est pas d'accord.

EJE - Mais si ça ne lui plaît pas de travailler comme ça, elle n'a qu'à aller travaillé dans le libéral. On n'est pas dans le privé ici.

AS - même l'accueil et tout, ici, c'est vraiment de l'accueil.

S - Et oui, si tu ne veux pas travailler comme ça, il ne faut pas travailler dans le social.

EJE - Oui, mais là, ça ne peut plus durer, il faut mettre un coup de pied dans la fourmilière

Cette nouvelle discussion, se déroulant entre des personnes qui visiblement partagent les mêmes convictions sur ce qu'est « le bon boulot » va nous permettre de boucler la boucle commencée il y a de cela une vingtaine de pages. De cet extrait de conversation se dégagent plusieurs éléments débattus au cours des pages précédentes et dont nous comprenons maintenant peut-être mieux les enjeux aussi bien théoriques, sur la conception de ce qu'est « le bon boulot », que pratiques, ce que cela implique en termes de compétences personnelles et professionnelles et de mode d'action dans les consultations infantiles. Dans les quelques lignes de cette discussion, et dans le contexte dans lequel elle se tient, se trouvent évoqués - la question des limites du champ d'intervention de la PMI et le fait que certaines pratiques dépassent le cadre strict de ses attributions officielles – la question de la place accordée à l'écoute (au sens large) des familles dans le dispositif de prévention de la PMI – l'opposition entre différentes conceptions de ce qu'est la prévention - les tensions que ces oppositions sont susceptibles de générer entre différents intervenants travaillant dans la même consultation et étant donc en charge des mêmes familles et des mêmes situations. Mais cette discussion mobilise aussi des éléments plus larges sur la représentation de la PMI, présentée comme un service diamétralement opposé à la médecine libérale (dressée comme un spectre d'une médecine exercée dans un but lucratif) ou encore la qualification de la PMI comme service social. Enfin, cette discussion permet de constater la manière dont l'ensemble de ces thèmes s'imbriquent les uns les autres au cours des situations, les rendant difficilement séparables pour une analyse à distance.

Conclusion

Tout au long de ce chapitre, nous avons donc vu que deux modes de répartition du travail coexistaient dans les consultations. Si le premier a pu être analysé selon une dynamique de don et de contre don avec comme enjeu du don, la réalisation de tâches technique et comme contre don la reconnaissance des compétences mises en œuvre dans la situation, le second est un mode de répartition plus fluide et se révèle davantage lié au sens que chaque intervenant attribue à la mission de la PMI.

La mise en lumière de ces deux modes de répartition du travail nous a conduit à analyser les contenus du travail ainsi effectué et les tâches qui composent celui-ci. Nous avons alors constaté que si le premier mode de répartition concerne essentiellement l'aspect médical et paramédical du travail, le second porte davantage sur des activités relationnelles et sociales. Ainsi à un registre d'activité donné correspond un certain mode de répartition du travail. Le lien établi ici entre registre d'activité et mode d'organisation peut alors être étendu aux compétences mobilisées par chacun de ces registres d'activité. À un premier mode d'organisation s'appliquant à des activités nécessitant des compétences essentiellement techniques, le second correspond à des compétences moins formelles, relativement indépendantes des formations professionnelles initiales, d'un poste en particulier ou d'une position hiérarchique. Il semble alors cohérent d'une part que ces compétences ne puissent entrer comme enjeu dans une économie de l'ordre négocié du service et d'autre part qu'elles soient davantage présentées par les intervenants comme étant mise en œuvre dans des situations où tous les membres de l'équipe se retrouvent sur un pied d'égalité (« on fait tous pareil »).

Enfin, cette analyse des modes d'organisation des consultations et de répartition des tâches de travail nous a conduit aux frontières de la PMI et nous a permis de voir que celles-ci, à l'instar du sens général de la mission du service, sont des sources d'enjeux et de tensions très vives à l'intérieur des équipes.

C'est dans la continuité de cette idée que se place le chapitre suivant. En nous intéressant aux différentes pratiques mises en œuvre, au nom de la politique de prévention, par les intervenants des services et plus largement par le dispositif institutionnel, nous verrons que cette question des limites de l'action de la PMI se

repose avec tout autant de force et remet à jour les segmentations franches que connaît le groupe professionnel des intervenants du service.