

Une pratique professionnelle construite dans l'interaction

« Mme B, elle a été placée, elle a été, on pense violée, elle a été les bras cassés et tout. J'y dis, "voyez, vous critiquez votre maman, et si vous faites pareil. Quand vous avez les nerfs, vous venez nous voir, vous venez nous le dire". Et c'est vrai qu'elles viennent. Donc c'est déjà bien, au moins, elles viennent quelque part » (Maïté, puéricultrice).

Les consultations de Protection Infantile ne se limitent pas au seul champ médical et paramédical et l'action de prévention qui y est réalisée comprend une part importante de travail relationnel et social. Au cours de ce dernier chapitre nous souhaitons analyser certains processus au travers desquels la réalisation du travail de PMI est rendue possible. Si le travail médical et paramédical réalisé dans ces consultations est primordial, un des intérêts de ces consultations réside dans les « à-côtés » de ce travail, dans les interactions et activités qui se tiennent en parallèle ou en dehors des moments de travail officiel impliquant un intervenant du service agissant dans le cadre de sa fonction première et un usager. La distinction établit ici entre les activités médicales et paramédicales et toutes les autres activités ne peut en aucun cas donner lieu à une séparation physique et effective. Il n'est pas possible d'envisager un lieu où se tiendraient un type d'activité entreprises par certains intervenants et un autre lieu, ou un autre moment où se tiendraient les autres. Nous nous attèlerons donc dans ce chapitre à montrer comment ces différentes activités sont intimement liées entre elles et comment la réalisation des unes nécessite bien souvent la tenue simultanée des autres.

Pour cela nous analyserons, dans un premier temps, l'usage qui est fait, tant par les intervenants que par les familles de la « fonction médicale » du service. L'analyse de ces principes d'action nous permettra de constater que si l'action médicale et paramédicale des consultations occupe une place primordiale, elle est bien souvent mobilisée au profit d'une activité portant sur une autre dimension de la santé de la famille et de l'enfant. Sans aller jusqu'à parler d'instrumentalisation de cette fonction

nous verrons qu'il s'agit bien souvent d'une mise en scène de celle-ci et de sa mobilisation en tant que principe de légitimation de l'action en cours.

Dans un second temps, nous nous intéresserons aux modes d'usage des consultations par les familles qui y ont recours et nous verrons que ceux-ci dépassent très largement le cadre des missions du service.

Enfin, nous verrons dans un troisième temps comment ces deux premiers éléments se combinent dans les situations quotidiennes des consultations, permettant la construction d'une relation particulière entre les intervenants et les usagers des consultations. Une part importante de la mission préventive du service s'appuie sur cette relation, mettant en œuvre des modes d'action et des compétences « professionnelles » bien loin des cadres habituels des services de santé.

I-Fonctions formelles et informelles des actions médicales et paramédicales des consultations

1. Médical et paramédical : une fonction officielle

Face à l'intérêt que présente la prise en compte d'un nombre toujours plus important de dimensions constituantes de la santé de l'enfant dans sa famille, il nous faut rappeler l'importance cruciale de l'action médicale et paramédicale de la PMI.

Se posant dès son origine comme une question de santé publique, c'est sur la généralisation de la vaccination, la multiplication des examens médicaux et l'intensification de l'éducation sanitaire auprès des familles que la PMI connut d'importants succès dans des délais relativement brefs. C'est principalement par l'action médicale et paramédicale que les avancées les plus importantes ont pu être réalisées en termes de mortalité et de morbidité des mères et des jeunes enfants. Placer dès le départ au cœur de l'action des services la dimension médicale demeure, au-delà la diversification des tâches que connaissent les consultations, un des éléments fondamentaux de son activité. Vaccination, test de dépistage et suivi du développement staturo-pondéral de l'enfant sont à considérer comme les missions de base, les activités « primaires » de la PMI et des centres de consultation.

La qualification d'activités primaires, ici entendues comme activités « premières », permet de souligner l'aspect fondamental, en termes de santé publique, de cette activité. Mais elle permet aussi de souligner que les consultations de PMI sont avant tout désignées par et pour ces activités qui se présentent pour les usagers comme l'activité officielle de ces consultations. En tant que telle, cette dimension « médicale » occupe une place pour les usagers qui va au-delà de la seule question de la santé physique de l'enfant.

Pour cela, il est intéressant d'analyser les discours présentés par les usagers sur les raisons de leur venue à la consultation et les récits de leurs parcours dans le centre de consultation.

L'évaluation chronométrée de chacune des étapes qui composent une visite au centre de consultation (voir encadré) montre que les familles passent la très grande majorité du temps en salle d'attente sans contact particulier avec un intervenant du service.

Les temps d'un parcours

Dans la consultation où nous avons mené cette expérience, l'accueil est indépendant de la salle de pesée et toutes les consultations se font sur rendez-vous. Une visite type est alors composée de différentes étapes :

Les étapes du parcours :

- Présentation à l'accueil et remise du carnet de santé de l'enfant.
- Passage en salle d'attente. Au cours de ce premier passage, les familles doivent "préparer" l'enfant aux étapes suivantes, c'est-à-dire lui ôter ses "habits d'extérieur" et ne lui laisser que couche et tricot.
- Salle de pesée. Les accompagnateurs vont alors finir de déshabiller l'enfant, le faire peser, mesurer, parfois discuter avec la puéricultrice, puis rhabiller sommairement l'enfant.
- Retour à la salle d'attente. Les usagers n'ont, au cours de cette étape, rien à faire, si ce n'est, attendre que le médecin vienne les chercher.
- Consultation médicale. Après leur entrée dans la salle, une brève discussion se tient entre le médecin et la famille. Celle-ci ne concerne pas forcément le domaine médical, son objectif étant "d'installer" le ou les accompagnateurs dans la salle de consultation. À l'issue de cette conversation, l'enfant est placé, généralement par l'accompagnateur, sur la table de consultation. Pendant que le médecin ausculte l'enfant, si cela n'a pas été fait en salle de pesée, la puéricultrice pose quelques questions aux accompagnateurs sur l'enfant et sa "santé" (principalement nutrition et sommeil). Suite à l'auscultation et suivant l'avancée du programme de vaccination, les enfants calmes sont vaccinés "dans la foulée", les autres sont remis à l'accompagnateur et vaccinés sur ses genoux. Le dernier moment consiste en la remise aux familles de tout ce qui leur revient : le carnet de santé mis à jour, puis suivant les cas, vitamines, aspirine (en cas de vaccination), bon de lait et, parfois, une ordonnance médicale.

- Nouveau passage par la salle d'attente. Au cours de celui-ci, les familles vont rhabiller totalement l'enfant et éventuellement récupérer les affaires personnelles qu'elles y avaient laissées.

- Nouveau passage par l'accueil pour prendre date du prochain rendez-vous, noté à l'écrit sur une feuille, collée par le personnel à l'intérieur du carnet de santé. Cette étape n'est pas systématique et ne concerne que les familles des enfants dont le suivi nécessite des visites espacées de moins d'un mois (enfant de 0 à 6 mois et enfant souffrant de problèmes particuliers).

La durée des étapes :

- Le temps du passage à l'accueil est très rapide. Compte tenu du faible nombre d'opérations à y mener (une seule : remettre le carnet de santé à la secrétaire), cette durée est inférieure à une minute.

- Le temps passé en salle de pesée est en moyenne de quatre minutes dont trois sont consacrées aux actes de pesée et de mesure, la minute restante étant consacrée au déshabillage et rhabillage de l'enfant. Ce temps varie en fonction de l'âge de l'enfant et des remarques qu'ont à faire les différents membres du personnel. D'une manière générale, plus un enfant est âgé et plus la pesée se déroule rapidement. Les enfants les plus petits sont sources d'une plus grande attention de la part du personnel qui discutera plus longuement avec la mère des éventuels problèmes rencontrés. Il en est de même pour les enfants pour lesquels un problème particulier (principalement hygiène et nutrition) aura été relevé au cours de cette étape.

- Le temps des consultations est en moyenne de 12 minutes. Les facteurs susceptibles de faire varier cette durée sont sensiblement les mêmes que ceux évoqués pour la pesée. S'y ajoute l'avancée de l'enfant dans le « programme de vaccinations obligatoires ». Celui-ci dépendant de l'âge de l'enfant et de la régularité de son suivi.

- Entre leur arrivée dans le service et le moment où ils en sortent, les usagers auront passé, en moyenne, entre une heure et une heure et quart dans les locaux de la PMI. Par une opération mathématique simple, nous obtenons le temps moyen passé en salle d'attente : entre 45 minutes et une heure.

Rem : Si les temps de pesée et de consultation sont relativement stables, il n'en va pas de même pour le temps passé en salle d'attente. Nous avons pu observer, dans certaines conditions, que malgré leur caractère périodique, nous qualifierions d'exceptionnelles, des variations considérables au niveau du temps d'attente qui s'impose aux familles. Les deux extrêmes que nous avons pu observer varient entre 0 minutes et 2 heures.

Malgré cela, lorsque nous demandons aux mères de famille de nous décrire le déroulement d'une visite, très rares sont celles qui évoquent d'elles-mêmes le passage par la salle d'attente.

L'énoncé type que nous avons recueilli étant de la forme suivante :

« Quand on arrive, on passe donner le carnet de santé à la dame, après on va là-bas, faire peser et mesurer et après on va voir le docteur, dans la salle au fond. »

Cette réponse type ou celles qui, à la question « pourquoi vous venez ici ? », s'apparentent à une réponse de l'ordre de « pour voir le docteur » sont riches d'enseignement quant aux intérêts des usagers au cours des visites. En effet, dans le récit

d'un parcours, les lieux soulignés mais aussi, et peut-être surtout, ceux « omis » par les récitants donnent d'importantes indications sur la manière dont ce parcours est vécu (Certeau, 1990)¹⁵⁹.

Ainsi l'absence des passages par la salle d'attente, qui, d'un point de vue temporel, représentent la part la plus importante des visites, nous a poussé à formuler quelques hypothèses.

En premier lieu, nous pouvons remarquer que les usagers font exclusivement état de moment où des interactions ont lieu entre un membre du personnel et leur propre « unité de participation » (l'enfant et/ou un de ses accompagnateurs) (Goffman, 1973 b). Ce principe nous permet de comprendre pourquoi le passage à l'accueil est fréquemment cité. La rapidité de ce contact explique son évincement dans certain cas mais l'obligation de celui-ci ainsi que son aspect systématique en compense alors la durée.

Une seconde explication de ces discours peut être avancée en rapport à la valeur du carnet de santé et à ce qui y est consigné. La première étape du parcours d'une visite consiste en la remise à l'accueil du carnet de santé de l'enfant. Par la suite, alors que les familles patientent en salle d'attente, la secrétaire, prépare le dossier médical, le place à l'intérieur du carnet et porte le tout en salle de pesée. Au cours de celle-ci, le personnel consigne dans chacun de ces documents les différentes mesures effectuées. Alors que les familles retournent en salle d'attente, le personnel de pesée dépose, une fois ceux-ci complétés, ces deux documents sur le bureau du médecin. En début de consultation, et en présence des familles, le médecin se réfère à ces documents pour prendre connaissance de l'évolution de l'enfant et des différents traitements dont il a bénéficié au cours des mois précédents. Alors que le dossier médical est un document interne au centre de PMI, le carnet de santé contient l'ensemble des informations médicales concernant l'enfant. La totalité des visites médicales dont il a bénéficié, ainsi que les éventuels traitements qui en ont découlés y sont consignés.

Le report écrit de l'ensemble des examens obligatoires dans le carnet de santé rend incontestable le suivi médical de l'enfant. Les visites obligatoires y sont toutes inscrites,

¹⁵⁹ Certeau utilise deux figures de style de rhétorique, l'asyndète et la synecdoque, pour analyser des récits de parcours pédestres dans une ville. La synecdoque consiste à nommer une partie de quelque chose pour en désigner le tout et l'asyndète désigne la suppression des mots de liaison dans une phrase ou entre deux groupes de mots. Ces deux figures, à l'aide desquelles les récits sont fréquemment construits, aident à interpréter ces "omissions récurrentes" dans les discours recueillis et permettent quelques hypothèses quant à leur signification.

de même que les différentes injections qu'implique le « programme de vaccinations obligatoires » et les certificats de santé du 8^{ème} jour et des 9^{ème} et 24^{ème} mois. Demandé par plusieurs organismes auxquels les usagers ont souvent recours, notamment la Caisse d'Allocation Familiale, le carnet de santé constitue une preuve de la régularité du suivi médical de l'enfant. En outre, ce carnet est aussi fréquemment utilisé par le personnel pour communiquer avec les familles sur l'évolution¹⁶⁰ de l'enfant.

Ce carnet de santé occupe alors une place essentielle dans le rapport entre l'enfant et les structures de santé. Au-delà de la première visite, il est le seul document demandé aux familles lors de leur venue ; il est même l'unique condition d'accès aux consultations et est en ce sens un document « primordial ». « Si tu l'as pas ou que tu l'as oublié, on te laisse pas venir » nous confiera une mère de famille.

Ces différentes considérations rapprochent le carnet de santé du statut de pièce d'identité de l'enfant. Deux observations supplémentaires nous permettent d'avancer cet argument. Les familles placent souvent dans le carnet de santé l'ensemble des documents ayant un rapport avec l'enfant (acte de naissance, feuilles de sécurité sociale et de caisse d'allocation familiale, ...). De plus, lorsqu'un (ou plusieurs) enfant de la famille est né dans un pays étranger, celui-ci possède un carnet de santé du pays d'origine. Les familles demandent alors au personnel, sans succès, de recopier les informations contenues dans ce carnet de santé étranger dans un « carnet français ».

Une partie des usagers des consultations sont des personnes en situation irrégulière ou demandeurs d'asile territoriaux, dont le dossier est en cours de traitement. Ces personnes n'ont alors soit pas de papier d'identité stable, soit pas de papier d'identité du tout. Cela explique en partie l'importance que peut recouvrir un papier d'identité pour l'enfant, surtout lorsqu'il atteste de la conformité de sa situation vis-à-vis des obligations de contrôle auxquelles il est soumis en matière de santé.

Ainsi, les moments systématiquement évoqués par les usagers sont ceux où ils sont en contact avec le personnel, ceux pendant lesquels celui-ci s'affaire au déroulement de la visite, en somme ceux pour lesquels la visite est officiellement

¹⁶⁰ Nous pensons ici l'usage fréquent que le personnel fait des courbes de taille et de poids pour « faire voir » aux familles que leur enfant est trop gros, trop maigre, qu'il prend trop de poids ou pas assez et, plus rarement, pour les rassurer en leur montrant que leur enfant « est dans la courbe ».

prévue et institutionnellement reconnue par leur inscription dans le carnet de santé ; les moments légitimes.

Cette analyse des récits des familles présente la fonction médicale du service comme élément principal de la fréquentation des consultations. Toutefois, un certain nombre de situations observées et de propos recueillis auprès des intervenants tendent à relativiser l'importance du « médical » ou tout du moins à lui accorder une fonction différente que celle recouverte par les seuls actes des intervenants du service.

2. Relativiser la fonction primaire des consultations

Si un passage par le cabinet médical se révèle obligatoire pour les vaccinations, pour les visites régulières ou les examens donnant lieu à un certificat médical (8^{ème} jour, 9^{ème} mois, 24^{ème} mois), il n'en va pas de même pour chaque venue à la consultation.

Ainsi il revient souvent aux mères de familles de dire si elles souhaitent voir un médecin ou pas. À la suite du passage en salle de pesée, la question est alors directement posée à la mère et peut être orientée soit en direction de l'enfant (« vous voulez qu'il/elle voit le médecin ? ») soit en direction de l'accompagnant lui-même (« vous voulez voir le médecin ? »). La nuance dans la question laisse entrevoir la possibilité de voir le médecin pour une raison qui ne concernerait pas directement ou pas exclusivement la santé de l'enfant. La question en elle-même permet de comprendre qu'un passage par le cabinet du médecin lors d'une visite au centre de consultation n'est ni systématique ni obligatoire. De fait, une part importante des familles repartent de la consultation sans avoir vu de médecin. Ce qui, en soit, engage à une certaine relativisation de la fonction purement médicale des consultations.

Un parallèle peut alors être tissé avec les consultations « goutte de lait » du début du XX^{ème} siècle, à propos desquelles Catherine Rollet écrivait « *la notion de temps n'est pas la même hier qu'aujourd'hui, du moins, le temps des mères fréquentant les consultations des accoucheurs paraît ne pas compter. Une matinée pour faire peser l'enfant, écouter les conseils, recevoir éventuellement le complément de lait ! Il fallait vraiment que cela soit parfaitement utile pour que les mères consentent à « perdre » autant de temps. Par définition, le système de rendez-vous n'existait pas : renvoyant à une conception individualiste de la rencontre médecin-patient, il était incompatible avec la notion d'enseignement collectif. C'était pendant la période d'attente que les*

mères apprenaient. » (Rollet-Echalier, 1990 : 368). En effet, dans ces consultations, si l'aspect médical est important, la plus grande partie du temps que les mères y passaient était occupée par des questions de puériculture, sans intervention directe du médecin.

Dans les consultations de PMI actuelles, la configuration se trouve être la même, la couverture vaccinale étant acquise et le suivi médical généralement régulier, la fonction médicale du médecin dans ces consultations s'en trouve d'autant relativisée. Mais nous pouvons pousser le raisonnement plus avant et étendre pour partie cette relativisation de l'activité médicale aux activités paramédicales des consultations. En effet, il arrive que certaines mères viennent à la consultation, et en repartent sans avoir montré leur enfant à aucun intervenant. Pour autant, les consultations gratuites de PMI ne sauraient exister sans personnel médical et/ou paramédical. Ces quelques constatations nous amènent très directement à questionner l'usage qui est fait des fonctions médicales et paramédicales des consultations, aussi bien par les intervenants du service que par les usagers des consultations.

3. Modes d'usage et mobilisation de fonction

Nous proposons donc d'analyser ici, un certain nombre de situations où la dimension médicale ou paramédicale de la consultation ou du statut d'un intervenant est mobilisée à d'autres fins que la résolution d'une question couverte par la médecine.

a. Assurer un suivi régulier

Comme nous l'avons rapidement présenté lors du quatrième chapitre, il existe une pratique dans les consultations de PMI qui consiste pour un intervenant à *faire revenir* une famille, une mère ou un enfant à la consultation, dans un délai donné afin de suivre l'évolution d'une situation dont les teneurs sont davantage d'ordres psychologiques ou sociaux. Ce principe du suivi par le *faire revenir* s'appuie alors très souvent sur des prétextes de type médicaux et/ou paramédicaux.

« pour des familles qui sont un petit peu sur le fil et on ne sait pas trop, enfin on sait, mais on ne sait pas si c'est trop le moment, si on va le signaler au proc, si la maman elle tient la route, si elle tient pas la route, s'il faut lui donner une travailleuse familiale, une aide mensuelle, *s'il faut lui dire de venir à la consultation de PMI une fois par semaine, où elle verra la puer pour le peser ou bien si elle va voir l'AS...* et là, tout ça il y a des synthèses, on travaille par rapport à ça, c'est du social, médico-social des familles » (Dr Mancì)

Un recours intensif à la pesée de l'enfant peut alors être envisagé comme moyen pour suivre de près l'évolution d'une situation familiale. Dans ce cas, il est évident que ce n'est pas l'évolution staturo-pondérale de l'enfant qu'il s'agit de surveiller chaque semaine. Toutefois, celui-ci est pris comme prétexte pour demander à une mère de se présenter très régulièrement au centre de consultation où elle verra un intervenant du service (médecin, puéricultrice ou auxiliaire de puériculture) qui se chargera de recueillir à ce moment-là les informations nécessaires à l'évaluation de la situation. Ainsi, ce principe qui nous est ici donné par un médecin, est clairement accepté, énoncé et mis en place par certaines puéricultrices.

« Quand je pèse, que je vois le bébé, je vois les fesses du bébé, je vois son regard, s'il m'attire, je vois le comportement mère-enfant, je vois plein de choses au moment de la pesée. Et tu discutes en même temps. Le fait de peser tu en as rien à faire, un bébé tu n'as pas besoin de peser toutes les semaines » (Maïté, puéricultrice).

La « mise en scène » de certains actes à teneur médicale ou paramédicale en vue de la venue très régulière d'une mère au centre de consultation permet de suivre des situations sans avoir à les énoncer explicitement. Les examens ainsi « instrumentalisés » peuvent l'être par des médecins tout comme des puéricultrices. Il peut alors être question pour un médecin « d'étaler » les vaccinations ou les rappels de vaccin sur plusieurs consultations. Une exploitation dans les mêmes finalités peut être faite d'un désordre biologique infime constaté sur le corps du bébé (un bouton, une rougeur...) ; l'intervenant demandant alors à la mère de revenir la semaine suivante pour s'assurer de l'évolution de ce petit bouton. Mais du fait qu'il puisse être répété à loisir et de son aspect très peu contraignant aussi bien pour le personnel que pour l'enfant, la pesée est de loin l'acte qui donne le plus lieu à ce genre de mise en scène du *faire revenir*.

b. Au nom de la santé

Un autre usage de la fonction primaire des consultations tient à la représentation positive dont bénéficient les professionnels de santé, du fait que leur travail consiste à venir en aide aux personnes qui en ont besoin, que ce soit pour se maintenir en bonne santé ou pour la recouvrir. Dans cette optique les injonctions provenant du secteur médical et sanitaire connaissent une réception généralement favorable. Ce principe est d'autant plus visible quand, sur une même action, des services médicaux sont mis en parallèle avec des services sociaux qui eux, souffrent bien souvent d'une image négative.

« Le médecin, la puéricultrice ou la sage-femme sont des personnages assez rassurants, parce qu'ils mènent des actes de santé qui ne sont pas ressentis avec une quelconque connotation de « police des familles ». Le sanitaire constitue une porte d'entrée plus aisée pour certaines populations en difficultés psychologiques ou sociales » (Bernard Topuz - ancien médecin chef de PMI en Seine-St Denis).¹⁶¹

Ainsi, l'aspect « pour la santé de l'enfant », « pour le bien-être de celui-ci », permet aux intervenants de PMI d'accéder à des situations auxquelles aucun autre professionnel ne peut avoir accès. Si cette dimension permet de faire venir certaines familles dans les consultations, elle se révèle de façon encore plus efficace lorsqu'il est question d'accéder au domicile des familles.

« On a aujourd'hui tendance à enjoliver la grossesse et la naissance. Mais, elles sont vécues autrement lorsqu'elles se déroulent dans un taudis sans chauffage et sans argent, quand on est célibataire avec d'autres enfants... notre mission est d'aller au-devant de ces publics, parce que les gens qui ne vont pas bien ne se déplacent pas toujours et l'immense intérêt de la PMI est de pouvoir se rendre à domicile facilement, avec une carte sanitaire et non sociale » (Bernard Topuz - ancien médecin chef de PMI en Seine-St Denis).¹⁶²

S'il est vrai que cette « carte sanitaire » permet aux intervenants d'accéder à certaines situations, de restreindre considérablement la méfiance qui pourrait être développée à l'égard de représentants d'institutions, il faut bien signaler que cette mobilisation de la dimension médicale n'est pas univoque.

Tout comme le professionnel de la santé suscite moins de crainte que le travailleur social, l'accès à un service « médical » se révèle moins stigmatisant pour certaines familles que le recours à un service social. Ainsi, alors même que la « carte médicale » facilite le recours des usagers au service, cette dimension agit aussi en comparaison de la stigmatisation qui pèse éventuellement sur les usagers réguliers des conseillères familiales ou des services sociaux.

« On avait essayé d'ouvrir une consultation sans docteur avec auxiliaire, puer, EJE, mais on n'avait qu'une famille ou deux qui venaient. Parce que de l'extérieur, du coup ça se voit que tu viens pour discuter s'il n'y a pas de Dr. 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 qui est toujours pleine » (Maïté, puéricultrice).

Ainsi, d'un point de vue extérieur, alors que le recours aux services sociaux fait « problème » et que celui aux services psychologiques fait « fou », le recours à des professionnels médicaux ou à des services qui se présentent comme tel bénéficie d'une

¹⁶¹ in « PMI : de nouvelles raisons d'être ? », Valeurs mutualistes n°258, décembre 2008/janvier 2009. pp 24-25.

¹⁶² Ibid.

tout autre légitimité. Comme l'écrivait Jacques Donzelot « Envoyer votre enfant dans un IMP (institut médico-pédagogique), c'est tout de même moins grave que de le voir placer dans un centre de l'Assistance publique ou une « maison de correction ». Ça fait soin médical : pas d'opprobre ni de ricanement des voisins, enfin, pas trop » (Donzelot *la police des familles* p.105). La « carte médicale » que propose la PMI s'impose alors de façon légitime aux familles qui non seulement ne sont pas responsables de cette intervention mais peuvent de surcroît gagner en considération sociale par un recours fréquent aux consultations, preuve de leur souci du bien être de leur enfant.

La dimension médicale des consultations a donc pour effet d'atténuer d'éventuels soupçons de la part du voisinage ou d'autres membres de la famille et tend à faciliter la venue de certaines mères aux consultations. Cette dimension est alors quasiment érigée comme alibi soit pour les intervenants pour faire venir les mères aux consultations, soit, pour les mères, pour s'y rendre de leur propre chef. Il n'est à ce propos pas rare que des mères viennent à la consultation, y passent un certain temps à discuter avec la puéricultrice ou avec les autres mères présentes dans la salle d'attente et demandent juste avant de partir si elles peuvent faire peser leur enfant ; « comme si elles avaient besoin de justifier leur venue avec une pesée » nous dira une puéricultrice à ce sujet. Comportement qui nous ramène à ce que nous décrivions plus haut dans le renvoi systématique qu'opèrent les usagers vers les fonctions primaires et officielles du service.

c. Au nom du « médical »

Enfin, un dernier mode de mobilisation du médical tient davantage à l'image des professionnels de santé en général et à leur formation qu'à l'activité du service à proprement parler. Il s'agit en effet, pour les intervenants de faire jouer leur image de représentant du savoir médical pour obtenir l'accord d'une famille sur une action. Cela peut être un médecin qui joue de son statut de personne savante et détentrice de la connaissance pour appuyer les dires d'une puéricultrice dont les conseils seront mis en doute par une mère

« Dans les salles d'attentes, on faisait des animations, autour du livre... on avait même fait des séances de planification où on leur parlait de la pilule...etc... et on s'est rendu compte qu'elles n'étaient pas du tout disponibles. C'est-à-dire que quand elles venaient en consultation, elles étaient préoccupées par un truc médical, elles voulaient absolument voir le médecin pour parler de la diarrhée de son enfant, ou du poids, ou de tas de chose. C'est du médical une

consultation, donc on s'est rendu compte que tant qu'elles étaient pas passées au cabinet médical elles étaient pas disponibles. Donc ...c'est vrai qu'on a un rôle, c'est évident, même si elles ont écouté la puéricultrice par rapport au régime, moi je suis là pour confirmer ce qui a été dit. Donc la puéricultrice va m'écrire, devant la maman et je vais reprendre, pour confirmer si vous voulez. Comme ça la maman va partir rassurée. Puis même on se rend compte qu'elle aura demandé à la puéricultrice un truc, à l'auxiliaire autre chose, au médecin elle va reposer la question, c'est pour ça qu'il faut bien connaître son équipe et être d'accord. Donc le médecin est là pour valider tout ça, c'est ce qu'elles attendent » (Dr Dalle, Pédiatre).

À l'intérieur de l'équipe, le médecin joue alors le rôle de celui qui sait, qui peut confirmer ou infirmer les dires des autres membres de l'équipe. À ce niveau du savoir médical qui s'impose par la légitimité supposée de son action opérée pour la santé de l'enfant, peut s'ajouter un autre niveau, énoncé plus haut, celui de la carte médicale avancée comme atout par rapport à la parole d'un acteur « du social ».

À la fin d'une matinée de consultation, une assistante sociale entre en salle de pesée et s'adresse à la puéricultrice :

« AS - Tu me donnerais trois couches ?

P - Pour quoi faire ?

AS - Si je te dis pour qui c'est, tu ne me les donneras pas.

P - C'est pour qui ?

AS - Allez, c'est pour le bien public, donne-moi trois couches et comme ça elle nous fout la paix.

P - Mais, dis- moi pour qui c'est

AS - C'est pour la petite F.

P - Oh elle commence à me pomper elle ! Elle vient pour les couches, elle vient pour les bons de lait...

AS - Moi je ne comprends pas, quand tu ne travailles pas, que t'as rien à bouffer, tu fais pas de gosse !

P - Le planning familial, il y a un problème avec ? Parle lui de la consult' de Costière

AS - Mais qu'est-ce que tu veux qui passe ? La mère c'est une p•••, que veux-tu qu'elle lui transmette ?

P - Eh ben, envoies-la à Costière !

AS - Tu veux pas lui en parler toi, en même temps que tu lui donnes les couches, tu lui dis, c'est mieux si ça vient du médical. »

La puéricultrice quitte la salle avec les couches en main et se dirige vers la jeune fille.

La volonté de l'assistante sociale peut s'expliquer selon plusieurs principes déjà développés dans les pages précédentes. Il s'agit ici, de faire passer par la voie d'un professionnel de la santé un conseil qui s'apprêtait à être donné par un travailleur social. L'objectif d'une telle démarche est alors autant de mettre en adéquation le conseil promulgué avec la formation de celui qui l'énonce que de mettre en retrait l'aspect normatif et contrôlé que recouvre parfois le travail social, cela au profit du travail « médical » et de son image « proféré pour le bien d'autrui ».

Il existe donc dans les consultations de protection infantile plusieurs principes de mobilisation de la dimension médicale du service. Qu'il s'agisse de répondre à une attente effectivement dépendante du champ de la médecine, d'appuyer une pratique davantage sanitaire sur la légitimité que celui-ci recouvre ou de faire appel à cette légitimité pour aborder des questions situées dans un autre domaine de compétence, la « carte médicale » est à la fois une pièce fondamentale de la prévention effectuée par le service et un atout majeur pour le jeu complexe dans lequel sont pris les centres de consultations.

Poursuivant cette idée de l'analyse du médical, du sanitaire et du social, de la mobilisation et de l'articulation de chacun de ces champs d'action, nous allons nous intéresser maintenant aux différentes raisons pour lesquelles les usagers ont recours aux consultations gratuites de Protection Infantile.

II-Modos d'usage des consultations

En tant que centre de consultation gratuite, ouvert à tous, et à visée préventive, une part importante du travail de la PMI émane des demandes personnelles des familles qui les utilisent alors en fonction de leurs besoins. Nous commencerons donc cette revue des usages des consultations par l'utilisation la plus classique qui en est faite, l'accès gratuit à la vaccination et à un suivi régulier du développement de l'enfant. Nous verrons ensuite que de nombreux autres modes de recours aux centres de protection infantile ont pu être identifiés, soit par simple observation soit au cours d'entretiens menés avec les familles sur les raisons de leur venue.

Pourquoi les familles viennent aux consultations ?

« C'est un point de repère je pense pour le quartier. C'est un lieu où à la fois, il y a des femmes qui viennent parce que pour certaines c'est la seule autorisation qu'elles ont pour sortir de leur mari, c'est un lieu où elles peuvent venir échanger, échanger entre elles pour parler, même s'il n'y a pas forcément de rendez-vous avec le médecin, on le sollicite ça aussi auprès des mamans, en disant venez si vous voulez que votre enfant passe un peu jouer, rencontrer d'autres enfants. Que ce soit aussi ce lieu d'accueil, lieu d'accueil parent-enfant et pas que le lieu médical et ça on le favorise (...) Elles viennent d'abord parce que c'est la garantie d'une prise en charge, d'un suivi médical en termes de service public, gratuit pour les enfants et c'est très bien et il faut que ça continue, enfin je pense qu'elles viennent chercher ça, que les vaccins sont gratuits, qu'il y a un suivi, qu'elles peuvent voir un médecin.(...) Après elles viennent aussi chercher, je pense aux jeunes mamans qui ont des nourrissons, mais pas forcément des primipares, celles qui viennent avec des nourrissons, à un moment où elles viennent se rassurer, elles ont besoin d'être rassurées sur le fait qu'elles font bien les soins de leur bébé, des inquiétudes « j'ai pas assez de lait » des mamans qui allaitent, des conseils.

Sinon, elles viennent pour parler de ce qui a été difficile. D'une semaine à l'autre il y en a qui reviennent, « Il a pas bien pris, j'ai peur, est-ce qu'il a maigri, est-ce qu'il a grossi » et en fait c'est plus... alors elles viennent avec le prétexte de vouloir faire peser leur bébé, voir s'il a grossi, mais c'est aussi « est-ce que j'ai donné assez à manger, est-ce que je suis une bonne maman, est-ce que je le nourris, est-ce que... ». D'être rassurées, elles ont besoin d'être rassurées. Alors après c'est des conseils très techniques, en termes de puériculture, d'alimentation, de soins ; que la maman puisse se reposer, qu'elle mange correctement si elle allaite, de faire le passage d'une alimentation mixte avec biberon. Souvent elles ont besoin d'être rassurées sur le fait qu'elles s'en occupent bien, sur les soins corporels, sur l'hygiène et puis après c'est bon, il a des boutons, je viens. Alors même si c'est pas un lieu où on prescrit des ordonnances médicales parce que c'est que le suivi au niveau vaccinal, la PMI ne peut pas délivrer des ordonnances au niveau médical, s'il y a un souci plus important, elle va donner quelques conseils, elle va faire une ordonnance sur des premiers soins, mais s'il faut consulter un spécialiste, la PMI renvoie vers un spécialiste. Ils viennent aussi chercher un accueil, une écoute... ils savent aussi qu'on travaille en relais avec le service social donc on leur demande, on sait par quelle assistante sociale ils sont suivis ou pas (...) Pour des mamans c'est aussi la pause café, même si c'est pour voir sa copine, et ben c'est pas grave que ce soit ça, et c'est bien que ce soit ça aussi, elle vient discuter un peu avec sa copine et le gamin joue dans la piscine avec d'autres gamins. Elle vient, elle y passe une heure, elle repart. Alors elle dit « on peut le peser », comme s'il fallait qu'elle justifie sa venue, « je vais quand même le faire peser » comme pour dire que je ne suis pas venue que pour boire le café. « Mais c'est pas grave si vous venez que boire le café ». Enfin, pour déculpabiliser, on essaie aussi de déculpabiliser les gens. Voilà, de les déculpabiliser, qu'ils se sentent au maximum bien dans ce qu'ils font de bien avec leurs enfants en tant que parent ».

Magali, Éducatrice de jeunes enfants

1. Des centres de prévention primaire

Parmi les différents usages et modes de recours aux consultations, se trouve en bonne place, sans doute à la première, celui de centre de prévention pédiatrique primaire, correspondant aux différentes mesures, obligatoires ou de suivi régulier, qui y sont proposées.

« Le côté purement médical, les vaccins, les consultations spécialisées, etc... les choses comme ça, c'est suivi. Ce qui est moins bien suivi on va dire, c'est tout ce qui concerne un peu le quotidien et plus peut-être ce qui concerne les questions de puériculture : le sommeil, l'alimentation... » (Dr Zuca, Pédiatre)

La prévention primaire réalisée par les services de PMI durant les visites comprend deux types d'actes distincts. Un premier type regroupe ce que nous désignons par "les actes médicaux directs" ; il s'agit de la pesée, de la mesure et de tout ce qui concerne la vaccination¹⁶³. Ces actes se déroulent directement entre un membre du

¹⁶³ Nous incluons ici dans ce terme de vaccination, les vaccins mais aussi les rappels de vaccination ainsi que les tests de contrôle. Cet ensemble d'actes, médicalement différents, se retrouvent dans le discours des familles sous le terme générique de "piqûre". Les quelques différences relatées par les usagers

personnel et l'enfant et constituent des actions immédiates, sans engagement ultérieur. Le second type est constitué des conseils de puériculture, entendue ici dans son sens le plus large, ces conseils ont trait à l'ensemble des éléments se rapportant aux conditions de vie et à l'éducation de l'enfant. Ils nécessitent la participation de l'accompagnant de l'enfant et demandent, pour être efficaces, une action sur le long terme et débordant le cadre strict de la consultation

a. Les actes médicaux directs

Des actes très fréquents

À la question « vous a-t-on dit pourquoi il fallait venir ici ? », qui, en cas de réponse négative, était suivi de « et vous venez pour quoi ? », les réponses fournies par les familles étaient du type « pour le suivi de l'enfant, pour les vaccins, pour savoir s'il mange bien, s'il grandit bien ». Dans cette "réponse type", les trois actes directs auxquels nous faisons référence sont évoqués et lorsque nous demandions par la suite à notre interlocuteur de nous décrire le déroulement d'une visite ces trois actes étaient clairement explicités.

La fréquence de ces actes explique en grande partie le fait qu'ils soient systématiquement cités par les usagers. En effet, la pesée et la mesure de l'enfant ont lieu quasiment à toutes les visites. Quant à la « vaccination », un enfant sans problème particulier, qui se présente à tous les rendez-vous auxquels il est convoqué, fera, entre zéro et six ans, 17 visites en PMI au cours desquelles il recevra 14 « piqûres ». De fait, alors que l'acte de vaccination n'apparaît pas, de prime abord, comme systématique, il se révèle être très fréquent pendant les visites.

Une mesure attendue par les familles

Ces actes représentent la part la plus importante de ce que les familles viennent chercher dans les consultations. S'il arrive qu'elles ne sachent pas, au départ, pourquoi elles doivent venir en PMI, elles expriment par la suite la volonté d'y trouver « vaccins » et « suivi ». Cette recherche de la vaccination étant d'autant plus importante que les enfants ne sont pas nés en France :

concernent alors la taille de l'aiguille et, surtout, les éventuelles poussées de fièvre que l'enfant est susceptible d'avoir.

« Dès que je viens en France, vite je viens là pour faire tous les vaccins que j'ai pas (que mes enfants n'ont pas) » (comorienne, 2 enfants).

Lors de leur accouchement à la maternité, les mères sont informées de l'obligation de faire suivre leur enfant. De fait, les enfants nés en France sont, dans leur très grande majorité, à jour de leur calendrier vaccinal. En revanche, les enfants nés à l'étranger n'ont bien souvent pas bénéficié de mesures d'information, de suivis et de vaccination. À leur arrivée en France, les familles sont par un moyen ou un autre informées de l'existence des consultations et de ce qu'elles peuvent y trouver¹⁶⁴. « Pour la santé de l'enfant », elles se rendent aux consultations dans l'espoir d'y acquérir les vaccinations manquantes.

Ce rôle de centre de vaccination gratuite est d'une grande importance pour la PMI en tant que politique de santé publique mais aussi pour le fonctionnement des consultations. L'obligation vaccinale étant un moyen efficace pour entrer en contact avec les familles mais aussi parfois pour en assurer le suivi. Cependant, la gratuité des vaccinations effectuées par la PMI donne parfois lieu à des mésinterprétations de la part des familles sur le rôle des consultations. Celles-ci sont parfois comprises comme un moyen de se procurer des vaccins gratuitement, comme le montre ce dialogue entre deux puéricultrices :

« - Elle a une liste de vaccin, marquée par son médecin, elle vient pour savoir si on les a ici, parce qu'elle part bientôt en Afrique. Après elle repart les faire chez son médecin. Elle n'a pas l'argent pour les acheter elle me dit.
- Ils sont gonflés quand même
- Et le billet d'avion, ils le payent bien non ? »

Pour la mesure et la pesée, le raisonnement semble être sensiblement différent de celui observé pour les vaccins. Les familles n'ont, pour ces deux actes, pas d'obligation stricte. Toutefois, l'intérêt qu'elles y portent est directement lié au développement de l'enfant. Avoir un suivi de l'évolution du poids et de la taille de l'enfant est une façon de visualiser, de quantifier son développement. Un tel suivi permet aux familles de savoir si leur enfant « grandit bien », « grossit bien ». L'évaluation de ces poids et mesures, et surtout l'observation de leur évolution dans le temps est traduit par les professionnels en termes d'alimentation et d'activité physique (Serre, 1998). Parfaitement conscientes de cette corrélation, les familles qui viennent faire peser et mesurer leur enfant viennent s'assurer, d'une part qu'il n'a pas de problème physiologique particulier, et d'autre part

¹⁶⁴ La circulation des informations par « bouche-à-oreille » complète efficacement les moyens « officiels » d'information sur les consultations.

être rassurées sur les soins qu'elles prodiguent à l'enfant. Toutefois, la norme staturo-pondérale mobilisée par les professionnels est loin de satisfaire toutes les familles. Un grand nombre d'entre elles arrivent aux visites avec des inquiétudes quant au poids de leur enfant et, malgré les efforts du personnel pour démontrer la normalité de la situation, quitteront le service, médicalement rassurées, sans pour autant avoir changé d'avis quant au poids de leur enfant.

L'extrait suivant regroupe un extrait d'entretien avec une mère sénégalaise et une discussion relevée au cours de la consultation entre cette mère, le médecin et la puéricultrice.

« Je viens pour voir si ça va, peser, tout ça. Mais je trouve qu'elle ne grossit pas.

À la pesée, elle m'a dit que ça va mais je vais demander au docteur.

- Ça ne vous a pas rassuré qu'elle vous dise que ça allait

- Je voudrais un enfant plus fort, vous ne trouvez pas qu'elle est maigre ? Je ne dis pas qu'elle a un problème mais je veux qu'elle grossisse »

Le dialogue qui suit se déroule pendant la consultation :

M - (...) moi je trouve qu'elle est maigre

Dr - elle est fine comme morphologie, je vais vous montrer sur la courbe. Son poids est normal mais sa taille, elle est dans les plus grandes. Elle mange de tout ?

M - oui

Dr - comme vous ?

M - oui

Dr - bon, ben ça va.

(La puéricultrice entre dans la salle de consultation)

P - elle mange bien ?

M - non

P - et ouais, les bonbons, les galettes...

M - elle mange tout

P - les légumes et tout ?

M - oui, elle mange tout mais elle grossit pas

Dr - c'est parce qu'elle est grande

P - et oui, elle est longue

À la sortie de la consultation, la femme n'a pas changé d'avis quant au poids de sa fille et me confie qu'elle demandera à sa mère un moyen pour la faire grossir.

Alors que dans cet extrait, la mère manifeste de l'intérêt pour la pesée et revendique le fait de venir en PMI pour cet acte, elle n'accorde en revanche que peu de crédit au résultat de cette pesée. Rassurée sur le fait que sa fille n'ait pas de problème de santé particulier responsable de son apparence physique, cette mère s'en retournera poursuivre l'éducation de sa fille selon les méthodes de sa sœur qui ont déjà fait recette.

b. Les conseils de puériculture

En plus de ces actes directs se trouvent les conseils de puériculture délivrés par le personnel à l'attention des familles au cours des visites. À l'inverse des actes précédemment évoqués, ces conseils nécessitent l'intervention d'un accompagnateur, ne

sont pas de l'ordre du strictement médical et ont trait à des domaines plus courants de la vie quotidienne.

Ils s'inscrivent dans la dimension d'éducation sanitaire que comprend la mission de prévention des services de PMI. Cette éducation s'effectue sous forme de conseils aux parents, articulés autour de thèmes qui constituent la santé physique et mentale de l'enfant. Les quatre thèmes principaux sont la nutrition, le sommeil, l'hygiène et les relations affectives¹⁶⁵. Auxquels s'ajoutent les conseils qui concernent « l'éveil » de l'enfant. Ceux-ci regroupent autant les mouvements à faire faire à l'enfant que les jeux recommandés ou encore les sorties en poussette, celles-ci n'étant bien souvent pas envisagées par les familles pour cause d'une trop grande fragilité attribuée au bébé.

« Ce qui m'a surpris, c'est qu'il faut sortir les bébés. Moi je ne savais pas, ici il fait froid, j'avais peur qu'il tombe malade. (...) moi je veux bien qu'on me dise les choses comme ça que je ne sais pas, parce que je veux que mon enfant soit heureux et en bonne santé » (Algérienne, 2 enfants).

Les travaux de Séverine Gojard sur la transmission des savoirs en puériculture montrent que dans les classes populaires, les principales sources de connaissances mobilisées sont l'expérience acquise par la mère, avant la naissance du premier enfant ou à la suite des naissances des précédents enfants, les conseils obtenus auprès de la famille (mère, tantes, frères et sœurs) et des amis et les centres de PMI (Gojard, 2000). Si la grande majorité des familles qui fréquentent les centres de consultation entrent dans cette catégorie de classe populaire et s'inscrivent dans ce « modèle familial de soins » (ibid.), une partie d'entre elles n'est pas en mesure de mobiliser cette pluralité de ressources. Ainsi un grand nombre de femmes primipares et/ou primo-arrivantes se retrouvent seules avec leur enfant sans autre source de conseils que le centre de PMI. Leur demande est alors très claire.

« Pour la première, pour Fatou, je ne savais rien, c'est ici qu'ils m'ont tout dit comment je devais faire, pour la nourrir, la laver, la soigner... » (Sénégalaise, 2 enfants).

En se limitant ainsi simplement à ces missions « de base » (pesée, mesure, auscultation, vaccination et conseils de puériculture) les consultations de PMI garantissent un suivi des jeunes enfants et un moyen de rassurer les mères sur les soins qu'elles leur prodiguent.

¹⁶⁵ Sous cette appellation générique sont regroupés tous les conseils qui portent sur le comportement que doit adopter, selon les professionnels, une mère, ou un père, vis-à-vis de son enfant. Ceux-ci s'étendent du contact physique à la communication en passant par tous les domaines qui touchent à la relation parent-enfant.

2. Des centres de santé de proximité

Les familles habituées à venir à la consultation de PMI savent que celles-ci sont gratuites et qu'elles pourront y trouver un avis médical sans prendre rendez-vous ni payer de consultation. De fait, le recours aux consultations en quête d'un premier avis médical ou en tant que centre de premier secours est relativement fréquent. Le rôle préventif des consultations étant relativement bien intégré par la population, il ne s'agit généralement pas de blessures graves ou de maladies requérant une intervention médicale urgente. Il s'agit, par exemple, d'une femme qui vient pour « savoir si ça craint » à la suite d'une blessure que son fils s'est faite la veille avec un clou. Après lecture du dossier de l'enfant, et confirmation de sa vaccination contre le tétanos, la mère repart rassurée. Ou encore une mère qui vient en fin de matinée pour montrer au docteur le doigt de son enfant, qui semble avoir un panaris et qui sera réorientée vers la pharmacie du quartier, le médecin ayant déjà quitté la consultation car étant lui-même étant malade ce jour-là.

Mais au-delà de ces situations de soins légers où un premier avis médical est tout autant recherché qu'un éventuel soin, d'autres situations manifestent à la fois une incompréhension des familles et une certaine résistance au fait de ne pas pouvoir être soigné par le médecin de la consultation. Les familles qui ont un « rendez-vous » fixé avec la PMI¹⁶⁶ profitent parfois de cette occasion dans l'espoir d'y faire soigner leur enfant. Ainsi, il arrive que des familles laissent passer plusieurs jours en attendant leur rendez-vous à la PMI pour y amener un enfant malade. Alors qu'elles présentent cette demande sous le jour de « l'occasion du rendez-vous » et de la méconnaissance de la fonction précise du service, il semble que la raison véritable soit d'ordre économique. Cette supposition permet d'expliquer le comportement des familles qui, après s'être vu opposer un refus de la PMI de soigner leur enfant, n'iront pas consulter un médecin.

« Le problème, c'est que si ce sont des immigrés, qu'ils sont en situation irrégulière, qu'ils n'ont pas de papiers, pas de prise en charge de sécurité sociale, il nous est arrivé quelques fois qu'un gamin qui venait pour de la température, quatre jours après, il n'avait toujours pas été chez son médecin et il a une bronchite ou une diarrhée. Donc il nous est arrivé de faire des dépannages, alors à un moment donné on avait des traitements antibiotiques » (Colette, Puéricultrice).

¹⁶⁶ Il s'agit ici autant de rendez-vous programmés, inscrit dans l'agenda de la consultation, pour les consultations qui en donnent, que de rendez-vous donnés à l'oral au cours d'une précédente visite « revenez la semaine prochain (ou dans quinze jours) ».

L'insistance des familles à vouloir faire soigner leur enfant à la PMI peut s'expliquer par la connaissance qu'elles ont de ces cas de « dépannages » où un enfant a été « soigné » sur place, immédiatement et gratuitement. Au risque d'être réorientées vers la médecine de ville, certaines familles utilisent alors, parfois avec succès, les consultations de protection infantile comme des consultations médicales de pédiatrie.

3. Certificats administratifs

Pour un certain nombre d'activités de la petite enfance, les familles doivent présenter un certificat de santé de leur enfant au moment de l'inscription. Il en est ainsi de l'école, de la cantine, du centre aéré, de la crèche, des clubs sportifs et d'une manière générale de toutes les structures qui accueillent des enfants de façon collective. De fait et suivant les périodes de l'année de nombreux parents se présentent à la consultation pour obtenir ces certificats. Le mois de juin est particulièrement chargé dans ce type de demandes ; c'est à cette période que se font les dossiers d'inscription à l'école mais aussi aux centres aérés et autres structures d'activité de l'été.

En tant que mesure sanitaire pour les établissements qui le demandent, ces certificats garantissent aux structures auxquelles ils sont destinés que l'enfant en question est à jour de ses vaccinations, qu'il est exempt de maladies contagieuses et ne présente pas de contre-indications médicales à la pratique de telle ou telle autre activité. Établir un tel certificat nécessite donc de contrôler le carnet de vaccination de l'enfant et de lui faire passer un examen médical complet. En pratique, cela se résume bien souvent à la signature d'un formulaire en fin de consultation. Demandés lors de procédure d'inscription d'un enfant à une structure, ces certificats font généralement partie d'une liste de documents divers demandés aux familles. De fait, il arrive que les familles ne perçoivent plus que l'aspect administratif du certificat sans nécessairement le rattacher au contrôle sanitaire qui l'accompagne.

Une mère téléphone à la consultation ; elle souhaite passer dans la matinée pour faire trois certificats de santé pour ses enfants, en vue d'une inscription au centre aéré.

La secrétaire au téléphone : « mais madame, si le docteur ne les voit pas, il ne vous fera pas de certificat de santé. (...) mais certainement qu'ils vont bien vos enfants, mais il faut quand même que le docteur les voit (...) ». La secrétaire propose à la mère de venir à la consultation le lendemain. Elle raccroche puis, s'adressant à nous et relatant cet appel téléphonique : « elle me dit " Mais si moi je sais qu'ils vont bien, c'est suffisant !" C'est trop ça, il y en a, c'est vraiment n'importe quoi ».

Dans cette scène, la mère, qui visiblement connaît le centre et y fait suivre ses enfants ne comprend pas la nécessité de les présenter une nouvelle fois au médecin pour effectuer une mesure perçue comme purement administrative.

En tant que consultation de quartier suivant les enfants sur plusieurs années, les consultations de PMI peuvent servir « d'archives de santé » pour les familles. Ainsi en cas de perte d'un carnet de santé, elles savent que les consultations possèdent les dossiers médicaux des enfants et donc les preuves qu'ils sont régulièrement suivis et à jour de leurs vaccinations.

Enfin, certaines familles ne viennent aux consultations que pour les examens qui donnent lieu aux certificats de déclaration transmis à la CAF (8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois) ; certificats sans lesquels les allocations familiales ne sont plus versées.

P - Vous venez pourquoi ?

M - C'est pour le papier pour la CAF.

P - Ce n'est pas que pour un papier, on va ausculter l'enfant et vous faire une déclaration

M - Non, c'est la CAF, elle m'a dit que je devais aller chercher le papier à la PMI

P - Oui, on va vous le faire le papier.

Cette utilisation minimale comme moyen d'accès aux allocations familiales, ou pour continuer d'en bénéficier, n'est pas récente. Alain Norvez écrit à propos de la situation constatée en 1951 « la PMI est souvent ressentie comme une contrainte. De nombreuses familles ne se soumettent aux visites médicales, envisagées comme des formalités, que dans le but de ne pas perdre les « primes » qui y sont liées. Sans verser dans une utopie excessive, les milieux de la Santé publique souhaitent progressivement modifier cette « image de marque » et faire en sorte que la PMI soit pleinement acceptée et même recherchée » (Norvez, 1990 : 110). Dans certains cas, cette remarque est toujours d'actualité. Mais la modification progressive de « l'image de marque » du service (ou tout du moins des consultations) semble s'être opérée et d'autres modes de recours, volontaire et sans obligation aucune, peuvent désormais être énoncés.

4. Des biens de première nécessité

a. Vêtements et jeux

Les centres de PMI peuvent être utilisés comme lieu de fourniture de biens de première nécessité. Dans certaines consultations s'effectue un « recyclage » des vieux

vêtements. Alimenté par le personnel des consultations et leur entourage et par quelques familles préalablement sélectionnées parce qu'« elles ont une certaine hygiène », des bacs, comme il en existe dans les friperies, ou de grands sacs plastiques sont disposés dans un coin de la consultation et mis à disposition des familles. Elles peuvent alors y trouver des vêtements pour bébé (rares parce que très demandés), des vêtements pour enfants mais aussi pour adulte et, quelquefois, des jeux pour enfants. À l'occasion de leur venue à la consultation, les personnes intéressées fouillent dans les bacs et y prennent ce qui les intéresse¹⁶⁷. Loin d'être systématique, ce principe de distribution de vêtements est mis en place à l'initiative du personnel des consultations et nous avons pu en observer la pratique dans plusieurs d'entre elles. Les intervenants s'assurent toutefois qu'une même personne ne reparte pas avec « trop » de vêtements, parfois tous, quand ce n'est pas directement le bac lui-même qui est emporté (ce qui est déjà arrivé).

b. Bons de lait

Les consultations peuvent aussi fournir aux familles des « bons de lait ». service mis en place par le Conseil Général, il consiste à délivrer aux familles les plus nécessiteuses un « bon de lait », petit formulaire rose, rempli, tamponné et signé par le médecin, leur permettant de retirer gratuitement une boîte de lait pour bébé à la pharmacie du quartier. Afin d'éviter les abus de cette aide alimentaire que fournissent les consultations¹⁶⁸, la distribution de bons est désormais réglementée. Les règles d'attribution varient sensiblement d'une consultation à une autre mais restent liées à l'avis des services sociaux. Ainsi, dans certaines consultations, l'accord de l'assistante sociale qui suit la famille est nécessaire à toute obtention de bon. Dans d'autres consultations, si le médecin seul choisi de délivrer un premier bon, l'accord d'une assistante sociale sera exigé pour toute prescription ultérieure. À ce titre, la délivrance de bon de lait est nominative par enfant, chaque bon accordé étant marqué dans le dossier médical de celui-ci.

¹⁶⁷ Voir à ce propos le récit que nous présentons au chapitre IV d'une « demi-journée de consultation ».

¹⁶⁸ Les professionnels d'une consultation nous ont parlé de l'existence à une certaine époque d'un « trafic » de bons de lait. Le principe en était simple : des mères qui allaitaient leurs enfants se faisaient établir des bons de lait à la consultation. Elles retiraient les boîtes de lait en poudre à la pharmacie puis les revendaient.

Cette « politique du bon de lait » est parfois sévèrement critiquée par les professionnels qui ne la ressentent plus comme une aide apportée aux familles mais d'avantage comme une dérive vers l'assistanat. Ainsi cet échange entre un médecin, une auxiliaire de puériculture et une femme, gambienne, mère de huit enfants, sans ressource et qui fréquente assidûment la consultation.

Dr : Mais, vous faites toujours des enfants et vous n'avez rien pour les nourrir

M : Si nous on n'a pas de quoi, Dieu y pourvoira

AP (à nous) : Ouais, Dieu c'est nous quoi !

M : Vous, vous n'avez pas l'habitude de faire des enfants, mais chez nous, on fait toujours des enfants.

AP (à nous) : Elle fait pas des enfants, elle les pond.

La transmission par bouche-à-oreille de l'existence des services que proposent la PMI tend à les détacher des principes de fonctionnement de l'institution. Les mères apprennent ainsi que telle famille ou telle autre a eu droit à une certaine aide et estiment, en regard de leur propre situation y avoir droit aussi. Le refus qu'elles s'y voient parfois opposer est alors vécu comme une injustice et une sanction ce qui ne manque pas de générer de nombreuses tensions.

À la fin de sa première visite, une femme demande un bon de lait au médecin. Elle se voit opposer un refus car elle n'a pas eu l'accord des services sociaux. La femme insiste. Le docteur cherche dans le placard du couloir et lui donne tous les échantillons de lait en poudre restant. Insatisfaite, la femme continue d'insister pour obtenir un bon de lait.

Dr - « Écoutez-moi, je suis gentille, je vous donne ce qu'il y a, pour vous dépanner. Pour le reste, il faudra voir avec une assistante sociale. »

La femme prend les échantillons et sort de la consultation, furieuse :

« Bon je m'en vais, sinon je vais la frapper. Ma fille a rien à bouffer et elle s'en fout, c'est un docteur ça ?! Elle m'a dit qu'il fallait que je prenne rendez-vous, le rendez-vous, ils vont me le donner dans un mois, d'ici là comment je fais moi ? »

Déplorant ce genre de situation, le personnel en vient à remettre en question cette « politique du bon de lait ». En permettant à certains de bénéficier d'une aide alimentaire pour leur enfant, le service crée une dépendance qui, si elle permet d'aider temporairement les familles, ne résout en rien leur problème. Les bons de lait permettent de nourrir gratuitement un enfant en bas âge qui aura rapidement besoin d'une nourriture que la famille devra se procurer par elle-même sans pour autant pouvoir y parvenir. En outre, pour les familles n'ayant pas droit à cette aide et qui s'estiment alors victimes d'une injustice, c'est envers le personnel de la PMI que les récriminations se font les plus virulentes.

« Il y en a qui te menacent, “vous ne me donnez pas le lait, si mon petit il lui arrive quelque chose, c'est de votre faute et tout. Il va mourir de faim alors ?” ils te font. Ils te regardent droit dans les yeux “alors je le laisse mourir de faim, ce sera de votre faute” attendez, c'est pas le mien, c'est vous qui l'avez mis au

monde » (Karine, Auxiliaire de puériculture).

Cette utilisation abusive du recours aux bons de lait, place les intervenants des consultations dans la situation paradoxale de devoir défendre le service contre ses propres usagers générant ainsi tensions, suspicion et méfiance entre les professionnels et certaines familles.

5. Des lieux d'accueil et d'écoute

Il faut aussi souligner l'importante fonction de lieux d'accueil et d'écoute que recouvrent ces consultations. Nous avons déjà évoqué l'importance qu'accordent les intervenants à ces pratiques de l'écoute, utilisées à la fois comme moyen de recueil d'informations, de construction d'une proximité avec les familles et comme « soin » en tant que tel. Cette pratique s'appuie autant sur la gestion et l'organisation des consultations que sur une posture physique et une disposition d'esprit du personnel.

« Je crois qu'il faut rester très très réceptif » (Docteur Zuca, Pédiatre).

Si cette volonté de mise à disposition des intervenants est énoncée dans les entretiens, cette pratique reste difficilement objectivable. Il est en effet « difficile d'énoncer le contenu précis des tâches associées à cette attitude d'écoute : elle ne se résume pas en une liste de tâche, comme c'est le cas par exemple pour les actes d'hygiène » (Arborio, 1996, p.205).

« Si on doit prendre un moment pour discuter avec une maman, on prend ce moment parce qu'on *sent* qu'à ce moment-là elle a besoin qu'on s'occupe un peu plus de son bébé » (Colette, Puéricultrice).

Cette attitude ressort dans les entretiens avec les familles et influence leur vécu de la visite, comme ce père de famille qui déclare « ils prennent le temps de nous connaître » alors que les consultations ne durent que douze minutes à peine. Ou cette mère avec qui nous discutons de la fonction du service et qui nous donnait le point de vue suivant :

« Ils font leur travail. Il faut que les personnes se fassent écouter. (...) Le plus important dans la PMI, l'essentiel, c'est l'écoute » (Algérienne, 2 enfants).

Dans ces moments d'échange et de discussion entre un professionnel et une mère, les sujets évoqués dépassent très largement le domaine de la protection infantile. Cette posture d'écoute s'inscrit alors dans ce que nous présentions au chapitre IV comme « la prise en compte globale de l'individu », dépassant le seul regard sur l'enfant pour s'intéresser à la famille dans son ensemble et à ses conditions de vie.

«Je pense qu'on est aussi un soutien au niveau de l'écoute, voilà, ils savent qu'il y a des gens à qui ils peuvent parler, à qui ils peuvent confier leur misère ou leurs difficultés au quotidien... Je pense que c'est important. Je pense que c'est des gens, bon d'accord, ils viennent d'autres pays ou de Mayotte, ils viennent en métropole, ils pensent que c'est le Pérou, parce qu'il y en a beaucoup qui croient qu'en arrivant ici ça va être le top et puis rapidement ils s'aperçoivent que... (...) Et c'est vrai qu'elles viennent à la PMI pour parler de ces soucis » (Florence, Puéricultrice).

Cette écoute soulève un nombre important d'interrogations tant pour les professionnels eux-mêmes, sur leur pratique et leur formation, que sur les consultations et l'usage qui en est fait ou encore sur les limites à fixer à cette approche globale et donc à l'action de la PMI. Les variations qui existent entre les différentes consultations rejoignent pour la plus grande part ce type d'interrogation. Les positionnements professionnels adoptés par les intervenants répondent partiellement à ces questions, sans pour autant pouvoir résoudre les problèmes exposés par les familles.

« La consultation PMI, ça ne doit pas être simplement un lieu où on arrive, on examine le gamin, on le soigne, et au revoir. C'est pour ça que je les fais sans rendez-vous moi d'ailleurs. Ça doit être un lieu d'accueil, d'écoute et les gens, ben si le gamin sert de prétexte à venir, le gamin, les parents viennent parce qu'il y a une consult', ils viennent et puis c'est un prétexte, même si le gamin n'en a pas besoin, c'est un prétexte parce qu'il y a d'autres choses qu'on a envie de dire et voilà » (Dr Simon, Pédiatre).

Si, comme le souligne ce médecin, la plus ou moins grande accessibilité aux consultations a une incidence sur les usages qui peuvent en être faits, cette modalité de régulation des consultations n'est pas le seul facteur à prendre en compte pour analyser les modes de recours que nous venons de présenter.

Il en va de l'usage des consultations comme lieu d'accueil et d'écoute, comme de l'ensemble des modes d'utilisations que nous avons cités. D'une part, nous ne les retrouvons pas dans toutes les consultations et, d'autre part, ils nécessitent, pour exister, d'être au mieux, souhaités et encouragés par les intervenants, au minimum, de ne pas être condamnés par ceux-ci. Dans les faits, ces modes d'utilisation sont fortement dépendants de la volonté des intervenants de les voir se développer et des moyens qu'ils mettent en œuvre pour les encourager. Comme nous l'avons vu, certaines pratiques mises en œuvre dans l'accueil des familles, telle la distribution de thé ou de café, sont aisément repérables. D'autres, comme la qualité de l'écoute apportée aux familles, sont plus discrètes et plus difficiles à observer et tiennent davantage à une manière d'être des membres du personnel qu'à la manipulation ostentatoire d'un objet de l'accueil, ici apparenté à un outil de travail (le café). Mais dans un cas comme dans l'autre, il s'agit bien de la mise en place d'une méthode de travail, du développement d'une technique

de construction relationnelle entre un usager et un intervenant, un usager et un lieu et plus généralement un usager et une institution.

Comprendre la bienveillance que développent certains intervenants face à la variété des modes de recours aux consultations de la mettre en lien avec les bénéfices qu'ils peuvent en attendre pour la réalisation de la mission de PMI. Un lien peut alors être fait entre l'utilisation de certaines techniques et méthodes par les intervenants, les modes de recours aux consultations que ces méthodes permettent ou encouragent et ce que les professionnels pensent pouvoir en tirer comme bénéfices pour leur travail. Les orientations de ces « bénéfices » dus aux modes de recours doivent être pris comme autant d'indices permettant d'accéder au sens que tel ou tel intervenant attribue à son travail et plus largement au rôle qu'il estime être celui des consultations. Ainsi, à partir de ces petites techniques et méthodes de travail, peut être déchiffrée la mise en pratique de ce que précédemment nous présentions comme des conceptions différentes de la prévention.

6. Les salles d'attente comme lieu de socialisation

Les quelques études sur le monde médical qui font état des salles d'attentes les présentent comme des lieux « froids » où malgré la proximité physique les acteurs qui s'y trouvent évitent tout contact les uns avec les autres. « Le resserrement, la concentration des individus pourrait permettre les interactions verbales, mais ce n'est pas le cas » (Peneff, 2000 : 84). En fonction de leur agencement, les salles d'attente des consultations répondent plus ou moins à cette description. Mais bien souvent, du fait de l'appropriation qu'en font les familles tout autant que de la volonté du personnel d'en faire autre chose qu'un simple espace d'attente, elles s'en distinguent totalement.

a. Conditions matérielles

Une analyse des éléments matériels qui se trouvent dans cet espace permet dès le départ de comprendre en quoi il peut être un lieu propice à la socialisation entre les mères qui s'y trouvent. Tous d'abord, en tant que salle d'attente de consultation médicale, celles-ci sont, en principe, propres, lumineuses, sèches, chauffées en hiver et, bien qu'en nombre souvent restreint, disposent de sièges stables et relativement confortables. Ces conditions que nous aurions tendance à négliger tellement elles

semblent normales contrastent avec les conditions dans lesquelles vivent un grand nombre des usagers du service (immeubles vétustes, logements insalubres, hôtels meublés, squats...). De fait, cette pièce est souvent perçue comme un endroit agréable, spacieux et confortable.

Les salles d'attente sont aussi des espaces sécurisés et prévus pour l'accueil d'enfants en bas âge. En ce sens, aucun objet risquant de blesser un enfant ne s'y trouve, les jouets sont adaptés pour les plus jeunes, il n'y a rien à casser et une seule porte nécessite d'être gardée pour surveiller les déplacements des enfants. Étant à l'extérieur du domicile familial, les parents profitent parfois de ce lieu pour laisser leurs enfants libres de faire ce qu'ils veulent. Nous avons noté plusieurs scènes¹⁶⁹ où des parents laissent délibérément leurs enfants se défouler dans la salle d'attente pour ne pas avoir à supporter cette énergie plus tard dans la journée.

À cela s'ajoute le travail d'animation des salles d'attente qu'effectuent parfois les EJE en instaurant des « coins » coloriage, en distribuant des jouets et en organisant le jeu entre les différents enfants. Des ateliers de lecture au cours desquels des animateurs proposent aux enfants de lire une histoire que ces derniers choisissent parmi une pile de livre sont aussi organisés dans certaines consultations. Et il n'est pas rare qu'un membre du personnel offre du café ou du thé aux mères de famille pendant qu'elles attendent.

Ces conditions d'attente sont confortées par l'absence d'angoisse due à la maladie que l'on retrouve habituellement dans les salles d'attente des cabinets médicaux. Si d'ordinaire, les visites chez le médecin sont consécutives à la contraction d'une maladie, cela diffère pour les consultations de protection infantile. Les enfants étant, à priori, en bonne santé, les parents n'ont, dans l'ensemble, pas d'inquiétudes quant à la consultation médicale à venir.

L'adaptation du lieu, les divertissements proposés, l'absence de stress relatif à la santé de l'enfant et la facilité de contrôle des déplacements infantiles permet aux accompagnateurs de vivre le temps passé dans la salle d'attente comme un moment de

¹⁶⁹ En plus des nombreuses demi-journées où nous avons pu constater que des parents laissaient jouer leurs enfants, sans retenue aucune, nous pouvons citer deux exemples où ce principe étaient clairement énoncé :

- Une mère s'adresse à sa petite fille qui entre en courant derrière une balle dans la salle de pesée : « Viens ici, défoule toi ici ! Parce qu'à la maison tu ne peux pas mettre la pagaille ! ».

- Ou encore cet échange entre deux mères : « Ils sont toujours comme ça vos enfants ? - Ils sont agités mais à la maison, c'est pas autant, je ne pourrais pas ».

détente pendant lequel ils peuvent relâcher leur attention. Il n'est d'ailleurs pas rare de voir une mère s'endormir dans la salle d'attente pendant que son enfant joue avec les autres enfants, sous la surveillance d'un membre du personnel ou d'une autre mère de famille.

b. Les femmes entre elles.

Aux conditions matérielles de l'attente s'ajoute « l'aspect féminin » de cet espace. Dans les salles d'attentes, les femmes se retrouvent entre elles et y sont toutes dans la même condition d'accompagnatrice d'un enfant et implicitement dans celle de mère. Dans ces conditions de détente et d'espace « privilégié pour les femmes » de nombreuses conversations prennent place dont le sujet principal est celui de l'enfance. Les mères s'échangent des remarques et conseils sur les techniques de soins de l'enfant, elles confrontent leurs expériences et comparent leurs méthodes. Dans les salles d'attentes se trouvent très souvent quelques tables à langer, sur lesquelles les mères préparent leurs enfants à la pesée en les déshabillant ; c'est aussi ici qu'elles les rhabilleront après la consultation. Cette préparation de l'enfant, entre mères et sur des tables à langer disposées en batterie, institue une extrême proximité entre les bébés et dans le même temps entre les accompagnatrices. Chacune « compare » alors son bébé à celui qui se trouve à côté et des commentaires, compliments, conseils et échanges de points de vue en découlent.

Mais, réunies dans une salle d'attente de consultation médicale, ces femmes échangent aussi sur les conseils que le médecin ou les puéricultrices leur ont donnés, sur ce qu'elles en pensent et sur leur éventuelle adhésion à ceux-ci. Le thème le plus fréquemment abordé est alors celui de l'allaitement où différents points de vue s'opposent. L'allaitement au sein étant défendu à la fois pour son aspect plus traditionnel de la puériculture et par les intervenants (Gojard, 1998). La nutrition au biberon étant quant à elle défendue pour son côté pratique et son aspect moderne. Mais plus largement, ces conversations abordent l'ensemble des sujets de la vie quotidienne qu'il s'agisse d'échanges de recette (surtout pendant la période de l'Aïd) ou de la vie du

quartier dans son ensemble. Ces échanges étant la base même des « conversations de femmes » qui tendent à exclure les hommes¹⁷⁰.

Ces femmes, qui se retrouvent entre elles dans ce lieu, présentent parfois la visite à la PMI comme une occasion de sortie. De même que ces femmes qui, alors qu'elles n'y étaient plus contraintes, continuaient de parcourir plusieurs kilomètres à pied pour laver le linge à « la fontaine de Aïn-Boumala » (Bourdieu et Sayad, 1964, p.134), les femmes viennent se rencontrer dans cette salle. Cela se révèle de manière très claire dans le fait que certaines d'entre elles arrivent en avance à leur rendez-vous et ne repartent parfois que plusieurs heures après la consultation. Si tous les intervenants ne sont pas favorables à cette utilisation des consultations comme lieu de sociabilité, cette pratique est encouragée ou tout du moins soutenu par certains d'entre eux.

«Je pense qu'il y en a qui ont besoin de venir, c'est un lieu où elles se retrouvent, on le voit, les mardis quand elles restent très longtemps, qu'il y a beaucoup de monde. (...) Je pense que c'est un endroit où elles viennent se retrouver. Encore que sur « Belle île », on ne le voit pas trop, mais quand j'étais à « la Tresse », c'était des femmes qui n'avaient pas trop le droit de sortir, il y avait beaucoup d'algériennes, et la PMI, c'était le docteur, et là, le mari ne pouvait rien dire. Donc elles venaient, elles restaient un moment, elles discutaient avec les copines et c'était un peu la bouffée d'oxygène de la semaine. Donc c'est vrai que nous, on ne leur dit pas "vous venez dans six mois", on leur dit "vous venez quand vous voulez". Parce qu'on sait qu'il y en a qui en ont besoin, pour voir les autres » (Florence, puéricultrice).

III. Construction et mobilisation des relations interpersonnelles

L'analyse du travail à l'hôpital a permis de montrer que la dimension relationnelle était principalement l'apanage des professions paramédicales¹⁷¹. Plus un groupe professionnel s'approche du domaine médical et plus son travail est composé de tâches techniques ou a visée diagnostique, au détriment de la dimension relationnelle et sociale.

¹⁷⁰ Extrait d'entretien mené avec un père de famille qui attend dans le couloir : « Ici il y a trop de monde, moi j'ai honte de rentrer avec ma femme dedans. Là-bas (en référence à la consultation du quartier où il habitait précédemment), je pouvais rester dans un coin tranquille, il y a la place. Ici, tout le monde est assis à côté, il y a que des femmes et elles parlent entre elles de choses de femme... Alors moi, je reste dehors, je préfère » (Egyptien, 3 enfants).

¹⁷¹ Voir A-M Arborio (1996) pour les aides-soignantes, Anne Vega (2000) pour les infirmières.

À partir de ce constat, une donnée particulière doit être prise en compte pour l'analyse de la PMI. Comme l'écrivait Françoise Bouchayer en 1984, « la « bonne relation » paraît acquérir pour ces professionnels le statut de norme professionnelle en elle-même » (Bouchayer, 1984 : 84). Cette institutionnalisation de la bonne relation trouve deux explications principales. En premier lieu, la composition des équipes de PMI, majoritairement paramédicale, accorde d'emblée une place importante au travail relationnel. Les médecins de PMI, qui oeuvrent dans une visée préventive, n'effectuent pas de soins sur des patients malades. L'affectation de leur identité professionnelle qui en découle les rapproche d'autant des professionnels paramédicaux. En second lieu, l'orientation même de l'action de la PMI et le public auquel s'adressent les consultations accordent une place importante à la dimension sociale du travail dans laquelle le relationnel est un élément primordial.

En effet, l'objet de la Protection Infantile, l'enfant et son éducation mais aussi sa vie au sein de la cellule familiale, est en grande partie inscrit dans la sphère privée de la famille. De fait, la mise en place d'un système de prévention autour de l'enfant a souvent rapport avec l'intimité des personnes. Afin de rendre possible l'accès à cette intimité, sans craindre de heurter les familles, une des tâches importantes qui revient aux intervenants consiste à créer un lien, à établir une relation avec les familles, qui servira de point d'appui lors des rencontres ultérieures et des éventuelles démarches à accomplir.

Dans les pages qui suivent nous entendons analyser les éléments matériels et sociaux sur lesquels ce travail relationnel repose et comment il peut conduire à la construction de relations interpersonnelles entre usagers du service et intervenants. Dans un second temps, nous expliquerons comment et en quoi ce travail relationnel, notamment lorsqu'il prend la forme d'une relation de confiance, participe pleinement à la réalisation de la mission de PMI.

1. Construction de la relation

Ce que nous désignons ici par travail relationnel ne comprend pas seulement les relations interpersonnelles entre usagers et intervenants. Nous nous attacherons à montrer comment se construisent aussi des relations entre les usagers et le service,

matérialisé par les centres de consultations et plus largement entre les usagers et l'institution de PMI dans son ensemble.

Ces relations se construisent au travers d'un certain nombre d'éléments. La liste que nous en présentons ici n'est sans doute pas exhaustive et l'ordre dans lequel ils sont énoncés ne répond pas non plus à des critères de hiérarchisation ou de chronologie. Ces différents éléments sont souvent mobilisés dans le même temps et ne sont pas tous utilisables pour toutes les familles. Il revient aux intervenants d'estimer les moyens à mettre en œuvre pour établir une relation avec la personne présente. En fonction des situations mais aussi des moments et des éléments de connaissance disponibles, les moyens mobilisés changent alors considérablement.

a. Attitude empathique

Les intervenants expliquent fréquemment la construction de leurs relation avec les familles en mobilisant le concept d'empathie. Généralement présenté comme « le » moyen de comprendre pleinement les demandes des familles, il est employé comme un superlatif de la communication, il s'agit pour les intervenants d'« entrer en empathie avec les familles ». Pour autant, « aucun consensus n'a jamais existé et l'empathie peut encore signifier actuellement : a) une simple contagion émotionnelle, b) une capacité cognitive à se représenter, comprendre les émotions des autres, c) une capacité cognitive à se représenter l'ensemble des états mentaux de l'autre, d) une capacité à l'écoute et e) le fait de réagir à la souffrance de l'autre » (Favre et al., 2003 : 365).

Dans les discours des intervenants l'empathie est présentée comme une posture professionnelle et même comme une méthode de travail et rejoint la position que lui attribuent Favre et ali. dans leur tentative de définition. Utilisée dans la désignation d'une relation à l'autre, elle se situe entre la coupure par rapport aux émotions et la contagion émotionnelle¹⁷². À ce titre l'entrée en empathie avec une famille est un

¹⁷² « trois modalités émotionnelles de la relation à l'autre :

1 – La contagion émotionnelle se présenterait donc comme *une aptitude biologique innée à se laisser envahir, happer par les émotions d'autrui, caractérisant plus particulièrement les états fusionnels ou symbiotiques qui précèdent ontogénétiqement l'empathie.(...)*

2 – L'empathie apparaît comme une *capacité acquise au cours de la psychogenèse de se représenter ce que ressent ou pense l'autre ou les autres tout en le distinguant de ce que l'on ressent et de ce que l'on pense soi-même.*

processus mesuré. « On peut ainsi se représenter l'empathie comme un “ partage ” plus ou moins intense mais toujours “ mesuré ” de l'émotion de l'autre. Si la “ mesure ” n'est plus là, on peut considérer que l'on est dans le registre de la contagion émotionnelle » (ibid. : 371).

L'empathie est alors présentée comme une attitude nécessaire dans le travail de PMI et fréquemment opposée à la coupure par rapport aux émotions.

« Tu ne fais pas de la bonne médecine si tu restes le médecin dans sa tour d'ivoire. Moi je te dirais, le meilleur compliment que me font les gens, c'est quand ils arrivent et qu'ils demandent « le médecin est là ? » quand ils ne me connaissent pas. Parce que ça prouve qu'à ce moment-là, je ne suis pas sur mon petit piédestal, « moi je suis le docteur » et je suis proche d'eux et en communication avec eux » (Dr Simon, Pédiatre).

Le contrôle de l'empathie est alors présenté comme tout aussi nécessaire que sa mise en place. Être trop fortement touché par les émotions et les situations des familles étant dénoncé comme compromettant à la réalisation du travail.

« Si tu pleures en même temps qu'eux, tu ne sers à rien » (Karine, Auxiliaire de puériculture).

Le contrôle de l'empathie nécessite un réel apprentissage et son usage est présenté comme une des valeurs de la PMI. La proximité émotionnelle avec les familles étant revendiqué comme critère de la qualité du travail effectué. Mais l'empathie est difficilement objectivable. Allant d'éléments essentiellement psychologiques à des considérations d'ordre purement matérielles, c'est principalement au travers de l'écoute, de l'intérêt accordé aux familles et de leur valorisation que nous observons sa mise en œuvre dans les consultations.

« Il faut que les gens sentent que tu es disponible, que tu peux les écouter, les entendre, pas forcément les comprendre parce que ça c'est autre chose, mais au moins les écouter, les entendre, ils savent que tu es là, que tu as une oreille attentive » (Christine, Auxiliaire de puériculture).

Cette position empathique repose aussi en grande partie sur l'intérêt que les intervenants accordent à la famille dans son ensemble en évitant de se cantonner à l'enfant, sujet direct de la consultation. Cet intérêt se manifeste alors par de nombreuses questions sur la vie quotidienne en général, sur la famille, le travail, les autres enfants, etc. Par cette démarche, les intervenants inscrivent les consultations dans le cadre

3 – La coupure par rapport aux émotions se manifesterait comme un *processus pour mettre à distance et se couper d'émotions ou d'affects dont on redoute, le plus souvent inconsciemment, la perte de contrôle et/ou la souffrance qu'ils occasionnent. Processus qui s'oppose à l'empathie envers autrui ou envers soi mais qui peut, en situation d'urgence, constituer une parade utile à la contagion émotionnelle « dangereuse »* » (Favre et al., 2005 : 376).

général de la vie familiale. Ils donnent ainsi une dimension supplémentaire à la relation intervenant/usager en l'extériorisant du cadre restreint des éléments physiques de la consultation. Cet intérêt porté sur la vie quotidienne et alors d'autant plus apprécié des familles qu'elles vivent des situations d'exclusion ou de grande précarité, qu'elles sont davantage habituées à ce que leur quotidien s'écoule dans l'indifférence plutôt qu'il ne suscite l'intérêt d'acteurs institutionnels.

Si toutes n'y parviennent pas, il n'est pas à douter que les mères de famille souhaitent être de « bonnes mères ». Cette qualification étant une donnée en grande partie subjective, c'est dans les efforts mis en œuvre par rapport aux moyens (économiques, psychologiques, sociaux...) dont elles disposent que les mères de famille sont considérées. Leur comportement et les soins qu'elles portent à leur enfant sont alors évalués dans une perspective d'évolution. Afin de les encourager dans les efforts entrepris, les intervenants relèvent et mettent en exergue les points positifs que présentent les enfants.

« Il faut essayer toujours de ressortir les petites choses positives, souvent il n'y en a pas beaucoup mais il faut essayer de les ressortir » (Magali, EJE).

Ce principe de valorisation recouvre un double objectif. D'un côté il permet de montrer aux parents que leur enfant présente des aspects positifs, qu'il est capable d'évoluer et cela dans l'espoir d'accroître l'attention qui lui sera portée. D'un autre, il permet de redonner confiance aux mères dans ce qu'elles font « de bien », de les rassurer sur leurs capacités à s'occuper de leur enfant.

Un des modes de recours aux consultations consiste à venir y chercher de petits conseils du quotidien qui permettent de calmer les angoisses des mères les moins expérimentées et de répondre aux innombrables questions que se posent tout jeune parent. Ainsi les réponses qui sont apportées permettent autant d'informer sur les techniques de puériculture possibles que de rassurer sur les pratiques déjà mises en place au sujet de l'enfant.

b. Une relation dans le temps

À cette posture empathique qu'adoptent les intervenants vis-à-vis des familles, s'ajoute, dans la construction de la relation, les modalités de l'accueil ainsi que l'ensemble des discussions qui se tiennent entre usagers et intervenants sur des thèmes aussi nombreux que variés.

Si les pratiques d'accueil développées par certains intervenants prêtent à débat au sein des équipes, notamment en raison de désaccords sur leur finalité, elles contribuent clairement à la constitution d'une relation entre les usagers et les centres de consultation. Les discussions contribuent quant à elles au développement de relations interpersonnelles entre usagers et intervenants. Ces discussions et rencontres prennent d'autant plus d'importance qu'elles se poursuivent et se répètent au fil des consultations qui s'étalent dans le temps.

En effet, dans la construction des relations entre usager et consultation et entre usager et intervenants, le facteur temporel est fondamental. L'importance du temps sur le développement des relations n'est certes pas une spécificité des consultations de protection infantile mais elle se décline ici sous différents aspects. Il y a bien entendu le temps que dure une visite dans un centre de consultation mais il y a une notion de la temporalité beaucoup plus large, à l'échelle de plusieurs semaines, plusieurs mois, années, voire, dans certains cas, plusieurs générations.

Pour le temps de la visite, la notion la plus importante est celle « de pouvoir prendre son temps ». Cela signifie que loin d'être fixe, la durée d'une consultation est extrêmement variable et dépend du temps que les intervenants estiment avoir à consacrer à une famille en fonction de sa situation du moment.

« Tu prends le temps qu'il faut en fonction de la personne que tu as en face de toi. Et ça, je pense que les familles, ça par contre c'est quelque chose qui... »
(Dr Lavois, Pédiatre).

La seconde échelle de mesure du temps est celle qui couvre toute la période de vie pendant laquelle une famille aura des contacts réguliers avec les membres du service. Cette période commence avant la naissance de l'enfant et dure jusqu'à son sixième anniversaire. Nous avons vu que pendant ces années, un enfant, sans problème de santé particulier, fera 17 visites en consultation, auxquelles peuvent s'ajouter un nombre indéterminé de visites à domicile. Sachant que de nombreuses familles comportent plusieurs enfants, le rapport qu'une famille pourra avoir avec le service durera de la naissance du premier enfant jusqu'à l'âge de six ans du dernier enfant. Dans certains cas, si une famille ne change pas de quartier et que les intervenants restent sur la même consultation pendant une vingtaine d'années, il arrive que des puéricultrices aient la charge d'enfants dont elles avaient, quelques années auparavant, la charge des parents.

« Depuis 82 on est sur St Jaume. Donc j'en suis presque à la troisième génération je pense. C'est pour ça que tu entends les mamans " vous m'avez vu toute petite..." » (Maïté, puéricultrice).

Cette donnée temporelle brute, exprimée de façon quantitative, illustre à elle seule comment au fil du temps et de la régularité des rendez-vous, une relation peut s'établir « naturellement » entre intervenants et usagers du service. À cette mesure purement chronologique de l'évolution de la relation s'ajoute celle du temps de l'action de PMI.

« En PMI on n'a pas que le côté sanitaire, on essaie de faire de la prévention à long terme, ça prend du temps, ça nécessite un suivi » (Dr Simon, pédiatre).

La grossesse, l'accouchement, l'arrivée d'un nouvel enfant et son éducation, sont des moments qui marquent une vie et c'est précisément dans ces moments-là que la PMI intervient. À la richesse émotionnelle qui accompagne ces moments s'ajoute le suivi sur le long terme et l'approche préventive des actions menées par le service. À l'urgence qui accompagne souvent l'aspect thérapeutique du soin s'oppose la durée que nécessite une action de prévention. Ainsi, pour les familles qui fréquentent régulièrement les consultations, quand une intervention des professionnels devient nécessaire elle a généralement été préparée, concertée et élaborée en accord avec les personnes concernées. Les actions de prévention, en conditions optimales, s'élaborent dans le temps, et c'est dans ce temps-là que se construisent aussi les relations entre les familles et les intervenants.

c. L'adaptation des consultations aux populations

Dans le fonctionnement des consultations une importance toute particulière est accordée à l'adéquation entre les besoins exprimés par les familles, les ressources dont elles disposent et les propositions et demandes avancées par les intervenants. Si cette adaptation permet d'accroître l'efficacité du travail effectué, les différents degrés d'adaptation contribuent fortement à l'élaboration d'une relation entre les usagers et le service.

Cette adaptation du service à ses usagers s'observe aussi bien dans les modes de communication utilisés entre intervenants et usagers que dans les ajustements des règles et conseils qui ont lieu dans les consultations.

La communication avec les familles : Usage de la parole, vocale et corporelle

Lors des visites au centre de consultation, si une partie du travail réalisé ne nécessite pas la participation des accompagnants, un échange minimal d'informations doit être assuré entre intervenants et accompagnants. Une partie des usagers des

consultations, notamment les primo arrivants, ne parlant pas ou mal le français, les échanges se limitent aux informations utiles et nécessaires. Pour tenter de remédier à ces problèmes de communication, le personnel développe, selon les moyens dont il dispose, un certain nombre de techniques permettant « d'obtenir » ou de « faire passer » les informations nécessaires à la consultation de PMI.

« On essaye, en fonction de la personne qu'on a en face, de voir comment on parle, d'abandonner notre propre langage, nos propres phrases, nos propres mots pour essayer de se mettre à la portée de la personne et quand on voit qu'elle ne comprend pas trop, on prend des papiers, des schémas, on montre les légumes... on essaye quand même de se mettre à la portée des gens » (Colette, Puéricultrice).

La socialisation par le langage se fait très tôt, dès le plus jeune âge. Cet outil commun qu'est le langage partagé par les individus d'une même société en fait même un facteur de socialisation de premier ordre (Lahire, 2001). Mais au langage des mots, s'ajoute, en complément, celui des gestes et quand l'usage du premier est impossible, les seconds occupent le devant de la scène et deviennent en eux-mêmes le mode de communication.

Comme l'écrivait Michel de Certeau « L'échange social demande un corrélat de gestes et de corps, une présence des voix et des accents, marque du souffle et des passions, toute une hiérarchie d'informations complémentaires nécessaires pour interpréter un message au-delà du simple énoncé » (Certeau et al., 1994 : 355). À travers les différentes techniques de communication mise en place de façon souvent improvisée par les intervenants des consultations, c'est cette volonté d'établir l'échange social que nous souhaitons mettre en valeur.

« Avant, je comprends pas la langue, ni parlée, ni écrite. Il faut quelqu'un gentil, qui parle doucement jusque j'ai compris. Si quelqu'un énervé, je comprends pas du tout. Ici, ils répètent jusque c'est bon. À l'hôpital c'est une fois, après, stop » (Gambienne, 4 enfants).

Rassurée sur le fait d'avoir compris ce qui lui a été dit, cette mère éprouve une certaine reconnaissance de l'effort accompli par les intervenants. Au fil des observations nous avons pu noter un nombre relativement important de techniques utilisées et de moyens mis en place pour communiquer avec les familles lorsque celles-ci ne sont pas en mesure de comprendre directement les propos qui leur sont destinés à l'oral (la plupart du temps par manque de maîtrise de la langue française).

La solution la plus courante est de faire appel à une tierce personne qui fait office de traducteur. De nombreuses mères viennent accompagnées d'une personne de leur

connaissance pouvant jouer ce rôle (le plus souvent un de leurs enfants ou un enfant de leur parenté, scolarisé en France). Lorsque ce n'est pas le cas, il est généralement fait appel à un usager se trouvant dans la salle d'attente¹⁷³.

Mais d'autres types de situations ont pu être relevés, notamment dans les cas où une mère parle suffisamment bien le français pour se passer de traducteur mais insuffisamment pour permettre une communication « classique ». Le recours au « parler petit nègre » se révèle très fréquent et se combine souvent avec une recherche par tâtonnement d'un signifiant adéquat compris par le destinataire du message. Il s'agit, par exemple, de désigner les feuilles de la CAF par la couleur de leur papier, certains médicaments par la couleur de leur emballage ou un lieu dans la ville par la ligne de métro ou de bus utilisée pour s'y rendre.

À ces techniques de langage oral s'ajoute le recours aux gestes. Si la plupart du temps ils servent à accompagner un message oral, pour en faciliter la compréhension, il arrive que les gestes soient le seul mode de communication directe possible (dans le cas où une famille ne parle pas du tout le français).

« Tant qu'il faut les déshabiller et tout, je fais les gestes, je leur explique avec les mains et tout, mais après pour... c'est pas évident. Tu peux pas tout expliquer, t'as pas la langue... t'as pas la langue ! » (Karine, Auxiliaire de périculture).

L'absence de langage commun réduit considérablement le nombre d'informations transmissibles dans un sens comme dans l'autre. À cet outil, ici limité, que représente

¹⁷³ Deux autres procédés de traduction ont été mis en œuvre pendant notre temps d'observation. S'ils sont beaucoup moins fréquents (observé seulement une fois chacun), nous tenons tout de même à en rendre compte du fait leur originalité.

- Après de nombreuses tentatives pour se faire comprendre auprès du médecin une famille (kurde) demande à ce dernier s'il parle anglais. À partir de ce moment, la consultation s'est entièrement déroulée en anglais.

L'originalité de cette scène est due au fait que l'anglais n'est la langue d'origine d'aucun des acteurs en présence. La "conversation" s'est alors déroulée à l'aide de phrases courtes, très simples dans leur composition et uniquement au présent.

- Une mère, chinoise, ne parlant pas français et qui vient habituellement accompagnée de sa belle-sœur pour traduire se trouve être seule ce jour-là. Habitée du service elle connaît le parcours à suivre au cours de la visite. Elle exécute les mêmes actes que lors de ses venues précédentes et ne rencontre aucune difficulté durant la pesée et toute la première partie de la consultation. Toutefois, au moment de partir, la mère semble gênée. Sachant qu'elle ne pourra se faire comprendre, elle sort un téléphone portable de son sac et, s'adressant au médecin, dit « attend ! ». Elle compose un numéro et tend le téléphone au médecin. La consultation se poursuit alors et les différentes questions que cette mère avait à poser trouveront une réponse par traduction téléphonique interposée.

L'intérêt de cette anecdote est de montrer clairement l'importance de la communication interpersonnelle au cours des visites. Si tout ce qui est de l'ordre de l'habitude peut se passer de communication verbale, le moindre élément inhabituel demande, pour être compris et pris en compte, des explications qui dépassent la simplicité de l'exécution d'un rituel appris par cœur.

l'expression gestuelle s'ajoute dans certaines situations le recours à des supports écrits ou illustrés. Ce type de recours demeure rare pour la communication avec les usagers à l'intérieur des consultations. En effet, la plupart du temps, les documents écrits remis aux familles sont les ordonnances et les bons de lait. L'un comme l'autre ne servent pas à la communication et sont rédigés par le médecin et à destination d'une tierce personne, extérieure à la consultation (médecin ou pharmacien). Signalons tout de même le recours possible à des photocopies illustrés ou à des posters pour expliquer aux familles les quantités et horaires des biberons ou les recettes et ingrédients des soupes pour bébé.

Ainsi, malgré les lacunes et difficultés que comportent les différents modes de communication employés dans les consultations, les efforts quotidiens que font les uns et les autres pour communiquer participe pleinement à l'établissement d'une relation d'échange.

Tenir compte des caractéristiques particulières des usagers

Afin de rendre accessible aux familles le travail réalisé par le service, les professionnels se livrent à de nombreuses adaptations de leurs connaissances scientifiques, de leurs critères d'évaluation des situations familiales et des conseils de puériculture qu'ils délivrent. Cette adaptation aux situations rencontrées, aux modes de vie des familles et à leur situation sociale ne peut se faire qu'à l'aide d'une connaissance relativement approfondie du quartier dans lequel est implantée la consultation et de la population qui l'habite. Par l'expression « connaissance du quartier » nous entendons désigner une connaissance à la fois précise de la circonscription, dans le détail des rues, et générale, dans ce qu'elle est par rapport à la ville. Si une connaissance géographique s'impose rapidement pour les professionnels qui ont de fréquents déplacements à effectuer dans le « secteur », une connaissance de « la vie » du quartier est utile pour évaluer et comprendre nombre de situations ayant rapport aux activités qui s'y tiennent. Enfin, une connaissance de la population, dans sa composition et ses conditions de vie, est présentée par les membres du personnel comme étant indispensable pour effectuer leur travail¹⁷⁴.

« C'est vrai que la connaissance du secteur d'activité, du lieu de travail, c'est très important. (...) je crois qu'il faut avoir connaissance de tout ça dans ce que l'on

¹⁷⁴ Nous renvoyons ici, entre autres, au principe de « découverte de la pauvreté ».

propose aux gens, sinon on est complètement à côté de la plaque » (Dr Zuca, Pédiatre).

Est aussi compris dans cette connaissance du quartier, la connaissance des personnages et lieux « clefs » du quartier, permettant l'utilisation des réseaux et communautés qui s'y trouvent pour faire passer une information ou retrouver une personne¹⁷⁵. Mais cette connaissance n'étant pas toujours accessible aux professionnels, c'est ici que s'exprime pleinement le rôle des médiatrices de santé publique auxquelles la PMI à quelquefois recours.

Nous avons vu dans le paragraphe précédent comment en l'absence de « l'interaction idéale¹⁷⁶ » (Mehtoul, 1994) le personnel fait usage de procédés de langage diversifiés pour pallier les problèmes de compréhension auxquels il est confronté. Généralement mis en œuvre pour faire passer du mieux possible les messages délivrés, ces adaptations de langage correspondent aussi à des prises en considération des usagers des services en tant que personnes sociales.

Toutefois, plus que sur la forme, c'est sur le fond de leurs pratiques que les professionnels effectuent les adaptations les plus importantes, pour ne pas « parler dans des moulins à vent »¹⁷⁷ !

- Adapter les « règles »

« On s'adapte au secteur. En PMI, c'est pas l'hôpital. En pédiatrie, il y a toujours le même soin à donner, ce soin-là, il se donne toujours de la même façon. Nous en PMI, on est obligé de s'adapter à la population que nous avons » (Monique, Puéricultrice).

¹⁷⁵ Par exemple les familles logeant en hôtel ou en squat qui sont fréquemment amenées à changer de lieu.

¹⁷⁶ « Par interaction idéale, nous entendons, ici, l'intériorisation par l'utilisateur d'un certain nombre de règles sociales (respect, éducation, présence de la mère à la consultation, compréhension de la prévention, suivi des conseils dans le domaine de l'hygiène, etc.) qui permettent au médecin de parler le langage qui est conforme à son ethos » (Mehtoul, 1994 : 62).

¹⁷⁷ Cette expression, employée par la Dr Château au cours d'une discussion, dont on ne peut dire si elle est un lapsus ou si elle fut volontairement construite, exprime très clairement le processus d'adaptation des pratiques auquel se livrent les intervenants. En effet, « parler dans des moulins à vent » est la contraction entre deux expressions populaires qui sont « parler dans le vent » et « se battre contre des moulins à vent ». La première désigne l'action de parler sans être écouté, entendu, compris. La deuxième est l'équivalent d'un combat impossible, tel que l'exprime le mythe de Sisyphe, combat mené face à un processus de perpétuel recommencement. Ainsi, quand ce médecin déclare adapter ses pratiques pour ne pas « parler dans des moulins à vent », il manifeste simultanément sa tentative d'adaptation aux familles pour être en phase avec leur capacité d'agir d'une part et d'adaptation aux éléments qu'il n'est pas en mesure, ou qu'il n'estime pas nécessaire, de faire changer (au premier rang desquelles figurent les habitudes alimentaires) d'autre part.

Un premier type d'adaptation « sur le fond » peut alors être identifié dans la manière dont les professionnels font varier les règles de fonctionnement et les critères d'évaluation des situations familiales.

Sur le ton de la plaisanterie, et peut-être davantage sur celui de l'ironie, une puéricultrice nous disait un jour « ici, si tu regardes bien, il faudrait toutes les signaler », laissant entendre par là qu'une application stricte des critères d'évaluation qui sont fournis aux professionnels inscrirait quasiment toutes les familles d'une consultation dans la catégorie dite « à risque » ou maltraitante. Cette remarque, dont la mise en application n'est ni souhaitée, ni souhaitable, ni possible ou réalisable, informe principalement sur les conditions matérielles, économiques et sociales dans lesquelles vivent une grande partie des familles. La connaissance du quartier, à laquelle nous venons de faire référence, est un moyen pour les professionnels de relativiser les situations individuelles auxquelles ils sont confrontés.

« Le gros problème qu'on a dans ces quartiers-là c'est que quand on se préoccupe de savoir comment on va bouffer, comment on va s'habiller, comment on va se chauffer, comment on va se loger, enfin des « trucs vitaux », eh bien c'est vrai que le côté, le gosse parle pas trop bien le français, ça passe au second plan et c'est normal ! » (Dr Simon, pédiatre).

Ainsi, une partie de la réglementation officielle des consultations est parfois remise en question. Nous avons vu comment et pourquoi des prescriptions avec ordonnance peuvent être réalisées dans les consultations. Bien que cela ne soit pas du rôle des médecins de PMI, procéder de la sorte est vraisemblablement le seul moyen pour que certains enfants aient accès à des médicaments. Mais cette prise en compte des conditions de vie familiale se retrouve aussi dans la manière dont les prescriptions sont effectuées par certains médecins qui s'enquêtent avant tout de savoir si la famille bénéficie de la CMU. En fonction de la réponse donnée, la liste, déjà brève, des produits prescrits sera écourtée et le médecin fournira lui-même les produits dont il dispose dans le service.

D'autres règles peuvent aussi être déplacées en fonction d'éléments de connaissance dont disposent les membres de l'équipe sur une famille en particulier.

Un enfant d'environ 6 ans et son frère (14 ans) arrivent à la consultation pour faire vacciner le plus petit. Le médecin refuse car aucun des deux n'est majeur et réprimande les secrétaires d'avoir fait attendre les deux enfants une heure dans la salle d'attente. Puis l'équipe demande aux enfants s'ils ne peuvent prévenir quelqu'un de la famille qui pourrait venir... les enfants, les yeux rivés au sol, répondent par un « non » timide de la tête. Les membres de l'équipe se concertent alors entre eux pour trouver une solution. « Le père ? - non, non. - La mère ? - Non, la mère elle est...tu sais bien... - Et il n'y a personne ? - Il y a

le frère... 17 ans... » Le médecin conclut alors « ah oui, bon d'accord, OK, c'est vrai. Je vais te vacciner quand même ».

Ici, la règle de sécurité médicale demandant que tout enfant mineur soit accompagné d'un adulte pour être reçu est « mise entre parenthèse » pour permettre à cet enfant de bénéficier de la vaccination. Connaissant la situation familiale des deux garçons, l'équipe estime préférable pour la santé du jeune enfant de le vacciner tout de même. Un maintien strict des règles du service aurait soit empêché cet enfant d'être vacciné soit créé des complications familiales qu'il semble mieux valoir éviter.

Les évaluations portées sur les familles et sur les soins et attentions dont bénéficie un enfant sont pondérées par l'observation générale des conditions de vie. Les critères de signalement sont eux aussi revus et reconsidérés au regard des possibilités psychologiques, économiques et sociales des parents.

« Il faut dédramatiser et faire attention. Parce que c'est des familles fracassées et les gamins tu n'en feras pas des lumières, au moins qu'ils ne soient pas mal traités, au moins qu'ils soient traités. Parce qu'ici, sur le secteur, c'est aussi beaucoup la non-traitance. Des enfants qui sont livrés complètement à eux-mêmes, qui n'ont pas de règles, qui n'ont pas de consignes » (Maïté, Puéricultrice).

De fait, les familles sont souvent considérées dans une perspective d'évolution, dans un suivi chronologique. Ce ne sont plus les critères objectivés d'une situation observée à un moment donné qui sont pris en compte mais davantage les éléments de progression, de régression ou de stagnation dans la relation à l'enfant. Une puéricultrice nous confie, à propos d'une mère de trois enfants, dont les deux premiers ont déjà fait l'objet de procédure de signalement pour maltraitance « on y arrive petit à petit, le bébé elle ne le touche pas, pour les deux grands, bon... ». Cette relativisation des principes, si elle permet avant tout une adaptation des critères de surveillance aux conditions de vie des familles et plus généralement à la réalité sociale des catégories les plus défavorisées de la société, participe aussi de cette posture empathique dont nous faisons état précédemment et, par répercussion, permet de maintenir un lien avec les familles.

« Pour essayer de garder le contact, pour essayer de... tu peux pas les casser chaque fois, chaque fois, chaque fois. Il faut trouver le bon côté et les valoriser par ce bon côté-là » (Maïté, puéricultrice).

Parallèlement à ces adaptations des règles de fonctionnement et des critères d'évaluation, d'autres adaptations se font aussi sur les conseils de puériculture délivrés aux mères.

- Adapter les conseils

Pour les conseils de puériculture, nous avons principalement observé deux types d'adaptations : des adaptations relatives aux habitudes sociales et culturelles des familles d'une part et des adaptations aux conditions de vie socio-économiques d'autre part.

Pour ce qui relève des habitudes sociales et culturelles, les pratiques alimentaires, dans lesquelles les conseils de puériculture sont fort nombreux, se placent au premier rang. En ce domaine, les « régimes » proposés aux familles sont composés sur la base des pratiques culinaires françaises. Face à des habitudes alimentaires provenant de cultures différentes, médecins et puéricultrices sont très fréquemment conduits à évaluer les qualités nutritionnelles d'aliments qui leur sont « inhabituels ». Ils sont ainsi tenus de dire aux familles si le manioc est suffisamment digeste pour les jeunes enfants, si le mil contient du gluten, ou encore de préciser que si « le couscous est un aliment merveilleux dans lequel il y a tout pour un enfant », il faut « éviter d'y mettre trop de harissa ». D'un autre côté, la conception même du repas comme instant privilégié de la vie familiale occupant une place importante dans la socialisation et le développement affectif de l'enfant est aussi fréquemment remise en cause par les pratiques familiales.

Dans un autre domaine, le personnel conseille les familles sur le choix des « produits » à utiliser pour l'enfant. Alors que les règles apprises lors de leur formation préconisent l'usage de liniment, les membres du personnel après discussion avec les familles, s'accordent sur l'usage du beurre de karité ou de l'huile d'olive. Ils doivent aussi savoir si les « petites tisanes » que font les mères (généralement à base d'anis étoilé) seront efficaces dans telle ou telle situation.

Toutefois, l'adaptation des conseils relatifs à l'hygiène et à l'alimentation, s'effectue le plus souvent sur la base des situations socio-économiques dans lesquelles se trouvent les familles. Ainsi cette scène observée en salle de pesée :

Pendant la pesée, la puéricultrice remarque des irritations sur le corps de l'enfant et après un « examen » plus minutieux conclue que l'enfant n'a pas été lavé depuis plusieurs jours.

P- Vous ne le baignez pas tous les jours votre enfant ?

M - non

P - Et pourquoi ? Il faut le baigner tous les jours »

À la vue de l'air gêné qu'adopte la mère, la puéricultrice n'entre pas dans des explications sur les motivations hygiéniques de sa remarque mais poursuit par une nouvelle question :

P - Vous avez le chauffage chez vous ?

M - Non, il fait froid

P - Et vous n'avez pas une fenêtre avec un petit coin de soleil ?

M - Je suis à l'hôtel, au rez-de-chaussée...

La suite de l'intervention consiste à expliquer comment il est possible de baigner un bébé, sans eau chaude, ni chauffage, sans risquer qu'il ne s'enrhume.

Ces adaptations des règles, des conseils et des critères d'évaluation recouvrent alors l'ensemble du domaine de la puériculture.

« Donc petit à petit on s'y est fait, c'est là que j'ai vu qu'il y avait encore beaucoup de français illettrés, des gens complètement en marge ; pas du tout les mêmes façons de vivre, pas du tout les mêmes priorités. Nous, à l'école, on nous apprend le bain, tremper le coude dans l'eau pour voir si c'est tiède et tout. Ben, à domicile on s'habitue à laver le gamin dans une casserole si on a une casserole, faire bouillir de l'eau quand on peut, puis on trouve un morceau de savon. Et la cuisine c'est pareil, on met ce qu'il y a. Quand on fait faire les régimes, ce qu'on nous apprend à l'école..., nous maintenant en PMI, on regarde dans les placards ce qu'il y a et on fait avec ce qu'il y a. Plutôt que de dire à la maman d'acheter de la viande quatre jours par semaine, là on regarde dans les placards, on dit à la maman, aujourd'hui vous pouvez faire ça, là vous pouvez faire ça. C'est plus du tout la même chose, il faut adapter. Parce que ce que tu apprenais à l'école, c'est tout de la théorie en fait et après quand il faut le mettre en pratique sur le terrain, tu ne peux plus faire de la théorie. Quand tu dis aux parents de faire bouillir le biberon pendant tant de temps et tout ; quand ils vivent en caravane, qu'ils sont six ou sept dans une caravane, tu te doutes bien que faire bouillir l'eau pendant 20 minutes, c'est du temps perdu, c'est du gaz gaspillé, c'est du danger pour les gamins qui sont là avec la flamme et tout, il y a plein de choses que tu adaptes après » (Maïté, Puéricultrice).

Relatant le décalage entre la théorie apprise à l'école et ce qu'il est possible de faire « en pratique » avec les familles, cette puéricultrice passe en revue l'hygiène corporelle, l'hygiène alimentaire, la nutrition et sans l'évoquer directement, le sommeil. Comment faire dormir un enfant dans une chambre calme et séparée en vivant à « six ou sept dans une caravane » ? Elle exprime ainsi l'existence d'une compétence professionnelle développée par la pratique (on s'y est fait) et l'adaptation du service et de son action aux conditions de vie des familles.

Éviter l'opposition directe

Les deux principes d'adaptation que nous venons de détailler permettent aux intervenants d'éviter un trop grand décalage entre ce qu'ils demandent aux familles et les « résultats » qu'ils obtiennent. Réciproquement, cela évite aux familles d'être trop à l'écart des normes préconisées par le service. C'est à ce double mouvement que renvoie avec un brin d'humour cette jolie formule « d'éviter de parler dans des moulins à vent ».

« C'est vrai qu'on peut toujours dire aux gens qu'il faut coucher les enfants au calme, dans une chambre, seul. Ça sert à rien, au contraire ça met peut-être les gens encore plus en difficulté, de leur dire ça quand on sait que c'est pas possible... » (Dr Zuca, Pédiatre).

Cette adaptation aux familles permet avant tout d'exécuter les tâches quotidiennes (faire passer les conseils de puériculture, s'assurer qu'une mère a bien compris ce qui lui a été dit, être certains que l'enfant est à jour de ses vaccins, composer un repas...). En cas de refus, ou d'impossibilité de s'adapter à une situation familiale, la crainte principale des professionnels est d'entrer dans une confrontation ouverte avec la famille. En effet, la PMI étant un service de proposition, elle ne dispose que de peu de moyens pour forcer les familles à venir régulièrement aux consultations. En cas de conflit avec un intervenant, une mère peut refuser de revenir et cesser tout contact avec les membres du service. La conséquence d'une telle décision étant, pour le service, la perte du suivi régulier d'un enfant. Ainsi, ces modes d'adaptation sont aussi un moyen pour les professionnels de ménager les mères et leurs pratiques dans un souci de préserver la relation et le suivi qui déjà en place. « Pour essayer de garder le contact... tu peux pas les casser chaque fois » nous disait Maïté à ce propos.

Ainsi, cette volonté de rester accessible aux familles, par souci d'efficacité, génère en retour, pour ces dernières la sensation, lorsqu'elles s'adressent à la PMI, d'avoir recours à un service adapté à leur situation et à leurs demandes, sur lequel elles peuvent compter.

d. Laisser le choix

Au cours de leur visite, les usagers disposent d'un certain nombre de possibilités dans leur relation aux intervenants. Ils ont alors un minimum de choix sur l'intervenant qui sera leur « interlocuteur privilégié », ainsi que sur lieu de la rencontre, celui de la discussion et la fréquence de celles-ci. Cette latitude participe alors grandement de l'appropriation des consultations par les familles.

Le choix de l'interlocuteur

Au fil des discussions anodines qui se tiennent dans les consultations des liens se tissent entre un intervenant en particulier et un membre d'une famille en particulier entraînant une personnification des consultations. Certaines familles finissent alors par avoir « leur » puéricultrice et « leur » médecin...

Une mère comorienne qui fréquente régulièrement la consultation demande en salle de pesée :

M - C'est qui qui est là aujourd'hui ? C'est le docteur vieux ou c'est le maigre ?

S - C'est la jeune

M - Parce que je voulais voir le vieux, parce que j'ai un problème de sucre, je

voulais savoir si je pouvais allaiter

La puéricultrice regarde les résultats d'analyse et le traitement et va demander au médecin.

Dr - Il faut pas qu'elle attende pour aller voir son docteur

P - Il faut que vous demandiez à votre docteur. Vous êtes suivi par un docteur ?

M - Oui, il m'a dit que je pouvais allaiter, mais je voulais savoir vous, si vous disiez...

Venant « officiellement » à la consultation pour faire peser son enfant, cette mère en profite pour demander un contre-avis médical sur des analyses qu'elle a subies. Alors que cette interprétation de résultats n'est à priori pas en lien avec une quelconque relation personnelle, le fait que cette mère souhaite voir un médecin en particulier souligne très clairement que c'est sur la base d'une relation déjà établie que cette mère vient demander une seconde lecture de ses analyses.

Réciproquement, les intervenants des services en viennent à « avoir leurs familles », celles avec lesquelles ils s'entendent bien et celles qu'ils n'aiment pas. Ainsi cette secrétaire qui nous confie :

« Cette mère, je l'aime pas moi. Elle s'est plaint de nous et ça c'est pas bien. Elle est venue un jour, elle était enceinte. La fois d'avant elle est venue nous voir pour une dispute avec son mari. Alors Maïté lui a dit "vous savez, si vous divorcez, c'est pas grave..." Alors elle l'a super mal pris en disant qu'on était que des divorcés et tout. Du coup elle a pas voulu nous le dire qu'elle était enceinte. Elle a fait un gâteau, elle est venue en le cachant et elle l'a donné au docteur en lui disant " c'est que pour vous le gâteau ". C'est pas pour le gâteau, je m'en fous, c'est pour le comportement. Alors le café et tout maintenant elle, c'est fini ».

Ces relations sont entretenues et encouragées par le mode de fonctionnement des consultations. Ainsi quand une famille semble préférer tel ou tel professionnel, ces derniers n'attendent pas toujours que cela soit explicité pour s'en saisir.

Lors d'une consultation dans une MDS¹⁷⁸, une famille arrive en salle d'attente. La puéricultrice de la consultation s'adresse alors à l'auxiliaire de puériculture. « Va chercher Monique, elle est dans le bureau en haut, dis-lui qu'il y a la famille B. qui est là ». Puis la puéricultrice s'adresse à nous « Monique n'est pas de consult' aujourd'hui, mais je lui ai dit d'aller la chercher, parce qu'avec elle ça se passe bien ».

Mais au-delà de cette personnification des rôles professionnels, selon lesquels les familles ont « leur médecin » et « leur puéricultrice », des relations interpersonnelles dépassant ces rôles et statuts s'établissent. Les familles ne viennent plus alors à la consultation pour voir tel médecin ou telle puéricultrice mais telle personne en particulier. Si ces relations se construisent au départ sur la base de ce que nous venons

¹⁷⁸ Les Maisons Départementales de la Solidarité regroupent à la fois les bureaux personnels des professionnels, les locaux administratifs des circonscriptions et des espaces de consultation.

de décrire, elles prennent une autre orientation dès lors qu'un intervenant en particulier sera dépositaire d'une confiance de la part d'une mère. Nous retrouvons alors le rôle de lieu d'écoute que jouent les consultations. Sans formation professionnelle particulière à l'écoute, les intervenants des consultations se retrouvent tous au même niveau dans cette pratique de l'écoute empathique. Quel que soit le titre, le poste, ou le rôle officiel qu'il occupe, dès lors qu'une mère trouve en un intervenant particulier « son » écoutant, c'est auprès de cette personne qu'elle continuera de se confier.

Le choix de l'endroit

Les centres de consultation sont des lieux particuliers qui peuvent être divisés en différents espaces plus ou moins appropriables par les familles. En fonction des personnes qui s'y trouvent et des activités qui s'y tiennent, nous avons identifié différentes formes d'appropriation de ces espaces, de « l'espace usager » qu'est celui de la salle d'attente (et du couloir pour les centres qui en disposent), à « l'espace médical » qu'est le cabinet de consultation en passant par un « espace intermédiaire », celui de la salle de pesée. Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, la configuration des locaux mais aussi la composition des équipes et la répartition du travail qui en découle auront tendance à attribuer de manière plus ou moins franche telle ou telle qualité d'espace aux différents lieux de la consultation.

Du fait même de ces qualités, l'expression des mères de familles sera plus ou moins libre, les conversations ne prendront pas la même orientation et les propos tenus par les intervenants ne seront pas perçus de la même manière. En effet, il ne se dit pas les mêmes choses entre deux portes debout dans un couloir ou en face à face dans un bureau fermé¹⁷⁹.

« Je propose toujours plusieurs endroits pour laisser au maximum le choix aux parents pour qu'ils se sentent le plus à l'aise » (Magali, EJE).

Une certaine attention est de fait portée aux lieux de discussion à l'intérieur de la consultation. Peuvent s'ajouter à ceux-ci, pour les éducatrices des jeunes enfants et pour

¹⁷⁹ Nous renvoyons à ce propos la description que fait Jean-Marc Weller de l'influence de l'aménagement des locaux sur l'expression des personnes atteintes du VIH dans des locaux de l'association AIDES. À la suite de la description des nouveaux aménagements effectués par les membres de l'association et de leur effet sur l'expression des usagers, il conclue « Indissociable de cet agencement, les militants peuvent dès lors entendre favoriser l'expression des sentiments plus ou moins confus des personnes touchées et les aider tout en conservant une attitude neutre. C'est pourquoi, conformément au modèle de la relation d'aide, l'architecture conceptuelle et matérielle de l'accueil décrit un mouvement de soustraction à l'espace public (importance de la confidentialité, de l'isolement des boxes, de la suspension de toute forme de jugement, etc.) » (Weller, 2002).

les puéricultrices, la possibilité de se rendre au domicile des familles, solution qui est fréquemment proposée dans les cas où un certain malaise est ressenti au sein de la consultation.

Revenir ou pas

Enfin, dernier élément dans les choix qui sont laissés à l'initiative des familles, celui de recourir au service ou de s'en abstenir. En effet, si certains examens de l'enfant sont obligatoires, la plupart sont « obligatoires par la loi » mais sans conséquence en cas d'abstention. Sur les dix-sept examens que comprend le suivi régulier d'un enfant entre zéro et six ans, seuls trois d'entre eux peuvent donner lieu à des répercussions directes s'ils ne sont pas effectués. La PMI ne peut obliger les familles à se présenter aux consultations et le suivi des enfants peut-être assuré, au choix, chez un médecin privé ou en centre de PMI. Il en va de même pour les visites à domicile proposées par les puéricultrices et les EJE. À l'exception de celles qui font suite à des procédures de signalement, rien n'oblige les familles à accepter une visite à domicile.

« Si vraiment elles ne veulent pas, on leur propose de revenir la semaine suivante à la consultation et si ça va mieux, ça va, et si ça ne va pas mieux, elles ont vu qu'on n'a pas fait le forcing pour y aller la première fois, elles sont un peu moins sur la défensive et elles acceptent plus facilement la deuxième » (Patricia O., Puéricultrice).

Cette liberté dont disposent alors les familles d'accepter ou de refuser les demandes et propositions de la PMI positionne favorablement l'action du service dans la construction de la relation.

e. Sous le sceau du secret, professionnel et partagé

Les différents éléments que nous venons d'exposer sont fondamentaux dans la construction des relations dans les consultations. Certains, notamment les échanges de parole, l'écoute et les confidences, qui font partie des plus importants, ne seraient pas possibles s'il n'avaient pas lieu sous le sceau de la confidentialité et du secret, condition sine qua non de ces relations.

Certes, il s'agit d'une forme particulière de secret, le secret professionnel, étendu à la forme du secret partagé. Tous les intervenants du service sont tenus au secret professionnel et doivent donc taire les informations, confidences et observations qu'ils peuvent faire ou obtenir au contact des familles. Cependant, dans le cadre du travail en

équipe, un certain nombre d'informations sont relayées d'un intervenant à un autre. Seules circulent les informations jugées nécessaires.

« Le principe du secret partagé, on doit donner ce qui peut être utile à l'autre dans son travail, mais pas tout » (Dr Simon).

Cette circulation des informations entre les différents intervenants n'est pas toujours connue des familles. Ainsi pour ne pas rompre la confiance entre un intervenant et une mère, ce passage d'information se fait généralement en fin de consultation, quand il ne reste plus que des membres de l'équipe dans les locaux. Lorsqu'une information importante doit être communiquée alors que la famille est encore présente, nous avons observé à plusieurs reprises une communication par « petit mots » écrits, des « post-it » glissés discrètement dans le dossier médical de l'enfant, permettant la circulation de l'information, sa prise en compte par les différents professionnels, sans éveiller la méfiance des familles ni remettre en question les bases de la relation établit. Dans les cas où ce qui est dit par un usager ou découvert par un intervenant est perçu comme un risque pour l'enfant ou une preuve de maltraitance, l'information est communiquée aux services concernés, généralement l'ASE ou les services sociaux. Dans ce cas, le secret professionnel est rompu mais la famille en est informée.

En invoquant ce principe du secret professionnel, nous rejoignons la conception que Simmel proposait du secret. « La part du secret varie selon l'intimité des individus, mais aussi en fonction des relations impersonnelles ou des relations plus personnalisées qu'il entretient » (Watier, 1996 : 116). Simmel attribue donc une double dimension au secret. Celui-ci désigne d'une part ce que nous ne savons pas d'une situation ou d'une personne et d'autre part ce que nous savons mais qui est tu. Cette approche établit un lien direct entre confiance et confidence, deux principes qui entrent en interaction dans la construction des relations qui unissent les usagers du service aux intervenants. Le nombre, la fréquence et le contenu des confidences tendent à donner à ces relations un aspect amical.

« Mais bon en même temps c'est important, parce que nous on se fait des collègues et tout et ben voilà ces gens, à la limite ils nous considèrent presque comme un collègue de quartier ou je sais pas » (Florence, puéricultrice).

Simmel explique aussi qu'une relation amicale n'implique pas l'ensemble d'une personnalité mais seulement quelques-unes de ses multiples facettes. Ce principe des « amitiés différenciées qui nous lient à telle personne par la sensibilité, à telle autre par des affinités intellectuelles, à une troisième en raison d'impulsions religieuses, à une

quatrième par des souvenirs communs – elles représentent toutes du point de vue du problème de la discrétion ou de la dissimulation de soi, une synthèse tout à fait particulière ; elles exigent que les amis n’aillent pas plonger leur regard dans les domaines d’intérêts ou de sentiments qui ne sont pas inclus dans la relation, ce qui rendrait douloureusement sensible la limite de la compréhension réciproque » (Simmel, 1996 : 33).

Cet extrait de *Secrets et sociétés secrètes* nous renvoie à plusieurs points de la relation intervenants/usagers. Si la relation d’amitié, en supposant que l’on puisse parler ici de relation d’amitié, suscite d’avoir des points d’accroche, il serait ici celui du développement de l’enfant, de son bien être et du bon déroulement de son éducation. Le second point auquel nous renvoie cet extrait (« que les amis n’aillent pas fouiller dans les domaines qui ne sont pas inclus dans la relation (...) ») nécessite de définir les domaines compris dans la relation. Ici, la dimension temporelle et celle de la confiance entrent en jeu. Plus une famille parlera à un intervenant, plus elle donnera de dimensions possibles à la relation. Le nombre et la variété des éléments abordés dans les discussions, et donc inclus dans la relation, varient et évoluent au fur et à mesure au fil des visites qui se succèdent. Conscients de ce principe, les intervenants jouent sur le nombre de visites et sur l’orientation des discussions en fonction de leurs observations et des informations qu’ils cherchent à recueillir. Et le fait que le personnel du service soit tenu au secret professionnel, quand bien même celui-ci est-il partagé, aide considérablement à l’établissement de cette relation. Toutefois cette obligation du secret professionnel n’est que rarement abordée en tant que telle et la définition même du service et de ses attributions devrait permettre aux familles de savoir dès le départ qu’« on fait pas non plus du voyeurisme, on n’est pas là pour récolter plein d’informations et rien en faire » (Christine, Auxiliaire de puériculture).

Alors, au-delà de ce principe de secret professionnel, qui peut tomber sous le coup de l’obligation légale, il semble que la relation qui s’établit dépende davantage d’un pacte moral implicite, intimement lié au fait que l’ensemble de la relation se joue au cours de conversations orales. Rien, ou presque, de ce que livre une famille n’est consigné par écrit. Ce principe de l’oralité oblige systématiquement à des rencontres en face à face, ou tout du moins de personne à personne dans le cas de conversation téléphonique, préservant ainsi la discrétion des confidences. Ce qui est dit à une personne n’est dit qu’à celle-ci et ne figure dans aucun dossier susceptible d’être lu par

une tierce personne. C'est alors sur un engagement personnel et moral de chaque professionnel que tiennent ces relations. L'engagement moral en tant que pacte de confiance permet d'éviter la signature d'un contrat écrit qui, s'il « permet de restreindre les risques, dénature profondément la nature de l'intervention »¹⁸⁰ (Karpik, 1995 : 449).

Encore nous faut-il, pour terminer ce chapitre, comprendre la « nature de l'intervention » ; comprendre pourquoi ce travail relationnel, la construction de relations « privilégiées » avec les usagers semble si important pour le bon fonctionnement des consultations de protection infantile et expliquer le type d'intervention que ces relations permettent.

C'est par le rôle et la position institutionnelle de la PMI et dans les conséquences que cela entraîne en termes de représentations du service pour les population auxquelles il s'adresse que nous expliquons l'importance qui accordée à la construction des relations intervenants/usagers.

f. Les raisons de la méfiance

Les missions de surveillance et d'éducation sanitaire qui incombent au service suscitent, pour de nombreuses familles, de la méfiance à l'égard de celui-ci. Du fait du maillage institutionnel dans lequel s'insère la PMI, certaines familles, en situation de contentieux ou de détournement de certaines règles de fonctionnement de l'une ou l'autre de ces institutions¹⁸¹ peuvent nourrir une grande méfiance vis-à-vis de la PMI et de ses intervenants.

¹⁸⁰ « Mais pourquoi passer par la confiance et non par la règle ou le contrat ? Une règle peut réduire autoritairement le pouvoir discrétionnaire en l'enserrant dans un ensemble de contraintes, mais une telle pratique, qui équivaut à remplacer des solutions individuelles par des formes d'action typiques, si elle permet en effet de restreindre les risques, dénature profondément la nature de l'intervention » (Karpik, 1995 : 449).

¹⁸¹ Rappelons brièvement les principales institutions avec lesquelles la PMI entretient des contacts

-*Les écoles maternelles* : les professionnels peuvent avoir un regard sur la régularité de la scolarité de l'enfant mais surtout, en contact avec les instituteurs, ils sont informés des relations entretenues avec les autres enfants ainsi que celles qu'entretiennent les parents avec le corps enseignant

-*L'Aide Sociale à l'Enfance* : elle symbolise l'échec dans l'éducation d'un enfant, les enfants de l'ASE sont ceux « à problème ».

-*Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et Centre Médico-Pscho-Pédagogique (CMPP)* : l'orientation des enfants vers ce type de structure est souvent vécue comme une mise en cause biologique de l'enfant, à laquelle s'ajoute l'aspect « psy » de ces structures, autour duquel de nombreuses représentations de la folie sont mobilisées.

Pour toutes les personnes vivant dans la clandestinité, et donc dans la crainte de la dénonciation ou d'un accroissement de la visibilité de leur situation, la méfiance générale vis-à-vis de l'ensemble des institutions et de leurs acteurs se retrouve dans les comportements adoptés vis-à-vis de la PMI. Mais les personnes « sans papier » sont loin d'être les seules à éprouver de la méfiance envers la PMI.

Par les observations faites au cours des visites à domicile, les intervenants de PMI accèdent parfois à des informations que les familles cherchent à dissimuler. Il en est ainsi des situations de « détournement » d'allocations versées par tel ou tel organisme (la CAF arrivant en tête de la liste). Il en va ainsi de fausses déclarations effectuées à propos de l'absence de conjoint au domicile, permettant de bénéficier de l'API (Allocation Parent Isolé), du nombre d'enfants à charge (pour les allocations familiales), du nombre de personnes hébergées (pour les Aides pour le Logement), de la scolarisation des enfants... ces fausses déclarations représentant pour ceux qui les tiennent une source de revenus. La crainte éprouvée est alors celle de la révélation, volontaire ou non, de ces irrégularités par les professionnels de PMI auprès de l'institution concernée.

En plus de cette méfiance suscitée par le positionnement institutionnel des services, des réticences peuvent être développées par les familles vis-à-vis du rôle éducatif et sanitaire que recouvre le travail des intervenants. Sur chacun des principaux axes de la PMI (hygiène, nutrition, sommeil, relation affective), les règles éducatives et de puériculture de référence sont parfois en décalage avec les pratiques des familles. Ces dernières peuvent alors craindre d'être jugées sur leurs pratiques, de se voir attribuer une image de « mauvaise mère » ou d'être simplement confrontées à des règles perçues comme trop normatives.

-La Caisse d'Allocation Familiale : La CAF envoie à la PMI les déclarations de grossesse et d'accouchement et la PMI envoie à la CAF les certificats de santé des 8^{ème} jours, 9^{ème} et 24^{ème} mois, sans lesquels la CAF suspend les allocations.

-Les maternités : font de nombreuses liaisons et des signalements auprès de la PMI en fonction de différents éléments observés lors de l'accouchement. Il arrive que des mères présentent des réticences à se présenter à la consultation par suite d'un séjour à la maternité qui s'est « mal passé ». Ces mères craignent alors d'éventuelles « représailles » à la consultation de PMI.

-Les services sociaux. En contact direct et régulier avec la PMI, pour le suivi des situations, pour recouper les informations et les déclarations... Cette proximité des services est connue des familles qui projettent parfois les représentations « répressives » des services sociaux sur les services de PMI.

-La justice : les professionnels de PMI disposent d'un contact direct avec le procureur de la république qui est mobilisé pour les signalements d'enfants en danger.

Face à la combinaison potentielle de ces éléments institutionnels et éducatifs, certaines familles redoutent une procédure de signalement, le rôle de la PMI dans le déroulement de ces procédures n'étant pas inconnu des familles. Véritable épée de Damocles dont l'ombre est d'autant plus présente que les familles sont dans des situations de précarité, les conséquences les plus importantes de ce type de procédure étant la destitution des droits parentaux, le retrait de l'enfant de son milieu familial et son placement en foyer ou en famille d'accueil. Nous comprenons dès lors pourquoi nombre de familles se méfient des services de PMI et ne s'y rendent qu'avec réticence, quand elles s'y rendent.

À la lumière de ces éléments, il apparaît qu'une des principales fonctions de ce travail relationnel est de vaincre les réticences des familles, d'atténuer leur méfiance vis-à-vis du service et de gagner leur confiance.

2. Une relation de confiance ?

Fréquemment cité par les intervenants de PMI comme un élément fondamental de leur pratique, la « confiance » est une notion dotée d'un sens commun extrêmement fort difficile à définir avec précision. Mobilisée de toute part dans des sens très variés¹⁸², elle désigne tout à la fois des relations, des sentiments, des sensations, des prédictions, et d'autres choses encore qui, si elles semblent claires à la première écoute, se dérobent sous les outils de l'analyse descriptive. Ainsi, avant d'analyser ce que permet la mobilisation de relations de confiance dans le fonctionnement du service et la réalisation de sa mission de prévention, un détour théorique autour de cette notion aux contours extrêmement fluides s'impose.

Le terme de confiance caractérise simultanément « une relation et l'espoir fondé sur cette relation ; une attitude et un comportement ; une propriété (ou une faculté) et une croyance ; une norme sociale et un calcul ; le produit d'une interaction et un arrangement institutionnel ; un rapport et une ressource ; une institution et une interaction ; un engagement et une routine, etc... » (Mangematin et Thuderoz, 2003 :

¹⁸² Quand un Premier ministre se fixe comme objectif « *de redonner confiance aux Français* », qu'un économiste parle de « *l'indice de confiance des investisseurs* », ou qu'une banque prend comme slogan de lancement « *la confiance a de l'avenir* », non seulement ces formules désignent des choses extrêmement variées mais seul le sens commun nous permet de les entendre ; elles ne résistent pas à une simple lecture attentive.

23). Ce constat amenait Geraldine Bloy à écrire à propos de la confiance dans la relation patient/médecin : « la confiance est presque toujours muette quant aux raisons qui la motivent, elle ne peut se présenter comme une procédure explicite de justification et d'argumentation autour de la question du pourquoi, comment il se fait que je garde ma confiance à tel ou tel praticien. La confiance se dissout dans l'explication, elle s'autodétruit à être trop questionnée » (Bloy, 2001 : 298).

Sans doute alors est-ce à l'intersection de la fréquence de ce sentiment et de son aspect mystérieux et volubile qu'il faut comprendre l'intérêt qu'y portent les sciences sociales depuis plus d'un siècle maintenant. Sans jamais en venir à bout, de nombreuses typifications et catégorisations de la confiance ont été produites, toutes aussi valides, toutes aussi incomplètes (Mangematin et Thuderoz, 2003). Malgré tout, dans la pluralité des expressions faisant usage de cette notion, se trouve un point de convergence sur la projection dans l'avenir et une forme de croyance dans certains des possibles que peut offrir cet avenir. Le terme de confiance tel qu'il est généralement mobilisé est alors une demande de croyance dans le discours qui est présenté, croyance dans les promesses que contient ce discours mais aussi croyance en la personne, pas nécessairement physique, qui tient ce discours. Retenons pour notre analyse la définition très large que Jean-Michel Servet donne de la confiance : « état d'une personne, d'un groupe ou d'une institution face à un objet, un mécanisme, un animal, un environnement, un groupe ou une institution ; cet état est fondé sur des éléments affectifs ou sur un ensemble d'informations et permet d'anticiper une réaction ou un comportement dans telle ou telle situation » (Servet, 1994).

Dans les entretiens, comme dans les discussions entre intervenants, la référence à la confiance s'est révélée relativement fréquente. Il s'agissait de désigner une mère « qui n'a pas confiance » ou qui à l'inverse « est en confiance » ou bien d'« instaurer un climat de confiance » ou de « chercher à établir la confiance ». L'analyse de ces différents usages et des situations dans lesquelles ils avaient lieu, nous a permis de constater que si la « relation de confiance » semble très importante, elle est surtout très diverse. Ainsi ce terme n'est pas seulement mobilisé pour désigner la relation professionnel/usager mais sert aussi à expliquer la relation des usagers au service ou le sentiment éprouvé par un professionnel au cours de son travail. Ces divers usages désignant alors les relations entre individus, groupes d'individu et institutions et les différentes combinaisons possibles entre ces trois éléments.

L'analyse montre alors que la confiance est importante à quatre niveaux différents : l'intra-personnel, l'inter-personnel, l'intra-institutionnel et l'inter-institutionnel¹⁸³. Par ces quatre appellations nous entendons désigner différents lieux dans lesquels la confiance semble être nécessaire au bon déroulement des situations.

a. Les quatre lieux de la confiance en PMI

Par confiance intra-personnelle, nous entendons désigner la confiance qu'une personne développe et en ce qu'elle fait. Dans les consultations de PMI ce principe de confiance intra-personnelle peut être éprouvé aussi bien par les intervenants — qui doivent passer une première période d'apprentissage sur le tas avant de se sentir en pleine maîtrise de leurs activités de travail — que par les usagers — nous avons vu le rôle que jouent les consultations pour rassurer les mères sur les pratiques éducatives et les angoisses du quotidien —.

Le niveau de confiance inter-personnelle désigne la confiance qui peut s'établir entre deux individus. Pour ce qui nous concerne, ce terme s'applique aussi bien à des relations entre deux intervenants d'une même équipe — condition *sine qua non* au bon fonctionnement des consultations (cf. ch.IV) — qu'à des relations entre intervenants et usagers des consultations.

Par confiance intra-institutionnelle, il s'agit de désigner la confiance que chaque intervenant accorde à l'institution dans laquelle il travaille. Mais nous plaçons aussi dans ce lieu de confiance intra-institutionnel, la confiance accordée par les familles à l'institution en elle-même, condition nécessaire à leur collaboration. Bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler de confiance entre différentes composantes d'une même institution, mais plutôt de la confiance qu'un individu extérieur accorde à cette dernière ; c'est en raison du caractère crucial de cette confiance que peuvent accorder les familles à l'institution, pour le bon fonctionnement de celle-ci que nous la situons à ce niveau intra-institutionnel.

La confiance inter-institutionnelle désigne quant à elle la confiance qui est accordée au fonctionnement de l'ensemble du système dans lequel s'inscrivent les différentes institutions participant à la protection de l'enfance. La stabilité de ces

¹⁸³ Ces appellations ainsi que l'utilisation du terme de niveau nous sont propres et n'ont ici d'autres visées que leur intérêt pratique.

institutions étant nécessaire au bon fonctionnement de l'ensemble du système de prévention et de protection de la mère et de l'enfant.

Dans l'analyse que nous présentons ici, il est avant tout question de confiance inter-personnelle (entre usager et intervenant) et de confiance intra-institutionnelle (entre usager et consultation). Notre vœux sont de montrer l'articulation qui existe entre ces deux niveaux de confiance et comment le passage d'un niveau à un autre contribue à la réalisation de la mission de prévention du service.

b. La confiance chez Georg Simmel et Anthony Giddens

Georg Simmel lie intimement la confiance à la question du secret. Pour lui, la confiance sert à combler les espaces vides que laisse la connaissance inter-individuelle. En effet, si nous sommes amenés à faire confiance, c'est parce que l'autre ne peut jamais être totalement connu. « Celui qui sait tout [sur un autre être humain] n'a pas besoin de faire confiance, celui qui ne sait rien ne peut raisonnablement même pas faire confiance » (Simmel, 1996 : 22). À cela, Simmel ajoute que dans une société de la communication (ce qui est encore plus vrai aujourd'hui qu'à l'époque où il l'écrit¹⁸⁴), les relations sociales ne tiennent pas parce que nous savons des choses sur les personnes avec qui nous entretenons une relation mais bien parce que nous acceptons de ne pas tout savoir. La confiance étant alors la condition nécessaire pour rendre viable cette relation et l'acceptation de cette non-connaissance.

Quasiment un siècle plus tard, Anthony Giddens propose une conception très différente de la confiance. Dans son analyse des conséquences de la modernité Giddens ne définit pas la confiance à partir de la notion de secret mais à partir de celle de risque. Il la présente alors comme une certaine forme de sécurité et en donne la définition suivante : « La confiance est un sentiment de sécurité justifiée par la fiabilité d'une personne ou d'un système, dans un cadre circonstanciel donné, et cette sécurité exprime une foi dans la probité ou l'amour d'autrui, ou dans la validité de principes abstraits (le savoir technologique) » (Giddens, 1994 : 41). Cette définition est alors contextualisée par rapport à l'évolution du monde et notamment au développement des moyens technologiques, qui, selon lui, affectent l'ensemble des relations humaines et donc la possibilité de la confiance. Ainsi, pour Giddens, « dans le cas d'une confiance envers

¹⁸⁴ *Secret et société secrète* fut publié pour la première fois en 1908.

des agents humains, la présomption de fiabilité implique l'attribution de « probité » (honneur) ou d'amour » (ibid. : 40). Il réduit alors la possibilité de confiance entre deux personnes à ces deux seuls cas de figure ; dans cette théorie les autres possibilités de confiance sont dirigées envers des systèmes abstraits¹⁸⁵.

De nombreux travaux ont poursuivi, modifié, critiqué, complété et affiné cette conception de la confiance. De ces travaux ressort une vision moins exclusive de la confiance mais le lien étroit de sa définition avec le contexte dans lequel elle se produit empêche toute typologie de l'emporter sur les autres.

Une des premières et principales raisons de la multiplication des débats et des typologies de la confiance réside dans le double niveau sur lequel se développent les recherches et raisonnements. En effet, lorsqu'il s'agit de discuter la notion de confiance, plusieurs dimensions doivent être soumises au questionnement. D'une part, il s'agit de discuter de l'objet sur lequel porte la confiance, s'il s'agit d'une personne, d'un groupe, d'une institution, d'un objet, d'une technologie ou d'éléments plus abstraits encore. À ces différents éléments correspondent différents sentiments de confiance, ce qui donne lieu à une première possibilité de typologisation. D'autre part, il s'agit de distinguer les différentes motivations, les différentes raisons pour lesquelles la confiance peut être accordée ou refusée (est-ce par habitude, par calcul économique, par conviction, par pari, etc), et ces différentes raisons donnent lieu à une seconde piste de recherche et de définition et autant de possibilités de typologisation¹⁸⁶. La multiplication de ces typologies est due au fait que la confiance se rapporte avant tout à une situation particulière et aux éléments qui entrent en jeu dans cette situation. De fait, il peut exister

¹⁸⁵ Giddens appelle « système abstrait » l'ensemble des « systèmes experts » et des « gages symboliques ».

Gages symbolique : « instrument d'échange pouvant circuler à tout moment, quelles que soient les caractéristiques spécifiques des individus ou des groupes qui les manient » (ex :l'argent).

Système expert : « domaine technique ou savoir professionnel concernant de vastes secteurs de notre environnement matériel et social ».

¹⁸⁶ « Plusieurs typologies de la confiance ont été proposées depuis une vingtaine d'années. Les canoniques, comme celles de Lynne Zucker (1986) ou de Anthony Giddens (1994) : confiance interpersonnelle, ou *intuitu personae*, ou *personal trust*, d'un côté ; confiance institutionnelle, ou *system-trust*, d'un autre. Les classiques : confiance « verticale » ou « latérale » (Fox, 1974), « décidée » ou « assurée » (Luhmann, 1988), mais aussi les confiance « fonctionnelle », « contractuelle », « de bonne volonté » (*goodwill trust*), « horizontale », « charismatique », « affectuelle » (*affected based trust*), « préventive » ou « dissuasive » (*deterrence trust*), « cognitive », « comportementale », « accélérée » (*swift trust*), « valorielle » (*value-based trust*), « bienveillante » (*benevolence trust*), « inconditionnelle », etc. Ces typologies constituent des points de repères pour mieux cerner la notion de confiance et ses définitions dans les différentes disciplines en sciences sociales » (Mangematin et Thuderoz, 2003 : 250).

autant de typologies de la confiance que de types de situations dans lesquelles elle est rencontrée¹⁸⁷.

Retenons, pour notre part, une dichotomie récurrente et fort opérante pour nous entre deux principes de confiance, la confiance interpersonnelle (personal trust) et la confiance systémique (system trust) (Lorenz, 2003).

- *la confiance interpersonnelle (ou individuelle)* qui est placée dans des individus ou un groupe d'individus. « [Elle] est à la fois le produit et la condition du bon fonctionnement de relations interpersonnelles, la connaissance mutuelle des personnes en présence et la qualité de celles-ci fournissent l'assurance de pouvoir éviter les effets de défiance ou d'opportunité » (Lallement, 2003 : 35)

- *la confiance systémique*, placée dans un système (bancaire ou juridique par ex.) et qui transcende l'expérience personnelle ou les relations de face à face. Ce dernier type recoupe de près la définition de la confiance dans les systèmes abstraits que donne Giddens.

3. Le pourquoi de la confiance

À court terme, les échanges verbaux et le positionnement adopté par les professionnels, notamment la mobilisation du principe d'empathie, ont pour effet d'installer les familles dans le service, de rendre leur venue agréable, de faire en sorte qu'elles ne se sentent ni jugées, ni rabaissées lors de leurs interactions avec les professionnels. Réinstallées dans leur position de parent, assurées dans les efforts qu'elles font, rassurées vis-à-vis des doutes qu'elles peuvent avoir sur l'éducation de leur enfant, c'est en confiance que les familles peuvent se présenter dans les consultations ou recevoir les puéricultrices à leur domicile.

À long terme, en effet, cette confiance que les familles placent dans le personnel et dans le service en lui-même sert de levier d'action pour les intervenants. Cette

¹⁸⁷ Cela étant, à travers les nombreuses typologies de la confiance qu'ils énumèrent, Mangematin et Thuderoz (2003) notent un certain nombre d'éléments de définition communs à ces différentes approches :

- la confiance est de l'ordre d'une croyance
- elle se construit, soit de façon intuitive, soit de façon progressive
- elle est fragile et se détruit plus vite qu'elle ne s'acquiert
- elle a besoin d'instruments ou de supports pour se matérialiser, se rendre visible et utile

relation, quand elle s'établit, permet aux agents du service de présenter tous leurs faits et gestes sous l'angle du bien être de l'enfant et que cela soit plus facilement accepté par les familles. Cela est d'autant plus vrai dans les situations d'enfants en danger, pour les visites qui découlent d'un signalement, pour faire accepter les travailleuses familiales ou encore pour les décisions de placement d'enfant en famille d'accueil.

Ce mode de fonctionnement, par relation de confiance interpersonnelle, permet de résoudre de nombreuses situations et, cas rares mais significatifs, certaines mères en arrivent à remercier les professionnels d'avoir insisté pour leur retirer la garde de leur enfant.

Une mère dont l'enfant a été placé pendant un temps et qui se trouve toujours dans une procédure d'AEMO¹⁸⁸ me dit un jour « ils ont sauvé mon fils, ils lui ont trouvé un foyer où il est bien et tout. Aujourd'hui il va très bien, c'est grâce à elle (en me désignant « sa » puéricultrice), ils lui ont sauvé la vie ».

La relation construite sur plusieurs mois, le recueil de parole et l'implication progressive des intervenants dans le quotidien et l'intimité de cette femme auront permis de lui donner suffisamment confiance dans les professionnels, dans leurs paroles et dans leur mode d'intervention pour lui faire accepter le placement de son enfant, sans rancœur vis-à-vis du service et en bonne compréhension de l'intérêt que cela représentait pour sa santé et son développement. Plusieurs mois de travail auront été nécessaires pour que cette mère accepte de se livrer, pour comprendre la situation dans laquelle elle se trouvait et pour la convaincre qu'il était dans l'intérêt de l'enfant de la retirer temporairement de la cellule familiale. La puéricultrice en charge du suivi de cette mère nous dira à son propos :

« Et elle me le dit à moi parce que depuis des années on est là à rien faire avec elle, parce qu'il y en a qui disent qu'on fait rien avec les mères, donc, on est là à rien faire, à écouter, à capter, à leur tête moi je le vois quand il y a quelque chose qui ne va pas, à leur tête !(...) Donc il faut y aller très doucement et faire presque comme si c'était la mère qui nous le demandait. Donc on essaie de lui inculquer que ça serait bien si les enfants allaient dans un foyer, parce qu'après il y a des foyers ou par la suite les enfants apprennent à se lever à telle heure, à faire leur toilette et tout, où ils sont que le week-end et le mercredi chez les parents donc, petit à petit on le met, après c'est presque elle qui va nous le demander » (Maïté, Puéricultrice).

¹⁸⁸ L'Assistance Éducative en Milieu Ouvert est une mode de « placement » alternatif. L'enfant passe une partie de son temps dans un foyer ou dans une famille d'accueil et l'autre partie au domicile familial. Cela permet de soulager les mères et de suivre l'enfant sans le retirer totalement de sa famille.

Cas exemplaire et illustration parfaite du rôle que peut jouer la confiance d'une mère dans le service et ses intervenants sur la possibilité d'agir « sans heurt »¹⁸⁹ et d'assurer la mission de prévention et de protection de l'enfance dans de bonnes conditions.

Mais la confiance accordée par les mères n'est pas la seule à entrer en jeu dans le suivi des situations. Il est généralement nécessaire que les professionnels accordent leur confiance aux mères pour établir un suivi en réel partenariat avec la famille.

« Je me souviens d'une maman, il y a quelques années, plusieurs fois elle est arrivée, une fois avec l'œil, une fois avec le bras, pleine de bleus. Alors, une fois elle est tombée dans l'escalier, une fois elle avait rencontré la porte, la fois d'après c'était le buffet, bon. Finalement j'ai dit « écoutez c'est pas possible, soit vous avez un problème, soit... mais nous... » et elle me dit « je vais vous raconter mais ne le dites à personne ». Donc elle m'explique qu'elle se fait bastonner et puis elle m'explique pourquoi elle ne voulait pas qu'on le dise. Donc elle m'explique, je lui dis « d'accord, vous savez que je suis là, s'il y a quoi que ce soit, vous venez ». Et un jour, six ou sept mois après, elle vient à la consultation et elle me dit « voilà, c'est aujourd'hui qu'il faut faire ce que vous m'avez proposé ». Donc on lui a trouvé une place aux urgences, on a fait ce qu'elle voulait mais pendant six mois ou sept, je n'ai rien dit, ni à la puéricultrice, ni à l'assistante sociale, rien. Mais à chaque fois que je la voyais, je lui disais « vous êtes sûre ? », « non, non, non, ça va », « et le bébé n'est pas en danger ? », « non, non, je le protège ». Et effectivement, le bébé n'avait jamais rien. Et puis quand elle a décidé que c'était le moment parce qu'il y a eu d'autres enjeux, elle est arrivée avec son bébé, ses valises... Donc là, je ne peux pas le dire. Si le bébé avait eu des signes, là oui je serais passée outre. Je lui aurais dit, « je passe outre », je ne peux pas rester... Mais là, c'est un adulte, je ne pouvais rien faire. Mais elle savait qu'elle pouvait venir. Et quand elle a été prête, elle est venue et on a fait ce qu'il fallait pour l'aider » (Dr Menis, Pédiatre).

Au-delà de la confiance que la mère accorde au médecin et à l'action du service il est aussi question ici de la confiance que le médecin place dans la mère et son action. En effet, dans cette situation, il faut que le médecin soit persuadé que la mère prendra la bonne décision au bon moment pour la laisser seule décider de l'action à mener. Certes, comme il est dit dans cet extrait, la situation n'entre pas dans les conditions d'obligation d'agir (puisque l'enfant n'a jamais rien), mais si la confiance n'est pas établie, le médecin peut douter des capacités de la mère et demander des visites à domicile ou une enquête AEMO. La décision de laisser courir la situation, avec le risque qui l'accompagne, est uniquement possible grâce à la confiance placée en la personne de la mère. Ce qui nous ramène à la conception de la confiance exposée par Giddens.

¹⁸⁹ Toute les situations de placement ne se déroulent pas aussi bien, loin s'en faut.

Enfin, pour des situations moins importantes, mais sans aucun doute bien plus nombreuses et plus classiques, la confiance placée dans les mères peut être mobilisée pour faciliter certaines démarches, pour « lubrifier les situations » (Hammer, 2006).

Une femme originaire du Maghreb entre dans le cabinet de consultation

Dr - C'est à vous la grande (qui se trouve dans la salle d'attente)

M - Oui

Dr - Faites la entrer

Le médecin relit le dossier médical du bébé puis

Dr - Ça va, tout va bien. C'est juste une visite ?

M - Juste une visite !

Dr - Pour la vitamine c'est tôt mais comme je vous connais, je vais vous donner une ampoule et vous lui donnerez vers le 21 juillet

M - Oui

Dr - S'il fait chaud [la famille s'apprête à partir en Algérie pour les vacances] vous lui mettez un suppositoire de temps en temps.

Il ausculte l'enfant

Dr - Je ne m'attendais pas à ce que ce ne soit pas fermé (la fontanelle). Vous lui donnez une ampoule que je vous donne, vers le 21 août... parce que c'est pas fermé. (...) et le carnet ?

M - Je l'ai oublié

Dr - Bon, je vous écris (sur un post-it) et vous écrirez quand vous rentrerez. « À reçu un Uvdose 80 000 ». Voilà. Je vous fais confiance.

Le docteur remet les deux boîtes à la mère et c'est la secrétaire qui donne à l'enfant l'ampoule de vitamine qu'il doit prendre le jour même. La mère sort de la consultation et le médecin s'adresse à moi.

« La fontanelle devrait être fermée à 18 mois. C'est pour ça, à 16 mois je l'aide un peu, je lui donne (la vitamine). Les familles préfèrent en général un seul médecin, c'est bien, pour nous ça nous permet de les connaître, pour la confiance, c'est important ». La secrétaire reprend de loin « pour les fidéliser ».

Au cours de cette scène, observée un 17 juin, le médecin fournit à la mère de famille des ampoules de vitamine qui devront être administrées au bébé entre un mois et deux mois plus tard. Il a accepté de prendre la mère en consultation et de lui fournir les ampoules alors sans que la mère présente le carnet de santé de l'enfant (seule condition exigée pour permettre aux enfants d'accéder aux consultations). Certes, la notion de risque est ici faible, l'enfant est en bonne santé et les ampoules confiées à la mère ne sont « que » des vitamines (qu'elle les donne trop tôt ou qu'elle oublie de les donner à l'enfant ne le mettra pas en danger). Malgré tout, seule la connaissance que le médecin a de la mère et de ses capacités permettent de lui accorder suffisamment de confiance pour prendre ce risque (Quéré, 2001).

Conclusion

Nous venons de décrire les processus par lesquels s'établit la confiance entre intervenants et usagers des services. Nous avons vu que cette confiance se place à différents niveaux (entre deux individus, entre un individu et un groupe ou encore entre un individu et une institution) et qu'elle peut être orientée de différentes manières (univoque ou partagée). Cela nécessite de considérer comme acquis le fait que la confiance dans les institutions est une forme possible de confiance (Quéré, 2005).

Service de prévention ouvert à tous, composé de consultations installées au cœur des quartiers populaires, connu et reconnu par les populations défavorisées, couvert par la notion du secret médical, les motifs de recours aux consultations de protection infantile sont nombreux et variés. Proximité, secret et facilité d'accès font de ces consultations de réels services de première ligne.

Compte tenu de cette place et de ce rôle, les intervenants assurent un nombre important de réorientations des personnes vers des services extérieurs, aussi bien médicaux que sociaux. D'autre part, nous avons analysé, dans le fonctionnement des consultations et le comportement des intervenants, les différents éléments qui permettent de vaincre la méfiance des familles les plus réticentes, en situation de fraude, d'irrégularité ou de clandestinité : la relation construite sur le long terme, au cours de laquelle un intervenant aura pris le temps de connaître une famille, de comprendre les différents éléments qui composent la situation, en se tenant en retrait, sans juger, ni dénoncer. Tels sont les moyens dont disposent les intervenants pour « décider » (Luhmann, 2001)¹⁹⁰ les familles à leur faire confiance.

¹⁹⁰ Niklas Luhmann propose une distinction entre deux types de confiance, « Trust » et « confidence », traduit en français par confiance décidée (trust) et confiance assurée (confidence). « Je veux proposer une distinction entre confiance assurée (confidence) et confiance décidée (trust). Les deux concepts font référence à des attentes qui peuvent être déçues. Le cas normal est celui de la confiance assurée. Vous êtes assurés (confident) que vos attentes ne seront pas déçues : que les hommes politiques essaieront d'éviter la guerre, que les voitures ne tomberont pas en panne, ou qu'elles ne quitteront pas soudainement la route pour venir vous renverser alors que vous faites votre promenade du dimanche après-midi. (...) La confiance décidée, quant à elle, requiert un engagement préalable de votre part. Elle présuppose une situation de risque. Vous pouvez acheter ou ne pas acheter une voiture d'occasion qui s'avérera être une « épave ». Vous pouvez engager ou ne pas engager une baby-sitter pour la soirée et lui confier votre appartement sans surveillance ; elle pourra aussi être une « catastrophe ». Vous pouvez éviter de prendre le risque, mais seulement si vous acceptez de renoncer aux avantages associés. Vous ne dépendez pas de la confiance décidée de la même façon que vous dépendez de la confiance assurée, mais la première peut, elle aussi, être une affaire de routine et de conduite normale. » (Luhmann, 2001 : 21).

L'analyse des éléments sur lesquels repose cette confiance, du processus par lequel elle se construit et des actions qu'elle rend possible nous a permis d'expliquer l'importance qu'elle recouvre tant pour les intervenants que pour le fonctionnement général de la PMI.

Notre démarche a mis en lumière l'usage de la transitivité de la confiance comme un des moyens d'action de la PMI en tant que politique de santé publique. Par transitivité nous désignons ici le principe de construction d'une « confiance indirecte » (Mangematin, 2004 : 125), entendant par là, de faire confiance à un tiers ou à une institution parce qu'une personne de confiance lui accorde son crédit (ibid.). Selon Giddens, c'est ce même principe qui permet le passage de la confiance accordée en une personne à la confiance accordée en un système. En reprenant sa terminologie, la PMI, comme politique de santé publique, est un « système abstrait » et les centres de consultation en sont les « points d'accès ». Notre analyse nous amène à rejoindre le principe selon lequel « la confiance dans les systèmes abstraits assure la sécurité de la fiabilité quotidienne, mais elle ne peut, de par sa nature même assurer la mutualité ou l'intimité qu'offrent les relations de confiance personnelle. [...] Dans le cas des systèmes abstraits, au contraire, la confiance présuppose la foi en des principes impersonnels, qui ne « répondent » que de manière statistique lorsqu'il ne fournissent pas les résultats recherchés par les individus. C'est là une des raisons principales du mal que se donnent les individus présents aux points d'accès pour se montrer dignes de confiance : ils assurent le lien entre confiance-personne et confiance-système » (Giddens, 1994 : 121).

Différents « lieux » d'instauration de la confiance ont pu être identifiés dans le fonctionnement des consultations de PMI et c'est dans l'articulation de ces différents lieux, dans le passage de la confiance intra-personnelle à la confiance inter-personnelle puis de l'inter-personnelle à la confiance dans l'institution que le travail se réalise entre un usager du service et un intervenant (Breviglieri, 2008).

Ce passage de la confiance-personne à la confiance-système, que souligne aussi Louis Quéré¹⁹¹, demande aux individus présents aux points d'accès de fournir certaines compétences. Répétés au quotidien et intégrés comme mode de fonctionnement de

¹⁹¹ Qu'il appelle respectivement « confiance interpersonnelle » et « confiance dans les institutions » (Quéré, 2005)

l'institution, ce passage nécessitent un savoir-faire qui, appris « sur le tas », devient une réelle compétence professionnelle. Si le passage entre ces différents niveaux (de la confiance-personne à la confiance-système dirait Giddens) semble un principe désormais reconnu, il nous faut encore souligner ce que ce travail représente alors en termes de compétences professionnelles.

La multiplicité des typologies de la confiance est en grande partie due au fait qu'elle est corrélée aux situations dans lesquelles elle se crée. Ainsi, à chacun de ces lieux correspond un certain type de confiance, dont la construction nécessite une compétence professionnelle particulière. Pour désigner ces différents lieux, que l'on peut voir s'emboîter comme des poupées russes de l'intra-personnelle vers l'inter-institutionnelle, Marc Breviglieri parle d'échelles de confiance et y associe différents niveaux de compétences professionnelles (Breviglieri, 2005).

Les étapes successives de construction de la relation professionnel-usager et le passage entre les différents niveaux de confiance peuvent être lus comme une progression dans ces échelles de confiance. L'utilisateur des services de PMI suit alors une trajectoire (Strauss et al., 1985)¹⁹² au cours de laquelle les intervenants mettent en œuvre différents niveaux de compétences. Au sujet des professionnels des services sociaux, Breviglieri distingue principalement trois niveaux de compétences permettant différents niveaux de confiance :

- Un premier niveau de compétence résulte dans les capacités d'accueil, d'écoute et de suspension du jugement, « favorisant la venue progressive d'un premier niveau de confiance : une confiance portée à un environnement rendu familier (dans sa dimension physique et humaine) » (Breviglieri, 2005 : 226).

- Un second niveau « s'affirme dans la démarche compréhensive et l'attention portée par le travailleur social aux biographies personnelles de l'utilisateur. Il s'y constitue un registre d'échanges proche de la confiance où se captent divers fragments d'intimité, (...) c'est là un moyen essentiel par lequel le travailleur social donne au témoignage intime de l'utilisateur une crédibilité et lui permet de fonder une confiance dans sa parole propre » (ibid.).

¹⁹² Dans le sens que Strauss attribue à cette notion de trajectoire d'une maladie, celle-ci implique à la fois l'évolution de la maladie, celle du comportement du malade, de sa relation aux soignants et du comportement des soignants.

- Un troisième niveau de compétence « réunit les deux premiers niveaux en y ajoutant l'exigence (constante) de tenir présent, fût-ce en retrait, un cadre public d'action et la dimension impersonnelle de l'institution. On peut envisager ces compétences comme participant d'un tact professionnel. (...) Le tact professionnel restaure et consacre, en l'élevant à son troisième niveau, la confiance nécessaire à l'usager. Elle ne prend plus la forme ici d'une confiance dans le proche ou d'une confiance en soi, mais d'une confiance dans la justice de l'institution que représente le travailleur social » (ibid. : 228).

Nous retrouvons, dans ces trois échelles de confiances et niveaux de compétences que présente Marc Breviglieri à propos du travail d'accompagnement effectué par les travailleurs sociaux, une importante similitude avec ce que nous décrivions au sujet des intervenants de PMI et de leurs relations aux usagers. Ainsi, dans ces trois échelles, se retrouvent ce que nous nommons la confiance intra-personnelle (redonner confiance aux mères), l'inter-personnelle (établir une relation de confiance entre un usager et un professionnel) et l'intra-institutionnelle (s'appuyer sur les deux niveaux précédents pour permettre aux familles de collaborer dans la mise en place de certaines mesures).

Enfin, pour conclure la présentation des quatre lieux de confiance que nous avons identifiés, il nous faut encore dire quelques mots sur la confiance inter-institutionnelle.

Les services de PMI occupent une position d'interlocuteur central vis-à-vis de toutes les institutions se rapportant à la mère et à l'enfant. Des systèmes de « liaison » sont alors prévus entre les crèches, les écoles, les hôpitaux et les services de PMI. Ainsi, lorsqu'une de ces institutions estime qu'un enfant nécessite la mise en place de mesures particulières, il en informe le service de PMI. À cela s'ajoute la transmission à la PMI par la CAF de tous les avis de naissance et déclarations de grossesses ainsi que l'information de toute installation nouvelle sur un secteur d'une famille avec un enfant de moins de six.

Ce mode de fonctionnement permet d'assurer aux services de PMI, si ce n'est le suivi, tout au moins la connaissance de tout enfant de moins de six ans domicilié sur un secteur donné. Ce mode de circulation de l'information permet en outre d'assurer une continuité dans le suivi des familles entre différents secteurs en cas de déménagement.

Ce mode de communication, principalement composé de tâches administratives, s'opère de façon quasi-systématique et permet une prise de contact avec chaque enfant

nouveau sur le secteur (par naissance ou par emménagement). Il en va d'autres moyens de communication pour assurer le suivi des enfants déjà connus et répertoriés par le service.

La réglementation de la PMI stipulent que les différents professionnels doivent « travailler en réseau » et s'assurer de la bonne circulation des informations. Toutefois, l'organisation et la mise en place de ces moyens, techniques et moments d'échange d'informations et de discussions autour de cas particuliers reste à la charge des équipes locales. De fait, en fonction des MDS, des contraintes spécifiques auxquelles elles sont soumises, du personnel disponible, des locaux et des emplois du temps, mais aussi des relations de coopération plus ou moins importantes qu'entretiennent les professionnels d'une même équipe entre eux, le suivi des familles et la coordination qu'il nécessite adopte des formes diverses, plus ou moins efficaces et régulières.

« Si l'AS ou l'éducatrice ne te disent pas à toi, médecin, qu'il y a une prise en charge de cette famille, tu n'en sais rien. C'est pas les familles qui vont te dire « on est suivi », ça paraît logique. Donc si tu travailles dans les endroits où tu n'as pas de liens avec les autres personnes, tu n'es pas au courant » (Dr Lavois, Pédiatre).

Comme nombre de ses collègues, le Dr Lavois souligne ici la dépendance des médecins vis-à-vis des puéricultrices (et indirectement des assistantes sociales) pour ce qui relève des informations d'ordre social. Cette communication des informations repose alors sur la volonté de chacun et le développement de certains « réflexes professionnels ».

« Si la PMI me dit voilà telle famille, il y a telle difficulté, moi ma première réaction c'est, est-ce qu'elle est connue au niveau du social ? Mais cette réaction, pas tout le monde ne l'a. Beaucoup l'ont de mes collègues de PMI, mais pas tous » (Magali, EJE).

La communication interne et la mise en place du suivi social des familles qui en dépend étant liées à des modes de travail personnel, il est important pour les membres d'une équipe de connaître l'ensemble de ses collègues de travail¹⁹³. Toutefois, ce principe n'est pas spécifique aux consultations de protection infantile et les questions qui se posent ici pour la communication interne aux équipes se posent aussi lors des liaisons entre la PMI les institutions extérieures. Ainsi ce médecin qui nous confie l'importance de connaître les instituteurs avant d'aboutir à un travail correct dans la liaison avec les écoles.

¹⁹³ Ce qu'une puéricultrice entendait par l'expression « On est différentes, on connaît les limites de chacune »

« Je pense que c'est plus embêtant de changer toutes les années comme ça, plus au niveau des écoles en fait où là, tu as la relation avec l'équipe enseignante qui se met en place, tu as une confiance qui se met en place et après...ben, de changer tous les ans, tu peux pas, tu n'arrives pas à faire du bon boulot, surtout dans les écoles, ben, parce que les instit ont besoin de te connaître d'abord, avant de pouvoir te confier leurs ressentis par rapport à certains enfants, par rapport à... ça c'est un travail que tu ne peux faire vraiment que quand il y a une relation qui s'est mise en place » (Dr Lavois, Pédiatre).

La nécessité de connaître les agents des autres institutions et de se faire connaître d'eux au moment de l'arrivée dans un nouveau service nous a été relaté à plusieurs moments comme une étape importante de la prise de poste en PMI. C'est en effectuant ces démarches que les intervenants construisent le réseau avec lequel ils devront travailler pour suivre les familles. Différents modes de travail se mettent alors en place en fonction des consultations ; chacun devant trouver les personnes avec lesquelles il pourra travailler ou s'adapter aux méthodes mises en place par les autres membres de l'équipe. Ainsi cette EJE qui nous disait à propos du suivi de certaines familles qu'elle effectue de concert avec une assistante sociale :

« Alors après ça tient à la volonté propre de chaque individu de dire "bon, on appelle l'AS". Tu vois, ce qu'on faisait ce matin avec Olivia (une assistante sociale du service), d'être toujours en relais. Ça peut se faire avec certain. Donc on le fait avec ceux avec qui on peut le faire mais c'est difficile parce qu'on n'est pas relayé institutionnellement et qu'on s'épuise aussi » (Magali, EJE).

Par répercussion, le travail effectué en liaison avec les institutions extérieures dépend en partie des agents chargés de gérer les liaisons entre ces institutions. Tel professionnel de PMI travaillera alors davantage avec telle école ou tel centre social parce qu'il connaît la personne à qui il aura affaire, qu'ils partagent une même conception du travail et qu'il lui accorde sa confiance dans la gestion ou le suivi des dossiers qu'ils ont à traiter en commun. La collaboration entre deux institutions, la confiance que l'une accorde à l'autre pour assurer la prévention et la protection de l'enfance, cette confiance inter-institutionnelle repose de fait en grande partie sur une confiance de type inter-personnelle (Lorenz, 2001).

Cette lecture du fonctionnement des consultations de protection infantile à partir des relations de confiance qui s'y développent nous permet de montrer qu'une grande part de la politique de santé publique de PMI, pensée à l'échelle nationale, voire internationale, est possible dans sa réalisation grâce à des relations de face à face, des interactions d'apparence anodine, des conversations du quotidien... Ainsi, cette analyse menée à la plus petite échelle d'observation qui soit, permet de ramener à la dimension