

Table des matières

Remerciements	3
Acronymes et initiales.....	9
 INTRODUCTION.....	 11
La PMI en France : quelques repères.....	12
Questionner le médico-social	15
Une enquête en deux temps	19
Une thèse en trois temps	21
 PREMIÈRE PARTIE UNE HISTOIRE RÉFLEXIVE DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE	
 CHAPITRE I. LA PROTECTION DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT AU FIL DE LA LÉGISLATION.....	 25
<i>I. Première période : Une élaboration éparpillée.....</i>	<i>26</i>
1. De la « naissance de l'enfance » à sa première protection	26
2. Les innovations de la Troisième République	31
3. La fin d'une époque	43
<i>II. Seconde période : L'ère de la Protection Maternelle et Infantile.....</i>	<i>49</i>
1. Mise en place de la PMI	49
2. Les réformes du système	55
 CHAPITRE II. UNE HISTORIOGRAPHIE LÉGISLATIVE EN DISCUSSION	 73
<i>I. Une histoire des législations, pour quoi faire ?</i>	<i>73</i>
1. Le cadre restreint de la législation	74
2. Le principe des extensions.....	75
3. Généralisation et spécialisation.....	82
4. « Bio-pouvoir » et « gouvernement des corps »	84
<i>II. Les absences de la législation.....</i>	<i>87</i>
1. La non-linéarité des textes de loi	87
2. La situation nationale.....	94
3. Initiateurs et destinataires	104
 CONCLUSION BIO-LÉGITIMITÉ ET LIMITES DE LA GOUVERNEMENTALITÉ	 111

CHAPITRE III. « ENQUÊTER » EN PMI	115
I. <i>Les temps de l'enquête</i>	116
1. L'organisation départementale	116
2. Observer les consultations	118
3. Enquêter par entretiens	125
4. Fermeture du terrain.....	128
II. <i>Éléments d'analyse</i>	130
1. Mise en question de la figure du chercheur	130
2. Les enjeux internes au service et «extérieurs» à la recherche	135
III. <i>L'influence de la conduite du terrain sur l'analyse et le traitement des données</i>	140
1. La limitation des données	141
2. L'ordre hiérarchique du service	142
3. La manifestation de tensions internes à l'institution.....	144

DEUXIÈME PARTIE

SENS ET PUISSANCE DES CONSULTATIONS

CHAPITRE IV. ORGANISATIONS ET ACTIVITÉS : QUESTIONNER LES FRONTIÈRES DE LA PMI	151
Profession médicale, intervenant de PMI et groupe professionnel	152
Discours et pratique : suivez l'énigme.....	154
I. <i>Les relations entre professionnels. Hiérarchie, médical, paramédical : de multiples lignes d'autorité ?</i>	156
1. L'ordre formel	156
2. L'ordre négocié des consultations.....	160
3. Dynamique de la négociation : une perspective en terme de don	165
4. Rupture de cadre : le retour à l'ordre bureaucratique	170
5. Synthèse et transition	177
II. <i>L'ordre du « psychosocial » et le désordre des lignes d'autorité</i>	179
1. Segmentation et micro sociétés	180
2. Segmentations et valeurs	183
3. De deux « valeurs consensuelles »	185
4. Où s'arrête la PMI ?	192
5. De quelques techniques de travail sujet à conflits	194
6. Un positionnement discuté	206
<i>Conclusion</i>	209

CHAPITRE V. LA PRÉVENTION MISE EN PRATIQUE : LE DILEMME DES PROFESSIONNELS	211
I. <i>La prévention : entre médical et social</i>	211
II. <i>Une prévention en lien avec la « répression »</i>	216
1. La PMI comme instance d'observation : une prévention sans obligation	216
2. La pression pour suivre, la « répression » comme moyen de pression.....	218
3. Confusion des positions.....	224
III. <i>Prévention, puériculture et éducation à la santé : le constat socio-culturel et le « contrôle social »</i>	228
1. Éducation et normalisation	228
2. Une question d'intégration	232
3. Une question d'altérité.....	237
4. Le social, l'économique et le culturel : agencement des registres de l'altérité.....	241
<i>Conclusion : Bien au-delà de la PMI</i>	244

TROISIÈME PARTIE

UNE PRATIQUE PROFESSIONNELLE SINGULIÈRE

CHAPITRE VI. ENTRER EN PMI	249
I. <i>Les motivations d'entrée</i>	250
1. Pourquoi les motivations d'entrée ?.....	250
2. Une recherche par opposition.....	258
3. Les conditions de travail.....	265
4. Le travail en lui-même.....	270
5. Remarques sur les parcours recueillis.....	277
6. Conclusion de mi-parcours.....	280
II. <i>Les premiers temps en PMI</i>	282
1. Méconnaissance préalable du service.....	282
2. Découverte de la pauvreté	285
3. Un apprentissage sur le tas	289
III. <i>Engagement professionnel</i>	294
1. Au nom de l'utilité.....	296
2. L'utilité comme « principe de vie »	298
3. L'organisation du service comme moyen d'engagement.....	300

CHAPITRE VII. UNE PRATIQUE PROFESSIONNELLE CONSTRUITE DANS L'INTERACTION	305
<i>I-Fonctions formelles et informelles des actions médicales et paramédicales des consultations</i>	306
1. Médical et paramédical : une fonction officielle.....	306
2. Relativiser la fonction primaire des consultations	311
3. Modes d'usage et mobilisation de fonction	312
<i>II-Modes d'usage des consultations</i>	317
1. Des centres de prévention primaire.....	318
2. Des centres de santé de proximité.....	323
3. Certificats administratifs.....	324
4. Des biens de première nécessité.....	325
5. Des lieux d'accueil et d'écoute	328
6. Les salles d'attente comme lieu de socialisation.....	330
<i>III. Construction et mobilisation des relations interpersonnelles</i>	333
1. Construction de la relation.....	334
2. Une relation de confiance ?	356
3. Le pourquoi de la confiance	361
<i>Conclusion</i>	365
 CONCLUSION GÉNÉRALE.....	373
La forme particulière du médico-social	373
Le médical à la base	374
Quelle prévention, pour quelle mission ?	376
Le social en actes.....	378
Du côté des émotions	379
Une pratique non régulable.....	382
L'invention d'un travail au quotidien	383
 BIBLIOGRAPHIE	385
 <i>Index des schémas et des encadrés</i>	397
<i>Table des annexes</i>	399

Acronymes et initiales

Acronymes :

AEMO : Assistance Éducative en Milieu Ouvert
AIL : Amis de l'Instruction Laïque
API : Allocation Parent Isolé
APRONEF : Association pour la Protection des Nourrissons, des Enfants et de la Famille
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
CAF : Caisse d'Allocation Familiale
CG : Conseil Général
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CoDES : Comité Départemental d'Éducation à la Santé
DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DGAS : Direction Générale Adjointe de la Solidarité
DPMIS : Direction de Protection Maternelle et Infantile et de la Santé
EJE : Éducatrice des Jeunes Enfants
ETP : Équivalent Temps Plein
HBM : Habitation à Bon Marché
HLM : Habitation à Loyer Modéré
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
MDS : Maison Départementale de la Solidarité
PAJE : Prestation d'Accueil du Jeune Enfant
PC : Périmètre Crânien
PI : Protection Infantile
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PM : Protection Maternelle
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
SNMPMI : Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile

Initiales utilisées dans les extraits d'entretiens :

AP : Auxiliaire de Puériculture
CF : Cyril Farnarier
Dr : Docteur
EJE : Éducatrice des Jeunes Enfants
H : Homme
M : Mère
MS : Médiatrice de Santé publique
P : Puéricultrice
Pf : Petite fille
S : Secrétaire
St : Stagiaire

Introduction

« Une fois, je suis tombée sur une maman très réservée, très timide. On parlait de l'alimentation et je lui disais “ à six mois ou sept mois, vous pouvez commencer à lui donner un petit peu de viande ” puis elle me dit “ non, non ”. Alors je lui dis “ oui, oui, vous pouvez lui en donner, vous savez, c'est l'âge, mais c'est vraiment très très peu, c'est 20 grammes, ça fait vraiment une petite quantité ”. Elle me dit “ non, j'ai pas les moyens de lui acheter de la viande ”. Je me suis dit “ mais tu te rends compte, et toi tu es là, à lui dire qu'il faut lui donner de la viande et elle, elle ne peut pas en acheter... ”. Alors bon, quand elle arrive à te dire ça, tu poursuis, tu dis “ vous avez des difficultés en ce moment, vous avez besoin d'aide, vous voulez qu'on vous conseille une assistante sociale, vous habitez où ? ” » (Christine, Auxiliaire de puériculture).

Tous les jours, des mères de familles se présentent aux consultations gratuites de Protection Infantile (PI) pour y faire suivre leurs enfants. Elles viennent pour un vaccin, une auscultation, une pesée, une mesure ou des conseils de puériculture. Elles viennent y régulariser leur situation vis-à-vis de la caisse d'allocation familiale, de l'école, de la crèche ou du centre aéré. Elles viennent y chercher de l'aide, de l'attention, de la reconnaissance ou du réconfort, de l'assurance ou du repos. Elles viennent par choix, par volonté, par contrainte ou par obligation, avec leurs joies, leurs peines, leurs soucis, leurs espoirs et leurs secrets ; avec leurs histoires.

Cette thèse est une contribution à l'analyse de l'action médico-sociale comme forme particulière d'intervention. Il s'agit d'interroger la prévention médico-sociale « en acte », en train de se faire, afin de comprendre comment elle se réalise, s'invente et se redéfinit au quotidien. À partir du terrain des consultations gratuites de protection infantile, nous tenterons d'analyser les décalages et tensions qui existent entre législation, organisation des consultations, positionnement professionnel des intervenants, et problématique spécifique du public auquel elles s'adressent. Les enjeux que recouvre l'articulation médical/social, le cadre dans lequel elle s'effectue et les

éléments médicaux et sociaux effectivement mobilisés sur notre terrain d'enquête seront plus particulièrement au centre de notre attention.

Peu de travaux de sciences sociales ont été menés sur la protection maternelle et infantile en général et sur les consultations de protection infantile en particulier et plus rares encore sont ceux qui l'abordent en tant qu'objet central. La PMI est ainsi inscrite dans une lecture plus large relative à l'ensemble des politiques à destination de la petite enfance, dans le cadre d'une approche historique et démographique (Norvez, 1990 ; Rollet, 1990). Dans une autre perspective, une lecture socio-historique de l'évolution du champ de la médecine la définit en tant que spécialisation médicale, entre santé publique et pédiatrie (Thiaudière, 2005). Quelques travaux se centrent sur la PMI pour y travailler la question des identités professionnelles, que ce soit en s'intéressant à une catégorie d'intervenants, les femmes médecin (Blanc, 2000), ou pour y étudier les transformations des identités professionnelles en fonction du cadre de travail et d'intervention particulier que représentent ces services (Bouchayer, 1981 et 1984). D'autres encore utilisent les consultations gratuites de protection infantile comme terrain d'observation pour traiter de questions relatives à la petite enfance telle que la conformation du corps du jeune enfant (Serre, 1998) ou comme un des lieux de transmission des normes de puériculture (Gojard, 1998).

De fait, s'intéresser aux consultations de protection infantile en tant que telles, en les considérant comme des « arènes » (Dodier, 2003) particulières de mise en oeuvre d'une politique de santé publique, est, à notre connaissance, une perspective inusitée à ce jour.

La PMI en France : quelques repères

S'il faut remonter au XIX^{ème} siècle pour trouver les premières traces d'un système de protection de l'enfance, c'est au lendemain de la seconde guerre mondiale qu'une ordonnance coordonne l'ensemble des mesures déjà existantes et les uniformise pour tout le territoire national, attribuant à la Protection Maternelle et Infantile (PMI) le statut de politique de santé publique qu'elle connaît encore aujourd'hui. Cette ordonnance du 2 novembre 1945 instaure un nombre d'examen obligatoires pré et post-nataux, ainsi qu'un programme vaccinal auquel doivent souscrire toutes les femmes enceintes et tous les enfants âgés de zéro à six ans résidant en France. Pour rendre ces mesures

applicables et permettre à l'ensemble de la population visée de s'y soumettre, un système de consultations gratuites est mis en place. Sur un mode préventif, des examens obligatoires permettent d'assurer un suivi médical, sanitaire et social des femmes enceintes et des jeunes enfants.

D'après l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), « aujourd'hui, les services de PMI regroupent un personnel médical et paramédical de 7480 ETP¹ et 1500 médecins vacataires. Les puéricultrices représentent la moitié du personnel (3736), viennent ensuite les médecins (1910 médecins titulaires en ETP, 1500 médecins vacataires en effectifs), puis les infirmières (1122) et les sages-femmes (712). Il convient d'ajouter à ces personnels les autres personnels techniques : conseillères conjugales, psychologues, éducateurs de jeunes enfants, assistantes sociales, auxiliaires de puériculture soit environ 1120 salariés et les personnels administratifs dédiés (estimés par la mission à 375 environ) » (Jourdain Menninger *et al.*, 2006 : 10). Le coût estimé de la Protection Maternelle et Infantile pour l'année 2004 s'élève à 605 707 200 €²

À l'échelle de la France, en 2006, 18% des femmes enceintes et 20% des enfants de moins de six ans ont été suivis par les centres de PMI. Cette même année, 50% à 60% des 775 000 enfants nés sur le territoire en 2005 ont été vus au moins une fois dans un des 4615 lieux de consultation que compte le pays (*ibid.*). Quelques remarques liminaires doivent alors être faites à propos de ces consultations.

Tout d'abord, les centres de consultation PMI sont des structures dépendantes d'une politique nationale de santé publique et se trouvent à ce titre, ou devraient se trouver, sur l'ensemble du territoire national. Mais la PMI est une politique décentralisée et la mise en place des consultations dépend de chaque département. Ainsi, sur la base d'un même texte de loi, d'importantes disparités sont à noter entre un département et un autre. Le département des Bouches-du-Rhône, dans lequel nous avons mené notre enquête de terrain, comptait, en 2004, 154 lieux de consultations où

¹ Nombre de postes en « Équivalent Temps Plein ».

² « Ces dépenses n'incluent pas les dépenses de formation des assistantes maternelles, les dépenses de vaccins, examens complémentaires, produits pharmaceutiques, petits matériels pour les mineurs et les non assurés sociaux » (Jourdain-Menninger, 2006 : annexe).

ont été vus au moins une fois dans l'année 26 080 enfants âgés de zéro à six ans³. En moyenne, pour l'année 2000, ces consultations ont accueilli 20% des enfants de moins d'un an domiciliés dans le département, mais ce chiffre monte à 62% dans le centre ville de Marseille⁴.

Alors que la politique de santé publique de protection maternelle et infantile s'adresse, sans distinction, à l'ensemble des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans résidant sur le territoire national, les moyens de souscription aux mesures préventives qu'elle implique est laissée au libre choix des personnes. Chaque famille peut alors s'adresser à un médecin généraliste, un pédiatre de ville ou aux consultations gratuites de PMI pour souscrire aux (et bénéficier des) examens obligatoires prévus par la loi. Du fait de la gratuité des consultations en centre de PMI, de l'absence de conditions requises pour y accéder et de leurs lieux d'implantation, celles-ci sont majoritairement fréquentées par les couches les plus pauvres de la population materno-infantile, dont une part importante de personnes immigrées ou issues de l'immigration⁵.

Par ailleurs, ces consultations présentent quelques particularités relatives à leur mission exclusivement préventive. En effet, elles n'ont pas en charge de s'occuper de mères ou d'enfants malades dans le but de les soigner, ce qui les distingue de la plupart des services à visée médicale. Il en est de même pour la prévention sociale dont elles sont également en charge. De plus, les consultations sont essentiellement tenues par des professionnels de santé qui se démarquent systématiquement de l'intervention sociale telle que menée par les services sociaux.

Ainsi, lors de nos premiers contacts avec les consultations de protection infantile, si la densité et la richesse des informations et échanges qui y avaient lieu étaient évidentes, l'orientation et la raison d'être de ces échanges demeuraient plus opaques. Pour le dire simplement, la première question que nous nous sommes posée à ce moment-là fut « que se passe-t-il dans ces consultations médico-sociales ? ». Les premiers éléments de réponse, ou tout du moins des bases plus solides à ce questionnement, se trouvent dans leur dénomination même.

³ Il n'existe pas de données permettant de préciser le nombre et la répartition du personnel intervenant dans ces consultations. Les chiffres donnés par la DREES, repris dans le rapport de l'IGAS, ne font pas de distinction entre les consultations de protection maternelle et celles de protection infantile.

⁴ Source : DGAS 13.

⁵ Voir annexe 1 : « Origine des mères en fonction du lieu de naissance ».

Questionner le médico-social

La terminologie « médico-sociale » sert indistinctement à la qualification d'institutions et d'actions qu'elles mettent en œuvre, ou qu'elles permettent. Si l'ensemble des acteurs impliqués dans cette mise en œuvre, de la rédaction de ses textes de loi au fonctionnement quotidien des consultations, s'accordent, à quelques nuances près, sur cette appellation, celle-ci ne peut pour autant être considérée comme un signifiant efficace, cadrant avec précision l'action des services qu'elle désigne. La catégorie du « médico-social » est avant tout un construit à analyser.

En premier lieu, il n'aura échappé à personne que cette catégorie est composée de deux termes distincts, le « médical » et le « social ». Appliquée à une politique, une institution, un service ou une action, cette expression peut alors faire l'objet de plusieurs interprétations. Sommes-nous face à une instance réunissant une action d'ordre médical et une autre d'ordre social ou à une forme particulière d'action située « entre » les deux, une action d'un type particulier faisant appel à chacun de ces deux domaines, une action de type « médico-social » ?

Une seconde remarque en découle. Que nous nous trouvions dans le premier cas de figure ou dans le second, qu'il s'agisse du fonctionnement en parallèle de deux actions distinctes ou d'une action intrinsèquement composite, encore faut-il identifier ce qu'elle contient de médical et ce qu'elle contient de social. L'analyse du « médico-social » nous amène ainsi à distinguer des éléments qui, au cours d'une situation, peuvent être profondément dépendants et intriqués. Cette distinction induit alors un double questionnement, tant sur les catégories primaires du « médical » et du « social » que sur le principe d'articulation qui les réunit au cours d'une situation ou dans le fonctionnement routinier d'une institution.

À quoi renvoie alors le « médico-social » ? Fait-il référence à la pratique des travailleurs sociaux ? Signifie-t-il, de façon plus générale, un rapport spécifique à la société, mis en œuvre au cours d'une pratique médicale, ou désigne-t-il un type particulier d'actions s'adressant aux catégories les plus fragiles de la population ? Et si le médico-social n'est pas un « simple » composé de médical et de social, à quelle pratique, à quelle technique, à quel savoir correspond-t-il ?

Le social comme part du médical

Une part importante des travaux s'intéressant à ce couple médical et social aborde la question à partir de la dimension « sociale » du travail des professionnels de santé. Deux axes principaux de réflexion s'en dégagent.

En observant les activités soignantes, certains travaux s'intéressent à la part sociale que comprend le travail de soin. Ici, l'aspect social de l'activité fait partie intégrante du travail réalisé et son importance est inversement proportionnelle à la dimension technique du soin. En somme, plus un soin sera technique et moins la partie sociale du travail sera estimée. À l'inverse, moins le travail réalisé requiert de compétences techniques et plus la part sociale sera valorisée par les professionnels (Drulhe, 2000, 2008 ; Castra et Cresson, 2008).

En faisant porter l'analyse sur les soignants eux-mêmes plus que sur leur activité de travail, d'autres études s'intéressent à la dimension sociale du travail de soin comme principe de hiérarchisation des postes au sein des équipes de soin et comme élément constitutif des identités professionnelles des personnels soignants (Arborio, 2001 ; Vega, 2000 ; Castra, 2000).

Ces travaux nous renseignent sur les liens serrés qui existent entre le médical et le social, sur la frontière ténue entre le « cure » et le « care » et sur la mobilisation possible de cette dimension sociale comme enjeu de pouvoir et de construction des identités professionnelles. Toutefois ces recherches, à la différence de la notre, portent essentiellement sur des personnels de santé exerçant dans un cadre thérapeutique (majoritairement hospitalier), le « social » se trouvant alors cantonné aux seules dimensions relationnelles et émotionnelles du travail.

Le médical et le social

À côté de ces travaux faisant état de la dimension sociale du travail médical s'en trouvent d'autres, moins nombreux, s'intéressant plus directement à l'articulation du travail médical et du travail social. Ici, peuvent être qualifiées de « médico-sociales » des structures qui regroupent à la fois des services médicaux et des services sociaux, ou encore, des services à l'intérieur desquels se trouvent des professionnels de la santé et des travailleurs sociaux. L'articulation entre médical et social se situe alors au sein même des demandes des usagers et des modalités d'usage de ces services. L'aspect

médico-social de ces structures se trouve dans la possibilité qu'elles offrent aux usagers de prendre en charge l'ensemble de ces demandes en coordonnant l'action de leur composante médicale et de leur composante sociale (Ferreira, 2004). Enfin, le « médico-social » peut désigner le travail de mise en réseau de structures distinctes prenant chacune en compte l'aspect médical ou l'aspect social d'une même situation (CSTS, 2007).

Le médico-social

Nous nous intéresserons pour notre part à un service qui a pour spécificité de se présenter comme étant, en lui-même, de nature « médico-sociale ». À ce titre, le travail qui y est effectué est supposé comporter systématiquement une part de médical et une part de social.

Un certain nombre d'interrogations émergent alors : en quoi et pourquoi le travail de PMI impliquerait-il nécessairement une articulation du médical et du social ? Comment les intervenants se positionnent-ils et interprètent-ils cette double dimension de leur travail ? Quels sont les enjeux politiques globaux de cette articulation ? Et ceux que l'on repère à l'échelle de chaque consultation PMI ?

Un préalable nécessaire à l'exploration de ces pistes de recherche consiste à situer l'action de la PMI, son élaboration au fil du temps, tout comme son fonctionnement actuel, par rapport au mouvement de médicalisation de la société. « La médicalisation est une construction sociale. Elle consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes (...). C'est en effet au moment où s'opère un déplacement de la clinique médicale à la santé publique que la médicalisation prend toute son amplitude. (...) Le glissement du curatif au préventif est ici décisif » (Fassin, 1998a : 5-7). La Protection Maternelle et Infantile telle qu'elle existe aujourd'hui en France s'inscrit dans ces formes politiques de médicalisation de la société. Elle s'impose à l'ensemble de la population materno-infantile et sa mise en place est justifiée par des raisons éminemment préventives.

Ainsi, parmi les quatre figures de la médicalisation qu'identifie Pierre Aïach (1998)⁶, deux nous intéressent plus particulièrement pour situer l'action de la PMI. L'extension du champ de compétence de la médecine est la première. Celle-ci tend à rendre légitime toute forme d'intervention médicale, ou tout du moins à rendre plus légitime toute forme d'intervention menée au nom du médical. La seconde forme de médicalisation qui retiendra notre attention réside dans « la préoccupation (...) de se prémunir ou de lutter contre les atteintes portées par la maladie » (Aïach, 1998 : 16) et dans ce qu'elle implique en termes de développement de comportement et de politique à visée préventive. Pour des raisons d'ordre sanitaire, la prévention, qu'elle soit étatique ou qu'elle s'appuie sur des positions politiques (notamment écologiques, largement construites sur la prévention), tend à investir l'ensemble du champ social (tabac, alimentation, activité physique loisir, etc.), à pénétrer tous les domaines du quotidien jusqu'aux plus intimes de la vie privée, telle la sexualité (sida).

Ces deux figures de la médicalisation de la société sont des prismes de lecture efficaces pour comprendre, d'une part, l'histoire de la PMI et sa construction progressive en relation avec l'évolution de la société et, d'autre part, le mode de fonctionnement actuel des consultations gratuites de PI. En tant que service en charge d'une mission de prévention auprès de la petite enfance, les intervenants des consultations adoptent une approche « globale » de la mère et de l'enfant prenant en compte l'ensemble des éléments susceptibles d'influer sur la santé de ce dernier.

Mais si le « médical » du médico-social est à rattacher à la bio-médecine, aux connaissances scientifiques sur lesquelles elle repose et à la mise en œuvre de ces connaissances selon les techniques qui y correspondent (vaccination, suivi du développement staturo-pondéral et psychomoteur, auscultation médicale...), la seconde partie de la formule s'avère moins aisée à interpréter.

⁶À savoir, « l'extension du domaine médical » en tant que multiplication des institutions de santé, des personnels médicaux et paramédicaux et des innovations scientifiques ; l'« extension du champ de compétence de la médecine et de tout ce qui s'y rattache », cette figure s'appuyant à la fois sur la légitimité scientifique dont bénéficie la médecine et sur la place prise par la valeur santé ; le « santéisme » entendu comme une « sorte d'envahissement des pensées par le souci (...) de se prémunir et de lutter contre les atteintes portées par la maladie ou un affaiblissement des défenses de l'organisme », conférant un statut privilégié à la santé dont la définition se fait de plus en plus large ; et la « propension - fortement intériorisée - à davantage déclarer des symptômes morbides, des troubles de santé et des maladies » (Aïach, 1998 : 16).

De fait, si une lecture par le prisme de la « médicalisation » se révèle pertinent pour interpréter la mise en place et l'action de la PMI, elle ne permet pas d'analyser comment se réalise cette prévention (potentiellement sans limites) dans les pratiques quotidiennes des intervenants des consultations ; pratiques quotidiennes qui sont, par définitions, limitées et orientées.

Reste donc à observer les effets de la médicalisation de la société sur les pratiques professionnelles des intervenants de la santé. En d'autres termes, si la médicalisation conduit les usagers des services à présenter des problématiques « sociales » à des professionnels de santé, de formation médicale ou para-médicale, cela implique pour ces derniers une évolution de leur pratique médicale ou paramédicale vers des méthodes et des techniques du travail social. À partir de ce principe de médicalisation du social, nous souhaitons ici mettre en lumière le *mouvement retour* qu'il engendre pour les professionnels de santé, ce que nous appellerons une *socialisation du médical*.

Une enquête en deux temps

Entre novembre 2002 et novembre 2005 nous avons passé un peu plus de sept mois à mener des observations dans quatre centres de consultations de protection infantile de Marseille, dont trois sont implantés dans des quartiers populaires de la ville. Ces observations ont eu lieu au cours de deux périodes distinctes. La première, d'une durée de cinq mois (novembre 2002-mars 2003), s'est principalement déroulée dans une consultation du centre ville de Marseille. Au cours de cette période, nous avons également passé quelques semaines dans une consultation d'un quartier résidentiel du sud de la ville. La seconde phase d'observation, d'une durée de deux mois et demi (mai-juillet 2004), a porté sur deux consultations situées dans des zones de grands ensembles HLM. En outre, nous avons réalisé 41 entretiens enregistrés avec des intervenants de PMI sur tout le département des Bouches-du-Rhône (dont près des deux tiers (n=26) au cours de l'automne 2005⁷), ainsi qu'une vingtaine d'entretiens avec des familles ayant recours aux consultations de protection infantile⁸.

⁷ Voir la table des entretiens en annexe 2.

⁸ Entretiens non enregistrés menés dans les salles d'attente des consultations.

La plus petite échelle d'observation, l'action concrète et quotidienne, le travail en train de se faire sera notre prisme d'analyse principal tout au long de ce travail. À l'instar de travaux ayant apporté un éclairage nouveau sur des domaines aussi variés que l'histoire (Farge, 2000), les systèmes de santé (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003), la politique de développement (Olivier de Sardan, 1995), la sorcellerie (Favret-Saada, 1985) ou la mondialisation (Assayag, 2005 ; Tarrius, 2002), c'est par l'observation et la description *in situ* des pratiques d'acteurs que nous entendons éclairer les dimensions sociales des consultations de protection infantile. C'est donc une analyse de la Protection Maternelle et Infantile « au ras du sol » (Revel, 1989) que nous proposons ici.

Cette analyse par le bas nous conduira à explorer différents domaines qui participent chacun de la « configuration » (Elias, 1991) des consultations de Protection Infantile. Un appel à la sociologie du travail, des professions ou des organisations sera alors nécessaire pour rendre compte de la complexité des situations et de l'intrication des différents niveaux de contraintes qui pèsent sur les situations quotidiennes. Les travaux menés en sociologie du travail social se révéleront particulièrement utiles pour analyser les positionnements professionnels des intervenants, les tensions internes aux équipes ou encore la répartition des tâches de travail. Plus largement, ce rapprochement opéré avec le travail social nous permettra de questionner le sens général de l'action des consultations de protection infantile, la finalité de leur mission tout autant que les principes de sa mise en oeuvre.

Au final, trois grandes question structurent cette réflexion sur la construction du médico-social: la première concerne les mutations du travail social, la redéfinition de ses tâches, de sa capacité d'action et de ce que cela implique en termes de pratiques professionnelles. La seconde a trait au « mouvement retour » de la médicalisation et aux implications du « tout préventif » sur le fonctionnement des institutions qui ont en charge sa mise en application. Enfin, de manière moins explicite mais figurant en toile de fond, comme une donnée majeure du contexte dans lequel s'est déroulée cette étude, ce travail aborde les problématiques induites par la précarisation grandissante d'une partie de la population, pour les professionnels de santé.

Dans la mesure où les intervenants des consultations de protection infantile y sont quotidiennement confrontés, ces trois types de questionnement sont tout autant d'ordre sociologique et anthropologique que social. Cette thèse n'a pas pour autant la prétention

d'y répondre définitivement, moins encore celle de résoudre les problèmes qui se posent aujourd'hui aux services de PMI. Plus modestement, nous proposons ici de décrire le quotidien des consultations gratuites de protection infantile et d'en comprendre les enjeux médicaux, politiques et sociaux à partir d'une enquête ethnographique historiquement et surtout géographiquement située à une échelle ponctuelle et locale.

C'est à la réalisation d'une politique de prévention, au plus près du quotidien des intervenants du service, que cette thèse s'intéresse. Nous montrerons alors le lien qui existe entre l'histoire longue de la protection maternelle et infantile et le fonctionnement actuel des services et nous verrons comment, dans le quotidien de ces consultations, se redéfinissent les objectifs et les modes de réalisation de la protection infantile et se réinvente sans cesse un travail particulier, celui des intervenants des consultations.

Une thèse en trois temps

La première partie de cette thèse discute et retrace, à partir de sources bibliographiques, la genèse des consultations de protection infantile. Un premier chapitre retrace cette histoire par le prisme de la législation, depuis les premières lois de protection de l'enfance jusqu'à aujourd'hui. La validité d'une histoire législative en général et de celle relative à la protection de l'enfance en particulier est ensuite interrogée. Nous montrerons au fil de ce parcours que l'articulation entre médical et social est un principe récurrent et constant depuis la mise en place des premières mesures préventives à l'égard de l'enfant. La fin de cette première partie fait transition avec la suivante, en décrivant le déroulement de l'enquête de terrain et les choix méthodologiques effectués.

La seconde partie, fondée sur l'analyse des matériaux ethnographiques, interroge plus directement l'articulation entre la dimension médicale et la dimension sociale des consultations de protection infantile. Nous verrons que ces dimensions nécessitent la mise en œuvre de compétences particulières pour les intervenants. Fortement imbriquées lors des situations quotidiennes, chacune d'entre elles implique des tâches de travail spécifiques, et des modes d'intervention pluriels. Le cinquième chapitre vient interroger les positionnements professionnels adoptés par les intervenants ainsi que le mode de fonctionnement général de la PMI, pour les mettre en relation avec le sens et la portée de la mission déléguée à ce service.

La dernière partie de la thèse s'approche un peu plus encore des intervenants et de leurs méthodes de travail. Le chapitre 6 s'intéresse aux motivations qui ont conduit les professionnels du service à travailler en PMI et propose de mettre ces motivations initiales en lien avec l'apprentissage « sur le tas » du travail médico-social d'une part, et avec la notion d'« engagement professionnel » d'autre part. Enfin, une lecture du fonctionnement des consultations à partir du sens attribué à leur dimension médicale et aux usages qu'en font les familles nous permettra d'interpréter les relations interpersonnelles entre intervenants et usagers comme pierre angulaire des dimensions sociales des consultations gratuites de Protection Infantile.

Première Partie

UNE HISTOIRE RÉFLEXIVE DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Face à l'impossibilité de retracer l'Histoire de manière à la fois exhaustive et synthétique, il nous fut nécessaire d'opérer des choix, aussi bien dans les lectures réalisées que dans ce qu'il en ressort ici. En se focalisant sur la chronologie et la succession des textes de loi, le premier chapitre de cette partie retrace la généalogie des consultations de protection infantile mais ne rend sans doute pas compte de toute la complexité et de la richesse de cette histoire. Pour cela, nous discutons, dans le second chapitre, le principe même de la chronologie historique établit au fil des textes de loi. Nous en montrerons ainsi les apports fondamentaux et mettrons en lumière les éléments pourtant cruciaux pour l'élaboration de l'Histoire dont la législation seule ne permet pas de rendre compte.

Chapitre I.

La protection de la mère et de l'enfant au fil de la législation

Ce chapitre retrace à très grandes enjambées l'histoire de la protection de la mère et de l'enfant⁹. Toutefois, procéder par retour sur l'histoire n'est pas sans soulever certaines difficultés. En effet, s'il est assez aisé, en matière de généalogie familiale, de comprendre que le choix du tronc justifie le fait de ne pas s'intéresser à la descendance de chacune des branches, cela est plus délicat lorsqu'il s'agit de phénomènes sociaux. C'est malgré tout le seul moyen de justifier que le départ de cette « chronologie » porte sur des domaines très divers de la vie de la mère et de l'enfant et que, la spécialisation des structures et institutions aidant, les points retenus dans notre chronologie se resserrent progressivement pour aboutir exclusivement à ce qui nous concerne directement : les consultations gratuites de Protection Infantile.

Dans ses grandes lignes, l'historique présenté ici repose essentiellement sur deux ouvrages qui font aujourd'hui référence, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la Troisième République* de Catherine Rollet-Echalier (1990) et l'ouvrage d'Alain Norvez, *De la naissance à l'école : santé, mode de garde et préscolarité dans la France contemporaine* (1990) ; chacun de ces deux ouvrages couvrant l'une des deux périodes historiques retenues, à savoir avant et après 1945. De part et d'autre de ce moment charnière, nous avons donc deux périodes historiques inégales non seulement en durée mais aussi en activité et progrès sociaux, en réglementation, en découverte et en progrès

⁹ La variation entre les différentes formules « protection de la mère et de l'enfant » et « protection maternelle et infantile » n'est pas un simple effet d'écriture. Je garderai dans ce texte l'expression Protection Maternelle et Infantile pour désigner la PMI d'un point de vue institutionnel et juridique telle qu'elle a été instaurée par l'ordonnance du 2 novembre 1945. À partir de cette période, il sera nécessaire d'opérer une nouvelle distinction entre la politique de PMI, comme politique nationale de santé publique d'un côté et un sens plus restreint, plus local, où la PMI désigne les centres de consultations gratuites mis en place en vue de l'application de cette politique de santé publique. Pour toute la période antérieure à cette date, je parlerai de protection de la mère et de l'enfant, cette formule désignant alors l'ensemble des mesures visant à protéger ou prendre en charge une mère, un enfant ou les deux en même temps.

scientifique ainsi qu'en conditions de vie générales. Ces deux grandes périodes sont elles-mêmes divisées en sous périodes, là aussi en fonction des importantes évolutions qu'ont connues les services ou les lois à des moments clefs. C'est donc à travers une approche essentiellement chronologique que nous essaierons de faire ressortir les constantes et variations de ce que fut et de ce qu'est aujourd'hui la protection de la mère et de l'enfant.

I. Première période

Une élaboration éparpillée

À cette « première période » il est assez aisé de fixer une date de fin avec l'ordonnance du 2 novembre 1945 ; il est en revanche nettement plus difficile, et ce n'est pas notre objectif ici, d'en donner une date de commencement¹⁰. Toutefois, dans cette aire temporelle d'avant 1945, on peut noter une date particulièrement importante, celle de 1874, année où est votée la première grande loi de protection des enfants placés en nourrice, dite « loi Roussel ». Ainsi, de la même manière que l'ordonnance du 2 novembre 1945 permet de parler d'un avant et d'un après, cette première période est divisée en avant et après loi Roussel.

1. De la « naissance de l'enfance » à sa première protection

a. Le « sentiment de l'enfance » : causes et conséquences

Dans son ouvrage *L'enfant et sa famille sous l'Ancien Régime*, Philippe Ariès développe la notion de « sentiment de l'enfance »¹¹. Cet ouvrage, aujourd'hui encore

¹⁰ Ce souci de fixer avec précision une date de commencement a fortement été reproché à P. Ariès pour son travail sur l'enfant et la famille (Ariès, 1973). D'une manière générale, un travail rétrospectif pousse à trouver toujours plus en amont les traces et prémices d'un phénomène observé. Pour chaque ouvrage sur l'enfance, portant sur une période bien délimitée, il est possible d'en trouver un autre se présentant comme les prémisses de celui-ci. La question des origines est en permanence ouverte et s'apparente souvent à un puits sans fond. Il nous semble que c'est alors au chercheur lui-même de poser les limites de son territoire de recherche, le plus souvent en s'appuyant sur des points fixes et clairement identifiables ; les grandes évolutions politiques et les changements de régime en sont les plus fréquents.

¹¹ « Le sentiment de l'enfance ne se confond pas avec l'affection des enfants : il correspond à une conscience de la particularité qui distingue essentiellement l'enfant de l'adulte, même jeune. » (Ariès, 1973, p.177)

considéré comme fondamental, notamment par les pistes de recherche qu'il a ouvertes, soulève, lors de sa première publication (1960, réédité en 1973), à la fois un consensus et un débat.

Si le consensus s'est fait autour de la notion de « sentiment de l'enfance » et de la nouvelle forme qu'il a pris à partir du XVII^{ème} siècle, le débat s'est quant à lui tenu autour du principe de la « naissance » de ce sentiment. Selon un certain nombre de travaux ultérieurs à l'ouvrage d'Ariès (entre autres Luc, 1997 ; Becchi & Julia, 1998 a & b) ou selon certaines critiques argumentées, contemporaines à la parution de ce livre (Flandrin, 1964), le sentiment de l'enfance n'est pas une innovation du XVII^{ème} siècle. Ce que le XVII^{ème} siècle a vu, c'est une transformation de ce sentiment, due à l'évolution des conditions générales de vie et à un certain nombre de transformations sociales, aussi bien éducatives, institutionnelles que médicales. Sans nous attarder plus longuement sur ce débat¹² autour de la genèse du sentiment de l'enfance, nous retiendrons de ces travaux trois constats : le sentiment de l'enfance a connu une évolution considérable, les premiers signes importants de ce changement se trouvent au XVII^{ème} siècle et le XIX^{ème} siècle fut dans ce domaine une véritable révolution. Jusqu'au XVII^{ème}, les âges de l'enfance sont essentiellement déterminés par l'autonomie relative de l'enfant : celui-ci passe directement de l'âge de la dépendance totale (à la mère ou la nourrice) aux activités adultes où, s'il n'est pas directement participant, il est en tout, présent, « de très petit enfant, il devenait tout de suite un homme jeune, sans passer par les étapes de la jeunesse » (Ariès, 1973 : 6). À partir du XVII^{ème}, les différents âges de l'enfance commencent à être perçus et pensés d'une autre manière. « Toutefois, dans ses efforts pour parler des petits enfants, la langue du XVII^{ème} est gênée par l'absence de mots qui les distingueraient des plus grands » (ibid. : 47). C'est au cours du XVIII^{ème} siècle que le vocabulaire de désignation des différents âges de l'enfance se diversifie considérablement, les catégories d'âge identifiant jusqu'à quatre périodes distinctes (de 0 à 7 mois, de 7 mois à 2 ans, de 2 à 7 ans, ces trois première périodes marquant la première enfance et de 7 à 14 ans pour la seconde enfance), arguments médicaux à l'appui (Luc, 1997).

¹² Débat sur lequel le consensus semble aujourd'hui être fait, puisque Ariès lui-même, dès 1973, dans la préface de la réédition de son ouvrage s'explique sur cette position et donne raison à la critique que lui adressait J-L Flandrin en 1964. Pour une restitution de ce débat, de son histoire et de ses principaux arguments, voire « Histoire de l'enfance, histoire sans parole » in Becchi et Julia, 1998a., pp.7-39.

Des quelques ouvrages cités jusque-là, il ressort que le développement du sentiment de l'enfance va de pair, au XIX^{ème} siècle, avec une série d'éléments dont il est difficile de dissocier cause et conséquence. Ainsi, à l'amélioration générale des conditions de vie à laquelle on assiste au cours de ce siècle répondent à la fois une baisse de la mortalité infantile et une baisse de la natalité. Cette transition démographique aboutit d'une part à la « raréfaction » de l'enfant mais permet d'autre part d'espérer sa survie au-delà de sa cinquième année de vie. L'espoir qui est alors placé dans l'enfant s'accompagne d'un changement de perception ; il est désormais perçu comme un futur adulte potentiel. C'est ce changement de perception qu'Ariès et ses successeurs traduisent par la notion d'évolution du sentiment de l'enfance. La perception nouvelle de l'enfant, sa personnification, accompagnées de l'amélioration des conditions sociales du XIX^{ème} siècle, entraînent un plus grand investissement affectif et économique de la part des parents sur leur enfant. Cet investissement accru, accompagné de la baisse de la mortalité infantile conduit à une limitation du nombre d'enfants souhaité par famille. On comprend alors comment causes et conséquences de ce qui constitue l'évolution du sentiment de l'enfance sont ici intimement liées.

b. Le travail des enfants

Il en va de cette même relation entre causes et effets pour les lois relatives à la réglementation du travail des enfants (Bourdelaïs, 2005b), qui n'auraient sans doute jamais existé sans l'évolution du sentiment de l'enfance. Pour autant, elles marquent dans le même temps un pas décisif dans la reconnaissance des spécificités physiques, morales et sociales de l'enfant. Il en va ainsi de la loi de mars 1841 qui fixe à huit ans l'âge minimal d'admission au travail dans les industries et limite le temps de travail quotidien à huit heures pour les enfants de moins de douze ans, et à douze heures pour ceux âgés de douze à seize ans. Première loi s'intéressant directement à l'enfant en tant que tel et à ses conditions de vie, elle sera suivie de textes qui en étendent la portée et en modifient les termes en s'intéressant aux apprentis (loi de 1852) ou en fixant de nouvelles limites d'âge, de durée quotidienne ou de lieu de travail (loi de 1874 et 1892). Mais bien d'autres éléments accompagnent et participent de cette « invention du jeune enfant » (Luc, 1997) à laquelle on assiste au cours du XIX^{ème} siècle, parmi lesquels le

grand questionnement qui s'ouvre sur les conditions d'accueil réservées au jeune enfant (Rollet, 1990).

Ainsi, au cours du XIX^{ème} siècle, la politique à l'égard du jeune enfant connaît des transformations de sens qu'il est difficile d'ignorer. Au début du siècle, il s'agit de sauver les jeunes enfants de la mortalité, en tentant, d'une part, de diffuser les conseils d'hygiène auprès des mères, et d'autre part, d'éviter au maximum les infanticides ou la mortalité provoquée par les conditions dans lesquelles sont abandonnés les enfants. Le système des « tours d'abandon », dont le premier ouvrit en France en 1758 et qui fut généralisé en 1811, en préservant l'anonymat des mères, permet à la fois un recueil rapide et systématique du jeune enfant et vise à faciliter l'abandon tout en rendant cette pratique moins mortifère. Pour de nombreuses raisons sur lesquelles nous ne nous étendrons pas ici, le système des tours fut progressivement abandonné et le dernier ferma en 1860¹³.

Dans le même temps, une politique visant à inciter les mères à garder leurs jeunes enfants auprès d'elles se développe. Dans cette optique, une aide financière est accordée aux mères célibataires désireuses d'allaiter leur enfant. Mise en place dès 1793, dans la droite ligne des idées de la révolution, cette idée est reprise en 1830, mais avec un déplacement quant à l'objectif recherché, puisqu'il s'agit cette fois de faire diminuer le nombre d'abandons ; mesure à laquelle s'ajoute en 1837 l'interdiction faite aux sages-femmes de pratiquer l'abandon. Toutefois ce principe de « forcer » les femmes à garder leurs enfants auprès d'elles montre rapidement ses limites et induit un certain nombre d'effets négatifs pour la santé et parfois la survie de l'enfant. La faiblesse de l'aide financière accordée aux femmes célibataires et le refus des crèches de garder leurs enfants poussent de nombreuses femmes à les laisser seuls au domicile pendant qu'elles vont travailler, aucune mesure n'étant alors prévue pour qu'elles puissent revenir au domicile pendant la journée afin de le nourrir. L'autre solution qui se présente alors à ces femmes est celle du placement en nourrice. Mais leur condition d'enfant de femme seule les place au dernier rang des soins des nourrices qui bien souvent ne leur réservent que les rebus.

Les effets non souhaités auxquels ont conduit ces différentes mesures à destination des jeunes enfants, mesures prises à l'origine pour lutter contre les

¹³ Pour plus d'informations sur l'histoire des tours voir Bardet et Faron (1998)

abandons, nous mènent directement à la question des institutions de garde qui se mettent en place à la même époque.

c. Les lieux d'accueil

En 1826 Émilie Mallet fonde la première salle d'asile, destinée aux familles pauvres et conçue pour garder les enfants de deux à cinq ans des mères qui travaillent ou qui souhaitent travailler. En créant les salles d'asile, Émilie Mallet poursuit une double aspiration, économique d'un côté et éducative de l'autre. Du point de vue économique, Émilie Mallet souhaite libérer les mères des familles les plus pauvres de la contrainte de la garde de l'enfant pour leur permettre de travailler ou de leur faciliter la recherche d'un travail. À terme, l'objectif de cette démarche est d'accroître les revenus des familles les plus pauvres et d'améliorer leurs conditions de vie. D'autre part, Émilie Mallet¹⁴ espère ainsi libérer de la main d'œuvre féminine pour les manufactures de l'époque. Enfin, sur le plan éducatif, les salles d'asile répondent à un souhait non dissimulé de fournir une éducation morale et religieuse aux jeunes enfants des familles concernées. Tant par le public auquel elles sont prioritairement destinées que par le service et l'aide qu'elles lui apportent, ces institutions sont rapidement perçues comme des institutions d'assistance ; elles sont, aux dires mêmes de leur fondatrice, une « œuvre de foi, de charité et d'amour maternel » (Luc, 1997).

Autres institutions d'accueil qui marquent ce nouveau questionnement sur la place du jeune enfant à cette époque : les crèches, dont la première voit le jour en 1844 à Chaillot sous l'impulsion de Firmin Marbeau. Si les crèches accueillent les enfants âgés de 15 jours à trois ans, elles n'accueillent pas les enfants des femmes qui travaillent chez elles. Elles reprennent en cela l'idée des salles d'asile, à savoir faciliter les possibilités de travail des mères des jeunes enfants. Toutefois, les crèches marquent leur différence en refusant les enfants « des femmes qui se conduisent mal » c'est-à-dire des mères-filles ou des femmes célibataires¹⁵. Ces institutions où seuls les enfants sains (non malades) sont acceptés et où ils sont quotidiennement visités par un médecin, recouvrent une forte aspiration sociale puisque les mères reçoivent une aide matérielle

¹⁴ Fille du riche manufacturier Oberkampf, Émilie Mallet était particulièrement sensibilisée aux problèmes du travail et de la main d'œuvre dans le secteur des manufactures.

¹⁵ Si certaines crèches acceptaient les enfants des femmes célibataires, elles s'efforçaient d'obtenir le mariage dans l'année et exerçaient ainsi un rôle normalisateur.

et le prix de l'accueil y est très limité (4 francs contre 12 pour une nourrice). Ce n'est que le 30 juin 1862 que les crèches sont officiellement instituées par un décret ministériel, fixant un règlement des crèches ainsi que les normes à respecter en matière de locaux et de personnel.

d. La mortalité infantile

En 1865, des médecins travaillant en milieu rural s'inquiètent sérieusement des conditions de vie des jeunes enfants et s'interrogent sur la possibilité de réduire de manière significative le taux de mortalité infantile. Persuadés de pouvoir agir pour améliorer cette situation et fort de l'expérience de leur pratique quotidienne, deux médecins écrivent leurs témoignages sous forme de rapports qu'ils font parvenir en 1865 et 1866 à l'Académie de médecine et dans lesquels ils dénoncent cette situation. Ces deux rapports sont, selon Catherine Rollet (1990), le point de départ de l'important débat qui sera mené autour de la question de la mortalité infantile. Il faudra toutefois attendre le lendemain de la guerre de 1870 et l'important déficit démographique qu'elle a provoqué pour que cette question occupe réellement le devant de la scène politique et parlementaire.

C'est dans ce contexte, marqué à la fois par une grave crise démographique, une baisse de la natalité, un accroissement du sentiment de l'enfance et une amélioration générale des conditions de vie qu'en 1874, la première grande loi de protection de l'enfance, dite loi Roussel, est votée.

2. Les innovations de la Troisième République

a. La loi Roussel (1874)

Le 24 mai 1873, Théophile Roussel présente à l'Assemblée nationale une proposition de loi de protection des enfants placés en nourrice. De cette proposition naît un important questionnement sur la légitimité de l'État pour intervenir dans un domaine qui était jusqu'ici du seul ressort de la famille. En effet, cette volonté interventionniste vient directement à l'encontre de l'esprit libéral hérité de la Révolution de 1789. Pour autant, l'argument démographique fait pencher l'ensemble de députés en faveur de l'adoption du texte. En ce lendemain de guerre, la France connaît un important déficit

démographique allant jusqu'à remettre en cause la possibilité d'assurer le renouvellement de sa population. Il devient donc impératif de sauvegarder les jeunes enfants, futurs adultes et forces vives de la nation de demain. Cet état de fait permet d'aboutir le 16 décembre 1874 au vote de la première grande loi de protection des enfants, dite loi Roussel.

En substance, cette loi vise les enfants de moins de deux ans, placés en nourrice hors du domicile de ses parents, que cela soit en sevrage ou en garde, et dont le placement est effectué moyennant salaire (ce qui exclut les enfants gardés par un membre de la famille). Elle rend obligatoire la déclaration du placement en nourrice pour les parents, les nourrices, les bureaux de nourrices et tous les intermédiaires. Elle contraint aussi nourrices et intermédiaires à l'obtention d'un certificat et fixe dans le même temps le montant des amendes pour tous les contrevenants à la loi. Des visites au domicile des nourrices sont opérées par les médecins-inspecteurs chargés de contrôler la santé de l'enfant, les conditions d'accueil et les soins prodigués par les nourrices. Ils doivent conseiller ces dernières sur les méthodes et pratiques à adopter en matière d'éducation et de soin à l'enfant. Enfin la loi spécifie la répartition à parts égales des dépenses qu'elle implique entre le département et l'État. Le règlement d'administration publique spécifiant les modalités d'application de la loi ne paraît que le 23 février 1877 mais prolonge le texte de loi en précisant dans le détail l'organisation du service, les modalités du contrôle des placements et la tenue des registres de déclarations.

Première grande loi de protection de l'enfance, la loi Roussel limite son action à une partie de la population infantile. Plusieurs points peuvent être avancés pour expliquer cela. Tout d'abord, compte tenu de la situation dans laquelle se trouve la France et de l'absence totale de législation en matière de protection de l'enfance, il était bien nécessaire de commencer par une première étape. Face à l'impossibilité de traiter l'ensemble des éléments liés à la question des conditions de l'enfant en une seule impulsion, il a donc fallu sélectionner une catégorie d'enfants. Reste à expliquer pourquoi l'objet de la loi porte sur les enfants de moins de deux ans placés hors du domicile familial et moyennant salaire plutôt que toute autre catégorie. Deux éléments permettent de justifier ce « choix » : d'une part, ce sont eux qui connaissent le taux de mortalité le plus élevé, et, d'autre part, il est tout de même plus facile de pénétrer chez les nourrices qu'à l'intérieur des maisons familiales. Si les nourrices accueillent majoritairement les enfants des classes moyennes (les familles aisées ont recours à des

nourrices sur lieux et ne sont donc pas concernées par la loi), la loi Roussel concerne surtout les nourrices résidant en milieu rural, qui accueillent quant à elles les enfants des familles les plus pauvres et les orphelins. Il est donc plus facile, pour un premier pas intrusif de la part de l'État dans un domaine jusqu'ici réservé à la famille, de commencer par les familles les plus pauvres, d'autant plus que ce sont elles qui se trouvent dans les situations les plus graves.

Les principes instaurés par la loi Roussel ne sont quasiment jamais remis en cause, mais leur application est loin d'être systématique et des régions entières ne prennent pas les dispositions nécessaires à sa mise en œuvre. Pour autant, se pose rapidement la question d'une extension de la loi à une plus large population. « Au-delà de ses effets immédiats – unification, instauration de structures, pénétration de principes – la loi de 1874 fit rapidement naître une question : pourquoi une protection analogue ne serait-elle pas instaurée pour d'autres catégories d'enfants, voire pour toute la population infantine ? La loi portait en elle les germes de son propre dépassement » (Rollet, 1990, p.136)

b. La loi de protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés

Dès les premiers effets de la loi Roussel, la question de son extension à d'autres enfants se pose et c'est dans sa droite ligne que le 13 juillet 1889, le Sénat vote la « loi de protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés ».

Cette loi vise à prévenir les mauvais traitements infligés aux enfants en privant le parent maltraitant de ses droits sur l'enfant. Elle énumère « les différents motifs pour lesquels la déchéance de la puissance paternelle peut être judiciairement prononcée “ de plein droit ” : condamnation pour crimes commis contre les enfants, condamnation deux fois de suite pour incitation à la débauche, condamnation diverses. L'autorité judiciaire peut en outre “ facultativement ” prononcer la déchéance en cas de condamnation pour “ séquestration ou exposition d'enfant, ou pour vagabondage ”. De façon plus générale, peuvent être déchus de leurs droits “ les pères et mères qui, par leur ivrognerie habituelle, leur inconduite notoire et scandaleuse, ou par leurs mauvais traitements, compromettent soit la santé, soit la sécurité, soit la moralité de leurs enfants ” » (Rollet, 1990 :138).

Cette loi est alors novatrice à un triple titre :

- elle permet de condamner les parents pour mauvais traitement ;
- elle crée la notion inédite de déchéance de la puissance parentale en général et de la puissance paternelle en particulier ;
- elle prévoit les dispositifs qui permettront d'accueillir et éduquer les enfants qui auront été retirés de leur famille.

Sans annuler les acquis de la loi Roussel, cette loi franchit un pas décisif, en s'intéressant non seulement au cas des enfants placés en nourrice ou en gardiennage mais aussi à celui des enfants demeurant dans le domicile familial. En plus des nourrices et gardiennes d'enfants, cette loi place donc aussi sous le contrôle de l'État les parents des enfants.

Plusieurs points sont à noter à propos de cette loi. Pour la première fois dans le droit français, le droit du père sur son enfant, jusqu'ici pensé comme un droit de propriété, est remis en question. Ensuite, dans sa mise en application, les agents de l'État devront pénétrer dans le domicile des familles ; autre domaine qui jusqu'ici était marqué du sceau privé. Enfin, il faut noter que dans son esprit même, cette loi ne s'intéresse plus uniquement à la santé biologique de l'enfant. Il y est question des mœurs des parents et de l'effet que celles-ci peuvent avoir sur le développement de l'enfant et son intégration future dans la société. Ce dernier élément figure en bonne place dans les débats qui entourent le vote de la loi. L'enfant soumis au délaissement des parents y est présenté comme un criminel ou un vagabond en puissance. À la sauvegarde de l'enfant s'ajoute donc la volonté de préserver la société du développement des « classes dangereuses ». Elle déplace alors « à la fois les limites du normal et du pathologique (battre son enfant n'a pas toujours été considéré comme une affaire intéressant les médecins) et les rapports entre la sphère publique et la sphère privée (les services sanitaires et sociaux sont invités à enquêter au domicile... à juger des méthodes éducatives des parents), autrement dit en participant de cette redéfinition à la fois de la santé et du politique » (Fassin, 1996 : 298).

c. Les visites à domicile et les médecins inspecteurs

La loi Roussel de 1874, confie la tenue des registres de naissance et des registres de déclaration des nourrices aux maires, gardes-champêtres et secrétaires de mairie. Ces

registres permettent de rendre compte du nombre d'enfant naissant, du nombre d'enfants placés mais servent aussi de cahier d'observation sur le travail effectué par les nourrices. Toutefois la proximité et l'interconnaissance entre nourrices et personnel de mairie, surtout dans les villages, empêchent une évaluation objective des situations par les employés municipaux. Les critiques à l'égard du travail effectué par les nourrices restent très rares et la réalité des conditions de gardiennage bien loin des descriptions figurants dans ces registres (Rollet, 1990).

Pour cette raison, et en réponse au taux de mortalité alarmant que connaissent les enfants placés en nourrice à cette époque, la loi Roussel double ce système de surveillance administrative des enfants placés en nourrice d'une inspection médicale, par le moyen de visites à domicile mensuelles dont la charge financière est conférée aux départements.

Les médecins inspecteurs chargés de ces visites à domicile ont alors pour mission, vis-à-vis des nourrices, de contrôler le respect de la loi, mais aussi de les éduquer et de les conseiller sur l'éducation des enfants. Un des problèmes majeurs auxquels se heurtent les médecins-inspecteurs, compte tenu des conditions de vie matérielles des nourrices (faible revenu, logement souvent sombre et étiqué, faible niveau d'éducation...), s'avère être la compréhension et les possibilités de mise en application des conseils qu'ils prodiguent. La lutte menée contre l'usage des biberons à tube dans l'industrie nourricière est à ce titre exemplaire (De Luca et Rollet, 2005). En effet, si la nocivité de ces biberons, dont le long tube en caoutchouc ne peut être lavé, est scientifiquement démontrée, les inspecteurs se heurtent à l'aspect pratique de l'utilisation de ces ustensiles.

Vis-à-vis des enfants, les médecins-inspecteurs sont chargés de veiller à leur bon développement et le cas échéant de soigner ceux qui sont malades. Bien que non censés prodiguer des soins gratuitement en dehors des visites de contrôle, les parents étant de très mauvais payeurs, les médecins-inspecteurs effectuent ce service de façon quasi gratuite. Enfin, à travers les données qu'ils recueillent lors de leurs visites et la production de rapports qui leur est demandée, ils doivent aider à une meilleure connaissance des conditions de vie générales de la petite enfance.

Ces visites se révèlent efficaces sur un certain nombre de points. Leur principal avantage est celui d'être effectué au domicile des nourrices et de permettre au médecin qui les opère de faire de nombreuses observations sur le logement et les conditions dans

lesquelles la nourrice s'occupe de l'enfant. Le fait qu'elles puissent être menées à l'improviste permet aussi au médecin de constater quelles sont réellement les pratiques de la nourrice et de ne pas se contenter de ses déclarations ou d'observations menées sur un logement ou une situation préparée dans l'attente de la visite. Dans les évolutions à venir en matière de protection de l'enfance, il s'agira de ne pas laisser de côté ces avantages incontestables que seules les visites à domicile menées à l'improviste permettent d'obtenir. Mais il faut tout de même considérer que celles-ci recouvrent un certain nombre d'inconvénients ou de lacunes auxquels il s'agira de remédier. Premier inconvénient : ces visites ne permettent pas au médecin et, plus généralement, à la médecine, d'accéder aux enfants demeurant dans leur famille¹⁶. Cela restreint considérablement le nombre d'enfants concernés par cet effort de surveillance de la santé des plus petits. Il faut ajouter à cela que ces visites sont coûteuses, du fait des déplacements qu'elles nécessitent et qu'elles ne permettent pas le transport de matériel d'auscultation du nourrisson comme, par exemple, une balance. Malgré tout, elles restent le principal mode de surveillance de la santé du jeune enfant et de lutte contre sa mortalité, notamment dans les campagnes où les médecins sont rares et où les populations n'ont pas toujours de quoi payer une consultation.

d. Les consultations type « gouttes de lait »

Dans cette même optique de préservation des jeunes enfants de la mort, et à la suite de découvertes scientifiques sur les bienfaits de la stérilisation, trois institutions de type consultations de nourrissons voient le jour en France entre 1892 et 1894 :

1- Juin 1892 : la Consultation à l'hôpital de la maternité de Pierre Budin, avec suivi du développement staturo-pondéral, courbe de croissance et de poids, recommandation d'allaitement et prescription de lait stérilisé.

2- Juillet 1892 : le dispensaire Variot (Belleville), dont le but est de soigner les bébés et les enfants malades, mais aussi de distribuer du lait stérilisé.

¹⁶ Si la loi de protection des enfants maltraités permettait en effet de pénétrer dans les familles, il ne s'agissait pas, comme pour les visites à domicile, de s'assurer de manière préventive du bon développement et de la qualité des soins prodigués à l'enfant, mais au contraire de prendre des mesures en réponse à des traitements jugés néfastes pour la santé de l'enfant et pour la construction de sa personne.

3- Juillet 1894 : la « goutte de lait », dont la première fut ouverte à Fécamp par le Docteur Dufour. Dans ces consultations, les bébés sont pesés et du lait stérilisé est distribué aux mamans. Les moments passés dans ces consultations sont aussi utilisés pour divulguer de nombreux conseils de puériculture aux mères ou aux nourrices accompagnant le bébé.

Le succès que rencontre ce dernier type de consultation est dû à la simplicité de son dispositif (une balance, un médecin et du matériel de stérilisation du lait) et à la quadruple fonction qu'elles recouvrent. Ces consultations ont à la fois une fonction médicale (curative et préventive), une fonction éducative (par les conseils qui sont donnés aux mères et aux nourrices), une fonction sociale (par la distribution de lait aux mères les plus démunies) et une fonction de socialisation, en permettant aux différentes mères présentes, parfois jusqu'à cent d'un coup, de se rencontrer et de discuter entre elles en attendant la consultation (Rollet, 1995). La résolution du 3 décembre 1903 adoptée par le Sénat recommande aux préfets de développer les consultations « goutte de lait » et œuvres similaires et une circulaire du ministère de l'intérieur adresse la même recommandation aux préfets. Malgré tout, à l'instar des trois consultations pionnières, ce sont principalement des œuvres privées qui ouvrent et tiennent ces consultations. En 1912, les communes sont encouragées à créer elles-mêmes des consultations, lorsque les œuvres privées font défaut ou sont insuffisantes.

Dans la progression chronologique que nous suivons depuis le début de ce chapitre, nous nous approchons, avec la naissance des consultations de type « Goutte de lait », de la fin du XIX^{ème} siècle. Notons que, si la très grande majorité des mesures adoptées jusqu'ici, le sont à la suite d'initiatives de médecins, toutes comportent une importante connotation sociale. Elles continuent en cela de placer l'intervention publique dans le domaine de la santé sur le plan de l'assistance. Ainsi, même les quelques initiatives s'adressant à toute la population, telles les consultations « goutte de lait », réservent dans leurs actions une part importante à la protection ou à l'aide aux femmes et aux enfants les plus démunis. Si les consultations « goutte de lait », avec le suivi du développement de l'enfant et les conseils aux mères, s'adressent à tous, la distribution de lait stérilisé qu'elle prévoit est, quant à elle, destinée aux familles n'ayant pas les moyens d'en acheter.

Enfin, à l'exception de situations bien particulières (enfants placés en nourrices, enfants maltraités), il n'existe encore aucune mesure médicale ou sanitaire s'imposant à l'ensemble de la population.

e. Les enfants assistés

En 1904 est votée la loi sur les enfants assistés. Cette nouvelle loi de protection de l'enfance avance trois éléments principaux. Le premier est celui d'établir neuf catégories distinctes parmi les enfants assistés¹⁷, suivant leur situation et les raisons pour lesquelles ils se trouvent assistés par l'institution et prévoit donc des mesures distinctes en fonction de la catégorie à laquelle appartient l'enfant.

En second lieu, cette loi met en place la pratique des bureaux ouverts, qui sont à ce moment-là présentés comme une amélioration du principe des tours d'abandon. Dans ces bureaux, la mère vient confier directement et en main propre l'enfant qu'elle souhaite abandonner à une receveuse, tout en conservant l'anonymat. Cette pratique doit permettre à la mère de bénéficier d'un temps de discussion, de conseil et de réflexion avant de se séparer définitivement de son enfant, en espérant par là la faire changer d'avis.

Le troisième élément important de cette loi consiste en la prévision d'un financement plus généreux pour les services d'accueil et les nourrices afin d'assurer de bonnes conditions de vie aux enfants assistés. L'objectif général de cette loi est alors de faire reculer les maltraitances, les infanticides et les abandons mais en préservant tout de même la possibilité pour les femmes les plus en détresse de recourir à l'abandon.

f. Les politiques familiales

Si au début du XIX^{ème} siècle, l'apparition des salles d'asile permet, dans certaines zones, pour les femmes les plus démunies de faire garder leur enfant pendant qu'elles travaillent, jusqu'à la fin du siècle, aucune mesure nationale n'est prise en direction des femmes enceintes. Plusieurs initiatives de type privé voient le jour dans le dernier quart du XIX^{ème} siècle mais ce n'est qu'en 1899 que les premières propositions de lois faisant

¹⁷ On trouve ainsi les différentes catégories d'enfants secourus, en dépôts, en gardes, trouvés, abandonnés, orphelins pauvres, maltraités, délaissés ou moralement abandonnés.

état de la nécessité d'instaurer une période de repos avant et après l'accouchement sont présentées par le député Constant Dulau et le sénateur Paul Strauss devant leurs assemblées respectives. Ces propositions incluent le versement d'une indemnité pendant le congé maternel et c'est la question du financement de cette indemnité qui fait rejeter le projet de loi en débats et amendements jusqu'en 1913. Dans la même lignée, mais sans faire état de questions financières ni de rémunération pendant cette période « chômeuse », la loi Engerand, votée en 1909, autorise pour toutes les femmes enceintes la suspension du travail pendant huit semaines consécutives autour de l'accouchement sans que cela puisse être une cause de rupture de contrat. C'est finalement le 13 juin 1913 que la proposition de loi de Paul Strauss est adoptée par le Sénat. Cette loi interdit de faire travailler des femmes dans les quatre semaines qui suivent leur accouchement et prévoit, pour toutes les femmes privées de ressources, c'est-à-dire ne disposant pas d'autres revenus que ceux fournis par la rémunération de leur travail, le versement d'allocations pendant toute cette période de repos imposé. Par la suite, deux lois étendent très rapidement la portée de ce texte en élargissant la population concernée. Le 13 juillet 1913, la loi s'étend aux salariés à domicile et le 2 décembre 1917 ce sont toutes les femmes françaises privées de ressources qui en bénéficient, qu'elles soient salariées ou non. Afin d'inciter les femmes enceintes et les nouvelles mères à se soumettre au contrôle des médecins et des infirmières, le versement de ces indemnités est à ce moment-là étroitement lié à la fréquentation des consultations prénatales et des consultations des nourrissons ainsi qu'aux contrôles effectués à domicile par les infirmières visiteuses.

Parallèlement à ces lois sur le repos maternel, des textes portant sur la famille dans son ensemble sont progressivement votés. Ainsi, la loi du 14 juillet 1913 qui porte assistance aux familles nombreuses dont les revenus sont insuffisants instaure « la notion d'un minimum de ressources que garantit la collectivité à l'enfant » (Rollet-Echalier, 1990 : 249). À la suite de ce premier pas en faveur des familles, plusieurs lois de finances sont votées, dans lesquelles l'État s'engage à subventionner les départements qui versent des primes à la natalité. Contrairement aux allocations d'assistance qui existaient jusqu'ici, ces primes ne tiennent plus compte des revenus des parents et s'approchent du principe d'allocations familiales, exclusivement dépendantes du nombre d'enfants compris dans une famille.

g. Les infirmières visiteuses

L'éducation et le conseil à la puériculture des mères et des nourrices au cours des visites à domicile et des consultations infantiles font à l'origine partie du travail des médecins. Mais le temps nécessaire à la réalisation de ce travail ainsi que les « compétences naturelles » qu'il nécessite sont les principaux arguments avancés pour délester de cette tâche les médecins, scientifiquement formés, et la confier à des femmes. Ainsi les médecins se font régulièrement assister par des sages-femmes ou des infirmières visiteuses à qui revient ce travail pendant les visites à domicile ou les consultations. Profitant de leur présence aux domiciles des familles, les infirmières visiteuses peuvent observer l'enfant et ceux qui s'en occupent dans leur lieu de vie quotidien et choisir les conseils d'hygiène et de puériculture à prodiguer en priorité ou à rappeler. Ces visites sont aussi l'occasion de convoquer les mères et les nourrices aux consultations médicales. Le rôle des infirmières visiteuses, qui participent aussi aux consultations, est alors, entre autres, de vérifier la bonne compréhension de ce qui est dit à l'accompagnant par le médecin au cours de la consultation et, par la suite, de s'assurer de la mise en pratique de ces conseils au domicile.

Ce n'est toutefois qu'après la première guerre mondiale que les infirmières visiteuses rendent systématiques leurs visites pour tous les nouveaux-nés. À cette époque, aucune législation nationale n'existant à ce propos, cela n'est vrai toutefois que dans certains départements et principalement dans les grandes villes du pays où les consultations agréées s'arrangent pour se procurer la liste des nouveaux-nés ou, quand cela n'est pas possible, incitent les mères, par voie de tract ou promesse de récompense, à déclarer au plus tôt la naissance de leur enfant.

Des écoles destinées à former les infirmières sont créées au cours des deux premières décennies du XX^{ème} siècle et c'est en 1922 que Paul Strauss signe le décret précisant le statut des « infirmières visiteuses d'hygiène sociale » et instaurant le diplôme d'État correspondant. Toutefois, craignant que ces nouvelles professionnelles diplômées ne leur fassent trop concurrence, les médecins s'empressent de limiter les formations et l'étendue des compétences de ces infirmières.

Au lendemain de la première guerre mondiale, l'idée que « la recherche des *causes médicales* de la maladie était insuffisante, qu'il fallait y associer celle des *causes sociales* » (Rollet, 1990, p.398) fait son chemin. Le travail social n'étant jamais plus

efficace que lorsqu'il est pratiqué au domicile des familles, l'essentiel de celui-ci est confié aux infirmières visiteuses dont le travail « ne cessera de tendre vers un rôle plus polyvalent mettant de plus en plus en plus en avant l'aspect social » (Bouquet, 1994 : 216). Le « décret du 17 février 1938 qui fait fusionner la formation des infirmières-visiteuses et celle des assistantes sociales et prône une formule unique : l'assistante sociale. Résultat d'un compromis, ce décret donne une inflexion médico-sociale au service social et renvoie les infirmières à la technique des soins »(ibid. : 220).

h. Une conception plus globale de la prévention

Dans le milieu des années 1930, dans un *Essai de systématique du service social et de ses agents*¹⁸ le Dr R.H.Hazemann distingue quatre étapes de développement pour l'hygiène :

- le génie et la police sanitaire : construction des bâtiments et mise au point des règlements ;
- hygiène publique : Pasteur, le microbe vient au cœur des préoccupations des hygiénistes ;
- hygiène sociale : en tant que lieu de vie des individus à protéger, la famille devient le champ principal de l'action ;
- hygiène : (période en cours au moment où Hazemann rédige son essai) la société est considérée comme un tout, la politique se doit d'être globale, multiforme, dynamique.

Et c'est en effet dans cette optique globale de la politique à l'égard de la famille que s'orientent les nouvelles mesures qui sont adoptées. Ainsi : « compléter la leçon d'hygiène (la consultation) par une aide économique tangible, et inversement soumettre le versement des allocations à des contrôles médicaux et hygiéniques » (Rollet-Echalier, 1990 : 231). Le lien entre le médical et le social dans le secteur de l'enfance et de la famille tend à s'établir et à se durcir et il devient, à partir des années 20, quasiment impossible de penser l'un sans l'autre.

Allant dans le sens de cette approche plus globale de la famille, mais sur un aspect sensiblement différent, les techniques employées pour mener à bien les *enquêtes*

¹⁸ Cité par Rollet-Echalier, 1990, p.231

sociales, « matière première et encore principale » (Donzelot, 1977 : 111) de la justice pour enfant, se voient considérablement modifiées à partir de 1920. Trois nouvelles règles en conduisent désormais le déroulement :

- *Approche circulaire de la famille*. « Avant d'entrer en rapport avec la famille à surveiller, à assister, à protéger, il faut collecter tous les renseignements dont disposent les administrations d'assistance et de surveillance » (ibid.p.114). Puis interroger successivement l'instituteur des enfants, le patron du chef de famille, le propriétaire du logement, le concierge, les voisins, les commerçants... Le recueil de ces informations auprès des sources différentes permet une vision plus contrastée de la famille que le contentement à un seul informateur.

- *Interrogatoire séparé et contradictoire* : « il est toujours préférable que le visiteur ne convoque pas son client chez lui, mais se rende au domicile de celui-ci et que cette visite ait lieu à l'improviste » (ibid.p.115) afin d'éviter les possibilités de mise en scène de la part de la famille enquêtée.

- *La vérification pratique du mode de vie familial* : l'enquêteur doit « causer et faire causer le plus qu'il peut. Ces conversations font toujours plaisir à ceux que l'on interroge » (ibid.). Au travers de ces discussions, l'enquêteur pourra alors manifester de l'intérêt pour la famille, distribuer des conseils, recueillir de nombreuses informations et établir un début de relation avec les membres de la famille en question. Tout en discutant, l'enquêteur observe le logis, la disposition des pièces, l'état du logement...

À travers ces deux exemples portant sur la prévention médicale et la prévention sociale, nous pouvons voir qu'un changement considérable s'opère à partir des années 1920. Ces deux champs principaux de la prévention tendent à se rapprocher et à être considérés comme difficilement strictement distinguable l'un de l'autre. Ainsi les critères d'évaluation de l'un auront tendance à être considérés dans l'évaluation de l'autre et réciproquement. La prévention sociale ne se limite plus à l'individu et à ses conditions sociales objectives mais œuvre en direction d'une hygiène sociale basée sur les conditions et habitudes de vie des individus. Parallèlement à cet élargissement de la prévention sociale, un changement similaire s'opère du côté de la prévention médicale qui ajoute à la santé physique et à l'hygiène de l'individu, les éléments de compréhension issus du travail social.

3. La fin d'une époque

a. Extension et manque de coordination des mesures de prévention

Ce rapide historique des mesures prises en faveur de la petite enfance entre 1800 et 1939 permet de faire ressortir deux éléments caractéristiques de cette époque qui auront une influence considérable sur les périodes suivantes et qui portent tous deux sur l'aspect général des politiques mises en œuvre, des lois adoptées, des structures mises en place et des actions menées tout au long de cette période. Il s'agit, d'une part, de « l'extension progressive » des mesures de prévention et, d'autre part, de l'hétérogénéité des situations et des possibilités d'action des départements et des problèmes de coordination des différentes institutions que soulèvent la mise en application de ces mesures.

En premier lieu, il convient de souligner l'extension considérable de la population concernée par les mesures, lois et structures consacrées à la petite enfance. Il ne s'agit pas ici d'une extension démographique mais bien de la multiplication du nombre de catégories, de nourrissons, d'enfants, de femmes, de mères, que concernent successivement les différentes lois adoptées et les multiples structures qui se mettent en place. Nous avons commencé notre revue historique avec l'ouverture des premiers lieux d'accueils qui s'adressaient aux seuls enfants pauvres dont les mères travaillaient ou souhaitaient travailler. La loi Roussel, première grande loi de protection de l'enfance, même s'il ne faut pas en minimiser la portée, ne concernait que les enfants de moins de deux ans placés en nourrice en dehors du domicile familial. Que de chemin parcouru alors pour aboutir à la fin de cette période, à la veille de la seconde guerre mondiale, à une surveillance de tous les enfants naissant sur un territoire donné, à la surveillance médicale de ces enfants et à l'éducation à la puériculture de leurs mères. Pour autant, à l'exception des catégories d'enfants visées par la loi Roussel de 1874 et les principales grandes lois que nous avons évoquées (les enfants assistés, les orphelins et les enfants de moins de deux ans placés en nourrice en dehors de leur famille) pour qui un certain nombre de visites et de contrôle sont obligatoires, la grande majorité de ces mesures et institutions restent placées sous le signe de l'incitation et de la libre participation. Seul le décret du 30 octobre 1935 vise à étendre la loi Roussel à cinq catégories d'enfants

supplémentaires et étend l'âge de la protection aux enfants de moins de trois ans¹⁹. Mais son décret d'application n'étant publié qu'en septembre 1938, ce décret n'a, compte tenu des événements internationaux, quasiment aucun effet pratique. À cet élargissement des publics concernés par les mesures et lois s'ajoute une multiplication des éléments pris en compte pour améliorer la santé du jeune enfant. Comment évaluer autrement l'écart existant entre les premières mesures de simple surveillance des modes de nutrition et de l'hygiène minimale donnée par les nourrices d'un côté, et les congés maternité et le versement d'allocation familiale de l'autre ?

En second lieu, face à l'amélioration des politiques de la petite enfance, à l'accroissement des lois, mesures et décrets, à la multiplication des structures dédiées, face enfin à cette volonté affichée de faire progresser les conditions de l'enfant, se dressent les difficultés de la réalisation d'une telle tâche. Afin de faire ressortir au mieux cette volonté d'accroître le champ de la prise en charge et d'aller toujours plus loin dans la prévention de la petite enfance, nous n'avons, tout au long de cet « historique », pas évoqué l'hétérogénéité des résultats obtenus par ces mesures successives. Hétérogénéité que l'on peut noter entre les différentes mesures adoptées, mais aussi, et peut-être surtout, pour une même mesure, entre les différents départements. Ce serait faire fausse route que de ne point aborder cette hétérogénéité et de ne pas rendre compte de l'important manque de coordination des différentes mesures à l'échelle nationale et des structures mises en place pour tenter d'y remédier. En effet, tout au long de cette période, si les lois et décrets prononcés sont de portée nationale, leur mise en œuvre s'opère à une échelle locale. Bien que l'État prenne en charge une bonne partie du financement de ces mesures, la part restante est souvent trop élevée pour que les collectivités locales puissent s'en acquitter, ce qui remet directement en cause la mise en œuvre de tel ou tel projet. Les quelques organismes d'envergure nationale dont l'État se dote au cours de cette période ne sont bien souvent que des structures de contrôle, de réflexion ou de gestion et ne permettent pas d'influer directement sur l'action à mener.

Ainsi, le *Comité supérieur de protection des enfants du premier âge* créé dès 1874 (et institué par le décret du 26 mai 1875) est le premier organe spécialisé dans la petite enfance. Il a pour mission de coordonner et de produire des synthèses des actions

¹⁹ Selon le rapport de l'inspecteur général Rauzy, le nombre d'enfants bénéficiant de la protection passerait alors de 50 000 à 300 000. Cité par Rollet (1990, 269).

départementales et de faire des propositions sur les actions à tenir. Le Comité supérieur constate dans son rapport de 1878 que près d'un cinquième du territoire français échappe encore à l'application de la loi Roussel. Un retard toujours pas rattrapé en 1882 et qui est imputable tant au manque de mobilisation des conseils généraux, à l'inertie des inspecteurs départementaux, au manque d'initiative des préfets qu'à l'insuffisance de l'investissement économique du ministère de l'intérieur. L'activité du Comité supérieur est alors inversement proportionnelle à l'application de la loi Roussel et son rôle tend à diminuer avec la mise en place progressive des principaux rouages de la loi. *L'inspection générale des services administratifs* est chargée de l'inspection des établissements et institutions de bienfaisance et de celle du service de protection du premier âge. Se rendant sur le terrain, ses inspecteurs et inspectrices vont constater le fonctionnement de l'ensemble des services du secteur de la petite enfance. *Le conseil supérieur de l'Assistance publique* (institué par décret le 14 avril 1888) comprend plusieurs commissions, dont la première s'occupe des services de l'enfance. Ce conseil, purement consultatif, est chargé d'aider à la réflexion des textes de lois et des diverses décisions à prendre.

Ces conseils et comités permettent d'avoir une vue d'ensemble et de remédier aux principales lacunes de certains départements. Mais en l'absence de moyens d'action uniformes sur le terrain, la régulation inter départementale demeure impossible. À l'échelle départementale existent les *comités départementaux de protection* qui, comme le Comité supérieur, ont été institués par la loi de 1874. Ils jouent d'ailleurs le même rôle consultatif et propositionnel que le Comité supérieur et connaissent pour la plupart, dans les départements où ils ont été mis en place, le même sort que celui-ci ; leur action tend à s'éteindre dès lors que les dispositions demandées par la loi sont correctement mises en œuvre. La mise en place de *l'inspection départementale*, elle aussi prévue par la loi de 1874, comprend le recrutement d'inspecteurs départementaux. Ces derniers sont chargés d'inspecter les différents services accueillant les enfants assistés et protégés, mais leur rémunération et les moyens mis à leur disposition sont largement insuffisants. Pour y remédier, les conseils généraux leur accordent des indemnités dont le montant est fonction du nombre d'enfants assistés dans le département. Toutefois, preuve de l'absence de coordination à l'échelle nationale, aucune règle uniforme n'est édictée à ce propos. Pour autant, les tâches de l'inspecteur départemental sont multiples et son rôle très important. « C'est lui qui décidait du placement en nourrice, qui, sur

proposition du médecin ou de lui-même, procédait à un retrait. C'est lui qui suivait l'enfant au cours de ses premières années, plus tard devait veiller à sa scolarisation, conseiller une orientation, trancher les conflits, autoriser un mariage, etc. Bref, il intervenait dans tous les événements importants de la vie d'un enfant, puis d'un jeune adulte » (Rollet-Echalier, 1990, p.310). L'inspection départementale a aussi en charge l'inspection des crèches, des établissements de bienfaisance, ainsi que le secrétariat du Conseil départemental d'hygiène.

En somme, les organisations mises en place, que ce soit à un niveau départemental ou à un niveau national, ont davantage un rôle de contrôle et de proposition qu'un réel pouvoir d'injonction. Si elles permettent de contrôler les établissements qui ouvrent, elles manquent considérablement de moyens pour aider à l'ouverture de telles structures.

Ainsi, ces deux « extensions », l'une « quantitative » – la multiplication des catégories d'enfants concernés - et l'autre, « qualitative – la diversification des éléments pris en compte - sont allées de paire avec un foisonnement de lois et de décrets, un développement important des structures mises en place et la multiplication du nombre d'agents amenés à intervenir, chacun au nom de sa structure et sur sa mission particulière, pour mener à bien la surveillance de la petite enfance. De fait, dès 1902, le manque de coordination entre les différentes actions existantes est constaté. Chaque département tente alors de coordonner tant bien que mal les différentes institutions qu'il comprend. La « Fédération des œuvres girondines de protection de l'enfance », créée en 1918, constitue la première expérience réussie en la matière. En 1927, l'Office de Protection Maternelle et Infantile (OPMI) est créé afin de coordonner tous les services, œuvres et institutions sociales s'occupant de la mère et de l'enfant dans le département de la Seine. En 1931, à peu près 18 départements possèdent une organisation pratiquement complète. En 1933, sous l'impulsion d'un médecin spécialiste des assurances sociales soucieux d'accroître le rendement des prestations maternité et des allocations familiales, les caisses d'assurances sociales, elles-mêmes structurées à l'échelle départementale, cherchent à coordonner les différentes actions menées. S'appuyant sur les institutions déjà existantes (consultations de nourrissons et infirmières visiteuses), elles participent fortement à la coordination et à l'harmonisation qui faisait tant défaut.

A la veille de la seconde guerre mondiale, le manque de coordination des moyens existant à l'échelle départementale ainsi que leur mise en place et leur uniformisation à l'échelle nationale demeurent alors les deux grands défis à relever. Sans mettre de côté la volonté de continuer cette « extension de la prévention », c'est donc dans cette logique d'application et d'uniformisation que les réformes à venir sont envisagées.

b. Le code de la famille

Coordination et uniformisation, tels sont, entre autres, les objectifs du code de la famille. Promulgué à la hâte par décret le 29 juillet 1939, le « code de la famille » a aussi pour ambition de poursuivre l'extension de certaines mesures à d'autres catégories de familles et d'enfants encore ignorées par les législations précédentes. Articulées autour de trois axes principaux (l'aide à la famille, la protection de la famille et de l'enfant, la répression et la lutte contre les fléaux sociaux), les mesures inscrites dans ce code visent à verser une prime lors de la naissance du premier enfant et à étendre le champ d'application des allocations familiales versées dès la seconde naissance. Le code confie aussi la prévision et l'organisation de la prévention médicale à l'administration publique. Il est suivi de deux décrets qui définissent le contenu de la protection maternelle et infantile et spécifient que « le réseau sanitaire départemental [doit] être défini conformément à un « règlement modèle-type » » (Norvez, 1990, p.75).

Tout en continuant d'étendre le champ d'application des mesures en vigueur, il s'agit donc bien d'uniformiser sur l'ensemble du territoire les différents moyens d'assurer la protection et la prévention auprès de l'enfant et de la famille. La seconde guerre mondiale ne permet cependant pas de mettre en application les mesures prévues par le code de la famille. Celui-ci constitue tout de même une large source d'inspiration pour l'élaboration, au lendemain de la guerre, de l'ordonnance du 2 novembre 1945 qui institue la Protection Maternelle et Infantile comme politique nationale de santé publique.

c. La législation du gouvernement de Vichy

Pendant la seconde guerre mondiale, la mortalité infantile connaît une très forte progression et il est donc nécessaire, pour le gouvernement en place, de prendre des mesures en la matière. La loi du 16 décembre 1942 s'inspire fortement du code de la famille et confirme ici la volonté de confier à l'État la protection de la mère et de l'enfant. Ce texte, qui est quasi intégralement repris dans l'ordonnance de 1945, comporte principalement trois éléments novateurs par rapport aux précédents. Tout d'abord, il instaure le principe de la visite médicale prénuptiale. Si on ne peut nier la visée eugéniste de ce principe, il vise toutefois à responsabiliser les futurs mariés quant à leur état de santé personnel et commun. En second lieu, alors que la protection du jeune enfant est limitée à l'enfant de moins de deux ans depuis 1874 puis à l'enfant de moins de trois ans depuis le décret de 1935, cette loi fait figurer pour la première fois la catégorie d'enfants de moins de six ans dans la législation. La limite de l'âge de six ans qui correspond à l'âge préscolaire demeure aujourd'hui encore l'âge limite de prise en charge de la petite enfance par la PMI. Enfin, cette loi réorganise les services de prévention en établissant une réelle répartition du travail entre les différents professionnels. Aux médecins revient le contrôle et l'organisation des services et aux assistantes sociales la charge de la « surveillance préventive ».

Bien qu'élaboré dans le contexte particulier de la seconde guerre mondiale par un gouvernement dont les traces de l'action veulent être effacées dès la fin de la guerre, les principaux éléments de la loi du 16 décembre 1942 se retrouvent, après la guerre, sans modification majeure, dans ce qui est encore reconnu comme étant la base fondatrice de la Protection Maternelle et Infantile sous la forme qu'on lui connaît aujourd'hui : l'ordonnance du 2 novembre 1945.

Pendant toute cette première période, les différents éléments auxquels nous avons fait référence, les textes de loi que nous avons évoqués, touchent différents champs de la société. Congés maternités, travail des enfants, modes de garde, allocations familiales ou enfance abandonnée : autant d'éléments qui ont certes un rapport direct avec la maternité ou l'enfance comprise entre zéro et six ans, mais qui, sans être des éléments complètement distincts, relèvent d'actions menées séparément, de façon relativement disparate et sans réel autre point commun que celui de la population à laquelle ils

s'adressent. La raison tient au fait que, jusqu'au code de la famille de 1939, il n'existe pas de structure générale, d'institution globale regroupant l'ensemble des lois et mesures concernant la mère et l'enfant. Ce regroupement, associé à une volonté d'uniformisation et de régulation, est l'objectif principal du code de la famille dont la mise en application est empêchée par la seconde guerre mondiale. C'est alors l'un des objectifs de l'ordonnance du 2 novembre 1945 que de mettre sur pied une institution englobant l'ensemble des mesures du champ materno-infantile.

Dans la seconde période que nous allons aborder maintenant, les textes auxquels nous ferons référence seront ceux de la Protection Maternelle et Infantile. Ici est la principale différence entre les deux époques de notre « chronologie législative ». Ainsi, nous nous centrerons désormais sur l'évolution du « service » de Protection Maternelle et Infantile et de sa législation en laissant de côté les réglementations de l'école, des services sociaux ou d'autres éléments auxquels nous avons fait référence précédemment. Toutefois, nous nous autoriserons quelques regards extérieurs à la PMI, lorsque ceux-ci nous permettront d'éclairer un point en particulier.

II. Seconde période

L'ère de la Protection Maternelle et Infantile

1. Mise en place de la PMI

a. Combattre la mortalité infantile

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

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

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

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

b. Une série de nouvelles mesures

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

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

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

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

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

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

c. Les moyens d'une action

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

²² cité par Norvez, 1990 : 82.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁵ source : INED

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

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

2. Les réformes du système

a. Le décret du 22 juillet 1962

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁷ Tuberculose, syphilis et incompatibilités sanguines foeto-maternelles.

b. La loi du 6 juillet 1964

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

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

c. Les deux défis des années 1960

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

29

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

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

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

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

Source INED

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

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

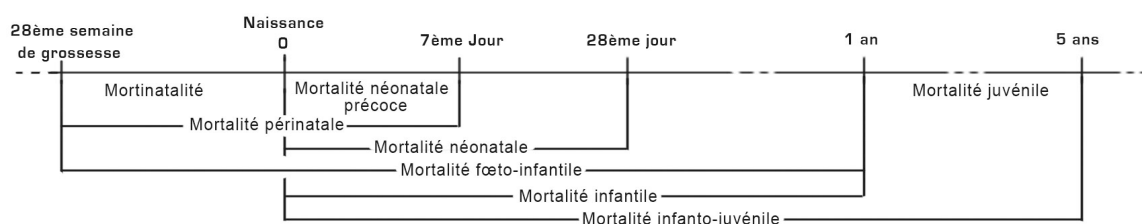
Mais les années 1970 sont aussi marquées par l'important accroissement de la place de la psychologie dans la prise en charge de la petite enfance. Jusque dans les années 1950-1960, la conception du jeune enfant comme simple « tube digestif » demeure largement dominante. Mais les travaux sur l'hospitalisme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

e. Une prévention toujours plus précoce : les années 1980

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

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

31



32

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

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

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

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

f. La décentralisation

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

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

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

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

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

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

³⁶ Cité par Fritz, 2004 : 169.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴⁰ C'est nous qui soulignons.

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

g. La suite de l'histoire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Chapitre II.

Une historiographie législative en discussion

En retraçant de manière chronologique les principales étapes de ce qu'est aujourd'hui la Protection Maternelle et Infantile, notre objectif était pluriel. D'une part, il s'agissait de montrer le processus d'élaboration progressive de cette politique de santé publique à destination de la petite enfance et de présenter la ténacité du lien qui unit le champ médical et les dimensions sociales dans sa mise en place. D'autre part, en mettant en lumière la multiplication des services et de leurs orientations respectives ce parcours législatif expose le processus d'infiltration progressive menée au nom de la santé dans des sphères toujours plus nombreuses et plus intimes du quotidien de la population materno-infantile présentant ainsi la PMI comme un exemple de « bio-pouvoir » (Foucault, 1976b).

À la suite de cette histoire législative, ce second chapitre vient en discuter les principaux éléments. Nous nous intéressons alors aux processus à l'œuvre permettant l'avènement d'une loi ainsi qu'à l'intérêt et aux limites que présente une histoire retracée à partir de la législation. À travers cette démarche réflexive, c'est la présentation de la PMI en tant qu'instance de gouvernement des corps que nous venons questionner.

I. Une histoire des législations, pour quoi faire ?

En reprenant l'histoire de la protection de l'enfance, depuis les premières grandes lois jusqu'à nos jours et en suivant son évolution législative nous souhaitons retracer le long parcours législatif et social accompli pour aboutir à ce qui constitue le cœur de notre travail de recherche : les services de PMI et plus particulièrement les consultations gratuites de protection infantiles. De ce processus d'élaboration ressort plusieurs points forts qu'il nous faut rappeler.

1. Le cadre restreint de la législation

Une critique, très juste, peut-être faite à l'encontre de la chronologie établie dans les pages précédentes. Tout au long de ce parcours de plus de 150 ans, nous ne nous sommes appuyé que sur les textes législatifs, les lois, les décrets, circulaires et ordonnances. Les références aux événements historiques sont rares et les acteurs ayant conduit ces lois, tout comme leurs biographies ou leurs motivations sont quasiment absents. En somme, nous pourrions dire que l'histoire retracée n'est qu'une histoire de papier et que le rapport avec la réalité des situations reste à questionner. Bien conscient de cette lacune considérable, il nous faut dès à présent justifier ce choix que nous avons pourtant effectué de retracer cette histoire à travers les textes de lois. Certes, ces derniers ne permettent pas d'accéder à toute la réalité des situations, ce que nous verrons dans la suite de ce chapitre, mais ils n'en sont pas pour autant dénués de toute signification. Ainsi, s'intéresser à la succession des textes qui ont progressivement construit, élaboré et consolidé la Protection Maternelle et Infantile en tant que politique nationale de santé publique nous semble présenter deux intérêts principaux.

En premier lieu, se limiter aux textes de loi permet de retracer une « histoire officielle » de la PMI comme institution d'État. L'usage du terme officiel est ici une allusion directe au Journal Officiel de la République Française dans lequel sont publiés les textes de loi. Ainsi, ne prendre en compte que les textes de lois permet de retracer l'histoire de la PMI telle que l'écrit l'État.

En second lieu, cette démarche nous permet de retracer les engagements successifs que prend l'État sur cette question de la protection maternelle et infantile. En effet, se limiter aux textes de loi, exclut par la même toutes les initiatives purement locales ou privées. Si la chronologie historique qui se dessine alors ne retrace qu'une vision légaliste de ce qui est fait, elle permet de mettre clairement en avant l'engagement progressif de l'État dans ce domaine. S'il ne faut pas perdre de vue que les lois ne sont que rarement innovantes, il n'en demeure pas moins qu'elles illustrent la reconnaissance par l'État d'initiatives locales, leur acceptation et la volonté de les étendre à l'ensemble du territoire national (cf., parmi d'autres, l'histoire des consultations « goutte de lait »).

2. Le principe des extensions

Cet historique des législations successives permet de montrer l'extension progressive qu'a connue la protection de l'enfance. Comme nous l'avons déjà souligné dans la conclusion de notre « première période » (d'avant 1874 à 1945), la protection de l'enfance s'est, au fil du temps, étendue aussi bien quantitativement, en s'intéressant à des catégories de population toujours plus nombreuses, que qualitativement, par la prise en compte d'éléments toujours plus nombreux de la vie familiale.

a. Quantitative

Des premières mesures adoptées en 1811 à l'ordonnance du 2 novembre 1945, les lois de la petite enfance sont passées d'une réglementation concernant les enfants abandonnés (ou plutôt en vue d'améliorer les conditions de l'abandon) à un ensemble de mesures concernant toute la population materno-infantile depuis la déclaration de grossesse de la mère jusqu'au sixième anniversaire de l'enfant, sans autre critère de sélection. S'adressant à l'ensemble de la population materno-infantile, ce principe d'extension quantitative, s'il n'est jamais définitivement clos, ne peut désormais plus évoluer à l'intérieur des classes d'âge auxquelles il s'adresse aujourd'hui, à moins d'en repousser les seuls critères de sélection établis : l'âge limite de six ans pour les enfants et le moment de la déclaration de grossesse pour les femmes enceintes.

Et c'est donc bien à une vue de l'ensemble de la population materno-infantile qu'aspirent les services de PMI, notamment à travers la mission d'établissement de statistiques qui leur est confiée. Depuis 1975, trois examens médicaux obligatoires du jeune enfant, au 8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois de vie, donnent lieu à l'établissement de certificats médicaux, qui, une fois centralisés par les services départementaux de PMI font l'objet d'un traitement statistique offrant une vision globale de la santé de l'ensemble de la population infantile. Que les enfants soient suivis dans une consultation de PMI ou un cabinet privé, qu'ils soient nés à domicile ou à l'hôpital, qu'ils soient d'un milieu social aisé ou en difficulté, que les parents touchent des allocations ou pas, ces enfants figurent dans les statistiques départementales et par là, nationales.

Suivre une population entière de futures et jeunes mères et d'enfants de zéro à six ans, sans autres critères de sélection économique, sociale, morale ou biologique, tel est l'aboutissement de cette extension quantitative de la Protection Maternelle et Infantile.

b. Qualitative

Tout au long de ces deux siècles, les éléments sur lesquels portent ces différentes mesures sont toujours plus nombreux et tendent à encadrer l'ensemble des activités sociales de cette population, y compris les plus intimes. Et si l'ordonnance du 2 novembre 1945 met un coup d'arrêt à la possibilité de poursuivre cette extension des catégories de populations, il n'en est absolument pas de même pour ce qui est des activités sociales ; bien au contraire. En plaçant sous sa coupe l'ensemble de la population, l'ordonnance de 1945 s'ouvre à de nouvelles problématiques. Au cours des 60 années qui nous séparent de cette date, la PMI est passée d'une politique d'organisation de lutte contre la mortalité infantile à l'assurance d'un suivi médical, psychologique et social de la mère et de l'enfant.

Surveillance médicale materno-infantile

À travers la multiplication des examens pré et post-nataux, cette politique de santé publique a suivi les évolutions de la société et les progrès techniques et scientifiques. En adaptant successivement le nombre d'examens obligatoires pour la mère, tout au long de la grossesse et pour l'enfant au cours de ses deux premières années de vie, la PMI avait comme premier objectif de lutter contre les principales causes de mortalité maternelle et infantile. Une fois cette première étape passée, les progrès scientifiques et techniques et l'évolution des conditions sociales générales n'ont pas manqué d'être pris en compte dans les nouvelles missions de la PMI. Le développement des spécialités gynécologiques et obstétriques permettant à la fois un dépistage toujours plus fin et plus précoce des maladies ou handicaps chez la mère ou l'enfant et, par là, l'avènement d'une prévention toujours plus précoce, la vie de l'embryon est aujourd'hui plus surveillée que celle de la mère. D'un autre côté, l'amélioration générale des conditions de vie a permis de consacrer les examens médicaux post-nataux au combat contre des affections auparavant ignorées parce que considérées comme relativement bénignes et de passer progressivement de la notion de survie à celle de vie en bonne santé.

Modes de garde

Premières lois de protection de l'enfance⁴⁸, la surveillance des établissements et personnels de garde des enfants du premier âge fait aussi partie des dernières lois à avoir été votées concernant la PMI⁴⁹. En rendant de plus en plus strictes et détaillées les modalités de surveillance des personnels et établissements de garde des jeunes enfants, cette politique s'est progressivement assurée de la compétence des personnels et de l'adéquation des lieux en relation à la fonction à laquelle ils prétendent.

Pour les personnels de garde, les nourrices, les premières mesures visaient à partir de l'état de santé de l'enfant à prendre connaissance des soins qui lui étaient portés et à conseiller la nourrice sur les pratiques à adopter. Le certificat d'aptitude à l'exercice de la fonction de nourrice, bien que représentant une avancée considérable lors de sa mise en place, restait dans ses exigences et modalités d'attribution une mesure de contrôle relativement sommaire. Aujourd'hui, les prétendants au titre d'assistant maternel ou d'assistant familial sont, tout comme leur domicile, soumis à un contrôle de la part du service de PMI. Les postulants doivent aussi suivre un certain nombre d'heures ou de jours de formation avant de recevoir l'agrément du Conseil Général leur permettant d'accueillir des enfants de façon non permanente pour les assistants maternels ou de façon permanente pour les assistants familiaux.

Pour les lieux d'accueil de type crèche, le principe d'agrément est relativement similaire. Les premières mesures prises en 1862 réglementaient essentiellement les dimensions des lieux d'accueil, la qualité et le nombre des personnels qui devaient y intervenir. Aujourd'hui, si les locaux, dans leurs dimensions et leur aménagement, sont toujours soumis à réglementation, celle-ci s'est considérablement accrue. Ainsi tout le matériel qui s'y trouve doit répondre à des normes toujours plus précises et plus contraignantes ; les horaires et les dates d'ouverture et de fermeture, le nombre de personnel et leurs qualifications respectives sont aussi soumis à contrôle et doivent recevoir l'agrément du Conseil Général, sur avis des professionnels de la PMI, avant de pouvoir accueillir des enfants.

⁴⁸ 1862, loi sur les normes à respecter en termes de locaux et de personnel pour l'ouverture des crèches ; 1874, loi Roussel sur le contrôle de la santé et des soins donnés aux enfants placés en nourrice.

⁴⁹ Loi du 27 juin 2005 renforçant pour la PMI les missions de formation et de suivi des assistantes maternelles.

Le développement des « psy »

L'arrivée de la psychologie dans les services généralistes de la petite enfance représente une des principales extensions qu'a connue la PMI sur la dernière période depuis 1945. D'un côté il y a eu le développement de services spécialisés sur cette question de la psychologie infantile tels que les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP, instaurés par un décret du 18 février 1963) mais d'un autre côté, la diffusion générale de la psychologie a considérablement modifié les représentations de l'enfant, de la famille et de la place de l'enfant dans celle-ci, dans une sphère bien plus large que celle des services spécialisés. À partir des années 1970, les services de PMI s'assurent de la participation éventuelle de psychologues dans l'évaluation des situations familiales. Sans modifier les critères d'évaluation des situations familiales auxquels avaient recours les médecins, puéricultrices et assistantes sociales, la possibilité d'un recours à la psychologie en ajoute de nouveaux. Une « nouvelle » grille de lecture est dès lors mobilisable pour évaluer la situation d'une mère, d'un père ou d'un enfant. Une dimension supplémentaire s'ajoute alors dans le processus de prise de décision des mesures à adopter dans une situation donnée.

Réseau institutionnel

À travers l'évolution des législations de protection de l'enfance on remarque à la fois une volonté de protéger l'enfant dans tous les lieux qu'il est amené à fréquenter mais aussi, afin d'optimiser cette protection, la nécessité d'opérer un suivi en chacun de ces lieux. La réalisation de ce suivi en de nombreux sites différents implique de rassembler les informations recueillies en ces divers lieux et de coordonner les actions des différentes institutions ayant affaire à la mère ou à l'enfant.

Un des premiers moyens utilisés pour cela est de rendre dépendant les bénéfices qu'une famille peut tirer d'une institution aux contraintes que lui impose une autre institution. Ainsi, les premières allocations versées aux mères privées de ressources pendant la période chômeuse des quatre semaines qui suivent l'accouchement, allocations instaurées par les lois de 1913 et 1917, sont intimement liées à la fréquentation des consultations pré et post natale et à l'acceptation des « inspections » des infirmières visiteuses. Ces premières mesures permettent à la fois d'inciter les mères à fréquenter les consultations, condition nécessaire pour accéder aux allocations, et d'établir une première liaison entre les organismes de versement des allocations et les centres de

consultations. Après la première guerre mondiale, et dans l'espoir d'accéder au plus grand nombre de familles, les consultations agréées tentent, en accord avec les mairies de se procurer les listes de déclaration des naissances. Première tentative de lien systématique entre les fichiers d'état civil et les consultations materno-infantile. Tentative qui n'aboutit concrètement que dans quelques grandes villes.

Mais la multiplication des organismes s'adressant à la petite enfance rend de plus en plus difficiles la communication et la coordination de l'ensemble de ces institutions. Pour autant, dès le début des années 1920, de nombreux départements tentent avec plus ou moins de succès de coordonner les différentes œuvres et institutions que comporte leur territoire. Il est alors d'autant plus difficile d'imaginer un moyen efficace de coordonner ces diverses institutions que leur nombre, leur rôle, fonction ou appellation changent complètement d'un département à un autre. C'est en partie à cet aspect multiforme des œuvres de protection de la mère et de l'enfant que souhaite s'attaquer le code de la famille de 1939. Mais c'est véritablement l'ordonnance du 2 novembre 1945 qui met en œuvre l'uniformisation de la protection maternelle et infantile sur l'ensemble du territoire national. En étendant ces mesures sur tout le territoire, l'ordonnance rend cette coordination d'autant plus nécessaire et l'uniformisation qu'elle implique dans le même temps, la rend plus aisément réalisable. Il devient dès lors possible de penser à l'échelle nationale des moyens de coordination qui pourront être appliqués de la même manière dans les différents départements.

Pour chaque mesure mise en place, le principe le plus souvent utilisé en vue de sa réalisation sera d'inciter les familles à participer directement, généralement par le biais d'une dépendance entre accès aux allocations et participation aux mesures de déclaration ou de surveillance. Il en est ainsi du lien qui existe entre participation aux examens pré-nataux et allocations d'aide à la maternité, celui qui existe entre participation aux examens post-nataux et allocations familiales.

Parallèlement à cela, d'autres moyens de coordination ne s'appuient pas sur la participation familiale et s'effectuent directement entre les institutions. Ainsi, la communication systématique aux services de PMI des déclarations de naissance établit un lien entre l'officier d'état civil et la PMI ou encore la communication des déclarations de grossesses qui elle fait le lien entre les organismes qui versent les primes à la maternité et les services de PMI. À cela s'ajoute la communication des dossiers médicaux de la part de la PMI vers la médecine scolaire ou encore le lien permanent qui

existe depuis les toutes premières mesures de protection de l'enfance entre les services de PMI et les services sociaux. D'autres mesures de coordination s'effectuent de manière plus « informelle » et ne répondent pas forcément à des mesures obligatoires, imposées par une loi. Il s'agit de ce qui est aujourd'hui désigné sous l'appellation de « liaison » et qui consiste pour une institution à communiquer par un moyen ou par un autre (oral ou écrit) sur l'évolution d'une situation ou la recherche de renseignement avec une autre institution directement concernée par la situation en question. Il en résulte qu'aujourd'hui les services de PMI travaillent au quotidien en relation et en réseau avec l'ensemble des institutions auxquelles ont recours la mère ou l'enfant. Centralisant toutes les informations, la PMI joue alors ce rôle de coordination entre l'ensemble des actions menées par les différentes institutions.

De cette coordination inter-institutionnelle résulte que, de la conception jusqu'aux six ans de l'enfant, aussi bien au domicile familial, qu'à la crèche, à l'école, chez l'assistante maternelle ou ailleurs, l'enfant est, dans tous les lieux qu'il fréquente, dans toutes les institutions qui lui sont destinées, placé sous surveillance institutionnelle. Le développement de sa santé physique et mentale tout comme son comportement est suivi dans tous ces lieux et potentiellement communiqué de l'un à l'autre.

Situation économique/sociale/culturelle

En ne s'intéressant qu'aux enfants placés en nourrice hors du domicile familial, la loi Roussel opérait une sélection sociale de fait. Elle laissait de côté les familles les plus aisées qui, elles, avaient recours aux nourrices sur lieu. Plusieurs arguments légitiment ce positionnement de la loi Roussel. Tout d'abord, cela permettait de préserver les intérêts de la bourgeoisie, en laissant ces familles hors de son contrôle. Ensuite cela permettait de ne pas aller à l'encontre des principes de liberté issus de la révolution de 1789 et, enfin, en se restreignant aux enfants placés, la loi restait de fait hors du domicile familial et ne portait pas atteinte au principe d'autorité parentale. Autant d'arguments et de principes qui seront remis en cause par les législations successives. La loi de 1889 dite de protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés permet au législateur de pénétrer dans le domicile familial et d'intervenir pour s'opposer à certains comportements des parents vis-à-vis de leur enfant ou en réaction à certaines « mœurs familiales ». En s'appliquant à toutes les familles, cette loi remet en question ce principe de distinction entre les différentes catégories sociales, mais elle remet aussi en cause la notion d'autorité parentale et notamment celle d'autorité

paternelle en mettant en place la notion de *déchéance de la puissance paternelle*. Dans son principe même, cette loi représente un changement considérable dans la notion de protection de l'enfance. En effet, celle-ci ne s'intéresse plus seulement aux éléments pouvant influencer directement sur la santé physiologique de l'enfant mais elle s'intéresse aussi à son développement psychique, à la moralité de son éducation et à son devenir social en tenant compte de l'influence de son milieu social d'appartenance. Malgré tout, dans la pratique, comme dans son esprit, cette loi se destine essentiellement à la lutte contre les « fléaux sociaux » de l'époque que sont l'alcool et la prostitution et se présente comme un moyen de prévenir la prolifération des « classes dangereuses ». Ainsi, bien que s'adressant à toute la population, cette loi vise principalement les classes les plus populaires et les catégories les plus pauvres de la population. Par la suite, tous les textes de lois qui seront votés continueront de s'adresser à certaines parties de la population, généralement les familles bénéficiaires d'allocation ; s'adressant donc toujours aux catégories les moins fortunées. Nous voyons donc que, jusqu'en 1945, les lois ne prévoient pas de prise en compte claire des situations de vie familiale.

En généralisant le principe de la protection infantile, à toute la population et à l'ensemble du territoire, l'ordonnance du 2 novembre 1945 met un terme à cette sélection à priori d'une partie de la population. Toutefois, même si les mesures qu'implique cette ordonnance s'adressent à tous, les premières analyses des progrès accomplis sur le recul de la mortalité infantile mettent en avant la différence des résultats obtenus en fonction des classes sociales. Ainsi, comme nous l'avons déjà évoqué, le décalage qui existe entre la masse de travail à accomplir pour surveiller toute la population et les moyens mis à disposition des services oblige les assistantes sociales à effectuer un choix sur les familles auxquelles elles rendront visite. Dès le début des années 1960 les assistantes sociales demandent donc que l'aide de puéricultrices leur soit accordée ainsi que des critères précis pour effectuer cette sélection. Requête qui sera prise en compte dans le décret de 1962 qui rend obligatoire la transmission des déclarations de naissance aux services de PMI dans les 48 heures qui suivent la naissance et qui prévoit le recrutement de puéricultrices par ces mêmes services. À partir des déclarations de naissance et des informations qu'elles contiennent les assistantes sociales, aidées des puéricultrices, devront choisir les familles à visiter, l'objectif de cette mesure étant de dépister au plus tôt les situations potentiellement à risque. Avec la loi de 1962, la PMI officialise cette disposition sur la prise en compte de

certaines situations familiales comme devant donner lieu à un suivi particulier. Le décret de mai 1975 va un peu plus loin en précisant que la nécessité d'effectuer des visites à domicile dépend de l'évaluation qui aura été faite de « l'état sanitaire ou la situation matérielle ou morale » (art.2) de la famille en question. Cette prise en compte des situations de vie familiale va continuer de s'accroître dans les missions quotidiennes de la PMI. Ainsi la circulaire de 1983 demande de prendre en compte « le milieu socio-culturel » des familles, la loi du 18 décembre 1989 préconise de protéger en priorité les femmes enceintes « requérant une attention particulière » ou le décret du 6 août 1992 spécifiant que l'implantation des consultations et l'activité des services doit être fonction « des spécificités socio-démographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés » (Art.1).

En tant que politique nationale de santé publique, la PMI s'adresse à l'ensemble de la population. Pour autant les missions effectuées par les services de PMI n'ont de cesse de prendre en compte toujours plus profondément les situations économiques et sociales des familles résidant dans les quartiers où ils sont implantés. Ainsi, les revenus familiaux, la taille, la disposition et la qualité du logement, le nombre de personnes qui l'occupent, les habitudes alimentaires, les pratiques d'hygiène, la couverture sociale, etc. seront pris en compte dans le choix des mesures à adopter en fonction des problèmes rencontrés par telle ou telle famille. Mais cette prise en compte ne peut s'effectuer sans une connaissance accrue des conditions de vie de chaque famille et donc une investigation toujours plus poussée.

3. Généralisation et spécialisation

Face à cette généralisation de la prévention et de la PMI que nous venons de décrire par le principe des « extensions », un autre point que nous permet d'aborder cet historique et qui en est le corollaire, est celui de la spécialisation des différentes institutions qui participent à cette prévention. Au fil du temps, la prévention porte sur des éléments de plus en plus nombreux de ce qui constitue le quotidien des familles, des femmes et des enfants. De plus en plus de mesures d'observation et de prévention de la grossesse de la mère et de la croissance de l'enfant jusqu'à ses six ans s'inscrivent dans les textes de lois. Ces différentes mesures nécessitant des compétences multiples, le nombre de professionnels ayant à en assurer la mise en œuvre croît régulièrement et

leurs formations sont régulièrement repensées et adaptées aux missions qui leur sont confiées. Ce principe allant de pair avec la création d'institutions et de structures nécessaires à la réalisation de ces missions et à l'accueil des professionnels. Un des exemples les plus probants en la matière est celui de la multiplication des services hospitaliers et leur spécialisation progressive au fur et à mesure que les connaissances médicales et les moyens techniques évoluent (Pinnel, 2005).

Avec le parcours historique que nous avons retracé, notre objectif était de reprendre à grands traits les différentes étapes de l'histoire des consultations de Protection Infantile telles que nous les connaissons aujourd'hui. Pour effectuer cette démarche, il nous a été nécessaire de replonger jusqu'aux premières lois de protection de l'enfance et de suivre leurs évolutions et institutionnalisations. De fait, une grande partie des éléments que nous prenions en compte au début de cet historique, par exemple la question du travail des enfants, ne figure plus dans les mesures annoncées à la fin du parcours. Non pas qu'il n'existe plus de lois encadrant le travail des enfants, mais cela n'est plus du ressort direct de la PMI. Il en va de même pour les enfants assistés qui sont aujourd'hui pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance. Comme précédemment, un des meilleurs exemples de cette délégation de certaines tâches est celui du suivi de la grossesse. S'il revient toujours aux sages-femmes de PMI de suivre le déroulement des grossesses, nous n'avons que très peu évoqué les mesures très importantes qui ont été prises à ce propos au cours des plans périnatalité des années 1970. Participant pleinement à la question de la protection maternelle et infantile, inscrit dans les textes de lois que nous avons cité, la majeure partie de ces mesures consiste en une amélioration des services hospitaliers d'obstétrique, de gynécologie ou des maternités. N'ayant pas pour objectif de retracer l'ensemble des mesures adoptées mais bien l'évolution des consultations infantiles et des missions confiées aux professionnels qui y interviennent, nous avons relativement passé sous silence ces différentes mesures.

Ce que laisse entrevoir alors ce bref historique est la spécialisation progressive des consultations gratuites de PMI et des professionnels qui y interviennent. Cette spécialisation a pour particularité de n'avoir, à l'inverse des autres services médicaux ou sociaux, pas été clairement défini. Orienté au fur et à mesure sur les « quartiers sensibles » et les « populations à risques », le travail effectué dans les centres de consultations gratuites requiert des compétences bien spécifiques, qui ne seront pourtant jamais présentées comme une spécialisation professionnelle. Une des explications à cela

est que, d'une manière générale, le processus de spécialisation d'un service, d'un métier ou d'une institution correspond à une restriction de son domaine d'action, à un confinement à certaines tâches bien spécifiques et clairement énoncées. Pour les services et les professionnels de la PMI, l'évolution suivie est tout simplement à l'opposé de ce que nous venons de décrire. Les services de PMI doivent aborder les situations familiales de la manière la plus globale possible et orienter les familles vers les services spécialisés dès lors qu'un problème précis est identifié. À travers cet historique synthétique, il nous semble que se dessine en creux la spécialisation des consultations de protection infantile, une spécialisation contraire à la définition que recouvre habituellement cette notion, une *spécialisation de la globalité*.

4. « Bio-pouvoir » et « gouvernement des corps »

Le parcours historique suivi au cours de notre premier chapitre nous a permis de mettre en lumière trois principes de la PMI (l'accumulation successive de textes législatifs, l'extension à la fois de la population visée et des objets d'intervention et la spécialisation de fait des professionnels et institutions). Il nous semble que la concordance de ces trois principes nous permet de présenter les mesures législatives comme l'expression d'un bio-pouvoir dont la plus haute fonction est « d'investir la vie de part en part » (Foucault, 1976b : 183).

Foucault attribue deux dimensions au bio-pouvoir. D'un côté une anatomo-politique du corps humain centrée sur le corps comme machine et qui vise à en contrôler les forces et aptitudes ainsi qu'à en accroître son utilité et sa docilité. De l'autre côté une bio-politique de la population, centrée sur le corps-espèce et qui vise alors à en contrôler « la prolifération, les naissances et la mortalité, le niveau de santé, la durée de la vie, la longévité avec toutes les conditions qui peuvent les faire varier » (ibid.). Ces deux dimensions se retrouvent très clairement dans les mesures progressivement mises en place dans le cadre de la protection maternelle et infantile.

Nous trouvons du côté de l'anatomo-politique du corps humain, les règles d'hygiène et de puériculture avec les différents champs sur lesquelles elles interviennent (nutrition, sommeil, hygiène, etc.) et les modifications de pratiques quotidiennes qu'implique leur adoption. Se situent dans cette même optique tous les examens médicaux obligatoires auxquels doivent se soumettre les futures et jeunes mères, mais

aussi les jeunes enfants. Autant d'examens qui visent à contrôler la conformité sanitaire des individus et si nécessaire à prendre les mesures adéquates pour les ramener dans « la norme » : norme épidémiologique, par le biais des dépistages et de la vaccination ; norme hygiénique, par les insistants conseils sur l'hygiène ; normes comportementales par l'observation de la relation parent-enfant et le travail effectué sur la « parentalité » au cours des consultations et des visites à domicile ; normes sociales enfin avec les déclarations obligatoires à la conception et à l'accouchement.

Du côté de la bio-politique de la population se trouve, en première ligne, l'usage qui est fait des diverses données chiffrées qui visent à rendre compte de tel ou tel autre aspect de l'évolution de la population. Il nous est possible, au cours de l'histoire de la PMI de retracer l'usage qui est fait de ces données et de l'influence de celles-ci sur les orientations législatives et institutionnelles qui sont prises. Comme nous l'avons vu, en 1865, ce sont deux rapports rédigés par des médecins qui ont permis de mettre au centre du débat public la situation des enfants placés en nourrice. Ces deux rapports s'appuyaient à la fois sur les observations de leurs auteurs et sur les impressionnants chiffres de la mortalité des enfants placés en nourrice. Un siècle plus tard, au début des années 1960, c'est par une analyse en termes de catégories socio-professionnelles et de lieu de résidence, des résultats obtenus par la PMI que les écarts existant entre les différentes classes sociales sont relevés. Ce constat sera à l'origine des premières réformes de la PMI de 1962 et 1964. C'est ensuite, par l'analyse des chiffres de la mortalité fœto-infantile et le constat que cette mortalité ne diminuait pas de la même manière en fonction de la période de vie observée que les nouvelles orientations des plans de périnatalité des années 1970 ont été élaborées. Enfin et c'est sans doute là l'apogée de ce mouvement, depuis 1973, les services de PMI sont tenus à une activité statistique à partir des certificats de santé établis à la suite des consultations infantiles obligatoires des 8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois. La vue d'ensemble sur la situation sanitaire de la population infantile à laquelle ces données permettent d'accéder offre un point de vue sur l'efficacité des mesures déjà prises, la nécessité d'en prendre de nouvelles et l'orientation à leur donner.

Ainsi, retracer l'histoire de la PMI à travers les textes de loi qui l'instituent progressivement, montre très clairement en quoi cette politique de santé publique, avec les contrôles et contraintes qu'elle impose à la population, se présente comme un excellent exemple de bio-politique « qui fait entrer la vie et ses mécanismes dans le

domaine des calculs explicites et fait du pouvoir-savoir un agent de transformation de la vie humaine » (Foucault, 1976b : 188) et un parfait « modèle » (Thiaudière, 2005) de bio-pouvoir.

Le principe du bio-pouvoir est d'agir sur le vivant et Foucault note que l'exercice du bio-pouvoir est totalement différent de ce qui avait cours jusqu'ici. À travers la notion de gouvernementalité, Foucault entend désigner la manière dont ce bio-pouvoir s'exerce sur les individus. Dans un article traitant de la gouvernementalité, Pierre Lascoumes clarifie ce que Foucault montre à travers ce terme : « contrairement à la conception traditionnelle d'un pouvoir descendant, autoritaire fonctionnant à l'injonction et à la sanction, [Foucault] propose une conception disciplinaire qui repose sur des techniques concrètes de cadrage des individus et permet de conduire à distance leurs conduites » (Lascoumes, 2004 : [en ligne]).

Cet historique législatif nous a permis de montrer en quoi les lois et institutions qui régissent et participent à la Protection Maternelle et Infantile se présentent comme un modèle de bio-pouvoir. Le nombre d'institutions mises en place et la diversité des acteurs qui y interviennent, tout comme les lieux, moments et moyens utilisés pour ces interventions appuient encore l'argument en inscrivant l'action de la protection maternelle et infantile dans cette définition de la gouvernementalité.

Toutefois, le résultat de cette gouvernementalité, « conduire à distance les conduites », soulève un certain nombre d'interrogations et tend à être contredit par les nombreux travaux empiriques effectués sur les différentes époques et les différentes composantes de la Protection Maternelle et Infantile. C'est à l'exposé de ces travaux et à leur opposition au principe de gouvernement des corps qu'implique la gouvernementalité que nous allons nous consacrer maintenant.

II. Les absences de la législation

Nous venons de voir ce que permet de mettre en lumière un mode de lecture univoque de l'histoire, exclusivement basé sur la législation et les mesures qui en découlent. Il nous faut maintenant rendre compte des nombreuses lacunes que recouvre une lecture aussi partielle de l'histoire. À la chronologie législative que nous avons présenté manque alors le lien avec les pratiques des populations, avec le réel des situations, manque aussi un regard sur la mise en place des diverses mesures ou à l'inverse sur l'absence d'application de celles-ci. Ainsi, à cette idée de l'exercice d'un bio-pouvoir de la Protection Maternelle et Infantile qui s'impose à la population et en modifie les conduites sociales et corporelles, s'oppose l'épreuve des faits, les résistances des individus, les manques de moyens, les contraintes matérielles ; à l'histoire du Journal Officiel de la République Française s'oppose celle des faits.

Pour illustrer ce principe nous nous intéresserons dans un premier temps aux textes de lois eux-mêmes, pour considérer d'une part le temps nécessaire à leur élaboration et d'autre part l'inégalité de leur application en fonction des époques et des régions. Nous aborderons ensuite les conditions démographiques, économiques, sociales et scientifiques nécessaires à l'émergence de tel ou tel autre texte de loi pour souligner le fait qu'ils sont intimement dépendants de l'époque à laquelle ils sont votés. Enfin nous porterons notre regard sur les hommes et les femmes liés à ces législations, aussi bien pour rendre compte des volontés particulières qui ont permis leur avènement que pour aborder la réception qui leur est réservée par les populations auxquelles ils se destinent.

1. La non-linéarité des textes de loi

a. De la défense d'une cause à son inscription dans la loi

Alors que nous avons énoncé les textes de lois de manière successive et chronologique, afin de rendre compte du mieux possible de la progression qu'ils effectuent dans le champ de la petite enfance, une analyse plus fine de la genèse de ces textes, si elle ne contredit pas leur existence, permet au moins de pondérer l'aspect linéaire de leur succession.

Ainsi, l'important travail de Catherine Rollet (1990), déjà abondamment cité, est ponctué par l'histoire des différents textes de lois qui jalonnent la période que recouvre son travail. Ces éléments de recherche sur l'origine des différents textes de loi permettent de rendre compte non seulement du fait que les initiateurs de ces lois ne sont pas toujours des parlementaires, mais aussi de montrer qu'entre le moment où une loi est proposée pour la première fois et celui où elle est effectivement adoptée, des années entières peuvent s'écouler et de nombreux débats parlementaires auront parfois été nécessaires pour faire accepter un à un les différents arguments qui motivent la proposition en question.

La loi sur le travail des enfants par exemple, n'a pas été adoptée par le parlement du jour au lendemain. Serge Chassagne (1998) montre que c'est en janvier 1821, que pour la première fois des prudhommes (patrons) de la ville d'Amiens écrivent au maire de la ville pour lui signaler leur désarroi face au travail d'enfants trop jeunes. Ce premier appel engagera le maire à prendre un arrêté municipal allant en ce sens. De cette première mesure, un certain nombre d'appel à l'opinion suivront (Mulhouse en 1827 ou dans les Vosges en 1832) sans pour autant avoir de réelles répercussions. Il faudra encore une enquête de l'Académie de Médecine sur le travail dans les manufactures de textile, menée dans l'optique de déterminer les mesures à prendre pour les enfants y travaillant et une enquête nationale lancée par le Ministère du commerce en 1837, avant de donner les premières estimations imaginées à l'époque pour limiter le temps de travail quotidien des moins de quinze ans. Quand la première loi sur le travail des enfants est votée en mars 1841, cela fait donc 20 ans que les premières revendications allant en ce sens ont été formulées et les premières mesures prises à une échelle locale.

Mais plus emblématique encore est l'histoire de la réforme de la loi Roussel de 1874. Préparée dès la fin du Second Empire, il ne fallut pas plus de dix ans pour que de nombreuses voix s'élèvent en faveur d'une extension de la loi à tous les enfants, quelle que soit leurs conditions de vie. Au cours de son travail sur *La politique à l'égard de la petite enfance sous la Troisième République*, Catherine Rollet (1990) retrace les cinquante années de débat parlementaire, propositions et contre propositions qui auront été nécessaires pour « réformer » la loi Roussel et aboutir au décret-loi de 1935. Bien que les premières voix s'élèvent en faveur de l'extension de la loi dès 1884, c'est en novembre 1899 que Paul Strauss dépose la première proposition de loi « sur la

protection et l'assistance des mères et des nourrissons », proposition qui contient une réforme de la loi Roussel. Mais le débat sur la possibilité d'intervenir auprès de toutes les familles, de permettre au législateur de pénétrer la cellule familiale pour en contrôler les pratiques, engagea la mise en place d'une enquête de l'Académie de Médecine, « enquête longue et minutieuse » (Rollet, 1990 : 262) qui se déroula de 1907 à 1913. C'est au lendemain de la première guerre mondiale, en décembre 1918 que Paul Strauss dépose alors une nouvelle proposition de loi, actualisant sa proposition de 1899. Cette nouvelle proposition entraîne quatorze longues années de débat et d'aller-retour entre la Chambre des députés et le Sénat afin de savoir si la loi Roussel doit être modifiée ou non, puis se solde par un avis négatif du Sénat en 1932 au titre que les dépenses qu'engagerait une telle réforme seraient bien trop élevées par rapport à la situation économique du moment. C'est en définitive une version très allégée, mais reprenant quelques-unes des propositions antérieures qui est adoptée par le décret-loi de 1935 portant modification sur la loi Roussel.

Ces deux exemples, loin d'être des cas isolés, permettent de rappeler que contrairement à ce que peut laisser penser notre chronologie initiale, les lois ne sont pas rédigées puis votées en un tour de main et que c'est souvent au prix d'une longue lutte et de nombreuses négociations et réécritures que leurs initiateurs arrivent à faire défendre par la législation la cause pour laquelle ils se sont engagés.

b. D'un texte de loi à l'application de celle-ci

Autre élément à signaler dans la discussion de cet historique législatif, le double écart qui existe entre la publication d'un texte de loi et sa mise en pratique. Écart temporel d'une part, entre le vote d'une loi et celui de son entrée en vigueur avec la publication de ses décrets d'application ; écart géographique d'autre part, où l'on constate que les lois d'envergure nationale ne trouvent pas la même rigueur d'application d'une région à une autre, d'un département à un autre ; ni les mêmes moyens quand moyens et application il y a.

Du vote à l'entrée en vigueur

Pour mettre en lumière le décalage entre le vote et l'entrée en vigueur d'une loi, nous citerons deux exemples parmi les plus représentatifs.

En premier lieu nous ferons référence à la loi du 30 octobre 1935 portant modification de la loi Roussel et qui vise à en étendre l'application aux enfants de moins de trois ans. Avant d'être adoptée, cette loi a soulevé de nombreuses oppositions et discussions tant sur le fond (extension de la loi Roussel) que sur la forme (modalités de financement). Celle-ci amenait une innovation fort importante dans le paysage de la protection infantile en répondant en partie aux questions qui se posaient régulièrement depuis 1874 : pourquoi se limiter aux enfants placés en nourrice et pourquoi se limiter aux enfants de moins de deux ans ? Cette loi n'aura jamais réellement le temps d'être appliquée ; votée en 1935 elle ne verra paraître son décret d'application qu'en septembre 1938 et ne sera en vigueur que pendant quelques mois avant d'être supplantée par le code de la famille en juillet 1939. À propos de cette réforme de la loi Roussel qui aura donné lieu à plus de trente années de débat, Catherine Rollet parle d'une « révision manquée »⁵⁰ ; manquée par la faiblesse des modifications apportées par rapport aux ambitions soulevées lors de ces trente années de débat mais aussi manquée par le fait que cette loi ne connut pas d'applications réelles avant de disparaître sous d'autres textes législatifs et la tourmente des événements internationaux.

Autre exemple, plus récent, qui permet d'illustrer cette temporalité des lois, celui des lois dites de décentralisation des services publics votées en 1983. Compte tenu de la diversité des services auxquels ces lois s'adressent, il est impossible de composer un texte réglementant l'ensemble des services de manière adéquate. Il est alors convenu que des lois particulières de décentralisation paraissent successivement pour chaque branche du service public. Si les premières lois particulières sont votées en 1986, soit trois à quatre ans après les lois de décentralisation ; celle *relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance* n'est votée que le 18 décembre 1989, soit six ans plus tard.

Ces deux exemples parmi tant d'autres rappellent le fait que même en limitant l'analyse aux simples textes officiels, le vote d'une loi n'est pas tout ; celle-ci nécessite d'être effectivement dotée de ses modalités d'application.

⁵⁰ Voir à ce propos, « Histoire d'une révision manquée : de la loi de 1874 au décret-loi de 1935 » in Rollet-Echalier, 1990, pp.257-273.

Disparité géographique

Quand bien même une loi est dotée de ses décrets d'application et de l'ensemble de ses modalités de mise en œuvre, clairement édictées et spécifiées, la lecture seule de son texte ne permet pas d'approcher la réalité des faits et des actions menées sur le terrain.

- La loi Roussel

Parmi les nombreuses mesures prévues par la loi Roussel en vue de surveiller les enfants placés en nourrice, toutes ne connurent pas le même degré d'adhésion et d'application. Ainsi, la loi préconise la formation de commissions locales composées de personnes bénévoles, dont au moins deux mères de familles, et qui sont chargées de l'inspection des nourrices. Dans les faits, très peu de commissions voient effectivement le jour. Les mères de famille se révèlent particulièrement réticentes à cette pratique, refusant de se placer volontairement dans une position de contrôle vis-à-vis de nourrice, qu'elles peuvent parfois connaître personnellement et qui sont bien souvent aussi des mères de famille. Position réticente aussi des maires de village et des secrétaires de mairie qui ont à tenir les registres de nourrice dans lesquels sont consignées les appréciations portées sur le travail effectué par ces dernières. Les registres ne contiennent alors que des commentaires positifs et des appréciations élogieuses, sans rapports réels avec les pratiques en cours. Registres communaux et commissions locales furent des échecs de la loi Roussel.

Mais la principale innovation de la loi Roussel réside dans les visites effectuées par des médecins au domicile des nourrices. Cette inspection médicale connaît un sort plus favorable. Décrétée en 1874, 19 départements l'avaient mise en place en 1878, 33 départements en 1879. Progression qui se poursuit pour atteindre 75 départements en 1893. Progression régulière et tout à fait considérable mais qui n'en relève pas moins d'inégalités départementales pour une loi décrétée au même moment pour l'ensemble des départements français. Le Dr Roussel lui-même explique l'inégal développement du système par le nombre insuffisant de médecins et par le coût qu'il représente pour les conseils généraux, chargés de la rémunération des médecins, à raison d'un franc par visite effectuée.

- Les consultations prénatales aujourd'hui

Mais les disparités territoriales ne sont pas l'apanage de l'histoire. Si nous venons de voir que la première grande loi de protection de l'enfance connut d'importantes différences d'application entre les départements, nous avons aussi vu précédemment que l'un des objectifs de l'ordonnance du 2 novembre 1945 est d'uniformiser les actions menées sur le territoire national. Si cela n'empêche pas certaines disparités de subsister, l'uniformisation légale, elle, est effective. Assez rapidement les besoins hétéroclites des différents départements nécessitent de prendre des mesures particulières adaptées à chaque situation. Ainsi les lois de décentralisation ne viennent pas défaire un système uniforme mais plutôt permettre à ces services qui s'organisent déjà, dans les faits, à une échelle départementale, de le faire dans le cadre de la loi.

Mais ne voir dans les lois de décentralisation que ce que permet les textes sans tenir compte de ce qu'ils impliquent serait une erreur. À la suite de ces lois, l'autonomie conférée aux départements dans la gestion des services sociaux et médico-sociaux entraîne d'importantes disparités dans les répartitions budgétaires. « Il était alors exprimé que le budget de PMI étant si faible, au regard des « gros dossiers » comme l'ASE⁵¹ ou l'action sociale pour les personnes âgées, que nos services étaient de moindre importance. (...) Le département recevant une dotation globale de décentralisation, c'était à lui d'établir ses priorités » (Dr Fritz, 2004 : 169). Si la loi du 18 décembre 1989 et les décrets d'août 1992 visent en partie à corriger cette tendance en rappelant les obligations qui incombent aux départements en matière de PMI, elles ne permettent pas d'établir une uniformité des actions, uniformité qui aujourd'hui semble encore bien illusoire. Dans un récent rapport sur la PMI en France, l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires (IGAS) note qu'en 2006, 48 départements n'assurent plus aucune consultation prénatale⁵² ; 47 départements n'assurent pas le nombre minimal de consultations infantiles (une demi-journée de consultation par semaine pour 200 enfants nés vivant dans le département en 2004), alors que d'autres départements dépassent très largement ce nombre minimal. Et il en va de même pour le nombre minimum de professionnels (puéricultrice, sage-femme) que doit comprendre le service départemental de Protection Maternelle et Infantile. Ce qui amène les auteurs du rapport

⁵¹ Aide Sociale à l'Enfance

⁵² La législation prévoit un nombre minimum de consultations prénatales de quatre demi-journées par semaine pour 100 000 habitants âgés de 15 à 50 ans résidant dans le département.

à conclure leur chapitre par cette interrogation « Au total, on est en droit de se demander, en s'appuyant sur le critère le plus significatif de l'activité de PMI, c'est-à-dire le taux de puéricultrices, si des écarts par enfant allant de 0,4 (Oise) à 2,2 (Aveyron) en France métropolitaine soit un différentiel de 550% sont admissibles en termes d'accès à un service « public » de santé, quel que soit par ailleurs le contexte social ou l'offre de soins » (Jourdain-Menninger et al., 2006 : 26).

La non-application

Au-delà de certaines lois qui connaissent des différences d'application entre les départements, d'autres sont votées mais ne sont que très faiblement appliquées ou pas appliquées du tout, généralement du fait de l'absence totale de moyens alloués à la mise en place des actions prévues par la loi en question.

La loi sur le travail des enfants dans les établissements de plus de 20 ouvriers permet d'illustrer ce principe. Le texte de loi voté en 1841 limite l'âge minimum pour le travail des enfants à huit ans. Ce même texte fixe le nombre d'heures de travail maximum qu'il est possible de demander à un enfant en fonction de son âge. En vue de son application, la loi rend obligatoire l'affichage de son texte dans les ateliers et demande aux patrons d'informer les jeunes ouvriers et apprentis sur ces nouvelles mesures.

Cependant, la faiblesse des modalités de contrôle que prévoit la loi n'incite pas à une application rigoureuse et systématique, loin s'en faut. En effet, pour contrôler les ateliers, une circulaire ministérielle prévoit la formation de commissions départementales, d'arrondissements et locales, non rémunérées. De fait, seul des notables aisés peuvent y participer. La sélection et les motivations de ces « inspecteurs volontaires » influent alors de manière très directe sur la qualité et la rigueur des contrôles. Ainsi en 1844, si la loi est effectivement appliquée dans vingt-deux départements, une vingtaine d'autres ne l'appliquent pas du tout. À l'échelle de la France, 158 procès-verbaux sont dressés pendant l'année 1845, correspondant à 114 amendes. Un résultat très faible quand on sait que le premier inspecteur rémunéré, recruté dans le département du Nord en 1852 dressera à lui seul durant cette année 110 contraventions (Chassagne, 1998). En ne prévoyant pas les moyens nécessaires à son application, cette loi sur le travail des plus jeunes enfants s'interdit d'atteindre son

objectif. Ce n'est qu'à partir du recrutement d'inspecteurs rémunérés que cette loi connaît une application significative.

Pour autant, il nous semble que malgré leur défaut d'application, ces lois expriment, du simple fait de leur existence, une prise de conscience de la part de l'État de l'importance de telle ou telle situation, tout autant qu'elles sont un signe de la volonté de ce dernier de s'engager dans le contrôle de la situation en question. Malgré leur absence plus ou moins totale de mise en application, l'avancée du cadre législatif qu'elles représentent, s'accompagne d'une prise de conscience progressive et d'une diffusion dans la population de la nécessité d'agir sur le problème en question.

2. La situation nationale

Autre élément que la simple succession de textes législatifs ne permet pas de faire ressortir, l'importance du contexte national dans lequel sont votées les lois, sur l'orientation et le contenu même de ces lois.

a. Besoins nationaux et situation sociale

La cause démographique

Pour illustrer ce principe, nous reprendrons le travail de Catherine Rollet dont un des axes principaux vise à montrer que les lois de protection de la petite enfance ne sont acceptées, votées et adoptées qu'à partir du moment où la situation démographique du pays les rend nécessaires, voire indispensables. Ainsi, la loi Roussel est présentée comme le moyen de parer à la crise démographique dans laquelle se trouve la France au lendemain de la guerre de 1870. Pour appuyer sa démonstration, elle cite et analyse de nombreux extraits de débats parlementaires ou d'exposés des motifs visant à défendre tel ou tel texte de loi. De son analyse ressort que les arguments concernant la reconstruction nationale sont systématiquement majoritaires pour justifier les politiques en faveur de la petite enfance dans les périodes d'après guerre. Par cet angle d'interprétation, le refus d'étendre la loi Roussel en 1918 est en partie dû au fait que « le cataclysme de la guerre de 1914 n'aura pas été assez puissant pour déterminer l'aboutissement logique de l'idée née en 1874 » (Rollet-Echalier, 1990 : 258). La crise démographique provoquée par la première guerre mondiale n'aura pas été assez

importante pour permettre de dépasser les résistances sociales et morales auxquelles étaient confrontées les réformes de la loi de 1874. Telle est l'une des intentions de la démographe Catherine Rollet, souligner l'importance des considérations démographiques sur l'évolution des lois de protection de l'enfance⁵³. Et c'est le même argument qu'utilise Alain Norvez dans la première partie de son travail sur la petite enfance dans la France contemporaine (Norvez, 1990). Au lendemain de la seconde guerre mondiale, le déficit démographique est tel qu'il est impératif d'assurer la survie de tous les enfants qui viennent à naître sur le territoire national. C'est donc en termes de besoins de préservation des vies et de renouvellement de la population que les politiques de sauvegarde de la petite enfance sont légitimées. Il s'agit dans ces moments-là de défendre un intérêt national à travers la lutte pour l'accroissement démographique.

Notre objectif n'est pas ici de remettre en cause la véracité d'une telle argumentation. Celle-ci s'impose d'elle-même compte tenu des situations démographiques et des discours prononcés à ces différentes époques pour présenter et défendre les lois en questions. Mais force est de constater que les considérations démographiques sont loin d'être les seules à être mobilisées pour justifier les différentes mesures que nous avons évoquées.

L'ordre social et les questions morales

En reprenant la loi Roussel comme exemple, nous pouvons voir que la rapidité de son acceptation est due à plusieurs aspects, démographiques, moraux et sociaux. Nous avons vu que si la préoccupation de la survie des enfants était déjà relativement importante dans la seconde partie du XIX^e siècle, il aura fallu les rapports de deux médecins décrivant concrètement les conditions de vie des enfants placés en nourrices pour hâter l'adoption de mesures à l'échelle nationale. Bien que les conditions de vie des enfants et la nécessité d'œuvrer pour leur amélioration servent d'impulsion pour le vote de la loi Roussel, elles ne sont pas suffisantes pour permettre l'adoption de cette loi.

⁵³ « C'est bien une révolution qui s'accomplit, permise par un nouveau rapport au corps biologique et social des enfants : assurer la survie des enfants en tant que personnes, assurer en même temps le renouvellement démographique de la nation, tels ont été les objectifs de la société tout entière, objectifs qu'a soutenu puissamment la classe médicale » (Rollet, 2001 : 218)

En effet, il n'est pas rare que des lois, dont les objectifs semblent à première vue légitimes et l'action nécessaire, ne soient pas acceptées car leur adoption viendrait remettre en cause nombre d'acquis ou de privilèges. C'est donc en se préservant de telles remises en question et en se souciant du respect des principes de l'ordre social et moral de l'époque que la loi Roussel pu être votée. En 1874, il n'est pas concevable de permettre à des observateurs extérieurs de pénétrer dans les familles et de poser un regard évaluateur sur les techniques de puériculture à l'usage. En se limitant aux enfants placés en nourrice hors du domicile familial, la loi Roussel se défend ainsi d'intervenir dans les familles quelles qu'elles soient et en préserve ainsi l'intégrité morale. De plus, les usages socialement distincts des recours aux nourrices entre les couches plus ou moins aisées de la population laissent la bourgeoisie hors de portée de la loi. Les familles les plus aisées ayant recours aux nourrices sur lieu, l'enfant est gardé au domicile familial, ce qui le place hors du cadre de surveillance de la loi. Celle-ci préserve donc aussi l'ordre social.

Mais plus encore que par le vote du texte original, ce sont les oppositions manifestes à l'extension de son domaine d'application qui montrent l'importance de ces considérations morales et sociales vis-à-vis de l'adoption ou du rejet des projets de loi. C'est, en effet, ce même poids de préservation de l'ordre social et de volonté de maintenir l'éducation du jeune enfant comme domaine privilégié des parents qui empêche pendant de longues années la réforme de la loi Roussel et son extension à l'ensemble de la population. L'opinion n'est pas encore prête, les conditions ne sont pas réunies pour permettre au législateur d'accéder à ce qui, à ce moment, est perçu « comme un empiètement inacceptable sur le droit de la famille »⁵⁴. À travers cet exemple de la loi Roussel, nous voyons donc comment des considérations d'ordre social ou moral peuvent limiter la portée d'une loi ou influencer sur son orientation ou la population que celle-ci cherche à atteindre.

Autre illustration de ce principe, mais dans un autre sens cette fois, les conditions dans lesquelles la *loi de protection des enfants maltraités et moralement abandonnés* est votée. Autre sens car ce sont bien les considérations morales vis-à-vis de la protection d'une enfance délaissée, appuyées par des considérations sociales qui permettent à cette loi d'être adoptée. En 1889, quand la *loi de protection de l'enfance maltraitée ou*

⁵⁴ Thulié (Dr H.), Révision de la loi du 23 décembre 1874, *Rev. Phil.*, t.9, 1901, p.258, cité par Rollet, 1990 : 262.

moralement abandonnée est votée, il s'agit de protéger des enfants des mauvais traitements que leurs infligent leurs parents. Deux objectifs sont simultanément recherchés par le législateur lors de ce vote. D'un côté il s'agit de préserver les enfants des éventuels mauvais traitements qui peuvent leur être infligés et d'un autre il s'agit de prévenir le développement des classes dangereuses. Arrêtons-nous brièvement sur chacun de ces objectifs et les mesures qu'ils nécessitent pour être atteints.

La protection des enfants des mauvais traitements de leurs parents est une véritable révolution dans le sens où elle remet en cause la toute puissance paternelle sur ses enfants. Il s'agit d'une véritable remise en question du principe de propriété de l'enfant et de son éducation par la famille, principe que nous évoquions plus haut à propos de la loi Roussel. Mais, en raison du caractère à la fois moral et social que recouvre ce texte, ce principe n'est, ici, pas suffisant pour s'opposer à la loi. Si la protection que promet cette loi s'adresse à tous les enfants, il n'est pas question de soumettre au contrôle toutes les familles. Seules celles infligeant de mauvais traitements aux enfants sont visées et la loi énumère les mauvais traitements qu'elle est susceptible de condamner. Crimes commis contre les enfants, incitation à la débauche, condamnations diverses, exposition des enfants ou vagabondage ainsi que les « pères et mères qui, par leur ivrognerie habituelle, leur conduite notoire et scandaleuse, ou par leurs mauvais traitements, compromettent soit la santé, soit la sécurité, soit la moralité de leurs enfants ». L'aspect moral de cette loi, outre le fait qu'il soit directement cité dans le texte, vient du fait qu'il place la protection de l'enfance des fléaux sociaux avant la question du droit de la famille sur l'enfant. Cette acceptation est alors possible grâce à l'évolution des esprits qui entendent désormais que face aux droits de l'homme existent les droits de l'enfant (Rollet, 1990) et elle l'est d'autant plus du fait du caractère social de son orientation et de ce qu'elle représente en termes de maintien de l'ordre social. L'éducation reçue dans des milieux touchés par les « fléaux sociaux » tels que l'alcoolisme et la prostitution ne peut conduire qu'à une reproduction sociale dangereuse pour la société dans son ensemble. Les enfants visés par cette loi étant perçus comme de futurs délinquants. Ainsi en votant cette loi de protection des enfants, c'est à la protection de l'ensemble de la société du développement des « classes dangereuses » que s'attèle le législateur.

Enfin, comme dernier exemple, nous pouvons citer la loi Veil de 1974 qui sort l'interruption volontaire de grossesse de l'illégalité et les conditions dans lesquelles

cette loi est votée. Avant de figurer au Journal Officiel de la République Française, celle-ci aura nécessité des années de luttes et de combats moraux pour faire évoluer les mentalités et accepter une vision de la contraception d'abord et de l'avortement ensuite comme étant des progrès nécessaires davantage que des pratiques anti-populationnistes et meurtrières. Interdit depuis 1920, c'est à partir de 1955 que le débat sur la contraception est relancé en France sous l'impulsion de la doctoresse Andrée-Marie Weill-Hallé et quatre projets de lois sont déposés sur le bureau de l'Assemblée Nationale entre février et mai 1956 (Knibiehler, 1997). La parole de femmes excédées par le refus qui leur est opposé de pouvoir contrôler leur fécondité et épuisées par leurs maternités successives émerge progressivement et trouve des relais médiatiques, la rendant à la fois incontournable et la confortant dans son bien fondé. C'est alors un long travail de conviction, d'action et d'information militante qui s'engage au fil des années 1960. Sur l'initiative d'un médecin, le premier centre de planning familial ouvre ses portes, en toute illégalité, à Grenoble en 1961. Cette initiative est rapidement suivie et six autres centres ouvrent la même année puis vingt-six autres l'année suivante. La presse se fait alors le relais de l'initiative grenobloise. La publicisation de ces initiatives et de l'ensemble du mouvement militant pour la légalisation de la contraception incite politiques, médecins et associations à prendre position ; le débat est lancé dans la société civile. Les articles de presse et les émissions de radio appellent la réaction des lecteurs et auditeurs, mettant à jour un mouvement qui jusqu'ici demeurait caché du fait de sa totale clandestinité. Les relais médiatiques et l'ampleur des débats tendent à affirmer les actions. Ainsi quand la loi Neuwirth, qui légalise la contraception et rend possible l'ouverture de centre de planning familial est votée le 28 décembre 1967, elle est jugée décevante du fait des conditions qu'elle impose⁵⁵. Les oppositions morales vis-à-vis de ce mouvement se manifestent alors notamment par la lenteur avec laquelle les décrets d'application de la loi sont publiés. Le dernier, visant à réglementer le fonctionnement et l'agrément des centres d'information et de planification n'est publié qu'en avril 1972.

Par la suite, les acquis de la contraception ne calment pas le combat mené pour la légalisation de l'avortement, bien au contraire, celui-ci devient le symbole du combat

⁵⁵ La contraception est désormais autorisée, mais elle est vendue en pharmacie sur ordonnance médicale et sans aucun remboursement. Les femmes qui y ont recours sont alors inscrites sur un registre et les mineures doivent disposer d'une autorisation parentale.

féministe, revigoré par le mouvement de 1968. Les avortements clandestins ne diminuent pas et si la publicité pour la contraception est toujours interdite, l'information ne cesse de prendre de l'ampleur. Désireux de ne pas entrer en opposition directe avec ce mouvement, Valéry Giscard d'Estaing, candidat favori aux élections présidentielles de 1974, promet une loi sur l'avortement. À la suite des élections présidentielles, cette même année, Michel Poniatowski, alors ministre de l'intérieur, demande à Simone Veil de hâter la rédaction de sa loi afin que cessent les avortements illégaux. Sans remettre en cause la valeur du combat mené par cette dernière, force est de constater que les mouvements d'opposition à l'avortement n'avaient jamais été aussi faibles qu'à ce moment-là (Knibiehler, 1997).

À travers ces trois exemples, portant sur l'avènement de lois qui, aujourd'hui encore, demeurent fondamentales, nous pouvons voir le poids des différentes « classes sociales » et de leurs divers privilèges sur les évolutions des lois ; mais aussi, et peut-être surtout, le lien étroit qui existe entre certains principes moraux plus ou moins partagés par les différents membres d'une société et les lois qui régissent les droits et devoirs à l'intérieur de cette même société.

L'évolution des situations

Un autre élément qui influe fortement sur les orientations données aux réformes et sur les modifications successives des lois au fil du temps réside dans l'évolution du phénomène auquel s'adresse la loi en question. Si nous avons déjà partiellement évoqué ce principe au cours de la chronologie, nous revenons ici sur quelques exemples particulièrement significatifs.

Si les taux de mortalité alarmant du lendemain de la seconde guerre mondiale poussent à établir dans les plus brefs délais l'ordonnance du 2 novembre 1945, ce sont les résultats obtenus et l'évolution de la situation nationale qui amènent à redéfinir les objectifs de la PMI dès 1962 (Norvez, 1990). L'intention première des mesures instituées en novembre 1945 est la lutte contre la mortalité maternelle et infantile et les objectifs fixés sont rapidement atteints. De fait, face à la baisse générale de la mortalité infantile, les causes de mortalité, jusqu'ici considérées comme mineures, deviennent relativement plus importantes. Pour continuer de progresser, il faut alors maintenir les mesures en vigueur et en adopter de nouvelles pour lutter contre les causes de mortalité non encore prises en compte. Les nouvelles mesures adoptées se concentrent alors sur

un accroissement de la surveillance des premiers jours de la vie de l'enfant. Parallèlement à cela, la diminution de la mortalité infantile permet de porter une plus grande attention à ses conditions de vie. Ainsi, dans le même temps sont prises de nouvelles modalités de surveillance et de contrôles en direction des lieux de garde. C'est donc la poursuite de cette lutte contre les causes de la mortalité subsistante qui amène à prendre des mesures de surveillance de plus en plus nombreuses sur la vie intra-utérine. De la même manière, la baisse continue de la mortalité infantile laisse suffisamment de marge de manœuvre pour accroître les efforts opérés en direction des conditions de vie des jeunes enfants et des familles.

Les quelques motifs que nous venons d'avancer pourraient expliquer le vote de telle ou telle loi ou l'adoption de telle ou telle autre mesure à un moment donné. Mais ils sont loin de couvrir la complexité des mécanismes à l'œuvre dans cette élaboration des politiques publiques et de ce que nous avons pris jusqu'ici comme un élément de leur représentation, les textes de lois. En effet, dans le faisceau d'explications qui permettent l'analyse des évolutions successives dont nous traitons ici, l'une d'elles ne doit pas être oubliée, il s'agit des progrès opérés par la science et du développement des techniques de soins.

b. Découvertes et progrès scientifiques

Participant du contexte général d'une société, la démographie, les caractéristiques sociales, les considérations d'ordre moral ou la situation sociale dans laquelle se trouve un pays sont autant d'éléments qui concourent à la mise en place de structures, lois ou réformes. Mais pour nécessaires qu'ils soient, ces différents éléments ne sont pas toujours suffisants. Dans le champ de la santé physiologique, les découvertes et les progrès scientifiques, l'accroissement des connaissances et la mise à disposition de nouveaux moyens techniques à une période donnée, se révèlent fondamentaux. Pour illustrer ce principe, nous prendrons quelques-uns des exemples déjà évoqués au cours de notre parcours chronologique.

L'histoire du lait

Un regard sur l'histoire de l'allaitement permet de mettre en exergue les différentes influences qui s'exercent sur cette pratique. Pour trancher entre allaitement maternel, allaitement par une nourrice, ou allaitement au biberon, se confrontent pêle-

mêle, la place de l'allaitement dans la construction de la relation mère-enfant, la place de l'enfant dans la famille, l'hygiène de l'alimentation infantile, la contrainte de l'allaitement pour la mère, le coût économique des nourrices ou du lait etc. Sans fournir une réponse définitive à cette question, qui fait encore débats aujourd'hui, la découverte des bienfaits de la pasteurisation du lait a considérablement modifiée les termes du débat. Cette découverte permet d'une part de faire chuter considérablement les taux de mortalité infantile par maladie digestive et a dans le même temps ôté une des craintes que recouvre l'allaitement « artificiel », celle de faire courir un risque à l'enfant. Pour autant le prix du lait pasteurisé est tel qu'il demeure hors d'atteinte pour de nombreuses familles et c'est par volonté de rendre accessible à tous le lait stérilisé que sont créées les consultations goutte de lait. Nous ne reviendrons pas ici sur le succès que connaissent ces consultations et l'évolution considérable qu'elles représentent pour le suivi médical des enfants. La découverte de la pasteurisation du lait déclenche une suite de mesures et de décisions qui ont d'importantes conséquences sur la suite du développement de la protection maternelle et infantile.

Les vaccins

Autre cas non moins emblématique de la découverte scientifique et de son influence sur les mesures de santé préventives, celui de la découverte des différents vaccins contre les maladies les plus meurtrières. C'est ici un principe relativement contradictoire qui se met en place. Alors que d'un côté « La vaccination est prête à aider les humains, mais pour ce faire, elle entend plutôt s'imposer. C'est que pour travailler sérieusement, elle doit atteindre un seuil d'immunisation (80% au moins de la population cible, d'après les chiffres couramment cités) ; elle entend qu'on l'aide et a donc naturellement tendance à réclamer le concours de la contrainte publique » (Skomska-Godefroy, 1996 : 423). D'un autre côté, l'obligation vaccinale nécessite, dans la grande majorité des cas, un temps important avant d'être mise en place.

L'histoire de la vaccine, découverte en 1796 par Jenner est représentative de l'écart qui existe en la matière entre découverte scientifique et application de celle-ci dans un cadre de prévention de santé publique. Alors que son efficacité comme moyen de lutte contre les épidémies de variole est prouvée, ce n'est que par touche progressive

que la population est contrainte à la vaccination⁵⁶ avant que celle-ci ne soit rendue obligatoire par la loi de santé publique de 1902. Et si le cas de la variole est exemplaire, non seulement parce que c'est le premier vaccin mais aussi pour le temps écoulé entre la découverte scientifique et la loi rendant la vaccination obligatoire, ce principe se reproduit pour quasiment tous les vaccins au fur et à mesure de leur découverte. Ainsi pour la tuberculose alors que le vaccin (le BCG) est mis au point en 1921, il ne devient obligatoire en France qu'à partir de 1951. D'une manière générale, la loi demeure largement en retard par rapport aux avancées de la vaccination, en grand partie à cause des craintes que suscite le principe de l'inoculation et à la vigueur des mouvements anti-vaccination⁵⁷.

Le passage à la néonatalogie

Dans cette même optique de mise en lumière du lien entre progrès techniques, découvertes scientifiques et progression de la protection maternelle et infantile, nous pouvons souligner les moyens nécessaires à la mise en place des mesures adoptées à la fin des années 1960. À ce moment de l'histoire de la PMI, les objectifs fixés en 1945 sur la lutte contre la mortalité infantile sont atteints et il s'agit de continuer à faire baisser les taux de mortalité. Une analyse de la répartition des décès par âge et de leur cause amène à considérer des événements qui jusqu'ici ne paraissaient que secondaires. Les taux de mortalité n'étant plus aussi alarmants qu'au lendemain de la guerre, il est désormais possible de placer la lutte contre les handicaps à l'ordre des priorités. Que ce soit en termes de qualité de la vie future ou de mortalité materno-infantile, c'est vers la période de la périnatalité que s'orientent les regards et les réflexions.

D'un côté il aura donc fallu attendre que les premiers objectifs de lutte contre la mortalité soient atteints pour resserrer les mailles de la prévention sur la période prénatale, d'un autre cette nouvelle orientation n'aurait pu avoir lieu sans un certain nombre de progrès techniques parmi lesquels l'usage croissant de l'échographie et de l'amniocentèse. C'est donc à l'intersection entre l'amélioration des conditions générales de la société, les progrès effectués grâce aux mesures prises précédemment et la

⁵⁶ Élèves de lycée (1809), étudiants (1810), élèves des écoles communales élémentaires (Loi Guizot 1833), tous les élèves des écoles (1851), enfants assistés et enfants placés en nourrice (1874), élèves des écoles maternelles (1887).

⁵⁷ Voir à ce propos Jolanta Skomska-Godefroy « La résistance à la vaccination : le cas français » in Moulin (dir.), 1996, pp.423-437 ; Matthew Ramsey « Mouvement anti-hygiénistes et libéralisme : vers une histoire comparée » in Bourdelais (dir.), 2001, pp.319-340.

découverte ou le plus grand usage de nouveaux outils techniques que peuvent se mettre en place les politiques de néo-natalité au début des années 1970 (Norvez, 1990). Dans la poursuite de ce mouvement, les risques que court chaque parturiente sont évalués et mesurés au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse. Chacun de ces risques potentiels donnant lieu à un examen biologique, physiologique, psychologique ou médical. Ainsi, Béatrice Jacques dans sa *sociologie de l'accouchement* (Jacques, 2007) fournit une énumération du minimum d'examens auxquels doit se soumettre chaque femme enceinte : « Si toutes les grossesses sont définies comme potentiellement à risque, alors toutes les patientes, même dans les situations de pure eutocie, doivent passer par les standard suivants : une consultation le premier trimestre puis une par mois, un examen clinique à chaque consultation, une recherche de sucre et d'albumine dans les urines (à chaque consultation), trois échographies (1^{er} trimestre, 5^{ème} mois et 8^{ème} mois), la recherche du groupe sanguin complet, le dépistage de la syphilis, la recherche d'immunité contre la rubéole et la toxoplasmose (qui est réalisée chaque mois si la patiente n'est pas immunisée), le dépistage du VIH sur proposition du médecin lors de la première consultation, le dosage des alphaprotéines associé au dosage des bêta-HCG (test HT 21) avec accord de la patiente au 4^{ème} mois afin de dépister les risques d'avoir un enfant atteint de trisomie 21, un dépistage au 6^{ème} mois de l'antigène HBS pour évaluer les risques d'hépatite chez l'enfant, une numération globulaire et une recherche d'anticorps irréguliers chez les femmes à rhésus négatif ou précédemment transfusées (de même qu'au 8^{ème} mois), une consultation préanesthésique au 8^{ème} mois et une prescription de radiographie du bassin (si nécessaire). Représenté comme le « suivi minimum » proposé à chaque patiente, l'ensemble de ces examens cliniques, biologiques et radiologiques a pu être observé dans les consultations de chaque médecin interrogé » (Jacques, 2007 :57). À ces examens destinés à la mère pendant la grossesse s'ajoutent les outils techniques mobilisés pendant l'accouchement ou pendant les premiers jours de vie du nourrisson ; autant d'éléments qui contribuent à la lutte contre la mortalité infantile et les handicaps.

3. Initiateurs et destinataires

En ne demeurant qu'au simple niveau des textes de lois, les situations démographiques, économiques, politiques, scientifiques et sociales pourtant nécessaires à leur aboutissement sont passées sous silence. Et c'est l'importance de ce contexte dont nous avons tenté de rendre compte à travers les quelques exemples cités dans les pages précédentes. Mais en plus de l'absence des conditions qui auront permis à des lois d'être votées, la seule considération de la législation ne rend pas compte non plus de la réalité de son application, de l'effectivité ou non des changements et des évolutions que celle-ci propose. Nous allons donc présenter dans cette dernière partie de chapitre quelques éléments qui nous permettront d'avoir une vision plus proche de la réalité de l'histoire de la Protection Maternelle et Infantile que ne laisse le percevoir un regard limité à la simple législation.

a. Acteurs privés et philanthropes

En premier lieu, il nous faut revenir sur ce principe selon lequel la succession des textes de loi rend compte de l'implication progressive de l'État dans un domaine particulier. Si cette idée n'est pas totalement fausse, elle masque une part importante de la réalité. Non pas que la législation ne soit pas une preuve de l'engagement de l'État ; mais limiter l'analyse à la législation laisse supposer que celle-ci est à l'origine de toute démarche, que l'État est source d'impulsion. Si cela est parfois vrai, il faut souligner que ce n'est généralement pas le cas et que la grande majorité des innovations, idées et impulsions sont l'œuvre d'institutions et de personnes privées. La législation arrive alors dans un second temps pour asseoir et diffuser une action jugée bénéfique pour la population et dont le développement et le contrôle représentent un enjeu important pour l'État.

L'action philanthropique

C'est dans le dernier quart du XVIII^{ème} siècle qu'apparaissent les premières œuvres philanthropiques avec un recrutement très aristocratique et c'est de la fin du XVIII^{ème} au début du XIX^{ème} siècle que l'action philanthropique fut la plus importante, entamant son déclin à partir des années 1840 (Duprat, 1996). Pour ces philanthropes et pour les œuvres qu'ils mettent en place, il ne s'agit pas de répondre à une injonction de

la loi ou de se soumettre à une obligation, mais d'améliorer le sort des plus démunis, de répondre aux besoins de la population. Bien qu'entamant son déclin à partir des années 1840, la philanthropie n'en resta pas moins un moteur extrêmement important dans les combats menés pour l'hygiène tout au long du XIX^{ème} et dans le premier quart du XX^{ème} siècle. Ainsi, les philanthropes et organisations philanthropiques sont à l'origine de nombreuses actions sur l'hygiène et la prévention, menées en parallèle ou en amont de celles engagées par l'État. Les philanthropes étaient partout où l'hygiène pouvait avoir besoin d'eux, comme l'atteste la participation des Rothschild à l'alliance d'hygiène sociale, véritable « nébuleuse philanthropique », fondée en 1904 et qui se fixe pour objectif de préparer l'opinion, de la sensibiliser sur les problèmes avec pour mission de « combler les lacunes d'un secteur public défaillant » (Murard et Zylberman, 1996 : 469). Le concours organisé par cette même fondation Rothschild en 1905 pour la construction des premières Habitations à Bon Marché (HBM) à Paris vise, quant à lui, à répondre à la fois aux besoins d'habitations des classes populaires et à la nécessité d'intégrer les dernières normes d'hygiène dans les nouvelles constructions, quitte à soulever des mécontentements et des contestations sur les considérations esthétiques de ces bâtiments (Mory, 2001). Plus proche de ce qui nous préoccupe ici, l'élaboration des principales lois de protection de l'enfance ou la mise en place des structures pionnières n'ont été possibles que grâce à la volonté et à l'engagement philanthropique de ceux qui les ont portées ; Théophile Roussel et Paul Strauss pour les lois de protection de l'enfance, Pierre Budin et le Dr Variot pour les consultations infantiles ou avant cela, en plein âge d'or de la philanthropie, Émilie Mallet pour les salles d'asile.

Les salles d'asile

À l'initiative de la première salle d'asile, ouverte en 1826, se trouve la volonté d'une femme, Émilie Mallet, d'éduquer les enfants des familles les plus pauvres et de permettre à ces mêmes familles d'accroître leurs revenus en facilitant l'accès au travail des mères en les allégeant de la charge de garde quotidienne de l'enfant. Double aspiration à l'origine de cette initiative donc ; morale d'une part et économique de l'autre. Du point de vue économique, Émilie Mallet vise à la fois l'accroissement des revenus des familles les plus pauvres, rejoignant ici les principes d'assistance aux indigents très importants à l'époque, mais aussi un accroissement de la main d'œuvre manufacturière qui fait défaut dans les bassins industriels. C'est principalement sur cette seconde aspiration que s'appuie Émilie Mallet pour obtenir le soutien économique et

moral de la société bourgeoise de l'époque (Luc, 1997). L'ouverture de la première salle d'asile se fait alors sur les fonds privés d'un comité de dames charitables.

Mais l'ambition du dispositif qui, à terme, souhaite s'adresser à tous les enfants et non plus seulement à ceux « du peuple », ainsi que sa double dimension éducative et assistancielle, amène très rapidement les pouvoirs publics à s'y intéresser et à prendre part à ces structures. Ainsi, dès 1836, soit à peine dix ans après l'ouverture de la première salle d'asile, celles-ci sont placées sous la tutelle de l'État et fonctionnent surtout sur des financements municipaux. Exemple intéressant donc de « récupération » d'une initiative d'origine privée dont les enjeux éducatifs attirent rapidement l'attention et l'investissement des pouvoirs publics.

Les consultations goutte de lait

Autre exemple que l'on peut citer pour illustrer ce principe, celui des « consultations goutte de lait ». Comme nous l'avons dit dans les pages précédentes, suite à la découverte des bienfaits de la stérilisation du lait et de ses répercussions positives sur la santé du jeune enfant, il devient important d'organiser l'accessibilité au lait pour toute la population et notamment pour la part la plus pauvre pour laquelle l'insuffisance des ressources économiques laisse cette denrée hors d'atteinte. En la matière, toutes les structures pionnières qui sont mises en place sont le fruit d'initiatives personnelles et généralement privées. Si l'on reprend les trois « réalisations pionnières » que présente Catherine Rollet (1990) nous constatons que toutes suivent ce même principe de devoir leur existence et leur réalisation à la volonté de personnes singulières.

Ainsi, quand en 1892 le docteur Pierre Budin crée la consultation de la Maternité au sein de l'hôpital dans lequel il est chef de service, son objectif est clair. Il souhaite poursuivre le suivi des femmes qui ont accouché dans sa maternité pour « continuer à diriger les mères, les engager à allaiter au sein autant que possible et, dans le cas où cet allaitement deviendrait insuffisant, les aider en leur donnant du lait de vache de bonne qualité et stérilisé »⁵⁸. Si sa consultation utilise les moyens matériels et bénéficie de l'accord du directeur de l'assistance publique, sa mise en place et son déroulement ne tiennent qu'à la volonté et à l'engagement du Dr Budin.

⁵⁸ Budin P., *Manuel pratique d'allaitement...*, 2^{ème} édition, Doin, 1907, p.244, cité par Rollet, 1990 : 356.

Si pour le docteur Variot il ne s'agit pas à l'origine de suivre des mères qui viennent d'accoucher mais davantage de soigner des bébés, lorsqu'il crée le dispensaire de Belleville en 1892, le constat effectué sur l'importance des maladies dues à une mauvaise alimentation instituera la revente de lait stérilisé à 25 centimes le litre dès la création du dispensaire. Il faut noter que seul l'engagement du médecin et les donations volontaires permirent à ce dispensaire d'exister.

De même, c'est le constat du ravage opéré par les maladies intestinales qui pousse le docteur Dufour à ouvrir la première « goutte de lait » à Fécamp. L'idée de départ est de soigner les enfants âgés d'un jour à un an et de fournir, en cas de besoin, du lait stérilisé. Compte tenu de la pauvreté de la ville de Fécamp, la vente de lait stérilisé à des tarifs variables en fonction de la classe sociale d'appartenance des parents, prend rapidement le pas sur l'activité de consultation et de soin du dispensaire. Ici encore, c'est la volonté et l'ingéniosité du docteur Dufour qui permettent aux gouttes de lait d'exister et c'est sur l'exemple de cette initiative que d'autres médecins de province tentent d'ouvrir des dispensaires et des consultations similaires.

Ainsi, ce n'est qu'une fois démontrée l'efficacité du dispositif et grâce au prosélytisme de leurs fondateurs et de leurs émules que les pouvoirs publics s'engagent au plus haut niveau par une recommandation du Sénat adressée aux préfets en 1903 les encourageant à multiplier les œuvres similaires.

b. Résistance des populations

Au cours de ce chapitre nous avons vu l'importance des débats et des jeux d'oppositions qui ont souvent lieu au Parlement et au Sénat avant la promulgation ou la modification d'une loi. Nous avons également vu les liens très forts qui existent entre la situation générale du pays et l'avènement des différentes lois et enfin nous avons évoqué les difficultés que peut rencontrer la législation pour entrer en application. Si jusqu'ici, nous sommes restés du côté institutionnel des lois, encore faut-il, maintenant, nous intéresser à la population visée par ces différentes législations et aux effets concrets de celles-ci sur les comportements des individus auxquelles elles s'adressent. Car tel est l'objectif recherché par toute nouvelle loi, la modification de certaines actions individuelles ou collectives dans des situations particulières. Et si avant d'atteindre ce résultat final de modifications comportementales, les textes législatifs

doivent franchir les différents obstacles présentés au cours de ce chapitre, la réalisation de cette ultime étape est loin d'être systématique.

« La médecine, avec sa thérapeutique, ne suffit pas. (...) Si l'opinion publique n'est pas préparée à recevoir les leçons [que les lois] formulent, vous obtiendrez très peu de choses. Il faut donc faire l'éducation de chacun... », insinue Paul Brouardel lors de la création de l'Alliance d'Hygiène Sociale (AHS) en 1904 (cité par Murard et Zylberman, 1996 : 443).

Alors que les découvertes scientifiques accroissent les connaissances à partir desquelles sont envisagées les possibilités d'amélioration de la santé de tous, les lois visent à contraindre la population dans l'adoption de comportements nouveaux, intégrant ces découvertes scientifiques. Et si le passage de la science à la législation n'est pas automatique, celui de la législation aux comportements individuels ne l'est pas plus. Nous allons donc maintenant nous intéresser aux résistances parfois mises en œuvre par la population face aux nouvelles pratiques édictées par les lois et aux modifications qu'elles impliquent sur l'ensemble des niveaux de la société aussi bien éducatifs, qu'économiques ou sociaux.

La lutte contre les biberons à tube

Pour illustrer les résistances de la population face à l'avancée de la législation, revenons sur l'histoire de la lutte contre les biberons à tube par les nourrices. Deux raisons principales sont à l'origine de l'usage massif de ces biberons par les nourrices. Tout d'abord, ils se révèlent, de par leur conception, extrêmement pratiques. Contrairement aux biberons en ampoule, il n'est nul besoin de les tenir pour nourrir l'enfant, ce qui implique un autre avantage de taille, il est possible de les laisser en permanence dans le lit du jeune enfant, ce dernier se nourrissant alors seul, quand il en ressent le besoin. Pour des nourrices ayant en charge plusieurs enfants, en allégeant considérablement le travail à effectuer pour nourrir chacun d'entre eux, cette invention représente un réel progrès. Seconde raison qui, elle, éclaire la rapidité avec laquelle cette invention s'est répandue dans la population, l'importance, rarissime à l'époque, de la campagne publicitaire qui accompagne la sortie sur le commerce de cette innovation. (De Luca et Al., 2005). Est incluse dans la campagne publicitaire la vente de ces biberons à des prix défilants toute concurrence ; argument d'une importance cruciale dès lors qu'on le place en regard des faibles rémunérations des nourrices. Ces deux

éléments permettent de comprendre pourquoi ces biberons à tubes sont adoptés si rapidement et si massivement par l'industrie nourricière mais expliquent aussi pourquoi les nourrices y sont particulièrement attachées.

Pour ces deux raisons, bien que la nocivité de cet ustensile de puériculture est scientifiquement prouvée⁵⁹ il est extrêmement difficile pour les médecins-inspecteurs d'obtenir gain de cause et d'en faire abandonner l'usage. Ainsi, quand ils en trouvent chez une nourrice, les médecins brisent les biberons et en découpent les tubes. Malgré la certitude avancée par les arguments scientifiques quant à la dangerosité de ces biberons, il faut attendre l'interdiction de leur vente et de leur usage par arrêté préfectoral et la menace des médecins-inspecteurs de retirer la garde de l'enfant aux contrevenantes pour que progressivement cesse cette pratique.

À travers cette histoire de la lutte contre les biberons à tube nous voyons donc très clairement les difficultés que peuvent rencontrer les agents de l'État pour faire respecter une loi et les méthodes parfois radicales qu'ils sont obligé d'employer. D'un autre côté, cette même histoire nous permet de comprendre pourquoi les nourrices, dont on ne peut affirmer la bonne ou mauvaise compréhension des arguments scientifiques avancés, s'accrochent à l'usage de cet ustensile pratique et peu cher.

L'inacceptable inspection préventive

Au-delà de la lutte contre les biberons à tube dont on peut entendre les arguments pratiques et économiques mis en avant par les nourrices, il nous faut souligner un principe plus général qui tient à la notion même de prévention qui, par définition, vise à empêcher un événement non souhaité de se produire. De cette simple définition découlent deux axes importants de réflexion sur l'établissement de mesures préventives et sur leur réception.

D'un côté, soit les personnes auxquelles s'adressent la mesure en question ne considèrent pas comme suffisamment importante la probabilité que l'événement en question advienne ou bien elles n'ont pas conscience ou connaissance de l'existence de l'événement que la mesure vise à prévenir. Dans cette situation, les personnes visées par la mesure refuseront de s'y conformer et de se soumettre aux obligations qu'elle

⁵⁹ Il était impossible de laver le long tube en caoutchouc au bout duquel se fixait la tétine. Le lait fermentait alors dans ce tube, ce qui provoquait des ravages dans les rangs des nourrissons.

implique. C'est en partie du fait de ce principe que dans la première période de mise en place des consultations de nourrisson ou des consultations maternelles prénatales la participation des mères reste relativement faible. À cette époque le recours aux médecins n'a lieu qu'en cas de maladie importante et il est donc difficilement concevable de se soumettre à un contrôle médical en l'absence de tout problème de santé.

D'un autre côté, en cherchant à empêcher un événement, la mesure préventive souligne la possibilité que cet événement a d'advenir. Par là, il est extrêmement fréquent que les personnes soumises à des mesures de préventions se sentent suspectées du mal que cette mesure vise à prévenir. Perçus comme une mise en accusation potentielle, les contrôles préventifs éveillent souvent méfiance et réticences.

Du fait de ces deux dimensions des politiques de prévention, il est dès le départ nécessaire de mettre en œuvre des moyens d'incitation pour les mères afin de s'assurer de leur bonne collaboration et de leur pleine participation. C'est en cela que se justifie le lien établi très tôt et maintenu jusqu'à aujourd'hui entre soumission aux examens obligatoires et accession aux diverses allocations maternelles ou familiales.

Ce mode de fonctionnement permet de constater que le seul argument médical demeure bien souvent insuffisant pour faire adhérer les familles à une mesure apparaissant comme contraignante. La contre-partie qui est alors proposée aux familles, que celle-ci soit sous formes d'allocation (familiale, de grossesse ou autre) ou en nature (distribution de lait pasteurisé, de bon de lait ou de linge), si elle permet d'accroître l'adhésion des mères et des enfants et aux agents de santé de s'immiscer dans un domaine jusqu'ici réservé de l'intimité familiale n'est toutefois pas sans conséquence. En effet, sur la base de ce principe de la contre-partie, certaines mères ne se soumettent aux examens médicaux que pour bénéficier des allocations qui en dépendent, reléguant la question de la santé à la marge de leur démarche.

Conclusion

Bio-légitimité et limites de la gouvernamentalité

Ces deux premiers chapitres sont les deux faces d'une même médaille. En nous intéressant successivement à chacune des faces, indépendamment de la seconde, nous avons montré les raisonnements que chacune d'elles permet de suivre, mais aussi les limites de chacun de ces raisonnements.

Le premier chapitre présente la chronologie suivie par la législation sanitaire maternelle et infantile, retraçant le mouvement paradoxal de l'élargissement de ce champ de la santé materno-infantile (avec des législations qui interviennent sur un nombre toujours plus important d'éléments de la vie quotidienne) et de la spécialisation de cette même législation (avec des lois de plus en plus précises, portant sur des événements de plus en plus intimes de l'univers personnel ou familial). En détaillant les champs d'intervention qui entrent au fur et à mesure sous le contrôle de l'État et les comportements nouveaux qui en sont attendus, nous voulions mettre en lumière l'établissement d'une *anatomo-politique du corps humain* (Foucault, 1976b) appliquée au domaine de la santé maternelle et infantile. En soulignant que ces différentes mesures s'appliquent au fur et à mesure à des pans toujours plus larges de la population, que leur mise en pratique est envisagée de manière toujours plus généralisée et systématique, prévoyant des modalités d'information globale et de comptabilité de la population afin de prévoir les actions à mettre en place, ce sont les contours d'une *bio-politique de la population* (ibid.) que nous retracions. Ainsi, et nous ne sommes pas les premiers à le dire, si « la santé publique se situe, dès son émergence à la fin du XVIII^{ème} siècle, au cœur de ce projet normalisateur » (Fassin, 2000 : 176), la Protection Maternelle et Infantile est un « modèle de ce que Foucault a nommé le bio-pouvoir » (Thiaudière, 2005 : 23). Notre premier chapitre montre en effet que la protection maternelle et infantile telle qu'elle est décrite dans les textes législatifs qui l'établissent, compte tenu de la diversité des domaines qui y entrent en compte, de la variété des lieux

et des institutions compris dans cette législation, est une parfaite illustration de la gouvernementalité appliquée au corps de la mère et de son enfant.

C'est alors au chemin inverse que nous nous sommes livré au cours du second chapitre. Si la législation présente les structures et les institutions du bio-pouvoir et dessine les contours de cette gouvernementalité pour la considérer comme un fait, encore faut-il que celle-ci existe en dehors des textes de loi. Et c'est la déconstruction de ce modèle législatif que nous avons présenté. Alors que la succession des lois le construit, l'exposition des lacunes, des dysfonctionnements, des événements non réalisés remettent en cause la qualification simple et entière de bio-pouvoir. Ici non plus nous ne sommes pas les premiers à avancer un tel argument. Les recherches menées sur les moyens réellement mis à disposition des exécutants de la législation ont systématiquement prouvé l'existence d'écarts plus ou moins considérables entre l'injonction législative et la réalisation effective. En montrant l'inapplication de la loi, c'est à la théorie de l'exercice du pouvoir et du contrôle de la population et de son corps que le coup est porté. « Mesurée à l'aune des moyens de sa mise en œuvre, l'idéologie sanitariste, souvent dénoncée, n'a pas de quoi inquiéter » (Fassin, 2001a : 463). L'analyse directe des pratiques familiales, et non des lois ou manuels s'y rapportant, permet de pondérer l'efficacité de l'action de la police des familles (Donzelot, 1977). Comme le souligne très justement Jean-Noël Luc dans la conclusion de son ouvrage sur *L'invention du jeune enfant au XIX^{ème} siècle* : « dans les faits, la « police des familles » (...) n'a pas été aussi importante que le laisse supposer les généralisations hâtives des auteurs qui confondent les projets – présentés dans les sources imprimées, faciles d'accès – et leur mise en œuvre, et qui oublient, en plus, les capacités de résistances des publics visés » (Luc, 1997 : 418).

Il ne s'agit pas ici de remettre totalement en cause l'idée de l'exercice d'un bio-pouvoir ou de la potentialité d'une gouvernementalité. Il s'agit bien plus de la pondérer, d'en relativiser la prégnance. En mettant face à face la législation et ses réalisations c'est l'aspect limité de la gouvernementalité qu'il s'agit de pointer (Fassin, 2000). Les législations successives, inscrites dans leurs époques respectives, sont à la fois causes et conséquences des évolutions de la société. Si la bio-politique n'est alors pas directement observable et qu'il n'est, de fait, pas possible d'en relever les traces (Murard et Zylbermann, 1996) il nous semble pourtant impossible de renier totalement le concept de bio-pouvoir « à condition de ne lui attribuer aucune positivité, aucun contenu

observationnel ; bref, de l'entendre comme une idée (interprétation des buts) et non comme un concept (explication des faits par les causes) » (Murard et Zylberman, 1996 : 584). Notre démarche permet alors d'insister sur le fait que les mesures de santé publiques ne s'imposent pas toujours depuis le haut de l'État vers le peuple. Certaines sont demandées par le peuple, certaines sont subies et d'autres sont totalement rejetées.

Pour autant, on ne peut non plus nier que la dimension biologique et sanitaire d'une mesure législative est un argument considérable dans le devenir de celle-ci. « Ainsi faudrait-il évoquer une *bio-légitimité* d'avantage qu'un bio-pouvoir, sorte de reconnaissance de la population de la gestion politique des corps souffrants ou menacés dans leur maintien en santé » (Bourdelaïs, 2001 : 19). Cette notion de *bio-légitimité* désigne alors le principe selon lequel l'aspect médical et sanitaire de certaines mesures se présente tout autant comme une voie d'accès à certaines population qui se tiennent à l'écart des politiques publiques que comme un moyen de légitimation de l'action publique auprès de celles-ci (Fassin, 1998a). Sans pour autant le placer au centre de l'ensemble de nos analyses, c'est d'avantage à cet usage du biologique et plus largement du sanitaire comme argument de légitimation d'interventions publiques et moyen d'accès à certaines populations que nous porterons attention dans la suite de ce travail.

Chapitre III.

« Enquêter » en PMI

Les objectifs de ce chapitre sont de plusieurs ordres. Comme dans la rédaction de tout travail scientifique, il me faut, en premier lieu, présenter le terrain sur lequel j'ai mené ma recherche et la temporalité selon laquelle celle-ci s'est déroulée. Il me faut aussi présenter, expliquer et défendre la méthodologie mise en place. Cette première série d'objectifs très classiques est opérée dans un double dessein : elle sert d'une part à contextualiser la recherche et en établir la fiabilité des données et d'autre part elle permet au lecteur de se familiariser avec la suite de ce qu'il s'apprête à lire.

À cela, et à partir de cette expérience personnelle et particulière, j'ajouterai un certain nombre d'éléments d'analyse, d'interprétation et d'explication sur le déroulement de mon enquête de terrain. Mon sujet d'étude et la présentation que j'en ai faite auprès de mes différents interlocuteurs ont été compris de façon très hétéroclite et ces différentes réceptions ont eu une influence considérable sur le déroulement de mon enquête. Par la suite, la fermeture brutale et non prévue de mon terrain d'enquête a joué sur le traitement des données recueillies et plus largement sur l'orientation générale de ce travail.

Ainsi, dans le présent chapitre je commencerai par exposer la méthodologie de mon enquête et les trois phases principales qui l'ont composée. Je tenterai ensuite d'analyser les différents éléments qui ont conduit à la fermeture anticipée de ce terrain d'enquête. Enfin, dans la troisième partie de ce chapitre, j'exposerai l'importance considérable qu'ont eu les circonstances dans lesquelles s'est déroulée mon enquête sur l'orientation de ma réflexion et par conséquent de cette thèse en général.

I. Les temps de l'enquête

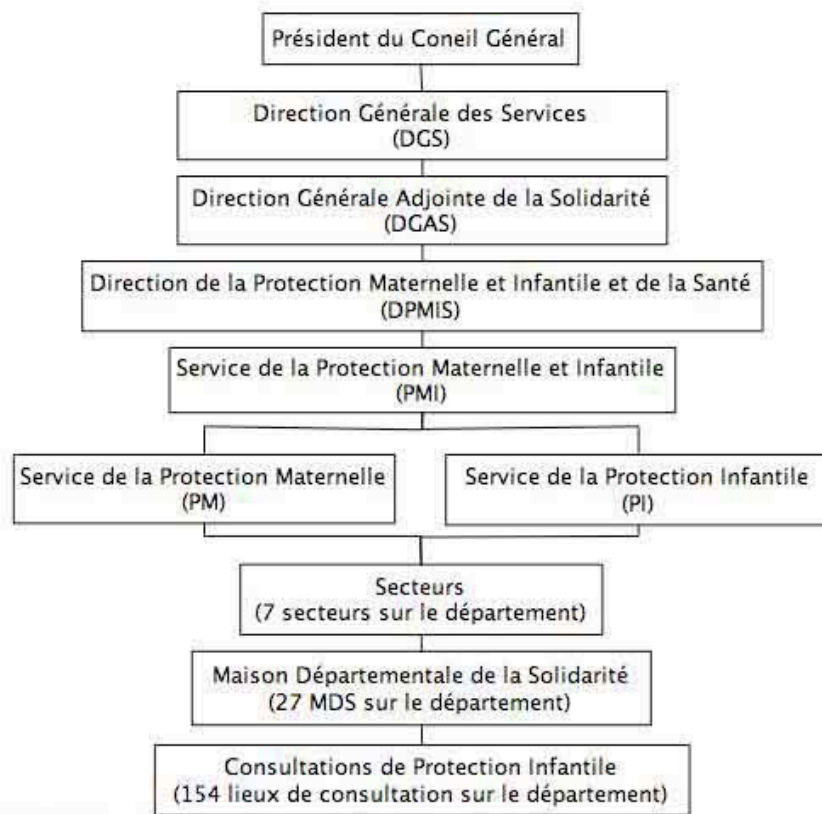
Mon travail de terrain s'est composé de trois grande périodes comprises entre octobre 2002 et novembre 2005. Au cours des deux premières, j'ai mené des observations directes dans des consultations de protection infantile ainsi que des entretiens avec les familles et le personnel des consultations. La troisième période a, quant à elle, consisté en une enquête exclusivement par entretiens et uniquement auprès d'intervenants des consultations.

Je présenterai d'abord les deux premières périodes afin de mettre en exergue les principales différences qu'elles comportent alors que je suivais le même protocole de recherche. Nous verrons à propos de ces deux périodes, des deux consultations principalement concernées et des équipes d'intervenants qui y travaillent les importantes variations rencontrées en termes de prise de contact et d'accueil au sein de l'équipe de travail, de possibilités d'observation et d'entretiens avec les familles.

1. L'organisation départementale

Afin de faciliter la compréhension de certains arguments avancés dans la suite de ce chapitre et de cette thèse, il me faut présenter l'organisation départementale du service de Protection Maternelle et Infantile sur lequel j'ai travaillé⁶⁰. Depuis les lois de décentralisation des 1983-1984 la mise en œuvre de la politique de Protection Maternelle et Infantile est sous la responsabilité des départements. Les centres de PMI sont donc des services dirigés par les Conseils Généraux de chaque département. Dans le département des Bouches-du-Rhône, l'organigramme des services déconcentrés de la PMI est alors le suivant :

⁶⁰ Depuis mon enquête, certains postes administratifs ont changés ainsi que la répartition des responsabilités. La présentation que je livre ici de l'organisation départementale est celle qui avait cours au moment de mon enquête sur le terrain.



Organigramme départemental simplifié (2004)

Source : DGAS 13

Les différents services sont sous la responsabilité de médecins. Il y a ainsi, au niveau départemental, un médecin responsable de la Direction de la Protection Maternelle et Infantile et de la Santé (DPMIS) et un médecin responsable de la PMI, un médecin responsable de la protection maternelle et un de la protection infantile. À partir de cet échelon, il s'agit de services déconcentrés du département, il n'est plus question de la direction centrale départementale mais de différentes aires géographiques du département, les secteurs, toujours sous la responsabilité de médecins. Le département comprend alors sept médecins responsables de secteur et 27 médecins responsables de Maison Départementale de la Solidarité (MDS). Les 154 lieux de consultations du département sont alors gérés par les médecins responsables de MDS, sous l'autorité du médecin de secteur. Un secteur compte alors plusieurs MDS et chaque MDS gère plusieurs consultations. Les équipes professionnelles qui assurent les consultations sont composées de médecins, puéricultrices, auxiliaire de puériculture, infirmières et Éducatrices de Jeunes Enfants (EJE).

2. Observer les consultations

a. Prise de contact et entrée sur le terrain

L'idée de départ de ma recherche est de travailler sur la réception et les formes d'appropriation d'une puériculture « à la française » par des personnes primo-arrivantes, issues d'une autre « culture ». Dans cette optique, en raison des caractéristiques sociales des usagers et des conseils de puériculture qui y sont édictés, les consultations gratuites de protection infantile semblent un terrain de recherche tout indiqué.

1^{ère} période : le désir de comprendre

Pour cela, en octobre 2002, je prends contact avec un service de Protection Maternelle et Infantile du centre ville de Marseille, situé dans un quartier connu pour son taux très élevé de populations migrantes et primo-arrivantes. Lors de mon premier rendez-vous avec le médecin responsable de cette MDS⁶¹, le Dr Zuca⁶², celui-ci se révèle tout à fait ouvert à la démarche des sciences humaines et se dit intéressé par le fait que son service⁶³ puisse servir de terrain de recherche à des études « compréhensives ».

À l'occasion de cette rencontre, je lui présente mon sujet de recherche de l'époque⁶⁴ en précisant que les questions de recherche et méthodes d'enquête sont susceptibles de varier sensiblement au fil de l'enquête. Une convention de stage me sera

⁶¹ Au moment de cette première étude, l'appellation Maison Départementale de la Solidarité n'a pas encore cours. Il s'agit encore à ce moment-là de « circonscriptions ». La substitution des « ciro » par les « MDS » aura lieu pendant l'année 2003. Ce changement de nom n'implique aucune modification pratique dans le fonctionnement de la PMI. Notons tout de même que ce changement d'appellation inverse le principe de désignation entre l'aire géographique et l'immeuble où se concentrent les services. En effet, le terme de circonscription désigne une aire géographique et l'immeuble dans lequel se trouvaient les services en charge de cette aire était appelée la « circo ». Avec cette nouvelle appellation l'aire géographique reste inchangée mais elle dépend de telle ou telle MDS, appellation qui, en elle-même fait référence à un immeuble, à une « maison ».

⁶² Pour préserver l'anonymat de mes informateurs et de toutes les personnes rencontrées au cours de cette étude, les noms des personnes, comme ceux des lieux ont été changés.

⁶³ La consultation de « La Tour » présente la particularité d'être la seule et unique consultation de cette MDS. Compte tenu de la densité de population de la zone qu'elle couvre (le centre ville), toutes les consultations sont regroupées dans les mêmes locaux... il n'y a donc pas à La Tour de petit centre de consultations de quartier.

⁶⁴ À savoir, la manière dont les normes de puériculture inculquées lors des consultations de PMI sont acceptées, refusées ou détournées par les usagers du service, très majoritairement des personnes à faibles revenus et issues de l'immigration.

nécessaire et le Dr Zuca propose de s'en occuper et de l'adresser aux bonnes personnes, responsables des stagiaires au niveau du Conseil Général. Quelque temps après cette première rencontre, j'entre sur le terrain; nous sommes alors en novembre 2002. Le Dr Zuca me présente aux différents membres de l'équipe, qui me réservent un accueil assez chaleureux, subtil mélange d'enthousiasme et de curiosité : enthousiasme de montrer leur quotidien, de comprendre les situations dans lesquelles ils sont impliqués et d'être compris en tant que professionnel ; curiosité à mon égard et à celui de ma recherche, ce que je cherche et pourquoi.

Durant les cinq mois, que je passe dans la consultation de « La Tour⁶⁵ », les intervenants font preuve d'une très grande coopération et ma liberté de mouvement dans le service est quasi totale. J'attribue cela au désir que manifestent ouvertement certains professionnels de ce service, y compris la responsable médicale, de comprendre certains problèmes dont ils font les frais au quotidien.

2^{ème} période : la méfiance et l'incompréhension

Un an et demi plus tard, poursuivant ma recherche sur la PMI, je suis en quête de nouvelles consultations où je pourrais enquêter. Un pédopsychiatre de ma connaissance, le docteur Benguigui, a, à ce moment-là, pour projet de monter une consultation de périnatalité en partenariat avec une équipe de PMI. La majorité des consultations que gère cette équipe sont situées en plein cœur de cités HLM, ce qui les présente comme un terrain potentiellement adéquat au regard de mes questions de recherche. J'accompagne alors le docteur Benguigui à une réunion où il doit rencontrer l'équipe. À l'issue de cette première rencontre, le médecin responsable de cette MDS, le Dr Simon, semble moins intéressé par ma démarche que le docteur Zuca, mais déclare que «si le Conseil Général accepte de [me] faire une convention de stage» je pourrais mener mes observations dans la consultation de Belle île.

Pour établir cette nouvelle convention de stage, je contacte le médecin responsable de la PMI au niveau départemental, pensant pouvoir ainsi gagner plusieurs semaines. Lors de notre rendez-vous, ce dernier me dit ne pas connaître les démarches nécessaires et ne jamais avoir eu affaire à ce genre de situation. De retour à mon

⁶⁵ La Tour, la Croix, Belle île, la Fraternité, le Bastidon, les Sources, le Poirier, St Jaume, la Tresse: sont les noms (fictifs) des consultations de protection infantile implantées dans les quartiers. En règle générale, la consultation porte le nom de l'agglomération, du quartier, ou de la résidence dans lequel elle est implantée.

domicile et une fois constaté que la convention établie l'année précédente était bien signée par ce médecin, je rappelle sa secrétaire. Celle-ci, présente lors de ma rencontre avec le médecin, me confirme que ce sont bien eux qui établissent les conventions et que je n'ai qu'à l'envoyer par la poste accompagnée d'une lettre du médecin responsable de MDS confirmant qu'il accepte de me recevoir dans sa consultation. Je reprends alors contact avec le docteur Simon qui, intrigué par la méfiance de la direction du Conseil Général, me demande de préciser mon projet.

-Mais vous voulez faire quoi exactement dans les consultations?

-Faire des observations en salle d'attente, et en salle de pesée, si possible de quelques consultations, et puis discuter avec les familles, et avec les gens du service, regarder comment ça se passe, observer et prendre des notes...

À la suite de cette explication, qui n'aborde en rien le fond de mon projet de recherche et se limite à la présentation des modalités de l'enquête, j'obtiens l'accord du Dr Simon et ma convention de stage démarre son périple administratif. Mon entrée à la consultation de Belle île a lieu au début du mois de mai 2004. Lors de mon arrivée au centre, un matin en début de consultation, les membres de l'équipe sont relativement étonnés, et déclarent ne pas avoir été prévenus de ma visite du jour, ni de ma présence dans les semaines et mois à venir.

Ainsi, dès la prise de contact et l'entrée dans la consultation apparaît une très nette différence entre mes deux périodes d'enquête. Accueilli chaleureusement et présenté à l'équipe par le médecin responsable dans la première consultation, le médecin responsable de la seconde consent à ma présence si le Conseil Général me l'autorise et n'entend pas y consacrer davantage d'attention. Ce jeu des différences va s'intensifier tout au long de ma présence dans la consultation. Les observations que je pourrais mener lors de ces deux périodes dépendent alors autant des contraintes spatiales de chacune de ces consultations que de la plus ou moins bonne volonté des intervenants de m'aider dans mes démarches.

b. Les conditions de l'observation

Pour des raisons pratiques, mais aussi de cohérence avec le lieu dans lequel je me trouve, je prends le parti de travailler « à découvert ». En effet, ma présence dans les consultations de protection infantile est pour le moins inhabituelle. Sans connaître précisément le thème de ma recherche, ni nécessairement ce à quoi elle correspond, les professionnels savent pertinemment que je ne suis pas un stagiaire en puériculture ou en

médecine mais que je fais des sciences humaines. D'un autre côté, n'étant ni un enfant, ni un parent, les usagers s'adressent à moi pour obtenir des informations ou renseignements sur la santé de leur enfant; me prenant, de façon évidente, pour un nouveau membre de l'équipe. Il me faut alors expliquer les raisons de ma présence et celles (les mêmes) pour lesquelles je ne peux accéder à leurs demandes. De fait, il m'a rapidement semblé inutile de dissimuler la prise de notes. Quelques remarques doivent alors être faites ici sur les questions d'ordre méthodologique et pratique que soulève l'observation à découvert.

Dans certains cas, l'observateur occupe une place particulière et définie dans l'équipe, il y joue un rôle professionnel à l'instar de l'observation que mène Jean Peneff d'un service d'urgence hospitalière en y travaillant en tant que brancardier (Peneff, 1992). Il s'agit alors souvent d'observer à couvert. D'un côté, cela implique le développement d'un certain nombre de stratégies quant à la prise de note et oblige l'enquêteur à se conformer aux activités et lieux attendant à son rôle. D'un autre côté, ce principe confère à l'anthropologue une place définie au sein de l'équipe ou de l'institution sur laquelle il travaille « réellement ».

En l'absence d'une telle position, ce qui est fréquent pour les enquêtes menées au sein d'institutions nécessitant certaines compétences officiellement attestées, la posture que l'enquêteur doit adopter (ou plutôt trouver) est tout autre. Celui-ci doit négocier sa place, au sens propre comme au figuré. L'insertion dans l'institution se négocie auprès des responsables institutionnels, ce qui, dans le cas présent, se matérialise par l'établissement d'une convention de stage. Cette convention est un droit d'accès aux consultations, une preuve que l'observateur est accepté en tant que tel dans les règles de l'institution. Mais il en va autrement pour ce qui est de la négociation de la place physique du chercheur sur son terrain. Pour cela, une simple question d'espace matériel peut se présenter comme un réel problème méthodologique à résoudre. Et si l'activité conférée par un rôle déterminé permet un accès de fait à un espace particulier, l'absence d'activité demande à l'observateur de trouver le lieu à partir duquel il pourra observer l'action en court sans en gêner le déroulement.

Dans un espace réduit où se croisent plusieurs professionnels aux statuts hiérarchiques distincts et en situation de concurrence professionnelle sur certaines tâches, l'observateur ne doit pas gêner, ni les espaces de circulation, ni les espaces

« refuges »⁶⁶ utilisés par le personnel. Pour l'observateur, la difficulté de ce type de situation est alors de trouver la bonne place qui lui permette d'observer l'action en cours, d'en être suffisamment proche pour en saisir les détails, sans pour autant en gêner le déroulement. Il doit donc tout à la fois être physiquement présent pour saisir au plus près les enjeux de l'action en cours et, dans le même temps, arriver du mieux qu'il peut à faire oublier sa présence aux personnes qu'il observe. Il lui faut alors attendre que les enquêtés s'habituent à cette nouvelle présence, extérieure à leur activité et dont la nature du travail n'est pas toujours bien saisie. Les moyens de passer cette période, tout comme la durée de celle-ci, sont divers et dépendent autant du terrain et du sujet de recherche que de l'enquêteur lui-même. Pour y parvenir, le chercheur doit tenter de « se fondre dans le décor ». Sans rôle à jouer dans l'activité du service, une fois identifiés les espaces qu'il peut occuper, l'observateur s'y place et tente de se faire oublier, jusqu'à ce qu'il fasse partie du décor ; pendant toute cette période il adopte ce que l'on pourrait appeler « la posture de la plante verte ». Il ne s'agit évidemment pas de s'interdire toute intervention ou toute communication avec les personnes observées, mais de les limiter à l'essentiel. Cette période permet à l'observateur de se familiariser aux activités, à leur agencement et aux relations qu'entretiennent les intervenants entre eux et, pour ces derniers de se familiariser avec la présence de l'observateur. La fin de cette période « d'acclimatation » des enquêtés se repère à des détails, parfois subtils, le ton d'une salutation, une remarque au cours d'une conversation, ou de manière plus explicite, par exemple par une invitation à participer à l'action en cours.

Liberté de mouvement et progression dans les consultations

Au cours de ces cinq mois passés dans la consultation de la Tour mes observations sont conduites selon différentes phases qui, si elles se sont mises en place de façon progressive, ne sont pas pour autant exclusives les unes aux autres. Au cours des deux premières étapes, mes observations sont menées dans un lieu unique. Dans un premier temps, je me contente d'observer uniquement la salle d'attente et de discuter avec les usagers. Cette période me permis de me familiariser avec le lieu et de faire connaissance avec certaines familles. Puis les professionnels m'acceptent

⁶⁶ Dans le cas de la consultation de Belle île, dans les moments de tensions, certains professionnels quittent la salle de pesée pour « aller faire un tour » dans la salle d'attente. Mais un « grand placard » d'une surface au sol d'environ deux mètres carré abrite un téléphone, un mini frigo, une bouilloire et une cafetière. Faire un café, boire un verre d'eau ou passer un appel téléphonique peut être pris comme prétexte pour s'isoler quelques minutes du reste de l'équipe.

progressivement dans leurs conversations, notamment en fin de consultation. Ce signe d'intégration progressive à l'équipe permet de mettre en œuvre la seconde phase d'observations. Je passe alors un certain nombre de matinées de consultations soit dans la salle de pesée, soit dans le cabinet de consultations médicales. Ce premier tour d'observation par site des différents lieux que comprend le centre de consultation m'a permis d'identifier comment se répartissent les tâches de travail, et les professionnels dans chacune des pièces.

À l'issue de cette période d'environ un mois et demi, j'observe et discute librement avec les professionnels et les familles, allant d'un lieu à un autre en fonction des activités qui s'y tiennent. Je mène des entretiens avec les mères de familles dans la salle d'attente⁶⁷ et discutais fréquemment avec les différents membres du personnel.

Au cours de la phase suivante j'effectue des « parcours de visite » avec les mères de famille. J'entame une discussion avec elles dès leur arrivée au centre, puis les suis en salle de pesée, prolonge la discussion pendant l'intermède entre la pesée et la consultation, les accompagne dans le cabinet médical et terminais l'entretien après la consultation. Ce procédé permet d'une part de comprendre les raisons pour lesquelles les mères viennent à la consultation, ce qu'elles en attendent et comment elles le font comprendre (ou pas) aux professionnels. D'autre part, il permet d'observer l'ensemble des interactions qui ont lieu au cours de la pesée et de la consultation médicale et d'en discuter par la suite avec les mères de famille.

J'ai aussi eu l'occasion de mener des observations dans deux autres centres de consultation, situés dans des endroits très différents de la ville. Ainsi, si la première consultation se situe en plein centre ville, la seconde se trouve dans un centre commercial, au milieu de quartiers très populaires de grands ensembles HLM alors que la troisième se trouve, à l'inverse, dans les quartiers sud de la ville, quartiers résidentiels

⁶⁷ Afin d'éviter une trop grande influence des effets du lieu sur le discours (Mebtoul, 1993) de mes interlocuteurs je pensais pouvoir réaliser les entretiens avec les usagers du service, à leur domicile, ou tout du moins, en dehors du centre de consultation. Cependant, compte tenu du nombre important d'échecs et de refus auxquels ont donné lieu mes multiples tentatives, je me suis résolu à ne mener avec les familles que des entretiens dans la salle de consultation au gré de leur venue. Il me faut préciser que face à ces échecs répétés et pour m'aider dans mon travail, certains professionnels ont proposé de m'introduire dans des familles avec lesquelles ils entretenaient de bons rapports et qui accepteraient de me recevoir. J'ai toutefois refusé cette pratique par crainte qu'elle n'accroisse encore la collusion qui pouvait avoir lieu entre moi et les professionnels du service. De plus la sélection préalable des familles par les professionnels ne m'aurait permis d'accéder qu'à un certain type de discours que je présumais en trop grand accord avec le point de vue défendu par les intervenants du service.

plus aisés. L'observation de ces différents centres de consultation m'a permis de constater les écarts d'activités qui existent dans les consultations de PMI en fonction de leur quartier d'implantation.

Cantonnement conventionné et difficulté de placement

Cette liberté de circulation et d'observation rencontrée à la consultation de La Tour, épaulée par les professionnels qui m'ont permis de me rendre dans les autres consultations où ils intervenaient ne s'est pas reproduite ailleurs. Les observations menées à la consultation de Belle île sont essentiellement limitées aux salles d'attente et de pesée; un seul des médecins intervenant dans cette consultation m'accepte dans son cabinet, les autres refusant au nom du secret médical.

Pour autant, la MDS de St Jaume dont dépend la consultation de Belle île comprend un certain nombre de consultations et l'éducatrice des jeunes enfants avec qui je sympathise m'invite à aller voir la consultation des Sources. Lors de mon arrivée dans cette dernière consultation je rencontre le docteur Simon qui s'il fait part de son étonnement concède que « tant que l'équipe est d'accord, je ne vois pas de problèmes... ». Lors d'une séance d'observation dans cette consultation des Sources, j'assiste à une très vive discussion entre le docteur Simon (responsable de la MDS), la puéricultrice et l'auxiliaire de puériculture (toute deux quasi-permanentes de cette consultation) sur ce que « doit être » une consultation de PMI, le rôle de chacun dans son mode de fonctionnement et l'utilisation qu'en font certains usagers⁶⁸.

Sur la base de cette discussion et des échos qui en sont faits dans les entretiens, un biais important se présente dans mes observations. Si l'on accepte qu'il existe une répartition des consultations entre un mode de fonctionnement davantage axé sur la surveillance médicale et d'autres faisant une part plus grande à l'aspect psychosocial de la prévention, je n'ai mené jusqu'ici des observations que dans les consultations de cette seconde catégorie. À la demande que je soumetts au docteur Simon d'accéder à d'autres centres de consultation, celle-ci oppose un refus et me renvoie à ma convention de stage: « Vous ne devez faire des observations qu'à Belle-île et encore, dans la salle d'attente. Vous vous êtes déjà rendu aux Sources et on m'a dit que vous aviez observé

⁶⁸ Les différents arguments échangés au cours de cette conversation concernent le rôle de l'écoute de l'écoute dans les consultations, la manière d'accueillir les familles, les modes de régulation d'accès aux consultations (avec ou sans rendez-vous), le fait qu'un certain nombre de famille se présentent à la consultation sans rencontrer le médecin.

des consultations... ce n'est pas possible ! ». Malgré les explications données sur ma démarche⁶⁹, ma déontologie⁷⁰ et la faisabilité d'une telle opération⁷¹, elle me renvoie aux indications figurant sur la convention de stage, me rappelant que je dois rester dans la salle d'attente de la consultation de Belle-île. Je termine alors mes observations à la consultation de Belle-île et les entretiens avec le personnel qui y intervient à la fin du mois de juillet 2004.

3. Enquêter par entretiens

Pour la suite de mon travail, j'envisage de conduire une cinquantaine d'entretiens qualitatifs, enregistrés et semi-directifs avec des intervenants des consultations. Lors de cette phase d'enquête par entretien, afin de ne pas reproduire le biais rencontré lors de mes observations, je souhaite recueillir des discours suffisamment variés pour être représentatifs de la pluralité des situations de travail, positionnement professionnel, métiers et statuts que l'on peut rencontrer dans le service de PMI des Bouches-du-Rhône.

a. La quête de la représentativité

Dans cette quête d'une représentativité relative, je m'adresse en premier lieu à la direction départementale de la PMI. À travers cette démarche, mon objectif est triple:

D'un côté je souhaite obtenir un certain nombre de données quantitatives qui me permettraient d'établir une « cartographie » de l'activité départementale de la PMI. Les données en termes d'activité des consultations (nombre d'actes effectués, nombre d'enfants vus dans l'année, nombre de demi-journées de consultations...) existent et sont produites chaque année par le département. Mais je désire aussi connaître la répartition des intervenants dans les 154 consultations que comprend le département

⁶⁹ L'intérêt que cela représente de diversifier les centres observés.

⁷⁰ Les consultations médicales que j'ai observées l'ont été après accord du médecin et de chacune des familles concernées.

⁷¹ J'explique à ce médecin que lors de mon précédent terrain, ma circulation entre différentes consultations n'a tenu qu'à une simple communication téléphonique entre les médecins responsables de la MDS où je me trouvais et celui de celle où je désirai me rendre et de leur accord réciproque. Souhaitant, dans ce cas, simplement me rendre dans d'autres consultations de la même MDS, dont il est aussi responsable, il me semblait que son seul accord était nécessaire.

(combien de puéricultrices, combien d'auxiliaires de puériculture, de médecins, d'infirmières..., combien de titulaires, de vacataires...)

D'un autre côté, je souhaite recueillir l'avis de la directrice départementale sur les différentes consultations ou les différents secteurs. Ceux sur lesquels elle pense qu'il serait intéressant de travailler, ceux qui représentent les plus grandes disparités de situation, etc...

Enfin, dans une démarche, que je reconnais aujourd'hui volontiers comme trop optimiste et impliquant de nombreux biais qu'il m'aurait fallu corriger par la suite, j' imagine faire fonctionner la collaboration avec la direction départementale jusque dans l'obtention d'un certain nombre de contacts auprès desquels j'aurais pu démarrer ma série d'entretiens.

En quinze jours, je dois, à six reprises décliner mon identité, mes coordonnées, le motif de mon appel, auprès de la secrétaire du médecin responsable, qui consigne ces informations pour les transmettre à l'intéressée qui doit me rappeler dans les jours qui suivent. Au début de la troisième semaine, je suis finalement réorienté sur un médecin responsable de secteur, le docteur Mancini, qui, paraît-il, dispose des informations que je recherche et répondra à mes questions.

Lors de ma rencontre avec le docteur Mancini, celle-ci se révèle très ouverte à ma demande et répond sincèrement aux différentes questions que je lui pose « parce qu'il faut aider les jeunes ». Elle comprend ma démarche et n'émet aucune objection à ce que je procède à mon enquête par entretiens à travers le département. Cela étant, ce médecin n'est responsable que d'un seul des sept secteurs départementaux. Elle me montre rapidement quelques-unes des données chiffrées du son secteur, mais ne peut me les communiquer; ni même me montrer ou simplement faire état des données des autres secteurs, au titre qu'« il y en a peut-être, enfin, sûrement, à qui ça ne plairait pas ». Pour obtenir ces données, il me faut effectuer une demande « officielle » à laquelle je souscris dès le lendemain. Il s'agit d'adresser au docteur Mancini par voie de courrier électronique une demande écrite des données que je recherche accompagné d'une explication sur le cadre dans lequel s'inscrit cette démarche. Celle-ci se chargera alors de transmettre ma demande aux personnes compétentes.

Trois remarques doivent être faites au sujet de ces données et des démarches entreprises. Premier point, dénuées des commentaires de la direction et d'un avis éclairé

sur les différentes situations rencontrées dans le département, ces données chiffrées perdent à mon sens une grande partie de leur intérêt. Second point, en cherchant à rencontrer le personnel de la direction départementale, j'espérais pouvoir recueillir un certain nombre de contacts me permettant de démarrer cette nouvelle phase d'entretien par d'autres moyens que le réseau développé lors des précédentes phases d'enquête. Enfin, en tant que données officielles et générales, ces données chiffrées continuent de m'intéresser en elles-mêmes, comme données de cadrage de mon terrain passé et à venir.

Toutefois, sceptique quant à l'aboutissement de cette « demande officielle », je prends contact avec la personne chargée de la communication de la DGAS. Après quelques échanges téléphoniques et écrits très cordiaux, celle-ci me demande de m'adresser par écrit directement au directeur de la DGAS, en expliquant « [mon] projet, ses raisons et [ma] demande » ; démarche que je mets aussitôt à exécution.

b. Obtenir de nouveaux contacts

N'ayant pu obtenir de nouvelles pistes au cours de ces différents échanges, je reprends contact avec certains des professionnels rencontrés précédemment. Je mobilise principalement deux de mes contacts, le docteur Zuca, responsable de la MDS de La Tour et l'EJE de Belle île. Chacun d'eux me fournit une liste de contacts et j'entame une nouvelle série d'entretiens semi-directifs et enregistrés. Les thèmes avancés sont alors ceux du parcours professionnel, des raisons ayant conduit à travailler en PMI, du vécu quotidien du travail, de la relation aux usagers du service, de l'évolution des pratiques au fil du temps et des représentations de la PMI.

Les entretiens s'enchaînent à un rythme relativement soutenu. D'une durée moyenne d'une heure, ils ont lieu, soit au domicile des professionnels, soit, pour la majorité d'entre eux et pour des raisons pratiques d'emploi du temps, sur leur lieu de travail, deux d'entre eux se dérouleront dans des cafés. Pour continuer mon enquête, je procède par « effet boule de neige » et toutes les personnes rencontrées, dans la mesure des relations entretenues avec leurs collègues de travail, se prêtent volontiers au jeu. Le protocole utilisé est toujours le même. Je contacte la personne par téléphone, me présente puis donne le nom de la personne par laquelle j'ai obtenu ses coordonnées. Je demande ensuite s'il est possible de faire un entretien. La plupart du temps, à l'issue de cette question, il m'est demandé de préciser le cadre de ma recherche et son thème puis

des informations d'ordre plus pratique (durée de l'entretien, lieu, délai...). Sans grande surprise, j'essuie un certain nombre de refus mais qui ne sont jamais présentés directement comme tels. Un argument est souvent opposé à ma demande « il faut que je demande à mon supérieur ».

4. Fermeture du terrain

Sur le point de terminer les entretiens déjà programmés, je dispose encore d'une liste non négligeable d'informateurs potentiels à contacter. C'est à ce moment-là qu'un soir, vers 21h30, je reçois un appel téléphonique du Dr Mancini. Elle est inquiète et particulièrement en colère. L'objet de son appel : « des gens » lui ont dit qu'ils avaient bien reçu la personne qui menait une enquête en son nom. L'histoire est remontée jusque dans les bureaux de la direction qui lui demande maintenant de justifier la raison pour laquelle elle fait mener une enquête sur l'organisation du service et la politique du département. Au cours des 40 minutes que dure cet échange téléphonique, ce médecin m'explique qu'elle se trouve, par ma faute, dans une fâcheuse situation⁷², qu'elle m'a fait confiance et a l'impression que je me suis joué d'elle. Après quelques explications, nous parvenons à comprendre de quoi il en retourne. J'ai pour ma part laissé glisser à mon avantage certaines nuances quant aux questions d'autorisations d'enquête qui m'étaient posées par mes interlocuteurs⁷³. Une séquence précise peut être citée à ce propos:

À l'issue d'un entretien avec un médecin, celui-ci souhaite me présenter au médecin responsable de la MDS pour lui proposer un entretien. Cette dernière refuse en m'annonçant que si j'ai déjà fait un entretien avec tel de ses collègues, ce n'est pas la peine que je recueille ses propos. J'argumente un peu pour obtenir son accord, mais cela semble la gêner alors je n'insiste pas. À leur tour, les deux médecins me questionnent sur mes axes de recherche et ma démarche d'enquête pour rapidement en venir à mes accords avec la direction et les autorisations dont je dispose. J'explique alors que je n'ai pas à proprement parler d'accord avec la direction et que je ne suis pas au courant des autorisations nécessaires pour mener des entretiens. Mon raisonnement est simple, je demande à des personnes de me parler d'elles et de la manière dont elles vivent leur travail au quotidien; à partir de là, elles acceptent de me parler,

⁷² Tel qu'elle me le dira : « Je risque ma place sur ce coup et je n'ai pas l'intention de me faire taper sur la tête pour vous! ».

⁷³ «Il faut faire preuve d'une certaine finesse sociale et psychologique, jouer sur les limites du dicible, développer des stratégies d'approche, respecter et violer les règles locales de l'étiquette, tout cela pour accéder à un matériau brut sans lequel nous ne pouvons rien faire. Il y a là une sorte de cynisme de l'enquêteur que lui permet sa position d'étranger, et qui se fonde sur son but d'objectivation des phénomènes sociaux» (Naepels, 1998: 188).

ou pas. Une dernière question m'est alors posée « est-ce que la hiérarchie est au courant ? » à laquelle je réponds en exposant les seuls éléments dont je dispose « oui, j'ai rencontré le docteur Mancini et la directrice de la PMI est au courant que je mène actuellement une recherche sur la PMI des Bouches-du-Rhône ».

Si cette explication nous permet de comprendre la situation, elle ne résout pas le problème qui se pose au Dr Mancini et à moi-même. En effet, la direction lui demande d'établir un rapport à ce propos. L'explication que nous avons eu l'ayant rassurée sur mes intentions et ma démarche, elle fera son rapport en s'en tenant aux faits de notre première et unique rencontre et en me « désavouant ». Toutefois, celle-ci me précise que pour ma part, cela sera plus compliqué et que je risque fort, à la suite de cet épisode, d'être « grillé ». Nos explications au cours de cette conversation, tout comme lors de notre première rencontre, étant assez franches, j'en profite pour lui demander conseil sur les démarches que je pourrais effectuer pour, moi aussi, sauver ma place. Selon elle, il faut que je contacte la directrice de la PMI, dès le lendemain matin (« pour éteindre l'incendie ») pour m'expliquer, et par la suite que je reprenne toutes les démarches administratives nécessaires avec lettre à en-tête du CNRS et de l'EHESS, tampons et signatures pour justifier que mes démarches s'inscrivent bien dans le cadre d'une thèse effectuée dans ces institutions.

Dès le lendemain matin, j'en réfère à mon directeur de recherche qui propose de me fournir un appui institutionnel et se charge donc de joindre la directrice de la PMI et de rédiger la lettre. La directrice de la PMI répond au premier appel et semble parfaitement au courant de l'histoire. Suite aux explications qui lui sont apportées, celle-ci déclare souhaiter de plus amples collaborations à venir entre le monde de la recherche et son service. Pour mettre un terme à l'affaire qui nous préoccupe, il suffit d'adresser une lettre à son supérieur hiérarchique pour l'informer de toute l'histoire, à la suite de quoi « tout ira bien ».

Le surlendemain (15 novembre 2005), un message électronique est envoyé de la part de la directrice de la PMI à tous les médecins responsables de secteur et de MDS du département avec pour objet «Avis» :

Bonjour,
Je vous demande de ne pas répondre aux demandes de Monsieur Cyril Farnarier (étudiant en sociologie) concernant des informations sur l'organisation et les personnels de PMI.
Vous remerciant pour votre vigilance.
Irène Sénéchal

Je suis informé de la diffusion de ce message par un de mes contacts qui se demande ce que j'ai bien pu faire pour obtenir un tel résultat. Le médecin responsable de sa MDS a photocopié ce message et l'a distribué dans tous les casiers de son personnel. Bien plus étonné que lui, je comprends, un peu tard, que mon terrain vient de se refermer.

Six mois auront été nécessaire pour prendre de la distance avec cet événement et en tirer quelques leçons pour ma recherche. Passée cette période, cette expérience s'est révélé être une position de lecture intéressante pour comprendre un certain nombre d'éléments recueillis pour lesquels je ne possédais pas encore les bonnes « lunettes ». C'est à l'occasion d'une journée scientifique organisée par le réseau de doctorants et post-doctorants « Santé et Société » sur le thème de « l'étude des professionnels de santé et des institutions de soin. Positions du chercheur et regards des professionnels »⁷⁴ que j'ai commencé à décrypter les événements passés, l'enchaînement des différentes périodes de mon enquête et l'importance de la relation entre ces périodes, mon thème de recherche (et les questions latentes qu'il permet de soulever) et le contexte général de réformes très fréquentes dans lequel se trouve l'institution sur laquelle je travaille.

II. Éléments d'analyse

Cette seconde partie de chapitre est consacrée à la présentation et à l'analyse de certains éléments ayant participé à la fermeture anticipée de mon terrain de recherche. Dans un premier temps, j'analyserai les éléments propres à mon thème de recherche et à la présentation de celui-ci aux personnes enquêtées avant d'exposer, dans un second temps, les éléments plus directement liés à l'institution en elle-même et au moment particulier où s'est déroulée mon enquête.

1. Mise en question de la figure du chercheur

Dans ce premier point je propose donc de réfléchir à la posture du chercheur sur son terrain et à la compréhension de son sujet de recherche par les personnes enquêtées. En effet, même si le chercheur déploie des efforts considérables pour ne pas déranger

⁷⁴ Journée organisée le 30 novembre et 1^{er} décembre 2006 à Bordeaux

les situations qu'il observe, il est illusoire de croire que sa présence n'a aucune incidence sur les enquêtés. Au-delà d'éventuelles modifications comportementales que peut induire la présence de l'observateur et qu'une présence prolongée sur le terrain a pour effet d'amoindrir, la personne enquêtée s'interroge les centres d'intérêt de l'observateur, ses observations et ses conclusions. Aux questions que se pose l'enquêté, l'enquêteur se doit de fournir une réponse et c'est aux effets possibles de cette réponse que nous nous intéresserons ici. Des interrogations posées, plus ou moins explicitement, et des éléments de réponse dont disposera l'enquêté au fil du temps, dépendront l'orientation partielle du discours produit en situation d'entretiens et un accès plus ou moins libre aux informations lors des séquences d'observations.

a. L'imprécision de la formulation du sujet d'enquête

Le flou de départ

Si, en tout début de recherche, le sociologue, ou l'anthropologue, dispose d'un projet et d'hypothèses de recherche, d'un terrain prédéfini et d'un calendrier, tout cela demeure bien souvent entouré d'incertitudes. Le projet de départ est généralement trop large, et insuffisamment défini, le choix du terrain et de la période, pas totalement arrêté, etc, autant de flous et d'imprécisions qui se dissiperont au fur et à mesure des avancées de la recherche.

À ce titre, mon sujet d'étude a considérablement évolué au cours de ma première période d'observation. En effet, je suis entré sur le terrain avec l'idée d'observer l'appropriation par des primo-arrivants des normes de puériculture française édictée en PMI par le personnel du service. L'objectif de la démarche était de rendre compte des transformations des pratiques familiales autour de l'enfant. Quelques mois d'observation dans la première consultation auront suffi pour me convaincre que les changements de pratiques les plus importants qui avaient lieu sous mes yeux n'étaient pas à observer du côté des familles mais davantage de celui des intervenants des consultations. De fait, ces observations et analyses m'ont conduit à réorienter mon travail sur la protection infantile comme politique de santé publique et le vécu des professionnels intervenant dans les consultations gratuites. C'est donc avec ce nouveau questionnement portant sur les adaptations des professionnels et du mode de fonctionnement des consultations aux populations qui y ont recours que j'ai poursuivi

mon enquête de terrain. Pour autant, malgré ce « retournement » de sujet, je me trouvais toujours dans la même consultation auprès des mêmes personnes pour y effectuer, à leurs yeux, toujours le même travail et d'un bout à l'autre de cette période, je devais préserver une présentation cohérente de ma démarche et de mes centres d'intérêt.

Ainsi, face aux questions des enquêtés sur les intérêts, les modalités et les finalités de l'étude, la méthode la plus courante consiste à être évasif, à présenter le sujet dans ses plus grandes lignes et à rester le plus « large » possible pour ne se fermer aucune piste. Ce principe qui découle à la fois de la franchise et de l'honnêteté du chercheur vis-à-vis de ses informateurs renvoie à deux biais potentiels de terrain :

Les informateurs ne croient pas à l'imprécision des idées du chercheur et se posent la question de son refus de dévoiler son « vrai » sujet de recherche. Cette mésentente peut conduire à la méfiance de certains informateurs vis-à-vis du chercheur et de ses intentions « réelles » ; ce qui ne manquera pas d'influer sur l'ensemble de ce que ces personnes donneront à voir et à entendre.

Les informateurs acceptent que le chercheur n'ait pas une idée clairement définie de ce qu'il cherche mais ne comprennent pas le processus de recherche qui en dépend. Le risque encouru par le chercheur est celui de passer pour un incompetent auprès de ses enquêtés ; ces derniers prenant les démarches entreprises à la légère, ils ne daigneront pas y accorder l'attention et le temps nécessaires pour répondre aux questions qui pourraient leur être posées.

Le flou nécessaire

Mais au-delà du flou qui peut entourer le sujet de recherche par incertitude, il faut souligner qu'il existe un autre type de « flou » qui concerne le sujet de recherche en lui-même et qui est, celui-ci, volontairement entretenu par le chercheur sur son terrain. En effet, que ce soit pour ne pas se « griller » sur son terrain ou pour ne pas influencer les données recueillies, de nombreux thèmes et sujets de recherche ne peuvent être présentés de façon directe aux enquêtés. Sur ce point, l'anthropologie de la corruption illustre parfaitement ce type de recherche où une simple annonce directe du sujet d'enquête empêche immédiatement le chercheur d'accéder aux données. Il est donc nécessaire de trouver une présentation du sujet de recherche qui permette de répondre aux interrogations et de mettre en confiance les informateurs tout en maintenant possible le champ des observations et la thématique des entretiens. En ce qui me

concerne, j'ai pu expliquer aux professionnels que mes « observations » étaient orientées sur le déroulement d'une consultation. Cela étant, il était plus facile de dire que j'observais les interactions entre eux et les usagers, que de dire que ces dernières interactions m'intéressaient tout autant que celles qui se déroulaient entre les différents membres de l'équipe. Du fait qu'une personne qui se sait observée retient toute information qui pourrait être interprétée négativement à son encontre, faire part de cet intérêt m'aurait sans doute empêché d'assister à un grand nombre de conversations ou de confidences ou selon les termes de Sylvie Fainzang: « focaliser l'objet de l'enquête sur l'autre permettait d'induire chez chacun une moindre surveillance de ses paroles et de ses conduites » (Fainzang, 2006: 21). De fait, j'ai souvent différé de quelques minutes mes prises de notes, attendant qu'une nouvelle interaction démarre pour noter une information ou retranscrire une scène, et cela pour deux raisons: 1-éviter d'interférer sur l'action en cours, 2-éviter que les professionnels ne prêtent trop d'attention aux types d'interactions dont je prenais note.

Ainsi, alors que ma pratique d'observation a toujours été explicite, que je me suis toujours présenté en tant qu'observateur, que ma prise de notes s'effectuait à la vue de tous et qu'il était clair que je travaillais sur le service, et non pas pour lui, une présentation souvent évasive ou légèrement en marge de mes centres d'intérêt m'a semblé nécessaire lors des entretiens et des séquences d'observation.

Glissement de terrain

Enfin, une troisième remarque doit être énoncée quant à la présentation du sujet d'étude. D'un point de vue méthodologique, le chercheur doit prendre garde à ne pas « enfermer » ses informateurs dans ses hypothèses et son questionnement. Il doit accepter de laisser parler le terrain, que ce soit lors des observations ou au cours des entretiens. Ainsi, malgré les thèmes de départ fixés pour mener une série d'entretiens, les discussions restent ouvertes à toutes les évolutions et celles-ci prennent parfois une tournure inattendue. Pour ma part, mes entretiens avaient pour thèmes les parcours professionnels, la relation aux usagers, le travail quotidien et la représentation de la PMI. C'est à l'intersection de ces deux derniers thèmes, le travail au quotidien et la représentation de la PMI, qu'un certain nombre de discours sur la gestion « politique » du service par l'échelon central ont émergé. Au cours des entretiens, il m'était alors difficile, et cela aurait été une faute professionnelle tout autant qu'un mensonge, d'arrêter mes interlocuteurs et de leur signifier que les éléments apportés n'entraient pas

dans le cadre de ma recherche et ne m'intéressaient pas. En effet, si cette thématique n'était pas, à priori, le sujet de ma recherche, les discours recueillis éclairaient les relations tendues entre la direction administrative d'un côté et les intervenants des consultations de l'autre. Il semble, après coup, que ce type de discours, compte tenu du contexte institutionnel tendu dans lequel s'est mené mon travail, a fortement contribué à mon éviction par la direction du service qui m'a reproché de « jouer double jeu ».

Ces différentes zones de flou et les conséquences qui peuvent éventuellement en découler souligne le fait que la conduite d'une enquête de terrain comporte une part importante d'incertitude dont le chercheur doit avoir conscience. Sur l'interprétation que les enquêtés font de la présence du chercheur, de ses supposées intentions et de son « vrai » sujet de recherche, force est de constater que l'anthropologue n'a qu'un nombre limité de prises.

b. Contrer le doute: La présence physique

Parmi les prises dont dispose le chercheur, la relation interpersonnelle et l'explication verbale au cours d'interactions de face à face semblent être les plus évidentes. Dans la chronologie de mon enquête de terrain, deux périodes à la méthodologie distincte peuvent être identifiées.

Au cours de la première phase, qui regroupe les deux périodes d'observations des consultations, j'étais physiquement présent auprès des professionnels. Je passais beaucoup de temps à leur côté, à les regarder travailler, à prendre des notes et à échanger avec eux. Ces périodes au long court qui s'étalent sur plusieurs mois démarrent par un temps d'adaptation réciproque entre l'enquêteur et les enquêtés. Peu à peu, le sociologue est mis par le groupe qui l'accueille « dans une position d'étranger sympathisant ou de compagnon de route. Son intégration est relative mais réelle. Elle ne le dispense pas pourtant d'observer les effets que sa présence induit, y compris la forme d'intégration qui lui est affectée » (Olivier de Sardan, 1995b, p.78). Et par la suite, tout le temps que durent les observations, cette présence prolongée, répétée, permet au chercheur de corriger les idées fausses que se font les informateurs sur le thème de la recherche ou sur les intentions du chercheur. Ainsi, au cours de multiples conversations, des professionnels venaient s'enquérir de mon sujet de recherche et des éléments d'observations que je trouvais pertinents. Ces échanges ont souvent été l'occasion de rappeler que ma recherche n'était pas une évaluation, que je n'étais pas là pour porter

un jugement sur le travail effectué, et que s'il m'arrivait d'avoir un avis personnel sur telle ou telle situation, ce n'était pas de cela dont il s'agissait dans mon travail (Olivier de Sardan, 2000 ; Agier, 2005).

La seconde phase consiste, elle, dans la passation d'entretiens semi-directifs. Bien que le recrutement de mes informateurs ait été effectué par le biais de réseaux de connaissances professionnelles, je n'ai eu, à ce moment-là, que peu de contacts avec mes informateurs. Les contacts et les rendez-vous étaient, pour la plupart, pris par téléphone et je ne voyais chaque personne qu'une seule fois, le temps de l'entretien. À la suite de quoi, aucun retour n'était fait sur ce qui m'avait été dit. Il semble inévitable qu'une situation d'entretien soulève de nombreuses interrogations et réflexions chez les personnes interrogées, aussi peu ambiguës qu'aient pu être mes thèmes de recherche. Toutefois, n'étant pas là pour répondre aux questions et doutes éventuels des informateurs, chacun s'est trouvé libre d'interpréter mes questions et ma démarche comme il l'entendait. Ne pouvant rassurer mes informateurs et calmer leurs éventuelles craintes sur mes intentions de recherche, le contexte général du service a rapidement orienté les interprétations à ce propos (Goffman, 1969).

2. Les enjeux internes au service et «extérieurs» à la recherche

Lors de son enquête sur le terrain, le chercheur se trouve dans une double contrainte. Il doit, d'un côté, se faire accepter des personnes qu'il observe, sympathiser avec elles, s'en faire des alliés pour sa recherche. D'un autre côté, il doit éviter d'apparaître comme partisan et s'efforcer de rester extérieur aux enjeux et conflits qui ont cours sur son terrain de recherche. Pour cela il lui faut demeurer prudent dans la gestion des interactions et des rencontres. « L'objectif qui découle de cette règle, c'est de réussir dans la durée à construire son extériorité relativement aux conflits étudiés, à devenir réellement (et dans la perception d'autrui) étranger par rapport aux intérêts de tous, c'est-à-dire ni joueur, ni arbitre, mais hors jeu, hors champ, relativement aux rapports sociaux étudiés » (Naepels, 1998: 192). Cette position d'acceptation totale du chercheur sur son terrain tout en maintenant une extériorité aux rapports sociaux étudiés, que Naepels(1998) nomme *L'atopie de l'ethnographe*, est une position idéale et semble souvent, lors de présence prolongée sur le terrain, difficile à atteindre et encore plus à maintenir.

Alors que l'ethnographe doit s'insérer dans une société pour en comprendre et décrire les mécanismes, « l'insertion normale dans une société locale n'est-elle pas plutôt d'y avoir, comme tout un chacun, ses sympathies et ses antipathies, ses accords et ses désaccords, ceux (ce) que l'on aime et ceux (ce) que l'on n'aime pas » (Olivier de Sardan, 2000: 434). De fait, même si l'ethnographe prend garde à tenir, du mieux qu'il le peut, une position objective, un certain nombre de biais sont tout de même à relever.

a. Réseau de connaissance et risque d'«enclichage»

Un biais de terrain bien connu, que Jean-Pierre Olivier de Sardan (1995b) désigne par le terme « d'enclichage », consiste pour les enquêtés, quel que soit leur type, professionnels de santé, usagers des services, personnels administratifs... à attribuer une « étiquette », un groupe d'appartenance, une clique, à l'enquêteur, en fonction des informations qu'ils auront eues, ou supposées, à son sujet. J'ai, pour ma part, connu l'enclichage lors de mon premier terrain au cours duquel les usagers du service m'ont pendant un temps assimilé à un professionnel de la PMI, puis, par la suite, à un membre du service social dont ils ne parvenaient pas à cerner la position.

Mais c'est lors de ma seconde période d'observation que j'ai dû faire face à des risques d'enclichage plus importants, cette fois-ci de la part des intervenants des consultations. En effet, présenté à l'équipe par l'intermédiaire du docteur Benguigui je fus dans un premier temps considéré comme l'un de ses subalternes, chargé de « préparer le terrain » pour la mise en place de sa consultation prénatale. À cet égard, il me faut raconter comment cette confusion fut possible et comment je pu la désamorcer. Au cours de ma première matinée de présence dans la consultation de Belle île, on me signale que le Dr Benguigui doit venir à la fin de la consultation pour visiter les locaux et présenter son projet aux membres de l'équipe qu'il n'a pas encore rencontrés. Cette visite accroît l'association qui est faite par les intervenants de la consultation entre ce médecin et moi. L'empressement de ce dernier de voir son projet aboutir rapidement est loin de faire l'unanimité parmi le personnel de la consultation⁷⁵. Dans la semaine qui

⁷⁵ Le Dr Benguigui ne tient pas compte du mode de fonctionnement établi et bouscule la temporalité et la hiérarchie de l'institution. Il veut que les choses se fassent vite et souhaite que ses consultations commencent le mois suivant. Cet empressement suscite le mécontentement des secrétaires qui le manifeste ouvertement « on ne peut pas disposer des locaux comme ça, il y a des démarches à faire ». Les locaux de la consultation appartiennent à l'APRONEF, et c'est donc l'association qui fournit ses propres secrétaires médicales qui sont les seules à disposer des clefs des locaux. Il suscite aussi l'étonnement et le

suit, il sera beaucoup question dans les conversations entre les intervenants de la consultation de cette visite du Dr Benguigui et de sa manière d'agir. Parallèlement à cela, au fur et à mesure que les intervenants se succèdent dans la consultation (due à la rotation des équipes en fonction des jours de la semaine) je suis présenté à ceux qui ne me connaissent pas encore comme « celui qui était à la réunion avec le Docteur Benguigui ». Cette insistance sur « l'étiquette » qui m'est attribuée et la verbalisation explicite de l'amalgame qui est fait entre ce médecin et ma présence dans la consultation me permettent de corriger à plusieurs reprises le fait que si je connais ce médecin par ailleurs, je ne travaille ni pour lui, ni avec lui.

Pendant les semaines qui suivent, alors que je m'efforce d'établir un contact avec chaque intervenant de la consultation il me faut prendre garde et, dans la mesure du possible, me tenir à distance des inimitiés manifestes qui existent entre plusieurs intervenants. J'observe les signes de tensions et les situations où celles-ci s'extériorisent et il m'arrive de recueillir des confidences à ce propos, toujours en veillant à ne pas prendre partie⁷⁶. L'objectif de ce maintien à distance étant d'éviter l'encliquage comme « ami » de untel, ce qui aurait pour conséquences d'empêcher l'accès aux informateurs en inimité avec untel⁷⁷. Comme souligné précédemment, le temps joue en la faveur de l'anthropologue et ma présence prolongée dans les consultations aura permis de défaire ces différentes méprises à mon égard.

En revanche – et il s'agit là d'une hypothèse – dans le contexte de réforme dans lequel se trouve le service au moment de mon enquête par entretien, réforme autour de laquelle s'oppose une union intersyndicale du personnel à la direction du Conseil Général, il est fort possible que le parcours personnel de l'EJE à qui j'ai fait appel lors de ma recherche de contact, n'ait pas joué en ma faveur vis-à-vis de la direction centrale du service. En effet, cette EJE est une militante syndicale, connue des services

mécontentement du médecin: «il faut faire une demande auprès du CG et obtenir un accord pour mettre en place une consultation de quartier. Ce sont des démarches qui prennent du temps». Tenace et enthousiaste, le docteur Benguigui propose de passer outre le circuit institutionnel habituel : « mais non, je vais les appeler et ça va aller très vite ».

⁷⁶ Il m'arrivera même de devoir expliquer à un intervenant qui me prenait à témoin, que compte tenu du travail que j'étais en train d'effectuer, je m'interdisais d'avoir un avis sur la question. Il s'agissait alors d'une discussion entre une puéricultrice et une auxiliaire de puériculture sur la manière dont l'une des deux avait accueilli une mère de famille.

⁷⁷ Anne Vega donne un bon exemple d'encliquage lui fermant l'accès à une partie du personnel d'une même structure. Travaillant dans un service hospitalier comportant plusieurs salles de garde, elle sera « Encliquée » en fonction de la première salle par laquelle elle entre sur son terrain. Étiquetée comme « la sociologue de la salle D » elle ne pourra pas travailler sur les autres salles de garde, (Vega, 2000).

départementaux pour ses prises de positions franches et qui était « entrée sur leur liste noire », selon ses propres termes, lors d'une précédente affaire quelques années auparavant⁷⁸.

b. Attentes des professionnels et possibilités de recherche

Autre élément d'importance sur l'accessibilité d'un terrain et la liberté dont dispose le chercheur pendant son enquête, celui de l'attente des enquêtés vis-à-vis de la recherche (Bouillon, 2005). Ainsi, aborder un terrain avec des hypothèses proches de questions que se posent déjà les acteurs aura tendance à faciliter grandement l'accès aux données de recherche. Cette attente facilite généralement l'intégration du chercheur au sein des équipes auprès desquelles il travaille et permet aussi d'asseoir la légitimité de sa recherche, ce qui n'est pas sans conséquence sur le vécu personnel du chercheur et donc sur sa pratique du terrain. Cette situation, rencontrée lors de mon entrée dans la première consultation offre une grande aisance dans le déroulement de l'enquête et le recueil des données. Les informateurs en attente des résultats de l'étude se révèlent très coopératifs et prêts à répondre aux demandes de l'enquêteur.

En revanche, le processus inverse peut avoir lieu. Il est en effet possible que les enquêtés se méfient du chercheur, de ses raisons d'enquête, de ses supposés commanditaires et de l'utilisation ultérieure des données recueillies (Goldschmit, 2005). En ce cas, plus cette méfiance sera grande et plus les enquêtés seront réticents à l'idée de communiquer des informations à « cette personne qui pose des questions ». Ainsi, l'évolution de mon questionnement entre ma présence dans la première consultation et mon « retour sur le terrain », peut être perçu comme une des causes des réticences exprimées par le Dr Simon face à ma demande de circulation dans différentes consultations. Le renforcement de mes hypothèses de recherche autour des professionnels des consultations et non plus autour des usagers étant alors perçu par la direction comme un sujet potentiellement risqué pour elle. Cela expliquerait la franche opposition qu'elle a manifesté vis-à-vis de la poursuite de mon travail.

⁷⁸ Je n'aurais connaissance de cette « affaire » qui plaçait mon informatrice dans une situation de tension vis-à-vis de la direction centrale du service que relativement tardivement au cours de mon enquête par entretien.

Pour le chercheur, il est donc nécessaire d'arriver à mettre ses informateurs en confiance pour obtenir leur collaboration. Quitte à faire usage d'un engagement ambigu : « pour réussir son enquête, le chercheur doit jouer le jeu et apparaître aux enquêtés comme engagé à leur côté, du même bord qu'eux » (Olivier de Sardan, 2000: 427). Si nous avons vu précédemment qu'il existe un certain nombre d'éléments sur lesquels le chercheur peut jouer dans cette optique (termes et modalités de présentation de l'enquête, présence physique...), il est pourtant des situations dans lesquelles les efforts du chercheur pour gagner la confiance des informateurs et légitimer sa présence sur son terrain d'enquête ne lui permettent pas de maintenir sa place, son terrain n'étant, de façon générale ou à un moment particulier, pas propice à la libre expression des informateurs.

c. La réforme du service comme contre-sujet d'étude

Durant toute la période où de mon enquête de terrain, le service départemental de PMI présentait la particularité d'être constamment en instance de réforme. Ainsi, lors de ma présence dans la première consultation, le service départemental de PMI a été administrativement divisé en trois services, service PMI-Protection Infantile, service PMI-Protection Maternelle et service PMI-Modes d'accueil de la petite enfance, assistantes maternelles. Cette réforme, qui n'a pas grande incidence sur le terrain⁷⁹, a donné lieu à de nombreux commentaires par les professionnels sur la gestion de leur service par l'échelon central. Par la suite, entre mon premier et mon second terrain, les circonscriptions et les centres médico-sociaux ont été rebaptisés « Maison départementale de la Solidarité ». Cette autre réforme qui n'a aucune incidence sur le travail quotidien des professionnels a elle aussi donné lieu à de nombreux commentaires, notamment autour de l'assimilation qui était alors sous-entendue entre travail médico-social et action de solidarité. Enfin, entre mon deuxième terrain et le début de la phase d'entretiens, un projet de réforme « de fond » a été lancé par le Conseil Général, basé sur un principe de groupes de réflexion interprofessionnels. Approuvée par les professionnels sur la méthode utilisée, cette réforme a déclenché leur

⁷⁹ Il s'agit d'un « projet d'ajustement de l'organigramme central de la DPMIS » pour lequel « Aucune modification ni d'organisation, ni de structure, ni de fonctionnement ne sera apportée dans les secteurs et les circonscriptions. Ainsi, le fonctionnement actuel qui vous permet, avec talent et solidarité, d'effectuer les tâches qui vous sont confiées, est et restera maintenu » (Note interne du directeur de la DGAS à l'attention des Agents de la DPMIS).

col•re lors de la prŽsentation du prŽ-projet de rŽforme dans lequid e

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

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

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

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

Profession médicale, intervenant de PMI et groupe professionnel

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

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

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

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

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

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

Discours et pratique : suivez l'énigme

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

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

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

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

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

⁸⁴ Lilia, Auxiliaire de puériculture.

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

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

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

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

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

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

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

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

1. L'ordre formel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

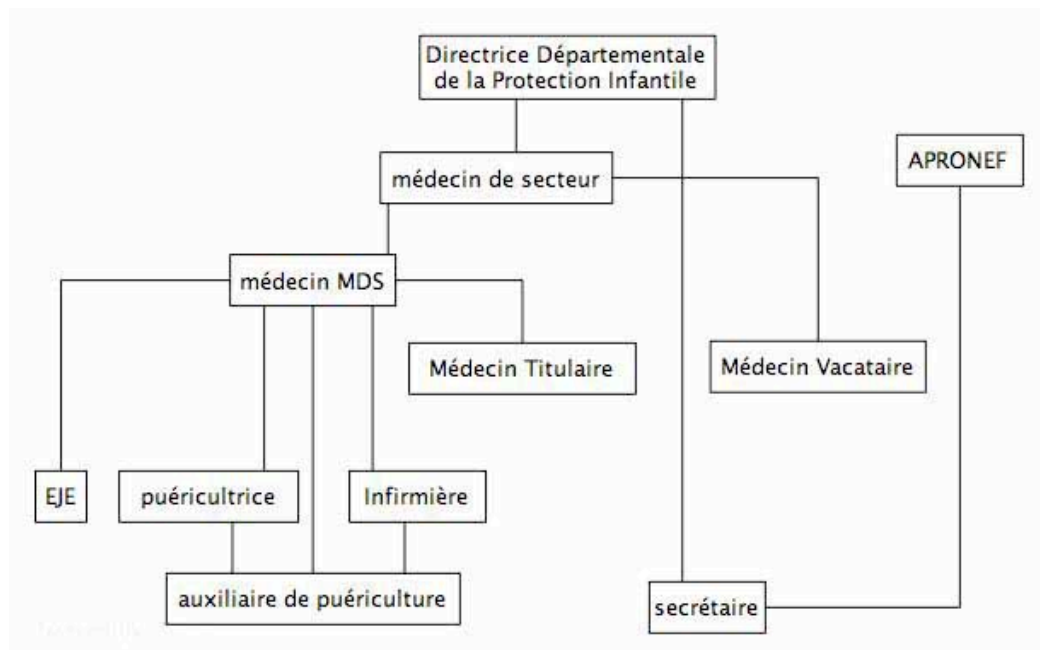
n'êtes pas tout puissant, contrairement aux hospitaliers. À l'hôpital, on vous met une tête comme ça, le médecin, le médecin, le médecin, c'est vrai que quand vous arrivez ici, je crois que vous prenez déjà une leçon de modestie » (Dr Dalle, Pédiatre).

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

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

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

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



Organigramme hiérarchique des consultations

Source : Enquête de terrain

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

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

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

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

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

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

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

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

2. L'ordre négocié des consultations

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

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

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

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

a. Variation des équipes et variation des rôles

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

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

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

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

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

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

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

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

b. Préférer travailler seul

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

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

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

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

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

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

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

c. La présence physique comme moyen de prise de fonction

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁹⁷ PC : mesure du Périmètre Crânien

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a. Le renvoi à l'ordre bureaucratique

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

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

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

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

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

S – Oui

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

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

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

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

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

S - T'as qu'à le faire toi !

Dr - Le boulot de la secrétaire... ?!

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

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

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

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

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

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

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

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

b. Le rappel à l'ordre bureaucratique

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

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

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

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

- Cette dame c'est qui ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c. Le maintien de l'ordre bureaucratique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Synthèse et transition

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Segmentation et micro sociétés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Denise, EJE).

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

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

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

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

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

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

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

2. Segmentations et valeurs

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

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

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

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

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

3. De deux « valeurs consensuelles »

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

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

a. Conception globale de l'individu

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

Approche institutionnelle

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

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

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

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

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

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

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

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

Approche individuelle

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

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

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

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

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

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

b. La pratique de l'écoute

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

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

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

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

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

L'écoute préventive

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'écoute informative

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Où s'arrête la PMI ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. De quelques techniques de travail sujet à conflits

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

a. Autour d'un verre de thé

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

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

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

MS – Il faut en refaire

AP – Oh, ch'uis pas Magali moi !

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

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

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

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

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

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

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

b. La régulation d'accès aux consultations

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

Avec ou sans rendez-vous

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Une mère arrive avec son bébé

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

La puéricultrice regarde le bébé et ses boutons

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

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

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

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

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

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

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

Laisser venir, Faire revenir, Vous venez pour quoi ?

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

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

¹¹⁰ Voir chapitre VII.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

S - vous venez pour quoi ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

H - J'amène les enfants ?

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

H - Cinq ans ?!

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

H - Et pour le certificat pour l'école ?

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

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

P - Non, c'est bon.

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

F - Ah bon ?

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

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

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

Une demi-journée à la consultation

9h00 : Ouverture de la consultation

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

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

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

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

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

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

9h43 : fin de la discussion sur cette famille
9h45 :
Secrétaire : - Il y a O. qui doit venir, je lui ai dit de passer.
Auxiliaire : - Et ben t'as bien fait.
Secrétaire : Elle m'a dit « j'ai toujours des félicitations, c'est pour ça »
Deux familles passent pour des visites de pesée de l'enfant et repartent immédiatement
10h12 : O. (5ans) et sa mère (dans une grossesse bien avancée) arrivent à la consultation. La mère s'assoit dans l'entrée/secrétariat et discute avec la secrétaire puis parle quelques instants avec le médecin pendant que O. joue dans la salle d'attente.
10h34 : O. et sa mère repartent sans que la mère n'ait dépassé le seuil de l'accueil. Le médecin nous explique pourquoi cette mère vient « oui, elle est un peu inquiète, mais rien ».
10h37 : Une femme arrive à la consultation. Elle vient « pour dire bonjour », elle appelle tous les intervenants par leurs prénoms et les tutoie, ces dernières l'appellent par son nom de famille et la vouvoient. En salle d'attente avec la puéricultrice et l'auxiliaire de puériculture, elle parle du coup de soleil qu'elle a pris la veille, des moyens de faire réparer une dent que sa fille s'est cassée. Les deux intervenantes remarquent que le fils « a les petits bras ». Elles décident de le peser. Au moment de le déshabiller, elles glissent des conseils sur la nécessité de mettre des chaussettes dans les chaussures « sinon ça pue » sur lesquels le médecin surenchérit en passant la tête par la porte « sinon, il risque d'avoir des champignons entre les doigts de pied ». La mère n'écoute pas vraiment et se félicite, elle, d'avoir perdu quelques kilos. Pendant qu'elle s'occupe de l'enfant la puéricultrice dit à la mère « regardez dans le tas de vêtements s'il n'y a pas des choses pour vous, maintenant que vous avez maigri ». Pendant que la mère cherche dans le tas de vêtements, l'auxiliaire lui pose des questions sur l'alimentation de l'enfant (il a perdu 500g en six mois) auxquelles la mère répond sans lever la tête du sac de vêtement.
11h00 : la femme s'en va avec un sac plein de vêtements et de chaussures « comme ça, je ne suis pas venue pour rien, on dirait que c'est fait exprès » alors que la puéricultrice continue de lui donner des conseils sur l'alimentation de l'enfant.
11h02 : La consultation est de nouveau vide. L'auxiliaire, la puéricultrice et le médecin se retrouvent en salle d'attente et se mettent à discuter du cas d'une famille qui les inquiète particulièrement mais pour lequel elles n'ont pas de preuves tangibles de maltraitance.
S'en suit une discussion très animée entre les trois intervenantes sur le rôle de la PMI et le mode de fonctionnement des consultations

6. Un positionnement discuté

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

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

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

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

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

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

Chapitre V.

La prévention mise en pratique : le dilemme des professionnels

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

I. La prévention : entre médical et social

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

la petite fille rectifie sa position. Le médecin reprend

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

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

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

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

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

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

II. Une prévention en lien avec la « répression »

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a. La pression des rappels courtois

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

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

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

b. Les mesures de signalement

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

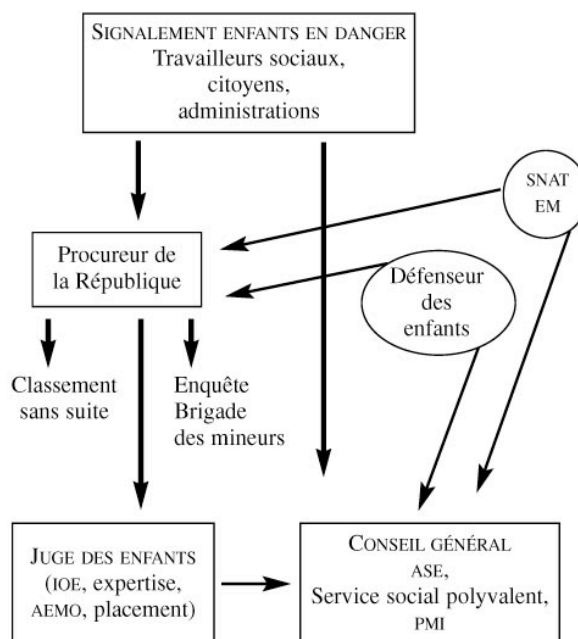
« Moi je suis claire et nette, je lui ai dit, vous savez si on n'arrive pas à travailler avec vous, c'est le juge qui s'en occupe, c'est ça ou rien. Donc après, elles viennent, elles sont un peu contraintes et forcées mais moi je le dis d'emblée qu'on vient pour un signalement... » (Maïté, puéricultrice).

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

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

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

Topologie du signalement



source : Chapponais, 2006

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

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

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

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

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

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

c. Conséquence de la crainte

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

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

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

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

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

S - Combien vous donnez dans le biberon ?

F - 190

S - Et combien de mesure de lait ?

F - Sept mesures

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

P - Combien ?

F - 190 et le matin la blédine

P - C'est pas un compte rond 190

F - 180

P - Et le lait ?

F - 6 mesures

S - Combien de fois dans la journée ?

F - 6

S - 6 ?!

F - Non quatre

P - Et les repas ? 2 ?

F - Oui

P - Midi et soir ?

F - Non, que le soir

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

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

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

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

3. Confusion des positions

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

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

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

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

À l'issue de ce rendez-vous, la puéricultrice exprime sa satisfaction :

« C'est bien, je ne pensais pas qu'ils viendraient. Je ne sais pas si tu as remarqué ? Ce sont deux toxico, quand je suis passée chez eux, je me demandais comment ils feraient, juste pour donner un biberon. »

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Éducation et normalisation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Une question d'intégration¹²³

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b. Puériculture éducative et intégration

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

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

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

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

c. Les deux usages de « l'assimilation »

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Une question d'altérité

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

a. L'altérité de l'immigré

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

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

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

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

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

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

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

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

b. Des pratiques de classe

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Serre, 1998)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion : Bien au-delà de la PMI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

F – Oui

AP – Depuis longtemps ?

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

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

Troisième partie

**UNE PRATIQUE PROFESSIONNELLE
SINGULIÈRE**

Chapitre VI.

Entrer en PMI

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

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

I. Les motivations d'entrée

1. Pourquoi les motivations d'entrée ?

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

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

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

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

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

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

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

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

a. La prégnance du social

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- C'était le côté social avant...

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

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

b. L'expression « entrer en PMI »

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Une recherche par opposition

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

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

a. Fuir la monotonie

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

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

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

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

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

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

b. Fuir la mort

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c. Fuir le rapport à l'argent

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d. Fuir le travail « à la chaîne »

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

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

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

e. Changer de travail

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

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

D'un point de vue social :

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

Ou d'un point de vue médical :

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

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

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

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

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

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

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

3. Les conditions de travail

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

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

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

a. Horaires et aménagement du temps de travail

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b. Régularité du travail et stabilité de l'emploi

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

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

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

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

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

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

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

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

c. Les combinaisons de variables

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

Par exemple cette infirmière qui nous déclarait :

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

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

d. Un travail « pas trop prenant »

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

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

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

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

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

4. Le travail en lui-même

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

a. Travailler auprès des enfants

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c. Intérêt pour le social

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

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

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

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

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

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

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

Et

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

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

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

d. La variable des métiers

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

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

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

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

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

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

¹⁴¹ Sans définir formellement le contenu de chacune de ces pratiques et sans les rendre exclusives l'une à l'autre, il s'agit de tendances auxquelles les intervenants manifestent leur appartenance ou autour desquelles ils positionnent leurs collègues de travail. Tous les intervenants de PMI présentent leur activité comme plus sociale que la médecine de ville, hospitalière... ou que le travail en crèche, lieu d'accueil... C'est à partir de la distinction que les intervenants d'une même consultation établissent entre eux, en tant que praticiens « plus ou moins sociaux » que nous percevons la fluidité et l'imprécision du terme « social » dans l'usage qu'en font les intervenants des services.

puéricultrices. Pour les uns et les autres, ces professions sont catégorisées comme profession médicale ou para-médicale. La part technique du travail de soin tel qu'il est enseigné au cours des formations initiales est relativement importante et la prise en charge des patients est principalement orienté vers le corps biologique, physiologique de la personne ou de l'enfant. Ainsi, à travers le choix de la PMI comme quête du relationnel, c'est une autre dimension de la profession de médecin ou de puéricultrice qui est recherchée, une dimension supplémentaire du soin, la prise en compte de la dimension sociale de la personne.

Nous avons donc d'un côté des intervenants avec une formation initiale orientée sur le travail social qui déclarent choisir la PMI pour son aspect social, sans pouvoir définir clairement ce qui est désigné par cette expression. Et d'un autre côté, des intervenants, de formation médicale ou para-médicale qui déclarent avoir opté pour la PMI dans l'espoir d'un travail plus relationnel, cette dimension recouvrant une prise en compte de l'aspect social des personnes. Pour tous ces professionnels, le choix de la PMI est présenté comme la quête d'une autre dimension de leur métier, une autre facette, la mise en œuvre de leurs compétences dans de nouvelles situations, dans la confrontation à des problématiques non abordées dans leur précédent cadre de travail.

5. Remarques sur les parcours recueillis

a. La logique du hasard

Parmi les arguments qui président au choix de la PMI par les professionnels, certains ne sont directement liés ni aux conditions de travail, ni au travail en lui-même. Ils présentent cette entrée dans le service comme relevant du hasard. Jusqu'ici, les différents arguments recensés, font état d'un choix explicite des intervenants et une relation de causalité directe peut être établit entre ce choix et l'entrée en PMI.

Pour les arguments présentés ici, les relations de causalité ne sont pas à exclure et des explications logiques sont avancées, conférant une certaine cohérence à l'enchaînement des différentes étapes constitutives du parcours professionnel. Pour autant, les causes de l'entrée même dans le service sont présentées comme indépendantes de la volonté de l'informateur. Le « choix » de la PMI, présenté comme étant dû au hasard, est alors expliqué par la mise en relation d'un faisceau d'éléments

distincts, un « simple » concours de circonstances. Ainsi cette puéricultrice qui doit son recrutement en PMI à la suite d'une campagne de recrutement du Conseil Général.

« j'ai atterri en PMI alors que je voulais travailler en crèche et puis finalement le travail m'a bien plu » (Patricia O., Puéricultrice).

Mais le « hasard » est parfois clairement évoqué comme raison principale de ce « choix » professionnel.

« c'est tout à fait le hasard. C'est le hasard, parce que je ne connaissais pas l'existence de la PMI. (...) Par contre, c'est complètement idiot si je vous dis la vérité. J'ai rencontré un cousin dans le bus qui me dit « tiens, je t'ai découpé ça, figures toi que le Conseil Général cherche des orthophonistes ». Et moi je travaillais déjà. « boarf » « mais qu'est-ce que tu risques ? T'as qu'à faire une demande ! ». J'ai fait ma demande, et après j'ai complètement oublié et c'était six mois ou un an après, j'ai eu... [la réponse]. Voilà, c'est comme ça, donc c'est le plus pur des hasards » (Véronique, Orthophoniste).

Cet extrait d'entretien illustre parfaitement ce principe selon lequel, lorsque l'entrée en PMI s'opère selon un processus distinct d'une intention personnelle orientée vers la PMI ou les conditions de son exercice, l'explication est ramenée au hasard. Pour autant, dans cette séquence, le seul élément qui puisse éventuellement être le fruit du hasard est la rencontre fortuite de deux personnes dans un bus. En effet, le cousin en question n'a pas découpé l'annonce par hasard et cette orthophoniste n'y a pas, non plus, répondu par hasard. De fait, ce n'est pas « par hasard » que cette orthophoniste a été recruté en PMI. Toutefois, si les causalités sont bien présentes dans le discours et qu'elles permettent d'écarter le hasard en tant que facteur explicatif, son évocation ne doit pas être ignoré. En effet, celle-ci illustre à la fois l'écart qui existait entre les motivations¹⁴² de cette personne à postuler en PMI et le service en lui-même, et la méconnaissance totale du service dont fait état l'informatrice au moment où elle propose sa candidature. Cas de figure que nous retrouvons dans le parcours de cette éducatrice de jeunes enfants :

« Le plus pur des hasards. Moi j'ai eu mon diplôme en 76, je ne savais pas trop ce que je pouvais faire avec, travailler en crèche, en pouponnière, on ne savait pas trop ce qu'on pouvait faire avec. (...) Donc je suis sortie avec ce diplôme, je cherchais surtout en maternelle et en crèche et puis par le plus pur des hasards j'ai appris qu'il y avait un poste au Conseil Général » (Patricia G. EJE).

Le hasard se trouve dans la manière dont cette éducatrice a eu connaissance d'un recrutement possible au Conseil Général, pas dans le fait qu'elle travaille en PMI.

¹⁴² Pris dans le déroulement de l'entretien, les motivations de cette informatrice nous sont d'ailleurs restées inconnues. Cet exemple nous permet de constater que si les questions « comment » permettent des réponses plus libres et plus fournies que les questions « pourquoi » (Becker, 2002), elles ne permettent pas d'accéder au même type d'information.

Pourtant, comme dans le cas précédent, la méconnaissance totale de la PMI avant d'y entrer l'amène à mettre une distance entre l'aboutissement de son parcours professionnel et les choix effectués pour y parvenir. L'évocation du hasard permet alors de tracer une ligne droite sans relater, et parfois sans même prendre en compte, l'ensemble des éléments ayant conduit à la PMI

Pour ce qui est de la lecture subjective et particulière des parcours professionnels et des choix qui les construisent, nos entretiens se sont révélés très riches d'informations. Nous avons recueilli une multitude de motivations et un foisonnement de liens entre ces différentes propositions. Au plus près (peut-être parfois trop) des parcours individuels, ce foisonnement irrite le chercheur qui ne peut en établir des catégories claires et bien délimitées. Chaque typologie une fois dessinée trouve rapidement un contre-exemple qui la remet en question.

b. L'illusion biographique

« L'entrée en PMI » est un moment particulier dans les parcours professionnels et plus largement dans les biographies de nos informateurs. Très rarement présentée comme un point de départ, cette entrée est davantage située dans le prolongement d'un parcours professionnel riche en expérience.

D'un côté, les parcours recueillis se composent de ruptures successives et de changement de cap entre les différentes étapes qui les composent. « C'est assez rigolo, humainement c'est une sorte de passation de métier » (Denise, EJE). D'un autre côté, pour chaque parcours professionnel, les arguments avancés pour présenter ces « passages du coq à l'âne » ou ces « besoins de changer » confèrent une logique aux décisions prises et visent à y établir une cohérence.

La cohérence de ces parcours suscite quelques interrogations et nous pousse à nous demander si nos entretiens ne souffrent pas de « l'idéologie biographique » : « Ce phénomène de reconstruction *a posteriori* d'une cohérence, de « lissage » de la trajectoire biographique » (Bertaux, 2005 : 38). Ce « lissage » peut être dû au fait que nos entretiens n'étaient pas réellement biographiques et étaient centrés sur le parcours professionnel. Mais comment soupçonner nos informateurs de chercher à enjoliver leurs décisions quand elles sont présentées sous le jour de contraintes matérielles (le plus

souvent, l'arrivée d'enfant) ou d'une quête d'amélioration des conditions de travail (les changements d'horaire ou recherche d'emploi stable) ?

Ainsi, si nous n'avons pu établir de typologie de parcours professionnels, au moins avons nous réussi à comprendre le sens des différents arguments qui peuvent conduire un professionnel à opérer le « choix » de la PMI. À cette compréhension résiste encore les parcours aboutis sous le coup du hasard. À ceux-ci, peut-être, pourrions-nous dresser un procès en « idéologie biographique ».

« Les hasards de la vie ont fait qu'il fallait que je sois salarié assez vite, donc du coup j'ai cherché une formation courte » (Denise, EJE).

Mais peut-on réellement soupçonner l'argument du hasard d'être le désir (peut-être inconscient) d'établir une cohérence dans un parcours professionnel ? L'hypothèse ne nous semble pas soutenable, le hasard n'étant pas d'une cohérence assez forte pour cela. Dans ce cas, l'invocation du hasard nous semble d'avantage être de l'ordre de l'économie du récit plutôt que de la quête d'une cohérence. La survenue du hasard comme thème d'explication permettant à certains de nos informateurs de simplifier leurs parcours et de ne pas s'attarder sur des détails qu'ils jugeaient inutiles.

6. Conclusion de mi-parcours

Arrivant à la fin de la présentation des motivations d'entrée en PMI, revenons aux raisons qui nous ont poussées à recueillir ces informations. Nous cherchions d'une part à obtenir des lectures éminemment subjectives et complexifiées d'un événement simple : le recrutement en PMI. D'autre part, nous cherchions à savoir si oui ou non, la PMI était un choix effectué par convictions, sociales ou politiques, ou s'il était dépendant de raisons annexes et sans rapport direct avec le type et l'orientation du travail effectué.

La variété des arguments recueillis et les quelques remarques que nous venons d'y faire nous ont permis d'accéder à une pluralité de vécue de l'expérience d'entrée en PMI ; la subjectivité ne fut donc pas en reste.

Quant à notre second point, que dire de cet engagement quasi-militant dont nous faisons l'hypothèse en début de chapitre ? Les éléments de réponse sont mitigés. Les intervenants qui présentent le travail en lui-même comme cause originaire du choix, sont relativement peu nombreux. Si certains professionnels déclarent avoir toujours eu

la PMI comme objectif de travail, pour faire de la « pédiatrie sociale » ou travailler dans la prévention, ils restent largement minoritaires. Plus fréquents sont ceux qui ont choisi la PMI pour son aspect « social » et c'est sur ces types d'arguments que nous retrouvons l'idée du choix de la PMI comme un « engagement militant », thèse défendue par Marie-Anne Blanc (2000) à propos des femmes médecins de PMI. Dans cette thèse, une distinction est établie entre les motivations d'entrée en PMI (très hétéroclites, comme nous avons pu le voir) et l'investissement dans le travail quotidien (à partir duquel est établit cette image militante des femmes médecin).

Entre ces deux moments de la vie des professionnels que sont l'entrée dans le service et la quotidienneté du travail aura joué le processus de *socialisation professionnelle*. Everett Hughes présente la socialisation professionnelle « à la fois comme une **initiation**, au sens ethnologique, à la « culture professionnelle » et comme une **conversion**, au sens religieux, de l'individu à une nouvelle conception de soi et du monde, bref à une nouvelle identité » (Dubar, 2002 : 139). Ce serait au fil de cette socialisation, durant ces années de travail¹⁴³ que l'aspect engagé et militant de la PMI se développerait.

À ce principe relatif du travail de PMI vécu comme un engagement personnel, comme un acte militant (Blanc, 2000), s'oppose alors les nombreux arguments d'entrée dans le service, totalement détachés du travail qui y est effectué. Il semble difficile de considérer les choix de la PMI pour les jours de congé, les horaires fixes ou la stabilité de l'emploi comme des choix militants. Ainsi dans les différents types d'arguments que nous avons énoncés, tous ceux « par opposition » ou portant sur les conditions de travail viennent directement à l'encontre de cette idée de l'engagement en PMI par conviction personnelle et professionnelle.

Mais peut-on pour autant totalement rejeter cette vision engagée du travail effectué par les intervenants que nous avons rencontrés ? À l'importance des arguments « matériels » qui nous ont été présentés s'oppose alors ce que nous désignons en introduction comme étant la prégnance du social dans les discours des intervenants. Et au-delà de cette présence systématique de l'argument social dans les discours, c'est le positionnement des intervenants par rapport à celui-ci qui doit être pris en compte. La

¹⁴³ Voir à ce propos le troisième point de la deuxième partie de ce même chapitre « un apprentissage sur le tas »

rhétorique de l'aveu, parfois même du repentir, qui est employée, si elle ne nous dit pas grand chose sur les « vraies raisons » qui ont conduit ces intervenants à la PMI, nous en dit beaucoup quant à leur position actuelle par rapports à la valeur sociale qu'ils attribuent à leur travail. C'est à l'évolution de cette position vis-à-vis de la dimension sociale du travail et à l'engagement supposé que celle-ci nécessite qu'est consacrée la suite de ce chapitre.

II. Les premiers temps en PMI

En complément des arguments d'entrée présentés, dont nous venons de voir l'hétérogénéité et, pour une bonne partie d'entre eux, l'aspect « détaché » du travail effectué par la PMI, plusieurs éléments méritent encore d'être analysés dans les discours que nous avons recueillis à propos de l'entrée en PMI. Au premier rang de ces éléments se trouve une déclaration commune à la plus grande partie de nos interlocuteurs : la méconnaissance préalable du service avant la prise de fonction. De cette méconnaissance du service découlent deux événements qui nous semblent particulièrement intéressants pour la compréhension des situations vécues par les professionnels. D'une part la découverte de la « vraie pauvreté » lors de leur prise de fonction et d'autre part l'apprentissage « sur le tas » auquel ces intervenants devront se livrer au cours de leurs premières années d'exercice.

1. Méconnaissance préalable du service

Comme nous l'avons aperçu dans certains extraits d'entretiens cités précédemment, de nombreux intervenants ne « connaissaient » pas ou très peu la PMI avant d'y être recruté. D'importantes variations sont à noter sur cette échelle de la méconnaissance. Il y a en effet une marge entre cette sage-femme qui déclare « je savais ce que c'était quand même, (...) [mais] je ne savais pas du tout à quoi ça correspondait » et cette auxiliaire de puériculture qui annonce qu'« au départ, je ne savais pas que la PMI existait ».

La connaissance/méconnaissance du service par les différents intervenants peut s'expliquer de différentes manières. Nous avons ainsi pu identifier quatre facteurs principaux influant sur cette connaissance préalable ou à l'inverse justifiant cette

méconnaissance du service. En effet, ces différences de connaissances semblent dépendre essentiellement du métier de l'intervenant, de ses relations personnelles et de son expérience professionnelle antérieure et enfin, et peut-être surtout, de son origine sociale.

Nous retrouvons au premier rang de ceux-ci la « variable des métiers » et son antériorité, la formation initiale des professionnels. En effet, les puéricultrices et auxiliaires de puériculture effectuent des stages pratiques au cours de leur formation initiale et la PMI fait partie des stages obligatoires. Toutefois, il n'en a pas toujours été ainsi dans l'organisation des formations et les plus anciennes dans le métier n'ont pas bénéficié de cette première approche. En outre, la PMI n'étant bien souvent pas le premier service dans lequel travaillent les professionnels, le souvenir laissé par le stage initial d'une durée d'un mois semble parfois bien loin au moment de la prise de fonction. À cela s'ajoute encore les différences de fonctionnement entre les départements et pour peu qu'une puéricultrice ait effectué son stage de formation dans un département avant de travailler plusieurs années après en PMI dans un autre département, la connaissance du service sera déclarée comme étant quasiment nulle.

Le cas des éducatrices de jeunes enfants est quant à lui relativement particulier. En effet, ces professionnelles de formation essentiellement sociale ne sont pas employées en PMI dans tous les départements de France. Seuls quelques départements ont recours à des EJE pour leurs services de PMI. En outre, leur recrutement est relativement récent¹⁴⁴ et leur nombre peu élevé. De fait, d'un côté la plupart des EJE ne connaissaient pas réellement la PMI avant d'y travailler, et réciproquement, de nombreux professionnels de PMI ne connaissaient pas la profession d'EJE avant d'en côtoyer quotidiennement. Afin de remédier à cette situation, le Conseil Général des Bouches-du-Rhône a fait éditer une plaquette¹⁴⁵ dont l'objectif était de palier à cette méconnaissance réciproque en présentant le rôle de l'EJE en PMI. Toutefois, à l'instar des puéricultrices, la PMI est désormais comprise dans la formation initiale des EJE.

¹⁴⁴ Depuis 1983 pour le département des Bouches-du-Rhône.

¹⁴⁵ *Les éducatrices de jeunes enfants en protection maternelle et infantile*, 2002, DGAS, CG13. Ce fascicule d'une douzaine de pages comprend cinq parties dont trois concernent spécifiquement les EJE (- les spécificités de l'EJE de PMI dans la mission de prévention - la dimension éducative - les autres domaines d'intervention). Réalisée par un groupe d'EJE de PMI, son élaboration a donné lieu à certaines dissensions entre les collaboratrices, un certain nombre d'entre elles trouvant la présentation de l'activité d'EJE de PMI trop réductrice comparée à leur pratique quotidienne.

La plupart des médecins quant à eux ont eu connaissance de la PMI par le biais de vacations effectuées dans des consultations au cours de leurs études de médecine. De fait, s'ils avaient une connaissance du service avant d'y postuler dans un premier temps et d'y être recruté par la suite, ils n'en avaient bien souvent que très peu, pour ne pas dire aucune, au moment de leurs premières consultations.

Nous voyons donc que la connaissance des services de PMI est loin d'être partagée par l'ensemble des intervenants du service dès leur formation initiale. Mais au-delà de la formation initiale, d'autres modes de connaissance du service et du travail qui y est effectué nous ont été présentés, notamment les connaissances personnelles et l'expérience professionnelle. Il s'agit alors d'intervenants qui ont connu soit dans leur entourage direct, soit par le biais de leur précédent lieu de travail, des personnes qui travaillaient dans des consultations PMI. Ces rencontres étant l'occasion d'échanges d'informations et de discussions sur le travail effectué dans les services et les conditions dans lesquelles il se déroule.

Mais plus intéressant encore nous semble être le rôle de l'origine sociale des intervenants sur leur méconnaissance préalable de la PMI. La quasi-totalité des intervenants que nous avons rencontré sont des femmes (à une exception près) et la grande majorité d'entre elles sont aussi des mères de famille. Pour autant, très rares sont celles qui connaissaient la PMI en tant qu'utilisateur des services, soit comme mère, soit plus jeune, en tant qu'enfant.

« Je ne connaissais pas du tout. Parce que je ne suis pas d'une famille... mes parents habitaient du côté de la Vierge de la Garde, nous, on a toujours été sur un petit nuage, on est plutôt ou artiste ou... enfin, on plane quoi. On est plutôt dans la littérature, ce qui fait que je ne connaissais pas les centres de santé, je ne connaissais rien » (Véronique, Orthophoniste).

L'aspect « social » des consultations de PMI ressort alors ici avec une grande clarté pour les intervenants. Les consultations de PMI comme service médico-social et donc exclusivement réservées aux plus pauvres ou aux personnes en difficulté.

« Quand tu penses à PMI dans les villes, c'est vrai que tu les retrouves souvent dans les quartiers, donc c'est vrai que ça a une image négative et puis tout le monde autour de toi te le dit, « PMI, connaît pas ». Et puis comme moi j'habitais S. bon, c'est pareil, il n'y a pas de problème là-bas et moi j'étais pas confronté à ça non plus » (Marie, stagiaire puéricultrice).

L'origine sociale des intervenants, dans la très grande majorité issue des classes moyennes, les tient à l'écart des centres de PMI. De fait, qu'il s'agisse d'une totale méconnaissance de la PMI ou d'une connaissance uniquement superficielle du service

et de son action, rares sont les intervenants qui n'auront pas déclaré découvrir « vraiment » la PMI au moment de leur prise de fonction et au cours de leurs premières années de travail dans le service.

2. Découverte de la pauvreté

Parmi les éléments les plus importants de cette découverte de la PMI en acte, le plus marquant et parmi les plus fréquemment cités est celui de la « découverte de la pauvreté ».

« J'ai connu qu'est-ce que c'était que la vraie pauvreté, la vraie... réellement. Parce qu'on en parle, on sait que ça existe et c'est autre chose que de la vivre sur le terrain. Parce qu'on fait beaucoup de visite à domicile et c'est frappant, et puis la différence de classe aussi entre certaines personnes et tout... »

-C'est le premier truc qui t'a vraiment...

-Ah oui, la pauvreté, la déchéance de certaines personnes... la pauvreté c'est pas que la pauvreté pécuniaire, c'est la pauvreté psychologique... » (Colette, Puéricultrice).

Cette confrontation directe aux conditions de vie des personnes les plus précaires se présente alors comme l'expérience la plus déstabilisante de cette période « d'entrée en PMI ».

« Je savais pas du tout ce que c'était que la PMI. Je savais qu'on suivait les bébés à domicile. (...) Je pensais pas du tout qu'il y avait toute cette misère sociale à côté. Bon, on voyait à l'hôpital, qu'il y avait des prématurés qui sortaient, il y avait quelqu'un qui s'en occupait à la sortie mais je savais pas du tout ce que c'était comme boulot, si ce n'est qu'on pesait les bébés, voir s'ils allaient bien, les faire venir à la PMI. Je pensais pas qu'il y avait tout ce gros gros travail de détresse à assumer, d'accompagnement. Je pensais pas que c'était si lourd au point de vue social » (Maïté, Puéricultrice).

« Le secteur je ne connaissais pas du tout. Pour moi je savais pas que c'était comme ça. Qu'il y avait tous les hôtels meublés, tous les sans-papiers, tous les... je savais pas ça. Le centre ville c'était... je ne passais jamais dans le quartier, maxi jusqu'à la rue D. (...) mais c'est tout ce que je connaissais du quartier. Mais au début c'est surprenant quand tu arrives » (Karine, Auxiliaire de puériculture).

Deux éléments d'analyse se révèlent très bien dans ces extraits d'entretiens. D'une part, ils permettent de revenir sur la méconnaissance préalable du service par les intervenants. Nous voyons à travers cette découverte de la pauvreté du public ayant recours aux consultations que les professionnels n'avaient, avant d'y travailler, pas réellement conscience de la place occupée par les consultations de PMI dans le champ de la santé maternelle et infantile. D'autre part, nous y voyons également la découverte plus globale de l'existence et de l'importance de la pauvreté de certaines familles. Par

ces déclarations, se manifeste l'écart d'appartenance sociale qui existe entre les intervenants des services et les familles qui y ont recours.

Aujourd'hui, un débat est en cours sur un éventuel recentrement de l'action de la PMI sur les publics les plus vulnérables¹⁴⁶. Thème récurrent des réflexions et réformes de la PMI, celui-ci est un écho à l'évolution qu'elle connaît depuis son instauration en 1945. Élaboré comme un service de santé publique ouvert à tous, les centres de consultations gratuites ont été notamment mis en place pour permettre aux familles les plus démunies de souscrire aux consultations médicales et obligations vaccinales. C'est au moment de la décentralisation que cette orientation apparaît en tant que telle pour la première fois dans les textes législatifs¹⁴⁷. Et si la loi du 18 décembre 1989 insiste sur « les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière », le décret du 6 août 1992 précise dans son article 1 que « la répartition géographique de ces consultations et de ces actions est déterminée en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population, en tenant compte prioritairement des spécificités socio-démographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés ».

Ainsi, en raison de leur gratuité, de leur accessibilité « sans conditions » et, pour bon nombre d'entre elles, de leurs lieux d'implantation, les consultations de protection infantile sont majoritairement fréquentées par une population immigrée ou issue de l'immigration¹⁴⁸ et/ou en situation de précarité économique et sociale. Ces « spécificités » du public sont souvent rappelées dans les travaux portant sur la PMI (Bouchayer, 1984 ; Joubert, 1993 ; Serre, 1998) et cela indépendamment des départements dans lesquels ces recherches ont été menées. Toutefois, il existe peu de données détaillées sur le public des consultations. Alors que le département des Bouches-du-Rhône établit chaque année des statistiques à partir des certificats de santé du 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois, celles-ci concernent l'ensemble de la

¹⁴⁶ « Recentrer la PMI sur les publics vulnérables », titre d'un article paru dans les *Actualités Sociales Hebdomadaires* (n°2483, décembre 2006, pp.5-6) qui résumait le rapport de l'IGAS (Jourdain-Menninger D. et al., 2006) sur la PMI en France. Voir à ce propos la lecture critique réalisée par les membres du SNMPMI de ce rapport, des interprétations qui peuvent en être faites (en référence à l'article des ASH) et des préconisations qu'il contient. « la PMI de nouveau à la croisée des chemins – document d'orientation » SNMPMI 2007, document en ligne http://snmpmi2.free.fr/article.php3?id_article=177

¹⁴⁷ Pour rappel, la circulaire du 16 mars 1983 stipule que la PMI doit « être une action médico-sociale prenant en compte l'environnement » et qu'elle doit s'adresser à toute la population mais « agir de façon renforcée et spécifiquement adaptée pour les familles les plus défavorisées ».

¹⁴⁸ Voir à ce propos Annexe 1 : « Origine des mères en fonction du lieu de naissance ».

population materno-infantile et non les seuls usagers des centres de consultations, alors même que de telles données seraient particulièrement éclairantes sur une certaine réalité de ce public. À titre d'exemple, la ville de St Denis qui représente une des circonscriptions du département de Seine Saint Denis¹⁴⁹ fournit les chiffres suivant :

Sur les 1670 enfants nés en 2005 et ayant consulté en PMI :

- 18,5% n'ont pas un logement stable (hébergé chez un tiers, hôtel, résidence social, squat ou caravane)
- 12,7% n'ont pas de couverture sociale ou bénéficient de l'AME
- 20% bénéficient de la CMU complémentaire
- 6,2% ne touche pas d'allocations familiales
- 12,3% ont au moins un des deux parents sans titre de séjour

Sur les 618 femmes enceintes consultant en PMI la même année :

- 37,8% n'ont pas de logement stable
- 36% n'ont pas de couverture sociale ou bénéficient de l'AME
- 17,5% ont la CMU complémentaire
- 27,4% sont sans titre de séjour

Ces conditions sociales sont alors bien éloignées de celles que connaissent les professionnels de la PMI, notamment les médecins (Blanc, 2000) et les puéricultrices (Montlibert, 1980). Et si l'entrée en PMI est l'occasion pour bon nombre des intervenants de découvrir les conditions de vie, ou de survie des familles les plus précaires, elle est aussi l'occasion d'en accepter l'existence au cœur même des plus grandes villes de France.

« J'ai un peu découvert la pauvreté *et tout ça ici*, et il faut le voir pour le croire *ce qu'il y a ici* ! » (Marie, stagiaire puéricultrice)

Cette découverte de la présence de la pauvreté au sein même des grandes villes de France est comme un « choc du réel » pour ces intervenants qui n'imaginaient pas que cela soit possible « ici ». La segmentation sociale se confond souvent avec une segmentation spatiale (Grafmeyer, 1996, Oberti, 1996, Maurin 2004). Il est ainsi

¹⁴⁹ Source : « Bilan d'activité. Recueil de données », Direction de la promotion de la santé. Circonscription de PMI. Commune de Saint-Denis, année 2005.

Ces chiffres donnent une idée du public rencontré dans les consultations de Saint-Denis mais ne permettent pas à eux seul d'en déterminer les spécificités. Il faudrait pour cela pouvoir comparer ces données avec les mêmes indices établis cette fois-ci sur l'ensemble des femmes enceintes et des enfants nés dans l'année et résidant à Saint-Denis, qu'ils consultent ou pas en PMI.

difficile, pour certains professionnels, d'imaginer, ou de simplement se rendre compte de l'existence de cette pauvreté à quelques kilomètres à peine de leur propre domicile. Cette distance géographique et sociale amène certains intervenants à qualifier les familles rencontrées comme appartenant à « un autre monde » et à parler d'une « autre réalité ».

De plus, cette découverte de la pauvreté ne se limite pas au « simple » constat de son existence. Dans leur pratique quotidienne, les intervenants sont amenés à travailler sur le quotidien des familles, à comprendre et partager certaines parties de leur histoire familiale. Qu'il s'agisse des modes d'alimentation, des conditions de logement, de l'encadrement familial, du niveau scolaire des parents, ou très fréquemment du parcours migratoire de la famille, tous ces éléments viennent à la connaissance des intervenants qui sont amenés à en tenir compte dans leur relation avec les familles. Ainsi les professionnels sont confrontés à la multiplicité des causes de la pauvreté (Paugam, 2005). L'aspect économique de celle-ci n'étant qu'un élément parmi d'autre, élément d'importance, certes, mais bien loin de l'exclusivité qui lui serait porté au premier abord.

« C'est en PMI qu'on voit vraiment ce qu'est une personne avec la misère. Misère entre guillemet parce que pas uniquement pécuniairement, mais aussi sociale. Les gens qui sont perdus, même s'ils ont de l'argent mais qui sont perdus avec l'environnement parce que ce sont en principe des gens qui sont, comment on dit ? Des immigrés, la plupart des gens, vous avez dû constater, que des immigrés, des déracinés » (Dr Rahari).

À la question économique se trouvent alors mêlées les multiples dimensions constitutives de « la misère » ; où l'habitat précaire, l'isolement de la famille, la barrière de la langue se confond avec l'irrégularité d'une situation, une rupture conjugale et des difficultés d'accès aux services de santé. Ainsi, pour les intervenants, cette confrontation aux conditions de vie difficiles des familles les plus démunies, la nécessité d'effectuer des visites à domicile, de pénétrer dans leur histoire et dans leur quotidien, les renvoient à la complexité des situations et à l'intrication de multiples facteurs, tout à la fois causes et conséquences des situations dans lesquelles vivent ces familles.

3. Un apprentissage sur le tas

La présentation de ces deux éléments des « premiers temps » dans le service nous permet d'avancer sur un troisième élément qui nous semble d'une grande importance pour le fonctionnement des consultations mais aussi pour le vécu des intervenants, de leur quotidien d'une part et à plus long terme de leur « carrière » en PMI d'autre part.

La très grande majorité des intervenants rencontrés n'avaient pas de réelle connaissance de la PMI avant d'y travailler. De ce constat découle une découverte aussi bien du service, du public, des conditions de travail et des missions de la PMI au cours des premiers mois qui suivent la prise de fonction.

Pour illustrer cette découverte du public et du milieu d'intervention, nous venons de présenter la « découverte de la pauvreté » que connaissent les professionnels. Mais cette découverte de la PMI ne se limite pas à celle des conditions de vie d'une partie du public fréquentant les centres de consultations, la découverte du travail en lui-même est aussi un des éléments les plus marquants de ces premiers temps en PMI.

Si certains professionnels ont effectué un stage en PMI au cours de leur formation initiale, la plupart d'entre eux déclarent aussi qu'au moment de leur entrée dans le service le stage en question paraissait bien loin et les connaissances acquises à propos du service à cette occasion étaient à renouveler en totalité. De fait, il nous semble important de noter qu'aucun des professionnels que nous avons rencontré n'a déclaré avoir bénéficié d'une formation particulière à la PMI et tous ont déclaré avoir « commencé le boulot comme ça ».

« En fait, j'ai découvert au fur et à mesure ce qu'on devait faire. Mais il n'y a aucune formation, on te lâche dans la nature et puis tu te débrouilles » (Dr Lavois, Pédiatre).

Entrer dans un service dont le public principal ainsi que les missions prioritaires sont inconnues, implique une période d'apprentissage du mode de fonctionnement du service. Généralement dépourvu de formation spécifique à la pratique de la PMI, cet apprentissage est unanimement qualifié d'apprentissage « sur le tas ». Nous allons voir, au cours des pages qui suivent, ce qui est désigné par cette appellation d'apprentissage « sur le tas ».

Commençons alors par la formation officielle par laquelle seront passées toutes les puéricultrices et qui comporte un « stage pratique » en PMI. Les objectifs de ces stages réalisés au cours des études sont d'une part de faire découvrir aux futurs

professionnels les différents services dans lesquels ils pourront éventuellement travailler et d'autre part de leur permettre une mise en pratique des connaissances théoriques apprises au cours de leur formation. Tel que nous avons pu l'observer, le système des stages en PMI est organisé comme suit. Certaines puéricultrices se portent volontaires pour accueillir des stagiaires et en assurer, tout au long de leur stage, le suivi et la formation. Chaque stagiaire est alors rattaché à une puéricultrice. L'apprentissage pratique du stagiaire s'effectue par délégations successives des tâches que comprend une séquence de consultation ; en commençant par les tâches les plus simples pour évoluer vers les aspects plus techniques du travail.

Au cours d'une semaine de stage, en plus de l'observation continue du déroulement des consultations et des faits et gestes de la puéricultrice, la stagiaire se voit confier certaines tâches :

Lundi : réceptionner les carnets de santé des enfants et les faire passer à la secrétaire et appeler les familles en salle d'attente.

Mercredi : régler la balance pour faire la pesée d'un enfant et en fin de consultation réaliser une mesure (taille et périmètre crânien) d'un enfant.

Jeudi : alors que la stagiaire participe au même titre que la puéricultrice à l'accueil des familles et aux mesures et pesées de l'enfant, s'en suit la séquence d'observation suivante :

La puéricultrice doit s'absenter quelques instants.

La secrétaire demande à la puéricultrice « on t'attend ou on continue sans toi ? »

La puéricultrice : « allez-y. (à la stagiaire :) Tu gères, même l'alimentation si tu peux. Si tu as un problème, Thérèse (la secrétaire) va t'aider »

À l'entrée de la première famille dans la salle de pesée, la stagiaire fait les gestes et la secrétaire lance un questionnaire sur l'alimentation. Au retour de la puéricultrice, la stagiaire lui rend compte de ce qui s'est dit pour s'assurer que tout a été correctement fait.

Nous voyons donc dans cette séquence, comment les stagiaires sont progressivement impliqués dans le déroulement des consultations. Les premiers jours, simples observateurs, ils sont rapidement invités à prendre part aux activités, à seconder la puéricultrice référente et en cas de besoin, à la remplacer totalement.

Le principe de ces stages effectués au cours de la formation initiale est de faire découvrir chaque service dans la réalité de sa pratique. C'est alors l'occasion pour les stagiaires de découvrir les différences entre l'enseignement théorique et le travail effectivement réalisé. Les variations des conditions de travail, tout comme celles des publics rencontrés influant considérablement sur la puériculture pratiquée.

Ce décalage observé entre théorie de la formation et pratique du métier n'est pas propre à la puériculture ou aux consultations de PMI. Guillaume Malloch (2004) fait le constat des mêmes principes de socialisation par la pratique chez les élèves

surveillants de prison. Au cours de leur premier stage en centre pénitentiaire, les élèves découvrent l'existence de règles internes à chaque centre de détention. Ces règles internes, inventées localement, mises en places et respectées pour maintenir l'ordre dans chaque centre de détention priment parfois sur les règles officielles, enseignées dans les écoles de surveillants de prison. Il est alors nécessaire pour chaque surveillant de prison de connaître à la fois les règles « officielles » du métier et les règles particulières de chaque centrale afin de se référer à l'un ou l'autre des systèmes de règles en fonction de chaque situation particulière. Il en va de même pour les puéricultrices et les stagiaires puéricultrices. Ces dernières découvrent en situation les importantes adaptations auxquelles se livre l'ensemble des intervenants de PMI au cours de consultations et en fonction de chaque famille.

Ainsi certains éléments de la prévention materno-infantile, officiellement inscrits dans les missions de la PMI sont, en pratique, relégués au second plan ou totalement abandonnés à la suite de multiples tentatives aboutissant à autant d'échecs.

L'échange suivant, entre une puéricultrice et une stagiaire puéricultrice se déroule à la suite de la visite d'une famille de « gitans ». La mère du bébé âgée de 20 ans ne parle pas français et la consultation est traduite par sa petite sœur de 12 ans, mais qui semble plus âgée.

S – (à propos de la petite sœur) Elle est bientôt prête, c'est comme ça chez eux...

St - Et pour les conseils, la maternité et tout ça ?

P - T'y crois ?

St - Ben...obligé !

P - C'est bien, moi au bout de trois ans, j'y crois déjà plus ; surtout avec eux.

C'est dur, rien que pour les faire venir ici, c'est déjà bien qu'ils viennent.

Dans cette séquence, nous pouvons voir s'opérer l'apprentissage d'une stagiaire au cours de son stage de pratique. Si le but de ces stages effectués au cours des formations initiales est d'apprendre par la pratique, il semble que tous les professionnels, quel que soit leur titre soient passés par une phase similaire d'apprentissage lors de leur entrée en PMI. Phase d'apprentissage au cours de laquelle ces « nouveaux » professionnels découvrent autant les missions du service, que sa pratique ou son organisation. La découverte de la pauvreté, précédemment évoquée, fait partie de cet apprentissage sur le tas. Il nous semble particulièrement important du fait qu'il place l'action des centres de consultation dans une position particulière pour des professionnels médicaux ou para-médicaux.

« c'est vrai que les nouveaux médecins qui arrivent là, il faut qu'il y ait le temps, qu'elles comprennent que c'est pas... qu'on fait pas que de la médecine je dirais » (Dr Simon, Pédiatre).

Cette découverte d'un nouvel environnement de travail, de nouvelles méthodes, implique pour chacun l'acquisition d'un maximum d'informations en un temps relativement court. Ces nouveaux arrivants se retrouvent alors dans une position comparable à celle de l'anthropologue abordant un terrain encore inconnu.

« Voilà, j'ai ouvert mes oreilles et j'ai ouvert mes yeux au départ » (Magali, EJE).

Toutefois, à l'inverse de l'anthropologue en situation d'observation qui peut bénéficier d'un certain temps avant de trouver sa place, les intervenants de PMI sont, dès le départ, tenus de participer à l'interaction pour effectuer le travail pour lequel ils ont été engagés. Certains bénéficient dans ce cas de l'expérience de professionnels déjà en place.

« J'ai été prise en charge par les marraines du service. J'ai l'impression d'avoir eu des marraines (...) Et moi j'ai eu cette chance parce qu'elles m'ont un peu encadré, elles m'ont un peu " appris le boulot " » (Denise, EJE).

Un transfert de connaissance a alors lieu entre les nouveaux arrivants et les plus anciens. Il nous semble particulièrement intéressant de noter que ces transferts de connaissances ne respectent pas les différents métiers du service.

« C'est l'infirmière qui était là qui m'a expliqué, ben, d'abord ce qu'on faisait, le dépistage visuel et auditif, puisque je faisais l'auditif aussi. Bon, ben comment on fonctionnait, les consultations (...) moi au début que j'étais là, j'avais tendance à prendre ma responsabilité médicale et à ne pas penser que j'étais dans une administration et qu'il valait mieux que je fasse remonter. Et c'est des fois l'infirmière qui me disait " attention, tu devrais le dire quand même, là tu le fais, mais tu devrais le faire remonter " (...) par exemple, quand il y avait des épidémies, des trucs de poux dans l'école ou qu'on faisait un truc, des exclusion si tu veux, il y a des décisions médicale que tu peux prendre en cabinet et que là tu ne peux pas prendre de toi même. Il faut passer par la hiérarchie » (Dr Simon, pédiatre).

Ainsi un médecin pourra être « informé » par une infirmière, une EJE par une puéricultrice et une puéricultrice par un médecin. Ce principe nous semble particulièrement révélateur du fonctionnement des consultations de PMI et des glissements de rôles qui peuvent s'y opérer.

Cette période d'« apprentissage sur le tas » au cours de laquelle les intervenants nouvellement arrivés « apprennent le boulot » auprès des intervenants déjà en fonction est une étape cruciale dans le parcours professionnel. Au cours de cette période qui s'étale sur plusieurs mois, les derniers arrivants vont apprendre le fonctionnement des consultations, de manière organisationnelle, le fonctionnement des équipes tournantes mais aussi apprendre ce qui fait sens dans ces consultations et plus généralement dans les missions des services de PMI. Il ne s'agit plus alors de techniques de travail ou de

normes de fonctionnement à proprement parler, mais d'avantage de sensibilité et d'attention portées aux différentes problématiques présentées par les usagers des services.

« Et en fait, la PMI c'est essentiellement du social, même pour les paramédicaux, c'est du social, et même pour les médecins, c'est beaucoup de social. Donc il m'a fallu un temps pour appréhender mon travail, pour m'immerger dedans et réaliser que bon, le travail, c'était un changement total d'orientation et d'appréhender l'individu et voilà. Donc un temps où le technique qui m'angoissait à l'hôpital me manquait presque en PMI » (Sandra, puéricultrice).

Ce n'est pas autre chose qui est désigné dans les expressions « j'ai appris à écouter – à entendre – à voir... ». Par définition, cet apprentissage « sur le tas » s'opère dans la pratique quotidienne et s'effectue d'avantage par processus d'imprégnation et d'improvisation que par le biais d'une réelle inculcation. Cette socialisation secondaire, à laquelle se livrent les « nouveaux » intervenants se distingue alors sensiblement de celle que connaissent les stagiaires au cours de leurs études. En effet, pour ces derniers, si l'imprégnation a son importance, elle rivalise avec l'inculcation ; l'improvisation et la responsabilité qui incombent aux intervenants en poste sont largement laissées en arrière plan.

Au cours de cette période d'apprentissage sur le tas, se transmettent donc autant des techniques de travail et modes de fonctionnement généraux que des valeurs d'attention portées aux familles et des principes de hiérarchisation et de gestion des problématiques rencontrées.

Comme nous l'avons montré dans la partie précédente, ces valeurs, cette hiérarchisation et ces principes d'attention varient considérablement d'un professionnel à un autre et, de là, d'une équipe à une autre. De fait, suivant l'équipe principale au sein de laquelle un intervenant effectue ses premiers pas en PMI, il ne sera pas sensibilisé aux mêmes valeurs ni aux mêmes modes de fonctionnement du service. Ainsi la transmission collégiale (Bouchayer, 2002) des pratiques locales à laquelle donne lieu cette période de socialisation secondaire¹⁵⁰ permet à chaque nouvel intervenant de se positionner différemment sur tel ou tel autre segment professionnel. Cette transmission

¹⁵⁰ « provisoirement définie comme « intériorisation de sous-mondes institutionnels spécialisés » (Berger et Luckman, 1986 : 189) et « acquisition de savoirs spécifiques et de rôles directement ou indirectement enracinés dans la division du travail » (ibid). Il s'agit avant tout, de l'incorporation de savoirs spécialisés – que nous appellerons savoirs professionnels – qui constituent des savoirs d'un genre nouveau » (Dubar, 2002 : 99).

par la pratique des règles locales, observée chez les surveillants de prison (Mallochet, 2004) mais aussi chez les infirmiers au Niger (Hahonou, 2001) participe à la construction de pratiques professionnelles communes, partagées par certains intervenants et reproduites au fil du temps. Ces pratiques et valeurs partagées par certains segments nous semblent alors au centre du vécu que chaque intervenant aura de son travail et de son activité quotidienne.

De là, les discours et subjectivités récurrents parmi les intervenants de PMI sont alors davantage à comprendre comme les produits d'un vécu partagé du travail quotidien, que l'expression d'une valeur antérieurement détenue par les intervenants et mise en œuvre par le biais de l'entrée en PMI. C'est ce que nous allons montrer dans le troisième et dernier point de ce chapitre à propos de l'engagement supposé des intervenants des consultations.

III. Engagement professionnel

Nous avons vu que la majorité des arguments d'entrée en PMI sont d'ordre matériel et pratique. Cela semble entrer en contradiction avec l'image de « missionnaires convaincues » que donnait Marie-Anne Blanc des femmes médecins de PMI (Blanc, 2000 : 306). Pour autant, dans cette même recherche, M.-A. Blanc souligne à propos du choix de l'exercice en PMI que 26% des femmes médecins l'ont effectué pour des raisons d'emploi du temps, de fixité des jours et des horaires de travail¹⁵¹. Ici aussi donc, les motivations d'entrée en PMI diffèrent considérablement d'un hypothétique engagement par conviction. Comment comprendre alors cette image du professionnel de PMI, engagé dans sa pratique, convaincu de son action, s'identifiant à la mission de son service ?

Pour avancer sur cette question, rappelons que, d'un autre côté, nous avons aussi vu que la dimension « sociale » du service amène l'ensemble des intervenants à se positionner en référence à cette image du travail de PMI comme engagement ou

¹⁵¹ Les autres arguments relevés étaient alors les suivants :

- En dernier recours, car ne pouvaient ouvrir un cabinet
- La sécurité de l'emploi
- Par suite d'une faillite en libéral
- Par opportunité
- Pour être médecin d'enfant sans avoir la spécialisation de pédiatrie.

effectué par conviction. Cette idée d'engagement se retrouve alors explicitement dans certains discours, telle cette auxiliaire de puériculture qui déclare, à la suite d'un différent avec sa chef de service sur les méthodes de travail à adopter :

« C'est pas un service ou tu peux être là par hasard. C'est pour ça que quand j'étais en crèche et que je dis que j'ai voulu changer pour voir un autre aspect de ma profession, j'aurai pu aller en maternité. Qu'est-ce qu'il y a de plus beau que de voir des petits bébés et tout. Ben non, c'est pas ça que j'avais envie, c'est pas ça que je voulais, c'est pas comme ça que je voulais m'investir dans ma profession. Je l'ai voulu, je suis là parce que je l'ai voulu. Je l'ai voulu longtemps, parce que j'ai galéré pour venir. Il faut que les gens se rendent compte qu'on n'est pas là par hasard. Mais pas les gens qui viennent nous voir, l'équipe, les professionnels » (Christine, Auxiliaire de puériculture).

Deux points importants sont évoqués dans cet extrait d'entretien. En premier lieu, il illustre très clairement la mobilisation des notions de volonté et d'engagement (ici opposé au hasard) liées au travail de PMI. La fin de cet extrait souligne, en second lieu, l'existence de diverses conceptions de ce travail et de cet « engagement », renvoyant alors aux différents segments professionnels qui composent les équipes et les tensions qui peuvent exister entre ces différents segments¹⁵². Si nous traitons plus particulièrement la question de segment professionnel dans la seconde partie de ce travail, c'est à l'engagement tel qu'il est manifesté par les professionnels que nous prêterons, ici, toute notre attention.

Comment comprendre cet écart entre, d'un côté, des motivations d'entrée détachées du travail du service et, d'un autre, un environnement professionnel frappé du sceau de l'engagement. Pour expliquer cet écart, nous avançons comme hypothèse, l'effet de la socialisation secondaire et nous précisons que celle-ci donnait lieu à l'acquisition par les « nouveaux intervenants » autant à des techniques de travail qu'à l'apprentissage des normes et valeurs à l'œuvre dans les consultations. La dimension sociale et relationnelle du travail effectué auprès des familles représente généralement le principal changement pour les intervenants par rapport à un poste précédemment occupé dans une autre structure. Le travail effectué en PMI, détaché de l'aspect technique du soin médical, doit trouver d'autres sources de reconnaissance que les canons de la médecine scientifique (Aïach et al, 1994).

¹⁵² « Les identités, ainsi que les valeurs et les intérêts, sont multiples, et ne se réduisent pas à une simple différenciation ou variation. Ils tendent à être structurés et partagés ; des coalitions se développent et prospèrent – en s'opposant à d'autres. Nous utiliserons le terme « segment » pour désigner ces groupements qui émergent à l'intérieur d'une profession » (Bucher et Strauss, 1961 : 68)

Si pour certains professionnels, qui ont « longtemps voulu » travailler en PMI, ce service était un objectif, et l'engagement dans le métier s'inscrit dans la continuité directe des motivations d'entrée, tous les intervenants ne présentent pas une cohérence aussi évidente dans leurs parcours. Comment comprendre alors la notion d'engagement professionnel pour les intervenants entrés pour des raisons de facilité d'emploi du temps ?

Pratique dans son utilisation courante, le terme d'engagement recouvre de nombreuses et multiples significations¹⁵³. Il est fréquemment utilisé pour résoudre, en la contournant, la question de la cohérence des comportements humains, telle personne agit de telle manière, car elle était engagée dans la situation. En l'absence de définition précise, un des moyens de comprendre ce que recouvre la notion d'engagement dans la situation dans laquelle elle est employée par les acteurs de terrain est de comprendre le système de valeurs dans lequel elle s'insère, avec lequel elle s'articule (Becker, 2006).

Une des moyens d'éclairer cette contradiction apparente entre un discours de l'engagement et un vécu du travail comme tel, d'un côté, et des motivations d'entrée en PMI d'ordre principalement matérielles et pratiques, de l'autre, va être d'analyser les valeurs autour desquelles se développe ce sentiment d'engagement au fil du temps et des effets de la socialisation secondaire.

1. Au nom de l'utilité

« Premièrement la vocation de PMI, on ne gagne pas beaucoup, mais on y reste. Donc c'est pas pécuniairement, mais on sent quand même qu'on est utile » (Dr Rahari).

« Se sentir utile », le mot est lâché. L'utilité est en effet une valeur très fréquemment citée dans les discours des intervenants. Ce désir d'être utile est parfois renvoyé au premier choix de l'orientation professionnelle, au choix même des études médicales ou para-médicales.

« Moi je voulais faire quelque chose, me rendre utile auprès des autres », nous dira l'une pour justifier le choix de ses études d'infirmière, « médecine c'est quand même se sentir utile, je crois. C'est un choix qu'on fait, pour rendre service, soulager la

¹⁵³ Ce paragraphe résume les idées avancées par Howard Becker « Sur le concept d'engagement » (Becker, 2006)

douleur... », nous dira une autre pour expliquer ses études de médecine. Mais plus avant dans le parcours professionnel, cette notion d'utilité dépasse le choix de départ ayant entraîné une orientation dans le champ de la santé et se retrouve comme argument de légitimation du travail de PMI.

Il s'agit, pour la plupart, de venir en aide à des familles qui ne sauraient pas où aller autrement ; de permettre aux personnes les plus démunies d'accéder à un service de santé ; de s'occuper de ce qui n'est pas pris en compte par les autres services, qui ne pourrait être fait ailleurs. Dans cette relation se joue alors autant un accès au soin, qu'une reconnaissance sociale et institutionnelle conférée à ces familles souvent reléguées à la marge de la plupart des dispositifs institutionnels et sociaux.

« On a été formé pour soigner, donc là, on n'est pas dans le soin, on est dans la prévention. Ceci dit, il y a le côté où on se sent peut-être plus utile, de traiter des signalements, de faire des consultations pour des enfants qui en ont vraiment besoin, sinon ils n'iraient pas voir le médecin. Alors qu'en cabinet, c'est vrai que vous trouvez des enfants qui ne sont pas vraiment malades, souvent c'est des diarrhées ou des petits bobos quoi, où donc... c'est vrai que là, on se sent, on fait quand même de la médecine humanitaire, c'est autre chose aussi. (...) C'est vrai qu'on a les moyens de faire autre chose que ce que font les autres médecins. Donc on a l'impression quand même d'être utile, de soutenir pas mal de familles » (Dr Dalle, Pédiatre).

Pour valoriser leur pratique quotidienne les intervenants des services mobilisent alors la notion d'utilité et la confrontent à celle de la médecine de ville. La finalité d'une telle démarche est de montrer que la médecine de ville, qui ne soigne « que des petits bobos » est en définitive nettement moins utile à la société que la PMI, qui, elle, s'intéresse à des problèmes plus sérieux et plus profonds. Par cette mise en œuvre de l'utilité, les intervenants défendent la raison d'être du service dans lequel ils travaillent. Nous l'avons déjà évoqué brièvement, les intervenants de PMI souffrent parfois d'un manque de reconnaissance de la part des autres professionnels de la santé. Qualifié de planque où il s'agit d'aller quand on a « rien envie de foutre »¹⁵⁴, le service est davantage connu pour la régularité de ses emplois du temps que pour le travail qui y est effectué. À ce premier manque de reconnaissance, s'ajoute la dimension préventive du service, sa définition comme service de santé « qui ne soigne pas ». Ce sont essentiellement les médecins et les infirmières qui déplorent cette « absence de soins » dans leur pratique quotidienne. Les infirmières expriment alors un manque de

¹⁵⁴ Cf. extrait d'entretien cité dans la sous partie « un travail pas trop prenant » dans la première section de ce chapitre.

« technique » dans leur pratique et les médecins un regret de la « thérapeutique », parfois même une frustration.

« C'est difficile en tant que médecin, d'avoir le malade sous la patte et de ne pas prescrire » (Dr Mancini, pédiatre).

Alors que « l'évolution récente de la médecine s'est faite en faveur de la dimension scientifique au détriment des dimensions affectives et sociales » (Aïach et al, 1994 : 36) ces médecins doivent défendre leur pratique qui, pour médicale qu'elle est, est largement dominée par la dimension relationnelle et sociale, au détriment du scientifique. C'est alors en réponse à cette dévalorisation de leur pratique par les autres professionnels de santé et à cette éventuelle frustration vis-à-vis d'une pratique technico-thérapeutique absente que cette insistance sur l'aspect utilitaire et différent de la pratique de PMI doit être lue.

2. L'utilité comme « principe de vie »

Mais si cette revendication utilitariste des intervenants dans le cadre de leur travail peut être lue comme une tentative de légitimation du service et de son action, cette notion d'utilité dépasse parfois le seul cadre du travail pour toucher la personne même de l'intervenant.

« Quand on a besoin de moi je suis contente. Je me dis, ben au moins, j'ai pas travaillé pour rien, je suis quelqu'un » (Florence, puéricultrice).

La notion d'engagement dans le service et dans le travail réalisé dépasse ainsi le simple cadre de l'exercice professionnel jusqu'à établir un lien direct entre le fait d'être utile aux familles et la notion plus globale d'existence en tant que personne, en tant qu'acteur social¹⁵⁵. Nous retrouvons alors pleinement l'idée du professionnel de PMI engagé dans son travail quotidien, investi dans la mission du service pour lequel il travaille.

« C'est simplement pour être auprès des enfants, pour aider les mamans. Donc on se réalise complètement » (Patricia O., puéricultrice).

¹⁵⁵ Ce principe de définition de la personne en fonction de l'utilité sociale de son travail nous renvoie à ce qu'écrivait Catherine Deschamp-Le Roux (1994) à propos des médecins : « La pourvoyance, tel que le concept en a été proposé par le sociologue A. Memmi (1979), est « ce qui répond à l'attente du dépendant ». Dans le cas de la pourvoyance médicale, le soignant pourvoit aux besoins de quelqu'un dépendant de ses soins. La pourvoyance peut caractériser le rôle social du soignant. Dans ce contexte théorique, le concept de pourvoyance médicale introduit une dimension globalisante. Pourvoir aux besoins de quelqu'un procure de nombreuses satisfactions (être utile, être l'autre, celui qui sait et qui a le pouvoir) » (p.94).

L'aspect existentiel auquel ramène ce sentiment d'utilité, éprouvé au travers du travail quotidien, se rapporte à plusieurs éléments propres aux services de PMI. L'aide apportée aux mères en difficulté, le soutien éducatif conféré à des enfants en carence, les liens avec les services de protection de l'enfance mais aussi, et peut-être surtout, le fait de s'adresser principalement aux populations les plus défavorisées de la société.

Ici, la notion d'utilité est essentiellement mobilisée dans le sens de l'aide à autrui, dans la manifestation et l'expression d'un sentiment altruiste. Il est alors intéressant de faire un rapprochement entre les discours recueillis auprès de ces professionnels de la petite enfance et l'analyse qu'ont menée Bénédicte Harvard Duclos et Sandrine Nicourd des discours de bénévoles associatifs dans un article publié en 2005. Dans cet article portant sur l'engagement bénévole dans des associations d'entraide, les auteurs partent du constat que « les bénévoles mettent toujours en avant dans les raisons qui les ont poussés à s'engager, le désir d'être utiles, de servir aux autres » (Harvard Duclos et Nicourd, 2005 : 61). À partir de ce constat, elles retracent la genèse de ces élans altruistes pour montrer qu'ils ne tiennent pas de l'aspiration individuelle mais sont socialement construits. Elles montrent alors que l'engagement bénévole dans les associations d'entraide s'inscrit bel et bien dans des parcours biographiques. Cet engagement occupe une réelle fonction de construction de l'identité de la personne. Il permet, soit d'établir une continuité biographique dans des parcours souvent discontinus, soit de « restaurer une identité blessée » en « permettant la reconquête de la dignité et d'une estime de soi » (ibid. : 66). En dernier lieu, cet engagement est aussi la possibilité pour certains bénévoles d'accéder au « salut » individuel¹⁵⁶ en menant une action dirigée vers le collectif. Avec toutes les nuances qu'il convient d'apporter dans la comparaison entre des bénévoles associatifs d'un côté et des fonctionnaires territoriaux de l'autre, nous retrouvons ici, dans le lien qui est fait entre engagement et éducation religieuse, ce que Marie-Anne Blanc avançait dans sa thèse (Blanc, 2000) à propos des

¹⁵⁶ « Pour certains, la socialisation religieuse s'est construite dans la jeunesse dans des milieux sociaux favorisés et conservateurs, dans lesquels la religion allait de soi et n'était pas interrogée. Ces individus mettent alors spontanément en avant une conception de la religion ancrée dans la charité, au sens évangélique du terme. (...) À la base de la certitude qu'il faut s'engager, on trouve chez nombre de bénévoles une fois chrétienne acquise dès la jeunesse et réactivée par la participation active à des groupes religieux (scoutisme, groupes de parole, aumônerie, Jeunesse Ouvrière Catholique...). Elle se caractérise par l'obligation d'être prouvée dans les actes et d'engager un rapport missionnaire au monde » (Harvard Duclos et Nicourd, 2005 : 69).

médecins de PMI et des raisons de leur engagement dans l'action de protection maternelle et infantile.

En acceptant la présentation qui vient d'être faite de la genèse de l'engagement en PMI, il nous faut encore éclairer le principe de son développement. C'est là encore vers l'article de Harvard Duclos et Nicourd que nous nous tournons. En effet, un des points forts de leur argumentation est de montrer que l'engagement en tant que construction sociale nécessite, d'une part, des attentes identitaires (construites dans l'éducation primaire et secondaire et résultant des parcours biographiques) et, d'autre part, un cadre social adéquat à l'assouvissement de ces attentes.

L'analyse ainsi menée de l'engagement des bénévoles associatifs nous semble pouvoir s'étendre à bien d'autres types d'engagements dans de nombreuses situations. « Tout comme la « vocation » n'est pas le simple produit d'une volonté, d'un élan, d'un choix personnel, mais le résultat d'un ajustement entre histoire sociale personnelle et institution qui la suscite et la reconnaît, dans des conditions sociales et historiques particulières, de même nous avons cherché à montrer comment les personnes qui s'engagent aujourd'hui ne peuvent le faire que dans des collectifs en mesure de les reconnaître » (Harvard Duclos et Nicourd, 2005 : 72). Ainsi, nous allons voir maintenant en quoi le travail en PMI se révèle être un cadre propice au développement de l'engagement personnel.

3. L'organisation du service comme moyen d'engagement

Le sentiment d'utilité comme valeur professionnelle et personnelle telle que nous l'analysons dans ce chapitre est aussi à rapprocher du mode de fonctionnement et d'organisation des services de PMI. Comme dans la plupart des organisations, le travail global d'une équipe de professionnel s'effectue par division et répartition entre les différents intervenants de l'ensemble des tâches à effectuer par le service. Et si les services de PMI sont administrativement très hiérarchisés, le poids de la hiérarchie est nettement moindre dans l'exécution des tâches quotidiennes.

« Moi je ne reçois d'ordre que du médecin de secteur. Enfin, d'ordre directif. Donc moi je fais, pas un peu ce que je veux parce que j'ai quand même un travail à faire, mais j'ai pas « fais ceci, fais cela » j'ai tant d'école à faire, je me débrouille pour les faire comme je veux » (Dr Menis, pédiatre).

Ce mode de fonctionnement a des répercussions très importantes sur la réalisation du travail et sur le vécu de celui-ci par les intervenants. Depuis le début de ce travail, nous parlons davantage des intervenants de PMI que des différents professionnels qui composent les équipes. Toutefois il existe des différences entre ces professionnels tant dans le rôle qu'ils occupent au sein du service que dans la répartition des différentes tâches qui composent l'activité du service dans son ensemble. Ainsi, pour illustrer l'influence du mode d'organisation des services sur l'engagement et l'identification possible des professionnels à leur travail, nous allons ici prendre l'exemple des puéricultrices, catégorie professionnelle la plus représentée dans les services de PMI.

Parmi les services et institutions dans lesquelles les puéricultrices peuvent être amenées à travailler nous retrouvons les crèches, les services de pédiatrie et de néonatalogie, les CAMSP, les CMPP, la PMI, etc. Dans chacun de ces services, la composition de leur travail quotidien, les tâches à effectuer, les responsabilités dont elles seront dotées varient considérablement et ce, en fonction de l'orientation du service, de la composition de l'équipe, de la position occupée dans la hiérarchie, etc. Suivant les services, les puéricultrices peuvent éprouver certaines difficultés à faire reconnaître la spécificité de leur formation et de leur rôle au sein d'une équipe. Les situations de concurrence professionnelle sur les tâches quotidiennes avec les assistantes sociales ou les auxiliaires de puériculture sont en effet fréquentes (Montlibert, 1980). Ces difficultés de reconnaissance de rôle et de délimitation de champ de compétence semblent nettement moindres pour les puéricultrices exerçant en PMI que pour les autres.

« En PMI on occupe un rôle propre, à l'hôpital on ne fait que des tâches qui nous sont déléguées, on n'a pas de rôle propre. En PMI, on fait le travail de puériculture, le travail qu'il me semble normal de faire pour une puer. (...) Quand je suis partie dans les autres services, on n'était plus les éléments indispensables, on était des pions, on était des numéros et c'était le chirurgien qui était le chef » (Florence, Puéricultrice).

Plusieurs éléments importants, sur lesquels il nous faut nous arrêter, se dégagent de cet extrait. Tout d'abord, la question du « rôle propre » de la puéricultrice. Cette notion se retrouve souvent dans les discours des intervenants para-médicaux des services (essentiellement puéricultrice et auxiliaire de puériculture). Elles se distinguent alors des infirmières, des assistantes sociales ou des aides-soignantes avec qui elles ont pu être en concurrence directe dans les services hospitaliers. Au travers de cette expression du « rôle propre », est alors manifestée la satisfaction d'avoir une place

spécifique dans le fonctionnement des services. Cette place spécifique allant de pair avec un certain nombre de tâches et d'actes qu'il revient à la puéricultrice d'effectuer. L'évocation de ce rôle propre souligne alors, d'une part, le fait qu'en PMI les puéricultrices ne peuvent être remplacées par des professionnels dotés d'une autre qualification et, d'autre part, une reconnaissance de leur formation et de leur spécificité en tant que professionnels de la petite enfance.

Mais cette notion du rôle propre est aussi directement mise en opposition avec la position « d'exécutante », et c'est, là aussi, un principe souvent relevé dans les discours. La répartition des tâches telle que nous avons pu l'observer confère à chaque professionnel une double autonomie, à la fois dans l'organisation de son emploi du temps et dans les techniques de travail adoptées. Nous avons vu au cours du chapitre IV que les intervenants des consultations disposent d'une certaine marge de manœuvre sur les principes de prévention et l'importance relative qu'ils peuvent y accorder¹⁵⁷. Sur un plan plus matériel, à l'exception des demi-journées de consultation qui demeurent des temps fixes établis lors de réunions collectives de l'équipe, les intervenants gèrent seuls leur emploi du temps. Ainsi les puéricultrices établissent elles-mêmes l'ordre et le jour de leurs visites à domicile. Elles décident seules de l'ordre des priorités dans les différentes tâches qui leur sont confiées (visites à domicile, en école ou en crèche). Ainsi, c'est plus du tiers de leur temps de travail que ces intervenants organisent de la manière qui leur correspond le mieux.

Cette capacité d'initiative et la relative autonomie organisationnelle dont nous venons de faire part s'accompagnent d'un accord tacite de la hiérarchie. Les médecins responsables des services laissent volontairement les puéricultrices organiser « comme bon leur semble » leur temps de travail. De fait, relativement indépendantes dans leurs choix professionnels, autonomes dans l'organisation de leur emploi du temps et peu contrôlées par leur direction, les puéricultrices se retrouvent intégralement responsables du travail qu'elles effectuent. C'est sur la base de ce triptyque que se compose le « rôle propre » de la puéricultrice de PMI. Autonome, responsable et indispensable au fonctionnement de l'institution, la puéricultrice de PMI occupe encore le rôle de

¹⁵⁷ Nous renvoyons ici à la définition des différents segments professionnels et à leur articulation autour des notions de « social » et de « prévention ».

« cheville ouvrière de la protection sanitaire de l'enfant »¹⁵⁸ qui lui était conféré dès 1951.

Ainsi, la notion « d'utilité » sur laquelle nous avons ouvert cette section se conjugue à différentes échelles pour les intervenants rencontrés et notamment pour les puéricultrices. Il y a un premier niveau d'utilité, qui s'oriente en direction des familles, des usagers des services. Ce premier niveau peut être rattaché au choix originel d'une profession médicale ou para-médicale comme lieu d'inscription de l'aide à autrui (Bouchayer, 2004). Il s'agit alors d'une utilité professionnelle en tant que membre d'une profession exerçant dans une position estimée socialement utile.

À cela s'ajoute un second niveau d'utilité, pour les puéricultrices, comme reconnaissance de leur rôle spécifique à l'intérieur d'une institution et pour le bon fonctionnement de celle-ci. Il s'agit alors d'une utilité en tant que personne, professionnellement qualifiée et participant au bon fonctionnement de son institution d'appartenance.

Si les médecins et auxiliaires de puériculture présentent de la même manière le premier niveau d'utilité de l'exercice de PMI, ils diffèrent sensiblement pour le second niveau. En effet, les médecins se posent moins la question de leur utilité au bon fonctionnement de l'institution et notamment pour ce qui est des consultations. Si nous discuterons plus précisément de l'usage du médical dans les consultations dans le chapitre suivant, nous pouvons dores et déjà noter que les consultations de protection infantile se tenant sans médecin sont le fait d'exception. Ainsi, dans le fonctionnement institutionnel, les médecins sont, à minima, indispensables à la tenue des consultations. Les auxiliaires de puériculture se sont souvent présentées à nous comme les « petites mains de la PMI » ou la « cinquième roue du carrosse ». Situées au bas de l'échelle hiérarchique, les auxiliaires de puériculture sont officiellement nommées pour assister les puéricultrices et les médecins dans leur travail lors des consultations et des visites en école. Elles connaissent alors le même positionnement professionnel que les aides-soignantes et les mêmes difficultés dans la définition de leur rôle propre (Arborio, 2001).

¹⁵⁸ Pr. M.Lelong et Dr. F.Alison, 1951, cité par Norvez, 1990 : 99

Au cours de ce troisième et dernier point, nous cherchions à élucider l'apparente contradiction relevée entre, d'un côté, des motivations d'entrée en PMI majoritairement dépendantes de questions matérielles et pratiques, et, d'un autre côté, un discours et une idéologie présentant le travail effectué dans le service comme découlant d'une réelle volonté personnelle et d'un engagement professionnel fort.

La réflexion conduite autour de l'utilité comme valeur majoritairement partagée nous a permis de comparer l'engagement des professionnels de PMI et celui des bénévoles d'associations d'entraide. L'analyse menée sur ces derniers nous a permis de rejoindre les travaux antérieurs menés sur les médecins de PMI et leur engagement comme « missionnaire convaincu ». Rendu compréhensible par l'articulation qui est faite avec la notion d'utilité, il nous restait encore à analyser les conditions nécessaires au développement et à la stabilisation de l'engagement personnel dans le travail quotidien de PMI. C'est alors l'analyse du mode de fonctionnement des consultations et d'organisation du travail qui nous fournit une explication pertinente à l'expression et au développement de cet engagement. Ainsi, c'est en croisant les notions de volonté individuelle et de biographie personnelle, avec les principaux éléments de la socialisation secondaire en PMI et le fonctionnement « particulier » de cette institution que nous avons pu éclairer ce qui apparaissait initialement comme une contradiction dans les discours tenus sur l'engagement de ces professionnels.

Chapitre VII.

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 constitutives 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 qualifierons 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-Modes 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 transmits 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 cité. 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 outils 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 ontogénétiquement 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 puériculture).

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'enquière 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 établie. 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 confronter 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 voulons 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 nommions 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

de l'interaction humaine la pratique d'une politique de santé publique nationale (Rosental, 1996).

Conclusion générale

Bien loin d'avoir épuisé le sujet, exploré l'ensemble des facettes et expliqué toute la complexité à l'œuvre dans les consultations de protection infantile, nous avons surtout l'impression, à l'issue du parcours accompli, d'avoir ouvert de nombreuses pistes de réflexion. De fait, avant même d'avoir pu conclure ce travail, déjà des prolongements, d'autres angles d'approches et d'autres questions se présentent.

Cette conclusion est alors à prendre selon deux niveaux de lecture. Un rappel des principaux questionnements soulevés sera l'occasion de formuler de manière concise les éléments de réponse que nous y apportons. Un second niveau, articulé au premier, expose quelques-unes des pistes de recherche et de réflexions sur lesquelles ouvre notre travail.

La forme particulière du médico-social

En premier lieu, nous proposons de réfléchir au plus près du fonctionnement d'un service sur la signification de sa désignation par la formule « médico-social ». Nous avons pu montrer que l'articulation entre la dimension médicale et la dimension sociale de la prévention est un principe qui remonte aux toutes premières mesures adoptées dans le champ d'intervention auprès de la petite enfance. Au fil du temps et des évolutions techniques, médicales et sociales, ce double développement du médical et du social de la PMI a perduré et s'est renforcé. Ainsi, le travail effectué et la prévention réalisée dans ces consultations ne consistent pas en une simple articulation de deux éléments distincts et complémentaires.

Il s'agit d'une forme particulière de travail où ces deux dimensions constitutives de la prévention sont très fortement imbriquées et se révèlent dans bien des situations indispensables l'une à l'autre. De la préservation de la vie à la promulgation d'une vie « en bonne santé », l'objectif des politiques de prévention à destination de la petite enfance n'a cessé d'évoluer au même rythme que la catégorie générale de « santé ».

« La santé devient aussi une supercatégorie normative, aux sens multiples et au champ d'intervention démultiplié : la santé est dans tout et tout est dans la santé. Elle est aujourd'hui, à-t-on pu dire, une des nouvelles façons de nommer le bonheur » (Herzlich, 2000 : 215). Cet enchâssement entre la prévention médicale¹⁹⁴ et l'ensemble du contexte social dans lequel elle s'inscrit constitue en lui-même la première des *dimensions sociales* de notre objet.

Le médical à la base

Si le médical et le social sont nécessaires et indispensables l'un à l'autre pour l'élaboration du médico-social, leurs rôles respectifs dans cette alchimie, faute d'être clairement définis ne sont pas interchangeables et contiennent des modalités spécifiques d'agencement. Ils ne s'intéressent pas aux mêmes éléments de la vie des individus et ne requièrent pas les mêmes modalités d'intervention. Pour ce qui est de la prévention réalisée dans les consultations de protection infantile, la plupart des actions menées prennent appui sur cette dimension médicale. Ainsi les actions de médecine préventive sont le *socle* de cette politique de prévention et servent à plus d'un titre de *support*¹⁹⁵ à son élaboration autant qu'à sa mise en œuvre.

La prévention médicale est une *base historique* de l'action préventive à destination de la petite enfance. La loi Roussel, première grande loi de protection de l'enfance, vise à contrôler les mesures d'hygiène dont bénéficient les enfants placés en nourrice hors du domicile familial et s'appuient sur des critères de mortalité et de morbidité des jeunes enfants. De même lors de l'instauration de la PMI et de sa généralisation à l'ensemble du territoire nationale au lendemain de la seconde guerre mondiale, ce sont avant tout des campagnes de vaccination qui sont mises en place pour retrouver les taux de mortalité materno-infantile d'avant-guerre.

¹⁹⁴ Dans cette conclusion nous parlerons de mesures médicales par opposition à tout ce qui tient aux dimensions sociales du travail. Nous désignerons ainsi l'ensemble des mesures de type médical et paramédical que comprennent les consultations, englobant de fait, autant les vaccinations et auscultations médicale que les pesées et mesures de l'enfant ou les conseils de puériculture. Il n'est pour autant aucunement question de confondre ces différentes mesures, il s'agit simplement d'alléger le texte.

¹⁹⁵ Nous empruntons ici à Robert Castel (2009) ces notions de *socle* et de *support*. L'usage que nous en faisons ici est de type « générique », le *socle* désignant alors ce qui est nécessaire à la réalisation de quelque chose et les *supports* les différents éléments qui participent à l'élaboration d'un socle.

La dimension médicale sert aussi de *base pour évaluer* l'efficacité des mesures mises en place. Mesurables et quantifiables c'est bien souvent en termes d'action de prévention médicale que les objectifs de la PMI sont fixés. C'est par exemple à partir du moment où les taux de mortalité infantile sont revenus dans des limites « acceptables » qu'au début des années 1960 de nouvelles mesures de « prévention sociale » sont adoptées.

Ainsi les mesures de prévention médicale peuvent aujourd'hui être perçues comme une *base essentielle à minima* de l'action des services. Elles constituent d'une part le principe d'action auquel tout service de protection infantile souscrit et représentent d'autre part les dispositions obligatoires auxquelles doit aujourd'hui souscrire tout enfant de moins de six ans résidant en France. Elles constituent alors l'essence même de cette prévention médico-sociale, elles lui sont nécessaires mais insuffisantes.

Le médical est aussi une *base de légitimation* de l'action du service auprès de certains usagers. Bien que souvent intrusive, la médecine bénéficie d'une légitimité d'intervention (Fassin, 1998a) que ne recouvre pas l'intervention sociale. Par extension, mais aussi par un jeu de bénéfices plus immédiats et plus directement visibles de leur action¹⁹⁶, les mesures obligatoires de prévention médicale sont un des rares moyens institutionnels d'accéder à toute une catégorie de la population parmi laquelle les franges les plus fragiles et les moins accessibles. La « carte sanitaire » que présente la PMI permet souvent de passer outre certaines réticences que peut soulever une intervention purement sociale. L'enchâssement particulier du médical et du social que présente la PMI permet alors de mener à bien une action sociale potentiellement systématique qui ne pourrait être menée dans une autre configuration. À ce titre, nous avons vu, notamment dans notre dernier chapitre, que cette base médicale se révèle indispensable à la réalisation du travail de « prévention sociale », les consultations étant parfois les seuls contacts que des mères de familles ont et acceptent d'avoir avec une quelconque institution, quand ce n'est pas le seul moment de sortie du domicile qu'elles s'accordent.

L'ensemble des raisons évoquées placent le médical à la base de l'action médico-sociale des consultations de protection infantile et justifient que les équipes de PMI

¹⁹⁶ Par exemple, sitôt opérée, la vaccination empêche la maladie de l'enfant.

soient en très grande majorité composées d'intervenants médicaux et paramédicaux. Ce critère de composition des équipes se présentant alors comme une condition nécessaire à la réalisation du travail spécifique de ces consultations. Cela nous conduit à rappeler que de tels services ne peuvent et ne doivent pas être confondus avec, ou considérés comme, des services sociaux.

Mais ces mêmes critères de composition des équipes et de positionnement vis-à-vis des services sociaux ne sont pas non plus sans conséquences sur le travail réalisé, notamment vis-à-vis *des dimensions sociales* de la prévention.

Quelle prévention, pour quelle mission ?

Que la prévention médicale soit une base nécessaire à l'action de prévention médico-sociale ne veut pas dire que le social est simplement accroché au médical et qu'il en est totalement dépendant. Un regard sur les possibilités d'agir sur chacun d'eux permet d'éclairer en quoi la prévention médicale, bien que nécessaire et fondamentale, en est aussi une action à minima.

En effet, les principes d'action de chacune de ces dimensions sont suffisamment différents pour ne pas être placés sur le même plan. Alors qu'une action de prévention médicale se nomme, s'identifie et se définit de façon relativement claire et nécessite l'intervention de la médecine, il n'en va pas de même pour ce qui est d'une action de « prévention sociale ». Pour cette dernière, la mise en forme et la définition des moyens d'action prêtent à discussion (Chauvière, 2007b) et les résultats revendiqués ou attendus se révèlent souvent délicats à interpréter et plus complexes à mesurer. De plus, faire de la « prévention sociale » requiert une intervention tout à la fois de et sur « la société ». Nous ne sommes plus alors dans une simple action de prévention auprès de la petite enfance, réalisée dans des consultations gratuites mais dans une action d'une autre envergure politique qui dépasse très largement la question de la santé maternelle et infantile et les moyens de la PMI.

On peut dire que les services de PMI ont pour mission de faire de la prévention et du « contrôle social », au sens durkheimien du terme, c'est-à-dire, assurer la cohésion sociale en aidant les familles à s'intégrer dans la société, que ce soit en veillant sur la santé des femmes enceintes et des enfants, ou en assurant les liaisons avec les différentes institutions et notamment les services sociaux. Toutefois, « Pouvoir

s'accomplir comme un individu libre et responsable, ou même, plus modestement, pouvoir se conduire comme un acteur social indépendant, est tributaire de conditions - je les appellerai des "supports" - qui ne sont pas données d'emblées et qui ne sont pas données à tous » (Castel, 2009 : 403). L'ensemble de ces supports constitue le socle social nécessaire (mais pas suffisant) à chacun pour qu'il se constitue comme individu autonome au sein d'une société. Les situations psychologiques, économiques, sociales dans lesquelles se trouve une part importante des familles qui se présentent aux consultations sont parfois très « lourdes ». Quelles sont alors les possibilités d'action pour aider à l'intégration lorsque ces familles ne disposent pas « des supports nécessaires pour assurer leur indépendance sociale » (Castel, 2009 : 431) ? C'est ce que donne à voir l'ordinaire de ces consultations.

Par leurs pratiques quotidiennes de langage, d'attention et de compassion c'est un soutien personnel et institutionnel que les intervenants accordent à des familles dont les supports sociaux nécessaires à une pleine réalisation font souvent défaut. Ce principe n'est pas sans coût pour les intervenants qui bien souvent doivent « prendre sur eux » et faire le deuil du travail idéal, d'une prévention qui faite une fois, ne serait plus à recommencer.

« Ces gens ils sont en difficulté, qu'est-ce que tu veux faire comme prévention ? Ils arrivent, ils... ouais, tu peux mais... enfin nous on a pas le pouvoir de l'argent » (Karine, Auxiliaire de puériculture).

Le pouvoir de l'argent est ici érigé comme la solution miracle, celle qui permettrait de résoudre les difficultés de « ces gens ». Mais le raccourci qui est fait n'est que discursif. Il est impossible d'identifier l'ensemble des supports qui constituent le socle nécessaire au devenir de l'individu. Mais parmi ceux qui font le plus fréquemment défaut à « ces gens », nous pouvons citer le travail (qui procure de l'argent), un logement stable et de la nourriture régulière (qui nécessitent de l'argent), mais aussi un réseau social et familial (souvent réduit à sa plus simple expression à la suite d'un parcours migratoire). « *Les individus sont inégalement supportés pour être des individus*, et l'on peut être plus ou moins un individu en fonction des supports, ou de l'absence de supports, nécessaires pour le devenir » (Castel, 2009 : 404). Certes, les supports ne sont pas invariants mais le logement, la nourriture et un minimum de soutien social et familial sont ceux qui, au regard de la mission de prévention orientée vers la petite enfance, font le plus souvent défaut aux usagers des consultations.

Le social en actes

La prévention médicale et paramédicale se réalise au travers d'actes spécifiques, clairement définissables et identifiables. Qu'il s'agisse d'actes techniques tels la vaccination, la pesée ou la mesure, ou d'actes de langage tel que la diffusion de conseils de puériculture, ces différentes formes d'intervention préventive destinées aux usagers des services (les mères ou les enfants) sont le fruit d'un apprentissage des intervenants et se trouvent clairement énoncés dans la répartition des tâches de travail entre eux.

Schématiquement, les mesures de « prévention sociale » mises en œuvre dans les consultations peuvent être réparties en deux types. D'un côté se trouvent les procédures administratives, les liaisons à établir avec les autres institutions en rapport avec l'enfant. Les liens avec les services sociaux et le travail mené avec les services d'Aide Sociale à l'Enfance sont à ce titre emblématiques. Si une certaine marge de manœuvre existe d'une consultation à une autre ou d'un département à l'autre, dans l'ensemble, ce principe de liaisons et de travail « en partenariat » est clairement défini et répond à un certain nombre de procédures institutionnelles et administratives précises. D'un autre côté, se trouve le travail effectué dans les consultations au fil des interactions entre intervenants et usagers. Nous avons vu, tout au long de cette thèse, l'importance que recouvrent des situations d'apparence anodine, des petits gestes du quotidien, des discussions a priori sans intérêt. C'est sur l'ensemble de ces petits rien, un verre de thé ou une question, quelques secondes d'attention ou un regard, que repose en grande partie le type de prévention sociale identifiée dans ces consultations. Ces gestes ne sont pas le fruit d'un apprentissage formel, ils ne figurent dans aucun texte et ne sont que rarement présentés comme des techniques de travail à part entière.

En cela, leur apprentissage, leur utilisation tout comme leurs modalités de mise en oeuvre demeurent à l'appréciation de chaque intervenant et, pour un même intervenant, de chaque situation rencontrée. Nous avons montré que les variations d'usage de ces différentes techniques renvoyaient à la segmentation du groupe professionnel des intervenants. Cette segmentation s'opère autour de normes et valeurs qui renvoient à leur tour au sens que chaque intervenant attribue à la mission de la PMI, aux limites qu'il estime être celle de la prévention et du rôle qu'il estime être le sien au sein de ce vaste ensemble. Si la théorie de la segmentation professionnelle montre les lignes d'oppositions qui se font jour entre différentes représentations de la PMI par ceux qui

l'exercent, la notion de « genre » (Clot, 2006) rend compte du regroupement qui a lieu entre différents intervenants appartenant au même segment¹⁹⁷. Les règles implicites de fonctionnement d'une consultation seront alors variables en fonction du « genre » professionnel qui y est dominant. À chaque genre correspond une manière de saisir les situations familiales et de mettre en place les mesures de prévention sociale dont le service est en charge. Au-delà des disparités qui en découlent entre les centres de consultations, cela permet de souligner que la part quotidienne et non administrative de ce travail social préventif dépend de chaque intervenant et de chaque usager. Ainsi, la manière dont chaque intervenant gère une situation « donne un sens différent à l'action, et par là même modifie les effets pour les bénéficiaires » (Moulière, 2001). La mise en pratique des dimensions sociales des consultations est alors fortement dépendante de l'appréciation personnelle que les intervenants du service portent sur chaque situation familiale (Dubois, 2003) et par la même de l'engagement et de l'implication de chacun dans son rôle professionnel et du sens qu'il donne à l'action du service. Voilà donc une autre forme d'individualisation d'un travail social dont les fondements sont pourtant inscrit dans une perspective collective (Castel, 2005).

Du côté des émotions

Un regard rapide sur les émotions ressenties par les intervenants, éclaire encore un peu plus leur situation de travail et leurs raisons d'agir. Le point de départ de notre réflexion était l'analyse de la formule (magique ?) « médico-social ». Notre intention était de lever le voile sur cette dimension « magique » en éclairant la partie la plus mystérieuse de la formule : *les dimensions sociales* du médico-social. Notre travail montre qu'une part importante de ces dimensions sociales réside dans les sensibilités des acteurs, qu'ils soient usagers ou intervenants, et dans leur capacité à se laisser affecter par les situations tout en sachant ne pas s'y laisser prendre. Au-delà du simple mot d'esprit, la référence à la magie est un clin d'œil à Jeanne Favret-Saada dont nous

¹⁹⁷ « Un genre relie toujours entre eux ceux qui participent à une situation, comme des coacteurs qui connaissent, comprennent et évaluent cette situation de la même façon. L'activité qui se réalise dans un genre donné a une partie explicite et une autre partie « sous-entendue » (...) La partie sous-entendue de l'activité est ce que les travailleurs d'un milieu donné connaissent et voient, attendent et reconnaissent, apprécient ou redoutent ; ce qui leur est commun et qui les réunit sous des conditions réelles de vie ; ce qu'ils savent devoir faire grâce à une communauté d'évaluations présupposées, sans qu'il soit nécessaire de re-spécifier la tâche chaque fois qu'elle se présente » (Clot, 2006 : 34).

rejoignons ici les observations sur la sorcellerie (Favret-Saada, 1985). La mise en place des dimensions sociales des consultations nécessite que les acteurs soient affectés, sans quoi, le travail ne prend pas. En somme, notre recherche aura consisté à *désorceler* (Favret-Saada, 2009) cette dimension sociale du travail dans les consultations de protection infantile.

L'apprentissage de la bonne distance

La gestion des émotions est un point que tous les métiers en relation avec le public ont en commun. Qu'il s'agisse de policiers (Loriol *et al.*, 2006) de guichetiers de la poste (Jeantet, 2003), d'infirmières (Drulhe, 2008) et de soignants (Jaffré, 2002) ou d'opérateurs des pompes funèbres (Bernard, 2008), tous ont en commun la gestion de leurs émotions comme nécessité dans la réalisation de leur travail auprès du public. Cet appel à l'anthropologie des émotions permet de présenter un mode de lecture intéressant du positionnement professionnel qu'adoptent et revendiquent les intervenants des consultations. En effet, un des apprentissages auquel ils se livrent consiste à trouver la bonne distance vis-à-vis des usagers. Ils doivent à la fois apprendre à être suffisamment proche des usagers pour comprendre leurs demandes, pour « sentir » leurs attentes vis-à-vis du service mais aussi apprendre à ne pas tomber dans « le piège de la compassion » (Goffman, 1968). « Si tu pleures avec eux, tu ne sers à rien » nous disait à ce propos une auxiliaire de puériculture.

Surcharge émotionnelle

« Travailler en empathie » est une formule que nous avons souvent entendu, la proximité avec l'utilisateur étant valorisée comme un moyen de travail en tant que tel. Mais il faut aussi ne pas être trop proche, pour se préserver en tant qu'individu et se maintenir comme professionnel. Ce contrôle émotionnel est un travail sur soi pour adapter ce qui transparaît aux conditions de la situation. Il permet aux intervenants d'afficher « le masque de circonstance ». Mais ce juste milieu, cette posture idéale, est davantage de l'ordre de la mise en forme des émotions que d'une véritable régulation de leur intensité ; ce jeu des apparences dépasse bien souvent la superficialité du visible. Les émotions emmagasinées, retenues par professionnalisme le temps du travail, s'extériorisent dans les quelques moments de relâche, où les intervenants s'extraient des situations d'interaction (Loriol et Caroly, 2008) en se soustrayant du regard des

usagers¹⁹⁸. Le plus souvent c'est à la fin des journées de travail, au sortir des consultations que ces surcharges émotionnelles se déchargent.

« C'est comme quand tu regardes la télé, que tu as des images « difficile, difficile, difficile, difficile... », tu vois, et qu'après tu arrives à un moment où... moi des fois, j'arrive à la maison, j'ai besoin de souffler mais il faut pas que je rentre directement chez moi. J'ai vraiment besoin de lâcher, parce que je suis émotionnellement surchargée » (Christine, Auxiliaire de puériculture).

En outre, si le personnel hospitalier travaille sur des personnes malades, les intervenants de PMI travaillent auprès d'enfants sains. Les difficultés et souffrances auxquelles ils sont confrontés sont majoritairement d'ordre économique et social. La distanciation avec le vécu des familles n'en est alors que plus difficile. Contrairement à ce qu'imaginait une puéricultrice qui a quitté l'hôpital pour établir une séparation plus nette entre sa vie privée et sa vie professionnelle¹⁹⁹, il est très fréquent que les situations difficiles rencontrées dans la journée « poursuivent » les intervenants après leurs horaires de travail, le contrôle des émotions mis en place à un moment débordant alors sur le « hors-travail » (Jeantet, 2003).

« Je me suis adaptée, habituée. Je ne sais pas comment te dire. Bon en plus, après, une fois que je rentre chez moi, j'attrape le mien [mon enfant], je me dis qu'il est privilégié et puis ça fait, ça me lave un peu la tête, (...) je compense comme ça » (Karine, Auxiliaire de puériculture).

Les situations de surcharge émotionnelles répétées dans un cadre de travail, impliquent nécessairement à plus ou moins longs termes un certain nombre de conséquences pour le personnel du service. Les situations fortement génératrices d'émotions sont celles où un travail relationnel et de prévention sociale est entrepris. Marc Lorient (2003) établit un lien entre engagement personnel, quête inaccessible d'un idéal et risque d'épuisement professionnel. Le travail de prévention sociale dont il est question ici et dont nous avons établi qu'il était fortement lié à l'engagement de chaque intervenant, relève d'un inaccessible idéal du fait de l'absence de limites à la prévention et du manque de « supports » que présentent les familles.

¹⁹⁸ Nous signalions à ce propos l'existence d'espaces « refuges » dans les consultations

¹⁹⁹ « L'attente de la PMI c'était un stress différent, c'était ne plus apporter le boulot à la maison. Voilà, c'était ça ! Ce qui était peut-être une erreur, parce qu'on a eu quelques situations embêtantes. Bon, on ne peut pas s'empêcher de penser à un gosse qu'on vient de placer dans un foyer. On ne peut pas s'empêcher d'y penser, mais il n'est pas en danger de vie et de mort. Enfin, jusqu'à présent dans mon boulot de PMI j'ai jamais été confrontée à un enfant qu'on a du lever... enfin, c'est faux ce que je vous dis parce que quand on les sent en danger, si on les enlève, c'est qu'on sent qu'il y a un danger. Mais ce n'est la même mort, c'est pas la même souffrance, c'est différent, c'est beaucoup du psychologique en PMI » (Sandra, puéricultrice).

Face à ce risque d'épuisement professionnel, des modalités de régulation du vécu des situations difficiles par les intervenants sont nécessaires. Institutionnalisées, celles-ci prennent la forme de séance de « supervision » où, accompagnés d'un psychologue, les intervenants échangent sur leurs pratiques « expose[nt leurs] difficultés » ou « décharge[nt] les situations lourdes qu'[ils] se trimballe[nt] ». Mais de telles instances n'existent pas toujours, par manque de temps et/ou de moyens. C'est alors sur le collectif que les intervenants se reposent. Ils échangent entre eux, lorsque cela est possible, au cours de discussions informelles, en fin de consultation, « le plus souvent entre deux portes ».

Alors que du sens que les intervenants accordent à leurs pratiques découlent le sens et la portée de l'action du service, la surcharge de travail fait que les moments de discussion autour de ces pratiques sont rares et font souvent défaut. Ainsi, les réunions d'échange entre cadres du service et intervenants ou simplement entre intervenants sont les premiers postes à être sacrifié dans les emplois du temps, réduisant ces espaces de réflexion à la dimension de confort dans le travail. Il semble pourtant que compte tenu des conditions de réalisation de cette prévention, de l'importance que recouvre l'action des intervenants au quotidien, déterminante pour la portée d'ensemble du service, ces moments de réflexivité professionnelle sont bien plus qu'un luxe, ils sont une nécessité.

Une pratique non régulable

Nous avons montré que les modes de répartition et de régulation des tâches de travail diffèrent en fonction des « régimes d'activités » auxquels elles s'apparentent. Aux activités médicales et paramédicales définies, régulées et réparties selon les postes et qualifications des intervenants correspondant à l'organigramme du service, répondent les activités « sociales » plus fluides et diffuses et dont la répartition renvoie à des critères de compétences « personnelles » des intervenants. L'existence et la mise en œuvre de ces activités dépendent alors directement des capacités et volontés de chacun. À l'instar du « touché affectif » (Drulhe, 2000) ou « d'un sourire visiblement forcé, (...) une approche mécaniste risque vite de devenir humiliante pour celui qui la met en œuvre comme pour celui qui la reçoit » (Loriol et Caroly, 2008 : 84). Jouant sur les frontières entre le personnel et le professionnel, ces activités relationnelles du travail, qui constituent une autre des *dimensions sociales* des consultations, ne sauraient être

régulées et réglementées, systématisées et institutionnalisées, sous peine de perdre tout leur sens et dans le même temps leur efficacité. C'est dans les « usages » des consultations et les « tactiques » (Certeau, 1990) de ceux qui s'y trouvent, intervenants, familles et enfants, que se construit le fonctionnement et l'efficacité de ces lieux de prévention. De fait, inscrire ces dimensions sociales particulières dans les missions explicites et formellement définies des consultations, en les confiant par exemple à des intervenants qui en seraient officiellement en charge (professionnels de l'écoute et/ou de l'accueil) conduirait à remettre en cause leur mode de fonctionnement, à défaire leur principe d'action, à en changer le sens... à les « tuer » (Chauvière, 2007a).

Pour finir, des liens importants peuvent être tissés entre certains éléments de notre travail et les importants axes de réflexions développés sur le *care* en France depuis peu. Sans pouvoir développer ici cette question, gageons tout de même que nous y retrouverions les principaux éléments de définition du *care* tels que Joan Tronto les a avancés (Tronto, 2008) et un parallèle aux questions posées quant à la possibilité de ne pas limiter l'éthique du *care* à la sphère privée, aux proches et à la famille (Paperman, 2008). Enfin, notre travail rejoindrait la réflexion sur la possibilité d'une institutionnalisation du *care* sans remise en cause de son éthique (Pattaroni, 2005). Ici, nous semble-t-il, se trouve un des prolongements auxquels cette thèse peut donner lieu.

L'invention d'un travail au quotidien

Les éléments que nous venons de poser amènent à réfléchir autrement sur le travail quotidien des intervenants de PMI. Pratique très particulière de la prévention, qui enchâsse une intervention médicale et paramédicale normée et cadrée et un travail relationnel et social.

Dans les situations quotidiennes, il revient aux intervenants d'évaluer les situations des familles mais aussi d'adapter la réponse à y apporter. Dans cette action en deux temps (évaluation-réponse) les intervenants redéfinissent sans cesse le sens de leur action et plus largement de celle du service. S'agit-il d'établir une prévention au long cours, pour que les difficultés rencontrées aujourd'hui s'estompent progressivement jusqu'à disparaître, que les problèmes présentés par une mère ne se reportent pas sur la génération suivante ? Ou s'agit-il de maintenir un lien constant avec une mère pour que les difficultés qu'elle rencontre ne s'aggravent pas ? L'action des intervenants

s'adresse-t-elle à chaque individu qui se présente dans la consultation ou à toute la population que vise cette politique de prévention ?

C'est donc au cours des situations quotidiennes que se redéfinissent en permanence les limites de l'intervention du service et c'est à partir du sens qu'ils donnent à leur action et à la portée qu'ils estiment devoir lui attribuer, qu'il revient aux intervenants d'inventer et de développer les bonnes techniques de travail à mettre en place auprès des usagers des services.

« Il n'y a pas d'uniformité, rien qu'au niveau médical. Donc c'est... t'apprends comme ça, tu fais à ta façon, si c'est la bonne ou pas ? » (Dr Lavois, Pédiatre).

Les consultations jouent un rôle fondamental en tant que structure de première ligne accédant à des populations inaccessibles autrement et les problématiques sociales qui s'y exposent dépassent de loin le seul cadre d'intervention de la PMI. Celles-ci réalisent alors un travail de prévention à la frontière entre la surveillance et la construction de liens sociaux. À l'instar des guichets de la CAF (Dubois, 2003) ces consultations voient leur fonction se déplacer vers une forme particulière et encore très mal connue de « travail social ».

Détermination du sens de l'action, attribution des limites de celles-ci, « bricolage » de techniques de travail adéquates en vue d'une prévention sociale réalisée au quotidien par des professionnels de formation médicale et paramédicale... Dans les consultations s'invente un travail inédit, dont certaines méthodes se transmettent entre intervenants « anciens » et « nouveaux venus ». Plus que le bricolage de techniques de travail appropriées à cette situation particulière, c'est l'invention même d'un travail médico-social qui se joue au quotidien derrière les murs de ces centres de prévention.

Les consultations de protection infantile ne sont pas alors simplement des structures de première ligne en matière de prévention, elles le sont aussi peut-être en termes d'innovation... mais n'ont encore jamais été considérées comme telles.

Bibliographie

"Malgré la fiction de la page blanche, nous écrivons toujours sur de l'écrit"

(Certeau, 1990 : 71)

- Adam P. et Herzlich C., 1994, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Sociologie 128, Nathan Université.
- Agier M., 2005, « Ce qui rend les terrains sensibles... et l'anthropologie inquiète ». in Bouillon et al., 2005, p.175-184.
- Aïach P., 1998, « Les voies de la médicalisation » in Aïach et Delanoë (dir.), 1998, p.15-36.
- Aïach P. et Fassin D. (dir.), 1994, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos.
- Aïach P. et Delanoë D. (dir.), 1998, *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos Economica.
- Aïach P., Fassin D. et Saliba J., 1994, « Crise, pouvoir et légitimité » in Aïach et Fassin, 1994, p.8-42.
- Arborio A-M., 1996, *Les aides soignantes à travers l'hôpital. Trajectoires sociales et ajustements institutionnels*, Paris, Thèse de doctorat EHESS.
- Arborio A-M., 2001, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, col. Sociologique, Anthropos.
- Ariès P., 1973, *L'enfant et sa famille sous l'Ancien Régime*, Paris, Points Histoire, Seuil, [1960].
- Assayag J., 2005, *La mondialisation vue d'ailleurs. L'Inde désorientée*, Paris, La couleur des idées, Seuil.
- Balandier G., 1981, *Sens et puissance. Les dynamiques sociales*, Paris, Quadrige, PUF, [1971].
- Bardet J-P. et Faron O., 1998, « Des enfants sans enfance. Sur les abandonnés de l'époque moderne », in Becchi et Julia (dir.), 1998b, p.112-146.
- Becchi E. et Julia D. (dir.), 1998a, *Histoire de l'enfance en occident. T I. De l'antiquité au XVII^e siècle*, Paris, Seuil, [1996].

- Becchi E. et Julia D. (dir.), 1998b, *Histoire de l'enfance en occident. T II. Du XVIII^e siècle à nos jours*, Paris, Seuil, [1996].
- Bec C., Duprat C., Luc J-N. et Petit J-G. (dir.), 1994, *Philanthropie et politiques sociales en Europe (XVIII^{ème}-XX^{ème})*, Paris, Historique, Anthropos.
- Becker H.S., 1985, *Outsiders. Étude sociologique de la déviance*, Paris, Métailié, [1963].
- Becker H.S., 2002, *Les ficelles du métier*, Guides, Repères, La découverte.
- Becker H.S., 2006, « Sur le concept d'engagement », *SociologieS*, mis en ligne le 22 octobre 2006. URL : <http://sociologies.revues.org/document642.html>. Consulté le 23 septembre 2008.
- Ben Amar M., Yahyaoui-Lakdar D. et Sokraf T., 1994, « Croyances et rituels autour de la grossesse et de l'accouchement au Maghreb » in Yahyaoui A. (dir.), 1994, *Destin de femmes, réalité de l'exil. Interactions mère-enfants*, Grenoble, La pensée sauvage, p.145-162.
- Bernard J., 2008, « Émotions et interactions dans les pompes funèbres. Les ambivalences de l'intéressement » in Fernandez *et al.*, 2008, p.148-187.
- Berger P. et Luckmann T., 1986 (trad.1966), *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens Klincksieck.
- Bertaux D., 2005, *Le récit de vie*, 128, Armand Colin.
- Bertaux R., Schlebert Y. et Bernardi S., 2000, « Logiques professionnelles, logiques institutionnelles, logique de mission » in Chopart (dir.), 2000, p.215-228.
- Blanc M-A., 2000, *Les femmes médecins de PMI : Une problématique de la femme dans la société actuelle*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Provence.
- Bloy G., 2001, « La confiance et ses raisons : une analyse de la relation médecin/malade en médecine générale » In Sylvestre J-P. et Aubert F., 2001, *Confiance et rationalité*, INRA édition, p.285-300.
- Boltanski L., 1977, *Prime éducation et morale de classe*. Cahier du centre de sociologie européenne n°5, Mouton, Paris-La Haye, [1969].
- Bonnet D. et Pourchez L., 2007, *Du soin au rite dans l'enfance*, IRD, Érès.
- Bouillon F., Fresia M., Tallio V. (dir.), 2005, *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*, Centre d'Etudes Africaines, Ecole des hautes études en sciences sociales.
- Bouchayer F., 1981, *L'éducation à l'enfant. La professionnalisation du champ de la petite enfance et la profanisation du champ médical*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS.
- Bouchayer F., 1984, « Médecins et puéricultrices de Protection Maternelle et Infantile. La recherche d'une légitimité professionnelle », *Revue française de sociologie*, XXV, p.67-90.
- Bouchayer F., 2002, « La construction du rôle de soignant : propositions pour une approche socio-anthropologique de la bienveillance et de l'indifférence », *Santé publique et sciences sociales*, N°8 et 9, Juin 2002, p.54-68.

- Bouchayer F., 2004, « L'inscription sociale de l'aide à autrui : À propos de la prestation de soin professionnalisée » in Schweyer *et al.*, 2004, p.77-90.
- Bouchayer F., 2006, « Soigner des personnes âgées : quels effets sur les professionnels de santé ? », *Swiss Journal of Sociology*, 32 (3), p.457-474.
- Bouquet B., 1994, « La professionnalisation du service social (1900-1939) : de la naissance dans le creuset philanthropique à l'intégration dans les politiques sociales », in Bec *et al.*, 1994, p.213-224.
- Bourdelais P. (dir.), 2001a, *Les hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques (XVIII^{ème}-XX^{ème})*, Paris, Belin.
- Bourdelais P., 2001b, « Introduction : les logiques du développement de l'hygiène publique » in Bourdelais (dir.), 2001a, p.5-26.
- Bourdelais P., 2005a, « Les bureaux d'hygiène municipaux (1879-1900). Connaître, décider, innover, assister, convaincre et diffuser » in Bourdelais et Faure (dir.), 2005, p.267-284.
- Bourdelais P., 2005b, « L'intolérable du travail des enfants. Son émergence et son évolution entre compassion et libéralisme, en Angleterre et en France » in Bourdelais et Fassin (dir.), 2005, p.91-110.
- Bourdelais P. et Fassin D. (dir.), 2005, *Les constructions de l'intolérable. Études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*. Recherches, La Découverte.
- Bourdelais P. et Faure O. (dir.), 2005, *Les nouvelles pratiques de santé : Acteurs, objets, logiques sociales (XVIII^{ème}-XX^{ème} siècles)*, Histoire et société, Belin.
- Bourdieu P., 1979, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Le sens commun, Minuit.
- Bourdieu P., 1986, « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N°62-63, p.69-72.
- Bourdieu P. et Sayad A., 1964, *Le déracinement. La crise de l'agriculture traditionnelle en Algérie*. Paris, Grands documents, Minuit.
- Bourque R. et Thuderoz C., 2002, *Sociologie de la négociation*, Repères, La Découverte.
- Breviglieri M., 2005, « Bienfaits et méfaits de la proximité dans le travail social », in Ion (dir.), 2005, p.219-234.
- Breviglieri M., 2008, « L'individu, le proche et l'institution. Travail social et politique de l'autonomie », *Informations sociales*, n°45, p.92-101.
- Bucher R. et Strauss A., 1961, « La dynamique des professions », in Strauss, 1992, p.67-86.
- Cardi C., 2007, « La « mauvaise mère » : figure féminine du danger », *Mouvements*, N°49, p.27-37.
- Carrier N., 2006, « La dépression problématique du concept de contrôle social », *Déviance et Société*, Vol. 30, N°1, p.3-20.
- Castel R., 1992, « Les deux sens du social » in Karsz, 1992, p.125-136.

- Castel R., 2005, « Devenir de l'État providence et travail social » in Ion (dir.), 2005, p.27-49.
- Castel R., 2009, *La montée des incertitudes. Travail, protection, statut de l'individu*, Paris, La couleur des idées, Seuil.
- Castra M., 2000, « Le principe de coopération entre professionnels comme fondement de l'organisation du travail en soins palliatifs » in Schweyer et Cresson, 2000, p.207-219.
- Castra M. et Cresson G., 2008, « Émotions et sentiments dans le travail de soin professionnel et profane » in Fernandez *et al.*, 2008, p.53-75.
- Certeau M. de, 1990, *L'invention du quotidien. T.1 Art de faire*, Paris, Essais, Folio [1980].
- Certeau M. de, Giard L. et Mayol P., 1994, *L'invention du quotidien. T.2 Habiter, cuisiner*, Paris, Essais, Folio, [1980].
- Chaponnais M., 2006, « Le signalement : parcours et obstacle », *Signaler, prévenir, réprimer*, Revue Empan, n°62, p.34-38.
- Chassagne S., 1998, « Le travail des enfants au XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles », in Becchi et Julia (dir.), 1998b, p.224-272.
- Chauvière M., 2007a, *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation*, Alternatives sociales, La Découverte.
- Chauvière M., 2007b, « Prévention et action sociale », *Vie sociale et traitement*, 2007/2, n°94, p.20-27.
- Chopart J-N. (dir.), 2000, *Les mutations du travail social. Dynamiques d'un champ professionnel*, Paris, Drees, Mire, Dunod.
- Clot Y., 2008, *Le travail sans l'homme. Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. Paris, Poche, La Découverte, [1995].
- Clot Y., 2006, *La fonction psychologique du travail*, Paris, le travail humain, PUF, [1999].
- Cohen J., 1999, « Intégration : théories, politiques et logiques d'État » in Dewitte P.(dir.), 1999, p.32-42.
- Collectif, 2006, « Signaler, prévenir, réprimer », *Empan*, 2006/2, n°62, Érés.
- Costa-Lascoux J., 1999, « L'intégration à la française : une philosophie, des lois » in Dewitte (dir.), 1999, p.328-340.
- Crozier M. et Friedberg H., 1977, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil.
- CSTS, 2007, *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*, Rapport du Conseil Supérieur du Travail Social, Rennes, ENSP.
- De Luca V. et Rollet C., 2005, « Nouvelles pratiques de puériculture. États des savoirs, acteurs, résistances et avancée. France 1880-1930 » in Faure et Bourdelais (dir.), 2005, p.67-88.
- De Rudder V., Poiret C., Vourc'h F., 2000, *L'inégalité raciste. L'universalité républicaine à l'épreuve*, Paris, pratiques théoriques, PUF.

- Delaisi de Parseval G. et Lallemand S., 2001, *L'art d'accommoder les bébés. Cent ans de recettes françaises de puériculture*, Paris, Poche, Odile Jacob, [1980].
- Deschamp-Le Roux C., 1994, « Vocation médicale et choix professionnel » in Aïach et Fassin, 1994, p. 87-119.
- Dewitte P. (dir.), 1999, *Immigration et intégration. L'état des savoirs*, Paris, Textes à l'appui, La Découverte.
- Drean L., 2007, *Rapport d'étude sur les modes d'organisation et recours aux centres de protection maternelle et infantile à Saint-Denis*, Mission pour la Ville de Saint-Denis.
- Druhle M, 2000, « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier » in Schweyer et Cresson, 2000, p.15-29.
- Drulhe M., 2008, « Le travail émotionnel à l'épreuve de la transformation du système de soins » in Fernandez *et al.*, 2008, p.21-51.
- Dubar C., 2002, *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, U, Armand Colin.
- Dubar C., 2003, « Sociologie des groupes professionnels en France : un bilan prospectif », in Menger P-M. (dir.), 2003, *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*. Col. Colloquium, N°3, Paris, ed. Maison des sciences de l'Homme, p.51-60.
- Dubar C. et Tripier P., 1998, *Sociologie des professions*, Paris, U, Armand Colin.
- Dubois V., 2003, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, [1999].
- Duprat C., 1996, *Usage et pratiques de la philanthropie. Pauvreté, action sociale et lien social à Paris au cours du premier XIX^{ème} siècle*, volume 1, Paris, Comité d'histoire de la sécurité sociale.
- Donzelot J., 1977, *La police des familles*, Paris, Collection « critique », Les éditions de minuit.
- Dozon J-P. et Fassin D., 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Voix et regards, Balland.
- Elias N., 1991, *Qu'est-ce que la sociologie ?*, Paris, Monde en cours, L'Aube, [1970].
- Fainzang S., 2006, *La relation médecin-malade : information et mensonge*, Paris, Ethnologie, PUF.
- Fainzang S. et Journet O., 1989, *La femme de mon mari. Anthropologie du mariage polygamique en Afrique et en France*. Paris, Connaissance de l'homme, Harmattan.
- Farge A., 2000, *Vivre dans la rue à Paris au XVII^{ème} siècle*, Paris, Folio Histoire, Gallimard.
- Farnarier C., 2003, *Entre normes officielles et pratiques professionnelles. La PMI au travers des interactions entre professionnels et usagers*, Mémoire de DEA, Marseille, EHESS/SHADYC.
- Fassin D., 1996, *L'espace politique de la santé*, essai de généalogie, PUF.

- Fassin D., 1998a, « Avant propos. Les politiques de la médicalisation » in Aïach et Delanoë, 1998, p.1-14.
- Fassin D., 1998b, « Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique » in Fassin (dir.), 1998, *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales.*, Paris, Recherche, La Découverte.
- Fassin D., 2000, « La gouvernementalité limitée de la santé publique » in Fassin D., *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et -françaises.* Karthala, p.175-188.
- Fassin D., 2001a, « Les scènes locales de l'hygiénisme contemporain. La lutte contre le saturnisme infantile : une bio-politique à la française. », in Bourdelais, 2001a, p.447-465.
- Fassin D., 2001b, « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun » in Dozon et Fassin (dir.), 2001, p.181-208.
- Fassin D., 2004, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, Alternatives sociales, La Découverte.
- Faure O., 2005, « Les sages-femmes en France au XIX^{ème} siècle : médiatrice de la nouveauté » in Bourdelais et Faure (dir.), 2005, p.157-174.
- Favre D., Joly J., Reynaud C. et Salvador L., 2005, « Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions », *Enfance*, Vol.57, p.363-382.
- Favret-Saada J., 1985, *Les mots, la mort, les sorts*, Paris, Essais, Folio.
- Favret-Saada J., 2009, *Désorceler*, éd. de l'Olivier.
- Fernandez F., Lézé S., Marche H. (dir.), 2008, *Le langage social des émotions. Études sur les rapports au corps et à la santé*, Paris, Economica.
- Feroni I. et Lovell A., 1996, « Prévention du VIH et Toxicomanie à Marseille. Esquisse pour une santé publique locale », *Annales de la recherche urbaine*, n°73, p.23-32.
- Flandrin J-L, 1964, « Enfance et société », *Annale ESC*, n°19, p.322-329.
- Foucault M., 1976a (édition de), « La politique de la santé au XVIII^{ème} » in Foucault M., 1994, p.13-27.
- Foucault M., 1976b, *Histoire de la sexualité. T.I La volonté de savoir*, Bibliothèque des histoires, nrf, Gallimard.
- Foucault M., 1979 (édition de), « La politique de la santé au XVIII^{ème} siècle » in Foucault M., 1994, p.725-742.
- Foucault M., 1994, *Dits et écrits T.III*. Bibliothèque des sciences humaines, NRF, Gallimard.
- Fox A., 1974, *Beyond contract : work, power and trust relations*, Londres, Faber and Faber.
- Fritz M-T, 1995, « Évolution des réalités et des concepts en santé maternelle et infantile » in SNMPMI, 1995, p.7-9.
- Fritz M-T, 2004, « Bilan et perspective des politiques de santé maternelle et infantile : Réflexion à partir de trente ans de pratique » in SNMPMI, 2004, p.165-173.

- Giddens A., 1994, *Les conséquences de la modernité*, Théorie sociale contemporaine, L'Harmattan.
- Goffman E., 1968, *Asiles. Études de la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit.
- Goffman E., 1969, « Calmer le jobard : quelques aspects de l'adaptation à l'échec » in *le parler frais d'Erving Goffman*, Arguments, Les éditions de minuit, p.277-300.
- Goffman E., 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne. T.2 Les relations en public*, Paris, Le sens commun, Minuit.
- Goffman E., 1974, *Les rites d'interaction*, Paris, Le sens commun, Minuit.
- Goffman E., 1991, *Les cadres de l'expérience*, Paris, Le sens commun, Minuit, [1974].
- Gojard S., 1998, *Nourrir son enfant, une question d'éducation. Normes savantes, usages populaires et expérience familiale*. Paris, Thèse de doctorat EHESS.
- Gojard S., 2000, « L'alimentation dans la prime enfance. Diffusion et réception des normes de puériculture », *Revue française de sociologie*. 41-3. p.475-512.
- Grafmeyer Y., 1996, « La ségrégation spatiale » in Paugam S.(dir.), 1996, p.209-217.
- Guidetti M., Lallemand S. et Morel M-F., 2004, *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui*, Paris, Cursus, Armand Collin, [2000].
- Guillaume P., 2005, « l'hygiène à l'école et par l'école », in Bourdelais et Faure, 2005, p.213-226.
- Hahonou E., 2001, « Apprentissage de la violence infirmière en milieu hospitalier au Niger », *Les professionnels de santé*, Réseau Anthropologie de la santé IRD/SHADYC, Bulletin N°2, p.133-147.
- Hammer R., 2006, « La confiance dans son médecin », *PrimaryCare*, 6 : Nr 18, p. 337-339.
- Harvard Duclos B. et Nicourd S., 2005, « Le bénévolat n'est pas le résultat d'une volonté individuelle », *Pensée plurielle*, N°9, p.61-73.
- Herzlich C., 1970, *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton.
- Herzlich C., 2000, « Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social » in Augé M. et Herzlich C., 2000, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Ordres sociaux, édition des archives contemporaines, p.189-216, [1984].
- Ion J. (dir.), 2005, *Le travail social en débat[s]*, Paris, Alternatives sociales, La Découverte.
- Jaffré Y., 2002, « Trop proche ou trop lointain. La construction de la relation entre soignants et soignés dans un service d'hémo-oncologie au Mali », *Les mondes des professionnels de la santé face aux malades. Santé publique et Sciences Sociales*, N°8§9, Dar El Gharb, p.119-143
- Jaffré Y., 2003, « La configuration de l'espace moral et psychologique des personnels de santé » in Jaffré et Olivier de Sardan, 2003, p.293-338.

- Jaffré Y. et Olivier de Sardan J-P. (dir.), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD-Karthala.
- Jeantet A., 2003, « L'émotion prescrite au travail », *Travailler*, N°9, p.99-112.
- Joubert M. (dir.), 1993, *Quartier, démocratie et santé*, Paris, Logiques sociales, L'Harmattan.
- Jourdain-Menninger D., Roussille B., Vienne P. et Lannelongue C., 2006, *Étude sur la protection maternelle et infantile en France*, rapport de l'IGAS n°RM2006-163P, Tome I/III.
- Jacques B., 2007, *Sociologie de l'accouchement*, Partage du savoir, PUF.
- Kalff E., 2001, « Les plaintes pour l'insalubrité du logement à Paris (1850-1955), miroir de l'hygiénisation de la vie quotidienne » in Bourdelais, 2001, p.118-144.
- Karpik L., 1995, *Les Avocats. Entre l'État, le public et le marché. XII^e-XX^e siècle*. Bibliothèque des sciences humaines, NRF, Gallimard.
- Karsz S.(dir.), 1992, *Déconstruire le social. Séminaire I.*, Paris, Cahiers de pratiques sociales, L'Harmattan.
- Karsz S., 2004, *Pourquoi le travail social ? Définition, figure, clinique*, Paris, Dunod.
- Knibiehler Y., 1997, *La révolution maternelle. Femmes, maternité, citoyenneté depuis 1945*. Perrin.
- Labov W., 1978, *Le parler ordinaire. La langue dans les ghettos noirs aux Etats-Unis*, Paris, Minuit.
- Lahire B., 2001, *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan, [1998].
- Lallement M., 2003, « Confiances sociales et promesses d'emploi : déclinaisons wébériennes » in Mangematin et Thuderoz, 2003, p.31-44.
- Lapeyronnie D., 1999, « De l'altérité à la différence. L'identité, facteur d'intégration ou de repli ? » in Dewitte (dir.), 1999, p.252-258.
- Lascoumes P, 2004, « La Gouvernamentalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir », *Le Portique*, Numéro 13-14, Foucault : usages et actualités, [En ligne], mis en ligne le 15 juin 2007. URL : <http://leportique.revues.org/document625.html>.
- Latour B., 1984, *Les microbes. Guerre et paix*, Paris, « Pandore », A-M Métaillé.
- Lenoir R., 2005, « Contrôle (du) social. La construction d'une notion et ses enjeux », *Information sociales*, Vol.6, N°126, p.6-15.
- Leveau R. et Schnapper D., 1987, « Être immigré en France » in Ariès P. et Duby G. (dir.), 1987, *Histoire de la vie privée. T.5 De la première guerre mondiale à nos jours*, Paris, L'univers historique, Seuil, p.491-525.
- Lorenz E., 2001, « Confiance interorganisationnelle, intermédiaire et communauté de pratique », *Réseaux*, n.108, p.63-85.
- Lorenz E., 2003, « Que savons-nous à propos de la confiance ? Un tour d'horizon des contributions récentes », in Mangematin et Thuderoz, 2003, p.109-118.
- Lorient M., 2003, « Donner un sens à la plainte de fatigue au travail », *L'Année sociologique*, 2003/2, Vol.53, p.459-485.

- Lorient M., Boussard V. et Caroly S., 2006, « La résistance à la psychologisation des difficultés au travail. Le cas des policiers de voie publique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N°165, p.106-113.
- Lorient M. et Caroly S., 2008, « Le contrôle des émotions au travail. Le cas des infirmières hospitalières et des policiers de voie publique » in Fernandez *et al.*, 2008, p.76-104.
- Luc J-N, 1997, *L'invention du jeune Enfant au XIX^{ème}. De la salle d'asile à l'école maternelle*, Histoire et société, Belin.
- Luhmann N., 1988, « Familiarity, confidences trust: problems and alternatives », in Diego Gambetta (ed.), *Trust, Making and Breaking cooperative relations*, Oxford, Basil Blackwell, p. 94-107.
- Luhmann N., 2001, « Confiance et familiarité. Problèmes et alternatives », *Réseaux*, n°108, p.15-35, (Traduction française de Luhmann, 1988).
- Malloch G., 2004, « À l'école de la détention : quelques aspects de la socialisation professionnelle des surveillants de prison », *Sociologie du travail*, n°2, Vol.46, p. 168-186.
- Mangematin V., 2003, « Cléopâtre et son goûteur », in Mangematin et Thuderoz, 2003, p.121-126.
- Mangematin V. et Thuderoz C. (dir.), 2003, *Des mondes de confiance. Un concept à l'épreuve de la réalité sociale*. Sociologie. CNRS.
- Massé R., 1995, *Culture et santé publique*, Gaetan Morin.
- Massé R., 1998, « La santé publique comme nouvelle moralité », *Les cahiers de recherche éthique*, FIDES, n°22, p.155-176.
- Maurin E., 2004, *Le ghetto français. Enquête sur le séparatisme social*, Paris, Seuil.
- Mauss M., 1950, « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques » in Mauss M., *Sociologie et anthropologie*, Quadrige, PUF, p.145-284.
- Mebtoul M., 1994, *Une anthropologie de la proximité. Les professionnels de la santé en Algérie*, Paris, L'Harmattan.
- Memmi A., 1979, *La dépendance*, Paris, Gallimard.
- Merton R.K., 1997, *Éléments de théorie et de méthode sociologique*, Paris, U.Sociologie, Armand Colin.
- Montlibert C., 1980, « L'éducation morale des familles. L'extension du métier de puéricultrice », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°32-33, p.65-76.
- Moulière M., 2001, « À propos des interactions au guichet de l'État-social », *Mouvements*, N°15-16, p.190-192.
- Moulin A-M., 1996, « Introduction » in Moulin A-M (dir.), 1996, p. 11-37.
- Moulin A-M (dir.), 1996, *L'aventure de la vaccination*, Penser la médecine, Fayard.
- Mory P., 2001, « Architecture et hygiénisme à Paris au début du XX^{ème} siècle. L'architecte entre savoir médical et pouvoir politique » in Bourdelais (dir.), 2001a, p.145-162.

- Musso S. et Ayouba F., 2006, « Marseille : Regard anthropologique sur le recours à une médiatrice de santé publique », in *La santé de l'homme*, Revue de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé, n°382, pp. 34-36. [en ligne. <http://www.cfes.sante.fr/SLH/articles/382/02.htm>].
- Myers G. E. et Myers M. T., 1984, *Les bases de la communication interpersonnelle. Une approche théorique et pratique*, Mc Graw-Hill, Québec.
- Naepels M., 1998, « Une étrange étrangeté. Remarques sur la situation ethnographique », *L'Homme*, 148/1998, p.185-200.
- Neyrand G., 2000, *L'enfant, la mère et la question du père. Un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance*, Paris, PUF.
- Neyrand G., 2005, « Une histoire de l'enfance et de l'enfant du XVIII^{ème} à nos jours », *Autrement*, N°234, « Enfants, sexe innocent ? Soupçons et tabous », p.8-20.
- Norvez A., 1990, *De la naissance à l'école : Santé, modes de gardes et préscolarité dans la France contemporaine*, INED, PUF.
- Oberti M., 1996, « La relégation urbaine, regards européens » in Paugam (dir.), 1996, p.237-247.
- Ogien A., 2006, « Contrôle social » in Mesure S. et Savidan P., 2006, *Le dictionnaire des sciences humaines*, Quadrige, PUF, p.205-207.
- Olivier de Sardan J-P., 1995a, *Anthropologie et développement, essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala.
- Olivier de Sardan J-P., 1995b, « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, n°1, p.71-109.
- Olivier de Sardan J-P, 2000, « Le “je” méthodologique. Implication et explication dans l'enquête de terrain », *Revue Française de Sociologie*, 41-3, p.417-445.
- Paillé P., 2008, « Les comportements de citoyenneté organisationnelle : une étude empirique sur les relations avec l'engagement affectif, la satisfaction au travail et l'engagement au travail », *Le travail humain*, vol.71, p.22-42.
- Paperman P., 2008, « Pour un monde sans pitié », *Revue du MAUSS*, 2008/2, n°32, p.267-283.
- Pattaroni L., 2005, « Le care est-il institutionnalisable ? Quand la politique du « care » émousse son éthique » in Paperman P. et Laugier S. (dir.), 2005, *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Paris, Raisons pratiques, EHESS, p.177-200.
- Paugam S. (dir.), 1996, *L'exclusion. L'état des savoirs*, Paris, textes à l'appui, La Découverte.
- Paugam S., 2005, *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, Le lien social, PUF.
- Peneff J., 1992, *L'hôpital en urgence*, Paris, Métailié.
- Peneff J., 2000, *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Métailié.
- Pinnel P., 2005, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°156-157, p.4-36.

- Quéré L., 2001, « La structure cognitive et normative de la confiance », *Réseaux*, n°108, p.125-152.
- Quéré L., 2005, « Les “ dispositifs de confiance ” dans l’espace public », *Réseaux*, n°132, p.185-217.
- Ramsey M., 2001, « Mouvement anti-hygiénistes et libéralisme : vers une histoire comparée » in Bourdelais (dir.), 2001, p.319-340.
- Revel J., 1989, « L’Histoire au ras du sol » in Levi G. 1989, *Le pouvoir au village. Histoire d’un exorciste dans le piémont du XVII^{ème} siècle*, Paris, Gallimard, p.I-XXXIII.
- Revel J., 1996, *Jeux d’échelles. La microanalyse à l’expérience*, Paris, Hautes études, Gallimard-Seuil.
- Reynaud J-D., 1989, *Les règles du jeu. L’action collective et la régulation sociale*, Paris, U. sociologie, Armand Colin.
- Rivard T. et Bigot F., 2000, « Trajectoire professionnelles et mobilité d’emploi » in Chopart (dir.), 2000, p.177-194.
- Rollet-Echalier C., 1990, *La politique à l’égard de la petite enfance sous la Troisième République*, INED, PUF.
- Rollet C., 1995, « Les consultations de nourrisson, quelques réflexions historiques » in SNMPMI, 1995, p.25-36.
- Rollet C., 2001, *Les enfants au XIX^{ème} siècle. La vie quotidienne*, Hachette Littérature.
- Rosenczveig J.P., 1998, *Le dispositif français de protection de l’enfance*, Paris, Jeunesse et droit.
- Rosental P-A., 1996, « Construire le “macro” par le “micro” : Frederik Barth et la microstoria » in Revel (dir.), 1996, p.141-159.
- Sayad A., 1978, *Les usages sociaux de la « culture des immigrés »*, Paris, CIEMM.
- Sayad A., 1979, « Les enfants illégitimes », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1^{re} Partie : N°25, « Le pouvoir des mots », p.61-81, 2^{de} Partie : N°26/27, « Classes d’âge et classes sociales », p.117-132.
- Schnapper D., 1998, *La relation à l’Autre. Au cœur de la pensée sociologique*, Paris, essais, Gallimard.
- Schweyer F-X, Cresson G. (dir.), 2000, *Professions et institutions de santé face à l’organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, Recherche et santé social, ENSP.
- Schweyer F-X, Pennec S., Cresson G. et Bouchayer F. (dir.), 2004, *Normes et valeurs dans les champs de la santé*, Rennes, ENSP.
- Serre D., 1998, « Le « bébé superbe ». La construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance », *Sociétés contemporaines*, n°31, p.107-102.
- Servet J-M., 1994, « Parole données : le lien de la confiance » *Revue du MAUSS*, Numéro spécial : *À qui se fier ? Confiance interaction et théorie des jeux*, n°4, p.17-56.
- Simmel G., 1996, *Secret et société secrète*, Circé, poche, [1908].

- Simon P., 1999, « L'immigration dans les sciences sociales en France depuis 1945 » in Dewitte (dir.), 2001, p.82-99.
- Smith HL, 1958, « Un double système d'autorité : le dilemme de l'hôpital » in Herzlich, 1970, p.259-262.
- SNMPMI, 1995, *La PMI 1945-1995. Héritage et transmission. La PMI témoigne.* Actes du XXI^e colloque du Syndicat National des Médecins de PMI.
- SNMPMI, 1997, *La bientraitance existe-t-elle ?*, Actes du XXIII^{ème} colloque du Syndicat National des médecins de PMI.
- SNMPMI, 2004, *Place de la PMI dans le devenir du système de santé.* Actes du XXX^e colloque du Syndicat National des Médecins de PMI.
- Skomska-Godefroy J., 1996, « La résistance à la vaccination : le cas français » in Moulin (dir.), 1996, p.423-437.
- Strauss A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme.* Paris, Logiques Sociales, L'Harmattan.
- Strauss A., Schatzman L., Bucher R., Ehrlich B., Sabshin M., 1963, « L'hôpital et son ordre négocié » in Strauss A., 1992, p 87-112.
- Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B., Wiener C., 1985, « Maladie et trajectoires » in Strauss, 1992, p.143-189.
- Tarrius A., 2002, *La mondialisation par le bas. Les nouveaux nomades de l'économie souterraine*, Paris, Voix et regards, Balland.
- Thiaudière C., 2005, « La protection maternelle et infantile : politique de santé publique et spécialisation médicale », *Regards sociologiques*, n°29, p.23-34.
- Tronto J.C., 2008, « Du care », *Revue du MAUSS*, 2008/2, n°32, p.243-265.
- Vega A., 2000, *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Une pensée d'avance, édition des archives contemporaines.
- Vigarello G., 1999, *Histoire des pratiques de santé*, Col. Points, Histoire, Seuil.
- Vigarello G., 2005, « L'intolérable de la maltraitance infantile. Génèse de la loi sur la protection des enfants maltraités et moralement abandonnés en France » in Bourdelais et Fassin (dir.), 2005, p.111-128.
- Watier P., 1996, « Simmel et le secret » in Simmel G., 1996, p.113-120.
- Weller J-M., 1994, « Le mensonge d'Ernest Cigare. Problèmes épistémologiques et méthodologiques à propos de l'identité », *Sociologie du travail*, n°1/94, p.25-42.
- Weller J-M., 2002, « Stress relationnel et distance au public. De la relation de service à la relation d'aide », *Sociologie du travail*, n°44, en ligne, http://latts.cnrs.fr/site/p_lattsperso.php?Id=644, consulté le 28.08.08.
- Wieviorka M., 2008, « L'intégration : un concept en difficulté », *Cahiers internationaux de sociologie*, Vol.2, N°125, p.221-440.
- White W.F., 1995, *Street Corner Society. La structure sociale d'un quartier Italo-Américain*, Paris, Poche, La Découverte.
- Zucker L., 1986, « production of trust : Institutional sources of economic structure, 1840-1920 », *research in Organizational behavior*, 8, p.53-111.

Index des schémas et des encadrés

Schémas :

- Organigramme départemental simplifié p.117
- Organigramme hiérarchique des consultations p.159
- Topologie du signalement p.221

Encadrés

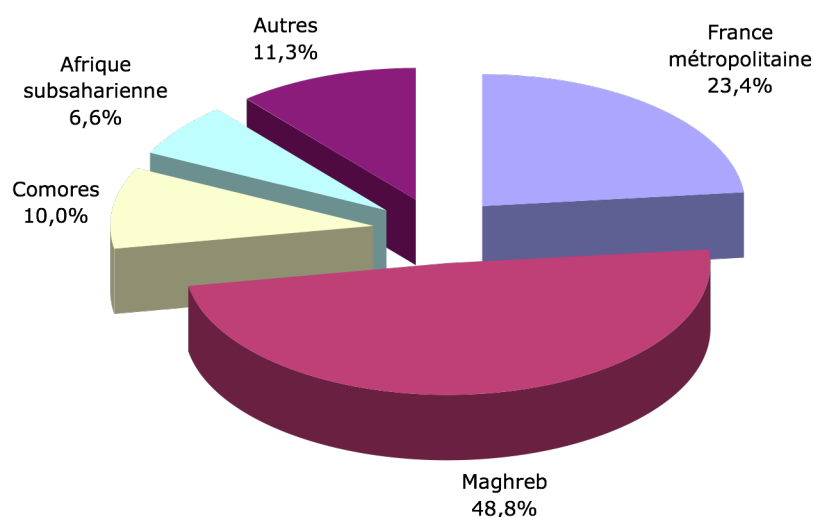
- Une demi-journée à la consultation p.205
- Les temps d'un parcours p.307
- Pourquoi les familles viennent aux consultations ? (extrait d'entretien) p.317

Table des annexes

- 1- Origines des mères en fonction du lieu de naissance
- 2- Table de présentation des entretiens
- 3- L'extension de la PMI à travers les principaux textes de loi
- 4- Deux après-midi en cabinet de consultation
(extraits de journal de terrain)
- 5- Chiffres et commentaires sur la PMI en France

Annexe 1 : Origine des mères en fonction du lieu de naissance

Consultation de La Tour²⁰⁰



Pays du Maghreb 49 % dont :

Algérie	40,5 %
Maroc	4,6 %
Tunisie	3,9 %

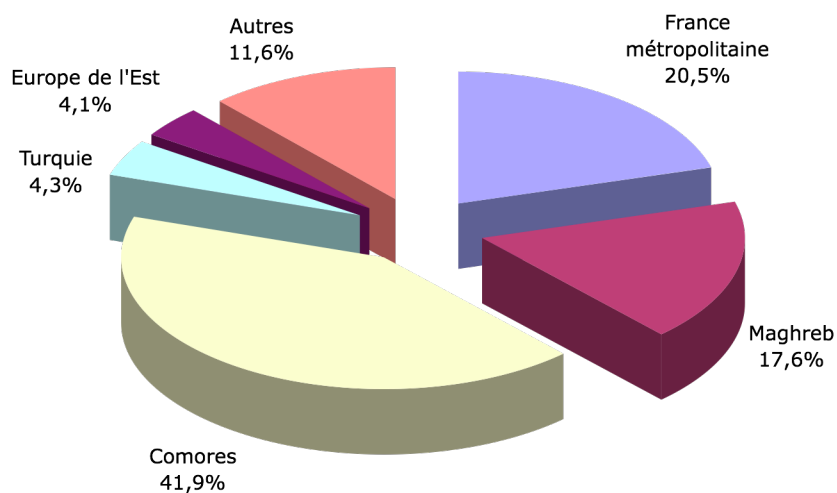
Afrique subsaharienne 6,6% dont :

Sénégal	2,8%
Gambie	0,3%
Guinée	2,2%
Côte d'Ivoire	0,6%
Congo	0,6%

- La catégorie "Autres" regroupe dix items différents ainsi que les dossiers sur lesquels le lieu de naissance de la mère ne figure pas (25 dossiers).

²⁰⁰ Statistiques réalisées à partir de 320 dossiers médicaux. Ces chiffres étant établis en fonction du lieu de naissance déclaré de la mère, dans les 23% de mères d'origine française sont comptées toutes les femmes dites de seconde génération, ceux que Sayad appelle « les enfants illégitimes » (Sayad, 1979). Il est intéressant de constater que parmi ces 23%, 33 % (26 sur un total de 75) sont mariées avec un homme né dans un pays étranger.

Consultation de Belle Île²⁰¹



Comores : 41,9% dont	Mayotte (TOM)	25,9%
	Comores	15,9%
Europe de l'Est : 4,1% dont	Kosovo	1,6%
	Yougoslavie	1,1%
	Bosnie	1,4%

- La catégorie "Autres" regroupe dix items différents²⁰² ainsi que les dossiers sur lesquels le lieu de naissance de la mère ne figure pas (18 dossiers).
- Parmi les 18 dossiers non renseignés 4 ne comportent aucune autre information que le nom de l'enfant.

²⁰¹ Statistiques réalisées à partir de 370 dossiers médicaux. Ces chiffres étant établis en fonction du lieu de naissance déclaré de la mère, dans les 20,5% de mères d'origine française sont comptées toutes les femmes dites de seconde génération.

²⁰² Madagascar, Italie, Sénégal, Gambie, Arménie, Hollande, Liban, Bénin, Vietnam, Angleterre.

Annexe 2 : Table de présentation des entretiens

n°	nom	titre/poste	Ancienneté en PMI	choix d'entrée en PMI	connaissance préalable de la PMI
33	Véronique	Orthophoniste	29 ans	le hasard - répond à une annonce du CG	Ne savait pas que ça existait
36	Paule	Psychologue	31 ans	Travaille à la DDASS quand les Psy passent à la PMI. entrer pour des raisons administratives	
24	Gabrielle	Sage femme	16 ans	Travail stable après des années en CDD	Ne savait pas à quoi ça correspondait
8	Marie	Stagiaire puéricultrice			
2	Karine	Auxiliaire depuériculture	13 ans	Autre rythme de vie pour faire un enfant et arrêter le travail en hôpital qui est trop dure	
9	Lilia	Auxiliaire depuériculture	12 ans	Fatigué de bosser de nuit	
10	Christine	Auxiliaire depuériculture	9 ans	Intéressé par le social (mais pas par le médico-social)	
22	Suzanne	Auxiliaire depuériculture	4 ans	Un peu médical, beaucoup de social	
38	Berte	Auxiliaire depuériculture			
40	Colette M.	Auxiliaire depuériculture	30 ans	pour les temps de travail, ne plus travailler de nuit	
7	Magali	EJE	5 ans	Souhaite faire de la prévention (la PMI comme objectif depuis le début de la vie professionnelle)	

17	Anne	EJE	23 ans	crainte que le travail en crèche ne soit trop monotone	Aucune
19	Denise	EJE	13 ans	commence par un travail en halte garderie, puis quitte à être dans le social, autant y être pleinement.	Un peu par la connaissance préalable d'une EJE; mais pas de stage pendant les études
25	Patricia G.	EJE	26 ans	Travailler avec des enfants jeunes et opportunité d'un poste au CG	Ne savait pas que les EJE pouvaient travailler dans le social
27	Emilie	EJE		Travailler auprès de jeunes enfants	
31	Claudie	EJE	6 ans	du social, plus de social qu'à la crèche.	
26	Jannie	Infirmière	24 ans	Privilégier la vie de la famille	
29	Corinne	Infirmière	29 ans	concilier vie professionnelle et vie familiale	
3	Dr Château	Médecin	4 ans	Travailler en équipe, avoir des horaires plus souple qu'en libéral	
11	Dr Rahari	Médecin		Question d'horaires pour ses enfants	Vacation pendant ses études
14	Dr Lavois	Médecin	4 ans	Recherche d'un travail pas trop prenant pour gérer les enfants	On a pas d'information, on ne sait pas en quoi ça consiste
21	Dr Menis	Médecin	13 ans	Horaire pour élever les enfants	
32	Dr Placid	Médecin		relation au patient, travail en équipe, ne pas avoir de rapport à l'argent	Vacation au cours des études et fait sa place au fur et à mesure
39	Dr Gure	Médecin	13 ans	Travail en pédiatrie, horaires de travail	

15	Dr Antis	Médecin de secteur			
16	Dr Mancini	Médecin de secteur			
5	Dr Zuca	Médecin de circonscription		recherche d'un suivi des familles (par rapport à l'hôpital)	
13	Dr Simon	Médecin de circonscription	25 ans	Travailler avec les enfants, avoir des horaires souples	
20	Dr Dalle	Médecin de circonscription	22 ans	ne se sent pas utile en médecine de ville et veut traiter l'enfant dans sa globalité	Les stages et les vacances pendant ses études
23	Dr Guillet	Médecin de circonscription		Souhaite faire de la pédiatrie sociale	
30	Dr Duval	Médecin de circonscription	22 ans	faire de la pédiatrie générale sans voir mourir de gamin.	Un stage pendant le CES de pédiatrie.
1	Colette	Puéricultrice	19 ans	recherche d'avantage de médical qu'en crèche	
4	Monique	Puéricultrice	24 ans	Contact relationnel, Plus proche, plus long qu'à l'hôpital	
6	Forence	Puéricultrice	4 ans	Contact avec les familles, veut faire son travail de puéricultrice qu'elle ne faisait pas à l'hôpital	
12	Maïté	Puéricultrice	30 ans	Vie familiale et horaires plus souples qu'à l'hôpital	
18	Patricia O.	Puéricultrice		Souhaite travailler en crèche à Paris, mais est recrutée en PMI. Puis travail en crèche à Marseille avant de revenir en PMI	
28	Ameline	Puéricultrice	11 ans	Fuir la mort côtoyée à l'hôpital. Souhait la crèche mais est orientée PMI au cours de l'entretien au CG	

34	Sandra	Puéricultrice	4 ans	Fuir le travail à la chaîne de la néonate et du libéral (infirmier), recherche du relationnel.	
35	Françoise	Puéricultrice	6 ans	volonté de travailler dans la petite enfance	
37	Martha	Puéricultrice	27 ans	A toujours voulu faire ça. Volonté de soutenir les mères, de participer à l'éducation des enfants.	Toujours connu la PMI par son père médecin, sa mère AS, sa tante qui y travaillait et les stages pendant ses études.
41	Claudine	Puéricultrice			

Annexe 3 : L'extension de la PMI à travers les principaux textes de lois

Date et texte	Mesure adoptée	Population concernée	Champ « sanitaire » visé	Professionnels associés
1811	Généralisation des « tours » d'abandon	Nourrissons et très jeunes enfants	-Mortalité des enfants abandonnés -Infanticide	
1830	Aide financière aux mères célibataires	Mères célibataires	-Lutte contre l'abandon des enfants de mères célibataires	
1837	Interdiction aux sages-femmes de pratiquer l'abandon	Sages-femmes	-Lutte contre l'abandon des nouveaux-nés	
Mars 1841	-Limite à huit ans l'âge minimal de recrutement des enfants pour le travail en industrie -Limite le nombre d'heure de travail quotidien des enfants	-Enfant de moins de huit ans -Enfant de moins de douze ans	-Santé et éducation des enfants	-Quelques inspecteurs du travail
Décret du 30 juin 1862	Institution officielle des crèches et des normes à respecter en locaux et personnels	Enfants légitimes âgés de 15 jours à trois ans des femmes qui travaillent hors de leur domicile	-Faciliter l'accès au travail pour les mères -Santé infantile	-Médecin -« Gardienne d'enfant »
Loi Roussel	-Obligation de déclaration du	Enfant de moins de deux ans,	-Industrie nourricière	-Médecins inspecteurs

du 16 décembre 1874	placement en nourrice -Obtention d'un certificat d'aptitude pour les nourrices -Visite au domicile des nourrices	placé hors du domicile parental, placement moyennant salaire	(certification et « éducation » des nourrices) -Mortalité des enfants placés -Santé des enfants placés de moins de deux ans	
Loi du 13 juillet 1889 dite de « protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés »	-Condamnation des parents pour mauvais traitement	Parents des enfants	-Santé de tous les enfants -Comportement des parents vis-à-vis de leurs enfants -Mœurs familiales	-Médecins inspecteurs
1892 ²⁰³	Consultation Goutte de lait	Jeunes enfants et la personne qui l'accompagne	-Santé biologique de l'enfant -Nutrition de l'enfant -Éducation à la puériculture de l'accompagnant -Aide matérielle aux plus démunis par la distribution de lait	-Médecins -Infirmières visiteuses
1904 Loi sur les enfants	-Création de « bureaux ouverts »	-Mères en difficulté	-Conditions de vie des enfants assistés	-Receveuses

²⁰³ La première consultation « Goutte de lait » fut créée en 1892, et le Sénat pris une résolution en 1903 encourageant les collectivités locales à développer ce type de consultation. Toutefois la très grande majorité de ces consultations étaient créées et dirigées par des organismes privés.

assistés	-Améliorer les conditions de garde des enfants	-Enfants assistés par l'État	-Comportement des mères face au « choix » de l'abandon	
1909 Loi Engerand	Possibilité de ne pas travailler pendant huit semaines consécutives pour toutes les femmes enceintes	Femmes enceintes salariées	-Santé maternelle en période périnatale -Santé fœto-infantile -Allaitement	
1913	-Interdiction de faire travailler les femmes pendant les quatre semaines suivant un accouchement -Allocation durant la période de repos imposée pour les femmes salariées privées de ressources pendant cette période	-Toutes femmes venant d'accoucher	-Possibilité de travail et condition économique des femmes venant d'accoucher	
13 juillet 1913		Extension des allocations aux femmes salariées à domicile		
2 décembre 1917		Extension des allocations à toutes les femmes privées de ressources, salariées ou non		
Loi 14 juillet 1913	Allocation versée aux familles nombreuses ayant des revenus insuffisants	Familles nombreuses à faibles revenus	-Économie familiale	
Loi du 11	Extension de la loi à toutes	Toutes les familles		

mars 1932	les familles nombreuses	nombreuses		
Décret du 30 octobre 1935	Extension de la loi Roussel aux enfants de moins de trois ans	Les enfants de moins de trois ans, placés en dehors du domicile parental	-Santé Infantile	
Décret du 29 juillet 1939 dit « code de la famille »	-Prime à la naissance du premier enfant -Allocation versée dès la naissance du deuxième enfant -Confier l'organisation et la prévention médicale à l'administration publique	-Femmes enceintes	-Natalité	-Inspecteurs départementaux -Médecin-inspecteurs -Assistants sociales
Loi 16 décembre 1942	-Examen médical prénuptial -Extension de la protection de l'enfant à l'âge de six ans -Nouvelle répartition des tâches de protection maternelle et infantile	-Futurs mariés -Enfant de trois à six ans	-Santé maternelle -Protection infantile -Organisation des services de protection et de prévention	-Médecin -Assistante sociale
Ordonnance du 2 novembre 1945	-Généralisation de la Protection Maternelle et Infantile à toute la population	-Toutes les femmes enceintes, jeunes mères et enfants de 0 à 6 ans	-« Sauvegarder l'existence des enfants qui viennent au monde »	

	-Extension à tout le territoire national des mesures déjà existantes dans les différents départements -Maintien de l'examen prénuptial -Incitation forte à 3 examens prénataux -Programmation d'examens post-nataux. Surtout au cours des deux premières années -Visites à domicile -Agréer les services et personnels de garde des enfants	-Futurs mariés -Femmes enceintes -Enfant de 0 à 6 ans -Tous les enfants de 0 à 6 ans et plus particulièrement les enfants placés, allocataires et ceux dont les parents ont été condamnés	-Forcer tous les départements à se doter de service de prévention et de protection de l'enfance -Responsabilisation sur l'importance de la santé individuelle et commune -Santé maternelle -Survie de l'enfant à naître -Santé infantile -Survie des jeunes enfants -Éducation, hygiène et santé infantile -Information des parents -Hygiène et compétence des lieux et personnels de garde des enfants	-Consultations confiées aux médecins généralistes locaux déjà établis -Assistants sociaux -Inspecteurs départementaux de la santé
Loi 22 août 1946	-Extension des allocations familiales -Création de l'allocation de natalité	-Toute femme salariée ayant un enfant à charge -Toute femme enceinte	-Économie familiale -Incitation à la natalité	

Décret 22 juillet 1962	-Obligation pour les départements de se doter des infrastructures nécessaires à l'application de la loi sur la PMI -Renforcement des normes et certificat à l'agrément des nourrices -Communication systématique des déclarations de naissance au directeur départemental de la santé	-Personnels de garde de la petite enfance -Nouveau-nés	-Hygiène et santé des enfants gardés hors du domicile familial -Connaissance rapide de toutes les nouvelles naissances -Identification précoce des familles potentiellement à risque	-Médecin spécialisés recrutés à temps complet -Puéricultrices recrutées à temps complet -Assistants sociaux -Puéricultrice
Loi 6 juillet 1964	- Communication systématique des déclarations de grossesse au directeur départemental de la santé -Renforcement des contrôles et agréments des lieux de garde et des nourrices	-Femmes enceintes -Personnel de garde de la petite enfance -Lieu de garde de la petite enfance	-Déroutement de la grossesse -Développement fœtal -Hygiène et santé des enfants gardés hors du domicile familial	
Loi 15 juillet 1970 Et décret du	-Obligation de 20 examens médicaux de l'enfant entre la naissance et le sixième	Enfant de 0-6 ans	-Renforcement de la prévention médicale pour les enfants de 0-6ans	

2 mars 1973	anniversaire -3 de ces 20 examens donnent lieu à l'établissement de certificat de santé		-Établissement de statistiques départementales et nationales sur la situation sanitaire de la population infantile	
Décret 5 mai 1975	-Recrutement de sages-femmes -Possibilité de visites à domicile « si nécessaire »	Femmes enceintes	Surveillance et aide à domicile en fonction de « l'état sanitaire ou la situation matérielle ou morale »	-Sages-femmes -Avec concours de personnel sanitaire ou social nécessaire tel que psychologues, personnes compétentes en matière de conseil conjugal et familial
Circulaire 16 mars 1983	Action médico-sociale prenant en compte l'environnement	Les familles les plus défavorisées	Prise en compte du milieu socio-culturel des familles	
Loi 18 décembre 1989	-Mesure de prévention d'ordre médical, psychologique, social -Dépistage et conseil sur le handicap -Établissement de liaison	Spécifiquement les femmes enceintes « requérant une attention particulière » -Enfant de 2 à 6 ans	La loi 89-899 rappelle que la PMI est un service pour tous ; et plus particulièrement pour les plus pauvres -Continuité et suivi du	

	avec la médecine scolaire -Prendre « toute mesure appropriée » en cas de constat d'une situation mettant en danger le développement ou la santé de l'enfant	-Enfant de 0 à 6 ans	développement de l'enfant à l'école - Milieu de vie de l'enfant	
Décret 6 août 1992	-Répartition des consultations en fonction de critères socio-démographiques -Obligation d'être diplômé d'État	-Population vulnérable et quartiers défavorisés	-Qualité des « soins » effectués en PMI -Qualification des professionnels intervenant dans le service	-Tout professionnel intervenant en PMI (pédiatre, gynécologue, infirmière, psychiatre, orthophoniste, puéricultrice...)

Annexe 4

Deux après-midi en cabinet de consultation

(Extraits de journal de terrain)

17/06/04 - après midi

Le docteur arrive vers 14 heure et me prend dans sa consultation.

Il me présente à la première mère de famille (« c'est un stagiaire... » « j'avais compris ») et ne me présentera plus aux autres familles.

14H

Femme originaire du maghreb (3 enfants) vient avec et pour le plus jeune.

-Question sur l'alimentation de son fils

Toutes les réponses du docteur sont pondérées par « ce qui serait bien » « à mon avis » etc...

-S'en suit une série de conseil sur comment habiller l'enfant (période chaude)

-Pendant la manipulation de l'enfant sur la table d'auscultation, le docteur questionne la mère sur la vaccination de ces deux autres enfants

-Fin d'auscultation, le docteur demande à la mère de faire faire une radio du bassin de l'enfant et lui explique à quoi servent les vaccins

-Puis demande de la mère «-une vitamine, il lui faut une dose »

-Non, il est trop jeune

-Pour les autres, on a fait à trois mois

-Et oui, mais on change...on va pas faire la même chose. Et les grands ils sont à jours ?

-Le grand il a un vaccin je crois

-La semaine prochaine amenez tous les carnets [puis discussion sur l'évolution des deux grands, l'école etc...]

-Conseils sur « quand vous sortez, pensez à toujours prendre un biberon d'eau, même si c'est juste pour une demi-heure, parce qu'après ça dure une heure, deux heures... »

-Avant de partir, pour acheter les vaccins « faites le tour des pharmacies s'ils n'ont pas les vaccins [donne le nom des différentes pharmacie les plus proches] et vous les mettez dans le bac à légume. Parce que là [elle ouvre le frigo de la consult et lui montre le dessous du freezer] c'est trop froid, ça tue le vaccin, donc dans le bac à légume ».

14H19 sortie de la mère.

14H21

Femme originaire du maghreb

-C'est à vous la grande (qui se trouve dans la salle d'attente)

-Oui

-Faite là entrer

docteur relit le dossier puis

-Ça va, tous va bien. C'est juste une visite ?

-Juste une visite !

-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

-Oui

-S'il fait chaud [la famille s'apprête à partir en Algérie pour les vacances] vous lui mettez un suppositoire de temps en temps.

Ausculte l'enfant

« Je m'attendez pas à ce que ce ne soit pas fermé (la fontanelle) [me fait toucher le sommet du crâne de l'enfant] vous lui donnez une ampoule que je vous donne, vers le 21 août...parce que c'est pas fermé. (...) et le carnet ?

-Je l'ai oublié

-Bon, je vous écrit (sur un post-it) et vous écrirez quand vous rentrez. A reçu un Uvdose 80 000. voilà. Je vous fais confiance.

Le docteur remet les deux boites à la mère et c'est la secrétaire qui donne à l'enfant l'ampoule de vitamine qu'il doit prendre le jour même.

14H30 sortie de la mère

Le docteur s'adresse alors à nous « 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 ».

[puis discussion avec le docteur sur ce qu'est la sociologie]

14H48

Femme originaire du maghreb, vient avec ses deux petites filles.

Le docteur est en train de feuilleter un magazine de santé, la famille entre dans la consultation, il lève les yeux pour les regarder et continu de feuilleter « qu'elles sont belles, qu'elles sont belles »

-Vous partez en vacances ?

-Oui

-Pour combien de temps ? vous prenez l'avion pour y aller

-Oui

-On peut prendre le bateau aussi ? une question, j'y suis jamais allé.

Les filles ne sont pas nées à Marseille, elles ont des carnets de santé d'une autre région, dedans, un chapitre « bain de langage »

-Tous ça, il faut lire, c'est important, elle va entrer dans l'âge du langage, c'est important. Vous l'avez lu je suppose.

-Mon mari

-Et pas vous ?

-Je ne sais pas lire

-C'est pas grave, vous dites à votre mari, il vous lit et il vous explique après, c'est très important.

Suit l'auscultation des petites filles, le docteur me fait toucher la fontanelle de la petite pour me montrer comment c'est quand c'est fermé.

auxiliaire « j'adore travailler avec elle, elle a un bon contact avec les enfants, elle est drôle »

La mère a des question à propos de petites verrues sur le corps de la petite fille

-C'est pas grave, passez de bonne vacances et à la rentrée, rendez-vous chez le dermato

-On a déjà pris rendez-vous avant de partir

-C'est bien, c'est très bien Me.

15H08 sortie de la famille

15H09

Couple originaire de France

Dr appelle la famille

auxiliaire entre dans la consultation en précédant la famille « la maman elle est un peu juste »

Dr-Bonjour monsieur dame, bonjour monsieur. C'est la première fois qu'on vous voie ?

H-Non, je suis déjà venu trois fois

Le bébé a été hospitalisé pour des problèmes de « fièvre et bouton ». Dr fait raconter la maladie par le père puis

-Il faut lui faire un ROR le plus vite, donc vous revenez le 19 juillet, sauf si elle est malade, vous ne venez pas.

La secrétaire fait un tour de salle, ressort et me fait signe par la porte entre ouverte de la consultation qu'elle a senti que le père fumé du cannabis.

Seul le père parle et le docteur ne s'adresse qu'à lui.

auxiliaire- Pose la question du départ en vacances, puis Dr reprend le thème après une réponse positive. Le docteur rappelle l'histoire du biberon d'eau en cas de sorti avec l'enfant.

15H24 sortie de la famille

15H24

Couple originaire des comores

La femme entre dans la consultation, elle est enceinte. Le Dr la voit « c'est pas vous qui avez le problème au cœur ? »

F-si, j'ai...(sort un papier de son sac et le tend au docteur)

L'homme entre en tenant le petit garçon par la main

2-Monsieur, quand vous soulevez votre enfant, ne le soulevez pas par le bras comme ça, vous risquez de lui luxer l'épaule.

Le bébé a un problème, il est allé faire des radio à l'hôpital, l'histoire est compliqué à comprendre, mais finalement on s'en sort...

-Si il tousse, c'est pas la peine de voir le docteur ou de venir ici, vous allez directement à l'hôpital, parce que d'abord ils ont le dossier.

Question sur le départ en vacances. Le père part mais pas la mère.

F-Le bébé ne part plus

Dr-Pourquoi il ne part plus ?

F-Comme ça il reste avec moi et il voit quand je vais [elle désigne son ventre]

Dr-Très bien, c'est très bien ça.

Fin de la consultation, le docteur part téléphoner pour le problème cardiaque de la mère.

Dès qu'il quitte la consultation, les parents se mettent à discuter entre eux en comorien.

15H42 sortie de la famille.

15H42

Deux femmes (mère et grands mère) originaire de France qui viennent pour deux enfants.

Enfant a des problèmes de verrues, le docteur l'oriente vers une consultation de dermatologie, mais pas à l'hôpital (?)

Pendant que le docteur ausculte le bébé, auxiliaire retranscrit dans le carnet de santé ce que Dr a écrit dans le dossier.

Auxiliaire à secrétaire « Il est quatre heure moins le quart, il faut qu'elle avance, il faut qu'elle mette le turbo là. »

Question des vacances, ils partent deux mois à Montpellier. Dr : « il faut qu'elle soit suivi pendant les deux mois à Montpellier ». Dr inscrit sur le dossier tous les renseignements possibles, (lieux de vacances, dates...)

15H58 sortie de la famille

Le docteur sort pour une pause pipi, l'auxiliaire lui dit « met le turbo »

16H

H et sa petite fille (12 ans) originaire de Comores

Viennent pour un vaccin

La fille a très peur de la pique et se met à pleurer

Le docteur la questionne sur ces règles

H-On a tout fait suivre, et on nous a dit que c'est bon

Dr-Rien a signaler alors

H-Rien a signaler

Dr-D'accord

16H07 sorti de la consultation

16H07

Une mère avec son bébé (originaire des comores)

Le bébé a des problèmes de constipation. La mère cherche comment résoudre le problème. Elle fait tous les biberons avec de l'eau Epar et lui donne un difalac le matin

Dr-Ça fait beaucoup pour un bébé les deux, alors on va supprimer le difalac.

Passé au contrôle général et pendant que le docteur l'ausculte, le bébé rejette tout. Le docteur cherche alors du lait en poudre à donner pour le bébé, la mère en a déjà essayé quatre marques. Le docteur relit le dossier médical et « aider moi, combien de temps ? » elle demande à la mère de l'aider à refaire l'historique de cette constipation chronique et des différentes tentatives de traitement.

Pendant que le docteur cherche un rendez-vous pour la mère, auxiliaire fait un monotest au bébé.

16H20

16H20

Une femme avec deux enfants originaire de Tunisie

La femme a raté un rendez-vous en octobre pour un vaccin.

Dr-Qu'est-ce que c'est que ça ? Maintenant j'aimerais vous voir les jeudi, parce que là, il y a des choses qui ne me plaisent pas.

F-Moi aussi je préfère que ce soit toujours le même docteur.

Le temps presse, le docteur devient « agressif »

[en s'adressant au plus grand des deux enfant, qui court partout dans la consultation]
« toi tu reste là, sinon, je vais m'énerver (...) je vais vous donner une ampoule, vous la donnerez à la maison » secrétaire intervient « Dr Rahari, vous voulez que je la donne l'ampoule ? » donne l'ampoule.

16H33

16H33

Une femme avec son bébé, originaire d'arménie

Dr-Vous avez grossi !

F-Moi, non.

Auxiliaire-Elle a perdu.

F-Pour ma fille j'ai pris 30 kg, là c'est plus que 25

Dr-Le visage alors, ou la coiffure

(...)

Dr-Et votre fille la grande, elle est plutôt comme ça (grosse) ou plutôt comme ça (maigre)

F-Plutôt comme ça (grosse)

Dr-La prochaine fois, venez avec elle et son carnet, je ferai une lettre pour une consultation, parce qu'en ce moment on lutte contre l'obésité.

24/06/04 après midi

La consultation ouvre ses portes à 13H30 (heure d'arrivée de la secrétaire et horaire affichées sur la porte).

Habituellement l'auxiliaire de puériculture fait tout ce qui doit être fait en salle de pesée. Aujourd'hui la puéricultrice doit venir... tout le monde attend qu'elle soit arrivée pour commencer, même si une jeune maman (18 ans, étudiante avec enfant de 18 jours) attend dans la salle d'attente depuis 13H30.

14H12

La jeune mère, d'origine française, ne souhaite pas voir le médecin. Elle vient au centre juste pour faire peser le bébé, « comme on lui a dit à l'hôpital ». Le Dr lui demande tout de même de passer dans la salle de consultation

Les questions sont surtout orientées sur la connaissance de la mère.

Dr-Étudiante en quoi ?

F-Deuxième année de coiffure

Dr-Il faut reprendre après, il faut pas lâcher... Vous avez des questions ?

F-Non

Dr[pose un certain nombre de question sur l'alimentation du petit, combien il mange, tout les combien...] puis « vous avez les tantes, la mère, quelqu'un qui vous aides à la maison ? » toute les questions sont posées de but en blanc, sans présentation de justifications d'aucune sorte.

Dr-On se voit la semaine prochaine. D'ici là, si vous avez des questions, vous notez sur un petit papier, parce qu'une jeune maman comme ça... Si quelqu'un tousse à la maison, vous ne le laissez pas s'approcher, pareil, si vous voulez l'embrasser, sur les pieds, les fesses...

14H23

Femme (3enfants) avec une petite fille (la deuxième) originaire d'Algérie.

Dr : Question sur un éventuel départ en vacances. La femme veut emmener son bébé, la famille du pays ne l'a pas encore vu. Dr: « votre bébé il est trop petit, moi je vous dis mon avis, c'est trop long [le voyage] ».

La petite a un bouton de chair à l'oreille

Dr-Et ça, il faudrait la faire opérer

F-Non, elle a fait un scanner, j'ai vu qu'elle a rien

Dr-C'est une petite fille, je vous dit qu'elle va pas en vouloir

F-C'est à la naissance, elle était comme ça. Ma nièce aussi, maintenant elle est jeune comme ça et ça va.

Rem : après le départ de la mère le Dr fait part de ses commentaires sur ce bouton de chair et ne pense pas que ce refus soit du à des raison économiques.

14H32

Venu de la mère vu la semaine dernière. Enfant problème de diarrhée.

Dr calcul la prise de poids journalière puis discute le choix de l'eau Evian/Epar

Donne la date du prochain rendez-vous puis fait un vaccin au bébé.

« Prenez là, je vous explique après pour le pansement. » finalement Dr sort de la consult et c'est auxiliaire qui explique le pansement.

Dr à la secrétaire « cette maman, si elle a des questions, elle vient le jeudi et je la verrai toujours »

La secrétaire passe la tête dans la consult et s'adresse à la mère « vous voulez que je vous donne un rendez-vous dans quinze jour comme ça vous serez rassuré ? allez, je vous donne un rendez-vous »

14H42

Le Dr et l'auxiliaire de puériculture discutent d'une festivité quelconque à laquelle elles doivent se rendre.

Une fratrie n'est pas venue, 25 minutes s'écoulent sans que personnes n'entre dans la consult.

15H

Arrivée de la puéricultrice. passe dans la consult pour dire au docteur les nombreux cas de signalements dans Belle Ile avec des familles roms.

15H02

Arrivée de la famille Climzic. Vient pour le dernier bébé, accompagné de la mère et deux des sœurs. Une des jeunes (14ans) parle du cas de son beau frère à la puer, qui la relance sur une histoire de vaccin et de rendez-vous manqué. Profite de la conversation pour soumettre aux sœurs le problème du garçon (12 ans) qui ne va plus à l'école.

Rem : L. (garçon de 12 ans) viendra à la consultation Le 8/07/04. ce jour là la puéricultrice n'est pas là, c'est l'auxiliaire qui le reçoit, elle regarde le carnet de santé et constate le retard de vaccin et en fait part à sa sœur (qui est au courant, c'est pour ça qu'ils sont là). Peser, mesure et c'est tout. L'info sur les absences à l'école n'est pas passée.

15H10

Entrée de la famille dans la consultation.

Le bébé était à l'hôpital, il est sous antibiotiques. La mère veut savoir s'il va suffisamment bien pour arrêter le traitement.

F-a l'hôpital ils m'ont dit qu'il avait le cœur plus gros et tout

Dr-Il n'y a rien d'écrit sur le carnet, je vais demander à la puéricultrice de voir ça.

Pour le traitement, le docteur demande à voir la boîte des médoc avant de se prononcer.

Les filles n'ont pas pensé à les prendre, le Dr demande à ce qu'elle fassent un aller retour à la maison.

Dr-Combien il mange de biberon ?

F-Tout les 2h/2H30

Dr-2H30 pas 2H. Dans son intérêt, c'est 2H30. Combien de mesures ? 120/4 mesures ?

F-Non, maintenant il prend 150

Dr-Qui l'a augmenté ?

F-C'est lui

Dr-Non, c'est vous
 F-Il cherche à manger
 Dr-C'est pour ça qu'il est malade
 F-Je donne le thé aussi, spécial bébé pour les coliques
 Dr-C'est à cause de vous alors qu'il est malade
 F-(énervé)Non, c'est le docteur qui nous a dit pour le thé
 Dr-Pardon, je suis un peu méchante
 F-Oui
 Dr-Mais parce que pour moi, le bébé c'est le bébé.
 F-Mais pour moi aussi le bébé c'est le bébé.
 Dr-D'accord, allez tout chercher les médicaments, le thé, tout, etc...vous revenez me
 montrer et je vous direz. Mais d'abord moi, je le vois aujourd'hui, il va bien.

15H25

Une mère inquiète parce que son bébé « ne grossit pas ».
 Dr-La balance nous le dit, il grossit bien, il ne faut pas vous inquiéter parce que sinon
 lui il le sent, il va être inquiet aussi...etc...
 la mère hésite entre vivre à Paris ou à Marseille, mais si elle à le choix, elle prendra
 Paris.
 F-Et puis Belle Ile, c'est pas bon, même un appartement gratuit ici, j'en veux pas
 Dr-vous avez raison
 F-Paris au moins, les enfants sont tranquilles à la maison
 Dr-Vous avez raison.
 (...)
 15H34 fin de la consult.

15H38

Femme originaire du Maroc avec deux enfants
 Se fait reprendre par secrétaire pour un retard de rendez-vous.
 Premier enfant : vaccin et vitamines. secrétaire vient tenir l'enfant pendant que
 auxiliaire remplit le dossier et le carnet de santé.
 Deuxième enfant : Dr questionne sur la nutrition
 La mère dit qu'il a de la fièvre mais qu'elle n'a pas mesuré
 Dr-Quand un enfant à de la fièvre, il faut prendre la température. Parce que s'il fait 40,
 tout de suite le bain. Il faut faire chuter la température.
 F-J'ai pas pris la température mais j'ai fait le bain
 Dr-vous donnez régulièrement les vitamines ?
 Puis confie une ampoule de Zima D2 80 000 à la mère pour qu'elle la donne aux
 alentours du 27/07 [pour cause de fontanelle insuffisamment fermée].

15H55

Retour de la famille Climzic avec toutes les boîtes.
 Après lecture des indications, le docteur refait tous les dosages. La mère est inquiète
 parce que ça va à l'encontre de tout ce qui lui a été dit à l'hôpital. De plus le Dr
 supprime la camomille (le thé spécial) que la grand mère filait au bébé.
 Dr-Arrêtez d'être inquiète, moi je vous le dis, il va bien.
 auxiliaire à secrétaire « la petite, ça serai bien qu'elle se lave ».

16H06

Femme originaire des Comores avec son fils

Pb, le garçon n'a pas pris de poids depuis le 11/03
 Dr-Il a des vers ?
 F s'étonne puis- Il se gratte, mais des fois.
 Dr-il mange quoi ?
 F sourit mais ne répond pas.
 Dr-Il faut que vous me disiez la vérité, sinon je peux pas vous aider.
 F-Le matin, le pain avec le thé
 Dr-Du beurre et un peu de confiture
 F-La confiture, il mange
 Dr-Il faut mettre du beurre, sinon c'est que du sucre. Il veut pas le manger ou quoi ?
 F-C'est moi, je donne pas
 Dr-Il faut. Et après, avec du lait, comme vous ?
 F-Oui, et midi, les frites avec la mayonnaise
 Dr-Et puis
 F-Il veut pas le poulet ni rien.
 Dr-Et puis
 F-Au goûter les galettes avec le jus et le soir, le riz avec la sauce
 Rem : pas de question sur la sauce.
 Le petit chougne pendant l'auscultation Dr : « Tu arrêtes, sinon je te frappe ».
 À la fin de l'auscultation, pas plus poussée que pour les autres enfants, Dr fait une prescription pour un traitement contre les vers et fixe un rendez-vous ultérieur pour refaire le point.

Annexe 5 : Chiffres et commentaires sur la PMI en France

Extraits du rapport de l'IGAS (2006)

« Donner une image nationale d'une activité décentralisée et qui s'inscrit dans la proximité n'est pas chose aisée. La loi a inclus expressément le recueil et le traitement d'informations dans les missions du service départemental (L.2112-2 du CSP²⁰⁴) et le règlement (R 2112-8 du CSP) prévoit que « *les états statistiques concernant d'une part les activités du service départemental et d'autre part la situation sanitaire au titre de la protection maternelle et infantile* » sont transmis chaque année au préfet par le président de du conseil général. Le ministère chargé de la santé (DREES) doit traiter ces informations et les renvoyer au département.

Le règlement prévoit également que le service de PMI s'attache chaque année « à présenter et analyser d'autres indicateurs sanitaires, sociaux et démographiques utiles à la détermination des besoins de la population et des actions à entreprendre »

(...)

Théoriquement, tant les services de PMI que la DREES ont en leurs mains des outils permettant de connaître l'activité de la PMI et les indicateurs de santé dans les départements. En fait, les études épidémiologiques locales sont rares et réalisées ponctuellement, en raison notamment des effectifs pouvant être affectés à ces tâches dans les petits et moyens départements. Dans les départements visités par la mission, les éléments obligatoires figurant sur le questionnaire national DREES ont bien suivis. Mais font défaut, sur le plan national, les informations sur le public de la PMI dont on ne connaît que le nombre, mais ni l'âge, ni les caractéristiques sociales, ni les motifs de recours à ce service. Il est également impossible de connaître exactement les actions collectives menées.

(...)

Il existe par ailleurs un annuaire des données sociales de santé des conseils généraux de l'association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des conseils généraux (ANDASS). Les données d'activité, publiées en juin 2005 sont fiables et recoupent largement celles de la DREES. Mais, selon les responsables de l'annuaire eux-mêmes, les éléments fournis concernant le personnel et les dépenses de PMI par habitant de moins de 4 ans²⁰⁵ ne sont pas utilisables²⁰⁶ » (rapport IGAS, 2006 :6).

²⁰⁴ Code de la Santé Publique

²⁰⁵ Ces chiffres vont de 3 à 331 € suivant les départements

²⁰⁶ En raison de confusions sur les personnels affectés à ce service, qu'il est difficile d'identifier clairement et de l'absence d'exhaustivité des données budgétaires départementales qui comportent essentiellement les dépenses liées aux activités conventionnées

Nombre de consultations et de personnel affecté à la PMI en France et dans les Bouches-du-Rhône, rapport aux obligations légales

Activité des services de PMI et personnel affecté (en ETP) en 2004	France entière		BdR	
Naissance (2003)	791 051		23 908	
Lieu de consultation	4615		154	
Nb d'enfant (0-6ans) vu au moins une fois en consultation	750 000		26 080	
Nb de 1/2 journée de consult infantile Norme = 1 pour 200 naissances vivantes domiciliées	223 847		9085	1,5
	ETP	Tx	ETP	Tx
Puéricultrice (Norme = 1 pour 250 enfants né vivant)	3833,8	1,2	81	0,8
Infirmière (Norme = 1 pour 250 enfants né vivant)	1202,7	0,4	60,6	0,6
Sage-femme (Norme = 1 pour 1500 enfants né vivant)	786	1,5	25,3	1,6
Médecin*	1964		71,7	

*Auxquels doivent être ajoutés 1500 médecins vacataires.

Source : DREES

Évolution des consultations de protection infantile des Bouches-du-Rhône 2004-2008

Activité des consultations PI	2004	2005	2006	2007	2008
Nb d'enfant vu	26 080	26 285	27 155	24 690	NR
Nb de lieu de consultation	154	150	140	122	NR
Intra Marseil/Apronef	59->35	66->35	NR	52	NR

Source : Rapport d'activité DGAS CG13

Les dimensions sociales d'une politique de santé publique

Le cas des consultations de protection infantile

Résumé :

Cette thèse est une contribution à l'analyse de l'action médico-sociale comme forme particulière d'intervention. À partir du terrain des consultations gratuites de protection infantile, il s'agit d'interroger la prévention médico-sociale « en acte » et d'observer les décalages et tensions qui existent entre législation, organisation des consultations, positionnement professionnel des intervenants, et problématique spécifique du public auquel ils s'adressent en priorité. L'analyse des enjeux que recouvre l'articulation médical/social et celle des éléments médicaux et sociaux effectivement mobilisés en situation révèle que la prévention se réalise, s'invente et se redéfinit nécessairement au quotidien.

Mots-clés :

Protection Maternelle et Infantile, consultation médico-sociale, prévention, travail social, petite enfance, pratique professionnelle

Social dimensions of a public health policy

The case of infantile protection consultations

Abstract :

This thesis is a contribution to the analysis of the medico-social action as a particular type of intervention. It is based on a field work in the free consultations of "child protection" (protection infantile in French) in France, and questions the medico-social prevention while being "performed". This research also observes the gaps and tensions which exist between legislation, organization of the consultations, professional positions taken by the protagonists, and the specific issue of the public addressed in priority by these consultations. There are numerous stakes within the articulation of medical and social, as well as various medical and social elements raised in the real-life situations. The analysis of these stakes and elements reveals that prevention is crafted, invented, and necessarily redefined in daily interactions.

Key-words :

Maternal and child welfare, medico-social consultation, prevention, social work, early childhood, professional practice

Laboratoire SHADYC– UMR 8562 CNRS-EHESS