



**HAL**  
open science

# Segmentation professionnelle et prévention en acte dans les consultations de protection infantile

Cyril Farnarier

► **To cite this version:**

Cyril Farnarier. Segmentation professionnelle et prévention en acte dans les consultations de protection infantile. Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance, Jun 2009, Nice, France. hal-03424412

**HAL Id: hal-03424412**

**<https://hal.science/hal-03424412>**

Submitted on 10 Nov 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Segmentation professionnelle et prévention en acte dans les consultations de protection infantile

Cyril Farnarier

Docteur en sociologie, chercheur associé au laboratoire Sociologie, Histoire, Anthropologie des Dynamiques Culturelles - SHADYC, CNRS, EHESS, Centre Norbert Elias, Marseille

L'analyse de l'activité quotidienne du personnel intervenant et de la répartition des tâches de travail dans les consultations gratuites de protection infantile (PI), donne d'importantes indications sur les normes et valeurs qui font consensus dans les services de Protection Maternelle et Infantile et celles qui, à l'inverse, sont sujettes à conflit. Aux différents segments qui composent le groupe professionnel des intervenants des consultations de protection infantile ainsi identifiés correspondent des formes et orientations diverses de l'action de prévention menée dans ces centres de consultation.

protection maternelle et infantile, segmentation professionnelle, prévention, consultation médico-sociale

## Introduction

Politique de santé publique qui s'applique à l'ensemble de la population materno-infantile<sup>1</sup> vivant sur le territoire national, la Protection Maternelle et Infantile (PMI) n'en demeure pas moins une institution relativement peu connue du grand public. Ainsi, un bref rappel des principaux éléments qui la composent et du mouvement général dans lequel s'inscrit son évolution est nécessaire pour comprendre le fonctionnement des centres de consultation de protection infantile tel qu'il va être analysé ici.

Bien qu'il faille remonter à la seconde moitié du XIXe siècle pour trouver les premières mesures de protection de l'enfance, c'est l'ordonnance du 2 novembre 1945 qui instaure la PMI comme politique de santé publique de portée nationale. Lors de son instauration au lendemain de la seconde guerre mondiale, il s'agit avant tout de combattre la mortalité materno-infantile, essentiellement par le biais de campagne de vaccinations obligatoires et d'examen pré- et post-nataux visant à s'assurer du bon déroulement de la grossesse et du bon développement de l'enfant entre zéro et six ans. Un système de consultations gratuites est alors mis en place pour permettre à toutes les couches de la population de souscrire à ces mesures (Norvez, 1990).

Les résultats de cette politique ne se faisant pas attendre, les objectifs initialement fixés en termes de taux de mortalité sont rapidement atteints. Dès la fin des années 1950 il est question de faire évoluer les objectifs de la PMI. Régulièrement réformée, par décret, par circulaire ou par loi, la PMI, politique de santé publique à visée éminemment préventive, n'a de cesse de voir son domaine de compétence s'accroître. Mise en place pour la sauvegarde de la vie, ses objectifs sont désormais ceux de la vie en bonne santé. 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 (Aïach et Delanoë, 1998).

Alors que la PMI et les consultations de protection infantile voient leur domaine d'action s'étendre et se complexifier, celles-ci demeurent des structures limitées, avec un nombre fini de personnel, et un nombre de demi-journée de consultation bien déterminé. Cette contradiction entre une action infinie en perpétuelle expansion et un service doté de moyens limités, amène les intervenants de ces services à opérer des choix, à hiérarchiser leurs

<sup>1</sup> Toutes les femmes enceintes et tous les enfants de zéro à six ans.

interventions et à élaborer des techniques de travail en adéquation avec ces choix (Farnarier, 2009).

À partir d'observations et d'entretiens menés dans des centres de consultations gratuites de protection infantile<sup>2</sup>, nous questionnerons ici l'articulation entre médical et social, notamment lorsqu'ils se conjuguent dans un dispositif dont les bases reposent sur des notions aussi larges que celle de « la santé » et de « la prévention ».

De prime abord, l'observation des consultations de protection infantile donne à voir un lieu mettant en scène de nombreux intervenants aux qualifications multiples<sup>3</sup> et une répartition des tâches de travail dont les modalités semblent avant tout implicites. Pour autant, dans ces consultations comme dans toute institution, à la répartition officielle des tâches de travail entre les différents intervenants correspond un fonctionnement réel de la structure, fruit des négociations permanentes qui ont lieu entre les intervenants en fonction du contexte de chaque situation (Strauss *et al.*, 1963).

Ainsi, un défi intéressant pour le sociologue est de rendre explicite la division réelle du travail et d'analyser les enjeux sur lesquels elle repose. En effet, l'analyse interactionniste de la répartition des tâches de travail dans les consultations et celle des tensions observées entre les différents segments professionnels<sup>4</sup> montrent la coexistence de représentations différentes de la mission première de la PMI, du rôle et des limites de ce dispositif et du sens qu'y attribuent les intervenants qui y participent.

## Discours et pratique : suivez l'énigme

Les contradictions que j'ai pu observer entre discours et pratiques des intervenants sont une des clefs de lecture utilisée pour décrypter l'activité foisonnante des consultations et la manière dont ces activités se répartissent.

D'un côté je recueillais une justification argumentée selon laquelle en PMI « on travaille tous pareil »<sup>5</sup>, tous les intervenants font le même travail, ou comme le dit cette puéricultrice :

« 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).

D'un autre côté, j'observais une répartition du travail et des différentes tâches à accomplir correspondant aux qualifications, aux titres et aux postes de chaque intervenant. Toutefois, certaines observations s'accordaient bien avec un mode de travail s'apparentant au « tous pareil » alors même que de nombreux propos s'appuyaient sur les titres, postes et statuts pour expliquer la répartition des tâches à effectuer.

<sup>2</sup> Cet article s'appuie sur une enquête de terrain menée entre octobre 2002 et novembre 2005. Cette enquête comprend sept mois d'observations menées dans cinq centres de consultation de Protection Infantile, 41 entretiens enregistrés auprès d'intervenants des consultations (1 orthophoniste, 1 psychologue, 1 sage-femme, 6 auxiliaires de puériculture, 6 éducatrices de jeunes enfants, 2 infirmières, 13 médecins et 11 puéricultrices dont une stagiaire) et une vingtaine d'entretiens non enregistrés menés avec des familles rencontrées dans les consultations.

<sup>3</sup> Les équipes intervenant dans les consultations sont composées de médecin, puéricultrice, auxiliaire de puériculture, secrétaire, infirmière, éducatrice de jeunes enfants, médiatrice de santé publique... Avec des variations considérables d'une consultation à une autre.

<sup>4</sup> Pour rappel, au sein 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. Nous utiliserons le terme de segment pour désigner ces groupements qui émergent à l'intérieur d'une profession » (Bucher et Strauss, 1961 : 68).

<sup>5</sup> Lilia, auxiliaire de puériculture. Par souci d'anonymisation des matériaux ethnographiques, tous les noms et prénoms de nos informateurs et des centres de consultation ont été remplacés par des noms fictifs.

## Observer les activités

Du fait de la fréquence de ces deux types de discours opposés tenus parfois par une même personne, la compréhension des fondements de telles contradictions s'est avérée nécessaire. Ainsi, afin d'éclaircir l'énigme de ces discours partagés et antinomiques regroupant à la fois des arguments allant dans le sens d'une répartition uniforme des tâches de travail, ne tenant pas compte des titres et postes des intervenants (« on fait tous pareil »), et d'autres se rattachant davantage à la division officielle du travail, tel que définit dans l'organigramme hiérarchique du service (« chacun à sa place »), il faut les analyser à partir des situations auxquelles ces discours renvoient et qui, en fin de compte, les génèrent. En effet, comme le montre Jean-Marc Weller dans son analyse du *mensonge d'Ernest Cigare*, ces contradictions apparentes sont en réalité cohérentes et dotées de sens dès lors qu'elles sont analysées au regard des situations de travail auxquelles elles se réfèrent (Weller, 1994). Tout autant qu'une analyse en termes d'interactions, il faut alors observer ces situations à partir des activités qui les composent et des régimes de compétences auxquelles elles font appel.

L'activité des consultations de PI est d'ordre médico-social. Cela implique que dans le travail réalisé, certaines tâches sont d'ordre médical (auscultation de l'enfant), d'autres sont de type paramédical (pesée, mesure, vaccination, conseil de puériculture...) et se définissent majoritairement par des actes techniques précis et clairement définissables et observables. D'autres tâches encore sont dans le registre du « social » (recueil d'informations sur les conditions de vie de la famille, observation de la relation mère-enfant...) et sont plus difficiles à définir précisément en termes de gestes, de techniques ou d'actions lors de leur mise en œuvre.

### À chaque type d'activité ses modalités de répartition

Une des principales difficultés de l'exercice d'analyse tient au fait qu'au cours d'une situation, ces différentes activités sont en interaction permanente et sont profondément intriquées. Pour autant, j'ai pu constater qu'à chacune de ces deux dimensions de la prévention et des activités qu'elle implique correspondent des modes distincts de répartition des tâches de travail.

Ainsi un premier mode de répartition des tâches peut se lire en termes d'ordre négocié et concerne toutes les activités impliquant des compétences « formelles », reconnues par l'institution et rattachées à certains postes de travail. Un second mode de répartition, nettement plus diffus concerne les activités engageant des compétences « informelles », plus proches de l'activité sociale du professionnel.

### L'ordre négocié des consultations

L'observation et l'analyse du fonctionnement des consultations montre que c'est dans l'interaction permanente entre formation initiale, qualification officielle, position hiérarchique, composition journalière de l'équipe, relation et affinités entre les différents intervenants présents, compétences spécifiques reconnues pour chaque intervenant par les autres membres de l'équipe, connaissances particulières et relations établies au préalable avec les familles, 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.

Pour les activités d'ordre médical et paramédical, les principaux facteurs influant sur l'ordre négocié des consultations sont les variations dans la composition des équipes, les situations de concurrence professionnelle et la simple présence physique d'un intervenant en un lieu donné dans une situation donnée.

## Variation des équipes et variation des rôles

Dans la majorité des consultations, la composition des équipes d'intervenants varie en fonction des jours de la semaine et chaque membre du personnel de PMI intervient dans plusieurs consultations. 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 éducatrice de jeunes enfants – 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 leurs qualifications respectives se redistribuent alors les postes de travail et les diverses tâches qui vont avec. Ainsi cette auxiliaire de puériculture me disait :

« 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, 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 tu n'as pas le même rôle selon les personnes, tu n'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. » (Christine, auxiliaire de puériculture).

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. De fait, le rôle d'une puéricultrice, par exemple, ne sera pas exactement le même si elle est seule dans une consultation ou si elle est accompagnée d'une auxiliaire de puériculture. De même, 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. En effet, le nombre de tâches de travail à réaliser ne dépend pas du nombre et de la qualité des professionnels présents. Qui pèse et qui mesure le bébé, qui pose des questions à la mère, qui renseigne le dossier médical, qui trace les courbes dans le carnet de santé, qui fixe le prochain rendez-vous, qui donne les conseils ? La répartition de ces différentes tâches de travail se négocie alors quotidiennement en fonction de la composition journalière de l'équipe et plus ponctuellement, au fil des interactions avec les usagers du service.

## Concurrence professionnelle

Pour de nombreuses tâches, puéricultrices et auxiliaires de puériculture sont en situation de concurrence professionnelle (par exemple pour la pesée et la mesure de l'enfant) ; concurrence qui peut aussi se développer avec les secrétaires de consultation. La présence physique de ces dernières dans cet espace leur attribue *de facto* une place dans les interactions et, par là, un rôle dans les situations.

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. [...] Contrairement à La Croix<sup>6</sup>, où je suis seule ; donc je me sens vraiment utile et puis des fois à Belle île, à part quand je suis seule, 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 » (Lilia, auxiliaire de puériculture).

Cet extrait illustre comment, en fonction de l'agencement des locaux et des personnes présentes, cette auxiliaire de puériculture préfère demeurer en salle de pesée, assister le

<sup>6</sup> La Croix et Belle Île sont les noms (fictifs) de consultations de quartier.

médecin ou travailler dans la salle d'attente. La notion d'utilité, telle qu'elle est mobilisée ici, renvoie à la possibilité d'avoir, en fonction des situations, un rôle propre, des tâches de travail qui sont « attribuées » de fait. En regrettant 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, préférer travailler seul est moins un moyen de se protéger du regard évaluateur des autres membres de l'équipe qu'une solution pour se soustraire de la concurrence entre intervenant. En effet, travailler seul est le moyen le plus efficace pour s'appropriier l'ensemble des tâches de travail sans avoir à en négocier la répartition.

## 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 amène à souligner un autre aspect important du fonctionnement des consultations, celui de la présence physique comme moyen de prise de fonction.

J'entends par là que, du fait de sa présence physique en un certain lieu à un certain moment, un intervenant peut se saisir d'une tâche de travail qu'il n'a, *a priori*, pas à réaliser.

« Josette [la secrétaire] comme elle est sur les trois<sup>7</sup>, 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 cette séquence, si la présence physique est un moyen de prise de fonction (ici assurer une liaison entre les membres de l'équipe), 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.

## La dynamique de la négociation : don et contre don

Au-delà de ces principes de négociation faisant appel à la présence (ou à l'absence) physique de certains intervenants, les négociations les plus nombreuses se font par un subtil jeu de glissement hiérarchique, de délégation ou d'appropriation de certaines tâches. Ces négociations peuvent être interprétées à l'aide des règles du don - contre don telles que Marcel Mauss les a énoncées, inscrivant les rapports sociaux dans une dynamique à trois temps : donner-recevoir-rendre (Mauss, 1950). Cette lecture des négociations par la dynamique du don attribue une place très particulière aux compétences professionnelles engagées dans la situation.

Dans ces consultations où se côtoient des intervenants aux titres, postes et statuts différents, les termes de l'échange sont alors les suivants : la réalisation d'une tâche par un intervenant qui n'en a pas la charge par son statut 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 de la possession 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.

<sup>7</sup> Alors que la composition des équipes varie en fonction des jours de consultation, cette secrétaire assure les trois demi-journées de consultation hebdomadaire.

Ce mode de lecture permet d'interpréter une très grande partie des négociations à l'œuvre dans les consultations de PI et d'en comprendre les règles implicites. En outre, il fournit une grille d'interprétation efficace pour de nombreuses situations où l'ordre bureaucratique et la division administrative du travail sont réactivés. Les conditions nécessaires à la réalisation de l'échange n'étant pas réunies, par exemple si le contre don est jugé insuffisant (rémunération professionnelle symbolique insuffisante par rapport au travail que demande l'exécution de la tâche), ou si le don est en lui-même refusé (un professionnel en charge d'une tâche refuse qu'un autre la réalise à sa place), la négociation échoue et l'ordre bureaucratique et la division administrative du travail préalables à la négociation sont maintenus.

Mais cette interprétation dynamique des négociations en termes de don - contre don n'est possible que lorsque la négociation engage des compétences formellement inscrites dans le profil professionnel des intervenants. Dans ce cadre, c'est en quelque sorte la reconnaissance de la possession d'une compétence formelle 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. Ainsi, ce principe d'analyse ne fonctionne que pour certaines activités, celles qui engagent des compétences formellement reconnues par l'institution, généralement techniques et d'ordre médical ou paramédical.

## Le désordre « psycho-social » des consultations

Les services de PMI étant de type médico-sociaux, une relecture du fonctionnement des consultations s'impose à propos des activités plus immatérielles, fluides et sensibles qui se tiennent en ces lieux. Rappelons-nous à ce propos l'extrait d'entretien que je citais plus haut :

« 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 des compétences mises en œuvre permet d'accéder à une compréhension nouvelle de la division du travail. Ici, ce discours du « on fait tous pareil » se réfère explicitement à des activités non médicales appelant la mobilisation de compétences sociales acquises principalement en dehors des formations professionnelles initiales de chaque intervenant : l'empathie, l'écoute, l'observation, la bienveillance...

Une part importante des activités sociales qui se tiennent dans les consultations réside dans des comportements personnels, des gestes du quotidien. Un sourire, quelques minutes d'attention, une main posée sur un bras, un compliment, une question que l'on pose par intérêt ou à l'inverse, que l'on ne pose pas, par pudeur... Autant de petits détails de l'interaction qui ont pour but de créer du lien entre intervenants et usagers du service, de valoriser ces derniers ou de créer un accueil chaleureux à leur arrivée au centre.

## Normes, valeurs et segmentation du groupe professionnel

Dans leur théorie de la segmentation professionnelle, Bucher et Strauss (1961) expliquent que les segments professionnels se forment, entre autres, autour de normes et de valeurs partagées par l'ensemble de ceux qui composent un segment. Lors de la présentation de l'activité des consultations et de leur travail en général, deux valeurs font consensus dans le discours des intervenants des consultations : il s'agit de *l'approche globale* de l'individu et de *l'écoute*.

## Une « approche globale »

L'« approche globale » des individus et des situations est revendiquée comme une des qualités essentielles du service, comme l'un de ses fondements constitutifs. Par la position institutionnelle centrale qu'occupe la PMI vis-à-vis de toutes les institutions qui encadrent la vie du jeune enfant, par son rôle de centralisation des informations, par la variété de leurs modalités d'action (consultation, visite à domicile, visite en école, en maternité, liaison avec les assistantes maternelles, les assistantes sociales...) les services de PMI se présentent comme étant les plus à même de restituer au mieux la situation d'un enfant dans sa famille. En outre, l'aspect préventif des consultations, et donc le fait que les familles ne s'y rendent pas avec une demande précise ou pour un soin particulier, fait que les situations familiales s'y présentent dans toute leur richesse et leur complexité. Cette approche globale de l'enfant, voulue à une échelle institutionnelle se retrouve dans les propos de certains intervenants des consultations qui la revendiquent comme une des spécificités de leur travail.

« Ils ne sont pas des numéros, ils sont des individus, en gros c'est ça. C'est que les gens, ce ne sont pas que des patients, ce sont des individus à part entière avec leur entourage, avec tout ce qu'il faut. Ils ne viennent pas que pour une pathologie en gros » (D<sup>r</sup> Simon, pédiatre).

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

### « L'écoute »

« Quand tu écoutes les gens, tu as fait déjà 50% de ton boulot » (Christine, auxiliaire de puériculture).

Mise en place et légitimée au nom de la considération globale de l'individu, la pratique de l'écoute recouvre deux « fonctions » principales dans les consultations, une fonction préventive, thérapeutique et une fonction informative.

De fait, au-delà de la simple écoute auditive, de la réception du discours prononcé par les mères, il s'agit pour les professionnels d'entendre leur demande, de comprendre la raison pour laquelle celles-ci viennent à la consultation. L'objectif des intervenants est alors de « faire émerger la demande », d'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 de prévention.

Mais 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. Malgré tout, l'aspect non professionnel de cette écoute par les intervenants de PMI se révèle être un point positif pour les familles qui perçoivent souvent de façon très négative le fait d'être orientées vers un « psy » (Fassin, 2004).

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... 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.

« 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).

Le travail effectué en vue de l'approche globale et de l'écoute nécessite la mise en œuvre de compétences sociales, relativement indépendantes des formations professionnelles initiales, d'un poste en particulier ou d'une position hiérarchique. Ainsi, la cohérence du discours du « on fait tous pareil » tient au fait qu'il se rapporte principalement<sup>8</sup> à des activités pour lesquelles l'ordre hiérarchique n'est plus opératoire. Ces activités ne sont attribuées à personne en particulier, chacun se les attribue et tous en revendiquent la pratique.

Toutefois, bien que consensuelles dans les discours, l'approche globale et l'écoute sont loin de donner lieu à des pratiques uniformes dans leurs mises en œuvre.

## Limites et orientation de la prévention

### Du positionnement professionnel...

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 de la délimitation du champ d'intervention de la PMI : quelles sont les limites de la globalité ?

« 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 compte, qui n'en tiennent pas compte. Mais je crois qu'on est tous obligés d'évoluer vers ça » (D<sup>r</sup> Simon, pédiatre).

La même question se pose vis-à-vis de l'écoute des intervenants : que faut-il entendre de ce que disent les familles ?

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.

Les situations dans lesquelles se trouvent les familles regroupent d'importantes problématiques (juridiques, institutionnelles, sociales, économiques...) 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, celle-ci étant variable 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 » (D<sup>r</sup> 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

<sup>8</sup> En plus de l'idée que nous développons ici, le discours du « on fait tous pareil » peut aussi renvoyer à la question de la variation des équipes et à la variation des rôles qui en découle. « 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. » (D<sup>r</sup> Rahari)

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 “ne me dites pas...” », je sais poser les bonnes questions où il n'y aura pas de réponse. [...] 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.

### ...à la mise en œuvre de la prévention

Alors que *écoute et approche globale* de l'enfant font l'unanimité dans les déclarations des intervenants, ces notions ont des contours très flous et leurs définitions sont laissées à la libre appréciation de chacun. Nous comprenons dès lors comment, à travers elles, se mettent 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, j'ai 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 service. Alors que le médecin n'acceptait pas que des usagers viennent au centre sans avoir de demande précise, l'auxiliaire et la puéricultrice, quasi-permanentes de cette consultation, défendaient le principe selon lequel, 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 (Breviglieri, 2005). Le médecin renvoya 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 (« ce n'est pas un centre aéré ici ! »), critiquant le principe des longs moments passés à discuter avec les mères (« on n'est pas des psy ! »).

Les éléments au centre de cette dispute renvoient directement à des conceptions distinctes de ce qu'est la prévention en PMI (d'une pratique restreinte aux seuls examens médicaux à la construction d'une réelle connaissance et d'un suivi des situations familiales) et aux méthodes de travail qui en dépendent. Certains usages de la salle d'attente comme lieu de rencontre et de discussion entre les mères ou certaines modalités d'accueil mises en place par une partie des intervenants, comme la distribution de thé dans la salle d'attente, soulèvent les mêmes débats. D'apparences anodines, ces pratiques visent à établir une relation particulière, un lien de familiarité entre les mères et un intervenant ou entre les mères et le service en général. À travers les discussions autour de ces pratiques de travail, c'est tout un pan de l'activité du service et une certaine conception de la prévention qui sont en réalité mises en question.

## Conclusion

Reprenons, en guise de conclusion le cheminement qui vient d'être opéré.

Une apparente contradiction entre discours et pratiques des intervenants des consultations nous a conduit à réfléchir sur les types d'activités auxquelles ces discours se rapportaient. Cela nous a permis de voir qu'aux différents régimes d'activités que comprennent les consultations correspondent différents modes de répartition du travail.

Si la répartition des activités de prévention médicale et paramédicale s'explique selon une analyse relativement classique d'ordre négocié des consultations, cela est dû au fait qu'elles sont officiellement détaillées et inscrites dans l'activité du service.

En regard de cela, la répartition des activités de type plus social ne trouve pas de mode de répartition évident ou calqué sur des logiques d'organisation de l'institution. Ces activités et les compétences auxquelles elles font appel sont d'ordre plus individuel et leur mise en œuvre dépend de l'engagement personnel et du positionnement professionnel de chaque intervenant.

Ainsi, le consensus ou les dissensions qui se font jour autour de la mise en pratique de ces activités sociales nous renvoient très directement aux frontières de la PMI, à la variabilité du type de prévention qui peut y être pratiqué et de là, au sens et à la portée générale de son action.

AIACH P. et DELANOË D. (dir.), 1998, *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos Economica.

BREVIGLIERI M., 2005, « Bienfaits et méfaits de la proximité dans le travail social », in Ion (dir.), 2005, *Le travail social en débat[s]*, Paris, La Découverte, Alternatives sociales, pp. 219-234.

BUCHER R. et STRAUSS A., 1961, « La dynamique des professions », in Strauss, 1992, pp. 67-86.

FARNARIER C., 2009, *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique. Le cas des consultations de protection infantile*, Thèse de doctorat EHESS.

FASSIN D., 2004, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte, Alternatives sociales.

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, pp. 145-284.

NORVEZ G., 1990, *De la naissance à l'école : santé, modes de gardes et préscolarité dans la France contemporaine*, INED, PUF.

REVEL J., 1989, « L'Histoire au ras du sol », in Levi G., *Le pouvoir au village. Histoire d'un exorciste dans le piémont du XVIIème siècle*, Paris, Gallimard, pp. I-XXXIII.

STRAUSS A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris, L'Harmattan, Logiques Sociales.

STRAUSS A., SCHATZMAN L., BUCHER R., EHRLICH B., SABSHIN M., 1963, « L'hôpital et son ordre négocié », in Strauss, 1992, pp. 87-112.

WELLER J.-M., 1994, « Le mensonge d'Ernest Cigare. Problèmes épistémologiques et méthodologiques à propos de l'identité », *Sociologie du travail*, n°1/94, pp. 25-42.