

**Dossier d'Etudes n° 136**  
**Janvier 2011**



*Anne-Sophie Vozari – Année 2009 / 2010*  
*Sous la direction de Marc Bessin*

**Les ambivalences de l'intervention sociale en  
direction des familles**

**La Protection Maternelle et Infantile entre  
« protection de l'enfance » et « soutien à la  
parentalité »**

**Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales**  
**Mémoire de Master 2 – Mention « Sociologie »**  
**Spécialité « Genre, Politique et sexualité »**

## TABLE DES MATIERES

|  |           |
|--|-----------|
| AVANT-PROPOS.....  | 6         |
| INTRODUCTION .....   | 8         |
| 1 – La Protection Maternelle et Infantile : Quelques données de cadrage .....  | 8         |
| 2 – Revue de la littérature .....  | 10        |
| 3 – Cadre théorique .....  | 10        |
| 4 – L’expérience du terrain au cœur de la construction théorique.....  | 11        |
| 5 – Retour sur l’expérience de terrain.....  | 12        |
| 51 – La relation d’enquête .....   | 12        |
| 52 – Se situer sur le terrain .....  | 13        |
| 53 – Les lieux et temps de l’enquête .....   | 14        |
| <br>   |           |
| <b>PARTIE 1 - LE CARE COMME POINT DE VUE, L'ETHNOGRAPHIE POUR METHODE -<br/>ANALYSER LE TRAVAIL EN PMI A L'AUNE DES PERSPECTIVES DU CARE .....</b> | <b>16</b> |
| <br>   |           |
| <b>1 - Penser le désordre au prisme du care .....</b>  | <b>17</b> |
| 11 – Le travail de care entre compétences et qualifications .....  | 18        |
| 111 - La "déprofessionnalisation" des activités.....   | 19        |
| 112 - Un travail invisible.....  | 22        |
| 12 – Les temporalités du care en PMI .....   | 24        |
| 121 - Le Kairos.....   | 24        |
| 122 - Le suivi des familles : une activité ancrée dans la durée .....  | 26        |
| <br>   |           |
| <b>2 - Penser l'ordre du care au prisme du genre .....</b>   | <b>28</b> |
| 21 – Le "souci des autres", un gage de professionnalisme soumis à ajustements.....   | 29        |
| 211 - L'empathie, une norme professionnelle.....   | 29        |
| 212 - Maîtriser la "bonne" distance au risque de la disqualification.....  | 31        |
| 22 – Les dimensions sexuées du travail de care en PMI.....   | 32        |
| 221 - Les professionnelles : des mères comme les autres .....  | 32        |
| 222 - La sexualité des activités.....  | 35        |
| <br>   |           |
| <b>3 - Conclusion Partie 1 .....</b>   | <b>38</b> |

**PARTIE 2 - DE LA PRESENCE AU CONTROLE SOCIAL. LES AMBIVALENCES DU SOUTIEN  
A LA PARENTALITE ..... 39**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 - Soutenir les "compétences parentales" dans une société d'individus .....</b>         | <b>40</b> |
| <b>11 – Les règles de l'intervention auprès des familles .....</b>                          | <b>41</b> |
| 111 - <i>"La "bonne" parentalité n'existe pas !"</i> .....                                  | 41        |
| 112 - <i>Le relativisme culturel au risque du culturalisme</i> .....                        | 44        |
| 113 - <i>"Du travail sur autrui, au travail avec autrui"</i> .....                          | 46        |
| 114 - <i>Accompagner ou éduquer ?</i> .....   | 48        |
| <b>12 – Entre assistanat et suppléance, les limites de l'intervention.....</b>              | <b>50</b> |
| 121 - <i>Accompagner mais pas trop, un exercice de funambule</i> .....                      | 51        |
| 122 - <i>"Assister" les parents dans l'intérêt de l'enfant</i> .....                        | 53        |
| 123 - <i>"A l'impossible nul n'est tenu"</i> .....  | 54        |
| 124 - <i>La suppléance pour combler un défaut d'autonomie</i> .....                         | 54        |
| <br>  |           |
| <b>2 - Les implicites du "soutien à la parentalité".....</b>                                | <b>55</b> |
| <b>21 – Un ordre familial invisibilisé mais prégnant .....</b>                              | <b>56</b> |
| 211 - <i>De l'assistante maternelle au parent : les exigences du "métier"</i> .....         | 56        |
| 212 - <i>Une morale familiale de classe ?</i> .....   | 59        |
| <b>22 – L'autonomie des mères soumise à questions .....</b>                                 | <b>63</b> |
| 221 - <i>Individualisation et autonomisation féminine : l'émancipation paradoxale</i> ..... | 64        |
| 222 - <i>L'idéologie de la primauté maternelle</i> .....                                    | 69        |
| <br>  |           |
| <b>3 - Conclusion Partie 2 .....</b>  | <b>71</b> |

**PARTIE 3 - "SURVEILLER" POUR "VEILLER SUR" : LE CARE PARADOXAL..... 72**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 - Un dispositif de surveillance .....</b>                                       | <b>72</b> |
| <b>11 – La vulnérabilité des mères au coeur des pratiques .....</b>                  | <b>73</b> |
| 111 - <i>La vulnérabilité : une condition partagée</i> .....                         | 73        |
| 112 - <i>Des "clignotants" au prisme des intersections</i> .....                     | 74        |
| <b>12 – La mère et l'enfant au coeur d'un panoptique.....</b>                        | <b>76</b> |
| 121 - <i>Les sens en alerte</i> .....  | 77        |
| 122 - <i>Des stratégies de "sousveillance"</i> .....                                 | 79        |
| <br>   |           |
| <b>2 - Une police féminine ? Sens et puissance relative de la surveillance .....</b> | <b>83</b> |
| <b>21 – " Je ne suis pas flic ! " .....</b>  | <b>84</b> |
| <b>22 – Une " double casquette " difficile à porter.....</b>                         | <b>85</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>3 - Conclusion Partie 3</b> .....   | <b>87</b>  |
| <b>CONCLUSION GENERALE</b> .....   | <b>89</b>  |
| <b>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES</b> .....   | <b>91</b>  |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....   | <b>92</b>  |
| <b>SOMMAIRE DES ANNEXES</b> .....  | <b>98</b>  |
| <b>1 – La répartition formelle des activités : Qui fait quoi ?</b> .....   | <b>99</b>  |
| <b>2 – Courrier type MAD</b> .....   | <b>100</b> |
| <b>3 – « Les recommandations de la Haute Autorité de Santé » in « Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent » - Guide Pratique Protection de l'enfance – Ministère de la Santé et des solidarités, 2008, pp. 58-65 (8 pages)</b> ..... | <b>101</b> |

## Remerciements

Pour faire du travail de recherche une expérience moins solitaire et effrayante, mes premiers remerciements vont à Marc Bessin. Ce travail doit beaucoup à la confiance qu'il m'a accordée, à son soutien, ses idées et sa volonté de faire du *care* une exigence en milieu académique.

Le respect de l'anonymat m'empêche de remercier nominativement les professionnelles du service de PMI enquêté. Chef de service, cadres de santé et intervenantes de terrain, qu'elles soient toutes assurées ici de ma gratitude pour leur accueil et le temps qu'elles m'ont accordée.

Pour leurs travaux qui ont nourri ma réflexion et leurs commentaires avisés, je remercie Cyril Farnarier et Coline Cardi que je suis heureuse d'avoir pu rencontrer autour de ce travail.

Je remercie également Raphaël Liogier pour avoir alimenté et soutenu, plusieurs années durant, mon goût pour les sciences sociales.

Un grand merci à tous ceux qui m'ont aidée d'une manière ou d'une autre cette année, et notamment :

- ❖ Aux participants du « collectif de travail » pour leurs conseils et suggestions, et particulièrement à Clarisse Carrière pour nos échanges stimulants,
- ❖ A mes camarades de bibliothèque pour leurs encouragements,
- ❖ A mes amies de la Pâquerette, Camille Rosa, Emma Lebot et Alice Karle, pour m'avoir épaulée,
- ❖ A Elise Baechelen, Juliette Boulouis, Marion Deroussen, Mélanie Masson et Julie Manuel pour leurs ultimes corrections,
- ❖ A mes parents pour leur soutien infaillible, surtout lors du travail parfois douloureux de rédaction,
- ❖ A Nicolas Boucher pour m'avoir patiemment et quotidiennement écoutée.

Le mémoire proposé dans ce dossier d'études nous permet de revenir sur la parentalité, en écho au fort investissement des pouvoirs publics autour de l'enfant depuis quelques années. Anne Sophie Vozari contribue à l'analyse des pratiques professionnelles d'appui à la parentalité à travers l'activité des professionnelles de la Protection maternelle et infantile (PMI) -centre névralgique des politiques d'accompagnement et de soutien des parents- mais chargée aussi de prévenir les enfants en danger ou en risque de l'être. Pour interroger les ambivalences de l'intervention sociale en direction des familles, ce travail prend appui sur les approches sociologiques du care et se situe au carrefour des sociologies du travail, des rapports sociaux de sexe et de la déviance.

Anne Sophie Vozari nous restitue une enquête ethnographique de cinq mois dans un service de PMI. Ce matériau très riche lui permet de révéler les activités réelles caractéristiques du « prendre soin », activités souvent invisibles d'écoute, d'aide et de sollicitude et les implicites de l'accompagnement des familles.

La première partie du mémoire est l'occasion de démontrer l'intérêt d'une telle approche ethnographique. L'immersion dans les centres de PMI ou observations et entretiens lèvent le voile sur une « déprofessionnalisation » des activités liées à une éthique du care naturalisée, et qui repose sur une posture partagée par tous les membres de l'équipe ((infirmières / puéricultrices, sages-femmes, médecins, secrétaires). La chercheuse démontre que le care est aussi et surtout une activité sociale organisée autour d'un ordre du genre qui se traduit à la fois dans la dimension sexuée du travail en PMI mais aussi dans les frontières public/privé, profane/professionnel.

La seconde partie prolonge ces premiers constats et interroge l'ambivalence de l'intervention des professionnels entre protection de l'enfant et contrôle social. Anne Sophie analyse très finement leurs difficultés à mettre en œuvre une politique préventive sans se départir de l'autre objectif de contrôle et de surveillance des mères de jeunes enfants. Ces dernières sont soumises à des injonctions contradictoires entre autonomie, émancipation de la femme et assignation à la féminité et à une naturalisation de la maternité. Au fil de l'évocation du terrain, le lecteur comprend vite qu'au nom de l'intérêt de l'enfant les rôles assignés au père et à la mère évoluent peu, même si dans les discours la présence des pères est souhaitée. Cette autre injonction à l'égalité dans les couples rencontre assez vite des limites et les passages sur la place des pères sont édifiants. L'extrait suivant l'est aussi la seule fois où la chercheuse a vu un homme s'asseoir sur le siège réservé habituellement aux mères :

*« Un couple entre en salle de pesée. Le père s'assoit sur la seule chaise disponible, chaise sur laquelle je n'avais vu s'asseoir pour l'instant que des femmes, les hommes restant debout. La mère est debout. Il tient le bébé dans ses bras et lui donne le biberon. Il parle et répond aux questions de la puéricultrice autant que la mère. Une fois le couple sortit, elle me dit « Il est drôle ce papa »*

(Notes de terrain – 22 Février - permanence de puériculture - Grazet »

Au fil de la troisième partie du rapport, se dessine la manière dont les professionnelles évaluent les vulnérabilités maternelles et les risques pour l'enfant. L'évaluation est basée sur l'observation de la relation mère – enfant et le repérage des éventuels troubles relationnels précoces. Des variables telles que l'âge, l'origine, le fait d'être primipare ou non, le portage de l'enfant, la gestuelle, la profession sont minutieusement disséquées pour déceler les facteurs de risques. Ce travail d'observation et d'écoute des professionnelles s'apparente à un travail de renseignements et de police. Cette surveillance peut prendre la forme d'une sousveillance<sup>1</sup>. C'est le cas par exemple lors des entretiens prénataux du 4<sup>ème</sup> mois où les femmes sont dans un premier temps invitées. En cas de non réponses, et lorsque des facteurs de vulnérabilité sont repérés, l'invitation se transforme en injonction avec une convocation et un courrier plus intrusif. Au final les situations observées sur le terrain mettent en lumière les registres moraux mobilisés par les intervenantes, les rapports sociaux de pouvoir et les injonctions contradictoires auxquelles sont soumises les équipes de PMI. Dans sa partie conclusive Anne Sophie Vozari pointe « ... ce premier parcours de recherche, bien loin d'avoir épuisé toute la complexité du sujet, on a surtout l'impression d'avoir ouvert plus de pistes qu'apporté des réponses. Nombreux sont les prolongements possibles à ce travail que je souhaiterais explorer en thèse.

Catherine Vérité  
DSER  
[catherine.verite@cnafr.fr](mailto:catherine.verite@cnafr.fr)

---

<sup>1</sup> Dominique Quesadaa, « la sousveillance est un dépassement de la surveillance en ce qu'elle est légère, discrète, immatérielle et omniprésente. Le « sous » de sousveillance en désigne le côté plus insidieux, l'action de quelque chose qui travaille « par en dessous ». in D. Quesada, « De la sousveillance. La surveillance globale, un nouveau mode de gouvernamentalité », *Multitudes*, n°40, 2010/1, p.59

Domaine où l'Etat a été pendant longtemps omniprésent, la famille tend à s'autonomiser du joug étatique sous l'effet de la « privatisation des liens familiaux »<sup>2</sup>. Tous les membres de la famille ne sont néanmoins pas logés à la même enseigne : l'enfant est devenu l'objet d'un fort investissement des pouvoirs publics. En effet, il s'agit là de protéger ce futur citoyen, aujourd'hui vulnérable, et de garantir par là même le capital social qu'il représente. « Si la famille est prise en compte dans le souci public de l'enfant, c'est désormais *par rapport* à l'enfant et à ses propres intérêts ».<sup>3</sup> C'est aujourd'hui par la « parentalité » que la question familiale revient à l'ordre du jour dans les politiques publiques. A l'heure où l'on tend à faire des désordres familiaux un facteur de trouble de l'ordre public, deux types de discours antagonistes s'affrontent en matière de parentalité. D'une part un certain discours politique sécuritaire relatif à la « démission parentale », cause de la délinquance juvénile des « sauvageons », induisant la disqualification des parents ; d'autre part les discours des professionnel(le)s du secteur social et médico-social cherchant à se départir des logiques tutélaires et répressives, et privilégiant un « soutien à la parentalité » prompt à révéler et stimuler les capacités éducatives parentales.<sup>4</sup> Parce que la Protection Maternelle et Infantile vise à accompagner et soutenir les parents, mais également à protéger les enfants en danger ou en risque de l'être, cette politique de prévention de l'Etat social<sup>5</sup> décentralisé, constitue un point d'ancrage particulièrement intéressant pour interroger les ambivalences des interventions sociales en direction des familles.

## 1 - La Protection Maternelle et Infantile : quelques données de cadrage

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, confrontés au taux très important de mortalité materno-infantile et à l'état déplorable de bon nombre d'enfants, les pouvoirs publics uniformisent par l'ordonnance du 2 novembre 1945, acte de naissance de la Protection Maternelle et Infantile, l'ensemble des mesures prises depuis le XIX<sup>ème</sup> siècle en matière de protection de l'enfance. Cette politique de santé publique établit des examens obligatoires pré et post-nataux, ainsi qu'un programme vaccinal, auxquels doivent souscrire toutes les femmes enceintes et tous les enfants âgés de zéro à six ans résidant en France. Pour ce faire, les familles ont le choix de s'adresser à un médecin généraliste, à un pédiatre de ville ou aux consultations gratuites de PMI. C'est en effet pour rendre ces mesures applicables et permettre à l'ensemble de la population visée de s'y soumettre, qu'un système de consultations médicales gratuites est mis en place. Politique préventive de santé publique, le but affiché est ainsi d'assurer un suivi médical, sanitaire et social de toutes les femmes enceintes et jeunes enfants sans distinction aucune. Néanmoins, du fait de la gratuité, de la facilité d'accès et des lieux d'implantation des centres, ceux-ci sont majoritairement fréquentés par la frange la plus pauvre de la population dont une part importante de personnes immigrées ou issues de l'immigration.

<sup>2</sup> J. Commaille, « L'économie socio-politique des liens familiaux », *Dialogue*, n°174, 2006/4, p. 96

<sup>3</sup> J. Commaille, P. Strobel, M. Villac, *La politique de la famille*, Paris, La Découverte, 2002, p. 36

<sup>4</sup> D. Pioli, « Le soutien à la parentalité : entre émancipation et contrôle », *Sociétés et jeunesse en difficulté* [En ligne], n°1 | printemps 2006, mis en ligne le 23 octobre 2006, Consulté le 11 août 2010. URL : <http://sejed.revues.org/index106.html>

<sup>5</sup> L'Etat social désigne les protections et les droits instaurés par l'Etat pour lutter contre les principaux risques sociaux. Cette expression est préférée à celle d'Etat Providence. Voir R. Castel, « Devenir de l'Etat providence et travail social », in J. Ion (dir.), *Le travail social en débat[s]*, Paris, La découverte, 2005, p. 28



Depuis son instauration, la PMI a vécu de nombreuses transformations dont il convient de retracer succinctement l'évolution. A partir des années 1960, le champ de son intervention s'étend considérablement du fait de la prise en compte de la santé globale de l'enfant, mouvement renforcé dans les années 1970 par l'important accroissement de la psychologie dans la prise en charge de la petite enfance. Les années 1980 sont marquées d'une part par la décentralisation de 1982-1983 qui place la PMI sous l'autorité du conseil général et d'autre part par « un glissement de l'objectif de surveillance généralisée vers celui de l'assistance différenciée »<sup>6</sup>. Il est en effet précisé dans une circulaire de 1983 que les services, s'ils s'adressent à tous, sont tenus d' « agir de façon renforcée spécifiquement adaptée pour les familles les plus défavorisées ». Depuis une quinzaine d'années, les textes législatifs poursuivent dans l'expansion du champ de la prévention du fait d'une définition chaque fois plus étendue de la santé. Dernièrement la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance intègre pour la première fois la PMI dans le Code de l'Action Sociale et des Familles alors qu'elle ne dépendait jusqu'alors que du Code de Santé Publique, façon de souligner la dimension sociale de ses missions. L'aspect majeur de la loi est sans aucun doute le changement terminologique qui s'opère en remplaçant la notion « d'enfant maltraité » par celle « d'enfant en danger ou qui risque de l'être ». La prévention occupe ainsi une place de choix dans les procédures de protection de l'enfance et encourage la PMI à renforcer son travail de suivi des « situations à risque » autour de la naissance, et de fait son travail de surveillance.

Concernant les effectifs, d'après l'Inspection Générale des Affaires Sociales, « aujourd'hui, les services de PMI regroupent un personnel médical et paramédical de 7 480 ETP et 1 500 médecins vacataires. Les puéricultrices représentent la moitié du personnel (3 736), viennent ensuite les médecins (1 910 médecins titulaires en ETP, 1 500 médecins vacataires en effectifs), puis les infirmières (1 122) 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 1 120 salariés et les personnels administratifs dédiés (estimés par la mission à 375 environ) »<sup>7</sup>. À l'échelle du pays, en 2006, 18 % des femmes enceintes et 20 % des enfants de moins de six ans ont été suivis par la PMI. Cette même année, 50 % à 60 % des enfants nés sur le territoire en 2005 ont été vus au moins une fois dans un des 4 615 lieux de consultation que compte le pays<sup>8</sup>. Structure dépendante d'une politique nationale de santé publique, la PMI est néanmoins une politique décentralisée et son organisation varie d'un département à l'autre. Le département<sup>9</sup> francilien dans lequel s'est déroulée l'enquête de terrain compte à ce jour 64 centres répartis sur 13 territoires où travaillent 369 agents. Plus de 60 % des nouveau-nés sont vus au moins une fois dans les centres et 30 % de la population infantile du département est suivie en PMI.

---

<sup>6</sup> D. Serre, « Le bébé « superbe ». La construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance », *Sociétés Contemporaines*, n°31, 1998, p. 110

<sup>7</sup> D. Jourdain-Menninger, B. Roussille, P. Vienne, C. Lannelongue, *Étude sur la protection maternelle et infantile en France*, Rapport de l'IGAS n°RM2006 - 163P, Tome I/III. 2006, p. 10

<sup>8</sup> *Ibid*

<sup>9</sup> Afin de respecter l'anonymat des enquêtées les noms propres (de personnes ou de lieux) ont été changés ou non précisés.

## 2 - Revue de la littérature

Les travaux en sciences sociales sont rares quand il s'agit de prendre la PMI pour objet. Si elle a été approchée de façon historique<sup>10</sup> et démographique<sup>11</sup> dans le cadre de travaux portant sur les politiques à destination de la petite enfance ou dans une lecture socio-historique *via* l'analyse de l'évolution du champ de la médecine<sup>12</sup>, elle n'en constitue pas le sujet principal. L'analyse porte dans quelques travaux sur les identités professionnelles, que ce soit pour traiter des femmes médecins<sup>13</sup> ou de la redéfinition de ces identités dans le champ de la petite enfance<sup>14</sup>. D'autres ont investi les centres de PMI comme terrain d'observation pour comprendre les processus d'« imposition symbolique » à l'œuvre<sup>15</sup> et analyser les modes de transmission de normes de puériculture<sup>16</sup>. En interrogeant les dimensions sociales de cette politique de santé publique, les récents travaux de Cyril Farnarier sont les premiers à accorder aux interventions sociales une place de choix dans l'enclassement particulier du médical et du social que présente la PMI.<sup>17</sup> Pour sa part, ce travail se propose d'examiner les tensions existantes dans les activités de PMI : d'une part, un « soutien à la parentalité » poursuivant un objectif d'autonomisation des parents et d'autre part, des pratiques de surveillance, voire de « sousveillance »<sup>18</sup>, cherchant à identifier, comme préalable à l'intervention, les risques potentiels de danger pour l'enfant à naître et/ou pour ses premières années de vie. Les logiques apparaissent alors *a priori* contradictoires puisqu'il s'agit tour à tour d'aider, soutenir, protéger, surveiller et réguler les risques familiaux.

## 3 - Cadre théorique

Afin d'interroger les ambivalences de l'intervention sociale en direction des familles, ce travail se nourrit des apports théoriques des travaux français récents sur le *care*, développés dans les travaux collectifs dirigés par Patricia Paperman, Sandra Laugier et Pascale Molinier, et de la « sociologie de la présence sociale » proposée par Marc Bessin. Ces approches, qui se répondent et se complètent, permettent en effet d'embrasser bon nombre de questions en interrogeant, dans leurs déclinaisons genrées, les impératifs d'autonomie, d'*empowerment* et d'écoute, nouveaux paradigmes de l'intervention sociale qui transforment les métiers et les modalités d'action du travail médico-social. Les problématiques du *care* offrent ainsi les outils nécessaires pour repenser les frontières du public et du privé, l'usage des émotions et des sentiments moraux dans les interventions pour autrui. Tachant d'interroger l'ordre familial tel qu'il est promu dans les activités en PMI, ce travail emprunte également bon nombre de problématiques à la sociologie du travail social, à la sociologie des rapports sociaux de sexe et à la sociologie de la déviance. Si les rapports sociaux de sexe semblent *a priori* les plus structurants en matière de construction des rôles parentaux, l'appel aux apports théoriques de l'intersectionnalité promue par le *Black feminism*, afin de penser ensemble, et ce de façon inextricable, les rapports de race, classe, âge et sexe, me semble incontournable.

<sup>10</sup> C. Rollet-Echalier, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la Troisième République*, INED, PUF, 1990

<sup>11</sup> A. Norvez, *De la naissance à l'école : santé, modes de gardes et périscolarité dans la France contemporaine*, INED, PUF, 1990

<sup>12</sup> C. Thiaudière, « La protection maternelle et infantile : politique de santé publique et spécialisation médicale », *Regards sociologiques*, n°29, 2004, pp. 23-34

<sup>13</sup> M-A. Blanc, *Les femmes médecins de PMI : Une problématique de la femme dans la société actuelle*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Provence, 2000

<sup>14</sup> F. Bouchayer, « Médecins et puéricultrices de Protection Maternelle et Infantile. La recherche d'une légitimité professionnelle », *Revue française de sociologie*, XXV, 1984, pp. 67-90

<sup>15</sup> D. Serre, « Le « bébé superbe » : La construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance », *art. cité.*

<sup>16</sup> S. Gojard, *Nourrir son enfant, une question d'éducation. Normes savantes, usages populaires et expérience familiale*, Thèse de doctorat, EHESS, 1998

<sup>17</sup> C. Farnarier, *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique. Le cas des consultations de protection infantile*, Thèse de sociologie, EHESS, 2009

<sup>18</sup> Voir *Multitudes*, n°40, 2010/1 en particulier F. Neyrat, « Avant-propos sur les sociétés de clairvoyance », *Multitudes*, n°40, 2010/1, p. 104-111, D. Quessada, « De la sousveillance. La surveillance globale, un nouveau mode de gouvernementalité », *Multitudes*, n°40, 2010/1, pp. 54-59

## 4 - L'expérience du terrain au cœur de la construction théorique

Saisir ce qui se joue dans les missions de prévention et de protection de PMI nécessite un accès aux pratiques professionnelles et au sens que les intervenantes du service attribuent à celles-ci. Afin de comprendre le fonctionnement de l'institution, d'observer les interactions entre professionnelles<sup>19</sup> et usagers, et de recueillir les discours des différents membres qui composent les équipes, le recours à l'ethnographie s'est révélé incontournable. Cette recherche est ainsi le résultat de cinq mois d'enquête dans un service de Protection Maternelle et Infantile francilien. Durant ces mois, je me suis rendue, à raison de deux à trois demi-journées par semaine, dans sept centres de PMI, répartis sur deux circonscriptions d'action sociale différentes, pour suivre les infirmières / puéricultrices, sages-femmes, secrétaires et médecins<sup>20</sup> qui y travaillent. Les observations menées dans ces centres et au siège d'une des circonscriptions, lors des réunions de service, ont été complétées par douze entretiens semi directifs qui visaient à revenir sur le sens donné aux activités et aux pratiques observées. Les discussions informelles avec les enquêtées ont été particulièrement riches d'enseignement. C'est dans les centres et au contact des professionnelles que la problématique de ce travail s'est constituée.

La restitution d'un travail sociologique ne peut faire l'économie d'une réflexion sur le déroulement de l'enquête. Des premiers questionnements à la réalité du terrain, en passant par les nombreuses remises en cause que la confrontation de la théorie et de l'empirique implique, le parcours de recherche demande à être objectivé. Pour rendre compte des diverses tournures qui ont ponctué ce travail et des conditions de production des données, on se doit ici de discuter de la re-construction de l'objet. Parce que tout parcours de recherche est ponctué de revirements et découvertes, il convient de rappeler que « [...] le travail empirique et analytique de l'anthropologue ou du sociologue révèle que les choses ne sont jamais tout à fait ce que l'on croit qu'elles sont –et d'abord ne sont pas tout à fait ce que l'anthropologue ou le sociologue les croyaient être. C'est la plus-value de l'enquête de sciences sociales en ce qu'elle dévoile des faits que l'on ne voyait ou n'appréhendait pas exactement de la même façon auparavant. »<sup>21</sup>

Partant du projet d'étudier l'activité de la PMI dans la construction des rôles sexués de la « bonne » parentalité, il était alors question d'examiner l'identification et la surveillance des comportements maternels jugés déviants par les professionnel(le)s de santé. Il s'agissait en effet de déterminer la place que pouvait tenir la PMI dans « la cartographie du contrôle social institutionnalisé réservé aux femmes »<sup>22</sup> proposé par Coline Cardi. Or, ce projet s'est très vite confronté à un obstacle de taille : du fait de l'indétermination normative en matière de parentalité promue par l'éthique professionnelle en PMI, « bonne » parentalité ou « mauvaise mère » n'existent pas pour les enquêtées. Inquiète à l'idée de faire violence au terrain, le malaise croissant provoqué par mes prénotions m'a conduite à réorienter le questionnement.

---

<sup>19</sup> La grande majorité des professionnel-le-s étant des femmes, j'emploie dans ce travail l'usage du féminin générique.

<sup>20</sup> La PMI comprend d'autres professionnelles que, pour des raisons propres au temps de l'enquête, je n'ai pas ou trop peu rencontrées. Je ne traiterai donc pas ici de leur travail.

<sup>21</sup> D. Fassin, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte, 2004, p. 15

<sup>22</sup> C. Cardi, *La déviance des femmes. Délinquantes et mauvaise mère : entre prison, justice et travail social*, Thèse de doctorat de sociologie, Université Denis Diderot Paris VII, 2008

Dans la tension qui oppose en PMI activités de surveillance et accompagnement des familles, et des mères en particulier, l'idée de trancher était séduisante. *Care* ou contrôle social ? Cette question s'est révélée peu heuristique. Des dilemmes et tiraillements qui ont noirci quantité de pages de mon journal d'enquête, a émergé la nécessité de penser l'imbrication des deux dans ce système de soin et de protection contemporains qu'est la PMI. Il a fallu se départir des préjugés pour dépasser les antagonismes et croiser les approches pour penser ensemble présence, surveillance et contrôle sociaux, avec les outils conceptuels du *care* et du genre. Ainsi, si le questionnement portant sur l'articulation entre contrôle social et intervention sociale n'est pas nouveau, j'émetts ici l'hypothèse que cette imbrication trouve une dimension toute particulière dans les missions de prévention/protection au principe de l'action médico-sociale de PMI.

## 5 - Retour sur l'expérience de terrain

L'objet de recherche, plus qu'un objet choisi, s'impose parfois à l'enquêteur-trice. Il est, à lui seul, un condensé d'indications sur le rapport qu'il ou elle a entretenu avec son sujet. Entre découvertes et remises en question, c'est principalement par le biais d'une sociologie inductive que les données de cette recherche ont été recueillies, d'où la nécessité de revenir sur l'expérience du terrain.

### 51 - La relation d'enquête

Parce que l'entrée sur le terrain réclame la présentation d'une demande, les négociations qui s'opèrent sont sources d'enseignement et méritent qu'on s'y attarde. Projetant de travailler sur la PMI depuis le mois de septembre 2009, il a fallu un certain temps avant de pouvoir pousser les portes d'un centre de PMI et entrer à proprement parler sur le terrain. Le temps écoulé a servi à l'enquête exploratoire lors de laquelle je me suis rendue au Colloque annuel du SNMPMI afin d'y rencontrer des professionnelles et établir des contacts. C'est bien naïvement que j'ai tenté d'approcher les médecins présent(e)s. Cette démarche n'a pas porté ses fruits mais m'a permise d'accéder, pas à pas, à l'univers de la PMI. Par la suite, grâce à mon réseau d'interconnaissances, j'ai rencontré deux médecins de PMI de départements différents qui ont tenu le rôle ponctuel d'« informatrices privilégiées » et n'ont pas manqué d'ébranler mes certitudes.

Par contact interposé, j'ai pu rencontrer la chef départementale du service enquêté qui, après envoi de courriers exposant mes objectifs, a non seulement accepté ma venue sur les lieux mais a conféré à mon travail une nature d'« expertise ». Devenant « la stagiaire de la chef départementale du service de PMI », la relation d'enquête alors établie n'a pas manqué de poser avec acuité la question de la restitution du travail et de créer des dilemmes en termes de loyauté, trahison et autocensure.

Cette position ne m'a néanmoins pas paru gêner les intervenantes de terrain, aux yeux desquelles il eut été facile d'apparaître comme une « taupe » de la hiérarchie centrale. La réflexivité et l'esprit critique dont font preuve les enquêtées d'un bout à l'autre de la hiérarchie en PMI ont largement facilité la mise en œuvre d'une enquête sociologique sur ce terrain.

Contrebalançant avec la grande marge de manœuvre qui m'était accordée, le choix du lieu d'enquête m'a néanmoins été imposé. Le courrier exposant ma démarche a été transmis aux cadres territoriaux, ils leurs revenaient d'accepter ou non ma présence, ce qu'ont fait les équipes des circonscriptions de Grazet et de Legartel. Souhaitant mener la recherche dans un territoire populaire où réside une importante population immigrée ou d'origine immigrée -caractéristique de la seconde circonscription dont le territoire correspond à l'espace d'une seule commune, Legartel, la plus grande du département avec plus de 100 000 habitants- afin de m'essayer à l'exercice de l'intersectionnalité, c'est bien naïvement que j'ai d'abord été déçue d'être « envoyée » dans la circonscription de Grazet, nettement plus favorisée et socialement hétérogène. Pourtant, confrontée au terrain, les perspectives du *Black Feminism* se sont révélées tout aussi pertinentes qu'ailleurs. En effet, les travaux d'Elsa Dorlin<sup>23</sup> montrent que l'intersectionnalité constitue un outil d'analyse transversal quelle que soit l'expérience de la domination. J'ai tout de même pu, par la suite, enquêter à Legartel, mais les deux mois supplémentaires passés à Grazet en font mon terrain principal.

## 52 - Se situer sur le terrain

Introduite dans le service et présentée à l'équipe de Grazet par le médecin cadre de la circonscription (Mlle C.), j'ai bénéficié d'une relative légitimité en tant que « stagiaire étudiante en sociologie qui travaille sur le soutien à la parentalité ». Le statut de stagiaire a sans aucun doute contribué à faciliter mes allers et venues entre les centres mais sûrement moins que la position que l'on a pu m'attribuer, tout comme l'axe de recherche avancée. Selon Olivier Schwartz, « dès lors que l'interaction démarre, se met en place un processus de contre interprétation de l'« observateur » par les observés, au cours duquel ceux-ci élaborent leurs propres réponses aux questions que leur pose son enquête (que vient-il faire ? Pour qui et pour quoi travaille-t-il ?), ainsi que des représentations spécifiques concernant à la fois ce qu'il attend d'eux et ce qu'ils peuvent attendre de lui. Le rôle –ou les rôles- variables dans le temps- qu'ils lui prêtent se nourrit aussi bien des signes qu'il émet, consciemment ou à son insu, que des classifications endogènes dont disposent les enquêtés pour s'expliquer sa présence et lui donner un sens. Ce processus de définition projeté sur la personne de l'enquêteur, largement indépendant de sa volonté, constitue certes une des conditions de son acceptation. Tout ethnographe sait d'expérience que ce qui normalise sa présence, c'est qu'on finit par lui attribuer une « case » : ce qu'il fait, ce qu'il veut et comment en user avec lui ; On s'en forme une idée semi consciente, qui affleure parfois dans la manière dont on le présente aux autres.»<sup>24</sup>

Le sexe et l'âge de l'enquêteur-trice sont autant d'informations disponibles que les enquêté(e)s mobilisent pour attribuer une position au premier/à la première<sup>25</sup>. Etre une jeune femme blanche de classe moyenne, d'approximativement le même âge que les étudiantes puéricultrices ou étudiantes sages-femmes fréquemment en stage en PMI, voire que les professionnelles elles-mêmes, j'ai été intégrée sans difficulté, du fait de ma proximité sociale avec les enquêtées, au fonctionnement du service. « Un des éléments fondamentaux qui permet au chercheur de comprendre la place qu'il a endossé sur le terrain est de prêter attention aux statuts que lui attribuent les enquêtés en fonction des registres dont ils disposent. »<sup>26</sup> C'est d'abord en tant qu'étudiante que les intervenantes ont tâché de me faciliter le « stage » au nom de leur propre expérience passée de stagiaire. Du fait de ma position de stagiaire, elles se sont attachées à m'expliquer un travail méconnu, à partager leurs

---

<sup>23</sup> E. Dorlin, *Sexe, classe, race. Pour une épistémologie de la domination*, Paris, Actuel Marx, PUF, 2009

<sup>24</sup> O. Schwartz, « L'empirisme irréductible », Postface de N. Anderson, *Le Hobo : sociologie du sans-abri*, Essais et recherches, Nathan, Paris, 1993, p. 268

<sup>25</sup> P. Fournier, « Le sexe et l'âge de l'ethnographe : éclairants pour l'enquêté, contraignant pour l'enquêteur, » *Ethnographiques.org*, n° 11-octobre 2006 [en ligne]

<sup>26</sup> C. Carrière, *Se faire parents à l'hôpital. Interaction et co-élaboration des normes de parentalité dans un service de suivi des grossesses à haut risque*, Paris, Caf, Dossiers d'Études n° 101, 2008, p. 27

pratiques, voire même à solliciter mon avis sur certaines situations. S'il m'est difficile de mesurer à quel point le fait d'être une femme a contribué à mon insertion sur le terrain, gageons que dans un univers extrêmement féminin et féminisé, concernant la grossesse et l'élevage des enfants, une telle donnée a contribué à me faire accéder facilement aux espaces des consultations de protection maternelle et infantile où s'expose souvent l'intimité des femmes et des familles.<sup>27</sup>

### 53 - Les lieux et temps de l'enquête

La territorialisation du service de PMI et l'implantation des centres au plus près des populations a fait du terrain un espace éclaté. J'ai réparti mes observations entre sept centres (les cinq de la circonscription de Grazet et deux de Legartel, qui en compte six au total). Sur le premier territoire, les centres de Grazet, Bontant, Laye, Noyelles sont installés dans des communes plutôt favorisées - comme me le dira une infirmière : «ici on est quand même gâté, c'est pas le quart monde non plus». Le centre de Bimont et les deux centres de Legartel accueillent quant à eux un public en grandes difficultés sociales. Tous les centres, quelle que soit leur implantation, reçoivent un nombre important de familles étrangères ou d'origine étrangère, essentiellement d'Afrique du Nord et de l'Ouest. Je ne dispose pas à ce sujet de données propres à mon terrain mais ce fait apparaît comme une constante dans diverses études faites sur des PMI en région parisienne<sup>28</sup>. Autre temps et lieux de l'enquête, assister aux réunions de service -qui se tiennent dans les circonscriptions d'action sociale que se partagent les équipes de l'Aide Sociale à l'Enfance, du Service Social Départemental et de la PMI- m'a permis d'appréhender le maillage institutionnel dans lequel se situe la PMI.

Puisque l'action se déroule simultanément en divers endroits, le plus souvent clos (cabinet médical, salle de pesée, bureau), l'observation en PMI présente certaines difficultés et nécessite de connaître les plannings, la gestion du temps et des espaces qui s'opèrent dans cet univers professionnel. Il m'a ainsi fallu comprendre le fonctionnement global du service et intégrer son rythme. Les activités (permanences de puériculture, consultations médicales, consultations de sages-femmes, etc.) se répartissant en demi-journée. J'ai choisi de suivre pendant plusieurs demi-journées l'activité d'une même professionnelle. M'attachant dans un premier temps à observer les logiques propres aux différentes professions, il s'est révélé plus pertinent, comme nous le verrons dans la première partie, d'observer de façon globale le quotidien du travail des équipes et les interactions entre intervenantes, quels que soient leur profession, et usagers. N'accédant néanmoins alors qu'à une compréhension restreinte de ce qui se jouait dans les centres, j'ai tâché d'investir également les temps et espaces non professionnels, en arrivant plus tôt et en restant plus tard sur les lieux, pour multiplier les discussions informelles lors des pauses déjeuners ou en fin de journée, à la fermeture des centres. Adoptant une position très en retrait pendant les interactions, c'est bien souvent lors des discussions entre deux usager-ère-s, ou en fin de journée, que j'ai accédé à des informations auxquelles l'entretien ne permet pas d'accéder.

---

<sup>27</sup> A l'exception des consultations obstétricales de sage-femme et du bureau de la psychologue.

<sup>28</sup> Dans l'enquête de D. Serre (*art. cité*) dans un centre de PMI en Seine-Saint-Denis, les familles étrangères représentent 75 % de son échantillon. Les travaux de F. Bouchayer (*op.cit.*) attestent également de cette prépondérance.

L'enquête ethnographique a permis d'interroger l'imbrication en PMI du travail de *care* et des pratiques de surveillance et de contrôle social. Afin de rendre compte dans ce mémoire des ambivalences des interventions sociales en direction des familles, telles qu'elles se sont données à voir sur le terrain, il s'agira dans un premier temps d'analyser les activités en PMI à l'aune des perspectives du *care*. En discutant des aspects pratiques et moraux du travail de *care*, seront examinés les enjeux de sexualité et de temporalisation qui en sont au principe. La seconde partie s'attachera à appréhender la tension entre présence sociale et contrôle social en analysant les ambiguïtés du « soutien à la parentalité ». Entre activation des compétences parentales et normalisation des rôles sexués en matière de parentalité, nous verrons que les parents, particulièrement les mères, sont confrontés à des injonctions contradictoires, tout comme d'ailleurs les intervenantes qui œuvrent à l'accompagnement. Pour finaliser l'analyse, nous verrons en quoi *care* et contrôle social ne peuvent être distingués dans les pratiques des intervenantes de PMI tant pour ces dernières « surveiller », c'est encore « veiller sur ».

« Nous vivons souvent l'expérience de l'immersion dans une masse de données confuses. Nous étudions ces données avec soin, en mobilisant toutes nos capacités d'analyse logique. Nous dégageons une ou deux idées de base, mais les données refusent encore de s'inscrire dans un schéma d'analyse cohérent. Alors nous continuons à vivre avec ces données – et avec les gens – jusqu'à ce qu'un événement aléatoire vienne éventuellement les éclairer d'une lumière totalement différente et que nous commençons à voir apparaître un modèle que nous n'avions pas vu auparavant.»<sup>29</sup> Ces heurts et malheurs de la recherche que décrit William Foote-White résumant assez bien la relation que j'ai pu entretenir avec bon nombre de données concernant le travail en PMI. Le cadre théorique choisi, nourri des perspectives du *care*, m'a permis de voir dans les activités à l'œuvre en PMI un travail de *care*.

Entendons-nous dès maintenant sur la définition de ce terme dont les diverses traductions en français ne sont pas parvenues à épuiser le sens qu'offre spontanément l'usage de l'anglais. S'il est difficile d'avancer une définition complète et satisfaisante du *care*, la définition extensive qu'en donne Joan Tronto offre une base solide. Recouvrant tout ce qui concourt à l'entretien de la vie, le *care* est « une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre « monde » de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe »<sup>30</sup>. Il peut se manifester dans les sphères privée et publique -division du monde social que les théoriciennes du *care* réfutent d'ailleurs-, dans les domaines multiples comme ceux du domestique, du sanitaire, du social ou, pour le sujet qui nous intéresse, du médico-social. Afin de préciser et de rendre un peu plus concrète une telle notion, je retiendrai la définition que donne Pascale Molinier du travail de *care*. « Par travail de *care*, je définis l'ensemble des activités qui répondent, pour reprendre la formule de Patricia Paperman « aux exigences caractérisant les relations de dépendance ». Prendre soin de l'autre, se soucier de lui de façon intellectuelle ou même affective, ce n'est pas nécessairement l'aimer, c'est faire quelque chose, c'est produire un certain travail qui participe directement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre, c'est l'aider ou l'assister dans des besoins primordiaux comme manger, être propre, se reposer, dormir, se sentir en sécurité et se consacrer à ses intérêts propres ».<sup>31</sup> En somme « [...] il s'agit à la fois du souci pour l'autre et des activités de prise en charge du soin d'entretien de la vie [...] »<sup>32</sup>. Si le *care* est une activité, il requiert en effet également une disposition morale à ne pas confondre avec les « bons sentiments » ou la sensiblerie. Au vu d'une telle définition, le *care* comme perspective devient un outil descriptif pour éclairer des activités à la fois concrètes, immatérielles, fluides et sensibles propres au « souci des autres », souvent passées inaperçues.

<sup>29</sup> W. Foote-White, *Street Corner Society. La structure sociale d'un quartier Italo-Américain*, Paris, La Découverte, 1995, p. 312 cité par C. Farnier, *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique*, op.cit. p. 144

<sup>30</sup> B. Fisher, J. Tronto, « Toward a feminist theory of caring », in Emily K. Able, Margaret K. Nelson (dir.), *Circles of Care. Work and identity in women's life*, Albany, State University of New York Press, 1990, repris dans J. Tronto, *Un monde vulnérable. Pour une éthique du care*, Paris, La découverte, 2009, p. 143

<sup>31</sup> P. Molinier « Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets », in P. Paperman, S. Laugier, *Le souci des autres, éthique et politique du care*, Paris, EHESS, 2006, p. 301.

<sup>32</sup> G. Cresson, N. Gadrey, « Entre famille et métier : le travail de care », *Nouvelles questions féministes*, vol. 23, n°3, 2004, p. 26



Prendre le *care* comme point de vue relève donc d'un choix épistémologique et ne prétend en rien à l'exhaustivité. L'ambition de ce travail n'est pas de révéler la « vérité » des interventions pour autrui en PMI ou « [...] de découvrir ce qui est caché, mais de rendre visible ce qui est précisément visible, c'est-à-dire de faire apparaître ce qui est proche, ce qui est immédiat, ce qui est si intimement lié à nous-mêmes qu'à cause de cela nous ne le percevons pas. »<sup>33</sup> Ce projet n'est pas sans obstacles car, puisqu'il convient au travail de *care* de s'effacer pour être efficace<sup>34</sup>, il en devient de fait difficilement appréhendable. Comme le constate avec justesse Natalie Benelli et Marianne Modak, « [c]ertains objets sociaux sont peu accessibles à l'enquête sociologique, en particulier ceux que protège le secret des initiés ou dont la présence dans notre quotidien est si banale, la définition si floue que cela les rend invisibles. C'est le cas du *care*. »<sup>35</sup> D'où le recours à l'ethnographie pour méthode.

Placer un objet invisible au cœur de l'analyse exige un protocole d'enquête qui fasse la part belle au regard ethnographique. En effet, comme le rappellent Stéphane Beaud et Florence Weber, « parce que l'ethnographe s'astreint à un long travail de description / interprétation – les deux vont de pair – il met à jour la complexité des pratiques sociales, les plus ordinaires des enquêtés, celles qui vont tellement de soi qu'elles finissent par passer inaperçues, celles qu'on croit « naturelles » parce qu'elles ont été naturalisées par l'ordre social [...] »<sup>36</sup>. En m'appuyant sur mes observations de terrain et sur les mises en récit des pratiques professionnelles recueillies en entretien, je m'attacherai dans un premier temps à objectiver l'organisation et la division sociale du travail en PMI au prisme du *care*. Une telle lecture me permettra par la suite d'envisager l'éthique professionnelle en PMI comme une construction genrée qui soumet les intervenantes à des injonctions contradictoires.

## 1 - Penser le désordre au prisme du care

Les centres de PMI enquêtés sont soumis à une organisation formelle qui m'a été exposée par la chef de service de PMI du département puis par la responsable de la circonscription avant même mon entrée sur les lieux. Faisant mienne cette image de l'ordre en PMI, le non-respect d'une telle organisation m'est, à première vue, apparue comme une forme de désordre. Chaque jour, en fonction du planning, des professionnelles présentes<sup>37</sup> et de leurs qualifications respectives, les postes de travail, et les diverses tâches qui vont avec, se redistribuent<sup>38</sup>. Alors que les activités des membres de l'équipe sont cantonnées à un temps et un espace circonscrit<sup>39</sup>, être présente dans les centres m'a permis de constater que les activités n'étaient pas aussi cloisonnées qu'il n'y paraissait. Les frontières temporelles, spatiales et hiérarchiques, définies *a priori*, sont en effet bien souvent traversées, parce que poreuses et relatives.

---

<sup>33</sup> M. Foucault, « La philosophie analytique de la politique » (1978), *Dits et écrits*, 1954-1988, Paris, Gallimard, 1994 cité dans S. Laugier, « Le sujet du care : vulnérabilité et expression ordinaire » in P. Molinier, P. Paperman, S. Laugier, *Qu'est ce que le care ?* Paris, Editions Payot et Rivages, 2009, p. 165

<sup>34</sup> P. Molinier, « Le care à l'épreuve du travail », *art.cité*, pp. 299-316

<sup>35</sup> N. Benelli, M. Modak, « Analyser un objet invisible : le travail de care », *Revue Française de Sociologie*, 51-1, 2010 p. 39

<sup>36</sup> S. Beaud, F. Weber, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La découverte, 2008, p. 9

<sup>37</sup> Nombreuses sont les professionnelles qui interviennent dans plusieurs centres de la circonscription, au premier rang desquelles les psychologues et sages-femmes qui sont bien souvent seuls sur un territoire.

<sup>38</sup> Voir à ce sujet l'analyse de l'ordre formel et de l'ordre négocié proposée par C. Farnarier, *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique*, *op.cit.*

<sup>39</sup> Voir tableau récapitulatif de la division formelle des tâches en annexe.

Nombreuses ont été les fois où un rendez-vous fixé à l'avance pour observer telle activité (un entretien préventif prénatal par exemple) donnait lieu à un tout autre type d'interactions (cours accéléré de préparation à la naissance). La lecture des travaux de Cyril Farnarier<sup>40</sup> m'a permis d'envisager une analyse de ces aménagements. Si j'ai été pour un temps inquiétée par la proximité de bon nombre d'observations que nous avons en commun, la nécessité de me distancier de ce qui avait déjà été dit sur le sujet pour en examiner les angles morts, m'a permis d'éclairer et de voir apparaître un ordonnancement du désordre que l'on peut qualifier d' « ordre du *care* ». Alors que le sociologue fait appel à la sociologie du travail, des professions et des organisations pour rendre compte de la complexité des situations observées sur son terrain, le recours aux sociologies du travail social, de la présence sociale<sup>41</sup> et du *care* est ici préconisé.

L'ordre du *care* qui se joue en PMI est celui de la « déprofessionnalisation » des activités, qui brouille les lignes de démarcation entre les professionnelles et leurs tâches respectives, fondées sur une attention à l'autre généralisée. L'ordre du *care* en PMI est également celui d'une « posture temporelle de la disponibilité dans laquelle il convient d'être pour pouvoir anticiper, intervenir en situation, au moment propice, de façon pragmatique, adaptée et contextualisée, afin de s'inscrire dans les interstices et répondre aux sollicitations. »<sup>42</sup> Une telle posture propre au travail de *care* est celle de la « présence sociale », notion permettant de penser l'intrication des dimensions morales, spatiales et temporelles.

## 11 - Le travail de care entre compétences et qualifications

Alors que les activités sont réparties en fonction des qualifications et titres des divers membres de l'équipe, il n'est pas rare de voir les secrétaires effectuer des tâches normalement dévolues aux puéricultrices, comme peser et mesurer les enfants avant consultations médicales.

*13 h 45. J'arrive au centre de Noyelles pour assister à la pré consultation, les puéricultrices sont en train de faire des photocopies au SSD juste à côté (salles d'attentes du SSD et de la PMI séparées par une baie vitrée), elles sont affairées à préparer une réunion pour les assistantes maternelles qui a lieu dans trois jours. Lisa [puéricultrice] m'explique que normalement c'est elle qui fait la « consult' » mais que là c'est Daniella [la secrétaire] qui va s'en occuper « là on est en plein rush, Daniella nous donne un coup de main »*

(Notes de terrain - 4 juin – Pré consultation PMI - Noyelles)

Ces modifications dans l'organisation -provisoires et limitées- ne sont pas anarchiques mais répondent à certaines conditions. Pour Cyril Farnarier, ce désordre apparent relève d'un « ordre négocié » analysable en termes de don et contre don<sup>43</sup>, où le glissement de fonction s'effectue pour rendre service (don) mais constitue également une reconnaissance des compétences du donneur (contre 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

<sup>40</sup> C. Farnarier, *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique. Le cas des consultations de protection infantile*, op.cit.

<sup>41</sup> M. Bessin, « La présence sociale en polyvalence de secteur. Enjeux de temporalisation et de sexuation dans l'accompagnement par des assistantes sociales », in M.Bessin & al., *Le genre de l'autonomie. Enquêtes sur la sexuation des interventions sociales*, Rapport de recherche pour la MIRE/DARES, IRIS-CSPRP, 2009 ; M. Bessin, C. Gaudart, « Les temps sexués de l'activité : la temporalité au prisme du genre ? », *Temporalités*, n°9, Septembre 2009

<sup>42</sup> M. Bessin, C. Gaudart, « Les temps sexués de l'activité : la temporalité au prisme du genre ? », art. cité, p. 6

<sup>43</sup> C. Farnarier, *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique*, op. cit., pp. 165-170

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.»<sup>44</sup> Alors qu'en présence de puéricultrices, la prise de fonction d'une secrétaire est généralement formulée en termes de don (« donner un coup de main »), une telle explication n'épuise pas les possibles puisqu'il arrive que des secrétaires prennent en charge la pré consultation et le secrétariat quand aucune puéricultrice n'est présente sur les lieux. Si l'on peut y voir un « comportement de citoyenneté organisationnelle »<sup>45</sup>, on peut aussi penser que le collectif –« l'équipe »- se partage les tâches en fonction des « exigences du *care* », selon la formule de Patricia Paperman, qui correspondent à l'« exigence d'attention soutenue aux autres, de réponse non généraliste aux besoins émergeant des particularités des situations, de mobilisation de capacités morales autres que la raison »<sup>46</sup>.

### 111 - La « déprofessionnalisation » des activités

Du fait de sa présence physique, un membre de l'équipe (la secrétaire) peut se saisir d'une tâche de travail (peser, mesurer l'enfant) qu'elle n'aurait *a priori* pas à réaliser. Néanmoins, le fait d'être présent et de s'acquitter de la pesée n'est pas suffisant pour décrire ce qui se joue, en salle de pesée, lors des interactions entre secrétaire et usager<sup>47</sup> comme l'exprime Françoise, secrétaire au centre de Grazet, en PMI depuis 18 ans :

*Il s'est trouvé qu'on est resté sur Grazet sans puéricultrice pendant 3 ans donc j'ai pas mal participé aux pesées, etc. Ce que je fais moins maintenant, ou plus de manière sporadique, pour remplacer quand il n'y a pas de puéricultrice ou qu'elles ne peuvent pas.*

#### **Et tu fais quoi ? Que peser et mesurer ?**

*Forcément ça va au-delà... Ça va au-delà en fonction des demandes des mamans. Ce qu'il faut toujours penser, c'est toujours à resituer... On peut échanger avec la maman, par contre il n'est pas question de lui dire « faut faire ci », « faut faire ça ». C'est sûr que si une maman dit « il ne mange pas pendant les repas », je vais quand même lui dire « est-ce qu'il grignote entre les repas ? » Voilà... ça va un peu se limiter à des choses comme ça... Il n'y a pas besoin de... pas besoin d'être puéricultrice ! Mais on ne va pas donner de vrais conseils sur l'alimentation, etc. C'est vraiment plus dans l'écoute... Mais je reprends toujours : « Je ne suis pas le médecin », « Je ne suis pas la puéricultrice », « Vous revoyez ça avec le médecin » faut rester quand même... il faut rester dans sa « case »*

(Entretien Françoise – Secrétaire - Grazet)

---

<sup>44</sup> *Ibid.*, p.166

<sup>45</sup> P. Paillé, « 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. cité par C. Farnarier, *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique*, *op.cit.*, p. 164

<sup>46</sup> P. Paperman, *Pour un monde sans pitié*, Revue du Mauss, n°32, 2008, p. 267

<sup>47</sup> Ce terme, que j'utilise faute de mieux, ne procède pas du vocable des intervenantes. Ces dernières font références à leurs « usager-ère-s » plutôt par des termes comme « les mamans », « les papas », « les familles », « les parents ».

Si l'absence de puéricultrice justifie le glissement de fonction à l'œuvre, l'interaction avec « les mamans » demande une disponibilité pour entendre la demande et y répondre de façon adaptée. Cette réponse ne relève pas de conseil de puéricultures -il n'est pas question de donner « de vrais conseils »- mais plutôt de l'« échange » qui ne nécessite pas de qualification particulière -« pas besoin d'être puéricultrice »- mais une compétence néanmoins spécifique : « l'écoute ». Il s'agit en effet de répondre « en fonction des demandes », donc de façon particularisée, par une écoute qui ne nécessite aucun titre. En ce sens, on peut ici parler de « déprofessionnalisation » qui devient d'autant plus explicite lorsqu'une professionnelle qualifiée cherche à faire oublier son diplôme, par exemple, pour animer un lieu d'accueil parents / enfants.

*Tu sais, je suis sur un lieu d'accueil à Bontant donc j'y suis en tant qu'accueillante, t'as plus ta casquette de puéricultrice, de médecin ou autre. Au début, j'avais un peu peur d'être confrontée à la question « Vous êtes quoi ? ». Je répondais bêtement « je suis accueillante » (rires) mais bon c'est un peu les prendre pour des imbéciles parce que quand ils te posent la question ils te demandent pas ça quoi... On a une supervision donc c'est pas mal parce que tu peux évoquer toutes ces questions : quoi dire, ne pas dire... Et l'autre fois justement il y a une maman... ça me met toujours un peu en difficultés quand elles disent « vous faites quoi ? » donc j'ai fini par lui dire « je suis accueillante ». « Bah oui mais vous êtes quoi comme profession ? » Le superviseur nous a dit qu'après tout on pouvait répondre. Donc je lui ai dit « je suis puéricultrice mais ici je suis accueillante »*

(Entretien Elise – puéricultrice - Bontant)

Se qualifier d'« accueillante » permet de mettre en avant les compétences requises dans la relation à l'autre plutôt que le métier exercé, information finalement hors de propos dans le cadre des lieux d'accueil parents / enfant, mais aussi de façon générale comme l'exprime Françoise :

*Il y a des mamans vraiment dont on sent qu'elles viennent pour échanger alors à la limite ça leur est égal que ça ne soit pas le médecin, pas la puéricultrice. Ce dont elles ont besoin c'est qu'on les écoute tout simplement. Elles n'ont pas forcément besoin d'avoir un retour, c'est simplement les écouter, d'être reconnue comme maman, comme femme et être respectée »*

(Entretien Françoise – Secrétaire - Grazet)

Selon Didier Fassin, l'écoute « [...] prend trois formes distinctes que l'on peut provisoirement qualifier d'instituée, quand elle correspond à la pratique habituelle des psychologues ou des psychiatres, d'improvisée, lorsque des professionnels d'autres métiers se l'approprient de façon généralement accessoire, enfin de généralisée, lorsqu'elle s'affranchit des règles et des cadres canoniques pour diffuser censément à l'ensemble des activités du dispositif »<sup>48</sup>. Si ces trois formes existent en PMI, l'écoute généralisée gouverne l'économie des relations entre les membres de l'équipe et les usagers. La banalisation de cette pratique conduit au brouillage des frontières entre les professionnelles et institue une force au collectif, l'« équipe » au sein de laquelle tout le monde fait en quelque sorte le même travail tout en restant paradoxalement dans son rôle propre (« sa case »). Cette pratique diffuse, du secrétariat au cabinet médical en passant par la salle de pesée, autorise un bouleversement des démarcations hiérarchiques entre les professionnelles « attitrées » de la petite enfance et les autres membres de l'équipe qu'on pourrait croire maintenus à l'extérieur de la professionnalité. C'est d'ailleurs cette croyance qui m'a parfois conduite à poser en entretien des questions maladroitement mais néanmoins riches d'enseignements, comme le montre l'extrait qui suit :

<sup>48</sup> D. Fassin, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, op.cit., p. 72

**Ça arrive qu'une des professionnelles... (j'hésite) Tu ne ferais pas comme elle a fait, ça t'arrives de dire...**

*Oui bien sûr ! (éclat de rire) Tu sais ça leur arrive aussi de me demander ce que j'en pense, comment j'aurais fait moi. Oui, oui. (Silence) Il n'y a pas de barrières comme ça... C'est pas : « Attends toi t'es la secrétaire, de quoi tu parles ? » Non, non. J'ai souvent été sollicitée, y compris par les médecins qui m'ont demandée ce que je pensais, ce que j'avais observé, comment ça c'était passé, etc.*  
(Entretien Françoise – Secrétaire - Grazet)

Ces « barrières », qui n'existeraient pas au sein de l'équipe, étaient pourtant bien présentes dans mon esprit –j'ai ainsi été assez surprise aux premiers temps de l'enquête de constater que les secrétaires assistaient aux réunions de service contrairement aux médecins qui en étaient les grands absents- et a conduit pour un temps à biaiser l'enquête. Ainsi, non seulement les compétences des unes et des autres ne sont pas évaluées à l'aune des diplômes, mais ces derniers peuvent se révéler paradoxalement synonymes d'incompétence.

*Elise [puéricultrice] fait état de ses difficultés à repérer les dépressions post-partum et demande à échanger sur le sujet. La cadre invite la psychologue à prendre la parole. Sans avancer de réponse précise, elle encourage les puéricultrices à « écouter, écouter, écouter, recueillir les émotions, écouter ». La réponse ne satisfait visiblement pas la puéricultrice. Daniella intervient alors : « Pour nous [les secrétaires] c'est peut-être plus facile d'être dans l'écoute. On n'est pas dans la technique ou le conseil »*  
(Notes de terrain – 17 mai - Réunion de service au siège de la circonscription de Grazet)

Comme le dit bien Isabelle Astier, ici « tout se passe comme si le statut et le diplôme étaient devenus gênants, ou plus exactement paralysants car empêchant de voir comment agir, comment s'ajuster au plus près des situations des usagers pour les accompagner.»<sup>49</sup> Les activités en PMI ne se fondent donc pas toujours sur des qualifications propres à des métiers spécifiques mais plutôt sur des compétences. La déprofessionnalisation de certaines activités, ici l'écoute et l'accueil, autorise tous ceux qui se sont montrés doués à la tâche de s'en emparer. Isabelle Astier justifie d'ailleurs l'usage du terme *activité* plutôt que *métier* pour rendre compte de ces nouvelles pratiques du travail social fondées sur la déprofessionnalisation.<sup>50</sup> Le professionnalisme n'est plus déterminé par des titres et dicté en amont mais plutôt par l'aval, par « les demandes » des usagers. De même, le terme d'*intervenant* plutôt que *professionnel* semble plus opportun.<sup>51</sup> Il est en effet bien plus pertinent en PMI de définir les acteurs à partir de leurs activités et de la place qu'ils occupent au quotidien davantage qu'en fonction de professions. Le terme d'*intervenant* permet alors d'inclure le rôle et les activités des « non professionnels », ceux qui n'ont pas de diplôme médico-social comme les secrétaires. Ce recours à la sociologie du travail social nous permet d'opérer un changement de vocabulaire, auquel il conviendra de se tenir dans la suite du propos, mais également de discuter de l'invisibilisation, induite par la « déprofessionnalisation » à l'œuvre dans le travail social ou médico-social, du travail de *care*.

<sup>49</sup> I. Astier, *Les nouvelles règles du social*, Paris, PUF, 2007

<sup>50</sup> I. Astier, *Les nouvelles règles du social*, op. cit.

<sup>51</sup> J.-N. Chopart (dir.), *Les mutations du travail social. Dynamiques d'un champ professionnel*, Paris, Drees, Mire, Dunod, 2000 cité dans C. Farnier, *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique*, op.cit, p. 153

La vertu de l'écoute résidant dans sa déprofessionnalisation, se « tenir à l'écoute » est rarement entendu comme un travail. Bien au contraire, l'écoute est conçue comme une « [...] pratique dont on pourrait penser qu'elle relève largement de qualités ordinaires auxquelles s'appliqueraient une sorte de sens commun. A la différence de la clinique médicale ou psychiatrique, qui suppose des savoirs et des compétences spécifiques, écouter est un acte, et peut-être une attitude, qui sont de l'ordre du quotidien et qui, au fond, peuvent être mis en œuvre par tout un chacun ». <sup>52</sup> Cette façon de rendre ordinaire, presque « naturelle », une activité qui demande pourtant un effort -dont l'expression « se tenir à l'écoute » rend d'ailleurs bien compte-, encourage d'autant plus le recours aux perspectives du *care* pour mettre en lumière ces activités. Comme le rappelle Pascale Molinier, « pour être efficace, le travail de *care* doit s'effacer comme travail ; De son invisibilité dépend son succès » <sup>53</sup>. Pour cette raison reconnaître les pratiques de *care* ou identifier l'attitude d'écoute par le seul recours à l'observation directe n'a pas été facile. Ces pratiques n'étaient en effet rendues visibles que lorsque les intervenantes, soumises à la contrainte, devaient redoubler d'efforts pour effectuer leur travail de *care* ou bien lorsque l'entreprise se révélait être un échec.

Ainsi l'informatisation des dossiers des usagers, si elle est reconnue comme un outil précieux, constitue tout de même une contrainte avec laquelle les intervenantes doivent traiter. Remplir le dossier derrière l'écran tout en se montrant disponible constitue un exercice difficile, qui lorsque la disposition des lieux n'est pas optimale revient parfois à un réel exercice de contorsionniste.

*La salle de pesée est très exigüe. Je me suis mise dans un petit coin pour ne pas gêner. Il n'y a qu'un siège pour la maman. Fanny est debout toute l'après-midi. Lorsqu'elle remplit le dossier ou suit la trame du questionnaire, elle est face à l'ordinateur et tourne le dos à la mère. Il n'y a que la place pour l'ordinateur sur la paillasse. Elle doit utiliser un petit chariot à roulette en guise de bureau et elle doit s'accroupir pour remplir le carnet de santé. A la fin de l'après-midi, je lui fais remarquer : « Accroupie, debout, à droite, à gauche... C'était plutôt sportif ! » Nous rions. Et elle me répond : « Ce qui m'embête le plus c'est de ne pas être face à la maman, on tourne le dos quand on regarde l'écran. On se rend pas compte mais les dames elles ont peut-être envie de poser une question à ce moment là mais on se montre pas à l'écoute »*

(Notes de terrain – 17 mai - Permanence de puériculture - Bimont)

Le regard porté sur l'écran d'ordinateur fait donc écran à la relation. D'une même façon, quelques heures passées au secrétariat avec Daniella m'ont permises d'identifier les « petites choses », qui lui permettent d'exprimer sa disponibilité.

<sup>52</sup> D. Fassin, *Des maux indicibles*, op.cit, p. 71

<sup>53</sup> P. Molinier, « Le care à l'épreuve du travail », art. cité, p. 303

*Une mère avec son bébé de 9 mois se présente au secrétariat pour une consultation. Alors que Daniella vérifie le dossier, annonce qu'il y aura sûrement un vaccin et rappelle la date du prochain rendez-vous le mois suivant, la mère demande à changer le rendez-vous :*

*« Je vais avoir un problème pour cette date.*

*- Ha bon ? Qu'est-ce qui vous arrive ? »*

*La conversation se poursuit et le rendez-vous est modifié. A nouveau seules, Daniella m'explique « Tu vois cette maman, je lui ai demandé ce qui n'allait pas parce qu'elle m'a parlé de problème. Alors j'ai levé le nez de l'ordi ou, quand je ne suis pas sur l'ordi, je pose le stylo, et j'écoute. Ce n'est pas grand-chose mais c'est important, c'est de petites choses comme ça... »*

*(Notes de terrain - 7 Juin - Observation de l'accueil - Noyelles)*

Tenir en compte les demandes, se soucier de l'autre, se montrer à l'écoute telles sont les exigences qui gouvernent l'économie des « petites choses » mises en œuvre quotidiennement. Ce sont ces « savoir-faire discrets », pour reprendre l'expression de Pascale Molinier, qui rendent compte du « souci du confort psychologique de l'autre »<sup>54</sup>. « [Ils] sont *discrets* au sens où, pour parvenir à leur but, les moyens mis en œuvre ne doivent pas attirer l'attention de celui qui en bénéficie et doivent pouvoir être mobilisés sans en attendre forcément la gratitude. » S'il faut se montrer attentif, se tenir à l'écoute, donner de l'importance aux besoins de l'autre, ces actions qui doivent être perceptibles, sont néanmoins maintenues invisibles. Cette invisibilité est une constante du *care* et s'explique également par la relégation de ces activités au domaine de l'ordinaire, de l'intime et du féminin comme nous le verrons plus loin.

Soulignons enfin, que si le travail de *care* est conditionné par son invisibilité et échoue lorsqu'il est rendu visible, inversement il devient visible quand il échoue. « [...] Le *travail de care se voit avant tout quand il échoue*, quand le sourire se crispe ou disparaît sur le visage de l'infirmière, quand le geste devient mécanique, quand la réponse à la demande est par trop différée, que l'enfant revient de la crèche griffé ou mordu par un autre, ou quand la ménagère fait de la propreté une forme de tyrannie domestique, la fée du logis se transformant alors en redoutable figure de la mégère. »<sup>55</sup> Le *care* fait alors défaut aux yeux du bénéficiaire, ce qui résonne comme une faute pour le pourvoyeur comme le montre l'extrait d'entretien qui suit.

*La manière dont on amène les choses, forcément on induit. Je vais te donner un exemple. Une fois ça s'est mal passé. Une maman à qui j'avais donné des rendez-vous m'appelle un jour pour annuler un rendez-vous et pour le déplacer. Moi je n'ai pas de place. Donc je lui explique « Ecoutez je suis désolée mais je ne vais pas pouvoir je n'ai pas de place ». Elle insiste, elle insiste, elle insiste. Et je lui dis « Je comprends bien votre situation -j'ai pas employé le mot problème- je comprends bien mais tout est complet » (d'un ton hautain) « Ha vous n'êtes pas agréable » qu'elle me fait- ça se passe au téléphone - « Ha bah vous n'êtes pas agréable ». Bon je fais « C'est-à-dire que je peux pas vraiment faire autrement, écoutez si vraiment vous avez besoin -et là j'ai fait une erreur, mais ça me sert de leçon- dans ce cas là vous n'avez qu'à aller voir votre médecin traitant ». Elle est là mon erreur : « vous n'avez qu'à ». Alors elle me dit « alors là vous n'êtes vraiment pas agréable » et elle raccroche. (silence) Coupé. Après j'ai réfléchi, j'étais bidouillé avec ça : A quel moment ? Qu'est ce qui s'est passé ? Est-ce que je ne me suis pas montrée assez à l'écoute ? Je ne peux pas inventer des places, j'en ai pas, j'en ai pas ! C'est pas un*

<sup>54</sup> *loc. cit.*

<sup>55</sup> *Ibid.*, p. 303 - 304

*enfant qui pose problème donc elle peut aller voir son médecin traitant, tu vois. Sauf qu'elle, elle était dans une dynamique où elle avait besoin et le fait de lui avoir dit « vous n'avez qu'à aller voir votre médecin traitant », c'est comme si je lui avais dit « vous avez qu'à aller vous faire cuire un œuf ». C'est pareil ! (silence) Tu vois ? C'est pareil ! J'aurais pas dû lui dire ça... Peut-être, « Avez-vous la possibilité de voir votre médecin traitant ? » C'est différent... « Est-ce que c'est possible, est-ce que vous avez la possibilité ? » Du coup tu tiens compte d'elle. Alors que « vous n'avez qu'à aller voir votre médecin traitant »... genre « bon maintenant ça va quoi » ! (Entretien Daniella – Secrétaire - Noyelles)*

Le travail de *care* ne peut se contenter de compétences propres au *caring* mais exige la mise en avant d'une disponibilité à toute épreuve. Les dispositions morales du *care* concèdent alors une dimension particulière au temps et à sa gestion dont il s'agit maintenant de discuter.

## 12 - Les temporalités du care en PMI

### 121 - Le Kairos

Le désordre observé ne se résume pas aux seules recompositions professionnelles entre les intervenantes. Les aménagements de l'emploi du temps d'une même intervenante, pour répondre au besoin des usagers, y contribuent également. Alors que les permanences de puériculture sont des temps de veille où les familles peuvent se présenter sans rendez-vous, les consultations médicales sont régies par un planning déterminé bien souvent des mois à l'avance. Il est alors difficile de rajouter des rendez-vous, néanmoins les équipes s'arrangent pour conserver une place en plus, « au cas où ». De même, les pré consultations prises en charge par les puéricultrices (ou secrétaires comme nous l'avons vu), temps réservés à la pesée et la mesure des enfants avant d'entrer dans le cabinet médical, sont régies par le même planning également modulable selon les besoins du moment. Sur le centre de Grazet par exemple, où les permanences ont lieu les lundis après-midi et les vendredis matin et les consultations les mercredis après-midi, il n'est pas rare que la puéricultrice en charge de la permanence du lundi propose aux familles, qui en auraient besoin, de revenir les mercredis, sur le temps des consultations.

*En salle de pesée, Emeric (10 jours) et ses parents. La permanence a beaucoup tourné autour de questions sur l'allaitement et la prise de poids de l'enfant. Il a des difficultés à téter. Les parents sont visiblement inquiets et quand le père s'absente en s'excusant de devoir partir plus tôt, la mère s'effondre. Elise la rassure, la conseille et lui propose de revenir mercredi pour vérifier la prise de poids. « Je vous prendrai entre deux consult' ». Une fois la mère partie, Elise m'explique qu'elle propose souvent si elle l'estime nécessaire aux mères de revenir. « Je ne vais pas la faire attendre jusqu'à vendredi »*

(Notes de terrain – 15 février - Permanence de puériculture - Grazet)

D'une même façon, les activités des sages-femmes sont réparties entre les consultations obstétricales et les temps d'entretiens « psycho sociaux ». Sylvie, sage-femme sur la circonscription de Legartel, répartit ces deux activités entre les différents centres où elle travaille : la PMI de Monle pour les consultations puisqu'elle y dispose de l'installation et du matériel nécessaire et les deux PMI de Legartel enquêtées pour les entretiens qui ont lieu dans un bureau que le médecin occupe pour les consultations de PMI sur d'autres plages horaires. Cette répartition spatiale et temporelle du travail interdit la superposition des tâches.



Ainsi, elle m'expliquera que pendant les consultations, elle « reste sur du médical par contre si besoin je leur donne un autre rendez vous, pendant les temps d'entretien et je leur dit qu'on fera que parler »<sup>56</sup>. Cette division n'est pas toujours respectée, et la sage-femme est amenée à revoir la répartition de ces tâches selon la demande à laquelle elle souhaite répondre.

*Sylvie reçoit une femme enceinte de huit mois dans le cadre d'un entretien « Suite Entretien Prénatal ». La patiente est inquiète au sujet de l'accouchement car elle ne veut pas de césarienne et à la dernière échographie le bébé était toujours en siège. Elle dit mal dormir et être angoissée. Sylvie la rassure, « il peut toujours se retourner ». Elle regrette de ne pas pouvoir l'ausculter, « on a rien ici, les consultations je les fais à Monle ». Après quelques minutes de discussion, elle propose tout de même de l'ausculter avec « les moyens du bord, ce n'est pas top mais on pourra se faire une petite idée ». Après avoir ausculté le ventre de la femme, elle lui dit qu'il s'est sûrement retourné. « Vous pouvez dormir tranquille maintenant »*

(Notes de terrain - 13 avril - Permanence sage-femme - Legartel)

Les aménagements effectués par la puéricultrice et par la sage-femme nous permettent de discuter des dimensions morales de la temporalisation des activités. Sans les perspectives du *care* comme point de vue, ces deux événements auraient pu passer inaperçus et ne constituer que de données relatives aux aménagements individuels que tout travailleur en situation d'autonomie peut-être amené à réaliser. Néanmoins, ces agencements *a priori* anodins rendent compte d'exigences morales propres à la présence sociale. Apporter une réponse pragmatique –ici, faire revenir un enfant ou ausculter une femme enceinte hors du cadre des consultations obstétricales- enfreint les règles formelles établies par l'institution. Elle traduit cependant un engagement envers autrui, voire une responsabilité, qui s'exprime de façon plus ou moins directe (« je ne vais pas la laisser comme ça » ou « vous pouvez dormir tranquille maintenant »). Pour analyser ces données, il ne convient donc pas d'avoir recours à une idée quantitative, linéaire et abstraite du temps, mais bien plus à une conception de ce dernier qui exprime ces ajustements à l'autre. Le *Kairos*, « temps plus qualitatif et pragmatique lié au temps opportun ou propice »<sup>57</sup>, qui se distingue du *Chronos*, traduit une telle idée.

Si cette notion constitue un outil d'analyse non négligeable, ce temps n'a pas été simple à appréhender par l'observation puisque, comme les nombreux aspects du *care*, il est lui aussi difficilement visible. Alors que les intervenantes doivent garder une trace du travail accompli pour fournir en données les statistiques départementales et/ou nationales, certaines de leurs activités, comme celles propres à la disponibilité à autrui, ne peuvent être enregistrées. Tel est notamment le cas pour toutes les communications téléphoniques, pourtant largement chronophages, qui participent comme l'exprime Elise, puéricultrice sur Grazet, au « prendre soin » :

*« Moi ça m'arrive très fréquemment de rappeler une maman quand elle est partie un peu inquiète, ou parce qu'on ne l'a pas beaucoup vu en perm ou si j'ai donné des conseils au bout de 24h-48h pour voir si ça porte ses fruits, si l'enfant va mieux, si la maman se sent mieux. Souvent, les gens apprécient ce lien, je trouve que ça fait partie du prendre soin »*

(Entretien Elise – puéricultrice - Bontant)

<sup>56</sup> Notes de terrain, 7/04, Observation entretiens de sage-femme

<sup>57</sup> M. Bessin, C. Gaudart, « Les temps sexués de l'activité : la temporalité au prisme du genre ? », *art. cité*, p. 6

Le travail de *care* se traduit ici par « appeler », « rappeler » et « être appelé »<sup>58</sup>. A l'image de l'usage du mobile professionnel analysé par Catherine Lejealle, les communications téléphoniques modifient « la dialectique entre présence et absence »<sup>59</sup>. Pourtant ce temps passé à « prendre soin », s'il est effectué pendant le temps de travail rémunéré, n'est pas comptabilisé dans les activités effectuées.

*Nous attendons la prochaine « petite dame » dans le bureau de Sylvie. Elle me dit avoir eu au téléphone une ancienne patiente et me raconte son histoire. C'est une jeune femme de 23 ans, SDF qui était venue la voir une seule fois en début de grossesse pour un « test douteux » et elle ne l'a revue qu'en fin de grossesse, au 7<sup>ème</sup> mois. Entre temps la jeune femme lui téléphonait pour lui donner régulièrement des nouvelles. « C'est marrant parce qu'à chaque fois... là, le bébé, il a 3 mois, et ce matin pareil, j'avais un message comme quoi il fallait que je rappelle. Ce matin, elle n'avait pas le moral et elle m'a dit « quand même ça m'a fait du bien de vous parler, ça fait du bien de retrouver ses repères » qu'elle me fait. C'est curieux quand même comme elle s'attache et elle te rappelle. Parce que finalement, moi, j'ai plus de rôle à jouer tellement en tant que sage-femme. Donc j'ai passé une demi-heure au téléphone avec elle ce matin. Ça n'apparaît nulle part ça, bon ce n'est pas grave. »*

(Notes de terrain – 1<sup>er</sup> Avril - Permanence sage-femme - Legartel)

Si « en tant que sage-femme » elle n'a plus de rôle à jouer avec une mère d'un enfant de 3 mois, en tant qu'écoutante et que pourvoyeuse de *care*, cette interaction prend tout son sens. Le temps quantifiable et monnayable de la sphère professionnelle se trouve alors perturbé par « les temps du *care* [qui] ne peuvent pas être contrôlés et compressés de la même façon que d'autres temps de travail [puisqu'] le souci des autres met en jeu une autre sorte de temporalité ». <sup>60</sup> Cette autre temporalité, le *Kairos*, induit également des enjeux de temporalisation qui donnent sens à l'action présente au vu d'un passé et d'un futur qui traduisent un engagement sur la durée et condamnent les interventions menées dans l'urgence. <sup>61</sup>

### 122 - *Le suivi des familles : une activité ancrée dans la durée*

La prévention, ensemble de mesures prises pour empêcher que ne se produisent dans un futur plus ou moins proche des phénomènes dommageables pour l'individu et la société, est en soit un acte de temporalisation : agir au présent pour garantir un meilleur futur. En PMI, cette prévention vise la santé des enfants, entendue au sens le plus large possible, et le bien-être des familles. Si l'ensemble des missions de la PMI sont placées sous le signe de la prévention, nous nous attacherons ici à discuter des temporalités du « soutien à la parentalité » puisque, conçu comme un accompagnement à plus ou moins long terme, il demande, peut-être encore plus que les autres activités, un ancrage dans la durée.

Présentisme et urgence n'ont *a priori* pas leur place en PMI contrairement à l'hôpital que la plupart des puéricultrices ont quitté pour cette raison.

<sup>58</sup> Ibid, p. 7

<sup>59</sup> C. Lejealle, « Le mobile professionnel : un outil de conciliation ou de confinement dans la charge du care pour les femmes cadres ? », *Temporalités* [En ligne], 9 | 2009, mis en ligne le 30 septembre 2009, Consulté le 02 août 2010. URL : <http://temporalites.revues.org/index1010.html>

<sup>60</sup> P. Paperman, « D'une voix discordante : désentimentaliser le care, démoraliser l'éthique » in P. Moliner, P. Paperman, S. Laugier, *Qu'est ce que le care ?*, op. cit., p. 94

<sup>61</sup> M. Bessin, C. Gaudart, « Les temps sexués de l'activité : la temporalité au prisme du genre ? », art. cité, p. 6

*A l'hôpital, enfin moi je vois en réanimation, l'intérêt c'était que l'enfant vive déjà ! Qu'il survive à ce qu'il a vécu. Après quand il allait mieux, il partait, donc on n'avait pas nous cet accompagnement... L'avantage c'est que nous on a du temps en PMI. On n'est pas à l'instant t où on doit le sauver, on doit le guérir. Nous on est dans un accompagnement à plus ou moins long terme, et ça c'est l'intérêt du travail, c'est à long terme »*

(Entretien Laurence - Puéricultrice encadrante - circonscription Grazet)

L'avantage du travail en PMI par rapport à l'hôpital se résume bien par l'expression souvent entendue : « avoir le temps de prendre son temps ». Paradoxalement, le manque de temps est pourtant largement invoqué comme une des contraintes du travail qui obligent les équipes, et surtout les puéricultrices, à « jongler » entre leurs différentes tâches.

*« Dans nos missions de prévention, comme je te disais la dernière fois, c'est très large aussi bien par rapport à l'enfance en danger, par rapport à l'accompagnement à la parentalité de façon très large ou lors des bilans scolaires... j'ai l'impression qu'on ne va pas jusqu'au bout parce qu'on n'a pas les moyens d'aller jusqu'au bout. On dépiste certes mais on ne propose pas forcément autre chose pour pallier aux problèmes relevés et ça très fortement pour les bilans scolaires.*

***Et pour le soutien à la parentalité ça se passe comment du coup ?***

*Pour la prévention, en permanence par exemple, c'est là quand même qu'on est le plus disponible et on essaye de revoir les familles en leur proposant des temps réguliers et rapprochés en fonction des besoins mais de part la multiplicité de nos missions le temps est quand même très réduit. Des fois... on ne propose pas... j'ai l'impression qu'on est un petit peu éparpillé quoi. On n'est pas suffisamment disponible. Je sais pas comment de dire ça. En fait on n'a pas toujours les moyens de faire comme on voudrait faire.*

***Mais ces entretiens vous arrivez quand même à les faire ?***

*On arrive quand même à les faire mais ça nécessite une gestion du planning... qui est parfois un peu délicate, ce n'est pas toujours facile »*

(Entretien Fanny – Puéricultrice - Bimont)

La contradiction relevée plutôt entre « prendre son temps » et « manquer de temps » illustre bien les exigences morales que recouvrent ces deux « temps » différents. « Prendre son temps », notamment en permanence de puériculture ou en entretien de sage-femme, correspond à la première dimension du *Kairos* discutée plus haut : la disponibilité, dont une de nos enquêtées nous offre une définition qui résume assez bien ce que nous avons dit précédemment.

*« Je crois qu'il ne faut pas minimiser le rôle de l'écouter, de l'attitude qu'on peut avoir, d'être dans l'empathie comme ça, le faciès qu'on peut avoir, le temps qu'on... parce qu'y en a des fois quand elles voient du monde elles disent « Bah tant pis on va faire vite ». Je lui dis : « Non, on prendra le temps qu'il faudra, les autres auront leur temps aussi après, finalement la disponibilité qu'on peut avoir je pense pour ces mamans, de les revoir entre deux quand y a une inquiétude de poids pour le bébé, cette disponibilité qu'on peut avoir finalement des fois, ça fait beaucoup »*

(Entretien Elise – Puéricultrice - Bontant)

Le « manque de temps » fait quant à lui référence à la mise en place d'activités de prévention, c'est-à-dire au temps du suivi qui demande un engagement dans la durée. Ce défaut d'engagement est imputé à l'étendue des missions des puéricultrices tout comme à l'ampleur des problématiques qui nécessiteraient d'être prises en charge. Néanmoins, la disponibilité offerte peut en soit constituer un acte préventif, voire thérapeutique en ce qui concerne l'écoute puisqu'elle « [...] institue une sorte d'attention psychologique diffuse, permanente, qui n'emprunte pas les voies attendues, qui se glisse dans les interstices de l'action, omniprésente et indiscernable tout à la fois. »<sup>62</sup>

Les ressorts temporels du *care* en PMI sont donc multiples tout comme le sont ceux de la prévention. Si la disponibilité, au temps présent et sur le long terme, vise à prévenir les difficultés parentales en prenant la forme d'un accompagnement personnalisé, l'anticipation d'un éventuel risque à venir et les pratiques de surveillance qu'elle entraîne, peuvent également constituer une activité de *care* quelque peu paradoxale comme nous le verrons plus loin<sup>63</sup>.

Les aménagements dont font preuves les intervenantes de PMI attestent d'une posture professionnelle particulière où les besoins des usagers sont placés au cœur des préoccupations. Les « exigences du *care* » gouvernent ainsi l'économie des pratiques. En se référant à la conceptualisation que propose Joan Tronto du *care* comme processus, on se rend compte que l'ensemble de ces pratiques contribuent à mettre en œuvre les différentes étapes du *care* : noter l'existence d'un besoin (*to care about*), prendre les dispositions pour qu'il puisse trouver une réponse (*to care for*), donner directement la réponse ou le soin (*care giving*) et la recevoir (*care receiving*)<sup>64</sup>. Ces différentes phases de l'activité sont associées à des dimensions morales qui conditionnent leur mise en œuvre : compétence, attention, responsabilité, réceptivité, et dessinent les contours d'une « éthique du *care* » faisant la part belle, en PMI, à l'empathie. Eclairer le désordre apparent des activités par les apports heuristiques des perspectives du *care* et de la notion de présence sociale permet ainsi de rendre compte de nombreux aspects du travail à l'œuvre dans les centres enquêtés. Néanmoins, l'ordre du *care*, s'il repose sur la « déprofessionnalisation » et sur le *Kairos*, trouve pour principe la sexuaction des activités dont il convient à présent de discuter.

## 2 - Penser l'ordre du care au prisme du genre

Le sens commun fait des dispositions morales du *care* des qualités féminines propre au « sexe de la sollicitude »<sup>65</sup>. Dans cette logique, le travail de *care* incomberait naturellement aux femmes. Prenant le *care* comme point de vue, et notamment les apports de la critique féministe, je propose maintenant d'examiner la sexuaction des activités. En rendant compte ici des tenants et aboutissants de la « professionnalité » en PMI, telle qu'elle a été formulée et s'est donnée à voir, il s'agira de discuter de la construction d'une éthique professionnelle reposant sur des enjeux sexués et générateurs d'injonctions contradictoires pour les intervenantes.

---

<sup>62</sup> D. Fassin, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, op. cit. - p. 73

<sup>63</sup> Cf. Troisième Partie

<sup>64</sup> J. Tronto, *Un monde vulnérable. Pour une éthique du care*, op.cit.

<sup>65</sup> Fabienne Brugère, *Le sexe de la sollicitude*, Seuil, Paris, 2008

## 21 - Le « souci des autres », un gage de professionnalisme soumis à ajustements

Comment appréhender sociologiquement les dimensions éthiques du travail de *care* ? Telle est sans doute la difficulté de toute sociologie qui cherche à décrire et comprendre les dimensions morales des activités. En étant attentive à la manière dont certaines pratiques peuvent faire débat dans les équipes et aux discours conférant aux émotions une importance morale, l'enquête ethnographique permet de dessiner les contours d'une éthique professionnelle fondée sur l'empathie et la sollicitude, en somme le « souci des autres ». Pour acquérir une légitimité et être qualifiée de « bonne » professionnelle, il est attendu des intervenantes qu'elles manifestent une attitude empathique. Parce que « le sujet du *care* est un sujet sensible en tant qu'il est affecté et qu'il est pris dans un contexte de relations, dans une forme de vie, -qu'il est attentif, *attentionné*, que certaines choses, situations, moments ou personnes comptent pour lui »<sup>66</sup>, les travailleuses du *care* se doivent de manifester une considération sans détachement. Pourtant, la professionnalisation des interventions pour autrui conduit à disqualifier un trop fort engagement émotionnel. Telle est la contradiction gouvernant le travail émotionnel des intervenantes de PMI.

### 211 – L'empathie, une norme professionnelle

L'engagement envers autrui constitue un devoir. Les contrevenantes à une telle règle peuvent se voir disqualifiées, n'ayant alors plus leur place dans un service qui met le « souci des autres » au cœur des pratiques.

*« On est face à l'enfant, on est face à l'utilisateur. On n'est pas des administratives où on ne regarde même pas les gens. Nous ce n'est pas ça du tout ! C'est des gens qui nous apportent leurs problèmes, ils vont nous parler de leur petit enfant qui va plutôt bien mais monsieur lui tape dessus à madame, donc elle est pleine de bleus et d'émoi. Quand on est dans ce type de relation-là on ne peut pas être de marbre ou alors on va faire autre chose... »*

(Entretien Colette - Puéricultrice encadrante - circonscription de Legartel)

L'empathie fonde la spécificité du travail en PMI, jusqu'à conduire les supérieures hiérarchiques à encourager des pratiques compassionnelles qui doivent se manifester dans l'attitude corporelle.

*« On est très en empathie avec les familles.*

#### **Tout le monde ?**

*Tout dépend de la puéricultrice ou du médecin qui va prendre en charge une famille. Mais moi je pense qu'il faut en avoir, il faut aimer les gens, il faut aimer le contact avec les gens, il faut aimer parler, enfin je dis les gens... les familles, et il faut aimer s'ouvrir. Il ne faut pas hésiter à toucher, parce qu'on a des populations qui ont des cultures où on touche les gens. Dans les familles du Maghreb, quand elles sentent que quelque chose passe, et hop (elle me prend la main) elles vous attrapent là main, et puis « je te remercie » et ça faut l'accepter. Il y a des professionnelles qui l'acceptent pas, faut accepter de se laisser toucher, c'est comme ça qu'on entre en relation.*

#### **C'est votre travail de faire admettre ce genre de choses à l'équipe ?**

*Oui, leur dire à travers mon expérience que ça fait partie de notre travail mais elles ne sont pas obligées de se laisser toucher, si elles n'aiment pas ça... Mais il faut trouver une solution qui fasse qu'elles puissent rentrer vraiment en contact avec les familles »*

(Entretien Colette - Puéricultrice encadrante - circonscription de Legartel)

<sup>66</sup> Sandra Laugier, « L'éthique comme politique de l'ordinaire », *Multitudes*, 2009, n° 37-38

Savoir s'ajuster aux besoins spécifiques des bénéficiaires du travail de *care* suppose d'être à même d'en évaluer la teneur et donc d'établir un « contact ». L'injonction à la proximité, parfois physique, permet aux intervenantes de manifester cette empathie nécessaire à l'instauration d'une « relation ». Ces savoir-faire sont acquis *via* la socialisation professionnelle, source d'une identité professionnelle commune fondée sur des valeurs et pratiques partagées. La maîtrise de ce qui peut être qualifié d'art du *care* érige certaines intervenantes en modèle de professionnalisme comme l'indique la référence fréquente à des « professionnelles exceptionnelles » faisant figure de mentor.

*« Moi j'ai eu la chance de travailler pendant très longtemps, j'ai travaillé en planification, et j'ai travaillé avec une conseillère conjugale et familiale qui était vraiment une professionnelle extraordinaire. On a beaucoup échangé par rapport aux situations qui nous interpellaient et je crois que j'ai aussi appris énormément avec elle, de façon continue. C'était vraiment une personne d'une grande qualité, d'une grande écoute, d'une grande empathie, disponible aux personnes. Ça fait partie des gens qui sont très formateurs, elle avait quelques années de plus, une expérience, une formation autre. Je pense que j'ai appris beaucoup à son contact par rapport à la manière de faire du bon boulot »*  
(Entretien Françoise – Secrétaire - Grazet)

La qualité du travail se juge donc à hauteur de la « disponibilité », de l'« écoute », de l'« empathie » dont fait preuve l'intervenante, accédant au titre de « professionnelle » du *care*. Inversement, l'absence remarquable d'empathie -cette faculté intuitive à percevoir et partager ce que ressent l'autre- sera remarquée par les collègues qui ne manqueront pas d'entreprendre la correction des mauvaises pratiques, ce dont atteste la confrontation entre deux manières de réagir qu'il m'a été donné d'observer.

*« Je suis avec Daniella [secrétaire] dans le coin pesée qui se situe dans un renfoncement de la salle d'attente. Une mère attend son tour pour la consultation médicale. Elle se plaint du temps d'attente, puisqu'elle doit aller chercher son fils à l'école. Claudie [puéricultrice] sort de son bureau situé juste à côté. Au même moment, Daniella se rapproche de la mère. Elles se retrouvent toutes les deux face à celle-ci. Alors que Claudie lui rétorque que « ça arrive rarement vous savez, si vous allez en ville ce n'est pas 40 minutes que vous pouvez attendre ! », Daniella quant à elle essaye de rassurer la mère qui contient difficilement ses larmes. L'épisode prend vite fin puisque le médecin vient la chercher. De retour dans le bureau, Daniella et Claudie discutent. Claudie est excédée par le comportement de cette maman et se plaint de son attitude. Daniella lui répond « tu sais, moi je suis sûre que ça la renvoie à quelque chose, elle ne voulait pas être en retard pour son enfant, elle ne voulait pas ne pas se montrer disponible, elle avait peur d'être une mauvaise mère. Ça ne sert à rien de lui dire qu'ailleurs ça sera pire. Il aurait mieux fallu lui dire « vous avez raison » et l'écouter »*  
(Notes de terrain – 4 Juin - Noyelles)

Comme le souligne Patricia Paperman, « nous avons plutôt tendance à penser (assez abstraitement) que l'émotion, non son absence, apparaît ou se manifeste de façon remarquable : l'émotion ferait irruption dans le cours normal des affaires, désorganisant de façon plus ou moins passagère la scène, sa réalité ou du moins son ordonnancement rituel ». <sup>67</sup> Ici, c'est moins l'expression d'une émotion que son absence qui perturbe l'ordonnancement du *care*. Contrôles et évaluations informelles entre les intervenants contribuent à la préservation de cet ordre.

### 212 - Maîtriser la « bonne » distance au risque de la disqualification

Cependant, l'idéologie de la professionnalisation tend à promouvoir la distanciation et à condamner l'envahissement affectif. Pour rester « pro », les intervenantes se doivent donc d'entretenir une posture intermédiaire entre le trop empathique et le trop cynique.

*« Il faut qu'il y ait de l'émotion, il faut qu'il y ait de l'empathie mais faut savoir prendre du recul.*

***Et si ce recul n'est pas pris ?***

*On les aide, c'est le travail des puéricultrices encadrantes, leur apprendre à prendre ce recul »*

(Entretien Colette - Puéricultrice encadrante - Circonscription de Legartel)

Si l'expression de l'émotion est nécessaire, cette dernière ne peut constituer le déterminant de l'action. La distance entretenue peut alors jouer sur les mêmes registres que celle de l'engagement émotionnel, à savoir la proximité physique ou, en l'occurrence, son rejet.

*« Elles te font la bise, elles te sautent au cou, bon je ne suis pas leur copine quoi ! (rires) C'est difficile parfois de trouver sa... encore une fois les limites, sa place. Jusqu'où je vais quoi ! Je veux bien être dans l'aide, mais bon, ce n'est pas ma petite sœur non plus »*

(Entretien Sylvie - Sage-femme - Legartel)

Refuser la position de la grande sœur est particulièrement significatif puisque « la sœur, la mère, la fille [sont] autant de figures familiales, toujours féminines, du « trop proche », qui incarnent l'assistance et contribuent, dans un contexte de transformations du travail social, à stigmatiser les travailleuses sociales dont le travail serait proprement féminin, et, de ce fait, non professionnel, renvoyé du côté du domaine profane. » <sup>68</sup> L'apprentissage du détachement dont font preuve les professionnelles aguerries, fonctionne finalement sur le même schéma que la proximité entretenue et marque une fois encore la démarcation entre « bon » et « mauvais » professionnel. Une proximité jugée trop importante peut constituer une source de conflits, comme nous l'expliquait la responsable de la circonscription au sujet d'une collègue.

---

<sup>67</sup> P. Paperman, « L'absence d'émotion comme offense » in P. Paperman, R. Ogien (dir.), *Les couleurs des pensées. Sentiments, émotions, intentions*, Paris, Editions de l'EHESS, 1995, p. 175

<sup>68</sup> M. Bessin & al, *Le genre de l'autonomie, op. cit.*, p. 57

« On peut être dans l'empathie et avoir un peu du mal à se détacher... mais là on était quasiment dans la faute professionnelle ! J'ai appris qu'elle était même allée, alors que la famille n'est plus suivie par elle, elle est allée dans la famille au domicile et je crois même un jour férié. Vous voyez jusqu'où ça peut aller... »

(Entretien Mlle C. - Médecin responsable de la circonscription de Grazet)

Les intervenantes sont donc contraintes à un exercice d'équilibriste pour trouver la « bonne distance » entre absence de sentiments authentiques et leur expression excessive. En somme, « les pratiques de *care*, portées par le souci de répondre aux besoins d'un autrui vulnérable, impliquent une charge mentale, émotionnelle et éthique qui se traduit en une spirale d'obligations difficilement limitables, mais que tout (e) professionnel (le) apprend à limiter »<sup>69</sup> ou du moins doit s'efforcer de limiter.

Un souci outrancier pour les autres est toujours soumis au risque de la stigmatisation ou de la disqualification. C'est sûrement la raison pour laquelle le service de PMI est bien souvent relégué à une médecine des pauvres où n'exerceraient « que les femmes et les estropiés », pour reprendre des propos rapportés par la cadre de la circonscription et attribués à un professeur de médecine rencontré au cours de ses études. L'injonction contradictoire à laquelle sont soumises les intervenantes -entre engagement émotionnel professionnellement qualifiant et disqualifiant- gagne à être analysée à l'aune des théories féministes du *care*. En effet, alors que l'exercice de la sollicitude procède d'une socialisation et d'un apprentissage, tout comme l'exercice de distanciation, il est « sous-évalué dans le registre du *faire* et sur évalué dans le registre de *l'être* »<sup>70</sup> car fondé, comme nous le verrons par la suite, sur « un savoir faire social, qui peut se résumer à un savoir être des femmes, pour ne pas dire un savoir être mère ».<sup>71</sup> Les qualités morales du *care*, compétences « professionnalisantes », sont ainsi bien souvent perçues par les acteurs, ici les actrices, comme proprement féminines.

## 22 - Les dimensions sexuées du travail de care en PMI

### *221 - Les professionnelles : des mères comme les autres*

Les femmes ont longtemps été assignées au travail émotionnel dans la sphère domestique afin d'assurer le maintien et la stabilité des relations familiales. Il a été établi que la faible qualification des femmes dans l'emploi, à plus forte raison dans les milieux qui engagent fortement les professionnelles émotionnellement, tenait à ce transfert.<sup>72</sup> Le travail social notamment s'est constitué sur « la socialisation de l'amour maternel »<sup>73</sup>, donnant de fait à l'institution un imaginaire maternaliste, où l'interaction avec les usagers se calquerait sur la relation mère / enfant, reconduisant l'image d'Épinal de la relation pourvoyeur/bénéficiaire de *care*. Les enquêtées formulent bien souvent leur travail en se référant à cette fonction maternelle, source d'une attitude prévenante et « contenante » pour les femmes dont elles prennent soin.

<sup>69</sup> N. Benelli, M. Modak, « Analyser un objet invisible : le travail de care », *art. cité*, p. 43

<sup>70</sup> P. Molinier « Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets », *op.cit.*, p. 304

<sup>71</sup> M. Bessin, « Le travail social est-il féminin ? », in J. Ion, *Le travail social en débat[s]*, Paris, La découverte, 2005, p. 160

<sup>72</sup> H. Hirata, C. Rogerat « Technologie, qualification et division sexuelle du travail », *Revue française de sociologie*, vol. 29, n° 1, 1998 cité dans M. Drulhe, « Le travail émotionnel dans la relations soignante professionnelle » in G. Cresson, F.-X. Schweyer (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Editions ENSP, 2000

<sup>73</sup> M. Bessin, « La division sexuée du travail social », *Informations sociales* 2009/2, n° 152, p. 72.



*« Y a des mamans qui viennent on sent qu'elles ont besoin de maternage. Leur bébé, lui, il va bien mais elles viennent plus régulièrement pour être maternées »*  
(Entretien Françoise – Secrétaire - Grazet)

Elena Pulcini<sup>74</sup>, dans ses réflexions sur le don et le sujet féminin, nous apprend que la tradition occidentale considère le « sujet féminin » comme un sujet essentiellement relationnel et donateur, où la femme paraît personnifier cette fonction de lien et de cohésion qui ferait défaut aux démocraties modernes. Une telle essentialisation contribue à reproduire, dans les institutions de l'Etat social, le stéréotype de genre d'une nature féminine essentiellement altruiste et sacrificielle, dont la fonction maternelle serait au principe ; Stéréotype auquel n'échappent pas les intervenantes de PMI.

***Il n'y a quasiment que des femmes en PMI, vous l'expliquez comment ?***

*« Ce n'est pas un hasard, on est dans le maternage... Il y a des hommes qui sont puériculteurs mais en général dans des endroits très techniques. Ça, c'est ancestral, on a beau dire qu'il y a pas de différence, je pense qu'il y en a une... c'est comme ça »*

(Entretien Laurence - Puéricultrice encadrante - circonscription de Grazet)

La manière d'agir avec les usagers renvoie à une éthique de la sollicitude appréhendée comme une disposition morale propre aux femmes et trouvant son origine dans une différence des sexes. La présence des hommes dans les métiers de la petite enfance ne constitue paradoxalement pas une subversion du système de genre, mais une transgression ponctuelle à un ordre social fondé sur un ordre sexué, appréhendé comme immémoriel et peu questionné.<sup>75</sup> Comme l'indique Nicky Le Feuvre, « une inversion apparente des normes de genre peut tout à fait s'inscrire *in fine* dans une logique de renforcement des principes fondateurs du système sexe/genre dans son ensemble »<sup>76</sup>.

Une telle sexualisation des interventions pour autrui autorise les travailleuses du *care* à entretenir avec leurs bénéficiaires une relation placée sous le sceau de la proximité, voire de la familiarité.

*« 15 h 00. Personne ne s'est encore présenté au rendez-vous. Sylvie [sage-femme] me raconte les absences de ce matin. « J'en ai appelé une ce matin qui me dit « bah oui, je voulais vous appeler pour vous dire que j'étais fatiguée, je me suis endormie ». Et là tu leur dis « Je me suis inquiétée, faut m'appeler dans ces cas-là ». Je peux comprendre, je ne vais pas leur crier dessus, parfois je fais une petite réflexion, je les gronde gentiment... En fait parfois t'as l'impression d'être la mère ! C'est ça en fait, on est un peu une figure maternelle pour certaines femmes. »*

(Notes de terrain – 1<sup>er</sup> Avril - Permanence de sage-femme - Legartel)

---

<sup>74</sup> E. Pulcini « Assujetties au don, sujets de don, réflexions sur le don et le sujet féminin », *Revue du MAUSS*, n°25, 2005, pp. 325-338.

<sup>75</sup> Comme l'explique Nicole Claude-Mathieu : « La transgression d'une norme n'est pas obligatoirement la subversion d'un système de pensée ». N-C. Mathieu, « Identité sexuelle/séxuée/de sexe : trois modes de conceptualisation du rapport entre sexe et genre », *L'anatomie politique: catégorisation et idéologies du sexe*, Paris, Côté-femmes Editions, 1991, p. 230

<sup>76</sup> N. Le Feuvre, « Le "genre" comme outil d'analyse sociologique », in D. Fougeyrollas-Schwebel, C. Planté, M. Riot-Sarcey et C. Zaidman (dir.), *Le genre comme catégorie d'analyse : sociologie, histoire, littérature*, Paris, l'Harmattan, 2003

L'incursion renouvelée de la figure maternelle pour rendre compte de la relation qui peut s'établir entre les intervenantes et les femmes reçues sape les fondements de division entre sphère publique et sphère privée. Les pratiques profanes associées à la position maternelle (gronder gentiment) ne sont pas pensées comme faisant partie intégrante du travail professionnel mais seraient propres à la personnalité de chacune. Placer la maternité -qu'il s'agisse du maternage ou de sa propre expérience de la maternité- au cœur des pratiques en PMI contribue à brouiller les frontières public/privé, profane/professionnel, ce qui ne manque pas d'être regretté par une cadre de santé :

***L'expérience de sa propre maternité est-ce qu'elle joue ?***

« (Elle hésite longuement) Moi je dirais non, si on est professionnelle non.

Ça ne devrait pas...

Ça ne devrait pas voilà, indirectement... il est vrai que la plupart des femmes qui viennent en PMI elles ont des enfants en bas âge et on connaît bien les contraintes d'horaires à l'hôpital, mais moi je dirais que logiquement ça ne devrait pas ! Notre situation personnelle ne peut pas être là pour ces mamans. Là je dirais qu'il y a confusion et ça serait pas professionnel »

(Entretien – Laurence - Puéricultrice encadrante - Grazet)

Pourtant, l'expérience personnelle de la maternité constitue un des axes fondamentaux du métier. La confusion entre le niveau personnel et le niveau professionnel est ainsi souvent à l'œuvre lorsque les intervenantes évoquent leur propre expérience de la maternité. Les identités maternelles et professionnelles se distinguent alors difficilement. Les mères ou futures mères reçues en PMI semblent aussi accorder une place centrale à ce savoir personnel et lui reconnaître une valeur indiscutable.

*« Souvent les femmes peuvent se dire « j'ai une femme en face de moi donc elle comprend ma situation parce qu'elle est femme aussi ». Après, je suis persuadée qu'un homme, dans son positionnement professionnel, pourrait être tout à fait pro. Mais pour les femmes, avoir une personne plus proche d'elles ça peut les aider.*

***Et ça t'arrive que des mères te demandent si tu es toi-même mère ?***

*Tout a fait. Quand je suis arrivée ici, en 2006, je n'avais pas d'enfant et c'est vrai qu'il y a des mamans qui me demandaient « vous faites comment vous avec vos enfants ? » Quand tu réponds « moi je n'en ai pas mais je vais vous expliquer comment faire » c'est... bon voilà. Y a des mères pour qui ça ne va pas du tout être gênant mais pour d'autres, tu vois qu'il y a un petit mouvement de recul... Tu expliques que tu as fait des études, que tu t'es beaucoup occupée d'enfants mais ça n'a pas la même légitimité que de dire « moi aussi j'ai des enfants ». Tes conseils leurs paraissent plus adaptés et plus justes si tu as en face de toi une mère qui demande un conseil à une mère. Finalement, après l'étiquette de professionnelle tu as l'impression qu'elle s'envole »*

(Entretien Fanny – Puéricultrice - Bimont)

La doxa entend fonder le professionnalisme sur la distance et l'abstraction faite du privé. Pourtant, la proximité nécessaire à la relation entre « professionnelle » et « profane » se fonde sur l'expérience commune de la maternité faisant « s'envoler l'étiquette de professionnelle ». Les hommes, bien que compétents au niveau professionnel, ne pourraient alors pas, pour les intervenantes, rivaliser avec les femmes dans un domaine où les premières des compétences sont l'appartenance au sexe féminin et l'expérience de la maternité. Comme pour le cas des sages-femmes étudié par François-Xavier Schweyer<sup>77</sup>, c'est l'histoire personnelle qui devient compétence professionnelle.

## 222 - La sexuation des activités

La féminisation massive du secteur de la petite enfance, qui se fonde sur l'assignation sociale des femmes aux tâches qui concernent le corps, l'intime et le familial, s'exprime dans la composition des équipes. Les hommes en PMI sont extrêmement minoritaires. L'équipe de la circonscription de Grazet ne compte que trois hommes, médecins, sur un effectif de 15 intervenant-e-s. L'un d'eux partage son temps entre les centres de Grazet et ceux de Legartel où il est d'ailleurs le seul homme dans un service de 37 membres. Je n'ai, de façon générale, que très peu approché les médecins -homme ou femme- ce qui constitue, à n'en point douter, un biais dans l'enquête. Néanmoins, ma présence sur le terrain, bien qu'épisodique, m'a permis d'observer une répartition sexuée des espaces qui rend invisible la présence masculine.

Les hommes occupent une place à part dans ce milieu avant tout féminin et ne font bien souvent que passer. J'ai ainsi noté l'absence de ces derniers lors des réunions de service et pendant les moments de sociabilité professionnelle comme les pauses « café », les temps du déjeuner ou les discussions de couloirs. La place particulière qu'occupent les hommes au sein de l'équipe est également remarquable par l'usage du vouvoiement qui leur est réservé. Une distance est ainsi entretenue entre hommes et femmes alors que le tutoiement est monnaie courante entre femmes, même pour les médecins. La position sociale conférée par leur titre ne suffit donc pas à expliquer le vouvoiement. Soulignons néanmoins que le médecin cadre de la circonscription, une femme de 58 ans, professionnelle aguerrie qui nous a été présentée par la chef départementale du service de PMI comme « vieille routarde de la PMI » est vouvoyée par l'équipe mais n'accède cependant pas au titre de « docteur » puisqu'il est convenu de l'appeler « Mademoiselle C. » -ce qui ne manque pas de receler d'un sens particulier. Je n'avance néanmoins ici que des hypothèses tant ces éléments nécessiteraient une analyse plus fine et un recueil de données plus important que seule une présence plus longue et sans interruption sur le terrain autoriserait.

L'occupation des espaces par les hommes se limite donc au cabinet médical et constitue un des éléments de la division sexuelle du travail. Cet espace où s'effectuent les vaccinations, les diagnostics et les prescriptions est ainsi le seul lieu du *care* en PMI. Les prérogatives des médecins viennent limiter celles des infirmières ou puéricultrices qui ne s'occupent, en présence de ces derniers, c'est-à-dire en pré consultations, que de peser l'enfant, d'en mesurer la taille et le périmètre crânien.

---

<sup>77</sup> F-X. Schweyer, « La profession de sage femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales et santé*, vol. 14, n°3, 1996

*« Je viens pour assister à la consultation du Dr V., il n'est pas arrivé. « De toute façon il arrive jamais avant la dernière minute » m'apprend Maude [infirmière] qui s'occupe de la pré consultation. Je demande si je peux l'accompagner en salle de pesée et si ça ne la dérange pas que je prenne des notes. Elle me répond que je n'aurai pas grand-chose à noter puisqu'en présence du médecin, elle ne se permet pas trop de donner des conseils : « En consult', je peux pas trop... Je fais que peser, mesurer. Je dis souvent vous verrez avec le médecin ou je donne un conseil mais je dis toujours vous verrez avec le médecin »*  
(Notes de terrain - 2 avril - Grazet)

C'est la présence du médecin « en consult' » qui limite les conseils que pourrait donner l'infirmière et explique l'économie globale de la répartition des rôles en PMI comme me le précisera Maude, infirmière :

*« On n'a pas le même rôle. Nous on est dans l'écoute, le conseil éventuellement si vraiment elle veut un conseil. Moi je préfère la laisser parler et souvent elles ont les réponses elles-mêmes. Puis le soin, de temps en temps, pour lui expliquer comment on fait un soin de cordon, si elle n'ose pas tirer... enfin voilà les choses de base de nursing d'un enfant petit. Voilà, il a les fesses rouges, il a des lésions, tu lui dis quel produit elle pourrait éventuellement mettre mais on n'a pas un rôle de diagnostic. Si y a un souci, on leur dit de revenir l'après-midi parce qu'on a le médecin sur place. Mais lui il est dans le diagnostic, la prescription et le discours qu'on peut tenir il n'est pas le même. On n'est pas là pour ça. On peut éventuellement dire : « Je pense que ça serait peut-être ça mais allez voir le médecin, peut-être que c'est ça, peut être qu'il vous dira ci, ça vous verrez avec lui ». Puis en sortant elles te disent « c'est exactement ce que vous m'avez dit » (rires). Mais attention je reste très « Peut-être » ! (rires) Je vais pas dire... je suis pas médecin bien qu'il y a quand même des trucs... mais on a des rôles différents »*  
(Entretien Maude – Infirmière - Grazet)

Cette répartition des rôles réserve la technique aux médecins et le « nursing de base » aux infirmières / puéricultrices. Ces pratiques sont perçues comme ordinaires, contrairement aux savoirs du médecin que l'infirmière, bien que compétente en la matière, ne s'autorise pas à formuler ou alors toujours sous le sceau du conditionnel. Une telle division constitue un enjeu important en PMI et a d'ailleurs conduit les cadres de santé à définir précisément les missions des uns et des autres.

#### **Quels sont les soins techniques effectués par les puéricultrices ?**

*« On fait très peu... On a fait tout un travail avec les puéricultrices encadrantes, on est treize sur le département, pour que ça soit... Pas pour uniformiser sur le département, c'est pas ça... mais pour qu'on soit bien dans notre rôle propre. Est-ce que c'est à nous de le faire ? Est-ce que c'est au médecin ? Quand on regarde les soins c'est : déboucher le nez des enfants, les soins du cordon, pesée, mensuration. Ce n'est pas vraiment des soins... On a très peu de soins »*  
(Entretien Colette - puéricultrice encadrante - circonscription de Legartel)

En définitive, le travail des puéricultrices est donc relégué aux « soins » qui ne sont pas pensés comme tels (« ce n'est pas vraiment des soins ») car ne nécessitant *a priori* aucune technique particulière. « Déboucher le nez des enfants, les soins du cordon, pesée, mensuration » ne nécessiteraient pas de qualification particulière et relèveraient de savoirs profanes. Contrairement au médecin, le domaine d'expertise des infirmières / puéricultrices est celui de l'intime et du familial - domaines dans lequel les médecins s'aventurent rarement. Elles seraient en somme moins dans le « soin » que dans le « prendre soin ».

### **Est-ce que l'approche est différente pour les médecins ?**

*« On peut dire que les médecins ne sont pas impliqués dans la vie de la famille, dans la problématique de la famille en dehors de leur bureau médical. Moi je trouve que c'est navrant parce qu'on aurait... Alors y a une discussion parfois qui s'engage, une fois que la famille est partie on discute avec le médecin « Qu'est ce que vous en pensez ? Qu'est ce que je peux faire pour... » Voilà mais le médecin va rester médecin. Lui son métier c'est médecin donc ils ont pas du tout la même approche que nous [les puéricultrices]. On a vraiment une vision très très très globale de l'enfant et de sa famille. Le médecin il a l'approche du corps de l'enfant qu'il reçoit, du médical. Ça veut pas dire qu'il y a pas de médecin qui s'intéresse à la famille mais... ils ont un temps de consultation et point barre. En général, c'est la puéricultrice qui récupère... moi j'ai toujours travaillé avec des médecins qui se contentaient de parler sur le plan médical... »*

(Entretien Colette - Puéricultrice encadrante - Legartel)

Si j'ai peu fréquenté les médecins pour des raisons attenantes à la multiplicité des tâches à observer en PMI, j'ai tout de même assisté ponctuellement à deux consultations du Dr V. Une de mes observations pendant une après-midi de consultation permet d'appuyer les propos précédents :

*« Entre deux familles, Amélie [puéricultrice] entre dans le cabinet pour chercher de quoi faire un lavement de nez à l'enfant qu'elle reçoit en pré consultation en salle de pesée. Elle demande au médecin s'il a parlé à la mère, qui vient de sortir avec sa fille de huit mois et demi, de son fils. Le médecin répond que non et la puéricultrice dit qu'elle lui en a parlé et que « la relation ne s'est pas arrangée ». Une fois Amélie repartie, le Dr V. m'apprend que le grand frère (4 ans) est violent avec sa petite sœur et que la mère le laisse souvent chez sa grand-mère. « Il semblerait que la mère délaisse un peu le grand. Depuis l'arrivée de la petite, elle a une attitude différente avec son fils ». Le médecin qui connaît la situation n'a pas souhaité en parler. « Ce n'était pas le lieu, elle était venue pour sa fille. La puéricultrice en a parlé, c'est tout l'intérêt d'être en équipe »*

(Notes de terrain - 14 Avril - Consultation PMI - Bimont)

En somme, la division des tâches au sein de l'équipe recoupe une division genrée -voire une division sexuée quand les médecins sont effectivement des hommes, ce qui n'est néanmoins pas toujours le cas- qui assigne au féminin le *care* et au masculin le *cure*.

*« Même s'il y a des hommes qui vont faire le métier d'infirmier, de puériculteur, etc. généralement tu le vois en poste de responsabilités, ou alors dans les services techniques en réanimation, SAMU, etc. « Je suis technique, je suis un homme, je suis un pompier ». Mais dans un service de PMI comme ça on ne les verra pas... Le relationnel, tout ça, ce n'est pas masculin, faut être honnête ! »*

(Entretien Maude - Infirmière - Grazet)

La division sexuée des activités s'impose en PMI avec la force de l'évidence (« faut être honnête »). En recourant à une naturalisation des dispositions féminines et masculines, la sexuaton des activités et la féminisation du travail de *care* contribuent à reconduire des stéréotypes sociaux de sexe. L'idéologie maternaliste qui nourrit de telles représentations gagne à être déconstruite au regard des analyses féministes du *care*.

Le versant critique des perspectives du *care* a montré que les dispositions qui lui sont attachées ne sont pas naturellement féminines, mais correspondent à des dispositions acquises en occupant une position socialement subordonnée. L'« éthique du care », formulée par Carol Gilligan<sup>78</sup> -désignant par cette expression les compétences spécifiques nécessaires au travail de *care*, soit l'empathie et le sentiment moral de sollicitude- a été considérée comme spécifique aux femmes et par là naturalisée comme une disposition féminine. Cette « éthique du dévouement » rentrerait en contradiction avec la pensée rationnelle, impartiale, nécessaire à l'activité publique des hommes, aux fondements d'une « éthique de justice ». L'antagonisme entre ces deux éthiques expliquerait la division traditionnelle des tâches : aux hommes la dimension publique du travail et aux femmes sa dimension domestique, entérinant de fait la partition des espaces entre public et privé. Cependant, comme l'explique Elsa Dorlin : « Une partie des féministes qui se sont opposées à Carol Gilligan, loin de se contenter des critiques *mainstream* du naturalisme ou du différentialisme du *care*, ont tenté de montrer que la sollicitude, l'aptitude à se soucier des autres, la tendance à comprendre et à solutionner les problèmes plutôt qu'à les « régler », ne sont pas une disposition morale spécifique aux individus de sexe féminin, mais qu'elles sont clairement l'effet d'une position sociale subalterne : en un mot, le *care* n'est pas tant une morale genrée qu'une morale sociale, une disposition éthique liée au statut de dominé-e-s. En d'autres termes, l'immense apport du *care* est de réintroduire dans la réflexion morale une dimension politique. »<sup>79</sup> L'éthique du *care* ne résulte pas tant d'une nature féminine mais d'une position subalterne à partir de laquelle les femmes auraient développé certains savoir-faire, oubliés en tant que tels, pour être pensés comme façon d'être. On comprend ainsi pourquoi et comment le travail de *care* est le plus souvent dévolu aux femmes.

### 3 – Conclusion Partie 1

Libérées de la prise en charge de la pathologie, les intervenantes de PMI se concentrent davantage sur le versant relationnel du suivi. Revendiqué comme une véritable spécialité, le « souci des autres » se manifeste quotidiennement dans les aménagements spatiaux et temporels effectués au nom d'une réelle disponibilité des intervenantes. Ces réorganisations qui traversent l'ensemble des activités, plus que d'un désordre, rendent compte de l'existence d'un ordre du *care*. Le travail mis alors en œuvre tend à « déprofessionnaliser » les activités, puisque faisant la part belle à « l'écoute », « la disponibilité », « l'empathie », il repose sur une posture partagée.

Pourtant, négligeant le fait que ces compétences constituent des apprentissages propres à la socialisation de genre et aux exigences du métier, les aptitudes requises tendent à dessiner une « éthique de *care* » naturalisée. L'ordre du *care* se double alors de l'ordre du genre qui se lit autant dans la dimension sexuée du travail en PMI que dans la reproduction de frontières opérées entre public/privé, profane/professionnel. Ainsi, alors que « travailler en empathie », formule souvent entendue, constitue une exigence du métier, l'engagement émotionnel nécessaire est pensé comme une aptitude profane devant être maîtrisée par les intervenantes, pour se maintenir en tant que professionnelle.

---

<sup>78</sup> C. Gilligan « In a Different Voice : Women's Conceptions of Self and of Morality », *Harvard Educational Review*, vol.47, n°4, 1977, pp. 481-517; C. Gilligan, *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, Harvard University Press, 1982.

<sup>79</sup> E. Dorlin, « *Dark Care* : de la servitude à la sollicitude », in Patricia Paperman et Sandra Laugier (dir.), *op.cit.*, pp. 88-89

Les politiques publiques nous ont habitués à la construction de termes qui surgissent dans le social comme des évidences. Promus par le discours politique, saisis comme objets de recherche dans la plupart des disciplines des sciences sociales, objets de dispositifs nouveaux, d'interventions sociales et de pratiques professionnelles, ces termes comportent en général des significations multiples. Tel est le cas du « soutien à la parentalité », nouveau paradigme des dispositifs d'interventions sociales en direction des familles. La PMI, aux côtés de nombreux autres dispositifs comme les REEAP<sup>80</sup>, les lieux d'accueil<sup>81</sup>, la médiation familiale ou les associations de thérapie familiale<sup>82</sup>, concourent au travail de soutien de ce qu'il est convenu d'appeler « les compétences parentales ». Dans le propos qui suit, il s'agira de réfléchir sur les logiques, parfois contradictoires, de ce « soutien à la parentalité » et à ses modalités d'expression en PMI.

Interroger le « soutien à la parentalité » implique en amont de revenir brièvement sur l'émergence de la notion de « parentalité ». Ce terme apparaît de façon explicite dans les discours publics dans la seconde moitié des années 1990. Le vocable de la parentalité est depuis tellement sonore qu'il en devient bruyant jusqu'à occulter les différentes réalités qu'il recouvre. Le mot, d'abord apparu dans les années 1950 dans les discours de la psychanalyse et de la psychiatrie, gagne par la suite d'autres champs comme l'ethnologie puis la sociologie. Toutes ces disciplines partagent le projet de dénaturer la parenté. Ainsi, à partir de l'étude de systèmes non occidentaux de parenté, les ethnologues ont été conduits à distinguer la filiation biologique du choix éminemment culturel des liens de filiation. Les sociologues quant à eux ont adopté ce terme pour rendre compte des nouvelles formes de famille au moment où cette dernière se détache du modèle nucléaire « traditionnel » qui faisait coïncider le couple géniteur au couple parental. En définitive, le néologisme « parentalité » émerge pour répondre au besoin d'une société où les formes familiales se multiplient (recompositions familiales, familles homoparentales, adoption, PMA) afin de consacrer une compétence parentale de fait. L'ensemble a conféré à la « parentalité » un caractère éminemment souple, mouvant et évolutif, elle en fait un processus dynamique et non un état. De plus, ce vocable témoigne également d'un basculement du regard du couple géniteur vers l'enfant puisque « c'est beaucoup plus à partir de l'enfant, seule réalité pérenne que la famille se définit aujourd'hui »<sup>83</sup>, comme en atteste l'évolution du droit civil en matière conjugale et parentale<sup>84</sup>.

Néanmoins, le « soutien à la parentalité », catégorie de l'action des pouvoirs publics, renvoie, comme le rappelle David Pioli, à un référentiel traversé par deux logiques contradictoires<sup>85</sup>. Pour les uns, il s'agit de valoriser les compétences parentales, même lorsque les parents sont perçus comme « défaillants », afin qu'ils puissent assurer et assumer leur rôle. Pour les autres, le soutien est rattaché à une conception disciplinaire qui se nourrit de la problématique de l'insécurité et repose sur la menace et la répression. Entre ces deux conceptions, l'émancipation et le contrôle, se profilent deux manières opposées de concevoir les rapports entre la sphère publique et la sphère privée. L'histoire

<sup>80</sup> B. Bastard, « Les REAPP, l'accompagnement des parents au plan local. Institutions, professionnels et parents : partenaires » *Informations Sociales*, n° 139, pp. 94-105 ; F. Barthélémy, B. Bastard, L. Cardia-Vonèche, « Peut-on décréter le partenariat entre les institutions en charge de la famille ? L'exemple des Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents », *Recherches familiales*, n°1, 2004, pp. 137-148

<sup>81</sup> G. Neyrand, *Sur les pas de la Maison Verte. Des lieux d'accueil pour les enfants et leurs parents*, Paris, Syros, 1995

<sup>82</sup> C. Cardia, *La déviance des femmes. Délinquantes et mauvaise mère : entre prison, justice et travail social*, op.cit.

<sup>83</sup> D. Le Gall, Y. Bettaher (dir.), *La pluriparentalité*, Paris, PUF, 2001, p. 6 cité par M. Boisson, « Petit lexique contemporain de la parentalité. Réflexions sur les termes relatifs à la famille et leurs usages sociaux », *Informations sociales*, n° 149, 2008, p. 11

<sup>84</sup> I. Théry, *Le démariage. Justice et vie privée*, Paris, Odile Jacob, (1993) 2001

<sup>85</sup> D. Pioli, « Le soutien à la parentalité : entre émancipation et contrôle », art.cité

des rapports entre Etat et famille est marquée par des oscillations entre d'un côté la confiance et la coopération, de l'autre la méfiance et le contrôle. A travers le temps, les modalités de régulation de la sphère familiale se sont transformées pour tendre aujourd'hui vers une « privatisation de la famille »<sup>86</sup> et un recul de l'ingérence étatique. Telle est du moins l'idée promue par les acteurs de l'intervention sociale qui renvoient les pratiques de contrôle social passées à des fins de non recevoir.

La PMI, chargée des mesures de prévention médicale, psychologique, sociale et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et enfants, mises en œuvre au moyen d'actions d'accompagnement des familles, dit concourir au « soutien à la parentalité ». Conforme aux exigences de la présence sociale, ce soutien mobilise des pratiques de *care* et emprunte discours et valeurs au versant émancipateur du « soutien à la parentalité ». Il s'agit pour les équipes de valoriser les savoirs-faires individuels et de refuser toute posture normative. Pourtant, qu'il s'agisse de « prendre soin » des mères ou des enfants, les intervenantes mettent tout de même en œuvre un travail éducatif pourtant contraire à l'*ethos* professionnel qu'elles cherchent à revêtir. « Avatar du familialisme »<sup>87</sup>, le « soutien à la parentalité » peut ainsi contribuer à reproduire une morale familiale fondée sur des valeurs d'individualisation, de responsabilisation et d'autonomisation dans l'enceinte familiale.

Soutien d'un côté, normalisation de l'autre, sont les deux faces d'une même médaille en PMI. De la présence sociale au contrôle social, tel est le glissement et la contradiction que nous souhaitons ici examiner. On peut en effet se demander si l'« accompagnement », en nourrissant le projet d'activer « les compétences parentales » et faire des parents des individus autonomes, acteurs de leur propre vie et responsables de leurs enfants, ne contribue pas à opérer « un retour au gouvernement des populations »<sup>88</sup>. Que se joue-t-il dans les activités de « soutien à la parentalité » ? « S'agit-il de *care* [...] ? Ou bien s'agit-il d'une nouvelle orthopédie qui vise à faire de la personne l'acteur (et le responsable) de sa propre existence ? »<sup>89</sup> C'est en examinant les logiques et pratiques qui s'engagent dans cette activité que seront discutées ces questions.

## 1 - Soutenir les « compétences parentales » dans une société d'individus

Dispositif de prévention plutôt envisagé au travers de ses dimensions sanitaires et sociales, la PMI n'a pas été interrogée en sciences sociales comme actrice du « soutien à la parentalité ». Pourtant, j'ai pu constater la part majeure que tenait cet aspect dans le travail des intervenantes, que cela soit par mes observations, par le recueil de discours sur le sens donné aux pratiques ou par le seul fait de ma présence sur le terrain. En effet, il m'apparaît *a posteriori* que mon acceptation dans les centres, que cela soit par les intervenantes ou les usagers -auxquels j'étais présentée comme « une étudiante en sociologie qui travaille sur le soutien à la parentalité »-, doit beaucoup à l'utilisation faite du vocable « indigène ». Aux premiers temps de l'enquête, j'ai en effet présenté mon projet pour accéder au terrain en axant le questionnement sur « le soutien à la parentalité ». Si l'idée a été acceptée, on m'a néanmoins prévenue : « c'est trop vaste comme sujet », « en PMI on fait partout et tout le temps du soutien à la parentalité », « travailler sur le « soutien à la parentalité » en PMI c'est faire un mémoire sur la PMI »<sup>90</sup>.

<sup>86</sup> F. De Singly, *Sociologie de la famille contemporaine*, Paris, Nathan, 1993

<sup>87</sup> M. Chauvière, « La parentalité comme catégorie de l'action publique », *Informations sociales*, n°149, 2008

<sup>88</sup> J. Commaille, « L'économie socio-politique des liens familiaux », *Dialogue*, 2006 cité par Coline Cardi, *La déviance des femmes*, *op.cit.*, p. 423

<sup>89</sup> M. Bessin & al, *Le Genre de l'autonomie. Enquêtes sur la sexualisation des interventions sociales*, *op.cit.*, p. 9

<sup>90</sup> Propos tenus par des médecins de PMI rencontrés grâce à mon réseau d'interconnaissance ou pendant le XXXVe Colloque du SNMPMI, les 28 et 29 novembre 2009, auxquelles j'avais présenté mon projet en phase exploratoire.



Cette omniprésence, voire omnipotence, du « soutien à la parentalité » mérite d'être questionnée. Lieu d'accueil, lieu d'écoute, lieu paramédical, la PMI est traversée par différentes logiques qui ne vont pas sans créer des injonctions contradictoires pour les intervenantes qui cherchent à soutenir les « compétences parentales ». Ainsi, nous verrons que l'*ethos* professionnel construit sur une indétermination normative en matière de parentalité cherche à éloigner les intervenantes des figures de l'expert ou de l'éducateur, rôles qu'elles sont pourtant parfois contraintes d'endosser. Inversement l'injonction à travailler « pour » et « avec » les familles se doit d'être circonscrite à un « accompagnement » raisonné pour ne pas basculer dans un « assistanat » collectivement dénoncé.

## 11 – Les règles de l'intervention auprès des familles

111 – « La « bonne » parentalité n'existe pas ! »

Les intervenantes de PMI récusent toute dimension normative à leur travail. Ce positionnement a d'ailleurs été source de malentendus aux premiers temps de l'enquête quand il m'est arrivé de demander aux enquêtées si la PMI avait un rôle dans la construction de la « bonne » parentalité. Les réactions défensives provoquées par une telle question ne se sont pas fait attendre et m'ont permise de comprendre que les compétences soutenues n'étaient pas pensées comme fondées sur des normes définies *a priori*.<sup>91</sup>

**« Est-ce que tu crois que le PMI a un rôle dans la construction d'une « bonne » parentalité ?** Est-ce que... On a un rôle dans le soutien à la parentalité, maintenant qu'est ce que la bonne parentalité ? Ça va différer suivant la culture, suivant... Est-ce qu'il a une bonne mère et une bonne parentalité ? Je ne sais pas, je ne sais pas quoi y mettre derrière... c'est culturel, c'est par rapport à nos croyances sans parler de religion, et comment on a été élevé... Les parents maltraitants, on ne peut pas dire que c'est une bonne parentalité mais ils ont leur histoire propre, qui fait qu'ils font comme ils peuvent... La bonne parentalité, moi j'ai rien à dire. Ça serait une erreur de dire qu'il y a des bons et des mauvais parents... Je pense que là on serait dans le jugement. Après on peut avoir notre propre opinion personnelle en se disant « oh là là ! Ceux-là c'est une catastrophe ! » Mais c'est du jugement. Etre bon parent, je ne sais pas ce que c'est »

(Entretien Claudie – Puéricultrice - Noyelles)

Impossible pour cette puéricultrice de répondre à une question portant sur la « bonne » parentalité (« je sais pas quoi y mettre derrière », « la bonne parentalité, moi j'ai rien à dire », « être bon parent, je sais pas ce que c'est ») puisque participer à une définition de celle-ci reviendrait à contrevenir à son professionnalisme (« ça serait une erreur de dire qu'il y a des bons et des mauvais parents », « on peut avoir notre opinion personnelle »). Cette conception de la parentalité, assumée par tous les membres de l'équipe, se traduit dans les propos que les intervenantes n'ont cessé de me tenir : « il n'y a pas une bonne façon de faire », « il n'y a pas de bonne ou de mauvaise mère », tout comme il n'y a pas d'« assistante maternelle modèle », « ça peut ne pas nous convenir mais ça conviendra très bien à quelqu'un d'autre ».

---

<sup>91</sup> Poser cette question (« La PMI a-t-elle a rôle dans la construction de la parentalité ? ») m'a parfois mise en porte-à-faux mais je l'ai tout de même conservée dans mon guide d'entretien justement du fait des réactions provoquées.

La notion de parentalité telle qu'elle est comprise en PMI « éloigne des jugements moraux et stigmatisant en reconnaissant l'ensemble des fonctions dévolues aux parents, en privilégiant une lecture dynamique (« on ne naît pas parents, on le devient »), et en mettant sur le même plan, différentes manières d'être parent »<sup>92</sup>. C'est ce que révèle en substance l'extrait d'entretien qui suit.

*« La bonne parentalité c'est quoi ? Ça ne veut pas forcément dire la même chose pour chaque parent, il faut qu'il y ait une mouvance. Ce qu'on pourrait entendre comme bonne parentalité aujourd'hui, ce n'est pas forcément ce qu'on aurait entendu en 1990 et ce qu'on entendra en 2020... Faut pas que ça soit figé !*

**Donc la PMI n'a pas un rôle d'éducation pour toi ?** *Mais le mot éducation je n'aime pas non plus (rires) Tu dirais quoi ?* *Moi toujours accompagnement. On est qui pour dire « on éduque » ? On est qui pour éduquer ? Ça a un coté à la fois péjoratif et une espèce de dictature. On est qui pour éduquer ? Moi, je n'aime pas trop... ça fait partie de ces mots.... Non c'est de l'accompagnement, aider à ce que pour chaque parent, ça se passe au mieux et c'est pas forcément dans la même... les gens rentrent pas dans des cases. Il n'y a pas de mode d'emploi ou de recette ! »*

(Entretien Françoise - secrétaire)

La posture professionnelle promue en PMI cherche à se distinguer de celle de l'éducateur (« on est qui pour dire « on éduque » ? On est qui pour éduquer ? ») et de l'expert (« pas de mode d'emploi ou de recette »). La relation avec l'usager est plutôt envisagée suivant l'idéal démocratique (contrairement à la « dictature » évoquée ici) où les deux parties seraient égales face à la difficulté d'être parent. Nombreuses ont ainsi été les intervenantes qui ont fait part de leurs propres difficultés parentales, que cela soit une puéricultrice qui dit n'avoir pas compris l'agitation de sa fille pendant sa poussée dentaire ou une cadre de santé qui se dit loin d'être un exemple avec ses enfants.

Alors que « la légitimité de l'expert se fonde pour une bonne part sur [la] mise en cause du travail parental »<sup>93</sup>, la légitimité des intervenantes en PMI se fonde sur la proximité de l'expérience vécue - particulièrement de la maternité, comme discuté précédemment- et sur l'impossibilité à livrer des recettes pour « être parent ». La relation interpersonnelle qui s'établit met en scène des *alter egos*. Aucune des intervenantes ne prétend ainsi occuper une position d'experte et préfère valoriser un accompagnement respectueux des choix individuels de chacun, travail qui les contraint à un exercice de réflexivité parfois douloureux.

*« Quand tu ne connais pas la PMI, quand tu n'y travailles pas, tout le monde te dit « ah mais c'est super ce que tu fais, c'est cool, tu fais 9 h 00 -17 h 00 ». C'est ça la vision des gens : c'est cool ! Alors qu'en fait c'est super difficile, c'est une remise en question de tout ce que tu peux penser sur la... même en tant que mère, ta vision de l'éducation, toute ta vision de l'enfant. Et tu te dis : en fait je me plante. Chacun a sa propre vision, chacun fait comme il peut, pas forcément comme tu veux... mais tu ne peux pas... si t'arrives avec un idéal de maternité tu ne peux pas rester dedans. Ce n'est pas possible ! Ça peut être assez difficile.*

(Entretien Claudie – Puéricultrice - Noyelles)

---

<sup>92</sup> M. Bughin, C. Lamarche, P. Lefranc, *La parentalité : une affaire d'Etat*, Paris, L'Harmattan, 2003, p. 7 cité par C. Cardi « Quel contrat de genre dans les dispositifs d'action sociale en direction des familles ? » in M. Bessin & al., *Le genre de l'autonomie, op.cit.*, p. 222

<sup>93</sup> C. Martin, *La parentalité en questions. Perspectives sociologiques*, Rapport pour le Haut Conseil de la Population et de la Famille, 2003, p. 43

L'accompagnateur doit alors se maintenir en retrait, il n'impose aucun modèle particulier et tend à entretenir une certaine distance avec ses propres convictions en matière de parentalité. Cette « remise en question » est d'autant plus explicite que la différence avec l'usager est grande, comme le montre le recours constant à une lecture relativiste et à l'exercice de décentration auquel les équipes s'obligent.

*« Il faut oublier, mettre de côté sa position personnelle, son éducation, sa « profession », ce qu'on pense et se mettre à la portée de la personne. On n'est pas obligé de partager les visions de nos usagers mais on est obligé d'en tenir compte et de les aider dans leur propre vision. C'est pas nous... c'est pas nos enfants ! Nous, bien sûr, on ferait pas ça. Sûrement pas ! (rires) Mais comment aider cette mère et cet enfant dans son contexte culturel, familial, social, qu'est ce qui l'aiderait ? C'est se dire : chez moi, c'est pas comme ça mais qu'est ce qui, dans ce contexte-là, va aider cet enfant ? »*

(Entretien Mlle C. - médecin cadre de la circonscription de Grazet)

Alors que la relation d'aide en PMI se caractérise bien souvent par une distance sociale ou culturelle entre les professionnelles et le public reçu, cette distance est traitée au travers d'un regard relativiste qui tend à suspendre les jugements de valeurs. Si le constat de la différence entérine une frontière entre « eux » et « nous » (« nous, bien sûr, on ne ferait pas comme ça »), l'observation de ces façons de faire autres ne sont, dans la plupart des cas, pas condamnées.

Le relativisme constitue ainsi une norme professionnelle en PMI, c'est pourquoi, dans cet univers professionnel, le terme « juger » est toujours utilisé au sens péjoratif. « Celles qui jugent » désignent de fait les « mauvaises professionnelles », celles qui n'auraient pas leur place en PMI.

**« Tu as des exemples, où la façon de procéder de tes collègues ou de la PMI en général t'as posé problème ?** Oui, il y a un moment où j'ai travaillé avec une infirmière, qui d'ailleurs ne travaille plus en PMI, avec laquelle ça me posait des soucis parce qu'elle était très jugeante... « Les gens du voyages », « les étrangers », ce n'était pas sa tasse de thé. On avait des échanges par rapport à... qui étaient des échanges cordiaux quand même, mais je lui disais : « on n'accueille pas que des bébés tout roses dans des langes en dentelles ». C'est ça aussi la PMI, c'est pouvoir accueillir tout le monde. »

(Entretien Françoise – Secrétaire - Grazet)

Le rejet de tout « jugement » permet par défaut de définir le cœur de la compétence professionnelle : l'objectivité et la neutralité ; Injonctions d'autant plus forte que la différence recoupe des caractères culturels ou « raciaux » (« on n'accueille pas que des bébés tout roses »). Cet objectif de neutralité s'appuie sur un impératif de singularisation du besoin et de la réponse à lui apporter qui conduit les intervenantes à restituer les situations dans leur contexte familial, social et culturel, opération constitutive du culturalisme diffus et partagé dans les équipes.

La constante référence à « la culture », à ce qui me semble être des savoirs catégorisants, culturalistes<sup>94</sup> ou racialisants<sup>95</sup>, n'a cessé de m'interroger. Face au malaise que cela m'a bien souvent provoqué, j'ai pris le parti de faire de ce qui me paraissait un obstacle, un outil d'investigation. Constaté que les intervenantes ont recours à des représentations inhérentes à des rapports sociaux de sexe, de classe, de race et d'âge, s'avère pauvre et stérile si ce constat fait l'économie d'une démarche de compréhension du travail réel de *care* et de ses contraintes. Face à la nature de plus en plus individualisée des responsabilités et au flou législatif générateur d'une profonde insécurité, les professionnelles ont recours aux savoirs partagés dans la profession. En définitive, lorsqu'il est explicitement fait mention de la « culture » des usagers, elle est bien souvent invoquée pour permettre l'établissement de la meilleure relation possible entre pourvoyeur et destinataire de *care*, comme l'indique cet extrait d'entretien avec le Mlle C., médecin cadre d'une des deux circonscriptions enquêtées :

*« (A propos d'une commune) On a beaucoup d'africains là-bas. C'est-à-dire ? Des primo arrivants ? Des français d'origine africaine ? Oh... (hésite) je sais pas trop, et puis ce qui est important c'est la culture. Comment on fait dans leur culture ? Comment se passe le maternage chez eux ? C'est ça qu'il faut prendre en compte. Et justement vous avez des formations à l'inter culturalités ? Oui tout à fait, il y a des formations, l'année dernière c'était une formation à la culture turque, c'était très intéressant. C'est important ces formations, on nous apprend à nous décentrer, comment travailler avec des russes, des maghrébines... Pour aider il faut comprendre, vous savez ! Il faut savoir que chez nous un bébé c'est une personne, chez les africains, un bébé, c'est un bébé. On parle peu aux enfants en Afrique ; Le maternage et la filiation, c'est différent de chez nous. Et la prise en compte de la différence culturelle est admise par tout le monde dans les équipes ? C'est le travail qu'on leur demande de faire. On a beaucoup de familles étrangères et si on veut être dans l'empathie, il faut comprendre comment ça se passe chez eux »*

(Entretien Mlle C. - médecin cadre de la circonscription de Grazet)

Le relativisme culturel comme norme professionnelle est perçu comme une posture nécessaire pour établir la meilleure des relations possibles avec les usagers (« si on veut être dans l'empathie, il faut comprendre comment ça se passe chez eux ») et implique certains schémas d'interprétation. Il s'agit de restituer des pratiques dans une aire géographique (« comment ça se passe chez eux ») et dans leur logique propre (« chez eux, un bébé, c'est un bébé »).

Une partie relativement importante des usagers des centres de PMI étant immigrée ou issue de l'immigration, les pratiques en matière de soins des enfants ne manquent pas de remettre en cause les modèles avancés par les professionnelles de la petite enfance. Etendu aux normes de puériculture, le regard relativiste encourage la mise à distance des règles inculquées au cours de la formation initiale pour encourager l'acceptation des autres règles observées au contact du public.

<sup>94</sup> On entend par culturalisme « la figure intellectuelle qui essentialise la culture et en fait une interprétation en dernière instance des conduites humaines. Il est en effet défini par la combinaison d'une opération de réification de la culture, se concrétisant à travers des objets –« traits », « variables », « comportements »- isolables du reste de la réalité sociale, et d'un processus de surdétermination culturelle, prenant la forme d'explication –« facteurs », « obstacles », « résistances »- qui s'imposent parmi toutes celles qui sont possibles. » D. Fassin, « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun » in J-P. Dozon et D. Fassin, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, p. 186

<sup>95</sup> « Sans doute parle-t-on de ces populations en termes de culture, et non de race ; Mais il devient de plus en plus difficile d'ignorer que cette « culture » renvoyée dans une altérité radicale est aussi le dénominateur commun des discriminations raciales dans la France actuelle » Eric Fassin, « Questions sexuelles, questions raciales. Parallèles, tensions et articulations » in D. Fassin, E. Fassin (dir.) *De la question sociale à la question raciales ? Représenter la société française*, Paris, La découverte, 2008 p. 249

« 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 »<sup>96</sup>, comme l'indique l'extrait d'entretien qui suit.

*« Tu sais, moi j'ai toujours été un peu surprise quand on nous dit partout, à l'école de puériculture notamment, au niveau du portage, « bien lui maintenir la tête », « le maintenir en position fœtale » etc. Ça c'est notre culture à nous. Les mamans africaines, elles te l'attrapent par le bras et elles te le mettent dans le dos, et t'as l'impression que l'enfant va voler. Moi j'ai eu une peur bleue la première fois que j'ai vu une maman faire ça (...) Qui je suis pour juger si cette maman c'est une bonne maman ou pas une bonne maman ? Toi, avec ta culture, tu te dis : mais qu'est ce qu'elle est en train de faire à son enfant ? Elle va lui démonter le bras. Elle va nous l'envoyer valser dans la pièce. Bah non ! C'est comme prendre l'enfant dans ton lit et mettre le papa sur le canapé dans la pièce à côté. Moi j'ai fait une formation là-dessus. Nous, ça nous paraît effarant. Tu te dis : la place du père, elle est à côté de la mère et la place du bébé, elle est dans son lit, à la rigueur dans la chambre des parents, mais certainement pas dans le lit des parents. Bah ouais mais non ! Dans certaines cultures c'est comme ça, et il faut que ça se passe comme ça parce que sinon, justement, t'es pas une bonne mère. En PMI, je pense qu'on est vraiment dans l'aide, dans le soutien, faut pas être dans le jugement, on ne doit pas être dans le jugement, ça c'est quelque chose qui est clair et après tu peux aider... »*

(Entretien Lisa – Puéricultrice - Noyelles)

Pour contrevenir aux formes d'ethnocentrisme dans les interventions sociales, les formations - offertes par le département, évoquées ici par la puéricultrice et plus haut par le médecin cadre de la circonscription- inculquent un relativisme culturel qui s'appuie sur l'enseignement de quelques clés de compréhension portant sur les pratiques éducatives et les représentations de la famille (« le maternage », « la filiation c'est différent de chez nous », « la place du père ») qui seraient propres à des aires géographiques. Une telle vision, si elle se justifie pour les intervenantes du fait de la nécessité de singulariser la demande, participe à l'altérisation des immigrés. Pour reprendre les termes de Didier Lapeyronnie, « l'immigré est construit comme « autre » par les groupes dominants »<sup>97</sup>.

En effet, si l'objectif revendiqué de cet exercice de décentration participe à certaines étapes du travail de *care* (noter l'existence d'un besoin pour examiner les façons d'y répondre), « la frontière symbolique qui se dessine entre les usagers et les intervenantes 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. »<sup>98</sup> En somme, bien que ces formations contribuent à éduquer le regard des intervenantes à une plus grande tolérance, « elles partagent l'ambiguïté fondatrice de la démarche anthropologique qui, en faisant des différences culturelles des déterminants majeurs du comportement, risque toujours de glisser du relativisme à un essentialisme stigmatisant »<sup>99</sup>.

<sup>96</sup> C. Farnarier, *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique*, op. cit., p. 233

<sup>97</sup> D. Lapeyronnie, « De l'altérité à la différence. L'identité, facteur d'intégration ou de repli ? » in P. Dewitte (dir.), *Immigration et intégration. L'état des savoirs*, Paris, Textes à l'appui, La découverte, 1999, p. 254 cité par C. Farnarier, *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique*, op. cit., p. 237

<sup>98</sup> *Ibid.*, p. 237

<sup>99</sup> D. Serre, *Les coulisses de l'Etat social. Enquête sur le signalement d'enfants en danger*, Paris, Raisons d'agir, 2009 - p. 181

Parce que « l'explication culturaliste s'impose toujours plus facilement que d'autres »<sup>100</sup>, elle en vient à masquer d'autres variables et autant de rapports de pouvoirs.

*« La pesée se termine, la mère rhabille son bébé qui se met à pleurer. Elle sort en lui disant en souriant: « T'as pas honte de pleurer devant les femmes ? » Une fois la porte fermée Elise se retourne vers moi :*

*« Tu a vu selon les cultures...*

**- Comment ça ?**

*- Faut pas pleurer devant les femmes. Oui, dans la culture africaine, l'homme ne pleure pas devant la femme et ça commence très tôt »*

(Notes de terrain – 15 Février - Permanence de puériculture)

Dans ce cas, la référence à l'origine devient essentielle, et cache ce qui peut relever des rapports sociaux de sexe et des normes de genre (« pleurer devant les femmes »), « elle contribue à construire une frontière entre « nous » et « eux », réduisant ces populations [ici : « les africains »] à leur altérité radicale.»<sup>101</sup> Les normes d'éducation ne sont pas le seul fait de différences culturelles, mais également celui d'une socialisation sexuée conforme à l'ordre du genre, tout comme le produit de positions sociales déterminées. Ainsi, dans *Prime éducation et morale de classe*, Luc Boltanski soutient que les normes de la puériculture savante sont le produit des classes moyennes et supérieures qui chercheraient à les « imposer » aux classes populaires afin de les éduquer<sup>102</sup>. Ce modèle a depuis été partiellement remis en question, notamment par les travaux de Séverine Gojard. A partir de l'exemple de la nutrition<sup>103</sup>, la sociologue montre qu'il existe deux modèles de diffusion des savoirs de puériculture<sup>104</sup>. Le « modèle savant de soin », qui se réfère exclusivement aux supports écrits et aux médecins spécialistes, est « corrélé avec l'appartenance aux classes supérieures»<sup>105</sup>. Le « modèle familial de soin », quant à lui, est 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 »<sup>106</sup>.

*113 - travail sur autrui... au travail avec autrui »<sup>107</sup>*

L'évolution des objectifs de la PMI va dans le sens d'une intervention de plus en plus large dans l'éducation des familles. En effet, rappelons que, lors de sa création en novembre 1945, la mission de la PMI était avant tout de lutter contre la mortalité materno infantile alors très élevée. Dans les années soixante, ce but ayant été atteint, l'objectif devint la promotion de la « santé totale », notion qui renvoie aussi bien à « l'équilibre harmonieux de toutes les possibilités de la personne humaine » qu'à « l'intégration aussi harmonieuse que possible de l'individu dans sa communauté de vie »<sup>108</sup>. Ce glissement de la lutte contre la mortalité à la promotion de la santé totale aurait pu

---

<sup>100</sup> D. Fassin « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun » in J-P. Dozon et D. Fassin, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, p. 193

<sup>101</sup> I. Coutant, « L'origine est-elle discriminante dans la prise en charge de la déviance ? Une étude dans un service de psychiatrie pour adolescents » in D. Fassin (dir), *Les nouvelles frontières de la société française*, Paris, La Découverte, 2009, p. 291

<sup>102</sup> L. Boltanski, *Prime éducation et morale de classe* [1969] Cahier du centre de sociologie européenne n°5, Mouton, Paris-La Haye, 1977

<sup>103</sup> S. Gojard, *Nourrir son enfant, une question d'éducation. Normes savantes, usagers populaires et expériences familiales. op.cit.*

<sup>104</sup> S. Gojard, « L'alimentation dans la prime enfance. Diffusion et réception des normes de puériculture », *Revue française de sociologie*, 41-3, 2000, p. 475-512

<sup>105</sup> S. Gojard, « L'alimentation dans la prime enfance », *art. cité*, p. 484

<sup>106</sup> *Loc.cit*

<sup>107</sup> I. Astier, « Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale », *Informations sociales*, n°152, 2009/2, p. 52

<sup>108</sup> A. Novrez, *De la naissance de l'école. Santé, modes de garde et pré scolarité dans la France contemporaine. op.cit.*, cité par D. Serre, « Le « bébé superbe ». La construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance », *art.cité*, p. 110

faire du travail en PMI un travail « sur autrui », recourant à l'imposition autoritaire caractérisée par une absence d'explication et à l'argument d'autorité. Les exigences morales du travail de *care* interdisent *a priori* de telles pratiques, comme l'expriment tour à tour les puéricultrices encadrantes des deux circonscriptions enquêtées :

*« Ce qu'il faut envers les familles c'est avoir un regard assez bienveillant, non jugeant, c'est important, et on n'est pas là pour leur dispenser un savoir, on est là pour les écouter, les accompagner et les soutenir dans leurs compétences »*  
(Laurence - puéricultrice encadrante - Grazet)

*« En tout cas, ce qui est important, c'est d'écouter, pas parler en même temps que la maman, au moment de la permanence, c'est de la laisser parler, de l'écouter parce que souvent c'est tout en vrac, 50 000 choses en même temps, elles déposent le paquet. Ce qui est intéressant après c'est de reprendre, de mémoriser, de reprendre après. [...] Il faut, il faut, on aura beau leur dire qu'il faut faire autrement... alors les trucs sur l'obésité ça me gave, on peut pas aller contre ça, c'est l'agacer cette maman, on n'est pas dans l'éducation des parents, on fait avec les gens tels qu'ils sont, ils sont responsables de leurs enfants, on peut effectivement leur donner des indications qu'ils vont suivre ou pas suivre, mais c'est eux les responsables. On ne la ramène pas en disant « moi je sais parce que je suis professionnelle ». Je l'ai entendu, ça, d'une puéricultrice. Mais ça non, je ne peux pas entendre ça ! »*  
(Entretien Colette - puéricultrice encadrante)

Les cadres de santé, et notamment les puéricultrices encadrantes, très au fait de la réalité du terrain et proches des équipes, contribuent à diffuser les « bonnes » pratiques. Pas question donc d'apporter des réponses toutes faites ou des préceptes dogmatiques (« dispenser un savoir », « il faut faire autrement»). Les pratiques valorisées et encensées restent l'écoute et l'accompagnement pour prendre soin au mieux des familles et des mères en particulier. Une telle conception de l'*éthos* professionnel est largement admise dans les équipes comme l'indique cette conversation entre la puéricultrice et la sage-femme à Legartel :

*« Caroline, puéricultrice – Il y a une maman qui a arrêté [l'allaitement] en sortant de l'hôpital. A la clinique, ils lui ont dit : vous avez commencé, faut finir...*

*Sylvie, Sage-femme – Ah là là, il y a des discours parfois...*

*Caroline - On est qui pour imposer ? On est là pour aider, pour accompagner ! On n'est pas là pour donner des ordres. Mme X me demande « Dites-moi ce que je dois faire ? » « Bah non, dites moi ce que vous voulez, et moi je vous accompagne. Si vous voulez continuer l'allaitement, je vous accompagne. Si vous voulez introduire un biberon, je vous accompagne. » On ne décide pas à leur place. On n'est pas là pour donner des ordres »*

(Notes de terrain – Legartel – 7 Avril - Pause déjeuner)

A l'image des bouleversements opérés dans le travail social, qui s'engage dans la direction d'une prise en compte de l'utilisateur comme partenaire actif, et vers un accompagnement personnalisé plutôt que d'un destinataire passif d'un service impersonnel<sup>109</sup> (« dites moi ce que je dois faire »), l'accompagnement préconisé en PMI relève de cette même logique. Le souci premier est de faire surgir chez les usagers la demande (« dites-moi ce que vous voulez »). Accompagner consiste alors à s'éloigner de la posture du travail sur autrui<sup>110</sup>, où la nature asymétrique de la relation faisait de l'utilisateur un receveur passif et soumis (« on ne décide pas à leur place »), pour encourager un travail en partenariat (« je vous accompagne »). Les REAAP sont d'ailleurs emblématique du changement axiologique opéré dans les interventions auprès des familles. En se présentant comme des « démarches qui n'imposent pas un modèle a priori, mais offrent aux parents un espace de discussion et d'ancrages sur leurs manières de faire face à leur rôle »<sup>111</sup>, ils illustrent parfaitement ces nouvelles façons de faire, ou plutôt de faire faire, promues dans l'action sociale et, pour ce qui nous concerne, en PMI.

Le « soutien à la parentalité » ne consiste ainsi pas seulement à écouter mais il s'agit également de faire émerger les compétences parentales.

*« Il faut qu'on soit tolérante, ouverte, si on sent qu'il y a une difficulté, il faut qu'on puisse intervenir et aider ces familles, parce que l'intérêt c'est de les aider et de les rassurer dans leurs compétences. L'intérêt c'est de les valoriser quelle que soit leur culture, quelles que soient leurs normes »*

(Entretien Laurence - puéricultrice encadrante - circonscription de Grazet)

« Rassurer » et « valoriser » constituent les enjeux de la relation d'aide. On retrouve ici l'idée que « l'accompagnement peut, d'une certaine manière, être considéré comme une politique de la reconnaissance, dans la mesure où ce que l'on cherche à produire s'apparente à de l'estime sociale, concourant à de l'estime voire du maintien de soi »<sup>112</sup>. L'accompagnement constitue un concept clé pour comprendre les nouvelles politiques sociales de suivi. Dans ce cadre, les parents ne sont plus considérés comme des fautifs qu'il faudrait punir mais plutôt comme des victimes qu'il s'agirait de secourir. Comme l'avance David Pioli, « le parent devient ainsi un « parent en souffrance » qui demande à être aidé et écouté, et l'action des professionnels s'en trouve elle-même bouleversée : il ne s'agit plus de limiter les pratiques pathogènes mais de promouvoir une approche participative reposant sur l'égalité et le respect des individus, et ayant comme objectif de « favoriser l'émergence des capacités parentales ». »<sup>113</sup>

#### *114 – Accompagner ou éduquer ?*

Ce travail d'activation n'est pas sans créer des injonctions contradictoires pour les professionnelles du secteur paramédical à cheval entre écoute et conseil, activation et éducation. Se distinguer de toute posture normative et éducative peut alors se révéler délicat notamment lorsque la prise en charge sanitaire de l'enfant est compromise. Les puéricultrices notamment peuvent être tiraillées entre une position d'alter ego dans l'accompagnement et une position d'expert de la petite enfance, entre le *care* et le *cure*.

---

<sup>109</sup> I. Astier, *Les nouvelles règles du social*, op.cit

<sup>110</sup> F. Dubet, *Le déclin d'une institution*, Paris, Le seuil, 2002

<sup>111</sup> C. Martin, *La parentalité en questions. Perspectives sociologiques*, op.cit. p. 53

<sup>112</sup> I. Astier, *Les nouvelles règles du social*, op. cit., p. 10

<sup>113</sup> D. Pioli, « Le soutien à la parentalité : entre émancipation et contrôle », art. cité



*« En permanence, Elise reçoit une mère et sa petite fille de 10 jours. A la question « Qu'est-ce qu'elle mange ? », la mère répond qu'elle a opté pour l'allaitement mixte.*

*« Pourquoi vous rajoutez des biberons ? » « Parce qu'elle a faim, j'ai pas assez de lait ». Elise n'explique pas, comme je l'avais systématiquement vu faire, que : « ce n'est pas possible de ne pas avoir assez de lait ». Elle s'abstient pour cette fois. Une fois la mère sortie, elle m'explique spontanément qu'elle a suivi une formation sur l'écoute quelques jours auparavant et qu'on lui avait appris à ne pas « précipiter le conseil ou l'information ». « Depuis, je me pose beaucoup de questions. Tu vois, là, je ne lui ai pas dit que ce n'était pas possible de ne pas avoir assez de lait, mais là, comment je fais pour savoir : Est-ce qu'elle veut être conseillée ? Où est-ce que c'est une excuse pour arrêter ? Parce qu'on est à la fois lieu d'écoute et lieu paramédical. Faut que je l'écoute, mais faut aussi que je m'assure que tout va bien ». A la suite de la pesée qui suit, elle poursuit « Tu vois, je pose toujours les même questions : et la régurgitation ? Et les selles ? Mais s'il y avait un problème, après tout on me le dirait ! Mais je n'ai pas envie de passer à côté de quelque chose non plus »*

(Notes de terrain – 15 Mars - Permanence de puériculture, Grazet)

Lors des permanences de pesée, les puéricultrices mènent l'entretien en parcourant toute une série d'items (alimentation, sommeil, etc.), inscrits dans le dossier médical de l'enfant, qu'elles remplissent, tout comme le carnet de santé qu'elles signent. Parce que leurs responsabilités, morale et pénale, sont engagées (« faut que je m'assure que tout va bien », « je n'ai pas envie de passer à côté de quelque chose non plus »), les puéricultrices ne peuvent se contenter d'écouter. En tant que puéricultrice, elles ne sont plus alors des intervenantes comme les autres et doivent concourir à la promotion de la santé et à l'éducation sanitaire.

Ce rôle d'éducation à la santé qui incombe à la PMI, s'il est rarement formulé comme tel, est omniprésent dans les centres et se donne à voir *via* les posters et messages de prévention qui jonchent les murs de la salle d'attente au bureau du médecin : « Attention ! Les chutes de la table à langer sont fréquentes, parfois graves », « Bébé dort en toute sécurité couché sur le dos » « Ne secouez pas votre bébé », etc. Le travail d'éducation à la santé n'est pourtant pas pensé comme le travail premier des puéricultrices puisque, nous dit-on, « de toute façon, bien souvent, les parents savent comment faire », et les conseils de prise en charge ne constituent finalement que des prétextes pour le « soutien à la parentalité ». L'animosité exprimée par les puéricultrices à plusieurs reprises envers les services de maternité qui ne prennent pas le temps de conseiller les mères avant la sortie témoigne d'ailleurs du sens que ces dernières donnent à leur travail.

*« La permanence touche à sa fin. Fanny prend le carnet de santé du dernier bébé. (en soupirant) « Ha ! C'est une sortie précoce ». Elle fait rentrer la mère et son bébé de 5 jours. La pesée dure plus longtemps que d'habitude. La mère pose beaucoup de questions qu'elle croit « bêtes » mais la puéricultrice la rassure. « Il n'y a pas de question bête ». A la fin de la permanence, Fanny m'explique que les puéricultrices de PMI font de plus en plus le travail qui devrait être fait en amont, à la maternité. « Lors du premier RDV, on reprend les conseils de base qui devraient avoir déjà été donnés... Bien souvent, c'est de l'apprentissage et après tout ça... bah, il ne reste pas beaucoup d'espace à autre chose »*

(Notes de terrain – 12 Avril - Permanence de puériculture - Bimont)

Ce que regrette ici la puéricultrice c'est de ne pouvoir, quand « l'apprentissage » en maternité n'a pas eu lieu, se concentrer sur « autre chose », l'écoute et la conception globale de l'enfant et de sa mère.

En somme, l'enchevêtrement des missions (éducation, promotion à la santé et soutien à la parentalité) recoupe également l'enchevêtrement des espaces (« lieu paramédical » et « lieu d'écoute ») et crée parfois la confusion. Selon les situations, les intervenantes opèrent des choix pour faire primer telle mission plutôt qu'une autre (l'écoute sur le conseil et inversement). Finalement, entre accompagnement et éducation, la contradiction se résout une fois distingués les champs auxquels s'adressent ces deux missions, comme on me l'a expliquée.

*« Nous, l'éducation, c'est de l'éducation à la santé, on accompagne mais on éduque aussi. La puéricultrice qui va reprendre avec la maman un régime, elle va l'éduquer au régime, elle ne va pas l'accompagner. Pour moi, l'accompagnement c'est le suivi de l'enfant et de sa famille à travers différentes étapes de la vie de cet enfant ou très ponctuellement, une journée ou une semaine. Accompagner, c'est ça, ce n'est pas de l'éducation. Une maman qui arrive en permanence et qui est complètement paniquée, son bébé n'arrête pas de pleurer, il n'a pas pris de poids. On le pèse, il n'a pas pris. On n'est pas dans l'éducation, là, on est dans l'accompagnement, parce qu'on va gérer le stress du bébé, le stress de la maman, et on va essayer de dédramatiser tout ça et après, reprendre sur le plan alimentaire »*

(Entretien Colette - puéricultrice encadrante - circonscription de Legartel)

Les centres de PMI se présentent donc comme des espaces de neutralité bienveillante, loin des discours sur la criminalisation des parents, et tendent ainsi à corroborer l'idée d'une « privatisation » de la sphère familiale. Il s'agit avant tout d'accompagner, de soutenir, d'écouter. Les intervenantes de PMI ont le souci de se démarquer des formes les plus classiques de régulation de l'économie des relations familiales. Pourtant, nous verrons plus loin qu'un tel constat est à nuancer et qu'une éducation des parents, sous couvert de « soutien à la parentalité », est implicitement mise en œuvre. Si, « auparavant, il s'agissait d'imposer aux individus de rendre les modes d'organisation de leurs univers privés conformes à ce qui était posé comme l'intérêt de la société toute entière. Ce qui est visé aujourd'hui, c'est une autodétermination de leur univers privé par les individus eux-mêmes »<sup>114</sup>. Néanmoins cette autodétermination trouve ses limites quand l'intérêt de l'enfant est en jeu.

## 12 – Entre assistantat et suppléance, les limites de l'intervention

Ainsi, le projet d'activation porté par les services de PMI ne va pas sans contradiction dans une institution qui concourt tout autant à l'accompagnement des parents qu'à l'éducation à la santé et à la protection de l'enfance. Les missions diffèrent et peuvent conférer tour à tour une nature différente à la relation qui s'établit dans le cadre du « soutien à la parentalité ». D'où la question que se posent très souvent les intervenantes : accompagner jusqu'où ?

---

<sup>114</sup> J. Commaille, P. Strobel, M. Villac, *La politique de la famille, op.cit.*, p. 41

Alors qu'on m'avait essentiellement parlé de la relation avec l'utilisateur en insistant sur l'écoute, l'empathie, la sollicitude, la confiance, l'évocation des limites à l'engagement émotionnel et au cadre à poser dans la relation n'ont pas manqué de me surprendre. Comme le résumait assez bien les propos d'une secrétaire : « je veux bien être dans l'écoute et tout mais faut un cadre ». Cette idée semble rompre avec les exigences du *care* puisqu'elle entérine une distance. Pourtant en PMI, poser un cadre c'est encore « prendre soin ».

Certaines limites sont posées à l'intervention. S'il ne s'agit pas d'imposer une solution prédéfinie comme nous l'avons vu, il n'est pas non plus question de se montrer trop prévenant à l'égard des familles et encore moins de « faire de l'assistantat ». Le « bon » accompagnement est soumis à débats comme j'ai pu le constater lors d'une discussion animée en réunion de service à propos de la politique départementale faisant de la visite des 2 ans de l'enfant la dernière consultation médicale en PMI.

*« Fanny [puéricultrice] : « C'est fou le nombre d'enfants qui ont été suivis en PMI et qui sont le moins bien suivis par la suite, on le voit en bilan école. » Claudie [puéricultrice] rétorque d'un ton exaspéré « Bah oui quand ils sont malades c'est les urgences, on le voit sur les carnets de santé... Y a un moment il faut qu'ils se prennent en main ! C'est quand même pas compliqué, on te fait un papier et tu vas à la pharmacie » Amélie [puéricultrice] : « Mais on les lâche à 2 ans aussi » La cadre intervient : « Mais on les lâche pas ! On ne va pas les prendre par la main jusqu'à 60 ans non plus. C'est notre travail que de les responsabiliser. On n'est pas là pour assister mais pour les aider à prendre en charge la santé de leurs enfants. C'est de la responsabilité des parents. »*

(Notes de terrain – 22 Février - Réunion de service - Circonscription de Grazet)

La consultation du 24<sup>ème</sup> mois correspond à la dernière visite médicale dans le service de PMI enquêté, le relais devant être pris par le médecin traitant. Pour les familles qui n'ont jamais connu que la PMI, l'interlocuteur devient l'hôpital. Pour Amélie, c'est la PMI (« on ») qui serait responsable du mauvais suivi médical des enfants passé deux ans puisque que les familles seraient « lâchées » du jour au lendemain. L'incrimination de la PMI fait réagir la cadre qui rappelle alors la teneur du travail qui est demandé aux intervenantes et coupe court à la discussion. Ne pas les « lâcher » reviendrait à les « prendre par la main » et en définitive à les « assister » alors même que le rôle de l'intervention relève de l'activation (« les aider à prendre en charge la santé de leurs enfants »). La responsabilité de l'échec, le mauvais suivi médical des enfants n'incombent pas au dispositif d'accompagnement mais aux parents, « mauvais » receveurs de soin. En revenant plus tard en entretien avec Mlle C. sur cet épisode, j'ai pu comprendre pourquoi le mot « assister » était si péjoratif et disqualifiant.

*« L'assistantat ça n'aide pas, ça n'aide personne. Ce sont des adultes si on veut qu'ils soient des parents il faut qu'ils soient adultes donc il faut les traiter comme des adultes »*

(Entretien Mlle C - médecin cadre de la circonscription de Grazet)

Les pratiques d'assistantat viennent fouler aux pieds le paradigme de l'autonomie cherchant à responsabiliser des parents qui doivent se comporter en « adulte ». Il est alors nécessaire de les encourager à faire les démarches nécessaires car « les notions d'engagement, de responsabilité, de stabilité et de compétence sont autant de critères de jugement de l'exercice de la fonction parentale »<sup>115</sup>. La responsabilité parentale se décline lors de toutes les étapes que traversent les parents en PMI, même l'accueil comme l'explique une secrétaire.

*« T'as des PMI où les certificats du 9<sup>ème</sup> et du 24<sup>ème</sup> mois c'est des secrétaires qui les remplissent. Moi je ne suis pas d'accord. Quand les mamans arrivent je leurs dit « Bah tiens j'ai du travail pour vous » Je leurs donne un stylo, vous me remplissez de là à là. Si elles ne savent pas lire bien sûr je le fais, sinon non je leurs fais faire. Y a pas d'assistantat. Moi je le donne à faire, c'est les mamans qui le font. Ça les concerne c'est le certificat de leur enfant. Pourquoi le faire à leur place ? Ce n'est pas un service qu'on leur rendrait ! Non, non, non. Les accompagner, les entourer, être là, être disponible mais pas faire les choses à leur place »*

(Entretien Daniella – secrétaire - Noyelles)

Rompre avec l'assistantat constitue la définition de la « bonne » pratique d'accompagnement. L'intervention trouve donc ses limites, elle ne doit pas prendre le pas sur les responsabilités parentales pour ne pas tenir lieu de substitut. L'autonomie constitue une règle pour tous en PMI, pour les intervenantes qui doivent y contribuer et les usagers qui doivent y parvenir. Pour respecter cet impératif les équipes peuvent être conduites à refuser l'aide au risque de rompre définitivement la relation.

*« A Bimont, on a un public particulier, ils vont d'abord venir à la PMI s'il y a un problème. Ils peuvent très bien venir avec un bébé qui fait des coliques depuis des jours pour savoir s'ils doivent aller à l'hôpital. Ce n'est même pas un problème de couverture puisque beaucoup ont obtenu la CMU. [...] Je pense que pendant longtemps on a fait de l'assistantat et maintenant on a décidé de cadrer un peu plus. **C'est-à-dire ?** On va leur dire « Aller voir le médecin » ou refuser de les recevoir. Il y en a qui se sont fâchés... vexés... C'est dur mais on se rend compte qu'avec plus de cadre, ils deviennent plus autonomes et ils vont plus anticiper les besoins de leur enfant »*

(Entretien Fanny – puéricultrice - Bimont)

Les familles habituées à venir à la consultation de PMI savent qu'elles pourront y trouver un avis médical sans prendre rendez-vous, ni payer. De fait, le recours aux consultations en quête d'un premier avis médical ou en tant que centre de premier secours est 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. Mais au-delà de ces situations de soins légers où un premier avis médical est tout autant recherché qu'un éventuel soin, généralement donné, d'autres situations manifestent à la fois une incompréhension des familles et une résistance des intervenantes à leur encontre.

---

<sup>115</sup> M. Boisson, « Petit lexique contemporain de la parentalité. Réflexions sur les termes relatifs à la famille et leurs usages sociaux », *art.cité*, p. 13

Ces familles, issues du « public particulier » auquel fait référence ici la puéricultrice, disposant d'un rendez-vous profitent parfois de cette occasion dans l'espoir d'y faire soigner leur enfant. Ainsi, il arrive que des parents laissent passer plusieurs jours en attendant la consultation à la PMI pour y amener un enfant malade. « Refuser de les recevoir » constitue alors un moyen de contraindre à l'autonomie et décliner le recours à des pratiques d'assistantat perçues comme passéistes (« pendant longtemps on a... »).

### 122 – « Assister » les parents dans l'intérêt de l'enfant

Pourtant, l'insistance des familles à vouloir faire soigner leur enfant à la PMI s'explique. Certaines ont connaissance des cas de « dépannages » où un enfant a été « soigné » sur place, immédiatement et gratuitement. En effet, certaines familles utilisent parfois avec succès les consultations de protection infantile comme des consultations médicales de pédiatrie. Je n'ai ainsi jamais vu des parents se voir renvoyer chez le médecin ou à l'hôpital avec leur enfant malade sans être préalablement reçus par le médecin. En somme, si dans certaines situations les équipes choisissent de contraindre les parents à l'autonomie, dans d'autres c'est l'« intérêt de l'enfant », comme l'exprime, dans l'extrait d'entretien qui suit, la puéricultrice encadrante de Legartel, territoire populaire où ces pratiques sont quotidiennes, qui contraint les intervenantes à l'assistantat.

*« Il y a une famille qui arrive, n'y a pas de sécu etc.. ou il y a une CMU. [Les médecins] vont faire l'ordonnance pour traiter l'angine ou la rhino infectée parce que l'enfant il a 40° et on sait pertinemment que la maman... ça fait déjà deux jours qu'il est malade, que la maman l'emmènera pas chez un médecin traitant en plus. Ils ont attendu la consultation pour.... On ne le crie pas haut et fort mais ça existe tous les jours en consultations de PMI, tous les jours. Pour l'enfant, moi je parle toujours en termes de (en scandant) pour l'enfant, pour l'enfant ça n'a pas de sens ! A partir du moment où le parent a pris la décision d'attendre deux jours pour venir parce qu'il avait rendez-vous en consultation et qu'il se disait que ça ne va pas lui coûter d'argent, il va venir à la consultation et pour l'enfant ça n'a pas de sens de revoir un médecin, de le re-déshabiller, de le ré-osculturer avec tout ce que ça génère de stress et d'angoisses chez l'enfant. **Est-ce qu'il n'y aurait pas une contradiction avec l'objectif d'autonomie ?** Oui, voilà... Contradiction que nous on génère, on alimente aussi. Notre rôle c'est surtout l'éducation à la santé pour les parents, notre rôle c'est de dire à la maman : « il a 40°, vous allez voir votre médecin traitant et on vous redonnera un rendez-vous à la PMI puisqu'on est une consultation de prévention ». Alors là on est à l'envers mais face à l'urgence on peut plus faire de prévention. Ce que nous on devrait faire comme travail c'est éduquer les parents à « ne laissez pas votre enfant avec de la fièvre, emmenez le chez le médecin », « ayez un médecin traitant » et qu'ils les emmènent chez le médecin traitant, ce qu'ils ne font pas puisqu'ils les emmènent aux urgences de l'hôpital, ça c'est archi connu et voilà ! »*

(Entretien Colette - Puéricultrice encadrante - Legartel)

Le travail d'activation est donc parfois limité par l'intérêt de l'enfant. Deux logiques rentrent ainsi en concurrence, celle du « soutien à la parentalité » d'une part, et celle de la « protection de l'enfance » d'autre part. Dans ces cas, les familles échappent à l'activation ponctuellement et du fait de l'urgence de la situation. Dans d'autres, l'étendue des problématiques à résoudre conduit les intervenantes à considérer ces familles comme insensibles à leurs interventions.

Le ton fataliste s'impose alors lorsqu'il est question de ces familles dites « indécrotables »<sup>116</sup>.

*« Dans cette famille [« africaine », 1 homme, 2 femmes et 17 enfants] les femmes ne se levaient pas le matin pour amener les enfants à l'école, c'est les grands qui préparaient les petits. S'ils voulaient continuer de dormir, ils n'allaient pas à l'école. **Que fait la PMI dans ce cas là ?** On ne peut rien faire. On peut simplement se mettre en relation avec l'école qui va demander aux parents de venir. On travaille bien avec les écoles. On ne peut pas tout prendre en charge non plus. Il faut connaître ses limites. On ne va pas aller à 8 h 00 ou 7h30 le matin dans ces familles pour lever les enfants, les faire déjeuner, et les emmener à l'école. Ce n'est pas dans leur culture d'aller à l'école ! Donc on essaye bien sûr, on explique l'importance de l'école mais je crois qu'à un moment, on a des limites et qu'il faut se dire qu'on n'arrivera pas à tout. À un moment donné il faut comprendre qu'on est impuissant... Le problème, il ne se situe même pas là. Le problème il est que qu'est ce qu'on fait de toutes ces familles qui viennent de très loin, qui viennent chercher chez nous le bonheur... On fait venir des gens, on les fait vivre dans des situations... Parfois on est abasourdi de voir le malheur et la misère qu'il y a et on se dit mais... Et puis faut le dire très honnêtement c'est des familles qui ne s'intègrent pas. Au niveau de la langue oui, suffisamment pour qu'on se comprenne mais pas au niveau de la culture ni alimentaire, ni de l'éducation »*

(Entretien Colette - Puéricultrice encadrante - Legartel)

« A l'impossible nul n'est tenu », telle est la maxime souvent entendue dans les centres. Les intervenantes se trouvent parfois immobilisées par des situations qui les dépassent. Le constat de l'échec est alors de mise, tout comme celui de tout un système. La PMI se retrouve en effet confrontée à des problèmes pour lesquels elle sait pertinemment ne pas avoir de solution. Les populations migrantes en grande précarité et détresse se voient alors bien souvent montrées du doigt par défaut d'intégration. La lecture culturaliste en devient stigmatisante et sert de cache misère à des difficultés d'intégration dont les fondements semblent davantage ancrés dans des problématiques sociales d'ordre national, voire international.

#### *124 – La suppléance pour combler un défaut d'autonomie*

Delphine Serre montre que suivant les mêmes logiques des familles « infra-signalables »<sup>117</sup> « échappent » souvent au signalement, les assistantes sociales anticipant l'inefficacité de la justice. Pour d'autres, le défaut d'autonomie conduit à signaler, faisant ainsi basculer l'accompagnement dans les procédures de « protection de l'enfance ».

---

<sup>116</sup> Propos entendus lors d'une réunion de service, dans un autre département, à laquelle j'ai assisté en phase exploratoire de ce travail.

<sup>117</sup> D. Serre, *Dans les coulisses de l'Etat social. Enquête sur les signalements d'enfants en danger*, Paris, Raisons d'agir, 2009, p. 89

« Jusqu'où on va... C'est quand on se dit est ce qu'ils sont en capacité d'être autonome ? Ou ils le sont, on lâche et on reste à disposition ou ils ne le sont pas et alors là l'enfant est en danger. Si on ne peut pas lâcher ça veut dire qu'on est dans le signalement. Et c'est parfois difficile à faire admettre ça aux équipes. Mais je suis désolée si là ils ne sont pas en capacité de faire ça c'est qu'ils ne peuvent pas et que l'enfant est en danger »

(Entretien Mlle C. - médecin cadre de la circonscription de Grazet)

Il serait ainsi erroné de penser l'autonomie comme une marque de l'affaiblissement de la règle sociale. Elle constitue une valeur contemporaine à laquelle tous doivent tendre, les parents les premiers. La discipline n'a pas disparu, tout comme la sanction, mais toutes deux sont enchâssées dans cette nouvelle contrainte sociale : l'autonomie qui devient une norme.<sup>118</sup> On demande finalement aux parents d'être les bons receveurs de soin, néanmoins tous ne sont pas égaux face à cette injonction. « Comment faire en sorte que la norme de responsabilité des parents devienne prescriptive pour tous, sans attenter pour autant aux libertés individuelles et publiques telles que nous les concevons aujourd'hui ? ». <sup>119</sup> Telle est la question posée par Michel Chauvière et qui demeure sans réponse.

Travailler avec autrui dans le respect et l'acceptation de ces façons de faire nourrit le projet de révéler le potentiel parental des individus pensés comme des acteurs capables de compter sur leurs propres ressources. Pourtant si les impératifs de l'autonomie -qui signifie étymologiquement « se doter de ses propres normes »- correspondent à la posture professionnelle entretenue en PMI, prendre des initiatives, faire des choix de vie, « se responsabiliser » sont autant d'actions qui prennent la forme d'injonctions. Ces pratiques bienveillantes interdisent moralement de voir la part de normalisation qui peut leur être inhérente, pourtant cet accompagnement vise un objectif, l'autonomie des parents, qui participe d'un « retour à « un gouvernement des populations » »<sup>120</sup>. On peut en effet se demander si ces interventions ne constituent pas une forme de normalisation douce s'appuyant sur des règles prédéfinies que les parents sont invités à « retrouver » et à intérioriser. Si les intervenantes demeurent en retrait afin d'éviter l'ingérence et la stigmatisation, ne peut-on pas voir dans certaines incitations et encouragements une imposition de nouvelles normes familiales, et par la même la mise en œuvre d'une modélisation parentale ?

## 2 - Les implicites du « soutien à la parentalité »

Si le discours moralisateur et sécuritaire relatif à la « démission parentale » ne doit pas masquer d'autres conceptions du « soutien à la parentalité », telle que celle mise en œuvre par les intervenantes de PMI, ces mêmes pratiques bienveillantes ne doivent pas non plus occulter la part d'ambivalences qu'elles recouvrent. Alors que les travailleuses du *care* cherchent sincèrement à se distinguer des pratiques tutélaires et des discours normatifs, le « soutien à la parentalité » ne va pas sans son cortège de règles et de contraintes. En ce sens, on peut se demander si ces pratiques ne participent pas d'une nouvelle forme de gouvernementalité de l'ordre familial. Par 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»<sup>121</sup>.

<sup>118</sup> A. Ehrenberg, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998

<sup>119</sup> M. Chauvière, « Quand la parentalité devient un référentiel d'action publique ! », *Spirale*, n°29, 2004/1, p. 22

<sup>120</sup> J. Commaille, « L'économie socio politique des liens familiaux », *art. cité*, p. 96

<sup>121</sup> P. Lascousmes, « La Gouvernamentalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir », *Le Portique*, Numéro 13-14, Foucault : usages et actualités, [En ligne], cité par C. Farnarier, *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique, op.cit.*, p. 86

Nous verrons ici dans quelles mesures, l'intervention auprès des familles concourt à transmettre certaines normes et de fait prend la forme d'un contrôle social.

Alors qu'on propose aux parents de rechercher et de trouver eux-mêmes, voire en eux-mêmes les solutions, le « soutien à la parentalité » tel qu'il est mis en œuvre en PMI tend à les orienter vers une certaine façon de faire prédéfinie et caractéristique « d'une morale de classe moyenne »<sup>122</sup>. Le recours dans ce travail à la notion de « contrôle social » se justifie par la double dimension que recouvre ce terme. Il ne s'agit pas seulement d'y voir une forme de réaction sociale à la déviance mais également un travail de socialisation « conduisant à la conformité aux normes »<sup>123</sup>. Parce que la PMI invite les parents, et d'abord les mères, à participer à un dispositif d'auto discipline, l'apprentissage, qui se joue dans cet espace, peut s'apparenter à une normalisation douce. Nous verrons que si les règles promues s'adressent aux parents, leur déclinaison genrée soumet les mères à des injonctions contradictoires.

Comme le rappelle Delphine Serre dans son investigation des coulisses de l'Etat social, « il ne s'agit pas de juger de la légitimité ou du sens politique de la morale familiale en jeu mais seulement de la décrire et de la comprendre »<sup>124</sup>. D'où le recours à l'usage heuristique du terme « implicite » que nous empruntons à Michel Chauvière et Monique Sassier pour décrypter « les non-dits, les non élucidés ou les refoulés, les insensés ou les difficultés à penser, les questions ouvertes ou à ouvrir, les voiles du passé à lever »<sup>125</sup>.

## 21 – Un ordre familial invisibilité mais prégnant

Rendre visible les implicites du « soutien à la parentalité » n'est pas un exercice aisé tant les enquêtées ont été peu perméables à l'idée qu'elles puissent promouvoir certaines normes familiales. L'affaiblissement de la légitimité de l'expert et des savoirs au profit des « compétences parentales » tend, on l'a vu, à rendre les interventions moins intrusives et de fait les normes qui les régissent moins perceptibles. Néanmoins, un ordre familial distillé peut apparaître à l'analyse sociologique sous certaines conditions. En effet, l'analyse du discours des enquêtées quand il s'agit des parents n'autorise pas de parler de normalisation. En revanche, leurs propos et positionnements envers les « compétences éducatives » des assistantes maternelles permettent d'accéder aux normes familiales promues tout comme les « conseils » délivrés en permanence de puériculture, de sage-femme ou en consultation médicale. Si tous ces aspects mériteraient d'être approfondis, critiqués, détaillés, il ne sera proposé ici qu'un rapide tour d'horizon.

### *211 – De l'assistante maternelle au parent : les exigences du « métier »*

Les assistantes maternelles n'ont pas qu'une fonction de garde d'enfant. « Dimension incontournable même si elle a mauvaise presse »<sup>126</sup>, le travail de « gardiennage » des assistantes maternelles est réducteur et toujours disqualifiant lorsqu'il est prononcé par les puéricultrices, en charge de leur agrément et de leur suivi.

<sup>122</sup> D. Serre, *Les coulisses de l'Etat social*, op.cit., p. 124

<sup>123</sup> Selon l'expression de Jean-Michel Chapoulié cité par R. Lenoir, « La notion de contrôle social », *Société et représentations*, 1997, p. 295. Concernant les discussions autour de la définition de contrôle social voir aussi R. Lenoir, « Contrôle (du) social. La construction d'une notion et ses enjeux », *Information sociales*, n° 126, 2005, pp. 6-15

<sup>124</sup> *Ibid*, p. 103

<sup>125</sup> M. Chauvière, M. Sassier, « Décrypter les implicites » in M. Chauvière, et al, *Les implicites de la politique familiale. Approches historiques, juridiques et politiques*, Paris, Editions Dunod, 2000, p. 6

<sup>126</sup> G. Cresson, « Formations et compétences dans les métiers de contact direct avec les petits enfants : quelques enjeux, conflits et paradoxes », *Lien social et Politiques*, n°40, 1998, p. 29



*« On est censé ne plus être dans le... gardiennage. Maintenant assistante maternelle ça se professionnalise. Elles ont des formations, y a des temps de réflexion etc. Mais c'est difficile de s'assurer que ça ne soit pas que ça »*  
(Entretien Fanny – puéricultrice - Bimont)

Il est en effet attendu beaucoup plus de ces nouvelles professionnelles de la petite enfance et notamment une fonction éducative. C'est en appréhendant les « compétences éducatives » demandées aux assistantes maternelles que j'ai pu accéder aux « compétences parentales » valorisées. En effet, ce métier établit une continuité entre travail profane et travail professionnel en ce qu'il atteste d'une professionnalisation du *care* maternel. Alors que dans le cadre de la professionnalité on souligne les différences qui existent entre être mère et être assistante maternelle, l'évaluation des compétences d'une assistante maternelle doit beaucoup à l'évaluation des compétences maternelles exercées dans la sphère privée.

**« Dans la procédure d'agrément on vous demande d'évaluer les capacités éducatives... »**

*Oui, si tu vas au domicile, que l'enfant fait n'importe quoi, qu'elle ne le reprend jamais, alors qu'il l'insulte... Il se fout à poil, nous on a eu le cas, l'enfant, il enlève sa culotte, elle est complètement dépassée, elle ne sait pas quoi dire... Y a rien ! Même pas une représaille ou de dire calmement : « Excusez moi mesdames je vais aller lui remettre une culotte ». Cette personne qu'est ce qu'elle va faire quand les autres enfants ils vont être là ? Après on lui met un [avis défavorable] mais on va la soutenir. On va lui proposer d'aller voir notre psychologue parce qu'elle est dépassée par ses propres enfants.*

**Donc là, tu évalues ses capacités éducatives à être assistante maternelle en fonction de son comportement de mère ?**

*Bah oui ! Ça n'allait pas du tout déjà avec ses propres enfants comment tu veux qu'elle gère les enfants des autres ! »*

*(Entretien Maude – Infirmière - Grazet)*

Les propos de cette infirmière rendent assez bien compte que « dans l'opposition entre compétences parentales (et surtout maternelles) et les compétences professionnelles, les premières apparaissent souvent comme le socle des secondes, ou comme un prérequis à partir duquel développer les compétences professionnelles »<sup>127</sup>. Ce qui permet d'évaluer le bien fondé d'une candidature pour être assistante maternelle s'appuie sur le comportement maternel observé avec ses propres enfants. Si on m'a bien souvent répétée qu'on demande plus que d'être une « bonne » mère à une assistante maternelle, les difficultés maternelles constatées interdisent de pouvoir prétendre à ce poste. Ainsi, puisque « la garde exerce sur l'enfant une action normative »<sup>128</sup>, l'analyse des demandes faites aux assistantes maternelles en matière éducative permet de rendre compte des normes promues en matière de parentalité.

---

<sup>127</sup> G. Cresson, « Formations et compétences dans les métiers de contact direct avec les petits enfants : quelques enjeux, conflits et paradoxes », *art. cité*, p. 33

<sup>128</sup> *Ibid.*, p. 30

« **Qu'est-ce qui diffère dans ton intervention entre une VAD dans le cadre d'un soutien à la parentalité et une VAD chez une assistante maternelle dans le cadre d'un agrément ?** Bah on n'est pas du tout dans le même contexte... Dans les deux on peut être dans l'aide. La maman on va être dans l'observation... Y a des choses qu'on va se retenir de dire, on va essayer de l'apporter différemment. Chez une assistante maternelle qui est agréée, on va être sur des choses (d'un ton ferme) « Voilà vous êtes professionnelle, voilà ce que vous devez faire, vous ne respectez pas la sécurité, il n'y a pas de jouet, vous devez garantir l'éveil de l'enfant et ça passe par des jouets ! Oui ça coûte cher mais c'est comme ça ! » On va être plus dans ce domaine là. [...] Alors que les parents... Les parents tu y vas un peu, souvent pour essayer de voir un peu ce qui se passe, t'as pas trop d'idées... T'es pas du tout... Y a des parents, les maghrébins par exemple, ils ont pas de jouet, c'est leur culture, tu vas essayer de leur dire : « écoutez ça serait peut être bien quand même des petits jouets, vous savez faut y penser, c'est important pour l'éveil de l'enfant » mais tu vas pas lui dire : « vous allez chez Carrefour et vous achetez ça et ça ». Alors qu'à l'assistante maternelle tu vas lui dire « je repasse dans 15 jours, il faut ce qu'il faut, parce que vous êtes agréée, vous êtes professionnelle ». Des parents on ne va pas du tout être dans le même... On va être beaucoup plus dans l'accompagnement, c'est leur enfant, ils ont leur système éducatif propre.

**Mais par exemple si les parents sont d'accord avec le fait que l'assistante maternelle ne propose pas de jouet ?** Ha non, bah non, justement... Si y a pas de jouets au niveau des parents, tu te dis y a peut-être des carences, peut-être pas, mais l'assistante maternelle, c'est son boulot. Elle est là pour garantir l'éveil. Oui, les parents n'ont pas de jouet mais elle, elle doit lui proposer autre chose que la télé du matin au soir. Elle le fait pour ses enfants, ok c'est pas le top mais c'est ses enfants, là on est dans un cadre professionnel, c'est différent, et la télé ça n'a aucun intérêt pour un enfant en accueil »  
(Entretien Claudie – infirmière - Noyelles)

L'achat de jouets, s'il ne peut être imposé aux parents (« tu ne vas pas lui dire vous allez chez Carrefour et achetez ça et ça ») dans notre régime de « privatisation de la famille » (« y a des choses qu'on va se retenir de dire, on va essayer de l'apporter différemment »), est indispensable à l'exercice des fonctions d'assistante maternelle. Ces dernières doivent participer à la diffusion de certaines pratiques éducatives, ici l'« éveil » même (ou « justement ») lorsque les parents n'y adhèrent pas forcément. On est alors conduit, comme Geneviève Cresson, à se demander « à qui revient le choix des règles normatives à suivre (en matière de propreté, d'apprentissages plus ou moins précoces, d'interactions et de régulations de la vie de groupe) [...] ? »<sup>129</sup> Ici, et ce pour « garantir l'éveil » de l'enfant, le choix ne revient ni aux parents, ni aux assistantes maternelles mais aux acteurs du champ de la petite enfance. En ce sens, non seulement le métier d'assistante maternelle est bien hétéronormé<sup>130</sup>, mais les normes éducatives en matière de petite enfance sont prédéfinies et imposées, de manière plus ou moins douce, aux parents.

<sup>129</sup> *Ibid.*, p. 30

<sup>130</sup> Un métier hétéronormé dans le sens où « Les métiers « dominants » du champ imposent ou proposent à ces métiers « dominés » des normes et des contenus de travail de l'extérieur tout en revendiquant la définition de leurs propres normes et contenus de travail » G. Cresson, N. Gadrey, « Entre famille et métier : le travail de care », *op.cit.*, p. 37

Suggéré à ces derniers, l'achat de jouet sera ordonné dans le cadre de la profession d'assistante maternelle. Qu'importent les normes parentales en la matière, l'activité de cette dernière permettrait de combler la non-conformité parentale et d'éventuelles « carences ». La place cruciale des jeux d'éveil est en effet construite en opposition avec certaines occupations condamnées, ici la télévision. Selon Delphine Serre, la promotion des « pratiques requérant attention, disponibilité, échanges par le jeu » traduit « la norme d'individualisation »<sup>131</sup> selon laquelle « quel que soit son âge l'individu doit avoir une existence propre ». S'il n'est pas question de statuer sur le bien fondé d'une telle norme, notons néanmoins qu'elle procède de conditions historiques qui ont vu s'affirmer la place de l'enfant comme objet de toutes les attentions dans notre société depuis le renforcement du « sentiment d'enfance »<sup>132</sup> jusqu'à la reconfiguration du socle familial autour de l'enfant<sup>133</sup>.

Ce détour par le traitement différencié de la (non-)conformité des assistantes maternelles et des parents permet de nuancer les propos présentés plus tôt sur la non ingérence de la PMI en matière d'éducation des familles. On a vu ici une déclinaison de la norme d'individualisation mais il reste à dire de quoi sont faites les autres normes de l'exercice de la parentalité auxquelles "invitent" à se conformer les intervenantes.

### 212 – Une morale familiale de classe ?

Il ne s'agit pas ici de dresser un bilan exhaustif des différentes injonctions faites aux parents mais plutôt de réfléchir, comme le propose Delphine Serre à propos des assistantes sociales, aux fondements du système de normes des intervenantes. En effet, la sociologue souligne que la description des normes familiales incitées est aussi « indissociablement [la description] de la distance entre les styles éducatifs valorisés par les classes moyennes et ceux [observés] parfois dans les familles de classes populaires »<sup>134</sup>. Les « catégories d'entendement » mobilisées par l'ensemble des membres des équipes « tiennent leur légitimité et leur cohérence de leur adéquation avec une certaine morale de classe »<sup>135</sup>. Il en va ainsi de la condamnation de l'absence de jouet pour les jeunes enfants laissés dans l'inactivité et devant la télévision, mais également des places occupées par chacun dans l'enceinte familiale, de « la promotion de la famille relationnelle »<sup>136</sup>, de l'incitation au dialogue mais également d'autres règles propres à la norme d'individualisation et d'autonomisation de l'enfant.

Un autre type d'interaction entre intervenantes de PMI et assistantes maternelles, ne concernant plus cette fois-ci les puéricultrices et leur mission dans le cadre de la procédure d'agrément, permet maintenant de rendre visible les stratégies d'apprentissage mises en œuvre par les premières. Un lieu d'accueil assistantes maternelles/enfants est proposé une demi-journée par semaine dans la salle d'attente du centre de Grazet. Il est « animé » par deux intervenantes de la PMI, la psychologue et une secrétaire. Puisque l'apprentissage du métier d'assistante maternelle est conçu comme dynamique, ces dernières sont invitées à réfléchir sur leurs pratiques, tel est un des objectifs de ce lieu d'accueil comme l'explique une des accueillantes.

---

<sup>131</sup> D. Serre, *Les coulisses de l'Etat social*, op. cit., p. 125

<sup>132</sup> P. Ariès, *L'enfant et la famille sous l'Ancien Régime*, op.cit, 1973

<sup>133</sup> I. Théry, *Le Démariage*, op.cit

<sup>134</sup> D. Serre, *Les coulisses de l'Etat social*, op. cit., p. 124

<sup>135</sup> *Ibid.*, p. 32

<sup>136</sup> *Ibid.*, p. 139

*« Parfois, y a des choses qui se passent « mal » et on se dit « hou la » ça pourrait être mieux et qu'est ce qu'on fait ? Bah, on ne peut pas faire grand chose... Elles viennent là librement mais bon.*

**Et quand ça vous arrive de dire « pourquoi pas faire plutôt comme-ci ou comme-ça »....**

*On ne le dit pas comme ça. On ne le (elle insiste) dit pas.*

**C'est l'idée qu'il y a derrière ?**

*Oui mais ça va être rarement dit. Ça peut être repris par rapport à l'enfant tu vois. On va dire à un enfant pas exemple, dont l'assistante maternelle lui a dit « t'es méchant », on va lui dire « non t'es pas méchant mais ce que t'as fait... Tata elle a eu du mal, c'était un peu dur »... des choses comme ça.*

**Donc via l'enfant vous faites passer le message à l'assistante maternelle ?**

*Oui c'est plus comme ça. Ou quand une dame arrive et qu'elle te pose l'enfant par terre et puis s'en va, ne fait plus attention, voilà on peut dire « bah oui t'arrives comme ça c'est un peu difficile, tu vois que des grandes jambes, tu sais plus bien, regarde ta tata est là »... La tata, elle va peut-être se dire, le poser directement comme ça, le poser par terre et partir sans rien lui dire c'est peut-être pas... Voilà on essaye d'induire des choses »*

(Entretien Françoise – secrétaire - Grazet)

Interpeller l'enfant pour atténuer la dimension contraignante du message adressé à l'assistante maternelle (« tata ») constitue une des stratégies mobilisées par les intervenantes de PMI pour « induire des choses », c'est-à-dire les amener à corriger leurs pratiques (dire à un enfant qu'il est « méchant » ou le « poser par terre » sans explication).

### ❶ Dire, comment dire et quoi dire

Conformément à la règle d'individualisation qui fait du bébé une personne à part entière et un « être de langage », suivant les préceptes de Françoise Dolto<sup>137</sup>, il est demandé aux adultes de s'adresser aux enfants. L'accueillante montre ici l'exemple à l'assistante maternelle mais une telle pratique est diffuse dans les équipes comme l'attestent les nombreuses fois où une puéricultrice récapitulait les instructions, conseils ou informations données à la mère en les répétant au bébé : « Maman va t'amener à l'hôpital » « Maman va te donner des biberons maintenant » « Tu vas pouvoir dire à papa que tu as bien grossi ». Parler à l'enfant est donc une règle. Elle peut d'ailleurs s'exprimer de façon beaucoup plus directe même si ce genre de pratiques, de par la violence symbolique qu'elles recèlent, reste rare.

*« Dans la salle d'attente, une mère qui porte son bébé dans les bras attend. Mathilde [puéricultrice] est en salle de pesée en train de préparer le matériel pour faire un test BCG pour l'enfant. Quand elle entre dans la salle d'attente, elle s'adresse à la mère : « Faut lui parler à votre bébé, il faut lui parler »*

*La mère hoche la tête et bredouille « d'accord ».*

*La puéricultrice s'adresse alors à la secrétaire [dont le bureau se situe dans un angle de la salle] « Elle ne parle pas français la maman ? »*

*C'est la mère qui répond : Un peu.*

*- Il faut lui dire à votre bébé qu'elle va avoir une piqûre.*

*A la maison il y a quelqu'un qui parle le français ?*

*- Oui, le papa*

<sup>137</sup> F. Dolto, *Les étapes majeures de l'enfance*, Paris, Gallimard, 1994

- *Il lui parle en français ?*  
- *Oui*  
- *C'est bien. (En s'adressant à l'enfant) Bah oui tu me connais pas, je vais te faire une petite piquûre »*  
(Notes de terrain – 30 Mars - Permanence de sage-femme - Legartel)

A l'injonction au dialogue avec l'enfant se surajoute la nécessité de lui parler en « français ». On peut voir dans l'assentiment donné au fait qu'au moins un des parents, en l'occurrence le père, parle en français à l'enfant, une « normalisation des comportements familiaux exercée au nom d'une aide à l'intégration des populations immigrées ou issues de l'immigration à la société d'accueil »<sup>138</sup>. Cette incitation tranche avec le refus d'acculturation jusqu'alors promu au nom de la préservation de l'identité culturelle de l'Autre.

Les parents peuvent ainsi se voir dire comme ils doivent parler à leur enfant mais également être repris sur la teneur de leur propos, comme je l'ai constatée en consultation médicale.

*« L'enfant de deux ans vient de se faire vacciner, il pleure. Sa mère cherche à le consoler et le médecin lui montre des jouets.*  
*« Tu vois il est gentil le médecin, il a des beaux jouets.*  
*- (à la mère) Ça n'a rien à voir. (rires) Je peux avoir de beaux jouets et être méchant.*  
*- Oui mais faut pas lui dire ça. (rires)*  
*- Il est un peu grand maintenant pour que vous lui racontiez n'importe quoi.*  
(Notes de terrain – 2 Avril - Consultation du Dr. V. - Grazet)

L'interaction, apparemment anodine, révèle une grande violence symbolique puisque l'injonction est suivie d'effet et reconnue légitime par la mère qui pourtant s'opposait dans un premier temps aux propos du médecin (« Oui mais faut pas lui dire ça »). Mentir à un enfant c'est à la fois contrevenir à la règle d'individualisation mais aussi à la valorisation de sa capacité d'action et de pensée autonome qui l'accompagne. La norme d'autonomie vient alors compléter la précédente.

## ② Respecter l'autonomie de l'enfant

Le parent, dans la « famille relationnelle »<sup>139</sup> de classe moyenne, doit se montrer disponible à l'enfant afin de garantir les conditions optimales à la révélation de son potentiel, mais il est également impératif de respecter l'autonomie de ce dernier. Le regard positif, l'exploration des aptitudes de l'enfant par l'ouverture sur le monde extérieur et les autres, la négociation avec lui, dans le respect de son individualité et de ses aspirations sont les ingrédients de cette conduite parentale moderne. Selon François de Singly, la responsabilité parentale se déplace de la défense d'un modèle moral, hiérarchisé, imposé par le haut, de l'adulte à l'enfant, dictant les conduites à suivre et à respecter, à la promotion d'un modèle où le parent est chargé de révéler les talents cachés : « Dans la relation familiale, même si les enfants sont construits comme des individus responsables, les parents estiment être, eux aussi, responsables du destin de leur enfant. Le plus souvent d'ailleurs, ils lui proposent des activités extrascolaires, et notamment des pratiques culturelles. La musique, la peinture, le théâtre, la danse, le sport, sont censés être efficaces pour la découverte de dons cachés, ou en tout cas de dispositions de l'enfant peu mises en valeur par l'école. Le développement de ce type d'activités reflète une conception selon laquelle une des

<sup>138</sup> C. Farnier, *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique*, op. cit. p. 128

<sup>139</sup> F. de Singly, *Le soi, le couple et la famille*, Paris, Nathan, 1993

fonctions des parents consiste à offrir des « ouvertures possibles ». »<sup>140</sup> Dans cette économie des relations familiales, « la confiance doit remplacer la coercition »<sup>141</sup>. Dans le cas contraire, l'autonomie de l'enfant est menacée par des principes « rigides » qui tendent à en faire un individu « brimé » ou réprimé, comme l'illustrent les propos de Fanny, puéricultrice :

*« J'avais eu à traiter une infirmation préoccupante. Il s'agissait de deux enfants en bas âges. Les parents... dans le milieu éducatif (sourire) qui travaillaient auprès de personnes handicapées, bref qui avaient un niveau d'exigence par rapport aux enfants, par rapport aux études qui étaient quand même très très élevées, ils expliquaient pourquoi ils se comportaient ainsi. Pourquoi effectivement quand eux jugeaient que ça n'allait pas... et pourquoi ils étaient aussi rigides... Dans leur fonctionnement, pour eux, c'était complètement justifié, ils n'étaient pas mauvais parents, d'autant plus de par leur profession, milieu para médical éducatif... Voilà... Pour eux, c'était tout tracé, ils ne voyaient pas pourquoi l'école nous avait interpellée. Il y avait un petit en maternelle et l'autre en CP ou CE1 mais c'était des heures et des heures de répétition de devoirs. Si la note était en dessous d'un certain niveau, ça pouvait aller jusqu'au coup. C'était des enfants totalement brimés ! Ils ne voyaient pas où était le mal, au contraire, en étant comme ça les enfants allaient craindre et ils allaient comprendre qu'il fallait travailler plus pour progresser. Ils avaient vraiment une vision des choses que moi je ne peux pas comprendre. Ils justifiaient tous leurs actes, ils étaient dans leur bon droit »*

(Entretien Fanny – puéricultrice - Bimont)

L'évocation du milieu social des parents n'est pas ici anodine. Comme l'indique Delphine Serre, « les membres des classes dominantes peuvent être soupçonnés de déviances et parmi eux les « intellectuels » et les pairs (les autres professionnel(le)s de l'enfance), qui sont des concurrents directs dans le champ culturel, sont le plus souvent visés. Ils sont en effet susceptibles d'avoir des enfants repliés : d'une part, du fait de leurs connaissances et de leurs exigences, ils risquent de réprimer leurs enfants en faisant peser sur eux une contrainte trop forte »<sup>142</sup>. Des exigences trop importantes transgressent l'éthique hédoniste et les « coups » enfreignent la norme du « gouvernement par la parole »<sup>143</sup>, façon d'orienter les actions de l'enfant et d'exercer une autorité par le biais du langage.

L'usage de la parole n'est pas néanmoins sans limite. Un parent trop entourant, qui parle trop ou stimule trop son enfant, peut également être mis à l'index. La socialisation de l'enfant étant alors perçue comme un obstacle à sa découverte du monde extérieur. Les intervenantes sont ainsi particulièrement vigilantes aux mères « sur protégées » qui peuvent en devenir étouffantes voire dangereuses à cause « d'un lien jugé pathogène, du fait d'une trop grande proximité »<sup>144</sup> avec l'enfant, d'autant plus s'il s'agit d'un garçon.

---

<sup>140</sup> *Ibid.*, p. 110-111

<sup>141</sup> *Ibid.*, p. 116

<sup>142</sup> D. Serre, « Le bébé superbe », *art. cité*, p. 122

<sup>143</sup> D. Memmi, « Faire consentir : la parole comme mode de gouvernement et de domination », in J. Lagroye (dir.), *La politisation*, Paris, Belin, 2003, pp. 445-459

<sup>144</sup> C. Cardé, *La déviance des femmes*, *op.cit.*, p. 479

« En permanence, la mère de Julien (17 jours) bavarde longtemps avec Elise la puéricultrice. Elise la félicite à propos de son bébé « Il est très éveillé » « Oui je lui raconte ma vie toute la journée ». Une fois la mère partie : « Elle est particulière... quand il va grandir ça risque d'être pas évident » « Pourquoi ? » « Bah t'as pas vu comment elle est, elle le laisse pas respirer, ok il est éveillé mais qu'est-ce que ça va être après... à l'adolescence... »

(Notes de terrain – 8 Mars - Permanence de puériculture)

L'inquiétude créée par le caractère « fusionnel » de la relation qu'entretient la mère à son enfant n'est pas sans rappeler le discours « psy »<sup>145</sup> sur les mères « castratrices ». L'analyse de ce type de motif par Coline Cardi dans les dossiers des mineurs placés<sup>146</sup> nous semble ici tout à fait pertinente : pour y pallier, « [...] il s'agit en fait de recréer des effets de triangulation ou encore un Œdipe inachevé, voire rendu impossible par ces mères toutes puissantes. »<sup>147</sup>

Situer socialement la morale familiale promue en PMI ne parvient pas à en épuiser l'analyse. Si sexe et genre sont neutralisés dans les discours au profit des catégories « familles » et « parents », c'est au prisme des rapports sociaux de sexe que peuvent apparaître plus nettement les logiques paradoxales et le caractère normatif du dispositif de *care* de PMI.

## 22 - L'autonomie des mères soumise à questions

« Le parent d'aujourd'hui est presque devenu un être unisexe, voire asexué »<sup>148</sup>. Comme le souligne Claude Martin, l'expression « parentalité » conduit à « neutraliser », au sens de rendre neutre du point de vue du genre, la place de parent. Parler de parentalité pourrait donc avoir cette première fonction de masquer la différence entre paternité et maternité et ainsi de donner à penser que l'un et l'autre parent occupent de plus en plus souvent une position équivalente et développent les mêmes pratiques éducatives »<sup>149</sup>. Néanmoins, si les intervenantes nous ont dit voir « beaucoup de papas » ou « de plus en plus de pères » en permanences et consultations médicales, leur présence est restée à mes yeux bien rare.

Les intervenantes s'adressent principalement et d'abord aux mères puisque le temps parental reste une prérogative d'autant plus féminine que les enfants sont jeunes<sup>150</sup>, mais aussi de par la dimension genrée du rôle qui leur est conféré. Les travaux de Coline Cardi ont ainsi montré que les activités visant la « parentalité » réservent à l'un et l'autre sexe des sorts très différents. Cette différenciation des rôles assigne les femmes à leur rôle maternel et, malgré un discours égalitariste, participe à la reproduction des rôles sexués en matière de parentalité. Ainsi, « le principe « d'autonomie », qui devient le principe normatif de l'intervention sociale, contribue à des injonctions contradictoires à l'égard des femmes : si on leur demande d'être des individus (des « femmes »), que ce soit au plan psychique ou professionnel, cette autonomie est toujours limitée par celle de leur(s) enfant(s). »<sup>151</sup> C'est cette tension entre individualisation, autonomisation des mères et primauté maternelle que je propose ici d'examiner.

<sup>145</sup> R. Castel, J.-F. Le Cerf, « Le phénomène psy dans la société française », *Le débat*, n° 1-2-3, 1980

<sup>146</sup> C. Cardi, « La figure de la « mauvaise mère » dans la justice des mineurs », in Y. Knibiehler, G. Neyrand, *Maternité et parentalité*, ENSP, 2004, p. 69-82

<sup>147</sup> C. Cardi, *La déviance des femmes*, *op.cit.*, p. 479

<sup>148</sup> M. Chauvière, « Quand la parentalité devient un référentiel d'action publique », *Spirale*, n° 29, 2004/1, p. 19

<sup>149</sup> C. Martin, « La parentalité, controverses autour d'un problème public », in Y. Knibiehler, G. Neyrand, *Maternité et parentalité*, *op.cit.*, p. 40

<sup>150</sup> E. Algava, « Quel temps pour les activités parentales ? », *Etudes et résultats*, DRESS, n° 162, 2002

<sup>151</sup> C. Cardi, *La déviance des femmes*, *op.cit.*, p. 222

❶ - Femme et mère, deux individualités distinctes

Les discours et conseils des intervenantes de PMI tendent à encourager les femmes à se distancier du rôle traditionnel qui leur est conféré. L'action des intervenantes peut se comprendre comme une action d'émancipation qui vise à apprendre aux femmes reçues à prendre leurs distances avec certaines normes familiales et ménagères. L'*empowerment* mis alors en œuvre peut prendre la forme d'injonctions à l'individualisation, à l'autonomisation et à une féminité distincte de celle du féminin maternel. Si la sexuaction des activités en PMI se fonde sur une vision traditionaliste des rôles de sexe, il est à noter que, concernant le couple, la famille et la maternité, les intervenantes tiennent un discours que l'on peut qualifier d'émancipateur tant il cherche à « libérer » les femmes du fardeau de la maternité idéale. Toutes les intervenantes se sont ainsi montrées très critiques envers « les discours de la société » sur une maternité représentée comme un moment merveilleux.

*« C'est important que les mamans puissent être ambigus. Maintenant la maternité c'est idyllique. Faut se dire je ne suis pas une mauvaise mère quand [le bébé] m'énerve »*

(Entretien avec le Mlle. C - médecin cadre de la circonscription de Grazet)

Il convient alors, pour se démarquer de ces représentations culpabilisantes, de faire admettre aux femmes l'ambivalence des sentiments dont elles peuvent faire l'expérience, puisque avant d'être mères elles sont des femmes comme les autres. Cette double perception, qui divise la femme en deux individualités distinctes, se traduit par la répartition temporelle et spatiale des activités.

*« Première journée de terrain, je rencontre la cadre, Mlle C., qui me fait visiter le centre de Grazet. En me montrant les cabinets du gynécologue et de la sage-femme, elle me souligne l'importance de « l'approche globale de la maman », « c'est une femme avant d'être une mère ». Elle m'explique que les plannings sur les différents centres sont faits de sorte que la puéricultrice et la sage-femme fassent leurs consultations la même demi-journée pour envoyer la maman chez l'une ou chez l'autre »*

(Notes de terrain – 8 Février - Grazet)

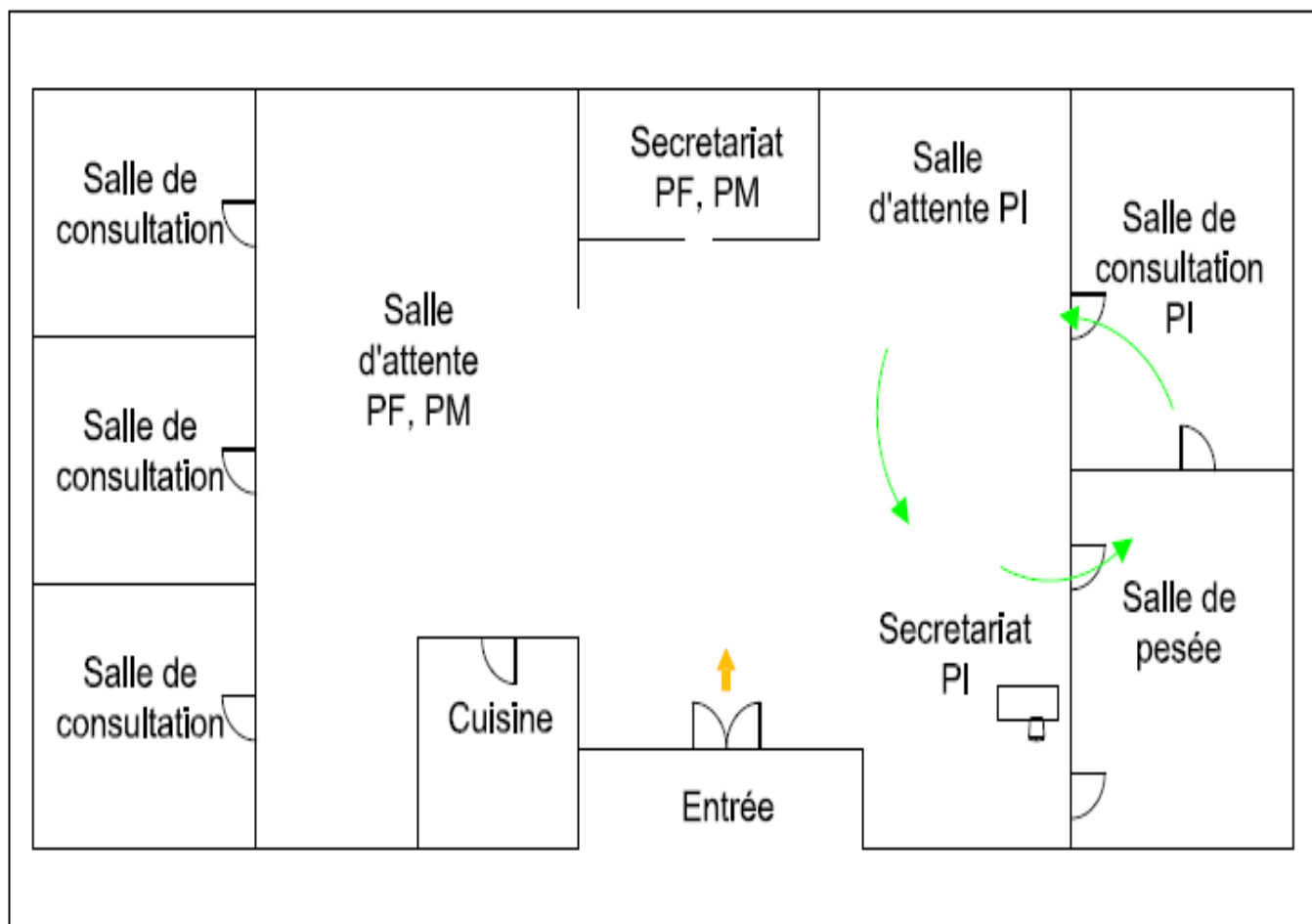
Selon l'intervenante à qui elle s'adresse, la femme sera reçue en tant que femme ou en tant que mère. Une telle distinction semble d'ailleurs intégrée par les habituées de la PMI qui peuvent prévoir, alors qu'elles ont un rendez-vous chez la sage-femme ou le gynécologue, de passer voir la puéricultrice.

*« En permanence de puériculture, la mère raconte qu'elle avait rendez-vous chez le gynécologue avant et qu'elle a profité pour faire « d'une pierre deux coups »*

(Notes de terrain – 8 Février - Permanence de puériculture - Grazet)

Même dans la conception spatiale des lieux cette division est visible.





On voit bien sur ce schéma que le centre est scindé en deux espaces avec chacun leur salle d'attente. A gauche s'effectuent les activités de planification familiale (assurées par un gynécologue, une sage-femme ou une conseillère de vie conjugale) et les consultations de protection maternelle, qui correspondent aux sept consultations obligatoires et aux entretiens psycho-sociaux assurés par la sage-femme. A droite ont lieu les permanences de puériculture et les consultations médicales de protection infantile. Les deux salles d'attente ne s'adressent pas au même public. D'une part des femmes, enceintes ou non, de l'autre des mères et leurs enfants. Les messages de prévention affichés sur les murs n'ont pas alors la même teneur et la salle d'attente réservée aux enfants est colorée et jonchée de jouets.

Néanmoins, ce discours émancipateur qui cherche à ne pas réduire l'individualité féminine au féminin maternel ne va pas sans paradoxes et contradictions puisqu'il peut prendre la forme d'une injonction à la féminité.

*« Lundi après-midi, en permanence, une mère arrive inquiète avec son bébé de 3 semaines. Elle raconte qu'elle l'a laissé au père le samedi pour « sortir un peu ». Le père s'est inquiété parce que l'enfant n'arrêtait pas de pleurer alors qu'il lui avait bien donné ses biberons etc. La mère veut vérifier la prise de poids. Elle se demande ce qui n'allait pas. La puéricultrice lui explique que c'est le « pic de croissance des 3 semaines » et la félicite d'avoir pris ce « temps pour vous ». Quand la mère sort, Elise me dit : « c'est bien qu'elle ait pu le laisser au papa, c'est important qu'elle puisse prendre du temps pour elle, faire du shopping, voir des copines, aller chez le coiffeur... »*

(Notes de terrain – 15 Février - permanence de puériculture - Grazet)

Alors que la mère n'a évoqué qu'une « sortie », la puéricultrice y voit l'occasion pour celle-ci de s'apprêter, « faire du shopping », « aller chez le coiffeur ». Ces activités, gages d'individualisation (« du temps pour vous ») et d'autonomisation par rapport au rôle de mère (laisser l'enfant au père), rencontrent l'assentiment de l'intervenante. La femme émancipée est alors celle qui sait se détacher du foyer familial et recourir à des activités consuméristes fortement sexuées.

## ② - L'instinct maternel n'existe pas mais se travaille<sup>152</sup>

La maternité n'est *a priori* pas vue comme un rôle naturel mais plutôt comme un apprentissage - comme l'indiquent des propos comme « ce n'est pas parce qu'on accouche qu'on devient mère » - mais procède néanmoins d'un travail de naturalisation. Les mères sont ainsi invitées à réaliser un travail sur elles-mêmes en vue de trouver un équilibre dans cette division schizophrène entre femme et mère. Elles sont encouragées à prendre du recul par rapport aux normes sociétales sur ce que serait une « bonne mère ». « Ecoutez-vous », « faites vous confiance », tels sont les conseils prodigués. Les femmes sont enjointes à n'écouter personne d'autre qu'elles-mêmes et à se séparer des discours culpabilisants de leur entourage. La dimension sexuée de la norme d'autonomie prescrit alors aux femmes de trouver la réponse en elle-même et parfois même dans leur propre corps.

La maternité relève alors d'un apprentissage autonome mais tout de même encadré. Les intervenantes sont là pour accompagner par leur attitude maternante et non pour fournir des réponses toutes trouvées. Comme l'explique Florence Weber, être mère « signifie qu'à moins d'être des monstres, elles trouvent en elles-mêmes, de façon naturelle et spontanée, à la fois l'obligation morale, les sentiments et les compétences leurs permettant d'assurer, dans quelque condition que ce soit, la survie de leur enfant. Ce travail de naturalisation est assuré par un ensemble diversifié de professionnels de la petite enfance et passe par une littérature et une presse spécialisée, ainsi que par le contrôle social rapproché effectué dans les familles, dans les univers professionnels féminins, dans les multiples interactions de voisinage »<sup>153</sup>.

Ce contrôle social se manifeste par la reproduction de normes de genre. Si les mères doivent trouver les réponses, il leur est aussi demandé de ne pas se poser trop de questions, attitude qui enfreint l'injonction à la spontanéité. En effet, on peut parler de travail de naturalisation quand les intervenantes en viennent à corriger le « trouble dans le genre ». Certains comportements maternels, et notamment une inquiétude trop prononcée, sont appelés à être corrigés. Pour les professionnelles de la petite enfance être mère c'est apprendre à « lâcher prise » comme l'atteste l'extrait de conversation entendue en réunion de service :

<sup>152</sup> Je reprends ici en substance les propos tenus en entretien par Laurence, puéricultrice encadrante : « L'instinct maternel, j'y crois pas moi. Ça se travaille ! »

<sup>153</sup> F. Weber, *Le sang, le nom, le quotidien : une sociologie de la parenté pratique*, La Courneuve, Editions Aux lieux d'être, 2005, p. 110

« Sage-femme : Maintenant les filles sont éduquées à être des garçons... Elles ne vont rien lâcher, alors que quand on a un enfant on lâche, il faut lâcher.

- Puéricultrice : Ah oui on a une maman comme ça, elle est policière, alors déjà elle en impose, bon elle est vraiment dans le contrôle, il faut qu'elle contrôle mais bon la maternité ça se contrôle pas »

(Notes de terrain – 22 Février - réunion de service - circonscription de Grazet)

La spontanéité est ici promue au rang de norme. Les mères sont accompagnées à révéler les compétences inscrites dans leur for intérieur. Ces dernières ne sont accessibles qu'à travers un travail de re-naturalisation qui consiste essentiellement à renier une éducation masculine au contrôle et à la maîtrise de soi. Cette question sera à nouveau discutée plus loin puisque le manque de spontanéité est perçu par les intervenantes comme une source de vulnérabilité et constitue un facteur de risque de perturbation de la relation mère enfant.

### ③ - La promotion de l'égalité dans le couple parental

La norme d'égalité parentale et de partage des soins participe également au discours émancipateur – dont on discute ici des limites. A contre courant des représentations traditionnelles de la répartition du travail domestique, les intervenantes encouragent l'égalité dans le couple. Cette norme est d'ailleurs une spécificité des professions intermédiaires du social, de l'éducation et de la santé. Les enquêtes menées auprès de professionnelles de crèche, moins diplômées, montrent au contraire leur fort attachement à des rôles parentaux différenciés et notamment au primat maternel dans l'éducation<sup>154</sup>, ce que ne partagent pas à première vue les intervenantes de PMI.

La présence des pères dans les centres est encouragée et applaudie. Les intervenantes n'hésitent pas à dire aux mères qui viennent seules d'inviter les pères à les accompagner : « Faut dire au papa de venir aussi s'il a des questions ». L'injonction à l'investissement paternel peut s'avérer beaucoup plus explicite, comme le montrent les propos qu'une infirmière dit tenir aux couples :

« Parfois tu dis « le papa aussi il peut se lever la nuit pour donner un biberon et aller le changer. Si Monsieur, faut l'aider, ce n'est pas facile vous savez ». On a un peu ce rôle là tu vois par rapport au couple... »

(Entretien avec Claudie - infirmière)

Les pères sont appelés à s'investir plus dans le travail de soin des enfants et les intervenantes n'hésitent pas, pour modifier les pratiques paternelles, à les y enjoindre directement. D'une même façon, les mères sont incitées à encourager les pères à les soutenir comme l'indiquent les propos tenus régulièrement tels que « reposez-vous sur votre mari » ou « dites au papa de vous aider ». Finalement, l'investissement du père se limite bien souvent à un rôle de soutien, d'adjuvant investi mais toujours de façon à compléter le travail de *care* maternel (« le papa aussi il peut se lever », « dites au papa de vous aider »). Pas question donc de remplacer la mère. Gérôme Truc a montré qu'en maternité les pères étaient soumis à des injonctions contradictoires. Assignés à la place de spectateur en retrait, ils sont néanmoins très mal vus par les soignantes quand ils ne s'impliquent pas<sup>155</sup>.

<sup>154</sup> T. Blöss, S. Odhan, « Idéologie et pratiques sexuées des rôles parentaux. Quand les institutions de garde des jeunes enfants en confortent le partage inégal », *Recherches et prévisions*, n°80, Juin 2005, pp.77-93

<sup>155</sup> G. Truc, « La paternité en maternité. Une étude par observation », *Ethnologie Française*, XXXVI, 2006, 2, pp. 341-349.

En PMI, les pères, bien qu'invités à partager les tâches de soin et félicités lorsque « c'est papa qui s'y colle », demeurent également placés dans une position de spectateur. A titre d'exemple, on peut ici évoquer une observation *a priori* anodine mais qui, au vu de ces considérations, prend tous son sens.

L'exiguïté des salles de pesée permet rarement aux deux parents de bénéficier d'un siège. Quand un couple se présente, le siège est occupé par la mère et le père reste debout. Une salle de pesée dispose néanmoins de l'espace suffisant pour plusieurs sièges. Lors de mes observations, la puéricultrice me ramenait une chaise de la salle d'attente, ce qu'elle n'a jamais fait pour les pères. Leur place est donc debout, aux côtés de leur conjointe assise. Cette situation est devenue flagrante la seule fois où un homme s'est assis sur le siège jusqu'alors « réservé » à la mère.

*« Un couple entre en salle de pesée. Le père s'assoit sur la seule chaise disponible, chaise sur laquelle je n'avais vu s'asseoir pour l'instant que des femmes, les hommes restant debout. La mère est debout. Il tient le bébé dans ses bras et lui donne le biberon. Il parle et répond aux questions de la puéricultrice autant que la mère. Une fois le couple sorti, elle me dit : « Il est drôle ce papa »*  
(Notes de terrain – 22 Février - permanence de puériculture - Grazet)

Lorsque le père prend littéralement la place de la mère, le comportement de ce dernier ne manque pas de faire sourire la puéricultrice. En définitive, un papa drôle est aussi un drôle de père. En effet, le père attendu est plus distant, en retrait et ne manifesterait pas les mêmes centres d'intérêt que la mère.

*« Quand on voit en permanence un couple, c'est souvent la maman qui parle. C'est vrai qu'il y a des papas qui interviennent, mais ils ne disent pas la même chose que leur femme. Ils ne sont pas sur le même sujet... Le papa, il va poser des questions par rapport à une problématique qui va le concerner. La maman va voir tout globalement de son bébé. Le papa, lui ça sera plus des questions comme « jusqu'à quel âge il pleure la nuit ? »*  
(Entretien Colette - puéricultrice encadrante - circonscription de Legartel)

Cette représentation des attentes paternelles est commune à bon nombre de professionnelles de la petite enfance. Lors de l'enquête, j'ai suivi les intervenantes pendant une journée de formation sur l'allaitement proposée par le réseau de périnatalité du département. A cette occasion, des conseillères en lactation proposaient des cas cliniques et des conseils dans l'accompagnement de l'allaitement maternel. Les réponses à apporter aux demandes maternelles et paternelles sont de natures radicalement différentes, aux premiers le rationnel aux secondes le relationnel.

*« Monsieur a besoin de recommandations scientifiques. Alors il faut lui dire : « les pédiatres français sont en train de préconiser, etc. ». La maman a plutôt besoin de faire sortir ses émotions, il faut l'écouter »*  
(Notes de terrain - Journée de formation sur l'allaitement maternel)

Si les discours des intervenantes évoquent la figure parentale de façon neutre en parlant « des familles » ou « des parents », les « mamans » demeurent les sujets et les cibles des discours. On s'adresse à elles et on parle d'elles dans le cadre exclusif d'une biparentalité hétérosexuelle dont la femme constitue l'interlocuteur privilégié. Ceci apparaît également dans de nombreux entretiens où s'opère un glissement des « parents » à la « mère ». Alors que le sujet de la phrase de départ est le pronom masculin pluriel « ils » qui désigne les parents, au bout de quelques minutes de parole, il se transforme en un « elle » désignant la mère. En somme, sous couvert d'émancipation, les discours et attitudes tenus en PMI ne manquent pas de reproduire les normes de genre en matière de parentalité. Le discours égalitariste et émancipateur qui traverse les interventions entre en fait en tension avec d'autres référentiels et d'autres logiques, notamment celle de la primauté maternelle.

### *222 – L'idéologie de la primauté maternelle*

Alors que le « maternage » n'est plus exclusivement l'apanage de la mère, puisqu'il est aussi question de « paternage » dans le discours des intervenantes, l'égalité promue continue de relever d'un « discours mythique »<sup>156</sup>. Ainsi alors que les professionnelles se réjouissent du plus fort investissement des pères qui « viennent de plus en plus », une mère qui n'accompagnera jamais son enfant en permanence de puériculture ou en consultation, laissant au père le soin de s'en occuper, deviendra suspecte. Ainsi, après qu'un père seul se soit présenté en permanence avec son enfant de 5 mois, Fanny la puéricultrice me confie :

*« C'est un papa qui vient toujours tout seul. On n'a jamais vu la maman, visiblement elle ne sort pas avec ses enfants. Avec l'aîné on a eu le même problème. On suspectait un baby-blues alors on a essayé de l'orienter vers la sage-femme mais elle n'a pas voulu »*

(Notes de terrain – 17 Mai - Permanence de puériculture - Bimont)

Alors que dans les discours le lien qui unit une mère et son enfant ne saurait être plus évident que celui qui lie le père à son enfant, la seule présence physique du père est présentée comme problématique et laisse planer un doute quant à l'équilibre psychique de la mère. L'absence de la mère, qui pourrait paraître conforme à l'injonction à l'autonomie, est ici « anormale » voire pathologique.

Si « [...] la paternité fait l'objet d'un questionnement soutenu depuis plus de trente ans, [...] l'évidence sociale et psychologique de la position maternelle n'a guère incité à une interrogation poussée, jusqu'à très récemment. »<sup>157</sup> La primauté de cette dernière mérite pourtant d'être interrogée et historicisée. L'épistémologie féministe nous apprend en effet que les productions scientifiques, loin d'être anhistoriques, sont situées. En interrogeant les « effets de pouvoirs propres à un discours considéré comme scientifique »<sup>158</sup>, il s'agit donc de réintroduire le politique là où on ne tendrait à voir que des normes naturelles voire biologiques. En effet, l'enjeu de l'épistémologie féministe « n'est pas d'élaborer une nouvelle théorie dont la femme serait le sujet ou l'objet mais d'enrayer la machinerie théorique elle-même, de suspendre sa prétention à la production d'une vérité et d'un sens par trop univoques »<sup>159</sup>.

<sup>156</sup> I. Löwy, *L'emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité*, Paris, La Dispute, 2006

<sup>157</sup> Y. Knibiehler, G. Neyrand (dirs.), *Maternité et parentalité*, op.cit., p. 5

<sup>158</sup> M. Foucault, « *Il faut défendre la société* », Paris, Gallimard/Le Seuil, 1997, p. 10 cité dans Elsa Dorlin, *Sexe, genre et sexualités*, Paris, PUF, 2008, p. 14

<sup>159</sup> L. Irigaray, *Ce sexe qui n'en est pas un*, Paris, Minuit, 1977, p. 81 cité dans Elsa Dorlin, *Sexe, genre et sexualités*, op.cit., p. 13

En ce sens les savoirs scientifiques élaborés autour de la relation mère / enfant peuvent être compris comme une construction idéologique qui s'étaye sur des croyances pensées comme autant de vérités irréfutables. Comme le rappelle Yvonne Knibiehler, « la fonction maternelle chez les humains n'a rien de naturel ; Elle est toujours et partout une construction sociale, définie et organisée par des normes, selon les besoins d'une population donnée à une époque donnée de son histoire »<sup>160</sup>.

L'intérêt pour la relation mère / enfant est à restituer dans un contexte historique. A la suite de la Seconde Guerre mondiale, confrontés à l'état déplorable d'un certain nombre d'enfants, René Spitz, en 1945, et John Bowlby, en 1951, décrivent des états de carence affective, appelés « hospitalisme », conséquences selon eux de la séparation avec la mère. Si ces découvertes ont le mérite de redonner au petit enfant l'affectivité qu'on lui déniait, elles ont des conséquences sociales encore perceptibles aujourd'hui. Selon Gérard Neyrand, l'effet a été triple : établir la dyade mère / enfant comme toute puissante, disqualifier la socialisation extra familiale et marginaliser les pères<sup>161</sup>. Si les savoirs ont évolué depuis en raison des mutations de la sphère familiale, l'image traditionnelle de la suprématie maternelle demeure paradigmatique et à plus forte raison chez les professionnelles de la petite enfance.

Dans les équipes de PMI enquêtées, les références aux savoirs psychologiques et particulièrement aux travaux de Winnicott sont omniprésentes et partagées. Ainsi à plusieurs reprises m'a t'on expliqué « qu'au moment de la naissance, la mère est dans un état que Winnicott appelle « la préoccupation maternelle primaire »<sup>162</sup> ou qu' « il n' y a pas de « bonne » ou de « mauvaise mère », il n' y a que des mères « suffisamment bonnes » qui sauront reconnaître les besoins du nourrisson et apporter la réponse la plus ajustée possible »<sup>163</sup>. Si le « suffisamment bonne » relativise l'idée d'une maternité parfaite, la mère demeure jugée sur ces capacités à répondre correctement à son enfant, capacités qui bien que non innées se réfèrent à ce qui devrait naturellement se passer entre une mère et son enfant. Les travaux du psychanalyste sur la « préoccupation maternelle primaire » accordent une place de taille à la capacité maternelle à sentir et anticiper les besoins de celui-ci. Les cris, l'agrippement, les appels du bébé auraient une fonction de déclenchement des soins.

*« Et puis je crois que quand on est mère, il y a des choses...  
Faut laisser la place au père, c'est clair, mais c'est pas simple.  
Une maman, quand elle a son petit nourrisson, elle va vite repérer son petit enfant, elle va savoir que quand il pleure de cette façon là c'est qu'il a faim, qu'il a mal au ventre, qu'il est sale.  
Elle sait la maman parce qu'elle le connaît tellement bien son enfant, elle l'a porté, elle l'a fabriqué, elle sait très bien que... d'ailleurs on les entend les mamans qui les prennent et qui disent « t'as faim mon chéri ça va être l'heure ».  
Le papa, il ne peut pas dire ça...  
Et c'est idem pour tous les soins qu'on peut apporter à l'enfant.  
La maman qui va par exemple allaiter, c'est très clair !  
Le nourrisson va dormir dans sa chambre, souvent, donc l'enfant n'est pas loin dans la chambre -je vais vous le dire parce que moi ça m'est arrivé trois fois donc je sais ce que c'est- avant que mes enfants pleurent, j'avais ma montée de lait, et je me disais il faut que tu te réveilles, dans ma tête, parce que ça commence à faire mal et à ce moment là l'enfant commençait à pleurer...*

<sup>160</sup> Y. Knibiehler (dir.), *Maternité, affaire privée, affaire publique*, Paris, Bayard, 2001

<sup>161</sup> G. Neyrand, *L'enfant, la mère et la question du père. Un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance*, Paris, PUF, 2000

<sup>162</sup> L. Irigaray, *Ce sexe qui n'en est pas un*, op.cit, cité dans E. Dorlin, *Sexe, genre et sexualités*, op.cit .p. 13

<sup>163</sup> *Loc.cit.*

*On sait pas comment, ni pourquoi, mais c'est comme ça. Alors qu'il n'y avait pas de bruit, je ne bougeais pas, les enfants se réveillaient comme s'il y avait... je ne sais pas, une odeur, des influx... C'est un lien vraiment très puissant »*  
(Entretien Colette - puéricultrice encadrante - circonscription de Legartel)

Ici, le lien mère / enfant est recouvert d'une aura à la limite du « magique ». La mère serait spontanément disposée à répondre à l'appel de l'enfant avant même qu'il ne s'exprime.

La mère devient dès lors incontournable. Cette construction scientifique renforce la sur responsabilisation de ces dernières, les plaçant en permanence sous le regard des professionnelles, et tend à exclure les pères. La primauté maternelle établit en effet une hiérarchie dans l'ordre des besoins de l'enfant, entérinant de fait, *via* les savoirs médicaux et psychanalytiques, la répartition sexuée des rôles parentaux. Les applications de ces théories dans l'intervention auprès des familles ne manquent pas de poser la question de leur potentiel normatif d'une part, mais également de la part de surveillance visant les mères induite alors.

## Conclusion Partie 2

Le « soutien à la parentalité », tel qu'il se manifeste en PMI, rend compte des transformations des interventions sociales en direction des familles et d'une distanciation par rapport à une fonction de contrôle que les intervenantes récusent. L'injonction à l'autonomie, nouveau paradigme de l'État social, distille néanmoins des normes sur l'éducation des enfants et par ricochet sur les rôles parentaux. Se dessinent ainsi de nouvelles normes familiales qui accordent une place de choix au principe d'individuation et d'autonomisation pour tous les membres de la famille. La déclinaison genrée de la norme d'autonomie place particulièrement les mères dans une position paradoxale. Alors qu'elles sont d'une part encouragées à prendre du recul par rapport à leur rôle de mère, les modalités de l'*empowerment* offertes participent à une naturalisation de la fonction maternelle. D'autre part, l'autonomisation des mères est limitée par la grossesse, plus ou moins implicite, d'une idéologie de la primauté maternelle qui les assigne à être, pour leur enfant, les pourvoyeuses principales de *care*. Néanmoins, le « soutien à la parentalité », tel qu'il est promu, ne peut être considéré comme un simple redéploiement de la « police des familles ». Le contrôle social se trouve ici limité par la présence sociale qui ne manque néanmoins pas d'être paradoxale. Moins réfuté que nuancé, le gouvernement des familles dans les interventions sociales se révèle plus complexe que ce que j'avais envisagé avant l'enquête.

En PMI, « protection de l'enfance » et « soutien à la parentalité » se croisent constamment. Pour les parents, contrevenir à la norme d'autonomie et à son cortège de contraintes peut faire basculer l'accompagnement vers des mesures administratives et judiciaires. La présence sociale peut alors conduire à prévenir ou anticiper des situations susceptibles d'être problématiques. S'inscrivant dans une logique de surveillance et de contrôle des populations, les pratiques professionnelles, examinées dans la suite de ce travail, sont néanmoins toujours guidées par l'objectif de soin, qu'il s'agisse des parents qu'on aide ou des enfants qu'on protège. « Surveiller » pour « veiller sur », telle est la tension dont il s'agit maintenant de discuter.

La Protection Maternelle et Infantile, politique de protection comme son nom l'indique, correspond avant tout à la mise en place d'un système de prévention. Dans une société qui tend à investir le futur pour agir au présent, la prévention est devenue une dimension incontournable des politiques publiques. Dans notre « société de la clairvoyance »<sup>164</sup>, le rapport au temps devient singulier. « Là où les sociétés disciplinaires entretenaient un lien privilégié avec le passé et les sociétés de contrôle avec le présent, l'objet des sociétés de clairvoyance est le futur, qu'il s'agit d'anticiper et de faire advenir selon des critères configurés dans le cadre d'une neutralisation préventive du temps. »<sup>165</sup> Ayant pour ambition de conjurer les principaux aléas de l'existence, la prévention porte en elle inévitablement l'idée d' « insécurité sociale »<sup>166</sup> et de risque. En effet, « prévenir, c'est diminuer un certain nombre de risques ; C'est estimer la probabilité qu'un événement funeste survienne pour tenter de la faire tendre vers zéro. »<sup>167</sup>

Instruments d'une volonté anticipatrice, les pratiques préventives en PMI ne vont pas sans soulever bon nombre de questions. La « culture du risque » n'en vient-elle pas à fabriquer du danger ?<sup>168</sup> Dans quelles mesures la surveillance peut-elle être constitutive du *care* qui, si l'on en croit Catherine Audard, peut aussi se définir comme « l'effort que l'on fait pour anticiper un danger ou pour se prémunir des incertitudes de l'avenir »<sup>169</sup> ? Le « prendre soin » peut-il se réduire aux activités de repérage et de dépistage opérées par les intervenantes à l'affût des facteurs de vulnérabilités maternelles et de risques pour l'enfant ?

Consciente de la difficulté des contextes sociaux auxquels se confrontent les intervenantes de PMI, il ne s'agit pas ici de dénoncer une « police des familles »<sup>170</sup> mais plutôt de discuter des pratiques de surveillance mises en œuvre, de comprendre le sens que peut prendre un tel travail de surveillance dans le cadre du travail de *care* et de rendre compte des tensions et dilemmes que vivent les équipes.

## 1 - Un dispositif de surveillance

Aux multiples composantes de « la santé » correspondent différentes approches de la prévention prodiguée 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. Les domaines d'intervention du service se sont néanmoins largement transformés et étendus au-delà du simple suivi médical. Aujourd'hui, du fait du moindre risque de mortalité infantile, le programme vaccinal et la surveillance du développement staturo-pondéral et moteur tendent à être pondérés au profit d'une plus grande attention portée aux aspects psychologiques et affectifs de l'enfant.

<sup>164</sup> F. Neyrat, « Avant-propos sur les sociétés de clairvoyance », *Multitudes*, n°40, 2010/1, p. 104-111

<sup>165</sup> D. Quessada, « De la sousveillance. La surveillance globale, un nouveau mode de gouvernementalité », *Multitudes*, n°40, 2010/1, p. 59

<sup>166</sup> R. Castel, *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?*, Paris, Seuil, 2003

<sup>167</sup> P. Peretti-Watel, J.-P. Moatti, *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*. Paris, Le Seuil, 2009, p. 7

<sup>168</sup> R. Castel, *L'insécurité sociale. op.cit.*, p. 60

<sup>169</sup> C. Audard, *Vocabulaire européen des philosophies*, 2004, p. 211 cité par Claude Martin, « Qu'est-ce que le *social care* ? Une revue de questions », *Revue française de sciences économiques*, 2008, p. 28

<sup>170</sup> J. Donzelot, *La police des familles*, Paris, Editions de Minuit, 1977



Choisissant ici de ne pas traiter de la surveillance dans le cadre de la prévention sanitaire, il convient néanmoins de souligner que les concepts foucauldien d' « anatomopolitique du corps humain » et de « bio-politique des populations »<sup>171</sup>, mobilisés à propos de la PMI dans les travaux de Claude Thiaudière et Cyril Farnarier, offrent un éclairage stimulant sur la question.<sup>172</sup> L'intérêt porté au bien-être psychologique et affectif de l'enfant se traduit dans les faits, par l'examen de la relation mère / enfant et des attitudes maternelles.

## 11 - La vulnérabilité des mères au cœur des pratiques

La relation mère / enfant, perçue comme la condition *sine qua non* au bien-être de l'enfant, ne manque pas de susciter une vigilance accrue des intervenantes. Appliquée à ce qu'il est convenu d'appeler les troubles relationnels précoces mères / enfants, susceptibles de contrarier le développement psychique du bébé, l'observation de la mère constitue un acte de prévention primaire qui s'adresse en dernière instance à l'enfant. L'adage, souvent répété par les intervenantes, selon lequel « si maman va bien, bébé va bien », les conduit à être particulièrement attentives aux facteurs de risques, autrement appelés « clignotants », qui ne manquent d'apparaître tant la vulnérabilité des mères est pensée comme une condition de la maternité.

### *111 – La vulnérabilité : une condition partagée*

La grossesse et les premiers temps de la relation mère / enfant sont fortement encadrés puisque toutes les intervenantes s'accordent à dire qu'« autour de la naissance, c'est tout le monde qui peut décompenser »<sup>173</sup>. « Tout le monde » ne renvoie néanmoins pas ici à une conception généralisée de la vulnérabilité propre aux perspectives du *care* mais à une condition maternelle qui transcende alors les classes sociales. Ainsi m'a-t-on souvent répété : « On peut être vulnérable en étant cadre supérieure, ce n'est pas forcément dû à de la précarité sociale ».

Discutant de cette notion de vulnérabilité avec la cadre de service, elle me précise que « nous on préfère parler en terme de moments, de vulnérabilité à un moment précis », à savoir celui de la grossesse et de l'installation de la relation mère / enfant. Si les dispositifs d'écoute analysés par Didier Fassin laissent entendre qu'il n'y aurait « pas de "souffrance psychique" parmi les catégories supérieures »<sup>174</sup>, il en va tout autrement en PMI.

---

<sup>171</sup> Dans le premier tome de son *Histoire de la sexualité*, Michel Foucault avance l'existence d'un bio-pouvoir dont la plus haute fonction est « d'investir la vie de part en part » et qui se manifeste de deux manières. L'anatomopolitique du corps humain centrée sur le corps comme machine vise à en contrôler les forces et aptitudes ainsi qu'à en accroître son utilité et sa docilité. La bio-politique de la population, centrée sur le corps-espèce 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 ». En ce qui concerne la prévention sanitaire mise en œuvre en PMI, on peut identifier du côté de l'anatomopolitique du corps humain, les règles de puériculture, les conseils médicaux et les modifications de pratiques quotidiennes qu'implique leur adoption. Les examens médicaux obligatoires, auxquels doivent se soumettre les futures et jeunes mères, et les enfants, visant à contrôler la conformité sanitaire des individus, peuvent être vus comme participant à l'anatomopolitique du corps humains. En ce qui concerne la bio-politique de la population on pourrait y trouver, 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. Les certificats de santé du 8<sup>ème</sup> jour, 9<sup>ème</sup> mois et 24<sup>ème</sup> mois que doivent remplir les médecins sont utilisés à des visées épidémiologiques. 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.

<sup>172</sup> C. Thiaudière, « La protection maternelle et infantile : politique de santé publique et spécialisation médicale », *Regards sociologiques*, n°29, 2005, p. 23-34 ; C. Farnarier, *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique*, *op.cit.*

<sup>173</sup> Notes de terrain, 08/02, Première rencontre avec le Mlle. C., médecin cadre de la circonscription de Grazet

<sup>174</sup> D. Fassin, *Des maux indicibles*, *op.cit.*, p. 12

Lors de ma présence au centre de Bontant, commune la plus favorisée de la circonscription, Audrey, la puéricultrice affectée à cette commune, me racontait avec indignation que le maire avait envisagé de fermer le centre, mettant en doute l'utilité d'une PMI s'adressant à un public favorisé<sup>175</sup>. Alors que le sens commun s'accorde à dire que la précarité altère la parentalité, la vulnérabilité est, en PMI, bien moins pensée en termes sociaux que psychologiques. Pourtant, en examinant les facteurs de risques auxquels les intervenantes accordent de l'importance, on se rend compte qu'il convient d'imbriquer les rapports sociaux de sexe, de classe, de race et d'âge.

### *112 – Des « clignotants » au prisme des intersections*

En matière de maternité, l'âge s'avère être une donnée très structurante et normative. Maternité précoce ou tardive sont autant de « clignotants » qui amènent les intervenantes à être plus vigilantes mais pour des raisons différentes.

*« Une femme de 42 ans qui a son premier enfant et qui est habituée à diriger une équipe, ça va bouleverser sa vie. Ce sont presque elles qui posent le plus de (hésitation) « problèmes » parce que c'est un gros bouleversement et elles ont du mal à l'accepter et à ne pas contrôler ce bouleversement. C'est surtout ça, c'est le contrôle (...). On a quand même des soucis sur les primipares passée la quarantaine, elles se questionnent beaucoup et intellectuellement... Elles sont cultivées et du coup elles vont chercher à gauche, à droite, des réponses qui ne sont pas forcément adaptées. Elles se questionnent beaucoup, contrairement parfois à une jeune fille de 20 ans, c'est son premier enfant, elle va le prendre comme il arrive et se poser beaucoup moins de questions. Le problème, il peut alors être plus d'ordre financier pour acheter des couches des choses comme ça, mais dans la relation avec l'enfant cela ne sera pas du tout la même problématique »*

(Entretien Maude – Infirmière - Grazet)

Le seul critère d'âge en masque ici d'autres. Ce qui inquiète chez « la primipare de plus de 40 ans » ou ce qui rassure chez « la jeune de 20 ans » n'est pas uniquement son âge mais bien l'articulation de ce dernier avec sa classe et/ou sa race. De l'aveu des puéricultrices elles-mêmes, « un clignotant isolé ne veut rien dire ». L'âge signifie en définitive un milieu social, une race et aussi un genre. Les échanges entre les intervenantes lors d'une réunion de service au sujet de la dépression post-partum sont en ce sens significatifs :

*« Puéricultrice : Le premier enfant vers la quarantaine, elles ont tout contrôlé pendant longtemps. Elles ont un statut social bien établi, elles sont chefs et elles perdent le contrôle. Elles ne sont pas en dépression mais elles appellent tout le temps...*

*Sage-femme : Oui c'est une tranche de mère qui pose problème dans la relation mère / enfant...*

*Puéricultrice : Bah oui ça manque de naturel !*

*Médecin cadre : On a perdu le bon sens !*

*Puéricultrice : Oui ce côté-là... la spontanéité, on le garde chez les africaines, chez les gens du voyage, les maghrébines ça dépend, mais la femme passé trente-cinq ans... (Exclamation). Bobo en plus, c'est terrible. Elles me fatiguent celles-là, non mais vraiment, elles ont complètement perdu le naturel.*

*Médecin cadre : Oui l'instinct... même si ça n'existe pas »*

(Notes de terrain – 22 Février - Réunion de service (circonscription de Grazet)

<sup>175</sup> Notes de terrain, 24/02, Permanence de puériculture, Bontant

La perte du naturel, le manque de spontanéité et le « contrôle » qui viennent, comme on l'a vu plus tôt, troubler le genre « féminin maternel », constituent ce qui inquiète chez ces mères. Ces dernières ne sont pas seulement envisagées en fonction de leur âge mais, bien que cela soit le critère avancé comme cause explicative, également de leur classe –classe supérieure- et leur « race » – blanche, puisqu'elles ne sont ni « africaine », « gens du voyage » ou « maghrébine ». En permanence de puériculture, j'ai pu constater que le caractère jugé envahissant des demandes inquiétait les intervenantes. Une mère qui « compte tout, chronomètre tout, lit trop, intellectualise trop » comme celle qui « a fait des études de psycho [mais à qui] ça n'a pas fait que du bien »<sup>176</sup> peut constituer un danger pour son enfant puisqu'elle perturbe le « naturel » de la relation mère / enfant.

*« A la fin d'une après-midi de permanence, Fanny revient sur les différentes situations qui se sont présentées. Elle s'attarde sur le cas de la mère de Baptiste, 6 mois qui ne grandit ni ne grossit plus depuis quelques semaines.*

*« Y a trop de lectures, tout est mesuré,....*

**- Et ce n'est pas...**

*- (m'interrompt) Normal ? Non, ce n'est pas normal, non ! Ce n'est pas spontané tout ça.*

**- Et en quoi c'est problématique ?**

*- Bah ça peut conduire à des carences, donc à un danger puisque les carences c'est un danger. Tu vois cette cassure dans la courbe de croissance, c'est pas anodin quand même, on peut se demander si ces pas les angoisses de la maman qui rejaillissent sur lui »*

(Notes de terrain – 17 Mai - permanence de puériculture - Bimont)

Certaines mères ne suscitent pas de la même façon l'inquiétude. Les primo arrivantes ou immigrées de longue date, en somme les femmes altérisées, bénéficieraient d'un réseau familial ou de savoirs traditionnels qui les rendraient moins vulnérables et plus « naturelles » dans leur rapport à l'enfant. D'une même façon, pour les grossesses dites précoces (moins de 18 ans voire jeunes majeures), le recours à la racialisation peut conduire à minimiser le caractère pourtant globalement perçu comme risqué d'une maternité à l'adolescence. Ainsi, suite à une discussion entre les professionnelles au sujet d'une émission de télévision sur les grossesses précoces que certaines se refusaient à voir car « ils vont encore faire comme si tout allait bien, avec un *happy end...* comme dans Juno ! », la puéricultrice, que je rencontre l'après-midi, reçoit un jeune couple qui vient faire peser son nourrisson pour la première fois. Rien ne laisse paraître que l'intervenante accorde une quelconque importance à l'âge de la mère ce qui m'amène à lui demander :

**« - Ils étaient jeunes non ? Tu sais leur âge ?**

*- Oui c'est vrai, attends (elle regarde dans le dossier). Oui quand même 19 ans.*

**- Est-ce que tu vas faire plus attention avec eux, tu sais par rapport à ce que vous aviez l'air de dire ce matin sur les grossesses précoces ?**

*- Oh bah là non, ils étaient mignons tous les deux, puis tu sais chez les gens du voyage avant on pouvait voir des mamans beaucoup plus jeunes jusqu'à 15-16 ans ! Alors là...»*

(Notes de terrain – 15 Février - permanence de puériculture - Grazet)

---

<sup>176</sup> Notes de terrain, 12/04, Permanence de puériculture, Bimont

Quel que soit l'âge, trop jeune ou trop âgé, s'établit alors une distinction entre « chez nous » et « chez eux », renvoyant les femmes altérisées à des compétences maternelles naturelles voire naturalisées au moyen de la racialisation. C'est néanmoins toujours sous couvert de la référence culturelle que sont distinguées les mères en fonction de leur classe et de leur race. La culture de l'autre, alors encensée, n'est en aucun cas disqualifiante. La relation entre pourvoyeur et destinataire de *care* est ici inévitablement traversée de relations de pouvoir sans pour autant prendre systématiquement les traits d'une relation de domination. Le recours à l'âge, la classe, la race -ou à la « culture » qui masque à de nombreux égards les variables précédentes- offre aux équipes des savoirs opérants qui, tout en reproduisant l'ordre social, permettent tout de même à ces dernières d'envisager et de prendre en compte les particularités de chacun-e-s dans la poursuite de la prise en charge. En cas de suspicion cette dernière s'appuie sur des pratiques de surveillance qui confèrent à la relation une dimension paradoxale.

## 12 - La mère et l'enfant au cœur d'un panoptique

Selon Winnicott, une référence convenue en PMI, « la mère suffisamment bonne entre en contact avec l'omnipotence de son bébé et, dans une certaine mesure, lui donne sens [...] La mère qui n'est pas suffisamment bonne n'est pas capable de satisfaire l'omnipotence de son bébé ; Aussi manque-t-elle de façon répétitive cette rencontre avec l'expression de son bébé ; Au lieu de cela, elle substitue sa propre expression à celle de son bébé, qui, par sa soumission, lui donne sens »<sup>177</sup>. Une des questions de mon guide d'entretien portait sur les signes qui alertent les intervenantes. A la question « comment savoir que la mère éprouve des difficultés ? » deux puéricultrices aguerries m'ont répondu de la sorte :

*« A travers ce que la maman va dire... On pourrait dire qu'elle ne va pas bien quand elle a un petit nourrisson, elle va le tenir sur les genoux loin d'elle, elle va pas le regarder, elle ne va pas montrer de signes d'amour à son enfant et on voit un petit nourrisson qui cherche sa mère éperdument du regard alors déjà ça nous inquiète profondément. On a tout plein de possibilités. Ça c'est le regard de la puéricultrice, voir qu'une maman pleure, qu'elle a plus envie, qu'elle est en pleine déprime »*

(Entretien Colette - puéricultrice encadrante - Legartel)

*« C'est la façon dont elle parle de son enfant, la façon dont elle le porte, le portage du bébé c'est vraiment -vous voyez faut qu'on soit au plus près de la mère pour le constater ça se passe pas par téléphone, ça se passe pas dans les livres, c'est des choses très concrètes, c'est du ressenti- donc le holding c'est important, la façon dont elle parle de sa grossesse, de l'accouchement donc en général... On demande comment s'est passée la grossesse ? Comment s'est passé l'accouchement ? Quel vécu elle a de la maternité ? (...) La façon dont elle parle de son enfant et qu'elle place elle lui laisse par rapport aux autres, c'est un travail assez long et si on sent que quelque chose ne va pas, on donne pas d'opinion tout de suite, on a pas comme ça un jugement hâtif mais on se dit tiens ça serait bien de la revoir, pour sentir les choses... ce qui est très important c'est que le lien doit être là dès le début, la relation mère enfant si on sent que... il faut que ça soit tout de suite.. Comment dire, observé, il faut qu'on observe ses dysfonctionnements.*

(Entretien Laurence - puéricultrice encadrante - circonscription de Grazet)

<sup>177</sup> D-W. Winnicott, *La mère suffisamment bonne*, (1969), Paris, Payot, 1996 cité par C. Cardi, *La déviance des femmes*, op. cit. p. 466

C'est à travers les gestes de la mère mais surtout le regard de son enfant que les intervenantes « sentent » la perturbation du lien. En ce sens, la vigilance accordée à la relation mère / enfant place ces derniers dans une « machine à regard »<sup>178</sup> qu'illustre bien le Panoptique imaginé par Bentham et réélaboré par Foucault<sup>179</sup>.

### 121 – Les sens en alerte

L'écoute et l'observation sont autant d'outils mobilisés par les intervenantes qui usent de leurs sens, voire du « *feeling* » comme elles aiment à le dire, pour repérer des facteurs de risques. La « sensibilité » comme outil professionnel se fonde sur des savoirs spécifiques acquis lors de la formation initiale (« c'est le regard de la puéricultrice ») et des savoirs-faires partagés. Les interactions entre professionnelles et mères soumettent à chaque instant ces dernières à l'examen, comme l'admet de façon très réflexive une enquêtée :

*« Mais bon il est vrai qu'en permanence on a toujours les antennes de sorties c'est automatique, oui parce que c'est quand même notre travail, faut pas se voiler la face, on fait de la prévention. On voit pas toutes les mamans comme des incompetentes au contraire mais (hésite) c'est vrai qu'on est un peu déformée quoi... Même moi, par exemple si je me promène dans un supermarché des fois j'ai tendance à regarder... Mais je suis pas parfaite avec mes enfants, loin s'en faut et heureusement... Mais des fois la façon dont parlent certaines personnes à leurs enfants ou si elles leurs mettent une claque je me dis mince, il manque quelque chose, elles ont pas compris comment un enfant était et pourquoi il se comportait comme ça... Je ne vais pas intervenir mais des fois je me dis ces façons de parler aux enfants... Mais c'est parce qu'on nous l'a appris, c'est pour ça que je vous dis que ce n'est pas inné, ça s'apprend et ça on est sensibilisé à travers nos formations »*

(Entretien Laurence - puéricultrice encadrante - circonscription de Grazet)

Le regard et l'écoute constituent les deux versants des « antennes » que les intervenantes ont appris à développer. La relation mère / enfant se doit tout d'abord d'être observée. Qu'il s'agisse du comportement de la mère, de sa façon de tenir son enfant, de le regarder, de lui sourire, de la réponse apportée par l'enfant, tous ces éléments sont examinés à partir d'un regard clinique acquis par les intervenantes et au premier rang desquelles les professionnelles. Ainsi alors qu'une jeune infirmière nous racontait les difficultés du travail en PMI pour une professionnelle n'ayant connu jusqu'alors que le fonctionnement hospitalier, elle établit un continuum entre l'observation à l'hôpital et en PMI.

*« Je pense qu'on est quand même... Que ça soit... La formation de puéricultrice, je sais pas je l'ai pas faite, mais la formation d'infirmière on t'apprend quand même à regarder le patient, on te fait voir des signes cliniques donc là c'est sûr qu'on va pas voir une dame en détresse respiratoire mais on va voir si elle est souriante, si... Enfin à l'hôpital on regarde beaucoup tout ce qui est douleur, c'est hyper important... Donc tu vas regarder si ton patient... Là tu vas quand même être attentif à ce que la maman elle est souriante, est-ce qu'elle a les yeux tout rouges, tu te dis elle vient de pleurer y a une demi heure dans sa voiture avant de sortir, est-ce qu'elle va parler ? Est-ce qu'elle va rester renfermée sur elle-même... T'es quand même sensibilisée à tout ça...*

(Entretien Claudie – Infirmière - Noyelles)

<sup>178</sup> D. Quessada, « De la sousveillance. La surveillance globale, nouveau mode de gouvernementalité », *art. cité*, p. 55

<sup>179</sup> M. Foucault, *Surveiller et punir*, [1975] Paris, Gallimard, 1993

Le regard clinique qui « n'a pas pour sens de mettre le caché ou le visible à portée de ceux qui n'y ont pas accès ; Mais de faire parler ce que tout le monde voit sans le voir, et de le faire parler aux seuls qui soient initiés à la vraie parole »<sup>180</sup> permet ainsi d'établir un diagnostic. Si la mère a « les yeux tout rouges », c'est qu'elle vient de pleurer et en définitive que quelque chose ne va pas. L'inscription dans le champ paramédical de ces professions concourt à une vigilance accrue en termes de "pathologie". Formées au soin, le regard des intervenantes se centre sur ce qui dysfonctionnerait.

Si la mère peut être facilement observée aux différents moments de sa présence dans les centres, regarder la relation mère / enfant nécessite parfois la mise en œuvre de stratégies. Ainsi, on m'a soulignée l'importance de pouvoir garder un œil sur la salle d'attente.

*« En perm qu'est-ce que tu veux voir, le bébé est dans les bras de sa mère, alors que pendant les consultations je peux aller en salle d'attente, j'observe discrètement. Y a des mamans quand tu les appelles elles te prennent le bébé alors qu'il est en train de jouer et vlan que j'te le trimballe, alors qu'il peut le prendre son jouet, il peut finir mais pour eux le médecin les appellent il faut y aller. Et puis les secrétaires voient aussi des choses à l'accueil ou en salle d'attente»*

(Entretien – Elise – Puéricultrice - Bontant)

Ce qui est observé en salle d'attente est partagé entre les intervenantes quel que soit leur poste. La secrétaire peut partager ses observations tout comme n'importe quelle professionnelle qui en vient à observer quelque chose dans la salle d'attente. Si les cabinets médicaux, où les médecins ou sages-femmes reçoivent les mères, sont marqués du sceau du secret médical, les espaces publics des centres ne le sont pas.

*« Pendant la permanence, la sage-femme est venue frapper à la porte et demander à la puéricultrice de sortir un instant. A son retour je remarque que l'entretien dure plus longtemps que d'habitude. Une fois la mère sortie, je le fais remarquer à la puéricultrice qui me répond : « Oui avec certaines on s'attarde plus. Le ressenti n'est pas le même, ça devrait pas mais bon... Parfois y a quelque chose mais on n'arrive pas à mettre un mot dessus et au final on se rend compte que ça se confirme ». A la fin de l'après midi nous allons dans son bureau, la secrétaire et la sage-femme l'interpellent : « Alors ? Alors ? (en mimant des tapes dans le dos) la mère avec son rot ? ». J'apprends ainsi que si la sage-femme a interrompu la permanence, c'était pour signaler à la puéricultrice cette mère trop « brusque » avec son enfant au moment du rot. « Oh là là, faut la surveiller celle-là, tu te rends compte : on a dû intervenir !»*

(Notes de terrain – 12 Avril - Permanence de puériculture - Bimont)

Le ressenti personnel, ce « quelque chose » sur lequel il est difficile de mettre des mots, peut parfois se nourrir des observations des collègues. Mais le regard ne fait pas tout puisque les intervenantes ont aussi recours à l'écoute.

---

<sup>180</sup> M. Foucault, *Naissance de la clinique*, [1963] Paris, PUF, 2000, p. 115-116 cité par D. Serre, *Les coulisses de l'Etat social*, op.cit., p. 60

Alors que nous avons déjà discuté de la place que tient l'écoute dans le travail de soin des intervenantes, soulignons ici que cette même écoute peut avoir une visée d'examen. Afin de m'en rendre compte, il m'a fallu observer ce qui était écouté, surtout ce qui était entendu et l'usage qui en était fait par la suite. 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 mais également à l'opportunité offerte de recueillir des informations sur la situation familiale, économique, psychologique, sociale. Comme l'indique Didier Fassin, l'écoute peut aussi avoir la fonction d'un diagnostic<sup>181</sup>. Les termes utilisés par la mère sont autant d'indicateurs d'un malaise et les confessions faites informent sur la situation familiale.

L'écoute peut alors prendre les traits d'une pratique de police -au sens historique du terme : recueil de l'information et renseignements. Les informations recueillies peuvent être partagées, gardées en tête ou mises par écrit afin d'instruire les « dossiers familles ». Aux marges de la protection de l'enfance, ces dossiers regroupent les informations recueillies à propos de familles qui inquiètent particulièrement les équipes. L'ouverture d'un « dossier famille » n'est néanmoins pas systématique et demande l'assentiment de la puéricultrice encadrante qui, une fois par an, fait le point avec les puéricultrices sur l'évolution de la situation. Ce suivi rapproché a parfois été qualifié par les supérieures hiérarchiques de procédures d'AEMO ou AED pour la petite enfance. Il ne s'agit néanmoins pas ici de tracer une ligne de démarcation entre l'écoute préventive ou thérapeutique et l'écoute informative. Les activités qui ont trait au *care* et au contrôle social ne peuvent pas être pensées de façons cloisonnées puisqu'elles s'imbriquent en PMI. Une oreille attentive orientée vers l'aide peut devenir l'occasion d'accumuler des informations. Cela n'amointrit pas pour autant les effets de cette écoute sur le receveur du soin, bien que cela ne manque pas de soulever des questions quant aux frontières morales de l'activité.

Les pratiques de surveillance placent la famille « en situation d'examen presque perpétuel »<sup>182</sup>. Si la posture de l'intervenante n'est pas forcément celle du questionnement actif, « l'inspection est toujours présente, même de façon non focalisée et non délibérée, en tant qu'activité d'enregistrement et de déchiffrements des informations »<sup>183</sup>. A ces pratiques de surveillance s'ajoutent des formes plus diffuses de contrôle que l'on peut qualifier, en ayant recours à un néologisme, de « sousveillance ».

### 122 – Des stratégies de « sousveillance »

Selon Dominique Quesadaa, « la sousveillance est un dépassement de la surveillance en ce qu'elle est légère, discrète, immatérielle et omniprésente. Le « sous » de sousveillance en désigne le côté plus insidieux, l'action de quelque chose qui travaille « par en dessous ». »<sup>184</sup> Si la surveillance constitue une part des pratiques de contrôle en PMI, le vocable de la « sousveillance » permet de rendre compte de certaines stratégies mises en œuvre par les équipes pour ne pas perdre de vue certaines familles. En effet, la majeure partie de la prévention effectuée par la PMI nécessite de travailler en accord avec les familles puisqu'elles sont avant tout « invitées » par des professionnelles à « disposition ». Lorsque l'invitation n'est pas suivie d'effet, les intervenantes si elles l'estiment nécessaire n'hésitent pas à insister. L'invitation prend alors des allures d'injonction.

<sup>181</sup> D. Fassin, *Des maux indicibles*, op.cit. p. 73

<sup>182</sup> M. Foucault, *Surveiller et punir*, [1975] Paris, Gallimard, 1993, p. 218 cité par D. Serre, *Les coulisses de l'Etat social*, op.cit., p. 33

<sup>183</sup> D. Serre, *Les coulisses de l'Etat social*, op.cit., p. 34

<sup>184</sup> D. Quesadaa, « De la sousveillance », art. cité, p. 57

## ❶ - Le suivi de grossesse, une « invitation injonctive »

Suite à la réception des avis de grossesse, les sages-femmes, secondées des secrétaires, préparent des courriers appelés « mise à disposition » (MAD) qui informent les femmes enceintes de l'existence de la PMI, de la possibilité d'y être suivie et de rencontrer la sage-femme. Cette rencontre constitue l'entretien prénatal précoce ou entretien de 4<sup>ème</sup> mois qui doit être systématiquement proposé<sup>185</sup>. Les données recueillies sur les avis de grossesse (âge de la mère, date de la déclaration de grossesse, lieu de vie, temps de trajet quotidien, etc..) informent des facteurs de « risques somatiques, sociaux et psycho affectifs ». La déclaration de grossesse se transforme alors dans le vocable « indigène » en « avis prénatal » (APN).

*« Sylvie me montre ces APN. « Alors tu vois je note au crayon de bois quand je repère des facteurs de vulnérabilité ». Sur une des feuilles, il est inscrit en gros « déclaration tardive » avec le signe attention ! « C'est un bon outil de prévention, ça me permet de voir pas mal de situations »*

(Notes de terrain – 1<sup>er</sup> Avril - permanence sage-femme - Legartel)

Lorsque des « facteurs de vulnérabilité » sont repérés (déclaration après la 14<sup>ème</sup> semaine de grossesse, femme âgée de moins de 18 ans et de plus de 38 ans, domiciliée chez un tiers, etc.), un courrier différent est envoyé : une « mise à disposition ciblée ». La teneur du courrier diffère alors légèrement puisqu'il leur est donné une heure et une date de rendez-vous à laquelle elles sont « convoquées », selon les termes de la sage-femme.<sup>186</sup>

Lors de mes après-midis d'observation dans le bureau de la sage-femme, il est rarement arrivé que toutes les femmes programmées ce jour se présentent aux rendez-vous. Les absentéistes reçoivent alors un « carton jaune », pour reprendre une boutade de la sage-femme<sup>187</sup>. Qualifier une femme qui ne se présente pas au rendez-vous suite à une mise à disposition rend compte du caractère ambigu de l'invitation. Ne pas venir ou ne pas appeler pour expliquer les raisons de l'absence revient alors pour la sage-femme à ne pas se sentir concernée, ce qui ne manque pas de l'inquiéter pour l'enfant.

*« Comme ce qui s'est instauré depuis quelques semaines, les premiers échanges avec Sylvie, portent sur ce qui s'est passé depuis une semaine et surtout ce qui ne s'est pas passé (qui n'est pas venue, qui a appelé, qui a dit quoi pour s'excuser) ce qui ne manque pas de susciter des propos outrés. « Qu'est ce que ça va être après avec l'enfant ? Parce que la grossesse c'est rien par rapport au fait d'élever un enfant après. Qu'est-ce que ça veut dire si déjà il n'y a pas d'investissement ? Quand même pour le lien, ce n'est pas super ! Je sais pas... quand tu es enceinte tu as envie que tout se passe bien pour ton bébé. Tu fais tout pour lui. On te propose un rendez-vous tu y vas, point barre. »*

(Notes de terrain – 1<sup>er</sup> Avril - permanence sage-femme - Legartel)

<sup>185</sup> L'entretien prénatal précoce (ou entretien du 4<sup>ème</sup> mois) a été introduit par le plan de périnatalité 2005-2007, sous-titré « humanité, proximité, qualité sécurité » qui donne une place de choix à la question de la sécurité psychique en faveur d'une qualité globale du suivi de grossesse et de la naissance. Réalisées par les sages-femmes –qu'elles soient hospitalières, libérales ou de PMI- cet entretien est destiné à permettre précocement le recueil de facteurs de vulnérabilités et à informer les femmes sur le déroulement de la grossesse et les ressources multiples offertes (médicales, « psy » et sociales) à la femme enceinte. Cet entretien individuel ou en couple, désormais prévu par la loi de mars 2007 réformant la protection de l'enfance, ne manque pas d'interroger les professionnelles sur sa teneur « systématique » qui risque d'en faire seulement un entretien de dépistage. Voir en annexe les recommandations de la Haute Autorité de Santé consultable dans un guide pratique de la protection de l'enfance qui accompagne la loi.

<sup>186</sup> Voir en annexe courrier MAD ciblée

<sup>187</sup> Leur absence est signifiée sur le dossier médical informatif, créé à partir de l'avis prénatal, au moyen de la couleur jaune



En l'absence d'obligation, certaines femmes ne font en effet pas, ou mal, suivre leur grossesse. Cette entrave à l'idéologie de la primauté maternelle agit comme un marqueur de danger pour l'enfant à naître. Comme le montrent les travaux de L. Simmat-Durand, « le référentiel commun sur les caractéristiques de la femme enceinte présuppose une conformité de la femme aux normes de la grossesse et son adhésion aux programmes de suivi prénatal »<sup>188</sup>. Signe précurseur d'un danger de maltraitance, il convient alors pour veiller sur l'enfant de surveiller la mère au moyen de pratiques de « sousveillance » comme l'activation de circuits.

La grossesse, parce qu'elle constitue un enjeu social, est surveillée bien au-delà de la seule sphère médicale ou paramédicale. Les services sociaux et l'école constituent des interlocuteurs de choix quand il s'agit de recueillir des informations sur une mère dont la grossesse n'est pas suivie.

*« La dernière fois quand j'ai quitté Sylvie, elle cherchait parmi ses APN Mme X. La puéricultrice lui avait en effet dit que suite à un bilan scolaire à l'école maternelle, l'institutrice lui avait signalée une mère enceinte qui ne ferait pas suivre sa grossesse. Je lui demande ce qu'il en est : « Je ne sais pas trop comment je vais faire. J'ai appelé le service social, mais je n'ai eu personne. Il faut que je rappelle. Je veux voir s'ils la connaissent, s'ils savent quelque chose... Ils arriveront peut-être à me l'orienter...*

*Mais là je ne peux décemment pas envoyer un courrier !*

**Effectivement, elle pourrait se demander où sont cachées les caméras...**

**(rires et regards de connivence)**

*Bah oui... On est quand même dans une société... Bon j'ai plus qu'à surveiller dans mes papiers. Je sais que si je vois son avis de grossesse et qu'il n'y a pas de critère particulier, faudra quand même que je la convoque. »*

(Notes de terrain – 1<sup>er</sup> Avril - Permanence sage-femme - Legartel)

Le maillage institutionnel constitué par l'école, le SSD et la PMI se resserre assez facilement sur les contrevenantes au suivi de grossesse. Ce contrôle reste souterrain et invisible aux yeux de ceux/celles qui n'ont pas connaissance de la circulation des informations. Pour suivre malgré tout le développement de la grossesse sans contrarier les libertés individuelles et l'autonomie des mères (« ils arriveront peut-être à me l'orienter... Mais là je ne peux décemment pas envoyer un courrier ! »), les marges de manœuvre offertes aux intervenantes sont tout de même relativement faibles. Tout comme pour le suivi de l'enfant lorsque les parents ne se présentent pas aux rendez-vous ou quand la situation familiale inquiète les équipes, deux recours sont mobilisés : les appels téléphoniques et les visites à domicile.

② - Appels téléphoniques et visites à domicile : « faire (re)venir » et « aller voir »

« 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. »<sup>189</sup>. La puéricultrice, la sage-femme ou la secrétaire sont alors amenées à téléphoner au domicile de la famille en présentant leur appel de façon anodine : « ça faisait longtemps qu'on ne vous avait pas vu », « j'appelais pour savoir comment vous alliez ? », ou concernée : « je m'inquiétais », « je voulais m'assurer que tout allait bien ». Il s'agit alors, comme l'indique Cyril Farnier, de ne pas révéler les soupçons éventuels dont une situation familiale peut

<sup>188</sup> L. Simmat-Durand, « Grossesse et drogues illicites », *Déviance et Société*, vol. 26, 2002/1, p. 118

<sup>189</sup> C. Farnier, *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique, op.cit.*, p. 219

être l'objet<sup>190</sup>, mais également d'exprimer une bienveillante attention encourageant les jeunes ou futures mères à revenir et poursuivre le suivi commencé en PMI. Il ne convient en effet pas de blâmer les usagères, mais plutôt de leur accorder l'argument de l'oubli *via* l'expression d'une « fausse naïveté »<sup>191</sup>.

*« Dans le bureau de Sylvie [sage-femme] nous attendons le rendez vous de 15 h 30. Personne ne s'est présenté pour 14 h 00. Vers 15 h 00, elle décide d'appeler Mme F. [rendez-vous de 14 h 00].*

*« Bonjour, Mme F. ? Oui c'est la sage-femme de PMI, je vous appelle parce qu'on avait rendez-vous et je m'inquiétais. Qu'est-ce qu'il vous est arrivé ? Tout va bien ? (par son attitude la sage-femme m'inclut alors dans la conversation, elle lève les yeux au ciel en entendant l'explication, rie en silence, me fait un clin d'œil et répète les propos de la femme) Ha bon ! Vous vous êtes endormie. Ha bah oui, vous êtes fatiguée, je comprends... Bon vous pouvez revenir quand ? ».*  
*Mme F. viendra finalement à 16 h 30 »*

(Notes de terrain – 7 Avril - Permanence sage-femme - Legartel)

La fausse naïveté, ici flagrante au travers de toute la mise en scène qui entoure les propos, évite de placer les absentes dans une posture d'accusée. Alors que celles-ci tentent, pour une raison ou pour une autre, de se soustraire des services, cette stratégie de « sousveillance » permet la poursuite du suivi sans que la surveillance apparaisse au grand jour.

Lorsque « faire revenir » n'est pas suffisant pour les intervenantes, il leur reste la possibilité d' « aller voir ». J'ai compris en écoutant les discussions entre intervenantes, au moment des déjeuners, dans les couloirs ou entre deux portes, l'importance accordée à « faire une VAD pour voir ». Le domicile, lieu de l'intimité des familles, est paradoxalement un espace relativement ouvert à des interventions multiples puisque parfois investi par de nombreux professionnel-le-s exerçant dans des domaines variés : les puéricultrices et sages-femmes de PMI pour le médico-social, les assistantes sociales et travailleuses familiales pour le social, les professionnel-le-s des services éducatifs mandatés par le juge pour le judiciaire. Intervention délicate, la visite à domicile consiste à entrer littéralement dans l'intimité des familles. Cette incursion, qui se veut la plus discrète et respectueuse possible, contribue à élargir l'espace scopique lorsqu'une intervenante estime nécessaire d' « aller plus loin ».

*« Aller à domicile pour voir l'environnement familial, voir un peu le rôle et la place de l'enfant dans sa famille, moi c'est ce que je faisais quand je ne sentais pas trop les choses. Je me disais : faut aller à domicile... Soit on se cantonne aux questions, soit on va plus loin »*

(Entretien Laurence - puéricultrice encadrante - circonscription de Grazet)

Il s'agit pour les intervenantes de PMI, comme pour les assistantes sociales, « d'avoir un autre regard sur la famille, d'observer un cadre de vie, de comprendre la problématique familiale, voire de sentir une atmosphère »<sup>192</sup>. L'attention est ainsi portée à « l'aspect plus ou moins ordonné du logement, la délimitation des espaces de chacun, la présence de jeux »<sup>193</sup>.

---

<sup>190</sup> *Loc.cit.*

<sup>191</sup> *Loc.cit.*

<sup>192</sup> D. Serre, *Les coulisses de l'Etat social, op.cit.*, p. 32

<sup>193</sup> *Loc.cit.*

*« Pour ce qui est des parents qu'on reçoit et pour qui on a une inquiétude en ce qui concerne la prise en charge de l'enfant ou l'organisation de la maman... Les gens chez eux ont un comportement différent et sont quand même plus détendus... Et puis le naturel revient au galop. On perçoit quand même beaucoup plus de choses qu'à la PMI : les relations, les liens mère / enfant ou père / enfant ou les contacts avec la fratrie. Au domicile les gens sont un peu plus naturels, ça laisse transparaître beaucoup plus de choses qu'en salle de pesée. (...) La façon dont est organisée et tenue le logement, ça peut donner des indications et puis après naturellement on va écouter les parents »*  
(Entretien Fanny – puéricultrice - Bimont)

On devine les tensions et paradoxes que peuvent vivre les intervenantes entre regard soupçonneux et écoute bienveillante, d'autant plus lorsque le motif de la visite est en fait un prétexte pour passer plus facilement les portes du domicile familial. Il est en effet courant qu'on propose à une mère de venir chez elle en prétextant un allaitement difficile ou une problématique médicale relative à l'enfant ou à la femme enceinte pour accéder plus facilement à l'intimité de la famille. Entre travail de *care* et sur ou « sousveillance », les intervenantes éprouvent parfois des difficultés à admettre la seconde dimension de leur travail d'où la mise en œuvre de stratégies de distanciation avec les acteurs du contrôle social et une relecture de leurs pratiques à l'aune de leur travail de soutien.

L'intérêt porté au milieu familial d'un enfant renvoie les intervenantes de terrain à la difficile question des limites du champ d'intervention de la PMI. Les différents « clignotants » ne manquent pas d'interroger sur l'étendue des domaines d'investigation. Élément particulièrement délicat du quotidien des intervenantes, la porosité des frontières de leurs missions, entre « soutien à la parentalité » et « protection de l'enfance », les conduit à se poser souvent la question suivante : jusqu'à quel point pousser l'investigation de la vie familiale ?

## 2 - Une police féminine ? Sens et puissance relative de la surveillance

« Si les conduites et attitudes attendues des femmes sont édictées en grande partie depuis le monde des hommes en fonction des intérêts de ces derniers, la conformisation du sujet-femme aux postures de la muliérité s'opère aussi par la médiation du collectif de travail féminin »<sup>194</sup>. A ce titre les équipes médico-sociales de PMI, très largement féminines comme nous l'avons vu, pourraient faire penser à une « *police féminine*, [...] groupe de femmes habilitées à se soucier de la population féminine, et par conséquent capable de la surveiller de près »<sup>195</sup>. Pourtant, il convient de nuancer une telle idée. En effet, comment parler en terme de contrôle social quand les enquêtées refusent de penser leur activités en ces termes et cherchent à se démarquer des formes classiques d'encadrement des familles ? Quel rôle peut jouer le sociologue face à un dispositif nécessaire et apprécié pour ne pas tenir le rôle de trouble fête inutile ? Coincée entre complaisance et dévoilement cynique, tels sont les dilemmes qui m'ont accompagnée tout au long de ce travail. Ces derniers n'ont pu être dépassés qu'une fois pris en compte le sens donné par les intervenantes à leur action auprès des familles.

---

<sup>194</sup> P. Molinier, « L'amour et la haine, la boîte noire du féminisme ? Une critique de l'éthique du dévouement », *Nouvelles Questions Féministes*, 23, 3, 2003, p. 20

<sup>195</sup> E. Dorlin, *La matrice de la race*, Paris, La découverte, 2009, p. 141

## 21 – « Je ne suis pas flic ! »

Formulée dans les années 1970 à partir du champ pédiatrique, la catégorie de « maltraitance » n'a cessé de s'élargir à d'autres dimensions et suppose désormais d'inspecter et d'évaluer l'ensemble des relations familiales. Les intervenantes de PMI, et en premier les puéricultrices, concourent à la politique de protection de l'enfance départementale par leur action préventive mais également par leurs évaluations aux côtés des assistantes sociales lorsqu'une situation familiale inquiétante est notifiée par une information préoccupante à la cellule départementale de recueil de l'information préoccupante. La rhétorique du « repérage » et ces dispositifs de signalement confrontent les intervenantes, professionnelles de santé par leur formation, à de nombreuses contradictions éthiques qui se traduisent quotidiennement dans leurs pratiques professionnelles. « Je ne suis pas flic ! », formule souvent entendue, rend compte du difficile positionnement des intervenantes de PMI en matière de protection de l'enfance et de la volonté de distinction dont elles font preuve.

Chargée aux côtés du SSD et de l'ASE du volet administratif de la protection de l'enfance, la PMI, du fait du maillage institutionnel dans lequel elle se trouve, ne manque pas de susciter les suspicions de certaines familles qui se savent surveillées.

*« La cadre transmet les directives reçues par le service central : « Les signalements nationaux on ne les garde plus, faut les détruire au bout d'un an. C'est des gens qui fuient, ils font tout pour échapper au système et ils le connaissent bien. Ils se savent repérés. Ils ne vont pas se pointer à la PMI. »*  
(Notes de terrain – 22 Février - Réunion de service - circonscription de Grazet)

S'il n'est pas toujours explicite, ce positionnement de la PMI est connu des familles et peut avoir des répercussions dans les rapports qu'elles entretiennent avec les services. Les liens entre assistantes sociales et personnels de PMI sont quotidiens et facilités par une répartition des services sur le territoire qui font du SSD et de la PMI des voisins. Ainsi, il a souvent été noté, dans un premier temps avec surprise, la proximité des centres de PMI enquêtés avec les services sociaux, comme l'indique l'extrait de journal de terrain qui suit.

*« Première demi-journée de terrain à Legartel. Je rencontre Sylvie, la sage-femme que je vais suivre. Avant l'arrivée du premier rendez-vous, une assistante sociale vient discuter avec elle d'une jeune mineure enceinte qu'elle tâche d'orienter vers un suivi PMI. Sylvie me la présente en disant « on est voisine », ce que je ne comprends pas tout de suite. En quittant les lieux, je remarque que le service social est sur le palier d'en face. PMI et SSD sont effectivement voisins »*  
(Notes de terrain – 25 Mars - Permanence sage-femme - Legartel)

Cette proximité s'exprime à tous les niveaux de la hiérarchie, sur le terrain comme en circonscription. Conscientes de représenter ce que la protection de l'enfance peut avoir de répressif, les intervenantes mettent tout en œuvre pour éviter la confusion entre le signalement et le placement.

*« On est encore trop perçues... Quand on intervient dans le cadre d'une information préoccupante, la première idée des parents c'est « ils viennent nous retirer les enfants »... Voilà on a encore cette idée « la PMI va prendre nos enfants pour les mettre à la DASS ». On est encore perçue comme les méchantes dames qui viennent retirer les enfants. Souvent, on est obligé de reposer le cadre en disant qu'on est là pour évaluer leur situation, discuter avec eux de comment ça se passe, de ce qui nous amène à venir chez eux, réfléchir ensemble à ce que ça aille mieux en leur disant qu'on vient pas tout de suite, aujourd'hui, prendre les enfants et que les enfants, on les retire que quand ça ne va pas »*  
(Entretien Fanny – Puéricultrice - Bimont)

Le placement est en effet considéré comme la dernière des extrémités. D'un côté se trouve l'écoute qui demande du temps et de la disponibilité, opérée en amont, de façon préventive et essentiellement orientée vers les parents. D'un autre, en opposition directe, est présenté le placement de l'enfant, extrémité d'un système qui n'aura pas su désamorcer une situation à risque.

*« Quand on place un enfant, c'est qu'on n'a pas d'autre choix, pas d'alternative. Quand on part pour une évaluation, logiquement on n'a pas d'a priori. De toute façon, si c'est une famille connue, on sait déjà ce qu'on peut mettre en place. Quand on ne connaît pas la famille, on essaye de faire connaissance, de se connaître et puis de les aider, c'est quand même l'intérêt »*  
(Entretien Laurence - Puéricultrice encadrante - circonscription de Grazet)

L'objectif des évaluations est alors de poser un « diagnostic » sur la situation familiale et d'apporter les réponses les plus adaptées pour aider. Que cela soit lors des procédures de protection de l'enfance ou de l'accompagnement médico-social, l'idée n'est pas de surveiller pour punir mais plutôt de surveiller pour « contenir », terme largement mobilisé par les enquêtées.

## 22 – Une « double casquette » difficile à porter

Les missions de surveillance confèrent, comme on l'a vu, une nature policière aux activités en particulier des puéricultrices. Ce qui ne manque pas de poser question à certaines d'entre elles. Lors de ma première rencontre avec Audrey (infirmière, 35 ans, en PMI depuis un peu moins de 2 ans), elle me faisait part de son malaise vis-à-vis de ce qu'elle a appelé « la double casquette ». Elle me disait alors les problèmes éthiques que posaient les deux versants (prévention/protection) du travail d'infirmière / puéricultrice en PMI. Alors que les familles « peuvent venir consulter et nous font confiance, nous on va être là à regarder, à mener une investigation »<sup>196</sup>. Tension qui s'exprime d'ailleurs dans les réactions défensives qu'a pu provoquer mon usage de la notion de « contrôle social », ce dont rend compte l'extrait d'entretien qui suit.

*« J'ai à plusieurs reprises parlé de contrôle social avec vos collègues et j'ai toujours provoqué des réactions...  
(Elle m'interrompt) On ne peut pas admettre ces mots là nous! Nous on est dans l'accompagnement. On n'est pas dans le contrôle. Pour nous contrôle, c'est le flicage. On ne peut pas... On n'admet pas ça. On ne peut pas l'admettre parce qu'on est dans l'empathie »*  
(Entretien Colette - Puéricultrice encadrante - Circonscription de Legartel)

<sup>196</sup> Notes de terrain, 22/02, Permanence de puériculture, Laye

D'ailleurs, lorsque certaines intervenantes attribuent à la « casquette de flic » une importance jugée démesurée, elles sont immédiatement rappelées à l'ordre.

*« La dernière fois j'ai encore entendu « moi j'ai un mandat de protection de l'enfance » (rires). Ha non ! Non ! Non ! Personne n'a de mandat du juge, c'est que les flics qui les ont. Nous, on n'est pas des flics. On est là pour évaluer une situation. On a une information, on est là pour évaluer la situation, c'est écrit comme ça en plus »*

(Entretien Colette - Puéricultrice encadrante - Circonscription de Legartel)

Davantage guidées par une volonté de prise en charge que par un souci de dénonciation de familles, les intervenantes se doivent tout de même, lorsque la situation l'exige, de la signaler. Cette étape est globalement appréhendée et celles qui n'ont jamais eu à le faire s'en réjouissent.

**« Tu as déjà eu à faire un signalement ?**

*Non, à le faire non. Etayer un rapport par rapport à ce que j'ai pu observer en salle d'attente ou autre oui, mais pas à en faire un. Et j'ai parfois été contente de ne pas avoir... Ce n'est pas moi qui ai à prendre de décisions et ça me convient très bien »*

(Entretien Françoise – Secrétaire - Grazet)

Le signalement, lourd de conséquences pour les familles, est une des tâches les plus délicates du travail en PMI et peut entraîner une rupture douloureuse de la relation de suivi avec les familles concernées.

*« Y a quelques années, on avait une puéricultrice, une excellente professionnelle, on travaillait sur une famille avec une information préoccupante très grave, des enfants qui avaient des fœtopathies alcooliques parce que les parents avaient une maladie alcoolique. C'étaient des gens des pays de l'Est et ils vivaient vraiment dans un lieu épouvantable. Il y avait tout le temps du monde chez eux, ils faisaient la fête et on s'est demandé longtemps ce qu'il fallait faire... Enfin longtemps... Moi j'ai trouvé le temps long ! Et un jour, on a pris la décision qu'effectivement on demandait au juge le placement des enfants... Après le juge, il fait ce qu'il veut. On demande juste. Je dis à la puéricultrice : « Tu fais un rapport ». On voit ensemble les grandes lignes - parce que ça c'est mon travail d'encadrement- on voit ce qu'elle devait noter et puis elle me rend le rapport où elle demande une mesure judiciaire. Alors je lui dis viens me revoir parce que tu avais dit ces choses là et je ne les retrouve pas dans le rapport. Et quand on retravaille, je lui ai dit « la conclusion c'est je demande le placement des enfants » et elle s'est effondrée, en larmes [...] »*

(Entretien Colette - Puéricultrice encadrante - Circonscription de Legartel)

Sans pour autant entraîner à coup sûr une mise en branle de la machine judiciaire, et encore moins un placement, le signalement peut mettre fin à une relation d'aide qui ne va pas sans déchirements et sonne parfois comme un échec, d'autant plus lorsque la décision judiciaire désavoue l'évaluation des intervenantes. En effet, une fois envoyée au parquet, la requête peut être soit classée sans suite, soit transmise au juge des enfants qui peut, le cas échéant, statuer entre diverses mesures. En ce sens, la marge de manœuvre des intervenantes est limitée.

Initialement pensée sous la forme d'un acte de protestation sociale face à l' « intolérable »<sup>197</sup>, l'étatisation de la lutte contre la maltraitance, et surtout sa décentralisation, n'est pas sans limites.

**« Si vous êtes vraiment inquiet et qu'on ne vous ouvre pas la porte... »**

Bah on bascule sur de l'enfance en danger. On ne les lâche pas, mais c'est vrai que les familles ont droit aussi à avoir leur intimité et à refuser. Mais si on sent que les enfants peuvent être en danger, on s'oriente vers une autre prise en charge. C'est là où est le paradoxe : on se dit toujours est-ce qu'on va plus loin ? Est-ce qu'on y va ou pas ? Est-ce que ?... Et c'est là, je pense, que la PMI fait un gros travail quoi qu'on dise. L'avantage qu'on a nous, dans le département, c'est que les puéricultrices assurent toutes les missions, ce qui n'est pas le cas ailleurs. On assure en permanence, on fait les consultations... Ces familles, quand on sent qu'il y a une difficulté, on oriente vers un suivi des enfants en PMI parce qu'on sait qu'on pourra surveiller... (Elle se reprend) enfin surveiller, qu'on aura un regard. [...] Et c'est là que... Dans les médias, souvent, on entend des choses mais c'est difficile ! C'est difficile, on n'est pas Big brother ! On ne peut pas avoir un regard sur toutes ces familles et ce n'est pas l'objectif »

(Entretien Laurence - Puéricultrice encadrante - Circonscription de Grazet)

Alors qu'on demande aux intervenantes d' « avoir un regard » sur les familles, elles n'en ont pas souvent les moyens et n'envisagent d'ailleurs pas leur travail en ces termes (« c'est pas l'objectif »). Pourtant, cette responsabilité leur incombe et « en cas de problème grave [elles sont] les premières alignées », comme le dit, non sans animosité l'une d'elles. « Moi ça m'énerve quand à la télé ils disent sur TF1 : « Mais que fait le service social ? Que fait la PMI ? » Mais on fait, on fait mais c'est long. »<sup>198</sup> Finalement, comme l'expose Delphine Serre toujours à propos des assistantes sociales, « premières à être critiquées au moindre fait divers d'enfants maltraités (...) [pour] leur trop faible interventionnisme quand elles n'ont pas signalé à temps, elles peuvent aussi se voir accusées d'un trop grand empressement à retirer les enfants de leur famille »<sup>199</sup>.

### 3 - Conclusion Partie 3

A l'heure où la norme sociale explicite de notre modernité est qu'il n'y a pas de norme, la question de la prévention ne manque pas d'interroger nos conceptions de la relation parentale, ou plutôt des rôles sexués en matière de parentalité, tant la différence faite entre père et mère demeure essentielle dans la façon dont se formule la question de la prévention précoce. L'idée contemporaine d'absence de norme sociale de la vie familiale se fonde en fait sur des normes implicites de genre, pensées comme naturelles. Les idéologies de la dyade mère / enfant, véritables dogmes en matière de maternité, sont, comme on l'a vu, largement présentes et véhiculées par les professionnelles de la petite enfance. Les activités en PMI peinent alors à mettre en œuvre une logique préventive délestée de tout objectif de sur ou « sousveillance » des mères. L'ensemble reproduit des rapports sociaux de sexe qui assignent lourdement les femmes à certaines fonctions du « dedans », monde intime et privé, comme la sécurité affective des enfants *via* le « lien » qui les unit.

---

<sup>197</sup> P. Bourdelais, D. Fassin, *Les constructions de l'intolérable*, Paris, La découverte, 2005

<sup>198</sup> Notes de terrain, 22/02, Permanence de puériculture, Laye

<sup>199</sup> D. Serre, *Les coulisses de l'Etat social*, *op.cit.*, p. 9

Or, penser la « nature » féminine comme sensible, disponible et maternelle constitue une modalité historique de domination et « si la psychanalyse offre les ressources nécessaires pour penser la dynamique intersubjective adulte / enfant, elle n'en participe pas moins à l'euphémisation de la haine maternelle et à sa pathologisation.»<sup>200</sup> On observe ainsi un phénomène paradoxal qui conduit d'un côté à promouvoir à tout prix la relation mère / enfant, et de l'autre à protéger ces mêmes enfants de la potentielle dangerosité de leurs mères, en surveillant ces dernières.

Que cela soit dans le cadre des missions de prévention, ou à plus forte raison de celle de protection de l'enfance, les familles, dont l'interlocuteur privilégié demeure dans la grande majorité des cas la mère, sont soumises au regard, certes bienveillant, mais évaluateur des intervenantes. Afin d'évaluer les besoins non formulés par les mères, d'interpréter la demande implicite, les intervenantes focalisent leur observation et leur écoute sur l'attitude de ces dernières et la « relation mère / enfant » (les regards et sourires échangés, la façon dont les mères parlent de leur enfant, les expressions corporelles de cette dernière en présence de l'enfant, etc..). Cette interaction leurs permet de repérer les « vulnérabilités » de ces dernières qu'il s'agit alors de « contenir » puisqu'elles seraient susceptibles de nuire au développement psychique de l'enfant. Sans juger, les professionnelles doivent donc tout de même « jauger », évaluer, repérer les facteurs de risques appelés « clignotants ». L'identification des facteurs de vulnérabilité dépend simultanément de critères d'âge, de genre, de classe et de race. Au contact des équipes, nous avons appris à « voir » les clignotants et surtout appréhender la façon dont les caractéristiques pouvaient soit inquiéter ou rassurer les intervenantes.

Si l'encadrement des familles est, comme le montre Delphine Serre au sujet des assistantes sociales, une activité de classification et d'interprétation fondée sur des « schèmes mentaux », il en va de même pour les activités de *care* en PMI. Mesurer les risques permet d'évaluer les besoins et la meilleure façon d'y répondre. C'est en ce sens que les intervenantes refusent de voir la part de contrôle social dans leur travail, « sale boulot » omis et bien des fois honni.

---

<sup>200</sup> P. Molinier, « L'amour et la haine, la boîte noire du féminisme ? Une critique de l'éthique du dévouement », *Nouvelles Questions Féministes*, 23, 3, 2003, p. 20



## Des ambivalences du travail en PMI en direction des familles...

En introduction de ce travail, on se demandait comment interroger la construction sexuée de la « bonne » parentalité en PMI à l'aune des apports conceptuels du *care*, du genre et des théories du contrôle social. La tension entre *care* et surveillance, que j'opposais alors, s'est résorbée à l'observation et à la compréhension du travail réel mis en œuvre en PMI. Si les intervenantes tiennent un rôle de normalisation et de reproduction des rôles sexués de parentalité, leur travail ne saurait en aucun cas se réduire à cette dimension. Le contrôle auquel sont soumises principalement les mères est de nature hybride et paradoxale puisqu'il appelle tout autant à des pratiques de sur ou sousveillance qu'à celles du travail de *care*.

Mobiliser la grille de lecture offerte par les perspectives du *care* et la sociologie de la présence sociale ont permis de rendre visible les registres moraux mobilisés par les intervenantes, les enjeux de temporalisation et de sexuation à l'œuvre dans le déroulement des activités et les injonctions contradictoires auxquelles sont soumises les équipes. L'ordre du genre qui assigne les femmes à la relation, au proche et à l'intime conduit à naturaliser les compétences des professionnelles du *care*. Paradoxalement, leur professionnalité est également évaluée à l'aune de la « bonne » distance qu'elles savent établir avec le public. On a ainsi retrouvé dans ce travail l'expression en PMI des frontières établies entre profane/professionnel, privé/public, masculin/féminin qu'il convient aux sciences sociales de déconstruire.

A ces frontières se superposent, dans les interventions sociales en direction des familles, les distinctions normatives établies entre « bonnes » et « mauvaises » pratiques d'accompagnement. Le « soutien à la parentalité » réussi doit ainsi se départir de l'assistanat et de la suppléance. Nouveau paradigme des interventions sociales, l'activation ne manque pas de poser des difficultés en PMI du fait de l'ampleur des problématiques qui s'y présentent. En ce qui concerne les parents, la norme de l'autonomie s'impose également avec force et de façon sexuellement différenciée aux parents. Les jeunes ou futures mères sont ainsi également soumises à des injonctions contradictoires. Dans un contexte d'individuation fidèle aux préceptes de l'autonomie, elles sont d'abord encouragées à se distancier de l'enceinte familiale pour se réaliser en tant que femme. Cette émancipation ne va pas sans reproduire normes et stéréotypes de genre tant elle participe d'une injonction à la féminité et d'une naturalisation de la maternité. D'autre part, au nom de l'intérêt de l'enfant, l'idéologie de la primauté maternelle les ramène néanmoins auprès de celui-ci en éclipant quelque peu la présence des pères que les professionnelles de la petite enfance appellent pourtant de leurs vœux.

La maternité est alors non seulement accompagnée mais également surveillée de façon diffuse et continue. Les logiques temporelles de l'intervention conduisent en effet à anticiper les éventuels dangers pour l'enfant et place le risque au cœur des préoccupations professionnelles. Pourtant il est difficile de voir simplement dans ce travail de surveillance un avatar de « la police des familles » contemporaine. La volonté des intervenantes à prendre soin des familles, à se distancier de tout organe de répression, mais également les limites à leur travail, interdisent en somme de voir dans celui-ci la seule expression d'un dispositif de surveillance, mais plutôt celui de la protection sociale contemporaine dont le contrôle demeure un ressort.

## ...aux ambivalences du care

Alors que d'aucuns<sup>201</sup> s'accordent à faire du *care* « un galimatias de bons sentiments », une histoire de « bisounours » ou une « nunucherie », en somme « une affaire de bonnes femmes », il convient pour répondre à ces récriminations caricaturales de dé-moraliser le *care* afin d'en appréhender toute la complexité, ce que s'attache d'ailleurs à faire à partir de la psycho-dynamique du travail Pascale Molinier. Le *care* est avant tout une activité sociale traversée de rapports sociaux de pouvoir. De fait, elle n'est pas dépourvue d'ambiguïtés. Penser ensemble présence et contrôle social permet d'ouvrir l'analyse aux ambivalences du *care*.

En ce sens, à l'issue de ce premier parcours de recherche, bien loin d'avoir épuisé toute la complexité du sujet, on a surtout l'impression d'avoir ouvert plus de pistes qu'apporté des réponses. Nombreux sont les prolongements possibles à ce travail que je souhaiterais explorer en thèse. Restent des matériaux qui, à regret, n'ont pas été convoqués, ouvrant pourtant l'analyse à d'autres perspectives. Ainsi, l'engagement émotionnel des intervenantes ne va pas sans sentiments ambivalents à l'égard d'un public cible de sarcasmes, exaspérations et moqueries dans l'entre soi professionnel. Il convient alors comme le propose Pascale Molinier de « sortir de l'occultation de la haine des femmes envers les faibles [afin d'] établir une vérité à partir de laquelle il devient possible de penser à nouveau l'expérience des femmes exerçant les activités ou les métiers du *care*»<sup>202</sup>. De plus les théories de l'intersectionnalité n'ont été à mon sens que trop peu mobilisées dans cette recherche alors qu'elles offrent non seulement des apports heuristiques enrichissants mais aussi, combinées aux perspectives du *care*, permettent de ne pas désarmer cet outil exploratoire de perspectives critiques. Comprendre les modalités de construction et de repérage des « risques familiaux » au prisme des articulations de sexe, de classe, de race et d'âge qui pèsent sur les modalités de construction du risque me semble un prolongement stimulant. Enfin, les logiques temporelles et de temporalisation des interventions sociales ou médico-sociales de prévention autour de la naissance interrogent également sur les ressorts de l'identification des risques. Telles sont les questions, entre autres, qui restent à traiter.

---

<sup>201</sup> Je fais référence aux réactions qu'ont suscitées les propos de Martine Aubry sur la « société du care ».

<sup>202</sup> P. Molinier, « La haine et l'amour, boîte noire du féminisme ? Une critique de l'éthique du dévouement », *art. cité*, p. 13

**AED** : Aide éducative à domicile

**AEMO** : Action éducative en milieu ouvert

**CG** : Conseil général

**CMP** : Centre médico-psychologique

**DGS** : Direction générale chargée de la solidarité

**DPS** : Direction de la prévention et de la santé

**ETP** : Equivalent temps plein

**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales

**MAD** : Mise à disposition

**PF** : Planification familiales

**PI** : Protection infantile

**PM** : Protection maternelle

**PMI** : Protection Maternelle et infantile

**REAAP** : Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents

**SNMPMI** : Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile

**SSD** : Service social départemental

**VAD** : Visite à domicile

## Articles – Chapitres d'ouvrage

- 📖 Astier (I.) - « *Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale* » - Informations sociales n° 152 - 2009/2 - pp. 52-58
- 📖 Barthélémy (F.) - Bastard (B.) - Cardia-Vonèche (L.) - « *Peut-on décréter le partenariat entre les institutions en charge de la famille ? L'exemple des Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents* » - Recherches familiales n° 1 – 2004 - pp. 137-148
- 📖 Bastard (B.) - « *Les REAPP, l'accompagnement des parents au plan local. Institutions, professionnels et parents : partenaires* » - Informations Sociales n° 139 - pp. 94-105
- 📖 Benelli (N.) - Modak (M.) - « *Analyser un objet invisible : le travail de cadre* » - Revue Française de Sociologie - Vol. 51 - 2010/1 - pp. 39-60
- 📖 Bessin (M.) - « *Le travail social est-il féminin ?* » - in Ion (J.) (dir.) - *Le travail social en débat[s]* – Paris - La découverte – 2005 - pp. 152-169
- 📖 Bessin (M.) - « *Les hommes dans le travail social : le déni du genre* » - in Kergoat (D.) - Guichard-Claudic (Y.) - Vilbrod (A.) (dir.) – « *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement* » - Presses universitaires de Rennes – 2008 - pp. 357-370
- 📖 Bessin (M.) - Gaudart (C) - « *Les temps sexués de l'activité : la temporalité au prisme du genre ?* » - Temporalités - n° 9 - 2009/1 [En ligne]
- 📖 Bessin (M.) - « *La division sexuée du travail social* » - Informations sociales n° 152 - 2009/2 - pp. 70-73.
- 📖 Bessin (M) - « *La présence sociale en polyvalence de secteur. Enjeux de temporalisation et de sexuation dans l'accompagnement par des assistantes sociales* » - in Bessin (M.) & al. – « *Le genre de l'autonomie. Enquêtes sur la sexuation des interventions sociales* » - Rapport de recherche pour la MIRE/DARES - IRIS-CSPRP – 2009 - pp. 155-193
- 📖 Boisson (M.) - « *Petit lexique contemporain de la parentalité. Réflexions sur les termes relatifs à la famille et leurs usages sociaux* » - Informations sociales n° 149 - 2008/5 - pp. 8-15
- 📖 Cardi (C.) - « *La figure de la « mauvaise mère » dans la justice des mineurs* » - in Knibiehler (Y.) - Neyrand (G.) - *Maternité et parentalité* – Rennes – ENSP – 2004 - pp. 69-82
- 📖 Cardi (C.) - « *La mauvaise mère : figure féminine du danger* » – Mouvements - n° 49 – 2007 - pp. 27-37
- 📖 Cardi (C.) - « *La déviance des femmes : entre prison, justice et travail social* » - Déviance et Société – 2007 - vol. 31 - n° 1 - pp. 3-24

- 📖 Cardi (C.) - « *Conjuguer les disciplines au féminin* » - in Cicchini M. et Porret M. - Les sphères du pénal - Avec Michel Foucault – Lausanne - éd. Antipodes - coll. Histoire – 2007 - p. 223-235
- 📖 Cardi (C.) - « *Quels contrats de genre dans les nouveaux dispositifs d'action sociale en direction des familles ?* » - in Bessin (M.) & al. - Le genre de l'autonomie. Enquêtes sur la sexuation des interventions sociales - Rapport de recherche pour la MIRE/DARES - IRIS-CSPRP – 2009 - pp. 221-241
- 📖 Castel (R.) - Le Cerf (J.F.) - « *Le phénomène psy dans la société française* » - Le Débat - n° 1-2-3 - 1980
- 📖 Castel (R.) - « *De la dangerosité au risque* » - Actes de la recherche en sciences sociales - n° 47-48 – 1983 - pp. 119-127
- 📖 Castel (R.) - « *Devenir de l'Etat providence et travail social* » - in J. Ion (dir.) - Le travail social en débat[s] – Paris - La découverte – 2005 - pp. 27-48
- 📖 Charrier (P.) - « *Des hommes dans une profession « traditionnellement » féminine : choix professionnel et dénomination chez les hommes sages-femmes* » - in Kergoat (D.) - Guichard-Claudic (Y.) - Vilbrod (A.) (dir.) – « *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement* » - Presses universitaires de Rennes – 2008 - pp. 231-241
- 📖 Chauvière (M.) - Sassier (M.) - « *Décrypter les implicites* » - in Chauvière (M.) - Sassier (M.) - Allard (R.) - Ribes (B.) (dir.) - Les implicites de la politique familiale. Approches historiques, juridiques et politiques – Paris - Editions Dunod - 2000
- 📖 Chauvière (M.) - « *La parentalité comme catégorie de l'action publique* » - Informations sociales n° 149 - 2008/5 - pp. 16-29
- 📖 Commaille (J.) - « *L'économie socio politique des liens familiaux* » - Dialogue - n° 174 - 2006/4 - pp. 95-105
- 📖 Coutant (I.) - « *L'origine est-elle discriminante dans la prise en charge de la déviance ? Une étude dans un service de psychiatrie pour adolescents* » - in Fassin (D.) (dir.) – « *Les nouvelles frontières de la société française* » - Paris – La Découverte – 2009 - pp. 291-313
- 📖 Cresson (G.) - « *Formations et compétences dans les métiers de contact direct avec les petits enfants : quelques enjeux, conflits et paradoxes* » - Lien social et Politiques - n° 40 – 1998 - pp. 25-37
- 📖 Cresson (G.) - Gadrey (N.) - « *Entre famille et métier : le travail de car* » - Nouvelles questions féministes - vol. 23 - n° 3 – 2004 - pp. 26-40
- 📖 Druhle (M.) – 2000 - « *Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier* » - in Cresson (G.) - Schweyer (F.X.) (dire.) – « *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques* » - Rennes – ENSP – 2000 - pp.15-29
- 📖 Fassin (D.) - « *Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun* » in Dozon (J.P.) - Fassin (D.) – « *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique* » - Paris – Balland – 2001 - pp. 181-208

- 📖 Gojard (S.) - « *L'alimentation dans la prime enfance. Diffusion et réception des normes de puériculture* » - Revue française de sociologie - 41-3 – 2000 - pp. 475-512
- 📖 Laugier (S.) - « *L'éthique comme politique de l'ordinaire* » - Multitudes - n° 37-38 – 2009 - pp. 80-88
- 📖 Le Feuvre (N.) - « *Le "genre" comme outil d'analyse sociologique* » - in Fougeyrollas-Schwebel (D.) - Planté (C.) - Riot-Sarcey (M.) et Zaidman (C.) (dir.) – « *Le genre comme catégorie d'analyse : sociologie, histoire, littérature* » - Paris - l'Harmattan - 2003
- 📖 Lejealle (C.) - « *Le mobile professionnel : un outil de conciliation ou de confinement dans la charge du care pour les femmes cadres ?* » - Temporalités - n° 9 - 2009/1 [En ligne]
- 📖 Lenoir (R.) - « *Contrôle (du) social. La construction d'une notion et ses enjeux* » - Informations sociales n° 126 – 2005 - pp. 6-15
- 📖 Pioli (D.) - « *Le soutien à la parentalité : entre émancipation et contrôle* » - Sociétés et jeunesses en difficultés - [en ligne]
- 📖 Martin (C.) - « *La parentalité, controverses autour d'un problème public* » - in Knibiehler (Y.) - Neyrand (G.) – « *Maternité et parentalité* » - ENSP – 2004 - pp. 39-54
- 📖 Martin (C.) - « *Le souci de l'autre dans une société d'individus. Un débat savant et politique à l'échelle européenne* » - in Paugman (S.) – « *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales* » - Paris – PUF – 2007 - pp. 219-240
- 📖 Martin (C.) - « *Qu'est ce que le social care ? Une revue de questions* » - Revue française de socio-économie - n° 2 - 2008/2 - pp. 27-42
- 📖 Mathieu (N.-C.) - « *Identité sexuelle / séxuée / de sexe : trois modes de conceptualisation du rapport entre sexe et genre* » - « *L'anatomie politique : catégorisation et idéologies du sexe* » - Paris - Côté-femmes – Editions - 1991
- 📖 Memmi (D.) - « *Faire consentir : la parole comme mode de gouvernement et de domination* » - in Lagroye (J.) (dir.) - La politisation – Paris – Belin – 2003 - pp. 445-459
- 📖 Molinier (P.) - « *Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets* » - in Paperman (P.) - Laugier (S.) (dir.) – « *Le souci des autres, éthique et politique du care* » - Paris – EHESS – 2006 - pp. 299-316
- 📖 Molinier (P.) - « *La haine et l'amour, boîte noire du féminisme ? Une critique de l'éthique du dévouement* » - Nouvelles Questions Féministes - vol. 23 - n° 3 - 2004
- 📖 Murcier (N.) - « *Petite enfance et rapports sociaux de sexe : la formation des professionnels (les) de la petite enfance, idéologies et représentations sociales* » - in Kergoat (D.) - Guichard-Claudic (Y.) - Vilbrod (A.) (dir.) – « *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement* » - Presses universitaires de Rennes – 2008 - pp. 215-229
- 📖 Murcier (N.) - « *Le loup dans la bergerie. Prime éducation et rapports sociaux de sexe* » - Recherches et Prévisions n° 80 - juin 2005 - pp. 67-75

- 📖 Neyrat (F.) - « *Avant-propos sur les sociétés de clairvoyance* » - Multitudes n° 40 - 2010/1 - pp. 104-111
- 📖 Paperman (P.) - « *D'une voix discordante : désentimentaliser le care, démoraliser l'éthique* » - in Molinier (P.) - Paperman (P.) - Laugier (S.) (dir.) - « *Qu'est ce que le care ?* » - Paris - Editions Payot et Rivages - 2009 - pp. 89-110
- 📖 Paperman (P.) - « *L'absence d'émotion comme offense* » - in Paperman (P.) - Ogien (R.) (dirs.) - « *Les couleurs des pensées. Sentiments, émotions, intentions* » - Paris - Editions de l'EHESS - 1995 - pp. 175-197
- 📖 Paperman (P.) - « *Pour un monde sans pitié* » - Revue du MAUSS - 2008/2 - n° 32 - pp. 267-283
- 📖 Pulcini (E.) - « *Assujetties au don, sujets de don, réflexions sur le don et le sujet féminin* » - Revue du MAUSS - n° 25 - 2005/1 - pp. 325-338
- 📖 Quessada (D.) - « *De la sousveillance. La surveillance globale, un nouveau mode de gouvernement alité* » - Multitudes - n° 40 - 2010/1 - pp. 54-59
- 📖 Schneider (M.) - « *Le procès des mères* » - Mouvements - n° 49 - 2007 - pp. 38-45
- 📖 Schweyer (F.X.) - « *La profession de sage femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste* » - Sciences sociales et santé - vol. 14 - n° 3 - 1996 - pp. 67-115
- 📖 Serre (D.) - « *Le « bébé superbe ». La construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance* » - Sociétés Contemporaines - n° 31 - 1998 - pp. 107-127
- 📖 Simmat-Durand (L.) - « *Grossesse et drogues illicites* » - Déviance et Société - vol. 26 - 2002/1 - pp.105-126
- 📖 Truc (G.) - « *La paternité en maternité. Une étude par observation* » - Ethnologie Française - XXXVI - 2006 - 2 - pp. 341-349
- 📖 Thiaudière (C.) - « *La protection maternelle et infantile : politique de santé publique et spécialisation médicale* » - Regards sociologiques - n° 29 - 2005 - pp. 23-34
- 📖 Tronto (J.C.) - « *Du care* » - Revue du MAUSS - 2008/2 - n° 32 - pp. 243-265

## Ouvrages

- 📖 Astier (I.) - « *Les nouvelles règles du social* » - Paris - PUF - 2007
- 📖 Beaud (S.) - Weber (F.) - « *Guide de l'enquête de terrain* » - Paris - La découverte - 2008
- 📖 Boltanski (L.) - « *Prime éducation et morale de classe* » - [1977] - Paris - Ed. EHESS - 1984
- 📖 Bourdelais (P.) - Fassin (D.) - « *Les constructions de l'intolérable* » - Paris - La découverte - 2005
- 📖 Brugère (F.) - « *Le sexe de la sollicitude* » - Paris - Seuil - 2008

- 📖 Castel (R.) – « *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?* » - Paris – Seuil - 2003
- 📖 Chopart (J.N.) (dir.) – « *Les mutations du travail social. Dynamiques d'un champ professionnel* » - Paris – Drees – Mire – Dunod - 2000
- 📖 Commaille (J.) - Strobel (P.) - Villac (M.) – « *La politique de la famille* » - Paris – La Découverte - 2002
- 📖 De Singly (F.) - « *Sociologie de la famille contemporaine* » - Paris – Nathan - 1993
- 📖 De Singly (F.) - « *Le soi, le couple et la famille* » - Paris – Nathan - 1996
- 📖 Donzelot (J.) – « *La police des familles* » - [1977] – Paris - Editions de minuit - 2005
- 📖 Dorlin (E.) – « *Sexe, genre et sexualités* » - Paris – PUF - 2008
- 📖 Dorlin (E.) – « *La matrice de la race* » - Paris - La découverte - 2009
- 📖 Dorlin (E.) – « *Sexe, classe, race. Pour une épistémologie de la domination* » - Paris - Actuel Marx – PUF - 2009
- 📖 Fassin (D.) – « *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute* » - Paris - Alternatives sociales - La Découverte - 2004
- 📖 Fassin (D.) - Fassin (E.) (dir) – « *De la question sociale à la question raciale. Représenter la société française* » - Paris - La Découverte - 2006
- 📖 Foucault (M.) – « *Surveiller et punir* » - [1975] – Paris – Gallimard - 1993
- 📖 Foucault (M.) – « *Histoire de la sexualité* » - Tome 1 – « *La volonté de savoir* » - Paris – Gallimard - 1976
- 📖 Ion (J.), (dir.) – « *Le travail social en débat[s]* » - Paris - Alternatives sociales – La Découverte - 2005
- 📖 Knibihler (Y.) – « *Histoire des mères et de la maternité en occident* » - Paris – PUF - 2000
- 📖 Knibiehler (Y.) (dir) – « *Maternité, affaire privée, affaire publique* » - Bayard - 2001
- 📖 Molinier (P.) - Paperman (P.) - Laugier (S.) – « *Qu'est ce que le car ?* » - Paris - Editions Payot et Rivages - 2009
- 📖 Neyrand (G.) – « *Sur les pas de la Maison Verte. Des lieux d'accueil pour les enfants et leurs parents* » - Paris – Syros - 1995
- 📖 Neyrand (G.) – « *L'enfant, la mère et la question du père. Un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance* » - Paris – PUF - 2000
- 📖 Paperman (P.) - Laugier (S.) (dir) – « *Le souci des autres, éthique et politique du car* » - Paris – EHESS - 2006



- 📖 Peretti-Watel (P.) - Moatti (J.P.) – « *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives* » - Paris - Le Seuil - 2009
- 📖 Schweyer (F.X) - Pennec (S.) - Cresson (G.) et Bouchayer (F.) (dir.) – « *Normes et valeurs dans les champs de la santé* » - Rennes – ENSP - 2004
- 📖 Serre (D.) – « *Dans les coulisses de l'état social. Enquêtes sur les signalements d'enfants en danger* » - Paris - Raisons d'agir - 2009
- 📖 Théry (I.) – « *Le démariage. Justice et vie privée* » - Paris - Odile Jacob - 1993
- 📖 Tronto (J.) – « *Un monde vulnérable. Pour une éthique du car* » - Paris - La découverte - 2009
- 📖 Weber (F.) – « *Le sang, le nom, le quotidien. Une sociologie de la parenté pratique* » - Paris - Aux lieux d'être - 2005

## Rapports

- 📖 Bessin (M.) - Bory (S.) - Cardi (C.) - Hermann (E.) - Murard (N.) - Steinauer (O.) – « *Le genre de l'autonomie. Enquêtes sur la sexuation des interventions sociales* » - Rapport de recherche pour la MIRE/DARES - IRIS-CSPRP - 2009
- 📖 Jourdain-Menninger (D.) - Roussille (B.) - Vienne (P.) - Lanelongue (C.) – « *Étude sur la protection maternelle et infantile en France* » - Rapport de l'IGAS n° RM2006-163P - Tome I/III - 2006
- 📖 Martin (C.) – « *La parentalité en questions. Perspectives sociologiques* » - Rapport pour le Haut Conseil de la Population et de la Famille - 2003

## Travaux universitaires

- 📖 Cardi (C.) - « *La déviance des femmes. Délinquantes et mauvaise mère : Entre prison, justice et travail social* » - Thèse de doctorat de sociologie - Université Denis Diderot Paris VII - 2008
- 📖 Carrière (C.) – « *Se faire parents à l'hôpital. Interaction et co-élaboration des normes de parentalité dans un service de suivi des grossesses à haut risque* – Paris – Caf - Dossier d'Études n° 101 - 2008
- 📖 Farnarier (C.) – « *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique. Le cas des consultations de protection infantile* - Thèse de sociologie – EHESS - 2009

- 1 – La répartition formelle des activités : Qui fait quoi ?
- 2 – Courrier type MAD
- 3 – «Les recommandations de la Haute Autorité de Santé » in « Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent » - Guide Pratique Protection de l'enfance – Ministère de la Santé et des solidarités, 2008, pp. 58-65 (8 pages)

## 1 - La répartition formelle des activités : Qui fait quoi ?

(Extraits des fiches de poste établies par le CG)

### **Les médecins :**

- assurent la prévention médico-sociale en lien avec les autres professionnels de la PMI
- assurent des consultations et des bilans de santé
- participent au recueil, à l'analyse et à l'exploitation des statistiques en épidémiologie et en santé publique
- participent à la prévention et à l'identification des mauvais traitements sur des personnes vulnérables (mineurs, femmes enceintes, adultes handicapés, personnes âgées)
- contribuent à l'éducation pour la santé auprès des familles
- peuvent encadrer une équipe médicale ou et administrative sur un territoire ou en site central

### **Infirmières / Puéricultrices :**

- participent aux consultations médicales lors des bilans individuels pour évaluer le développement physique et psychologique de l'enfant
- assurent l'observation de la relation mère enfant et la dynamique familiale
- participent aux bilans de santé des enfants en école maternelle
- contribuent au dépistage des handicaps du jeune enfant et des troubles de l'adaptation scolaire
- assurent des actions de soutien à la parentalité (visites à domicile, entretiens, animation de lieux d'accueil parents-enfants)
- participent aux actions de prévention et de protection de l'enfance en danger
- participent à l'agrément, au suivi, à l'information et à la formation des assistantes maternelles
- peuvent encadrer une équipe d'infirmière et de puéricultrices

### **Sages-femmes :**

- assurent le suivi médico-social et l'accompagnement psychologique de la femme enceinte
- assurent le suivi à domicile des grossesses signalées pour prévenir l'arrivée d'une pathologie
- aident à l'élaboration et à la consolidation du lien mère / enfant
- informent des jeunes et des couples sur la régulation des naissances
- animent des sessions d'information sur la grossesse et la contraception
- participent à des actions de santé de prévention, d'information et d'orientation au cours des consultations prénatales, de planification familiales ou lors des visites à domicile)
- participent aux missions de prévention médicale et de protection de l'enfance en danger
- tiennent et renseignent des documents administratifs

### **Secrétaires :**

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

## 2 – Courrier type MAD

Entête du département

Centre de PMI  
78, rue Mohan  
99500 Legartel

Le 29/01/2010

Affaire suivie par :  
**Madame Sylvie X**  
**Sage-femme de PMI**

Madame,

Vous attendez un enfant. Le service départemental de Protection Maternelle et Infantile a reçu votre déclaration de grossesse et vous propose une rencontre avec la sage-femme de votre quartier.

Je me tiens à votre disposition pour répondre aux questions que vous vous posez peut-être sur la grossesse, l'accouchement et sa préparation, l'allaitement, l'après naissance, le mode de garde de votre enfant.

Je vous propose, avec votre accord, un rendez-vous à ma permanence le **Mardi 13 Avril à 13 h 45**. Ces rencontres, gratuites, ne remplacent pas les consultations habituelles chez votre médecin. Si vous ne souhaitez pas ce rendez-vous ou si l'heure ne vous convient pas, vous pouvez me téléphoner au xx.xx.xx.xx.xx ou me renvoyer le talon-réponse ci-dessous. **Toutefois, tout rendez-vous non confirmé au moins 48 heures avant, sera systématiquement annulé.**

Restant à votre disposition pour tout complément d'information, veuillez agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Madame Sylvie X,  
Sage-femme

## ANNEXE 2

### L'entretien du 4<sup>e</sup> mois de grossesse

#### Les recommandations de la Haute Autorité de Santé

extraits du guide d'entretien

L'entretien individuel ou en couple qui est désormais prévu par la loi, doit être proposé systématiquement à la femme enceinte par le professionnel de santé qui confirme la grossesse, même si ce dernier n'assure pas, par la suite, le suivi médical de la femme enceinte.

La femme choisit le moment où elle souhaite avoir cet entretien qui doit se dérouler durant le 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse. Le futur père doit être encouragé à participer à l'entretien. Cet entretien individuel permet de présenter et mettre en place la PNP. En cas de déclaration tardive, de refus initial par la femme ou le couple, l'entretien peut avoir lieu plus tard. Si besoin est, cet entretien doit pouvoir être renouvelé, en particulier dans les situations difficiles (addictions, précarité, violence conjugale, etc.). Une absence de réalisation de l'entretien individuel (par manque d'information de la femme ou refus) ne doit pas empêcher la participation aux séances de PNP. Dans ce cas, le professionnel qui reçoit la femme en demande de séances prénatales réalise l'entretien individuel et planifie les séances et leur contenu.

[..]

L'entretien individuel ou en couple ne se substitue pas aux consultations de suivi de la grossesse. Il permet de structurer la PNP et de coordonner les actions des professionnels autour de la femme enceinte.

En pratique, il s'agit d'impliquer la femme et le couple dans une démarche de prévention, d'éducation et d'orientation et de favoriser une meilleure coordination des professionnels autour de la femme enceinte au moyen de méthodes visant à :

- accéder par le dialogue au ressenti de la femme et du couple et à consolider leur confiance dans le système de santé ;
- indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales ;
- repérer les situations de vulnérabilité et proposer une aide ;
- adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme et du couple.



## > Objectifs de l'entretien précoce

Les objectifs de l'entretien individuel ou en couple sont présentés par le professionnel de santé qui déclare la grossesse. Le but recherché de l'entretien est :

- de présenter le dispositif de suivi de la grossesse ;
- de situer dans ce dispositif l'intervention des professionnels et préciser sa manière de travailler avec les autres professionnels ;
- d'anticiper les difficultés somatiques, psychologiques et sociales qui pourraient advenir ;
- de compléter ou donner des informations sur les facteurs de risque, les comportements à risque et des conseils d'hygiène de vie ;
- d'encourager la femme ou le couple à participer aux séances de PNP.

Le professionnel qui réalise l'entretien s'assure que la femme et le couple ont compris les objectifs de l'entretien. L'entretien permet :

### 1. Une appréciation positive de la santé globale de la femme enceinte (aspects somatique, psychologique et social) pour :

- permettre aux professionnels de santé de mieux connaître la femme ou le couple et leur contexte de vie ;
- explorer le vécu de la grossesse en consolidant les compétences personnelles de la femme ;
- *conforter le couple dans son projet de grossesse et de naissance : choix des modalités d'accouchement, possibilités d'accompagnement pendant la grossesse et après la naissance ;*
- permettre à la femme enceinte de mettre en avant et mobiliser ses ressources personnelles et sociales, ses capacités physiques pour faire face aux changements, corporel, mental, social, familial, liés à la naissance de l'enfant, de même pour le futur père.

### 2. Une information sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels autour de la femme enceinte qui vise à :

- présenter l'offre de soins, le travail entre les divers acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, les missions et fonctionnement du réseau de santé quand il existe, les droits liés à la maternité, les ressources matérielles, les services, les sources d'information fiables avec mise en garde quant aux sources qui délivrent une information non vérifiée ;
- faire le point sur le suivi médical sans aborder systématiquement les informations spécifiques au contenu et aux conditions de déroulement des consultations de suivi médical de la grossesse, sauf en cas d'absence de suivi ou de questions posées par la femme ou le couple ;
- présenter les alternatives de PNP au sein de l'offre locale.



### **3. Une information précoce sur la prévention des facteurs de risque et comportements à risque<sup>1</sup> :**

- donner des informations sur les risques liés au mode de vie, des conseils d'hygiène alimentaire et de nutrition et une information sur les risques infectieux alimentaires ; souligner les risques de l'automédication, de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues.

### **4. Une identification des besoins d'information et des compétences parentales à développer et à soutenir pour :**

- indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales en vue de préparer la naissance, l'accueil de l'enfant dans les meilleures conditions, et soutenir la fonction parentale ;
- préciser à la femme ou au couple que leur expérience va être consolidée, qu'un apprentissage va leur être proposé comme les soins à l'enfant, l'alimentation, le couchage, la prévention, la promotion d'une bonne santé, la sécurité au domicile. L'épanouissement d'une « parentalité réussie » va être soutenu par des informations et des échanges d'expérience (besoins et exigences d'un jeune enfant, construction du lien d'attachement, faire face à des pleurs, en particulier de cause incomprise, etc.) ;
- encourager le couple à participer aux séances en soulignant l'intérêt d'une PNP précoce et régulière qui sera poursuivie à la maternité et à domicile en cas de sortie précoce ou en cas de difficultés anticipées durant la grossesse ou décelées après la naissance.

### **5. Un repérage systématique des facteurs de vulnérabilité**

(somatique, sociale, psycho-affective) susceptibles de compromettre la santé de l'enfant, de perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant, voire de nuire à la protection et à la sécurité de l'enfant afin :

- de ne pas réduire les difficultés aux seules situations connues comme la précarité et un bas niveau éducatif, mais de les élargir à d'autres facteurs ;
- d'identifier une addiction (alcool, drogue, médicaments, tabac) ;
- de convaincre, avec tact, les femmes de ne pas taire les violences conjugales.

Les facteurs de vulnérabilité ne pourront pas tous être repérés lors de l'entretien individuel. Il est recommandé que le professionnel de santé, qui assure les consultations de suivi de la grossesse, soit attentif au repérage de ces facteurs. Les transmissions interprofessionnelles sont une aide pour le médecin ou la sage-femme qui suit la grossesse pour ajuster sa vigilance.



## **6. Un premier lien, et si besoin un travail en réseau avec des professionnels** activé autour de la femme et de sa famille, de la période anténatale à la période postnatale pour :

- proposer précocement une réponse adaptée aux difficultés ;
- discuter avec le professionnel qui assure le suivi médical de l'intérêt d'un suivi médical complémentaire et en cas de problème somatique d'une consultation spécialisée. Les confidences reçues ne doivent pas d'emblée entraîner une consultation spécialisée, en particulier psychologique ou psychiatrique. Lorsque la femme n'est pas prête à effectuer la démarche, les psychologues et psychiatres peuvent apporter un soutien au professionnel qui suit la grossesse pour l'aider à mieux prendre en compte les besoins psychiques et intensifier le suivi médical ;
- envisager une conduite à tenir devant de réelles situations de danger ou d'insécurité (violence, isolement extrême, etc.) ;
- adapter le suivi en fonction des besoins tout au long de la grossesse, à la naissance et en postnatal.

### **Propositions de questions qui peuvent être abordées lors de l'entretien** (inspirées des recommandations de la HAS)

- Environnement familial et social ; contexte de vie, composition familiale, niveau d'arrêt des études
  - Niveau de ressources, couverture sociale
  - Habitat (commodités, vétusté)
- 
- Suivi de la grossesse
  - Vécu de la grossesse par la femme, le futur père, la famille, stade d'acceptation, idée que la femme se fait de la grossesse, de ses éventuels problèmes de santé ou difficultés
  - Vécu de la grossesse précédente
  - Inquiétude, résignation, impuissance, motivation, craintes ou sentiments négatifs quant à la grossesse et à la naissance
  - Effet de sa grossesse et conséquences sur son quotidien
  - Changements et événements stressants récents et à venir (déménagement, etc.)
  - Existence d'un soutien social (isolement, aide pour accomplir les tâches quotidiennes, soutien du conjoint ou du compagnon, ami proche, membre de la famille)
- 
- Vie quotidienne, profession, temps de transport, activités sociales et de loisirs, hygiène de vie, sexualité
- 
- Grossesse, accouchement, période postnatale immédiate
  - Représentations de la grossesse, de l'accouchement, de l'accueil de l'enfant, des changements dans la vie familiale et des relations dans le couple



- Besoins et exigences d'un petit enfant, soins à l'enfant et équipement nécessaire, alimentation de l'enfant, sécurité (prévention des accidents domestiques), promotion et suivi de la santé de l'enfant, modes d'accueil de l'enfant
- 
- Relations dans le couple
  - Violence domestique
  - Stress, anxiété, troubles du sommeil
  - Signes évocateurs d'un épisode dépressif
  - Dépendance ou addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments)
  - Précarité
  - Risque social : maladie, chômage, changement de la composition familiale (enfants, parent isolé ou rupture conjugale)
  - Annonce prénatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap
- 
- Projet de naissance
  - Préparation à la naissance et à la parentalité
- 
- Connaissances, savoir-faire, attitudes
  - Rôle dans l'organisation et la planification du suivi de la grossesse
  - Attentes face aux décisions à prendre et aux changements entrevus
  - Perception du besoin d'aide et d'accompagnement

### > Conduire l'entretien individuel ou en couple

Pour conduire l'entretien, il est recommandé de créer des conditions de dialogue et d'utiliser des techniques de communication appropriées qui :

- mettent la femme et le couple en confiance ;
- leur permettent d'exprimer leurs attentes, leurs besoins, leur questionnement ;
- les aident à livrer leurs ressentis, leurs angoisses, les traumatismes actuels ou anciens qui pourraient être source de difficultés ultérieures.



### *Conditions de dialogue et techniques de communication utilisables lors du déroulement de l'entretien individuel ou en couple*

- Qualité de l'accueil, écoute active, tact, attitude encourageante non culpabilisante, non disqualifiante, empathie
- Temps d'expression suffisamment long de la femme et du futur père
- Reconnaissance de l'expérience et du savoir-faire de la femme et du couple
- Utilisation de questions ouvertes qui permet d'accéder au ressenti de la femme et du couple et de tenir compte de sa logique de raisonnement. Les questions fermées sont utilisées pour obtenir une précision
- Reformulation, relance pour explorer une dimension en particulier
- Possibilité de s'entretenir un moment avec la femme seule ou programmation d'une rencontre ultérieure pour évoquer des problèmes délicats comme la violence domestique ou conjugale, des traumatismes anciens
- Progressivité dans la délivrance des informations, des conseils
- Clarté de l'information délivrée et adaptation du niveau de langage, en particulier en cas de handicap sensoriel, de faible niveau d'études ou pour les femmes et couples venant de pays étrangers (recours à un interprète)
- Assurance d'une bonne compréhension des informations délivrées
- Résumé de la situation, confirmation de ce qui a été dit, proposé, décidé
- Assurance que la décision finale appartient à la femme. Cette décision peut évoluer au cours de la grossesse
- Confidentialité de l'entretien, en particulier sur les questions délicates comme la violence domestique
- Information et accord de la femme pour la transmission d'informations entre les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social

### **> Indiquer les contenus à aborder lors des séances et repérer les situations de vulnérabilité**

Afin d'indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales, il est recommandé d'utiliser un guide d'entretien.

[...]

Ce guide d'entretien permet de repérer les situations de vulnérabilité au cours du dialogue qui s'instaure avec la femme ou le couple... Il indique les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales et dépister les situations de vulnérabilité chez la femme ou le couple.

[...]

Il est recommandé de se référer à une définition des principaux facteurs de vulnérabilité pour les reconnaître au cours du dialogue avec la femme ou le couple.



La liste non exhaustive des principaux facteurs de vulnérabilité a été établie à partir de l'analyse de la littérature, complétée de l'expérience pratique des membres du groupe de travail, sans parvenir ni à hiérarchiser les facteurs de vulnérabilité, ni à définir les caractéristiques d'une population à risque.

### **Définition et liste des principaux facteurs de vulnérabilité**

#### **Définition de la vulnérabilité :**

- *La vulnérabilité est une caractéristique « principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique ».*

#### **Principaux facteurs de vulnérabilité :**

- *Les antécédents obstétricaux mal vécus : précédente grossesse ou naissance compliquée ou douloureuse ;*
- *Les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple : avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage.*
- *La violence domestique, en particulier conjugale ;*
- *Le stress traduit la relation entre une situation qui se modifie et une personne confrontée à cette situation : challenge à surmonter ou menace à laquelle elle peut succomber. Le stress est sous-tendu par la perception personnelle à la fois des exigences de la situation et de ses capacités ;*
- *L'anxiété est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l'accouchement par exemple) qui se nomme et peut être exprimée par la femme enceinte ;*
- *Les troubles du sommeil du début de grossesse peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression ;*
- *Un épisode dépressif durant la grossesse se caractérise par une perte d'intérêt ou de plaisir (perte de l'élan vital) pour presque toutes les activités ;*
- *La dépression du post-partum est fréquente. Selon les études, sa prévalence varie de 3 à 10 % selon le moment du post-partum où elle est étudiée. Elle se dépiste au moyen d'un instrument d'auto-évaluation, validé et traduit en français (EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*), son utilisation avant la naissance n'est pas recommandée.*
- *La dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments) entraîne des effets néfastes physiques ou psychologiques chez la femme enceinte et des conséquences physiques chez le nouveau-né qu'il convient d'anticiper.*
- *La précarité est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités.*
- *Le risque social est lié à des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale).*
- *La naissance à haut risque psycho-affectif après l'annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.*



### > Rédiger une synthèse de l'entretien individuel ou en couple

Il est recommandé de rédiger une synthèse de l'entretien individuel ou en couple. Cette synthèse est transmise avec l'accord de la femme au professionnel qui met en œuvre les séances prénatales (s'il n'a pas réalisé l'entretien lui-même) et au médecin ou à la sage-femme qui assure le suivi médical de la grossesse. En cas de situation de vulnérabilité ou de difficultés, la synthèse sert également de support à la coordination des actions autour de la femme enceinte.

Les éléments de la synthèse sont les suivants :

- climat et tonalité de la rencontre (comportement) ;
- ce que la femme exprime de ses besoins, attentes, préoccupations, difficultés ;
- les besoins d'information et les compétences à développer par la femme ou le couple ;
- les difficultés et les facteurs de vulnérabilité ;
- les troubles somatiques, les difficultés psychologiques et sociales ;
- les orientations médicales et les dispositifs d'aide et d'accompagnement proposés ;
- les contacts pris avec les professionnels des champs sanitaire, social et médicosocial ;
- le suivi envisagé avec l'évaluation régulière de la situation à chaque étape de la PNP : amélioration des connaissances et des compétences parentales, utilité et efficacité des dispositifs mis en place ;
- les coordonnées de la ou des personnes qui occupent ou partagent la fonction de coordination.

L'existence d'un dossier partagé, détenu par la femme, devrait faciliter l'accès aux informations médicales, qui de ce fait seront disponibles au moment de l'entretien.