



Master 2 Mention santé publique
Parcours « Enfance, jeunesse : politiques
et accompagnements »
Promotion : **2021-2022**

Promotion de la santé en
Protection Maternelle et Infantile :
représentations et pratiques

Clara GARRIGOU
Juin 2022
Sous la direction de
Marie-Renée GUEVEL

Remerciements

Le point final de ce travail vient clôturer une année riche d'apprentissages et de rencontres. Il m'a permis d'entrevoir la PMI par une fenêtre nouvelle, grâce à la contribution de toutes celles et ceux qui m'ont accompagnée dans cet exercice d'équilibriste, entre travail de terrain et recherches solitaires.

Je remercie ici l'ensemble des personnes rencontrées autour de ce travail, et en particulier Marie-Renée Guével, pour ses conseils avisés et ses précieux éclairages à chaque étape, Virginie Muniglia, chef d'orchestre habile, pour sa disponibilité et sa bienveillance, Alis Sopadzhyan pour son accompagnement stimulant.

Pour leurs regards et le partage de leur expertise, je remercie en particulier Agnès Gindt-Ducros et Anne-Sophie Vozari, qui m'ont insufflé l'envie de regarder les choses de plus près.

Pour leur écoute et tous les moments partagés, je remercie également :

- Mes camarades d'ENJEU, pour leur enthousiasme, leur vision du monde et les débats sans fin.
- Amélie, Claire, Chloé, Brigitte, Anne et Aurélie, collègues-facilitatrices, qui par leurs attentions et leur présence, ont rendu cette année de formation aussi sereine que possible.
- L'ensemble des professionnelles qui se sont prêtées au jeu des entretiens et qui se reconnaîtront derrière leurs pseudonymes : merci pour votre confiance et vos partages.
- Mes amis et ma famille, pour leur soutien et leurs regards amusés. Mathieu et Laurie qui m'ont offert pour quelques jours un bel endroit de tranquillité.

Merci à Baptiste, soutien de la première heure et de chaque jour, pour son amour et sa patience, et à notre merveilleux trio de filles, qui rend le quotidien joyeux et tous les défis possibles.

Sommaire

Introduction	7
1. Contexte de la recherche et choix du sujet.....	8
2. Problématique, hypothèses et cadre théorique	9
3. Méthodologie.....	13
4. Annonce du plan	15
Partie I – La promotion de la santé, un concept méconnu mais mis en œuvre malgré tout	16
1. Définition et applications dans le champ de la petite enfance et de la parentalité.....	16
2. Un concept méconnu par les professionnels ?	19
3. Stratégies et mise en œuvre « malgré tout ».....	25
4. Synthèse de la partie I.....	30
Partie II – Promotion de la santé, réalités de terrain et paradoxes institutionnels.....	31
1. L’institution PMI, ambitions et paradoxes	31
2. Les professionnelles, fourmis ouvrières d’une organisation structurelle complexe.....	34
a. Le médical comme porte d’entrée de l’intervention sociale	35
b. La santé mentale, un souci incontournable	38
3. Dommages collatéraux : concurrence d’acteurs et souffrance au travail.....	40
a. Les motivations initiales à l’épreuve de la réalité	40
b. Génération burn-out ?	42
4. Synthèse de la partie II.....	44
Partie III – Les accommodations nécessaires du travail social.....	45
1. Développement professionnel et promotion de la santé : l’expérience structurante.....	46
a. La culture professionnelle à l’épreuve de la diversité des pratiques	46
b. L’impossibilité d’harmoniser ?	48
2. Parcours de vie, parcours professionnels.....	50
a. Une professionnalité qui évolue	50
b. L’expérience de la parentalité.....	52
3. Professionn-ELLES du travail social et influences sociologiques	54
a. Milieux, normes et valeurs.....	54
b. <i>Care</i> et émancipation : un féminisme tâtonnant	56
4. Synthèse de la Partie III	59
Conclusion.....	60

Liste des sigles utilisés

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CESE : Conseil Economique Social et Environnemental

ETP : Equivalent Temps Plein

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IP : Information Préoccupante

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

PMI : Protection Maternelle et Infantile

A propos de l'écriture inclusive...

Ce travail propose d'étudier les professionnel.le.s de PMI, dont la représentation est largement féminine, même si elles ne l'est pas de manière exclusive. Le choix de féminiser – ou non - le terme s'est donc posé tout au long de la phase d'écriture. L'écriture inclusive est finalement utilisée pour introduire le propos, afin de ne pas exclure les représentants masculins de ces professions. Au regard des données recueillies dans la phase d'enquête, *les professionnelles* désignent ensuite l'ensemble des intervenant.e.s de PMI évoqué.e.s dans cet écrit.

Introduction

« Le meilleur de l'info et une équipe de professionnels de santé dans votre poche 7 jours sur 7, de 8h à 22h ». La promesse de cette application, accessible par abonnement et une dizaine d'euros par mois, est le témoin d'une génération de parents toujours plus soucieux du bien-être et de la santé de ses enfants. Des professionnel.le.s de santé disponibles à n'importe quelle heure pour répondre à leurs questions, les conseiller et les rassurer : telle est l'ambition de ce service payant, à la communication bien rôdée et au casting de professionnels maîtrisé. Dans une époque traversée par des préoccupations grandissantes autour de la parentalité, et de la place accordée à l'enfant, des applications de ce type voient le jour régulièrement. Besoin d'immédiateté et de conseils certifiés, quête d'idéal et tendances éducatives innovantes, rien n'est laissé au hasard. Entre opportunités économiques et véritables réponses relevant de la santé publique, la limite est floue et interroge à plusieurs niveaux. Cet exemple puisé presque au hasard révèle l'étendue des initiatives privées qui inondent le monde de la santé et de l'accompagnement des jeunes parents. Bientôt englouties par ces activités toujours plus nombreuses et plébiscitées sur les réseaux sociaux, les structures publiques peinent à rivaliser, et à rendre visibles leurs propositions. Parmi elles, la Protection Maternelle et Infantile, pilier historique de l'accompagnement des jeunes enfants et de leurs parents, fait l'objet d'une défiance et d'une image peu valorisée. Souvent associée à l'idée du contrôle et de la surveillance, médiatisée dans des moments particuliers¹, la PMI suscite peu l'intérêt du grand public. Pourtant, ses missions s'inscrivent dans les mêmes objectifs de soutien et d'accompagnement, devant permettre aux familles de bénéficier d'espaces d'échanges, de liens, pour soutenir les compétences de chacun, quelque soient ses conditions de vie et ses moyens.

La PMI se retrouve ainsi mise en concurrence avec d'autres acteurs privés. Une concurrence ressentie par les professionnel.le.s, générant malaise et sentiment d'impuissance. Même si elles prennent des formes différentes, leurs actions s'inscrivent pourtant dans une démarche promotrice de santé, et répondent à des besoins universels. Les interrogations dépassent la question de la parentalité, mais peuvent être mises en lien avec les politiques de prévention d'une manière plus globale, où chaque acteur tente de trouver sa place et de donner un sens aux missions qu'il exerce.

¹ A l'heure d'écrire ces lignes, le placement d'un bébé après sa naissance à domicile et de sa grande sœur est largement relayé dans les médias. Suscitant émoi et indignation, les discours repris désignent « la PMI » comme responsable d'une décision abusive et injustifiée, en occultant les procédures à l'œuvre et les raisons ayant motivé la mise en protection des enfants (https://www.liberation.fr/checknews/accouchement-non-assiste-que-sait-on-du-placement-de-deux-enfants-en-ille-et-vilaine-20220616_F7NGAHRIA5AY5M6IN7Y52VEFIY/).

1. Contexte de la recherche et choix du sujet

Le point d’ancrage de ce travail se situe au niveau d’observations de terrain, de discussions informelles et de quelques frustrations. Régulièrement au cœur des échanges avec les professionnelles qui partagent mon quotidien, la place de la PMI, sa visibilité, et l’image véhiculée auprès des jeunes parents sont des interrogations permanentes. Réflexions nécessaires pour penser nos modes d’interventions et l’impact qu’ils peuvent avoir, ces interrogations sont aussi le reflet d’un contexte compliqué, où le manque de reconnaissance abîme l’investissement des équipes.

Souvent « absorbées » par des missions aussi variées qu’engageantes, celles-ci organisent leur temps entre consultations et visites à domicile, évaluation de situations de danger, tâches administratives et temps de réflexion collectifs. L’implication permanente, au service et en proximité directe des familles rencontrées, masque parfois les orientations de fond. La gouvernance des services de PMI, si elle revêt des moyens et des formes différentes selon les territoires (Djaoui, 2018, p 45), affiche en premier une ambition de promotion de la santé. Ambition parfois perdue de vue, ou qualifiée d’inatteignable par les intervenant.e.s de terrain. En cause, le manque de temps et de personnel pour penser et mettre en place des actions collectives autour de l’enfant bien portant : ateliers de massage ou de portage, sensibilisation à l’allaitement maternel par exemple. En parallèle de ce constat, le développement des offres payantes et externalisées, exercées par des libéraux : ces mêmes ateliers peuvent être facturés autour de 50€ de l’heure dans des structures dédiées ou café-parents, et assurés par des professionnels peu qualifiés.

Cette année de master autour des politiques à destination de l’enfance était pour moi l’occasion de prendre un peu de hauteur sur ces considérations, en dégager une vision plus large et des bénéfices constructifs. Tenter de mieux comprendre l’environnement de la PMI et ses acteur.ice.s, telle était l’ambition de ce travail. L’exercice de la recherche de terrain s’est révélé riche d’enseignements et d’ouverture. En *prenant le pouls* des équipes de terrain, s’est peu à peu construite une problématique qui vient interroger les pratiques et leurs influences sur une politique publique aussi vaste que fragile.

2. Problématique, hypothèses et cadre théorique

Structure décentralisée de santé publique, la Protection Maternelle et Infantile (PMI) assure des missions de prévention au travers d'interventions médico-sociales, à destination des femmes enceintes et des jeunes enfants. La PMI, même si elle connaît des évolutions structurelles depuis sa création en 1945, est le lieu de la mise en œuvre des politiques de prévention en faveur d'une population cible : enfants de 0 à 6 ans, et leurs parents. Depuis sa création, l'institution fait face à des injonctions contradictoires, et doit répondre à différentes contraintes, directement liées au contexte politique et social :

- Les rapports ministériels² ou du défenseur des droits³ affirment la nécessité de renforcer la place de la PMI dans le maillage global dans lequel elle se trouve. Une affirmation qui se retrouve dans les récentes évolutions législatives autour de la protection et la santé des jeunes enfants.
- Les réalités de terrain demeurent complexes, par la multitude des situations rencontrées (grande précarité, urgences en protection de l'enfance notamment) et le manque de moyens pour y répondre. Les tensions observées chez les professionnel.le.s illustrent les difficultés quotidiennes pour se situer au travers des tâches et missions qui leur sont confiées, au carrefour d'une intervention médicale et sociale. Les activités exercées en PMI sont parfois détournées de leur ambition première (permettre à tous d'avoir accès à des informations et un suivi de santé ciblé, optimal et complet), faute de disponibilité des professionnel.le.s et de visibilité auprès du public et des partenaires de terrain. Il existe un décalage entre les objectifs nationaux d'universalisme, et l'aspect ciblé des actions observées sur le terrain.

² « Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! », rapport présenté par la députée M. Peyron, mars 2019.

³ « Santé mentale des enfants : le droit au bien-être », rapport de la défenseure des droits, novembre 2021.

- Comme un fil rouge guidant la cohérence de ces interventions, la question de la promotion de la santé⁴ apparaît centrale. Si ce concept général n'est pas formulé directement par les professionnel.le.s, il n'en reste pas moins essentiel pour comprendre les pratiques et valeurs mobilisées auprès des familles qui se rendent en PMI. Que ce soit au cours des actions individuelles (consultations, visites à domicile) ou collectives (ateliers parents-enfants), la promotion de la santé se retrouve à chaque niveau d'intervention, même si les professionnel.le.s n'en ont pas toujours conscience, et déplorent plutôt une intervention trop « tardive », une fois les difficultés installées.

C'est ce dernier constat qu'il semble intéressant d'explorer, au travers des représentations à l'œuvre chez les professionnel.le.s elleux-mêmes.

Les références mobilisées ici sont empruntées à la sociologie du travail social (Serre, 2012), à l'éducation et la promotion de la santé (Berger, 2009) et à la sociologie de la famille et de la parentalité (Martin, Le Pape, 2014). Les travaux d'A.S Vozari et de C. Farnarier prennent comme objet d'étude la PMI et ses intervenant.e.s, en explorant la question des ambivalences, et la dimension sociale du fonctionnement de cette structure de santé publique (Vozari, 2011 et 2021 ; Farnarier, 2009). D'autres recherches réalisées auprès de professionnel.le.s exerçant en promotion de la santé (infirmières et médecins scolaires) soulignent « *le lien entre les conceptions individuelles et la nature des pratiques mises en œuvre* » (Berger et al, 2009, p 641), ou le fait que les arbitrages faits par les professionnel.le.s dépendent « *du contexte, du lieu d'exercice, de leur personnalité, valeurs et représentations* » (Hardy et al, 2014). D'autres travaux dans le champ médico-social mettent en avant les aspects de genre et de classe sociale pour définir le lien des professionnel.le.s avec les publics rencontrés (Serre, 2012, p 49).

Les théories issues de ces travaux croisent l'ancrage réglementaire de l'institution PMI, au travers de rapports et ouvrages spécialisés (Suesser, Djaoui). Le concept de promotion de la santé mobilisé en santé publique permet d'éclairer les orientations politiques, et leur appropriation par les professionnel.le.s de terrain :

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) alertait en 2020 sur le manque de données concernant la santé des enfants, et la configuration du dispositif actuel. Ce dernier laisse peu de place aux

⁴ La promotion de la santé est une ambition très vaste, qui consiste à « *donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer* » (OMS, 1986).

actions de promotion de la santé, pensées de manière collective et participante avec le public visé, mais « *privilégie les pathologies, une prévention médicalisée et des comportements conçus avant tout comme individuels* » (Lang et al, 2020, p 329). Au regard de ces constats et des rapports précédemment cités, la protection maternelle infantile, maillon essentiel du système de prévention précoce, fait l'objet d'une évolution législative notoire en 2022.

La loi relative à la protection des enfants, adoptée en février 2022, vient renforcer la politique de protection maternelle et infantile, notamment à travers son article 12 : « *Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, des priorités pluriannuelles d'action en matière de protection et de promotion de la santé maternelle et infantile sont arrêtées par le ministre chargé de la santé, après définition conjointe par les représentants des départements et le ministre chargé de la santé, dans des conditions fixées par voie réglementaire* ». Le texte de loi prévoit également une expérimentation autour de la création de « Maisons de l'enfant et de la famille », dont les objectifs seront d'améliorer l'accès aux soins, de développer les actions de prévention et de soutien à la parentalité, et de faciliter la coordination entre les différents intervenants du parcours de soin des enfants. Un renforcement des effectifs de professionnel.le.s et une revalorisation des actes et prestations effectués par les infirmières puéricultrices, notamment, constituent les moyens principaux de mise en œuvre de ce projet de loi.

L'ensemble de ces dispositions situent les professionnel.le.s de PMI au cœur des interventions en prévention / promotion de la santé. Au-delà des limites organisationnelles, en termes de moyens matériels et de délai de mise en œuvre de ces évolutions sur un territoire donné, il semble donc pertinent de s'intéresser aux facteurs individuels pouvant influencer le rapport des professionnel.le.s de PMI à leur mission de promotion de la santé et la mise en œuvre d'actions concrètes :

**Comment les professionnel.le.s de PMI envisagent-iels leurs missions
de promotion de la santé ?**

Cette question rejoint plus largement celle des politiques publiques à destination des enfants et des familles, et des pratiques professionnelles qu'elles englobent. Dans un contexte où les missions de promotion de la santé des services de PMI ont été plusieurs fois réaffirmées, mais où les professionnel.le.s qui y exercent ne mesurent pas forcément leur activité sous cet angle-là, plusieurs hypothèses guident ce travail :

1) Les professionnel.le.s de PMI méconnaissent les concepts de promotion de la santé, faute d'apport théorique au cours de leur formation, ou d'accompagnement de leurs pratiques. Peu ou pas accompagné.e.s sur cette question, les professionnel.le.s s'en réfèrent à des savoirs profanes, issus de leurs expériences individuelles et d'une construction professionnelle progressive dans le temps.

2) La promotion de la santé englobe une multitude d'actions, qui découle directement des situations rencontrées sur le terrain. Les modes d'intervention sont également influencés par des facteurs organisationnels, et en particulier les conditions de travail vécues par les professionnel.le.s.

3) Des facteurs individuels impactent directement la représentation et l'exercice des missions par les professionnel.le.s de PMI. Une définition précise de ces missions demeure complexe, voire illusoire, du fait de la diversité des actions mises en œuvre.

3. Méthodologie

Après une première étape de recherche théorique pour affiner le sujet au regard de la littérature existante, la phase de recueil a intégré entretiens et observations, dans une démarche qualitative. Le choix des professionnelles interrogées ici s'est fait sur la base de leurs secteurs d'intervention, leurs expériences antérieures et d'éléments biographiques (âge, situation familiale). Les professionnelles rencontrées travaillent sur 5 centres de PMI différents. Trois d'entre eux sont implantés dans des zones urbaines prioritaires, les deux autres couvrent à la fois des territoires ruraux et péri-urbains. Les professionnelles enquêtées sont pour la plupart infirmières-puéricultrices du fait de la composante majoritaire des équipes PMI⁵. Une médecin et une sage-femme ont également été interrogées afin de compléter les données de l'étude, et de mettre en perspective l'influence de différentes formations professionnelles⁶.

Lors de la phase exploratoire, un premier entretien auprès d'une mère régulièrement suivie en PMI, Madame F, est venu compléter la collecte des premières données de la littérature. Cet entretien a constitué pour moi la première étape de prise de distance avec le terrain. Pour aborder mon sujet de recherche sous un angle nouveau, il a fallu que je me dégage de ma fonction professionnelle. Pour la première fois, j'étais perçue comme une étudiante, donc novice, par la femme avec qui j'échangeais : elle n'attendait pas de réponse de ma part. Cette étape m'a permis de réfléchir d'une part, à ma posture d'enquêtrice, et d'autre part, au rapport que les personnes que je côtoie entretiennent avec l'institution⁷.

La phase d'enquête a consisté en la réalisation de neuf entretiens semi-directifs dont un avec deux professionnelles simultanément. Dix intervenantes de PMI ont ainsi été interrogées, par téléphone ou directement. Si la constitution d'un échantillon représentatif s'avère illusoire dans cette démarche, le déroulé des entretiens est resté similaire d'une personne à l'autre. Les thématiques abordées concernaient le parcours de la professionnelle, la manière dont elle envisageait ses missions de promotion de la santé, et l'impact que pouvait avoir son propre vécu (expériences

⁵ Au niveau national, pour l'année 2015, les puéricultrices représentaient 4000 ETP, les médecins 1750 ETP et les sages-femmes 880 ETP (Rapport « *Pour sauver la PMI, agissons maintenant !* », 2019).

⁶ Voir Annexe 1 : Tableau récapitulatif des personnes enquêtées.

⁷ Voir Annexe 2 : Extrait d'entretien avec Madame F.

personnelles, configuration familiale) sur sa pratique⁸. Les observations du quotidien, depuis ma place de professionnelle, sont venues nourrir les propos recueillis lors des entretiens.

Travaillant depuis plusieurs années dans un centre de PMI, le déroulement de mon enquête de terrain a nécessairement été pensé au prisme de cette immersion déjà existante. Ma place d'étudiante s'est ainsi fondue dans celle de la professionnelle, déjà identifiée par les personnes interrogées pour ce travail. Je me suis efforcée de conserver une certaine distance avec mon lieu d'exercice actuel pour aller à la rencontre de professionnelles que je ne côtoie pas au quotidien. Les contraintes de temps ne m'ont pas permis d'aller dans un autre département, mais la connaissance du territoire m'a permis d'opérer des choix stratégiques en termes de lieux et de personnes enquêtées : la variété des profils et des lieux d'exercice était la principale priorité. Cette organisation a présenté l'avantage de ne pas avoir à « négocier » avec le terrain d'enquête. J'ai ainsi pu optimiser l'activité quotidienne (consultations, entretiens, réunions d'équipe...) et les temps d'échanges informels pour mesurer la manière dont « infusait » mon objet de recherche sur le travail de terrain. Cette double place a également pu influencer les propos des professionnelles rencontrées. Si elles se sont montrées en confiance et à l'aise dans nos échanges, elles ont peut-être pu faire preuve d'une certaine retenue, du fait de notre appartenance à la même institution. Il m'est impossible de mesurer ce dernier point à ce stade de mon travail.

Enfin, l'étape de l'analyse doit être menée à la lumière de cette double appartenance, *professionnelle et enquêtrice*. La prise en compte des références communes qui imprègnent les discours retranscrits s'est rapidement avérée essentielle pour en faire une lecture juste et sincère : « *Il y a les digressions laborieuses, les ambiguïtés que la transcription dénoue inévitablement, les références à des situations concrètes (...) que le locuteur évoque d'autant plus volontiers que son interlocuteur est plus familier, donc plus familier avec tout son environnement familier* » (Bourdieu, 1993, p 1418).

Pour finir, l'ensemble des données recueillies et des personnes mentionnées ont été anonymisées, tout comme le département enquêté.

⁸ Voir Annexe 3 : Guide d'entretien utilisé auprès des professionnelles de PMI

4. Annonce du plan

Ce travail propose, au prisme de la promotion de la santé, d'analyser la situation de la PMI et de ses professionnelles aujourd'hui. Il s'efforce de décrire et de comprendre comment les professionnelles de PMI se saisissent de leur mission de promotion de la santé, et quels facteurs - collectifs ou individuels- influencent leurs représentations et leurs pratiques.

Une première partie permettra d'explorer les principaux concepts de promotion de la santé et de les mettre en lien avec la description qu'en font les professionnelles, au travers de leurs discours et de leurs actes. Ces éléments seront ensuite lus à la lumière des réalités de terrain et de leur impact sur les professionnelles. Nous verrons enfin comment ces professionnelles aménagent leur quotidien et leurs dispositions individuelles pour répondre aux exigences parfois ambivalentes auxquelles elles doivent répondre.

Partie I – La promotion de la santé, un concept méconnu mais mis en œuvre malgré tout

Avant d'explorer la question de la promotion de la santé au travers de son appropriation par les professionnelles de PMI, un bref contour théorique paraît inévitable. Si les entretiens menés ici ont clairement mis en évidence une difficulté pour les professionnelles à décrire le concept de promotion de la santé, un retour sur sa définition et ses composantes permettra une lecture éclairée des discours recueillis au cours de l'enquête.

1. Définition et applications dans le champ de la petite enfance et de la parentalité

La fin des années 1970 a vu émerger la promotion de la santé comme nouvel angle de la santé publique. A la fois considéré comme « *un processus, une approche et une fonction* », ce mouvement se caractérise avant tout comme un outil politique permettant d'agir sur l'environnement d'une population et ayant pour finalité le bien-être de celle-ci (Sherlaw, 2017, p 41-43). Centrée sur la conception de la santé comme ressource nécessaire au développement économique et social d'une population, la promotion de la santé s'appuie en priorité sur la participation des individus. Les actions engagées renforcent ainsi la capacité d'agir de chacun (notion d'empowerment) en fonction de ses ressources et dispositions individuelles, pour intervenir sur sa propre santé et accéder au système de soin disponible. Les modalités utilisées accordent une place centrale à « *l'éducation (...) comme moyen de donner du pouvoir aux personnes* » (Jourdan, 2021, p 187).

La charte d'Ottawa, texte fondateur de la promotion de la santé

La Charte d'Ottawa fait suite à la conférence de l'OMS en 1986, et tient lieu de référence en promotion de la santé, définie comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci (...)* La santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie. Il faut donc mettre à la disposition des personnes une connaissance et leur permettre de s'en saisir en toute liberté de choix ».

La mise en œuvre de cette approche se fait au travers de 5 axes :

- Elaborer une politique publique favorable à la santé
- Créer des milieux favorables à la santé
- Renforcer l'action communautaire
- Développer les aptitudes et les ressources individuelles
- Réorienter les services de santé afin qu'ils répondent mieux aux besoins des populations

Conditions indispensables à la santé : « *La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable* ». (OMS, 1986)

Si la promotion de la santé peut se décliner tout au long de la vie, son application autour de la parentalité et la petite enfance se révèle être un levier essentiel de santé publique. La grossesse, et les premières années de vie d'un enfant constituent des périodes essentielles pour le développement de ses compétences motrices, cognitives et affectives. La qualité de l'environnement physique, la stabilité des relations affectives dont l'enfant bénéficie, sont autant de déterminants de santé pour lui, comme pour l'adulte qu'il deviendra plus tard : « *Au cours de phases sensibles du développement, les conditions environnementales peuvent avoir des effets biologiques sur le long terme (...)* En ce sens, la définition et la caractérisation de l'environnement psychosocial familial dans l'enfance constituent un défi important » (Kelly-Irving et al, 2016, p 10). La réduction des inégalités sociales de santé constitue un axe incontournable en promotion de la santé, et s'inscrit dans une approche multi-stratégique pour y parvenir. Les actions peuvent avoir lieu à différents niveaux d'organisation politique, communautaire ou individuel. La PMI constitue ainsi un de ces niveaux d'intervention, au niveau départemental, en organisant des consultations et des actions médico-sociales de prévention et de suivi des femmes enceintes et des enfants de 0 à 6 ans (Jourdan, 2021, p 188).

En septembre 2020, le Rapport de la commission des 1000 premiers jours⁹ rappelait l'importance d'une intervention précoce, pour favoriser un développement harmonieux au cours des premières années de vie, et par ricochet, d'un meilleur niveau de santé global à l'âge adulte. Les propositions déclinées dans le rapport s'appuient ainsi sur l'évolution des connaissances médicales disponibles : effets bénéfiques de l'allaitement maternel, d'un attachement sécurisé, ou apport des neurosciences sur la construction cérébrale. D'autres préconisations concernent directement la (re)définition des dispositifs et politiques publiques, au travers notamment de l'allongement du congé paternité ou de l'augmentation des places disponibles en structure d'accueil du jeune enfant.

Les interventions menées en PMI (consultations, visites à domicile, actions collectives, accompagnement vers les modes d'accueil, prévention de la maltraitance) s'inscrivent donc directement en promotion de la santé. Centrées sur l'enfant, en lien avec la communauté dans laquelle il s'inscrit, ces interventions permettent de mobiliser les ressources nécessaires à son développement en bonne santé, et ainsi de contribuer à son intégration dans la société. Une démarche globale, dont les contours ne sont pas toujours conscientisés par les professionnelles, qui peinent à décrire le cadre conceptuel de leurs actions.

⁹ *Les 1000 premiers jours, là où tout commence*, Ministère des solidarités et de la santé, septembre 2020.

2. Un concept méconnu par les professionnels ?

Lorsque je leur présentais le thème de mon travail, *les missions de promotion de la santé en PMI*, mes interlocutrices ne relevaient pas, et acceptaient la programmation d'un entretien ensemble. Au moment où je leur posais directement la question « *Qu'est-ce que la promotion de la santé évoque pour toi ?* » pendant l'entretien, elles avouaient y avoir réfléchi entre temps mais ne pas y mettre de définition particulière, tout en se demandant où je voulais en venir... Ce scénario s'est reproduit quasiment à chaque fois, traduisant, d'une part, le flou qui entoure cette notion du côté des professionnelles, et d'autre part, leur culpabilité à ne pas savoir comment l'aborder.

Différentes stratégies ont été utilisées pour contourner la question, ou me la renvoyer directement pour obtenir un éclairage :

« - Euh... et ben ça m'évoque pas grand-chose ! Je préférerais que ce soit toi qui m'en dises plus justement ! (rires)

- La promotion de la santé est une notion large... entre autres sur le fait de permettre à une population de s'autonomiser, d'avoir le pouvoir d'agir sur sa propre santé...

- D'accord... moi je pensais à la prévention et tout ça... mais c'est pas vraiment ça... »

Sophie, sage-femme en PMI depuis 9 ans

« J'allais justement te demander ce que tu entendais par promotion de la santé... (hésitation) c'est pas forcément un concept qu'on emploie ou qu'on utilise dans notre pratique... Moi ce que j'entends c'est surtout le côté prévention (...) les conseils qu'on peut donner aux personnes sur leur santé, et l'action qu'ils peuvent avoir sur leur santé... comment ils peuvent influencer les choses par le sport, par l'alimentation... faire attention à soi et à son corps... »

Charlotte, médecin en PMI depuis 6 ans

Cette confusion avec la notion de prévention est revenue à plusieurs reprises, les professionnelles employant régulièrement ce terme pour désigner leurs actions en faveurs des familles, par opposition aux interventions en protection de l'enfance :

« (...) tu vois tout ça c'est de la protection de l'enfance... on va dire qu'on fait à 90% de la protection de l'enfance... et le reste... euh...(soupir) la promotion de la santé, ben je t'avoue qu'on en fait pas beaucoup quoi... »

Françoise, puéricultrice en PMI depuis 14 ans

« C'est ce qu'on fait tous les jours en fait dans nos rencontres avec les familles... C'est le rôle de prévention (...) Il y a tellement de familles à voir qu'on survole en fait (...) Il nous faudrait plus de temps, il nous faut vraiment du monde... alors je sais pas si c'est mieux d'avoir des équipes dédiées aux IP¹⁰... des équipes dédiées à la prévention (...) C'est ça qui est frustrant, c'est qu'on est partout et nulle part à la fois... mais c'est lourd quoi de faire que des IP, que de la protection... »

Virginie, puéricultrice en PMI depuis 8 ans

¹⁰ Information Préoccupante

La vision « échelonnée » des différents niveaux d'intervention revient régulièrement comme repère pour les professionnelles, pour situer la portée de leurs actions et la marge de manœuvre dont elles disposent. La promotion de la santé est ainsi perçue comme un premier niveau, où tout serait possible, et les comportements malléables pour l'instauration de « bonnes pratiques » :

« Je sais pas trop quelle différence je mets entre promotion de la santé et prévention... peut-être que promotion de la santé je partirais plus sur la santé médicale... mais du coup la prévention permettrait l'anticipation de risques en particulier... mais la promotion de la santé en tant que telle... euh... (soupir) ben oui, je crois qu'on a toujours une idée derrière la tête en fait... donc je vois pas trop... je crois qu'on a un gros biais professionnel ! (rires) »

Nolwenn, puéricultrice en PMI depuis 2 ans

« Pour moi la prévention s'arrête quand on est dans la protection... quand on est dans la protection de l'enfance c'est difficile de faire de la prévention... On voit qu'il y a un souci éducatif et là on peut agir... Il faut extraire du milieu familial pour pouvoir faire quelque-chose... »

Charlotte, médecin de PMI depuis 6 ans

« Ouais ça me parle, ça me parle... J'aimerais bien réussir à faire ça aussi, mais je trouve qu'on est à des années lumières de ça... dans les familles ici on travaille l'accès au soin... c'est déjà pas mal avant de faire de la promotion de la santé (...) la promotion de la santé, ça dépend où tu la cales... est ce que tu la cales... pour moi, c'est avant la prévention primaire... mais même entre la prévention primaire et la prévention secondaire il y a de la promotion de la santé qui peut se jouer. »

Hélène, puéricultrice en PMI depuis 9 ans

La prévention : définition, champ et pratiques

« La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie, la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution, et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence. » (HAS, 2006).

Cette définition simplifiée de la prévention présente l'avantage de distinguer ses différents niveaux de mise en œuvre. D'autres classifications prennent en compte la population bénéficiaire des actions de prévention, en distinguant la prévention universelle (qui s'adresse à l'ensemble d'une population), la prévention sélective (sous-groupes de population définis sur des critères démographiques ou sociologiques) et la prévention ciblée (organisée en fonction de la présence de facteurs de risque bien identifiés) (Raimondeau, 2020, p 342-343).

La notion de population cible renvoie directement à l'action communautaire comme levier d'action en faveur de la santé. Cette approche ascendante, fondée sur l'engagement des membres d'une collectivité, géographique ou sociale, vise des transformations sociales en faveur de la santé, et constitue l'un des 5 axes de la promotion de la santé.

Promotion de la santé et prévention forment finalement un continuum, à la croisée des dimensions sociales et sanitaires qu'elles englobent. Cette vision globale permet de considérer la promotion de la santé comme un champ de la prévention, sans qu'il n'y ait d'opposition entre l'une et l'autre. Les rapports entre les domaines d'activité du champ socio-sanitaire se retrouvent ainsi mouvants entre les différents acteurs concernés : professionnels de santé, travailleurs sociaux, enseignants, bénévoles, élus, etc. (Jourdan, 2021, p 11 ; 180).

Le besoin de se référer à un cadre précis pour définir ses actions traduit une volonté de voir ces actions couronnées de succès ou d'échec pour les professionnelles. Pour qu'une action de prévention soit opérante, il faut pouvoir mesurer ses effets. Or en PMI, l'accompagnement des enfants se fait à plus ou moins long terme, et les résultats ne sont pas toujours palpables, en particulier lorsque les domaines d'intervention sont nombreux.

La famille de Léo est originaire d'Haïti. Après un parcours migratoire de plusieurs mois, la famille arrive en France peu avant sa naissance, avec ses trois sœurs aînées. Je les rencontre lorsque Léo a 10 jours. Pendant plusieurs semaines, je me rends à l'hôtel où ils sont hébergés tous les six, m'assure de la bonne croissance du bébé, organise le suivi médical et les vaccinations. J'interviens également auprès de la crèche pour qu'un accueil à la journée soit possible, au regard de la promiscuité dans laquelle se trouve la famille, et du besoin de socialisation de la sœur de Léo, âgée de 20 mois. Je mets la famille en lien avec une assistante sociale, pour faciliter les démarches administratives de la famille, et lui permettre d'accéder à un logement décent. Même si l'ensemble de ces actions situent les parents dans une certaine dynamique, les effets sur la santé des enfants ne seront mesurables qu'à plus long terme, lorsque la famille sera probablement repartie sur un autre territoire.

Observations personnelles, avril 2022.

L'exemple de l'alimentation est régulièrement revenu dans les échanges, apparaissant comme un aspect central de la promotion de la santé. Les puéricultrices sont en première ligne pour conseiller, orienter les pratiques et les ajuster d'une rencontre sur l'autre. L'effet des messages diffusés est en partie mesurable au travers de la croissance staturo-pondérale, ou de l'absence de carie par exemple. Une alimentation saine est ainsi présentée comme facteur de bonne santé, et devant être rendue accessible à tous.

« C'est hyper important l'alimentation... mais à tout âge en fait... parce que même une fois qu'on a passé le développement, moi j'insiste beaucoup là-dessus... même chez les adultes, juste à travers une information, on peut prévenir plein de choses ! Donc pour moi la promotion de la santé ça commence vraiment par l'alimentation, mais à tout âge (...) On peut éviter l'hyper-tension, le diabète, l'obésité... »

Charlotte, médecin de PMI depuis 6 ans

« Nous à notre niveau je pense que ça peut se jouer au moment de l'alimentation, où là du coup on va être dans la promotion de la santé au sens où je l'entends, c'est-à-dire qu'on est pas là pour rattraper quelque chose qui est mal instauré... on va pouvoir permettre aux gens d'instaurer quelque-chose de bon, euh...dès le début quoi... »

Hélène, puéricultrice en PMI depuis 9 ans

Les interventions individuelles (actions d'éducation alimentaire, campagnes d'information) ont néanmoins un effet limité sur la réduction des inégalités sociales de santé si elles ne sont pas accompagnées d'interventions axées sur l'environnement des individus. Une forme de prévention plus passive, faisant appel à la responsabilité collective, permet ainsi la création d'environnements favorables à une alimentation saine de manière plus globale (Expertise collective INSERM, 2014 – citée dans Delamaire, 2018, p 9-10). Les actions individuelles s'inscrivent donc dans un paysage

social particulier, où sont déterminées les relations avec les pairs, la disponibilité des aliments et les caractéristiques macro environnementales (réglementations, gouvernance, normes sociales etc.). Ce modèle écologique a été mentionné indirectement par certaines professionnelles, traduisant une vision plus large de la portée de leurs actions :

« Au-delà d'avoir accès au soin, c'est aussi le bien-être de tous les jours... je pense à l'hygiène dans l'environnement... je pense aux produits chimiques... ouais tous ces messages-là qu'on peut faire passer... tout ce qui est déchet... pour moi ça fait partie de la santé... l'environnement de la maison, de la collectivité... Donc y'a plein de messages à faire passer ! »

Joséphine, puéricultrice en PMI depuis 5 ans

« Il faut pas être isolé pour ça... si on est plusieurs à le faire, ça devient promotion de la santé (...) On est victimes quelque-part des industries qui fabriquent... et donc qui renvoient des contre-messages... que ce soient des industries publicitaires ou du matériel de puériculture... et on est pas dans une démarche sociétale de promotion de la santé (...) Même au rayon des yaourts... on ne devrait pas avoir un bébé enfoui dans une couverture pour dire que c'est un nuage de lait ou je ne sais quoi... des fois c'est démoralisant ! (rires) »

Nathalie, puéricultrice en PMI depuis 21 ans

Finalement, la variété des termes employés pour désigner des actions visant à améliorer la santé du public rencontré vient dire le manque de formation de ces professionnelles sur ce sujet. Puéricultrices, médecins et sages-femmes suivent un cursus centré sur le médical, où la santé est mise en opposition avec la notion de maladie. La perspective de salutogénèse, « *qui génère la santé* » n'est pas systématiquement intégrée aux pratiques, faute de connaissance et d'éclairages théoriques.

Salutogénèse

Modélisée par le sociologue de la santé Aaron Antonovsky (1996), la salutogénèse englobe santé et maladie dans un continuum, entre présence et absence de santé, au-delà de la dichotomie santé/maladie. L'accent est mis sur les facteurs de bonne santé et les conditions d'une bonne qualité de vie, plutôt que sur l'identification de causes d'une maladie.

« La théorie de salutogénèse décrit les dimensions fondamentales de ce qui est nécessaire à une personne pour vivre et faire face à la vie, en facilitant le développement de la santé et du bien-être. Le sentiment de cohérence, au cœur de ce concept, est façonné par trois facteurs : la compréhension des événements de la vie, la capacité à les gérer et le sentiment qu'ils ont un sens » (Jourdan, 2021, p 203).

Le développement du sentiment de cohérence est sous-tendu par les ressources de résistance générales, présentes chez l'individu ou dans son environnement : activités significatives, repères existentiels, contact avec des sentiments, relations sociales (Lindström et al, 2012).

Pour approfondir la question de la formation des professionnelles interrogées, il est intéressant de regarder plus en détail un exemple de référentiel. Le projet pédagogique d'une école de puéricultrices pour l'année 2021-2022¹¹ ne fait pas apparaître le concept de salutogénèse pour l'UE « *Promotion de la santé de l'enfant dans une approche de santé publique* ». Au programme des enseignements, figurent en revanche les notions de « *vulnérabilité* » et de « *dignité* », donnant ainsi une tonalité particulière aux contenus déployés. Si huit heures du programme sont consacrées à la présentation de stratégies et plans nationaux autour de l'enfance et de la périnatalité, le reste des enseignements (vingt heures) concerne le dépistage ou la prévention d'affections bien ciblées : maladies génétiques, mort inattendue du nourrisson, accidents domestiques, affections bucco-dentaires, syndrome d'alcoolisation foetale. L'approche se fait donc de manière pathogène, avec l'identification de risques particuliers et oriente les pratiques des futures professionnelles dans ce sens. La formation en promotion de la santé avait déjà été explorée dans une recherche suisse, chez les étudiant.e.s préparant un Bachelor en soins infirmiers (Messmer-Al Abed, 2011, p 120). Les résultats montrent une « *professionnalisation infirmière fragile et hésitante dans le champ de la promotion de la santé* » (Ibid), du fait de plusieurs facteurs identifiés au cours de la formation : prédominance du modèle biomédical dans les enseignements reçus, socialisation majoritaire dans des lieux de soins aigus au cours des stages, augmentation constante de la charge de travail des infirmie.re.s. Les étudiant.e.s interrogé.e.s exprimaient une définition floue de la promotion de la santé en se référant au « *modèle global de la santé* », comme l'ont fait les puéricultrices rencontrées pour ce travail. Si les deux références (programme d'enseignement de l'école de puéricultrices en 2022 et étude réalisée en Suisse en 2011) s'appuient sur des cursus, des lieux d'exercice, et des époques bien différentes, les résultats observés sont néanmoins comparables dans ces deux populations de professionnel.le.s.

L'exemple évoqué par deux professionnelles d'une même équipe au sujet d'une action collective récemment mise en place dans leur PMI vient témoigner de ce tâtonnement dans les approches mobilisées en promotion de la santé. Rencontrées à tour de rôle, Hélène et Nathalie ont évoqué avec moi cet « atelier motricité », organisé une fois par mois en présence d'une psychomotricienne et d'une kiné. Alors qu'Hélène se réjouissait de pouvoir proposer aux familles un espace où elles recevraient des conseils pour stimuler la motricité de leur bébé, Nathalie s'est montrée beaucoup plus sceptique. Plutôt enthousiaste à l'idée d'organiser des actions collectives, la communication mise en place autour de ces ateliers l'a fortement découragée de s'y engager. Le flyer distribué aux familles s'intitule « *La tête plate, comment l'éviter ?* ». Les parents sont ainsi invités à participer aux

¹¹ Anne 4 : Projet pédagogique Ecole de puéricultrices 2021-2022

ateliers de motricité afin de « *lutter contre la tête plate du bébé* ». Cette invitation, au lieu de s'adresser à tous, cible en fait une frange de la population déjà sensibilisée à cette problématique, et pourrait stigmatiser les plus concernés. Les parents d'un enfant présentant les premiers signes d'une plagiocéphalie¹² pourraient en effet être freinés dans leur participation à ce type d'action, craignant finalement d'être assimilés au groupe des « *bébés à tête plate* », par un mécanisme de culpabilisation. Ces parents pourraient ainsi considérer que si leur bébé a la tête plate, ils y sont pour quelque chose, parce que n'ayant pas su *l'éviter*. Cette culpabilisation, en attribuant une responsabilité – même partielle- aux parents dans l'apparition d'une plagiocéphalie chez leur bébé, ne tient pas compte du contexte qui influence leurs comportements (Sherlaw, 2017, p 33). Parmi les éléments à prendre en compte, le matériel de puériculture inadapté tient une grande place dans les facteurs favorisant la plagiocéphalie (transat ou cale-bébé par exemple).

Le regard critique de Nathalie est directement lié à son parcours : elle est titulaire d'une certification en promotion de la santé. Sa compétence sur la question n'est néanmoins pas toujours reconnue, et les réserves qu'elle peut émettre génèrent des tensions avec ses collègues. Un encadrement de proximité viendrait réguler les désaccords entre professionnelles et leur permettrait de resituer leurs actions dans un cadre reconnu. A l'inverse, ces deux professionnelles se trouvaient relativement seules et autonomes pour organiser cet atelier, le médecin de l'équipe étant absent depuis plusieurs mois.

¹² La plagiocéphalie est une déformation crânienne positionnelle, qui peut s'installer de manière précoce chez le bébé (définition HAS)

3. Stratégies et mise en œuvre « malgré tout »

Malgré leurs hésitations et leurs doutes, les professionnelles rencontrées ont illustré leurs propos de riches témoignages directement apparentés à des actions de promotion de la santé. Si elles ne rencontrent pas toutes le même public (PMI de secteurs péri-urbains, ruraux et se trouvant dans des zones urbaines prioritaires), toutes ont fait référence à la notion de priorisation. La priorisation nécessite parfois des arbitrages dans les personnes rencontrées et peut générer un sentiment d'insatisfaction, en particulier pour Sophie, dont le temps de travail est réparti sur deux centres de PMI :

« Et tu vois je suis très embêtée parce que toutes les dames reçoivent une mise à disposition par courrier... ce qui est en soi très bien... sauf que je suis là un jour et demi sur le secteur... ben c'est pas satisfaisant parce que je peux pas toutes les voir (...) et en terme de prévention c'est nul tu vois... parce qu'on pourrait faire de la prévention primaire auprès de tout le monde ! »

Sophie, sage-femme en PMI depuis 9 ans

Les autres professionnelles ont à cœur de répondre à toutes les demandes qu'elles reçoivent, même si le temps consacré peut varier selon les situations rencontrées :

« J'essaie d'aller voir tous ceux qui m'appellent... J'ai encore assez de temps pour pas avoir de tri à faire... et en plus j'ai pas du tout envie... c'est important que la PMI soit pas que pour les familles en difficulté... donc je fais pas d'arbitrage. »

Joséphine, puéricultrice en PMI depuis 5 ans

« Forcément il y a des situations d'urgence où on passe beaucoup de temps... donc derrière il y a moins de possibilité pour rappeler la famille qui fait pas trop de bruit... qui sollicite pas... donc oui il y a des choses qui passent à la trappe. Quand il y a de la demande, on essaie d'y répondre... à plus ou moins long terme... j'essaie d'apporter une réponse... après, oui, il y a forcément un décalage avec les urgences qui mobilisent beaucoup. »

Gabrielle, puéricultrice en PMI depuis 7 ans

« - Vous avez l'impression de devoir faire des arbitrages ?

Virginie : En fait moi je veux pas, pour moi c'est pas possible... pour moi elles ont toutes un besoin quand elles nous contactent... alors c'est sûr que pour nous c'est chargé... mais on répond (...) y'a toujours des urgences à traiter en premier mais on répond...

Claire : Là tu vois ce matin je sors de chez des jumeaux... Augustine et Célestin... donc milieu social bien quoi (...) tu vois ils ont un bagage culturel et social, c'est assez aisé... ben tu vois c'est l'exemple type... elle me dit on se revoit le mois prochain, ça la rassure... donc il faut répondre... elle a autant besoin que les autres. »

Virginie et Claire, puéricultrices en PMI depuis 8 ans

Le principe d'universalisme proportionné dont il est question dans ces derniers propos tient lieu de guide pour orienter les interventions et le temps consacré à chaque situation. Objectif clairement affiché dans la feuille de route¹³ présentée aux professionnelles de PMI, il apparaît bien intégré par elles. Outil mobilisé pour lutter contre les inégalités sociales de santé, l'universalisme proportionné combine une démarche à la fois universelle (actions qui s'adressent à tous) et ciblée (avec une ampleur et une intensité variables). L'ampleur et l'intensité des actions s'ajustent au *gradient social*, qui situe les populations en fonction de leur catégorie sociale, et des fragilités qu'elles présentent pour leur santé (Sherlaw, 2017, p 107). Ainsi, « *Pour réduire les inégalités, il ne suffit pas de dédier des interventions à une catégorie de personnes pauvres et en mauvaise santé (...) les actions doivent être universelles, avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de fragilité sociale* » (Jourdan, 2021, p 220). Des propos que vient appuyer le sociologue M.H Soulet, lorsque qu'il met en garde sur les risques à catégoriser une catégorie de personnes (entre autres, les « *mères célibataires* ») plutôt qu'une problématique. Il insiste par là sur la dimension structurelle de la vulnérabilité : « *La protection n'est pas simplement une affaire individuelle. Au contraire, la protection dépend d'arrangements sociaux qui sont produits par des systèmes sociopolitiques* » (Soulet, 2022, p19).

La promotion de la santé devrait ainsi concerner tout le monde. Les professionnelles s'accordent néanmoins pour dire qu'une grande partie du public qu'elles reçoivent présente des difficultés, qu'elles soient d'ordre financières, sociales ou psychiques :

« *On a une population multi-ethnique, beaucoup de familles avec un parcours migratoire... de familles hébergées... des logements précaires... Beaucoup de femmes seules, de familles monoparentales... on voit pas beaucoup les papas ici. Il y a aussi un foyer d'hébergement qui nous prend beaucoup de temps (...) avec des situations très compliquées* »

Virginie et Claire, puéricultrices en PMI depuis 8 ans

« *On a des gens avec des carences affectives... avec des limites intellectuelles... avec des parcours ASE¹⁴ parfois... des fois ça m'est arrivé d'accompagner des personnes avec un handicap physique (...) On a des personnes avec des problématiques conjugales... et puis beaucoup, beaucoup de femmes seules... ou avec des papas très... volatiles ! (rires)* »

Sophie, sage-femme en PMI depuis 9 ans

¹³ Le terme reste volontairement général afin de conserver l'anonymat de la collectivité évoquée.

¹⁴ Aide Sociale à l'Enfance.

L'activité PMI – quelques chiffres

Pour l'année 2021, le département enquêté enregistre **11449 naissances** domiciliées sur son territoire. **4322 enfants de moins de 6 ans** ont été vus au moins une fois en PMI (mais ce chiffre concerne les enfants nés entre 2017 et 2021).

Sur les 10237 déclarations de grossesse enregistrées sur le département, 968 femmes ont été vues en PMI (rencontres individuelles avec une sage-femme), soit environ **10% des femmes enceintes**. Pour les années précédentes, ce chiffre s'élevait à 15%.

Au total, sont recensés :

- **15857 actes de puériculture** (rencontre avec une puéricultrice dans les locaux PMI)
- **8233 visites à domicile** par une puéricultrice
- **9697 consultations médicales infantiles**

La PMI, au travers de ses missions variées, draine donc, de fait, les populations les plus fragilisées. Le multiculturalisme y étant particulièrement représenté, il peut devenir une ressource pour penser de nouvelles manières d'intervenir. Les échanges entre pairs peuvent ainsi y être valorisés, dans une démarche de partage des pratiques de maternage. Françoise évoque son projet d'organiser des rencontres entre mères, pour valoriser les pratiques de chacune et créer un espace d'échange et de partage. La pandémie a empêché la mise en place de ce type de rencontres pendant deux ans, et Françoise a aujourd'hui changé de secteur d'intervention.

« Moi, j'aurais eu envie de regrouper ces différentes mamans de différents horizons pour qu'elles puissent échanger entre elles et transmettre aux autres... Moi je trouvais que c'était intéressant parce que c'est pas nos pratiques à nous... et en même temps elles étaient adaptées ! Et du coup, c'est aussi la transmission de leur culture à elles... et ça c'est faire de la promotion de la santé ! (...) c'était ça mon rêve, c'était de pouvoir m'appuyer sur ces communautés... et surtout pour les valoriser ces mamans là (...) tu les narcissise, elles prennent confiance en elles et y'a une dynamique qui se met en place quoi ! »

Françoise, puéricultrice en PMI depuis 14 ans.

Si elle ne peut pas toujours être formalisée comme telle, la valorisation des compétences parentales au travers d'échanges de pratiques entre pairs peut se faire de manière informelle, dans la salle d'attente notamment. Celle-ci est régulièrement présentée comme un lieu essentiel, permettant l'observation et la diffusion de messages, assimilés par imitation. Françoise évoque la présence d'une professionnelle à la retraite qui reste dans la salle d'attente pendant les consultations, avec des livres : *« Les parents s'asseyaient et ça leur permettait de voir que les enfants étaient attirés par les livres, et ça leur donnait l'idée de le refaire »*. D'autres lieux sont identifiés comme promoteurs de santé, bien qu'en dehors de la PMI :

« On parlait avec une collègue à propos des visites médiatisées... Il y a le petit square d'à côté-là... il a de beaux équipements... et il devient aussi vecteur de relations apaisées parents-enfants... et pourrait même devenir vecteur de valorisation de compétences « Ah c'est bien ma chérie tu arrives à monter, t'arrives à descendre et tout... » mais je vois aussi le rôle du professionnel à soutenir ce lieu-là... qu'est ce qu'on autorise, qu'est ce qu'on interdit... est ce qu'on crie... enfin tout ce rôle-là... bref, c'est très vaste ».

Nathalie, puéricultrice en PMI depuis 21 ans

Les modes de communication sont également pensés pour éviter la transmission d'une information descendante et standardisée. La prise en compte de l'enfant dans sa globalité fait la spécificité de la PMI, par le temps accordé au moment des visites et consultations, et les divers modes d'intervention (à domicile notamment).

« Hier j'ai vu une maman qui venait d'avoir son quatrième et elle a une grande qui doit avoir 8 ou 9 ans... un peu la petite maman qui aide sa maman... elle est toujours à côté de moi, elle me regarde... et elle porte sa petite sœur de façon tellement adaptée... je lui ai dit mais comment tu portes ta petite sœur, c'est super ! (...) Je suis partie de cette enfant qui s'occupait de sa petite sœur et la maman prenait tout ce que je disais... et la maman prenait... j'adore faire comme ça ! Trouver des stratégies... »

Virginie, puéricultrice en PMI depuis 8 ans

Là où certaines professionnelles sont très à l'aise pour utiliser les ressources individuelles et adapter leurs messages en fonction du contexte, d'autres déplorent les résistances auxquelles elles doivent faire face. Aux limites de la formation initiale dans ce registre, s'ajoute le manque d'expérience professionnelle et d'outils concrets pour dépasser ces difficultés : « Dans le domaine de la santé, tout nouveau message se heurte aux valeurs, aux normes et aux pratiques apprises dès l'enfance dans le milieu familial. Il provoque inévitablement une résistance au changement qui est d'autant plus forte que le conseil exprimé est éloigné des habitudes de vie de la personne. Les messages de santé préétablis ne peuvent qu'accroître les inégalités de santé au sein de la population » (Sandrin, 2006, p 46).

Nolwenn, jeune professionnelle, n'expose pas les choses de la même manière que Nathalie, beaucoup plus aguerrie. Dans le discours de la première, les messages de prévention viennent se heurter aux références culturelles. A l'inverse, Nathalie déplore la place tenue par des discours très descendants de la part des professionnelles qui l'entourent, et qui expliquent l'inefficacité de ces messages.

« Alors je pense que les messages ne sont pas reçus pareil selon à qui on les adresse... l'aspect culturel peut prendre le dessus, avec des façons de faire qui sont propres au pays d'origine des parents (...) faut prendre en compte la diversité mais pour autant il y a des choses qui peuvent mettre en danger l'enfant et nous on se doit d'être dans la protection quoi (...) Dans les quartiers ruraux on a des parents qui ont déjà un standard (...) peut-être qu'on se trompe... mais je me dis que la communication va être moins bloquée (...) L'identité culturelle peut prendre le pas sur la prévention en fait... »

Nolwenn, puéricultrice en PMI depuis 2 ans

« - Moi je vois le monde de possibles améliorations... On est encore dans des informations très descendantes, avec des discours qui se rapportent plus à du chantage ou du conditionnel, de la peur... bof. Mais c'est un exercice périlleux au quotidien (...) On peut avoir un discours basé sur l'intimidation, la menace... par le professionnel... c'est difficile d'améliorer une pratique d'une façon toujours douce et bienveillante quand on veut quand même la modifier...
- On a peut-être pas les clés pour ça, même dans notre formation initiale ?
- Oui, voilà... mais pour aucun soin... pour aucun soin. On apprend à diffuser des messages de manière standardisée et descendante. »

Nathalie, puéricultrice en PMI depuis 21 ans

Dans la mesure où la promotion de la santé consiste à « se focaliser sur les gens bien concrets, leurs situations et leurs besoins, leur environnement physique, mental et social, plutôt que sur un problème médico-social » (Cherbonnier, 2005, p12), l'appartenance culturelle façonne inévitablement la rencontre entre les professionnelles et les familles. Les puéricultrices revendiquent leur capacité à prendre en compte cette dimension pour ajuster leurs interventions, bien conscientes des modes de transmission des pratiques de maternage. Les « savoirs » de puériculture seraient ainsi davantage véhiculés par le biais de conseils familiaux, au travers d'un « modèle familial de soin » dans les classes populaires. A l'inverse, l'appartenance aux classes supérieures inscrit les supports écrits et les médecins spécialistes comme références en matière de normes de puériculture, plutôt dans un « modèle savant du soin » (Gojeard, 2000, p 484). Plus largement, l'origine géographique vient également définir les interactions avec les professionnelles du soin, qui tenteront de dépasser les différences pour « mieux comprendre ». Cette empathie affichée n'est pas sans limite cependant, comme l'ont souligné D. Fassin ou A. Nacu dans leurs travaux. Ainsi, l'anthropologue emploie l'expression de « *culturalisme pratique* » pour désigner le fait que « *l'explication culturaliste s'impose toujours plus facilement que d'autres* » et entraînerait une certaine économie dans la compréhension des variables en jeu (Fassin, 2001, p 193). Dans une enquête au sein de maternités franciliennes, A. Nacu met en évidence la tentation d'un argument culturaliste pour expliquer la non-observance des traitements et protocoles médicaux. Un effet qui vient également masquer les dysfonctionnements hospitaliers comme le manque de personnel : ce n'est pas l'institution qui dysfonctionne, mais le public qu'elle reçoit (Nacu, 2011, p 109).

4. Synthèse de la partie I

La promotion de la santé est largement théorisée dans le champ de la santé publique. Notion large, englobant de nombreux concepts, elle concerne des interventions variées, toujours centrées sur l'individu et son entourage. La PMI constitue le principal acteur public de sa mise en œuvre auprès des jeunes enfants. Malgré leurs missions tournées vers la promotion de la santé, les professionnelles de PMI ne parviennent pas à en fournir une définition précise. En cause, un défaut de formation initiale et un manque d'accès à des éclairages au cours de leur parcours. Malgré tout, ces professionnelles décrivent des activités directement inscrites en promotion de la santé et pensent leurs interventions en faveur des individus qu'elles rencontrent, en visant autonomie et pouvoir d'agir. Les aménagements, physiques ou temporels (adaptation des locaux et des horaires de rendez-vous à l'accueil de jeunes enfants par exemple) sont des éléments clés de la disponibilité des professionnelles.

Les facteurs individuels (motivations et compétences) se trouvent néanmoins limités, voire empêchés par des éléments structurels. Les paradoxes institutionnels et le manque de moyens viennent dire l'impossibilité pour l'institution à être, elle-même, promotrice de santé pour ses agents. Des paradoxes qui se retrouvent dans le travail quotidien, et au travers d'un mal-être qui s'exprime derrière les mots et les pratiques.

Partie II – Promotion de la santé, réalités de terrain et paradoxes institutionnels

Le décalage observé entre la capacité à décrire les missions de promotion de la santé et à les mettre en œuvre par les professionnelles, vient témoigner d'un inconfort plus global dans leur travail. Les attentes vis-à-vis de ces professionnelles étant nombreuses et variées, celles-ci doivent composer avec une réalité de terrain complexe et ne se sentent pas toujours soutenues par l'institution pour y faire face. L'étude du cadre de la PMI, sa législation et sa structuration, rend bien compte des nombreux objectifs auxquels elle tend. L'enquête menée ici s'intéresse aux effets d'une politique publique, *la protection maternelle et infantile* dans sa catégorie *prévention et promotion de la santé*, sur les acteurs qui la mettent en œuvre sur le terrain, et ainsi, la redéfinissent. Plutôt théorisée dans le champ des sciences politiques, l'incidence d'une politique publique sur sa population cible, se lit également via la représentation qui émerge « *par le bas* » : « *la réception de l'action publique a des dimensions à la fois objectives et subjectives, et relève tout autant des pratiques que des représentations* » (Revillard, 2018, p 35). Si les professionnelles enquêtées saisissent bien les missions qui leurs sont confiées, elles adaptent leurs pratiques à la lecture qu'elles en font, et aux ressources dont elles disposent. En questionnant leur appropriation du concept de promotion de la santé, c'est l'ensemble de la politique de protection maternelle et infantile qui est interrogé.

1. L'institution PMI, ambitions et paradoxes

Créés au lendemain de la seconde guerre mondiale par l'ordonnance du 2 novembre 1945, les services de PMI avaient pour mission de limiter la mortalité infantile. Ces services, rattachés aux départements, étaient chargés d'organiser le suivi des femmes enceintes et la surveillance médicale des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans au travers de dispositifs précis (action conjuguée des médecins et des assistantes sociales à domicile, certificat prénuptial, des consultations prénatales et postnatales gratuites, l'éducation des mères, l'utilisation d'un carnet de santé...) (Suesser, 2016, p 7). Affichant d'emblée un objectif universaliste dans les interventions qu'elle propose, la PMI incarne une politique claire et ambitieuse de soutien à la population des mères et des jeunes enfants : « *En se limitant au nombre minimum de critères de sélection, à savoir un critère pour les femmes (la grossesse) et un critère pour les enfants (l'âge) (...) Il s'agit d'assurer la survie de*

l'intégralité des enfants qui naissent en France et c'est donc aussi à toutes les femmes enceintes qu'il devient nécessaire de prêter attention » (Farnarier, 2009, p 50).

Si la dénomination de ce service n'a pas changé depuis sa création il y a plus de 70 ans, les évolutions du contexte ont façonné ses orientations et sa place dans l'accompagnement de la périnatalité. Les années 1960 ont vu émerger la question de la protection des enfants, une évolution suivie dans les années 70 par la prise en compte de la dimension psychologique du développement de l'enfant. Le mouvement de décentralisation en 1989 inscrit la PMI sous la responsabilité des conseils généraux, au travers d'une loi relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance¹⁵. S'en suivront une série de mesures visant à stabiliser les effets de la mise en place des centres des PMI sur la mortalité infantile¹⁶, à définir les professionnels exerçant dans ces services, et les orientations liées à la législation concernant la protection de l'enfance.

Plus récemment, les lois de 2007 et 2017 régissant la protection de l'enfance renforcent la place des professionnels de PMI dans le repérage et l'évaluation des situations d'enfants en danger ou en risque de l'être. L'extension des missions de cette catégorie professionnelle vient diversifier encore les tâches accomplies : la PMI n'est plus seulement un lieu de consultation et de soutien à la parentalité, elle devient un espace de repérage des situations de danger, et parfois le lieu de mise en œuvre des dispositifs de protection. Malgré des disparités importantes selon les départements, une hausse significative (+35%) des enfants de moins de 6 ans confiés à l'ASE est observée entre 2009 et 2019 (Note statistique ONPE, 2022). Cette augmentation dans la population des jeunes enfants se répercute donc sur les activités de la PMI. Aux missions classiques de prévention-promotion de la santé et d'accompagnement de la parentalité, s'ajoute la participation au suivi des enfants confiés. Les puéricultrices, sages-femmes et médecins participent au repérage, au signalement et à l'accompagnement de ces enfants à chaque étape de leur placement, parfois dès la naissance. En collaboration avec les travailleurs sociaux de l'ASE, ces professionnelles organisent le suivi médical des enfants ou participent aux visites médiatisées avec leurs familles. Cette évolution des missions s'accompagne d'ambivalences chez les professionnelles, qui incarnent à la fois une fonction de « *soutien des compétences parentales* » et celle d'une « *surveillance de la*

¹⁵ La loi du 18 décembre 1989 précise dans son article L.146 inscrit au code de la santé publique que « *l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent (...) à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile* »

¹⁶ Le taux de mortalité infantile désigne le rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants. Dépassant les 62 pour mille enfants en 1946, il chute à 24,4 pour mille à partir de 1961. Il est aujourd'hui de 3,6 pour mille en France (source INSEE, 2021).

parentalité ». Cette double casquette peut être assimilée à une forme de contrôle social et impacte directement les pratiques au travers d'une posture inconfortable (Vozari, 2011, p 39).

Les dernières années ont vu l'affirmation d'une volonté politique de prévention et d'interventions précoces auprès des jeunes enfants. Le rapport des 1000 premiers jours formalise ce volontarisme et a reçu un écho bien visible¹⁷, mais porte aussi quelques ambivalences. La commission d'experts ne compte aucun représentant de la PMI, ce qui vient interroger la place de ce dispositif dans les réflexions engagées. Le référencement des centres PMI sur le site internet du programme des 1000 premiers jours est également incertain et ne fournit des informations que partielles pour trouver un moyen de contacter un de ces centres.

Le rapport de l'IGAS « *Evaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance* » publié en 2018 relève les « *insuffisances qualitatives et quantitatives des dispositifs dans le cadre (...) de la protection maternelle et infantile* » ; « *Les soutiens préventifs ciblés sur les familles vulnérables, dont le repérage reste insuffisant, sont eux aussi mobilisés trop tardivement et trop peu intensivement, notamment à certains âges clés de la vie de l'enfant* ».

Enfin, le rapport Peyron, publié en 2019, confirme ces constats et fournit des éléments alarmant concernant le fonctionnement de la PMI, ses financements et sa pérennité. Le titre du rapport est sans équivoque : « *Pour sauver la PMI, agissons maintenant !* ». On pourra citer les « *injonctions cumulatives* » auxquelles doivent répondre l'institution, entraînant le glissement de certaines missions au profit d'interventions dans l'urgence : « *30 % à 40 % des moyens humains sont donc « dérivés » du cœur de métier préventif de la PMI, obligeant les équipes à pratiquer un hyper-ciblage sur les publics les plus vulnérables et les enfants les plus jeunes* ».

On devine derrière ces constats la place timide, voire inexistante, laissée aux actions en promotion de la santé, au profit d'interventions ciblées et dans l'urgence. Des constats qui situent la PMI à une place qui ne serait *jamais la bonne*. Là où les professionnelles déplorent un manque de visibilité et des interventions trop ciblées sur un public vulnérable, les rapports officiels valorisent peu les actions de la PMI, en la rendant peu visible, ou en pointant ses insuffisances.

¹⁷ <https://www.1000-premiers-jours.fr/>

2. Les professionnelles, fourmis ouvrières d'une organisation structurelle complexe

La spécificité du travail en PMI, au carrefour du médical et du social, fragilise la légitimité des professionnels qui y exercent. Peu reconnus par leurs pairs du champ médical, hospitaliers ou libéraux, médecins et puéricultrices souffrent de l'image d'une « *médecine sociale* », réservée aux personnes les plus pauvres. Une observation déjà mentionnée il y a plus de 30 ans par F. Bouchayer, qui soulevait le fait que « *les postes d'encadrement sont souvent confiés à des assistantes sociales, alors que le travail de terrain est principalement assuré par des puéricultrices. Cet état de fait contribue à entretenir le flou et les incertitudes qui caractérisent le statut et les fonctions des professionnels exerçant en PMI* » (Bouchayer, 1984, p 76). Au sein du département enquêté, les puéricultrices sont placées sous la même responsabilité hiérarchique -occupée par un cadre socio-éducatif¹⁸ que leurs collègues de l'aide sociale à l'enfance, illustration forte de la multitude des missions qui leur sont attribuées. Les missions relatives à la prévention-promotion de la santé sont ainsi mises au même plan que les interventions en protection de l'enfance. L'encadrement de proximité des professionnelles de PMI est donc assuré par un.e professionnel.le qui ne possède pas de formation en santé.

Plusieurs sentiments cohabitent dans les discours des puéricultrices, qui se disent à la fois stimulées par leurs missions d'accompagnement, mais aux prises d'une charge émotionnelle importante :

« Ce qui me motive, c'est les nouveaux-nés, les sorties de mater... l'accompagnement... la parentalité, le post-nat... et j'adore aussi la protection de l'enfance, l'urgence... pour l'instant ça m'anime, ça m'épuise mais ça m'anime... »

Virginie, puéricultrice en PMI depuis 8 ans

« Tu vois là j'ai encore un autre exemple pour la précarité... j'ai une maman là... ben la crèche m'a appelé et sa place risque de sauter parce qu'elle paie pas... Elle a pour 1000 euros à payer... 9 factures impayées pour la crèche... et là le deuxième il a 9 mois, la mère a demandé une place pour lui mais elle va jamais l'avoir... la crèche ils m'ont dit c'est même pas la peine, nous on va pas la reprendre ! Donc t'es obligée de faire avec ça, de gérer ça... et de faire le tampon... le tampon entre les institutions ».

Claire, puéricultrice en PMI depuis 8 ans

¹⁸ La dénomination de cette fonction reste volontairement floue, afin de préserver l'anonymat de la structure mentionnée.

Par leur proximité directe et leurs modes d'interventions particulièrement ajustés (rencontres fréquentes, entretiens téléphoniques, visites à domicile...), les puéricultrices manifestent une implication forte auprès des familles qu'elles rencontrent. Une implication perçue par les partenaires, ici la crèche, qui se tournent vers elles pour tenter de « débloquer » certaines situations, ou adresser des réprimandes par leur intermédiaire (« *c'est même pas la peine, nous on va pas la reprendre !* »).

Les situations rencontrées en PMI donnent finalement à voir un échantillon de situations sociales complexes, auxquelles les professionnelles tentent de répondre, en dépit d'une réalité qui les dépasse.

a. Le médical comme porte d'entrée de l'intervention sociale

Partant d'une ambition simple, *le suivi des femmes enceintes et des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans*, l'intervention PMI ouvre généralement la voie à un accompagnement plus large, prenant en compte la dimension sociale comme grille de lecture des problématiques rencontrées. La collaboration avec les travailleurs sociaux occupe une place centrale dans l'organisation du suivi des familles.

Mme C. se présente à la PMI à la naissance de son premier enfant, Mathis. Elle est accompagnée du père de l'enfant, mais les parents ne vivent pas ensemble, et n'expriment pas de projet de vie commune. La configuration familiale, le jeune âge des parents et la situation précaire vis-à-vis de l'emploi me conduisent à proposer un accompagnement régulier pour Mathis, auquel la famille n'adhèrera pas. 18 mois plus tard, l'assistante sociale m'informe d'une nouvelle grossesse pour Mme C. Elle vit toujours seule avec Mathis, le père du bébé à naître est toujours le même, et fait face à des difficultés financières. Entre temps, Mme C. a obtenu un logement social. A la naissance de la petite Nina, les conflits entre les deux parents sont nombreux et alertent l'entourage familial. Une information préoccupante est ouverte au regard de la multiplication des altercations violentes en présence des enfants. Les rencontres avec la famille se poursuivent - en binôme, puéricultrice et assistante sociale - dans ce cadre, avec la proposition d'interventions éducatives au domicile de la famille. Le lien et l'adhésion demeurent fragiles, mais le suivi du bébé (surveillance du poids, conseils sur l'alimentation...) permet de garder un contact relativement apaisé avec Mme C. Les préoccupations sont nombreuses : disputes avec le père des enfants, conflits avec le voisinage à cause des cris des enfants, recherche d'un emploi et d'un mode de garde. Si la répétition des rencontres n'a pas d'effet palpable directement, elle permet de maintenir un certain équilibre familial, et à minima d'offrir un espace de parole à Mme C, qui traverse une période de grande vulnérabilité.

Observations personnelles, mai 2021.

Les interventions médicales et sociales forment ici un va et vient, offrant une approche moins menaçante pour la famille (surveiller le poids du bébé, répondre aux questions de puériculture), tout en assurant un contact régulier pouvant être « intensifié » si la situation se dégradait davantage (aide financière ou mise en protection des enfants).

Même si le service PMI est ouvert à tous et qu'à priori les professionnelles n'opèrent pas d'arbitrages dans ceux qu'elles accueillent, la grande précarité domine dans la description des publics rencontrés :

« Je sors d'une visite chez des petits jumeaux... Ils sont nés à 36 semaines... et ils sont sortis à 7 jours... ils pesaient 2kg300... et ils perdent du poids (...) le logement est hyper précaire, y'a pas de chauffage et tout... alors la prise de poids qui est limite... on craint aussi une infection... et le père il a les 4 autres enfants à gérer, l'école tout ça... Alors aujourd'hui le père il s'est énervé... il a dit non moi je peux pas aller à l'hôpital... il veut y aller dimanche ou lundi... On lui a dit non c'est pas possible... donc tu te retrouves face à des situations où tu embêtes les parents mais dans ton rôle t'as pas le choix... »

Virginie, puéricultrice en PMI depuis 8 ans

« Là j'ai une situation de jumeaux roumains... ben eux ils sont dans un squat quoi... une maison qu'ils squattent depuis un an... Et ça a clairement un impact sur la santé des bébé... ils sont nés prématurément... et avec la néonate on s'inquiétait que les parents soient pas présents... parfois c'est que la maman pendant une demi-heure... On voit jamais le papa... et en fait quand ils sont pas à l'hôpital ils font la manche... Ils sont pris par d'autres problèmes... Ah ben oui, pendant que l'hôpital s'occupe des bébés eux ils font autre chose... ils essaient de survivre hein...mais les bébés iraient mieux s'ils avaient plus de peau à peau... »

Claire, puéricultrice en PMI depuis 8 ans

« Après je peux pas tout aborder avec les familles, on est obligées de prioriser... quand on voit que les préoccupations c'est de savoir si demain on pourra acheter du lait ou des couches... c'est difficile d'aller parler de certains problèmes qui paraissent vraiment secondaires... mais il faudrait sortir les personnes de leurs préoccupations de base, de survie pour certains... »

Joséphine, puéricultrice en PMI depuis 5 ans

Les problématiques identifiées dépassent bien souvent les compétences des professionnelles de santé, et justifient la mobilisation d'une autre forme d'aide :

« ... D'autres n'en sont pas encore là, parce qu'ils sont complètement envahis par leur parcours migratoire, par leur précarité, où ils vont dormir le soir... et quand t'es envahi par ça... ben la pyramide des besoins... ton premier besoin c'est manger/dormir... si déjà ça c'est pas assouvi, ben on peut pas les emmener ailleurs... y'a des fois où la base de la pyramide, c'est pas dans nos compétences à nous quoi ! »

Hélène, puéricultrice en PMI depuis 9 ans

Les exemples ci-dessus rassemblent les différents points de fragilité qui jalonnent les parcours des familles rencontrées en PMI. Ces familles « *requérant une attention particulière* » rencontrent des problématiques complexes, « *où sont intriqués des éléments qui relèvent à la fois du social, du somatique et du psychique* » (Djaoui, 2018, p 39). Aux conditions d'habitat médiocres, situations sociales fragiles, revenus modestes et à un bas niveau de formation, s'ajoutent parfois des

dysfonctionnements familiaux ou des difficultés psychiques. Les populations les plus vulnérables sont majoritairement orientées vers les services de PMI et en représentent les principaux usagers.

Même si elle est toujours revendiquée par les professionnels, la vocation universelle de la PMI est ainsi remise en question. Cette difficulté à maintenir un accès facile et ouvert à tous n'est pas sans effet sur les professionnels et le regard porté sur eux : « *Le service de PMI est de plus en plus perçu comme une structure destinée aux populations les plus vulnérables (...). Considéré à tort par de nombreux professionnels et probablement par la population comme ne relevant pas de la vraie médecine (pas de prescriptions), destiné préférentiellement aux populations en situations de précarité ou de pauvreté (risque de stigmatisation), le service de PMI n'est valorisé ni intellectuellement, ni financièrement* » (Djaoui, 2018, p 44).

b. La santé mentale, un souci incontournable

Le « *psychique* » est largement évoqué par les professionnelles, comme composante essentielle de la santé :

« Les gens ici ils ont déjà une santé psychique bien abîmée », « La santé ça peut être physique et psychologique aussi », « Y'a aussi tout ce qui est santé mentale », « Le prendre soin, c'est la dimension psychologique aussi ».

La question de la santé mentale est aussi centrale qu'épineuse, comme le résume Nathalie :

« Moi je trouve qu'une grosse limite de mon travail c'est la maladie psychique, les troubles mentaux et les conduites addictives... et là je me dis au-delà de la promotion de la santé, va encore falloir introduire autre chose pour inclure ces singularités fortes, ces modes de relation autres... ».

Nathalie, puéricultrice en PMI depuis 21 ans

Les difficultés psychiques génèrent un mode d'interaction particulier. A la fois dans ce qu'elle implique sur le versant relationnel, et par le fait que les structures spécialisées manquent cruellement¹⁹, la santé mentale occupe une place prépondérante dans ce qui fait *souci* chez les professionnelles. On notera aussi la place tenue par les situations de violences intra-familiales, qui sous-tendent des difficultés plus larges et des répercussions sur les enfants, et qui contribuent à renforcer la place des professionnelles en termes de repérage et d'orientation des victimes.

Parallèlement à ce qu'elle entraîne comme limites dans les pratiques mises en œuvre, c'est aussi cette composante qui fait l'objet d'une certaine forme d'émancipation professionnelle. Les professionnelles exerçant en PMI, « *tirent des gratifications symboliques de leur accompagnement vers une psychothérapie, au travers d'un accompagnement para-psychologique* » (Vozari, 2021, p 237). La mobilisation de savoirs autour de la psychologie serait un « *gage de professionnalité* » (ibid). Elle permet ainsi aux puéricultrices et sages-femmes de renforcer leur identification professionnelle et de valoriser cette spécificité de leur travail. A la différence de l'exercice hospitalier, la PMI permet aux professionnelles de s'engager dans des réflexions qui dépassent l'acte de soin en lui-même. L'observation du lien d'attachement, des pratiques de maternages et des dynamiques familiales impliquent la mobilisation de références théoriques en psychologie. Dans les situations qu'elles rencontrent, les professionnelles sont particulièrement attentives aux indicateurs de santé psychique des mères et de leurs enfants : qualité des interactions, signes d'une dépression du post-partum, relation avec le conjoint entre autres. Ces indicateurs guident leurs interventions, afin de s'ajuster au plus près des besoins perçus.

¹⁹ Le rapport de la défenseure de Droits publié en 2021 met en évidence une saturation des dispositifs existants, qui ne permet pas de répondre aux besoins en terme de soins psychiques.

Ces attentions s'inscrivent dans une dynamique de promotion de la santé, par leur aspect global, en tenant compte de l'environnement de l'enfant dans son ensemble. En valorisant ce qui permet la mise en place des premiers liens et d'un environnement sécurisé pour l'enfant, les professionnelles cherchent à renforcer le sentiment de cohérence qui sous-tend le principe de salutogénèse, *qui génère la santé*²⁰.

« La famille de Louis est arrivée sur le secteur en 2021 après un départ précipité de son précédent logement, dans des conditions qui restent floues, mais dominées par un endettement important. Madame J, la mère de Louis, présente des difficultés psychologiques importantes : anxiété, troubles de l'humeur et relations compliquées avec l'entourage. Elle peut solliciter de manière intense les professionnelles dans les périodes d'angoisse, exprimant mal-être et difficultés à s'occuper de son enfant, et couper court à d'autres propositions quand elle estime « aller bien ». Le père de Louis, Monsieur M, tente de pallier à ces difficultés mais se dit souvent démuni pour y faire face. Il accepte les rencontres et aides proposées mais n'en perçoit pas toujours le sens.

Malgré les difficultés de sa mère et l'instabilité de son rythme quotidien, Louis présente un développement plutôt satisfaisant pour son âge, et entre en contact facilement avec les professionnelles. Les inquiétudes se situent plutôt du côté de Madame J, sans qu'une orientation spécialisée ne soit possible, faute de place et d'adhésion de sa part. Puéricultrice et assistante sociale restent préoccupées par la situation. Elles continuent de prendre des nouvelles régulièrement, tout en veillant à ne pas rompre le contact avec la famille.

Après plusieurs mois de liens fluctuants et à distance, Madame J informe le service qu'elle quitte le département avec Louis. Le couple rencontre des difficultés financières, Madame J décide de se rapprocher de sa famille et d'entreprendre un nouveau travail. Quelques semaines plus tard, elle contacte dans l'urgence les professionnelles, dans un discours confus, pour indiquer qu'elle vient d'ingérer plusieurs plaquettes d'anxiolytiques après que Monsieur M ait pris la décision d'une séparation officielle. Les professionnelles appellent les pompiers et s'assurent de la mise en sécurité de Louis. Madame J est finalement hospitalisée. »

Observations personnelles, 2022.

Cet exemple illustre la complexité de certaines situations et des modes d'intervention qu'elles appellent. Si les professionnelles ne sont pas sollicitées directement, elles restent impliquées sur une longue période auprès de la famille. Face aux difficultés exprimées, elles doivent objectiver leurs préoccupations pour trouver la juste distance et ne pas « perdre le lien ». En trame de fond, on lit les difficultés psychiques d'une mère et les limites de leur prise en charge, qui font le quotidien des professionnelles en PMI.

²⁰ Voir encadré p 23.

3. Dommages collatéraux : concurrence d'acteurs et souffrance au travail

a. Les motivations initiales à l'épreuve de la réalité

La question des motivations à venir travailler en PMI est un élément central pour saisir les modes d'intervention des professionnelles, et les limites qu'elles décrivent. Le refus, ou le renoncement de travailler à l'hôpital est une constante dans les discours recueillis :

« Les dernières années où j'ai travaillé à l'hôpital, j'ai travaillé 18 mois au diagnostic anté-natal... ce que j'ai trouvé très intéressant... ça m'a permis de comprendre pas mal de choses sur mes attentes... j'ai cheminé... j'avais le sentiment de manquer de temps quand je suis retournée dans les services de maternité (...) Et puis j'avais le sentiment d'avoir fait le tour de l'hôpital tel qu'il était... et tel qu'il est encore. »

Sophie, sage-femme en PMI depuis 9 ans

« Il était pas question que je retourne à l'hôpital... pour moi c'était plus possible l'hospitalier... l'organisation, le fonctionnement... 12 ans de bloc opératoire quand même... j'avais besoin de sortir ! De mettre mes propres vêtements (rires)... Je pouvais plus mettre des pyjamas en papier ! »

Virginie, puéricultrice en PMI depuis 8 ans

« C'est clairement les conditions de travail à l'hôpital qui m'ont tournée vers la PMI... les horaires et les plannings (...) Après c'est la... la proximité avec les gens... enfin d'être dans le soutien à la parentalité mais dans la vraie vie (...) En étant à l'hôpital on a pas les mêmes moyens qu'en PMI pour prendre en compte la famille. »

Hélène, puéricultrice en PMI depuis 9 ans

Les contraintes hospitalières (horaires décalés, travail de nuit et les weekends...) sont parfois nommées directement, mais souvent masquées par d'autres arguments : la recherche de conditions de travail plus favorables s'apparente davantage à un aveu qu'à une posture clairement assumée « *choisir la PMI pour ses conditions de travail ne devrait pas se faire, ou tout au moins, pas se dire* » (Farnarier, 2009, p282). Les notions de *prendre son temps*, et d'*accompagnement* teintent majoritairement les propos des professionnelles. Le *soutien à la parentalité* est mis en avant, pour illustrer leurs motivations initiales et faire valoir une certaine légitimité. Cette fonction bien spécifique – bien que ne relevant pas du seul champ de la PMI – permet aux professionnelles de valoriser leurs compétences, et de contrebalancer ainsi l'image peu valorisée d'une « *médecine sociale* », dénuée de soins techniques et de résultats immédiats (Vozari, 2021, p209). La PMI, dont les postes sont quasi-exclusivement occupés par des femmes²¹, doit également être analysée au prisme du genre qui la compose : « *les impératifs de la conciliation – auxquels les professionnelles sont tout autant contraintes et attachées – sont rapidement balayés au bénéfice d'un autre*

²¹ Les données disponibles concernent les médecins, représentés à plus de 90% par des femmes (DRESS, Démographie des médecins, 2015).

argument, moralement supérieur : une plus grande disponibilité auprès des « familles » que seul permettrait le travail en PMI » (Vozari, 2021, p 220).

« J'étais attirée par l'extra-hospitalier (...) Ce qui m'intéressait c'était de faire de l'accompagnement à la parentalité, c'était aussi cette autonomie dans le travail... l'accompagnement sur la durée des familles... ça c'est quelque-chose qui était important pour moi ».

Gabrielle, puéricultrice en PMI depuis 7 ans

« Après 10 ans de néonate j'avais vraiment vu l'importance de l'après-néonate (...) Donc les dernières années le côté technique ça me bottait plus trop donc voilà moi j'étais plutôt dans comment montrer les compétences du bébé, les parents ça les valorise, ça les narcissise (...) c'était une suite logique (...) Après quand je suis arrivée en PMI je suis un peu tombée de ma chaise... à tel point que les deux premières années je me suis dit que c'était pas fait pour moi (...) Moi je pensais vraiment qu'on était dans l'accompagnement à la parentalité, dans la prévention, la promotion de la santé, la prévention primaire... je pensais qu'on était vraiment là-dedans quoi ! (...) Et là, maintenant... (soupir) La protection prend beaucoup plus de place ».

Moi j'ai toujours travaillé dans les services d'urgence, de réa... donc y'a toujours quelque chose qui se passe, un résultat. En PMI, moi... de devoir attendre... une commission... 2 mois après... et après devoir attendre 5 mois que ça se mette en place... ça me semblait inconcevable... Voilà moi je découvrais ce monde-là... Ou du coup il y a du temps... C'était une question compliquée la temporalité... »

Françoise, puéricultrice en PMI depuis 14 ans

« C'est vraiment l'accompagnement des familles... C'est ce que j'adorais déjà en réanimation néonatale... accompagner les parents, les accompagner dans la découverte des compétences de leur bébé... être là dans les premiers moments... et puis la PMI c'est ça... accompagner les familles, découvrir les compétences de leur enfant (...) Y'avait aussi la partie de protection de l'enfance, mais j'avais pas une aversion pour ça... Ça m'intéressait de le découvrir... mais au début c'est vraiment plus l'accompagnement à la parentalité classique, actions collectives... et puis le travail d'équipe.

Y'a des choses que j'aimerais mettre en place et qui peuvent pas se mettre en place... l'impression de toujours courir après le temps et de pas aller au bout des choses parfois (...) C'est ça que je trouve un peu frustrant (...) On observe, on fait des diagnostics, on repère des besoins... et derrière on peut rien mettre en place... Il manque du soin psychique, les mesures éducatives mettent des mois à s'installer... Y'a pas de place en CMP... Il manque plein de choses en fait ! Tu proposes, les parents sont ok... et après ça met 6 mois, 9 mois à se mettre en place... C'est plus les mêmes problématiques, la situation s'est dégradée... »

Joséphine, puéricultrice en PMI depuis 5 ans

Les témoignages de Françoise et Joséphine se rejoignent en différents points, à l'image de leur expérience en néonatalogie. Animées au départ par une certaine continuité dans leur parcours (« *c'était une suite logique* ») elles disent ensuite la difficulté à se confronter au terrain, ses réalités (« *je suis un peu tombée de ma chaise* »). La notion de temps, au départ valorisée dans la rencontre avec les familles, devient finalement un fardeau avec lequel il faut composer (« *attendre 5 mois que ça se mette en place, ça me semblait inconcevable* » ; « *ça met 6 mois, 9 mois à se mettre en place* »). Aux désillusions relatées par les professionnelles, s'ajoutent les difficultés de contexte, de moyens et les réalités d'une génération marquée par l'épuisement professionnel.

b. Génération burn-out ?

La sémantique de la souffrance se retrouve à plusieurs niveaux dans les discours recueillis. Elle est à la fois le récit d'une catégorie professionnelle particulièrement touchée par l'épuisement, du fait d'une forte implication dans l'accompagnement de l'humain (Léon, 2021), et d'une période marquée par l'épidémie de Covid-19. La souffrance identitaire qui marque déjà les professionnels de PMI, s'est trouvée exacerbée par le contexte épidémique : un « *vécu amer (...) assimilé à un véritable lâchage institutionnel* » (Bellac Cabane C, Cadart ML, 2022, p 166). Les autrices précitées expliquent ce vécu par les aménagements plus ou moins organisés en lien avec les mesures de confinement durant l'année 2020 : fermeture/réouverture des centres de PMI, arrêt des visites à domicile et limitations importantes des rencontres avec les familles, consignes plus ou moins claires sur l'accompagnement des assistantes maternelles... Les professionnelles enquêtées ici ont été rencontrées au printemps 2022, donc à distance des mesures de confinement. Si l'organisation propre au département durant l'année 2020 n'a pas été abordée, les restrictions et mesures sanitaires qui perdurent se devinent :

« Les actions collectives se sont arrêtées depuis 2 ans... On va remettre à l'ordre du jour la salle P... L'action collective avec l'épicerie solidaire va reprendre la semaine prochaine... Les salles d'attente vont pouvoir revivre aussi. »

Claire et Virginie, puéricultrices en PMI depuis 8 ans

La « mise en veille » de la salle d'attente traduit bien la transformation des centres de PMI lorsqu'ils ne peuvent plus être le lieu de rencontres : les horaires de consultation ont dû être élargis pour éviter le croisement des familles et permettre l'aération des lieux. Un aménagement qui a nécessité une organisation sans cesse revue par les professionnelles, au rythme des consignes gouvernementales.

Plus globalement, les professionnelles ont aussi fait allusion à leurs difficultés de ne pas pouvoir orienter les familles du fait du manque de structures disponibles (orthophonistes, CMP, établissements d'accueil du jeune enfant, techniciennes de l'intervention sociale et familiale...).

« C'est hyper difficile de rien avoir à proposer... c'est vraiment compliqué... IL va falloir qu'au niveau politique ils fassent quelque chose... On va pas pouvoir rester comme ça... Ca met un peu en colère parfois... C'est vraiment le serpent qui se mord la queue... Et on se sent très impuissant... C'est vraiment difficile (...) Mais je pense aussi que la frustration use au bout d'un moment... les gens s'épuisent au bout d'un moment (...) Mais tout le monde a envie de bien faire... Tout le monde est plein de bonnes intentions et d'énergie... mais ça touche à tellement de choses, y'a rien de simple... Tout est lié... Tant qu'il n'y aura pas plus de professionnels... on va s'épuiser »

Joséphine, puéricultrice en PMI depuis 5 ans

« Si on veut limiter la protection il faut augmenter la prévention... Y'a pas besoin de tourner autour du pot... Le levier il est là ! Mais je sais pas si là-haut ils s'en rendent compte suffisamment de l'impact que ça pourrait avoir ! (rires) »

Nolwenn, puéricultrice en PMI depuis 2 ans

« Là-bas je suis restée 8 ans et l'équipe était jamais au complet, y'avait tout le temps des arrêts avec des remplacements... pendant 6 ans c'était... euh... nager à contre-courant pour sortir la tête de l'eau et pouvoir faire toute la protection de l'enfance donc du coup... je me suis épuisée... »

Françoise, puéricultrice en PMI depuis 14 ans

Le manque d'accompagnement de la part de l'*institution*, nommée comme telle ou désignée par « le politique », ou « là-haut », se dit à demi-mots. Nathalie évoque par exemple la place des réunions entre les professionnelles des différents centres de PMI (qui se tiennent trois fois par an). Ces espaces devraient être, selon ses termes, des « lieux de promotion de la santé pour les professionnels », mais « non portés comme tels par l'institution ». Ces observations rejoignent la vision du sociologue B. Ravon, qui pointe le manque d'analyse de la pratique et de supervision, au profit « d'espaces de régulations des agendas ». La responsabilité de l'institution est directement mise en cause, au travers « d'un psychologisme qui centre le problème sur l'économie psychique du travailleur social, son histoire, sa trajectoire, sans interroger l'institution » (propos cités par Léon, 2021, p 24).

Les limites exprimées ici, tant sur le plan des moyens (pénurie de professionnelles ou de structures « annexes ») que sur le soutien reçu par l'institution, incarnent plus largement les contours d'une société du *care*, où prendre soin de l'Autre n'est pas sans effet sur les acteurs concernés. Les travailleurs médico-sociaux sont ainsi particulièrement exposés au risque d'épuisement professionnel, du fait de leur implication, et du « contact permanent avec l'exclusion et la misère, la déficience et la fragilité, la souffrance et les épreuves vécues par les personnes accompagnées » (Léon, 2021, p 14). La perte de sens, saillante dans certains propos cités plus haut, est à l'origine de cet état d'épuisement, et témoigne des limites des arrangements quotidiens opérés sur le plan individuel par des professionnelles sur-sollicitées, et peu valorisées.

4. Synthèse de la partie II

Prises au cœur des attentes et d'un fonctionnement institutionnel complexes et ambivalents, les professionnelles de PMI perdent parfois de vue certaines de leurs missions. Non pas qu'elles oublient de les mettre en œuvre, mais plutôt qu'elles se trouvent en difficulté pour prioriser, et donner du sens à leurs interventions. La promotion de la santé en est l'exemple dominant. Dans un quotidien marqué par les difficultés et les limites, les professionnelles peinent à imaginer comment parvenir à « promouvoir la santé ». Celles-ci mobilisent alors des ressources individuelles pour s'adapter à une organisation et des réalités qui les dépassent. Une adaptation qui n'est pas sans effet sur leurs motivations et leur professionnalité.

Partie III – Les accommodations nécessaires du travail social

L'identité soignante des intervenantes en PMI se trouve finalement dépassée par un spectre d'interventions beaucoup plus large, répondant à la définition du *care*, où le *souci de l'autre* les situe à une place particulière. Malgré des injonctions institutionnelles paradoxales, les puéricultrices enrichissent leurs pratiques au fil de leur expérience professionnelle. Des évolutions souvent confondues avec les notions de *vocation* et de *don de soi*, qui renvoient à l'aspect périlleux d'un travail « sur le fil », majoritairement porté par des femmes, et à la technicité souvent invisible (Benelli, 2010). Dans une période bousculée par la crise Covid, les répercussions sur les plus vulnérables vont de pair avec la mise en lumière d'un système de santé à bout de souffle. Les réflexions sur le *care* comme travail devant être reconnu et valorisé s'immiscent peu à peu dans le débat public (Laugier, 2020). Il apparaît ainsi pertinent de croiser l'ensemble de ces réflexions avec les notions de parcours professionnel, et les facteurs individuels qui façonnent l'identité des professionnelles rencontrées.

Le *care*, de quoi parle-t-on ?

Le terme de *care* ne trouve pas son équivalent en français. Cet anglicisme désigne la notion de soin, en l'envisageant comme un travail global, permettant de « *répondre aux besoins d'un autrui vulnérable* » (Benelli, 2010, p 43). Les travaux de recherche portant sur cet objet se heurtent à certains défis méthodologiques, le *care* s'apparentant à un « *travail émotionnel pratiquement indescriptible, résistant à la mesure, se racontant mal, ne se voyant pas ou seulement à travers quelques figures stéréotypées - le geste « maternel », le regard soucieux -* » (Ibid).

La définition de Fischer et Tronto (1991) considère le *care* comme « *une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde", en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie* » (cité par Tronto, 2008, p 244).

Le *care* englobe ainsi toutes les activités permettant de se soucier de l'autre, et requiert une disposition morale qui ne doit pas être confondue avec une simple empathie ou de bons sentiments. L'éthique envisagée autour cet objet de pensée implique une valorisation des pratiques professionnelles qui lui sont associées (Paperman, 2012, p 195).

1. Développement professionnel et promotion de la santé : l'expérience structurante

L'arrivée en PMI intervient souvent après plusieurs années d'exercice à l'hôpital. Parmi les 10 professionnelles rencontrées, la moitié a commencé à travailler en PMI juste après leur diplôme. Les autres ont connu des expériences hospitalières allant de 2 à 20 ans (ou une activité libérale pour Charlotte, médecin). Un effet combiné des attentes vis-à-vis du métier, et des motivations non-professionnelles guidant ce choix (cf. motivations des professionnelles évoquées plus tôt).

Les missions de prévention, promotion de la santé motivent donc les infirmières, puéricultrices et sage-femme dans un temps particulier de leur parcours, après avoir généralement accompli des actes techniques, dans des services caractérisés par l'urgence et l'aspect aigu des prises en charge (Vozari, 2021, p 219). Hélène, Sophie, Françoise, Joséphine et Virginie ont débuté leurs carrières à l'hôpital, dans des services relevant uniquement de la réanimation, la maternité ou les urgences. Comment s'opère la transition vers un mode d'exercice plus lent, et ne relevant d'aucun protocole?

a. La culture professionnelle à l'épreuve de la diversité des pratiques

La notion de culture professionnelle renvoie au discours tenu par les professionnels d'une organisation pour définir leur place, et la conception qu'ils ont de leurs missions : *« Il s'agit moins ici des contenus, des méthodes, des compétences associées à une connaissance du terrain que de la manière dont les professionnels parviennent à générer de nouvelles réponses aux questions par rapport auxquelles les prescriptions en vigueur n'offrent pas les réponses satisfaisantes »* (Gather Thurler, 2013, p 71).

Si la promotion de la santé n'a pas fait l'objet d'études centrées sur la fonction de puéricultrice de PMI, d'autres travaux ont permis d'explorer ce domaine, en étudiant la médecine scolaire. Lorsque l'on s'intéresse aux trajectoires professionnelles et au développement des compétences spécifiques en promotion de la santé des infirmières scolaires, la diversité des modes d'interventions dilue la définition que l'on pourrait faire de leur travail : *« La faiblesse du cadrage relatif aux activités de types discrétionnaires et l'incertitude des prescriptions qui les définissent laissent aux infirmier-ères une pluralité de modes opératoires. Pour atteindre leurs objectifs, elles improvisent des manières de penser et de faire, les conduisant à inventer une posture en lien aux formes nouvelles du milieu qui s'impose à elles »* (Hardy et al, 2014, p 79). Des observations qui

peuvent être mises en perspective par le caractère pluriel des actes accomplis en PMI. Pour « promouvoir la santé », les puéricultrices mettent en œuvre une série d'interventions, allant d'une rencontre ponctuelle en permanence de puériculture à l'accompagnement physique pour une inscription dans une structure d'accueil. Ainsi, le mode opératoire ne s'arrête pas à la transmission d'un conseil ou d'une recommandation, mais revêt d'autres formes qui ne font pas l'objet de prescriptions ou d'une nomenclature précise (Hardy et al, 2014, p 81). La difficulté à décrire un quotidien, des actions concrètes, se retrouve dans le discours des puéricultrices. L'appartenance à un « tout » est davantage mise en avant :

« Ce que je perçois depuis longtemps et de plus en plus... c'est la notion de faire partie d'une grande chaîne dans la vie des familles... et du coup modestement on s'inscrit à un endroit et pour un temps donné dans l'accompagnement d'une famille (...) on peut faire maillon avec ce qui s'est passé avant et ce qui se passera après ».

Nathalie, puéricultrice en PMI depuis 21 ans

L'expérience acquise au fil de l'exercice est le principal levier d'évolution professionnelle dans le domaine, au travers de la confrontation profane/professionnelles à l'œuvre dans les rencontres :

« C'est ce que j'ai compris en PMI, il faut accepter de s'appuyer sur la demande des parents et de se détacher de nos propres attentes... et de respecter le temps des parents, le temps des enfants, et leurs priorités... »

Françoise, puéricultrice en PMI depuis 14 ans

« Après c'est l'assurance professionnelle que tu vas prendre... tu es jeune professionnelle, tu as emmagasiné des connaissances mais tu les as pas vraiment intégrées... faut les pratiquer pour vraiment se les approprier (...) Au fil du temps tu prends de l'expérience, après coup tu te dis ah j'aurais dû répondre ça... donc la fois d'après tu t'adaptes ».

Nolwenn, puéricultrice en PMI depuis 2 ans

b. L'impossibilité d'harmoniser ?

Le concept de *geste professionnel* peut également être mobilisé pour illustrer cette dynamique d'évolution au cours de la carrière, en opposition à l'acte médical²² habituellement attribué aux professionnels du soin. Le terme de *geste professionnel*, emprunté à l'ergonomie, incarne la « *double dimension interprétative « entre faire et signifier », en liant les aspects opératoires aux aspects symboliques* » (Eyland, 2021, p 109). Ainsi, les gestes professionnels appliqués à la promotion de la santé peuvent consister à écouter, conseiller, ou guider les parents sur des gestes précis relevant de la fonction maternelle (lavage de nez, gestes de massages ou de portage...) : « *les gestes professionnels intègrent les gestes du métier en les mobilisant d'une façon particulière, leur mise en œuvre dépend de processus d'ajustement, d'agencement, de régulation. Il n'y a pas un modèle opératoire à privilégier, mais des variations à construire dans l'interaction avec le contexte* » (Jorro, 1998, p 7). Il s'agit là de pratiques diffuses dans une activité globale, et relevant d'actes de maternage quotidiens, d'où peut-être le fait qu'elles n'aient pas été explicitées au cours des entretiens.

Pour finir, la formation individuelle, la recherche d'information et les lectures personnelles ont été évoquées spontanément comme axe de progression et pour maintenir un certain niveau de compétence : « *Moi j'ai beaucoup lu, j'ai beaucoup été chercher, en dehors de mon temps de travail...* », « *quand on entend parler de nouvelles choses entre puer, ça permet de lire, de les utiliser dans le quotidien...* ». La place de l'équipe et du partage de compétences tient une place centrale pour maintenir une dynamique positive, comme le souligne B. Ravon : « *Les équipes fonctionnent bien quand le management met en place des temps de réflexion collective qui permettent d'échanger sur les ruses, les bricolages, ce qu'on met en place pour faire face aux imprévus* » (propos cités par Léon, 2021, p 24). Des espaces d'échanges qui existent au sein de la collectivité enquêtée, et bien investis par les professionnelles, qui déplorent néanmoins leur fréquence insuffisante, et leur organisation souvent trop cadrée par l'institution.

²² L'acte médical désigne « *toutes les actions professionnelles et les démarches scientifiques, d'enseignement, de formation et de pédagogie, cliniques et médico-techniques, accomplies afin de promouvoir la santé, prévenir les maladies, fournir un diagnostic ou un soin thérapeutique aux patients, individus, groupes ou communautés* » (définition de l'Union Européenne des Spécialistes Medicaux).

La réunion trimestrielle qui rassemble les professionnelles des différents centres de PMI du département reprend en présentiel, après 2 ans d'organisation à distance. Les professionnelles se réjouissent de ces retrouvailles, aussi conviviales que studieuses (les groupes sont composés d'une quinzaine de professionnelles travaillant sur des secteurs différents). A l'ordre du jour, la présentation d'une structure partenaire occupe la matinée, et l'après midi est consacrée aux échanges plus libres, en fonction des propositions amenées par les participantes ce jour-là. Un moment vécu comme un véritable souffle dans leur quotidien dense et parfois isolé. Toutes reconnaissent l'utilité de ces moments, et apprécient la liberté laissée par l'institution sur le contenu des échanges ce jour-là : « c'est bien quand l'ordre du jour n'est pas imposé ».

Observations personnelles, mai 2022.

Les professionnelles font finalement avec ce qu'elles savent, ce qu'elles sont, et avec le public qu'elles rencontrent, pour ajuster ces *gestes* qui font leur travail. La diversité des pratiques rend difficile leur harmonisation, mais la construction d'une culture professionnelle demeure possible. L'acquisition et la mobilisation d'expériences réelles vient enrichir les « *articulations entre modes opératoires et références à l'expérience, aux valeurs et aux autres savoirs* » (Leplay, 2008, p 53). Des expériences souvent mêlées aux trajectoire de vie, et au chemin de la maternité emprunté par les professionnelles.

2. Parcours de vie, parcours professionnels

a. Une professionnalité qui évolue

Cheminement individuel au sein d'un groupe professionnel, la professionnalité peut être envisagée comme « *une expertise et une déontologie* » (Aballea, 1992, p 39). Mêlant personnalité et compétences professionnelles, ce concept vise un certain pragmatisme dans les actions mises en œuvre, et se construit de manière dynamique au fil du temps. Le terme de « *professionnalité émergente* » est ainsi régulièrement employé pour qualifier les ajustements opérés au fil de l'expérience, faisant davantage appel à la réflexivité qu'à une transmission descendante des savoirs : « *la distinction expert/novice qui schématise de façon trop radicale les compétences de l'expert laisse entendre qu'il suffirait d'acquérir ses qualités pour faire valoir une professionnalité (...) La capacité d'un individu à entrer dans le genre professionnel, à mobiliser de façon encore tâtonnante les compétences et les gestes professionnels spécifiques du métier, atteste d'une tension vers la professionnalité* » (Jorro, 2013, p 241).

L'évolution des pratiques serait ainsi sous-tendue par le questionnement de celle-ci, au regard des objectifs visés. Travailler en PMI implique pour les professionnelles concernées – puéricultrices, sage-femme et médecin - de revoir les actes effectués sous le prisme du « social », s'éloignant parfois de leur culture biomédicale d'origine. Leur trajectoire pourrait ainsi aller jusqu'à transformer leur cœur de métier, comme le décrit C. Farnarier « *il nous semble que l'entrée en PMI (avec toutes les variations et nuances qu'elle comporte suivant les situations), telle qu'elle nous a été présentée, se situe à l'intersection de la réorientation et de la reconversion professionnelle* » (Farnarier, 2009, p 257).

L'« entrée en PMI » est également source d'un conflit éthique plus ou moins bruyant, sous-tendu par la fonction d'*accompagnement*, que les professionnelles mettent largement en avant. Le « soutien à la parentalité » peut mettre à mal les conceptions et valeurs qui guident ces professionnelles dans leurs choix de trajectoire : « *Il s'agit pour les équipes de valoriser les savoirs faire 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* » (Vozari, 2011, p 40). Les professionnelles peuvent ainsi réaliser au fil de leur parcours que le fait d'accompagner, de soutenir, se fait rarement de manière neutre. Si elles arrivent en PMI avec l'ambition d'exercer leurs missions en cohérence totale avec une déontologie affirmée (non jugement, respect et

bienveillance), elles se confrontent néanmoins à des réalités qui peuvent bousculer ces valeurs. Le travail éducatif nécessite à certains moments de dicter, de manière plus ou moins consciente, certaines *bonnes conduites*, conformes à ce qu'on pourrait attendre d'un parent avec son enfant.

Face à une définition instable de leurs objets d'intervention -ici, le soutien à la parentalité-les professionnelles développent des pratiques leur permettant d'affirmer un certain savoir-faire. C. Martin les identifie en deux axes principaux : « *la définition d'une posture d'écoute adoptée dans la relation au parent, et la mise à distance de toute stigmatisation des parents* » (Martin, 2014, p 181). « *S'appuyer sur la demande des parents* », « *Être disponible à ce qui vraiment les préoccupe* », « *Faire là où ils en sont* » sont les bases énoncées de la relation d'accompagnement. Une posture en décalage avec ce qui peut être mis en œuvre dans d'autres contextes, à l'hôpital notamment :

« En étant à l'hôpital (...) on n'a pas les mêmes moyens qu'en PMI pour prendre en compte la famille, on est là pour soigner une pathologie dans un moment aigu alors qu'à la PMI (...) c'est prendre le temps de décortiquer ça, de décortiquer les parcours de vie ».

Hélène, puéricultrice en PMI depuis 9 ans

Aux remaniements opérés face à un changement de contexte lorsqu'elles arrivent ou restent en PMI, les événements de vie viennent également moduler les pratiques des professionnelles.

b. L'expérience de la parentalité

Tirillées entre les différentes missions qui leurs sont confiées, les professionnelles de PMI, et plus particulièrement les puéricultrices, accordent une large place à l'accompagnement, au conseil et à la valorisation des rôles parentaux. Une mission qui convoque, de manière plus ou moins consciente, l'expérience personnelle de la parentalité. Qualifiée de « *posture d'individualisme professionnel* » (Martin, 2014, p 182), l'appel aux références personnelles pour élaborer une posture professionnelle se lit dans les discours : « *Les enquêtés font reposer leurs pratiques sur leurs expériences individuelles et les légitiment en vertu de leurs dispositions personnelles* » (Ibid).

« *Moi je me sers de ma pratique de maman dans ma pratique professionnelle... pour guider les parents... on est pas formées sur tout... tu te sers de tes connaissances de maman ...* »

Virginie, puéricultrice en PMI depuis 8 ans

Le vécu de la parentalité conduit également les professionnelles à s'engager dans une documentation personnelle, au travers de différents supports, qu'elles mobilisent ensuite dans leur travail : « (...) *des professionnelles aux diplômes et parcours variés développent une manière individuelle de se forger un référentiel d'action* » (Ibid).

« *Le fait de devenir maman ça donne aussi l'envie d'apprendre pour tes enfants, d'apprendre pour les familles... de te documenter... moi ça me nourrit... c'est un but personnel et professionnel quoi !* »

Claire, puéricultrice en PMI depuis 8 ans

« *Chaque expérience fait mouvement, apporte son lot de questions et de recherches différentes (...) Chaque enfant nous ramène des choses différentes, et donc des réponses différentes... même si ce n'est pas notre expérience personnelle qui fait notre compétence... mais ça peut ouvrir des champs de recherche... moi j'ai beaucoup lu, j'ai beaucoup été cherché, en dehors de mon temps de travail... sur différentes problématiques, sur la parentalité* ».

Gabrielle, puéricultrice en PMI depuis 7 ans

L'impact du vécu personnel, même s'il transparait dans les discours, est néanmoins atténué par d'autres propos qui mettent en avant un certain professionnalisme : « *Ce n'est pas notre expérience personnelle qui fait notre compétence* ». Pour être une bonne professionnelle, il ne faudrait pas trop s'appuyer sur son expérience personnelle, sous peine de se voir discréditée. Une expérience néanmoins porteuse de références communes, qui permettent une plus grande empathie, qualité essentielle dans la relation d'aide. Equilibre fragile, source d'interrogations, mais pilier incontournable dans la relation aux familles, le vécu de ces mères comme les autres, donne une coloration particulière à leurs postures. Un lien parfois invouable, où la mise à distance des émotions permet de dépasser le risque d'une charge émotionnelle trop lourde, quand les projections font écho au vécu personnel : « *... l'engagement émotionnel nécessaire est pensé*

comme une aptitude profane devant être maîtrisée par les intervenantes, pour se maintenir en tant que professionnelle » (Vozari, 2011, p 38).

La non-parentalité est aussi un élément à prendre en compte dans le vécu des professionnelles. Même si les vécus parentaux sont plus ou moins mis à distance dans le discours des professionnelles, l'absence de maternité reste un point de questionnement et d'inconfort :

*« Le sentiment de légitimité avait du mal à s'installer... de pas être mère... peut-être à tort (...) je me suis dit plusieurs fois, à quel moment je suis légitime pour donner un conseil à quelqu'un qui vient d'avoir son enfant... je ne sais pas ce que c'est, je ne sais pas ce que ça implique... et quelle légitimité j'ai, du fait de mon âge et pas d'enfant, à apporter ça...
(...) Au fil du temps tu prends de l'expérience, tu vois que tes collègues racontent la même chose, donc la fois d'après tu t'adaptes... Donc je pense que là maintenant, ça a moins d'impact que ça n'a eu. »*

Nolwenn, puéricultrice en PMI depuis 2 ans

Nolwenn décrit les choses en miroir de ses collègues : elle n'est pas mère, et estimait -au moins au tout début de son activité professionnelle- que cela pouvait diminuer sa légitimité. Elle dit aussi prendre de l'assurance au fil de son expérience, au contact de ses collègues. La consolidation de son sentiment de compétence passe par la confrontation des pratiques, et un échange mutuel « *tu vois que tes collègues racontent la même chose* ».

Au-delà des réflexions individuelles, c'est bien une vision globale de la santé publique et des « *normes familiales* » qui découle directement de la place des femmes dans l'élaboration des campagnes de prévention, et des messages diffusés autour de la parentalité : « *Les femmes, plus particulièrement, se sont fortement investies dans ce type de mission. Or, l'analyse de leur trajectoire montre justement leur volonté de conjuguer travail et vie familiale (...) elles se sont familiarisées avec des théories scientifiques prônant le primat de la relation parent/enfant pour le bon épanouissement de celui-ci* » (Le Pape, 2014, p 31). Le regard porté sur les conduites parentales découle ainsi d'un rôle maternel intégré par les expériences personnelles, et la diffusion d'un certain idéal. Des effets qui dépassent la promotion de la santé et le soutien à la parentalité, mais qui concernent le travail social dans son ensemble.

3. Professionn-ELLES du travail social et influences sociologiques

Dans un contexte marqué par l'évolution du mouvement féministe, les revendications portées les femmes dépassent les intérêts individuels et imprègnent peu à peu les institutions et leur mode de gouvernance (Lamoureux, 2006, p 54). Les années 2000 ont vu les communications autour de la parentalité se tourner de plus en plus vers les pères et la redéfinition de leur place. L'allongement du congé paternité²³ reste une illustration forte de ce tournant. Malgré ces évolutions, les professions du travail social sont largement occupées par des femmes. Les effets de genre et de classe sociale sur la mise en œuvre de ce travail méritent un détour pour compléter l'analyse des constats effectués jusqu'ici.

a. Milieux, normes et valeurs

Les travaux de D. Serre figurent comme référence pour définir les liens entre genre et travail social. Les résultats de son enquête sur les signalements d'enfants en danger (Serre, 2009) rencontrent plus largement les observations faites ici. En explorant les postures des professionnelles de PMI dans le champ de la promotion de la santé, il apparaît essentiel de considérer leurs trajectoires individuelles pour comprendre les mécanismes à l'œuvre lorsqu'elles s'adressent aux familles. Ainsi, la transmission de certaines valeurs dépend directement du milieu auquel elles appartiennent : l'expression de « *vase communicant* » entre expériences privées et professionnelles est ainsi utilisée par Joséphine. Un va et vient que D. Serre démontre plus largement : « (...) *la morale familiale promue par les assistantes sociales est fondée sur certaines conditions de vie et de travail, certaines pratiques et représentations qui sont liées à leur position sociale de classes moyennes* » (Serre, 2009, p 124). Les attentes vis-à-vis des parents en matière d'éducation ou de santé s'inscrivent ainsi dans des normes bien définies, qui dépassent le simple quotidien, mais qui découlent d'un système beaucoup plus global : « *La réalisation effective de cette norme repose sur des conditions sociales et économiques particulières* » (Ibid, p 125).

Nathalie reconnaît que le lien entre son expérience de vie et sa posture professionnelle dépasse la question de la maternité :

²³ A compter du 1er juillet 2021, la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant est portée à 28 jours, contre 14 jours auparavant.

« Je pense que c'est intergénérationnel en fait, c'est au-delà des enfants (...) C'est des choses qui à certains moments me dépassent... comme si ça entre en résonance avec des croyances, des valeurs... ça place l'Homme dans une position que j'aime bien... avec de la confiance, une capacité d'empowerment... tout ça quoi ».

Nathalie, puéricultrice en PMI depuis 21 ans

Dans les exemples qu'elles mentionnent, Joséphine, Claire et Virginie valorisent par exemple l'accueil en crèche comme levier de promotion de la santé : l'enfant peut évoluer dans un environnement favorable, source de stimulations pour sa santé et son développement. Une considération rendue possible par leurs propres références de femmes diplômées, occupant un emploi, et qui peuvent envisager de confier leurs enfants à une structure extérieure. La résonance de leurs encouragements à inscrire l'enfant en crèche ne prendra pas le même sens pour une femme de milieu populaire ou issue d'une culture qui valorise l'entourage familial comme espace de socialisation.

Plus ou moins conscientisé, le lien entre conceptions individuelles et messages transmis fait le socle de la relation d'accompagnement. Les professionnelles diffusent donc des messages emprunts de leur propres valeurs et priorités, même si elles dépendent d'orientations institutionnelles qui les interrogent parfois. Les professionnelles peuvent ne pas être en accord avec les choix opérés par les élu.e.s, en particulier sur les outils de communication utilisés, faute de consultation en amont de leur diffusion.

b. Care et émancipation : un féminisme tâtonnant

Les orientations politiques des structures de santé publique - ici un Conseil départemental - peuvent être empruntées d'une certaine « modernité » dans les images véhiculées autour de la parentalité. De la parité dans la représentation des élu.e.s à l'utilisation de l'écriture inclusive dans ses communiqués, l'institution affiche son engagement pour l'égalité femmes-hommes. Même si la mécanique est en marche, tous les rouages ne sont pas encore maîtrisés, comme en témoigne l'organisation de la santé et de sa promotion. A différents niveaux, « *le système de genre structure et hiérarchise le monde social (...) en gouvernant la socialisation différentielle des corps, selon leur sexe, leur sexualité et leur identité de genre, mais aussi selon leur âge et leur état de santé, leur appartenance de classe, leur racialisation* » (Le Talec, 2019, p 111). Une différenciation qui se retrouve dans le discours des professionnelles rencontrées, même si elles s'en défendent.

Les outils de communication autour de l'allaitement maternel ont conduit plusieurs fois à des incompréhensions et décalages entre élu.e.s et professionnel.le.s. Ces supports d'information et de conseil, destinés aux parents, sont aussi porteurs d'enjeux plus larges, quant à l'affichage d'une politique inclusive et non stigmatisante. Les images véhiculées sur ces supports (femme qui allaite, couple autour de son enfant, place du corps féminin...) ne sont pas neutres, tout comme la rhétorique employée. Ainsi, la représentation d'une femme non racisée, en couple hétérosexuel et affichant bonheur et épanouissement quand elle allaite, exclut toute une frange de la population. La diversité culturelle et des structures familiales, les difficultés d'allaitement et le choix de ne pas allaiter doivent être pensés au travers de ces supports. Une réflexion qui n'est pas toujours bien reçue par les professionnelles, qui voient-là une remise en cause de leurs pratiques et une forme d'instrumentalisation.

Observations personnelles, 2016 - 2022

On voit là les exigences de la construction d'un programme de promotion de la santé (ici l'allaitement maternel), dans une approche de genre. Si ce sont les mères qui allaitent, le co-parent tient aussi une place majeure, et doit être intégré dans les supports de communication. Pour que chaque parent puisse s'identifier au travers des images diffusées, les mères ne doivent pas être les seules mentionnées, et leurs corps non stigmatisés. Une approche qui nécessite du temps et une méthodologie particulière, qui fait encore défaut actuellement (Le Talec, 2019, p 94). La construction de ces outils en concertation avec les équipes de terrain apparaît essentielle pour que leur diffusion se fasse en cohérence avec les valeurs affichées.

La notion de *féminisme tâtonnant* renvoie aux ambivalences des discours portés par les professionnelles. Derrière une volonté forte de non-stigmatisation, l'asymétrie des rapports avec les pères ou les mères vient trahir la prégnance des modèles traditionnels de parentalité. Ainsi, *les mères* désignent, dans le discours des professionnelles, le public rencontré en grande majorité : « *On voit pas beaucoup les papas par ici* » ; « *Je dis maman parce que c'est surtout les mamans* » ; « *On a beaucoup de femmes seules... ou avec des papas très... volatiles* ». Les pères sont ainsi peu présents dans les propos recueillis, où alors pour mentionner la question des violences à deux reprises. Un élément à mettre en lien avec les spécificités du public rencontré et le repérage des vulnérabilités en PMI.

Les professionnelles tentent donc de s'adapter aux réalités des parentalités contemporaines, tout en constatant que les évolutions ne sont pas les mêmes partout. Leurs discours endossent les évolutions d'une époque, et par ricochet, de leur professionnalité : « *L'évolution des pratiques parentales avec les théorisations correspondantes s'est accompagnée d'une évolution symétrique des positions professionnelles, enjoignant de s'adapter (...) les nouveaux mots d'ordre portent sur le développement de l'enfant, son éveil, sa socialisation, et plus globalement son épanouissement, ainsi que sur la nécessité de travailler avec les parents* » (Neyrand, 2019, p 69). La place des mères est ainsi modifiée, et l'accompagnement de ces changements au travers des pratiques professionnelles se fait de manière progressive et parfois hésitante.

Les sms de rappel de rendez-vous générés automatiquement par le logiciel utilisé à la PMI sont dans l'immense majorité des cas envoyés à la mère uniquement, même si les numéros de téléphone des deux parents sont renseignés. Les professionnelles cochent, par défaut, le contact de la mère pour activer cet envoi.

Lorsque l'enfant est accompagné par son père seul au rendez-vous, cela est très souvent mentionné dans le compte-rendu de la consultation : « Venu avec papa seul ». A l'inverse, un enfant accompagné par sa mère uniquement relève de la routine, et n'est pas spécifié par écrit.

Observations personnelles, 2022.

Les professionnelles rencontrées en PMI revendiquent une évolution dans la répartition des rôles parentaux et valorisent l'émancipation des femmes qu'elles rencontrent : accompagnement vers l'emploi et soutien pour organiser un mode de garde pour l'enfant. Certains de leurs actes disent parfois l'inverse, et situent encore les mères au cœur des tâches parentales, et particulièrement dans le suivi de la santé de l'enfant. Un constat déjà établi en confrontant l'idéologie et les pratiques d'institutions de garde des jeunes enfants au travers d'une riche étude menée en crèche et auprès d'assistantes maternelles (Blöss, 2005, p77). Les structures de garde pratiquent ainsi une « *survalorisation du rôle maternel* » au travers d'un « *rappel institutionnel* » fort : la mère reste

l'interlocutrice privilégiée des professionnelles, de la constitution du dossier d'inscription à leur sollicitation lorsque l'enfant est malade. Les pères interviennent à d'autres moments, pour « vérifier le contrat » ou « gérer les conflits ». La répartition sexuée des rôles parentaux serait donc entretenue par les professionnelles intervenant auprès des jeunes enfants, du fait, entre autres d'une sur-représentation des femmes dans ces métiers.

4. Synthèse de la Partie III

L'expérience des professionnelles de PMI, et en particulier des puéricultrices, croise celle d'autres professionnelles en matière de promotion de la santé. L'évolution professionnelle, l'acquisition de nouveaux savoirs et de nouvelles pratiques, se fait progressivement, à la lumière d'apports théoriques et de prise de recul. Dans le champ particulier du soutien à la parentalité, les professionnelles puisent également dans leur vécu personnel pour affiner leurs interventions et légitimer leurs compétences. La convocation de l'expérience de la maternité peut aussi compromettre la professionnalisation de certains gestes, qui font partie du quotidien de tout parent. A cet exercice périlleux, s'ajoute la cohabitation des normes et des valeurs individuelles, avec lesquelles il peut être compliqué de composer pour maintenir une cohérence totale entre les actes et les idées.

Conclusion

L'étude de la PMI aujourd'hui, au travers de ses professionnelles et de leurs pratiques, relève de champs théoriques variés. Le choix a été fait ici d'explorer les choses sous l'angle de la sociologie, afin de mettre en lumière les discours, les ressentis et les actes du quotidien en promotion de la santé. D'autres axes de lecture permettraient de révéler des réalités sans doute différentes, ou du moins nuancées, d'un point de vue politique par exemple. Ce travail permet finalement d'ouvrir quelques portes, mais ne donne qu'un aperçu de ce qu'incarne la mise en œuvre des missions de PMI sur un territoire donné. Les disparités de populations, de gouvernance et de moyens disponibles dans chaque département ouvrent la voie à autant d'analyses et de conclusions concernant la PMI. Si ce mémoire ne permet pas la généralisation des constats établis ici, quelques clés de lecture peuvent néanmoins s'en dégager.

Le manque de visibilité de la PMI, sa mise en concurrence avec d'autres dispositifs s'imposaient comme le point de départ des réflexions engagées : La PMI est-elle un lieu de promotion de la santé ? Quel décalage entre les missions affichées et les priorités de terrain ? Qu'est ce qui fait défaut, en termes de ressources individuelles et collectives pour assurer ces missions ? Au départ tournés vers les représentations « extérieures » véhiculées autour de la PMI, ces questionnements m'ont finalement ramenée au cœur des équipes, en interrogeant les propos des professionnelles, leurs motivations et leurs limites. Leurs mots témoignent d'une identité professionnelle bien marquée, malgré les ambivalences de leurs missions et les difficultés à percevoir la promotion de la santé. Concept flou, peu enseigné et invisible dans le quotidien des professionnelles, la promotion de la santé se retrouve néanmoins dans les actes, à condition que l'on y prête attention. Une attention qui tend à faire défaut, tant sur les actes que sur les professionnelles. Si elle porte en elle une mission de promotion de la santé, l'institution PMI ne soutient pas les professionnelles en ce sens. Le manque de cadrage s'ajoute à la rareté des espaces de prise de recul pour les professionnelles (analyse de pratique, supervision), et rend difficile leur activité. Témoins d'une société vulnérable, ces artisanes du *care* doivent avant tout composer avec les fragilités des autres, et des conditions de travail périlleuses. La promotion de la santé s'invente ainsi au fil de l'eau, et des ressources individuelles de chacune.

L'expérience professionnelle, le vécu de la maternité et les échanges entre pairs sont les principaux leviers qui permettent de donner un sens à leurs interventions. Les compétences mobilisées en PMI convoquent ainsi des activités profanes, issues de l'expérience personnelle. Un enjeu non négligeable se dégage : comment professionnaliser des actes, des tâches qui sont habituellement réservées aux mères ? Comment définir les contours d'une intervention vaste, alliant suivi de santé

et préoccupations sociales ? La reconnaissance des actes et de leur légitimité est finalement le point central de ces interrogations. Les réponses apportées ici demeurent incomplètes, et ouvrent la voie à d'autres pistes d'analyse, en s'intéressant notamment à la réception de ces interventions par le public. La mobilisation d'une « *production sanitaire profane* », ou « *travail domestique de santé* » (Cresson, 2001, p 303), entre en résonance de manière plus ou moins forte avec le public rencontré. Entre méfiance et appropriation, la relation entre les professionnelles et les familles est marquée par une grande proximité. L'approche en promotion de la santé, en s'appuyant sur la notion d'*empowerment*, implique une vision optimiste, positive des populations. Un mode d'intervention qui peut être qualifié de « militant », en opposition à d'autres modèles qui situent le public à une place plus dépendante vis-à-vis de l'institution (Djaoui, 2018, p 171).

Le militantisme est-il l'avenir de la PMI pour affirmer son rôle et maintenir sa place dans un système de santé qui a tendance à la sous-estimer ? La promotion de la santé se ferait-elle au prix d'un sur-engagement des professionnelles impliquées ? Ces questions ne sont pas neutres, et portent en elles des problématiques plus larges que celles de *la protection des mères et des enfants*. Si l'on considère la PMI comme un milieu de vie où l'on retrouve les professionnelles, les enfants et leurs familles, la santé des uns influence celle des autres, ainsi que les pratiques et attitudes des uns et des autres. L'attention portée sur la santé des professionnelles s'avère ainsi essentielle pour permettre la transmission des facteurs de bonne santé, et des moyens pour y accéder. Les espaces d'échanges entre professionnelles devraient ainsi être d'avantage pensés pour répondre à cet objectif de promotion de santé, à chaque niveau d'intervention, en leur permettant de s'exprimer sans contrainte sur leurs besoins et leurs difficultés.

Plus largement, c'est la question des partenariats qui mériterait d'être approfondie : le mode d'adressage du public accueilli en PMI est directement lié aux pratiques des professionnel.le.s extérieur.e.s à la PMI. Ces pratiques découlent d'orientations politiques dans leur ensemble, et de la place tenue par les structures publiques. L'année 2022 a, de nouveau, vu la mise en avant des politiques publiques à destination des jeunes enfants et de leurs parents : le Conseil Économique Social et Environnemental (CESE) préconise la création d'un « Service public d'accueil de la petite enfance ». Si cette compétence devrait revenir aux communes et intercommunalités, le dispositif départemental de PMI s'en trouvera impacté, au travers de ses missions d'agrément des assistant.e.s maternel.le.s et des structures d'accueil du jeune enfant. En visant « *d'assurer un service public au service du bien-être de l'enfant, qui favorise l'égalité des chances* », c'est bien la promotion de la santé qui se trouve au cœur des objectifs énoncés dans ce projet politique. Reste à déterminer comment les professionnel.le.s de terrain seront accompagné.e.s pour œuvrer, ensemble, en ce sens.

Bibliographie

Ouvrages :

- BOURDIEU P., *La misère du monde*, Editions du Seuil, 1993, 947p.
- DJAOUI E., CORVAZIER F., *L'institution PMI : entre clinique du sujet et politique publique*. Rennes : Presses de l'EHESP- Politiques et interventions sociales, 2018, 211p.
- JOURDAN Didier, *La prévention - les mots pour comprendre*, Editions sciences humaines, 2021, 232p.
- LE TALEC J-Y, AUTHIER D, TOMOLILO S, *La promotion de la santé au prisme du genre – Guide théorique et pratique*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2019, 144p.
- LINDSTROM B., ERIKSSON M., ROY M., O'NEILL M., *La Salutogénèse. Petit guide pour promouvoir la santé*. Québec, Presses Universitaires Laval, 2012, 110p.
- MARTIN C, « Être un bon parent » : *une injonction contemporaine*, Presses de l'EHESP, 2014, 248p.
- NEYRAND G., *La mère n'est pas tout ! Reconfiguration des rôles et perspectives de cosocialisation*, Erès, 2019, 136p.
- PAPERMAN P., *Care et sentiments*. Paris, P U F, 2013, 72p.
- SUESSER P., *Petite enfance, penser la prévention en grand*. Erès, 2013, 160p.
- SUESSER P., COLOMBO M.-C., BAUBY C., *La prévention toujours en re-création*. Eres, 2016, 256p.
- VALLAUD-BELKACEM, N., LAUGIER S., *La Société des vulnérables : Leçons féministes d'une crise*, Paris, Gallimard, 2020, p 2-63.

Chapitres d'ouvrages et articles :

- ABALLEA F., *Sur la notion de professionnalité*. Recherche sociale n°124, 1992, p. 39-49.
- BELLAS CABANE C., CADART ML., PMI et Covid-19 : les leçons du premier confinement, dans M. Bonnefoy (dir.), *Quelle prévention universelle et ajustée à la vulnérabilité ?* Erès, 2022, p 165-188.
- BERGER D., NEKAA M., COURTY P., *Infirmiers scolaires : représentations et pratiques d'éducation à la santé*. Santé publique 21-6, 2009, p 641-657.
- BLOSS T., ODENA S., *Idéologies et pratiques sexuées des rôles parentaux : Quand les institutions de garde des jeunes enfants en confortent le partage inégal*. Revue des politiques sociales et familiales n° 80, 2005, p 77-91.

- BOUCHAYER F., *Médecins et puéricultrices de PMI, la recherche d'une légitimité et d'une identité professionnelles*. Revue française de sociologie, XXV, 1984, p 67-90.
- CHERBONNIER A., *Agir en promotion de la santé : un peu de méthode...* Bruxelles Santé, 2005, 55p.
- CRESSON G., *Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes*, dans P. Aiaich (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques*, Rennes, Editions de l'École Nationale de Santé Publique, 2001, p 303 – 328.
- DELAMAIRE C., *Environnements favorables à une alimentation saine : une réponse aux inégalités sociales de santé ?* La santé en action n°444, juin 2018, p 8-43.
- EYLAND I., *Les savoirs infirmiers liés au care exprimés dans les gestes professionnels*. Recherche en soins infirmiers n° 144, 2021/1, p 105-115.
- FASSIN D., « *Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun* », dans J-P Dozon et D. Fassin, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001.
- GATHER THURLER M., PROGNIN L., *Culture professionnelle, culture organisationnelle*, dans A. Jorro (dir.), *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, Bruxelles, De Boeck Supérieur, 2014, p 71-74.
- GOJEARD S., *L'alimentation dans la prime enfance. Diffusion et réception des normes de puériculture*. Revue française de sociologie, 2000, 41-3, p 475-512.
- HARDY A.-F., ENEAU, J., NAGELS M., *Développement professionnel infirmier en promotion de la santé*. Recherche en soins infirmiers, 2014, 118 / 3, p 75-84.
- JORRO A., *L'inscription des gestes professionnels dans l'action*. En Question, 1998/19, p 1-20.
- JORRO A., *Professionnalité émergente*, dans A. Jorro (dir), *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, Bruxelles, De Boeck, 2013, p 241-244.
- KELLY-IRVING M., DELPIERRE C., LANG T., *Comment les facteurs socio-environnementaux durant l'enfance influencent-ils la santé au cours de la vie ?* La Santé en action, septembre 2016, p 10-14.
- LAMOUREUX D., *Y a-t-il une troisième vague féministe ?* Cahiers du genre, 2006/3, p 57-74.
- LANG T., SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., DE VILLEMEUR A.-B., AUJARD Y., COLSON S., COMRUELLE L., DEBOST E., DUCHE P., GINDT-DUCROS A., HALLEY DES FONTAINES V., KELLY-IRVING M., & VERNAZZA-LICHT N., *La santé des enfants en France : Un enjeu négligé ?* Sante Publique, 2020 (32/4), p 329-338.
- LE PAPE M.-C. *Être parent dans les milieux populaires : entre valeurs familiales traditionnelles et nouvelles normes éducatives*. Informations sociales n°154, juillet 2009, p 88-95.

- LE PAPE M-C, *Qu'est-ce qu'un « bon » parent ? Analyse des images véhiculées par les affiches et brochures des campagnes de santé publique*. Dans C Martin (dir.), « Être un bon parent » : une injonction contemporaine, Presses de l'EHESP, 2014, p 31-51.
- LEON M, KAMMERER M, *Souffrance au travail. Echapper à l'usure*. Lien Social n°1286, 2021, p 18-24.
- LEPLAY E., *La formalisation des savoirs professionnels dans le champ du travail social : Définition, énonciation, références, validations*. Pensée plurielle n°19, 2008/3, p 63-73.
- MASSE, R., *Expertises éthiques savantes et profanes en santé publique : Défis et enjeux pour une éthique de la discussion*. Santé Publique, 2012, 24(1), p 49-61.
- MESSMER AL ABED N., *Promotion de la santé et formation infirmière, quels défis ? Cas de l'infirmière dans une Haute Ecole de Santé (HES) Suisse*. Recherche en Soins Infirmiers, 2011/3 n°106, p 120-129.
- MOLINIER P., *Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités et savoir-faire discrets*, dans P.Paperman, S.Laugier (dir.), *Le souci des autres*. Paris, EHESS Editions, 2006, p 339-357.
- NACU A, *À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes*. Sociologie du travail, volume 53 n°1, janvier-mars 2011, p 109-130.
- PAPERMAN P., LAUGIER S., *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Recherches familiales, 2012/1, n°9, p 195-196.
- REVILLARD A., *Saisir les conséquences d'une politique à partir de ses ressortissants : la réception de l'action publique*. Revue française de science politique, 2018 (n°68), p 469-491.
- SANDRIN B, *Promotion de la santé, éducation pour la santé en périnatalité*. Spirale n°37, 2006, p 43-50.
- SERRE D, *Travail social et rapport aux familles : les effets combinés et non convergents du genre et de la classe*. Nouvelles questions féministes n° 31, 2012, p 49-64.
- SHERLAW W, *Quels sont les éléments fondateurs et pratiques guidant la promotion de la santé ?* Dans E. Breton, F. Jabot, J. Pommier, W. Sherlaw, *La promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone*. Presses de l'EHESP, 2017, p 23-118.
- SOULET M-H, *Vulnérabilité et prévention : de quelques enjeux sociologiques*, dans Bonnefoy M (dir.), *Quelle prévention universelle et ajustée à la vulnérabilité ?* Erès, 2022, p 15-28.
- SUESSER P., *Donner du poids à la prévention en périnatalité et petite enfance : chiche !* Spirale. Août 2017 (82/2), p 87-90.
- TRONTO J, *Du care*. La découverte. Revue du MAUSS, 2008 (n° 32), p 243-265.

Rapports et textes officiels :

- Assurance Maladie, *Rapport annuel 2018 de l'Assurance Maladie - Risques professionnels*, Décembre 2019.
- CESE, *Vers un service public d'accueil de la petite enfance*, Mars 2022.
- Défenseur des droits, « *Santé mentale des enfants : le droit au bien-être* », 2021.
- DGCS, « *Protection maternelle et infantile, soutien à la fonction parentale, protection de l'enfance et modes d'accueil* », 2016.
- IGAS, *Evaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance*, 2018.
- ONPE, Note statistique : *La population des enfants suivis en protection de l'enfance au 31/1/2019 : les disparités départementales*, février 2022.
- LOI n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants.
- Ministère de la santé et des solidarités. *Pour sauver la PMI, agissons maintenant !* Mars 2019.
- Ministère de la santé et des solidarités. *Les 1000 premiers jours : là où tout commence*. Septembre 2020.

Travaux universitaires :

- FARNARIER C., *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique. Le cas des consultations de protection infantile*. Thèse, EHESS-Marseille, septembre 2009, 424p.
- VOZARI A-S., *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 »*. Mémoire de master 2, EHESS, 2011.
- VOZARI A-S., *Le souci des mères. Ethnographie du gouvernement de la maternité en périnatalité*. Thèse, EHESS, 2021.

Sitographie :

- Elsa de La Roche Saint-André pour Libération (2022), « Checknews : Que sait-on du placement de deux enfants après un accouchement non assisté à Vitré ? », https://www.liberation.fr/checknews/accouchement-non-assiste-que-sait-on-du-placement-de-deux-enfants-en-ille-et-vilaine-20220616_F7NGAHRIA5AY5M6IN7Y52VEFIY, consulté le 24 juin 2022.

Liste des annexes

- Annexe 1 : Tableau récapitulatif des personnes enquêtées
- Annexe 2 : Extrait d'entretien avec Madame F
- Annexe 3 : Guide d'entretien utilisé auprès des professionnelles de PMI
- Annexe 4 : Projet pédagogique - Ecole de puéricultrices, 2021-2022 - UE « *Promotion de la santé de l'enfant dans une approche de santé publique* ».
- Annexe 5 : Exemple de fiche de poste puéricultrice PMI

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des personnes enquêtées

Prénom	Age	Ancienneté en PMI	Fonction
Charlotte	36 ans	6 ans	Médecin
Claire	31 ans	8 ans	Puéricultrice
Françoise	56 ans	14 ans	Puéricultrice
Gabrielle	31 ans	7 ans	Puéricultrice
Hélène	36 ans	9 ans	Puéricultrice
Joséphine	41 ans	5 ans	Puéricultrice
Nathalie	45 ans	21 ans	Puéricultrice
Nolwenn	26 ans	2 ans	Puéricultrice
Sophie	48 ans	9 ans	Sage-femme
Virginie	44 ans	8 ans	Puéricultrice

Annexe 2 : Extrait d'entretien avec Madame F, maman d'un petit garçon de 18 mois, qui fréquente régulièrement la PMI.

Madame F. est originaire du Cameroun. Elle est arrivée en France en 2015, a d'abord vécu près de Paris avant d'arriver dans la région fin 2018. Madame F. a quitté le Cameroun dans un contexte difficile, qu'elle n'aborde pas dans l'entretien, tout comme la situation de ses 3 enfants restés sur place auprès de ses parents. Elle expliquera en fin d'entretien « *En fait j'ai été mariée à 16 ans... par mes parents... c'est la coutume... et à un moment j'ai dit je peux plus, je veux partir de là (...)* mes enfants je veux les revoir, ça fait 6 ans qu'on ne s'est pas vus. J'organise les choses pour qu'ils viennent ». Les professionnelles qui côtoient Madame s'accordent à dire qu'elle fait face à des événements extrêmement douloureux sur ce point-là, ce qui explique sa pudeur à y faire allusion dans notre échange.

Les premières années en France de Madame sont marquées par la rencontre avec son mari actuel, et une première grossesse en 2018 lorsque le couple vivait à Paris. Madame F. a présenté de graves complications à la fin de celle-ci, ayant entraîné une longue hospitalisation en réanimation et le décès du bébé. Elle se dit encore profondément traumatisée par cet événement, et reviendra à plusieurs reprises sur ce point, la voix remplie d'émotion « *j'ai perdu un bébé dans le ventre en 2018... en décembre 2018... à 8 mois de grossesse, en banlieue parisienne dans une urgence extrême... et... ça a été très traumatisant pour moi...* ».

Une nouvelle grossesse débute en 2020, de manière inattendue. L'avancement dans la grossesse s'est accompagné d'une anxiété importante et d'un état dépressif pour Madame F., justifiant un accompagnement pluridisciplinaire : « *mon médecin traitant m'a dirigé vers Madame K. pour faire les échographies (...) au bout de 5 mois et demi, elle me voyait que j'étais pas bien, et moi je lui ai demandé je sais pas si je vais arriver à terme... j'aurais dû arrêter cette grossesse parce que j'en peux plus (...) j'ai peur de ce qui va se passer... j'ai peur de perdre ma vie... alors voilà je me mets à pleurer parce que ça me rappelle ce que j'ai vécu... et c'est là qu'elle a fait appel à la PMI quand elle a vu mon état... et c'est là que j'ai vu Madame D, c'est elle la première... la sage-femme... elle m'a recontactée deux jours après* ».

Madame F. déroule ainsi la chronologie précise de sa grossesse, revient sur la naissance de son petit garçon en novembre 2021, et les différents professionnels qu'elle a rencontrés. Ici, l'accès au service est initié par une professionnelle libérale, extérieure à l'institution, qui prend contact avec la sage-femme de PMI « Madame D », devant l'état de mal-être important de Madame F. La sage-femme proposera des visites à domicile régulières et fera le relais avec les autres professionnelles du service (infirmière puéricultrice et assistante sociale) dans une démarche préventive auprès de Madame F et de son bébé : « *J'ai vu Madame P - infirmière puéricultrice - ... je crois... 3 semaines avant mon accouchement... et après c'était elle quand je suis sortie de l'hôpital* ». Cet accompagnement soutenu visait à accompagner Madame F. dans sa globalité, lui permettre d'accéder aux soins dont elle avait besoin, et d'accueillir son bébé dans un environnement adapté. Madame F. perçoit rapidement le rôle de chacun.e, et se saisit des interventions, qui vont au-delà du suivi médical périnatal. Des visites communes avec l'assistante sociale sont également organisées : « *Elle m'ont dit il faut voir deux-trois choses avec l'assistante sociale, Madame J... on va faire une visite chez toi ! J'ai dit ... wahou c'est super ça ! J'ai beaucoup de questions à poser à Madame J, j'ai beaucoup de choses à lui dire, donc si elle vient vraiment chez moi ça sera plus facile... et elle m'a dit d'accord, on va organiser ça, et puis elles sont venues (...) et on a vu plein de choses ensemble* ». Madame F. est ainsi accompagnée pour sa recherche d'emploi et l'inscription de son enfant en crèche, et les démarches de rapprochement familial pour permettre le retour de ses enfants du Cameroun. Son conjoint a récemment terminé une formation, et la famille s'apprête à emménager dans un nouveau logement : « *... en fait ils m'aident beaucoup la PMI, elle a tout fait les démarches avec la crèche (...) elle a contacté Mme N, la directrice... et j'ai eu une place (...) aujourd'hui les choses se déroulent bien, Monsieur a*

terminé sa formation, moi je vais pouvoir arrêter le boulot de nuit (...) je suis en train de passer mon permis là ».

Le témoignage de Madame F. révèle finalement la grande vulnérabilité dans laquelle elle se trouve, par son parcours migratoire et les événements traumatisants qu'elle a traversés. Elle fait preuve également de ressources personnelles solides, soutenues par les différents professionnels qu'elle rencontre : *« Madame D... je sais pas quoi dire... si je l'avais pas rencontrée, je serai peut-être plus là... je me serais suicidée (...) y'avait trop de choses qui passaient dans ma tête... des idées noires... même mon mari n'arrivait plus à me contrôler (...) Madame D a fait calmer les choses, elle a fait appel à la psychologue ».*

Même si la question de son enfant apparaît peu dans le témoignage qu'elle livre, la naissance du petit garçon a été un déclencheur dans le parcours de Madame F. Par le biais de l'accompagnement PMI, elle s'est inscrite dans une démarche plus globale auprès des travailleurs sociaux. Il n'est pas rare qu'une grossesse soit ainsi une « porte d'entrée » vers d'autres étapes d'insertion : demande de logement social, accès à une formation ou un emploi. Dans le cas de Madame F, la mise en place de soins psychiques ou l'attribution d'une place dans une structure d'accueil pour son enfant ont été des leviers essentiels pour stabiliser sa situation financière, à l'échelle de sa famille. Les interventions dont elle a bénéficié, en dépassant l'aspect du suivi médical de son enfant, influencent directement le milieu de vie dans lequel la famille évolue. Les caractéristiques du logement, la situation socio-économique ou la santé mentale de Madame F, sont des déterminants de santé essentiels au développement du jeune enfant. Au travers de son investissement pour l'institution qui l'accompagne, Madame F. témoigne finalement de sa volonté de s'emparer des outils proposés pour prendre soin de sa santé, et de celle de ses proches.

Annexe 3 : Guide d'entretien utilisé auprès des professionnelles de PMI

Thèmes	Exemples de questions
Parcours/ situation professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Peux-tu te présenter pour commencer : Quel âge as-tu, quel est ton parcours d'études, depuis quand travaille-tu ici ?
Motivations	Qu'est ce qui t'a amenée à travailler ici ?
Conception promotion de la santé/ Applications en PMI	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce que ça évoque pour toi ? - Est-ce que tu aurais des exemples à me donner ? - Peux-tu me décrire les choses ? (avec qui, quand, comment...) - As-tu des conseils à me donner ? - Comment envisage-tu les choses ? - Dans un monde idéal...
Représentations autour du public	<ul style="list-style-type: none"> - Y'a-t-il des publics davantage ciblés par les actions de promotion de la santé en PMI ? - Quels arbitrages fais-tu au quotidien pour orienter tes interventions ? - Quels sont les besoins prioritaires que tu identifies auprès des familles/du public que tu rencontres ?
Eléments biographiques & Impact sur les pratiques	<ul style="list-style-type: none"> - Configuration familiale, enfants, âge... - Est-ce que l'expérience de la maternité/parentalité influence ta pratique professionnelle ?

Annexe 4 : Projet pédagogique Promotion de la santé – école de puéricultrices

2021-2022

ECOLE DE PUERICULTRICES- POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE



Responsable UE : _____

DOMAINE 1 SCIENCES INFIRMIERE SPECIALISEE EN PUERICULTURE	
UE 1.2 - Promotion de la santé de l'enfant dans une approche de santé publique	
Semestre : 1	Compétence(s) : 5
Pré-requis : Formation IDE : UE1.2	
Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> Inscrire la pratique de la puéricultrice comme acteur de santé publique en faveur de l'enfant et de sa famille Identifier les politiques de santé publique en faveur de l'enfant et de sa famille Identifier et comprendre les besoins de santé d'une population d'enfants et d'adolescents Définir une approche individuelle ou collective de promotion de la santé de l'enfant et de la famille. Développer le partenariat et le travail en réseau 	
Eléments de contenu : <ul style="list-style-type: none"> Démarche en santé publique en lien avec les orientations nationales et les politiques de santé Concept de vulnérabilité et de dignité Organisation de la prévention en France (vaccinations, santé scolaire,...) La santé de l'enfant dans le monde (organismes internationaux, problèmes prioritaires, chartes...) Les réseaux de santé et de soins ; mutualisation de moyens avec le médico-social, et les structures associatives Plans et stratégies nationaux (périnatalogie, cancers, obésité, soins palliatifs, maladies rares ou orphelines...) Budget et financement des structures de santé et de soins spécifiques à l'enfant et à l'adolescent 	

2021-2022

Contenu	Objectifs	Intervenants	Division	Types de Cours et durée
Présentation de l'UE Introduction à la santé publique/définition		MMMMsecond	Entière	CM 1h
Présentation Service des maladies rares, lois hérédité, conseil génétique Conseil génétique, diagnostic anténatal, biologie moléculaire, les différentes maladies rares	<ul style="list-style-type: none"> Inscrire la pratique de la puéricultrice comme acteur de santé publique en faveur de l'enfant et de sa famille Développer le partenariat et le travail en réseau Comprendre des notions de génétique 		Entière	2h 3h
Etude de rapports/ Plans et stratégies nationaux Synthèse	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les politiques de santé publique en faveur de l'enfant et de sa famille Identifier et comprendre les besoins de santé d'une population d'enfants et d'adolescents 		5 ou 6/ gr	TD 2h30 TPG 1h TD 1h30
POLITIQUE SANTE ENFANT FAMILLE : service PMI, examens de santé, carnet de santé; Focus sur l'instruction du 1/04/2021 relative aux engagements du Gvt autour de la politique des 1000 jours de l'enfant et de ses déclinaisons territoriales.	<ul style="list-style-type: none"> Définir une approche individuelle ou collective de promotion de la santé de l'enfant et de la famille. 		Entière	CM 3h ou 3h30
Syndrome alcoolisation fœtale	<ul style="list-style-type: none"> Informé et prévenir Repérer les risques chez l'enfant 		E Entière	Conférence 2h
Dépistage néonatal Modalités pratiques du dépistage néonatal	<ul style="list-style-type: none"> Comprendre et repérer les maladies dépistées à la naissance 		Entière	TD 2h30

Enjeux et réponses aux questions	<ul style="list-style-type: none"> Repérer les enjeux de ce dépistage Inscrire la pratique de la puéricultrice comme acteur de santé publique en faveur de l'enfant et de sa famille Réaliser en toute sécurité et selon procédure le dépistage néo-natal du nouveau-né Informers les parents 			
Vaccination et calendrier	<ul style="list-style-type: none"> Être en capacité en tant qu'IPDE d'accompagner les parents dans la compréhension du calendrier vaccinal. Promouvoir le rôle de prévention de l'IPDE Comprendre le dispositif vaccinal 		Entière	CM 3h30
Dépistage et prévention des affections bucco dentaires	<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir le rôle de prévention de l'IPDE 		Entière	CM 2h00
Prévention de la MIN et rôle de la puer du centre de référence	<ul style="list-style-type: none"> Inscrire la pratique de la puéricultrice comme acteur de santé publique en faveur de l'enfant et de sa famille 		Entière	CM 2h
Accidents domestiques : analyse de situations cliniques	<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser les EIPDE à la prévention des accidents domestiques et ou de la vie courante. Repérer les risques liés à l'environnement du domicile ou autre environnement où gravite l'enfant Repérer les risques en lien avec l'âge de l'enfant. Informers et accompagner les parents dans la prévention des accidents domestiques Informers les parents dans la conduite à tenir 		Entière	séquence moodle 1h30/2h

Annexe 5 : Exemple de fiche de poste puéricultrice PMI

**Le Département [redacted] recrute
un-e Puériculteur / puéricultrice
dans le cadre d'emplois des Puéricultrices territoriales
à la Maison du Département de [redacted]
Service Protection Maternelle et Infantile**

Dossier suivi par Service Parcours de l'Agent et Accompagnement
Professionnel
[redacted]

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Direction	Maison du Département de [redacted]
Service	MDDG - Protection Maternelle et Infantile
Intitulé du poste	Puériculteur / puéricultrice
Fiche métier CNFPT	Puéricultrice / Puériculteur
Cadre d'emplois	PUÉRICULTRICE TERRITORIALE
Résidence administrative	[redacted]
Activité sédentaire ou mobile	Mobile
Poste soumis à la badgeuse	Oui
Taux d'emploi du poste budgétaire	Temps plein
Rémunération	statutaire + régime indemnitaire + CNAS
Eligible à la NBI	non
Cotation	GFA4
Astreintes particulières	Néant
Préventions des risques (observations particulières)	Permis B exigé
Spécificité locale	Recrutement statutaire ou à défaut, contractuel

DESCRIPTION DU POSTE

- Description de la mission Sous l'autorité hiérarchique du médecin chef du service PMI et au sein d'une équipe pluri-professionnelle, vous êtes chargé de la prévention, de la promotion de la santé et de la protection de l'enfance.
Vous avez un rôle essentiel de prévention, de dépistage et d'éducation auprès des familles et au sein des lieux de vie des jeunes enfants afin de favoriser le bien-être et le respect des besoins de l'enfant de la naissance à 6 ans.
Vous devez cerner et valoriser les capacités des parents à faire face à leurs responsabilités.
Vous travaillez en territoire, dans le cadre d'approches individuelles ou collectives, avec l'ensemble des autres professionnels de la MdD et des partenaires extérieurs concernés.
L'ensemble de l'activité fait l'objet de recueil de données dans un logiciel métier permettant en lien avec la cellule épidémiologique, l'élaboration de tableaux de bord et des rapports d'activité .
- Description des activités - Visites à domicile sur critères médico-sociaux ou/et géographiques directement liées à l'enfant :
=> périnatales et/ou dans les suites d'hospitalisations
=> spécifiques du domaine de la prévention/protection de l'enfance en danger
=> dans le cadre des suivis des populations spécifiques en risque de situation de vulnérabilité
- Visites à domicile sur critères médico-sociaux ou/et géographiques liées à l'accueil et à la

Département [redacted] Offre d'emploi

page 1 sur 2

socialisation du jeune enfant :

=> activité relative aux modes d'accueil individuels et collectifs en lien avec le/la puériculteur-trice conseiller-ère technique

- Evaluation des procédures relatives à l'agrément des assistants maternels
- Suivi et contrôle de l'agrément et accompagnement professionnel
- Accompagnement des situations spécifiques au sein des modes d'accueil collectifs
- Permanences et consultations infantiles auprès des nourrissons, des jeunes enfants de moins de six ans
- Bilan de santé en école maternelle
- Information et éducation à la santé, soutien à la parentalité, de manière individuelle ou collective (en maternité, auprès de groupes d'assistants maternels, de parents, etc.)

- Information et promotion des modes d'accueil du jeune enfant individuels et collectifs :

=> Participation dans le cadre de la lutte contre les inégalités de santé, à l'évaluation et à la transmission de l'état des besoins de la population vers les institutions et acteurs concernées,

=> Participation à la réflexion et au développement du travail médico-social avec les groupes privilégiant les dimensions collectives et participatives des publics,

=> Participation à la réflexion et/ou à la mise en œuvre de projets favorisant, sur son territoire d'intervention, la mobilisation des réseaux et des habitants, au titre du développement médico-social local.

- Production d'écrits en rapport avec vos fonctions et selon les règles définies

- Encadrement des stagiaires.

Qualifications et qualités
souhaitées

- Connaissance des dispositifs réglementaires

- Aptitudes à l'analyse des besoins médico-sociaux

- Maîtrise de la suite bureautique LibreOffice et connaissance des logiciels métiers

- Sens du travail en équipe

MODALITES DE CANDIDATURE

Modalités de candidature Les personnes intéressées par ce poste peuvent prendre contact avec Mme [REDACTED], Cheffe du service PMI au [REDACTED]

Date limite de candidature : le 10 août 2022.

Merci de déposer votre candidature EN LIGNE en cliquant sur "POSTULER".

Pour les personnes titulaires de la fonction publique, merci de joindre impérativement votre dernier arrêté de situation administrative ou pour celles lauréates du concours votre attestation d'inscription sur liste d'aptitude.

Pour les personnes non titulaires, merci de joindre impérativement votre Diplôme d'Etat de puéricultrice/puériculteur.

GARRIGOU	Clara	06/09/2022
<p align="center">Master 2 mention santé publique Parcours : « Enfance, jeunesse : politiques et accompagnements »</p>		
<p align="center">Promotion de la santé en Protection Maternelle et Infantile : représentations et pratiques</p>		
<p align="center">Promotion 2021-2022</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Mission centrale de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), la promotion de la santé n'est pas toujours bien définie et intégrée par les professionnel.le.s qui y exercent. Ce travail propose une analyse des représentations et pratiques professionnelles à l'œuvre en PMI, autour de la promotion de la santé. En creux de ces observations, il s'agit d'une lecture plus large de la situation de la PMI aujourd'hui, de ses leviers et de ses freins. Qualifiée d'essentielle pour assurer une intervention précoce universelle, la place de cette structure de santé publique tend pourtant à être de moins en moins visible. Porteuse d'ambitions vastes et de multiples injonctions, la PMI est le lieu d'un développement professionnel singulier, et d'un certain inconfort pour ses professionnel.le.s, qui peinent à trouver leur place. Ambivalences institutionnelles, manque de reconnaissance et parcours personnels sont autant de facteurs qui influencent l'exercice professionnel en PMI, et qui façonnent, à leur manière, une politique publique dans son ensemble.</p>		
<p>Mots-clés :</p> <p>Promotion de la santé, PMI, pratiques professionnelles, travail social, politique publique, petite enfance.</p>		
<p align="center"><i>L'École des Hautes Études en Santé Publique, l'Université Rennes 1 et l'Université Rennes 2 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires.</i></p>		

Saisissez d