



**ACEPP** (Association des Collectifs Enfants Parents Professionnels), **ANAPSY-pe** (Association Nationale des Psychologues pour la Petite Enfance), **ANPDE** (Association Nationale des Puéricultrices Diplômées et des Etudiantes), **ANSFT** (Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales), **ATD Quart Monde**, **Fédération CFDT-Interco**, **Fédération CGT des services publics**, **CSF** (Confédération Syndicale des Familles), **FNEJE** (Fédération Nationale des Educateurs de Jeunes Enfants), **SNMPMI** (Syndicat National des Médecins de PMI), **SNUCLIAS-FSU**, **SUD collectivités territoriales**, **UFNAFAAM** (Union Fédérative Nationale des Associations de Familles d'Accueil et Assistantes Maternelles), **UNIOPSS** (Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux)

## **Contribution sur le rôle des services et équipes de PMI dans les missions de protection de l'enfance (réunion du 1er juillet 2015 avec la DGCS)**

**1) La PMI est fortement contributive par son action de prévention très en amont** sur l'ensemble des déterminants de santé (contexte général de vie des enfants) par rapport à divers désordres pouvant conduire à des actes de maltraitance. Exemples, le travail de soutien par rapport aux situations de dépression post natale, le travail d'accompagnement des interactions précoces mère-parents-bébé et de l'institution de la fonction parentale. Dès la grossesse, une « clinique des possibles » nécessite qu'une équipe pluridisciplinaire puisse être à son écoute.

Le dispositif de PMI permet d'apporter une réponse en terme de santé globale et de soutien à la fonction parentale : en effet les parents qui sont soutenus à l'occasion d'accueils, de consultations, d'entretiens, de visites à domicile, d'actions collectives, sont eux-mêmes les acteurs-clés de prévention auprès de leurs enfants, par la confiance gagnée en leur propre capacité de contribuer à la bonne santé et au développement de leur enfant dans tous ses milieux de vie (importance du champ des modes d'accueil) : soutien à l'allaitement, prévention de la prématurité, accompagnement des conduites addictives pendant la grossesse, prévention de la mort inattendue du nourrisson, de l'obésité, accompagnement du développement du langage, prévention et lutte contre les négligences-carences éducatives... (cf. contributions sur le rôle de la PMI dans le soutien à la fonction parentale évoquées lors de la réunion du 21 mai 2015)...<sup>1</sup>

Le dispositif de PMI, préventif en amont de la protection de l'enfance, est également un "rempart" contre le débordement des situations (ex. prévention du bébé secoué...) et évite dans certains cas la transmission mal fondée d'informations préoccupantes.

**2) Mais la PMI est globalement fragilisée dans ses missions premières de prévention**, cf. rapport de la DGS du 31 oct. 2014, suite aux travaux menés avec notre plate-forme.

Ces difficultés sont confirmées par l'avis CESE d'oct. 2014 et également par le rapport de la commission des affaires sociales du Sénat sur la proposition de loi de Mmes Meunier et Dini, à propos de l'article 4 instaurant un médecin référent du département pour la protection de l'enfance :

"Votre commission accueille favorablement ce dispositif qui permettra de contribuer au décloisonnement des pratiques professionnelles dans le domaine de la protection de l'enfance et d'améliorer la coopération des professionnels de santé dans le repérage des situations de danger.

Elle souligne néanmoins que l'activité du médecin référent ne devra pas conduire à affaiblir la mise en œuvre des nombreuses autres missions déjà assurées par la PMI. Progressivement étendues au cours du temps pour inclure la périnatalité au sens large, ces missions se caractérisent aujourd'hui par leur grande diversité.

Compte tenu du manque patent de moyens auquel est confrontée la PMI, se pose en outre la question de la capacité de ces services à assurer des missions supplémentaires. En tout état de cause, ainsi que le relève le rapport d'information sénatorial sur la protection de l'enfance, la nécessité de remobiliser les missions de la PMI dans le cadre d'une impulsion donnée au niveau national apparaît plus que jamais nécessaire."

<sup>1</sup> pour plus de détails lire l'article de M.C. Colombo "Le rôle des services de PMI dans la protection de l'enfance" qui figure en annexe

**3) Le dispositif de PMI est également affaibli car il a été trop instrumentalisé** depuis la loi de 2007 relative à la protection de l'enfance par la façon dont la PMI est positionnée pour l'investigation des informations préoccupantes dans de très nombreux départements.

En effet il est important que l'évaluation des informations préoccupantes concernant un enfant (3<sup>ème</sup> § de l'Art 226-3 du CASF) ne soit pas habituellement confiée aux professionnels régulièrement en charge des actions de prévention, de soins, d'accompagnement de ce même enfant et de sa famille. En effet cela met les professionnels en question en situation d'être juge et partie (comme si le médecin traitant d'une personne était nommé expert dans une procédure concernant cette même personne).

L'expérience montre aussi que les familles développent des stratégies d'évitement vis-à-vis de l'accompagnement habituellement proposé par les professionnels de services de prévention tels la PMI, par crainte d'être soumis à un regard évaluatif systématique vécu comme jugeant (par exemple évitement des propositions de visites post-natales systématiques par la puéricultrice de PMI en raison même de son intervention connue au titre des évaluations de risque de danger à enfant).

Il s'agit donc de bien différencier dans les pratiques professionnelles :

- le fait que les équipes de PMI exercent au quotidien leurs compétences spécifiques notamment dans le champ de la protection de l'enfance et évaluent dans ce cadre les situations et les réponses à proposer aux familles et aux enfants auxquels elles prodiguent des soins préventifs, ceci pouvant conduire le cas échéant à la rédaction d'une information préoccupante voire d'un signalement
- du fait d'être placés en situation d'évaluation "mandatée" par le président du Conseil départemental au titre d'une information préoccupante qui émane d'autres sources.

D'autre part la mission d'évaluation des informations préoccupantes nécessite une formation et un encadrement technique spécifiques ainsi qu'un investissement substantiel dans cette pratique en terme de quotité du temps de travail, de façon à être réalisée par des professionnels expérimentés et à atteindre le meilleur degré de pertinence. Le partage de l'information reste possible entre professionnels (ceux chargés de l'accompagnement et ceux chargés de l'évaluation ponctuelle) et permet la continuité du travail d'accompagnement même en situation de danger caractérisé.

Le texte de la proposition de loi relative à la protection de l'enfant adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 12 mai 2015 comprend un article qui prend partiellement en compte ces enjeux :

**Article 5 AA (nouveau)**

*L'article L. 226-2-1 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« L'évaluation de la situation d'un mineur à partir d'une information préoccupante est réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels spécifiquement formés à cet effet. À cette occasion, la situation des autres mineurs présents au domicile est également évaluée. Un décret précise les conditions d'application du présent alinéa. »*

Nous proposons l'amendement suivant (en rouge souligné dans le texte ci-dessous) visant à répondre aux difficultés soulevées dans les quatre premiers alinéas de cette page :

**Article 5 AA (nouveau)**

L'article L. 226-2-1 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé : *« L'évaluation de la situation d'un mineur à partir d'une information préoccupante est réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels spécifiquement formés à cet effet, à l'exception, sauf situation particulière dûment motivée, de ceux déjà en charge de ce mineur au titre d'une mission de prévention, de soin ou d'accompagnement social ou éducatif. À cette*

*occasion, la situation des autres mineurs présents au domicile est également évaluée. Un décret précise les conditions d'application du présent alinéa. »*

**4) D'autres dispositions ont aussi brouillé les cartes du dispositif de PMI**, trop tiré depuis la loi de 2007 vers des formes de "repérage ciblé" au détriment de la "prévention universelle ou ajustée<sup>2</sup>" :

Ainsi l'entretien prénatal précoce avait été, à l'occasion de la loi de 2007, inscrit dans le code de la santé publique comme « entretien psycho-social » (art. L. 2112-2), la philosophie de l'entretien du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse étant alors dévoyée d'une position initiale d'accompagnement préventif attentionné des préoccupations et des interrogations maternelles ou parentales vers une posture de détection de signes d'une parentalité ultérieure potentiellement déviante.

On passait alors d'une prévention générale agissant sur des déterminants multiples et complexes très en amont de tous les possibles à un dépistage ciblant une finalité prédéfinie qui est potentiellement anxiogène et inductif, avec la notion d' *"entretien psycho-social systématique"*.

Comme si l'accompagnement de l'allaitement maternel était principalement ciblé sur la prévention de l'obésité ou des infections, et non pas conçu comme un soutien pour favoriser le développement physique, psychique et affectif de l'enfant au sens large.

Cette approche a été en partie corrigée lors du vote en première lecture de la proposition de loi relative à la protection de l'enfant le 12 mai 2015, dont l'Article 11 ter indique :

*"Au 4° de l'article L. 2112-2 du code de la santé publique, les mots : « systématique psychosocial » sont remplacés par les mots : « prénatal précoce proposé systématiquement et »"*

Cependant l'entretien prénatal demeure mentionné uniquement dans le cadre des suites apportées par le service de PMI à d'éventuelles difficultés repérées à cette occasion. Il conviendrait de repositionner l'entretien prénatal précoce comme un outil de prévention en santé au sens large (incluant les aspects somatiques, psychiques et sociaux), en l'inscrivant à l'article L. 2122-1 du CSP consacré aux examens de prévention durant la grossesse et de permettre ainsi à un nombre plus important de femmes d'y accéder.

C'est pourquoi nous proposons d'amender l'article 11 ter comme suit (en rouge souligné) :

*I. "Au 4° de l'article L. 2112-2 du code de la santé publique, les mots : « systématique psychosocial » sont remplacés par les mots : « de l'entretien prénatal visé à l'article L. 2122-1 du présent code ».*

*II. - Le dernier alinéa de l'article L.2122-1 du code de la santé publique est ainsi complété : « Lors de cet examen, le médecin ou la sage-femme propose à la femme enceinte un entretien prénatal dont l'objet est de permettre au professionnel d'évaluer avec elle ses besoins en termes d'accompagnement au cours de la grossesse ».*

**5) La PMI a vocation à occuper sa place dans le dispositif de protection de l'enfance, "toute sa place mais rien que sa place"**, à savoir :

- Dans la prévention et l'accompagnement des situations de risque de danger ou de danger avéré (en lien avec les autres professionnels, services et institutions concernés) : les professionnels de PMI sont, de formation et d'expérience, particulièrement à même d'évaluer la qualité des interactions mère-enfant, parents-enfants et de reconnaître la sémiologie fine des souffrances précoces du bébé et du jeune enfant pouvant laisser craindre des faits de carence ou

---

<sup>2</sup> sur la notion de prévention et d'accompagnement "ajusté", cf. notre document sur le rôle de la PMI dans le soutien à la fonction parentale

de maltraitance "du fait de l'inadéquation de leur environnement proche"<sup>3</sup>, dont les signes peuvent s'exprimer tant sur le plan physique que sur le plan relationnel. Ce travail de prévention et d'accompagnement s'accomplit en étant soucieux d'une articulation fine et pensée au cas par cas entre les dimensions de prévention et de protection (cf. ci-dessus) : ainsi la coopération entre services de PMI et de l'ASE ne doit pas conduire à une substitution des missions comme cela est observé dans certains départements où les puéricultrices se trouvent en situation d'exercer des activités sous le mandat administratif d'AED (aide éducative à domicile).

- Dans le cadre du suivi de la santé des enfants faisant l'objet d'une mesure de protection de l'enfance et des missions confiées à la PMI auprès des assistantes familiales (agrément et soutien concernant les dimensions de santé de la vie des enfants accueillis, en lien avec l'équipe éducative chargée du suivi du placement).

- Dans l'application de l'art. 4 de la future loi de protection de l'enfance instituant un "médecin référent protection de l'enfance", en demeurant attentif aux préconisations du rapport de la commission des affaires sociales du Sénat sur la proposition de loi : *"l'activité du médecin référent ne devra pas conduire à affaiblir la mise en œuvre des nombreuses autres missions déjà assurées par la PMI"*.

- Dans le cadre de la dimension santé du "projet pour l'enfant" (art. 5) et d'autres dispositions de la proposition de loi en cours d'examen, prévues aux art. 7 (commission pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle chargée d'examiner la situation des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance), 9 (rapport portant sur la santé physique et psychique de l'enfant confié à l'aide sociale à l'enfance, son développement, sa scolarité, sa vie sociale et ses relations avec sa famille et les tiers intervenant dans sa vie) et 13 (participation à l'accompagnement médical, psychologique, éducatif et social des enfants nés sous le secret ou des enfants pupilles de l'État, et restitués à l'un de leur parents).

Ceci suppose que les moyens en effectifs suffisants, en compétences pluridisciplinaires variées, en formation et en accompagnement des pratiques accessibles, soient réunis pour les équipes de PMI dans les départements, afin que celles-ci puissent continuer à exercer leur missions primordiales de prévention primaire, individuelle et collective, dans le domaine de la santé globale et du soutien à la fonction parentale, en les articulant avec leurs missions entrant dans le champ de la protection de l'enfance. Plus généralement, assurer la "juste place" de la PMI dans le dispositif de protection de l'enfance suppose aussi que la politique de PMI soit portée nationalement en articulation avec les responsabilités des départements<sup>4</sup>. La disposition adoptée en première lecture de la loi de modernisation du système de santé qui indique que la politique de santé comprend *"l'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile"* va dans ce sens. A condition d'être suivie d'effet notamment sur les plans de la consolidation du financement de la PMI, de l'amélioration de l'attractivité statutaire des métiers en PMI, de la relance de la démographie de l'ensemble des professionnels impliqués.

---

<sup>3</sup> Cf. la contribution du Dr D. Lardière lors de la séance sur le rôle de la PMI en soutien à la fonction parentale.

<sup>4</sup> Dans le même esprit que celui qui préside à la récente feuille de route pour la protection de l'enfance publiée par le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits de femmes, qui définit notamment l'objectif suivant : *"Sortir la protection de l'enfance de l'angle mort des politiques publiques, pour porter un projet politique partagé en faveur des enfants les plus vulnérables. Il appartient à l'Etat, avec les Départements, de fixer les grandes orientations de cette politique publique et d'accompagner leur mise en œuvre. Si la politique départementale doit permettre la prise en compte de la singularité de chaque situation au plus proche des besoins des enfants et des familles, il appartient à l'Etat de garantir la même qualité de service public sur le territoire national"*

## Annexe

### **Le rôle des services de protection maternelle et infantile dans la protection des enfants Marie-Christine Colombo\***

#### **Où est la PMI ?**

Cette question, souvent entendue, traduit l'idée d'un service connu, dont on sait qu'il doit bien exister quelque part, mais devenu difficile à localiser. En effet, l'existence de la PMI du quartier ou du village est transmise par le bouche à oreille, quelquefois de mère en fille. Les familles venues d'ailleurs savent que ce service public existe en France, et on y vient davantage par tradition que suite à la dernière offre promotionnelle de la sécurité sociale !

Comment comprendre qu'aujourd'hui, des familles puissent redouter une simple visite postnatale de puéricultrice de PMI et hésiter à accorder leur confiance, que des professionnels soient gagnés par le doute quant à l'évolution de leurs missions, que les partenaires de ces professionnels se demandent : « qui fait quoi ? »

Cet article se propose de rappeler les missions de la PMI, comment ses principes fondamentaux se sont construits dans l'histoire et ont forgé son identité singulière, comment, en tant que lieu de transmission du savoir autour de la naissance, du nouveau-né et de son développement, elle soutient parents et enfants aujourd'hui. Nous questionnons l'évolution récente des politiques sanitaires et sociales, décrivons l'impact de la loi réformant la protection de l'enfance et les pressions exercées sur la pratique des services de PMI, et proposons de repositionner les missions respectives de la protection maternelle et infantile et de la protection de l'enfance, pour mieux identifier ce que nous pouvons faire ensemble et répondre présents à bon escient

#### **Quelles sont les missions de la PMI aujourd'hui ?**

La PMI est un cadre qui permet à tous les professionnels de la périnatalité et de la petite enfance de dispenser des soins de prévention : le carnet de santé de la grossesse et le carnet de santé de l'enfant sont des outils partagés: les 8 examens préventifs de la femme enceinte, les 20 examens préventifs de l'enfant jusqu'à 6 ans et, plus récemment, l'entretien prénatal précoce, sont des dispositions communes prévues au titre de la PMI.

Le service départemental de PMI est placé sous la tutelle du Conseil général depuis les lois de décentralisation de 1982 ; ses activités sont définies au code de la santé publique et recouvrent trois volets :

1. La planification et l'éducation familiale : les mineurs et personnes assurées et non assurées peuvent consulter gratuitement dans les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) qui relèvent de la PMI. Le personnel des CPEF intervient aussi au sein des collèges et lycées en actions collectives d'éducation à la santé et à la sexualité.
2. Le suivi médical préventif des femmes enceintes et des enfants : sages-femmes, infirmières-puéricultrices et médecins de PMI<sup>1</sup> interviennent soit en consultation, soit en visite à domicile. Afin de pouvoir proposer et réaliser ces visites précocement et à bon escient, le médecin chef du service de PMI est destinataire de l'ensemble des déclarations de grossesse et des certificats de santé réalisés à des âges clés : 8<sup>e</sup> jour, 9<sup>e</sup> et 24<sup>e</sup> mois après la naissance. Il est garant de la confidentialité des informations ainsi reçues. Les équipes de PMI interviennent aussi à l'école maternelle pour y réaliser des bilans de santé à 4 ans.
3. L'agrément et le suivi des modes d'accueil du jeune enfant : qu'il s'agisse des établissements d'accueil collectif ou familial (crèches, haltes-garderies, multi accueils...) ou de l'accueil par des assistantes maternelles employées par des parents dont l'agrément, le suivi et la formation relèvent des services départementaux de PMI.

---

\* Médecin-chef du service de PMI, Conseil général de Meurthe et Moselle, vice-présidente du SNMPMI, Nancy. Article publié dans la revue *Enfance & Psy* n° 60

<sup>1</sup> Equipes complétées dans certains départements par des éducateurs de jeunes enfants, des psychologues, des auxiliaires de puériculture, des conseillères conjugales, des psychomotriciens, orthophonistes, etc.

La PMI accompagne les personnes aux moments clés de leur vie : l'adolescence et l'éveil à la sexualité, la grossesse, la toute petite enfance et ses milieux de vie. A l'occasion de ses activités, le service de PMI participe aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être.

### **Des origines à l'originalité de la PMI d'aujourd'hui : une approche globale et universelle**

La PMI est le fruit d'un long processus de construction au fil de l'histoire qui en a consolidé son identité. La politique publique de PMI a été instituée au lendemain de la guerre par l'ordonnance du 2 novembre 1945 ; le danger majeur à cette époque est la mortalité infantile. Cette ordonnance met en place la protection médico-sociale systématique des femmes enceintes et des enfants, de la naissance à 6 ans, et crée les services départementaux de PMI. Cette étape, fondatrice, a rassemblé en un seul grand projet des actions préexistantes mais éparses et destinées à certaines catégories d'enfants. Elle a systématisé à l'ensemble de la population des mesures de surveillance sanitaire jusque-là réservées aux enfants relevant des aides sociales ou aux enfants placés en nourrice. Ce systématisme consacre le passage de l'assistance à la protection car il ne s'agit plus seulement de porter secours aux seules populations jugées nécessiteuses.

Un autre virage important a été amorcé en 1983 et est contemporain de la décentralisation : avec la loi du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance, la PMI s'est vue adjoindre le terme de « promotion<sup>2</sup> ». La référence commune, toujours pertinente aujourd'hui, est la définition de la promotion de la santé donnée dans la charte d'Ottawa adoptée le 21 novembre 1986 sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé. Ce concept est particulièrement bien adapté au champ du développement de l'enfant, qui est éminemment dépendant de l'environnement dans lequel il évolue. La promotion de la santé s'entend non comme un idéal, une fin en soi, mais comme une ressource appartenant à chaque personne en propre. C'est ce qui donne tout son sens à la prévention.

Le législateur a donc doté notre pays d'un dispositif global et très cohérent à son origine, et les principes et les pratiques qui en découlent restent pertinents au regard de deux enjeux centraux d'aujourd'hui : les inégalités sociales de santé de l'enfance et le soutien à la fonction parentale.

### **Comment la PMI accompagne enfants et parents ?**

Le soin parental naît en réponse aux besoins organiques d'un nourrisson, il est une nécessité vitale et les actes concrets des soins corporels au tout début de la vie sont un puissant levier du devenir parent dans ses multiples dimensions. L'attention préventive des professionnels au développement de l'enfant vient ainsi soutenir, chez les parents, leur propre attention pour le développement de leur enfant. Les professionnels confortent les parents dans leur rôle tout en prodiguant un soin ou des conseils. Une puéricultrice de mon service l'exprimait ainsi : « Les parents oublient de se faire confiance. Nous sommes les révélateurs de leurs compétences. » Futurs parents et parents sont fragiles, parfois démunis. Ils demandent un accompagnement professionnel dans la réalisation de leur projet de couple, leurs projet d'enfant et projet pour l'enfant. Ce besoin touche toutes les catégories socioprofessionnelles et n'a pas de lien direct avec des critères de risque prévisibles<sup>3</sup>.

Puéricultrices et sages-femmes de PMI font partie de ces rares acteurs de santé à se rendre au domicile des familles, à y être admis dans leur intimité. Au domicile, un risque d'accouchement prématuré s'appréhende autrement que par des recommandations de repos difficiles à respecter, un tabagisme parental autrement que par une mesure de monoxyde de carbone dans l'air expiré, une surcharge pondérale autrement que par de seules recommandations diététiques. L'enregistrement des bruits fœtaux devient écoute des bruits du cœur du bébé et prend une signification affective pour le grand frère curieux d'y assister. Dans ce cadre privé, les pleurs inconsolables d'un bébé, les difficultés à le nourrir, la stagnation pondérale, la pauvreté des échanges, la dépression post-natale, les coliques, des signes de retrait relationnel, etc., sont autant de sujets de « préoccupation » livrés ou donnés à voir par les parents aux professionnels.

Outre leur action pluridisciplinaire propre, les professionnels de PMI peuvent mobiliser le réseau de professionnels du social et de la santé : une aide-ménagère peut être mise en place, un accès aux droits rétabli en lien avec l'assistante sociale, la coupure d'électricité évitée grâce à des mesures d'aide

---

<sup>2</sup> Le rapport de Grémy et Pissaro (1982) au ministre de la santé, Jack Ralite, indique les intentions de l'époque : « Une politique de prévention ou de promotion de la santé est conçue, non au sens de l'exercice d'un contrôle social [...] mais au sens d'une démocratisation des relations sociales au service de la satisfaction effective des besoins de tous, à commencer par le besoin global de bien-être. »

<sup>3</sup> Des études ont montré que les professionnels qui orientent leur accompagnement en fonction de pré-supposés socialement construits peuvent réaliser un accompagnement en décalage avec les besoins réels des femmes (Camus ; Oria, 2012).

financière au titre de la protection de l'enfance, l'orientation vers une mesure de protection de l'enfance travaillée avec la famille, une dépendance ou une dépression orientée vers un collègue psychiatre, etc. Les systèmes d'évaluation privilégient les savoirs spécifiques au détriment des savoirs globaux, le quantitatif au détriment du qualitatif, le court terme plutôt que le long terme et les actions ciblées au détriment des actions multidimensionnelles et les pouvoirs publics ne prennent pas la mesure de la pertinence des réponses apportées par les services de PMI.

#### **Les représentations culturelles, obstacle réel ou supposé ; Aurélie Decker, sage-femme de PMI**

Deux familles d'origine roumaine habitent sur le secteur d'intervention de l'équipe médico-sociale. Elles occupent une maison qui compte deux appartements où elles vivent de manière sédentaire depuis cinq ans. L'accès à ce logement a été rendu possible grâce au service social, très investi. L'habitat est « décent », malgré sa suroccupation : 35 personnes vivent dans deux appartements. Il y a beaucoup d'enfants, de tous âges. Les parents sont parfois débordés, les limites éducatives ne sont pas toujours bien posées. L'intervention des professionnels de PMI et du service social s'effectue dans un cadre préventif, l'accompagnement proposé est perçu de manière favorable par les familles et chaque intervenant est clairement identifié dans le soutien qu'il peut apporter.

J'ai rencontré la famille pour le suivi de grossesse de deux jeunes filles de 16 ans et 19 ans, toutes deux déjà mères d'un enfant. La mère de ces jeunes femmes a 37 ans et 10 enfants. Après leur accouchement, ces jeunes filles me questionnent à propos de contraception. Elles disent ne plus souhaiter de bébé tout de suite, car fatiguées et conscientes des difficultés qu'occasionne une famille trop nombreuse. Lors de cet entretien, leur mère, enceinte de son 11<sup>ème</sup> enfant, se met à pleurer. Avec difficulté, elle arrive à formuler ce qui est à l'origine de ces pleurs et questionne : a-t-elle aussi le droit à un produit pour ne plus avoir de bébé ? J'organise des consultations au Centre de planification et d'éducation familiale. A ce jour, dans cette famille, quatre femmes en âge de procréer sont porteuses d'un implant contraceptif dont Mme, à l'issue de cette 11<sup>ème</sup> grossesse.

Rien n'est simple ni évident en matière de prévention précoce : aucun professionnel n'avait abordé la question de la contraception de peur de heurter les représentations culturelles. La confiance que noue la famille envers les professionnels a permis d'aborder des questions intimes au-delà des présupposés et a peut-être évité que cette situation ne bascule dans la protection de l'enfance.

#### **Des politiques sanitaires et sociales en quête d'efficacité**

A la charnière du sanitaire et du social, le contexte institutionnel est devenu moins porteur pour la PMI.

##### **Côté « social »**

La notion de « ciblage des populations » connaît aujourd'hui un regain d'actualité : devant les contraintes budgétaires qui s'imposent à eux, les Conseils généraux tentent de revenir sur le principe d'universalité en centrant l'action des services départementaux de PMI en direction de certaines catégories de populations réputées cumuler des facteurs de risques. Le principe de service public qui structure la PMI et qui détermine l'adhésion de la population à ses actions, la reconnaissance du droit à un suivi préventif spécifique, risquent d'être compromis. Pourtant, l'Inspection générale de l'action sociale préconise l'application d'un principe d'« universalisme proportionné » comme modalité à privilégier dans la lutte contre les inégalités sociales de santé (Lopez et coll. 2011). Il s'agit de maintenir le principe d'universalité mais de mettre en œuvre l'action de manière différenciée en fonction des besoins. Les actions de la PMI sont citées en exemple comme incarnant ce principe.

##### **Côté « santé »**

Les consultations obstétricales et pédiatriques au titre du dispositif de PMI mais effectuées dans le secteur libéral et hospitalier, sont des consultations au cours desquelles la prévention est bien souvent cantonnée aux seuls dépistages protocolisés. L'utilisation de l'entretien prénatal précoce, non comme un temps donné pour permettre l'expression des questionnements des futurs parents, mais aux fins de dépistage de facteurs de risques divers est parlant à cet égard. Le temps nécessaire à une consultation réellement globale est rarement disponible<sup>4</sup>. La prévention sanitaire se révèle souvent normative, directive, mettant en œuvre des procédures de repérage et de dépistage sectorielles, standardisées, et soi-disant prédictives de déviations ultérieures. Ces tendances semblent renouer, à certains égards, avec la philosophie hygiéniste du XIX<sup>e</sup> siècle qui a caractérisé les débuts de la santé publique et de la protection sanitaire de la petite enfance à son origine. Cette résurgence d'un nouveau positivisme, tant en matière de politique sanitaire que sociale, rejette au second plan des acquis pourtant fondamentaux en matière de développement de l'enfant. Le risque de court-circuiter l'enfant et les parents en tant que

<sup>4</sup> Lucas (2013) constate que la remarque la plus fréquente faite par les parents comparant leur expérience d'une consultation en service de PMI à celle faite en libéral se rapporte au temps nécessaire pour se sentir écouté : « On a les réponses à nos questions et il y a le temps pour cela, ce n'est pas fait à la va-vite... »

sujets, en se focalisant sur leur « bon fonctionnement » et leur adaptation, plus que sur la construction d'une identité propre, est omniprésent. L'un des corollaires est de réduire la dimension d'intersubjectivité dans la relation soignant-soigné, au profit de protocoles préétablis (Suesser, 2010 ; 2012 ; 2013).

La PMI, par la définition même de son champ d'intervention, par son histoire, la manière dont elle a su prendre de la distance par rapport à certains héritages et par son cadre de service de santé publique de proximité, résiste à ces réductions.

### **La protection de l'enfance : ambivalence des mots et des concepts**

La loi relative à la protection de l'enfance, concomitante de celle sur la prévention de la délinquance, est intervenue en pleine période de politisation de l'irresponsabilité parentale. L'insécurité polarise le débat politique et, selon Gérard Neyrand<sup>5</sup>, « deux logiques d'intervention voient se confronter le désir de soutien aux parents et la volonté de les contrôler : d'un côté, la problématique de la coéducation et ses mots d'ordre de participation, accompagnement, prévention prévenante..., de l'autre, la dénonciation de la démission parentale, les stages parentaux, l'idée de redressement et de prévention prédictive. » Cette ambivalence, non assumée à l'époque, se cristallise dans les termes employés, notamment :

#### **« Difficultés »**

Article premier de la loi : « La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives », or, comme l'analyse Percebois (2011), « cette définition concerne tous les parents : de là à considérer que toutes les actions d'accompagnement, de soutien, d'étayage réalisées par les professionnels de la petite enfance relèvent de la protection de l'enfance, il y a un pas qui paraît difficile à accepter. » Créoff (2008) renchérit : « Tous les parents en recherche de réponses mettent-ils en danger leur enfant ? Bien sûr que non ! Il s'agit donc d'un autre objectif de prévention que du seul souci de l'enfant en danger. » Et d'en conclure : « Une société qui n'appuie ses démarches d'aide et de soutien aux familles que sous couvert de la protection de l'enfance est une société stigmatisante et culpabilisante. »

#### **« Risque de danger et information préoccupante »**

Le contexte d'avènement de la loi, à la suite d'une affaire de maltraitance très médiatisée, a conduit à adopter une notion insuffisamment définie, celle « d'information préoccupante » (IP). Les promoteurs de la loi y ont vu le moyen d'avoir une vision la plus exhaustive possible des situations d'enfants « en risque de danger ». Cette assimilation de la simple préoccupation qu'ont les professionnels de la petite enfance, à divers titres, au repérage de situations de danger a contribué à brouiller les limites entre la prévention à visée généraliste et la protection de l'enfance au sens du danger. Les professionnels peuvent être légitimement « préoccupés » d'une courbe de poids peu dynamique sans pour autant faillir à leur obligation de transmettre « sans délai » une IP à la cellule de recueil des informations préoccupantes. Cette extension du champ de la protection de l'enfance a eu des conséquences lourdes sur l'ensemble des services départementaux de PMI : sommés de contribuer davantage à la protection de l'enfance, les professionnels doivent aider à l'évaluation des informations préoccupantes, devenues de plus en plus nombreuses, souvent sans rapport avec un danger avéré et surtout déconnectées de leur action préventive auprès des familles, compliquant ainsi l'exercice de leur véritable mission. Plusieurs années d'incertitudes et de discussions ont été nécessaires pour arriver à stabiliser, au plan national, le périmètre de « l'information préoccupante confirmée » ainsi que le contenu des variables destinées à l'observatoire départemental et national de la protection de l'enfance (décret du 28 février 2011).

#### **« Danger »**

Ce mot, utilisé dans ce contexte particulier, est implicitement associé à la « circonstance aggravante » qui fait qu'il prend sa source chez les parents. Ce danger ne peut s'actualiser qu'à travers la défaillance des parents, et ceci en dehors de tout jugement les concernant. Mais en passant du terme « maltraitance » à celui de « danger », le mot choisi pour définir la situation de l'enfant et légitimer l'intervention d'une institution est passé de l'explicite à l'implicite. Bien sûr, il s'agit d'atténuer l'effet stigmatisant à leur égard, contre-productif pour l'adhésion que l'on espère susciter aux décisions qui vont être prises pour eux, au mieux avec leur accord. Le mot ne parle plus de ceux qui par « action ou inaction » sont susceptibles de ne pas protéger l'enfant en première ligne, et les place dans un non dit ou ils ne sont plus acteurs, ni sujets de la situation de leur enfant. C'est pourtant ce danger-là qui seul légitime l'intervention du dispositif de protection de l'enfance, tous les autres dangers n'en relevant pas.

---

<sup>5</sup> Cité dans le rapport « Aider les parents à être parents » du centre d'analyse stratégique coordonné par M.-P. Hamel et S. Lemoine, septembre 2012, p. 48.



Le mot entretient le doute. « Les bonnes intentions sont souvent à double tranchant quand les contradictions dont elles sont porteuses, sont niées au lieu d'être regardées en face et travaillées en tant que telles » indique Catherine Dolto (2013). Cela vaut pour tous les dispositifs de protection, de prévention, de soutien.

### **L'impact sur les services de PMI**

Leur mission de prévention s'est trouvée secondarisée alors même qu'elle était annoncée comme un axe fort de la loi réformant la protection de l'enfance. Aujourd'hui encore, de nombreux questionnements demeurent, qui ne peuvent être abordés dans le cadre de cet article : peut-on accepter d'être simultanément celui qui instruit une IP et celui qui tisse des liens de confiance avec les familles au titre de l'accompagnement préventif ? Faut-il accepter/refuser d'être « référent » d'une mesure de protection administrative ? *Quid* de la confidentialité des informations dont la PMI est détentrice au titre de sa mission de santé ? Comment s'organise le partage de l'information ? Comment faire valoir son point de vue face à un service de l'Aide sociale à l'enfance prescripteur, diversement enclin à intégrer la dimension santé et à reconnaître le cadre d'intervention de la PMI ? Comment identifier avec lui les enjeux autour de la protection de l'enfance ? Comment faire valoir l'expertise de la PMI sur les signes de souffrance et d'altération du développement de l'enfant ? Quelles sont les voies de recours quand l'ASE refuse la mise en œuvre d'une mesure éducative ? Ce service gère souverainement l'entrée dans le dispositif. Or, les moyens en présence influencent fortement le périmètre de l'accompagnement, de la protection administrative et judiciaire. Il a donc impérativement besoin du regard des services extérieurs à son champ de responsabilité pour prendre toute la mesure des enjeux autour de la protection de l'enfance.

La loi de protection de l'enfance a raté son articulation avec la prévention (Suesser, 2013, p. 76) : elle a mis à mal les services de PMI dans leurs liens avec les familles alors que, pour être porteuse, la prévention a besoin d'être prudente, subtile, délicate et ouverte à imprévu. Loin de la traque du risque.

#### **Comment travailler ensemble ? Véronique Pachoud, puéricultrice de PMI**

M<sup>me</sup> N. a 4 enfants. Elle est originaire de la communauté Rom de Roumanie, elle est arrivée en France avec sa famille à l'âge de 14 ans. Elle a eu plusieurs adresses de domicile. Un accompagnement PMI n'a pu réellement se mettre en place et M<sup>me</sup> N. a très peu adhéré aux propositions faites par les puéricultrices.

A la suite d'une mesure d'investigation judiciaire, les décisions sont le placement de l'aîné (11 ans) en établissement ainsi qu'une mesure d'AEMO, le placement judiciaire en centre maternel pour madame, qui est enceinte, et ses deux cadets en octobre 2012. Le quatrième enfant est né pendant ce séjour. M<sup>me</sup> N. est alors venue en consultation PMI pour les trois derniers enfants. Une mesure de tutelle a également été ordonnée.

Début juillet 2013, le chargé de l'ASE contacte le service de PMI du centre médico-social afin de savoir si un suivi PMI peut se mettre en place une fois par semaine à la sortie de M<sup>me</sup> N. et de ses 4 enfants. En effet, suite à un comportement agressif et violent à l'encontre de deux professionnels du centre et d'une voisine de chambre, une audience anticipée va avoir lieu le 23 juillet 2013. La levée du placement va être demandée.

Ce retour à domicile de M<sup>me</sup> sera accompagné d'une extension de l'AEMO à tous les enfants (les autres dispositifs ASE avec suivis intensifs ne pouvant être sollicités faute de place). Il sera également demandé une mesure de travailleuse familiale à titre éducatif dans le cadre judiciaire. Le suivi PMI va être imposé à M<sup>me</sup> N. lors de cette audience et elle rejoindra son domicile avec ses trois enfants, le jour même.

Cette situation illustre la difficulté d'exercice dans un cadre mal délimité et génère de nombreuses questions : quelle place a la prévention dans un tel cadre ? Comment les familles peuvent s'approprier cet accompagnement hormis le comprendre comme un contrôle ? Quels peuvent être les objectifs ? Comment rentrer en contact avec la famille quand il y eu plusieurs suivis, sans synthèse, sans présentation physique pour ces familles qui évitent les travailleurs médico-sociaux ? Quelle est notre responsabilité ? Ces décisions sont-elles compatibles avec le cadre PMI ?

### **PMI et protection de l'enfance : des différences, des similitudes, des articulations à parfaire**

Leurs champs d'intervention sont donc distincts. Ils ne sont pas dans la continuité l'un de l'autre mais interviennent sur deux registres différents : un dispositif peut en activer un autre, le service de PMI peut accompagner une famille vers une demande de mesure de protection de l'enfance et réciproquement, les services de protection de l'enfance utiliser l'offre de soins préventifs en PMI en respectant sa vocation, sans vouloir en faire une mesure de « protection sociale », autre terme au contour flou ayant évincé celui de « protection administrative ». Ils ne sont pas en relais l'un de l'autre, ils coopèrent. Ils contribuent l'un et l'autre à la santé et à la protection de l'enfant, mais à partir d'un cadre d'action et un positionnement à l'égard des parents très différents et qu'il est important de respecter.

Le public pris en charge dans le dispositif de protection de l'enfance est nécessairement ciblé, le dispositif de PMI est porteur d'un droit pour toutes les femmes enceintes et en âge de procréer et tous les enfants de moins de six ans. Ils ont en référence deux corpus de droit différents, le Code de l'action

sociale et des familles d'un côté, le Code de la santé publique de l'autre. Conformément aux textes qui les régissent respectivement, les deux services sont appelés à travailler en lien. Ils partagent une caractéristique commune : le dispositif est constitué d'un réseau plus ou moins formalisé de partenaires, mais c'est un service départemental qui met en œuvre des actions qui lui sont propres : le service de l'ASE met en œuvre la protection de l'enfance. La contribution principale de la PMI à la protection des enfants, c'est d'exercer pleinement sa mission d'accueil et de soutien à tous les parents.

#### **Une situation incertaine, une issue heureuse ; Cécile Garrigues, médecin de PMI**

M<sup>lle</sup> F. et M. D ont tous les deux été placés en foyer dans leur enfance. M<sup>lle</sup> F. est toxicomane, M. D. a deux enfants d'unions précédentes qui vivent chez leur mère ; les couples se sont séparés suite à des violences conjugales et à la consommation d'alcool importante de M.

M<sup>lle</sup> F. est enceinte, le suivi de cette grossesse non désirée est très difficile, elle ne souhaite pas de traitement de substitution. Il y a de la violence dans le couple, mais M<sup>lle</sup> F. refuse un accueil en centre maternel. Aucun suivi n'est possible par l'assistante sociale ou la sage-femme de PMI et un signalement à l'autorité judiciaire est rédigé. Chloé naît à terme, hypotrophe mais elle ne présente pas de syndrome de sevrage. A la maternité, le couple a un comportement chaleureux avec le bébé et le signalement n'est pas envoyé. La puéricultrice prend contact avec la famille et, après de nombreuses tentatives de rencontres échouées, finit par pouvoir faire une visite à domicile. Petit à petit, une bonne coopération s'instaure, motivée par le suivi de la croissance de Chloé : M<sup>lle</sup> F. vient au CMS toutes les semaines pour la peser et vient en consultation PMI. Elle est attentive à son enfant et est ravie que l'on souligne les progrès de Chloé dans son développement.

Une rencontre avec la pédopsychiatre est organisée au CMS. Durant ce long entretien, M<sup>lle</sup> F. dit beaucoup de choses sur elle-même, son enfance et les difficultés du couple. Si elle a apprécié ce moment, elle ne souhaite pas de suivi psychologique.

Quelques semaines plus tard, M<sup>lle</sup> F. n'est plus joignable. Les difficultés dans le couple ont empiré et M<sup>lle</sup> F. quitte le domicile avec Chloé. Elle fuit chez un ami puis dans un foyer pour travailleurs. Il s'en suit une période d'errance de plusieurs semaines au cours de laquelle elle reprend la consommation de produits toxiques. Très inquiètes pour Chloé, la puéricultrice et l'assistante sociale envoient un signalement au juge pour enfants.

M<sup>lle</sup> F. revient finalement au CMS pour peser Chloé, elle explique qu'elle a, à présent, regagné son domicile. Elle était partie parce que sa situation était trop difficile, elle se sentait perdue. La situation se stabilise, M<sup>lle</sup> F. accepte de débiter un traitement substitutif suite à l'audience chez le juge qui, par ailleurs, ordonne une mesure d'investigation. Le suivi de Chloé est à nouveau très régulier, elle grandit bien et a un bon développement psychomoteur, sa maman va mieux.

Le signalement a eu, ici, un effet apaisant et a permis à cette jeune femme, grâce à l'intervention du juge, de débiter enfin un traitement substitutif. L'abord par la santé de l'enfant (la surveillance de la croissance et de l'éveil) a été fondamental pour le suivi de cette famille, tout comme il était très important pour cette maman de pouvoir venir à une consultation ouverte à tous, où les familles ne sont pas ciblées. L'attention préventive des professionnels, soutenant les attentions adaptées et chaleureuses de cette maman, a permis une approche qui n'était pas uniquement centrée sur l'inquiétude du risque de maltraitance et a permis la construction d'une confiance réciproque.

#### **Bibliographie**

Camus, J. ; Oria, N. 2012. « A la maternité, les mères sont encadrées », *Profession sage-femme*, n° 187, p. 12-13.

Créoff, M. 2008. « La protection de l'enfance : impuissance, toute-puissance et recherche de sens », *enfances & PSY*, n°40.

Dolto, F. 2013 « Préface », dans P. Suesser, *Petite enfance : penser la prévention en grand*, Toulouse, érès.

Grémy, F. ; Pissaro, B. ; De Bernis, G. 1982. *Propositions pour une politique de prévention : rapport au ministre de la santé*, Paris, La documentation française.

Lopez, A. ; Molleux, M. ; Scotton, C., Schaetzel, D. 2011. *Les inégalités sociales de santé*, rapport de l'IGAS, Paris, La documentation française.

Lucas, H. 2013. *Analyse des attentes des usagers des consultations du service de Protection maternelle et infantile de Meurthe et Moselle : sont-elles en adéquation avec les représentations des professionnels de santé ?*, thèse de pédiatrie, soutenue à Nancy.

Percebois, B. 2011. « Quelques réflexions concernant les effets sur les pratiques professionnelles de la réforme de la protection de l'enfance du 5 mars 2007 en PMI », *Revue française de service social*, n° 243.

Suesser, P. 2010. « Santé et soutien aux familles », *Assises de la protection de l'enfance*, Marseille, juin 2010.

Suesser, P. (sous la direction de). 2012. *Quelle PMI demain ? Dans le nouveau paysage de la santé et des collectivités locales*, Toulouse, érès.

Suesser, P. 2013. *Petite enfance, penser la prévention en grand*, Toulouse, érès.