

La protection maternelle et infantile en pratiques auprès du tout-petit

La prévention en petite enfance et en santé familiale et infantile a bénéficié depuis plus de 50 ans des apports de la pédiatrie du développement et de la pédiatrie sociale, de la psychologie périnatale et de la prime-enfance, de la santé publique.

Elle s'est ainsi constituée comme une pratique spécifique s'adressant à tous, autour du développement global et historicisé de l'enfant, s'appuyant sur ses potentialités et celles de son entourage, ouverte à la transdisciplinarité et attentive aux conditions générales favorisant la santé et le « bien grandir ». En ce sens, elle a su s'inscrire dans une perspective de promotion de la santé.

Aperçu sur la pratique des services de PMI

L'implantation des services de PMI entend favoriser un lien de proximité entre les professionnels et les enfants et leur famille. Cette proximité offre un socle à l'attention préventive des professionnels qui peut entrer en écho et en soutien avec la propre attention des parents pour le développement et la santé de leur enfant. Ceci concerne tous les parents puisque l'attente d'un enfant, puis sa naissance, constitue pour tous un moment de profond remaniement qui peut venir révéler ou renforcer certaines fragilités mais aussi la créativité nécessaire pour les dépasser. Le souci de la bonne santé de l'enfant, les soins à lui apporter sont, pour chacun, des leviers très puissants du « devenir parent ».

Le positionnement des professionnels de PMI s'ancre dès lors

dans une approche préventive centrée, dès la grossesse, sur le processus long du développement de l'enfant, de la parentalité. Cette approche intégrée de la prévention s'appuie largement sur les préoccupations des femmes enceintes, des parents : il s'agit de promotion de la santé au sens de *porter vers l'avant*, vers l'avenir, l'enfant qui a tant besoin pour grandir de parents confiants en leur capacité d'y contribuer.

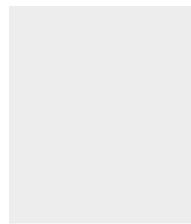
C'est ainsi que le dialogue institué dès la période prénatale permettra l'expression des préoccupations parentales, sur les aspects somatiques, psychologiques, sur les déterminants sociaux et environnementaux, sur l'accueil socialisé de l'enfant. Les questions sur la santé somatique constituent le plus souvent le souci qui vient en premier du côté des parents et qui permet, en s'y appuyant, d'aborder l'ensemble des dimensions, et ce dans la durée.

Cette prise en compte de la santé conjugue l'approche médicale ou de puériculture au sens large et l'approche relationnelle du soin. Cette double entrée lui confère une dimension profondément individualisante. Chaque professionnel. le doit être formé à l'analyse du « climat » familial et en capacité de s'y ajuster afin de répondre

au mieux aux besoins, variables d'une situation à l'autre, matériels, de soutien et d'accompagnement de tous ordres dans chaque famille et dans le respect de chacun.

La confiance qui se construit là, tant dans les accompagnements individuels que collectifs, est aussi un facteur très structurant pour le succès de campagnes thématiques portant par exemple sur la prévention de l'obésité, des accidents domestiques, de la consommation des écrans par les tout-petits. Le message n'est alors pas seulement porté de façon didactique mais incarné et adapté dans la relation de soins. C'est ainsi que les programmes de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé que nous développons s'appuient et s'articulent de façon vivante et interactive avec notre exercice médico-psycho-social clinique de terrain.

Le travail en PMI a une vocation préventive universelle, s'exerce en équipes largement pluridisciplinaires, développe une complémentarité d'actions au plan individuel et collectif et inclut de nombreux partenaires. Ce travail prend tour à tour plusieurs formes qui s'incarnent dans trois registres correspondant au concept de « prévention en rhizome »¹ :



Maryse Bonnefoy,
Cécile Garrigues et
Pierre Suesser

Co-présidents du syndicat national des médecins de PMI (SNMPMI)



- 1^{er} registre, la prévention par l'accompagnement de la vie quotidienne : par exemple le soutien apporté par la qualité relationnelle lors du suivi de la grossesse, lors de la mise en place ou de renoncement à un allaitement maternel, lors de premières séparations vers un mode d'accueil ; la prise en compte également de questions apparemment bénignes sur le bain, la nourriture, les « bobos » des nouveau-nés, en en mesurant les soubassements psychologiques ; ou encore les activités d'éveil culturel et artistique en centres de PMI, etc.
- 2^{ème} registre, la prévention par le soutien dans les aléas de la vie ordinaire où un enfant peut se trouver perturbé lors d'une étape normale de son développement : sevrage, naissance d'un cadet... Ici la prévention opère toujours avec prudence car selon les cas ces occasions de perturbation du développement sont aussi des oppor-

tunités de remaniement et de maturation. « Il est donc préventif de ne pas faire de zèle préventif »², car véhiculer une sorte d'interdit de souffrir face à des frustrations et des peines inhérentes au parcours de tout enfant peut aussi se révéler perturbateur.

- 3^{ème} registre, l'aide globale face aux accidents de la vie : séparations-recompositions familiales, décès d'un membre de la famille, situation de handicap, violences conjugales, pathologie mentale, précarisation des conditions sociales de vie. Il s'agit par exemple d'accompagnement des parents lors de la perte d'un bébé au moment de la grossesse ou de la naissance qui a été considérablement réfléchi et amélioré en maternité ; de même que les expériences menées en PMI avec des dispositifs d'accompagnement lors d'une mort inattendue du nourrisson, ou bien encore au travail conjoint avec les CAMSP auprès d'enfants porteurs de handicap et de leur famille.

Panorama succinct des pratiques tournées vers la prévention développementale

Depuis 30 ans, la terminologie qui définit les missions de la PMI dans la loi a changé, de la « protection maternelle et infantile » à la « protection et promotion de la santé de la famille et de l'enfant ». Il ne s'agit pas seulement d'éviter ce qui peut advenir de fâcheux pour la santé mais d'accompagner ce qui peut advenir d'heureux pour le développement de l'enfant.

Cela se traduit par les multiples temps et champs de pratiques de la PMI.

En période périnatale, un axe important du travail s'est développé autour de l'instauration des premiers liens mère-enfant, parents-enfant. Dans cette période particu-

lière, outre les situations de pathologies avérées, il est difficile de savoir si et comment les difficultés vont se traduire ou évoluer, quelle famille sera touchée, quels troubles ces difficultés risquent d'entraîner : troubles psychiques et du développement, maltraitance, difficultés dans les apprentissages, troubles somatiques. Plutôt qu'un dépistage « ciblé », il convient d'accompagner plus généralement cette période de bouleversement, de vulnérabilité que représentent la grossesse et la naissance. Dans cette perspective, la constitution de partenariat et de réseaux entre équipes de maternité et de PMI, la proposition aux futures mères d'un entretien prénatal au 4^{ème} mois de grossesse sont autant d'atouts pour prendre en compte, en relais entre équipes de maternités et de PMI, les fragilités de certaines mères, des ajustements difficiles, des réponses inadéquates.

Les sages-femmes et puéricultrices de PMI peuvent intervenir à la maternité et à domicile avant et après la naissance. A ce moment, elles dialoguent, écoutent, conseillent et informent sur de multiples aspects qui posent questions ou provoquent des inquiétudes maternelles : accompagnement de la mise en route de l'allaitement, problèmes d'alimentation, ou face aux pleurs du nourrisson, à ses rythmes de sommeil.

Parfois il s'agit de mères en plus grande difficulté : pathologies psychiatriques, conduites addictives, situation de grand isolement ou de précarité sociale, femmes subissant des violences conjugales. Les puéricultrices s'y rendent souvent, tentent d'accompagner les gestes maladroits, de s'appuyer sur les ressources du bébé dans la mise en relation, d'apprécier sa « capacité de séduction », d'étayer l'appréhension d'une « existence mutuelle du bébé pour la mère et de la mère pour le bébé ».



1/ Concept développé par S. Giampino et C. Vidal dans leur ouvrage *Nos enfants sous haute surveillance*, éditions Albin Michel, 2009

2/ Ibid

Cette prise en charge peut être difficile, surtout si on l'engage seul, elle nécessite le soutien de l'équipe de PMI, de la psychologue notamment, on fait souvent appel au concours de travailleuses familiales, on recherche un mode d'accueil. Le travail en lien avec l'assistante sociale est essentiel lorsque les conditions de vie, l'absence de travail, les difficultés de logement, influent très défavorablement sur la santé familiale.

Dans tout ce travail très précoce, il s'agit sans porter de jugement de valoriser les capacités des enfants et des parents, de leur laisser la parole sur leur savoir des difficultés. On exerce là une forme de prévention fondamentale, par un effet de préservation de leur dignité.

Lors des consultations de nourrissons, ce travail se poursuit. Nous y sommes également confrontés à ces problèmes d'ajustement, aux problèmes éducatifs, aux situations où des enfants sont « excités » ou au contraire passifs, certains sont jaloux de la naissance d'un puiné, d'autres mangent mal, dorment mal. Les situations de séparations difficiles lors de l'entrée en crèche ou à la maternelle suscitent aussi des questions de la part des parents.

Les pédiatres, avec la puéricultrice et l'équipe de PMI, apportent autant que possible des réponses qui font écho en pratique aux « trois temps de la consultation »³ : un accompagnement consistant en une réassurance sur l'absence d'affection somatique et des conseils sous forme d'une guidance souple, s'appuyant sur la parole de la mère, des parents – et de l'enfant quand il peut s'exprimer – quant au sens qu'ils donnent aux événements. En gardant à l'esprit trois points de repères essentiels : *ne pas banaliser; ne pas disqualifier; ne pas interpréter*⁴. Enfin, lorsque

cet accompagnement reste sans effet sur les symptômes et l'anxiété exprimée, la proposition d'une prise en charge psychologique sera formulée, pas toujours suivi d'effet du moins dans l'immédiat. Tout en respectant le cheminement des parents, nous leur manifestons, par notre attention réitérée aux difficultés qu'exprime l'enfant, que nous restons des soignants préventifs engagés auprès de lui et d'eux-mêmes.

Ce travail d'accompagnement en consultation bénéficie dans certains centres de l'intervention d'une psychologue de PMI. Des éducatrices de jeunes enfants, des psychomotriciennes parfois accompagnent le cheminement des enfants, par des séances où le jeu, le travail sur le tonus, le schéma corporel sont autant d'outils pour aider les enfants dans leur développement et renforcer la confiance des parents dans les potentialités de leur enfant. Certaines équipes ont développé d'autres activités en salle d'attente comme l'éveil musical des tout-petits ou des ateliers autour du livre et des comptines qui créent des situations de plaisir et de partage propices aux investissements relationnels des jeunes enfants.

Tous ces moments « d'attention et d'engagement conjoints » contribuent souvent au déblocage de situations.

Dans les modes d'accueil, le travail de la PMI, aux côtés des équipes de crèches et des assistantes maternelles, consiste aussi à soutenir les enfants et leur famille, par exemple pour surmonter l'épreuve de la séparation où l'enfant exprimera parfois son angoisse au travers de comportements agressifs, ou d'une anorexie, d'un refus de dormir, ou pour d'autres d'un repli. Aider à décrypter les manifestations du mal être de l'enfant, écouter la difficulté d'une maman à le confier, considérer le regard du per-

sonnel qui accueille l'enfant et le soutenir face à l'expression parfois bruyante de sa détresse contribuent là encore à la prévention de difficultés développementales plus nouées.

Conclusion

De récentes études font état d'une remontée inédite de la mortalité infantile, dont les hypothèses renvoient à la dégradation des conditions de vie et de santé d'une partie de la population et également à celle du système de santé. Dans ce contexte la PMI se trouve fragilisée par l'absence de stratégie nationale concertée quant à ses priorités de prévention, ainsi que dans ses ressources, ses moyens humains et financiers, et par l'hétérogénéité de ces moyens selon les territoires et la diminution globale de professionnels : cela conduit souvent les départements à fléchir leurs ressources sur des critères de priorisation comme le suivi des enfants de moins de 2 ans ou encore des dépistages en école maternelle sans entretien de santé systématique ou de visite médicale associée, alors même que les familles doivent faire face à une offre de soins extérieure déclinante en ville. Ceci se fait au détriment de la mission de la PMI consistant à promouvoir une prévention développementale globale s'adressant à tous les enfants jusqu'à 6 ans dans une logique d'universalisme proportionné.

Pour reconquérir la plénitude de cet exercice, les pouvoirs publics doivent urgemment revitaliser les services publics de santé, tout particulièrement la PMI en faveur des tout petits et de leur famille. Gageons que les Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant acteront cette revitalisation et donneront un nouvel élan à la PMI en favorisant les passerelles avec l'ensemble des acteurs de la santé de l'enfant et en diffusant une véritable culture de prévention. ●

³ Crespin G. *L'épopée symbolique du nouveau-né*. Toulouse, Erès 2007, p.172-178

⁴ *Ibid*