

Claude Thiaudière

Université de Picardie – Jules Verne, Laboratoire Savoirs et Socialisation (SASO)

LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE : POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE ET SPECIALISATION MEDICALE

La protection maternelle et infantile («PMI») est, sans doute, un des domaines les plus aboutis sociologiquement des politiques de santé publique et qui, encore aujourd'hui, représente une catégorie majeure de l'action administrative. Composé d'un service départemental et d'agents spécialisés (puéricultrices, médecins, sages-femmes, psychologues, etc.), sa fonction est d'organiser une surveillance systématique des grossesses et des jeunes enfants jusqu'à l'âge de leur scolarité obligatoire. Deux modalités principales d'intervention caractérisent cette structure institutionnelle : d'une part, une médecine préventive qui se structure autour de consultations médicales régulières (examens pré et post nataux) et un suivi social des conditions d'existence de la mère et de l'enfant ; d'autre part, une activité statistique d'observation qui repose sur les déclarations de grossesse et de naissance, et les fiches de consultations. Ces deux registres de pratiques font de la protection maternelle et infantile un modèle de ce que Foucault a nommé le «bio-pouvoir» (Foucault, 1994 et 1997) : une forme moderne de gouvernement qui articule une «anatomie-clinique du corps humain» (dont la discipline médicale de pédiatrie et la puériculture représentent, pour la PMI, deux domaines privilégiés) et une «bio-politique de la population» (incarnée par l'usage de la démographie et de l'épidémiologie). (Thiaudière, 2004)

Si la protection maternelle et infantile est relativement récente, la lutte contre la mortalité infantile est une des premières

préoccupations politiques qui émergent à la fin de l'Ancien Régime et donnent lieu, tout au long du XIX^{ème} siècle, à des mesures spécifiques et des innovations institutionnelles. (Rollet-Echallier, 1990) D'abord envers les enfants trouvés, puis pour les mères célibataires, elles s'élargissent progressivement sous la III^{ème} République aux enfants mis en nourrice, aux familles «nécessiteuses» avant d'ébaucher le cadre des politiques de la famille et de la protection de l'enfance. A cette première dynamique s'articule un second processus qui voit se former les différentes modalités d'exercice de la médecine moderne. Avec la transformation de l'hôpital où s'invente la clinique (Foucault, 1963) : les hôpitaux et les services d'enfants malades et de femmes en couches deviennent les lieux de formation des spécialités pédiatrique et d'obstétrique. Parallèlement, la médecine sociale émerge, portée par un mouvement hygiéniste qui attribue à l'Etat un devoir d'intervention en matière de santé de la population. (Léonard, 1986 ; Murard et Zylbermann, 1996). C'est donc à la jonction de ces deux champs (le «secteur social» avec ses différentes composantes : sécurité sociale, protection sociale, travail social ; et celui de la médecine) que la lutte contre la mortalité infantile trouve les conditions de son édification. Mais il faut attendre les lendemains de la seconde guerre mondiale pour que les pouvoirs publics engagent une politique spécifique de lutte contre ce fléau qui donne lieu à la formation d'une catégorie de l'action administrative, la protection

maternelle et infantile (PMI). Ce processus d'institutionnalisation, avec l'ordonnance promulguée en 1945¹, accompagne la généralisation de consultations médicales et d'activités de suivi social menées dans des structures «médico-sociales» spécifiques dont la plupart a vu le jour dans l'entre-deux guerres à l'initiative d'oeuvres philanthropiques et de médecins (gouttes de lait, dispensaires, centres de consultations pour femmes enceintes et nourrissons, pouponnières, etc.). (Norvez, 1990) Durant la seconde moitié du XXème siècle, l'espace de la PMI n'a cessé, dès lors, d'étendre son domaine de légitimité sur la famille : de la santé mentale au planning familial, en passant par la maltraitance ou la périnatalité. La PMI est ainsi devenue un dispositif-clé de l'intervention de l'Etat dans le domaine de la santé publique et la diffusion des normes médicales dans les familles. (Boltanski, 1969) L'objectif de cet article est d'esquisser, dans ses grande lignes, une analyse des conditions qui ont rendu possible l'institutionnalisation de la lutte contre la mortalité infantile et, par là-même, la généralisation d'une surveillance médicale et sociale des femmes enceintes et des enfants. L'hypothèse principale est que ce processus est à mettre en rapport avec les transformations du champ médical qui, à partir de la Libération, conduisent (entre autre) à une plus grande spécialisation aussi bien de l'hôpital que de la médecine libérale. La dynamique de spécialisation médicale, notamment de la pédiatrie, représente un élément déterminant de la structuration d'un espace spécialisé de la PMI. Mais, en retour, la construction de cet espace contribue aux recompositions du champ médical, en faisant de la PMI un pôle spécialisé dans la médecine sociale de l'enfant. Autrement dit, l'articulation d'enjeux sociaux internes et externes au champ médical a déterminé, et détermine encore, la configuration de la lutte contre la mortalité infantile, tant sur le plan institutionnel que celui des représentations du

¹ Ordonnance n° 45-27720 du 2 novembre 1945, J.O. du 5 novembre 1945.

fléau.

L'institutionnalisation du fléau

A la Libération s'ouvre une période où les pouvoirs publics font de la lutte contre la mortalité infantile une priorité nationale. Le principal apport de la nouvelle législation réside moins dans les mesures elles-mêmes, si ce n'est que l'objectif est de généraliser à toutes les femmes enceintes et les mères venant d'accoucher, une surveillance médicale et sociale. En effet, l'ordonnance rassemble, dans un unique corpus, les principales législations antérieures : principalement celles contenues dans le Code de la Famille de 1939 et dans son prolongement les mesures prises par le régime de Vichy.² Dans la continuité des préoccupations démographiques et familialistes, la lutte contre ce fléau est considérée comme une «*véritable mission de salut public*» qui doit participer à la Reconstruction et au «redressement national». Mais c'est l'affirmation de la prééminence de l'Etat qui constitue le tournant de ces années d'après-guerre : celui-ci se voit attribuer la responsabilité de mettre en oeuvre les mesures prises par la gouvernement provisoire.

La reconnaissance du fléau participe de la consécration de la politique familiale, pour laquelle un ministère chargé de la Population et de la Famille est mis en place et des instances spécialisées sont créées ou reconduites sous des formes modifiées : telles l'Union Nationale des associations familiales, le Haut Comité Consultatif de la Population et de la Famille, l'Institut National d'Etudes Démographiques, suivie avec la constitution de la sécurité sociale, de l'Union Nationale

² Dans lequel certaines dispositions prévoient la surveillance médicale des nourrissons Code la de la famille en 1939 : reprise des dispositions de 1935 ; Loi de 1942 : examen prénuptial, élargissement de la surveillance aux enfants de moins de six ans et organisation de la protection maternelle et infantile dans chaque département.

des Caisses d'Allocations familiales.³ A la Direction Générale de la santé publique et de la Population, la direction de l'hygiène sociale est chargée de l'application de l'ordonnance, auquel sont adjoints une Commission de la maternité et une Commission de Protection sanitaire de l'Enfance, tandis que le Comité National de l'Enfance⁴ se voit confier la coordination des oeuvres privées qui interviennent dans ce domaine.

Dans la logique d'institutionnalisation politique de la famille, la protection maternelle et infantile apparaît comme un instrument « technique » au même titre que le sont les réglementations et les prestations familiales. (Lenoir, 2003) Mais dans le champ politico-administratif consacré à la famille, la PMI occupe une position spécifique : en effet, si l'on suit l'analyse de R. Lenoir, elle caractérise, par excellence, la position dominante de médecins et hauts fonctionnaires dont les compétences les rendent légitimes dans la conception et l'application de mesures aussi techniques que celles qui relèvent de la santé publique. On retrouve dans les instances chargées d'élaborer ou de suivre l'application des mesures de l'ordonnance⁵, dont Alfred Sauvy, économiste et démographe, fondateur de l'INED ; Robert Debré, pédiatre et chef de service à l'hôpital des Enfants-Malades ; Eugène Aujaleu, professeur de médecine, titulaire de la chaire d'épidémiologie à l'hôpital du Val de Grâce, à la Libération directeur de l'Hygiène sociale et futur directeur de la Direction Générale de la Santé Publique et de la Population ou encore

Jacques Chevallier, professeur de médecine à la faculté de Marseille et Louis Bugnard (professeur de biophysique à la faculté de Toulouse), tous deux directeurs successifs de l'Institut National d'Hygiène sociale.

Or, la mise en oeuvre des mesures de PMI entre en conjonction avec les projets de réforme du système de santé dont les principaux volets concernent l'instauration d'un véritable service public sanitaire et social (et donc d'une administration centrale dotée de réelles compétences) et la réorganisation de la médecine française (réforme des études médicales et modification des conditions d'exercice des médecins hospitaliers). (Jamous, 1973) Deux programmes dont l'élaboration, sous l'Occupation, revient à un groupe de médecins animé par Robert Debré.⁶ (Debré, 1944 et 1974) Dans cette perspective, le dispositif fait figure de modèle appliqué : l'obligation faite par l'ordonnance de créer dans toutes les circonscriptions un centre de PMI offre les conditions institutionnelles de faire converger les multiples organismes locaux privés et publics qui, localement, oeuvrent dans des domaines spécialisés (protection de l'enfance, dispensaires de lutte contre la tuberculose ou antivénéériens, gouttes de lait, etc.). Ainsi, peut s'ébaucher sur tout le territoire, autour de la mère et de l'enfant (et donc de toutes les familles), un service « généraliste » de santé publique à partir duquel peuvent se déployer des mesures de prévention, de dépistage et de suivi médical et social. L'ensemble, sous la responsabilité des directeurs départementaux de la santé, place

³ Ces différentes instances existaient, sous des formes légèrement différentes dans l'avant-guerre : création du HCFP en 1939, L'INED étant, pour sa part une transformation de la Fondation pour l'Etudes des Problèmes Humains (Fondation Carrel). (cf. R. Lenoir, 2003). Sur l'histoire de l'INED voir P.A. Rosental. (Rosental, 2003)

⁴ Elle-même héritière de la Ligue contre la mortalité infantile fondée par Paul Strauss en 1902. (Rollet-Echallier, 1990)

⁵ Aussi bien au HCFP, à l'INED, aux différentes commissions du Plan.

⁶ Robert Debré occupe une position centrale dans l'après-guerre, position liée à sa trajectoire dans le champ médical (à la fois pédiatre, hygiéniste et bactériologiste) et sa surface sociale (membre de l'Académie de Médecine, titulaire de la chaire de clinique pédiatrique à la faculté de médecine de Paris, président de l'INED, de l'INH, conseiller technique dans différents cabinets ministériels dans l'avant et l'après-guerre). C'est, durant la période de l'occupation, avec le comité médical rattaché au gouvernement en exil que Debré conçoit ces différents projets de réforme.

le ministère de la santé publique et de la population en position de construire un réseau d'équipements qui lui soit propre.

De plus, un tel dispositif procure un deuxième avantage dans la visée plus globale d'une refonte du système de santé, portée par les mêmes médecins et qui aboutira aux ordonnances de 1958 (dite «réforme Debré») créant les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) et le statut de médecin hospitalier à temps plein. (Jamous, 1973) Cette redéfinition des fonctions de l'hôpital doit permettre le renforcement technologique des établissements et de lier plus étroitement recherche et soins. Mais l'opposition des syndicats médicaux et de la majorité des cliniciens hospitaliers (libéraux) oblige à différer ces réformes. En attendant, la pédiatrie va servir «d'avant-garde» à cette réforme, en s'appuyant sur une logique de redistribution des activités médicales qui associe hôpital, PMI et médecine de ville.⁷

L'articulation de ces enjeux se traduit notamment par la création, en 1949, du Centre International de l'Enfance.⁸ (Berthet et Manciaux, 1979 ; Fillastre et Guérin, 2000) Sous l'impulsion de Debré, le CIE reprend deux des activités du Fond International de Secours à l'Enfance (futur UNICEF), le cours de pédiatrie sociale et la station pilote BCG, pour élaborer un pôle de médecine sociale de l'enfance. Structure destinée à accompagner, nationalement et internationalement, les politiques de PMI, elle propose des sessions de formation aux différents agents spécialisés concernés (fonctionnaires, assistantes sociales, infirmières, médecins, etc.). Tandis que le secteur de la recherche s'attache à mener des études sur l'enfant sain. S'y retrouveront les principaux acteurs de la

pédiatrie et de l'administration de la santé.⁹

Un processus de médicalisation

La généralisation du système de surveillance médicale et sociale s'avère effective, mais dans une configuration qui suit les grandes lignes de recomposition du champ médical. D'une part, les examens médicaux pré et postnataux sont pris en charge majoritairement par des praticiens libéraux : les syndicats médicaux s'étant opposés à la création de postes de médecins de la fonction publique, ces derniers sont limités aux responsabilités administratives et aux vacations dans les dispensaires. Avec la généralisation de la sécurité sociale, du fait de la solvabilité de la demande, le poids du secteur libéral s'accroît pour devenir le pôle principal du suivi médical des femmes enceintes et des jeunes enfants. Par la suite, l'accroissement démographique des spécialistes modifie la configuration. (Bui, 1984) Les spécialités de pédiatrie et, par la suite, de gynécologie médicale, trouvent, à partir des années 1960, avec ce marché institué des examens de PMI, une des conditions qui favorise leur installation.

D'autre part, pour les hôpitaux pédiatriques tout comme pour les maternités, leur modernisation s'appuie sur ces consultations de PMI (en dispensaire ou cabinet de ville). Dans un premier temps, il s'agit de mettre fin à la surcharge des services, due à l'ouverture des hôpitaux à toutes les classes sociales et à la forte mortalité qui y règne (un grand nombre d'enfants accueillis étant atteints de maladies infectieuses) : d'où la fonction de sélection qu'assurent les dispensaires et les praticiens de ville.¹⁰ Ensuite, les effets de la

⁷ Dynamique déjà engagée dans des domaines comme la cancérologie. (cf. Pinell, 1992)

⁸ Organisme qui, selon A. Drouard, est également une reprise du Centre de la mère et de l'Enfant de la Fondation Carrel. (cf. A. Drouard, 1992).

⁹ Pour ne citer qu'eux, E. Aujaleu et L. Bugnard au conseil d'administration du CIE et comme conférenciers réguliers : le pédiatre Marcel Lelong, le directeur de l'INED Alfred Sauvy, le neuropsychiatre Georges Heuyer, le directeur -fondateur de la sécurité sociale Pierre Laroque.

¹⁰ Ainsi certains hôpitaux sont créés des consultations de «pas de porte» comme, à Paris, aux Enfants-Malades lorsqu'un centre de consultations de PMI n'existe pas comme à Beaudelocque.

réforme Debré accélèrent le mouvement de spécialisation avec la création des Centres Hospitalo-Universitaires. A partir des années 1960, ces lieux d'exercice d'une médecine de pointe qui lient soins et laboratoires de recherche tendent à se consacrer aux maladies chroniques et dégénératives, reléguant à la médecine libérale le traitement des affections «courantes». Cette évolution est favorisée, entre autres, par le déclin des maladies infectieuses : l'apport de l'antibiothérapie et la diffusion de la vaccination, soutenue par le travail d'information et d'éducation sanitaires des assistantes sociales et des infirmières de PMI auprès des familles, a permis leur prise en charge en médecine de ville. (Pinell, 2004) Ce processus de médicalisation est structuré par un vaste secteur «médico-social», produit de la reconversion en structures de long séjour des derniers établissements d'assistance (centres maternels, pouponnières, etc.) ou leur externalisation du secteur hospitalier. Ainsi, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris se libère de l'Aide Sociale à l'Enfance et de la PMI, à la fin des années 1960 ; ceux-ci étant repris par le Conseil général de Paris. La constitution d'un pôle dominant incarné par les CHU impose une recomposition des activités médicales et accentue la logique de spécialisation entre les médecines libérale, hospitalière et de «dispensaire». Et cette recomposition se traduit également par une redistribution sociale des populations. (Chauvenet, 1978) Tandis que les classes supérieures et certaines fractions des classes moyennes deviennent la clientèle dominante de la pédiatrie hospitalière, comme pour tout le secteur hospitalier et dans un premier temps celle des spécialistes libéraux, le centre de PMI et ses propres lieux de consultation se voient réduits à une activité de surveillance sociale et d'examen médicaux pour les femmes, les mères et les enfants appartenant aux classes populaires qui n'accèdent ni à la médecine libérale, ni aux hôpitaux spécialisés. Cette logique sociale de redistribution s'accompagne d'une plus grande dépendance du secteur libéral et des «dispensaires de

PMI» vis-à-vis du pôle hospitalo-universitaire qui impose sa légitimité à l'intérieur de l'espace de la protection maternelle et infantile. Les praticiens de ville (et tout particulièrement les médecins généralistes) et ceux exerçant des vacations dans les centres de PMI tendent à être confinés au traitement des maladies «bénignes» ou aux fonctions de dépistage et d'orientation vers les structures spécialisées (hospitalières ou médico-sociales). (Pinell, 1992) C'est dans cette même configuration, et selon les mêmes enjeux, que la fonction de puéricultrice se modifie pour devenir, à partir des années 1960, l'ossature de la PMI.

A l'origine, le diplôme d'Etat, créé en 1947, est destiné aussi bien aux assistantes sociales, aux sages-femmes qu'aux infirmières et met fin à certaines fonctions qui existaient avant-guerre (dont celle de visiteuse d'hygiène infantile). Si les transformations de l'hôpital conduisent à la reconnaissance de la spécificité de la profession d'infirmière (la loi de 1946 reconnaît le monopole d'exercice aux diplômées d'Etat), la puéricultrice se constitue à partir des hôpitaux voués aux maladies de la petite enfance ou ceux liés à la clinique obstétricale.¹¹ La spécialisation des services de prématurés, tout comme leur ouverture à toutes les classes sociales, contribue à ce que la fonction de puéricultrice s'institutionnalise en se différenciant de celle d'assistante sociale. Son imposition en PMI relève de la même logique de redistribution des activités : la puéricultrice devant faire office de liaison entre le «domicile» de la mère et l'hôpital.¹² (Lelong, 1951)

¹¹ Marcel Lelong, pédiatre et professeur de clinique de puériculture à l'hôpital Saint-Vincent de Paul joue un rôle déterminant dans l'imposition de cette spécialisation pour les infirmières.

¹² La forte progression démographique des puéricultrices dans le secteur médico-social accroît les luttes de concurrence avec les assistantes sociales, luttes d'autant plus ravivées que ces agents occupent les mêmes fonctions. (cf. C. de Montlibert, 1980)

Spécialisations et divisions du travail médical

Malgré la baisse effective de la mortalité infantile, constatée dès les années 1960, la PMI étend son domaine d'interventions. De nouvelles dispositions législatives confortent son organisation administrative : ainsi le décret de 1962 et la loi de 1964 instaurent la sectorisation, le recrutement de médecins à temps complet (ceux-ci devant avoir une spécialisation en pédiatrie, obstétrique ou santé publique), le recrutement de puéricultrices (qui sera suivi par celui des sages-femmes dans années 1970). Dans le même temps, la surveillance médicale est approfondie avec de nouveaux examens pré et postnataux et les visites à domicile sont encore intensifiés. Par ailleurs, de nouveaux objectifs sont définis dont les orientations suivent de près les lignes de force de l'évolution du champ médical : d'une part, l'accroissement continu de la démographie professionnelle ; d'autre part, la «sur-spécialisation» qui touche la pédiatrie hospitalière (de la néphrologie à la néonatalogie en passant par la pédopsychiatrie, la génétique médicale, la neurologie, l'hématologie, etc.). On pourrait ainsi mettre en relation la redéfinition des finalités en matière de lutte contre la mortalité infantile et l'implantation de nouvelles spécialités pédiatriques. Ainsi, un premier élargissement apparaît dans les années 1960, avec la prévention des handicaps. Outre l'intervention de psychologues et de pédopsychiatres, la PMI se voit articulée à la politique de sectorisation qui se met en place avec la «désinstitutionnalisation» de l'asile. Les dispensaires de PMI offrent à une nouvelle génération de pédopsychiatres la possibilité de mettre en application d'autres conceptions de la psychiatrie (très liées à la psychanalyse) et, particulièrement, en matière de prévention et de dépistage des handicaps

mentaux chez l'enfant.¹³ (Pinell et Zafiroopoulos, 1982)

Mais la néonatalogie et l'obstétrique offrent, en la matière, l'illustration la plus éclairante de cette dynamique d'extension liée au processus de spécialisation. Depuis les années cinquante, les accouchements en maternité connaissent un fort accroissement (de 50% en 1950 à 98% en 1974) et, en corollaire, ceux effectués à domicile s'effondrent. (Knibiehler et Thébaud, 1995) La transformation des hôpitaux et des cliniques privées nécessitent leur modernisation aussi bien pour l'accueil que les équipements technologiques. Or, l'obstétrique est considérée comme largement en retard sur les autres spécialités cliniques et chirurgicales. Le développement de la médecine néonatale nécessite également de moderniser les équipements en réanimation intensive et d'accroître l'activité de recherche. Au début des années 1970, la PMI s'intègre dans un programme de prévention «périnatale» élaboré au ministère de la santé publique et de la sécurité sociale.¹⁴ Ces mesures sont soutenues par des hospitalo-universitaires comme Alexandre Minkowski, pédiatre et chef du service en néonatalogie et Emile Papiernick, jeune chef de clinique assistant en gynécologie-obstétrique : ce dernier coordonne le groupe d'étude sur la périnatalité mis en place au ministère de la santé. Les mesures préconisées couvrent la création de postes hospitalo-universitaires en obstétrique et néonatalogie, l'amélioration des normes en équipement des services en réanimation intensive, le développement de la

¹³ L'expérience-pilote, souvent citée, au tournant des années 1960, du XIII^{ème} arrondissement de Paris intègre la PMI à laquelle s'est rattachée une antenne psychiatrique. Si la sectorisation s'appuie sur une circulaire de 1960, il faudra attendre une quinzaine d'années pour que se structure la «politique de secteur».

¹⁴ Celui-ci fait suite à un rapport sur la politique de santé, rédigé par un groupe dirigé par Maurice Lamy en 1970 à la demande du ministre Robert Boulin. (Lamy, 1971) Maurice Lamy, pédiatre aux Enfants-Malades, est un élève de Debré qui a développé, en France, la génétique médicale. (Gaudillière, Pinell)

recherche (notamment dans le domaine de l'épidémiologie des grossesses) ou encore, la vaccination contre la variole, l'amélioration de la surveillance médicale et sociale des femmes enceintes. (Chapelain, 1971)

Sa traduction, dans le courant des années 1970, aboutit à faire de la PMI, le pôle d'une médecine préventive chargée du dépistage précoce des risques en matière de périnatalité : visites à domicile par les sages-femmes pour la surveillance des grossesses auxquelles se couple l'élaboration d'un dossier sanitaire fondé sur les certificats de santé obligatoires délivrés lors d'exams médicaux. Se structure ainsi un double niveau de surveillance : l'une rapprochée qui conforte le rôle assuré par les sages-femmes, les assistantes sociales et les puéricultrices ; l'autre, à distance, instaure une observation d'une population définie selon des critères statistiques, combinaison de «facteurs de risques» qui n'a pas besoin de la relation directe «médecin-patient». (Castel, 1983) On peut se demander si la réaffirmation de cette fonction sociale de la PMI n'est pas à mettre en rapport avec les modifications de la pratique en médecine libérale. En effet, la disparition de l'accouchement à domicile et la marginalisation du «médecin de famille» (incarné par le médecin généraliste qui assure les «visites à domicile») au profit de spécialistes qui reçoivent en cabinet ou dans des services de médecine de pointe, laissent un vide social. (Muel, 1984) Tout se passe comme si les agents de la PMI maintenaient la fonction de «médecin de famille» par cette double activité de médecine sociale.

Mais cette «gestion des risques», dont Robert Castel a souligné les liens avec la constitution d'une division du travail administratif et technique, est à mettre en rapport avec le renouveau de l'épidémiologie dont les usages sociaux (vocabulaire et techniques) vont se diffuser bien au-delà du champ scientifique. Si, traditionnellement, l'épidémiologie s'est définie en référence aux maladies infectieuses et aux épidémies, sa renaissance, au début des années 1960, s'accomplit comme discipline

scientifique, dans le mouvement d'institutionnalisation de la recherche médicale en s'intégrant d'abord à l'Institut National d'Hygiène puis à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (créé en 1964 et héritière de l'INH). C'est dans ce cadre que les travaux épidémiologiques sur la périnatalité se mettent en place à l'initiative de Claude Rouquette, médecin formé à la «statistique médicale» par Daniel Schwartz. Polytechnicien, ce dernier est à l'origine de la création de la première unité de biostatistiques à l'INSERM.¹⁵ (Berlivet, 2000) Du fait de leur position dans la recherche biomédicale, c'est en prenant pour objet des pathologies inscrites dans la hiérarchie symbolique des intérêts de l'élite hospitalo-universitaire (les maladies chroniques et dégénératives, les essais cliniques, etc.) que l'épidémiologie peut acquérir une légitimité.¹⁶ C. Rouquette fonde, ainsi, une unité de recherches épidémiologiques sur la santé des femmes et des enfants (unité 149). (Rumeau-Rouquette, 1976)

Le question de la périnatalité a l'intérêt de montrer le caractère utile et pragmatique d'une épidémiologie fondée sur la recherche des risques. Pour Schwartz comme pour Rouquette, la prévention passe par le dépistage, le traitement préventif et le suivi d'individus à risque. L'identification de ces risques peut, ainsi, participer à l'élaboration de politiques de santé publique rationnelles : c'est-à-dire «ciblées» sur des groupes préalablement définis par des critères scientifiques. En retour, le dispositif PMI a la particularité de pouvoir disposer d'informations statistiques suffisamment larges pour expérimenter les méthodes épidémiologiques probabilistes (les facteurs de risque) par le biais du recensement

¹⁵ - Ingénieur, Daniel Schwartz fonde une première équipe de recherche à l'Institut Gustave Roussy, rattachée à l'INH, où débute C. Rouquette, sur des travaux concernant les liens entre tabac et cancer. Il sera l'un des principaux acteurs du renouveau de l'épidémiologie. Neveu de Debré, il donne notamment des conférences au Centre International de l'Enfance dans les années 1950.

obligatoire des déclarations de grossesse et de naissance.

Médecine sociale, médecine d'Etat

L'intégration de l'épidémiologie dans l'espace de la protection maternelle et infantile en modifie sa configuration, introduisant une rationalisation supplémentaire des tâches : c'est-à-dire une division du travail plus poussée qui dissocie l'activité technique (i.e. clinique ou sociale) de celle du gestionnaire. (Castel, 1983) Mais elle oriente également le dispositif vers une fonction de dépistage systématique dont l'efficacité repose sur le traitement de données statistiques (les facteurs de risque) à partir desquelles l'activité des agents de PMI s'organise (sélection des priorités pour les visites à domicile, signalements automatiques, définition de populations pour des programmes sociaux ou de santé publique).¹⁷

La mise en oeuvre de ces méthodes est liée à la conjonction de deux éléments : d'une part, une reconfiguration dans le champ de l'Etat par laquelle la maîtrise des dépenses de santé devient un enjeu central ; d'autre part, dans le champ médical, l'émergence d'une « crise d'identité » de la pédiatrie liée à la multiplication des « sur-spécialités ».

En effet, le « programme périnatalité » est le résultat de l'utilisation des méthodes RCB (rationalisation des choix budgétaires), au tournant des années 1960-1970, dans les ministères sociaux. Importées des Etats-Unis, les RCB accompagnent l'essor du calcul économique (les analyses en termes de coûts-efficacités) dans l'activité planificatrice et l'intégration d'économistes dans les

administrations sanitaires et sociales¹⁸, au moment où la gestion du système de soins constitue une orientation politique majeure.¹⁹

L'étude RCB sur la périnatalité offre les conditions d'une alliance réussie des épidémiologistes et de ces agents administratifs (Jobert, 1981) : enjeu d'autant plus important que, dans leur univers respectif, ils occupent une position dominée. La plupart des chercheurs de l'équipe constituée par D. Schwartz ne sont pas médecins (à l'exception de C. Rouquette), à commencer par lui-même et l'INSERM a marginalisé le domaine de la santé publique au profit d'une recherche biomédicale. (Berlivet, 2000) Pour les responsables des études RCB, jeunes contractuels, ils doivent se confronter aux membres de l'élite hospitalo-universitaire qui participent à ce groupe de travail et à la méfiance des fonctionnaires de l'administration de la santé. L'autre élément qui favorise l'adoption de ces conceptions trouve ses déterminants dans le processus de déclassement social que subissent les agents de la PMI et, en particulier, les médecins. En effet, l'usage des méthodes épidémiologiques (et l'intérêt porté à la discipline, en particulier, et à la santé publique en général) apparaît comme une conséquence de la crise d'identité que connaît la pédiatrie qui, jusqu'alors, légitimait en grande partie les conceptions et les pratiques en PMI. La démultiplication des sur-spécialités hospitalières qui conduit, dans le champ médical, à la formation de domaines plus ou moins autonomes les uns par rapport aux autres se traduit par la perte de la dimension proprement pédiatrique : d'où la

¹⁷ - Ce que concrétisera le système GAMIN (Gestion automatisée maternelle et infantile), à partir du milieu des années soixante-dix : à partir du traitement des données des examens obligatoires selon des critères somatiques, psychiques et sociaux. Celui a fait l'objet de nombreuses controverses et critiques sociales mais s'est poursuivie depuis lors. (cf. Castel, 1981)

¹⁸ Marie-Thérèse Chapelain est la responsable de cette étude au ministère de la santé : après des études universitaires en sciences économiques, elle devient contractuelle à l'INSEE en 1963, puis à la Direction de la Prévision du ministère des Finances en 1968, avant le ministère de la santé. (M.T. Chapelain, 1996)

¹⁹ En témoignent, comme le souligne B. Jobert, les multiples rapports qui, à ce moment, préconisent de « moderniser » certaines institutions sociales (Aide sociale à l'Enfance, handicap, vieillesse) dans le sens d'une meilleure efficacité et rentabilité. (Jobert, 1981)

marginalisation des hôpitaux ou des services de «pédiatrie générale». (Pinell, 2004) Cette évolution a pour conséquence, notamment, la rupture entre les intérêts des pédiatres hospitaliers et ceux des agents (dont les médecins) du dispositif PMI. Ces enjeux, présents dès les années 1970, n'ont fait que s'amplifier depuis lors, au point de poser le problème du statut et de la légitimité d'une médecine de PMI. Question présente, par exemple, dans l'ouvrage de «pédiatrie sociale», publié en 1972 qui tente de définir les relations entre une pédiatrie clinique qui évolue inévitablement vers la multiplication des spécialités et une pédiatrie sociale qui doit faire partie intégrante d'une pédiatrie générale. (Mande, Masse et Manciaux, 1972) La création, en 1969, du Centre International de Pédiatrie sociale (au sein du CIE) tente déjà de structurer une discipline de santé publique de l'enfant. Mais trente ans plus tard, les enjeux restent présents autour de la reconnaissance, dans le champ médical, d'une sur-spécialité de pédiatrie sociale ?²⁰ L'obstacle majeur à cette institutionnalisation réside dans l'inexistence de services hospitaliers de «pédiatrie sociale» (obstacle renforcé par la propension des services à se diviser en de multiples domaines cliniques) qui, dans la formation médicale, est une nécessité pour qu'existe un internat spécifique.

En conséquence, la position des médecins de PMI suit une trajectoire de déclassement, commune à l'ensemble des pédiatres libéraux et similaire à celle que la médecine générale a connue dès la fin des années 1950. Un des effets de cette trajectoire se manifeste par une «crise d'identité» qui s'exprime dans les interrogations sur la légitimité d'une pratique

ou d'une fonction médicale en PMI.²¹ Or, la pédiatrie est la spécialité la plus importante démographiquement et n'a cessé de croître jusqu'à aujourd'hui. Suivant la même logique (mais dans des proportions bien moindres), le nombre de médecins en PMI (temps plein et temps partiel) a régulièrement augmenté depuis une vingtaine d'années. Ainsi, entre 1985 et 1993, la croissance démographique est de 62%.²² (SESI, 1993) D'où les stratégies diverses mises en oeuvre pour reconstruire une position légitime : celles-ci montrent au moins trois conceptions qui se juxtaposent, voire entrent en concurrence. L'une se réfère à la santé publique et cherche à redéfinir la fonction en PMI à partir de cette spécialité médicale, reconnue, depuis 1984, dans la formation (il existe, depuis, un internat spécifique). Encore minoritaires, semble-t-il, les médecins qui revendiquent cette position privilégient les démarches qui lient organisation et épidémiologie, évaluation et éducation à la santé : c'est-à-dire sur une définition «populationnelle» (collective, communautaire) de la PMI. Leur rapprochement avec le champ administratif caractérise ce type de trajectoire. L'autre stratégie cherche à maintenir la spécificité de la pédiatrie, en favorisant les liens avec certaines «sur-spécialités» les plus proches de leur position (comme la pédopsychiatrie). Pour ces médecins, la pratique reste fondée sur la clinique et la relation «médecin-patient». L'exercice en PMI est, dans cette perspective, un prolongement de celui exercé en médecine de ville (i.e. pédiatrie) et constitue un pôle particulier d'une pédiatrie générale. Enfin, une troisième position peut être définie

²⁰ Par exemple, les Assises nationales de médecine de l'Enfant organisées par la Société Française de Pédiatrie, en 1995, fût consacrée à l'évolution de la spécialité pédiatrique dans laquelle la question de la place d'une «sur-spécialité en pédiatrie sociale et communautaire».

²¹ Lors d'entretiens, certains médecins vacataires ou titulaires exerçant à temps partiel dans des consultations PMI ont considéré qu'ils n'exerçaient pas réellement, «qu'ils faisaient du social mais pas de la médecine».

²² En l'an 2000, sur les 99.250 spécialistes, 6.240 sont pédiatres, soit 6%) (D. Sicard, 2001). En 1993, le nombre de médecins temps plein en PMI est évalué à 1.057 postes. Près de 4000 médecins ont une activité de vacations. (SESI, 1993)

comme une «reconversion» vers une activité sociale qui, plus éloignée encore du modèle dominant de la clinique, n'en demande pas moins des compétences que la formation et l'expérience médicales peuvent offrir. Pour autant, cette perspective pose comme principe que la population et les problèmes rencontrés ne relèvent pas de la médecine mais de «solutions sociales». La PMI ne serait, dès lors, qu'un élément d'un dispositif plus large d'action sociale.

Ces positions et trajectoires aussi différenciées donnent ainsi à voir un espace social dont la configuration et les enjeux ne sont pas séparables des enjeux propres au champ médical. De fait, la protection maternelle et infantile a constitué un pôle de recomposition de la médecine et s'est structurée à partir du processus de spécialisation qui a découlé de ces transformations. Mais, en retour, l'espace d'intervention de la PMI ne repose pas uniquement sur un dispositif spécifique : celui incarné par le «service administratif». Au contraire, la médecine libérale et la médecine hospitalière sont des éléments dominants de cet espace qui déterminent aussi bien la légitimité des objectifs de santé publique que les modalités d'organisation. Autrement dit, la configuration de la PMI illustre les enjeux indissociables qui lient politique de santé publique et organisation de la médecine.

BIBLIOGRAPHIE

Berlivet L., 1995, *Controverses en épidémiologie. Production et circulation des statistiques médicales*, Paris, rapport CRAP-CNRS, juillet, doc. ronéoté.

Berthet E., Manciaux M., 1979, *Le Centre International de l'Enfance. Notes et études*, Paris, La documentation française.

Boltanski L., 1969, *Prime éducation et morale de classe*, Paris, Mouton-Lahaye.

Bui DH., 1984, *Les médecins en France. perspectives de démographie professionnelle et d'orientation professionnelle*, Paris, Centre de sociologie et de démographie médicales.

Castel R., 1981, *La gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse*, Paris, éd. de minuit.

Castel R., 1983, «De la dangerosité au risque», in *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°47-48, 1983, pp.119-127.

Chapalain M.T., 1971, «La périnatalité, étude de RCB», in *Revue interministérielle de RCB*, La documentation française, n°3.

Chapalain M.T., 1996, «Les dix ans du CEPE santé», *INSEE*, 1996, pp.26-27.

Chauvenet A., 1978, *Médecine de choix, médecine de classes*, Paris, PUF.

Debré R., 1944, *Médecine, santé publique, population*, Paris, éd. du Médecin français.

Debré R., 1974, *L'honneur de vivre. Témoignage*, Paris, Stock-Hermann.

Drouard A., 1992, *Une inconnue des sciences sociales. La fondation Alexis Carrel (1941-1945)*, Paris, INED-éd. de la Maison des Sciences de l'Homme.

Fillastre C., Guérin N., 2000, *Centre International de l'Enfance*, Paris, L'Harmattan.

Foucault, 1963, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, Quadrige.

Foucault, 1994, «Naissance de la médecine sociale», n *Dits et écrits 1954-1988*, t.3, Paris, Gallimard, pp.207-227.

Foucault, 1997, *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France, 1976*, Paris,

Gallimard-Seuil.

Jamous H., 1973, «Professions ou systèmes auto-perpétués ? Changements dans le système hospitalo-universitaire français» in *Rationalisation, mobilisation sociale et pouvoir*, Paris, Centre de sociologie de l'innovation, pp.5-56.

Jobert B., 1981, *Le social en plan*, Paris, éd. ouvrières.

Knibiehler et Thébaud, 1995, «De la médicalisation de l'accouchement des années 1920 aux années 1970», in *L'heureux événement : une histoire de l'accouchement*, Paris, éd. Assistante publique-Hôpitaux de Paris, pp. 101-112.

Lamy M. (éd.), 1971, *Pour une politique de santé*, 3 tomes, rapport présenté à Robert Boulin, ministère de la santé publique et de la sécurité sociale, Paris, la documentation française.

Lelong M., 1951, *La protection maternelle et infantile*, Paris, Publications médico-sociales (2ème édition).

Lenoir R., 1992, «L'Etat et la construction de la famille», *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°91-92, mars 1992, pp.20-37.

Lenoir R., 2003, *Généalogie de la morale familiale*, Paris, Seuil.

Léonard, 1981, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXème siècle*, Paris, Aubier.

Mande, Masse et Manciaux, 1972, *Pédiatrie sociale*, Paris, éd. Flammarion, col. médecine-sciences.

Murard et Zylbermann, 1996, *L'hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée (1870-1918)*, Paris,

Fayard.

Norvez A., 1990, *De la naissance à l'école. Santé, modes de garde et préscolarité dans la France contemporaine*, Paris, INED-PUF.

Pinell P., Zafiroopoulos M., 1982, *Un siècle d'échecs scolaires (1882-1982)*, Paris, éd. ouvrières.

Pinell P., 1992, *Naissance d'un fléau. La lutte contre le cancer dans l'entre-deux guerres*, Paris, éd. A.M. Métailié.

Pinell P., 2004, entrée «Pédiatrie», in D. Lecourt, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, pp.853-857.

Muel F., 1984, «Le fantôme du médecin de famille», in *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°54, sept., pp.70-71.

de Montlibert C., 1980, «L'éducation morale des familles. L'extension du métier de puéricultrice», *Actes de la Recherche en sciences sociales*, n°32-33, avril-juin, 65-76.

Rollet-Echallier, 1990, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIème République*, Paris, PUF-INED.

Rosental P.A., 2003, *L'intelligence démographique. Sciences et politiques des populations en France*, Paris, Odile jacob.

Rumeau-Rouquette C., 1976, «La notion de risque en périnatalogie. Résultats d'enquêtes épidémiologiques», in *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 24.

Steffen M., Pinell, 1994, «Les médecins français : genèse historique d'une profession divisée», in B. Jobert, M. Steffen (sous la dir.), *Les politiques de santé en France et en Allemagne*, n° spécial d'*Espace social européen*, n°258, pp.41-55.

Thiaudière C., 2004, «La protection

maternelle et infantile : une politique de
médicalisation de la famille», in D. Lecourt,
Dictionnaire de la pensée médicale, Paris,

PUF, pp.916-920.