

Les professions de santé publique de l'enfance : entre police administrative et éthique communicationnelle

Professions in Child Public Health: Between Administrative Police and Communications Ethics

Antoinette CHAUVENET

Volume 20, Number 2, Fall 1988

La sociologie des professions

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/001133ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/001133ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (print)

1492-1375 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

CHAUVENET, A. (1988). Les professions de santé publique de l'enfance : entre police administrative et éthique communicationnelle. *Sociologie et sociétés*, 20(2), 41–54. <https://doi.org/10.7202/001133ar>

Article abstract

The work of public health professionals serving children may be defined from a dual and contradictory perspective, playing an instrumental role which proceeds from the positivist and instrumental status of the human and life sciences and from a political mandate; and an institutional role related to professional autonomy, a mission to protect the public health order and a public service mission. Attempts to move beyond these contradictions and to manage them have led to a collective reflection on how judgments, acts and decisions relating to situations are made, from an ethical and political point of view.

Les professions de santé publique de l'enfance: entre police administrative et éthique communicationnelle



ANTOINETTE CHAUVENET

L'enfance est en France le domaine de la vie sociale où la réalisation formelle d'un projet porté par une idéologie préventive a été poussée le plus loin, où a pu s'imposer une entreprise étatique rationnelle, positive, systématique et intégrée.

On tentera ici, dans une démarche dont le fondement initial est empirique¹, une interprétation sociologique de certains aspects de la situation des professionnels concernés par la santé publique des enfants (essentiellement les médecins, les puéricultrices, les éducateurs spécialisés et les travailleurs sociaux) et qui sont communs à ceux-ci indépendamment de leur situation hiérarchique ou de leur statut social. Il s'agit de rendre compte de ce qui apparaît à l'observateur constituer une situation essentiellement duelle et contradictoire.

Trois aspects de cette situation professionnelle nous semblent à cette fin pouvoir être pris en compte: d'une part, l'opposition entre un statut professionnel défini et légitimé par une déontologie thérapeutique libérale centrée sur l'autonomie du client et du professionnel et une mission instrumentale de prévention conçue en termes d'ordre public de protection; d'autre part, un régime juridique participant à la fois du régime de la police administrative et de celui du service public; enfin et surtout, un statut double, au regard du politique, des savoirs mis en œuvre par les programmes et la pratique quotidienne de santé publique. Les connaissances produites par les sciences de l'homme et du vivant fonctionnant à la fois comme instrument formel de régulation sociale, en concurrence avec le droit objectif, et comme source de constitution d'une éthique communicationnelle devant, selon les professionnels, permettre l'avènement de sujets réels de l'échange.

Après avoir brièvement décrit le cadre organisationnel, les principes et les orientations actuelles de la politique de santé publique, nous aborderons successivement ces trois aspects.

1. Cet article est issu d'une recherche portant sur la santé mentale comme objet de relation entre les institutions travaillant auprès de l'enfance. (Rapport fév. 1988 intitulé «Les professionnels de la santé publique producteurs de normes et de droits» Convention MIRE, sept. 1985).

Le travail d'enquête a consisté en l'observation de réunions de synthèses de différentes institutions (PMI, équipes de travailleurs sociaux, centre médico-psychologique, inter-secteur pédo-psychiatrique), ainsi que de réunions entre institutions (plus de 300 réunions) et d'entretiens, effectués dans une commune de la région parisienne. L'étude de terrain, de caractère monographique, a cette particularité d'avoir été effectuée en plusieurs «tranches», étalées sur huit années.

Une politique d'intervention médico-psycho-sociale intégrée voit sa première forme administrative en 1964 avec la création, dans chaque département, d'une Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS). En son sein, tout ce qui a trait à la protection de l'enfance relève d'un Service unifié de l'enfance (SUE), conçu comme une structure d'animation et de coordination. Il s'agit de placer sous l'autorité d'un responsable unique, soit médecin, soit inspecteur de l'Aide sociale à l'enfance (chargée traditionnellement de l'enfance abandonnée et maltraitée), les services de la Protection maternelle et infantile (PMI) (qui ont pour mission la surveillance médicale de la petite enfance), de la santé scolaire, de l'Aide sociale à l'enfance et de l'Enfance inadaptée.

Actuellement, le schéma-type des structures locales de protection de l'enfance combine quatre types d'intervenants : au Service unifié de l'enfance, il faut ajouter les actions en santé mentale menées par les équipes de psychiatrie infanto-juvénile, les secteurs de l'éducation spécialisée et enfin le secteur judiciaire (le juge pour enfants et les délégués à la liberté surveillée).

La mise en rapport de ces différentes catégories d'intervenants et la volonté d'intégration de leurs politiques respectives se matérialisent par l'organisation de réunions inter-disciplinaires au niveau des circonscriptions, sous l'égide de l'administration et par l'incitation à la coordination des équipes professionnelles exerçant dans les différents lieux de consultation et services existant dans les communes (consultations de la Protection maternelle et infantile, consultations des centres de planification familiale, services sociaux, centres médico-psycho-pédagogiques, consultations de psychiatrie infantile, équipes d'éducateurs de l'Aide sociale à l'enfance, médecins, psychologues et travailleurs sociaux scolaires...).

Cette politique dite «sectorielle» est une application généralisée à l'ensemble des institutions concernées par l'enfance, de l'idée de sectorisation d'abord utilisée par les médecins hygiénistes de l'entre-deux guerres pour prévenir et soigner la tuberculose. L'idée de sectorisation connaît sa définition la plus achevée — et la plus récente — avec la psychiatrie extra-hospitalière (prévue au milieu des années 1970 pour la psychiatrie extra-hospitalière infanto-juvénile et mise en place en 1979 dans la commune étudiée).

Rappelons que la sectorisation psychiatrique implique selon ses promoteurs un travail de «désaliénation» du traitement du malade, parallèlement à un travail hors de l'hôpital. Ce dernier consiste à développer des lieux d'accueil et de consultation accessibles à la population et à mener un travail d'intégration dans le «tissu social». Les équipes tentent d'instaurer des relations systématiques avec les institutions locales, élus locaux, travailleurs sociaux, écoles. Il s'agit d'un «travail migrant» de «géopsychiatrie» visant une insertion dans la géographie humaine. Cette insertion concerne aussi bien l'ensemble des institutions locales que la population d'un territoire. La notion de secteur ou d'aire de recrutement est en effet liée à l'idée assez anti-médicale de finitude de l'effort (alors que la mission de l'hôpital est d'attirer les malades indépendamment de leur origine géographique et d'atteindre un taux maximum d'occupation des lits). Elle est également liée à celle de fidélité dans la relation inter-humaine avec le client et les institutions locales (Fourquet et Murard, 1976). Enfin l'activité de secteur est conçue comme un travail d'équipe. L'unité de travail n'est plus seulement un lieu particulier — établissement ou institution spécialisés — recevant les enfants et leurs familles, mais un ensemble de personnels travaillant auprès des institutions qui ont affaire aux enfants.

La conception du travail des centres de PMI (protection maternelle et infantile) procède de ce modèle qui a été ensuite étendu aux équipes de travailleurs sociaux et plus récemment aux équipes d'éducateurs de l'Aide sociale à l'enfance (au début des années 1980).

Quant au contenu des orientations officielles actuellement poursuivies, on observe que le mot d'ordre de prévention intégrée tend à opérer un glissement d'ensemble paradoxal de la problématique de la santé publique, conçue auparavant en termes d'objectifs médicaux, vers des objectifs à connotation répressive. Ce glissement nous semble résulter de la rencontre de deux facteurs. D'une part, il n'y a pas de techniques précises et éprouvées permettant de prévenir telle affection, inadaptation ou handicap social précis. De telles techniques n'existent actuellement que dans le domaine médical *stricto sensu*, dans le cadre de certains programmes finalisés de prévention, comme le dispositif de surveillance de la grossesse, ou les vaccinations obligatoires des enfants ainsi que les visites médicales obligatoires de la petite enfance. D'autre

part, l'objectif global de protection de l'enfance et le mot d'ordre de prévention intégrée se traduisent concrètement dans les textes par une insistance, ces dernières années, sur la prévention de l'enfance en danger (cf. la circulaire du 16 mars 1983 redéfinissant les missions de la PMI). Faute de techniques correspondantes, la prévention de l'enfance en danger est identifiée à son seul dépistage, réduit essentiellement à l'observation suivie des relations intra-familiales.

De ce glissement résulte une confusion fondamentale de la position professionnelle. Formés et habitués à une déontologie thérapeutique de caractère libéral et privé organisée autour d'un échange fondé sur l'autonomie de la volonté des parties concernées, les professionnels doivent, en même temps, satisfaire à une obligation d'intervention procédant d'une mission de protection d'ordre public.

I. LE RÔLE INSTRUMENTAL ET INSTITUTIONNEL DES PROFESSIONNELS

Un premier aspect de la situation duelle et contradictoire des professionnels de la santé publique se manifeste donc dans l'opposition entre une fonction thérapeutique légitimée par une déontologie libérale centrée sur l'autonomie du client et du professionnel, et une mission instrumentale définie en termes d'ordre public de protection. Cette mission de protection consiste concrètement à devoir signaler au juge ou à l'administration de tutelle les cas d'enfants en danger, et à rechercher ceux-ci activement. La réglementation régissant le secteur unifié de l'enfance, en insistant sur ce devoir actif de signalement, contribue ainsi à mettre en cause la règle déontologique fondamentale du secret professionnel, condition de l'échange thérapeutique. La mission de protection se concrétise également dans la possibilité pour les professionnels, médecins et psychiatres, de retirer les enfants de leurs familles en cas de défaillance parentale grave. Quel que soit le degré de «préparation» de cette mesure de retrait, celle-ci contrevient au principe de l'égalité d'autonomie du client et du professionnel. Le psychiatre qui a contribué au placement d'un enfant sait que sa relation thérapeutique avec la mère est brisée et qu'il hypothèque un suivi psychothérapeutique ultérieur avec un autre membre de l'équipe. Les médecins et les puéricultrices de PMI savent d'expérience que les familles signalées au juge sont le plus souvent «perdues» pour eux, ce qui met en échec un des aspects de leur mission: assurer le suivi médical de l'ensemble d'une population infantine et plus particulièrement celui des familles dites «à risques».

Le caractère d'instrumentalité substantielle du travail professionnel s'étend également à certaines activités prescrites de prévention médicale *stricto sensu*, telles les vaccinations obligatoires, telles aussi, pendant un temps, les convocations systématiques de familles signalées par les DDASS aux PMI à partir de «fiches prioritaires» sélectionnées parmi les certificats de santé néo-natals, par le système d'informatisation GAMIN (aujourd'hui abrogé après saisie de la Commission nationale informatique et libertés).

Par ces fonctions instrumentales, la position des professionnels de la santé publique participe de la raison instrumentale qui définit tout appareil d'État: ses buts, fonctions, orientations lui sont prescrits par le politique dont c'est la vocation propre. Dans les termes d'Halbwachs (1939, pp. 44-45), on dira que l'appareil met en œuvre une technique subordonnée à la fonction prise en charge par le sommet.

Ici il nous paraît utile de comparer la situation des professionnels des appareils d'intervention médico-sociale avec celle de la police — dans la mesure où celle-ci est l'incarnation «idéaltypique» de cette raison instrumentale —, une telle comparaison nous permettant de montrer que la fonction des professionnels de la santé publique, tout en participant de cette raison instrumentale, s'en distingue néanmoins.

L'instrumentalité de l'appareil policier est double: théorique ou fonctionnelle et pratique ou substantielle, comme le montre l'analyse de D. Monjardet (1985). La police n'a ni la possibilité ni la mission d'agir sur l'état économique, social, culturel d'une société, d'une localité, d'un quartier ou d'une cité. Elle n'a de prise ni sur l'amont, ni sur l'aval de sa tâche. Son instrumentalité pratique se caractérise par l'indétermination des tâches et des qualifications policières. Ses missions se définissent en termes d'indifférenciation, de disponibilité et d'universalité.

La difficulté à repérer, dans certaines professions de l'action médico-sociale — notamment chez les travailleurs sociaux ou les médecins de PMI effectuant un travail de prévention sociale —, les éléments permettant de parler d'un certain degré d'autonomisation du champ du travail, en l'absence de techniques particulières propres à la profession et dont ils auraient le monopole d'exécution, conduit bien souvent à ignorer la dimension de travail, de métier, de la pratique professionnelle, pour se concentrer sur les finalités — souvent supposées — découlant de la seule vision instrumentale des situations professionnelles. On parlera alors de contrôle social, de répression d'encadrement idéologique, etc... (Monjardet, 1985).

Cette perspective purement instrumentale supposant que l'institution et le groupe professionnel ainsi appréhendés sont totalement transparents à la fonction sociale décrétée, aussi juste soit-elle, est en même temps réductrice. Elle ignore les effets de l'autonomie des professionnels, c'est-à-dire le rôle de ceux-ci dans la production d'utopies, leur rôle historique dans la création du social, et leur mission institutionnelle.

On opposera à cette perspective instrumentale la perspective institutionnelle dans laquelle s'inscrit également le travail professionnel. Alors que le champ d'intervention de la police est régulé par un système de contrôle externe légal, lequel est totalement saturé de règles formelles, règlements, circulaires et prescriptions impératives qui interdisent bien souvent aux policiers de travailler autrement qu'en violant quelque règle, les fondements de la contrainte institutionnelle ne nécessitent pas, par définition, un tel système de contrôle externe. Selon la tradition durkheimienne, la contrainte institutionnelle a un fondement moral; sa légitimité procède des deux formes que revêt ce fondement moral, c'est-à-dire l'autonomie et le respect.

C'est à partir de cette autonomie accordée par l'État aux professionnels que ceux-ci peuvent produire les utopies qu'ils tentent de réaliser. Ainsi, certains courants de la psychiatrie se réfèrent par exemple à l'idée de psychiatrie institutionnelle pour traiter leurs malades. L'institution promue comme lieu de paroles et d'échanges entre malades et professionnels a un effet thérapeutique *per se*. Le caractère utopique de la démarche me semble s'inscrire dans l'idée d'une possibilité d'élargissement à l'infini de l'espace institutionnel, c'est-à-dire des partenaires et forces sociales qui peuvent participer à ce projet thérapeutique.

De la même façon, les travailleurs sociaux et les médecins de dispensaire peuvent se référer à l'idée de médecine communautaire ou d'action sociale communautaire afin de favoriser l'autonomie et l'intégration des populations qu'ils suivent. Pour ce faire ils instituent, notamment, les lieux d'accueil des clients en lieux d'échanges entre familles, point de départ de réseaux autonomes d'entraide entre celles-ci.

Chez les policiers, les tentatives de redéfinition interne de la finalité de leur travail, afin d'échapper à la double instrumentalité caractéristique de leur mission, peuvent être considérées comme un mécanisme d'involution des buts de l'appareil ou de politisation déviante. Chez les professionnels de la santé publique, ces tentatives sont constitutives de leur situation professionnelle et de leur mission institutionnelle. Leur rôle d'«entrepreneurs moraux» au sens où E. Freidson emploie ce terme, est intrinsèquement lié à leur qualité de professionnels. Ainsi à titre d'experts regroupés en ligues, syndicats ou sociétés savantes, les hygiénistes et les psychiatres ont contribué très largement à la définition des objectifs et des moyens de la santé publique, comme à l'élaboration de son cadre organisationnel et administratif. Ils ont en particulier créé de toute pièce les services extérieurs du ministère de la Santé (Fourquet et Murard, 1976; Murard et Zylberman, 1980).

L'autonomie dont jouissent les professionnels leur permet de s'emparer de la mission de prévention qui leur est prescrite pour la redéfinir sur le terrain, en fonction de leurs propres critères éthiques et politiques. Ainsi, afin de satisfaire à la double exigence du respect de l'autonomie des familles et d'un travail de prévention, certains d'entre eux définissent cette mission comme consistant d'abord en une démarche qui s'applique aux institutions elles-mêmes. On attend du travail de liaison entre institutions médico-sociales et des démarches des institutions médico-sociales en direction des lieux dans lesquels travaillent d'autres spécialistes de l'enfance, un double effet: une socialisation maximale des rapports entre institutions doit permettre une utilisation maximale des institutions ainsi organisées en réseau et, par voie de conséquence, favoriser l'expression de la demande, favoriser également la rapidité des réponses possibles et leur relais.

De plus, un travail de réflexion éthique sur les pratiques, effectué de façon collective, permet la diffusion d'une déontologie libérale et de ses moyens d'application, comme l'apprentissage de l'écoute, de la disponibilité et du repérage des signes du mal-être. Ces gains en temps, en efficacité et en accessibilité constituent par eux-mêmes un travail préventif.

Il s'agit de soutenir le plus longtemps possible une position thérapeutique afin de retarder, limiter et éviter les mesures d'ordre répressif inconciliables dans la pratique avec une relation de confiance, condition même d'un suivi régulier des familles et donc d'un travail de prévention. Lorsqu'une telle démarche a échoué et que l'Aide sociale à l'enfance se substitue aux familles — et aux institutions médicales et sociales — défailtantes, les éducateurs tentent d'assortir les mesures déjà prises d'un «projet» pour ces familles. Ce projet, inscrit dans une perspective thérapeutique, permet d'espérer que se réenclenche une relation d'échange, point de départ de l'autonomisation ultérieure de la famille. (On sait pourtant que 80 % des retraits temporaires d'enfants se traduisent en retraits définitifs.)

II. ENTRE POLICE ADMINISTRATIVE ET SERVICE PUBLIC, LIBÉRALISME ET BUREAUCRATIE

La dualité de la situation des professionnels de la santé publique se manifeste également dans le double régime juridique dont relèvent leurs activités, c'est-à-dire un régime de police administrative et un régime de service public.

La santé publique relevait traditionnellement de la police administrative. Relèvent encore aujourd'hui des polices administratives spéciales tendant au maintien de l'ordre public, la police de la lutte anti-tuberculeuse, l'hygiène publique et la protection de l'enfance (Linote, 1985). Ces polices administratives spéciales ont été le domaine d'élection des grandes lois tutélaires. Comme le droit pénal, elles mettent en relation plus ou moins directe l'État et les particuliers.

Jusqu'au pasteurisme, «le seul moyen dont on disposait à l'échelon de l'État pour se protéger des épidémies était à peu près de s'isoler aux frontières terrestres et maritimes. Le rôle joué par les échanges dans la propagation des épidémies justifiait donc la compétence du ministère de l'Industrie. Au contraire, les progrès de la science (avec Pasteur) conduisent maintenant (en 1889) à considérer la lutte à entreprendre en ce domaine comme consistant essentiellement en des mesures d'assainissement du milieu à prendre sur l'ensemble du territoire par les autorités locales, d'où la compétence du ministère de l'Intérieur (Bargeton, 1971, p. 77). Les responsabilités des autorités locales sont soulignées dans la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, dont la plupart des dispositions sont reprises dans notre code actuel de la santé publique. Cette loi impose à tous les maires de prendre des arrêtés portant règlement sanitaire, établit l'obligation de déclaration de certaines maladies par les membres du corps médical, rend obligatoire la vaccination anti-variolique, prescrit certaines mesures de désinfection, ainsi que certaines règles d'hygiène d'habitation et crée le Conseil supérieur de l'hygiène publique.

La place des professionnels dans le dispositif légal de la santé publique s'établit réellement dans le passage — il s'agit en réalité d'une juxtaposition — d'une perspective de police administrative caractérisée originellement par des mesures restrictives des libertés (comme la quarantaine), et des obligations (comme les vaccinations) à une perspective de service public. Le développement des connaissances médicales, en rendant curables un certain nombre d'affections et fléaux longtemps considérés comme incurables, est un des deux éléments qui permettent ce passage dans la mesure où il justifie des interventions auprès des individus et de la population, et non plus seulement sur le milieu. Le second résultat des droits objectifs qu'a engendrés l'institutionnalisation des mécanismes de la solidarité sociale (le droit à la santé et à l'aide sociale principalement).

Dans son magistral ouvrage *la Notion de police administrative*, E. Picard (1984) oppose le service public, notion clef du droit administratif contemporain, à la notion de police administrative que la notion de service public tend à supplanter, et avec laquelle se confondait antérieurement l'action de l'État. Le service public est qualifié par l'auteur d'institution secondaire par rapport à l'institution primaire libérale. Dans celle-ci, la liberté préexiste aux

institutions; elle est définie en fonction d'intérêts subjectifs. Tandis que dans le service public, c'est l'institution qui crée cette liberté, qui devient consentie et objective. La notion de police administrative est liée, dans l'opinion dominante, aux formes que revêtent les interventions d'un certain type d'État: l'État libéral. Quand la réglementation se fait l'instrument plus ou moins actif d'une fonction sociale au lieu de se borner à en garantir les conditions minimales d'exercice par les particuliers, elle ne relève plus de la police. Tant que l'action administrative reste gardienne d'un certain ordre qui s'impose à elle, il y a police administrative. Au contraire, quand l'administration prend en charge telle fonction et cherche, quel que soit son procédé ou son but particulier, à modifier cet ordre, on reconnaît l'existence d'un service public non policier.

Avec le service public, la séparation État-société civile disparaît. Le principe d'abstention qui caractérise l'institution primaire libérale devient un non sens puisque le principe, c'est d'agir pour accomplir une fonction sociale. La norme n'y est plus l'ordre public mais l'intérêt général pris en charge par des entreprises de services administratifs spécifiques. Alors que la police administrative restreint, par nécessité, telle liberté pour la Liberté, le service public définit le contenu des exigences d'une œuvre qui a pour objectif l'égalité à réaliser (Picard, 1984).

Ce mouvement de positivisation de la loi correspond, sur le plan politique, à la définition des missions positives de l'État, ce que l'on a pu qualifier comme le «challenge of the positive state», défi sur lequel les états démocratiques ont tenté d'asseoir leur légitimité.

La notion de service public, souligne encore E. Picard, introduit le problème fondamental de la limitation de l'État par le droit. Le passage de la notion de police administrative à celle de service public s'est effectué lorsque le juge administratif ou judiciaire ne s'est plus limité au contrôle de la compétence juridictionnelle pour connaître des mesures de police et au contrôle de leur légalité au regard des libertés, mais quand ce contrôle s'est étendu au but et au motif des activités de police. Plus le contrôle de légalité s'est approfondi, plus la police a pu devenir libérale et plus la notion doctrinale s'est rétrécie. L'idée de police a été utilisée tant qu'elle pouvait servir à fonder l'extension de la compétence juridictionnelle du conseil d'État, mais par là, elle était en train de produire la cause de son éclatement puis de son absorption dans le service public (Picard, 1984).

Autrement dit, le passage de la notion de police administrative à celle de service public peut être décrit comme un phénomène à double sens et contradictoire: l'inflation réglementaire qui l'accompagne et qu'on observe dans d'autres champs que celui de la santé publique limite d'autant le domaine du droit libéral, c'est-à-dire surtout du droit civil. («Il n'y a de droit que le droit civil» a dit A. Kojève (1981).) Pourtant, comme l'observe E. Picard, l'extension de la notion de service public au détriment de la notion de police administrative contribue à limiter le pouvoir tutélaire de l'État par le droit. De la même façon, on constate que la socialisation de la sphère privée, le contrôle croissant qu'y exercent l'État et ses agents, font l'objet d'une bureaucratisation croissante à la mesure de leur extension. Pourtant celle-ci secrète ses propres limites.

Concomitant à l'extension du champ médico-psycho-social, on observe un phénomène de libéralisation comparable à celui qu'a montré F. Ewald (1986) à propos de l'évolution du droit social. Il s'agit d'une libéralisation des procédures de gestion et des rapports aux usagers. On note un accroissement des procédures de négociation, une certaine contractualisation, en même temps qu'un accroissement des droits des usagers, de leurs possibilités de recours, en particulier en matière d'aide sociale à l'enfance (cf. la loi particulière de janvier 1986²).

2. La «Loi particulière» du 6 janvier 1986 adapte la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé. Modifiant la loi du 30 juin 1975, elle redéfinit les dispositions relatives à l'aide sociale à l'enfance, unifie les procédures et étend les compétences des commissions d'admission à l'aide sociale générale. Elle crée un conseil départemental de développement social dont on attend qu'il soit une véritable instance de concertation et de coordination au sein de chaque département, afin d'assurer la cohésion des politiques d'action sociale locales et de permettre la coopération des institutions publiques et privées et la participation des usagers. Pour la Direction de l'action sociale du ministère des Affaires sociales, la loi de 1986 réalise l'équilibre entre quatre exigences qui auraient pu être contradictoires: l'idée de justice (réaffirmation nette du droit des usagers

Parallèlement, la création du secteur unifié de l'enfance, le travail pluri-disciplinaire qui en résulte, mettent les professionnels en demeure d'explicitier, de justifier, d'argumenter les motifs de leurs décisions; de formaliser et d'élaborer les procédures mentales qui concourent à la prise de décision concernant les cas traités. À partir de là peut advenir un quasi-droit de la santé publique qui tend essentiellement à fixer les bornes de l'interventionnisme des institutions, à délimiter les droits et obligations des usagers et des professionnels. Les tentatives de débats — de plus en plus systématiques — fonctionnant comme instance collective de contrôle des pratiques professionnelles, tendent à libéraliser des interventions considérées bien souvent par les professionnels eux-mêmes comme policières. On observe par ailleurs que cet effort de libéralisation des pratiques de santé publique est lié à une forme de démocratisation du débat, portant sur le contenu et les moyens de la santé publique, située à l'intérieur de la sphère administrative et professionnelle et limitée à celle-ci. Il est également un moyen de professionnalisation tendant à réduire la dimension instrumentale de la mission.

III. LE DOUBLE STATUT DU SAVOIR, INSTRUMENT DE LÉGITIMATION DU POUVOIR SOCIAL ET PROMOTEUR D'UNE ÉTHIQUE COMMUNICATIONNELLE

A. LE SAVOIR POSITIF ET INSTRUMENTAL

Le phénomène de positivisation de la loi dans le champ de l'action médico-sociale s'appuie sur le statut positiviste des connaissances produites par les sciences de l'homme et du vivant, dans la mesure où les administrations puisent dans celles-ci le contenu des missions des services publics de ce champ d'action. À ce titre, les savoirs ont un statut instrumental.

L'optique administrative de la prévention médico-sociale s'oppose à une conception limitée et fermée de la médecine curative, fondée sur une vision négative de la maladie; elle se conçoit à partir d'une vision positive de la santé et de l'autonomie (Castel, 1981).

La positivité de la connaissance permet une approche pluri-disciplinaire de l'appréhension des pathologies et des déviations dans la mesure où elle donne à la réalité dévoilée un statut ontologique naturalisant commun, en prétendant à un rapport de vérité objective avec le réel. Cette optique multidisciplinaire, en visant non plus les symptômes des maladies, malaises et dysfonctionnements sociaux, mais les causes de ceux-ci, a par destination une fonction normative, parce qu'elle énonce, à partir des connaissances produites par les sciences du vivant et les sciences de l'homme, les lois du bon fonctionnement du corps, du psychisme et des rapports sociaux. La loi scientifique appliquée à l'homme induit une normativité spécifique, un conformisme supposant que les hommes, comme le dit H. Arendt «n'agissent pas les uns avec les autres, mais qu'ils ont entre eux un certain comportement» (Arendt, 1983, p. 51).

Cette perspective positiviste a tous les caractères des règles qui définissent, selon la sociologie, le fonctionnement des règles bureaucratiques. Ces lois scientifiques ont un caractère général, impersonnel, écrit, transmissible et reproductible. De ce fait elles peuvent être reprises par l'administration pour constituer les normes positives des programmes et des objectifs de la prévention. Les savoirs scientifiques ont donc une fonction instrumentale, au service d'une politique définie partiellement, de façon indépendante des professionnels.

Mais ils inaugurent également une situation historique nouvelle: les professionnels, en tant qu'experts, se trouvent en position de concurrence avec les politiques et les juristes, puisqu'ils découvrent les lois et les règles du fonctionnement social et individuel et sont, d'autre part, en situation de les appliquer.

On mentionnera ici la remarque d'I.K. Zola (1977) indiquant qu'historiquement, on observe un déplacement des sources de la légitimité du pouvoir, de la religion au droit, puis

à l'aide sociale), le principe de liberté (garanties pour les partenaires publics et privés et pour leurs personnels), le souci de cohérence (reconnaissance des pouvoirs de décision que la loi de décentralisation avait donnés) et enfin, la recherche de l'efficacité en donnant les moyens institutionnels de la concertation et de la coopération. Elle confirme l'exigence de l'action sociale globale et du développement social.

du droit à la science. On peut penser que dans ce déplacement, les sciences de l'homme et du vivant jouent un rôle clef et constituent un enjeu culturel et politique fondamental, dans la mesure où elles modifient le statut social de la raison et, par voie de conséquence, le rôle de celle-ci dans notre système de légitimation de l'organisation et de la représentation politique.

Alors que le droit postule la raison commune comme condition d'existence du droit et d'expression de la volonté générale, les sciences de l'homme et du vivant, en hypostasiant le savoir objectif «rendent irrecevable l'expérience du domaine matériel et sensible passée sous l'empire de celui-ci, expérience qui dépendait du fait d'être en rapport avec d'autres hommes et récuse le sens commun qui règle et régit tous les autres sens. En conséquence de quoi chacun est enfermé dans la particularité de ses propres données incertaines et trompeuses» (Arendt, 1983).

On peut se demander si les savoirs sur l'Homme ne mettent pas directement en question les sources traditionnelles de la légitimité des normes sociales (aujourd'hui le droit) et par voie de conséquence les formes traditionnelles de la représentation politique. Avec l'irruption de ces disciplines, la raison commune — à la fois pratique et politique —, le sens commun et la morale ordinaire au fondement de la vie privée et de la scène publique ainsi que d'une expression possible de la volonté générale, deviennent partiellement inopérants. La séparation traditionnelle entre les sphères du droit, du politique et de la morale ordinaire devient obsolète. On constate par exemple devant le cas d'un enfant dit en danger, dont la mère est reconnue psychotique et suivie par un psychiatre, que le sens commun articulé au jugement en âme et conscience ne suffit plus pour permettre de décider si la séparation envisagée comme solution aura pour effet de tuer la mère, ou de la soulager.

On observe ainsi que les médecins de PMI, dont la position statutaire et institutionnelle dans la commune étudiée est solidement assurée, ne peuvent plus se contenter de juger des questions qui leur sont soumises et qui débordent le cadre purement médical de leur pratique, en s'en remettant à leur simple bon sens. Il devient nécessaire pour eux de faire appel à l'assistance sociale ou au psychiatre, ne serait-ce que parce que ces derniers mettront en question la simplicité d'une telle référence.

Avec la spécialisation des savoirs, l'ensemble des partenaires de la santé publique sur le terrain, PMI, psychiatres, éducateurs, travailleurs sociaux, enseignants et élus, perdent l'usage autonome de leur capacité de jugement et de volonté. *A fortiori*, face à ces disciplines, l'individu porteur de risques ou le client naïf est en situation de n'être plus le siège d'un espace autonome unifié par la volonté, détenteur d'une parcelle du sens commun lui permettant de gouverner souverainement sa vie familiale.

Partout où elles existent, les médiations ouvertes par les sciences de l'homme s'interposent dans le mode de jugement du rapport de soi à soi, du rapport de soi à autrui, du rapport de l'individu à la société.

Le développement de l'expertise appelle à une reformulation des lieux de formation du sens commun et, par voie de conséquence, de notre mode de représentation démocratique. Parce que ces disciplines sont productrices de normes et de valeurs, de droits et d'obligations; parce qu'elles redéfinissent les critères de la responsabilité, de l'anormalité et de la déviance, c'est-à-dire font irruption dans l'espace le plus commun de la société, se posent de façon cruciale la question de la source des référents communs de la sphère professionnelle, celle des lieux où peuvent être fixées les limites de l'interventionnisme médico-social, où peut être exercé un contrôle social démocratique.

Ces questions se posent dans la mesure où elles mettent en jeu directement et quotidiennement les frontières des libertés privées et de la société civile en regard du pouvoir professionnel et administratif. À la différence du droit qui ne se conçoit théoriquement qu'en définissant clairement les limites de son emprise et les recours contre ses abus, organisant ainsi en creux l'espace de la vie privée et de la vie civile, les sciences de l'Homme, à la mesure de leurs progrès, découvrent par vocation de nouveaux motifs à l'interventionnisme professionnel socialisé.

Par ailleurs les conditions sociales actuelles de production des sciences de l'Homme font que présentement, ceux qui les appliquent, surtout les médecins, sont en position de tenir réunis des pouvoirs qui en droit sont séparés: puisqu'ils sont les producteurs de ces lois,

qu'ils ont organisé formellement le dispositif de santé publique et qu'ils détiennent des pouvoirs de magistrats sociaux de première ligne (ils peuvent faire retirer un enfant de sa famille — influencer les décisions prises en matière d'orientation scolaire...).

B. L'ÉTHIQUE COMMUNICATIONNELLE

Le statut social positiviste des lois produites par les sciences de l'Homme et du Vivant est lié à leur utilisation formelle dans un rapport purement instrumental à leur objet. Nous verrons maintenant que pourtant ce statut est insuffisant par lui-même pour dicter les pratiques professionnelles de santé publique au quotidien et définir le contenu substantiel de celles-ci. Les savoirs mettent en œuvre, dans leur usage pratique, certains aspects de la réalité sociale, tels la réflexion éthique, la confrontation entre disciplines et la confrontation au client dont résultent différents effets que nous voulons aborder ici. Ils constituent les facteurs spécifiques de professionnalisation et de qualification substantielles³ des agents de la santé publique; produisent l'objet même de la santé publique organisé autour de ce que nous qualifierons d'«éthique communicationnelle» (Quéré, 1987), et ils tendent à organiser aujourd'hui, de façon embryonnaire, des modalités spécifiques de contrôle social et de représentation du client-sujet.

Le mouvement historique de positivisation de la loi et de la connaissance, soutenu par une idéologie positiviste, peut prétendre à la définition formelle d'une organisation rationnelle et totalisante du social. Pourtant on constate, tant en ce qui concerne les énoncés professionnels sur la démarche préventive qu'en ce qui a trait aux discours officiels de l'administration, qu'hormis certains dispositifs finalisés comme les programmes de prévention péri-natale, les vaccins et le dispositif de surveillance médicale de la petite enfance, la prévention sociale est d'abord un lieu vide. Il existe en effet un très grand décalage entre la définition formelle légale d'un projet de prévention médico-sociale, tel que le définissent les dernières réformes qui tendent à promouvoir un interventionnisme saturant totalement le champ des relations sociales autour de l'enfant, et la définition des moyens et du contenu de la prévention sociale au quotidien, quasiment inexistantes.

Par ailleurs la prévention ne fait l'objet, sur le plan professionnel, d'aucun contenu théorique, doctrinal ou technique. Le judiciaire n'en a pas non plus fixé les limites.

Si l'idéologie positiviste peut prétendre à une homogénéité de perspective, son formalisme est impuissant à dicter le contenu concret de la raison pratique dans le domaine social. Plus fondamentalement, il ressort de nos observations que les connaissances positives sont insuffisantes par elles-mêmes lorsqu'il s'agit de distinguer au cas par cas entre objectifs légitimes et illégitimes, entre moyens justes et injustes. Les décisions concrètes mettent en œuvre d'autres niveaux de réalité: la référence aux valeurs, à l'éthique et au politique. C'est à notre avis dans cet espace des valeurs et de l'éthique que réside la véritable autonomie professionnelle, point de départ d'un processus de professionnalisation et de qualification substantielles des agents de la santé publique.

Les réunions interprofessionnelles entre diverses institutions travaillant auprès de l'enfance (que nous avons observées) ont été initiées par des psychiatres et un certain nombre de travailleurs sociaux dans le but de mettre en cause les pratiques de retrait d'enfants qu'ils jugeaient abusives. Elles ont ensuite perduré avec une fréquence et une continuité telle qu'on peut parler d'une véritable institutionnalisation, fût-elle implicite. Une analyse systématique de leur contenu permet d'énoncer qu'en fait, elles ont progressivement mais considérablement débordé leur objet ou prétexte initial et que l'on se trouve en présence d'un véritable processus collectif de qualification professionnelle dont la logique et les enjeux peuvent être explicités.

Il s'agit dans ces réunions d'exposer les motifs, raisonnements, raisons objectives et subjectives des choix retenus devant les cas déjà traités ou à traiter, et d'instaurer ainsi une distance de raison et ordonnée devant les situations. À partir de cette confrontation systématique s'élabore un système doctrinal et pratique informel, permettant de définir le contenu technique

3. On parle ici de professionnalisation substantielle pour la distinguer de la qualification «professionnelle formelle» attribuée par les diplômes, titres, statuts...

et procédural de la démarche de santé publique. Ce processus de professionnalisation situe au centre de la réflexion l'élaboration d'un code éthique et déontologique. Celui-ci se construit à partir d'une confrontation rhétorique, systématique et organisée, considérée comme inévitable. Cette nécessité tient au fait que dans ce domaine sont toujours en jeu des valeurs comme la santé, le bien, la protection de l'enfant, le bien de sa famille... Ces valeurs, comme toutes les valeurs, sont contradictoires et non susceptibles de donner lieu, *a priori*, à un consensus quant à la définition de leur contenu. Un tel consensus ne peut être obtenu — en théorie — que lorsqu'on a épuisé les différentes solutions, cas de figures, arguments et ressources possibles permettant de choisir en connaissance de cause.

Il faut souligner ici que la nécessité de cette réflexion collective s'impose également en raison de deux aspects particuliers de l'objet de la prévention. L'unité de cet objet, la prévention médico-sociale de la population d'un secteur géographique, et le caractère multiforme et souvent cumulatif du malheur, interdisent qu'on puisse le saisir à partir d'une seule institution spécialisée. À cette unité territoriale et multiforme de l'objet, correspond, en termes d'unité de lieu et de moyens professionnels, l'ensemble des institutions habilitées à intervenir auprès de l'enfance.

Ainsi, aux injonctions administratives à la coordination dans un souci d'efficacité, correspond, chez les professionnels, la découverte de la nécessité d'un travail collectif résultant de considérations propres à l'objet du travail.

Cette double nécessité d'un travail collectif, nécessité à la fois externe, administrative, et interne, déontologique, renforce la contrainte d'explicitation et d'élaboration des termes du jugement au nom duquel on décide, on agit, on parle à son client.

Cette contrainte est la voie des identifications professionnelles: lorsque les professionnels se réunissent au cours de différentes synthèses, qu'elles soient internes à une institution ou, *a fortiori*, organisées entre professionnels de différentes institutions, pour réfléchir sur les «cas qui les dépassent», ils sont en situation de devoir justifier leurs qualifications propres, de fonder leur identité professionnelle face à celle de leurs partenaires. Ils construisent ainsi en le défendant, le point de vue qui légitime leur rôle spécifique. Autrement dit, ce qui constitue, comme en justice, le domaine du jugement en âme et conscience et de l'intime conviction, devient, avec la mise en place de l'interdisciplinarité et le travail en équipe, l'objet d'une interrogation collective à partir de laquelle se construisent les diverses identités professionnelles.

De plus, les conflits de points de vue, en se verbalisant, sont le point de départ d'un travail d'élaboration déontologique et pratique fondateur de l'objet santé publique.

La confrontation régulière des professionnels sur les cas difficiles à traiter les amène à interroger, sous le double angle de l'efficacité et de la réussite de leurs actes d'une part, et de leur légitimité d'autre part, passant par une interrogation critique et éthique, l'ensemble des notions clefs auxquelles ils ont spontanément recours dans la pratique: notions de demande, d'écoute, d'éducation, de conseil, de spécialisation, de coordination, de prévention, d'urgence, de danger, de santé, de temps, de placement, etc... Cette interrogation systématique permet d'élaborer une doctrine autour de chaque notion, de préciser les conditions et la procédure de son emploi.

Au cours d'une réunion, un travailleur social définit ainsi la procédure de travail qu'adopte son équipe devant une situation dite de danger: «Même si les situations ne se ressemblent pas, les erreurs qu'on commet sont toujours les mêmes. La première démarche consiste à repérer et inventorier ses erreurs. Une évaluation ensuite de la situation est nécessaire, qui doit tenir compte de ses éléments matériels, juridiques et psychologiques. Il faut aussi faire le bilan des capacités de la famille à se sortir d'une situation et des différents problèmes qu'elle rencontre. Il faut multiplier les angles d'approches de la situation, faire aussi le bilan des possibilités d'aide, de prise en charge institutionnelle. Il faut toujours penser à protéger la famille, la mère, afin que la solution préconisée ne soit pas pour celle-ci pire que la situation actuelle, afin qu'elle ne perde pas tout ce qui lui reste. Enfin il y a des professionnels qui connaissent cette démarche et auxquels il est utile de s'adresser quand on se panique!»

Ainsi ces différentes notions tendent à se distinguer de leur emploi dans les échanges ordinaires pour entrer dans un corpus doctrinal et théorique et constituer ainsi un outil de

travail. À ce titre elles acquièrent le statut de connaissances professionnelles fondées sur une pratique empirique et analytique systématique et cumulative. La répétition des cas analysés et discutés ainsi que leur diversité permettent de construire, comme en justice, les précédents sur lesquels on s'appuie pour orienter la décision consistant à dire ou faire devant une nouvelle situation.

Ce travail d'explicitation des modalités subjectives et objectives de l'agir permet donc de construire une sorte de jurisprudence servant de réservoir d'expériences et en même temps une doctrine de l'intervention en santé publique ainsi qu'une déontologie de la pratique.

On constate que l'interrogation éthique a pour effet d'opérer un double renversement: d'une part, elle déplace la question de l'imputation ou de la causalité du malheur de l'individu ou du groupe désigné sur l'institution ou sur le professionnel qui rencontre ce malheur. D'autre part, elle renverse le point de vue ontologique des connaissances qui fondent *a priori* l'intervention de santé publique. La connaissance éthique a pour point de départ le fait de buter sur l'inconnaissable de la réalité sociale; elle ne peut par ailleurs être validée qu'*a posteriori*, en fonction des valeurs qu'elle sert.

S'interrogeant par exemple sur la notion d'urgence, les professionnels placent au centre de leur réflexion collective la question consistant à se demander si la situation définie comme urgente ne résulte pas des failles du réseau institutionnel. N'est-elle pas d'abord le produit des réactions devant une situation réelle, plutôt que des caractères objectifs de la situation réelle? À cet égard, il fut plusieurs fois rappelé qu'il conviendrait de s'interroger sur le fait que les cas rapportés le sont généralement le vendredi soir ou la veille des vacances.

De même l'interrogation éthique concernant la notion d'écoute vise moins à encourager les professionnels à apprendre à repérer les signes pouvant entrer dans telle catégorie nosographique, qu'à les renvoyer aux conditions et modalités de leur écoute: Que veut dire écouter pour le professionnel? Qu'est-ce qu'il refuse d'entendre, et pourquoi? Que peut-il faire de ce qu'il entend, qu'en fait-il? Que sélectionne-t-il dans ce qu'il entend et pourquoi?

En ce qui concerne la notion de demande (notion cruciale en matière de prévention, puisque le principal problème est celui de son absence, absence qui conditionne la question de la légitimité de l'interventionnisme médico-social), l'interrogation éthique observée consiste à chercher l'origine et le fondement de la demande institutionnelle, à récuser la formulation des demandes à la place des personnes concernées, sous prétexte de demandes masquées ou de demandes qui ne parviennent pas à l'institution, dans la mesure où cet interventionnisme contrevient au principe de l'autonomie du sujet visé *in fine* par l'intervention préventive.

Par ailleurs, dans la mesure où l'impératif éthique qui s'exprime selon la formule: «s'il n'y a pas de demande il n'y a pas d'intervention» interdit toute démarche préventive publique, la question renvoie à une autre interrogation: Est-on fondé, quand et comment, à énoncer la nécessité de l'instance de la loi? L'interrogation consiste donc à poser les conditions de légitimité du principe d'autorité au nom duquel on agit. Il s'agit, en assumant sa propre position d'autorité, de pouvoir s'autoriser à dire à une famille que sa liberté d'action et sa propre responsabilité sont engagées dans telle situation, plutôt que d'attendre que la situation se soit tellement dégradée que seules des mesures autoritaires seraient encore possibles. Dans ce cas, la situation de pouvoir se substitue à la position d'autorité. Sans doute cette distinction est-elle une des tâches les plus ardues parmi celles qui incombent aux professionnels. Comme le dit H. Arendt, «nous sommes confrontés à une régression simultanée de la liberté et de l'autorité dans le monde moderne... Cette régression est concomitante d'une fonctionnalisation croissante de tous les concepts et de toutes les idées» (Arendt, 1972, p. 133).

Ce type d'interrogation est considéré par les professionnels comme un moyen de dépassement de la tendance au déplacement de l'imputation des responsabilités et des causes de la reproduction de la misère, et de l'impuissance à l'affronter — d'une qualification à l'autre, d'une institution à l'autre —, tendance qui fonctionne comme un ludion inaccessible, un objet insaisissable circulant à l'intérieur des réseaux institutionnels. Elle tend à poser, au centre de la question concernant la causalité et l'imputation des situations, la liberté éthique du professionnel, c'est-à-dire sa capacité à échanger réellement avec son interlocuteur. Le procès rhétorique du cas à traiter n'est pas le procès de l'autre ou de l'étranger, mais se pose

explicitement comme le procès d'une relation, du lien social dont l'institution ou le professionnel est l'un des termes actifs, relation dont dépend le succès thérapeutique au sens large.

Ce processus de professionnalisation passe paradoxalement par une démarche de démythification des savoirs objectifs au nom desquels on agit et qu'il suffirait d'appliquer. En effet, l'interrogation éthique surgit de la prise de conscience commune de l'impuissance des savoirs, en regard des situations pour lesquelles on ne trouve pas de solution. Cette démythification résultant de l'épreuve de la réalité, contraint les professionnels à déplacer sur l'expérience accumulée des échanges inter-professionnels et des échanges avec les clients, le lieu d'une analyse systématique, source de savoir-faire et de connaissances professionnelles spécifiques.

Ce travail de construction collective organise implicitement ces lieux de réunions en lieux de contrôle collectif des pratiques, fonctionnant comme instances méta-institutionnelles, indépendantes des institutions qui y sont représentées, analogues à un ordre professionnel. L'institutionnalisation progressive de ces lieux leur confère un rôle de plus en plus contraignant moralement, sans qu'on puisse pour autant leur attribuer actuellement un véritable statut juridictionnel.

Ce contrôle quant au fond, passe par un processus de mise à distance rationnelle vis-à-vis de la pratique. En introduisant une procédure d'objectivation de la relation par une réflexion critique et éthique, le professionnel fait intervenir une médiation technique de raison sans laquelle, faute d'outils spécifiques, les situations se résoudreaient en fonction de considérations subjectives, incontrôlées, et de motivations aléatoires.

L'éthique communicationnelle implique aussi un travail de mise à distance vis-à-vis des positions de pouvoir qui en contredisent la réalisation. Ceci vaut autant pour la relation au client que pour l'ensemble des relations inter-institutionnelles. On a pu noter dans le temps, un cheminement similaire des trois institutions médico-psychologiques observées sur ce point.

Ces institutions, qui sont à l'origine de la constitution des groupes de travail, ont d'abord procédé à un travail interventionniste auprès de leurs partenaires institutionnels. Au nom de la détention d'un savoir théorique et spécialisé sur la relation inter-humaine, ils se sont institués contrôleurs des pratiques de leurs partenaires. «Partout où il y a des enfants dans une institution il faut la présence d'un psychiatre», affirment-ils. «Ils veulent nous psychanalyser», leur reprochaient les médecins concernés. Plus tard ils ont considéré que la collaboration indispensable des institutions voisines ne pouvait être fondée que sur une reconnaissance réciproque des institutions, passant par le respect de la demande. Cette présence dans ces institutions qui ne l'ont pas sollicitée ne peut qu'être muette tant que leur avis ne leur a pas été demandé.

On conclura de ce travail collectif, considéré comme moyen de professionnalisation substantielle et de contrôle interne des pratiques, qu'il permet aux professionnels d'éviter un exercice purement instrumental d'une mission prescrite par le politique, et qu'il fonctionne comme contre-pouvoir réel de l'administration de tutelle.

Pour terminer, nous ferons quelques brèves observations concernant la représentation du client :

La présence réelle de celui-ci, considérée par principe comme une garantie formelle de l'équité et du respect des libertés individuelles ainsi que d'un véritable débat contradictoire et public, apparaît comme un leurre, tant que la distance sociale créée par les spécialisations et la professionnalisation du savoir ne peut être levée. Qu'il s'agisse des débats publics organisés par les professionnels s'adressant à la population, ou des réunions des comités locaux de promotion de la santé destinées aux professionnels et aux diverses associations locales, la présence des usagers y est toujours très limitée.

À défaut d'une participation directe des citoyens usagers, les professionnels comme les élus tentent d'en organiser la représentation en déplaçant l'ensemble des questions à l'intérieur d'un débat collectif entre professions et institutions concernées par l'enfance.

On observe une tentative — non encore systématisée — de représentation des intérêts du client et de sa défense. Les professionnels transposent, à l'occasion de la discussion des cas, l'organisation judiciaire du débat contradictoire et de la défense du sujet, particulièrement lorsque dans leur conclusion, les situations peuvent avoir de graves incidences pour la personne concernée.

Il s'agit de l'organisation de la défense des intérêts subjectifs et objectifs des individus concernés, appréhendés à partir des connaissances théoriques et concrètes mises en commun et soumises à une interrogation éthique collective.

Ainsi peut-on observer — faute d'une véritable scène publique concernant les problèmes politiques et éthiques que soulève l'application des politiques de santé publique, et dont les tentatives locales d'organisation échouent le plus souvent —, la création, par les professionnels, d'une scène collective professionnelle. Celle-ci veut s'étendre à l'ensemble des institutions et des forces locales organisées concernées par l'enfance, et met ses problèmes au centre de ces débats.

CONCLUSION

Comme on l'a observé, ce procès de qualification et de professionnalisation des travailleurs de la santé publique consiste, à partir d'une interrogation éthique de la pratique, à élaborer une démarche permettant d'ordonner l'ensemble des missions qui leur sont assignées, autour d'une problématique libérale fondée sur un objectif de réciprocité de l'échange entre institutions et population. Cette voie permet de transformer la définition réglementaire et instrumentale de leur mission, liée à un mandat d'ordre public de protection de l'enfance, pour faire des institutions des lieux de parole et d'échange ayant par eux-mêmes un effet thérapeutique et préventif.

Cette tentative de réappropriation collective des missions se présente aux intéressés comme un objectif, un idéal à poursuivre, dont les moyens et la démarche sont toujours à redéfinir et à réinventer, compte tenu des échecs, du «turn-over» professionnel, du caractère spontané, informel et peu cumulatif de son organisation et des tentations que représentent les situations de pouvoir.

Dans la pratique, on observe une dualité du fonctionnement institutionnel à l'intérieur duquel oscillent les praticiens. D'une part, il est a-historique, bureaucratique, impersonnel et extérieur aux individus qui composent l'institution; il est indépendant de ceux-ci et purement instrumental dans sa finalité. D'un côté, il s'appuie sur le caractère général, abstrait, impersonnel, écrit, transmissible et reproductible des lois scientifiques appliquées aux comportements humains dans un but de gestion, de modification, voire de sanction. Et d'un autre côté, il se base sur une mission instrumentale déléguée d'ordre public de protection.

L'autre fonctionnement définit l'institution comme lieu de référence symbolique. Il a pour objectif de s'ancrer dans l'histoire de la ville et de sa population. Cet ancrage passe par une appropriation collective de l'institution, aussi bien par les membres qui la composent, que par ceux auxquels elle est destinée. Il suppose une relative dissolution des spécialisations au profit d'une personnalisation des échanges et des responsabilités. Il suppose également une implication personnelle de ses membres dans un projet collectivement défini, de telle sorte que les professionnels et les usagers y trouvent leur identité.

BIBLIOGRAPHIE

- ARENDET, H., *Condition de l'homme moderne*, Paris, Calmann-Levy, 1983.
 ARENDET, H., *la Crise de la culture*, Paris, Gallimard, 1972.
 BARGETON, M., La formation des ministères, *Revue française des affaires sociales*, janv. 1971, pp. 59-86.
 CASTEL, R., *la Gestion des risques*, Paris Minit, 1981.
 FOURQUET, F.; MURARD L., *Histoire de la psychiatrie de secteur ou, le secteur impossible*, CERFI 1976.
 HALBWACHS, M. «Les classes moyennes» in *Inventaire III*, Paris, Alcan, 1939.
 LINOTE, D., «La police administrative existe-t-elle?», *Economica*, Presses universitaires d'Aix-Marseille, 1985.
 MONJARDET, D., «Police et sociologie: questions croisées», *Déviance et société*, 1985, vol. 9, n° 4, pp. 297-311.
 MURARD, L., ZYLBERMAN, P., *Sanitas sanitatum et omnia sanitas*, CERFI, déc., 1980.
 PICARD, E., *la Notion de police administrative*, Paris, LGDJ, 1984.
 QUERE, L., «Raison, action sociale et inter-subjectivité. Remarques sur le concept de rationalité communicative chez J. Habermas» in *Problèmes d'épistémologie en sciences sociales IV*, CEMS, oct. 1987, pp. 79-134.

- ZOLA, I. K., «Healthism and disabling medicalisation» in I. Illich, I. K. Zola, J. Mc Knight, J. Caplan, H. Shaiken, *Disabling professions*, London, Marion Boyars, 1977, pp. 41-46.
- KOJEVE, A., *Esquisse d'une phénoménologie du droit*, Paris, Gallimard, 1981.
- EWALD, F., *l'État providence*, Paris, Grasset, 1986.

RÉSUMÉ

Le travail des professionnels de la santé publique dans le domaine de l'enfance peut être défini dans une perspective duelle et contradictoire, participant d'un rôle instrumental, procédant du statut positiviste et instrumental des sciences de l'homme et du vivant et d'un mandat délégué par le politique et d'un rôle institutionnel lié à l'autonomie professionnelle, d'une mission de protection de l'ordre public sanitaire et d'une mission de service public. Les tentatives de dépassement et de gestion de ces contradictions passent par la constitution de lieux de réflexion collective portant sur les modes d'élaboration des jugements, actions et décisions concernant les situations, à partir d'un point de vue éthique et politique.

SUMMARY

The work of public health professionals serving children may be defined from a dual and contradictory perspective, playing an instrumental role which proceeds from the positivist and instrumental status of the human and life sciences and from a political mandate; and an institutional role related to professional autonomy, a mission to protect the public health order and a public service mission. Attempts to move beyond these contradictions and to manage them have led to a collective reflection on how judgments, acts and decisions relating to situations are made, from an ethical and political point of view.

RESUMEN

El trabajo de los profesionales de la salud pública en el dominio de la infancia puede ser definido en una perspectiva dual y contradictoria, participando de un rol instrumental, procediendo del estatus positivista e instrumental de las ciencias del hombre y vivientes y de un mandato delegado por lo político, y de un rol institucional ligado a la autonomía profesional, de una misión de protección del orden público sanitario y de una misión de servicio público. Las tentativas de superación y de gestión de estas contradicciones pasan por la constitución de lugares de reflexión colectivos donde se traten los modos de elaboración de juicios, acciones y decisiones concernientes a situaciones, a partir de un punto de vista ético y político.