



Le métier de Travailleur Médico-Social à l'ONE

Un héritage en devenir

Recherche à propos de l'identité professionnelle des TMS de l'ONE

Rapport final
Janvier 2017

Auteurs : Véronique Degraef, Abraham Franssen & Nicolas Marquis

Université Saint-Louis – Bruxelles



Recherche commanditée par l'Office de la Naissance et de la Naissance

Cahier spécial des charges : O-1572-DES-GB-IPTMS

Les oppositions sont stériles, les tensions sont fécondes

Tables des matières

Tables des matières.....	3
I. Introduction	5
1. Les Travailleurs Médico-sociaux de l'ONE : en première ligne dans une société en mutation	5
2. Les objectifs de la présente recherche.....	5
3. Dispositif méthodologique : consultation et participation des TMS à la recherche	6
<u>Etape 1</u> : Synthèse des données disponibles, entretiens et observations exploratoires	6
<u>Etape 2</u> : Réalisation d'une enquête par questionnaire (webenquête) auprès de tous les TMS et des coordinatrices.....	7
<u>Etape 3</u> : Réalisation d'analyses en groupe	7
<u>Etape 4</u> : Forum restitutif et participatif.....	9
<u>Etape 5</u> : Travail rédactionnel, synthèse analytique et pistes	9
4. Plan du rapport	10
II. Cadrage théorique : rôle et identité professionnelle	11
1) La construction des identités professionnelles dans les métiers de service et du <i>care</i>	11
- Tensions et incertitudes professionnelles	12
- Rôle professionnel et identité professionnelle.....	12
- Métier, licence et mandat	14
2) Perspective d'analyse : les modes de gestion des identités professionnelles	15
III. Histoire, contexte institutionnel et organisationnel des TMS.....	18
1. Evolution politique et institutionnelle : les grandes étapes	18
1.1 1983 : création de l'Office de la Naissance et de l'Enfance	18
1.2 2002 : décret portant réforme de l'ONE	19
1.3 2004 : Réforme des consultations pour enfants	19
1.4 Charte du Management	20
1.5 2012 : Les Etats généraux de l'enfance	20
1.6 Le contrat de gestion 2013-2018	20
2. Etudes sur l'évolution du métier de TMS	22
1992 : Etude sur l'action des TMS dans le contexte actuel	22
2002 : Etude sur le profil de fonction des TMS	23
3. Les acteurs de première ligne de l'accompagnement : qui sont-ils ?	26
4. L'offre de service d'accompagnement de l'ONE en 2014	27
4.1. Le suivi prénatal	27
4.2. L'organisation de l'accompagnement à domicile et des consultations pour enfants	29
4.3. La prévention de la maltraitance.....	30
IV. Les résultats de l'enquête par questionnaire	31
1. Les résultats par fréquences simples	31
1. Les variables d'identification, de formation et d'expériences antérieures	32
2. L'activité des TMS : rôle, temps consacré.....	34
3. Sentiment de changement et perception de l'utilité du travail de TMS dans le contexte sociétal contemporain	36
4. Identité, reconnaissance et satisfaction dans la profession de TMS.....	37
5. Les TMS se sentent-elles outillées et/ou à l'aise dans les situations rencontrées?	40
6. Le rapport des TMS à l'institution ONE et ses services.....	41
7. La satisfaction des TMS dans leurs rapports aux autres professionnels	44

8.	Le regard que les TMS portent sur les publics	45
2.	Des réponses différenciées selon l'ancienneté, l'âge et la formation initiale.....	47
3.	Des TMS aux profils contrastés (Résultats des analyses multivariées).....	47
1.	Résumer l'information pour mieux saisir la complexité.....	48
2.	Comment les individus se positionnent sur ces sujets ?	48
3.	Comment caractériser ces groupes ? Dans la tête de cinq TMS « typiques ».....	49
4.	Cinq façons de vivre son travail de TMS, 5 façons différentes de poser les problèmes et les solutions.....	51
V.	Les tensions du métier : les enseignements des analyses en groupe.....	53
1.	L'organisation des analyses en groupe.....	53
2.	Contenu thématique des récits	54
	Thème 1: le métier de TMS tel qu'il se pratique, tel qu'il se vit, donc le réel du métier dans la durée	54
	Thème 2: le métier de TMS tel qu'il est organisé et institué à l'ONE	59
3.	TMS : métier ou profession?	63
4.	TMS : métier en doute dans une institution en questionnement	63
4.1.	TMS : le bouche-trou, le bouc émissaire et le parapluie	64
4.2.	SF et TMS : concurrence ou complémentarité ?	65
4.3.	Le trio TMS/médecin/bénévole : dynamique ou dynamite ?.....	66
4.4.	Responsabilité institutionnelle : défaut de pro-activité et d'anticipation de l'ONE.....	68
4.5.	TMS : Un cadre de métier flou à géométrie variable	70
4.6.	Respect des normes professionnelles : rôle des coordinatrices et responsabilité des TMS.....	72
5.	Dimension prospective : le TMS et l'ONE dans 15 ans	73
5.1.	L'ONE dans 15 ans : missions, services, publics	73
5.2.	Le TMS dans 15 ans	75
VI.	Conclusions et recommandations.....	77
1.	Synthèse des enseignements de la recherche	77
2.	Pistes et recommandations des chercheurs	79
2.1.	sur le plan du positionnement institutionnel de l'ONE ;	80
2.2.	sur le plan de la définition de l'identité professionnelle et du métier de TMS,.....	82
2.3.	sur le plan organisationnel.....	86
2.4.	A propos de la dénomination « TMS » : vers des « accompagnateurs/trices Petite Enfance » ?	88
VII.	Annexes	90
1.	Documents consultés	90

I. Introduction

1. Les Travailleurs Médico-sociaux de l'ONE : en première ligne dans une société en mutation

Au regard des missions et des valeurs de l'ONE, dans un contexte sociétal en mutation, les Travailleurs Médico-Sociaux (TMS) constituent les agents de première ligne, mettant en œuvre les missions et objectifs de l'ONE dans les relations quotidiennes avec les publics – enfants et familles – et en interaction avec d'autres intervenants, professionnels (les médecins des consultations, les coordinateurs accompagnement, les référents maltraitance, les coordinateurs accueil, les conseillers pédagogiques, les agents conseils, etc..) et bénévoles, au sein de l'ONE, ainsi que dans une logique de travail en réseau avec d'autres services de la santé et du social.

Représentant plus de la moitié du personnel de l'ONE (819 TMS en 2014), répartis sur l'ensemble du territoire de la région Wallonne et de Bruxelles, les TMS constituent les professionnels de terrain qui concrétisent et incarnent l'action de l'ONE.

Malgré le travail important effectué par l'ONE pour développer des références institutionnelles, une culture organisationnelle (travail sur les valeurs et critères de qualité de service : qualité, bientraitance, éthique, équité, continuité...), pour assurer un encadrement et un accompagnement de ces professionnels de première ligne et renforcer leur identité professionnelle (formation à l'entrée, tutorat, formation continuée..), les retours du terrain font état de « tensions identitaires » (pour ne pas reprendre la catégorie « fourre-tout » de « malaise professionnel ») liées à la définition et à l'exercice du métier de travailleur médico-social.

Plusieurs facteurs sont ainsi évoqués dans le cahier des charges qui fixaient le contexte et les objectifs de la présente recherche :

- une diversité de formations initiales, infirmier et assistant social, conduisant à l'exercice d'un même métier, repris sous l'acronyme instatisfaisant de « TMS »,
- les écarts entre les rôles prescrits, les rôles vécus et les rôles perçus, notamment dans les représentations et les interactions avec les usagers ;
- les enjeux et mutations liées aux publics des familles, dont les besoins et les demandes sont hétérogènes, mettant en question la conception d'un service universel ;
- les enjeux propres liés au travail en réseau où des professionnels relevant de différents métiers, champs et institutions sont amenés à collaborer, posant la question de la place, de la reconnaissance et du rôle de chacun ;
- les évolutions du champs de la santé, des conceptions et modes de prise en charge de la maternité et de la petite enfance ;
- la cohabitation et le partage des rôles avec des bénévoles, pouvant induire une mise en question de la professionnalité ;

Ces facteurs conduisent à une pluralité et des incertitudes dans les définitions des identités professionnelles des TMS. Cette diversité – qui sera à préciser- des modes de gestions des identités professionnelles doit elle-même être appréhendée au regard de facteurs socio-biographiques et socio-professionnelles des TMS : âge, sexe (s'agissant à 99% de femmes), ancienneté, situation familiale....

2. Les objectifs de la présente recherche

En conséquence, la recherche voulue par l'ONE poursuit les objectifs suivants (repris du cahier des charges) :

« Les objectifs généraux de la recherche seront :

- de faire un **état des lieux** sur l'identité professionnelle des TMS.
 - *Quelles représentations ont les TMS de leur métier ?*
 - *Y a-t-il des divergences de ces représentations ? De quelles natures et de quelles intensités?*
- d'analyser les **facteurs** qui contribuent à la construction de l'identité professionnelle des TMS.
 - *Y a-t-il une identité collective, qui rassemble les TMS ? Quels sont les éléments qui participent à sa construction ? Quelles mesures peut-on prendre pour soutenir cette construction ?*
 - *Y a-t-il des liens entre ces représentations et les attitudes professionnelles ? Lesquels ?*

-d'identifier les **représentations qu'ont les partenaires** du métier de TMS.

- *Comment les TMS interagissent avec leur public ? Quelles représentations ont les futurs parents et parents du métier de TMS ?*
- *Quels sont les écarts entre les représentations des TMS sur leur métier, sur ce qu'ils imaginent que pensent les partenaires et les parents de leur rôle et les représentations des partenaires et parents ?¹*

- de formuler des **propositions** pour une nouvelle **appellation des TMS**, étayées d'une argumentation.

-d'identifier comment les **valeurs de l'ONE** sont mises en œuvre par les TMS au quotidien.

- *Quelle est l'adéquation entre ces représentations, les valeurs portées par le TMS et les repères (outils) véhiculés par l'institution ?*

- d'identifier les **freins et facilitateurs dans la construction de l'identité de TMS**, en fonction du genre, de l'âge, de l'environnement géographique, de l'environnement socio-culturel.

3. Dispositif méthodologique : consultation et participation des TMS à la recherche

Pour appréhender au mieux les facettes et le cœur du métier de TMS, identifier les enjeux, les questions, les tensions auxquels il est confronté dans les inévitables écarts entre le métier prescrit et le métier vécu, ainsi que les représentations et les visions des TMS à propos de leur métier et de son devenir, la méthodologie mise en œuvre à été celle d'une recherche-action visant à la fois à être à l'écoute des TMS, à les impliquer dans la réflexion et l'analyse de leur expérience professionnelle tout en la situant dans son contexte institutionnel. Cette méthodologie s'est structurée en **5 étapes**, se recouvrant partiellement:

Etape 1 : Synthèse des données disponibles, entretiens et observations exploratoires

Dans un premier temps, en collaboration étroite le commanditaire, il s'est agi de **collecter et synthétiser les connaissances et données administratives, institutionnelles et statistiques disponibles relatives aux fonctions et aux travailleurs médico-sociaux**. En effet, et c'est en soi un constat interpellant, plusieurs recherches et enquêtes ont déjà été menées ces 20 dernières années à propos de différents aspects du métier et de l'environnement des TMS. En outre, l'ONE, dans ses services centraux, collectent déjà un grand nombre d'informations et de données relatives aux TMS.

- Analyse du cadre institutionnel et organisationnel de l'ONE ;
- Qualification et quantification des emplois et fonctions des TMS ; répartition du temps de travail, données relatives aux travailleurs (profil, âge, ancienneté, répartition sur le territoire..), données relatives aux prestations et aux publics touchés, etc..

Complémentaire à ce travail d'objectivation, **des entretiens exploratoires ont été réalisés avec les acteurs de différents services de l'ONE** : Direction des ressources humaines, Service études, services accompagnement et formation, coordinateurs accompagnement, les conseillers pédagogiques, ...). Une dizaine d'entretiens ont été menés et ont permis à la fois :

- D'historiciser et contextualiser le métier de TMS, son cadre institutionnel et organisationnel;
- De recueillir les perceptions et hypothèses du management relatives aux évolutions et tensions du métier de TMS ;

¹ Précisons que cet objectif spécifique et ces deux questions seront abordées à partir de l'expérience et des représentations des TMS à propos de leurs relations avec les publics et leurs différents interlocuteurs. En accord avec le comité d'accompagnement, la recherche s'est focalisée sur les TMS et les publics n'ont pas été interrogés, faisant l'objet d'une autre recherche en cours.

Etape 2 : Réalisation d'une enquête par questionnaire (webenquête) auprès de tous les TMS et des coordinatrices

Sur base de l'étape exploratoire, une enquête-consultation a été menée auprès de tous les TMS, ainsi que des coordinatrices, en vue de recueillir les expériences, représentations et propositions des travailleurs à propos de l'exercice du métier de TMS.

- A cette fin, un questionnaire en ligne, établi en concertation avec le comité d'accompagnement de la recherche, a été adressé par courriel à toutes les TMS et coordinatrices les en invitant à répondre à un questionnaire en ligne ;
- Cette enquête comprenant des questions fermées et quelques questions ouvertes a porté sur les expériences, les pratiques et les représentations du métier ;
- Tout en comportant quelques questions d'identification socio-professionnelle (âge, ancienneté, statut...) permettant une analyse comparative en fonction des caractéristiques des répondants, l'anonymat du traitement des réponses a été strictement garanti ;

Sur une population totale de 819 TMS, plus de 500 ont répondu au moins partiellement à l'enquête, donnant 380 questionnaires suffisamment complets pour être pris en compte.

Si cette consultation exhaustive de l'ensemble des TMS ne s'imposait pas stricto sensu pour des raisons de représentativité statistique – qui pourrait être rencontrée par un échantillonnage –, elle se justifiait par contre pour assurer la légitimité du processus de consultation. Il était en effet important que chaque travailleur qui le souhaite puisse s'exprimer sur les enjeux liés à l'exercice de son métier, avec la garantie que son avis sera pris en compte ;

- Les réponses ont donné lieu à un traitement statistique par fréquence simple, tableaux croisés et analyse factorielle permettant de regrouper des « profils idéal-typiques » parmi les TMS ;
- L'ensemble des réponses qualitatives ont été prises en compte et ont donné lieu à un traitement quali-quantitatif de repérage des différentes thématiques abordées.²

Etape 3 : Réalisation d'analyses en groupe

Si l'enquête par questionnaire permet une approche extensive, elle ne permet par contre pas d'appréhender en profondeur les expériences vécues du métier, les dilemmes de la pratique professionnelle et les tensions des identités professionnelles. L'enquête par questionnaire ne permet pas non plus la construction d'une parole collective – mais pas nécessairement consensuelle – sur les enjeux professionnels.

C'est pourquoi l'étape suivante a consisté en l'organisation d'**analyses en groupe** réunissant les TMS des différentes sous-régions.

Réunissant les différents protagonistes concernés par un même enjeu, se basant sur l'analyse de situations concrètes vécues par les participants, respectant des règles procédurales d'organisation des échanges, l'analyse en groupe se révèle féconde comme outil d'analyse dans une perspective de recherche-action et de formulation de recommandations basées sur l'expérience pratique des acteurs. Au-delà des objectifs de connaissance, la méthode de l'analyse en groupe favorise également la reconnaissance collective des identités professionnelles, dans leur diversité.

Dans sa version complète, la méthode d'analyse en groupe consiste à réunir, au cours d'une ou deux journées (4 x 3 heures), une douzaine de participants représentatifs de la catégorie concernée (les TMS). Les résultats de l'analyse en groupe sont le fruit d'un processus progressif de discussion et de production collective de connaissances.

Il était initialement envisagé de constituer 4 groupes d'analyses de deux journées chacune. In fine, pour des raisons organisationnelles et parfois contingentes (journée de grève), ces 4 groupes constitués sur base volontaire se sont réunis 2 journées pour l'un d'entre eux et une journée pour les trois autres, associant 33 TMS.

Les groupes ont été constitués de participants volontaires (candidatures sur base des réponses à l'enquête-consultation), en veillant à diversifier les profils des participants (principe d'hétérogénéité interne) sur une base sous-régionale.

Chaque analyse en groupe a donné lieu à un compte rendu complet et anonymisé.

² Franssen A. et Huynen Ph., « Le questionnaire à questions ouvertes : une méthode quali-quantitative », in « Quatre méthodes de recherches en sciences sociales », sous la direction de Van Campenhout L., et Charlier J.E, Editions, Dunod, Paris, avril 2014.

La méthode d'analyse en groupe

La méthode de **l'analyse en groupe** est un dispositif méthodologique de recherche-formation-action très régulièrement mis en oeuvre à propos de problématiques liées à l'action sociale, éducative, de santé et qui se nourrit des constats des acteurs au cœur de ces secteurs.

Le principe de l'analyse en groupe est de réunir un groupe de participants concernés par une même problématique pour en analyser avec eux les enjeux, **sur base de situations concrètes auxquelles ils sont confrontés** et qui sont présentées sous forme de « **récits vécus** ». Loin de se limiter à un simple « entretien de groupe » où le chercheur conserve le monopole de l'analyse, la méthode associe les participants aux différentes étapes de l'analyse, selon une procédure qui vise à **garantir l'égalité et la liberté de parole de chacun des participants**.

La démarche s'articule sur le savoir et l'expérience des intervenants concernés : ceux-ci ne sont donc pas « objets » de recherche, mais bien les acteurs de leur propre recherche. La méthode fait des participants des « chercheurs » amenés à s'interroger sur leurs pratiques et à se remettre en question à partir de situations concrètes qu'ils ont vécues, et des questions, des réactions qu'elles suscitent dans le groupe. A travers l'analyse commune ainsi menée, les dimensions centrales de la problématique étudiée apparaissent progressivement, telles qu'elles émergent pour les participants. Les interprétations des uns et des autres interagissent et permettent de souligner les convergences, les divergences et les nœuds problématiques, à partir desquels sont dégagés divers enseignements et des perspectives pratiques. Les résultats de l'analyse en groupe sont donc le fruit d'un processus progressif de discussion et de production collective de connaissances.

L'analyse en groupe vise à assurer les conditions d'une communication véritable, en veillant à :

1 - Assurer une égalité morale entre les participants. Chacun, quel que soit son expérience ou son « statut », se voit reconnu la même légitimité dans la construction de l'analyse ;

2 - Partir du monde vécu, aller vers le système. L'analyse se construit non pas à partir de considérations générales, mais « par le bas », à partir de récits de situations concrètes ;

3 - Viser au respect d'une éthique communicationnelle. Dans le débat, il n'y pas d'arguments d'autorité, ni de la part des participants, ni de la part des chercheurs ;

4 - Assumer les convergences et les divergences. Le but de l'analyse n'est pas de se mettre d'accord sur une interprétation consensuelle, mais tout d'abord d'explicitier les divergences et les convergences interprétatives. Il s'agit d'abord de se mettre d'accord sur la formulation des désaccords ;

Déroulement de l'analyse en groupe

Le choix des récits significatifs

1 - Propositions de récits significatifs

Il est demandé à chaque participant de présenter un récit portant sur une situation vécue où le narrateur est personnellement impliqué et qui lui semble significatif des enjeux du problème analysé.

2 - Choix argumenté du ou des récits retenu(s) par les participants

Sur cette base, les participants sont invités à choisir les deux récits qui leur apparaissent comme les plus significatifs par rapport à la problématique analysée. Idéalement, ce choix est opéré de manière argumentée et consensuelle. Ce n'est que lorsqu'il y a nécessité de départager plusieurs récits également jugés pertinents que l'on procède à un vote indicatif.

Le récit

3 - Présentation du récit

Le narrateur effectue une présentation factuelle la plus complète possible du récit dans lequel il est impliqué.

4 - Les enjeux vus par le narrateur

Le narrateur souligne, de son point de vue, les enjeux soulevés par la situation.

5 - Questions d'informations

Les participants peuvent compléter leur information du récit par des questions d'éclaircissement. On veillera à s'en tenir strictement à des questions informatives (factuelles, temporelles), sans entrer, à ce stade, dans les interprétations.

Les interprétations

On entre ici dans le processus de production d'analyse par le groupe : il ne s'agit donc pas pour les chercheurs de récolter des informations qu'ils analyseraient par la suite, mais d'analyser collectivement une situation.

6 – Premier tour de table

Lors du premier tour de table, chaque participant souligne les enjeux qu'il perçoit dans la situation rapportée. « Pour moi, ce récit pose le problème de ... parce que ... ». (Au minimum,) on demande aux participants de dire ce qui les a frappés, en évitant tout jugement normatif (« Je ne suis pas d'accord... »). L'animateur est garant que l'on reste bien dans le registre explicatif.

7 – Réactions du narrateur

Au terme du tour de table, le narrateur peut compléter et enrichir sa propre perception des enjeux.

8 – Deuxième tour de table

9 - Réactions du narrateur

L'analyse

10 - Convergences et divergences interprétatives

Les différentes interprétations avancées par les participants sont ensuite organisées en fonction de leurs convergences et de leurs divergences. Il ne s'agit pas ici de se mettre d'accord sur « la bonne interprétation », mais sur une formulation conjointe des convergences et des divergences interprétatives..

11 - Apports théoriques

- Les chercheurs et/ou les intervenants peuvent proposer des apports théoriques (concepts sociologiques, distinction des différents niveaux d'analyse, référence à d'autres recherche, etc.) permettant d'éclairer et de structurer les problématiques ;
- Les apports peuvent également être ceux d'interlocuteurs venant faire part de leurs expériences et représentations, amenant de la sorte les participants et interlocuteurs à confronter leurs représentations du métier ;

12 - Problématiques

A partir de l'organisation des convergences et divergences, les questions-clés qui émergent sont restructurées sous forme de problématiques à creuser.

Perspectives pratiques

13 - En particulier lorsque la recherche s'inscrit dans une perspective d'action, l'analyse débouche sur la formulation de perspectives et de propositions d'action.

14 – Evaluation

Etape 4 : Forum restitutf et participatif

Sur base de l'enquête-consultation et des analyses en groupe, il était initialement prévu d'organiser un forum restitutf et participatif. Adressé aux participants des analyses en groupe – avec possibilité d'élargir la participation -, il devait permettre, sur base de la restitution des enseignements de l'enquête-consultation et des analyses en groupe de mettre en débat les pistes et propositions pour la redéfinition de l'identité professionnelle des TMS. Bien que la date et le lieu en ait fixé – le 17 novembre à Bruxelles – et l'invitation adressée aux TMS qui avaient pris part aux analyses en groupe, ce forum a dû être annulé en raison du faible nombre d'inscriptions (6), de nombreux messages faisant état de l'impossibilité des un(e)s et des autres d'y participer (pour des raisons diverses : consultations, distance de déplacement, indisponibilité de collègues..). Ces différents motifs sont sans doute eux-mêmes révélateurs des spécificités et difficultés du métier, tout comme de l'engagement des TMS à l'égard de leurs missions de terrain.

Comme le but premier de ce forum était de communiquer et de débattre largement les premiers résultats avec les TMS, il conviendra de prévoir d'autres modalités de communication et de mise en débat des enseignements de la recherche avec les TMS.

Etape 5: Travail rédactionnel, synthèse analytique et pistes

Prenant en compte l'ensemble des sources mobilisées, la dernière étape a été celle de la rédaction du présent rapport de recherche.

4. Plan du rapport

Ce rapport est constitué de cinq chapitres

Le premier propose une perspective théorique et les concepts utiles pour appréhender les enjeux d'identité professionnelle ;

Le second rend compte, sur base de l'analyse des sources secondaires de l'ONE, du cadre historique et institutionnel du travail des TMS, présentant également une synthèse des recherches menées par le passé ;

Le troisième présente les résultats de l'enquête par questionnaire réalisée auprès des TMS, tout d'abord en présentant de manière exhaustive, les résultats en fréquences simples, ensuite en analysant dans quelle mesure les variables d'âge, d'ancienneté et de formation initiale sont corrélées à des positionnements différents, et enfin en dégagant différents « groupes types » au sein des TMS, sur base d'une analyse multivariée;

Le quatrième chapitre analyse les tensions du métiers à partir des analyses en groupe ;

Le cinquième chapitre livre les conclusions et recommandations.

II. Cadrage théorique : rôle et identité professionnelle

1) La construction des identités professionnelles dans les métiers de service et du *care*

Comment les travailleurs médico-sociaux de l'ONE envisagent-ils et définissent-ils leur rôle et leur fonction ?

Quelles sont les difficultés auxquelles ils sont confrontés dans leurs pratiques professionnelles avec les usagers et dans les contextes sociétal, institutionnel et organisationnel qui sont les leurs ?

Quelles sont les différentes postures identitaires adoptées et les pratiques professionnelles mises en oeuvre ?

Quelles sont les voies de construction et de redéfinition de l'identité professionnelle des travailleurs médico-sociaux ?

Au regard des questions centrales posées par cette recherche, il s'agit tout d'abord de prendre en compte les acquis des recherches en sociologie des professions et des organisations. Ces recherches mettent en évidence que c'est en première ligne, dans les relations entre les professionnels et entre les professionnels et les usagers que s'actualisent les institutions. L'action médico-sociale se fait au concret, dans les activités les plus routinières des travailleurs de terrain, dans les interactions les plus quotidiennes entre les agents et les gens. En cela, les travailleurs de première ligne ne peuvent pas être considérés comme des « exécutants », mais bien comme des « policymakers » - ceux qui font l'action publique.

Un axe de tension qui traverse et partage les professionnels de première ligne tient à l'équilibre, difficile à trouver entre le respect des règles et normes institutionnelles dont ils sont les garants et les agents, en particulier dans le cadre de missions de service public à vocation « universelle », et la prise en compte de la singularité de chaque « cas », de chaque situation, de chaque personne.

A un extrême, on trouve la figure du travailleur centré sur les règles institutionnelles. Que cela soit parce qu'il les partage et les assume ou parce qu'il estime qu'il n'a pas le choix, cet agent définira son rôle au regard des normes et des procédures de l'institution : il met l'accent sur l'efficacité et prodigue une aide selon des règles et des prescriptions. Il s'intéresse surtout aux résultats, qu'il obtient grâce à l'offre de service standard et en suivant des méthodes définies à l'avance.

« Dans leur prise en charge, ce sont les exigences du système qui dominent. Ces intervenants sociaux gardent donc une distance très claire à l'égard des clients. La relation de confiance est à peine développée. La plupart des contacts ont lieu au sein de l'organisme et les intervenants sociaux n'ont qu'un temps limité par client »³.

A l'autre extrême, on trouvera la figure du travailleur pour qui c'est la situation singulière de l'utilisateur qui est première. S'intéressant à l'enchevêtrement des problèmes et à la situation concrète de la personne, il se veut à l'écoute de ses besoins et de ses demandes. L'engagement dans la relation se veut personnel, cherchant l'établissement d'une relation de confiance. Il se positionnera en empathie avec l'utilisateur.

Comme l'observe Vincent Dubois, même dans un cadre strictement bureaucratique comme celui de l'accueil au guichet dans une caisse d'allocation familiale (en France), les agents disposent toujours d'une marge d'interprétation de leur rôle, pouvant alternativement mettre l'accent sur une personnalisation de leur fonction ou, au contraire, sur une mise en avant des dispositions formelles attachées à cette dernière.⁴

L'identité professionnelle des intervenants de première ligne dépend également du modèle organisationnel, tel que défini par le degré de standardisation et de division du travail.

Dans les analyses en groupe menées avec différentes catégories de travailleurs de première ligne de l'action sociale et de santé (infirmières hospitalières, assistants sociaux en CPAS, aides-familiales...), ceux-ci expriment, de manière récurrente, les frustrations générées par les menaces ou les atteintes à leur autonomie professionnelle. Les limites organisationnelles, la rigidité des procédures réglementaires ou informatiques, le manque de temps et de souplesse (fixation des rendez-vous, durée limitée et standardisée des entretiens...), la segmentation des tâches, des fonctions et des services, le contrôle dont ils ressentent que leur activité fait l'objet sont assez généralement perçus comme portant atteinte à leur professionnalité, et ce, au détriment de l'efficacité ou de la possibilité même de leur action avec leurs usagers.

Le poids du cadre organisationnel est particulièrement perceptible dans les grandes organisations, qui se sont historiquement structurées sur le modèle des « bureaucraties mécanistes » (importance de la ligne hiérarchique et du découpage horizontal du travail, volonté de standardisation des procédures et d'uniformisation des pratiques en référence à un cadre légal et réglementaire). Il faut toutefois relever que, dans le cadre de l'ONE, cette logique de gestion par

³ Driessens, Kristel en Van Regenmortel, Tine, (2006), Force du Lien contre la pauvreté. Sphère de vie et aide social en hulpverlening, Leuven, Lannoo Campus, p. 171-244.

⁴ Dubois Vincent, La vie au guichet, Relation administrative et traitement de la misère, Economica, collection Etudes politiques, Paris, 1998.

standardisation des procédures et indicateurs de gestion est à la fois complétée et en tension avec une logique de gestion par intégration culturelle (charte des valeurs, insistance sur dimensions éthique) que.

Comme de nombreux travaux l'ont montré, une des caractéristiques des organisations de service aux personnes est précisément la difficulté de standardiser le travail des opérateurs de première ligne. L'autonomie professionnelle au sein des « streets level bureaucraties » tient notamment au caractère inapproprié des règles et procédures standardisées pour qualifier des situations complexes et humaines échappant aux catégorisations prévues.

Leur action ne se réduit jamais totalement au rôle qui leur est prescrit, mais répond inévitablement à des formes de subjectivité liées à un aspect moral du travail.

Cette importance de la subjectivité des opérateurs de première ligne dans le traitement pratique, qu'ils effectuent en situation a déjà mise en évidence par J.M. Weller (1999) et V. Dubois (2001) à propos des guichetiers des administrations publiques en raison de l'incapacité des règles bureaucratiques à saisir dans toute leur complexité et leur épaisseur les situations des usagers. Est en effet souvent mise en évidence la faible influence de la hiérarchie et des objectifs de service sur les agents de première ligne (Lipsky, 1980).

- Tensions et incertitudes professionnelles

Dans une société « en crise et en mutation », les « travailleurs sociaux » - catégorie transversale recouvrant une diversité de *métiers* (assistants sociaux, éducateurs, médiateurs, agents psycho-médico-sociaux, accompagnateurs, aide-familiales, infirmières ambulatoires et hospitalières,), de *statuts* (fonctionnaires, contractuels...) et de *lieux d'activité et dispositifs* du secteur « social-assistanciel » (services sociaux publics et privés non-marchand) - se retrouvent en « première ligne » de la lutte contre l'exclusion sociale et en « dernier rempart » de la solidarité sociale. « Main gauche de l'action publique », leur activité les met en contact avec tous ceux qui, parce qu'ils n'en ont pas les ressources ou n'en respectent pas les normes, sont fragilisés et marginalisés par un jeu social dur, opaque et sélectif : familles en souffrance, allocataires sociaux, personnes malades ou handicapées, jeunes délinquants ou en difficulté, chômeurs, adolescents en échec scolaire...

D'une part, ils sont chargés de mettre en oeuvre la solidarité collective à l'égard des populations reconnues ou désignées comme à la marge, en vue d'en assurer l'intégration dans une société de plus en plus compétitive; d'autre part, de manière inhérente à leur rôle, ils sont chargés de les contrôler au respect des normes (sociales, comportementales, de protection de l'enfance...) des différentes institutions, et par delà, de l'ordre social, dont ils sont les agents salariés. A des degrés divers selon la nature de leur travail, ils sont à la fois des « passeurs » et des « gardes-frontières ».

En bonne partie, les définitions de leurs rôles se sont construites dans le cadre de l'Etat-providence et en référence au modèle culturel de la société industrielle. La définition de leurs missions, liées à la régulation des tensions sociales de l'industrialisation, faisait sens dans une société qui se modernisait et s'intégrait autour des valeurs du Progrès et de la Raison. Le poids central de l'éthique du travail y favorisait la légitimité d'un modèle d'action disciplinaire (la discipline et les disciplines), dont l'institution fermée (l'Ecole, le Home...) est l'expression la plus nette. La promesse d'une société progressivement pacifiée et réconciliée figurait également à l'horizon de leur action. De même, pendant longtemps, les revendications statutaires et d'affirmation professionnelle de ces différentes catégories ont pu être identifiées au progrès du bien commun. Il y avait une convergence objective entre le mouvement de professionnalisation de ces catégories, la satisfaction d'une demande sociale et l'extension de l'espace d'intervention de l'Etat.

Or, précisément, les conditions de l'intégration sociale de leurs publics, tout comme celles d'exercice de leurs métiers, connaissent de profondes transformations. Qu'est-ce qu'être « intégré » aujourd'hui ? Et par conséquent qu'est-ce qu'« intégrer » ? Les normes, les valeurs collectives, les modèles culturels qui légitimaient les pratiques du travail social connaissent des bouleversements importants. Les attentes et les besoins des publics de ces différents métiers se transforment, ainsi que le cadre et les conditions de travail de leurs travailleurs. Tantôt par petites touches, tantôt par ruptures brutales, au travers des transformations de leurs missions, de leurs modes d'intervention et de leurs pratiques de terrain, les travailleurs sociaux sont à la fois témoins, acteurs, et parfois les victimes des mutations de l'action sociale. Comme l'illustrent les propos de travailleurs sociaux recueillis lors d'une recherche que nous avons menée à propos de l'identité des travailleurs sociaux : « *On a du mal à se retrouver, faut-il tout faire, et se retrouver sans cesse surchargé, quelles sont les limites de notre rôle !* ». Dans cet entre-deux, entre d'anciens rôles devenus caduques ou trop étroits, et de nouveaux rôles aux contours flous, à des degrés divers, les métiers de l'intégration sont engagés dans un processus de changement de leur rôle.

- Rôle professionnel et identité professionnelle

Pour appréhender les identités professionnelles des travailleurs médico-sociaux, nous ferons référence aux concepts de « rôle professionnel » et d'« identité professionnelle ».

De manière opératoire, on peut caractériser un **rôle professionnel** par l'articulation, plus ou moins stabilisée ou conflictuelle, de quatre dimensions essentielles :

- une finalité ou **des finalités** qui lui donne(nt) son sens culturel. Un rôle social est tout d'abord défini par ses missions, les finalités et les objectifs qu'il poursuit;
- des savoirs (savoir-être, savoir-faire..) qui constituent les **compétences** de ceux qui l'exercent. Pour réaliser les finalités qu'il poursuit et donc pour remplir son rôle, l'agent met en oeuvre une série de conduites et de pratiques plus ou moins spécialisées, acquises par sa formation spécifique ou développée dans l'expérience;
- des rétributions qui confèrent un **statut professionnel et social** à ceux qui exercent ces compétences. En échange des compétences qu'il met en oeuvre, le détenteur du rôle reçoit des rétributions. Celles-ci peuvent être formelles ou informelles, matérielles ou symboliques, internes à l'institution où il exerce son rôle ou externes à celle-ci. Son statut sera ainsi plus ou moins élevé, et perçu comme « gratifiant » ou au contraire comme « ingrat »;
- une capacité d'imposer à d'autres les normes de leur rôle, c'est-à-dire une **autorité**. Un rôle social s'exerce par rapport à autrui (et en particulier par rapport aux usagers) dans des rapports sociaux où se pose la question de la légitimité. A partir de quand et dans quelles conditions l'intervention du TMS sera t'elle perçue comme *légitime* ?.

Parce qu'il nous implique comme sujet et qu'il nous met en relation avec autrui, l'exercice d'un rôle nous identifie aux yeux des autres et à nos propres yeux. En cela, l'exercice d'un rôle met toujours en oeuvre une identité sociale et professionnelle.

On peut dans une première acception définir l'identité professionnelle comme **l'ensemble des propriétés et des traits culturels (représentations, croyances, valeurs, discours, évidences partagées, ...)** qui caractérisent une **catégorie sociale et professionnelle**. L'identité apparaît dès lors comme la qualification du principe de cohérence d'une catégorie. On parlera ainsi de « l'identité professionnelle des éducateurs » ou de l'identité professionnelle des enseignants » en postulant que l'exercice d'un même rôle se traduit en caractéristiques spécifiques qui distinguent cette catégorie des autres.

L'identité professionnelle ainsi définie se rapproche des notions de « *culture professionnelle* » entendue comme le « stock » de connaissances, de savoirs, de représentations souvent implicites et parfois inconscientes qui organisent le rapport au monde spécifique d'une catégorie professionnelle; et d' « *idéologie professionnelle* » entendue plus spécifiquement comme le système de légitimation d'un groupe professionnel, c'est-à-dire la conception particulière du juste, du beau, du bien, du normal au travers de laquelle les membres de cette catégorie professionnelle se représentent eux-mêmes et se représentent la société. L'idéologie est d'autant plus efficace qu'elle tend à être vécue comme la représentation de la réalité elle-même.

Cette première définition de l'identité professionnelle se rapproche également de la définition de l'*habitus* comme « principe unificateur de pratiques et des représentations » d'une catégorie sociale. En proposant le concept d'*habitus*, Bourdieu cherche à rendre compte du principe explicatif sous-jacent à l'ensemble des propriétés statistiquement les plus attachées à un groupe social ou à une catégorie professionnelle. A propos des rôles professionnels, Bourdieu parlera plus spécifiquement de l'*éthos professionnel* comme « de l'ensemble de dispositions et des principes pratiques », généralement inconscients (par opposition à l'*éthique* qui est réflexive et explicite) qui orientent les représentations et les pratiques des agents de la catégorie considérée.

Toutefois, cette **définition culturaliste et objectivante de l'identité** comme un ensemble de caractéristiques communes à une catégorie **se heurte à trois limites**:

- Primo, elle **sous-entend une définition unitaire de l'identité et en postule la cohérence**. Si ce postulat peut correspondre à des sociétés traditionnelles, voire aux sociétés de la modernité industrielle, aux institutions de socialisation relativement stables et aux identités sociales et professionnelles fortement assignées, il se vérifie plus difficilement dans les sociétés contemporaines caractérisées par une plus grande instabilité des cadres de l'expérience, et par conséquent par l'expérience récurrente des tensions et des décalages identitaires. Si l'on parle aujourd'hui tellement des « malaises » identitaires, c'est bien parce que celles-ci ne trouvent plus des réponses évidentes et définitives. Sans doute, les individus, comme les groupes sociaux et professionnels, sont-ils en quête d'une relative cohérence, c'est-à-dire d'une *identité qui coïncide à elle-même et qui soit reconnue par les autres*, d'une « identité identique à elle-même » qui réponde à leurs besoins d'affirmation de soi et de reconnaissance sociale. C'est bien pour assurer cette relative cohérence identitaire que les individus déploient des stratégies, tentent de se faire reconnaître, revendiquent un statut, entrent en conflit, interprètent leur rôle d'une manière particulière, etc. Pourtant, au travers même de cette quête identitaire, l'expérience vécue des individus, dans l'exercice de leurs rôles sociaux et professionnels, est, à des degrés variables, celle de l'incongruence du « sentiment de ne pas être reconnu pour ce qu'ils sont », de l'écart entre ce qu'ils voudraient

être et ce qu'ils sont. Ces décalages entre le prescrit et le construit, entre le projeté et le vécu sont sources de tensions et d'incertitude, mais c'est également parce qu'il y a du « jeu » que les identités et les rôles ne sont pas figés et que le changement est possible. C'est parce que les individus *n'adhèrent pas totalement à leur identité* et que celle-ci ne *coïncide jamais exactement aux attentes sociales* qu'ils peuvent être *sujets et acteurs*. L'individu est sujet en tant qu'il gère en permanence son identité pour lui et vis-à-vis des autres. Il est acteur en tant qu'il s'engage dans des stratégies d'action et dans des relations vis-à-vis d'autrui.

- Secundo, cette définition de l'identité comme attribut d'un groupe professionnel prend peu en compte la **dimension relationnelle de la construction de l'identité**. La construction de l'identité professionnelle est un processus relationnel et intersubjectif par lequel l'image de soi se constitue en relation avec le regard d'autrui. Il n'y a d'identité que *relationnelle* dans la mesure où définir son identité revient à établir de la différenciation avec les autres et à construire son identité en fonction des attributions identitaires provenant des autres significatifs. Comme l'indique Claude Dubar⁵, l'identité sociale s'établit au sein d'une *transaction relationnelle*. Les identités professionnelles se construisent dans les rapports de pouvoirs et les interactions entre acteurs au travers du jeu de la reconnaissance et de la différenciation, du prestige et du mépris, des gratifications et des sanctions, qui même quand elles sont matérielles (salaire, bureau ..) sont toujours *symboliques, c'est-à-dire porteuses de significations*. Les travaux de Sansaulieu⁶ sur les identités au travail ont ainsi bien montré comment les relations de pouvoir et les différentes manières de les gérer sont au coeur de la constitution des différentes formes d'identité au travail : de *retrait* (incapacité de les affronter), de *négociation* (établissement de compromis collectifs), de *fusion* (opposition collective sans compromis), et d'*affinité* (contournement individuel).
- Tertio, une **définition objectivante de l'identité ignore la capacité réflexive des sujets**. L'identité ne s'établit pas seulement dans le rapport entre soi et les autres, elle se définit aussi dans *le rapport à soi*, dans le retour réflexif et dans la conscience de soi par lesquels un sujet a le sentiment de sa propre individualité (« je suis moi », « nous sommes cela »), de sa singularité (« je suis/nous sommes différent(s) des autres ») et d'une continuité dans l'espace et dans le temps. Ainsi, à l'idée de *transaction relationnelle* où l'individu négocie son identité sociale dans ses relations avec les autres, Claude Dubar ajoute le principe d'une *transaction biographique* où l'individu négocie pour lui-même son identité en référence à ses identifications antérieures et à ses projections d'avenir.

En prenant en compte cette triple caractéristique **de l'identité comme une activité en tensions qui se construit comme rapport à soi dans les relations avec autrui, on peut redéfinir l'identité professionnelle comme la façon d'élaborer du sens pour soi dans la multiplicité des rapports sociaux liés au rôle**. Bref, l'identité, c'est la manière dont un individu ou un groupe social se désigne et répond à la question du « qui suis je ». Mais cette élaboration ne se produit pas dans le vide social. Elle s'effectue à partir des multiples assignations identitaires dont le rôle concerné est l'objet et qui lui signifient « qui il est ».

En cela, la construction de l'identité est toujours un travail de l'individu en tant qu'il est sujet - dans son rapport à lui-même- et en tant qu'il est acteur - dans ses rapports aux autres. Les identités, qu'elles soient personnelles ou liées à l'exercice d'un rôle social particulier, sont rarement acquises une fois pour toutes (et une fois qu'elles le sont, elles sont d'autant plus menacées dans leur cohérence). Elles sont **en permanence mises à l'épreuve** dans les relations avec autrui et en fonction de la propre dynamique du sujet (sa trajectoire personnelle, ses expériences). L'identité sociale d'un individu, d'un groupe social ou d'une catégorie professionnelle est ainsi toujours en quête d'elle-même; les individus devant sans cesse déployer une activité subjective et relationnelle pour articuler des tensions et des contradictions qui menacent le sentiment d'unité et de continuité de soi⁷. On peut ainsi, avec Ricoeur, **parler de l'identité comme un processus narratif** visant sans jamais totalement y parvenir à établir l'unité de soi. En cela, plutôt que de l'« identité », nous parlerons de travail identitaire ou de mode de gestion relationnelle de soi.

- Métier, licence et mandat

Pour préciser et rendre compte de cette construction des rôles et des identités professionnelles, on peut aussi faire référence aux concepts de **métier**, de **profession**, de **licence** et de **mandat**, tels que les proposent Hughes⁸.

⁵ DUBAR Claude, La socialisation : paradigmes, méthodes et implications théoriques, in FRANCO B. et MAROY C. (éd.), Formation et socialisation au travail, De Boeck Université., 1996, pp. 25 à 40.

⁶ Francfort I., Osty F., Sainsaulieu, R., et Uhalde, M., (1995)., *Les mondes sociaux de l'entreprise*, Paris, Desclé de Brouwer.

⁷ DUBET F., Sociologie de l'expérience, Paris, Seuil, 1994

⁸ HUGHES E.C. (1996), *Le regard sociologique*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.

En sociologie des professions, le **métier** fait référence à une manière d'être, à une pratique, des savoirs issus d'un apprentissage par l'expérience qui s'inscrit dans une culture issue d'une histoire commune. « On peut dire qu'une **profession** existe lorsqu'un groupe de gens s'est fait reconnaître la **licence** exclusive d'exercer certaines activités en échange d'argent, de biens ou de services. Ceux qui disposent de cette licence, s'ils ont le sens de la solidarité et de leur propre position, revendiqueront un **mandat** pour définir les comportements que devraient adopter les autres personnes à l'égard de tout ce qui touche à leur travail. LICENCE et MANDAT constituent les manifestations premières de la division morale et sociale du travail ; c'est-à-dire des processus de répartition des différentes fonctions entre les membres de la société » (Hughes, 1996).

Dans le même sens, « la **professionnalisation**, c'est l'évolution d'une pratique qui obéit à des règles de plus en plus strictes, de mieux en mieux codifiées. Le professionnel s'oppose à l'amateur, ce qui signifie aussi le passage d'une polyvalence mal circonscrite à une spécialisation de plus en plus pointue et exigeante. Il y a professionnalisation lorsqu'il y a prise de conscience et défense d'une spécificité qui découle de la spécialisation »⁹. En ce sens, la professionnalisation tend à apparaître comme un l'aboutissement souhaitable d'un processus d'autonomisation d'une catégorie sociale qui se définit par son activité. Etre reconnu ou non comme « professionnel » est un enjeu important des luttes de classement et de reconnaissance.

Dans une perspective interactionniste, Hughes met bien en évidence les divers procédés par lesquels les agents décrivent et construisent leur identité professionnelle, le sens de leur métier et ou de leur profession :

- 1) des **procédés narratifs** (en racontant l'histoire du métier ou de la profession : « Avant, l'infirmière de l'ONE... »)
- 2) des **procédés symboliques** (en procédant par analogie, en recourant à des images : (« nous sommes comme des médecins généralistes », « nous posons un diagnostic global »,...))
- 3) des **procédés de territorialisation** (en traçant les limites, les bornes du métier) (« Nous ne sommes pas là pour donner des solutions toutes faites ; nous sommes là pour aider les personnes à en chercher... »)

2) Perspective d'analyse : les modes de gestion des identités professionnelles

Prenant en compte ces apports conceptuels et de la recherche, pour aborder et analyser l'enjeu de identité professionnelle des TMS, nous mobiliserons de manière souple le cadre d'analyse de la gestion relationnelle de soi ».

En effet, il s'agit de reconnaître que le rapport au rôle et à l'identité professionnelle est à la fois d'*intérieurisation* et de *distanciation*, de *socialisation* par lequel le travailleur fait sienne les attentes et les normes de son rôle et de *subjectivation* par lequel il en construit le sens, d'*acquisition d'un éthos* et de *construction d'une expérience*. Les individus ne sont pas seulement les porteurs inconscients de leur identité professionnelle, ils sont aussi les producteurs de celle-ci.

La théorie de la gestion relationnelle de soi¹⁰ est une tentative, parmi d'autres, pour articuler différents concepts et paradigmes en vue de "*penser ensemble la détermination des pratiques individuelles par les conditions sociales passées et les positions sociales présentes, tout en y associant l'idée d'une construction active, indéfinie et relativement imprécise d'une identité qui soit acceptable pour soi et reconnue par les autres, et en prenant le plus grand compte de la nécessité de transiger cette reconnaissance, au sein d'un système concret de règles, avec des partenaires inégalement dotés de pouvoirs*".

1—Dans la définition de son rôle professionnel, chaque individu est soumis **aux influences sociales que les autres exercent sur lui** : dans toutes les relations sociales qu'il implique l'exercice de son rôle (vis-à-vis des usagers, des collègues, de la hiérarchie, de ses différents interlocuteurs...), il est soumis à l'action des autres sur lui. Il subit, à des degrés variables, leur autorité, leur influence et leur pouvoir. Ce conditionnement revêt deux modalités :

— les autres (la hiérarchie, l'institution, les collègues, les partenaires et même les usagers) font savoir à l'individu ce qu'ils attendent de lui dans l'exercice de son rôle, ce qui est normal, souhaitable, légitime, tabou : tout individu reçoit ainsi les sens culturels que les autres lui proposent (représentations, normes, valeurs, idéologie, modèle culturel), qui constituent les structures de sens, et forgent ainsi les attentes multiples à l'égard de son rôle

⁹ GUILLAUME Pierre (sous la dir.de), *La professionnalisation des classes moyennes*, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine, 1996. Les différentes contributions s'attachent ainsi à retracer le mouvement de professionnalisation de différentes catégories au 19ème et 20ème siècle, que cette professionnalisation soit reconnue (notaires, banquiers, journalistes,...) souhaitée (les policiers en Angleterre au 19ème, les milieux culturels en France dans les années 1980, les institutrices maternelles) ou imparfaite et menacée (les travailleurs sociaux aujourd'hui, les animateurs socio-culturels, les transporteurs routiers...).

¹⁰ La théorie de la gestion relationnelle de soi a fait l'objet une première élaboration à propos de la construction des identités personnelles des jeunes, Bajoit G. et Franssen A., *Les jeunes dans la compétition culturelle*, Paris, PUF, 1995 et a ensuite été développé comme cadre d'analyse des identités professionnelles.

— les autres lui imposent aussi des contraintes sociales et matérielles (ressources sociales, économiques, culturelles limitées, obligations, coercitions, sanctions (blâme, licenciement,...) : il reçoit les contraintes qu'ils lui imposent (structures de contrôle), définissant ainsi les limitations de ses rôles.

Ces attentes et ces limitations, qui varient en fonction du modèle culturel, vont définir le rôle professionnel que l'individu est amené à remplir.

2 — Au cours de son expérience relationnelle vécue dans l'exercice de ses rôles sociaux, **le travailleur expérimente des incohérences, des contradictions**. Il peut éprouver des contradictions entre les attentes et les limites auxquels il est soumis (rôle impraticable), ou entre les différentes attentes (rôle paradoxal ou contradictoire).

On peut ainsi identifier deux sources principales de tensions :

- Les contradictions dans le rôle peuvent être liées à des attentes et exigences contradictoires qui pèsent sur le rôle ;
- Elles peuvent être liées à un conflit entre le rôle assigné par les autres et le rôle projeté par l'individu ;

Ces tensions sont inhérentes à l'expérience subjective et relationnelle de l'individu, mais elles peuvent être plus ou moins accentuées par le contexte d'exercice de leur rôle. En particulier, un contexte de changement, par la transformation du rôle qu'il implique, favorise l'émergence de tensions qui affectent l'identité professionnelle et, par delà, personnelle de l'individu. Qu'il soit obligé de renoncer à certaines de ses attentes à cause de ses limites ou à cause d'autres attentes, ou que, pour les satisfaire, il doive lutter plus ou moins durement contre les autres ou contre lui-même, il en résulte toujours, à des degrés divers, des tensions identitaires. Son identité sociale (son « moi » social) et personnelle (son « je » individuel) sont mises en question par les tensions dans l'exercice de son rôle : ces tensions, en mettant en cause ce qu'il veut, menacent ce qu'il est (au risque de la rupture professionnelle et personnelle : quand les tensions sont trop fortes, l'individu peut « craquer burn-out, dépression, stress...).

3 — **L'individu gère ces tensions identitaires** : il s'efforce de défendre, d'adapter, de reconstruire et de sauver constamment son identité sociale et personnelle. Pour ce faire, il traite ses tensions identitaires, en faisant appel à ses ressources psychiques. A l'action des autres sur lui, il répond d'abord par son action sur lui-même, c'est-à-dire par le travail du "soi" sur les tensions, afin de restaurer une cohérence, même provisoire, de son identité sociale (son « moi » social) et personnelle (l'uni(cité) du "je").

Ce travail du "soi" fait appel à trois types de ressources essentielles : l'accommodation, la distanciation et la projection.

- Les stratégies d'*accommodation* sont celles par lesquelles un individu ou une catégorie construit la légitimité de son rôle et tente de se donner une identité fière. Chaque acteur social tend à mettre en avant les caractéristiques positives de son rôle et à (se) voiler ce qui le remet en question. Il s'agit en quelque sorte des « histoires que l'on se raconte »
- Les stratégies de *distanciation* constitue au contraire « les questions que l'on se pose ». Quel que soit son degré d'adhésion à l'idéologie de son rôle, les individus ont toujours une capacité de distanciation par rapport à leur rôle. Ils se racontent une histoire, mais ils se « se posent aussi des questions ».
- Les stratégies de *projection* (dire qui on est). C'est bien parce que qu'ils ne sont pas totalement intégrés, ni totalement extérieurs à leurs rôles professionnels, que les individus peuvent poser des choix identitaires par lesquels ils définissent ce qu'ils sont.

Ainsi, par ce travail identitaire sur ses représentations et le sens de son expérience, l'individu se produit comme *sujet* de son identité, mais aussi....

4— ... comme **acteur social** de son rôle. Pour réaliser l'identité professionnelle et personnelle qui résulte de ce travail de gestion de soi, l'individu élabore ses actions sur les autres. A cette fin, il mobilise d'autres ressources psychiques : *l'identification sociale* (envers les mêmes que lui) et la *différenciation sociale* (envers les différents de lui). Ce faisant, l'individu s'engage dans des stratégies de solidarité et d'échange, qui lui permettent d'agir sur les autres, afin de réaliser concrètement son identité, en réalisant ses attentes. Par ce travail relationnel, en déployant des stratégies d'action et en agissant sur les autres, il tente de consacrer ou de modifier les rapports sociaux qui établissent son rôle. Il participe ainsi aux relations sociales en tant qu'acteur.

5 - La manière dont les individus articulent ce travail identitaire (travail du sujet sur le sens et les références) et ce travail relationnel (stratégies d'action de l'acteur) pour gérer ses tensions donne lieu à **différents modes de gestion relationnelles** de soi.

On peut définir le mode de gestion relationnelle de soi (ou mode de gestion identitaire) comme l'ensemble des stratégies à la fois pratiques (l'individu se comportant en situation) et discursive (ce qu'il dit de ses pratiques), relationnelles (dans les relations avec les autres) et personnelles (dans son rapport à soi), conscientes ou inconscientes par lesquelles l'individu tente de résoudre les tensions de son expérience pour répondre à la fois à son besoin d'affirmation de soi et à la quête de reconnaissance.

Ce travail de gestion relationnelle de soi a une *dimension individuelle*, mais dans la mesure où il est effectué par une pluralité d'individus partageant une expérience commune du rôle et des tensions identitaires, il prend aussi la forme d'une

élaboration collective par laquelle une catégories sociale déterminée (re)définit son identité professionnelle et met en oeuvre des stratégies d'action pour la faire reconnaître.

L'objet de cette recherche consiste précisément à identifier, concrètement, les contradictions auxquelles sont soumis(e)s les travailleurs/euses médico-sociaux/ales de l'ONE, les tensions identitaires qui en résultent, les caractéristiques du travail identitaire et des stratégies d'action mises en oeuvre, et la manière dont ces stratégies participent ainsi à la redéfinition de leur(s) rôle(s) et de leur(s) identité(s).

En abordant l'analyse des rôles par les tensions identitaires, il ne s'agit nullement de reporter sur les individus la charge du « malaise » ou de « psychologiser » l'analyse . Au contraire, les tensions identitaires, vécues subjectivement, se jouent toujours dans des rapports sociaux, dans un cadre organisationnel et dans un contexte de société.

C'est en cela que l'analyse des identités professionnelles doit permettre de « remonter » aux rapports sociaux auxquels le rôle participe. L'analyse des tensions identitaires est ainsi un révélateur des transformations et des mutations des rôles professionnels.

III. Histoire, contexte institutionnel et organisationnel des TMS

Ce chapitre sur base de l'analyse de l'analyse des sources secondaires internes à l'ONE. Il vise à décrire et à analyser le cadre institutionnel et organisationnel dans lequel se déploie le travail des travailleurs médico-sociaux de l'ONE. Sans prétendre retracer l'histoire séculaire de l'ONE, nous rappellerons tout d'abord les grandes étapes de l'évolution politique et institutionnelle de l'ONE depuis la communautarisation de 1983. Nous verrons que les interrogations sur le métier de TMS ne sont pas récentes et ont déjà fait l'objet de plusieurs recherches dont nous présenterons une synthèse des enseignements et recommandations. Sur base du rapport d'activité 2014 de l'ONE, seront ensuite présentées les données relatives au profil des TMS, des médecins et des volontaires (à propos desquels une recherche a également été menée), ainsi que les données relatives à l'offre de service d'accompagnement de l'ONE.

1. Evolution politique et institutionnelle : les grandes étapes

Depuis sa création en 1919, l'œuvre Nationale de l'Enfance, rebaptisée en 1983, l'Office de la Naissance et de l'Enfance, suite à la communautarisation des matières dits personnalisables (enseignement, recherche, culture, promotion de la santé, aide à la jeunesse et les matières confiées à l'ONE), l'ONE bien qu'établissement public – cc'est-à-dire une institution publique dotée de la personnalité juridique et qui a pour objet un service d'utilité générale – et disposant d'une large autonomie de gestion, a vu le développement de ses missions de prévention médico-sociale intrinsèquement lié à celui des œuvres et/ou mouvements sociaux, féminins ou d'éducation permanente. Ou, comme le soulignait l'Administrateur général de l'ONE à l'occasion des Etats généraux de l'Enfance en 2012, « *dès sa création, cet OIP établit son intervention dans une logique de subsidiarité. Ce qu'il signifie qu'il encourage les initiatives locales (aides financières) et leur fixe un cadre de fonctionnement (agrément). (...) Les acteurs locaux publics, associatifs ou encore privés, sont depuis considérés comme des partenaires essentiels des politiques menées par l'Office. De même l'Office est soutenu dans ces missions par l'investissement de plus de 4000 bénévoles qui oeuvrent au quotidien pour favoriser l'accompagnement et l'accueil des enfants et de leurs parents.* »¹¹ Ainsi, si les actions de l'Office, qui fêtera son centenaire en 2019, n'ont eu de cesse d'évoluer au rythme des besoins des familles et des évolutions sociétales, ses missions s'inscrivent dans la continuité temporelle qu'incarne par excellence le trio de la consultation pour nourrissons/enfants composé, aux yeux du public, « du médecin de l'ONE, de l'infirmière de l'ONE et de la dame de l'ONE ».

1.1 1983 : création de l'Office de la Naissance et de l'Enfance

Suite à la fédéralisation de l'Etat belge, le décret de la Communauté française de 1983 portant la création de l'ONE¹² prolonge et élargit la mission première de lutte contre la mortalité infantile et maternelle en attribuant à l'institution la mission « d'encourager et de développer la protection de la mère et de l'enfant », en s'intéressant « spécialement à ceux qui courent des risques particuliers ». Au-delà des objectifs de santé publique, le décret mettait aussi l'accent sur l'accompagnement des futurs parents du triple point de vue médical, social et psychologique ainsi que sur le soutien à la parentalité. En conséquence, en 1985, l'Office agréé et subventionne des équipes pluridisciplinaires appelées « équipes SOS enfants ». Leur rôle est d'intervenir dans les situations de maltraitance, d'abus sexuel ou de négligence grave pendant la grossesse et chez tout enfant jusqu'à l'âge de 18 ans. Ces équipes, composées d'assistants sociaux, de psychologues, de médecins et de juristes sont actuellement au nombre de 15 et couvrent l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles. En outre, l'ONE a porté son attention sur la qualité des interventions des travailleurs médico-sociaux (TMS) qui, en tant que travailleurs de terrain de 1^{ère} ligne, en contact étroit et régulier avec les familles, sont le garant de l'image de l'institution auprès du public. Ainsi, en 1987-1988, le Service de Formation Professionnelle de l'ONE réalise l'étude « Analyse des besoins de formation » qui résulte en la création du dispositif de formation à l'entrée des TMS au début des années 90. Dans la même optique de pilotage de la qualité des interventions, l'ONE crée en 1983 la Banque de données médico-sociales (BDMS). Au fil de son développement, elle est devenue un outil indispensable de monitoring et d'(auto)évaluation des politiques menées, pour satisfaire les missions définies.

La BDMS permet aux équipes de terrain d'apprécier rapidement l'efficacité et l'adéquation des actions, d'où l'outil

¹¹ Note d'intention de Benoît Parmentier, Administrateur général de l'ONE et président de séance du séminaire des Etats généraux de l'Enfance "Comment promouvoir le développement de l'enfant comme sujet en développant les partenariats ?", 27/03/2012, p. 56

¹² Ministère de la Communauté française, Décret portant création de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE), 30 mars 1983 (Moniteur belge du 30 juin 1983)

d'orientation des choix dans les domaines pré- et périnatal. Les indicateurs de santé et socio-économiques récoltés reflètent également la préoccupation de l'ONE à apporter une attention particulière aux populations les plus défavorisées (lutte contre les inégalités liées à la santé) sans négliger l'objectif fondamental d'un service universel ouvert à tous.

Ces données récoltées par les Travailleurs médico-sociaux (TMS), les médecins, les sages-femmes et, de plus en plus par les puéricultrices et infirmières des milieux d'accueil, sont encodées au niveau des administrations subrégionales par des agents assermentés qui font un premier contrôle de la qualité des informations avant le traitement et l'analyse par les membres de la cellule BDMS au sein de la Direction Etudes et Stratégies de l'ONE. La BDMS répond à des exigences de secret professionnel et de confidentialité strictes qui sont garanties par un Médecin Directeur - maître de fichiers.

1.2 2002 : décret portant réforme de l'ONE

Au début des années 2000, un vaste plan de réforme du mode de fonctionnement de l'ONE est élaboré sur base d'une analyse institutionnelle. « Parmi les recommandations établies, l'analyse pointait, entre autres, une clarification des missions de l'Office, une révision de la structure organisationnelle et une professionnalisation de la gestion des ressources humaines. »¹³ Le décret portant Réforme de l'ONE, promulgué le 27 juillet 2002¹⁴, fait de l'ONE l'organisme officiel de référence de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour toutes les questions relatives à l'enfance, aux politiques de l'enfance, à la protection de la mère et de l'enfant, à l'accompagnement médico-social de la (future) mère et de l'enfant, à l'accueil de l'enfant en dehors de son milieu familial et au soutien à la parentalité. Un Contrat de gestion pluriannuel est conclu entre le Conseil d'administration de l'ONE et le Gouvernement. Les missions de l'ONE sont clarifiées et articulées autour de principes d'action, de missions de base, de missions opérationnelles et de missions transversales. Les 4 principes d'action sont explicités : service universel, gratuit et sur base volontaire, complété d'actions prioritaires en direction des publics défavorisés (suivi renforcé), travail en partenariat et mise en réseau des actions. Les deux missions de base sont, d'une part, l'accompagnement de l'enfant dans son milieu familial et son environnement social, qui se traduit en l'organisation de consultations prénatales (CPN), de consultations pour enfants (CE), de visites à domicile (VAD), le suivi des équipes SOS enfants et, d'autre part, l'accueil de l'enfant en dehors du milieu familial. Les missions transversales sont le soutien à la parentalité, l'éducation à la santé, l'information des parents et des futurs parents, la formation et l'accompagnement des acteurs de terrain.

En corollaire à la spécialisation en deux "piliers", s'opère une spécialisation des métiers relevant de chacun de ces deux secteurs. D'un côté, la fonction de contrôle des milieux d'accueil évolue vers un rôle d'accompagnement et de soutien pédagogique, privilégié à celui d'inspection qui prévalait jusque là. Pour marquer le changement, on parlera désormais de Coordinateurs accueil (m/f). D'un autre côté, la fonction de Travailleur médico-social (TMS) se reconcentre sur l'accompagnement des familles, soutenue hiérarchiquement par les Coordinateurs accompagnement (m/f) et regroupée en équipe. Avec le plan de relance, l'ONE est également invité à se moderniser en prenant mieux en compte la nécessité d'un rapprochement avec le terrain. Ainsi, les services subrégionaux sont étoffés par l'introduction d'une fonction de Coordinateur subrégional et le rôle des comités subrégionaux est renforcé. Ces comités constituent des organes de gestion décentralisés venant en appui au CA, ils prennent les décisions relatives à l'octroi ou au retrait d'autorisation de l'ensemble des services des milieux d'accueil, remettent un avis sur l'agrément des consultations dans le secteur de l'accompagnement et agréent les projets santé parentalité. Pour conforter le rôle de référence en matière de politique de l'enfance, le rôle du Service études, comme celui des organes d'avis est réaffirmé. Quant au service du personnel, il évolue vers un service du développement des ressources humaines. Cette professionnalisation implique le recours à des outils de gestion des ressources humaines et la mise sur pied d'une politique de développement des compétences.

1.3 2004 : Réforme des consultations pour enfants

En 2004, l'ONE a entrepris la réforme des consultations pour enfants¹⁵ afin de redynamiser le secteur représentant l'activité la plus ancienne de l'ONE. Cette réforme réaffirme deux options fondamentales : la première est la nécessité d'offrir un service médico-social de qualité accessible à tous les enfants et à leur famille qui précise notamment à chaque âge clefs les différents examens à réaliser. La seconde marque la volonté de maintenir des services de proximité, adaptés aux réalités locales. Chaque consultation est ainsi tenue de mettre en place un projet où le travailleur médico-social (TMS), le médecin et les volontaires s'associent pour développer des activités de prévention, de promotion de la santé et de soutien à la parentalité au bénéfice de la population, avec une attention particulière pour les familles les plus vulnérables. Il s'agit des projets santé-parentalité (PSP), prévu sur 5 ans, qui incluent :

¹³ Note d'intention de Benoît Parmentier, op cit, p. 57

¹⁴ ref décret 2002

¹⁵ Arrêté du gouvernement de la Communauté française portant réforme des consultations pour enfants, 9 juin 2004

- L'organisation d'un service universel, basé sur le programme d'accompagnement préventif pour le bien être de l'enfant, pour tous les enfants de 0 à 6 ans accomplis fréquentant la structure ;
- Un suivi renforcé pour els enfants ayant des besoins spécifiques correspondant aux situations de vulnérabilité définies par l'ONE ;
- Des activités collectives de soutien à la parentalité, de promotion de la santé et de prévention médico-sociale pouvant être menées en partenariat avec d'autres services sociaux, médicaux ou médico-sociaux. Ces activités doivent être adaptées à la population desservie et sont concrétisées chaque année dans un programme annuel d'activités (PAA).

1.4 Charte du Management

En 2008, l'ONE a entrepris une démarche d'amélioration de sa gestion des ressources humaines en vue de l'obtention et du maintien du label reconnu internationalement « Investors in People », qui vise une amélioration des performances d'une organisation par le biais du développement de son personnel. L'ONE s'est dotée d'une Charte de Management qui définit des objectifs stratégiques et opérationnels communs aux différentes structures réparties sur le territoire de la FWB afin d'accroître en quantité et en qualité « l'offre métier » en matière d'accompagnement médico-social. L'ONE s'est ainsi attachée à définir une culture institutionnelle, « une culture ONE », en explicitant les 5 valeurs fondamentales que sont : la qualité, la bienveillance, l'équité, l'éthique et la continuité, sans hiérarchie entre elles, qui fondent l'identité de l'Office. « Les valeurs de qualité, de bienveillance, d'équité, d'éthique et de continuité qui fondent la «culture et l'identité» de l'Office, demeurent le socle sur lequel repose l'action des agents : elles sont fédératrices et porteuses de sens. »¹⁶ L'ONE a obtenu le label « Investor in People » en 2010.

1.5 2012 : Les Etats généraux de l'enfance

Le Contrat de gestion 2008-2012 de l'ONE prévoit que l'institution soit attentive à son pilotage en s'appuyant sur plusieurs moyens : tableau de bord, démarches d'autoévaluation et d'audit, rapport d'activités ainsi que, mise en débat public d'un certain nombre d'orientations sous la forme d'« Etats généraux de la petite enfance ». Ceux-ci ont consisté en l'organisation en 2012 de 3 séminaires thématiques, à visée prospective : le premier sur la diversité sociale des familles, le deuxième sur le renforcement des relations entre les services et les familles, et le troisième sur favoriser les partenariats, et ont résulté en la rédaction d'une note de synthèse, en la formulation de 14 recommandations et en la définition de 3 orientations structurantes pour le prochain contrat de gestion : « chercher à corriger activement les inégalités de situations et de chances ; promouvoir la diversité et la mixité sociale et culturelle ; promouvoir la liberté du sujet en limitant notamment la « logique utilitariste » dans la dimension éducative et en faisant alliance avec tous les partenaires pouvant partager cette orientation. »¹⁷.

1.6 Le contrat de gestion 2013-2018

La préoccupation pour le renforcement de la professionnalisation est au cœur du Contrat de gestion 2013-2018 comme en attestent l'intitulé des deux grands axes stratégiques, et des sept objectifs stratégiques, qui orientent les missions et les actions de l'Office.

1. accroître en quantité et en qualité l'offre métier au bénéfice des enfants et de leur famille :
 - accroître la qualité et l'efficacité des services «accompagnement» ;
 - augmenter l'offre et la qualité de l'accueil (0-3 et 3-12 ans) ;
 - développer le soutien à la parentalité et des actions transversales ;
2. optimiser le management :
 - adopter un mode organisationnel alliant professionnalisation et transversalité ;
 - maximiser la production ;
 - assurer une meilleure cohérence institutionnelle ;
 - assurer une meilleure visibilité et affirmer son identité.

En termes de renforcement des équipes TMS, le contrat de gestion prévoit en son article 15, de s'adjoindre, premièrement, « dès 2016 les compétences de TMS pour atteindre 12 postes supplémentaires en 2018 » ; deuxièmement, « les compétences de coordinateurs accompagnement chargé de l'encadrement des TMS pour leur permettre d'assurer une supervision directe rapprochée et ainsi renforcer le management de proximité. Le nombre de coordinateurs est augmenté de 2 postes en 2016, 1 en 2017 et 1 en 2018 » ; troisièmement, « en 2016 les compétences de 2 responsables régionaux des

¹⁶ CG, p.9

¹⁷ G. Bazier, DES-ONE, J. Blairon (RTA), Conclusion des 3 séminaires exploratoires, présentation powerpoint

coordinateurs pour assurer l'encadrement direct et rapproché des coordinateurs. »¹⁸

La réduction des inégalités sociales constituant une finalité essentielle de l'action de l'Office, le Contrat de gestion prévoit en son Art. 29 qu'il affecte, à cet effet, « *une partie des prestations de TMS sur la base du service universel et une autre partie sur la base de discriminations positives qui sont mises en œuvre dans des communes choisies sur la base de critères objectifs. La répartition actuelle est de 80 % pour le service universel et 20 % pour les discriminations positives. L'Office fera évoluer ces pourcentages vers, respectivement, 75 % et 25 %. L'Office évalue la pertinence des critères de répartition des TMS et détermine, le cas échéant, de nouveaux critères. »¹⁹*

En termes de renforcement de la professionnalisation, le contrat de gestion prévoit à l'art. 164 « *la réalisation d'une recherche sur l'identité professionnelle en lien avec les métiers de l'Office afin de mieux adapter les postures professionnelles aux attentes des parents et des valeurs prônées par l'Office. La recherche doit comprendre d'une part les représentations et attentes des parents à l'égard des professionnels et d'autre part les mécanismes qui interviennent dans la construction de l'identité professionnelle des différents acteurs (professionnels et volontaires) à l'Office »²⁰. Cette préoccupation pour la professionnalisation concerne aussi bien les agents de l'ONE que les volontaires, le Contrat de Gestion prévoyant à l'Art. 185. §1, la mise en oeuvre « *d'une politique de gestion des compétences pour le personnel et les volontaires par l'acquisition et le développement d'outils (logiciel de compétences, profils de compétences, etc.) afin de renforcer les processus existants en matière de recrutement/sélection, évaluation, mobilité interne, stabilisation et formation du personnel (y compris celle des volontaires). Cet outillage permettra d'identifier les socles de compétences communs favorisant une mobilité au sein d'une famille de fonction et/ou entre différentes familles de fonctions. »²¹ Le contrat de gestion précise que le développement des outils de gestion RH doit viser à garder le label « Investor in people » obtenu par l'Office en janvier 2011.**

Pour ce qui concerne les TMS, le renforcement de leurs compétences professionnelles via la formation à l'entrée et la formation continuée, le contrat de gestion prévoit dans la Section 2.2. - Outils de gestion des ressources humaines, qu'une attention particulière soit accordée « *au personnel TMS (formation à l'entrée en fonction et continuée) pour tenir compte du fait qu'un tiers de son personnel TMS sera renouvelé dans les 10 à 15 ans à venir, en vue du maintien de la qualité du service offert aux enfants et aux familles », que « ce dispositif de formation des TMS s'articulera sur le référentiel de compétences énoncé à l'article suivant en ce qui concerne le métier de TMS », et que « le dispositif du tutorat des nouveaux TMS sera maintenu et, selon les moyens disponibles et après évaluation, il sera renforcé. »²² En termes prospectifs, en matière de profil de recrutement à la fonction de TMS, il est intéressant de noter que le contrat de gestion prévoit en son article 14 « *qu'en collaboration avec l'Office, le Gouvernement envisagera les possibilités de développer au sein de l'Office et/ou en partenariat la formation en périnatalité et petite enfance en cohérence avec la réflexion poursuivie à l'Article 123. »²³**

L'informatisation des agents de terrain est une priorité du Contrat de gestion qui « doit mener à une simplification administrative permettant aux TMS d'augmenter la qualité de leur métier. L' »informatisation doit amener aussi une rationalisation des encodages dans les consultations et une meilleure exploitation des données. Pour les CPN, cela passe par la récupération des données dont disposent les hôpitaux.²⁴ »

Par ailleurs, pour ce qui concerne la collaboration avec les volontaires, le contrat de gestion prévoit à l'art. 33 l'accroissement du budget destiné au développement de la formation continue des volontaires de consultations, via un programme de formation notamment lié aux activités coin lecture, éveil musical, accueil et gestion administrative et comptable de la consultation. A l'art. 34 il recommande « *la réalisation d'une étude sur les profils et les attentes des volontaires en vue de déterminer les meilleures formes de soutien et de promotion du volontariat au sein de l'Office »* et il préconise, à l'art. 35, « *l'organisation en 2016 et en 2018 d'une fête des volontaires au niveau de la FWB ainsi que la mise en place d'une procédure systématique de remerciements progressifs à plusieurs moments de la collaboration. »²⁵*

Concernant le volet de gestion des consultations, le Contrat de gestion prévoit en son art. 28§1&2 d'apporter « *un soutien logistique aux volontaires, aux coordinatrices et aux TMS pour toutes les questions en lien avec les locaux de consultation en constituant à partir de 2017 un pool administratif décentralisé. Celui-ci sera chargé de soutenir ces acteurs dans toutes les démarches nécessaires à la mise en conformité et l'amélioration des locaux de consultations (recherche de locaux, prise de contacts avec les partenaires internes et externes pour l'application des remarques du SIPP et le suivi des normes, orientation et soutien technique pour l'établissement de devis, etc.). Il prend les contacts nécessaires avec les opérateurs pour les contrats d'énergie, de téléphonie, etc., afin d'assurer une bonne gestion du fonctionnement des locaux des*

¹⁸ CG, p. 32

¹⁹ CG pp 34-36

²⁰ CG p.78

²¹ CG p.83

²² CG p??

²³ CG p.32

²⁴ CG p. 30

²⁵ CG p.36

consultations périodiques. » Pour remplir cette mission, l'Office adjoint « 4 référents administratifs qui sont répartis à raison d'un agent pour la subrégion de Bruxelles, un agent pour la subrégion du Hainaut, un agent pour la subrégion de Liège et un agent pour la «Lotharingie» regroupant les subrégions du Brabant wallon, Namur et Luxembourg. »²⁶

Conformément aux conclusions des Etats généraux de l'Enfance, le contrat de gestion prévoit à l'art. 148 la réalisation « d'une recherche - action sur le travail en réseaux. « Les situations des familles sont en effet parfois très lourdes à porter par un seul professionnel. Le travail en réseau apparaît comme une pratique professionnelle de plus en plus incontournable. Afin d'articuler les actions généralistes et spécialisées et de contribuer à la réduction des inégalités sociales, l'Office s'associera à d'autres partenaires. Afin de garantir un travail en réseau efficient, l'Office visera à identifier les différentes formes de réseaux en œuvre au sein de l'Office; élaborer des modes de fonctionnement conjoints où les rôles et les missions de chacun sont clairement définis; favoriser l'échange de bonnes pratiques. »²⁷

2. Etudes sur l'évolution du métier de TMS

1992 : Etude sur l'action des TMS dans le contexte actuel

En 1992, une première étude de grande envergure est consacrée au métier de TMS. Soucieux d'évaluer « l'adéquation des services offerts par les TMS à travers leurs activités en regard des besoins et demandes de la population », l'Office a chargé les professeurs Mercier et Delville, des Facultés Universitaires de la Paix à Namur, de réaliser une recherche sur « L'action des travailleurs médico-sociaux de l'ONE dans le contexte actuel : analyse, évaluation, propositions. » Combinant des méthodes de collecte quantitatives (approche par indicateurs et enquêtes par questionnaires) et qualitatives (interviews semi-structurées individuelles ou de groupes), la recherche a porté « sur les activités des TMS, les besoins et demandes de santé de la population à qui s'adressent les TMS, les ressources en personnes (TMS, inspectrices) et organisationnelles, les services, fonctions, activités offerts par les TMS. »²⁸

Pour ce qui concerne l'analyse des données quantitatives sur l'effectif des TMS (statut, FI, absentéisme), les chercheurs marquent leur étonnement devant le nombre élevé de travailleurs non actifs. « La différence entre le nombre de TMS renseignés comme tels au service du personnel de l'ONE (795 personnes) et le nombre de TMS actifs sur le terrain au moment de l'enquête en mai 1992 (687 personnes) doit interpeller. »²⁹ Constat qui conduit les chercheurs à s'inquiéter de l'impact négatif d'un tel absentéisme en termes de gestion du personnel et de discontinuité du service auprès du public. Constatant que 12% des TMS occupent un statut précaire (ACS, remplacement), ils s'interrogent « sur l'impact du statut au niveau de l'investissement dans le travail et en temps, et sur la formation de ces travailleurs. Une formation est prévue à l'entrée mais risque d'arriver parfois seulement en fin de stage. »³⁰ Les chercheurs mettent aussi en évidence l'évolution du profil de formation initiale des TMS. « Si la formation de base des TMS est de 38% d'infirmières sociales, 38% d'assistantes sociales et 21% d'infirmières hospitalières, le profil de formation se modifie parmi celles qui ont moins d'ancienneté : le nombre d'assistantes sociales augmente au point de représenter els ¼ des TMS ayant moins de deux ans d'ancienneté ou ayant moins de 25 ans. »³¹

Pour ce qui concerne la perception qu'ont les TMS de leur métier, l'image qui émerge de l'étude « est celle d'une TMS travaillant de manière assez indépendante, se sentant isolée sur le terrain. (...) Face à certaines situations comme le quart monde ou la maltraitance, la TMS peut se trouver confrontée à des problèmes qu'elle ne peut résoudre et qu'elle doit parfois assumer dans la solitude. »³² Au manque de collaboration entre TMS de secteur, s'ajoute, notent les chercheurs, un déficit de collaboration avec les inspectrices. « Celles-ci semblent surchargées de travail administratif, d'activités de gestion du personnel, de gestion de conflits, d'inspection des milieux d'accueil... Leur formation (la même que les TMS) ne les prépare pas à l'encadrement, l'accompagnement, la supervision des TMS et est insuffisante (gestion du personnel, dynamique de groupe). Certaines réunions de secteur sont organisées par elles mais les sujets abordés sont le plus souvent d'ordre administratif. »³³ Le sentiment d'isolement du TMS se trouve aussi renforcé par ce que les chercheurs désignent comme une trop forte centralisation des décisions. Ainsi, « les TMS se sentent très éloignées des instances de décision, ce qui leur

²⁶

²⁷ CG p.74

²⁸ Mercier et al., synthèse du rapport final de recherche, p. 1

²⁹ Mercier et al., Rapport final fascicule 1: synthèse, p.56

³⁰ Ibid., p. 56

³¹ Ibid., p. 56

³² Ibidem, p. 11

³³ Ibid., p. 11

*donne une sensation d'indépendance et une liberté dans les contacts interpersonnels avec les familles. Par ailleurs, elles vivent mal les conséquences directes de cette distance « base-sommet » : elles se sentent incomprises, surchargées et livrées à elles-mêmes. »*³⁴ Enfin, les difficultés de collaboration concernent également les Comités de consultation, qui selon les chercheurs, sont plus présentés par les TMS et les inspectrices, comme un obstacle que comme un facilitateur. « Ces personnes sont pour la plupart très âgées, ce qui limite leur autonomie et oblige la TMS à y combler en partie. »³⁵

En ce qui concerne la formation continue, les chercheurs soulignent l'importance accordée aux formations par les TMS, les besoins en formation étant ressentis différemment selon la formation initiale. « Les assistantes sociales sont demandeuses de formation dans le domaine médical, en éducation pour la santé, en nutrition. Les infirmières sociales ressentent surtout des lacunes dans el domaine juridique et vis-à-vis des assuétudes. Les infirmières hospitalières soulignent plus que les autres le besoin de formation dans le domaine social, dans l'approche des publics du quart-monde. »³⁶ Sur base de ce constat, les chercheurs concluent, d'une part, à l'importance des formations professionnelles en début de carrière et de FC variable selon la formation initiale et, d'autre part, à la nécessité d'interroger la polyvalence des TMS : « toutes les TMS sont-elles capables de tout faire ? Certaines spécialisations seraient-elles favorables ? » Enfin, les chercheurs constatent qu'en dépit du fort sentiment d'isolement, de surcharge de travail et de non reconnaissance par l'institution, les TMS se disent très attachées à leur travail dont la principale source de satisfaction est le contact avec les familles et le sentiment d'utilité. « Les TMS apprécient beaucoup la souplesse dans l'organisation de leur travail permettant une bonne conciliation vie familiale/vie professionnelle, ainsi que la souplesse de l'ONE en matière de réduction du temps de travail, de pauses-carrière et de congés sans solde »³⁷.

Sur base de l'analyse réalisée, la recherche formule des recommandations structurées selon les 7 grands axes suivants :

1. Structurer les TMS en équipes ;
2. Repenser fondamentalement le rôle des inspectrices ;
3. Moduler le travail en fonction des besoins locaux ;
4. Apporter des réponses différenciées aux différents types de publics ;
5. Améliorer la communication entre la base et le sommet de l'ONE, notamment au niveau des objectifs de travail ;
6. Promouvoir un contact précoce après la naissance ;
7. Améliorer certains aspects ponctuels (transformation du bénévolat en volontariat, analyse des causes du turn-over).

En termes de suivi de ces recommandations, on peut souligner deux types de mesures concrètes. Premièrement, l'attention apportée à la constitution des équipes qui s'est faite progressivement pour aboutir en 1999 à la création de 79 équipes sur base de critères géographiques –les communes et les quartiers – et socio-économiques. Le nombre de TMS a aussi été pris en compte afin de composer des équipes de 7 à 10 personnes maximum. Au niveau des équipes prénatales, c'est l'insertion dans des structures hospitalières qui a été privilégié comme critère de constitution des équipes.

2002 : Etude sur le profil de fonction des TMS

10 ans plus tard, dans un contexte de clarification des missions, de restructuration du fonctionnement organisationnel et de professionnalisation de la gestion des ressources humaines, l'ONE lance une deuxième étude d'envergure sur le métier de TMS. Le Fonds Houtman et l'ONE confient ainsi la réalisation d'une recherche-action sur « Le profil de fonction des travailleurs médico-sociaux » à une équipe pluridisciplinaire constituée par le Centre de Sociologie du Travail, de l'Emploi et de la Formation de l'ULB, la Fondation Travail-Université (FTU) et l'Institut des Sciences du Travail de l'UCL. L'objectif de la recherche qualitative (entretiens semi-directifs) était de préciser de manière fine comment se structure le métier de TMS en 2002 : « *parcours professionnel, missions, activités, relations aux populations et à leurs besoins, normes de travail, coordination et encadrement de leur métier, conditions de travail, collaborations avec d'autres intervenants du secteur de l'enfance.* »³⁸

³⁴ Ibid., p. 12

³⁵ Mercier et al., Rapport final fascicule 1: synthèse, p. 54

³⁶ Mercier et al., Rapport final fascicule 2: synthèse, p.63

³⁷ Ibid., p.74

³⁸ FTU/ULB/UCL, synthèse, p. 1

L'image que les TMS donnent de leur métier est celle d'un travail polyvalent, combinant plusieurs types d'activités dites « de base » que ce soit en milieu hospitalier ou non, l'action des TMS étant « *fortement tirée par les besoins des familles* », en fonction des caractéristiques de la situation de celles-ci. L'accent est mis sur l'adaptation au cas par cas. Les TMS distinguent trois types de situations des familles et d'accompagnement médico-social adapté :

Types de situations	Types d'accompagnement correspondants
Situations habituelles	Suivi médico-social de routine
Situations de vulnérabilité	Prévention de risques liés à la dégradation potentielle de la situation familiale Suivi plus régulier, plus approfondi, en relation avec d'autres intervenants sociaux si nécessaire
Situations de maltraitance	Assez rares Suivi médico-social rapproché et relais vers d'autres intervenants Lourd en termes de charge de travail, de charge psychologique et de responsabilité juridique

Les chercheurs soulignent deux traits caractéristiques de la représentation du métier. Premièrement, « *celui-ci se définit d'abord par un ensemble d'activités à effectuer, à travers lesquelles les missions peuvent être accomplies* ». Deuxièmement, celui-ci est considéré comme « *particulier au contexte local, c'est-à-dire spécifique aux conditions où il s'exerce et différent des autres lieux ou autres régions où travaillent les TMS.* »³⁹

Pour ce qui concerne les conditions de travail, les chercheurs soulignent « *les problèmes d'instabilité et de discontinuité des contrats de travail que vivent les TMS* », qui sont liées, écrivent-ils, « *aux contingences de la gestion des effectifs au sein de l'ONE. La gestion du personnel s'avère fort complexe du fait de la dispersion géographique des TMS au sein du territoire de la Communauté française, par les aménagements de carrière dont bénéficient les agents du service et par le nombre important de temps partiel.* »⁴⁰ L'enquête par entretiens révèle ainsi de fortes critiques en matière de gestion des remplacements pour cause de maladie, de recours à des CCD de courte durée et à l'existence de surcharges de travail permanentes. Les TMS travaillant en milieu hospitalier (en CPN ou en SL) sont confrontées à la difficulté spécifique de combiner « deux identités professionnelles différentes » et de mettre des limites aux demandes des hôpitaux qui peuvent mettre à mal leur mission en tant que personnel de l'ONE. Dans les consultations pour enfants (CE), le tandem médecin/TMS « doit idéalement pour bien fonctionner présenter une certaine stabilité, laquelle se révèle, selon l'étude, très relative. « *Il existe un phénomène de rotation des TMS (remplacements, CCC) comme des médecins. Les interviewés soulignent que la rotation des médecins provient d'une tendance générale à la démotivation (essentiellement due aux conditions salariales, aux conditions de travail, à la faible valorisation de leur travail).* »⁴¹ Les conditions matérielles de travail dans les consultations pour enfants font aussi l'objet de critiques de la part des TMS comme des médecins qui pointent la vétusté des locaux et de leurs équipements, ce qui nuit à l'image de l'ONE auprès des populations et des autres intervenants sociaux. Ces mauvaises conditions matérielles de travail sont aussi interprétées « *comme un indice du manque de considération et de reconnaissance dont les TMS disent faire l'objet de la part des instances dirigeantes de l'ONE* » ainsi que comme un révélateur du « *manque de dynamisme de certains comités locaux.* »⁴² La collaboration avec « les dames du comité » suscite des commentaires critiques similaires à ceux formulés dans la recherche dix ans plus tôt : l'âge des bénévoles, l'absence de formation spécifique des bénévoles ainsi que le poids de l'appartenance politique ou associative des bénévoles peuvent être source de situations problématiques sur lesquelles les TMS disent n'avoir pas de prise.

Cela étant, les chercheurs soulignent que les TMS se disent très satisfaits de la souplesse de l'organisation de leur temps de travail offerte par l'institution, rejoignant ainsi le constat déjà établi 10 ans plus tôt.

Pour ce qui concerne les normes de travail des TMS, l'étude met en évidence que les divers outils mis à disposition des TMS pour les appuyer dans leur travail (Vade Mecum, Guide médecine préventive, etc.) dont ils établissent une liste exhaustive (p.61), sont « *utilisés de manière variable, mais en général peu fréquente. Quand ils sont utilisés c'est à des moments clés : lors de l'entrée en fonction, ou lorsque le besoin de certains rappels se fait ressentir. En fait, dans leur manière de travailler les TMS ont à l'esprit une toile de fond, un schéma général de leurs missions en tant que travailleur médico-social de l'ONE mais ils ne se réfèrent pas ou à des normes fixées a priori par l'institution.* ? »⁴³ Les chercheurs soulignent ce paradoxe chez les TMS qui formulent une demande de lignes directrices, de clarification du cadre de leur travail qu'ils estiment trop flou,

³⁹ Rapport p.18

⁴⁰ Ibid., p. 2

⁴¹ rapport p.27

⁴² Ibid. P. 6-7

⁴³ Ibid. P. 5

tout en insistant sur la pertinence de définir de manière individuelle les priorités d'action, les TMS estimant légitime de construire eux-mêmes « leurs propres méthodes de travail » en se fondant sur leur bon sens et leur intuition, et sur base de critères implicites de travail construits progressivement « sur le tas » et au « cas par cas » en réponse aux situations familiales rencontrées.

Comme celle réalisée en 1992, la recherche de 2002 souligne la faiblesse des mécanismes de coordination et de supervision des TMS. Les chercheurs constatent que le travail en équipe, quoique progressivement organisé et institué, revêt des réalités fort variables et peu objectivables, du fait de « *la difficulté d'intégrer une dimension collective dans un travail qui est le plus souvent dominé par l'action et la responsabilité individuelles.* »⁴⁴ Les rencontres entre les TMS et les inspectrices, qui viennent d'être renommées « *coordinatrices accompagnement* », n'ayant lieu au plus que 10 fois par an, « *les TMS ne reçoivent aucun feed-back institutionnel sur le travail qu'ils réalisent* », ce qui « *tend à renforcer le sentiment souvent présent chez les TMS d'appartenir à une catégorie du monde du travail très particulière, c'est-à-dire des 'indépendants salariés'.* »⁴⁵

Pour ce qui concerne les relations externes de collaboration, les chercheurs notent, d'une part, « *une grande hétérogénéité dans le degré de développement du réseau informel de chaque TMS* » et, d'autre part, « *des relations de collaboration limitées à quelques services, CPAS, SAJ, SOS Enfants, centres de santé mentale et de guidance.* »⁴⁶ Les TMS expliquent les difficultés de collaboration par la méconnaissance des missions de l'ONE par les services tiers, mais les TMS qui participent aux coordinations sociales locales reconnaissent leur utilité pour créer du réseau et se faire reconnaître.

Pour les chercheurs, l'image du métier de TMS révélée par l'étude est celle d'un métier traversé par quatre ambivalences qui sont autant de sources de tensions : entre autonomie et solitude, professionnalisme et demande de reconnaissance, action au cas par cas et besoin de repères, appartenance collective et diversité

Ils y voient la confirmation de l'hypothèse posée au départ de leur recherche selon laquelle « *l'autonomie des TMS constitue à la fois une composante de la « professionnalisation » de leur métier et une dépendance par rapport aux situations à gérer. Cette ambivalence est potentiellement porteuse de tensions avec leurs interlocuteurs internes ou externes à l'ONE.* »⁴⁷ Constatant que ces ambivalences handicapent les tentatives de changement homogène pour la population TMS ainsi que la concrétisation de projets communs dans leur pratique de terrain, ils concluent à la nécessité de viser un changement qui, loin de chercher à réduire cette autonomie, doit au contraire « *favoriser des outils et des méthodes qui soutiennent cette action autonome* ». Autrement dit, ils préconisent de développer un dispositif de « *soutien au professionnalisme des TMS axé sur les principes de fond suivants* :

- *développer des outils et méthodes qui soient acceptables par les TMS, en partant du constat selon lequel cette acceptabilité est l'une des conditions de leur mise en oeuvre ;*
- *privilégier des démarches participatives pour développer ces outils et méthodes, en y associant des TMS, des inspectrices et des membres du siège central de l'ONE ;*
- *prévoir un processus de changement qui soit progressif, ce qui signifie à la fois un processus en séquences successives et une continuité sur le long terme, ainsi qu'une évaluation des changements effectués ;*
- *favoriser les échanges d'expériences et de savoir au sein de la population TMS, qui favoriserait à la fois une valorisation de leur capacité d'intervention médico-sociale adaptée aux besoins, la diffusion de « bonnes pratiques » et une réduction de leur sentiment d'isolement.* »⁴⁸

Concrètement, ils formulent la série de recommandations suivantes :

1. Outils d'encadrement et de pilotage du métier de TMS

- Affiner et valider els profils d'activités
- Concevoir et mettre en place un bilan d'activités
- Instaurer des grilles d'auto-évaluation
- Concevoir et diffuser des fiches pratiques

2. Conditions de mise en œuvre

- Redéploiement du service inspection
- Clarification du profil de fonction des inspectrices

3. Recommandations thématiques

3.1. L'organisation du travail

- redynamiser les équipes
- professionnaliser le rôle d'animation d'équipe

⁴⁴ Ibid. P.7

⁴⁵ Ibid. P.7

⁴⁶ Ibid p. 8

⁴⁷ UCL/FTU/ULB p.172

⁴⁸ ibid p 173

- favoriser l'intervention
- favoriser el travail en duo
- désigner des TMS de référence

3.2. La formation des TMS

- Mieux cibler al formation à l'entrée
- Etoffer le nombre de monitrices
- Amplifier et cibler la formation en fonction des profils d'activités

3.3. La supervision

- Systématiser le recours à la supervision
- Encourager les supervisions collectives par équipe

3.4. Les conditions de travail

- Poursuivre la modernisation des infrastructures
- Effectuer un bilan des situations contractuelles des TMS
- Effectuer un bilan des situations de surcharge de travail

3.5. Travailler ensemble

3.6. Les relations de collaborations externes

3.7. Propositions concernant les comités et les usagers

3. Les acteurs de première ligne de l'accompagnement : qui sont-ils ?

Les TMS

En 2014, sur les 1570 travailleurs salariés de l'ONE, on dénombre 819 Travailleurs Médico-Sociaux (TMS) du secteur accompagnement, qui se répartissent au niveau subrégional de la façon suivante: 258 (?%) dans le Hainaut, 231 (%) à BXL, 163 (%) à Liège, 75 (%) à Namur, 50 (%) au Luxembourg et 42 (%) dans le Brabant wallon. Sur le terrain, les TMS sont organisés en 81 équipes regroupant un certain nombre de consultations selon la zone géographique et encadrés par 32 Coordinateurs. La répartition subrégionale est la suivante : 25 équipes et 10 coordinateurs dans le Hainaut, 19 équipes et 8 coordinateurs à BXL, 18 équipes et 7 coordinateurs à Liège, 7 équipes et 3 coordinateurs à Namur, 6 équipes et 2 coordinateurs au Luxembourg ainsi qu'en Brabant wallon. Le secteur périnatal (Consultations prénatales, service de liaison et centres néonataux) représente environ 2/10 des prestations de TMS et le secteur des Consultations pour enfants les 8/10 autres.

Statut d'emploi et temps de travail des TMS

En termes de statut d'emploi et de prestations de travail, on constate qu'en moyenne, 58,6% des 819 TMS travaillent à temps plein et 60% d'entre eux sont statutaires. Mais l'on observe des variations par subrégion. Ainsi, dans le Brabant wallon 76,2% des TMS sont statutaires et 47,6 travaillent à temps plein alors qu'à Bruxelles 44,2 des TMS sont statutaires et 62,8 % sont à temps plein. A Liège, 69,9% des TMS sont statutaires et 51,5% travaillent à temps plein, à Namur 69,3 % TMS statutaires et 60% à temps plein, au Luxembourg 66% TMS statutaires et 44% à temps plein, et enfin dans le Hainaut 63,2% statutaires et 63,6% à temps plein.

Age et ancienneté des TMS

L'âge moyen des TMS est de 42 ans et 9 mois, mais il serait intéressant de disposer d'une ventilation selon l'âge par statut d'emploi et par temps de travail, dans chaque subrégion, pour avoir une idée plus précise de la diversité éventuelle de profil des TMS.

Formation initiale des TMS

En termes de formation initiale, en 2014, 55,2% des TMS ont une formation d'assistant-e social-e et 44,8% d'infirmier-ère. Ici aussi, il serait intéressant de disposer d'une ventilation selon l'âge par statut d'emploi et par temps de travail séparément pour chacune des deux catégories, éventuellement dans chaque subrégion, pour avoir une idée plus précise de l'évolution du profil à l'entrée des TMS.

Les médecins et les volontaires

En 2014, environ 1000 médecins, dont une grosse majorité de médecins généralistes (79,2%), travaillent à l'ONE dans des équipes de Consultations avec des volontaires et des TMS. Il y a 4500 volontaires au sein des équipes des consultations, la

majorité d'entre eux/elles (62%) présentent dans les structures des provinces du Hainaut et de Liège. Comme le précise le rapport d'activités 2014, « les volontaires constituent des acteurs indispensables au modèle de fonctionnement des structures de protection maternelle et infantile ONE (...) et apportent leur concours en accueillant des enfants ou des familles mais aussi en assumant des tâches de gestion de leur association. »⁴⁹ Comme prévu par le Contrat de gestion 2013-2018, l'ONE a confié au Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, Etat et Société (CIRTES) la réalisation d'une étude sur les relations de travail entre volontaires et travailleurs médico-sociaux (TMS) au sein des consultations pour enfant de l'ONE. L'étude, qui a été réalisée dans un échantillon de CE où existent des comités vise, d'une part, à identifier le profil motivationnel des volontaires des consultations pour enfants, et d'autre part, à identifier et analyser l'influence de la professionnalisation sur les stéréotypes et la qualité des relations de travail entre volontaires et travailleurs médico-sociaux (TMS) au sein des CE afin de comprendre les conséquences d'un possible changement des stéréotypes et dynamiques relationnelles pour l'individu et l'organisation.

Concernant le profil-type des volontaires de l'échantillon, il ressort de l'étude qu'il s'agit de celui « d'une femme (97% de l'échantillon), belge (96%), âgée de 65 ans en moyenne, (pré-)retraîtée (76%), diplômée de l'enseignement secondaire supérieur (26%) ou de l'enseignement supérieur de type court (40%). En ce qui concerne leur activité à l'ONE, les volontaires ont principalement un profil de volontaire d'accueil (81%). Ils réalisent entre 1h et 20h de volontariat par semaine (2h45 en moyenne), au sein d'une consultation, pour une ancienneté moyenne de 11 ans. Enfin, un volontaire sur deux combine son volontariat à l'ONE avec une autre activité de volontaire (45%) et/ou a déjà fait du volontariat avant de devenir volontaire à l'ONE (55%). »

Concernant les motivations des volontaires, mesurées à partir d'une échelle développée spécifiquement par l'ONE, il ressort de l'étude que, « parmi les quatre types de motivations identifiées, les motivations relationnelles et d'utilité sont les plus fortes. De plus, celles qui sont ressenties comme importantes par les volontaires de l'échantillon sont très souvent rencontrées par l'ONE. Ces résultats témoignent d'une adéquation forte entre les motivations au volontariat et les activités proposées par l'ONE. Par ailleurs, les variables psychosociales comme la satisfaction ou encore l'épanouissement dans l'activité volontaire ressortent comme de meilleurs prédicteurs de la motivation des individus que les caractéristiques sociodémographiques. En d'autres termes, l'étude met en évidence que le contexte organisationnel, plus encore que les caractéristiques individuelles, est susceptible de contribuer au maintien de la motivation des volontaires. »

Concernant les effets de la professionnalisation (sur base du calcul d'un score de professionnalisation perçue pour chaque participant) sur les relations entre travailleurs volontaires et salariés, la recherche souligne l'importance de cette variable pour ces deux groupes. « Bien que la valeur moyenne de la professionnalisation perçue soit nettement inférieure dans l'échantillon des volontaires en comparaison à celui des salariés, seul ce groupe en perçoit les effets. En effet, la professionnalisation perçue de l'ONE influence de manière négative les stéréotypes dans l'échantillon des volontaires uniquement. Par ailleurs, en modifiant les stéréotypes, la professionnalisation perçue a des effets négatifs sur la qualité des relations entre les volontaires et les TMS des consultations de l'ONE (plus de conflits relationnels et de conflits liés au rôle professionnel), ainsi que sur les attitudes des volontaires au travail (moins de satisfaction dans leurs activités au sein de l'ONE). En d'autres termes, la professionnalisation perçue de l'ONE par les volontaires semble constituer pour ceux-ci une menace non seulement pour le caractère positif de leurs stéréotypes mais également pour la qualité des relations qu'ils entretiennent avec leurs collègues TMS et pour le plaisir qu'ils retirent de leur volontariat. » En conclusion, les chercheurs soulignent « l'importance de prendre en compte la façon dont le contexte organisationnel est perçu par les volontaires. Les exigences accrues du secteur associatif et social en termes de professionnalisation sont en effet susceptibles de modifier les représentations qu'ils ont de leur rôle en tant que volontaires, et par là-même leur implication dans l'activité bénévole ainsi que la satisfaction qu'ils tirent de celle-ci. »

4. L'offre de service d'accompagnement de l'ONE en 2014

L'accompagnement proposé par l'ONE comporte des consultations prénatales (CPN), une première rencontre post accouchement avec les parents et le nouveau-né dans les maternités francophones de la Fédération Wallonie-Bruxelles (SL), toutes les naissances étant signalées à l'ONE qui dispose d'un travailleur médico-social (TMS) de liaison dans la plupart des maternités de la Communauté française. Le TMS rencontre la mère directement dans sa chambre à la maternité et lui présente son rôle, les missions et les services de l'ONE. Le TMS renvoie aussi les données liées à sa rencontre avec la mère vers la future consultation pour enfants (CE).

4.1. Le suivi prénatal

En 2014, l'ONE compte 14 Consultations prénatales de quartier (CPNQ) et 26 Consultations prénatales hospitalières (CPNH).

⁴⁹ RA 2014

Les consultations prénatales de quartier (CPNQ) sont des consultations d'initiative privée (mouvements féminins, comités indépendants, ...) ou communale, subventionnés par l'ONE et implantées dans les zones de résidence. Les consultations prénatales hospitalières (CPNH) sont des consultations organisées en partenariat et implantées dans les structures hospitalières.

Pour des raisons historiques et budgétaires, la répartition géographique des consultations prénatales (CPN) n'est pas homogène. La majorité des structures se situent en Région de Bruxelles-Capitale et dans la province du Hainaut, ce qui s'explique à la fois par la densité plus élevée du tissu hospitalier dans ces secteurs géographiques, ainsi que par la vulnérabilité moyenne plus importante enregistrée au sein de ces populations. Il n'existe aucune consultation prénatale en province du Luxembourg, ce qui a conduit à y initier un projet spécifique de plate-forme d'accompagnement prénatal. Le fonctionnement de la plateforme consiste en un accompagnement réalisé par les TMS du secteur prénatal de situations de grande vulnérabilité. Ces situations sont référées par des gynécologues conventionnés avec l'ONE ou des services sociaux, actifs en province du Luxembourg.

Comme le précise le rapport d'activités 2014 de l'ONE, le nombre de nouvelles inscrites en CPNQ et CPNH poursuit une tendance significative à la hausse sur les 10 dernières années, avec 17 000 femmes enceintes (nouvelles inscrites) suivies en 2014, soit environ 30 % des futures mères. En termes de répartition subrégionale, le rapport d'activités 2014 précise que c'est la Région de Bruxelles qui draine la proportion la plus élevée de femmes enceintes suivies, suivie de près par la province du Hainaut, où l'implantation des structures CPN de l'ONE est historiquement la plus importante. Namur suit avec une proportion stable d'environ 15 %. Le Brabant wallon dispose d'une seule CPN de quartier.

L'analyse du profil socio-économique des futures mères qui fréquentent les consultations prénatales de l'ONE montre que ces femmes se distinguent de l'ensemble des femmes accouchées par une série de caractéristiques de vulnérabilité⁵⁰:

- les futures mères de moins de 20 ans y sont proportionnellement près de quatre fois plus nombreuses : 8,7 % entre 2006 et 2009 pour 2,6 % dans l'ensemble de la population des nouvelles accouchées ;
- la proportion de futures mères isolées est deux fois plus élevée que dans la population générale (7,3 % contre 3,6 %) ;
- deux tiers d'entre elles n'ont pas d'occupation professionnelle ; 13 % n'ont pas atteint le niveau d'étude secondaire inférieur ;
- en 2009, 8 % de ces femmes n'avaient pas de couverture en soins de santé ; cette proportion est presque trois fois plus importante à Bruxelles ;
- Deux tiers des consultantes sont belges, un tiers d'origine étrangère. Parmi ces dernières (quelques 140 pays différents), 45 % sont établies en Belgique depuis moins de 5 ans dont 13 % depuis moins de 1 an ;
- Le suivi de la grossesse est tardif, particulièrement chez les femmes de moins de 20 ans : 35 % d'entre elles n'ont pas consulté à la douzième semaine de grossesse.

L'ONE note l'affaiblissement de l'activité de certaines CPNQ du fait de la propension plus grande des futures mères à faire suivre leur grossesse par des praticiens actifs en infrastructure hospitalière, ce qui amène à une diminution des structures de ce type. « Ainsi, l'évolution du nombre de nouvelles inscrites en CPNH représente, entre 2005 et 2014, une augmentation de près de 33 %, alors qu'une évolution inverse de 43 % environ est observée en CPNQ. »⁵¹

Le contrat de gestion 2013-2018 précise, dans le chapitre 2 consacré aux consultations prénatales, qu'un plan d'action visant à réformer les consultations prénatales a été élaboré et a fait l'objet d'une expérimentation auprès de trois consultations prénatales hospitalières et trois consultations prénatales de quartier, à la suite de quoi « après son approbation par le Gouvernement, l'Office mettra en œuvre la réforme des consultations prénatales (CPN) adoptée par le Conseil d'administration de l'ONE. »⁵²

Cette réforme porte principalement sur l'élaboration et la mise en œuvre dans les CPN de projets d'accompagnement périnatal (PAP) sur le modèle des projets Santé-Parentalité (PSP) dans les CE. Les modalités concrètes sont les suivantes :

- Elaboration du PAP par les acteurs de la CPN c-à-d médecins, sages-femmes, TMS dans les CPNH et le comité de volontaires en plus dans les CPNQ.
- Le PAP (durée maximum 5 ans) comprend l'ensemble de l'activité de la CPN et décline chaque année en un Programme annuel d'activités (PAA) qui sert de base au subventionnement spécifique des activités. Dans les CPNQ, le PAP est approuvé par le Comité Subrégional. Dans les CPNH, il est approuvé par le Comité Hôpital-ONE qui assure la cogestion de la consultation et il est communiqué au Comité Subrégional.
- Les CPNH fonctionneront sur la base d'une convention passée entre l'Office et l'Hôpital partenaire. Lorsqu'un comité de volontaires subsiste, son rôle est fixé dans la convention.

Concernant les prises en charge en CPN, le Contrat de gestion précise en outre :

⁵⁰ G. Bazier, D. Mauroy, "La santé des futures mères, des nouveau-nés et des femmes enceintes : approche et constats de l'ONE », santé conjugulée, Fédération des maisons médicales.

⁵¹ RA 2014

⁵² Contrat de gestion 2013-2018, p.12

- Qu'elles seront assurées dans le cadre d'un système d'échelonnement à deux niveaux : le suivi de base et le suivi renforcé comme dans les CE et qu'un vade-mecum du TMS en CPN sera élaboré par l'Office, le travail en réseau et en équipe constituant une des priorités du travail des TMS.
- Que les liens entre CPN, services de liaison et CE seront renforcés d'autant plus que se généralisent les sorties précoces de maternité. L'organisation du service de liaison devra évoluer en conséquence, de même que le travail des CE immédiatement après le retour à domicile.

Pour ce qui concerne l'offre de CPN, le contrat de gestion stipule à l'article 21 que « *l'accroissement de la vulnérabilité eu égard au nombre des familles fréquentant les CPN conduit à une augmentation des séances de consultation.* » Enfin il souligne dans l'article 22 la poursuite de « *l'expérimentation menée dans la Province de Luxembourg visant à mettre en place une plate-forme de prise en charge des futures mères vulnérables* », et que « *compte tenu de la première évaluation positive de cette expérimentation, de nouvelles initiatives de même nature seront créées dans l'arrondissement de Verviers ainsi que dans l'arrondissement de Dinant-Philippeville étendu à la partie sud de l'arrondissement de Thuin* ». ⁵³

Pour ce qui concerne l'impact de l'augmentation des sorties « précoces » de maternité, le Contrat de gestion prévoit à l'article 46 que l'Office « *évaluera les besoins spécifiques qu'il génère particulièrement pour les populations fragilisées; renforcera les contacts avec les services de sages-femmes qui assurent le suivi postnatal précoce dans le cadre de remboursement INAMI; développera des initiatives permettant de mieux informer les familles sur cette période spécifique.* » ⁵⁴ En outre, sera organisée à partir de 2016, « *une journée de travail conjointe ONE- sages-femmes tous les 2 ans. Cette initiative devrait notamment permettre d'assurer une meilleure collaboration professionnelle avec les TMS par une meilleure connaissance des spécificités de chacun.* » ⁵⁵

4.2. L'organisation de l'accompagnement à domicile et des consultations pour enfants

Les visites à domicile (VAD) constituent un pilier important de l'action du TMS. Fonction des réalités locales, ces visites représentent en 2014 20 % de l'activité du TMS. Le contrat de gestion 2013-2018 définit clairement les VAD comme une action prioritaire. « *L'accompagnement à domicile, complété par les consultations, représente par excellence un service universel qui doit être offert à tous les parents. Il constitue donc une priorité dans les actions mises en œuvre par l'Office pour atteindre ses objectifs. Compte tenu de l'augmentation du nombre des naissances depuis la conclusion du premier contrat de gestion (5 % sur l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles et 10 % à Bruxelles), il importe d'augmenter le nombre de TMS afin de maintenir l'universalité du service et de promouvoir le suivi renforcé particulièrement dans les zones à discriminations positives.* » ⁵⁶

Le service universel comprend les programmes prioritaires du Guide de médecine préventive définis par l'Office (vaccinations, mesures staturo-pondérales, dépistages sensoriels, promotion d'une alimentation saine, prévention des caries dentaires, etc.) ainsi que le service offert par les TMS à domicile ou dans les structures, aux enfants et aux familles. Le suivi renforcé est proposé aux enfants et aux parents qui réclament une attention particulière, soit en raison de la santé de l'enfant, soit en raison de difficultés socio-éducatives rencontrées par la famille. Il est tenu compte des attentes des parents dans les réponses apportées.

En 2014, on dénombre 609 structures de suivi de l'enfant de 0 à 6 ans sur l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles, nombre qui diminue régulièrement ces dernières années du fait, précise le Rapport d'activités 2014, « du coût des locaux, du rapport entre la fréquentation et les charges diverses liées au fonctionnement, mais surtout du besoin de l'Office d'optimiser la qualité de l'accompagnement des familles sur une zone géographique déterminée. » ⁵⁷ La ventilation selon le type de consultation est la suivante :

- 359 consultations pour enfants, c'est-à-dire des consultations d'initiative privée ou communale, agréées et subventionnées par l'ONE (132 dans le Hainaut, 77 à Liège et 73 à Bruxelles);
- 161 antennes de consultation c'est-à-dire des structures décentralisées dépendant d'une consultation ONE plus importante (82 dans le Hainaut, 34 à Liège et 31 à Namur) ;
- 81 consultations périodiques, c'est-à-dire organisées directement par l'ONE là où l'initiative locale et/ou privée fait défaut (34 dans le Hainaut, 18 à Namur, 16 à Liège) ;
- 2 maisons de l'enfance qui reprennent les mêmes activités et objectifs que les consultations pour enfants, mais en incluant les termes d'un partenariat avec au moins 2 autres consultations pour enfants, avec la commune ainsi que d'autres services liés à la petite enfance, s'ils existent (1 à Liège, 1 dans le Hainaut).
- 6 cars sanitaires, qui desservent les zones rurales des provinces de Namur, de Liège et du Luxembourg.

En 2014, 169.255 enfants ont fréquenté les structures ONE, 90% d'entre eux dans les Consultations pour enfants. L'Office

⁵³ CG p 32-34

⁵⁴ CG

⁵⁵ CG

⁵⁶ CG p. ??

⁵⁷ Rapport 2014 p. 10

observe une très légère diminution (-0,1%) des inscrits par rapport aux dernières années, diminution proportionnelle à celle des naissances en Belgique et en Wallonie. Le rapport 2014 constate que les enfants de moins de 3 ans représentent 69% des enfants inscrits, mais que la répartition par âge n'est pas homogène. Ainsi, si près de 75% des enfants d'un moins d'un an résidant à BXL et en Wallonie ont fréquenté les structures de l'ONE en 2014, idem pour ceux âgés de 1 à 2 ans, cette proportion tombe à 50% pour les enfants de 2 à 3 ans, du fait vraisemblablement de l'entrée à l'école maternelle.

En termes de développement de l'offre, le contrat de gestion actuel prévoit en son art. 8 le soutien à la création de «Maisons de l'enfance» mais après révision des modalités prévues par l'arrêté de 2004 portant réforme des consultations pour enfants, afin de « mieux intégrer l'ensemble des partenaires à l'échelle locale et à devenir une caisse de résonance pour leurs activités notamment en lien avec les objectifs communs qu'ils pourraient se fixer. Une maison de l'enfance intégrera donc tout ou partie des activités suivantes : consultation pour enfants, consultation prénatale, milieu d'accueil de la petite enfance, accueil temps libre, lieux de rencontre parents-enfants et toutes autres initiatives en faveur des enfants et de leurs familles, soutenues par d'autres pouvoirs publics. »⁵⁸

4.3. La prévention de la maltraitance

L'Office poursuit la mise en œuvre du décret prévention maltraitance et de son arrêté d'application.

A cette fin, l'Office déploie une importante action de prévention de la maltraitance à l'égard des enfants par le biais des TMS. Afin de soutenir et d'orienter les TMS confrontés à des situations difficiles ou «à risques», l'Office s'est doté de «référénts maltraitance». Ceux-ci assurent également le secrétariat des commissions locales de coordination.

Par ailleurs, l'Office encadre et subventionne le travail des équipes SOS Enfants. De nouveaux agréments ont été octroyés à ces équipes pluridisciplinaires qui préviennent et traitent les situations où les enfants, jusqu'à 18 ans, sont victimes de négligence ou de maltraitance, qu'elle soit physique, psychologique ou sexuelle.

A travers le travail effectué par les trois équipes SOS Enfants anténatales, l'Office propose un suivi aux futurs parents qui présentent des difficultés psycho-sociales, relationnelles ou psychologiques graves telles que le futur bébé risque d'être négligé, voire maltraité. Ce travail est effectué en collaboration avec les TMS des CPN.

L'Office veille à soutenir la collaboration entre les équipes SOS-Enfants et les intervenants du secteur, ainsi que la formation du personnel des équipes, le cas échéant en partenariat avec des organismes extérieurs (colloques, etc.) et, via les plans de formation, son personnel médico- social qui joue un rôle important en la matière. Il suscite également l'échange d'informations.

⁵⁸ CG p.30

IV. Les résultats de l'enquête par questionnaire

Notice méthodologique

502 questionnaires ont été complétés ou commencés, ce qui représente une proportion très importante de la population totale (819 TMS), soit 61,3%. Cette importante participation, qui dénote l'intérêt que les répondants ont montré vis-à-vis de l'enquête, nous offre l'opportunité d'être plus sélectifs pour améliorer la qualité de l'échantillon. Les résultats suivants portent seulement sur les TMS (hors les 31 coordinatrices, qui seront traitées plus bas), dont le nombre de non réponses ne dépasse pas 150. Cela nous donne un échantillon plus solide de 380 individus (soit un échantillon se montant à 46,4% de la population visée).

Qui sont les répondants ?

Puisque l'échantillon résulte d'un processus d'auto-sélection, la représentativité n'en est pas assurée. Il est donc important de cerner si les répondants de l'enquête offrent une photographie représentative de la population visée sur une série de variables socio-démographiques. C'est ce que montre le tableau suivant.

	POPULATION TMS =819	Echantillon (n=380)
Sexe	97% femmes (32 hommes)	99% femmes (4 hommes)
Sous-région	<ul style="list-style-type: none"> • BXL : 231 (28%) • BW : 42 (5%) • HAINAUT : 258 (31,5%) • LIEGE : 162 (19,7%) • LUX : 50 (6%) • NAMUR : 75 (9%) 	<ul style="list-style-type: none"> • BXL : 64 (17%) • BW : 23 (6%) • HAINAUT : 144 (38%) • LIEGE : 72 (19%) • LUX : 34 (9%) • NAMUR : 40 (10,5%) • . Les variables d'identification, de formation et d'expériences antérieures
Temps de travail	<ul style="list-style-type: none"> • 62% TP • 38% T partiel 	<ul style="list-style-type: none"> • 62% TP • 21% de 76 à 99% • 5,3% de 51 à 75% • 10% à mi-temps
Diplôme	<ul style="list-style-type: none"> • 55 % diplômées AS (452) • 45 % infirmières 	<ul style="list-style-type: none"> • 53,8 % AS • 45% d'infirmières

L'échantillon est représentatif sur les variables du sexe, du temps de travail et du diplôme. Une proportion un peu moins importante de TMS travaillant à Bruxelles ont répondu à l'enquête (les autres régions, et en particulier le Hainaut ayant offert un contingent un peu plus important). Globalement, ceci témoigne de la grande qualité de l'échantillon, sur lequel aucun redressement n'a du être effectué.

1. Les résultats par fréquences simples

Les variables ont été classées en plusieurs catégories thématiques :

1. **Les variables d'identification, de formation et d'expériences antérieures**
2. **L'activité des TMS : rôle, temps consacré**
3. **Le sentiment de changement et la perception de l'utilité du travail de TMS**

4. **Identité, reconnaissance et satisfaction dans la profession de TMS**
5. **Les TMS se sentent-elles outillées et/ou à l'aise dans les situations rencontrées?**
6. **Le rapport des TMS à l'institution ONE et ses services**
7. **La satisfaction des TMS dans leurs rapports aux autres professionnels/bénévoles**
8. **Le regard que les TMS portent sur les publics**

1. Les variables d'identification, de formation et d'expériences antérieures

Les TMS constituant l'échantillon sont donc un public **quasi-exclusivement féminin** (98,9%), dont **82% a ou a eu des enfants**. 29% des répondants ont moins de 35 ans, et 41% plus de 46 ans. 35% habitent le Hainaut, 20% à Liège, 13% à Namur et Bruxelles, 10% dans le BW et au Luxembourg (cf. tableaux ci-dessous).

Au niveau du confort de vie, 62,4% des répondants déclarent faire attention à leurs dépenses sans pour autant devoir se priver, quand 18% déclarent vivre confortablement sans trop regarder aux dépenses (32% des répondants apportent néanmoins seuls les revenus du ménage)

Quel âge avez-vous ?					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Moins de 25 ans	13	3,4	3,4	3,4
	Entre 26 et 35 ans	96	25,3	25,4	28,8
	Entre 36 et 45 ans	114	30,0	30,2	59,0
	Entre 46 et 55 ans	96	25,3	25,4	84,4
	56 ans et plus	59	15,5	15,6	100,0
	Total	378	99,5	100,0	
Manquante		2	,5		
Total		100,0			

Dans quelle province habitez-vous ?					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Bruxelles	49	12,9	13,1	13,1
	Brabant Wallon	36	9,5	9,6	22,7
	Hainaut	133	35,0	35,5	58,1
	Liège	73	19,2	19,5	77,6
	Luxembourg	35	9,2	9,3	86,9
	Namur	49	12,9	13,1	100,0
	Total	375	98,7	100,0	
Manquante		5	1,3		
Total	380	100,0			

29% des répondants travaillent à l'ONE depuis moins de 5 ans, et **31%** ont une ancienneté de plus de 20 ans.

Depuis combien d'années travaillez-vous à l'ONE ?					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	De 0 à 1 an	32	8,4	8,4	8,4
	De 2 à 5 ans	77	20,3	20,3	28,7
	De 6 à 10 ans	72	18,9	18,9	47,6
	De 11 à 15 ans	47	12,4	12,4	60,0
	De 16 à 20 ans	33	8,7	8,7	68,7
	Plus de 20 ans	119	31,3	31,3	100,0
	Total	380	100,0	100,0	

Ils sont **62%** à avoir bénéficié d'un tutorat, positivement évalué par **73%** des personnes qui l'ont suivi.

56,7% ont suivi une formation à leur entrée en fonction, évaluée favorablement par **76%** des personnes qui l'ont suivie.

Les TMS sont **assidues aux formations continues** puisque 88,6% d'entre elles déclarent en avoir suivi déjà à plusieurs reprises. Ces formations sont également évaluées favorablement (62%), mais de façon plus nuancée, car seuls 33,6% des personnes les ayant suivis les déclarent *très* utiles. Les répondants déclarent aussi avoir été un peu ou beaucoup préparés à leur travail actuel par des expériences professionnelles (bénévolat, autre métier,...) - à 76% - et familiales - 73% - précédentes.

Les TMS constituant l'échantillon sont 53,8% d'AS et 45% d'infirmières. L'idée d'une formation initiale commune (hors AS et infirmière) ne recueille que 27,7% d'opinion favorable. Par contre, les répondants sont près de 68% à considérer que les TMS doivent être suffisamment polyvalentes pour répondre à la plupart des situations. Enfin, les répondants sont massivement d'accord (80%) pour considérer que le bachelier/graduat est le « bon » niveau d'étude pour une TMS nouvellement engagée.

A votre avis, du point de vue de la polyvalence, il est souhaitable :					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Que tou(te)s les TMS soient entièrement polyvalent(e)s, chaque TMS devant pouvoir répondre à la plupart des situations e	258	67,9	80,4	80,4
	Que les fonctions d'infirmière et d'assistante sociale soient mieux distinguées	36	9,5	11,2	91,6
	Que certain(e)s TMS soient spécialisées et que d'autres traitent les problèmes plus classiques	27	7,1	8,4	100,0
	Total	321	84,5	100,0	
Manquante		59	15,5		
Total	380	100,0			

2. L'activité des TMS : rôle, temps consacré

Que font les TMS ? Les TMS travaillent majoritairement en contexte urbain ou semi-urbain (72%),

- En milieu rural (campagnes, villages) : 28%
- En milieu semi-urbain (périphéries de zones urbaines importantes, petites villes de moins de 25.000 habitants):34%
- En milieu urbain (cœur de grandes villes, quartiers densément peuplés) : 38%

La plupart (84%) travaillent principalement dans le suivi des enfants de 0 à 6 ans (le reste étant principalement composé de personnes s'occupant du suivi prénatal hospitalier).

- **Principale occupation**
 - **Je m'occupe du suivi des enfants de 0 à 6 ans : 84%**
 - Je m'occupe du suivi prénatal hospitalier : 9, 5
 - Je m'occupe du suivi prénatal de quartier 1%
 - Je m'occupe du service de liaison en maternité : 4,1%
 - Je m'occupe du service néonatal : 1, 6%
- **4,5% des TMS répondantes exercent une fonction de tutorat;**
- **5,3% une fonction de TMS volante**

Lorsqu'on les interroge sur leur **emploi du temps**, les TMS signalent, par ordre d'importance décroissante les activités suivantes :

Statistiques descriptives			
	N	Moyenne	Ecart typ
Un travail d'écoute et de conseil des parents (1)	370	1,9378	1,4022
Le travail administratif : courrier, téléphone, dossiers (2)	368	3,0652	1,6294
L'information ou l'éducation : à propos des missions de l'ONE, services d'accueil, de la santé collective (3)	362	3,4309	1,6864
La prise de paramètres (poids, biométrie,...) (4)	342	4,4006	1,8946
La coordination avec les volontaires, les médecins, etc. (5)	358	4,8659	1,6766
L'aide sociale (démarche de mise en ordre des papiers de mutuelles, aide financière,...) (6)	361	5,1025	1,9099
La collaboration avec d'autres services (PMS, SAJ....) (7)	362	5,2376	1,4543
autre	175	7,1200	1,8138
N valide (listwise)	165		

On remarquera que **l'écoute et le conseil** se détachent clairement en tête, mais que ce sont **ensuite les aspects administratifs** qui prennent beaucoup de temps. Néanmoins, la proximité des différents items montre **l'aspect multitâche du quotidien des répondants**. Plus précisément, les répondants insistent sur **l'importance, lors des VAD, de la réalisation des tâches plus informelles** (Créer un climat propice à la relation, construire une relation d'alliance avec la famille, Etre à l'écoute des parents et passer du temps avec eux), alors que les aspects de conseils, d'observations sont considérés comme moins importants.

- **Par ordre d'importance décroissante, quelles sont, selon vous, les tâches les plus importantes pour la TMS lors des visites à domiciles:**
 - Créer un climat propice à la relation, construire une relation d'alliance avec la famille **(1)**
 - Etre à l'écoute des parents et passer du temps avec eux **(2)**
 - Prodiguer des conseils ou des informations aux parents **(3)**
 - Observer la qualité de l'environnement social et familial de vie de l'enfant **(4)**

- Être en première ligne pour observer les problèmes de santé ou de développement de l'enfant **(5)**
- Proposer ou réaliser des prises de paramètres (poids, biométrie,..) **(6)**
- Être en première ligne pour observer les problèmes des parents **(7)**

Les TMS estiment à 87% que le principal plan de leur intervention **est celui de l'éducation à la parentalité** (seuls 4% environ choisissent le plan des soins, du social ou psychologique), et à 66% que leur attitude doit être celle du soutien.

- **La plupart du temps, lors des visites a domicile, je crois que le principal niveau sur lequel les TMS doivent travailler est :**
 - Le plan des soins 3,4%
 - Le plan social 4,5%
 - Le plan psychologique 4,7%
 - **Le plan de l'éducation à la parentalité 87,4 %**

Les TMS se représentent d'abord comme **étant au service de l'enfant** (voir tableau ci-dessous), même si les parents sont la préoccupation de 21,6% des répondants. Notons enfin que les TMS sont seulement 13,2% à ne jamais avoir signalé une suspicion de maltraitance.

Lors des visites a domicile, j'estime que le/la TMS est d'abord la pour être au service :					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	de l'enfant	267	70,3	72,2	72,2
	des parents	82	21,6	22,2	94,3
	de l'ONE	10	2,6	2,7	97,0
	de la société en général	11	2,9	3,0	100,0
	Total	370	97,4	100,0	
Manquante	Système manquant	10	2,6		
Total	380	100,0			

Cette attention prioritaire à l'enfant peut conduire les TMS à adresser un signalement en cas de suspicion de maltraitance. Plus de la moitié des TMS ayant déjà été confrontée fréquemment ou de temps en temps à cette situation.

- **Vous est-il déjà arrivé d'adresser un signalement au SAJ ou a une équipe SOS enfants pour suspicion de maltraitance (négligence, maltraitance sexuelle, physique, psychologique,...) ?**
 - Jamais : 13,2%
 - Rarement : 31%
 - De temps en temps : 45,8 %
 - Fréquemment : 10%

La **consultation**, elle, doit être dévolue à l'accueil des parents, même si 73% des TMS estiment que leur place est dans le cabinet médical.

- **Par ordre d'importance décroissante, quelles sont, selon vous, les tâches les plus importantes pour la TMS lors des consultations pour enfants :**
 - Accueillir les parents et les enfants **(1)**
 - Collaborer avec le médecin **(2)**
 - Veiller au bon fonctionnement et à la disponibilité du matériel et des ressources **(3)**
 - M'occuper des documents administratifs **(4)**
 - Superviser les volontaires **(5)**
- **Selon vous, la place des TMS lors des consultations est plutôt :**
 - Dans un local qui leur est propre : **6,5%**
 - Dans la salle d'attente : **1%**

- Dans le cabinet médical : **73%**
- Le/la TMS doit gérer à la fois la salle d'attente et le cabinet médical : **19%**

3. Sentiment de changement et perception de l'utilité du travail de TMS dans le contexte sociétal contemporain

Les TMS font le constat très massif (79,6%) que la nature et le quotidien de leur travail ont changé ces 5 dernières années.

- "J'ai globalement l'impression que la nature et le quotidien de mon travail a changé sur ces 5 dernières années". Vous êtes :
 - **Tout-a-fait d'accord** **29**
 - **Plutôt d'accord** **50,5**
 - Plutôt pas d'accord 16,7
 - Pas du tout d'accord 3,7

La façon dont elles entrevoient les conséquences de ce changement varie fortement, ces changements étant perçus positivement par un quart des répondants et comme négativement par un tiers.

Cela a eu sur mon travail et la façon dont je vis mon travail :					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Des conséquences positives (cela me motive encore plus)	81	21,3	26,5	26,5
	Pas de conséquences	123	32,4	40,2	66,7
	Des conséquences négatives (cela me démotive)	102	26,8	33,3	100,0
	Total	306	80,5	100,0	
Manquante		74	19,5		
Total	380	100,0			

Globalement, j'ai l'impression que le travail que j'effectue aujourd'hui est, en termes d'utilité :					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Moins utile qu'il y a 5 ans	26	6,8	7,8	7,8
	Avec le même niveau d'utilité par rapport à celui que je ressentais il y a 5 ans	188	49,5	56,3	64,1
	Plus utile qu'il y a 5 ans	120	31,6	35,9	100,0
	Total	334	87,9	100,0	
Manquante		46	12,1		
Total		100,0			

De façon générale, **56,3%** des répondants se sentent **aussi utiles dans leur travail qu'il y a 5 ans**, quand **35,9%** déclarent sentir que leur travail est **plus utile qu'il y a 5 ans**. Lorsqu'on les interroge sur la différence de pertinence entre aujourd'hui et il y a 5 ans des activités qui font partie de leur quotidien professionnel, dans ce contexte changeant, on peut observer qu'aucune activité ne semble, aux yeux des répondants, perdre de sa pertinence. Notons néanmoins que les visites à domicile, passée la première, est tout de même considérée moins pertinente par plus de 8% des individus. A l'inverse, la *première* consultation prénatale et la *première* visite à domicile sont les activités qui gagnent le plus en pertinence.

- Selon vous, les différentes missions des TMS sont-elles plus ou moins pertinentes aujourd'hui qu'il y a 5 ans ?

	BCP +	+	=	-	BCP -
1 ^{ère} consult prénat	26	23	48	1,5	0,4
Consult prénat suivantes	18,5	22,6	55,8	3	
VAD prénat	21	34	41	3,4	0,4
V en maternité	21	28	45	4,4	
Activités néonate en maternité	18	26	51	2	1
VAD néonate	21	26	50	2	0,4
Consult 0-6 ans	18	24	55	2	0,6
1 ^{ère} VAD 0-6	23	27	47	2,8	0,3
VAD 0-6 suivantes	16	23	53	6	2,2

4. Identité, reconnaissance et satisfaction dans la profession de TMS

Comment les TMS se sentent-elles dans leur peau de « TMS » ? Il est d'abord intéressant de constater que le travail à l'ONE n'est pas un « job » comme un autre : 68,2% des répondants en parlent comme d'un choix délibéré, voire d'une vocation. Il est un second choix pour moins de 10% des répondants.

Vous percevez le fait de travailler à l'ONE :					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Comme le résultat de la façon dont vous avez voulu orienter votre carrière, ou comme une vocation	259	68,2	68,9	68,9
	Comme un second ou un troisième choix	36	9,5	9,6	78,5
	Comme étant le fruit du hasard.	81	21,3	21,5	100,0
	Total	376	98,9	100,0	
Manquante		4	1,1		
Total	380	100,0			

Ensuite, ce caractère vocationnel se marque dans un attachement modéré au terme même de « TMS » (qui ne convient néanmoins plus à 29% des répondants). Pour les répondants, ce terme semble constituer le marqueur d'une certaine spécificité que les TMS revendiquent. 40% d'entre eux se disent incapables de définir leur fonction autrement que par ce terme, et 57% trouvent que rien ne ressemble à ce travail. Lorsqu'on leur demande si quelqu'un qui ne pratique pas leur travail peut néanmoins très bien se rendre compte de leur réalité professionnelle au quotidien, 78% se disent en désaccord.

"La dénomination actuelle de "TMS" me convient" :					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	191	50,3	63,5	63,5
	Non	110	28,9	36,5	100,0
	Total	301	79,2	100,0	
Manquante		79	20,8		
Total	380	100,0			

Imaginons que la fonction et le nom de « TMS » n'existait pas, dans ce cas, vous expliqueriez à un parent qui vous demande en quoi consiste votre métier, que celui-ci se rapproche plutôt à celui:	Dans l'idéal, vous trouvez que le travail de TMS devrait ressembler ...
<ul style="list-style-type: none"> d'un conseiller psycho-pédagogique : 9,4 % d'un psychologue : 0,4% d'une sage-femme : 0,7% d'un assistant social : 9,7 % d'une infirmière : 18,7% d'un coach parental : 21% Je serais incapable de définir ma fonction autrement que par « TMS » : 40 % 	<ul style="list-style-type: none"> d'un conseiller psycho-pédagogique : 8,4% d'un psychologue : 0,3 % d'une sage-femme : 0,7 % d'un assistant social : 4,1% d'une infirmière : 10% d'un coach parental : 19 % Il n'y a rien qui ressemble au travail des « TMS » : 57 %

Comment expliquer alors que malgré cela, 29% des répondants déclarent que le terme TMS ne leur convient pas/plus ? Manifestement, c'est le caractère opaque de la dénomination qui pose problème : 67% estiment que le nom « TMS » n'est pas bien compris par les autres professionnels, et cette proportion monte à 79,9% lorsqu'il s'agit des parents. C'est le revers de la médaille de cette spécificité revendiquée.

"J'ai l'impression que la dénomination de "TMS" est bien comprise par les parents". Vous êtes:					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout-à-fait d'accord	5	1,3	1,5	1,5
	Plutôt d'accord	67	17,6	19,6	21,1
	Plutôt pas d'accord	161	42,4	47,2	68,3
	Pas du tout d'accord	108	28,4	31,7	100,0
	Total	341	89,7	100,0	
Manquante		39	10,3		
Total	380	100,0			

L'identité professionnelle est une question prioritaire pour 59% des répondants (mais dont seuls 12% sont tout à fait d'accord).

"La question de mon identité professionnelle est une préoccupation pour moi une question prioritaire à laquelle je pense souvent". Vous êtes :					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout-à-fait d'accord	38	10,0	11,7	11,7
	Plutôt d'accord	154	40,5	47,4	59,1
	Plutôt pas d'accord	95	25,0	29,2	88,3
	Pas du tout d'accord	38	10,0	11,7	100,0
	Total	325	85,5	100,0	
Manquante		55	14,5		
Total		100,0			

Comment comprendre le problème que pose l'identité professionnelle ? On peut en détecter plusieurs dimensions :

- En termes d'appréciation : Quelle appréciation les répondants portent-ils sur leur travail ? Les réponses sont très éclatées : 35% ont une appréciation plus positive qu'il y a 5 ans, 33% une appréciation inchangée, et 31% une appréciation négative.

- En termes de difficulté : 52% des répondants trouvent leur travail plus difficile qu'avant, quand 45% trouvent que le travail est aujourd'hui porteur du même niveau de difficulté.
- En terme de reconnaissance sociale : seuls 10,6% estiment leur travail mieux reconnu aujourd'hui. Ils sont trois fois plus à le considérer comme moins reconnu.
 - **Globalement, j'ai l'impression que le travail que j'effectue aujourd'hui est, en termes de reconnaissance par la société :**
 - Moins bien reconnu qu'il y a 5 ans **31,3**
 - Avec le même niveau de reconnaissance **58,1**
 - Mieux reconnu qu'il y a 5 ans **10,6**

La question du vécu professionnel est donc bien présente, mais loin de montrer un malaise massif ou au contraire un bien-être très largement partagé, elle indique une diversité de positions et d'appréciations qu'il s'agira de caractériser plus avant à partir de 5 positions contrastées que l'on peut retrouver dans l'échantillon (voir infra).

Quelles sont les conséquences de cette diversité de sentiment à l'égard de leur métier ? L'idée de quitter leur travail à l'ONE ne traverse jamais la tête de près de 60% des répondants. Moins de 10% y pensent plus de quelques fois par mois. Dans un horizon de 5 ans, seul 6% des répondants disent espérer s'être réorienté hors de l'ONE, 25,4% diminuer leur temps de travail quand 65% désirent garder leur temps de travail actuel.

- **A quelle fréquence pensez-vous à l'idée de quitter votre emploi actuel?**
 - Jamais **58,9%**
 - Quelques fois par an 31,5 %
 - Quelques fois par mois 7,5%
 - Tous les jours 2,1%
 -
- **Idéalement, dans un horizon de 5 ans, j'aimerais..."**
 - Augmenter mon temps de travail a l'ONE 3,9%
 - **Garder le même temps de travail a l'ONE 64,7%**
 - Diminuer mon temps de travail a l'ONE 25,4 %
 - Quitter l'ONE et me réorienter 6%

Les répondants qui désirent garder ou augmenter leur investissement auprès de l'ONE évoquent come raisons positives, par ordre décroissant la qualité des contacts avec les publics, le sentiment d'être utile, la facilité de conciliation du travail avec la vie privée et le caractère varié du travail. Au contraire, la reconnaissance sociale, les perspectives de carrière et le salaire sont très rarement évoqués.

- **Les principales raisons pour lesquelles j'aimerais garder ou augmenter mon investissement à l'ONE (trois maximum) :**
 - La reconnaissance sociale qu'offre ce travail **(2,6%)**
 - La facilité de conciliation avec ma vie privée **(26,6%)**
 - Le salaire **(6,8%)**
 - Les perspectives de carrière **(2,9%)**
 - **Les qualités des contacts que j'ai avec les publics (37,9%)**
 - La qualité des rapports avec les autres professionnels (médecins) ou volontaires **(10,5%)**
 - **Le sentiment d'utilité de mon travail (27,6%)**
 - **Le caractère varié de mon travail (25,8%)**
 - Le confort général de mon travail **(9,5%)**
 - Le sentiment d'être efficace ou à la hauteur dans ce que je fais **(16,6%)**
 - Les possibilités de formation continue **(8,7%)**

Quant aux répondants qui désirent diminuer leur investissement ou quitter l'ONE évoquent surtout la fatigue occasionnée par leur travail ainsi que la difficulté de concilier leur travail avec leur vie privée.

5. Les TMS se sentent-elles outillées et/ou à l'aise dans les situations rencontrées?

L'enquête par questionnaire a permis de confronter les TMS à une série de situations qu'elles risquent de rencontrer fréquemment (ou rencontrent fréquemment), en leur demandant leur sentiment par rapport au fait d'être outillée et/ou à l'aise par rapport à cette situation. Le tableau suivant présente les situations par ordre décroissant de proportion de personnes se déclarant à l'aise (plutôt ou tout à fait) dans la situation visée.

Situation : lorsqu'il y a/lorsqu'il faut...	Je me sens suffisamment outillée (en %)	Je me sens à l'aise (plutôt ou tout à fait) (en %)
Conseiller une maman sur les soins à apporter à son enfant	94,7	96,6
Conseiller un papa sur les soins à apporter à son enfant	94,7	96,6
Prendre un enfant qui pleure dans les bras pour le calmer	94,5	94,8
Conseil une maman sur l'allaitement	94	94
Une famille de culture différente, parlant français	62,5	90,2
Des questions relatives à la santé « physique » de l'enfant	81,7	87,8
Des parents avec difficultés sociales et économiques	58,4	86,6
Conseiller une maman sur des questions intimes	67,1	80,9
Des questions relatives au développement « psychologique » de l'enfant	69,9	79,8
Des parents qui mettent en doute le travail de la TMS à partir d'info internet	75,1	77,6
Des parents en souffrance psychologique	55,2	77,3
Des parents avec des attitudes éducatives inadéquates	75,8	75,7
Faire part aux parents d'inquiétudes ou de messages difficiles	61,6	59,8
Poser des actes techniques paramédicaux	49,4	59,7
Un enfant à besoins spécifiques	40,4	58,1

Des parents qui ne veulent pas coopérer	49,4	51,1
Une famille de culture différente, ne parlant pas Français	49,4	49,2
Des suspicions de maltraitance	62,5	44,8

Ce tableau recèle d'importants enseignements. D'abord, il faut noter que si le sentiment d'être outillé et le sentiment d'aise sont souvent corrélés, ce n'est néanmoins pas le cas dans une série de situations que l'on pourrait dire « difficiles ». Ainsi, les questions de culture différente, de difficultés sociales et économiques, de souffrance psychologiques des parents, les aspects intimes de la vie de la maman, permettent aux individus d'évoquer un sentiment d'aise massif mais pas forcément celui d'être outillé. Les compétences des TMS sont donc également vécues comme étant un « savoir-faire » qui n'émane pas de la formation. A l'inverse, si 62% des personnes estiment être outillées pour faire face à des suspicions de maltraitance, seuls 44,8% se déclarent à l'aise pour faire face à cette situation. De façon générale, les personnes se sentent néanmoins souvent plus à l'aise qu'outillées pour faire face aux différentes situations.

Ensuite, les situations les plus classiques rencontrées par les TMS (conseil aux parents, prendre un enfant dans ses bras pour le calmer, allaitement, questions relatives à la santé physique de l'enfant, difficultés sociales et économiques des parents) font l'objet d'un consensus : près de 9 personnes sur 10 se déclarent à l'aise dans de telles situations.

Les situations les plus compliquées sont celles de la maltraitance, des familles ne parlant pas Français, des parents qui refusent de coopérer. Dans ces situations, seuls 50% des personnes se déclarent à l'aise.

6. Le rapport des TMS à l'institution ONE et ses services

Les TMS ne sont pas que des personnes qui posent des actes et prodiguent des conseils. Elles sont également les représentantes d'une institution, l'ONE. Le rapport à cette institution fait entièrement partie du vécu professionnel.

Les TMS se sentent **très massivement appartenir à l'ONE** (90%, dont 30% de tout à fait d'accord), et déclarent **une fierté importante** de travailler dans cette institution (80% dont 23% de tout à fait d'accord). La valeur qui les rassemble le plus est celle de la **bienveillance**. Plus encore, la **gratuité des prestations** est un élément fondamental, qui doit continuer à être assuré pour près de 8 répondants sur 10. Ceux-ci considèrent également que l'One rassure les parents à 88% (dont 20% de tout à fait d'accord). Lorsqu'on leur demande s'ils se présentent toujours comme « TMS de l'ONE », 82,6% se disent d'accord (dont 54,3% tout à fait d'accord).

« Dans mon identité professionnelle, je me sens appartenir à l'ONE ». Vous êtes, avec cette affirmation :					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout-à-fait d'accord	105	27,6	30,9	30,9
	Plutôt d'accord	205	53,9	60,3	91,2
	Plutôt pas d'accord	21	5,5	6,2	97,4
	Pas du tout d'accord	9	2,4	2,6	100,0
	Total	340	89,5	100,0	
Manquante		40	10,5		
Total		100,0			

- **Quelle est la valeur portée par l'ONE qui résonne le mieux dans votre pratique ?**

- Qualité 13,1
- Bienveillance 68,8
- Équité 7,6
- Continuité 8,6
- Éthique 1,8

- « Je me présente toujours comme TMS de l'ONE »
 - Tout-a-fait d'accord 54,3
 - Plutôt d'accord 28,3
 - Plutôt pas d'accord 12,1
 - Pas du tout d'accord 5,2

Cependant, lorsqu'il s'agit de considérer ce que l'institution ONE leur apporte, les répondants se montrent beaucoup plus circonspects. S'ils disent, pour **75% d'entre eux, trouver à l'ONE les ressources utiles à leur travail** (dont 10% de tout à fait d'accord), pensent à 81% que matériel et locaux sont adaptés (19% de tout à fait d'accord), et considèrent à 71% que l'ONE leur propose un soutien suffisant pour faire face aux difficultés rencontrées dans leur travail (dont 10% de tout à fait d'accord), ils ne sont plus que **54,5% à déclarer se sentir valorisés par l'ONE** (dont seuls 9% de tout à fait d'accord). Un point semble concentrer des insatisfactions : le salaire, qui est considéré comme trop peu important par rapport à la réalité du travail plus de 64% des répondants (quand 35,7 % considèrent qu'il correspond à cette réalité quotidienne).

« Je me sens valorisée par l'institution ONE ». Vous êtes, avec cette affirmation :					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout-a-fait d'accord	30	7,9	8,9	8,9
	Plutôt d'accord	153	40,3	45,5	54,5
	Plutôt pas d'accord	100	26,3	29,8	84,2
	Pas du tout d'accord	53	13,9	15,8	100,0
	Total	336	88,4	100,0	
Manquante		44	11,6		
Total		10			

Un autre point semble important à noter : 57% des répondants trouvent que leur travail au quotidien est essentiellement **solitaire**. Cela les affecte-t-il ? Pas vraiment. Manifestement, les répondants valorisent très fort la possibilité de discuter des cas rencontrés avec des collègues et autres professionnels (90%), notamment en supervision collective et de manière informelle entre collègues. Notons aussi que le **réfèrent maltraitance** constitue le meilleur interlocuteur pour 58,3% des répondants. Par contre, près de **30%** des répondants déclarent **ne pas avoir l'impression d'être entendus par leur hiérarchie** lorsqu'ils évoquent des problèmes rencontrés. Par ailleurs, les personnes ne sont que 27,8% à demander à être plus encadrées, alors que 67,8% se satisfont de la situation actuelle, et que 4,1% désirent moins d'encadrement.

- "J'ai l'impression que mon travail au quotidien est essentiellement solitaire".
 - Tout-a-fait d'accord 13,9
 - Plutôt d'accord 43,2
 - Plutôt pas d'accord 31,6
 - Pas du tout d'accord 11,3
- J'ai l'impression de pouvoir discuter des cas que je rencontre ou de ma pratique professionnelle avec des collègues ou d'autres professionnels
 - Tout-a-fait d'accord 35,3
 - Plutôt d'accord 54,6
 - Plutôt pas d'accord 9,5
 - Pas du tout d'accord 0,6
- Quel est ou quel serait, selon vous, le meilleur moyen pour échanger à propos des personnes que vous suivez ou de votre pratique professionnelle ?
 - De manière informelle avec des collègues 28,9
 - En réunion 17
 - En supervision individuelle 14,9
 - En supervision collective 39,2

• **Quel est ou quel serait, selon vous, le meilleur interlocuteur pour échanger à propos des personnes que vous suivez ou de votre pratique professionnelle ?**

- Avec ma tutrice ou ex-tutrice 5
- Avec le référent maltraitance 58,3
- Avec le médecin de la consultation 19
- Avec ma coordinatrice 17,8

De façon générale, dans votre travail quotidien, vous souhaiteriez être, en termes d'encadrement :					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Beaucoup plus encadre(e)	8	2,1	2,4	2,4
	Un peu plus encadre(e)	87	22,9	25,7	28,0
	Pas plus ou pas moins encadre(e) qu'actuellement	230	60,5	67,8	95,9
	Un peu moins encadre(e)	12	3,2	3,5	99,4
	Beaucoup moins encadre(e)	2	,5	,6	100,0
	Total	339	89,2	100,0	
Manquante		41	10,8		
Total		100,0			

Quels changement les répondants attendent-ils ? incontestablement, ils nourrissent beaucoup d'espoir dans le **passage à une gestion informatisée du travail** (86,9% y voient du positif). Engager plus de TMS masculins ? 53% pensent que ce serait une bonne chose, quand cela ne changerait rien pour 41%. Les TMS semblent également tenir à certains fondamentaux. Supprimer la gratuité des prestations ? C'est non pour près de 80%. Autoriser aux TMS des actes paramédicaux ? C'est également non pour 80% des répondants.

Le passage a une gestion informatisée du travail serait, de mon point de vue :					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Très positive	143	37,6	42,6	42,6
	Positive	149	39,2	44,3	86,9
	Cela ne changerait rien	16	4,2	4,8	91,7
	Négative	23	6,1	6,8	98,5
	Très négative	5	1,3	1,5	100,0
	Total	336	88,4	100,0	
Manquante		44	11,6		
Total	380	100,0			

Le fait de supprimer la gratuite des prestations de l'ONE, serait, de mon point de vue :					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Très positive	1	,3	,3	,3
	Positive	15	3,9	4,5	4,8
	Cela ne changerait rien	17	4,5	5,1	9,9
	Négative	122	32,1	36,5	46,4
	Très négative	179	47,1	53,6	100,0
	Total	334	87,9	100,0	
Manquante		46	12,1		
Total		100,0			

" A l'avenir, il faudrait que le cadre réglementaire autorise les TMS a poser des actes para-médicaux, comme la vaccination ". Vous êtes :					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Tout-a-fait d'accord	23	6,1	6,9	6,9
	Plutôt d'accord	45	11,8	13,5	20,4
	Plutôt pas d'accord	94	24,7	28,1	48,5
	Pas du tout d'accord	172	45,3	51,5	100,0
	Total	334	87,9	100,0	
Manquante		46	12,1		
Total		100,0			

7. La satisfaction des TMS dans leurs rapports aux autres professionnels

Les TMS sont amenées à collaborer avec un grand nombre de personnes, dans des situations diverses. L'appréciation qu'elles portent sur ces collaborations permet de compléter le tableau de leur vécu professionnel qui se dessine progressivement.

Pour le grand public, un interlocuteur important des TMS est le contingent de volontaires dans les locaux de consultation. La présence de ces volontaires est évaluée positivement par 77% des répondants, principalement parce que les volontaires font bien leur travail et que ceux-ci libèrent du temps pour les TMS, qui peut être consacré à d'autres tâches. Les 6,4% de personnes mécontentes des volontaires considèrent plutôt que ceux-ci ont tendance à sortir de leur rôle ou à ne pas être adéquat avec les parents.

- **Selon vous, la présence des volontaires dans les locaux des consultations**
 - A des conséquences très négatives sur mon travail 0,6
 - A des conséquences plutôt négatives sur mon travail 5,8
 - N'a pas spécialement de conséquences sur mon travail 16,7
 - A des conséquences plutôt positives sur mon travail 56,7
 - A des conséquences très positives sur mon travail 20,3

- **Ces conséquences positives sont d'abord liées au fait que :**
 - les volontaires effectuent correctement le travail qui leur est dévolu : 53,9
 - les volontaires sont adéquats avec les parents 14,3
 - les volontaires sont adéquats avec les enfants 2,2
 - les volontaires apportent leur expérience 0,9
 - les volontaires libèrent du temps que les TMS peuvent consacrer a leurs tâches propres 17,4

Les acteurs externes ne se limitent pas aux bénévoles. D'autres professionnels entrent également en jeu. Le tableau qui suit indique (en %) le regard que les TMS portent sur leur collaboration avec ceux-ci (le total n'est pas égal à 100% du aux non réponses).

Service concerné :	Jamais collaboré	Très négatif	Plutôt négatif	Plutôt positif	Très positif
SOS parent/enf	27,9	1,3	9,5	38	7,6
SAJ	1,3	2,9	26,6	56,3	2,9
CPAS	6,6	2,9	14,7	57,4	6,3
Médecins privés	27,1	1,3	6,1	43,7	5,3
Service. Soc Hôpital	18,9	1,1	8,7	46,6	11,6
IMS	42,9	0,5	2,9	23,4	3,7
PMS	25,8	0,8	3,7	45,0	5,5
Centres de santé menta	31,8	0,5	4,5	39,7	4,7
Milieux d'accueil	15,0	0,5	3,7	52,4	15
Planning familiaux	41,8	0,8	0,8	29,5	5,5
Sages-femmes néo nata domicile	12,9	4,7	15,0	40,0	9,7

La plupart des services reçoivent, pour leur collaboration, une évaluation plutôt positive par les TMS. Le SAJ est de loin le principal partenaire, évalué positivement par près de 60% des répondants, mais qui recueille également une évaluation négative par près de 30% d'entre eux. Le CPAS est aussi souvent sollicité, évalué positivement par 49% des répondants (18% d'opinions négatives). Les sages-femmes néonate à domicile constituent une catégorie qui recueille un taux d'avis négatif de près de 20%. Par ailleurs, elles sont perçues par 20% des répondants comme des concurrentes, quand 61% y voient plutôt des partenaires.

- **Depuis peu, les services hospitaliers proposent des services par le biais de visites à domicile par des sages-femmes qui assurent un suivi néo-natal. Comment percevez-vous l'action de ces sages-femmes à domicile ?**
 - Comme des concurrentes qui empiètent sur notre travail 20,4
 - Comme des partenaires qui ont un rôle complémentaire à celui des TMS 61,3
 - Ni l'un ni l'autre 18,3

Les **collaborations à l'interne** sont évaluées beaucoup plus positivement : 98% d'avis (très) positif pour les collaborations avec les TMS, 94% pour les médecins, 94% pour les référents maltraitance.

8. Le regard que les TMS portent sur les publics

Comment les TMS vivent-elles le rapport avec les publics ? De façon générale, établir une relation de confiance avec les parents n'est pas vécu comme quelque chose de difficile (même si elle n'est jugée facile que par 62% des répondants).

De façon générale, pensez-vous que dans votre pratique quotidienne, l'établissement d'une relation de confiance avec les parents est quelque chose de:					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Très facile	23	6,1	6,1	6,1
	Plutôt facile	214	56,3	56,5	62,5
	Ni facile ni difficile	122	32,1	32,2	94,7
	Plutôt difficile	20	5,3	5,3	100,0
	Total	379	99,7	100,0	
Manquante	Système manquant	1	,3		
Total		100,0			

Les TMS estiment-elles que les publics ont changé ? Au niveau de l'information du public, 64,8% estiment que rien n'a changé, le reste se partageant entre ceux qui pensent que le public est mieux informé et ceux qui pensent le contraire. Par contre, les répondants constatent massivement (75%) une précarisation accrue de leur public. Autre changement : 56% des individus trouvent que les pères s'investissent plus qu'avant.

Par rapport à la situation d'il y a 5 ans, je trouve que le public que je rencontre aujourd'hui semble, par rapport aux questions de soins aux enfants et de parentalité...					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Mieux informé qu'il y a 5 ans	60	15,8	18,9	18,9
	Pareillement informé qu'il y a 5 ans	206	54,2	64,8	83,6
	Moins bien informé qu'il y a 5 ans	52	13,7	16,4	100,0
	Total	318	83,7	100,0	
Manquante		62	16,3		
Total		100,0			

Par rapport à la situation d'il y a 5 ans, je trouve que le public que je rencontre aujourd'hui semble être, en termes de précarité ou de difficulté :					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Moins précarisé ou en difficulté qu'il y a 5 ans	8	2,1	2,4	2,4
	Pareillement précarisé ou en difficulté qu'il y a 5 ans	76	20,0	23,0	25,4
	Plus précarisé ou en difficulté qu'il y a 5 ans	247	65,0	74,6	100,0

	Total	331	87,1	100,0	
Manquante		49	12,9		
Total		100,0			

Comment les TMS estiment-elles être perçues par ces publics ? Si les TMS tiennent à la gratuité des soins (cf supra), elles sont plus partagées sur la question de l'obligation des publics. D'un côté, 80% ne pensent pas que les familles pensent la visite d'un TMS comme une étape obligatoire, mais les répondants sont tout de même 35% à penser qu'il serait judicieux de rendre obligatoire au moins une visite à domicile après la naissance dans toutes les familles.

- **Sur une échelle de 1 à 5, comment pensez-vous être généralement perçu(e) par les parents que vous rencontrez ?**
 - 1 (soutien uniquement) 12,8
 - 2 48,9
 - 3 28,5
 - 4 5,6
 - 5 (contrôle uniquement) 0,8

- **Pensez-vous que les familles croient que la visite d'un TMS de l'ONE est obligatoire et n'osent pas refuser ?**
 - Tout-a-fait d'accord 1,4
 - Plutôt d'accord 19,2
 - Plutôt pas d'accord 49
 - Pas du tout d'accord 30,4

- **« Il faudrait rendre obligatoire au moins une visite a domicile après la naissance dans toutes les familles ». Vous êtes :**
 - Tout-a-fait d'accord 16,8
 - Plutôt d'accord 18,8
 - **Plutôt pas d'accord 25,1**
 - **Pas du tout d'accord 39,4**

- **« Il faudrait rendre obligatoire au moins une visite a domicile après la naissance uniquement dans les familles qui sont au CPAS ou au chômage ».**
 - Tout-a-fait d'accord 1,5
 - Plutôt d'accord 3,2
 - Plutôt pas d'accord 19,2
 - **Pas du tout d'accord 76,1**

- **« Le public rencontre par les TMS est aujourd'hui compose principalement des personnes qui n'ont pas les moyens financiers pour recevoir des soins ou des conseils médicaux » :**
 - Tout-a-fait d'accord 0,6
 - Plutôt d'accord 15,1
 - **Plutôt pas d'accord 40,2**
 - **Pas du tout d'accord 44,2**

2. Des réponses différenciées selon l'ancienneté, l'âge et la formation initiale

Les fréquences simples ont permis de prendre le pouls de l'ensemble de l'échantillon. On peut maintenant tenter de détecter certaines tendances propres à certains sous groupes. Cette courte deuxième partie permet de mieux voir en quoi l'ancienneté, l'âge et la formation initiale expliquent en partie les réponses.

Notice méthodologique :

Les résultats présentés ici proviennent de tableaux croisés significatifs au moins au seuil de 0.05

1. Ancienneté et âge des TMS

Peut-on repérer un lien entre l'âge et le vécu professionnel ? Pour rappel, la grosse majorité des TMS (80%) se disent fiers de travailler à l'ONE, mais seuls la moitié d'entre eux (54%) se sentent valorisés par l'institution. 1/3 des TMS ont une appréciation plus négative de leur métier aujourd'hui qu'il y a 5 ans.

De façon notable, au plus l'ancienneté est importante, au plus l'appréciation du métier diminue : ce sont surtout les anciens TMS qui sont concernés (42% pour une ancienneté de 16 ans et plus, 30% pour 6-15 ans contre 14% pour moins de 5 ans). De même, les anciens TMS sont aussi les plus nombreux à estimer que la difficulté du métier a augmenté au cours des 5 dernières années (62% pour 16 ans et plus, 46% pour 6-15 ans contre 14% pour moins de 5 ans). Ancienneté et âge vont de pair sur ce point : au plus les TMS sont âgés au plus est élevée l'évaluation négative de l'évolution du métier (41% pour TMS entre 46-56 ans et 47% pour TMS de 56 ans et plus).

Logiquement, ce sont les TMS avec le moins d'ancienneté qui sont les plus nombreux à juger que le travail actuel est plus intéressant qu'il y a 5 ans (35%) et eux également qui sont les plus nombreux à estimer recevoir un soutien suffisant de l'ONE en cas de difficultés (80%) et être entendus par la hiérarchie et les collègues (82%), proportions qui varient entre 60 et 70% pour les plus anciens. Si les TMS, tous âges confondus, sont très majoritaires (87%) à juger positivement, voire très positivement, l'informatisation de leur travail, force est de constater qu'au plus les TMS sont âgés au plus est élevée l'évaluation négative de ce changement (15% pour TMS entre 46-56 ans et 14% pour 56 ans et plus).

Cette différence au niveau de l'âge et de l'ancienneté sera traitée plus explicitement dans la troisième partie.

2. Formation initiale (FI) des TMS

Si, pour rappel, la majorité des TMS (57%), quelle que soit leur FI, estiment « qu'il n'y a rien qui ressemble au métier de TMS », 45% des TMS de FI d'AS se disent incapables de définir leur fonction autrement que par TMS contre 33% de TMS de FI d'infirmière. Ces dernières considèrent à 20% que dans l'idéal le métier devrait ressembler à celui d'infirmière alors que pour 22% des TMS de FI d'AS cet idéal serait plutôt celui de coach parental. Les TMS de FI d'infirmière sont d'ailleurs moins nombreuses (69,7%) que celles d'AS (93,5%) à « toujours se présenter comme TMS de l'ONE ». Sans surprise, la dénomination actuelle de TMS ne convient pas à un peu plus de la moitié (52,6%) des TMS de FI infirmière alors qu'elle convient à plus de trois-quarts des TMS de FI AS (76,9%). Quelle que soit la FI, les TMS sont très nombreux (68%) à estimer que la dénomination TMS n'est pas (bien) comprise par les autres professionnels, les TMS de FI infirmière étant à ce sujet plus catégoriques (72%) que ceux de FI AS. Quant à la question de savoir si le cadre réglementaire devrait autoriser à l'avenir les TMS à poser des actes médicaux, comme la vaccination, la moitié des TMS, quelle que soit la FI, n'y sont pas favorables du tout, une proportion qui varie toutefois considérablement selon la FI de base, puisqu'elle s'élève à 68% pour les TMS dont la FI est AS contre 30% pour les TMS de FI infirmière.

3. Des TMS aux profils contrastés (Résultats des analyses multivariées)

Notice méthodologique

La statistique multivariée permet d'intégrer un grand nombre de questions posées dans le questionnaire dans l'analyse, afin de « prendre un peu de hauteur » et de dégager des tendances générales dans les données récoltées via le questionnaire.

Pour cette partie du rapport qui vise à une certaine « montée en généralité », deux types d'analyses multivariées ont été utilisées : d'abord l'analyse factorielle (en composante principale avec rotation varimax), et ensuite l'analyse classificatoire (avec méthode hiérarchique ascendante de Ward).

L'analyse factorielle permet de rassembler et de « fondre » des questions du questionnaire qui traitent d'aspects très proches (par exemple des questions qui portent sur différents aspects de la perception de l'évolution du public, ou de la satisfaction à l'égard de l'institution ONE, etc.).

Ici, 4 analyses factorielles ont été réalisées, en regroupant au total 60 questions présentes dans le questionnaire. La pertinence de ces 4 analyses factorielles a été vérifiée via l'Alpha de Cronbach. Ensemble, ces 4 analyses ont permis de détecter l'existence de **14 facteurs**, c'est-à-dire 14 dimensions sur lesquelles chaque individu est ensuite positionné.

Grâce au calcul, chaque répondant reçoit un score, en fonction de ses réponses aux questions dans le questionnaire, sur chacune de ces 14 dimensions. Cependant, nous avons cherché à construire des profils (ou des groupes) de répondants pour tenter de voir si des points communs pouvaient être trouvés. C'est ce que permet de faire l'analyse classificatoire. Les différents essais nous ont conduits à stabiliser **5 groupes** parmi les répondants.

1. Résumer l'information pour mieux saisir la complexité

L'analyse factorielle a donc permis de créer 14 dimensions, c'est-à-dire 14 sujets sur lesquels il est important pour les TMS de se positionner.

6 dimensions concernent le sentiment d'être outillé (ou non) pour faire son travail :

- Le degré d'outillage (ressenti par les répondants) pour conseiller des parents sur les gestes avec les enfants
- Le degré d'outillage (ressenti par les répondants) pour faire face à des situations sociales compliquées (maltraitance, difficultés socio-économiques, ...)
- Le degré d'outillage (ressenti par les répondants) pour faire face aux aspects et aux questions paramédicales du travail de TMS
- Le degré d'outillage (ressenti par les répondants) pour faire aborder les questions relatives au développement physique et psychologique de l'enfant, ainsi qu'à l'allaitement
- Le degré d'outillage (ressenti par les répondants) pour faire face à des situations d'interculturalité (culture ou langue différente, etc.)
- Le degré d'outillage (ressenti par les répondants) pour faire face à des situations où la position et le travail des TMS sont mis en question par les bénéficiaires.

2 dimensions concernent le sentiment d'être reconnu par ses interlocuteurs :

- Le sentiment d'être soutenu et reconnu par l'institution ONE
- Le sentiment d'être soutenu et reconnu par les publics

2 dimensions concernent la pertinence perçue de son travail :

- La pertinence perçue du travail prénatal
- La pertinence perçue du travail postnatal

Enfin, les 4 dernières dimensions portent sur la question « d'être bien dans sa peau de TMS » :

- Le degré de satisfaction professionnelle
- Le sentiment de solitude
- La correspondance entre le salaire et le travail effectué
- Le degré de préoccupation par rapport à son identité professionnelle (est-ce un problème ou non ?)

2. Comment les individus se positionnent sur ces sujets ?

Bien sûr, chaque TMS représente une équation unique, et deux individus n'ont jamais totalement le même avis sur toutes ces questions. Néanmoins, en cherchant des airs de famille, on peut regrouper les 380 répondants en 5 groupes. Qui sont-ils ? Quels sont leurs caractéristiques ? C'est ce que l'analyse qui suit nous apprend.

Le tableau de la page suivante reprend de façon synoptique les positions des groupes sur chacune des dimensions. Il doit se lire de la façon suivante.

- « un peu moins/plus » : signifie que ce groupe se distingue un petit peu de la moyenne sur la dimension.
- « moins/plus » : signifie que ce groupe se distingue suffisamment de la moyenne sur la dimension.
- « bcp moins/plus » : signifie que ce groupe se distingue de façon importante de la moyenne sur la dimension.
- « bcp moins/plus ! » : signifie que ce groupe se distingue de façon exceptionnelle de la moyenne sur la dimension.

Par exemple, le groupe 1 reprend des individus qui se sentent moins outillés que la moyenne pour agir dans des situations sociales compliquées, mais un peu plus outillé sur les aspects paramédicaux.

Les cases vides signifient que le groupe en question ne se distingue pas de la moyenne (ou de l'avis général de tous les répondants) sur cette dimension.

Le premier avantage de cette analyse est de montrer que la situation des TMS doit être étudiée dans une perspective multidimensionnelle. Ainsi, des groupes qui se rejoignent sur certains points s'opposent sur d'autres. Par exemple, deux groupes qui se sentent plutôt soutenu et reconnu par leurs publics bénéficiaires (les groupes 2 et 4) peuvent diverger sur leur avis quant à la pertinence du travail pré- et post-natal des TMS aujourd'hui (plutôt négatif pour le groupe 2, plutôt positif pour le groupe 4).

3. Comment caractériser ces groupes ? Dans la tête de cinq TMS « typiques »

Point méthodologique :

Sur toutes les dimensions évoquées plus haut, les différences retenues entre les groupes sont significatives. Du point de vue de l'âge ou du point de vue du tutorat, les groupes ne montrent pas de différences très importantes (χ^2 non significatif), mais quelques écarts peuvent cependant être repérés. Les différences quant à la formation, à l'ancienneté, à la dénomination de TMS, au sentiment d'être compris, etc. sont, quant à elle, bien significatives ($p < 0,05$), tandis que celles liées à la « vocation », à la perception du travail, ou celle de l'information du public, à l'établissement de la relation avec les parents sont très significatives ($p < 0,01$).

Pour le dire plus simplement, si une information est évoquée à propos d'un groupe, c'est qu'elle est significative et/ou pertinente. Si un élément n'est pas évoqué pour caractériser un groupe, c'est que le groupe en question ne diffère pas de la moyenne sur ce point.

La description de chacun de ces groupes constitue un idéal-type (un « type typique » de TMS). Dans un premier temps, nous en donnons une description approfondie, afin de permettre de « sentir » chacun de ces groupes. Ensuite vient une analyse systématique, qui les caractérise de façon plus tranchée.

1. Le premier groupe : 12,4% de l'échantillon

Qui sont-ils ? Ce groupe est composé d'une proportion un peu plus importante (19,6%) de 56 ans et plus (moy. 15,6%), qui ont une ancienneté plus importante (81,3% ont une ancienneté supérieure à 6 ans, dont 46% ont une ancienneté supérieure à 16 ans, alors que les moyennes sont respectivement de 71,3% dont 40% de plus de 16 ans). Peut-être du fait de cette ancienneté, plus de la moitié des individus n'ont pas bénéficié d'un tutorat (alors que sur l'échantillon total, seuls 36,9% déclarent ne pas avoir bénéficié d'une telle formation). Il comporte près de 60% d'infirmières (moy. 45,7%).

Leur travail ? Ce groupe se sent plus outillé pour répondre à des questions paramédicales, mais ou sur l'allaitement, mais moins à l'aise dans les situations sociales compliquées (par exemple, seuls 37% se sentent outillés face à la maltraitance, contre 62,5% en général). Ces personnes sont de loin les plus nombreuses à considérer que la nature de leur travail a changé sur les dernières années (55,6% se disent tout à fait d'accord, ils ne sont que 29,1% dans l'échantillon global). Par ailleurs, ils sont bien moins positifs que le reste de l'échantillon sur la pertinence du travail prénatal.

Leur satisfaction professionnelle ? Ils sont de très loin les plus insatisfaits professionnellement : 75% déclarent que l'appréciation de leur travail est plus négative qu'il y a 5 ans (30% en moyenne). Plus précisément, sur un grand nombre d'aspects liés à leur métier. Ils ne se sentent pas soutenus par l'ONE (même s'ils trouvent que leur salaire correspond à la réalité de leur travail) : 50% déclarent que l'ONE ne leur propose pas un soutien suffisant pour faire face aux difficultés de leur travail, quand ils ne sont que 28% en moyenne. Ils se plaignent d'un travail solitaire et ne se sentent pas reconnu par les publics dans leur travail de TMS de l'ONE (35% déclarent que le fait qu'ils appartiennent à l'ONE ne rassure pas les parents, contre seulement 12% en moyenne).

Leur identité professionnelle ? Pour autant, leur identité professionnelle ne les préoccupe pas plus ou moins que la moyenne. De façon très marquante, ce groupe ne comporte que 46,8% d'individus déclarant que travailler à l'ONE résulte d'un choix ou d'une vocation (68,9% en moyenne totale). Ils sont du coup 23,4% à déclarer que l'ONE est un second choix (seuls 9,6% en moyenne), et 29,8% à déclarer que leur position actuelle est le fruit d'un hasard professionnel (21,5% en moyenne). Néanmoins, ils sont bien peu à apprécier la dénomination de TMS (moins de 40%, alors que dans l'échantillon, 63,5% déclarent que l'appellation TMS leur convient). Ce groupe est le plus prompt à plaider pour une formation commune pour tous les TMS (56%, alors que seuls 37,5% se déclarent d'accord avec cette idée dans l'échantillon). Cependant, si le nom de TMS n'existait pas, ils identifieraient plutôt leur travail à celui d'un AS (18,8%, plus du double de la moyenne) ou à

celui d'une infirmière (34,4%, plus que les 18,7% en moyenne), ce qui montre une très faible affiliation à l'appellation TMS (21,9% seulement, loin des 40,1% qui déclarent être incapable de définir leur fonction autrement que par TMS).

2. Le second groupe : 39,7% de l'échantillon

Qui sont-ils ? Ce groupe est composé d'une proportion un peu plus importante (19,3%) de 56 ans et plus (moy. 15,6%). Ce groupe ne diffère pas de la moyenne du point de vue de l'ancienneté ni de la formation.

Leur travail ? Ces personnes se sentent assez bien outillées pour conseiller les parents sur les gestes avec les enfants, mais aussi et surtout par rapport aux situations particulières que sont celles liées à l'interculturalité ou la mise en question du travail de la TMS par le public. Ainsi, 86% se déclarent outillés pour faire face à une situation où les parents mettent en doute ce que vous dites, à partir de mauvaises informations tirées d'Internet, quand en moyenne 75% de l'échantillon déclare la même chose. De façon générale, ce groupe se caractérise par une bien moindre perception d'un éventuel changement dans la nature et le quotidien de leur travail (26% ne voient pas de changement, ils ne sont que 20% dans l'échantillon global). Ce groupe est aussi celui qui déclare le plus de facilité (70% plutôt que 62%) à établir une relation de confiance avec les parents. De façon intéressante, ce groupe est le seul qui évoque quelques légers doutes par rapport à la pertinence du travail postnatal.

Leur satisfaction professionnelle ? Le groupe se caractérise par une plus grande proportion de personnes déclarant travailler à l'ONE par vocation (75,7%). Leur satisfaction professionnelle est plus élevée que la moyenne, ils se sentent très bien soutenus par l'ONE (82% disent y trouver un soutien, contre 71% en moyenne), trouvent que l'appellation ONE rassure les parents, et sont particulièrement satisfaits de la correspondance entre leur travail et leur salaire.

Leur identité professionnelle ? Ce groupe est le moins préoccupé par son identité professionnelle, et ne manifeste pas spécialement de satisfaction ou d'insatisfaction par rapport à l'appellation TMS.

3. Le troisième groupe : 26,8 % de l'échantillon

Qui sont-ils ? Ce groupe est celui qui regroupe la plus grande proportion de 46-55 ans (32,4%, soit 7% de plus que la moyenne), et aussi la plus grande proportion de personnes avec une ancienneté comprise entre 6 et 15 ans (37,3% plutôt que 31,3% en moyenne). Ces personnes sont proportionnellement plus nombreuses à avoir bénéficié d'un tutorat (68 plutôt que 63%). Ce groupe comporte plus d'infirmières que la moyenne (51% plutôt que 45,7%), et également plus de personnes en désaccord avec l'idée d'une formation commune (près de 10% en plus que la moyenne).

Leur travail ? Ils insistent plus que la moyenne sur le ressenti d'un changement ces 5 dernières années par rapport à la nature de leur travail. Ce changement est notamment lié à la plus forte impression que la moyenne (30,8% plutôt que 16,4%) que les publics sont aujourd'hui moins informés. Par ailleurs, ce groupe évoque des difficultés lorsque le public présente des difficultés socio-économiques ou lorsque le travail de la TMS est mis en question par le public. Par contre, ce groupe insiste plus lourdement sur la pertinence du travail prénatal.

Leur satisfaction professionnelle ? Ce groupe se dit un peu moins satisfait professionnellement que la moyenne : 47% déclarent que l'appréciation de leur travail est plus négative qu'il y a 5 ans (30% en moyenne). Ils se sentent aussi très peu soutenus par l'ONE (43% déclarent un manque de soutien, contre 28% en moyenne), et sont de loin les plus insatisfaits par rapport au salaire qu'ils touchent pour la difficulté de leur travail.

Leur identité professionnelle ?

Ce groupe est plus préoccupé que la moyenne par son identité professionnelle. Manifestement, cette préoccupation est à la fois liée au changement du public, et à une certaine insatisfaction par rapport à l'ONE.

4. Le quatrième groupe : 15,8 % de l'échantillon

Qui sont-ils ? Ce groupe comporte moitié moins de 56 ans et plus que la moyenne de l'échantillon. Il comprend par ailleurs 33,3% de moins de 35 ans, alors que la moyenne est de 28,8%, avec logiquement une proportion importante de personnes ayant une ancienneté de moins de 5 ans (43,3% plutôt que 28,7% en moyenne), avec une plus forte proportion d'individus ayant suivi un tutorat (67,8% plutôt que 63,1%). Ce groupe comporte 8% d'AS en plus que la moyenne (62,7 plutôt que 54,3%),

Leur travail ? Ces personnes se sentent beaucoup plus outillées pour conseiller les parents sur les gestes avec les enfants, ou pour intervenir dans des situations sociales compliquées. Par contre, ce groupe éprouve des difficultés sur les questions du développement physique et psychologique de l'enfant (en ce compris les questions liées à l'allaitement : seuls 78% se sentent outillés, quand ils sont 94% en moyenne). Ils sont ceux qui se sentent les moins outillés pour gérer les aspects

interculturels (seuls 11% - plutôt que 49%) se disent outillés pour intervenir dans des familles de cultures différentes qui ne comprennent pas le français).

De façon intéressante, c'est aussi dans ce groupe qu'on retrouve la plus importante proportion d'individus qui se déclarent « pas du tout d'accord » avec l'idée que la nature de leur travail a changé (9,3% plutôt que 3,7% au global). Dès lors, il est logique que ces personnes soient aussi celles qui insistent avec le plus de force sur la pertinence du travail pré- et post-natal des TMS.

Leur satisfaction professionnelle ? Ce groupe est de loin celui qui déclare la plus grande satisfaction professionnelle, sur quasiment tous les plans. Il reprend une grande proportion de personnes déclarant la « vocation » de travailler à l'ONE (73,3 plutôt que 68,9% en moyenne). Ils sont aussi ceux qui sont les plus satisfaits du soutien offert par l'ONE (82%, contre 71% en moyenne) et qui éprouvent le moins de solitude dans leur travail. Ils disent également se sentir bien comme TMS, au regard des publics.

Leur identité professionnelle ? Logiquement, ce groupe n'est pas spécialement préoccupé par son identité professionnelle. Il est également celui qui marque la plus forte affiliation au terme TMS (47,7%, plutôt que 40,1% dans l'échantillon), avec également une sympathie pour le terme de coach parental. Ils disent d'ailleurs que cette appellation de TMS leur convient (70,6% plutôt que 63,5% en moyenne). Ils pensent plus que les autres groupes que quelqu'un qui ne pratique pas leur travail peut néanmoins se rendre compte de leur réalité professionnelle.

5. Le cinquième groupe : 5,3% de l'échantillon

Qui sont-ils ? Ce groupe est celui qui comporte la plus grande proportion de moins de 35 ans (50%, alors que la moyenne est de 28,8%), et de personnes avec une ancienneté de moins de 5 ans (50% plutôt que 28,7%). Il comporte également 79% d'AS, alors que la moyenne est de 54,3%.

Leur travail ? C'est sans conteste le trait le plus marquant de ce groupe : son très lourd sentiment d'être beaucoup moins outillé que les autres groupes pour la plupart des situations que rencontrent les TMS (conseiller des parents sur les gestes à adopter, développement physique et psychologique de l'enfant. Ainsi, alors que 100% des autres groupes se dit outillé pour conseiller un papa sur la manière de prendre soin de son enfant, le groupe 5 ne comprend que 31,6% d'individus qui se disent outillés pour ce faire. Autre exemple : sur la question de l'allaitement : seuls 78% se sentent outillés, quand ils sont 94% en moyenne. Seule l'interculturalité est une situation où ils se disent plus outillés que les autres (66% plutôt que 49%).

Ce groupe manifeste également un sentiment important de changement dans leur travail ces derniers temps, qui leur donne l'impression d'être aujourd'hui, en tant que TMS encore plus nécessaire. Ce sentiment est lié à l'impression plus massive que les publics sont aujourd'hui moins informés qu'il y a 5 ans (26,7%, plutôt que 16,4% dans l'échantillon). Ils sont 3 fois plus nombreux (15%) qu'en moyenne à déclarer avoir trouvé compliqué d'établir une relation de confiance avec les parents, et sont de loin ceux qui disent être mal outillés face à une mise en question par leur public du travail de la TMS : seuls 52% déclarent être outillés pour faire face à une situation où les parents mettent en doute ce que vous dites, à partir de mauvaises informations tirées d'Internet, alors qu'en moyenne, 75% des TMS interrogées se disent aptes.

Leur satisfaction professionnelle ? De façon très marquante, ce groupe est celui qui déclare le plus sa « vocation » de travailler à l'ONE (78,9%, soit 10% de plus que la moyenne). Ils se montrent par ailleurs globalement satisfaits professionnellement, même si le salaire leur pose plus problème que pour la moyenne. Ils sont un peu moins nombreux à déclarer que l'ONE rassure les publics pour lesquels ils travaillent.

Leur identité professionnelle ? Ces personnes sont à la fois celles qui sont les plus préoccupées par leur identité professionnelle, et celles qui sont les plus satisfaites de la dénomination TMS (75% plutôt que 63,5% en moyenne). Si le terme n'existait pas, ces personnes plébiscitent très largement le terme de « coach parental » (58,3%, plutôt que les 21% en moyenne). Aucun d'entre eux ne se définirait comme « AS ou infirmière » si le nom de TMS n'existait pas. Ils sont d'ailleurs plus nombreux (26,3%) à penser qu'on peut comprendre leur réalité professionnelle sans la pratiquer. Ces personnes sont aussi proportionnellement plus nombreuses à vouloir une formation commune pour les TMS (47,1%, soit 10% de plus que l'échantillon).

4. Cinq façons de vivre son travail de TMS, 5 façons différentes de poser les problèmes et les solutions

Groupe 1 : Des sentiments d'insatisfaction et d'incompréhension résignés

Ce groupe reprend surtout des infirmières qui ont de la bouteille et qui cherchent à faire entendre leur mécontentement sur presque tous les points. Leur insatisfaction professionnelle est massive, surtout par rapport à un « avant ». Leur travail change, leur public change, et les situations qui sortent du travail classique de la TMS « version infirmière » les laissent plus

désemparées. Elles se sentent seules, pas aidées par l'ONE (l'ONE ne représente pas une vocation pour elles), et globalement dans la peau et l'appellation du « TMS ».

Pour autant, cette insatisfaction ne mène pas à un questionnement sur leur identité professionnelle, pas plus que l'absence d'attachement au terme TMS ne semble suggérer une volonté de changement. Dans ce groupe, c'est plutôt la résignation et le sentiment d'être incompris qui accompagnent l'insatisfaction.

Groupe 2 : Une adaptation dans la continuité : « on peut faire face à tout ».

Ce groupe reprend des personnes qui ont en commun à la fois de se sentir bien dans les missions classiques des TMS, et de pouvoir faire face à de nouvelles situations (interculturalité,...) qu'elles ne ressentent d'ailleurs pas comme si nouvelles que cela. C'est clairement le groupe plus polyvalent. Mais c'est aussi le seul qui questionne un peu la pertinence du travail postnatal des TMS.

Ce sentiment de savoir y faire les mène à exprimer une grande satisfaction professionnelle, un fort sentiment d'attachement à l'ONE, à son soutien et son prestige auprès des publics, ainsi qu'aux conditions de travail offerte.

Ce groupe est celui qui manifeste le moins de préoccupation pour son identité professionnelle. Il témoigne aussi d'une certaine indifférence face à l'appellation de TMS.

Groupe 3 : Un appel à plus de soutien de l'ONE, dans un monde où les publics changent.

Ce groupe de TMS, plutôt infirmières et plutôt en milieu de carrière, se montre particulièrement sensibles aux changements dans la nature de leur travail, qu'ils connectent au changement du public. Ceci les confirme dans la pertinence de ce qu'ils font, mais ils se sentent néanmoins parfois poussés dans leurs retranchements face à des situations où ils se sentent mis en cause (par des informations tirées d'internet, etc.). Ces changements les poussent à exprimer un sentiment de difficultés supplémentaires dans le travail (qu'ils estiment ne pas être répercutées dans leur salaire). De façon plus générale, ils trouvent que l'ONE n'est pas toujours à la hauteur pour les soutenir dans ces nouvelles difficultés. C'est cet agacement, plutôt qu'une question du « qui sommes-nous ? », qui les pousse à exprimer une préoccupation pour leur identité professionnelle.

Groupe 4 : La fierté d'être TMS et soutenu par l'ONE, même si tout n'est pas facile

Ce groupe est plus jeune et comporte une proportion un petit peu plus importante d'assistants sociaux, et semble se sentir plus à l'aise dans les fonctions « AS ». En effet, ils se sentent outillées pour les conseils aux parents et les situations sociales compliquées, mais pas du tout pour les aspects interculturels ni pour les aspects paramédicaux ou liés au développement physique et psychologique de l'enfant (ou encore à l'allaitement), à la différence du groupe 2.

Ce groupe témoigne de la plus grande satisfaction professionnelle et du sentiment le plus massif d'être soutenu par l'ONE, une institution qui selon eux fait sens pour les publics. Y travailler est globalement une vocation pour ceux-ci. Ils tiennent très fort tant à la pertinence de leur travail qu'au terme TMS. S'il fallait le remplacer, c'est vers le terme de « coach parental » que ce groupe se tournerait.

Groupe 5 : « J'aime ce que je fais, mais suis-je dans le bon ? »

Ce petit groupe est le plus jeune, et largement composé d'assistants sociaux. Leur principale caractéristique est de se sentir très peu outillé pour leur travail quotidien : conseiller, établir une relation de confiance, aider à l'allaitement,... L'interculturalité est néanmoins une situation où ils s'épanouissent plus que les autres.

Cette fragilité de leur posture (peur d'être remis en question par les publics) est renforcée par le sentiment que ces mêmes publics bougent. Il reste que pour eux, leur travail est plus pertinent que jamais. Travailler à l'ONE est perçu comme une vocation, même si le salaire n'est pas à la hauteur de la difficulté vécue de leur travail. L'identité professionnelle est un sujet de préoccupation, non pas tant pour le nom qu'ils portent (s'il le fallait, ils remplaceraient également TMS par coach parental), mais pour leur sentiment de ne pas être toujours à la hauteur de leur mission.

V. Les tensions du métier : les enseignements des analyses en groupe

Ce chapitre se base sur les compte-rendu des **4 analyses en groupe** organisées dans les différentes sous-régions avec des TMS volontaires pour y participer. Il dégage, de manière transversale, aux 4 analyses en groupe, les **convergences et les divergences** qui structurent les **récits** (il était demandé à chaque participant(e) de faire part d'un récit concret qui leur apparaisse significatif du métier de TMS et de ses enjeux) et les **interprétations proposées** au fil des tours de tables par les participantes pour analyser les récits choisis par le groupe. Tout en étant nourrie par des apports théoriques et mise au regard des recherches précédemment menées au sein de l'ONE à propos du métier et de l'identité des TMS, ce chapitre se veut le **reflet fidèle et structuré des représentations et analyses qu'ont les TMS de leur métier** et de ses enjeux dans le cadre organisationnel et institutionnel de l'ONE.

Il est structuré en 5 sections:

1. L'organisation des analyses en groupe, présentant le nombre et les caractéristiques des participants ;
2. Le contenu thématique des récits
3. TMS : métier ou profession ?
4. TMS : métier en doute dans une institution en questionnement
5. Dimension prospective : le TMS et l'ONE dans 15 ans

1. L'organisation des analyses en groupe

Si l'enquête par questionnaire permet une approche extensive, elle ne permet par contre pas d'appréhender en profondeur les expériences vécues du métier, les dilemmes de la pratique professionnelles et les tensions des identités professionnelles. L'enquête par questionnaire ne permet pas non plus la construction d'une parole collective – mais pas nécessairement consensuelle – sur les enjeux professionnels.

C'est pourquoi l'étape suivante a consisté en l'organisation d'**analyses en groupe** réunissant les TMS des différentes sous-régions.

Il était initialement envisagé de constituer 4 groupes d'analyses de deux journées chacune. In fine, pour des raisons organisationnelles et parfois contingentes (journée de grève, indisponibilité de TMS initialement inscrites), ces 4 groupes constitués sur base volontaire se sont réunis 2 journées pour l'un d'entre eux et une journée pour les trois autres, associant 33 TMS.

Les groupes ont été constitués de participants volontaires (candidatures sur base des réponses à l'enquête-consultation), en veillant à diversifier les profils des participants (principe d'hétérogénéité interne) sur une base sous-régionale.

Chaque analyse en groupe a donné lieu à un rapport d'analyse complet et anonymisé.

L'analyse en groupe tenue à Ghlin a réuni 14 participants pendant deux journées, celle de Liège a réuni 7 participants, celle de Bruxelles seulement 4 et celle de Namur 8 participants.

Au total, 33 participants (31 F et 2 H) ont pris part aux analyses en groupe,

- dont 20 assistantes sociales, 11 infirmier-ères, 2 sages-femmes
- 22 statutaires (dont 2 en fin de stage de statutarisation) et 7 contractuelles, 4 non précisés
- 14 TMS de plus de 20 ans ancienneté; 6 TMS entre 10 et 20 ans ancienneté; 5 TMS entre 5 et 10 ans ancienneté; 4 TMS entre 2 et 5 ans ancienneté; 2 TMS moins de 2 ans ancienneté; 2 non précisés
- 28 TMS attachées à une ou plusieurs consultations, 1 TMS d'un Service de Liaison, 2 TMS de services pré-nataux hospitaliers, 2 TMS d'une plate-forme prénatale;
- 3 TMS ex-tuteur/trice et 5 TMS tutrices

On s'en apercevra rapidement, la tonalité des propos échangés lors des analyses en groupe contraste avec les opinions recueillies par l'enquête par questionnaire. Alors que l'image générale qui se dégage de l'enquête par questionnaire est celle de TMS globalement satisfaites de leur métier et de son environnement, les analyses en groupe ont davantage exprimé les tensions, frustrations et interrogations du métier et de son contexte. Ces différences de tonalité indiquent la complémentarité des méthodes. Alors que, par définition, une enquête par questionnaire dégage des moyennes qui portent sur des opinions générales, les analyses en groupe plongent dans la singularité des expériences concrètes des participant(e)s. Il y a là un effet d'échelle, mais également un effet de loupe. Bien que les analyses en groupe n'étaient pas spécifiquement focalisées sur les situations problématiques, la tendance spontanée et majoritaire est de faire part de récits

d'expériences marquantes, voire éprouvantes. De plus même si l'échantillon des participants aux analyses en groupe partage les mêmes caractéristiques « objectives » que l'échantillon des répondants au questionnaire, les participants des analyses en groupe ont comme caractéristique commune de s'être porté volontaire. D'expérience, ce sont généralement les personnes « qui ont le plus à dire », parce qu'elles sont fortement engagées dans leur métier ou qu'elles voient dans leur participation une occasion de faire part de leurs préoccupations. Les deux méthodes, quantitative et qualitative, donnent donc à voir des expressions partiellement différentes et complémentaires, qu'il faut articuler sans les opposer dans l'analyse. Elles combinent l'expression de la majorité silencieuse et celles des minorités actives.

2. Contenu thématique des récits

35 propositions de récits d'expériences qui se répartissent, en termes de contenu, dans deux grands groupes thématiques: celui du métier tel qu'il se pratique, en particulier dans la relation avec les familles, et celui du métier tel qu'il est organisé au sein de l'ONE.

Thème 1: le métier de TMS tel qu'il se pratique, tel qu'il se vit, donc le réel du métier dans la durée

Les premiers récits mettent en évidence le cœur du métier, là où les TMS se sentent utiles, malgré les difficultés, lorsqu'une relation de confiance peut être établie avec les familles dans la durée et la continuité ; lorsque l'autonomie professionnelle permet l'adaptation des réponses apportées.

« On ne va pas le placer ? »

« Hier, dans toutes les visites, je vais dans une famille pour laquelle la maman me demande de venir tous les mois. Le petit a maintenant 21 mois, cela fait donc presque deux ans que je la suis.

Au départ, c'est la maternité qui m'a appelée en disant « On n'est pas à l'aise, pouvez-vous passer pour une visite à domicile ? ».

La maman avait fait un choc psychiatrique à la maternité, elle est restée dix jours à la maternité, elle a été mise sous médicaments, des antidépresseurs sans doute.

La première fois que je l'ai vue, elle me dit « je suis sortie hier, mais je n'ai pas de lait ni de langes ».

J'étais enragée, je fonce à la pharmacie commander du lait, même si je ne sais pas lequel il faut, je file également chercher un autre lait à la consultation. Je lui dis « votre mari ira chercher le lait » - normalement je suis en visites à domicile pas en courses !.

J'ai appelé directement la maternité pour avoir des informations complémentaires. La maternité a juste répondu qu'elle avait eu un choc psychiatrique.

La maman me dit qu', à cause de ses médicaments, elle a failli tomber avec son bébé dans les bras,

J'essaye d'avoir à nouveau la maternité en ligne, personne ne répond, alors j'appelle le médecin qui annonce son passage le demain ou le surlendemain, et là je ne lâche pas, le médecin finit par accepter « ok je passe » (Je lui ai demandé une confirmation par sms).

Et là dessus, la maman me dit « On va le placer, on va le placer ».

Je lui demande « Vous voulez qu'on le place ? »

Elle répond « Oui, je suis incapable de m'en occuper, moi même j'ai été placée petite, et alors quand le bébé est né, cela a été un choc pour ça. On était 4 enfants quand j'étais petite, de quatre pères différents, on a tous été placés chez ma grand-mère. Les compagnons de ma mère disaient à ma mère « si tu le gardes, je me barre ». Alors je suis comme ma mère, on va sûrement le placer. »

Je dis à la mère, « je vous propose d'essayer de garder votre enfant, je vais vous aider ». Ce à quoi, elle me répond directement : « Ok je veux bien essayer »

Le mari revient le soir et ne comprend pas ce qui se passe en voyant pleurer son épouse : le bébé va bien, la mère aussi, pourquoi pleure t'elle alors ? Je lui répond qu'on peut pleurer, que tout le monde peut pleurer

Depuis, je visite cette maman très régulièrement. Ses doses d'antidépresseurs ont été moins fortes et elle en est progressivement venue à penser que « bon, on peut peut-être ne pas le placer. ». Elle a pris plus de confiance en elle, est

venue aux bébé-rencontres, qui ont lieu tous les mardi matin, tout le monde a eu un beau regard sur elle. Mais elle est tout de même très fragile..

Au bout de quelques mois, la maman s'est demandé si elle recommencerait à travailler, je lui ai dit : « non tu dois rester un peu avec ton petit encore ». Elle a finalement repris son travail au bout de 9 mois.

J'ai continué à venir toutes les semaines, après y avoir été tous les jours pendant 15 jours, en échange de l'engagement de la maman de venir aux bébé-rencontres.

A un moment, étant tout de même un peu débordée, j'ai annoncé ma venue une fois par mois.

Et j'y ai été hier, le papa était là, je vois bien moi qu'elle s'occupe bien du petit, mais elle a du mal à parler. Encore hier, elle me dit, « on va pas le placer ? ». Moi je lui réponds « pourquoi on le placerait ? ». La maman me demande « c'est bien ce que je fais ? », tandis que son mari la critiquait. A un moment j'ai dit au mari (qui était là pour une fois) d'arrêter de dénigrer son épouse, je lui ai dit je voudrais que vous ayez un beau regard sur votre épouse, je lui demande de lui dire un compliment. Il fini par dire « c'est vrai qu'elle tient bien le ménage » et moi j'ai dit que c'est une maman courageuse.

« La fée clochette »

Je vais parler d'un couple de parents, qui ont eu leur premier enfant et que j'ai vu deux fois à domicile, et puis j'ai vu la maman à la consultation pour le suivi médical et les vaccins. Y a pas vraiment de besoin de poursuivre les visites, la maman est marocaine, le papa est belge. Tout se passait bien.

Au bout de quelques mois, la maman ne venait plus aux consultations, et puis un jour, le papa arrive avec le papa, et en étant accompagné de sa propre mère. Et là, le père est assez agressif avec sa mère, il s'énerve du discours des bénévoles, apparemment il avait bu.

Et les bénévoles le font rentrer, avec une petite clochette, dans la salle de consultation, il est assez violent, il repousse sa mère qui voulait également rentrer.

Et là j'essaye de creuser, je me sens un peu mal à l'aise, le médecin dit « Cela ne nous regarde pas, monsieur est peut-être fâché ». J'essaye de rentrer en lien avec le père, de savoir voir pourquoi la jeune maman n'est pas là. J'ai essayé de relancer une visite à domicile, ce à quoi le père ma répondu dit « Non, mêlez-vous de vos affaires ».

Le médecin vaccine vite, je propose un rendez-vous dans un mois, pour un bilan, j'essaye de le revoir rapidement, le médecin me remballa « Tu vas amplifier le problème en rentrant dans les détails ». « De toutes façons, que veux-tu y faire ? ».

Bon....

Le lendemain, je téléphone à ma référente maltraitance. Qui dit ce serait bien d'avoir un contact avec le papa. Je lui téléphone donc pour proposer une visite à domicile. Et là, le numéro n'était plus bon, je passe à leur domicile, personne ne répond, je mets un petit papier les informant de mon passage, pas de nouvelles pendant un mois, et puis un je tombe nez à nez avec le père sur le marché, l'air assez rouge.

Je relance, le mari dit « ma madame est partie au Maroc avec l'enfant, et j'ai déposé plainte ». Je lui demande s'il souhaite qu'on en discute ?

Depuis, la jeune maman est revenue à la consultation, j'ai cru comprendre qu'il y avait de la violence conjugale. Je lui a donné des coordonnées CPAS, de l'aide juridique et de la maison de justice car elle m'a dit vouloir se séparer.

Cette maman a maintenant un logement séparé, pas de contact avec le père.

Ce que j'ai regretté dans cette situation, c'est de ne pas avoir eu de soutien du médecin. Celui-ci a depuis lors a décidé d'arrêter l'ONE. Ce n'était pas évident.

Un pas en avant, deux pas en arrière

Dans la cadre d'un accompagnement pré-natal, j'ai commencé à suivre une dame de 23 ans en janvier dernier juste au début de sa grossesse, elle a été sans domicile fixe, on sait pas très bien quelles sont ses ressources, mais elle a un logement chez sa maman. C'est un logement pour une personne.

J'ai du me prendre deux-trois fois pour avoir le contact via la mère de la jeune maman, en fait, la grand- mère est illettrée. La jeune femme est alors enceinte de quelques mois. Je suis là parce le gynécologue qui fait le suivi de la grossesse a estimé qu'on était dans une situation de fragilité psychosociale, ce qui est critère pour demander l'intervention de l'ONE. C'est un code 2, dans le cadre du travail de la plateforme prénatale, cela veut dire un suivi renforcé.

Il s'agit d'un logement social où une seule personne est autorisée, mais, vu la situation, elles ont eu une dérogation. Lors de ma première visite, la grand-mère dit « Je lui avais dit de pas le garder, elle s'en sortira jamais, elle a pas de sous, pas de place, et moi non plus je n'ai pas de sous. »

On a travaillé ensemble pour lui chercher logement, j'ai proposé les ateliers d'animation dans la commune pour les 16-25 ans, ce sont des ateliers cuisine, et chaque fois que je venais, la future maman me demandait un papier pour éviter l'atelier, même si elle aimait bien y aller.

La grand-mère a comme ressources des allocations de handicap.

La maman est très collaborante, mais je constate qu'elle est limitée intellectuellement. On a parlé du papa, il est présenté comme plus ou pas en piste, toxicomane, il est alors en prison, mais la future maman me dit qu'elle avait peut-être un nouvel amoureux. Et ce nouvel amoureux, c'est un monsieur, que j'ai également rencontré sur place et qui m'a expliqué bien gentiment qu'il sortait de prison, et qu'il s'est mis dans ce logement car il a le bracelet électronique et que le signal du bracelet ne captait pas dans son logement à lui et que là, c'est le seul endroit où cela capte.

On trouve une piste de logement, avant la fin du terme de la grossesse. Deux jours avant la visite du logement, la future maman annule, en disant « j'en veux pas ».

Un pas en avant et deux pas en arrière.

Puis elle a déménagé dix jours plus tard. Elle m'a juste dit « je vais accoucher et je m'en vais ». Moi je suis inquiète.

J'en parle avec une collègue qui connaît de manière personnelle cette future maman et qui me fait part qu'il y a beaucoup d'alcool et de violence dans l'environnement de cette future maman.

J'avais également la suspicion qu'elle était battue. A ce moment, je ne savais pas si elle allait pouvoir aller dans le nouveau logement, tandis que son compagnon répétait à chaque fois qu'on allait bientôt lui enlever son bracelet électronique,...sans que cela soit le cas d'une visite à l'autre.

J'étais en congé la semaine dernière, et bingo, elle a accouché.

Quand je suis rentrée de congé, les collègues me disent, « hé ben, c'est pas un cadeau ». La maman est sortie un samedi midi de l'hôpital. Comme il y a des délais pour recevoir l'avis de naissance (qui transite par plusieurs endroits avant de nous parvenir, et d'autant plus qu'il y avait à ce moment une grève de la poste), la collègue TMS qui avait pris le relais pendant mes congés n'a reçu l'information que le mercredi. A ce moment, la maman n'avait pas encore de contact avec l'ONE, alors qu'elle a accouché samedi et qu'on sait qu'elle est en difficulté.

11 enfants, 2 générations, 1 TMS

Famille de 11 enfants que je connais depuis 23 ans, elle a déménagé mais la fille aînée qui vient d'accoucher vient encore à ma consultation, il y a eu beaucoup d'intervenants autour de cette famille que j'ai beaucoup aidée mais je reste la seule sur le terrain.

Un jeune couple stupéfiant

Un jeune couple vient à la consultation, se montre très enthousiaste, pose beaucoup de questions; ce n'est qu'après un certain temps que je constate qu'ils consomment des stupéfiants; il faut faire des visites à domicile pour s'en rendre compte

Nathalie et le père-bébé

C'est l'histoire des visites à domicile chez Nathalie, une personne « très crue », mère de 4 enfants (12, 14, 16, 18 ans) et qui m'appelait le « père-bébé »

Tout va bien

C'est un jeune couple qui va avoir son 1^{er} enfant, je fais 4 visites de suivi de grossesse, lors de la dernière visite avant la naissance le futur papa me dit : « Si vous n'étiez pas venue qui nous aurait appris tout cela ? »

Troubles du comportement

Un petit garçon pose problèmes de comportement dans une consultation, on pense qu'il est autiste, on oriente vers centre d'audiophonologie de ST Luc avec lequel on travaille, la maman est épuisée, nous l'invitons à prendre part au centre de paroles que nous gérons et il ressort que l'enfant dérange cette maman, qu'elle ne veut pas s'en occuper. Maintenant il faut

choisir le type de scolarité de l'enfant. La question qui se pose c'est celle de savoir ce que signifie accompagner ce genre de famille.

Ma voiture, ma cantine, mon bureau

Je suis tout le temps sur la route, je n'ai pas de lieu pour me poser, je mange dans ma voiture, spécificité du milieu rural, sans chauffeur, sans WC Je veux souligner l'importance de la visite à domicile J'ai en tête le cas d'une Famille paumée, on a du y aller très très régulièrement. C'était important d'avoir quelqu'un qui les écoute, qui les conseille, indépendant de la visite chez le pédiatre.

Les récits suivants constituent le côté « pile » de la même pièce. Ils évoquent les difficultés et les frustrations du métier : solitude, sentiment de manque de reconnaissance interne et externe, dilemmes moraux auxquels les TMS sont confrontés face à la gravité de certaines situations

Toute seule

Une maman dont le premier enfant est placé, accouche de son deuxième enfant, à la sortie de la maternité tout un réseau d'intervenants est mis en place autour d'elle mais au bout de 6 mois, se retire tous et la TMS se retrouve toute seule

Schizo et réseau

Une femme schizophrène accouche d'un petit garçon, un réseau est mis en place mais la TMS se retrouve seule pour accompagner la famille

L'ONE ne compte que pour du beurre

TMS chargée par maternité de faire le suivi de maman qui vient d'accoucher et dont la famille a de gros problèmes de consommation de drogues et a eu affaire à la justice pour vol d'armes et viol collectif ainsi qu'abus sexuel d'enfant. TMS cherche le soutien de divers intervenants mais rien n'aboutit; quand l'abus sexuel est constaté elle saisit le Tribunal. Lors de l'audience, la famille nie les faits et la juge dit: « L'ONE ne compte que pour du beurre ». Le bébé est mort peu après.

Le ressenti et les courbes

TMS chargée de faire le suivi d'une petite fille de 2 ans dont la maman est sous méthadone, porte un bracelet électronique, a un enfant placé et dont deux enfants sont décédés. Elle fait plusieurs signalements mais en apparence la petite fille va bien, en réalité l'enfant est abusée et va être placée.

Elle veut placer ma fille

C'est une ancienne histoire qui m'avait bien traumatisée. J'étais TMS depuis 5 ans, je suivais une maman pour deuxième enfant en consultation parce que refusait visite à domicile. Le 1^{er} enfant de 6 ans était placé en institution. Très vite un lien de confiance s'est mis en place et elle m'a donc dit qu'elle laissait l'enfant seul la nuit parce que partait rejoindre son amant. Je voulais garder le lien avec cette maman coupée des autres intervenants sociaux. Mais je constate que l'enfant ne se développe pas bien, et la maman ne voulait rien mettre en place. Je n'avais pas de soutien de médecin, il n'y avait pas de référent maltraitance à l'époque, m'a coordinatrice m'a dit de faire un signalement. La lettre a été visée par un juriste de ONE et signée par administratrice générale. Trois jours après, il y a eu un appel téléphonique à la consultation informant le médecin que j'étais citée à comparaître au tribunal avec la famille. J'avais informé la maman de la démarche et celle-ci m'avait insultée. Je ne comprenais pas pourquoi je me retrouvais seule au Tribunal.

Parachutée

Je travaille depuis 4 mois dans une consultation où je reçois coup de téléphone d'une famille qui vient d'emménager et demande à recevoir visite à domicile. L'enfant était né prématuré (6 mois), les deux parents étaient toxicomanes, la mère avait déjà deux filles qui étaient placées en institution. J'ai appris tout cela à brûle pourpoint, je n'avais jamais reçu la moindre information de la part des collègues de la liaison qui avaient orienté la famille vers moi, je l'ai très mal vécu en tant

que nouvelle TMS.

Sinon cela flambe

Une jeune femme arrive pour la première fois en consultation prénatale, elle me dit vaguement qu'elle a déjà un enfant placé et qu'elle n'est pas preneuse d'un contact avec moi. Je vais voir la SF qui a accès au dossier médical de la patiente, la SF me dit qu'il y a eu dépression, que la femme inquiète beaucoup de gens parce que le suivi est chaotique, elle fuit tout le monde et se fâche très souvent. Bref, cela retombe sur moi, puisque la SF imposait mon suivi, elle voulait que je fasse les visites à domicile alors que la maman n'en voulait pas. Je consulte la référente maltraitance qui me conseille pour faire le suivi et m'indique comment construire la confiance. J'ai du me justifier auprès de l'Aide à la Jeunesse, informer les différents collègues qui débarquent que je fais le suivi car les intervenants sont tous inquiets et il est de mon devoir de les rassurer. Se pose donc la question du caractère obligatoire ou non, celle du partage d'infos et aussi celle de la position de l'ONE vis-à-vis de certains hôpitaux où les médecins imposent suivi renforcé de l'ONE pour se décharger des inquiétudes.

Pourquoi j'ai voulu rejoindre l'ONE ?

J'ai repris des études de sage-femme. Très vite après les stages, je savais que je voulais aller vers un secteur où j'avais du temps pour moi et pour les gens Je suis arrivée à l'ONE suite à un 1^{er} stage en 3^{ème} année, en consultation, 2^{ème} stage en prénatale, sollicitations de collègues pour que je postule. Positif et compliqué car sur le terrain, j'avais un certain bagage médical pour les premiers jours de vie d'un enfant MAIS tout l'aspect social, je me sentais démunie... Comment faire face à des familles totalement précarisées ? (Malgré bagage de vie,...) Comment faire par du travail préventif et en dehors du médical ?

Dangerosité de la profession

Prostitution, sorties de prison...Il était une fois un proxénète qui prostituait ses enfants et son épouse (ballet rose), qui était trafiquant de drogues et qui m'a menacée avec une arme. Peu de considération de la direction, par ignorance ou par manque de terrain, d'argent, des référents maltraitance n'iraient jamais là bas, ils ont un savoir livresque,...

Autonome et seul

J'ai une liberté horaire, j'organise mon temps comme je le veux, je peux faire une grosse journée parce que j'ai des visites,... C'est confortable, cela permet d'avoir une vie de famille. Par contre, je travaille souvent seule On a un peu la vie d'un indépendant. On est à la fois autonome et indépendante tout en étant dans la grosse machine de l'ONE (procédures, échelons,...). En même temps, il y a une grande polyvalence (déménagements, peinture, activités, ...).

Les 19 récits qui viennent d'être présentés ont des intitulés qui parlent d'eux-mêmes, "Pourquoi j'ai voulu rejoindre l'ONE ?; 11 enfants, 2 générations, 1 TMS; Un jeune couple stupéfiant, Nathalie et le père-bébé; La fée clochette; Le ressenti et les courbes; Tout va bien; Troubles du comportement; On ne va pas le placer?; Elle veut placer ma fille; Un pas en avant et deux pas en arrière; Ma voiture, ma cantine, mon bureau; Toute seule; Parachutée; Schizo et réseau; ONE ne compte que pour du beurre; Sinon cela flambe; Dangerosité de la profession; Autonome et seul; », qui rendent compte du réel du métier de TMS, du métier tel que pratiqué et vécu par les TMS.

Par ces récits les TMS veulent, d'une part, insister sur la singularité d'un métier qu'ils estiment comparable à nul autre, ce dont ils sont fiers, métier spécifique qui se caractérise par la polyvalence, par la capacité d'adaptation, métier qui se construit progressivement par l'expérience, et dont les visites à domicile constituent le nœud central pour l'établissement d'un lien de confiance avec les familles, inscrit dans la durée, qui permet de comprendre les situations familiales dans toute leur complexité et de répondre aux mieux aux besoins afin de garantir le bien être des enfants et de soutenir la parentalité dans une logique médico-sociale préventive. D'autre part, ils mettent aussi en évidence les difficultés du métier de TMS caractérisé par un fort sentiment d'isolement et de solitude, un manque de soutien et de collaboration entre collègues et entre services, un manque de coordination de la part de la hiérarchie directe ainsi qu'un manque de reconnaissance de la part des instances dirigeantes de l'ONE, soulignant ainsi les obstacles à la mise en place d'un travail en réseau, aussi bien en interne qu'en externe, travail en réseau jugé pourtant indispensable pour garantir le maintien d'un service universel, gratuit et non obligatoire.

On retrouve là une image du métier de TMS similaire à celle révélée par les deux précédentes études sur le métier de TMS réalisées par des équipes universitaires, à la demande de l'ONE, en 1992 et en 2002. On constate ainsi une continuité dans la perception qu'ont les TMS de leur métier et dans l'image qu'ils en donnent, et que l'étude de 2002 résume comme suit :

« un travail polyvalent, combinant plusieurs types d'activités dites « de base » que ce soit en milieu hospitalier ou non, l'action des TMS étant « *fortement tirée par les besoins des familles* », en fonction des caractéristiques de la situation de celles-ci. L'accent est mis sur l'adaptation au cas par cas. On retrouve aussi les deux traits caractéristiques de la représentation du métier déjà mis en évidence en 1992 et en 2002 : premièrement, le métier se définit d'abord par un ensemble d'activités à effectuer, à travers lesquelles les missions peuvent être accomplies. Deuxièmement, il est considéré comme particulier au contexte local, c'est-à-dire spécifique aux conditions où il s'exerce et différent des autres lieux ou autres régions où travaillent les TMS. En 2016, demeure donc l'image d'un métier de TMS traversé, comme le soulignaient les chercheurs en 2002, « *par quatre ambivalences qui sont autant de sources de tensions* », ce qu'ils synthétisaient comme suit :

TMS, un métier ambivalent, en tension entre	
<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie • Professionnalisme fondé sur l'action individuelle • Action au cas par cas • Appartenance à la population TMS 	<ul style="list-style-type: none"> • Solitude • Demande de reconnaissance et de rétroaction • Besoin de repères ou d'un cadre • Sentiment d'une extrême diversité

Thème 2: le métier de TMS tel qu'il est organisé et institué à l'ONE

Les récits suivants évoquent évidemment également la pratique du métier, mais cette fois-ci en mettant surtout en exergue l'organisation du travail au sein de l'ONE, dans les conditions de travail, les collaborations, le partage des tâches et des responsabilités entre les différents acteurs dont le trio constitué par le TMS, le médecin et les volontaires.

Le SMS

J'ai décidé de vous lire un sms que j'ai reçu il y a quelques jours: « Bonjour, madame Laurent de l'ONE nous a dit que vous passeriez à la maison ce lundi, suite à la naissance de Lucien, nous avons rdv chez le pédiatre lundi également à 11h, nous nous serons donc pas toute la journée présents à la maison, bonne journée ».

En fait, je ne sais pas qui m'a adressé ce sms. Je connais madame Laurent, qui est TMS de liaison, mais je n'ai pas reçu l'avis de naissance.

(Je n'aime pas les sms, si c'est urgent, comment je fais moi ? Si une maman m'appelle au secours et qu'elle ne sait pas que je ne suis pas disponible. Je rappelle souvent que je ne suis pas un service d'urgence 24/24).

Et puis, madame Laurent n'a pas mon agenda, je n'ai pas reçu l'avis de naissance, pourquoi a t'elle dit que je passerais lundi, c'est moi qui fixe les rendez-vous.

C'est un sms qui pose la question du circuit de l'info naissance, de la disponibilité, des modes de communication. J'ai reçu le sms à 9H07 et j'ai reçu l'avis de naissance le soir dans ma boîte aux lettres. Les parents reçoivent beaucoup d'informations en peu de jours à la maternité, peut-être que les parents ont confondu et que c'était la sage femme qui devait passer.

1=2

Un TMS a remplacé deux collègues absents pour maladie pendant 1 an tout en assurant son propre travail de secteur

Cela sert à quoi l'ONE ?

Le médecin de l'ONE ne peut pas prescrire parce que le rôle ONE est uniquement préventif, certains médecins prescrivent quand même et d'autres envoient chez le pédiatre. Mais les parents ne comprennent pas lorsqu'il y a refus de prescription et demandent « mais alors ça sert à quoi l'ONE ? » C'est vrai que moi aussi je me pose parfois cette question dans le cas de familles sans ressources, pour qui c'est très difficile de consulter pédiatres, pourquoi ne pas prescrire ?

Impact des bénévoles

TMS travaille dans un petit secteur où il y a 3 consultations dans 3 lieux différents, 3 comités et 3 médecins, et elle constate qu'en dépit du travail administratif conséquent, les 3 comités refusent de se coordonner

Arrondir les angles

Après 13 mois de congé de maternité, à mon retour, on m'a dit : « La consultation a déménagé, toi qui connais les 2 consultations, il faut que tu fasses quelque chose car pour le médecin, ça ne va pas au niveau des locaux » Petit bureau pour les consultations : travailler dans ce local pendant 38H semaine est impossible. J'ai téléphoné au médecin, à la coordinatrice (en laissant un message), comme j'avais 1,5 semaine devant moi, j'ai tout déménagé et réorganisé le local, cela a été très mal pris par les bénévoles, alors que médecin et parents étaient satisfaits Personne ne s'est soucié des locaux pendant 1 an et j'ai essayé de récupérer les choses. J'en retiens que l'humeur des bénévoles est parfois très pesante, ma remplaçante m'a laissée « dans la mouise ».

TMS plaque tournante

Quelle liberté de parole et d'actions ? C'est le récit d'une famille qui ne respecte pas les règles : Absences répétées d'une famille en VAD, absences à la consultation, retard, ... un jour, la maman arrive en retard, alors que le médecin était déjà sur le départ, elle rentre franco, déshabille son bébé,... Je lui ai fait une remarque

Je n'avais pas le soutien des bénévoles, j'aurais mis des limites à la mère...

La maman n'a pas supporté la remarque et est partie... Les bénévoles étaient en désaccord avec moi

De plus en plus confrontée à des gens qui vont et qui viennent ... Quelle liberté institutionnelle ? Dans un service privé, on ne laisserait pas passer cela !

Dynamique et dynamite de comité de bénévoles

Quand je suis allée sur un autre secteur, les comités étaient très routiniers, très âgés,...On leur demandait le minimum. J'ai essayé de réguler les réunions. A l'occasion de la rédaction d'un Projet santé parentalité (PSP), il a fallu noter des objectifs et j'en ai noté un qui a percuté la présidente : «la fréquence des réunions permettraient de créer une identité de groupe ».

Dans ma formation, c'est un moyen d'approche... Elle l'a perçu comme de la manipulation !

Depuis ce jour, je suis seule, seule, seule,... Lorsque je demande la liste des noms des familles à la présidente du comité, c'est un NON ! J'ai fais appel à la coordinatrice, qui est arrivée, mais elle a été très fuyante et n'a pas réglé cette situation. Pour finir, j'ai changé de consultation et la coordinatrice qui a repris celle-ci, m'a dit « je vois que tu as été blessée » - c'est le sous-groupe qui est arrivé à ses fins et qui a pris ma place ! il n'y avait pas de possibilité de négocier ! Je suis partie dans ces conditions là.

La TMS entre le médecin et la présidente

TMS se retrouve prise dans une situation compliquée : la présidente du Comité de bénévoles trouve que le médecin travaille mal, la TMS ne partage pas cet avis, la présidente démissionne.

L'entrepreneuse en bâtiment

Mon récit est en lien avec l'organisation logistique de l'ONE. Cela date un peu. Cela a peut être évolué depuis, enfin, j'espère. L'histoire date de l'arrêt du car de l'ONE dans le village de Outsiplou

Quand j'ai commencé comme TMS, le car faisait une tournée régulière dans les villages où il n'y avait pas de local de consultation. En 2003-04, il a été décidé que le car serait supprimé dans cette zone, et donc c'est devenu une commune sans car, mais sans consultation prévue.

J'ai eu pour mission d'être entrepreneuse en bâtiment et de trouver un local. C'était pas évident, c'était un enjeu, car il ne fallait pas que ce soit dans un lieu étiqueté de la commune, pas du CPAS, pas non plus à l'ancienne cure.

Je trouve finalement un local, chez un vieux monsieur mécanicien-menusier qui a une vieille grange, qui veut bien louer une partie, pleine de brols. C'est spacieux, mais j'appelle quand même ma coordinatrice, « est ce que c'est possible ? », « oui on peut envisager cela, de toute façon on n'a pas beaucoup le choix ».

J'ai dû négocier avec le propriétaire pour qu'il fasse de la place, qu'il dégage ses brols. J'ai géré tout le travail pour aménager ce local, gérer les devis, trouver tous les corps de métier...

Entre toutes les visites à domicile, les consultations, cela a mis un an. Il y avait un problème de chauffage, mais c'est au final une consultation qui a très bien fonctionné. Quand je suis partie, ma collègue n'aimait pas le lieu, elle a cherché un nouveau lieu et a déménagé la consultation.

Les 8 récits suivants, tout en interpellant le cadre organisationnel et institutionnel de l'ONE, aborde plus directement les évolutions du contexte sociétal et institutionnel auxquelles sont confrontés les TMS sur le terrain. Ces évolutions tiennent à la fois aux reconfigurations des publics – avec l'apparition de « nouveaux publics » porteurs de nouvelles problématiques et les transformations des modèles familiaux, et à la fois l'émergence de nouveaux acteurs – en particulier les sages-femmes effectuant des visites à domicile.

“Le car syrien »

Je fais le suivi d' une famille syrienne, j'ai pris connaissance de cette situation en faisant le point avec le CPAS, et en fait, l'assistante sociale du CPAS ne savait pas que, nous à l'ONE, on faisait le suivi jusque 6 ans. Il a trois enfants de moins de 6 ans dans cette famille. Déjà y avait la barrière de la langue, et je n'avais pas leurs coordonnées. L'AS envoie la famille au car de consultation, mais la famille n'a pas compris et n'est pas venue. Alors la fois suivante, l'AS est venue avec la famille jusqu'au au car. Les relations étaient difficiles avec la famille car on ne se comprenait pas. Le CPAS propose d'abord de faire venir un interprète. Mais le jour prévu, il y a eu du retard, et l'interprète était reparti... Finalement ce sont les mamans du car avec des notions d'arabe qui ont essayé de traduire. Le petit de 6 ans a les dents toutes cariées. Finalement, on a commencé le rattrapage de la famille, mais chaque fois qu'on les voyait pour les vaccins, les enfants hurlaient sans les enfants hurlaient sans s'arrêter. Ils ont finalement déménagé.

Réfugiés abandonNE

Septembre 2015, suite à l'ouverture d'un centre pour réfugiés, une TMS s'y rend à titre bénévole car l'ONE n'est ni informée ni impliquée. Elle constate l'indifférence et le manque de soutien de l'ONE pour les familles qui sont pourtant très en demande de visites.

Ring en consultation

Une TMS fait la consultation avec un médecin, deux couples se disputent pour entrer en premier, les pères en arrivent aux mains dans la salle d'attente

Parentalité homosexuelle

La première fois que j'ai été confrontée à parentalité homosexuelle je me suis posée beaucoup de questions. J'ai reçu avis de naissance pour des jumeaux, je me suis présentée à domicile, une jeune femme a ouvert la porte, on a échangé quelques mots puis elle est allée chercher un bébé et une femme plus âgée est arrivée avec le deuxième bébé, je me suis adressée à la jeune femme pour parler allaitement mais c'est la plus âgée qui m'a répondu, j'étais perturbée, j'avais l'étrange impression d'une maman coupée en deux, je ne savais pas qui était la maman, la conversation a été interrompue, je regardais autour de moi et j'ai aperçu un magazine ouvert sur un article concernant communauté homosexuelle à New York, mon franc est alors tombé ! J'ai ensuite demandé qui était la mère porteuse et c'est la plus âgée qui m'a répondu. En revenant au local, je me suis demandé si je devais prévenir ou pas les bénévoles de la consultation, l'enjeu étant évidemment la tension entre le respect du secret professionnel et le partage d'infos. J'ai choisi de ne rien dire. Le couple est venu à la consultation et la bénévole a dit à la femme plus âgée « vous êtes venue aider votre fille ? ». Cette expérience pose la question de l'adaptation aux évolutions sociétales et les modalités concrètes : est-ce que j'aurais préféré savoir à l'avance et est-ce que j'aurais du prévenir les bénévoles ?

A quoi je sers ? Sage-femme versus TMS

Première visite dans 1 famille dont c'est le premier enfant, le jeune couple est assommé d'informations contradictoires, il demande à quoi sert la TMS si la sage-femme passe aussi à domicile.

Message téléphonique

Mon récit, c'est celui d'un message téléphonique qu'une maman m'a laissé avant le premier rendez-vous « Mme ..., j'annule le rdv demain car le pédiatre m'a donné les coordonnées d'une sage-femme qui travaille avec lui » Il s'agit pourtant d'un pédiatre avec lequel on travaillait depuis des années et qui jusque là orientait vers l'ONE. Multiplicité des services et quelle place pour l'ONE ?

La sage-femme m'a dit que...

J'arrive en visite et une maman me dit : « *J'ai plus besoin de chauffer l'eau du biberon, la sage-femme m'a dit que la laisser à température ambiante c'est ok* » J'étais surprise parce que ce n'est pas ce que j'avais appris. J'ai dit que j'allais me renseigner. J'ai dû me renseigner, c'est pas totalement négatif.

Il faut être plus confiant dans nos propos, pouvoir aller plus loin pour apporter quelque chose. Face à la *multiplicité d'intervenants, comment se positionner ?*

Ces 16 récits, aux intitulés également parlants, « *1=2 ; Impact des bénévoles ; TMS entre médecin et présidente ; L'entrepreneuse en bâtiment ; Arrondir les angles ; TMS plaque tournante ; De la théorie à la pratique en solitude/dynamique de comité de bénévoles ; A quoi je sers ? Sage-femme versus TMS ; Cela sert à quoi l'ONE ? ; Réfugiés abandonnés ; Le car syrien, Ring en consultation ; Parentalité homosexuelle ; Message téléphonique ; SMS ; La sage-femme m'a dit que...* » inscrivent l'exercice du métier de TMS dans son cadre organisationnel et institutionnel pour souligner, d'une part, les défauts d'articulation entre TMS (prénatal et liaison) qui travaillent en milieu hospitalier et TMS des consultations pour enfants et, d'autre part, dans ces dernières, de mettre en évidence l'impact en termes de conditions de travail et de partage des tâches et des responsabilités, de la collaboration entre professionnels (médecins et TMS) et volontaires. Est ainsi pointé un décalage entre des évolutions sociétales (mutations des publics et des familles, sorties précoces de la maternité et concurrence des sages-femmes) et un mode de gouvernance institutionnelle qui met à mal aussi bien le métier de TMS et sa professionnalisation que l'image de l'ONE et la réalisation du mandat de base (offrir un accompagnement universel, gratuit et non obligatoire).

Les 7 récits choisis par les participants pour une analyse en profondeur, « *On ne va pas le placer ? ; ONE ne compte que pour du beurre ; Sinon cela flambe ; Impact des bénévoles ; TMS plaque tournante, Cela sert à quoi l'ONE ? ; La sage-femme m'a dit que...* », relèvent des deux axes thématiques, les interprétations et analyses des participants permettant de mettre en lumière l'étroite imbrication de la dimension de l'identité professionnelle TMS et de la dimension institutionnelle. Parler du métier, voire de l'identité professionnelle du TMS, suppose donc d'être attentif au fait de ne pas faire porter sur des aspects professionnels et de métier ce qui relève d'enjeux organisationnels et institutionnels, concernant notamment la clarté du mandat institutionnel de l'ONE, c'est-à-dire la clarté sur la place que veut ou que peut prendre l'institution dans le cadre des évolutions politiques récentes en matière de séjour à la maternité, et qui a un impact direct sur le rôle, la fonction de TMS ainsi que sur les conditions d'exercice du métier dans les différents types de services.

Pour ce qui concerne les conditions de travail des TMS, on retrouve là aussi un diagnostic similaire à celui révélé par les deux précédentes études sur le métier de TMS réalisées par des équipes universitaires, à la demande de l'ONE, en 1992 et en 2002. Les chercheurs soulignent « *les problèmes d'instabilité et de discontinuité des contrats de travail que vivent les TMS* », qui sont liées, écrivent-ils, « *aux contingences de la gestion des effectifs au sein de l'ONE.* » Peu nombreux dans les MAG, les TMS contractuels ont pointé les difficultés liées à l'enchaînement de contrats de remplacements : difficultés d'insertion dans les équipes, surcharge de travail, absence de soutien des collègues et de la hiérarchie directe, situation qui, outre l'épuisement, génère un sentiment d'injustice face au manque d'engagement professionnel de certains collègues, considéré par la coordination comme un « état de fait » duquel il faut s'arranger. Le manque de respect du cadre institutionnel existant, des lignes de conduite et des outils qui délimitent les pratiques de travail et guident l'action des TMS est jugée choquante par les « nouveaux » TMS, jeunes ou moins jeunes, qui ne comprennent pas pourquoi « l'ONE laisse faire ».

Cette interrogation sur la responsabilité individuelle du TMS, a conduit les participants à longuement discuter la question des missions institutionnelles, du mandat et du cadre ainsi que celle de la ligne hiérarchique qui ne peut fonctionner que s'il y a un mandat clair et des compétences pour le mettre en œuvre. Ces échanges extrêmement denses, et parfois assez tendus, dont nous rendons compte plus en détail ci-dessous, confirment le paradoxe, mis en évidence dans les deux études précédentes de 1992 et 2002, de TMS qui formulent une demande de lignes directrices, de clarification du cadre de leur travail qu'ils estiment trop flou, tout en dénonçant les dangers de la standardisation et en défendant, avec insistance, leur autonomie professionnelle, donc la pertinence de définir de manière individuelle les priorités d'action, au cas par cas. Ils ont aussi mis en évidence un aspect peut-être trop passé sous silence à l'ONE jusqu'ici, à savoir que la fonction de TMS à l'ONE devrait concrètement être envisagée sous l'angle des différences statutaires et des différences intergénérationnelles, le poids des tensions du métier se portant de manière assez manifeste sur les nouveaux entrants.

Pour ce qui concerne les relations de collaboration entre professionnels (médecins et TMS) et ceux que l'on appelle officiellement désormais volontaires mais que la majorité des TMS continuent d'appeler bénévoles, force est de constater que cela reste une source de préoccupation importante puisque les participants aux MAG ont fait le choix d'analyser deux récits d'expériences qui portent précisément sur l'impact de la gouvernance locale sur leurs conditions de travail et l'exercice de leur métier. Premièrement, on constate que les « bénévoles » suscitent des commentaires critiques similaires à ceux formulés dans les deux études de 1992 et 2002: il s'agit de personnes âgées, voire très âgées, peu dynamiques, peu

efficaces et performantes pour ce qui concerne le travail administratif qui relève théoriquement de leurs responsabilités. Leur manque de formation spécifique peut mettre à mal la qualité de l'accueil et du service, et le poids de l'appartenance politique ou associative des membres du Comité peut être source de situations problématiques en termes de conflits de pouvoir sur lesquelles les TMS disent ne pas avoir de prise. Certes, des nuances ont été apportées à ce diagnostic négatif et il a été souligné qu'il y avait aussi « d'excellents comités, créatifs, innovants, qui fonctionnent vraiment bien », mais dans l'ensemble les échanges convergeaient pour interroger les raisons pour lesquelles cet « héritage du passé » persiste aujourd'hui encore, alors que par ailleurs le mode de fonctionnement institutionnel a été réformé de fond en comble en 2002, et qu'une réforme des consultations a eu lieu en 2004.

3. TMS : métier ou profession?

Intitulée « L'identité professionnelle en lien avec le métier de TMS de l'ONE », la recherche pose clairement la question de savoir, comme le soulignait le CA lors de la première réunion, si « être TMS est une fonction, un métier, une profession ? »

En sociologie des professions, le métier fait référence à une manière d'être, à une pratique, des savoirs issus d'un apprentissage par l'expérience qui s'inscrit dans une culture issue d'une histoire commune. En ce sens, il peut constituer une source d'identification importante. Au regard des différentes recherches conduites depuis 1992 sur les TMS, et des permanences au fil du temps dans le discours des TMS sur ce qu'ils font, pourquoi ils le font et comment ils le font, sur base de quelles compétences et selon quels modalités d'apprentissage, ainsi que sur les tensions qui traversent l'exercice du métier, nous pensons pouvoir conclure à l'existence d'un métier et même à une identité de métier. Comme l'ont mis en évidence de nombreux sociologues, dont Osty (2002, p.104-105), « *Le concept d'identité renvoie à une représentation subjective individuelle, c'est-à-dire à la manière dont l'individu se perçoit le même tout au long de son histoire, se manifestant par un "sentiment d'identité". Mais c'est aussi ce par quoi il se rend semblable à lui-même et se distingue des autres.* » L'identité se joue ainsi entre le sentiment d'être unique, autonome, et le sentiment d'appartenir à un groupe social.

Les travaux de Sainsaulieu (1988) concernant l'étude de l'« identité au travail » du point de vue des acteurs dans un système culturel d'action, ont mis en évidence l'importance de l'expérience relationnelle du pouvoir dans la constitution des identités au travail. Ceux de Dubar (1991) ont quant à eux mis en évidence deux processus de socialisation dans la construction identitaire: relationnel et biographique, ce qui l'a amené à identifier, à partir de ses recherches empiriques (1992) quatre formes identitaires en lien avec le vécu des personnes au travail : **l'identité d'entreprise** (espace d'identification = l'entreprise), **l'identité catégorielle** (espace d'identification = le métier), **l'identité de réseau** (espace d'identification = le diplôme et le réseau) et **l'identité de hors travail** (espace d'identification = la sphère domestique).

Avec leur théorie respective sur l'expérience de l'« identité au travail » au sein des organisations et sur les « formes identitaires » résultant de la socialisation professionnelle, Sainsaulieu et Dubar ont permis de mieux comprendre comment l'identité se construit en lien avec le travail, ou du moins avec l'espace « travail ». On réfère souvent à ces travaux comme ayant contribué à mieux comprendre le processus de construction des « identités professionnelles » mais, et c'est le problème qui se pose pour les TMS, que désigne-t-on exactement par « identité professionnelle » ? Est-il question de l'identité d'un individu dans le monde professionnel, dans le monde du travail, ou encore de l'identité relative à une profession spécifique, un métier, avec ses us et coutumes, son histoire et ses aléas, identité qui ferait alors référence à ce que Dubar appelle « l'identité catégorielle » ?

4. TMS : métier en doute dans une institution en questionnement

A la question de savoir s'il est approprié de parler d'identité professionnelle du TMS, et de considérer que le métier de TMS est professionnalisé, les apports des participants aux analyses des 7 récits choisis invitent à répondre par la négative. Il y a en effet eu forte convergence pour estimer que les tensions identitaires personnellement vécues par les TMS sont liées à un manque de définition de leur **mandat**, de leur **licence** et in fine de leur **rôle**. Pour toute profession se pose la question de la **licence**, c'est-à-dire ce que l'on fait en propre, les tâches dont on a l'exclusivité. Quand au **mandat**, c'est ce qui donne la possibilité d'exiger des autres, en l'occurrence ici les bénévoles, les familles, les sages-femmes, les médecins, etc., des comportements à l'égard de leur travail, le passage du métier à la profession s'opérant quand le métier peut définir clairement son périmètre et le faire respecter. Or, c'est précisément l'absence de définition claire du périmètre d'expertise et d'action du TMS et l'empiètement de ce périmètre par d'autres, qu'il s'agisse des volontaires ou d'autres professionnels comme les sages-femmes, qui a été longuement exposé et discuté par les participants aux analyses en groupe.

Le constat d'une identité de TMS comme « métier » plus que comme « profession » explique le regret d'une manque d'identification et la revendication d'une plus grande reconnaissance et affirmation des identités professionnelles liées à la formation initiale et au diplôme des TMS. Parmi les TMS, ce sont en particulier celles qui disposent d'une formation d'infirmière ou de sage-femme qui regrettent le gommage des dimensions (para)médicales du métier. Dans leurs interactions avec les familles et les autres professionnels, c'est d'ailleurs cette référence qui est première, continuant à présenter comme « infirmière » ou faisant état de leur qualité de sage-femme pour faire valoir leurs compétences et légitimer leur intervention.

- « En formation, sans le savoir, sans se connaître, les AS vont d'un côté, les infirmières de l'autre »
- « La redéfinition des fonctions TMS a permis d'épanouir le volet social mais a conduit à l'amputation du volet infirmier et médical »
- A l'entretien d'embauche, on m'a dit « tu n'es plus Sage-Femme tu es TMS ». Sur ma messagerie, je continuais de dire « Sage Femme à l'ONE », cela ne me plaisait pas TMS, la coordinatrice m'a demandé de changer ma messagerie.
- « Avec la fusion entre infirmières et travailleurs sociaux en TMS, on a loupé une marche sur le marché maintenant occupé par les sage-femme »

Enfin, il convient de souligner ici les participants aux analyses en groupe ont tenu à dire qu'en dépit du sentiment de solitude et de non reconnaissance de leur expertise professionnelle par l'institution, de la surcharge de travail et des difficultés de collaboration internes et externes, ils étaient très attachés à leur métier de TMS dont la principale source de satisfaction est le contact avec les familles et le sentiment d'utilité. Ils ont aussi insisté pour dire leur fierté de travailler pour une institution comme l'ONE qui assure, depuis un siècle, un service universel et gratuit de qualité pour les enfants et leurs familles. Ils considèrent avoir de la chance de travailler pour un employeur qui leur offre beaucoup de souplesse dans l'organisation de leur travail et de leur temps de travail (travail à temps partiel, congé parental, pause-carrière et congé sans solde) ce qui permet une bonne conciliation vie familiale/vie professionnelle. Ils apprécient également la possibilité de mobilité professionnelle ainsi que la qualité de l'offre de formation continuée.

Ce contraste entre d'une part les frustrations et questionnements liés à la définition et à l'exercice du métier et d'autre part la satisfaction, du moins pour les statutaires, à l'égard des conditions de travail (sur ce plan, l'ONE est caractérisée comme « bientraitante et bienveillante ») explique en partie les ambivalences à l'égard des perspectives de changement et de réforme et les craintes que les frustrations exprimées ne contribuent « à scier la branche sur laquelle on est assis »

- « On est bien traités, on a beaucoup de liberté, de possibilités, d'avantages mais on ne nous connaît pas bien.
- Il y a beaucoup d'avantages à travailler à l'ONE : on peut prendre des heures de récupération, le travail est agréable parce que très diversifié, on a beaucoup de Formation continuée, ce qui est aussi exceptionnel par rapport à d'autres institutions. Donc on est pas mal à l'ONE, on est bien traités par l'institution,

4.1. TMS : le bouche-trou, le bouc émissaire et le parapluie

Au niveau du terrain, donc de la réalité de l'exercice du métier de TMS, la tension identitaire entre solitude et autonomie notée de longue date, demeure, mais elle est accentuée actuellement par la réforme hospitalière avec réduction de durée du séjour en maternité et mise en place des services ambulatoires des SF, ce qui conduit les participants à dire que leur métier de TMS est devenu « tout à fait flou », que leur rôle est de moins en moins reconnu, en interne comme en externe, ce qu'un participant a résumé en disant « *On est le bouche-trou, le bouc émissaire, et le parapluie.* »

Où est le problème ? Dans l'analyse des 5 récits « *On ne va pas le placer ?; L'ONE ne compte que pour du beurre ; Sinon cela flambe ; Cela sert à quoi l'ONE ?; La sage-femme m'a dit que...* », il y a eu convergence entre participants pour estimer qu'à force d'élargir les missions et donc de rajouter des tâches, les TMS sont amenés à « *faire un peu de tout à moitié* ».

- « On fait de tout un peu donc on est pas reconnu c'est normal. On nous attend sur tous les fronts mais que fait-on réellement jusqu'au bout ? »
- « La cohérence c'est la question principale, cohérence de l'image de l'ONE en général. On nous demande des choses qui ne sont peut être pas dans nos missions mais de l'autre côté on ne prend pas en compte nos missions concrètes, et même ce qu'on doit faire on nous l'enlève peu à peu. Donc nécessité de préciser clairement ce que l'ONE fait et que chacun soit clair avec son rôle de TMS. Je ne suis pas SF, je suis TMS. »
- « Ce qui importe pour moi c'est de recentrer, qu'est-ce qu'on fait en tant que TMS, avoir quelques missions mais pas faire tout et n'importe quoi. Notre point d'attention c'est l'enfant, donc observer l'enfant, accompagner et conseiller les parents. »
- « Le cœur du métier ce n'est pas à moi à le dire, c'est l'institution qui doit se positionner et nous le faire savoir clairement. ONE doit délimiter ce qu'elle veut faire et ne pas faire. Pas à moitié ceci et l'autre moitié on le donne aux autres. »
- « Faudrait que les responsables de l'ONE aillent voir Maggie de Block parce que elle ne sait pas ce que fait l'ONE, elle n'est sans doute jamais venue en RW. »

Il y a aussi convergence pour dire que le métier de TMS est particulièrement difficile dans les consultations prénatales et service de liaison en hôpital parce que les structures hospitalières imposent leur mode de fonctionnement et d'organisation aux TMS, au su et au vu de l'ONE qui ne fait rien, ou pas suffisamment, pour imposer des limites et faire valoir sa spécificité.

- « L'ennui avec le service prénatal et le service liaison c'est le fait qu'on est dans une structure hospitalière et que chaque hôpital tolère ou englobe l'ONE.
- « Ce sont deux grosses structures qui doivent s'accepter et collaborer, or il y a dépendance de l'ONE au contexte de l'hôpital.
- « L'ONE n'est pas autonome à l'hôpital. »
- « Ce qui pose question c'est la place du TMS en hôpital, pour qui finalement elle bosse. Dans la consultation prénatale de quartier le gynéco vient bosser chez nous donc on de la marge alors qu'en hôpital c'est le TMS qui doit obéir. De plus en plus le TMS fait du boulot pour l'hôpital, il est de plus en plus absorbé par l'hôpital (les secrétaires, les médecins, les SF). »

4.2. SF et TMS : concurrence ou complémentarité ?

L'intervention d'un nouvel acteur, les sages-femmes, qui s'étend très rapidement voire de manière systématique, ébranle le métier de TMS de l'ONE qui jusqu'il y a peu détenait en matière de suivi de la grossesse, de la naissance et de la relation mère-enfant une position de quasi monopole. La crainte de la disparition à terme des TMS dans les consultations prénatales et le service de liaison du fait de la concurrence des sages-femmes a été exprimée et longuement débattue.

- « Je vois qu'il y en a beaucoup qui veulent prendre mon travail, les SF, les AS, qu'est-ce qui va me rester ? Je me demande ce qu'on va devenir, parce que on nous prend ce qu'on est. »
- « De plus en plus les accoucheuses de l'hôpital vont faire le prénatal donc il y a suppression des consultations prénatales ONE, mais la question de la prise en charge de la dimension sociale demeure parce que les accoucheuses ne sont pas formées pour cela. »
- « C'est le service liaison qui va disparaître mais pas le prénatal parce que la continuité se fait en prénatal et ce serait même la TMS de prénatale qui ferait le suivi lors de la naissance. »
- « La fonction de liaison va changer parce que le séjour en maternité est plus court. Donc on va devoir travailler autrement. On envisage de les voir à la fin de grossesse (à 34 semaines) à l'hôpital pour donner l'information sur ONE donc préparer à l'avance la sortie. »
- « Il y a pléthore d'accoucheuses, donc on va mettre des spécialistes en prénatal qui pourront même suivre un an après, donc on va finir par disparaître parce que pour récupérer l'enfant après un an cela va être difficile. L'ONE est très mal pris. Si on a créé le lien depuis le début, la grossesse ou la naissance, alors ils viennent chez nous jusqu'à 6 ans, surtout si plusieurs enfants se suivent, ce qui arrive souvent. Mais si on ne les a pas depuis le début, il n'y a rien à faire, on ne les aura pas. Donc le métier est très mal pris, donc il faut qu'on le revoie. »
- « Les SF sont bien drillées et elles sont fortes parce que l'ONE n'évolue pas comme eux évoluent, ils sont en train de nous couper l'herbe sous les pieds. Et il ne faut pas oublier qu'elles rapportent à l'hôpital. En plus les mamans sont rassurées parce que elles considèrent que les SF sont plus qualifiées que nous. »
- « Il est clair que des choses sont mises en place qui vont entraîner la disparition des CPN: les SF peuvent faire des actes médicaux qu'elles ne pouvaient pas faire avant, ce sont les médecins qui poussent à cela et de plus en plus elles remplacent les gynécos dans les consultations. »
- « Depuis qu'on a raccourci le séjour en maternité les SF sont de plus en plus présentes au retour de la maman à la maison, je sais que tout le monde dit qu'on a notre spécificité en tant que TMS mais pour moi il n'y a rien à faire je me sens un peu mal à l'aise parce que quand on téléphone à la famille 8/10 jours après le retour de la maternité, la maman dit « ah j'ai déjà la SF qui vient à domicile ». Je trouve quand même intéressant de rencontrer la famille pour expliquer quels services l'ONE peut proposer et comment TMS peut prendre relais de la SF mais plusieurs fois je suis tombée en visite en même temps que la SF, franchement je serais à la place de la maman j'en aurais un peu marre de voir débarquer plusieurs professionnels le même jour. Ou à 2 jours d'écart, pour donner mêmes conseils d'allaitement, de mise au sein, etc. Il y a un peu de surenchère donc je trouve qu'il doit y avoir un relais mais il faut réinventer la façon de faire parce que je trouve qu'il y a peu de communication entre SF et TMS. »

L'impact négatif pour le public vulnérable de la disparition à terme du TMS a été mis en évidence, du fait du risque de mise en place d'une logique de tri des publics entre SF et TMS. Donc une mise à mal de la logique de service universel de l'ONE. Par rapport au public, a aussi été discutée la question de la liberté de choix des familles.

- « Clairement les gens chez qui tout va bien, moi je ne les vois plus, c'est la SF qui choisit »
- « Les SF sont à la maternité donc elles vont où elles veulent alors que nous on n'a pas le choix puisque tous les avis de naissance arrivent chez nous. »
- « Avec la réforme de Maggie de Block, on a eu des discussions avec les SF à l'hôpital et elles nous ont clairement dit qu'elles avaient des critères d'exclusion, par ex si problèmes psy dans la famille, d'office c'est pour nous, si pas de mutuelle c'est pour nous, si problèmes socio-économiques, etc. »

Il a certes été objecté à ce pronostic de risque de disparition du TMS le fait que, premièrement, la situation était très variable d'un hôpital à l'autre, que dans certains cas le service liaison étant la plaque tournante dans l'hôpital, qu'il a donc sa raison d'être du fait qu'il est en étroite coordination avec les autres services, et que deuxièmement, la mesure est toujours en phase de test et qu'il y aura peut-être des réajustements importants qui seront réalisés après évaluation.

- « Alors évidemment, tous les hôpitaux ne fonctionnent pas de la même façon, donc à terme il faut voir quand ce sera globalisé, parce que c'est nouveau, c'est une phase de test, donc on va voir quand on fera les retours s'il vont écouter tout le monde mais pour le moment c'est comme cela, et cela pose des gros soucis, je le vois au niveau de mes visites, une chute phénoménale parce que la SF passe, les gens disent 'mais si la SF passe j'ai pas besoin de la TMS', pour eux c'est la même chose, ils ne voient pas la différence, alors qu'il y en a une. »
- « Il faut du changement dans la définition du contenu des missions c'est-à-dire qui fait quoi : que fait TMS, que fait SF ? Si sortie de la maternité après 2 jours, il n'est pas possible que la TMS aille le 3^{ème} jour dans la famille parce qu'il faut minimum 10 jours pour avoir l'avis de naissance. Donc clairement c'est le rôle de la SF durant cette période initiale et elle nous contacte pour que le TMS prenne le relais. Il y a place pour deux dans le cadre d'une complémentarité et d'une collaboration au bénéfice des familles. »
- « Le TMS n'est pas responsable du bébé dans les 10 premiers jours, c'est la responsabilité de la SF. L'articulation des deux métiers est donc la meilleure des choses à faire. »
- « Il faut restructurer les missions et le rôle des TMS. Le vade-mecum est une bonne base mais c'est interne à l'ONE. On a aussi de très bonnes formations spécifiques (allaitement, etc.) mais pas suffisamment de reconnaissance de la part des autres professionnels (SF, etc.) »

4.3. Le trio TMS/médecin/bénévole : dynamique ou dynamite ?

L'impact de la gouvernance locale sur leurs conditions de travail et l'exercice de leur métier est une importance source de malaise des TMS, comme en atteste l'analyse des deux récits d'expériences « *Impact des bénévoles* » et « *TMS plaque tournante* » choisis par les participants. Quel est le problème ? Dans un contexte institutionnel de pression croissante à la professionnalisation de l'ONE pour l'amélioration de la qualité et de l'efficacité du service au public, les TMS soulignent l'incohérence institutionnelle et organisationnelle de l'ONE qui maintient « contre vents et marées », en dépit de toutes les évolutions sociétales, le principe de l'action de volontaires dans les consultations pour enfants. Certes, des nuances ont été apportées à ce diagnostic négatif mais dans l'ensemble les échanges convergeaient pour interroger les raisons pour lesquelles cet « héritage du passé » persiste aujourd'hui, alors que par ailleurs le mode de fonctionnement institutionnel a été réformé de fond en comble en 2002, et qu'une réforme des consultations a eu lieu en 2004.

- « C'est une situation héritée du passé et qui a des allures extraterrestres, en particulier le fait qu'une présidente du comité siège au comité subrégional qui est clairement une instance politique de l'ONE : fait les agréments et définit les lignes politiques des différents programmes exemple mettre accent sur allaitement, plans cigognes, etc., donc le conflit d'intérêt est manifeste. »
- « Quel pouvoir dans les mains de la présidente, est-ce justifié ? Est-ce que cela a encore lieu d'être aujourd'hui ? »
- « C'est un vestige du passé ce pouvoir des bénévoles, de la présidente du comité, l'ONE reste dans le passé. Elles savent ce qu'elles avaient avant, au niveau pouvoir, y sont attachées et veulent rester à cette époque. Il est clair et évident que ONE doit évoluer mais on sait bien que cela coïncide de ce côté là dans l'institution, c'est du pouvoir concédé au PO. Pourquoi cette règle du passé perdure ? »
- « Le Comité n'a pas d'existence juridique, donc pour la location du local c'est problématique parce que l'ONE ne peut pas signer un contrat de bail et le Comité non plus, conséquence c'est la présidente ou un autre membre mais le plus souvent c'est la présidente qui signe le bail de location du local et donc prend toutes les responsabilités. C'est une incohérence institutionnelle qui perdure et qui fait que les bénévoles ont plein de responsabilités légales. Conséquence : la gestion sur le terrain est chaotique et engendre des tas de problèmes que les TMS doivent prendre en charge en plus du reste. »
- « Le Comité n'a pas le pouvoir de désigner les TMS mais c'est vrai que le Comité peut dire que les TMS ne conviennent pas, ce qui peut s'avérer très pénible pour les TMS, tout va dépendre dans cette situation du rôle de la coordinatrice. »
- « Si une présidente dysfonctionne cela a clairement un impact négatif sur l'ensemble du comité. La solution dans ce cas c'est la démission mais l'ONE n'a pas de pouvoir de décision à ce niveau. La seule possibilité qu'a l'ONE pour faire partir une présidente c'est de la déclarer inapte, mais c'est vraiment exceptionnel. »
- « Je trouve qu'il faut réinventer la façon de fonctionner parce que je pense que c'est désuet ces bénévoles, ils ne sont pas des professionnels, il y en a leur motivation principale c'est venir papoter avec une copie l'après-midi, ce n'est pas pour accueillir les familles, mais pour sortir, pour voir du monde et papoter autour d'un café. »

Outre qu'il s'agit de personnes âgées, voire très âgées, relativement peu efficaces et performantes pour ce qui concerne le travail administratif et la gestion des locaux qui relève théoriquement de leurs responsabilités, les TMS observent également des manières de dire et de faire qui mettent à mal la qualité de l'accueil et du service de consultation, ce dont se plaignent les familles. Est aussi pointé le manque de transparence financière, ainsi qu'un mode de fonctionnement

souvent en décalage avec le prescrit légal soit par excès (comportements intrusifs et autoritaires) soit par défaut (inaction, fuite des responsabilités). L'impact sur les conditions de travail des TMS peut être négatif sans que ceux-ci bénéficient de soutien hiérarchique et disposent de leviers d'action pour sortir de l'impasse.

- « C'est la question du pouvoir des bénévoles sur nous, si elles quittent je suis démunie parce qu'elles ont beaucoup d'emprise sur des tas d'activités, si je dois faire la liste c'est interminable, donc rien ne fonctionne sans eux. Si elles ne sont plus là pour le faire, je ne peux pas tout faire, il faudrait 3 temps plein et je suis seule. »
- « La coordinatrice a essayé d'intervenir, elle dit qu'elle aimerait changer les choses mais a-t-elle le pouvoir de le faire ? C'est une question institutionnelle. La présidente a beaucoup de pouvoir politique puisqu'elle est au Comité subrégional. J'ai très peur parce que je ne suis pas nommée. »
- « C'est la préoccupation pour le bien être des familles qui doit rester ce qui guide la décision, plus de confort, plus de facilité pour les familles. Mais ce n'est pas ce qu'on observe, et c'est regrettable. On eu un problème assez similaire, c'est le conseiller pédiatrique qui est intervenu en disant « je ne viens plus tant qu'elle est là », c'est ce qui a permis de l'évincer. »
- « Faut bien reconnaître que des bénévoles qui dysfonctionnent c'est assez courant et très pénible. »
- « En prénatal il n'y a pas de bénévoles, heureusement j'ai envie de dire ! Il y en avait avant mais elles ont été remplacées par des secrétaires. »
- « Tout le monde est mis à mal quand un comité dysfonctionne, et clairement c'est au détriment final des familles ; parce que les bénévoles sont en 1^{ère} ligne, l'accueil c'est la première image de l'ONE, les familles passent plus de temps dans salle d'attente qu'avec nous les TMS, donc l'impact sur le public est important. »
- « La présidente du Comité a un rôle politique important, elle a du pouvoir sur les bénévoles et même sur le médecin. Quand j'ai débuté comme TMS, la présidente faisait de la politique dans la salle d'attente ! On est vite embrigadés dans ces rapports de force et on ne sait pas comment en sortir. »
- « J'ai vécu une situation de pouvoir d'une présidente dont le mari était très haut placé au niveau politique, elle m'en a fait voir de toutes les couleurs. Elle faisait des intrusions dans les dossiers, elle avait obtenu des budgets pour des projets pilotes dont elle faisait ce qu'elle voulait et elle m'utilisait comme secrétaire d'une infirmière qu'elle avait recrutée pour ces projets. J'en ai eu assez, je me suis mise à rouspéter partout. Le médecin en a eu aussi marre et il a démissionné. J'ai demandé à être transférée ailleurs parce qu'il n'y avait pas d'autre solution. »
- « Dans mon secteur, cela se passe très bien avec le comité, sauf que quand il faut faire le travail administratif PA/PSP on ne les voit pas, par contre les subsides là elles gèrent plutôt deux fois qu'une ! Elles ont tout pouvoir de gestion budgétaire, ce sont elles qui dépensent, qui paient factures, etc. »
- « Chez nous, s'il y a des subsides non dépensés les membres du comité peuvent utiliser pour des réunions au restaurant entre elles, récemment une addition de 500 euros de resto alors que les TMS se voient souvent refuser des dépenses pour mener des projets avec les familles. Elles achètent aussi des jouets inadaptés sans consulter les TMS. Il y avait vraiment de l'abus de pouvoir aux dépens des familles. »
- « Je travaille dans la même consultation depuis 28 ans, le comité est très sympa mais clairement incompétent ! Une bénévole a 88 ans, donc vous imaginez ! Le PSP etc. sont normalement à l'initiative des bénévoles mais dans la pratique elles ne peuvent pas le faire. Pour ce qui est des registres, je les fais moi-même si je veux avoir des chiffres cohérents. Je leur laisse le convivial. Cela n'a pas toujours été facile. Dans une autre consultation, il y avait une vieille célibataire complètement réactionnaire et psychorigide, très intrusive aussi, elle a demandé ma mutation parce que je la contestais, la coordinatrice a donné son accord, c'était en 1996, mais je suis certain que cela arrive encore aujourd'hui. »
- « Je n'ai jamais travaillé avec un comité parce que je n'ai que des consultations périodiques dans des petites villages, donc il y a un médecin mais pas de comité. Donc on peut clairement faire sans bénévoles, mais il faut alors plus de TMS parce qu'on fait tout le boulot et qu'on prend toutes les responsabilités. »
- « Cela pourrait en effet fonctionner avec équipe de TMS sans bénévoles. C'est vrai que les bénévoles sont âgés, entre 70 et 75 ans. »
- « Le TMS est l'interface entre l'ONE et le Comité, c'est un problème. Il faudrait une personne externe pour traiter ces questions. Le TMS ne doit pas être responsable de la coordination des bénévoles parce qu'on ne les recrute pas, c'est la hiérarchie qui doit gérer ce comité. »
- On leur demande de faire du travail administratif mais souvent on doit repasser derrière parce que ce n'est pas bien fait, et aussi ce qui me pose question, c'est au niveau déontologie parce que parfois elles donnent des conseils totalement inadaptés, ou parfois elles écoutent les mamans qui se confient et puis elles répètent. Donc je suis souvent mal à l'aise.
- On peut faire sans les bénévoles évidemment, je mets la balance dans le cabinet médical et je pèse, ce n'est pas nécessaire que ce soit quelqu'un d'autre qui le fasse en salle d'attente qui plus est.
- Je trouve qu'il faudrait des consultations sans bénévoles
- L'accueil en salle d'attente, désolée mais, c'est souvent limite, certaines sont vraiment racistes. On a eu des parents qui sont venus nous trouver en disant qu'ils continuent à venir parce qu'ils sont contents du service du TMS et du médecin mais que ce n'est pas possible avec les bénévoles, parce qu'elles font des remarques désobligeantes à des familles d'origine étrangère.
- Beaucoup de présidentes le vivent comme une charge qu'elles ont prises parce que personne ne voulait le faire, mais elles ne sont pas plus motivées que cela, donc c'est plus une charge pour le TMS de tirer le comité. Dans ma

consultation avant, c'est nous qui devons organiser réunions et cela embêtait clairement les bénévoles. . On leur dit « signe un peu là » mais ne savent pas ce que c'est ! »

- C'est vraiment curieux ce fonctionnement et il faut le revoir mais il ne faut pas que cela retombe sur nous !
- Le comité s'est plus souvent une charge pour nous, un problème, qu'autre chose
- On peut fonctionner sans bénévoles pour les tâches du TMS dans le suivi familles, c'est clair, mais pour tout ce qui est administratif c'est à examiner de près sachant que les TMS en font quand même beaucoup aussi. Pour la logistique, trouver local, etc., de fait c'est le PO, mais on pourrait envisager que l'ONE fasse comme le PO des FPS où il y a une personne salariée qui a ce job en charge

Quant à la collaboration avec les médecins, elle fait l'objet de jugements partagés : le travail en tandem, quand il est construit sur la longue durée peut-être très satisfaisant, mais l'engagement de certains médecins est mis en doute.

- « J'ai un jugement un peu négatif sur les médecins, parce que j'en vois en consultations nourrissons qui utilisent l'ONE pour se faire connaître du public puis partent pour travailler en privé. »
- « Il faut souligner l'importance des médecins, si on existe c'est grâce à la présence des médecins dans les consultations. Ils ont aussi besoin de reconnaissance morale et pécuniaire, parce qu'au niveau financier ce n'est pas terrible. La reconnaissance de la hiérarchie à leur égard n'est pas toujours là. Le Comité ne devrait pas pouvoir donner un avis sur le médecin. »
- Ce qui devient problématique, c'est la pénurie, parce que quand il faut remplacer un médecin en cas d'absence ce n'est pas facile du tout
- Je travaille avec une pédiatre mais c'est une denrée rarissime, avant c'était plus aisé. Ceux qui veulent encore le faire ce sont ceux qui font choix de pratiquer une médecine sociale
- Pour ceux qui débutent cela leur permet d'avoir un travail et une toute petite rentrée d'argent mais surtout de se faire une clientèle quand ils ont un cabinet dans les environs
- Faut quand même dire que c'est assez confort pour eux, proportionnellement au nombre d'enfants qu'ils voient, ils n'organisent pas les rdv, tout est prêt, ils n'ont qu'à piquer pour les vaccins, donc l'un dans l'autre quand ils démarrent dans le métier, qu'ils n'ont pas de patientèle, ils se font la main, apprennent plein de choses.
- Chez nous les médecins sont stables mais quand ils partent en vacances et qu'il faut les remplacer c'est très compliqué. En termes de rôle, on est un peu des secrétaires médicales (on fait les rdv, on note dans les carnets les conseils du médecin, on fait les courbes de poids), faut dire les choses comme elles sont, mais aussi on fait le lien parce qu'on connaît plus le contexte familial, on parle aussi des régimes alimentaires, etc.
- On nous appelle souvent les secrétaires d'ailleurs ! A la façon dont les gens s'adressent à nous on se rend compte que ce n'est très clair pour eux de savoir qui est qui et qui fait quoi. »

Plusieurs TMS ont tenu à souligner l'apport des volontaires et le fait que leur pouvoir est cadré dans des textes :

- Je travaille avec un comité extraordinaire, j'ai une liberté total mais je fais tout ! Même le courrier qui lui est adressé la présidente ne le lit pas !
- « Cela dit, quand cela se passe bien avec comité et bénévoles, c'est un apport énorme pour TMS »
- « Le TMS coordonne le Comité et fait le PA, il a le droit de proposer »
- « Les bénévoles doivent être valorisés pour y trouver du plaisir. L'ONE a amélioré la reconnaissance des bénévoles, leur offre notamment des formations. L'âge limite pour être membre du Comité c'est 70 ans, 72 ans avec dérogation. »
- Dans une de nos consultations, la présidente est très active, organise réunion chaque trimestre, passe tout en revue, et demande comment cela marche avec bénévoles, mais je crois que c'est rare.
- « Il ne faut pas généraliser les problèmes. Il y a des endroits où cela va bien. Les comités ont un pouvoir local utile. De plus, l'ONE fonctionne avec une enveloppe fermée, donc payer des gens pour faire le boulot administratif réalisé actuellement par bénévoles n'est pas réaliste du tout. »
- « J'insiste pour dire que le Comité est indispensable pour organiser les consultations, son rôle est repris dans les conditions d'agrément : bénévoles accueillent familles, pèsent, etc. Quand le comité est dynamique il a un rôle de relais qui est très précieux. Chez nous la présidente a par exemple organisé une formation à la multi-culturalité au sein de la consultation. Il faut une présidente motivée et un comité qui se réunit à bon escient. Mais de fait il faut motiver les membres du comité, faut que les bénévoles y trouvent quelque chose, une gratification. Les bénévoles peuvent être proactives, donc un comité cela peut être chouette et soutenant pour TMS. »

4.4. Responsabilité institutionnelle : défaut de pro-activité et d'anticipation de l'ONE

La mise en concurrence des SF et des TMS, et le risque d'absence de suivi des futures mères en situation de précarité, a toutefois fait l'objet d'une divergence forte de la part d'une participante qui estime que les métiers des unes et des autres sont mis à mal suite à des décisions politiques mal pensées et mal préparées.

- « En tant que SF et TMS, je dis que c'est un faux débat la compétition entre sage-femme et TMS, même si je sens bien que des gens me tirent dessus à boulet rouge. Les sages-femmes n'ont pas attendu les retours précoces pour s'installer. Le retour précoce maintenant est pour tout le monde, même pour les familles précaires. C'est un faux

débat : ce ne sont pas les sages-femmes libérales qui prennent notre boulot, ce sont des décisions politiques mal préparées et mal pensées qui mettent à mal l'organisation de nos métiers. »

Dans un contexte de disparité entre niveaux de pouvoir qui génère un manque d'articulation dans la définition d'une politique de santé, la question posée par certains participants était de savoir si l'ONE avait été ou non mandatée pour intervenir dans le processus décisionnel, ce qui lui aurait permis de revoir son fonctionnement en temps utile, quitte à engager des SF. Quoi qu'il en soit, plusieurs participants ont reproché à l'ONE son manque de réactivité et son défaut d'anticipation, qu'ils ont illustré par plusieurs exemples, et qu'ils expliquent par la lourdeur bureaucratique et la lenteur du processus décisionnel qui résulte le plus souvent, qui plus est, à force d'arbitrages entre départements, à des « demi-mesures consensuelles ». Ce qui non seulement nuit à la cohérence et à la clarté mais aussi à l'image de l'ONE qui a toujours un « train de retard » sur les autres.

- « Lenteur et lourdeur de l'ONE, pour avoir une réponse à une question importante et urgente c'est parfois très pénible. Comme on ne décide pas on se fait dépasser par les autres. Chacun plaide pour sa chapelle dans l'institution, donc au final on ne décide rien, ou on finit après longtemps à prendre une décision de compromis qui n'est pas cohérente. »
- « C'est la cohérence des instances dirigeantes. Il y a la diversité de modèles familiaux, de parentalité qui au fil du temps évolue, mais les familles sont multiples, on n'a pas parlé des changements du type familles homosexuelles, etc., or l'ONE ne prend pas bien la mesure de ce changement, elle continue à véhiculer une image très conventionnelle de la famille, papa, maman, les grands-parents. Dans les publications de l'ONE, les tracts, etc., ce sont toujours des petits enfants blonds, vous voyez, il y a un décalage. »
- « Le sentiment qu'il n'y a pas de cap, pas de vision à long terme, et de prévision à long terme. On pallie, mais on n'anticipe pas. Parce que le mandat est politique. »
- « Tout le monde a reçu en mars le schéma organisationnel de l'ONE, il manque clairement une boule : penser à long terme. »
- « A l'ONE c'est difficile d'aborder le « que va-t-on faire ? ». C'est l'effet pervers des vieilles institutions : l'institué prend le pas sur l'instituant »
- « L'ONE doit plus s'adapter à la société, et plus vite parce que est très lente, elle doit être plus dynamique, faire preuve de plus de prévoyance, à tous les niveaux. L'informatisation pourrait permettre que les avis de naissance arrivent plus vite – pourquoi en est-on encore au système actuel ? »
- « On n'est pas bien traitées par notre institution, l'ONE ne respecte pas ses valeurs par rapport à nous, l'ONE ne sait pas où il va. C'est encore nous qui allons faire le travail à la place des directions de l'ONE. »
- « ONE est dans la stabilité défensive, le dépoussiérage, comme si l'ONE pensait que la mutation est finie mais en fait elle n'est pas finie, on est occupé à lui donner un coup de pied au derrière, l'ONE se donne elle même un coup de pied au derrière. La double question de la contrainte économique pour les familles et pour l'ONE impose des évolutions. La question des retours précoces a mis le feu au poudre, cela impose de bouger et de se remettre en question, mais les questions étaient déjà là avant cette décision. »
- « Un relooking a eu lieu mais il y a une mutation nécessaire plus profonde ? Il faut s'inscrire dans une anticipation pour offrir un service de prévention précoce universelle pour toutes les familles. »
- « Ces sorties précoces qu'on subit depuis septembre 2015, on n'a pas été assez préparées à ça, on récolte un peu ce qui ne va pas. »
- « L'ONE est une vieille institution qui doit s'affirmer un peu plus, quand les médias en parlent c'est toujours pour la dénigrer jamais pour dire ce qu'elle fait de bien, elle doit donc s'affirmer auprès du public et du monde politique, et elle doit aussi anticiper davantage, par exemple par rapport à la problématique des réfugiés. »

Le poids du passé que représente, pour reprendre l'expression d'un TMS, « *la double structure de gouvernance de l'ONE : la ligne hiérarchique interne et la ligne politique externe des bénévoles* » est ainsi considéré comme un exemple flagrant de l'indétermination qui caractérise l'ONE, incapable de trancher sur une question qui fait pourtant débat ainsi qu'en atteste le séminaire consacré à ce sujet lors des Etats généraux de l'Enfance de 2012. Certains TMS remettent même en question l'idée, sans cesse répétée par l'institution, qu'il est impossible de faire sans le travail volontaire pour des raisons strictement financières.

- « On peut faire des constats et des propositions, il y a une procédure qui prévoit qu'on peut faire rapport au comité subrégional mais si la présidente du comité qui pose problème y siège, on tourne en rond ! C'est une situation tout à fait anormale. »
- « Il est frappant de constater que l'ONE a révisé récemment dans une logique d'intégration les agents des services ONE (cf nouvel organigramme), mais qu'aucune structure nouvelle n'a été mise en place par rapport aux comités. Il y a en effet une procédure, mais qui n'entame pas la logique politique qui sous-tend l'existence des comités, ce qui est source de dysfonctionnement. ONE vise la rationalisation exemple les nouveaux locaux dans le cadre du PSE mais cela dysfonctionne au niveau des comités pour des raisons politiques. On pourrait réduire les coûts mais cette organisation politique n'est pas du tout remise en question. C'est le nombre d'enfants en consultation qui règle l'octroi des subsides pour les activités, cela devrait et pourrait être rationalisé pour produire des activités plus ad hoc, mais on ne le fait pas, c'est un dysfonctionnement majeur. »

- « Au niveau économique, 3 locaux différents c'est évidemment aberrant. Il faudrait recenser ce genre de situation, car à mon avis il y en a beaucoup, et l'ONE devrait se positionner par rapport à cela. Ce serait plus rationnel et donc meilleur pour l'image de l'ONE et des TMS. Pour les familles, c'est à réfléchir le choix du local, parce que certaines familles peuvent avoir des difficultés à se déplacer donc le regroupement en un seul lieu peut poser problème d'accès. »
- Une piste d'action consisterait, en termes de compétence du comité, à découpler la fct d'accueil de la gestion budgétaire. Si on remplace les bénévoles par du personnel administratif. Les bénévoles s'occupent de l'accueil mais aussi du registre, etc. Mais ce qui est certain c'est que le pouvoir décisionnel (création d'une consultation, recrutement médecin, etc.) devrait être placé sous la responsabilité de l'ONE.
- Pour la collaboration avec les bénévoles, il y a un effort de reconnaissance par ONE qui organise des journées de rencontre mais cela pourrait aller plus loin dans la reconnaissance du travail demandé, donc plus de reconnaissance symbolique plutôt que du pouvoir institutionnel qui peut causer des difficultés.
- « Pour améliorer l'image institutionnelle, les locaux doivent appartenir à l'ONE et être gérés par elle ; il faut donner moins de pouvoir aux bénévoles et promouvoir plus de travail en équipe des TMS, il faut faire une revalorisation salariale des médecins pour pouvoir garder leur collaboration parce que leur nombre diminue et il est difficile de les remplacer. »

4.5. TMS : Un cadre de métier flou à géométrie variable

Il y a convergence pour considérer que le métier de TMS de l'ONE est caractérisée par des objectifs flous, par un décalage entre compétences et actes, par une image dévalorisée d'institution vieillotte et moralisatrice tout en reconnaissant les efforts importants menés depuis plusieurs années pour améliorer l'image de l'ONE. De façon récurrente, il a été fait référence dans les analyses à l'absence d'un cadre professionnel stabilisé permettant d'éviter que dans tel hôpital cela soit comme ceci et dans tel autre comme cela ou que les CE relève d'une diversité de cas de figure en fonction du contexte politique local.

- « Le cadre TMS n'est pas du tout le même partout, par exemple, le registre d'inscription des consultations je ne le fais jamais parce que cette tâche est appropriée par les bénévoles. Actuellement, il est impossible de respecter le cadre de fonction TMS parce qu'il y a trop de particularisme local, ce qui crée aussi des conflits entre TMS »
- « Quand on est en formation avec des collègues de Liège ou du Hainaut, de Namur on a l'impression qu'on ne travaille pas du tout dans la même boîte ! Ce n'est pas du tout la même réalité, et même à BXL, en fait, et c'est interpellant. Cela dépend de qui est coordinatrice, du quartier, mais aussi des personnes de l'hôpital, il n'est pas possible de négocier avec elles, elles imposent leur cadre aux TMS de l'ONE. »
- « Il y a un manque de cadre clair, je le vois dans le prénatal. On pourrait dire par exemple qu'il y a 4 contacts minimum obligatoire avec toutes les familles parce que il y a seulement une partie des familles qui a accès au prénatal et pas les autres ce qui fait qu'on est dans une situation diversifiée et inéquitable parce que l'ONE n'a pas dit c'est comme cela que l'on fonctionne dans tous les hôpitaux, point barre. »
- « Il n'y a pas de cadre clair. Pareil pour réunions d'équipe, auxquelles des TMS ne participent pas, la coordinatrice ne gère pas, n'intervient, parce qu'elle-même n'a pas de cadre clair et précis de sa fonction. Chacun fait comme il le veut, et c'est comme cela pour tout. »
- « On dit oui certaines coordinatrices sont dans le contrôle d'autres pas, c'est en fonction de la personne, ce n'est pas normal, c'est pas la coordinatrice qui définit sa fonction, c'est l'institution qui doit dire être coordinatrice c'est ça et ça et ça. Le cadre et les pratiques ne devraient pas changer d'une région à l'autre, or c'est ce qui se passe, on est dans un gros flou. »
- « Il y a un cadre ONE qui dit que le TMS n'est pas la police des familles et qu'il ne porte pas les inquiétudes de tout le monde, mais il n'est pas appliqué chez nous à l'hôpital »
- « On est très seules, on a un cadre sans en avoir un, on est un électron libre, c'est aussi en fonction de notre bon vouloir. Si on en parle avec la coordinatrice, elle dit « oui oui » tant que ça se passe. Parfois la coordinatrice me dit « je t'ai pas dit franchement oui ou non, mais évalue hein, t'es assurée hein ». »
- « Quand l'institution nous couvre et jusqu'où ? On ne sait pas. »
- « J'ai entendu, mais j'ai rien dit », c'est une réponse qu'on a souvent.
- « C'est la question de la hiérarchie, de la confiance qu'on nous donne ou pas, quelle que soit notre formation de base, je trouve qu'on fait semblant de nous donner des responsabilités, alors que je trouve que dans certaines situations on ne nous fait pas confiance, on ne nous laisse pas faire ce à quoi on a été formées, et pour d'autres choses on nous fait prendre des décisions pour lesquelles on n'est pas soutenues. »
- « Il faudrait clarifier parce que selon les personnes ce que fait un TMS c'est très variable. Celles qui sont là depuis longtemps font encore ce qu'on faisait avant alors que d'autres font ce qu'on doit faire aujourd'hui. Un gros travail sur les valeurs a été fait c'est vrai mais entre ce qu'on dit et ce qui est fait sur le terrain, il y a parfois de grosses différences. »
- « Pour le recrutement de médecins, par exemple, j'ai fait l'expérience de devoir en recruter 2, c'est très compliqué alors que ce n'est pas la fonction du TMS de procéder au recrutement de médecins. Faudrait clairement redistribuer les responsabilités. Le TMS prend beaucoup de choses en charge qui ne sont en principe

- pas de son chef, il faudrait pouvoir dire non et être soutenu dans ce refus. »
- « De fait il y a des TMS qui vont s'acharner s'ils n'ont pas eu le contact, vont téléphoner, envoyer courrier, etc. alors que d'autres vont dire OK c'est bon. Il n'y a pas de protocole, de règle qui dit vous devez téléphoner X fois, etc.
- « Il y a des personnes qui font 2 visites par mois et d'autres qui en font 15, et personne ne demande pourquoi tu n'en fais que 2 ? Il n'y a pas de norme. »
- « Chez nous en tout cas, on est tenu de se justifier, au bout de x semaines après réception de avis de naissance on doit dire comment on a effectué le contact avec la famille et ce qui a suivi, si il y a eu visite à domicile, si sont venus à la permanence, si ont pris rdv et sont venus en consultation. Ou bien on signale qu'on n'a pas du tout eu de contact parce que jamais personne n'a répondu, pas de réponse au téléphone. »
- « C'est pour alimenter la BDMS ce *feed back*, jamais personne ne va te dire quoi que ce soit si tu n'as pas eu de contact.
- « Il n'y a personne qui dit qu'on est obligées de faire x visites par semaine, si c'est un jour sans consultation, sans permanence, sans visite à domicile, on ne fait que du travail administratif, on met A dans l'agenda, on travaille 3 heures et puis on rentre à la maison. »

Il y a eu convergence pour considérer comme crucial que l'ONE s'engage rapidement dans une logique de redéfinition du métier : se donner de nouvelles compétences, organiser de nouvelles formations, s'outiller d'avantage, tenter de regagner une légitimité, revaloriser le métier de TMS (informatisation, équipement, outils de travail). Une redéfinition claire de la fonction et du rôle du TMS est jugée indispensable pour faire reconnaître et respecter le métier par les autres intervenants externes (médecins, sages-femmes des hôpitaux) et par les publics.

- « On doit redéfinir métier, mais aussi veiller à « stabiliser » le métier, sur le terrain, même si on aime inventer des projets. »
- « Il y a la volonté avec la charte de rentrer dans ce processus de changement, mais économiquement et politiquement, ça bloque. C'est un processus long, par essai-erreur.
- Le métier est en mutation, oui mais, je ne sais pas vers où il va, la mutation s'accélère. Le TMS des années 2000 et le TMS d'aujourd'hui ne sont plus du tout les mêmes. »

Il y a différents lieux de négociation/transaction du cadre à 3 niveaux : au niveau des TMS, au niveau de la coordination, au niveau institutionnel voire politique, mais il semble, aux dires des TMS, qu'il n'y a pas de ligne claire à chacun de ces niveaux, ce qui implique l'adoption par les TMS de deux types de position différentes : il y a les TMS qui s'accrochent très bien d'adapter l'action selon leurs besoins parce que c'est plus confortable ; il y a les TMS qui au contraire veulent que ce flou soit réduit parce qu'ils le trouvent inconfortable et parce que cela nuit à l'équité et la qualité du service.

- « L'adaptabilité, c'est ce qui me plaît dans le métier, on s'adapte, je ne suis pas du tout le cadre ONE, je ne fais jamais pile les 5 visites, j'explique que je travaille à la demande, tant qu'il y a des questions et des besoins. »
- « Le cadre est tellement flou de la part de l'ONE, ça me donne l'occasion de créer mon propre cadre. »
- « Moi j'aimerais plus de cadre, et mes collègues aussi je crois. Cela prend beaucoup d'énergie et de temps de comprendre dans quel cadre on fonctionne, c'est inconfortable, et c'est du temps qu'on n'accorde pas aux familles. De plus on travaille de plus en plus dans l'urgence, induite par l'hôpital, et donc on ne fonctionne plus bien. »
- « Un cadre d'accord mais qui le définit ? Si on m'impose un cadre qui ne me convient pas par exemple parce que cela signifie plus de contrôle cela ne m'arrange pas ! »
- « Je ne suis pas demandeuse de plus de cadre parce que cela risque de limiter mon action, le flou nous laisse plus de créativité dans notre approche du boulot, c'est un grand confort pour moi »

Dans les échanges, s'exprimait la tension entre la nécessité d'avoir plus de clarté et un cadre qui protège et la crainte que le cadre ne se retourne contre les TMS et les coince donc puisse nuire à leur autonomie professionnelle. C'est l'ambivalence constitutive en matière de normes de travail des TMS que signalaient déjà les chercheurs de l'étude de 2002 lorsqu'ils constataient que les divers outils mis à disposition des TMS pour les appuyer dans leur travail (*Vade Mecum*, Guide médecine préventive, etc.) sont « utilisés de manière variable, mais en général peu fréquente. (...) En fait, dans leur manière de travailler les TMS ont à l'esprit une toile de fond, un schéma général de leurs missions en tant que travailleur médico-social de l'ONE mais ils ne se réfèrent pas ou peu à des normes fixées a priori par l'institution. »⁵⁹ On retrouve ainsi le même paradoxe chez les TMS qui formulent une demande de lignes directrices, de clarification du cadre de leur travail qu'ils estiment trop flou, tout en estimant légitime de construire eux-mêmes « leurs propres méthodes de travail » en se fondant sur leur bon sens et leur intuition, et sur base de critères implicites de travail construits progressivement « sur le tas » et au « cas par cas » en réponse aux situations familiales rencontrées.

Dans les conditions de défiance à l'égard d'une décision institutionnelle prise au niveau central, « ceux d'en haut qui ne connaissent rien au terrain », qui alors définit le cadre ? Est-ce la responsabilité de la coordination au niveau de l'organisation des services ou celle de chaque TMS, au cas par cas, en fonction de la configuration locale ?

⁵⁹ Ibid. P. 5

4.6. Respect des normes professionnelles : rôle des coordinatrices et responsabilité des TMS

L'analyse des récits a révélé des situations où des TMS ne font délibérément pas leur travail, contraignant des collègues à le faire à leur place, sans intervention de coordinatrices qui estiment que la résolution de ce type de problème ne relève pas de leur fonction.

« Je pose la question de la responsabilité que l'on a, que l'on prend en tant que TMS. J'ai du collaborer avec des collègues absentes, injoignables. Pendant des mois j'ai fait du travail que ma collègue ne voulait pas faire, des avis de naissance qu'elle ne voulait pas faire, donc que je devais faire, je me suis retrouvée avec une charge de travail infernale, ma coordinatrice ne se sentait pas concernée, donc que fait-on dans ces cas là ? Je constate que les personnes qui ne font pas leur travail ne sont pas recadrées et cela met en difficultés les autres collègues qui font leur travail. »

- « Je pense qu'un petit peu de contrôle parfois ce serait plus mal, parce qu'on sait bien que certaines travaillent bien et d'autre ne font quasi rien. »
- « On n'a pas de supérieure hiérarchique à côté de nous et on ne pointe pas donc forcément il y a des abus. »
- « Je crois que les coordinatrices elles-mêmes sont bloquées par certaines choses, par exemple cette collègue qui a décidé de ne pas avoir de GSM pour des raisons de santé et donc la coordinatrice a fait ce qu'elle pouvait mais la collègue a le droit de ne pas avoir de GSM donc nous on est appelables n'importe quand mais elle on ne sait la joindre que de façon limitée, on doit laisser message sur son répondeur et quand elle passe elle reprend contact. Bref. »
- « Essayer de changer quelque chose dans le comportement des TMS c'est terrible. Si je prends l'exemple de l'intranet, j'ai des collègues qui n'ont toujours pas demandé leur log in, qui ne veulent pas écrire un mail. Il faut que les gens de terrain acceptent de changer aussi. »
- « Il y a aussi le fait que certaines collègues ne viennent pas systématiquement aux réunions alors que c'est pour échanger la relève des actes de naissance et partager le travail quand des collègues sont malades, et que si on a un souci la réunion peut aussi servir de supervision. »
- « On a un ordi pour 12, je crois qu'on est 3 à utiliser l'ordi, donc les boîtes mail ne sont jamais vidées donc à un moment donné on ne sait plus avoir nos messages, donc je dois vider le mail des autres collègues, donc me taper leur boulot ! »
- « Donc, on sait que cela fait 10 ans que des collègues ne font pas leur travail, parce qu'ils ne veulent pas le faire, et cela reste comme cela. »
- « C'est le cas, elle ne veut pas faire, j'ai pris la responsabilité de le faire, mais avec un profond sentiment de solitude et d'injustice. Quand je tape sur la table et que je dis qu'il y a un problème la coordinatrice me répond que je communique mal, que je ne demande pas assez clairement à ma collègue de faire son travail. Je suis coincée, prise au piège dans cette situation. »
- « On peut être une TMS qui fonctionne mais aussi une TMS qui dysfonctionne, c'est clair. C'est le gros problème, il faut le dire, il y a de l'abus, et il n'y a pas de sanction même quand c'est avéré, c'est néfaste pour l'image de l'institution mais aussi pour le travail des autres, parce que ce n'est pas valorisant ni motivant de voir que d'autres ne font rien. »

Ainsi a été pointé le risque du basculement de l'autonomie à l'anomie, une situation d'estompement de la norme, c'est-à-dire de non respect des normes professionnelles, dans laquelle chacun fait comme il veut sans conséquence en termes de contrôle institutionnel.

- « Je pense qu'il y a une difficulté pour les coordinatrices, un manque de soutien, de clarté, je ne sais pas, mais je crois qu'il y a quelque chose d'ordre institutionnel. »
- « Avant, c'étaient des inspectrices, donc logique hiérarchique claire, mais on a changé parce que cela ne faisait pas bien « inspection », mais je regrette de voir qu'on a laissé tomber l'inspection au profit de la coordination car de ce fait on leur a sans doute enlevé un pouvoir qu'elles n'ont plus. »
- « L'inspectrice était plus dans le contrôle. Je me souviens qu'on devait inscrire le nombre d'enfants vus en consultation, et si 4 heures et seulement 5 enfants, il fallait justifier. »
- « Maintenant, la coordinatrice demande « et toi qu'en penses-tu ? »
- « Certaines sont toujours dans le contrôle, elles ont le pouvoir de contrôler des choses, c'est quand même toujours notre hiérarchie, mais il faut évidemment que les TMS le reconnaissent comme cela. »
- « Il y a des coordinatrices qui ne mettent pas la distance avec les TMS donc qui sont plus collègues que supérieur hiérarchique et ça c'est plus compliqué pour le TMS de rendre des comptes. »
- « J'ai été en difficulté parce que la coordinatrice m'a dit qu'intervenir dans la répartition du travail entre la collègue et moi ce n'est pas son rôle, que c'est le mien, je tombais des nues quand elle m'a dit ça, je ne sais pas à qui c'est le rôle de répartir le travail entre deux collègues pour qu'il y ait équité, je ne sais pas. »
- « J'ai aussi connu dans des cas de conflits entre collègues une coordinatrice qui a toujours refusé de prendre position en disant que ce n'était pas son rôle. Alors qu'en principe la gestion d'équipe donc de conflit c'est sa fonction. »
- « Le discours de l'institution c'est « on est pas à l'école maternelle, on doit savoir se gérer, on est toutes supervisées, apparemment on travaille toutes bien, donc ce sont des problèmes conflictuels, relationnels », et on

doit donc savoir le gérer avec la menace que si on n'y arrive pas on va faire écartier l'équipe, muter des collègues, je l'ai vécu. Quand on constate que certaines personnes ne font pas le boulot et qu'on a tout le sur le dos, cela finit par péter, cela devient de la délation, l'équipe s'enflamme, règlements de compte, la coordinatrice ne veut pas s'impliquer là-dedans, elle-même se fait superviser par ses supérieures hiérarchiques qui lui disent de ne pas rentrer dans le problème relationnel des TMS. »

- « Parlons des réunions d'équipe qui pour moi ne sont pas des réunions d'équipe, on parle de l'organisationnel, pas des situations qu'on vit, ce n'est pas du travail en équipe, c'est du rassemblement de TMS, et des infos sur les décisions de la hiérarchie. Et c'est quoi les effets secondaires ? On n'a plus envie de parler des situations, ou alors avec une collègue de confiance, pas de manière ouverte en équipe car je suis jugée par mes collègues et ma coordinatrice va toujours trouver quelque chose de négatif à dire. Il y a un lien hiérarchique pas toujours très clair, elle n'ont pas les outils pour. La coordinatrice a aussi une pression et ça retombe sur nous, on est le dernier pilier. »
- « La coordinatrice ne vient pas nous voir tous les jours, elle nous voit aux réunions d'équipe, elle ne vient pas par surprise. Et puis il y a des coordinatrices qui tolèrent aussi, parfois je pousse ma gueulante parce que des collègues ne viennent jamais aux réunions et donc ne font pas une série de choses, la coordinatrice m'a dit, « tu n'es pas là pour surveiller tes collègues, ce n'est pas ton job ».
- « C'est vraiment le problème du statut ce type de dysfonction, parce que faut déjà faire une faute très très grave pour être licencié de l'ONE. »
- « L'évaluation existe mais là aussi on dit ce qu'on veut. »
- « Si ce type de comportement est possible c'est parce que personne ne dit à partir de demain c'est comme cela et tout le monde doit le faire et on va vérifier. Le problème de l'ONE c'est qu'il y a toujours des latitudes, que tu regardes tes mails ou pas, personne ne surveille donc forcément les gens ne se sentent pas tenus de le faire.
- Le problème de l'ONE c'est que c'est une administration très lourde et très procédurière comme toute la fonction publique. Quand on veut acheter une agrafeuse il faut demander une autorisation qui doit passer 5 niveaux hiérarchiques et puis attendre que cela redescende dans l'autre sens, et si le courrier est sur bureau d'une personne en congé, il faut attendre le retour, donc c'est très décourageant, mais à côté de cela on ne contrôle pas ce que les gens font. »
- « Les coordinatrices sont des ex-TMS, qui n'ont pas les compétences de management requises. Avant il fallait avoir bossé pendant 20 ans, puis 15 ans, puis 5 ans et maintenant il faut juste avoir réussi son SELOR. Donc les critères ont été rabaissés tellement la fonction suscite peu d'enthousiasme, personne n'est preneur. Ils ont vraiment beaucoup de mal à en recruter. »
- « Coordinatrice c'est vraiment une fonction de management, et n'est pas manager qui veut, beaucoup n'ont pas l'étoffe et donc forcément sur le terrain cela peut filer dans tous les sens. »
- « Je ne voudrais vraiment pas être coordinatrice parce que c'est vraiment compliqué de manager des personnes avec qui on a travaillé avant, avec qui on a des contacts réguliers, en étant coincé entre la hiérarchie et la base. »
- « Le particulier de la DRH à l'ONE c'est que contrairement à ailleurs où on réfléchit au profil du manager et des personnes de l'équipe, à l'ONE on est recruté par le service des ressources humaines et catapulté n'importe où sans savoir si la personnalité va fonctionner dans l'équipe, ce qui pose vraiment question. »

5. Dimension prospective : le TMS et l'ONE dans 15 ans

De façon plus prospective, il a été demandé aux TMS de dire comment ils voyaient l'avenir, donc d'imaginer, premièrement, l'ONE dans 15 ans, et de dire en quoi consisteraient les missions, les services, et pour quels publics ; deuxièmement, de dire qui serait la TMS dans 15 ans et ce qu'elle ferait.

5.1. L'ONE dans 15 ans : missions, services, publics

Premièrement, les participants ont été invité à se prononcer sur la question de savoir s'il faut défendre la logique du service universel ou s'il faut, au contraire, se recentrer sur ceux qui en ont le plus besoin, donc un service tout public versus un service pour le public précarisé. Deuxièmement, il s'est agi de préciser le sens de l'universel, puisque par service universel on peut entendre une offre identique pour tous, la plus homogène possible, chacun ayant droit exactement au même traitement, mais un service universel peut signifier aussi une offre différenciée selon le public, donc une offre de service en fonction des spécificités des situations des familles ainsi que de leurs attentes et besoins culturels, la question étant dans ce dernier cas de déterminer jusqu'où on va dans la segmentation de l'offre. Donc de définir en quoi consiste cette offre diversifiée. Au-delà du service d'information, de l'accompagnement parental, du suivi médico-social et des vaccins, l'offre couvre-t-elle aussi des modules de type massages, activités pour les parents et les enfants, mais aussi comme à K&G des tests audio, et visuel, donc augmenter l'offre services de l'ONE pour rester attractifs et inciter toutes les familles à venir aux consultations ?

De façon convergente, les participants ont plaidé pour le maintien d'un service universel mais qui prend en compte la diversité des publics, donc une offre de service similaire à l'actuelle faite d'un service de base et d'activités spécifiques en fonction des besoins des familles qui sont très variables selon les secteurs. Pour combiner la dimension individuelle et collective de l'offre de service, il a été suggéré de développer le dispositif des maisons de l'enfance qui se révèle très satisfaisant aussi bien pour les familles que pour les TMS, parce qu'il soutient le travail en réseau.

- « Il n'y a pas énormément à changer, il faut le service de base actuel (suivi enfant, croissance, alimentation, limites, etc.) plus activités collectives en fonction des besoins de la population du secteur mais ce qui est à revoir c'est le mode de fonctionnement, notamment avec le comité, ainsi que la fonction du TMS qui travaille trop pour l'institution, encodage chiffres etc., le travail administratif requiert de plus en plus de temps au détriment des familles, donc le partage des tâches du TMS est à revoir. »
- « L'ONE doit être un service universel, je suis vraiment inquiète de la tentation de l'ONE de privilégier le suivi renforcé et donc de ne voir que des familles difficiles. Il faut absolument éviter la logique « T'es pauvre, va chez l'ONE ; t'es riche va chez le pédiatre. »
- « Il faut garder le service universel d'abord parce qu'il y a des besoins diversifiés certes mais aussi fondamentaux, les mamans des fonctionnaires européens qui sont au foyer peuvent être très isolées, pas toujours dotées financièrement parce que monsieur travaille, gagne de l'argent mais ne donne pas grand chose à sa femme, et puis il peut y avoir aussi de la violence conjugale dans ces milieux, et parfois des problèmes psy, de graves problèmes de lien mère/enfant qui se posent, ce n'est pas une question de milieu social ce type de souci. »
- « Je ne suis pas certaine du tout que si ONE continue à offrir service de base consultations etc., cela va survivre. ONE est obligé de diversifier l'offre. »
- « Je pense qu'il y a des services de base qui doivent être les mêmes partout par exemple ce qu'on appelle le suivi universel donc les permanences, vaccins, suivi socio-médical, c'est le minimum de base, et puis après il faut diversifier offre en fonction du type de population qu'on a. C'est pourquoi au moment de la réforme on nous a demandé de définir notre population et en fonction de cela de mettre en place des activités collectives spécifiques à notre population. Chez nous il y a un espace rencontre parents enfants, parce qu'on a observé que beaucoup de mamans sont isolées dans les logements sociaux, donc on a mis ce projet en route. »
- « L'ONE doit rester un service universel, pour éviter l'étiquette « ceux qui n'y vont pas, c'est ceux qui sont bien », nous devons créer des activités collectives qui attirent tout le monde (psychomotricité, massage bébé, trocs de vêtements).
- « La base c'est les visites à domicile et la consultation, et puis le communautaire et le collectif si les TMS en ont le temps et s'ils sont bien formés pour. »
- « La maison de l'enfance permet de ne pas étiqueter l'ONE parce qu'elle est présente sans être omniprésente. Quand on te voit y aller, on ne sait pas si c'est pour la crèche ou pour les consultations ONE. »

Dans leur plaidoyer pour le service universel auprès de toutes les familles, les participants ont aussi mis en avant le fait que « faire le suivi de familles sans problèmes et d'enfants qui vont bien » était crucial pour maintenir leur motivation au travail et leur sentiment d'efficacité.

- « Pour nous en tant que TMS c'est aussi important de voir tous types de familles, s'il n'y avait que des familles qui ne vont pas bien, je ne suis pas certaine qu'on choisirait le métier ou qu'on resterait longtemps à le faire.. »
- « Pour notre équilibre heureusement qu'on ne voit pas que des familles défavorisées »
- « Pour nous aussi c'est essentiel, quand je fais trois visites où ça pue, c'est dégueulasse, j'ai parfois envie de vomir, et la quatrième visite, c'est propre, ouf. »

Un bémol a toutefois été formulé par certains participants concernant la pertinence de maintenir les consultations pour enfants de 3 à 6 ans, qui ne sont guère fréquentées et jugées relativement peu efficaces.

- « Il y a des consultations spécifiques 3-6 ans, tout dépend comment elles sont réalisées, mais je trouve que parfois on déploie beaucoup d'énergie pour peu de gens qui viennent et pour peu de choses qu'on peut mettre en évidence. »
- « J'avoue que effectivement cela dépend fort de ce qu'on met dans cette consultation 3-6 ans, dépistage, etc. d'accord, mais la consultation standard où on regarde chaque oreille et vérifie que l'enfant prend de la vitamine D, franchement, je comprends que parents ne se fatiguent pas pour ça. »
- « Chez nous j'ai la consultation 3-6 ans, et je vois une fois par an des enfants que je ne connais pas, alors que ailleurs à l'ONE ces consultations sont organisées différemment parce que ce sont les TMS qui ont fait le suivi des 0-3 ans qui continuent à faire le suivi des mêmes enfants ce qui est beaucoup plus cohérent, dans ce cas le suivi a du sens. Normalement dans une consultation 3-6 ans il y a une série de tests de dépistage à faire mais qu'on ne fait pas toujours parce que les médecins ne sont pas preneurs. »
- « Une grille d'évaluation ONE a été mise en place par tranche d'âge qui tourne autour des acquis psychomoteurs, au niveau du langage, etc. mais ce n'est pas aisé de présenter cela aux parents parce qu'ils nous disent « quoi vous allez évaluer notre enfant et quid s'il ne sait pas faire ? » Donc une grille d'évaluation, mais sur quelle base, c'est problématique pour les parents.

- « Moi je pense que s'il faut recentrer l'énergie de l'ONE c'est pas sur les 3-6 ans, mais plutôt sur les 0-3 ans, à la limite que l'on dise aux parents que s'ils souhaitent suivi après 6 ans ils peuvent le trouver à l'ONE, notamment pour la vaccination. »
- « A cet âge là s'il y a un problème de langage ou autre cela a été détecté à l'école, le PMS est sur le coup donc je trouve qu'actuellement ce sont plus des visites qui rassurent les TMS, « l'enfant a été vu », que des visites qui apportent quelque chose aux familles
- « C'est aussi qu'on n'a pas le temps de la faire ; je me rappelle quand j'ai débuté comme TMS je faisais des visites pour 3-6 ans qui étaient surtout liées à problèmes d'alimentation, où de fixation des limites, où d'éducation aux jeux, etc. mais maintenant je n'ai plus du tout le temps de faire cela. »

Les multiples enjeux liés aux consultations prénatales et au service de liaison ont retenu une attention particulière des participants qui dans le contexte souligné par les récits de mise à mal des missions de l'ONE et du métier de TMS du fait des sorties précoces de maternité et de concurrence des SF ont estimé indispensable de redéfinir clairement cette mission de base de l'ONE. Premièrement, il s'est agi de décider si l'ONE devait développer la fonction prénatale et si oui, où ? Deuxièmement, la CPN est-elle placée dans le quartier versus à l'hôpital et si c'est en hôpital, doit-elle être intégrée au médical et être obligatoire, comme c'est le cas dans certains hôpitaux aujourd'hui, ou bien doit-elle être autonome du milieu hospitalier et à la demande des personnes ? Autrement dit, s'il y a des consultations prénatales hospitalières, les participants aux analyses en groupe considèrent que le cadre de collaboration avec l'hôpital être négocié de façon plus claire, en résistant aux logiques d'imposition. Et si CPNH, faut-il encourager un système qui fait que toute famille ait au moins un contact avec le TMS ONE ou au contraire que cela ne pas du tout obligatoire ?

Les participants convergeaient pour considérer que la consultation prénatale relevait du service de base de l'ONE et qu'elle devait être développée car elle est cruciale en termes de prévention précoce, en veillant à renforcer l'offre sur tout le territoire, compte tenu des particularités géographiques, ce qui signifie le renforcement en termes de personnel TMS des plates-formes prénatales existantes et la création de nouvelles structures dans les secteurs où les CPNH sont rares.

- J'insiste sur l'importance de la prévention précoce, et donc comment et qui identifie ces personnes plus vulnérables avant l'accouchement. Il faut aller en amont. Il faut former les divers intervenants à identifier la complexité des situations. Le maillage du réseau et la formation doit permettre cette prévention précoce. Travailler ensemble ce n'est pas travailler côté à côté, c'est être complémentaires, dans le suivi, dans l'information, dans le repérage.
- Les plateformes pluridisciplinaires sont une avancée, elles sont même souvent prises en modèle, et on veut monter leur approche, leur mission ailleurs, mais on est gênées parfois parce que on met à mal le boulot des autres intervenants avec notre fameux modèle.
- Dans la province du Luxembourg où il n'y a pas de consultation prénatale ni hospitalière ni de quartier là ils ont inventé une plate-forme de suivi psychosocial des mamans fragilisées alors que le suivi médical est fait chez le gynéco parce qu'il n'y a rien d'autre. C'est important, parce que il y a des femmes qui ne font pas le suivi médical, ne vont pas chez le gynéco, ou d'autres qui y vont et dont on constate qu'il y a des problématiques de violence, donc quelque chose doit être mis en place.
- Il faut absolument donner un cadre précis pour l'ONE. Si c'est service universel alors il faut du prénatal ONE dans tous les hôpitaux avec un cadre défini par exemple au moins un contact obligatoire avant la naissance. Il faut une délimitation précise de ce que fait l'ONE auprès des familles, définir aussi combien de rencontres, de visites, de consultations, etc. , et pour la collaboration SF/TMS il faut définir le cadre de travail de chacun, la SF prenant en charge le suivi des 10 premiers jours du bébé.
- Je trouve que le suivi psychosocial en prénatal est très important. Les consultations strictement médicales peuvent se faire chez le gynéco en privé ou à l'hôpital mais l'accompagnement psychosocial des mamans c'est important de le faire, que ce soit dans la consultation de quartier ou à l'hôpital peu importe.
- En tant que TMS prénatale, il faudrait être pas trop loin de l'hôpital mais hors de la structure hospitalière donc plus à la disposition des familles et moins à celle de l'hôpital comme c'est le cas aujourd'hui. On pourrait faire les consultations dans l'hôpital mais le reste du temps être ailleurs, et faire la liaison, dans notre bureau externe. Pour K&G, qui vient de reprendre quelques consultations à St Pierre, c'est d'ailleurs comme cela, elles ne sont pas à l'hôpital, et elles ne vivent pas du tout les choses comme nous. Il faut rencontrer toutes les nouvelles patientes mais c'est à nous de faire la démarche vers les futures mères, il ne faut pas qu'elles soient obligées de nous voir au 1^{er} rdv, avec un questionnaire obligatoire comme celui qui est imposé, que l'on doit remplir en 5 minutes parce que le médecin est pressé et qu'il a déjà du retard, donc une première rencontre soit à domicile soit dans un local sympa, pas dans un bureau devant le PC, qui ne donne pas envie de revenir une 2^{ème} fois.

5.2. Le TMS dans 15 ans

Pour avancer dans la définition du rôle et de l'identité professionnelle, les participants étaient invités à expliciter les finalités du métier, les objectifs poursuivis par l'intervention du TMS ainsi que les compétences (savoir être, savoir faire, etc.) à avoir pour atteindre ces objectifs. Il y a convergence entre participants pour estimer qu'il n'y a pas lieu de revenir en

arrière en voulant absolument revendiquer pour le TMS les actes médicaux et paramédicaux qui ont été progressivement enlevé, sans toutefois aller jusqu'à la suppression du contenu médico-social actuel.

- Accompagnatrice des familles et soutien des bons et mauvais moments, un accompagnement à tous niveaux donc aussi médecine préventive.
- Le TMS est un référent petite enfance dans les familles pour les enfants de 0-6 ans
- Objectif c'est le bien être de l'enfant en accompagnant les parents dans leur rôle et en les aidant à comprendre ce qui se passe dans la petite enfance pour faire en sorte que l'enfant devienne un adulte bien dans son corps et dans sa tête. C'est donc plus qu'un conseiller parental.
- Rôle d'accompagnement et soutien parental pour le bien être de l'enfant plus rôle de prévention au niveau santé communautaire
- Prévention et accompagnement de futurs parents pour l'arrivée d'un bébé dans les meilleures conditions possibles. On ne fait pas à la place de mais on les accompagne dans leurs démarches notamment administratives, sociales, etc.
- Accompagner, aider, soutenir les familles pendant la période de la petite enfance
- Préparer, accompagner et corriger les familles et être reconnu comme professionnel de la petite enfance et de la parentalité
- Veiller à l'épanouissement de l'enfant en accompagnant les adultes donc en créant un lien de confiance avec eux pour leur offrir un service de référence
- Soutien à la parentalité responsable. On informe les gens mais ils en font ce qu'ils veulent. Le but c'est d'aider au maximum les gens, mais parfois il faut aussi dénoncer, c'est une situation d'échec pour le TMS parce que signifie qu'on n'a pas réussi à mettre en place tous les moyens pour éviter ou bien parce que les ont refusé. Le signalement c'est notre responsabilité comme professionnel de la petite enfance mais aussi comme citoyen ordinaire.

L'option d'une formation initiale spécifique du type Baccalauréat en « petite enfance » voire même master en périnatalité emporte peu l'adhésion, la majorité des participants estimant qu'il convient de mieux tirer parti des spécificités et de la diversité des personnes en termes de formation initiale et de bagage professionnel antérieur.

- Je me demande bien quelle autre formation initiale permettrait de bien remplir cette fonction. Mais je crois que ni l'infirmière ni l'AS a toutes les compétences nécessaires pour faire le métier à l'entrée mais il y a beaucoup de formation sur le terrain et la formation pour nouvelle TMS n'est pas mal, a 10 jours de formation théorique dans domaines différents et il y a aussi le tutorat. Parce que TMS c'est un métier à part, métier qui ne ressemble pas à un autre donc il faut une formation spécifique de l'ONE.
- Faut-il des études spécifiques ? Je dis oui, super important.
- Beaucoup de TMS font des formations complémentaires pour assurer une palette large
- Il y a des lacunes chez les AS et chez les infirmières, c'est l'ONE qui complète.
- Pas d'accord pour BAC petite enfance car la diversité de la FI des TMS fait la richesse mais faudrait une formation plus poussée au niveau psychosocial des infirmières.
- BAC Petite enfance n'est pas nécessaire mais il faut veiller à bien former les nouveaux TMS, l'offre de formation actuelle n'est pas très bonne pour les infirmières parce que le volet social n'est pas assez développé pour elles.
- Le vade-mecum est une trame utile mais à quoi sert-il si chacun fait sa petite popote interne ?
- On se retrouve dans un processus et tout le monde fait un peu de l'à peu près avec ce qu'on lui donne comme formation.
- Des études BAC Petite enfance, ce n'est pas nécessaire parce que la formation spécifique TMS produite par l'ONE plus le dispositif de tutorat sont suffisants pour autant qu'on le fasse bien comme prévu, qu'on respecte le cadre, ce qui malheureusement n'est pas le cas.

La question du changement de dénomination du métier a fait sourire les anciens qui ont déjà du se prononcer à ce sujet. Il y a accord pour dire que l'acronyme TMS n'est pas très parlant, mais qu'on voit mal comment en changer.

- Je dis que je suis travailleuse médico-sociale parce que TMS cela ne veut rien dire. Les gens n'aiment pas AS, ils se méfient, TMS c'est plus neutre
- Je dis que « je viens de la consultation ONE ». On a déjà eu il y a pas longtemps un petit audit pour voir comment on souhaiterait nous appeler, finalement on a rien trouvé de mieux.
- Une partie des TMS souhaitait dire AS ou infirmière de l'ONE mais comme ONE souhaite qu'il y ait identité commune on a gardé TMS
- Conseillère parentale, bof, j'ai du mal avec le mot conseil, je ne l'utilise jamais, je ne dis pas aux gens que je leur donne un conseil, je dis infos
- Moi j'ai rien trouvé de mieux que TMS, parce que c'est vrai qu'il y a la dimension médicale, alimentation, courbes de poids, et en même temps le contexte de vie et l'environnement social de l'enfant, donc mélange des deux.
- Chez les gens, je dis que je suis SF, ça donne un « gage de compétences », à la sortie de l'hôpital où la naissance est hyper médicalisée.
- Je dis que je suis infirmière à l'ONE, je suis gênée de dire que je travaille à l'ONE
- Il faudrait dire TMSC parce qu'on devrait mettre des aspects culturels dans notre fonction

VI. Conclusions et recommandations

1. Synthèse des enseignements de la recherche

Ce que démontre l'enquête auprès des TMS, c'est tout d'abord un **attachement fort au cœur de leur métier**. Massivement vécu comme un choix délibéré, voire comme une vocation, c'est d'abord dans la relation avec les familles et au service de l'enfant que le métier trouve son sens et son utilité. Dans un travail d'écoute et de conseil des parents, en se situant sur le plan de l'éducation à la parentalité, tout en étant d'abord au service de l'enfant, le métier de TMS est perçu comme spécifique et pareil à nul autre.

Se sentent outillé(e)s et à l'aise pour faire face aux situations courantes rencontrées sur le terrain, les TMS se déclarent moins à l'aise pour faire aux situations de maltraitance - bien qu'elles se sentent outillé(e)s pour le faire- ou face aux familles refusant de coopérer.

Cette spécificité est aussi une singularité, à la fois parce que la fonction elle-même est spécifique, mais également parce que l'expérience personnelle du métier de chaque TMS est singulière – dans un quotidien majoritairement vécu comme essentiellement solitaire -, en fonction de son contexte local (rural, urbain, social..), de sa formation initiale et de son ancienneté, des caractéristiques et de la répartition des fonctions et des tâches (pré-nat, néo-nat, VAD, liaison, consultations...).

La référence à l'ONE intervient également comme un marqueur identitaire fort, donnant lieu à un fort sentiment d'appartenance. Cette identification porte à la fois sur les valeurs de l'ONE – la bientraitance étant plébiscitée comme la première valeur et les TMS expriment un attachement à une éthique de service public (gratuité, attachement au service universel tout en défendant le caractère non obligatoire). Les TMS expriment également une satisfaction à l'égard du cadre de travail sur le plan des ressources mises à leur disposition – en particulier les formations continuées et le tutorat- et, en dehors du salaire, sur le plan des conditions de travail. Lors des analyses en groupe, les TMS ont qualifié l'ONE d'« institution confortable », permettant une autonomie dans l'organisation de leur travail, notamment les visites à domicile et les aménagements du temps de travail. Ce sentiment est toutefois apparu contrasté selon le statut des TMS, la situation des engagées plus récentes, contractuelles, dans des fonctions de remplacements ou de « TMS » volantes constituant la variable d'ajustement permettant les dispositions plus favorables qui bénéficient aux statutaires.

Même si elles donnent parfois lieu à des expériences pénibles – et d'autant plus lorsque qu'elles ne sont pas gérées institutionnellement -, **les collaborations avec les volontaires sont globalement perçues comme positives, voire très positives, tout comme celles avec les médecins. Le triangle TMS-médecins-volontaires qui caractérise le modèle d'action de l'ONE apparaît indépassable.** Toutefois, du point de vue des TMS, **ces collaborations ne sont pas exemptes de tensions.** Le non-renouvellement de comités de volontaires parfois âgées, les enjeux de micro-pouvoirs au sein des comités ou dans les relations entre TMS et volontaires conduisent à des situations pénibles. A cet égard est pointé la tension entre les prérogatives formelles et informelles dont disposent les comités, en tant que pouvoirs organisateurs locaux gérant leur propre « caisse », disposant formellement de la signature pour l'engagement des médecins, ayant parfois la maîtrise des locaux, ayant également un pouvoir à travers les comités sub-régionaux chargés de l'approbation des plans d'action, et la responsabilité du TMS en tant que professionnel garant de la réalisation des missions de l'ONE.

D'où viennent alors les frustrations qui ont parfois été exprimées avec force dans les analyses en groupe ?

Elles sont d'abord liées aux tensions entre logique professionnelle et logique bureaucratique. Au passif, en tant qu'institution et organisation, malgré les lifting dont elle a fait l'objet (Charte, Logo, améliorations des locaux,...), l'ONE est vécue comme une « vieille dame » caractérisée par sa complexité organisationnelle, la lourdeur et la lenteur des procédures, une gestion encore trop bureaucratique et formelle. Ces tensions entre logiques professionnelles et logiques bureaucratiques ne sont pas spécifiques au TMS, mais caractérisent la plupart des métiers de service. Comme d'autres professionnels de l'action sociale et médicale (travailleurs sociaux, infirmières hospitalières et même les enseignants), les TMS sont d'une part tentés de se définir avant tout comme des *professionnels*, par leur formation initiale et continuée, par l'activité qu'ils exercent et les compétences qu'ils mettent en oeuvre. En outre, travaillant avec des personnes et non sur des objets, leur activité est difficilement standardisable, ce qui fonde leur autonomie professionnelle. D'autre part, leur activité reste enchâssée dans une organisation bureaucratique, caractérisée par la primauté de la règle, une délimitation

impersonnelle des sphères de compétences et des pouvoirs, par une division hiérarchique des rôles et des fonctions, sur base de réglementations et de procédures codifiées.

C'est la coprésence au sein du même espace d'une logique professionnelle d'une part, d'une logique bureaucratique d'autre part, qui est source de tensions, voire de conflits. Si cette tension n'est pas spécifique aux TMS, elle est sans doute accentuée par la lourdeur institutionnelle particulière de l'ONE qui a connu ces dernières années une croissance importante de ses fonctions et services centraux, qui est caractérisée par une départementalisation importante, un allongement et une complexification de la ligne hiérarchique – et à certains égards polyarchique. Au delà de ses bénéfices et de ses fonctionnalités pratiques, cela explique sans doute également **les espoirs placés dans l'informatisation** comme moyen d'alléger un certain nombre de procédures et formalités administratives.

Les frustrations sont ensuite liées à un sentiment de manque de reconnaissance et de méconnaissance⁶⁰, tout d'abord en interne, au sein de l'ONE. Sur le plan symbolique, politique et institutionnel, les TMS déplorent un déficit d'image, et au delà de l'image, de valorisation de leur action.

Loin d'être valorisé(e)s comme étant le « fer de lance » de l'action de l'ONE et les agents de première ligne qui permettent l'accomplissement des missions, les TMS se perçoivent parfois comme « abandonnées » par l'ONE. Les questionnements réguliers sur leur identité, sur leurs missions (suivi universel/ suivi renforcé...) et la priorisation de leurs activités (faut-il maintenir les consultations pré-natales, maintenir les VAD dans leur forme actuelle, quelle place au sein des hôpitaux... ?) peuvent être perçues comme une mise en doute larvée de l'utilité et de la valeur ajoutée de l'action des TMS. L'isolement des TMS « sur le terrain » est redoublé par la perception d'un isolement au sein de l'ONE,

- entre la « base opérationnelle » que constituent les TMS et, de manière parfois vague et parfois personnalisée, la « direction » et la « hiérarchie » ;
- dans le cloisonnement entre les différents services de l'ONE – les TMS étant désormais déconnectées des services en charge de l'accueil de la petite enfance ;

Ce manque de reconnaissance interne se traduit dans un manque d'affirmation externe, à l'égard des différents interlocuteurs et partenaires. De nombreux récits proposés lors des analyses en groupe ont ainsi exprimé l'impression ou l'expérience d'un manque de soutien institutionnel dans les relations et le positionnement à l'égard des institutions et services partenaires. Ce déficit de reconnaissance est également lié au caractère « indicible » et « incompréhensible » par d'autres – y compris par les bénéficiaires – de leur fonction et de ses spécificités.

Enfin, les frustrations et questionnements exprimés par les TMS sont liés à la perception des transformations de l'environnement sociétal. Pendant longtemps, la fonction des TMS – en remontant au temps où elles étaient des « infirmières de l'ONE » - a pu à la fois s'appuyer sur un consensus culturel et sur un quasi monopole institutionnel et professionnel. Là où, comme dans certaines zones rurales, où la TMS est personnellement connue et reconnue de « mère en fille », cette identification et cette reconnaissance peuvent perdurer, mais le plus généralement, cette identification et cette reconnaissance se trouvent questionnées. Les TMS font le constat massif, à près de 80%, que la nature et le quotidien de leur travail a changé ces 5 dernières années. Les conséquences de ces changements étant perçues négativement par un tiers des TMS et positivement par un quart, sans pour autant remettre en cause l'utilité de leur travail, mais pouvant impliquer des modifications dans la pertinence des différentes activités, renforçant celle de la première visite prénatale et la première visite à domicile et affaiblissant celle de visites à domicile suivantes.

A l'analyse, le sentiment d'incertitude apparaît à la fois lié à la fois à un environnement perçu comme en mutation et à un « flottement » dans le mandat donné à l'ONE et que l'ONE attribue aux TMS. Sur ce plan, lors des analyses en groupe, les participants ont regretté un manque de réactivité et surtout de pro-activité de l'ONE en tant que institution pour faire face à ces évolutions. C'est surtout les réformes dans le secteur hospitalier et l'arrivée concurrentielle des sages-femmes qui est ressentie comme interpellante. A ce propos on peut relever un écart important entre les réponses au questionnaire soulignant majoritairement la complémentarité (61%) plutôt que la concurrence (20%) entre TMS et sages-femmes et les inquiétudes exprimées lors des entretiens et des analyses en groupe.

La dénomination TMS condense ces ambivalences. 50% des répondants disent que la dénomination leur convient, 29% des répondants déclarent que cette dénomination ne leur convient pas, tandis que 20% qui ne se sont pas prononcé. L'attachement à l'acronyme TMS apparaît tiède et par défaut, faute de mieux. Plus de 20 ans après son introduction, cette dénomination est toujours perçue comme illisible et incompréhensible, non seulement pour les autres professionnels, mais surtout pour les parents. **La dénomination TMS fait écran plus qu'elle ne fait vitrine à la présentation du métier.** D'un côté, elle masque les formations initiales des TMS, en étant une manière de ne pas dire que l'on est assistant(e) social(e) et d'éviter les connotations stigmatisantes qui peuvent être associées par les familles à cette dénomination. D'un autre, elle les gomme, au regret en particulier des infirmières, et parmi elles quelques sages-femmes de formation, qui sont les plus

⁶⁰ Là également, les TMS n'ont pas le monopole du sentiment de manque de reconnaissance professionnelle et d'une certaine manière toutes les catégories professionnelles ont de bonnes raisons d'éprouver que leur activité n'est pas reconnue à la hauteur de leur engagement dans le métier. Ce déficit de reconnaissance prend toutefois des accents particuliers pour les TMS au sein de l'ONE.

réticentes à se présenter sous cet acronyme. En toute rigueur, le qualificatif de « médico » apparaît même abusif dès lors que la fonction de TMS n'implique plus, et ne permet plus, la réalisation d'actes para-médicaux comme la vaccination.

Bien qu'insatisfaisante, la dénomination « TMS » a résisté aux velléités de modification dans la mesure où elle constitue un « compromis » suffisamment flou.

Logiquement et de manière compréhensible, ce contexte interne et externe à l'incertitude diffuse entraîne pour une partie des TMS une **identité professionnelle défensive**, qui reste vécue de manière fière, mais inquiète, marquée à la fois par la réaffirmation des missions de l'ONE, la singularité du métier, et par la volonté de sauvegarder les acquis, et parfois les bénéfices secondaires de la situation actuelle. Lors des analyses en groupe, on a pu relever la tension entre l'énoncé, voire la dénonciation, des motifs d'insatisfaction et la crainte de « scier la branche sur laquelle on est assis ».

En mettant en perspective les propos des TMS avec leur contexte institutionnel et sociétal, **trois enseignements** peuvent être dégagés.

- **Enseignement 1 : Il y a une imbrication de la dimension de l'identité professionnelle des TMS et de la dimension institutionnelle et organisationnelle de l'exercice de leur métier.**

⇒ Cela implique ne pas faire porter sur des aspects professionnels et personnels ce qui relève d'enjeux organisationnels et institutionnels, concernant notamment la clarté du mandat institutionnel de l'ONE,

⇒ Les « tensions identitaires » parfois personnellement vécues par les TMS sont liées à un manque de définition du « mandat », de la « licence » et *in fine* des missions de l'ONE, dans le contexte actuel, et du rôle que l'ONE attribue aux TMS.

L'absence de définition claire du périmètre d'expertise et d'action du TMS et l'empiètement de ce périmètre par d'autres acteurs, qu'il s'agisse des volontaires ou d'autres professionnels comme les sages-femmes, ont été longuement exposés et discutés par les participants aux analyses en groupe.

- **Enseignement 2 : En l'absence de « licence » et de « mandat » clair, le « travail en réseau » s'effectue par défaut (« ONE, supplétif »)**

« C'est toujours nous qui allons vers les autres, mais plus rarement les autres vers nous »

Lors des analyses en groupe, plusieurs récits ont évoqué des situations où la TMS n'est pas prise au sérieux (« L'ONE, cela compte pour du beurre ») ou est auxiliaisée (en particulier dans les relations avec les services sociaux hospitaliers). Par contre, là où l'ONE a été partie prenante de la construction d'un travail en réseau (à l'exemple de la plate-forme néo-natale au Luxembourg), les collaborations et les rôles de chacun des partenaires apparaissent positivement investis.

- **Enseignement 3 : Perception d'une « crise » liée à des évolutions contextuelles subies et insuffisamment anticipées**

- Le passage du **monopole de la petite enfance** au « **marché** » concurrentiel des professionnels de la **naissance et de la petite enfance** (réforme hospitalière, mise en place des services ambulatoires des sages-femmes quasi gratuité pédiatre...), ainsi que, dans une moindre mesure, les transformations des publics, des familles et des parentalités conduisent au sentiment que leur métier de TMS est devenu « tout à fait flou », que leur rôle est de moins en moins reconnu, en interne comme en externe : « *On est le bouche-trou, le bouc émissaire, et le parapluie.* »

- « On fait de tout un peu donc on est pas reconnu, c'est normal. On nous attend sur tous les fronts mais que fait-on réellement jusqu'au bout ? »

- « La cohérence c'est la question principale, cohérence de l'image de l'ONE en général.. Donc nécessité de préciser clairement ce que l'ONE fait et que chacun soit clair avec son rôle de TMS. Je ne suis pas SF, je suis TMS. »

- « Le cœur du métier ce n'est pas à moi à le dire, c'est l'institution qui doit se positionner et nous le faire savoir clairement. ONE doit délimiter ce qu'elle veut faire et ne pas faire. »

2. Pistes et recommandations des chercheurs

Ces constats et ces enseignements nous conduisent, en tant que chercheurs, à avancer sous forme de propositions, plusieurs pistes et recommandations. Si celles-ci se dégagent bien de l'ensemble du processus d'écoute des TMS et de leurs interlocuteurs au sein de l'ONE, - et pour certaines d'entre elles ont été

explicitement formulées par les uns ou par les autres, il serait abusif de prétendre qu'elles sont consensuelles, tant chaque proposition peut rencontrer des contre-arguments tout à fait recevables, conduisant en fin de compte à ne pas opérer de choix décisif. Dans une institution qui à la profondeur historique de l'ONE, qui s'est sédimentée en plusieurs « couches » au gré des réformes et des aménagements successifs, dans une institution fortement régie par des normes internes et externes, organisée en plusieurs directions et départements et devant répondre à des injonctions parfois contradictoires de son environnement, la théorie du « sentier de dépendance » - à savoir que les choix passés contraignent fortement les marges de manœuvre présentes - est d'application, induisant des logiques d'aménagement à la marge et qui procèdent par ajouts et superposition plus que par réorientation.

En conclure qu'à défaut d'être pleinement satisfaisante, la situation actuelle constitue un « point d'équilibre » indépassable serait une erreur, tout comme se replier sur une identité institutionnelle et professionnelle défensive animée par la logique du « tenir bon ». On sait que les logiques de forteresse assiégée conduisent à des logiques de château de sable submergé. Cela serait surtout faire injure à l'engagement profond des TMS à l'égard de leur métier et de leurs missions dans le cadre de l'ONE.

Les recommandations et pistes qui suivent, dont les chercheurs assument la responsabilité, sont développées en 3 axes complémentaires :

- sur le plan du positionnement institutionnel de l'ONE ;
- sur le plan de la définition de l'identité professionnelle et du métier de TMS, y compris les questions de recrutement, formation initiale et continuée ;
- sur le plan organisationnel

Nous terminerons par la question « symptôme » au départ de cette recherche : celle de la dénomination « TMS ».

2.1. sur le plan du positionnement institutionnel de l'ONE ;

La première recommandation générale qui se dégage de l'ensemble de la recherche menée est bien celle de **la nécessité, en amont de la définition des missions, fonctions et profils de compétences des TMS, de clarifier les options stratégiques et mandats institutionnels de l'ONE.**

Tout en disant leur satisfaction d'être consultés – en espérant être entendus –, lors des entretiens et des analyses en groupe, plusieurs interlocuteurs ont fait part de leur étonnement d'une nouvelle recherche portant sur l'« identité professionnelle des TMS ». En effet, celle-ci a pu être perçue de reporter sur les TMS la charge de la définition et redéfinition de leur propre rôle, en les plaçant dans l'injonction paradoxale d'à la fois défendre et légitimer leur métier tout en étant invités à le redéfinir. Entre la crainte de « scier la branche sur laquelle on est assis » et la volonté d'évolutions positives, le risque est de s'en tenir, in fine, à un *statu quo*. C'est pour conjurer ce risque qu'il importe que l'ONE, en tant que institution, se positionne plus clairement et définissent ses missions et par conséquent les mandats confiés aux TMS.

Cette clarification doit tout d'abord porter **sur le positionnement des services : universel et/ou renforcé, obligatoire et/ou volontaire, prénatal et petite enfance (3 ans/6ans)**

Les arguments en faveur des différentes options ont été clairement exposés, à la fois sur le plan des missions et du travail des TMS (attachées dans la grande majorité au service universel, avec une conscience des limites et paradoxes). Il en résulte une tendance forte à maintenir le statu quo, au risque de n'assurer ni l'un, ni l'autre, de « faire un peu de tout » sans pouvoir faire valoir des spécificités fortes. Sortir de cette indétermination implique de clarifier les mandats.

Faut pas se leurrer. Je ne sais pas d'où vient ce malaise à l'ONE de dire nous ne voulons pas être stigmatisés, de toute façon notre réputation est faite puisque les gens nous disent vous allez placer nos enfants, mais si les gens se rendent compte qu'on est un service avec un mandat clair, cela peut changer. Quand on va au SAJ c'est clair on sait quel mandat il a, peut-être que le TMS n'est pas assez clair, que les gens se sentent menacés parce que ne savent pas à quoi s'attendre.

Je ne suis pas en train de dire que l'ONE doit être stigmatisé pour réaliser uniquement les suivis renforcés et les personnes précaires parce que l'ONE offre un service universel mais il est bien certain que au vu de ce qui se passe dans notre société on est de plus en plus impliqués dans les suivis renforcés parce que on n'a pas la choix et que cela fait partie de notre mission de soutien à la parentalité, de toutes les parentalités.

Pour moi, une piste de solution pour l'ONE c'est d'aller soutenir là où c'est nécessaire. Je sais qu'on veut offrir un service universel mais quel est l'intérêt quand les gens se débrouillent bien tout seuls, allons plutôt mettre les forces vives là où c'est très nécessaire.

Bien d'autres opinions exprimées, dont ce rapport s'est fait largement l'écho, pourraient être à nouveau citées en faveur de l'une ou l'autre des options. Pour avancer dans ce débat, il nous apparaît que les orientations stratégiques suivantes devraient être privilégiées :

- **Renforcer et privilégier l'accompagnement prénatal, avec une focalisation sur les publics les plus vulnérables.** Celui-ci apparaît nécessaire à la fois dans une visée de prévention, d'accompagnement durable des familles sur base de la construction d'un lien de confiance. Il est également une manière d'éviter d'être supplanté par l'intervention des sages-femmes après la naissance ;
- **Recentrer l'investissement et l'accompagnement de l'ONE sur la petite enfance, entendue comme les 0-3 ans,** plutôt que de prétendre assurer un accompagnement de 0 à 6 ans. Dans les faits, c'est déjà largement le cas et ce recentrage est également justifié par l'abaissement de l'âge de l'obligation scolaire à 5 ans, voire, si les intentions politiques se concrétisent, à 3 ans ;
- De même, **le débat entre suivi universel** (voir un peu tout le monde) et **suivi renforcé** spécifique à certains publics (accompagner davantage les parents et les enfants en situation de besoins et à risque) peut être partiellement surmonté en considérant que le **caractère universel peut être compris comme une universalité dans la possibilité d'accès**, mais pas nécessairement dans la couverture et les prestations effectives. Cela est déjà en partie le cas puisque les familles peuvent ne pas souhaiter une première visite ou ne pas souhaiter les visites suivantes, mais force est de constater qu'une énergie considérable reste investie dans l'idéal d'assurer une couverture effective maximale ;
- En ce sens, à l'exemple de la plate-forme prénatale au Luxembourg qui opère sur base de signalements des situations de vulnérabilité et à risque, et à l'exemple de collaborations avec les services sociaux hospitaliers, il apparaît crucial, pour la réalisation de la mission centrale de l'ONE, de **poursuivre la structuration des réseaux de prévention permettant une attention particulière aux familles qui en ont le plus besoin.** En ce sens, également, et précisément parce que ce sont les collaborations avec le SAJ qui apparaissent actuellement les moins satisfaisantes dans le travail en réseau, il apparaît nécessaire de renforcer et clarifier les protocoles de collaboration avec les différents acteurs de la prévention sociale et médicale ;
- Au delà du positionnement des services, c'est également **le contenu des offres de service** qui doit être précisé et renforcé pour le rendre plus attractif. Au delà de l'activité centrale d'écoute, de conseil et d'accompagnement, - et du « pèse bébé » -, la prestation de services plus matériels – comme la réalisation de tests auditifs, voire la vaccination – ne doit pas être comprise comme la réduction du rôle des TMS à la prestation d'actes « techniques », mais au contraire comme un support et une accroche favorisant le travail relationnel.

Kind&Gezin a bien anticipé le mouvement et donc les infirmières qui vont à domicile ont l'appareil pour faire le dépistage auditif et elles font les vaccins. Donc elles restent nécessaires aux yeux des gens alors qu'ici les TMS sont clairement très nécessaires mais c'est moins évident pour les gens parce qu'on fait tous un petit peu la même chose mais à une place différente donc les gens ne s'y retrouvent plus.

- Au titre des regrets, et donc potentiellement des projets, **les conséquences induites par la réforme des séjours hospitaliers (sorties précoces) et l'arrivée des sages-femmes dans le champ-marché de la naissance et de la petite enfance** et des visites à domicile ont été largement débattues. Si dans leurs réponses au questionnaire les TMS insistent sur la nécessaire complémentarité entre TMS et sages-femmes, les analyses en groupe ont mis en exergue les tensions et effets de concurrence, voire les craintes de déqualification, voire d'éviction des TMS de l'activité centrale de visite à domicile.
 - *Le processus des sorties précoces s'est accéléré très vite parce qu'il y a une volonté politique de la Ministre De Block de faire sortir les gens, applique une partie des recommandations du KCE, mais celles-ci disent qu'il faut organiser ces sorties avec les régions, mais elle l'applique aux hôpitaux sans se préoccuper ni discuter avec ONE, peut-être avec Kind&Gezin, donc développe optique néo-libérale, services de sages-femmes indépendantes et hôpitaux, soi-disant en collaboration avec nous, mais ne nous a jamais contacté, elle nous passe les missions mais sans nous passer l'argent.*
 - *Donc les choses devraient se passer dans la suite logique : d'abord les sages-femmes puis les TMS, même si c'est vrai qu'il peut y avoir des frictions, mais cela ne devrait pas arriver. L'ONE a refusé de s'occuper médicalement d'enfants de moins de 15 jours parce que on estime que la plupart des médecins qui travaillent avec nous sont des généralistes, spécialisés dans la petite enfance mais pas dans la néonatalité. Cela n'empêche pas qu'une maman qui sort de l'hôpital ait besoin d'une TMS et que celle-ci aille la voir à domicile. La TMS reçoit avis de naissance par courrier, le temps qu'il soit envoyé au local*

d'équipe et que la TMS aille le chercher là, cela fait facilement une dizaine de jours avant que la TMS inscrive la maman dans son plan de travail. La maman qui a son papier de naissance, peut aussi prendre l'initiative de téléphoner à la TMS pour prendre rdv. En général, les TMS demandent si elle veut une visite à domicile. Mais les visites sont nettement moins fréquentes qu'avant.

Pour le dire clairement, cette réforme apparaît, en l'état actuel, comme une occasion manquée par l'ONE. Du point de vue de la cohérence des politiques de santé comme de la cohérence institutionnelle, il apparaît peu compréhensible que l'ONE ne constitue pas l'opérateur clef organisant, que cela soit avec son personnel propre ou en structurant le réseau des sages-femmes indépendantes intervenant à domicile, sur le modèle des coordinations d'aide et de soins à domicile. Conscient qu'il s'agit là d'enjeux à la fois politiques dont l'ONE a pleinement conscience, dont il est difficile d'avoir la maîtrise et qui sont traités par des groupes de travail au sein de l'ONE, on peut en tout cas souligner la **nécessité de renforcer de manière offensive la stratégie et le positionnement institutionnels de l'ONE sur ce terrain et ces enjeux** qui sinon « retombent » au niveau local, au gré des initiatives de dialogue local impulsés par des coordinatrices et des arrangements que les TMS doivent effectuer sur le terrain ;

2.2. sur le plan de la définition de l'identité professionnelle et du métier de TMS,

Les choix stratégiques ont des implications sur la définition des fonctions et du/des métier(s) de TMS. En lien avec l'offre de services, en terme de positionnement et de contenu, se pose directement la question du profil de fonction et de compétences des TMS. On l'a vu, en l'état, l'appellation générique de TMS a été définie dans une logique de plus petit commun dénominateur et de gommage des spécificités. Malgré l'important travail effectué pour constituer une identité professionnelle commune à toutes les TMS, cette fonction se définit encore davantage comme un « métier » spécifique et hybride plus que comme une fonction reconnue. Sur base de ces constats, deux scénarios complémentaires d'évolution professionnelle sont envisageables

1. Premier scénario : reconnaître les spécificités des formations initiales et des professions

- Au risque de briser un tabou, **le choix opéré de gommer les spécificités liées à la formation initiale des TMS, et de se priver de facto d'une partie des compétences para-médicales et infirmières** – et dont nous avons vu que ce sont surtout les infirmières (45% des effectifs des TMS) qui le déplorent – **apparaît discutable, voire contre-productif** tant sur le plan du positionnement et du contenu de l'offre de service que de la satisfaction professionnelle des TMS infirmières et sages-femmes. La réforme en cours des prestations infirmières – autorisant celles-ci à accomplir les actes de vaccination et qui se traduiront par l'arrivée de nouveaux acteurs professionnels dans le champ – qui est aussi un « marché » - de la petite enfance – renforce encore la nécessité de ré-ouvrir ce débat.
- *Si on fait comme à Kind&Gezin des vaccins alors il faut des infirmières pas des AS. Si on veut du pluridisciplinaire, il faut être clair parce que pour le moment c'est trop vague, et dès qu'il y a quelque chose de flou tout le monde s'y engouffre et cela nous dessert.*
- **Une prise en compte des spécificités, de la pluralité et de la complémentarité des compétences professionnelles des TMS permettrait de déployer davantage l'action de l'ONE dans une logique de « commun multiple »** plutôt que de les réduire au « plus grand commun diviseur » (PGCD⁶¹).
- Corrélativement, cette reconnaissance de la spécificité des formations initiales impliquerait de redéfinir les équipes locales de TMS comme équipe pluri-disciplinaire travaillant sur base de leurs complémentarités et au regard des besoins des différents services, fonctions et activités que réalisent les TMS (TMS de consultation et de visites à domicile, TMS de liaison, TMS en service prénatal et néo-natal, Place et reconnaissance des TMS en services hospitaliers.

2. Deuxième scénario : renforcer une identité professionnelle spécifique

⁶¹ Le plus grand commun diviseur de deux entiers est le plus grand entier naturel qui divise simultanément ces deux entiers.

Le deuxième scénario est celui d'une professionnalisation accrue des TMS dans leur fonction spécifique. Il implique la fois la poursuite des dispositifs de formation continuée – déjà très satisfaisants –. Au delà, être cohérent avec cette option implique d'envisager la construction d'une formation initiale spécifique aux métiers de la petite enfance.

- Le constat de la diversité des formations initiales (AS, Infirmières (hospitalières, pédiatriques, communautaires), sages-femmes et du contexte de la pénurie et des difficultés de recrutement des infirmières sociales est déjà ancien : une recherche a été menée en 1987 par l'ONE à ce propos et avait abouti à la conclusion (mise en œuvre depuis) qu'il fallait développer la formation continuée pour aider les TMS à mieux appréhender leur fonction (dispositif de formation à l'entrée et tutorat) ;
 - *Le problème est effectivement qu'il n'y pas de graduat petite enfance donc quand il y a une infirmière pédiatrique ont connaissance théorique et pratique au niveau médical, mais du fait difficulté engager infirmières, les profils des TMS a changé au fil du temps. Une AS a des compétences psychosociales mais pour les consultations, elle doit acquérir de façon rapide des compétences para-médicales.*
- **Au delà, l'hypothèse/ la volonté d'une formation initiale spécifique « petite enfance »** est régulièrement évoquée, à la fois dans les milieux académiques (travaux de Florence Pirard de l'ULG), politiques et au sein de l'ONE, sur le modèle français où existe une formation éducateur petite enfance au niveau BAC +3, qui combine santé et social pour petite enfance. On a noté les réserves, logiques, des TMS en fonction par rapport à cette hypothèse. De manière intermédiaire, plusieurs pistes ont été esquissées par les interlocuteurs rencontrés :
 - *L'ONE devrait négocier avec les écoles d'AS pour transformer le contenu de leur FI pour que AS aient davantage de formation au niveau santé, le côté médical.*
 - *Susciter de graduats complémentaires « Petite enfance » pour métier de TMS dans les Hautes Ecoles donc post-graduat petite enfance avec une optique de prévention santé et de soutien à la parentalité ;*
 - *En Flandre cette formation existe déjà depuis 2 ou 3 ans, la pub a été axée sur son ouverture aussi bien aux hommes qu'aux femmes ;*

En l'état, cela souligne **l'importance du maintien et du développement de la formation continue et du tutorat** organisé par l'ONE et dont nous avons vu dans les réponses des TMS qu'elle était fortement valorisée tout en étant perfectible, dans son contenu (notamment sur les enjeux de multiculturalité et de pauvreté), ses modalités et son effectivité :

- *La formation à l'entrée est cruciale. Il y a un dispositif de formation pour l'entrée en fonction, qui a évolué mais reste insuffisant. Cette formation consiste en 10 jours de formation théorique (ex cathedra, pas de mise en situation) par conseil médical ONE (pédiatres et/ou gynéco), 10 jours qui sont éparpillés sur une année ; organisation de 2 sessions/an. De plus, des TMS expérimentés assurent le rôle de tuteurs et accompagnent l'entrée dans le métier des nouveaux TMS. Les tuteurs n'interviennent pas dans la formation théorique. Il est certain que le volet pratique manque dans cette formation. Il y a également une formation puériculture parce que beaucoup de TMS n'ont jamais pris un enfant dans leurs bras ; ce qui pose un gros problème, surtout en milieu rural où il y a beaucoup de visites à domicile. S'ajoutent aussi une formation sur la dimension sociale et juridique ainsi qu'une formation sur la dimension institutionnelle (organigramme ONE). Un dispositif d'accueil des TMS est aussi mis en œuvre par les coordinatrices et porte sur les attentes par rapport au métier, la dimension institutionnelle et l'organisation avec la tutrice de la période tutorat. Celle-ci est scindée en 3 moments : 3 semaines d'observation dans le secteur de la tutrice ; puis travail à mi-temps avec la tutrice dans le secteur, suivi d'un tutorat à distance ;*
- *Problème : le manque de tuteurs, il faut réengager mais difficile parce que le tutorat prend 2/10 du temps plein et qu'il n'y a pas de valorisation salariale ;*

Plusieurs interlocuteurs des services centraux de l'ONE ont souligné l'intérêt et l'opportunité d'une formation continue transversale aux secteurs de l'accueil et l'accompagnement.

- *Une façon de le faire à mon avis c'est de penser une formation initiale qui soit commune aux deux*
- *L'expertise des conseillers pédagogiques est intéressante, les référentiels qui ont été développés et les projets pédagogiques dans structures d'accueil, ce serait intéressant de le mobiliser et de transférer pour TMS dans les consultations, dans le cadre du projet santé parentalité par exemple. Ce n'est pas fait parce que les deux secteurs sont cloisonnés.*

○

Propositions de TMS à la question ouverte : « Quelle est votre principale proposition pour améliorer le

formation des TMS?

- Elle est déjà exceptionnelle
- Je pense que les formations que j'ai reçues étaient souvent de grande qualité
- Donner une meilleure base sociale à l'arrivée des infirmières devenant TMS, les formations de bases sont principalement médicales
- Plus d'échanges entre collègues de la même équipe et des secteurs avoisinants.
- La formation initiale reprendrait les 3 pôles psycho médico social essentiels à notre travail!. Pour une efficacité des formations continues, il serait opportun x mois après la formation de se revoir et d'évaluer notre pratique à la lumière de la dite formation!
- Il est indispensable de revoir la formation de base de tous les professionnels de la petite enfance afin d'harmoniser nos pratiques tout en gardant chacun nos spécificités pour ces petits en devenir adultes de demain!!!
- Formation sur la tenue d'une consultation - formation sur les 1er contacts - formation spécifique aux suivis renforcés
- plus de disponibilité en supervision
- Adaptation à la formation de base.... (ex: inutile de former 1 sage femme au suivi de grossesse...), meilleure planification des formations en rapport avec l'organisation du travail
- C'est bien comme c'est actuellement.
- En proposant des formations spécifiques "prénatales" ou spécifiques "liaison" en fonction de ce que la TMS sera amenée à faire
- En évitant de donner de nouvelles consignes aux nouvelles TMS si ce n'est pas déjà transmis aux plus anciens. Il n'y a pas toujours les mêmes infos pour les nouveaux formés
- Elle a déjà été nettement améliorée. Elle me semble de bonne qualité actuellement
- Elle me semble être un atout de l'ONE comme il y a la prise en charge par un tuteur puis une formation de mise à niveau qui sont forts appréciés.
- Davantage de temps de formation pour tous. plusieurs années de suite sans formation proposée et si je prends des formations extérieures on ne me les rembourse pas. je viens de payer 820€ pour une formation que je trouve indispensable (et la hiérarchie aussi puisqu'elle m'a accordé le temps pour y aller!)
- Formation initiale d'une durée plus longue et qui comprendrait toutes les formations de bases nouvelle TMS actuelle, mais aussi une attention portée aux techniques d'entretiens, VAD, soutien à la parentalité (psy, précarité, santé mentale...) permettre de faire en formation continue, une formation de thérapeute familiale ou enfant
- La formation devrait être plus axée sur les dépistages des troubles médicaux ou psychomoteurs chez les enfants de 18 mois à 3 ans
- Il serait intéressant de proposer une spécialisation de x mois (avec stage) au terme d'un baccalauréat (infi, AS, éduc) afin de préparer à l'entrée en fonction de TMS. Ceci permettrait de former les NTMS à tous les aspects du métier (ante et post natal)
- Eviter les redites dans les formations (cadre institutionnel + journée d'accueil NTMS) - proposer des formations sur des demi-journées (moins compliqué pour les remplacements et la concentration après les 3ème exposés)
- Prévoir une remise à jour de cette formation initiale pour celles et ceux qui travaillent depuis plus longtemps à l'ONE. Prévoir plus de temps surtout pour la formation juridique et une remise à jour chaque année concernant la législation. Avoir une formation sur l'allaitement maternel dès l'entrée en fonction
- Un tutorat plus long si nécessaire
- Baccalauréat spécifique dans une école de santé publique - Les formations en cours d'emploi sont parfois très bien, parfois très médiocres (selon la qualité de l'opérateur qui a remporté le marché public ou selon que les formations de base sont lues de manière très monocorde par des conseillers-pédiatres dans le cadre de leurs heures prestées à l'ONE: pour diminuer les coûts
- La formation continue est au top à l'ONE
- Plus de formations "pratiques" d'observation de l'enfant, de mise en pratique des petits soins (mouche-bébé, couper les ongles,...) Les formations NTMS devraient être moins étalées dans le temps (je suis à l'ONE depuis 2,5 ans et n'ai toujours pas tout eu...)
- Ecouter le souhait des TMS et arrêter l'obligation d'aller à des formations inadéquates (quand plusieurs groupes ont été à la formation et disent que c'est inadéquat et que l'on oblige quand même à y aller car tout le monde doit la faire)
- davantage de tutrices mais gratification financière pour attirer les candidates Formation théorique des nouvelles mieux adaptée (plus en rapport avec leur réalité de travail), différenciée en fonction de leur formation de base
- formations théoriques mais penser à un travail pratique en tandem avec une autre TMS pendant au moins 3 mois, et une TMS référente par la suite pour gérer les questions au quotidien, les suivis difficiles
- Peut-être un peu moins de social pour les AS et moins de médical pour les infirmières (et donc plus de

- social pour les infirmières et plus de médical pour les AS)*
- *certaines formations données pourraient être un peu plus précises et concrètes.*
- *Formation sur l'observation à prévoir en fonction du guide sur l'observation (en cours d'élaboration)*
- ...

Ces deux scénarios d'évolution sont davantage complémentaires qu' en opposition. La mise en place d'une formation initiale commune aux métiers de la petite enfance est une option de long terme impliquant un travail de négociation avec les acteurs et décideurs de l'enseignement supérieur et qui dans tous les cas ne pourrait produire des effets sur le plan du recrutement que dans une échéance encore lointaine et de manière progressive au fil du renouvellement des cohortes de TMS. En outre, la mise en place de formations initiales spécifiques, surtout si elle s'effectue via la mise en place d'un année de spécialisation « petite enfance » dans la formation des assistants sociaux et des infirmières (année de spécialisation qui pourrait également être ouverte à d'autres formations de base comme les kinés, les assistant en psychologie et les éducateurs...) tout comme la poursuite des dispositifs de formation continue et de tutorat développées en interne par l'ONE sont de toute façon utiles et nécessaires pour doter les professionnels de l'accompagnement de la naissance et de la petite enfance de l'ONE d'une culture professionnelle commune et partagée – celle-ci pourrait d'ailleurs être davantage transversale aux différents secteurs de l'ONE (accompagnement et milieux d'accueil) -. Cette formation commune n'est pas contradictoire avec la reconnaissance de spécificités liées à des formations de base différente conduisant à des fonctions spécifiques au sein d'équipes pluridisciplinaires.

- **Sur le recrutement des TMS**

Certains secteurs sont en attente de recrutement, sont en situation de pénurie de TMS, parce qu'il y a de nombreux départs à la retraite et aussi beaucoup d'absences pour congé sans solde, congés de maternité, écartement pour grossesse, maladies, etc. Si la réserve (quelques centaines) SELOR est vide, il faut recruter en CDD, les contrats CDD peuvent donc parfois être assez longs, au moins 2 ans, contrats qui deviennent CDI si la personne satisfait en attendant de passer un futur examen SELOR. On constate que les externes réussissent mieux le SELOR que les internes, raison pour laquelle on a créé une plate-forme e-learning adaptée aux TMS pour les aider notamment mais pas seulement à préparer le concours. Mais l'outil n'est pas très convivial, il est surtout fréquenté au moment des examens, sinon pas de fréquentation régulière, ce qui est dommage car c'est un outil de formation continue utile. Il faudrait inciter les coordinatrices à utiliser l'outil avec les TMS. Le problème principal pour TMS pour la réussite examen, c'est le manque de connaissance de l'institution ONE, mais les TMS en fonction ne s'en rendent pas compte et elles ne s'informent pas à ce sujet, d'où échec à l'examen.

Faut-il envisager de recruter d'autres types de profils pour le métier de TMS ?

- *chaque fois que des hommes entrent dans la fonction, ils ne restent pas longtemps, ils sont promus, ils partent dans d'autres fonctions, ils occupent d'autres postes rapidement.*
 - *faire une discrimination positive ce n'est pas opportun.*
 - *Par rapport aux familles, ce qui est remarqué c'est que la parentalité est de plus en plus partagée entre père et mère donc important d'avoir plus d'hommes dans le métier TMS, comme pour les médecins, ce qui est la réalité, et même aussi dans les bénévoles, ce qui n'est pas le cas*
 - *Recruter des éducateurs je ne suis pas pour mais des kinés oui, ils ont bonne formation santé, sont très autonomes, donc conviennent bien si on fait formation psycho-sociale.*
 - *Assistants en psychologie (recrutement de gradué en psychologie) : avis pro et contra.*
 - *Si on poursuit la tendance au refus des actes techniques alors pourquoi pas des assistants en psychologie*
 - *Recruter des assistants en psychologie n'est pas une bonne piste, je ne veux pas qu'on psychologise tout.*
- **Sur les conditions d'apport de la valeur ajoutée des TMS dans les visites à domicile : une relation de confiance dans la continuité. Mieux gérer le turn-over des TMS**

Parlant du cœur de métier, les TMS ont souligné l'importance de la création d'une relation de confiance dans la continuité, parfois contrecarrée par le turn-over des TMS : « l'obstacle à la réussite du travail d'accompagnement c'est le turn over ».

- *Il y a de multiples raisons au turn-over : congés de maternité, maladie, volonté de changer de secteur, de région. C'est clairement la tension entre qualité du service versus confort du professionnel. Je constate que le staff change très souvent dans les consultations, il y a beaucoup de remplacement pour un oui ou pour un non, un peu trop facile à mon avis. Idem avec les médecins : la visite médicale est trop courte, il y a trop peu de temps pour un travail de qualité, or la TMS ne peut soutenir tout, elle devrait davantage être soutenue par le médecin parce que la porte d'entrée médicale est parfois la seule possible dans des situations à risques.*

2.3. sur le plan organisationnel

Tout en en indiquant d'emblée combien il est difficile et vain de dégager des constats transversaux et valables pour «tout(e)s les TMS dans les tous leurs contexte locaux et spécifiques » tant il y a une diversité des expériences locales, parfois très satisfaisantes et gratifiantes, parfois moins, on a vu combien l'exercice du métier de TMS était marqué par une tension entre d'une part un sentiment de lourdeur institutionnelle lié à une culture administrative, prescriptive, de standardisation des procédures, top-down et d'autre part un sentiment de solitude au quotidien. L'expérience des TMS est ainsi marquée par un écart, voire par une césure, entre les enjeux institutionnels et organisationnels, conduisant à percevoir l'ONE, auquel les TMS se sentent appartenir, comme « une grosse machine un peu opaque » éloignée du terrain, et les enjeux strictement professionnels. Il y a à la fois un « trop » (de procédures formelles, de lignes hiérarchiques..) et un « pas assez » (de soutien, d'accompagnement, d'espaces de partage et de construction de la professionnalité), pouvant d'ailleurs conduire ponctuellement à des situations d'anomie. A cette distance verticale s'ajoute l'expérience d'une segmentation horizontale, le/la TMS se retrouvant flottant(e) dans son environnement, centrée sur ses tâches, mais avec des connections floues avec son environnement, ayant parfois du mal à trouver sa place et à être reconnu dans un travail en réseau.

A cet égard, la recommandation générale est de poursuivre le travail d'intégration à la fois verticale et horizontale. C'est dans cette perspective que s'inscrivent les remarques et suggestions formulées par les TMS et les divers interlocuteurs rencontrés.

• Sur le management

- *Au niveau de l'administration du département et la réalité du travail TMS sur le terrain, le décalage est assez important. Il y a une distance trop importante aujourd'hui, compte tenu des évolutions sociétales. Cela se joue aussi au niveau de la reconnaissance du travail qui apparaît dans décisions prises, dans les injonctions formulées. Il y a évolution sociétale, les TMS qui font ce qu'elles peuvent pour répondre aux besoins, et l'institutionnel qui est au-dessus.*
- *Il y a beaucoup d'infos au niveau administratif mais au niveau du contenu les gens n'ont pas vraiment le temps de digérer de poser des questions. C'est cela difficulté.*
- *Du fait de la distance avec les équipes, il y a un effet cascade. Chaque coordinatrice accompagnement a un certain nombre de TMS mais quelle est la concertation, la cohérence du travail dans le savoir être et le savoir faire ? C'est très organisé, très administratif, mais pour le reste...*

Propositions de TMS à la question ouverte : « Quelle est votre principale proposition pour améliorer le quotidien de votre travail ?

- *Se baser sur le vécu de le TMS qui connaît bien son secteur et partir de là pour proposer le meilleur aux familles.*
- *Que les services staff de l'AC et des ASR soient davantage au service des coordinatrices et du terrain en général plutôt que le contraire (ils sollicitent trop souvent le terrain et les coordinatrices pour justifier leur existence ou pour des projets qui valorisent certains "ego" ou justifient l'engagement de nouveaux collaborateurs-la politisation est ressentie et est un frein au développement des compétences de travailleurs vraiment très motivés*
- *Plus de soutien: on est seules sur le terrain*
- *Des réunions d'équipe plus fréquentes. Une répartition plus équitable du travail entre collègues*
- *Appartenir à une équipe pluridisciplinaire et travailler plus en équipe*

• Sur la transversalité entre les milieux d'accueil et l'accompagnement

- *Actuellement c'est assez cloisonné... le décroisement est peut-être une piste.*
- *Avant les TMS avaient tous des milieux d'accueil dans son secteur, sauf crèches. TMS jouait rôle coordinatrice accueil dans les milieux d'accueils. Il y a 13 ans on a scindé. Il y avait aussi avant des*

inspectrices pour tout, à la fois accueil et accompagnement. Les TMS ne vont plus dans les milieux d'accueil. Avant les accueillantes à domicile venaient aux consultations avec enfants, aujourd'hui plus possible pour questions de risques, assurances, etc. Avec le temps les nouvelles TMS ne connaissent plus les professionnels de l'accueil.

- *Il y a un lien qui se fait dans les comités régionaux, parce que rôle du coordinateur comité c'est de faire transversalité entre les deux, mais cela dépend des endroits. A BXL, il y a trop de monde, donc se réunissent avec coordinatrices accueil d'une part, coordinatrices accompagnement d'autre part.*
- *C'est très scindé au sein de l'ONE. C'est effectivement un gros enjeu de mieux articuler les deux sphères d'activités accompagnement et accueil parce que de cette façon l'ONE aurait bien un service universel mais pas forcément avec la même ampleur.*

• **Sur le travail en réseaux**

- *La liste des partenaires du travail en réseau est longue : SSM, CPAS, crèches, CPF, SOS enfants, Centre accueil urgence pour parents (maisons maternelles), services AJ (AMO, SAIE, MIF, etc.), maisons de justice, maisons médicales, familles accueil, ROMS, réfugiés, sans papiers, maisons accueil sans abri, accompagnement handicap, toxicomanie/assuétudes, violences conjugales, excision, etc. C'est un travail sans fin puisqu'il y a toujours des nouvelles arrivées dans le métier et création de nouveaux services, nouvelles structures. C'est un boulot indispensable car les TMS ne connaissent pas toujours très bien les ressources potentielles, c'est aussi utile pour la création d'un travail en réseau entre elles. La fonction du référent maltraitance est axée sur le travail de prévention donc de repérage de situations complexes avec suspicion de négligence, c'est donc très large comme éventail de situations à risques de maltraitance.*
- *On a de gros soucis d'ailleurs de coordination sur le terrain. On a de graves problèmes avec des familles, en principe c'est le SAJ qui doit coordonner mais le SAJ est dépassé aussi, donc on est en train de faire des tas de choses pour mieux synchroniser els actions, mais c'est dans tous les domaines le physique, le psychique, on manque de coordination. Pourquoi ? Parce que chacun est devenu expert dans son domaine et ne s'occupe que d'une partie du problème dont il a l'expertise. Idéalement chacun devrait avoir en soi une dimension généraliste avec une bonne connaissance du réseau pour orienter vers les experts, parce qu'il y a parfois besoin d'experts.*
- *Ensemble on essaie de travailler en réseau pour savoir comment faire pour prendre en charge correctement les familles, qui sera impliqué, qui ne le sera pas, qui maintiendra le fil rouge, donc il y a des choses qui se font mais ce sont des initiatives locales. Le SAJ est totalement débordé donc il faut trouver des pistes d'action. Autre problème grave, la pédiatrie en milieu hospitalier qui devient endroit de placement d'enfant, or 50% des cas sont des placements sociaux*
- *Le travail du TMS de l'ONE n'est pas bien connu par ces institutions. Par exemple, les gens ne savent pas qu'on est préventifs et pas curatifs, qu'on est gratuit, qu'on accueille tout le monde, sans papiers aussi parce que nous on demande els papiers de personne, que l'on va à domicile si c'est nécessaire. L'ONE est toujours un peu en marge des institutions qui travaillent avec les étrangers donc on n'est pas dans leur réseau tout de suite et pour peu que dans leur personnel personne n'a eu des enfants et ne s'est adressé à l'ONE, ils ne pensent pas à se tourner vers nous.*

• **Sur la place des volontaires**

•

- *C'est une richesse extraordinaire. Je trouverais triste de s'en passer, et surtout c'est une perte énorme pour l'ONE. Qu'on ait du mal à en trouver, c'est certain, et que certaines aient des maladresses, c'est possible.*
- *Il faut que l'ONE ait une position dominante par rapport aux pouvoirs organisateurs des consultations*

• **Sur l'informatisation et la charge administrative**

Propositions de TMS à la question ouverte : « Quelle est votre principale proposition pour améliorer le quotidien de votre travail ?

- L'informatisation me permettrait de gagner du temps.

- Pour avoir travaillé avec l'outil informatique et l'accès à internet, je pense que l'informatisation va apporter beaucoup d'aspect positif.
- L'informatisation qui, à terme, allégerait considérablement le travail administratif et la collecte des données
- Diminuer les tâches administratives en systématisant l'outil informatique (liaison, registres de présences prénatales...) - soutien efficace de la part des coordinatrices (management)
- informatisation de certains documents, qui éviterai de recopier 5 x la même info

- **Sur les locaux et la logistique**

-

Propositions de TMS à la question ouverte : « Quelle est votre principale proposition pour améliorer le quotidien de votre travail ?

- Un local accessible et spacieux où chacun trouve sa place. Un nombre suffisant d'ordinateurs
- de meilleurs locaux, Bureaux adaptés au travail d'équipe,
- Soutien pour les aspects liés aux locaux des structures.
- Des locaux corrects pour toutes les consultations. Devoir passer moins de temps et dépenser moins d'énergie à régler les problèmes de logistique: nettoyage des locaux, réception des commandes, ...
- des locaux et du matériel plus appropriés,
- Rendre les locaux plus agréables
-

2.4. A propos de la dénomination « TMS » : vers des « accompagnateurs/trices Petite Enfance » ?

- *Ce nom TMS ne représente rien pour le public qui pense toujours infirmière ONE. Les gens ne veulent pas d'une AS. Faudrait leur trouver un autre nom en lien avec définition de leur spécificité, quand ce travail de redéfinition de fonction sera fait, le nom en découlera automatiquement.*
- *On a jamais réussi à en trouver un plus représentatif et sympa à la fois donc si on en trouve je en suis pas opposée, mais faut-il se casser la tête uniquement pour changer de nom, je ne sais pas, je n'ai pas d'idée à proposer mais si un nouveau nom est adopté je n'ai rien à redire.*
- *TMS c'est trop dilué, et pas clair : « médico » c'est pas correct parce qu'on est pas des travailleurs médicaux mais bien para-médicaux en complément de médecins et « social », oui on le fait mais ce n'est pas la base de notre travail non plus. Donc on parle de nous comme de la dame qui pèse ou de l'AS mais jamais les gens ne vont intégrer le terme TMS et ne savent pas ce que cela veut dire.*

Propositions de TMS à la question ouverte : « Quelle dénomination correspondrait le mieux au métier de TMS ?

- *Garder sa fonction de base pour que les parents connaissent notre formation: infirmière de l'one ou assistante sociale de l'one. J'ai parfois le sentiment que les parents pensent que l'on a pas de formation*
- *Bonne question :) conseiller(e) petite enfance ?*
- *Référente petite enfance*
- *S'annoncer dans les familles avec notre formation réelle...je suis l'infirmière de l'ONE...*
- *Je n'ai malheureusement pas beaucoup d'imagination pour trouver un autre terme...*
- *Distinguer infirmière et assistante sociale*
- *Accompagnant*
- *coach médico social*
- *Conseiller parental, auxiliaire en santé publique*
- *Dur dur...mais je me présente auprès des familles ou partenaires, je ne dis pas souvent TMS je dis plutôt mon nom et je stipule "de l'ONE". Il faut trouver un terme facile pour tous. Je réfléchis....est ce que finalement "travailleur social" ce ne serait pas le plus simple*
- *Assistante sociale pour les assistantes sociales*
- *Référente de la parentalité et de la petite enfance ---> la RPP ONE c'est moche comme abréviation*
- *Assistante de l'one pas besoin de spécifier dans le nom la fonction médicale ou sociale. Cela s'explique au gens lors de la rencontre avec eux.*
- ...

On l'a vu, l'attachement à la dénomination TMS s'effectue par défaut. Face à plusieurs propositions de dénominations alternatives pour rendre compte de leur métier, 40% des répondants se disent incapable de définir leur fonction autrement que par « TMS » et la proposition alternative qui recueille le plus de suffrages est celle de « coach parental » (21%) tandis que près d'un tiers des répondants (28 %) préféreraient être désigné par leur formation initiale, surtout de la part des infirmier(e)s (18,7 %) plus que des assistant(e)s sociaux /sociales (9,7%).

La dénomination de « coach » est effectivement « tendance ». Elles correspondent bien aux aspirations et aux injonctions d'une « société d'individus » où chacun est invité « à renforcer son autonomie et son pouvoir d'agir », en trouvant en lui et en développant les ressources lui permettant d'être à la hauteur. Et dans un contexte où les rôles de parents, et même spécifiquement de mère et de père, sont en perte de repères et ne peuvent plus s'appuyer la reproduction d'une tradition et de modèles établis, tout en étant davantage soucieux de contribuer au mieux au bien-être de leur enfant (à naître, nouveau né, bambin,...) , le principe et la pratique du « coaching » qui vise à mobiliser les ressources sans imposer de manière prescriptive ce qu'ils doivent faire – apparaissent en adéquation à la fois avec une demande sociale et culturelle et avec la mission, non imposée, d'écoute et de conseil des TMS ».

Dans les différents domaines d'expérience, on observe d'ailleurs une prolifération non contrôlée des différents offres de « coaching » : *de vie, de développement personnel, de projet professionnel, de soutien scolaire, d'aménagement intérieur, etc.* Et donc, pourquoi pas, de « **coach parentalité ?** »

En prenant un peu de recul, cette appellation n'apparaît pas la plus adéquate pour rebaptiser les TMS

- parce qu'il s'agit d'une appellation non contrôlée tout en se référant à une méthodologie particulière⁶²
- parce que la parentalité ne s'arrête pas à la petite enfance
- parce qu'elle est trop éloignée de l'image et de la culture institutionnelle et professionnelle de l'ONE

Pour redéfinir positivement le rôle des TMS, la dénomination de « **Accompagnateur/trice petite enfance** » - qui peut être spécifiée en « Accompagnateur/trice naissance » (pour les TMS dans les services pré-nataux et hospitaliers) et Accompagnateur/trice petite enfance pour les TMS oeuvrant en consultation et en visites à domiciles – apparaît à la fois la plus simple et la plus claire pour rendre la fonction plus explicite et compréhensible pour les différents interlocuteurs et pour les TMS. Le terme d'« Accompagnateur/trice » apparaît plus en adéquation avec les démarches d'écoute et d'accompagnement mises en œuvre par les TMS qui se tiennent « aux côtés et en appui des familles pour le bien être de l'enfant » que le terme concurrent de « conseiller/ère » qui suggère davantage une posture d'expertise en surplomb.

⁶²A titre d'exemple, on peut se référer à cet exemple, parmi beaucoup d'autres, de présentation d'une offre privée du « **COACHING PARENTAL** » :

Le coaching parental et les conseils en puériculture sont destinés aux parents soucieux d'enrichir et d'améliorer leurs relations avec leur(s) enfant(s).

- Pour résoudre un conflit sans recourir au pouvoir pour gagner au dépens de votre enfant qui perdrait,
- Pour respecter les besoins de votre enfant et les vôtres,
- Pour trouver des solutions acceptables aux conflits pour chacun de vous,
- Pour développer des relations plus harmonieuses avec vos enfants
- Vous avez le sentiment que vos enfants ne vous écoutent pas,
- Pour acquérir une autorité naturelle,
- Vous vous sentez parfois démuni face aux comportements de vos enfants...
- Pour obtenir plus de coopération et moins de conflits...
- Pour créer une relation Gagnant-Gagnant

- **Vous souhaitez une aide à la parentalité ? Passez à l'action pour .**

- Désamorcer le sentiment de culpabilité,
- apprendre à gérer les conflits,
- canaliser et comprendre l'agitation de son l'enfant,
- trouver les bons conseils éducatifs.

- **Méthodologie d'une séance de coaching parental :**

- 1 - Une écoute bienveillante et active afin de comprendre le plus justement possible la **parole et les demandes des parents.**
- 2 - Une analyse des problématiques, des difficultés exprimées afin d'apporter un **regard objectif** sur la situation.
- 3 – Apport de clefs et d'outils concrets en fonction des besoins et des attentes.

VII. Annexes

1. Documents consultés

Bibliographie

- ASTIER Isabelle, *Les nouvelles règles du social*, Paris, PUF, Coll. Le Lien social, 2007.
- BAJOIT G., SKA V., ALBERT V., Walthery, P. et Franssen A. « Le métier d'assistant social », *Travailler le social*, n° 17, 36-65, 1996-1997
- CANTELLI, F. GENARD, J-L., *Action publique et subjectivité*, Paris, LGDJ, 2007.
- DE MUNCK J., VERHOEVEN M. (dir.). *Les mutations du rapport à la norme, un changement dans la modernité ?*, Bruxelles, De Boeck, 1997.
- DONZELOT., ROMAN J., « A quoi sert le travail social ? », n° 241, *Esprit*, mars-avril 98, 1998, p. 8.
- DUBAR Claude, La socialisation : paradigmes, méthodes et implications théoriques, in FRANCO B. et MAROY C. (éd.), *Formation et socialisation au travail*, De Boeck Université., 1996, pp. 25 à 40.
- DUBOIS Vincent, La vie au guichet, Relation administrative et traitement de la misère, *Economica*, collection Etudes politiques, Paris, 1998.
- DRIESSENS Kristel en VAN REGENMORTEL Tine, (2006), *Force du Lien contre la pauvreté. Sphère de vie et aide social en hulpverlening*, Leuven, Lannoo Campus.
- DUBET F., *Le déclin de l'Institution*, Paris : Seuil, 2002
- FRANCFORT I., OSTY F., SAINSAULIEU, R., et UHALDE, M., (1995)., *Les mondes sociaux de l'entreprise*, Paris, Desclée de Brouwer.
- FRANSEN A., « Le sujet au coeur de la question sociale », *La revue nouvelle*, décembre, 10-61, 2003
- GUILLAUME Pierre (sous la dir.de), *La professionnalisation des classes moyennes*, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine, 1996.
- HUGHES E.C. (1996), *Le regard sociologique*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.
- LEMIEUX V., *Les réseaux d'acteurs sociaux*, Paris, PUF, 1999, pp. 11-12.
- VAN CAMPENHOUDT L., FRANSEN A., ET ALII. *La consultation des enseignants du secondaire*, rapport élaboré pour la Commission de Pilotage, Ministère de la Communauté française, par le Centre d'études sociologiques des Facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles, 2004
- WELLER Jean-Marc, L'Etat au guichet. Sociologie cognitive et modernisation administrative des services publics, Desclée de Brouwer, Sociologie économique, Paris, 1999

Textes institutionnels, Documents et notes internes à l'ONE

- Note d'intention de Benoît Parmentier, Administrateur général de l'ONE et président de séance du séminaire des Etats généraux de l'Enfance "Comment promouvoir le développement de l'enfant comme sujet en développant les partenariats ?", 27/03/2012, p. 56
- Ministère de la Communauté française, Décret portant création de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE), 30 mars 1983 (Moniteur belge du 30 juin 1983)
- Arrêté du gouvernement de la Communauté française portant réforme des consultations pour enfants, 9 juin 2004
- G. Bazier, DES-ONE, J. Blairon (RTA), Conclusion des 3 séminaires exploratoires, présentation powerpoint
- Mercier et al., synthèse du rapport final de recherche,
- Mercier et al., Rapport final
- FTU/ULB/UCL, synthèse, p. 1
- Rapport d'activité de l'ONE 2014
- G. Bazier, D. Mauroy, "La santé des futures mères, des nouveau-nés et des femmes enceintes : approche et constats de l'ONE », santé conjugulée, Fédération des maisons médicales.
- Contrat de gestion de l'ONE 2013-2018

