

TRAVAIL DE RESEAUX PLURIDISCIPLINAIRES AVEC LES FAMILLES VULNERABLES AYANT DE TRES JEUNES ENFANTS (*)

L'Equipe Enfants-Parents dans laquelle je travaille en tant que pédopsychiatre, est une équipe pluridisciplinaire composée de deux psychologues, d'une assistante sociale et d'une secrétaire, toutes à temps plein auxquelles s'ajoutent un pédiatre, une juriste et une pédopsychiatre à temps partiel. Il existe dix équipes postnatales et trois équipes anténatales en Communauté française de Belgique.

Leur mission est la prévention, le diagnostic et la prise en charge des situations de mauvais traitements aux enfants, qu'il s'agisse de sévices physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ou situations à risques. Les Equipes sont agréées par l'Exécutif de la Communauté française et subventionnées par l'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.).

La composition et les missions des Equipes sont définies par le Décret de l'Exécutif de la Communauté Française du 29 avril 1985 relatif à la protection des enfants maltraités et celui de 1991 relatif à l'Aide à la Jeunesse.

L'équipe dont je fais partie intervient sur le territoire d'une Province belge, le Brabant Wallon, dont la superficie dépasse les 1.000 KM², sa population est de plus de 330.000 habitants.

Nos modalités d'interventions consistent en la prise en charge des enfants maltraités et de leur famille, que ce soit au niveau diagnostic, guidance ou thérapie. Nous travaillons en concertation et coordination avec toute structure et tout service en relation avec l'enfant et sa famille. Enfin, nous sensibilisons et soutenons tout professionnel confronté à la maltraitance.

Dans ce dernier cadre, au début 1991, une réunion mensuelle a été mise sur pied, à laquelle sont invitées l'ensemble des T.M.S. de l'O.N.E.. Les T.M.S. sont des infirmières sociales ou des assistantes sociales attachées, avec un médecin, à une consultation prénatale ou de nourrissons. Ces consultations gratuites sont accessibles à toutes les familles mais n'ont aucun caractère obligatoire. On y pratique de la médecine préventive au sens large, la mission de l'O.N.E. étant d'encourager et de développer la protection de la mère et de l'enfant. L'action de l'O.N.E. s'étend de la grossesse à la petite enfance (0 à 6 ans). Avertie de chaque naissance, la T.M.S. rend une première visite à la famille afin de lui présenter le service de l'O.N.E. dans sa commune. Les T.M.S. sont tenues au secret professionnel.

Parmi les familles qu'elles rencontrent, un certain nombre courent des risques particuliers parmi lesquels se situe la maltraitance. (C'est d'ailleurs l'approche de ce problème par l'O.N.E. qui a amené à la création des équipes pluridisciplinaires).

Les T.M.S. travaillent donc avec la majorité des familles comptant de jeunes enfants. C'est pourquoi il nous a paru important de les rencontrer régulièrement. Ces réunions de réflexion permettent une meilleure connaissance du travail de chacun en vue d'une collaboration plus fructueuse sur le terrain.

(*) LISEN-LORENT M.F., Pédopsychiatre - Equipe Enfants-Parents du Brabant Wallon

Les réunions mensuelles abordent différents aspects de la maltraitance, tant sur le plan diagnostique que préventif, ou sur l'aide à apporter. Certaines portent sur des cas cliniques, d'autres sur des aspects plus théoriques.

L'équipe prend en charge l'organisation pratique. Chaque réunion est préparée soit par un membre de l'équipe pluridisciplinaire, soit par une T.M.S. ou encore par un invité extérieur au groupe. Les exposés laissent une large part au débat des membres du groupe.

Lors de ces réunions, très vite se sont posées des questions sur la façon de travailler avec des familles maltraitantes et la collaboration possible entre l'équipe et les T.M.S. Cette collaboration avec le réseau est une nécessité pour une équipe telle que la nôtre.

Durant l'année 1995, nous avons ouvert 189 nouveaux dossiers d'enfants en danger. Outre ces nouveaux appels, nous avons poursuivi la prise en charge de situations antérieures : cela concernait 149 enfants.

Il est clair que nous n'avons absolument pas les moyens d'effectuer ce travail seul. De plus, notre territoire est étendu. Un certain nombre de familles ne sont pas décidées à se déplacer n'étant pas suffisamment en demande d'un changement. D'autres sont dans l'incapacité de le faire à cause du manque de transport public reliant un point de la province à un autre. Mais pour nous, cela peut représenter, en voiture, un déplacement de plus d'une heure (aller - retour) ce que nous ne pouvons pas nous permettre régulièrement : il est donc essentiel de travailler avec le réseau local.

En outre, lorsque les T.M.S. sont stables dans leur localité, elles connaissent certaines familles depuis de longues années. Le réseau existant dans le voisinage leur est aussi familier.

Vis à vis de très jeunes enfants, les T.M.S. sont donc pour nous des partenaires privilégiées que nous contactons chaque fois qu'une situation de maltraitance ou de risque nous est signalée. C'est grâce à ces réunions que différents types de collaboration ont été mis en place.

Certaines T.M.S. s'interrogeant sur l'une ou l'autre famille viennent nous en parler. Nous réfléchissons ensemble sur le risque couru par l'enfant, sur sa structure familiale et parentale. Selon les cas, à la T.M.S. peuvent s'ajouter d'autres intervenants : assistante sociale de crèche, médecin de famille ou pédiatre de l'hôpital, assistante sociale d'un C.P.A.S communal, assistante sociale du Service de l'Aide à la Jeunesse, etc. Toujours à ces tables rondes, le fil conducteur principal est l'enfant : comment se développe-t-il tant du point de vue physique que psychique; où en est-il au point de vue psychomoteur, comment dort-il, s'alimente-t-il ? Quelle est sa relation à sa mère, à son père, à d'autres adultes, à d'autres enfants ? Comment parle-t-il et que dit-il ? Avec quoi et comment joue-t-il ? Comment son corps est-il investi, par lui-même, par ses parents ? (habits, attitude par rapport à la propreté).

Cette clinique précise, centrée sur l'enfant, permet d'évacuer le plus possible l'imaginaire, la subjectivité, les interprétations de l'intervenant qui peut être choqué par une maison délabrée, un désordre indescriptible, un manque d'hygiène, de règles.

Si l'enfant est en bonne santé, peu importe la « crasse », si l'enfant se développe bien, peu importe les bizarreries de la maman.

Dans certains cas, nous sortons tous assez rassurés pour que la T.M.S. suive la famille sans notre intervention.

Des pistes peuvent être données suivant le cas. Parfois, nous décidons de nous revoir à intervalles réguliers, réévaluant à chaque fois les risques et la manière de travailler.

D'autres fois, nous sommes suffisamment inquiets pour que l'un d'entre nous, psychologue ou pédopsychiatre, ayant une bonne expérience du travail avec les jeunes enfants, rencontre cet enfant. Cela peut avoir lieu en nos bureaux ou au domicile familial. Un certain nombre de ces parents, de ces mères ne se déplaceront pas, les T.M.S. auront beau les adresser à notre équipe ou à d'autres services, elles ne téléphoneront pas pour prendre rendez-vous ou téléphoneront mais ne viendront pas sauf si quelqu'un les véhicule.

Ce sont notamment des mères carencées, gravement déprimées, isolées chez elles qui ne croient pas que quelque chose puisse changer dans leur vie. Il s'agit souvent de famille monoparentale ou de mère avec un conjoint instable. Le milieu culturel et socio-économique est en général pauvre mais pas toujours : la méfiance, qu'il s'agisse de traits paranoïdes d'une dépression névrotique ou d'une psychose peut empêcher quelqu'un de sortir de chez lui ou au moins d'aller au-delà d'un lieu géographique restreint et bien connu. Les mères débiles auront difficile à se déplacer. Il faut pouvoir se débrouiller dans les différentes correspondances des transports en commun. En outre, elles verbalisent souvent difficilement, ne se rendent pas toujours compte d'un problème.

Pour ces familles, nous préférons donc travailler au domicile. Il s'agit souvent de cas « tangents » où, à partir de ce qui nous est dit, nous avons des interrogations suffisamment graves (traits de psychose, de débilité, de dépression profonde, de toxicomanie) pour que - tant au niveau diagnostic que thérapeutique - l'intervention d'un « psy » nous paraisse nécessaire. Souvent, nous avons été surpris du décalage entre ce qui nous avait été dit et ce que nous observions, soit que la situation soit plus grave ou qu'elle le soit moins.

Toujours, nous allons demander à la T.M.S. de nous introduire auprès de la famille soit en nous annonçant soit en nous y accompagnant. Cette introduction permet de bénéficier du transfert déjà effectué sur la T.M.S. : pour ces familles - méfiantes - nous ne sommes pas de parfaits inconnus, nous venons avec ou de la part de quelqu'un qu'elles connaissent bien. Nous sommes présentées en tant que travaillant sur le plan psychique, avec la petite enfance, pour évaluer l'état de développement de leur enfant et venir en aide.

Cette aide peut être destinée à la maman, à l'enfant ou à l'intervenant. Nous réfléchissons préalablement avec la T.M.S. sur ce qu'il y a lieu de dire. Certaines mères savent (avec certitude) ce qu'il faut faire pour leur enfant, elles savent ce dont il a envie, ce qu'il pense, sans qu'il y ait place pour un doute. On est là dans le domaine de la psychose, le paranoïaque sait ce que les autres pensent. Pour d'autres, dans la dépression, aucune aide n'apportera une modification : il n'y a rien à faire. Ces mères vont donc refuser toute aide, comme elles refusent de se déplacer. La demande doit donc être la nôtre : qu'elles nous permettent de rencontrer leur enfant, qu'elles nous en parlent afin de nous aider à mieux comprendre. Elles disent : « vous pouvez venir si vous voulez mais ça ne sert à rien ». Ce sera à l'intervenant à demander que quelque chose bouge.

Nous serons souvent dans cette position tout à fait inverse des centres de consultations psychothérapeutiques classiques. Cette demande, nous la ferons porter par « un ailleurs », pour qu'il ne s'agisse pas uniquement de notre désir, j'y viendrai plus loin.

A partir de cette porte ouverte, semaine après semaine, un travail se fera. Il est rare que cette porte nous soit fermée volontairement. Mais il arrivera régulièrement, à un moment donné ou à un autre de la prise en charge que nous trouvions « porte de bois » : « je n'ai pas ouvert, j'étais dans mon lit », « j'ai oublié, c'était ce jour-là que vous veniez ? » sont des motifs qui nous seront donnés ultérieurement.

Beaucoup de ces familles sont désorganisées au niveau du temps : elles obéissent à des impulsions du moment (« je devais aller faire une course ») sans organisation générale de leur journée, ou pire, se trompent sur le mois, le jour. C'est d'ailleurs un des facteurs qui rend un traitement hors du domicile difficile à mettre en place.

Pour ma part - du moins pendant les premiers temps d'un travail, c'est à dire les 6 ou 12 premiers mois - je m'abstiens de tout reproche à cet égard dans ces familles : je signale par un mot dans la boîte aux lettres que je suis passée et fixe un nouveau rendez-vous, leur demandant de me prévenir si cela ne les arrange pas. A la prochaine visite, je fixerai à nouveau le rendez-vous par écrit. S'il y a un calendrier dans la pièce, je suggérerai d'y inscrire le rendez-vous et je m'efforcerai d'avoir un rythme régulier, afin que le temps s'inscrive petit à petit.

Aller à domicile régulièrement prend beaucoup de temps. Je ne le fais pour ma part que lorsque c'est la seule possibilité d'entamer un travail, non seulement pour des raisons matérielles mais aussi à cause de l'absence d'une demande de la famille. Ces visites à domicile ont cependant aussi des avantages, celui d'une évaluation plus juste, plus rapide de la situation socio-économique et psychique d'une famille, des risques ou des ressources de l'environnement.

Une maison délabrée dans un quartier bourgeois, un appartement exigu, mal insonorisé, la présence de livres ou la T.V. allumée toute la journée devant le bébé, la place du coussin à langer, les biberons à moitié pleins qui traînent, les volets toujours fermés, les entrées fréquentes des voisins, les enfants qui courent partout ou la maison tellement en ordre qu'elle semble inhabitée malgré les nombreux bébés, la liste est innombrable de ce que nous allons apprendre ainsi sur la vie, les ressources tant financières que psychiques d'une famille, les dangers que courent ou non les enfants.

C'est dire aussi que ce sont des familles où un travail psychique seul ne peut se faire. Différents aspects sont à envisager : médical, psychique, social, pédagogique, juridique. L'évolution d'un aspect aura des effets sur les autres mais souvent aussi aura été permis parce qu'un autre aura quelque peu « bougé ». Une maman psychotique ne voulait pas de l'aide familiale envoyée par le C.P.A.S de sa commune. Elle l'a acceptée parce que j'ai pu lui garantir que celle-ci ne lui volerait rien. Ceci a permis, après plusieurs années d'essais infructueux que la maison soit nettoyée, ceci ayant à son tour un effet bénéfique sur le psychisme de la maman et ses relations avec son entourage qui regardait la « crasse » d'un oeil malveillant.

Ceci est aussi typique de ce que permet un travail en réseau, à plusieurs. Cette demande de nettoyage venait de l'assistante sociale du C.P.A.S, alertée elle-même par des voisins dérangés par cette « tâche » dans leur environnement. Cette demande était trop intrusive pour cette maman paranoïaque. Il fallait prendre son inquiétude au sérieux, l'apaiser pour qu'elle puisse accepter cette intervention. Nous en avons donc discuté à trois.

N'étant pas « porteuse » de la demande (même si le nettoyage me rassurait par rapport à la sécurité du bébé - du verre traînait à droite et à gauche et l'enfant commençait à marcher), je pouvais dire à la maman : « Madame X, du C.P.A.S, voudrait que vous ayez de l'aide pour le nettoyage, qu'en pensez-vous? » La maman a pu dire ses inquiétudes, j'ai pu les reprendre à l'adresse de l'assistante sociale, nous les avons notées. Nous en tenions compte, nous y répondions, cela a eu un effet d'apaisement.

Etre à plusieurs a permis de sortir d'une relation duelle trop menaçante. L'intérêt de ce « réseau » n'est donc pas de frapper tous ensemble sur le même clou mais au contraire d'avoir des positions différentes. On joue ensemble mais chacun avec un pion différent. Ce sont ces positions décalées qui sont précieuses aussi bien pour les intervenants que pour

les familles. Chacun a une vision propre, chacun a une compétence différente, chacun a sa tolérance, ses limites; ce que l'un refuse, l'autre peut l'accepter. La famille peut ainsi faire un chemin différent avec chaque intervenant; elle n'est pas écrasée, coincée par un front uni, tout puissant, angoissant. Si être à plusieurs était de tout penser, dire et faire les mêmes choses, il ne serait pas nécessaire de l'être : un suffirait. La relation serait toujours duelle, malgré le « plusieurs ».

La maltraitance est une problématique où l'on ne peut d'ailleurs rester seul : trop d'aspects différents sont en jeu, le travail est lourd, des relais doivent pouvoir se faire. Le risque est grand aussi si l'on est seul, de se voir « mettre en boîte », séduit par une famille qui a juste envie de tout enfouir, oublier; ou, au contraire, d'être en escalade, en conflit avec une famille. Séduction ou conflit, ce sont deux aspects d'une relation duelle.

Ces familles n'ont pas de demande au départ, les enfants sont en danger ou en risque de l'être. Pour ne pas entrer dans cette dualité où l'on tourne toujours en rond, pour que cela ne soit pas notre désir qui veuille un changement, nous avons, au minimum, le cadre du décret qui nous institue comme équipe : nous sommes payés pour venir en aide aux familles maltraitantes ou à risque de l'être, obligés donc d'intervenir quelque soit leur envie ou la nôtre. C'est déjà un premier tiers, ce décret. Parfois, il ne suffit pas, il nous faut un cadre plus inscrit dans la réalité : nous demandons alors l'aide du Service de l'Aide à la Jeunesse, afin qu'un accord soit signé avec la famille concernant le travail qu'elle effectuera avec nous ou avec d'autres.

Si cet accord n'est pas respecté, si une collaboration n'est pas possible dans un cadre qui permette une protection de la santé physique et psychique de l'enfant, c'est le recours par le Conseiller du Service de l'Aide à la Jeunesse au parquet et l'éventuelle intervention du Tribunal de la Jeunesse. Je ne parlerai pas de ce dernier ici.

Une réunion régulière des différents intervenants est essentielle : elle permet à tous de prendre distance en exposant aux autres son travail. Elle permet aussi la création d'un tableau de la famille, fait de « tâches » - un peu à la manière impressionniste -, chacun ayant vu, entendu des choses différentes selon le moment où il est passé mais aussi selon ce qui lui a été confié : une personne ne dit pas la même chose selon l'interlocuteur auquel elle s'adresse. Non seulement elle peut parler de sujets très différents mais même si elle aborde le même thème, elle en parlera autrement.

Le travail en réseau va donc aussi se tisser d'un réseau de discours tout à fait intéressant tant du côté diagnostique que thérapeutique.

On joue évidemment franc-jeu et les familles doivent savoir que les différents intervenants se rencontrent. Parfois, elles s'intéressent au contenu de ces réunions. A l'occasion, l'une ou l'autre peut y être invitée au moins pour une partie.

Les tables rondes permettent donc de parler du travail effectué. Elles sont aussi le lieu de la coordination de nos actions, elles permettent le partage des tâches et dans certains cas l'établissement d'un horaire précis : il peut être important qu'au moins une personne passe par semaine et tout autant que pas plus d'une ou deux ne passe sur la semaine, ce qui peut être vécu comme tout à fait intrusif par une famille. Entre temps, le téléphone peut être utilisé, entre intervenants, s'il y a un problème, d'autant plus que les familles savent que nous sommes en contact les uns avec les autres. Ce contact ne signifie pas que tout le monde saura tout de ce que la famille a confié, ni certainement qu'un intervenant puisse s'autoriser à utiliser auprès de la famille, la parole dite à un autre. Il ne s'agit pas d'aller dire à la famille : « vous me dites que vous avez acheté ce chaton pure race un prix fou et vous avez dit au C.P.A.S que vous étiez sans le sou, ça ne va pas ! »

Dans ces tables rondes chacun des participants est tenu au secret professionnel. Ceci vaut aussi par rapport au patient. Notre travail n'est pas de les coincer dans leurs rapports aux autres. Tant mieux si le C.P.A.S a donné de l'aide !

La famille peut demander que certaines informations soient transmises à d'autres de la table ronde ou, à l'inverse, un intervenant peut prévenir la famille qu'il fera part de ceci ou cela aux autres. D'autres échanges ont lieu pour affiner le diagnostic, réfléchir au travail thérapeutique. C'est à la table ronde de décider s'il y a utilité d'en dire quelque chose à la famille, nul ne peut s'y autoriser seul.

Ce travail de réseau a, dans la plupart des cas, un effet thérapeutique. Il va s'étaler sur plusieurs années. Au départ, il doit être intensif, hebdomadaire, pour que s'installe un discours différent, que nous ne soyons pas seulement quelqu'un à qui on raconte les dernières nouvelles.

La plupart des familles vont petit à petit (ou d'emblée, parfois) y mettre, un cadre : nous sommes invités à nous asseoir à tel endroit, les tâches quotidiennes sont interrompues, si le téléphone sonne, le parent répond qu'il est en entretien et abrège la communication. D'autres familiers présents lors de notre arrivée peuvent être invités par la famille et l'intervenant à s'écarter ou à rester, cela dépend. On en parle en tout cas. Cela ne sera jamais « tacite ».

Le plus souvent, ce sont des entretiens mère-enfant où le bébé écoute avec attention ce qui se dit, y réagissant, que cela lui soit adressé directement ou non.

Nous faisons parler la maman de ce qu'elle vit, de l'histoire de ce bébé, de l'histoire familiale, de ses peurs, ses angoisses, ses espérances. Bref, ce n'est guère différent de ce que l'on fait en consultation classique. Les autres intervenants feront aussi leur travail. Nous pouvons ainsi nous renvoyer la balle de l'un à l'autre.

Si la famille m'adresse une demande concernant les allocations familiales, je la renvoie à l'assistante sociale du C.P.A.S : c'est avec elle que la maman doit discuter de cela. Pour les régimes du bébé, la T.M.S. est plus compétente et je le dis à la maman. Il est nécessaire (et en plus, c'est ainsi) de ne pas être tout puissant avec ces familles, de disposer de tiers permettant l'apaisement. A l'occasion, le rappel d'une loi peut aussi produire cet effet permettant de ne pas entrer en escalade.

Le réseau est du côté des intervenants, il peut aussi être du côté des familles. Ainsi, il nous a semblé important d'écouter des voisins, qu'ils puissent faire part de leurs inquiétudes, de leurs griefs que ceci soit entendu pour calmer les querelles de voisinage. A nouveau, il faut être plusieurs : ce n'est pas un intervenant auprès de la famille qui effectue ce travail mais un autre membre de l'équipe afin que la famille n' imagine pas que nous faisons alliance avec ses voisins. Et il n'est évidemment pas question de confier quoi que ce soit concernant la famille à ces voisins.

Vous voyez que ce travail est complexe. N'oubliez pas que ce sont des familles à risques, où il y a de jeunes enfants.

Pour que ces enfants puissent rester attachés à une personne de référence principale - souvent la mère - nous prenons à notre tour ce risque de les suivre en ambulatoire. Pour en prendre le moins possible, il faut un réseau. Le réseau peut encore s'élargir - si nécessaire - par la mise en crèche de jour de l'enfant.

Ceci a été le cas pour cette maman à la limite de la débilité, qui était attachée à son enfant et s'en occupait correctement lorsqu'il était tout petit et ne bougeait pas trop. Vers quelques mois, un placement en crèche nous a paru indispensable. D'abord, parce que la maman ne prévoyait pas suffisamment les dangers que son bébé pouvait courir, ce qu'il pouvait attraper

à proximité du coussin à langer, comment il pouvait tomber de son relax. Ensuite, pour donner au bébé des stimulations plus riches et enfin, pour que la maman puisse aussi « apprendre » à la crèche, en y passant une heure tous les jours.

Afin d'illustrer ce que je vous ai dit, je terminerai par quelques cas.

Pour cette **famille A**, nous recevons un appel de la T.M.S. : il s'agit d'une maman dépressive, suicidaire, il y a un gros problème de couple. Il y a trois enfants dont un bébé de trois semaines.

La T.M.S. et une psychologue de l'équipe vont effectuer très vite une première visite conjointe.

Devant la gravité du tableau, la psychologue va rencontrer, chez elle, la maman au rythme de deux fois par semaine, ceci durant un an et demi. Les deux aînés seront placés en famille d'accueil d'urgence pendant quinze jours, et une collaboration étroite s'installe avec le médecin traitant. La T.M.S. continue à rencontrer la maman tous les quinze jours pour suivre le bébé sur le plan de sa santé. Si ultérieurement, le travail de la psychologue pourra s'espacer, il sera d'abord d'une visite par semaine pendant un an.

Actuellement, elle passe encore tous les quinze jours. Le père est parti. Les deux aînés sont à l'école, le plus jeune à la crèche et la maman commence à travailler.

Pour la **famille B**, la T.M.S. nous appelle pendant la grossesse : c'est un couple alcoolique où il y a beaucoup de violence. Les deux aînés sont placés en institution par intervention du juge des enfants.

Une première visite a lieu avec la T.M.S., dans le but de faire alliance avec la famille et de veiller à l'évolution du bébé. Celui-ci naît prématurément, à la maison, marqué par un syndrome d'alcool foetal. La famille a été suivie une fois par semaine pendant six mois, puis, une fois tous les quinze jours pendant un an. Actuellement, le suivi se poursuit sur demande de l'un ou l'autre intervenant (école, T.M.S., médecin traitant).

Dans ces deux familles, il y avait coupure entre la mère et sa famille d'origine. Une reprise progressive des contacts a eu un impact sur la relation mère-bébé, celle-ci devenant moins fusionnelle.

La **famille C** était une famille monoparentale : la mère était seule avec ses quatre enfants. L'Hôpital nous a appelés suite aux hospitalisations répétitives du plus jeune dues à un problème de négligence grave.

Une première réunion a rassemblé tous les intervenants : l'Hôpital, la crèche, le C.P.A.S, l'école.

Un suivi psychologique a été instauré au rythme d'une fois tous les quinze jours. Une aide familiale est venue, dans cette famille, cinq demi-jours par semaine. Son rôle, ici, sera prépondérant.

Pour conclure, je voudrais dire ceci.

Pour que ce travail puisse se faire, il faut, tout au long de sa durée, plusieurs conditions, afin que le bénéfice que tire l'enfant de rester dans sa famille soit supérieur au risque que nous prenons mais surtout au risque que court l'enfant car c'est de lui qu'il s'agit avant tout. Dans ces familles, nous n'allons jamais réduire ce risque à zéro, c'est illusoire et toute vie en comporte, mais nous n'avons nulle envie de nous retrouver avec un handicapé ou un mort sur les bras. Donc, il nous faut des barrières de protection, je les rappelle.

1. Il faut un réseau. On ne peut, quelle que soit sa compétence, travailler seul dans ces familles à risque ayant de jeunes enfants. Il faut être plusieurs pour que l'un soit appelable en cas de besoin, pour confronter ses impressions, pour ne pas être en dualité, pour diversifier les aides, se relayer. Ce travail est lourd!
2. Il faut, bien sûr, que la famille nous ouvre sa porte, qu'elle nous permette un travail avec elle. Mais il me semble aussi nécessaire qu'elle ait suffisamment confiance en nous pour nous parler des problèmes qu'elle rencontre, avec le plus de franchise possible. Je serais tout à fait réticente à suivre ainsi une famille qui me raconte des bobards, me cache la vérité.
3. Il faut que l'enfant évolue positivement au cours des semaines. Les risques, nous les prenons parce qu'un enfant s'épanouit dans son milieu, qu'il acquiert de nouvelles compétences, que nous le voyons heureux.

Lundi dernier, le sourire d'Erika a ainsi été ma récompense.

Lundi dernier, j'ai eu une journée très chargée et j'ai vu beaucoup d'enfants mal en point : l'un gravement négligé, dénigré, en prise au sadisme d'un beau-père, l'autre, abusé sexuellement, paralysé à force d'avoir vécu sous la terreur, un autre, totalement pris dans un discours de haine maternelle à l'égard de son père, un quatrième, etc.

Et puis, il y a eu le sourire d'Erika. Elle vient d'avoir trois ans et je la suis, avec d'autres, depuis environ deux ans. Avec des hauts et des bas, des moments inquiétants quand elle était lovée dans les bras de sa mère, sans contact avec nous, d'autres où elle nous rassurait par sa brusque acquisition du langage. Elle a été placée une brève période, lorsque la santé psychique de sa mère s'est dégradée et a nécessité une hospitalisation. Elles ont retrouvé leur maison, puis, n'ont dû qu'à une intervention d'urgence du réseau de ne pas être à nouveau séparées.

Et, aujourd'hui, Erika va bien. Elle est venue s'installer à mes côtés avec un livre : je devais lire, elle commentait avec pertinence. Elle a envoyé sa mère à la cuisine, préparer du café et celle-ci nous a laissées. Ce n'était pas rien par rapport à la relation symbiotique qu'elles avaient longtemps eue toutes deux. Elle a renvoyé sa mère et m'a adressé un énorme sourire, de fierté. Pour Erika, je sais que le futur est gagné!