

De la nécessité d'une pratique de réseau ou comment créer le lien entre intervenants

Nul ne peut ignorer l'importance des missions des Travailleurs Médico-Sociaux de l'ONE dans un temps où les précarités de tous ordres fragilisent les familles et où le délitement du lien social augmente le risque de mettre à mal le lien à naître entre le bébé et son entourage.

Le travail des TMS comporte la finesse des aiguilles que l'on choisit pour tricoter un premier ouvrage. Il consiste à prendre le plus grand soin dans le traitement d'un fil de laine délicat et fragile. Il a pourtant le geste clair et précis de l'orientation à donner aux points qui se tricotent. Il rencontre pourtant des endroits et des envers qui peuvent avoir du mal à se superposer. Parfois, il faut ajouter des pièces extérieures même si elles sont souvent difficiles à intégrer à l'ouvrage. C'est un travail d'art à plusieurs mains : le bébé, ses parents, son entourage ou encore d'autres mains expertes encore.

Si la nécessité de se concerter ne fait alors aucun doute, suffit-il pour autant de se placer autour d'une même table pour véritablement parler de pratiques de réseau ? Quelles sont les conditions d'efficacité de cette pratique?

Comment créer du lien, du respect et de la re-connaissance dans les débats entre travailleurs sociaux pour que le bien-être physique et psychologique de l'enfant reste le fil central de nos préoccupations?

Ces quelques exemples de tricotage entre intervenants (que ce soit sous forme de collaboration ou non) ne manqueront pas de poser des jalons de réflexion qui, nous l'espérons, pourront nous aider à cheminer dans notre travail.

La gynécologue avec laquelle je travaille me faisait remarquer dernièrement, alors qu'une jeune future maman fragilisée quittait notre consultations prénatale après avoir « craqué » et nous avoir confié les difficultés relationnelles avec sa propre maman- que nombreuses sont les femmes enceintes rencontrant une problématique avec leur mère.

Mon expérience professionnelle confirme que dans les situations fragiles que je rencontre, apparaît souvent dans le parcours de vie de la future mère, une absence maternelle physique, fonctionnelle ou affective. Le fait que tant de choses se bousculent autour de la naissance a pour conséquence que ces mères manquent de repères et se retrouvent insécurisées.

Alors que certaines femmes enceintes peuvent trouver dans leur entourage proche ou familial une personne ressource pouvant l'accompagner dans ce vécu de grossesse d'autres se retrouvent totalement isolées. C'est à ce moment que se fait ressentir toute l'importance de notre travail d'accompagnement et de prévention en période prénatale, qui ne se limite pas aux familles fragilisées ou carencées. Je ne peux m'empêcher de citer ici l'exemple récent d'une maman ayant accouché de son quatrième enfant (une fille ! enfin ! après 3 garçons) issue d'une famille équilibrée avec des parents sans problème. Je ne vous cache pas la satisfaction que j'ai éprouvée en allant lui rendre visite après la naissance. Elle m'a remerciée, exprimant que, dans ce premier suivi de grossesse à l'ONE, elle s'était sentie, comment dire ? faisant de grands gestes avec ses bras comme s'ils cherchaient à entourer : maternée. « Et c'est ce dont on a besoin quand on est enceinte » ajouta-t-elle d'un ton vivement reconnaissant. Lors d'un autre suivi de grossesse, bien plus difficile, pour lequel j'échangeais avec d'autres professionnels, on me confirma l'importance du maternage que j'avais apporté à une jeune femme. Je m'étais vraiment sentie confortée dans l'importance que représente notre travail d'accompagnement en prénatale au sein de l'ONE.

Voici un exemple de la pertinence de ce travail :

Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans (que nous nommerons Mme N.) qui a été suivie chez nous en consultation prénatale. Son compagnon (que nous nommerons Mr F.) a le même âge. Cette jeune femme a un passé lourd d'institutions, a été abandonnée par sa mère et victime de maltraitance (de la part du beau-père et du grand-père). La situation matérielle est fort précaire : on constate trois déménagements pendant la grossesse dont les deux derniers provisoires de dépannage chez des amis.

A 31 semaines de grossesse, Mme N. doit être hospitalisée à l'hôpital pour un gros retard de croissance du bébé et doit poursuivre une surveillance intensive de 2 monitorings par semaine et une échographie tous les 10 jours. Il est insupportable pour la future maman d'être hospitalisée (phobie du milieu hospitalier) et la surveillance se fait en ambulatoire. Je rencontre le couple

⁴⁸ TMS – Consultation Prénatale ONE à Tubize

autant qu'il m'est possible afin de donner un maximum d'informations à cette jeune femme en demande et dont l'angoisse est encore augmentée par l'absence de connaissances se rapportant à la grossesse. Un réel rapport de confiance s'installe, elle se confie beaucoup. Lorsque Mr F. me téléphone un vendredi après-midi à 33 semaines 5 jours de grossesse pour m'annoncer que l'échographie n'est pas bonne, que le bébé n'a pas grossi et que l'on va sans doute pratiquer une césarienne, je me dis que le temps m'a manqué pour achever mon travail prénatal mais il faut prendre le train en marche. Et même si j'ai l'impression que les choses m'échappent, cette maman va encore avoir besoin de moi. Il n'est pas toujours facile de pouvoir travailler avec un grand centre universitaire. Il n'est pas dans les habitudes de prévenir une gynécologue extérieure ayant suivi la grossesse, même si le couple le demande et que cette gynécologue était prête à accompagner Mme N. pendant la césarienne. Heureusement, le papa peut y assister. Tout va ensuite s'enchaîner très vite. Le « très petit » T. naît en bonne forme et est bien sûr hospitalisé en néonatal, au centre grand N. Nous prenons des nouvelles de Mme N. le jour même et lui téléphonons le lendemain. Elle sortira le surlendemain. L'hôpital reste insupportable pour elle. Trois jours plus tard, Mr F. me téléphone, c'est la catastrophe. Mme N. est en larme et paniquée, elle souffre d'un sentiment de culpabilité face à l'état de son bébé et n'ose pas aller le voir. Les contacts avec une infirmière semblent avoir été difficiles. Je prends contact avec l'hôpital, avec l'aide de l'assistante sociale, je fais le relais entre celui-ci et le couple.

Je veux agir vite, il y a urgence pour le tissage du lien mère-bébé, c'est maintenant que cela se joue. Je demande à réunir les intervenants au plus vite afin de mettre les choses au point, je crains un jugement hâtif de la maman de la part du personnel et des difficultés précoces dans la relation mère- bébé. Cette réunion s'avérera finalement inutile. Mon seul coup de fil a semble-t-il suffi à clarifier et apaiser les choses. Une banale demande émanant d'une infirmière du centre néonatal mal interprétée par la maman et le simple retour que j'ai pu faire au service de l'état de panique dans lequel elle se trouvait a déclenché l'attitude adaptée indispensable de la part des soignants concernés. Des explications simples et détaillées ont été données à la maman par le pédiatre, celle-ci s'est trouvée rassurée et a enfin pu entrer positivement en contact avec son enfant.

Le lendemain, lors de ma visite, Mme N. va déjà beaucoup mieux. J'accompagne les parents au centre grand N, je fais la connaissance de T. et nous rencontrons l'assistante sociale. Celle-ci m'identifie devant les parents comme personne ressource. Je peux encore expliquer à Mme N. avant mon départ le but de l'entretien prévu l'après-midi avec la psychologue du centre néonatal et l'aide qu'elle pourra lui apporter. J'ai eu le papa au bout du fil le soir, tout s'est bien passé y compris l'entretien avec la psychologue. « C'est ça dont elle avait besoin » me dit-il. « Encore merci pour tout ! ». Je pense que ça va bien se passer maintenant.

Il est difficile d'avoir aussi rapidement une attitude adéquate auprès d'une maman dont on ne connaît rien et qui a tellement besoin d'être soutenue surtout lorsque sa réaction est le repli et la fuite.

Vous, infirmières en néonatalogie, soyez en tous cas bien conscientes de l'importance majeure de vos paroles et gestes avec des mamans tellement fragilisées, tellement sensibles à la place de mère qu'elles veulent occuper (leur propre mère n'ayant su le faire), que le simple fait de répondre à leur place au pédiatre, en ce qui concerne leur bébé, peut être vécu comme quelque chose d'insoutenable. Dès lors, n'hésitez pas à faire appel à nous car ensemble nous pouvons effectuer un travail idéal pour que tout se passe au mieux pour ces familles. Ensemble nous pourrions certainement éviter beaucoup de souffrances morales inutiles, nocives pour la relation parents-bébé voire certaines catastrophes.

Je vous présente la situation de Maroussia pour témoigner du travail effectué et de toute l'importance d'une collaboration étroite entre les intervenants :

Il s'agit d'une jeune femme de 19 ans, que nous nommerons A. et qui fut hospitalisée durant plusieurs mois pour cause de dépression en unité psychiatrique. Le diagnostic n'a pas été établi à la sortie de l'hôpital. A. est actuellement enceinte d'une petite fille. Le terme de sa grossesse se situe aux alentours du 1er avril. Depuis la vingt-cinquième semaine, elle est suivie régulièrement à la consultation prénatale.

Cette jeune femme a eu une enfance et une adolescence assez lourde. : A. a des parents d'origine chilienne, réfugiés politiques. Sa maman fut atteinte de schizophrénie qui, toutefois, a su se stabiliser. Son père a des antécédents d'alcoolisme et de toxicomanie. Il y aurait eu des abus vis-à-vis de A. mais cela n'a jamais pu être confirmé. Au niveau de la fratrie, A. a une sœur de 22 ans qui a connu des problèmes de boulimie-anorexie. Celle-ci vit pour le moment en appartement supervisé et poursuit des études artistiques. A. a aussi un frère de 10 ans dont elle s'est beaucoup occupée du fait que sa maman n'arrivait pas toujours à assumer son rôle. Un COE a été mis en place : deux éducatrices se relaient au sein de la famille pour soutenir les parents dans l'éducation de leurs fils.

Au cours des deux visites à domicile que j'effectue dans le cadre du suivi prénatal, A. évoque l'enfer qu'a été sa jeunesse et les responsabilités qu'elle a dû endosser très jeune dans le ménage et dans l'éducation de son frère.

A. a suivi des études artistiques jusqu'en 2005 où elle décide de quitter l'école. La raison de son départ serait du au fait qu'elle aurait subi un viol de la part de deux copains de classe. Cela a été un des facteurs déclenchant le décrochage scolaire.

A. parle de l'arrivée de son bébé et le vit de manière presque caricaturale et selon moi assez inquiétante, comme un événement qui va lui permettre d'entamer une nouvelle vie. Lors des entretiens que nous avons eus à domicile, A. ne tient pas de propos délirants. Cependant, il m'a semblé qu'elle était assez lente autant dans ses actes que dans sa façon de s'exprimer.

Elle vit avec le père de sa fille, B, âgé de 50 ans, ouvrier, réfugié chilien et ami de la famille. Il a connu A. toute jeune. Le père de A. n'est pas d'accord avec la grossesse de sa fille et de sa mise en ménage avec B. Sa maman par contre investi très fort cette naissance et envisagerait de prendre le relais si sa fille n'arrive pas à assumer son rôle de mère. A., avant d'arriver à la consultation de notre centre hospitalier a été suivie en consultation de quartier. La TMS de cette consultation a fait le nécessaire pour que A. soit prise en charge par la pédopsychiatre d'un Centre de Guidance.

⁴⁹ TMS – Consultation prénatale hospitalière d'Ixelles

Le pédopsychiatre avec qui j'ai eu un premier contact m'a expliqué que A. se situe pour le moment assez bien dans la réalité mais dit ne pas pouvoir anticiper son comportement, ses réactions à l'accouchement et dans le post-partum. Comme la situation est préoccupante, je décide d'organiser, en collaboration avec le médecin de la consultation, une réunion de concertation avant la naissance avec le pédopsychiatre, le psychiatre et la TMS qui a connu A. au début de sa grossesse afin de pouvoir mettre un projet en place pour mieux préparer la naissance de la petite Maroussia, tout cela en collaboration avec A et B.

L'hospitalisation est prévue le mardi 13 mars. Sont mis en place : une observation, un soutien psychologique et psychiatrique ainsi qu'une préparation plus intensive à la naissance avec la collaboration des sages-femmes et des kinésithérapeutes et en post-partum, une observation en maternité d'une durée de quinze jours. Le chef de service donne son accord.

Suivant l'avis psychiatrique, s'il y a une «décompensation», il faudra recourir à une hospitalisation dans une unité mère-enfant. Si tout se passe bien, sont envisagés:

- un retour à domicile avec un suivi par le pédopsychiatre à domicile ou un service de soins ambulatoires, comme la Lice en collaboration avec l'ONE ;
- un accueil en crèche et un espace rencontre parents-enfants.

Lors de la semaine précédant l'hospitalisation, nous pouvons mieux cerner la personnalité de A. Le diagnostic posé clairement par le psychiatre est le suivant: A. commence une schizophrénie. Elle alterne des périodes délirantes avec des périodes tout à fait lucides, le plus déconcertant, c'est que ces périodes peuvent s'alterner très vite. Les visites de sa mère semblent fort la déstabiliser. Son compagnon vient la voir régulièrement. Il est désemparé par le diagnostic et nous demande clairement de l'aide. Il souhaite que A. soit soignée comme il faut. Petit à petit l'idée d'un suivi en unité mère-enfant est présentée aux parents qui adhèrent au projet.

L'accouchement se déroule bien. A. semble cependant très détachée de cet événement. Alors que les premiers jours qui suivent la naissance se passent bien, A. est émerveillée par sa fille Maroussia et est soucieuse de bien faire. Très vite -alors qu'une structure SAJ est mise en place, toujours en accord avec les parents- la situation se dégrade brutalement, un délire plus intense s'installe. La description des deux journées vécues est la suivante :

Le jeudi 5 avril, je suis appelée d'urgence à l'unité : A. présente une décompensation brutale et rapide de son état mental, elle est très angoissée, ne reconnaît pas les infirmières qui la soignent habituellement. Elle veut absolument partir de l'hôpital. A. est vue par la psychologue. Étant donné qu'il n'y a pas de psychiatre dans l'hôpital, celle-ci contacte le psychiatre de garde, qui lui donne des conseils de traitement. A. refuse de prendre toute médication. Nous tentons de la convaincre de rester jusqu'au lendemain, date de son rendez-vous en unité mère-enfant. La psychologue et moi-même essayons de lui parler, de la calmer, la tension diminue progressivement. Survient alors sa cousine, qui réussit à tranquilliser A. et qui va à la cafétéria avec elle. Nous avons un contact avec B, son compagnon qui arrive entre-temps : lors de l'entretien, celui-ci est très affecté, il pleure beaucoup. Il connaît le diagnostic de la maladie de A., il est effrayé par son état, il ne l'a jamais connue ainsi.

Vu les risques, je tente de prendre contact avec le Magistrat de garde pour obtenir un placement provisoire de Maroussia à l'hôpital en vue d'assurer sa protection. En vain, je contacte alors l'officier de garde de la police. Celui-ci réussit à obtenir du parquet un réquisitoire de placement de mineur pour Maroussia jusqu'au lendemain 18h. Monsieur B. est au courant de ces démarches. Lorsque je m'en vais A. est plus calme, elle m'explique avoir été prise d'une angoisse très forte et s'être sentie « prisonnière ». Elle a cru qu'on voulait lui faire du mal. Elle est contente que son compagnon reste ce soir et revient petit à petit à la « réalité ». Le psychiatre de garde est joignable la nuit en cas de problème.

Le vendredi 6 avril, la nuit ne s'est pas très bien passée : A. a « renvoyé » son compagnon avant de lui demander de revenir près d'elle à 1h du matin. Le matin, elle est beaucoup plus calme et lucide et se prépare pour son entretien à l'unité mère-enfant. Je contacte le substitut du Procureur du Roi pour lui expliquer la situation ainsi que le délégué du SAJ qui estime que le dossier n'est plus de la compétence du SAJ et le transfère au SPJ. Est présent lors du rendez-vous à l'unité mère-enfant : Mme Z., pédopsychiatre, Mme V., psychologue et Mr. M., assistant social. L'équipe estime que A. doit être traitée et stabilisée avant son admission en unité mère-enfant, car elle représente actuellement un danger pour elle-même, pour son bébé et pour les autres mamans de l'unité. Suite à un long entretien avec A. et son compagnon, une mise en observation de A. est proposée, Maroussia restant « placée » à l'hôpital le temps que son transfert à l'unité Mère-enfant se fasse dans de bonnes conditions d'accueil. A. donne son consentement. De retour à l'hôpital, la procédure de mise en observation de A. est lancée par un certificat circonstancié établi par le psychiatre. La psychologue et moi-même envoyons au substitut du Procureur du Roi de la section Jeunesse une demande de placement de Maroussia au service néonatal de l'hôpital.

A et son compagnon conduisent Maroussia en néonatal et y installent leur fille. A. sera emmenée par la police en unité de psychiatrie. Le départ se fera de façon la plus « humaine » possible. Cinq jours plus tard, Maroussia rejoint sa maman à l'Institut. J'ai eu l'occasion de revoir A. trois semaines après. Elle est manifestement au début d'un traitement médicamenteux lourd, mais se dit prête à se battre. Son compagnon qui vient les voir régulièrement lui manque beaucoup.

Bien que les intervenants soient d'horizon différents, leur collaboration active a été précieuse. Le rôle de la TMS est d'écouter et de coordonner. Dans cette situation-ci, le résultat obtenu est positif malgré les lourds soucis pour l'avenir du couple et de Maroussia. Tout est mis en oeuvre pour la stabiliser et établir une relation mère enfant-adéquate. J'ai énormément de respect et d'admiration pour le courage de cette maman si jeune et malgré le diagnostic inquiétant, elle a une force de caractère peu commune elle s'est montrée confiante, collaborante, essayant toujours de se soucier du bien-être de son enfant. Accepter une hospitalisation mère-enfant n'a pas été facile pour elle. Ce climat de soutien, d'écoute positive, de bienveillance, de respect, déployé autour d'elle aura contribué à sa collaboration positive.

La première fois que j'ai rencontré Samuel et ses parents, c'était lors d'une inscription spontanée à la consultation quand Samuel avait 2,5 mois pour commencer les vaccins : la maman, Madame B. est belge, d'origine marocaine et le papa est américain, en situation illégale en Belgique. Ils sont arrivés d'Angleterre il y a quelques mois. Samuel est leur premier enfant ensemble mais Madame B. a déjà un enfant de 9 ans qui, me dit-elle, vit avec son papa en Espagne.

J'observe ce jour là, une maman, un peu distante et méfiante mais un papa très investi et attentif envers son bébé. Samuel va bien et un rendez-vous est donné un mois après. Le 25 janvier, je reçois un coup de téléphone de l'assistante de police du quartier, pour me demander si Samuel est suivi chez nous à la consultation. La police a été avisée par Interpol depuis l'Angleterre pour s'assurer d'un suivi correct de l'enfant car il y a de grosses inquiétudes le concernant. Sa maman a un autre enfant placé là-bas... Mais on refuse de m'en dire plus.

Je suis évidemment interpellée par ce que la police me dit, d'autant plus qu'elle me demande de ne rien dire aux parents ! Je sais que je ne pourrai pas travailler avec cette famille si je ne suis pas claire avec elle. Mais bien sûr j'ai maintenant des inquiétudes que je n'avais pas après la première consultation. Je décide donc de téléphoner à la maman pour lui proposer une visite à domicile, ce qu'elle accepte sans problèmes. Mais la visite se révèle infructueuse, ce qui ne fait qu'augmenter mes inquiétudes... Je téléphone à l'assistante de police pour lui dire que je travaillerai en transparence avec la famille. Je n'ai en effet pas de comptes à rendre à la police si je n'ai pas de réelles inquiétudes. Je compte juste leur dire que Samuel est bien suivi mais que ce suivi n'est pas obligatoire. Elle désapprouve craignant que la famille ne fuie...

Entre-temps, la maman revient en consultation le 9 février, s'excusant pour la visite précédente. Elle est seule avec son bébé et je la sens encore plus méfiante vis-à-vis de nous (j'ai appris par la suite qu'elle avait reçu plusieurs convocations de la police) et hyper protectrice avec Samuel. L'enfant va bien et reçoit son deuxième vaccin. Mais en consultation, le temps est trop compté et c'est difficile d'aborder le sujet qui me préoccupe... Je lui propose une nouvelle visite à la maison qu'elle accepte mais sans être convaincue..... Le 20 février, l'assistante de police me contacte pour me dire qu'elle transfère le dossier au Parquet puisqu'elle n'a pas de collaboration avec la famille. Le 23 février, je me rends au domicile de la famille. Après plusieurs coups de sonnette, la maman vient m'ouvrir, Samuel dans les bras. Le papa est présent mais restera dans sa chambre durant tout l'entretien. Très rapidement, je lui explique pourquoi je suis là et ce que j'ai appris par la police. A partir de cet instant, j'ai devant moi une autre femme. D'abord elle s'effondre, puis me raconte son «cauchemar » comme elle l'appelle elle-même. Elle relate tout cela avec une grande sincérité et une émotion qui l'envahit à certains moments. Mais également avec une finesse dans l'analyse des événements qui reflète toute la réflexion que cette jeune femme a sur les événements passés.

⁵⁰ TMS de consultation pour enfants à Jette

Elle me raconte toute son histoire, depuis le début, et jamais je n'ai été aussi touchée au cours de ma vie professionnelle :

Madame B. grandit à Bruxelles dans une famille marocaine. Elle a une jeunesse assez chahutée, se marie finalement à 17 ans et se retrouve rapidement enceinte. Elle est maltraitée par son mari, n'a pas d'aide de sa famille et décide de rejoindre sa sœur en Angleterre avec son fils Yanis. Là, elle s'installe dans une petite ville près de Londres où, en tant que femme seule d'origine étrangère avec un enfant, elle ne sera jamais acceptée. Son fils va dans une école assez stricte, avec uniforme et très rapidement, la directrice le prend en grippe : son fils est turbulent, son uniforme n'est pas toujours impeccable, parfois, quand sa maman travaille, Yanis rentre seul à la maison... Madame B. demande pourtant dès le départ une place à la garderie de l'école (elles sont limitées), mais on lui refuse sous prétexte qu'elle n'a pas un travail stable

Pourtant la maman de Yanis essaie de se débrouiller pour lui offrir une vie qui ressemble à celle de ses copains d'école. Elle trouve des petits boulots, parfois le soir, et c'est vrai qu'il arrive que Yanis reste seul chez lui, devant la télévision, parce qu'elle n'a pas d'autre choix....(On le lui reprochera par la suite).

Un jour pour une histoire de lacets perdus pour la cinquième fois (lors de jeux entre enfants), madame B. donne une fessée à son fils et lui confisque un DVD. Il a 8 ans. Le lendemain matin, elle le brusque un peu avant son départ à l'école (où il va ce jour sans lacets car elle n'en a plus, cela aussi on le lui reprochera) et le menace d'autres sanctions s'il ne fait pas d'efforts... Ce jour là, Yanis raconte tout à son institutrice. Pourquoi le fait-il? Avait-il besoin d'être soutenu, entendu, reconnu? Sans doute n'était-il pas conscient des conséquences que cela aurait. Toujours est-il que c'est là le début d'une histoire dramatique faite d'incompréhension totale entre des services sociaux qui n'écoutent que l'enfant et une mère isolée qui fait ce qu'elle peut pour élever son fils.

L'après-midi, on téléphone à madame B. pour la convoquer à l'école. Elle ne peut reprendre Yanis, ni même le voir. Il sera provisoirement placé dans une famille d'accueil. A partir de ce moment, elle ne pourra plus voir son fils en tête-à-tête. Des entrevues sont organisées en présence d'une assistante sociale. Yanis et sa maman ne peuvent s'exprimer qu'en anglais (et plus en français qui est pourtant leur langue habituelle). Ils reçoivent comme consigne de ne pas parler de ce qui s'est passé, ils doivent juste «jouer» ensemble et on les observe...

Ces rendez-vous deviennent vite insupportables pour cette maman qui ne comprend pas ce qui lui arrive et à qui on interdit d'avoir une communication normale avec son fils. Des problèmes de langues sont à l'origine de mauvaises interprétations. Par exemple, quand on demande à Yanis si sa maman lui préparait un «souper » lorsqu'il rentrait de l'école, il comprend «goûter » et répond non. C'est vrai que pour le goûter il se servait lui-même... On en conclut que sa mère ne lui préparait pas à manger ! Jamais, même lors des auditions chez le juge, on acceptera la présence d'un interprète. Petit à petit, une distance s'installe entre la mère et l'enfant. Elle ne comprend pas ce qui arrive à son fils. Je dois dire que c'est une question que je me suis longtemps posée pourquoi accepte-t-il cela, de façon aussi passive ? Un enfant peut-il aussi facilement accepter d'être séparé de sa mère ? Madame B. constate que dans sa famille d'accueil, Yanis est très gâté : il a de beaux vêtements, reçoit des jeux, des bonbons, part même en vacances... Tout ce que sa maman ne peut lui offrir. Elle a aussi le sentiment qu'on veut en faire un parfait petit anglais en niant ses origines et sa religion.

Plusieurs fois elle tente quand même de le faire réagir. Mais Yanis semble accepter cette nouvelle existence où il est au centre de tous les intérêts et où enfin sa vie ressemble un peu plus à celle de ses copains... Pendant ce temps madame B. qui a un nouveau compagnon, se retrouve enceinte. Là où elle fait suivre sa grossesse, une sage-femme à qui elle raconte son histoire, lui fait comprendre que si elle accouche en Angleterre, on lui retirera le bébé dès la naissance ! (Cela me fait penser au film de Ken Loach «Ladybird Ladybird ».)

Madame B. et son compagnon décident donc de partir en Belgique pour l'accouchement, non sans avoir auparavant fait les démarches pour reprendre contact avec le père de Yanis. Si sa maman ne peut le récupérer, elle estime qu'il a au moins le droit de vivre avec son père. Lorsqu'elle quitte l'Angleterre, le juge a accepté que Yanis parte en Espagne chez son père. Mais les services sociaux ne la lâchent pas et préviennent la police belge via Interpol. Ceci explique la méfiance de cette maman vis-à-vis des institutions qu'elle côtoie. Elle fuit la police, ne répond pas aux convocations, elle ne veut pas que le cauchemar reprenne avec ce nouveau bébé...

J'ai pu à ce moment là lui dire qu'en Belgique on n'enlève pas de cette façon un enfant à sa mère et qu'en fuyant elle ne fait qu'augmenter l'inquiétude des intervenants. Il faut qu'elle réapprenne à faire confiance.

Voilà où elle en est dans son histoire. Elle aimerait vivre tranquille, avec son bébé, son compagnon et peut-être un jour avec son fils aîné dont elle a des nouvelles de temps en temps. A la fin de la visite, elle me remercie de l'avoir écoutée jusqu'au bout. Si on n'écoute pas son récit en entier, me dit-elle, les gens ne la croient pas, l'accusent d'avoir été sans doute une mauvaise mère pour qu'on en soit arrivé là. Je pars bouleversée...

En mars, j'ai des nouvelles de l'assistante de police, rassurée. La maman a elle-même repris contact et accepté une visite à domicile. Le dossier du Parquet est fermé. Samuel continue son suivi à l'ONE, avec son papa et une maman en confiance, attentifs au développement de leur enfant.

Au mois de mai, je les vois pour la dernière fois. Madame B. m'explique qu'elle repart en Angleterre car elle doit encore se présenter au tribunal pour clôturer l'affaire. Ensuite, le couple souhaite partir en Amérique dans la famille du papa parce qu'ici il n'y a pas d'avenir pour eux. Je lui ai laissé une porte grande ouverte, lui proposant de me contacter si jamais elle revenait. Je lui ai souhaité du bonheur pour la suite... Un an après, je ne sais pas ce qu'ils sont devenus. Je n'ai plus eu de nouvelles. J'espère qu'ils ont trouvé leur route et qu'ils ont pu se stabiliser quelque part.

Pour ma part, cette rencontre a modifié ma façon d'aborder les gens. J'accorde encore plus d'importance qu'avant au parcours personnel de chacun et à l'influence de l'histoire vécue par le couple sur le comportement et les attitudes parentales.

Ce fut également une grande leçon sur les préjugés et les idées toutes faites. Cette histoire montre à quel point le regard que l'on porte sur les gens peut varier en fonction de ce que l'on sait. Elle prouve aussi que le comportement des personnes que l'on côtoie change en fonction de ce regard plus ou moins positif ou confiant que l'on porte sur elles. Un échange constructif ne peut s'installer également que lorsque les choses sont clairement dites. Et c'est là tout l'intérêt de la transparence dans le travail que nous faisons.

Ce quatrième exemple illustrera les dysfonctionnements et l'impasse dans laquelle peuvent se trouver, et la famille, et les travailleurs sociaux, quand le cadre n'est pas correctement fixé.

La famille Y est connue de ma collègue depuis 8 ans. Régulièrement, elle est inquiète quant à l'évolution des enfants mais ne parvient pas à se faire entendre de la maman car, de son côté, la pédiatre tient des propos plutôt rassurants. À ces éléments inquiétants concernant les enfants, s'ajoute le climat de violence dans lequel ils grandissent, madame étant séquestrée et battue par son compagnon. Quand il a bu, il lui arrive même d'avoir la « main légère » vis à vis des enfants.

Dans le courant du mois de mai, la maman confie à ma collègue, être de nouveau victime de violence conjugale. Elle a très peur et souhaiterait quitter monsieur. Cependant, elle n'ose rien entamer car il contrôle tout jusqu'aux communications téléphoniques. Ma collègue propose alors de se charger d'alerter l'assistante sociale de police du service d'aide aux victimes. Ce que madame accepte. Elle désire, en outre, que soit avertie la psychologue du Centre PMS, car en raison de ces tensions, elle a de plus en plus de difficultés avec ses filles.

Fin juin, je reprends la situation et nous nous voyons en concertation, la psychologue du PMS, l'assistante sociale de police, ma collègue et moi-même. La maman a préalablement été informée de l'organisation et de l'objet de la rencontre. À l'issue de la réunion, nous décidons que l'assistante sociale de police qui doit entendre la maman dans le cadre de la plainte déposée, se chargera d'informer celle-ci des décisions prises au sujet de ses enfants. Notre position était que face à un tel contexte de violence, qui a de grosses répercussions sur l'évolution des enfants, il était impératif que madame réagisse, sinon, nous nous verrions dans l'obligation d'en référer au SAJ. Lors de ma visite à domicile, en juillet 2005, je reçois la colère de madame qui se dit avoir été trahie par ma collègue. Elle regrette amèrement d'avoir pris le risque de se confier à elle car elle voit dans notre démarche, le placement incontournable de ses enfants. Elle dit ne pas comprendre ce que nous lui voulons, car jamais personne ne lui a fait part d'inquiétudes par rapport à ses enfants. Après avoir entendu la colère de madame, il m'a paru essentiel de remettre un peu d'ordre dans tout ce qui venait d'être dit. Je me suis appuyée sur les fiches d'observations de ma collègue pour nommer les inquiétudes et les situer dans le temps. J'ai rappelé le rôle du SAJ et ai reformulé ce que nous avions envisagé en concertation. Après quoi, je me suis attachée à restaurer la relation de confiance sans laquelle il ne m'était plus possible de poursuivre mon travail. Pour ce faire, je me suis donc engagée fermement à faire preuve de franchise et de respect dans tout ce que je pourrais lui renvoyer de mes observations. Les visites suivantes ont permis de mettre en évidence des changements importants dans la manière dont madame (qui finalement n'a pas quitté son compagnon) se repositionne en tant que femme et mère de ses enfants. Peu à peu, j'ai pu avoir accès à son histoire alors qu'elle me disait toute sa difficulté à se livrer.

⁵¹ TMS – Consultation prénatale hospitalière d'Ixelles

Lors de la visite du mois d'octobre, la maman me confie son incapacité à pouvoir encore supporter sa quatrième fille âgée de 5 ans ! Elle craint ne plus pouvoir se contenir et demande de l'aide. J'envisage, avec madame, la forme que pourrait revêtir cette aide. Elle souhaiterait, dans un premier temps, qu'un bilan soit réalisé par la psychologue du PMS, en qui elle a entièrement confiance. Par ailleurs, je suggère une démarche auprès d'un Centre de Guidance. Madame pense qu'il s'agit d'une bonne idée. Cependant, elle ne prendra rendez-vous qu'après avoir obtenu le consentement de son compagnon. A sa demande, je contacte la psychologue du PMS qui prend note du désir de la maman. Pour des raisons de santé de la psychologue, la prise en charge ne se fera pas rapidement.

A la mi-décembre, je suis conviée par la remplaçante de la psychologue du PMS à une nouvelle réunion de concertation organisée à la demande du service CSD (Centrale de Service à domicile) qui intervient dans la famille depuis quelques années. La discussion était déjà en cours lorsque je suis arrivée, aussi, ai-je enchaîné en communiquant mes observations concernant la fratrie et les interactions mère-enfants. Les responsables de la CSD, quant à eux, ont exprimé quelques inquiétudes diffuses concernant les enfants et ont surtout mis en exergue le manque d'attention et de disponibilité de la maman.

La réunion était sur le point de s'achever quand je me suis rendue compte que la famille n'avait pas été avertie de cette rencontre. De plus, la directrice de la CSD souhaitait que la famille ne soit pas informée qu'elle était à l'origine de cette réunion. Elle s'en explique par le fait qu'elle connaît ces personnes dans un autre contexte et que dès lors, il serait malvenu...

J'ai évoqué mon malaise par rapport à cette façon de procéder, tout comme l'impossibilité pour moi, dans un tel contexte, de débattre d'une quelconque forme d'aide. Comment, en effet, utiliser les informations qui nous ont été relayées de cette manière et qui, de plus, étaient peu étayées. J'ai toutefois énoncé la demande de madame Y de faire un bilan psychologique de ses enfants scolarisés.

L'assistante sociale du PMS, tout aussi embarrassée, a cependant soumis la proposition d'introduire le service « Le lien » (Service d'accompagnement et de suivi en famille pour de jeunes enfants) dans cette situation.

De l'analyse de cette concertation, il ressort que personne n'a été désigné, ni ne s'est désigné, pour diriger la réunion. Cela aurait peut être pu aider à mettre un cadre. La CSD a apparemment œuvré de la même manière que l'avaient fait, précédemment, les responsables du Foyer des Jeunes fréquenté régulièrement par l'aînée. Tous les deux ont eu des inquiétudes qu'ils ont transmises à la psychologue du PMS, à l'insu de la famille. Les responsables du Foyer des Jeunes souhaitaient de cette façon, protéger l'espace qui permettait à l'aînée, Géraldine, de souffler un peu. Quant à la Directrice de la CSD, elle espérait en gardant l'anonymat, préserver la fragile relation de confiance établie avec la famille.

C'est pourtant bien l'inverse qui risque de se produire : le non-dit favorise la perpétuation du problème et l'intervenant, en gardant le silence, peut être perçu par la famille, comme quelqu'un qui cautionne ou qui est indifférent à sa souffrance. Dès lors, la confiance de la famille dans les compétences de l'intervenant peut s'en trouver ébranlée.

Dans la situation qui nous occupe, le non-dit des responsables du Foyer des Jeunes ainsi que de la CSD, renforce le non-dit, des conflits entre le père et la mère. La mère fait tout en cachette du père, craignant sa violence, dit-elle. Cette manière de faire lui confère, cependant, un certain pouvoir. En agissant de la sorte, ces deux organismes nous ont donné un reflet-miroir de la dynamique familiale.

Par ailleurs, je me suis interrogée sur la façon dont l'aide a été proposée. A-t-elle été suffisamment étudiée dans la mesure où les enjeux n'ont, en tout cas, pas été clairement déterminés. Cette aide tenait-elle réellement compte de la demande des parents ? Comment, dès lors, risque-t-elle d'être accueillie ? Est-elle de nature à permettre à ces gens de l'utiliser pour accroître leurs compétences à répondre aux besoins de leurs enfants ?

Le problème est que nous sommes très souvent confrontés à des personnes qui n'ont pas de demande et qui contestent alors avec force toute proposition d'aide. Avoir une demande signifierait, pour eux, reconnaître, au moins partiellement, qu'ils sont défailants dans leur rôle de parents. Dès lors, comment les impliquer dans l'élaboration du dispositif d'aide, condition pourtant essentielle pour que s'opèrent des changements durables ?

Ces constats m'ont amenée à prendre contact avec la psychologue du PMS afin de lui proposer de prendre du temps, entre intervenants, pour réfléchir à la manière dont nous avons fonctionné en concertation, et pouvoir ainsi réajuster nos interventions. Ensemble, par téléphone, nous avons relevé les points qui méritent d'attirer notre attention au cours des prochaines actions menées :

Il conviendra ainsi, pour chacune d'entre nous, de bien clarifier notre mandat et nos limites, de telle sorte qu'il appartiendra à la personne qui a les inquiétudes, de les signifier, elle-même, à la famille, dans le plus grand respect. Il s'agira d'énoncer et non de dénoncer, sans juger, ni culpabiliser.

Compte tenu de ce mandat également, il ne sera plus question que ce soit, par exemple, la psychologue du PMS, qui fasse une proposition d'aide concernant les enfants non scolarisés.

Nous serons vigilantes aussi à ne pas reproduire le fonctionnement familial et nous veillerons donc à (re)donner une place au père dans tous les débats concernant ses enfants.

Cet échange téléphonique a, en outre, été l'occasion de confronter nos observations et de nous rendre compte, par exemple, que les enfants se comportent de manière très différente à l'école et à la maison.

Au terme de cet entretien, nous avons convenu que :

- La psychologue du PMS effectuera le bilan en clarifiant cependant les objectifs avec les parents ;
- Elle profitera de ce bilan pour les informer de la réunion que nous organiserons entre intervenants pour réfléchir à la façon dont nous interviendrons chez eux ;
- Elle leur garantira qu'ils seront conviés à une réunion dès qu'il s'agira de parler de l'intérêt de leurs enfants ;
- Elle verra avec ses collègues qui se chargera de convoquer les différents travailleurs sociaux dans le cadre de la coordination.

Ainsi la relation de confiance établie avec la famille pourrait être garante de la poursuite d'un travail de qualité. Cette relation de confiance implique que nous soyons clairs pour toutes les démarches que nous entreprenons et que nous assumions notre responsabilité de signifier nos craintes aux parents quant à l'évolution de leur(s) enfant(s). Attention cependant, il s'agit d'énoncer sans juger, ni culpabiliser.

Et c'est là bien souvent que réside pour nous toute la difficulté. Comment, en effet, préserver à la fois cette relation de confiance, cet espace où des choses importantes peuvent se dire, où une détresse peut s'exprimer, et en même temps veiller à la protection de l'enfant ? Comment créer les conditions qui nous permettent d'entendre la souffrance tout en prenant position ?

Pour tenter de faire face à des intérêts parfois divergents ou contradictoires entre ceux de l'enfant et ceux de ses parents, nous, Travailleuses-Médico-Sociales, avons la possibilité d'effectuer conjointement des visites à domicile. Nous désignons préalablement laquelle d'entre nous deux se chargera d'évaluer l'état des enfants pendant que l'autre proposera soutien et écoute aux parents.

Cette notion d'écoute nous amène à nous interroger sur les risques que nous sommes prêtes à prendre sur le plan émotionnel par rapport à ce qui pourrait nous être confié, mais aussi par rapport à la responsabilité qu'implique pour nous ce que nous pourrions entendre. L'écoute n'est pas neutre et nous renvoie aux questions suivantes : qu'est-ce que je refuse d'entendre ou qu'est-ce que je sélectionne dans ce que j'entends et pourquoi ? Que faire de ce que je viens d'entendre ? Cette dernière question en soulève une autre : celle de la transmission ou non de l'information au réseau et donc de la manière dont nous allons gérer le secret professionnel. Ce partage d'informations, s'il doit avoir lieu, devrait faire l'objet d'une réflexion avec la famille sur les conséquences d'une telle démarche.

Créer un espace permettant d'entendre la détresse, la douleur des parents d'un côté et d'assurer la protection de l'enfant de l'autre, pose la question de l'évaluation du danger encouru par celui-ci et des compétences des parents à répondre aux besoins de leur progéniture.

Les situations de négligence mettent souvent à mal le diagnostic car elles comportent peu de traces objectives. Elles font plutôt état de carences à tous niveaux. De plus, elles renvoient à nos représentations socio-culturelles, à notre subjectivité et à nos limites personnelles. Dès lors, elles nécessitent que nous confrontions nos observations aux représentations que les autres professionnels appartenant au réseau se font de la situation. Il s'avère souvent utile également, de par l'impact émotionnel qu'elles peuvent avoir sur nous, que nous ayons recours à un tiers pour nous aider à prendre du recul et mieux comprendre ce qui se joue dans la relation entre nous et la famille. Cette aide peut être apportée par la supervision ou la Référente Maltraitance notamment.

Pour ce qui est du diagnostic, je m'appuie sur une grille d'observation élaborée dans le cadre de ces supervisions. Elle permet d'évaluer l'état de l'enfant à travers son évolution staturo-pondérale, psychomotrice, la qualité de son sommeil, sa capacité à s'alimenter, à jouer, tout cela en relation avec les émotions telles que le plaisir, le dégoût, la peur, la colère. Elle met en évidence également, la qualité des interactions entre l'enfant et ses parents, l'enfant et ses pairs. C'est donc sur base de cet outil que je vais contribuer, en collaboration avec les autres membres de la concertation, à l'élaboration du diagnostic, et à l'évaluation du degré d'urgence et/ou de danger.

Ce n'est que grâce à une observation rigoureuse de l'enfant que nous pourrions faire la part des choses entre les réactions subjectives que provoque, en nous professionnels, la survenue de situations qualifiées de préoccupantes et les caractères objectifs d'une situation réelle.

L'évocation de la notion d'urgence m'amène à me pencher sur le rapport au temps. Question inéluctable à mon sens, car il est un des moyens dont disposent les professionnels pour constituer le cadre de l'intervention. Quel délai nous donnons-nous pour prendre une décision et quel délai nous accordons-nous ainsi qu'à la famille pour évaluer la portée de notre action?

Cela suppose que nous nous interroguions au préalable sur la notion du temps de l'enfant, de la famille et de l'intervenant. Qu'en est-il du temps pour l'enfant compte tenu de la temporalité de ses parents dans la société dans laquelle ils sont inscrits ? Et qu'en est-il du temps pour le professionnel ? Combien de temps va-t-il pouvoir supporter le chaos et combien de temps l'enfant va-t-il pouvoir supporter l'insupportable ? Quelles seront les conséquences pour lui de ses rythmes non respectés ? Avons-nous le droit de laisser l'enfant dans l'interminable attente de décisions quand, manifestement, ce temps qui passe joue en sa défaveur?

A l'inverse, certains travailleurs sociaux auraient envie de voir rapidement évoluer les situations qui leur sont confiées. Dans ce cas, le risque est pour le professionnel de ne pas tenir compte des étapes de vie qui pondèrent l'histoire familiale (événements familiaux et individuels...) pas plus qu'ils ne considèrent le temps, dont certaines familles ont besoin, pour intégrer de nouvelles bases, de nouvelles données. Les changements qu'il vise sont alors trop ambitieux et voués à l'échec. Le temps est donc nécessaire à la réflexion et permet d'éviter le passage à l'acte.

Ce questionnement par rapport au temps me conduit inexorablement à la notion de décision.

Celle-ci s'avère très souvent bien difficile à prendre. Elle se prend à partir de connaissances, de savoirs, de compétences partagées, mais aussi de sa propre perception. Souvent, nous reportons l'instant de la décision parce que, d'une part, nous avons le sentiment qu'en ayant plus de connaissances encore, nous serions plus en mesure de décider. Cette crainte par rapport au niveau des connaissances aboutit parfois à une absence de décision avec tous les effets néfastes que cela comporte pour l'enfant. D'autre part, nous cultivons l'espoir d'une solution moins contraignante, moins à l'encontre de l'idéologie du lien. La peur sous-jacente étant que ce que nous proposons provoque encore plus de dégâts qu'il n'en existe déjà. Ainsi, le concept d'incompétence totale ou partielle d'un ou des deux parents est encore difficile à concevoir. Et gare au déni, à l'indifférence ou à la banalisation qui, pas plus que la dramatisation d'ailleurs, ne permettent d'élaborer des réponses d'aide et de protection.

Que suppose donc de décider ? Décider, c'est trancher. Cependant, il ne suffit pas de trancher, encore faut-il en assumer les responsabilités, les conséquences, et s'en tenir à la décision prise. Cela requiert un certain niveau de compétences qui s'articulent autour de savoirs théoriques, savoir-faire, savoir être.

Et si de toute évidence, face à des situations de maltraitance et/ou de négligences, la décision doit résulter d'un processus de négociation, de la confrontation de ses observations aux représentations que d'autres travailleurs sociaux se font de la situation, comment supporter que son avis soit contredit par un autre professionnel et comment accepter que cet autre avis puisse prévaloir sur le sien ? Ces risques de rivalité, voire de disqualification ne pourront être évités qu'à la condition de toujours garder au centre des débats le bien être et la protection de l'enfant.

Les dysfonctionnements relevés dans la présentation des exemples de collaboration nous mettent en demeure de nous repositionner à plusieurs niveaux:

Interpeller et rassembler autour de la table tous les services sociaux susceptibles de participer à la mise en œuvre du programme d'aide nécessite tout d'abord que nous observions tous la même règle de transparence à l'égard des familles afin de ne pas mettre en péril la relation de confiance établie avec elle et combien indispensable à la poursuite de notre travail. Ne négligeons donc jamais d'informer la famille de toutes les démarches que nous entreprenons la concernant.

Par ailleurs, soyons vigilants à la manière dont nous allons constituer le cadre de notre travail. Nous avons vu à quel point la façon dont les intervenants s'organisent ou non peut aboutir à un renforcement de la symptomatologie de la famille et détermine la façon dont elle s'accommode, s'approprie le réseau.

Veillons donc à ce que le rôle de chacun soit clairement défini, tant au sein de la famille, qu'au niveau des intervenants en concertation, que chacun sache ce qu'il peut attendre de l'autre, mais aussi qui se chargera de diriger la réunion, qui contactera qui, qui dira quoi à qui?

Pensons également à consacrer le temps nécessaire à l'évaluation de l'état de l'enfant, ainsi que des compétences parentales de telle sorte que les décisions ne soient pas prises uniquement sur base de vagues impressions.

La souffrance des enfants est souvent difficile à imaginer, de même qu'il est difficile de concevoir que certains parents, ayant parfois été tellement blessés dans leur enfance, ne pourront jamais développer les compétences nécessaires qui leur permettraient d'apporter les soins appropriés à leur enfant et ce, malgré toutes les aides proposées. D'où l'importance de bien définir les objectifs du projet d'aide et d'en mesurer précisément les enjeux.

Nous avons souvent tendance à proposer des interventions, des services comme s'il s'agissait de sortir une bonne recette d'un livre de cuisine, ne prenant pas la peine de déterminer les objectifs qui sous-tendent le dispositif d'aide. De la même manière, je crains que nous n'accordions pas assez de temps à l'évaluation de la portée de l'intervention et avons tendance à seulement nous concerter lorsque apparaissent subitement des éléments de nature à nous inquiéter. Et de nous retrouver complètement découragés, démotivés et pourquoi pas, persécuteurs de ces familles décidément « trop ingrates ».

Un autre point sur lequel il me paraît utile de s'attarder, concerne la place que nous donnons à la famille dans l'élaboration du programme d'aide. Est-elle suffisamment concernée ? Accordons-nous suffisamment de temps à l'évaluation de ses ressources propres?

Le but de l'aide apportée n'est-il pas de renforcer les efforts des parents à prendre soin de leurs enfants?

Il arrive, cependant, que la présence des parents à la réunion de concertation ne soit pas souhaitable. Il nous appartient toutefois de les informer de l'organisation de cette réunion, d'évoquer les éléments qui seront abordés, de prendre note de ce que ceux-ci souhaiteraient transmettre et de leur donner un feedback.

Conclusion

La présentation de quelques exemples de partenariat a en effet pu mettre en évidence qu'une bonne pratique de réseau doit répondre à différentes conditions :

- La nécessité pour chacun des intervenants de se connaître les uns les autres, de définir clairement leur mandat, les limites de leurs compétences personnelles et professionnelles et, corrélativement, la reconnaissance des compétences spécifiques des autres services. En cela, la logique de partenariat appelle à la confiance que la régularité des rencontres devrait pouvoir maintenir, assurant par la même occasion un degré plus élevé de cohérence et de cohésion.
- L'importance de préciser les objectifs du dispositif d'aide et de le soumettre à des évaluations régulières. Là encore, c'est la régularité des rencontres qui devrait les garantir.
- L'intérêt, dans un souci d'efficacité, que les parents soient entendus sur les décisions à prendre et que nous cherchions, avec eux, les personnes et les services les mieux à même de les aider. Toutefois, cela ne devrait se faire qu'après avoir évalué, incité et valorisé les ressources et capacités propres des familles.

La pratique de réseau n'est donc pas un simple endroit de bavardage entre travailleurs sociaux. Elle requiert rigueur et réflexion quant au diagnostic, quant aux décisions prises découlant de ce diagnostic et quant aux actes posés.

Aussi, pour éviter les dérives, les dysfonctionnements lors d'un travail en partenariat, il est essentiel que les intervenants puissent bénéficier d'un cadre leur permettant un questionnement régulier de leur pratique. La création de coordination, c'est-à-dire de réunion entre travailleurs sociaux, devrait être systématique ou tout au moins soutenue et légitimée par nos institutions.

