

Dans les pratiques à plusieurs où une autorité mandate un service pour assurer un accompagnement ou une thérapie, comme le montre Caplow, la logique de coalition « deux contre un » apparaîtra d'autant si le réseau n'est pas considéré par les professionnels (3).

On peut prendre l'exemple d'un TJ ou d'un SAJ qui envoie une famille pour un suivi dans un Centre. En l'absence d'une concertation préalable, le risque que les membres du système familial s'allient au Juge ou au Conseiller est élevé, surtout si ces derniers tentent d'obtenir une adhésion forte au projet. La disqualification par la famille attend alors les cliniciens taxés d'incompétents en ayant fait échouer les ambitions du mandant. Rappelons-nous que si une famille connaît une évolution positive, on attribue quasi exclusivement celle-ci aux ressources du système familial, tandis qu'en cas d'évolution négative, les responsabilités vont essentiellement à l'encontre des professionnels.

Dans le même ordre d'idées, soyons vigilants à ne pas nous laisser aliéner, ni à aliéner les collègues du service « d'à côté ». Ce concept d'aliénation est à comprendre, dans notre champ d'action, non dans ses significations historique et phénoménologique, mais dans son acception clinique. Être aliénés sous-tend le fait de se laisser aller à penser ce que l'autre veut que nous pensions ; dans les situations de maltraitance d'enfants, la prudence de l'expérience enseigne la nécessité d'être authentiques avec nous-mêmes, c'est-à-dire de confronter notre élaboration au Réel, en évitant d'être guidés ou pressés de penser d'une autre manière. Dans le travail réalisé par une équipe de SOS-Enfants, le risque de l'aliénation, sans être nul, est réduit par l'intervention à plusieurs et l'utilisation de méthodes d'analyse diversifiées et éprouvées. La phase d'accompagnement thérapeutique se révèle plus aléatoire, même si des lignes de force, comme la protection des enfants, balisent le processus.

Finalement, l'écueil principal d'une politique de réseau bien menée se retrouve dans les questions du partage d'informations, de la confidentialité et du secret professionnel. Tous les intervenants n'étant pas soumis aux mêmes règles, la notion de secret partagé ne répond qu'en partie aux problèmes soulevés par le respect de la vie privée des usagers du réseau³.

Discussion sur une pratique de réseau

Tout en étant intimement convaincus du bien-fondé d'une pratique de réseau, celle-ci demeure fragile et sensible aux multiples impulsions des structures qui le composent ainsi qu'aux autorités qui le définissent et le financent.

Pour aborder une discussion sur le thème, nous avons opté pour la description de notre expérience en nous centrant sur les rapports entre SOS Enfants, SAJ, TJ, structures impliquées dans les situations de maltraitance d'enfants, certainement lorsque la crise familiale éclate... Sans être paradigmatique, la situation de notre région bruxelloise peut servir d'illustration à bien des cas de figure contextuels rencontrés. Vraisemblablement, le lecteur découvrira, dans nos constats et questions, des points de similitude avec sa propre réalité ; le

³ Pour de plus amples informations sur le sujet, nous renvoyons le lecteur aux travaux de juristes, comme L. Nouwynck (18, 19).

réseau, où qu'il se situe, quel que soit l'environnement sociétal du moins sous les latitudes européennes, suscite généralement les mêmes réflexions.

Le 1^{er} octobre 2009 est entrée en application l'ordonnance bruxelloise qui confère, dans les mains du SAJ, le pouvoir de déterminer si une famille, un jeune de plus de 14 ans, un parent marquent leur accord avec une proposition d'aide volontaire. Notons que l'accord ne doit pas être seulement consensuel (dans le sens majoritaire), mais bien être donné et acté par tous les protagonistes concernés. Ce n'est que si ce Service constate un refus de l'intervention et qu'il estime, sur la base de l'investigation menée par ses soins, que le mineur est en danger, qu'une demande de saisine du Tribunal de la Jeunesse est introduite par le Conseiller de l'Aide à la Jeunesse auprès du Parquet du Procureur du Roi. Il existe néanmoins une exception qui consiste, pour le Parquet du Procureur du Roi, en cas de nécessité absolue et de risque pour la vie de l'enfant, à pouvoir saisir directement le Juge de la Jeunesse; la mesure envisage exclusivement l'éloignement du mineur de son milieu familial et régleme les contacts qu'il pourrait entretenir avec sa famille le temps du placement. Pour le reste (évaluation, investigation, autre type d'aide,...), le Juge protectionnel ne peut que solliciter l'intervention du SAJ. Celui-ci disposera alors de deux fois 30 jours pour tenter d'obtenir un accord auprès des parents concernés et des jeunes de plus de 14 ans. Jusqu'à la conclusion d'un accord, l'ordonnance du Tribunal reste d'application. Si passé ce délai, aucun accord n'est intervenu, le Juge protectionnel sera une nouvelle fois interpellé et aura, là, les pleins pouvoirs sur la situation.

Que penser de ces dispositions? Malgré le peu de recul par rapport à cette « nouvelle » ordonnance, le système d'aide et de protection des mineurs en Communauté Française qui était déjà particulièrement complexe, est rendu plus opaque encore tant pour les professionnels que pour les familles. En effet, en un minimum de temps, ces dernières se trouvent confrontées à des intervenants multiples qui ont des responsabilités différentes et qui décident avec ou sans leur accord.

De plus, cette multiplication des lieux de décision amène aussi les professionnels du réseau à ne plus savoir où ils doivent porter leurs inquiétudes: « mais finalement où est l'autorité? Qui peut décider si telle personne peut assumer telle chose? ». Cet état de fait, créé et déjà expérimenté⁴ par le législateur augmente les zones de friction possibles entre les différents membres du réseau qui se renvoient la responsabilité de l'intervention, laissant de la sorte les familles au centre d'un bras de fer entre institutions. Lors d'une révélation de maltraitance, les premiers temps de l'intervention (recueil des déclarations, constat, ...) sont souvent primordiaux pour déterminer la suite de la prise en charge. Ce système actuel où plusieurs pilotes potentiels viennent voir s'ils pourront commander l'avion, permet aux réseaux tant primaires que secondaires d'entrer en friction, en polarisation entre ceux qui croient et ceux qui crient à l'injustice, à la mal-

⁴ L'ordonnance sur Bruxelles étant intervenue près de 18 ans après l'établissement du décret de l'Aide à la Jeunesse de mars 1991, le législateur bruxellois a eu tout le loisir de constater les écueils rencontrés par la situation en Wallonie où le décret est appliqué dans sa totalité depuis cette date (7). Une hypothèse consiste à penser qu'en Belgique, terre de compromis, le législateur a voulu préserver les différentes susceptibilités en « saupoudrant » quelques zestes de pouvoir aux uns et aux autres...

traïtance institutionnelle, laissant aussi un enfant au milieu de la mēlée sans savoir de quoi demain sera fait.

Avec les familles collaborantes, la pleine application dēcrētale permettra de tendre vers l'objectif philosophique du lēgislateur, à savoir la « dējudiciarisation » de l'aide (7). Dans les cas de maltraitance, où les adultes en prēsence relēvent de la psychiatrie (personnalitēs pathologiques), on autorise aux traits manipulateurs des individus, de se jouer du systēme. Ainsi, un parent abuseur continuera d'avoir un pouvoir, une emprise sur son enfant. On peut d'ailleurs s'interroger : « comment peut-on s'inscrire dans un projet qui comporte le risque d'ētre sēparē de son enfant ? Comment peut-on marquer un rēel accord d'ētre acteur d'une ėvaluation qui mettra au grand jour son ėventuelle inadēquation personnelle ? Un plein accord peut-il ētre conęu si la personne signataire prēsente une personnalitē estimēe « psychiatrique »... ».

Le thēme de la collaboration demeure difficile à examiner dans les situations de maltraitance. En effet, certains cliniciens estiment qu'il y a antinomie entre transgression, certainement lorsqu'elle est d'ordre sexuel, au sein d'une famille, et accompagnement d'aide dans un cadre nēgociē. Cela ėquivaut à encourager les adultes à poursuivre, si ce n'est leur **clivage**, leurs attitudes manipulatoires afin d'ēviter les retombēes nēgatives. D'autres professionnels considērent qu'il y a lieu de proposer aux usagers une opportunitē de changement sans la pression ou la menace d'une autoritē judiciaire. Pour notre part, si la seconde modalitē est profondēment humaniste, et thēoriquement concevable, elle bute sur les personnalitēs en prēsence quand, et ce n'est pas rare dans les transactions maltraitantes, celles-ci appartiennent au champ psychiatrique. Concrētement, la pathologie de l'adulte doit s'estimer essentiellement au niveau de la place qui est rēservēe à l'enfant dans le psychisme parental ainsi qu'au niveau des dommages physiques et psychiques qui lui sont causēs.

Aujourd'hui, le contexte lēgal s'est complexifiē et nous pourrions dējā citer maintes situations où le vide de pouvoir, crēē par la nouvelle ordonnance, a amenē les professionnels à s'entrechoquer, les coalitions s'ētablissant entre ceux qui prennent partie pour une thēse et les autres. Soulignons que le « vide de pouvoir » a les mēmes rēpercussions qu'un « pouvoir à trop de tētes » ; en effet, dēmultiplier le nombre de dēcideurs conduit inēluctablement à une dilution de responsabilitē et des prises de dēcision. L'hēgēmonie des psychopathes et pervers menace de s'infiltrer dans les failles et de s'installer suite à l'affaiblissement de ce qui fait autoritē.

Il n'est pas alors impossible qu'au sein du rēseau, les uns se retranchent dans leur mandat et s'y tiennent de faęon stricte, les autres, forts de leurs prērogatives, tentent d'imposer un contenu et des finalitēs de missions. Ce n'est plus seulement de la complexitē que l'on observera mais bien de la confusion et un dysfonctionnement du systēme.

Soulignons d'ailleurs qu'une critique connue à l'ēgard du SAJ est de vouloir tout contrōler au niveau du cadre tout en prenant largement le temps et n'ētant difficilement accessible qu'aux heures de bureau. Du cōtē des ėquipes SOS, la mēfiance des professionnels et des particuliers se fonde sur l'impression qu'elles confrontent les familles à la rēalitē, sans tenir compte du jeu de la demande, utilisant des mēthodes de rencontres et d'actions, dignes d'investigations policiēres.

SAJ, SOS et TJ sont alors regroupēs dans un mēme registre, sollicitēs lorsque la situation a ėpuisē les ressources des autres professionnels et/ou a suscitē

suffisamment d'inquiétudes pour que ceux-ci décident de «passer la main», demandant (quand ce n'est pas exigeant) une intervention d'urgence. Certes, chacun au sein du réseau est attendu à assumer sa fonction et certains cas de figure se présentent sans crier gare; pour d'autres, il aurait été préférable de préparer l'intervention, en sollicitant le réseau au préalable (par exemple sous forme d'intervision).

Le tableau bruxellois n'est peut-être pas si sombre; de part et d'autre, s'appuyant sur de bonnes collaborations toujours présentes, les initiatives se poursuivent pour maintenir un fonctionnement globalement correct. Ainsi, le SAJ de Bruxelles a cherché à répondre aux urgences souvent justifiées dans les situations de maltraitance, en adaptant ses procédures internes; un nouveau type de délégué (pour les situations critiques) a été créé et l'équipe du Conseiller de l'Aide à la Jeunesse a été quelque peu renforcée. De leur côté, les équipes SOS intègrent les modifications qu'impose sur le terrain la nouvelle ordonnance, en référant prioritairement au SAJ les situations qui requièrent un cadre de travail précédant un bilan. Les urgences et les crises avec menace de passage à l'acte sur les mineurs demeurent les cas de figure délicats à apprécier en termes d'accompagnement valable; la protection, si elle ne peut être négociée ou si elle n'est pas assurée malgré le discours des parents, doit amener à la saisine du Tribunal, SOS et le SAJ partageant si possible le même point de vue. Concrètement, il s'agit que les services se coordonnent et organisent rapidement les réunions (parfois de simples contacts) nécessaires afin que la protection des mineurs soit effective. Comme nous l'avons repris plus haut, seule une confiance de base mutuelle permet une articulation entre les fonctions complémentaires inhérentes aux différents services, telle que l'organisation de l'aide, de soins et de protection soit réelle.

Un service d'accompagnement médico-psycho-social ambulatoire, spécialisé dans la petite enfance (0-4 ans), assurant depuis près de deux ans la prise en charge de Vanessa, âgée de 3 ans, suggère au père de l'enfant d'entrer très rapidement en contact avec notre équipe SOS-Enfants. En effet, les tensions au sein du couple, dont l'origine remonte bien avant la naissance, atteignent l'acmé lorsque le père décide tout récemment d'aller se promener avec Vanessa sans la mère. D'après Monsieur, celle-ci entre dans une rage folle, le jetant hors de la maison, gardant l'enfant auprès d'elle, et criant un flot d'injures qu'il ne reverra plus sa fille. Lors du premier entretien, Monsieur fait état de son désespoir et de son inquiétude quant à la sécurité de Vanessa, seule avec sa mère. Il pense que Madame présente une maladie mentale qui l'amène à traverser des crises de folie, où tout autre, l'enfant y compris, est vécu comme menaçant. Dans ces moments-là, «Madame est capable du pire...»; Monsieur demande que l'on intervienne très rapidement. Devant la pression de ce père, convaincu et convainquant, nous nous interrogeons sur la nécessité d'une interpellation des autorités judiciaires... ou avons-nous à inviter Madame dans l'urgence...?. En elles-mêmes, les deux démarches peuvent théoriquement coexister quand bien même les procédures n'ont pas des logiques comparables. Avant de clore l'entretien avec Monsieur, nous contactons les collègues de l'équipe ambulatoire, pour obtenir un premier avis de membres du réseau autour de cette famille. Heureusement, un des référents peut nous répondre et nous dit son soulagement d'apprendre que «SOS-Enfants prend la situation en main». Ce professionnel, en quelques mots, nous dresse un tableau plus que préoccupant, confiant l'essoufflement de son équipe, estimant le bien-fondé d'une hospitalisation

de Vanessa ; l'enfant présente depuis longtemps un trouble alimentaire et un retard de développement. Nous apprenons lors de cet échange téléphonique, que les intervenants autour de la situation, partagent des avis parfois très contradictoires, les uns pointant les défaillances maternelles et les retombées sur l'enfant, les autres voyant dans le père un manipulateur, toxique pour Madame et Vanessa. Tous ces professionnels travaillent dans leur champ respectif, sans qu'aucune réelle concertation n'ait été mise sur pied ; seuls quelques contacts, quelques partages d'informations scandent les accompagnements établis en parallèle les uns des autres. Ainsi, un service social, divers médecins, deux psychothérapeutes, une crèche et une équipe spécialisée poursuivent actuellement leur processus d'accompagnement spécifique, sans s'autoriser une vue d'ensemble sur la situation de la famille, où deux parents se déchirent autour de leur seul enfant, âgé de 3 ans.

Devant les éléments recueillis à ce stade, nous estimons qu'un temps d'évaluation globale, tant individuelle que familiale et contextuelle est plus qu'opportun. La mère ne partage cependant pas ce point de vue, lorsque nous l'invitons, par téléphone, à se rendre à un entretien en nos locaux. Il ne nous reste alors qu'à solliciter une intervention du SAJ, compétent pour réunir parents et professionnels concernés. Là également, Madame s'oppose à toute évaluation de Vanessa et plus encore dans le cadre d'une hospitalisation. L'étape ultime réside dans la mise en place de l'autorité judiciaire, en l'occurrence le Juge de la Jeunesse qui prendra, ici, la décision d'une mesure de placement de l'enfant à l'hôpital. Il renverra ensuite la situation vers le SAJ pour voir si les deux parents peuvent s'entendre dans un projet pour Vanessa. Constatant l'impossibilité d'une aide volontaire et négociée, le Conseiller de l'Aide à la Jeunesse réadressera la situation au Juge qui, après une audience dans son bureau, confirme la mesure de placement et mandate notre équipe pour réaliser le bilan de la situation, sous forme d'examen médico-psychologique. Les allers-retours ne prendront que 15 jours

Il nous semble aussi important de souligner que les intervenants confrontés à des situations de maltraitance ne sont pas toujours armés pour y faire face, avec la distance nécessaire pour réfléchir et penser l'aide à apporter au jeune et à sa famille. Le professionnel de première ligne qui reçoit les confidences de l'enfant se sent souvent dans une obligation morale d'intervenir, parfois même de « surréagir »⁵. Cette attitude l'amène parfois à faire des choix, exiger des réponses que les autres membres du réseau moins en contact direct avec la situation ne peuvent ou n'estiment pas nécessaire de donner. Méconnaître cet état de fait, c'est croire que l'autre parce qu'il « sur ou sous-réagit » est incompetent alors que ce n'est pas de cela dont il s'agit ; c'est croire que nous détiendrions la vérité et que les autres se trompent.

Un médecin SPSE reçoit, lors d'une visite médicale scolaire, les confidences d'une jeune âgée de 14 ans, Jessica. Celle-ci devant la surprise du professionnel de découvrir des ecchymoses au niveau du dos, confie, en larmes, être violente régulièrement par son beau-père. Le médecin estime qu'il y a urgence, contacte le service de pédiatrie de l'hôpital auquel nous appartenons, négocie l'admission de Jessica le

⁵ Par « surréagir » nous entendons le dépassement de limites professionnelles où les affects conduisent le clinicien à se lancer, sans prise de recul, dans divers actes qu'il pense, de bonne foi, indispensables.

jour même avant de prévenir la mère par téléphone. Proactif, le professionnel transmet une note au Procureur du Roi afin qu'un Juge soit saisi dans le souci de protéger l'adolescente. Nous apprenons l'existence de Jessica et le contexte de son arrivée par le pédiatre de garde qui sollicite l'intervention de l'équipe SOS-Enfants tout en précisant qu'elle ne peut garder la jeune patiente en hospitalisation que 3-4 jours au maximum.

Dans le cadre légal actuel en matière d'aide et de protection à l'égard des mineurs, un Juge de la Jeunesse prend la décision du placement de la jeune à l'hôpital tout en confiant au SAJ la tâche de définir, en un temps imparti, un accord quant à la prise en charge à établir. Ici, la situation s'est emballée, étant donné certes la détresse exprimée par une adolescente, mais essentiellement suite au positionnement du médecin. Loin de nous de remettre en question l'attitude du professionnel confronté directement aux confidences d'une jeune; ceci étant, la crise est ouverte en malmenant et les membres d'une famille⁶ et les intervenants propulsés dans l'urgence de l'agir. Sans présager nécessairement d'une autre destinée à la situation, il eut été souhaitable que le médecin contacte un collègue (membre d'une équipe spécialisée comme SOS-Enfants, par exemple) pour prendre un minimum de recul et penser la suite à donner au constat de l'examen médical.

Certaines situations exigent une action rapide, dans l'urgence; c'est le cas des jeunes enfants et des situations de risque de passage à l'acte grave, voire vital. Dans l'absolu, toute violence faite à l'enfant ne peut souffrir d'un délai d'intervention. L'important est de définir une stratégie d'opération en veillant à mobiliser un réseau efficace, c'est-à-dire à ne pas le fragiliser par des actions intempestives. Dans la situation de Jessica, une évaluation a pu finalement être négociée au SAJ, non sans la colère difficilement contenue des parents. Le travail se compliquera dans ses modalités d'organisation étant donné qu'après une semaine, la jeune sera réorientée dans un centre d'accueil éloigné (SAAE). Les cliniciens indiqueront combien le dysfonctionnement concerne l'ensemble des relations. Tous les membres de la famille participent activement au processus délétère, quand bien même les traces corporelles constatées proviennent des coups perpétrés par le beau-père et reconnus par celui-ci. Nous pensons que l'intervention du médecin SPSE était judicieuse mais qu'elle aurait gagné en pertinence en étant mieux intégrée dans une pratique de réseau.

Depuis plusieurs années, on assiste à la fermeture de lits dans les institutions d'hébergement, la transformation des équipes résidentielles en équipes ambulatoires (par exemple COE, SAIE). De plus en plus de voix s'élèvent pour s'étonner des décisions prises par les autorités politiques davantage pour des raisons budgétaires que pour des raisons idéologiques ou cliniques. Ces décisions ont un coût important et augmentent le nombre de victimes de maltraitance institutionnelle due à l'absence de moyens financiers de la Communauté Française.

Albert, âgé de 12 ans, vit en Belgique avec son père et sa nouvelle compagne. Après avoir vécu de nombreuses années en Afrique, loin de ses deux parents, il est mis

⁶ Il est important de souligner que la demande d'un enfant n'est certainement pas qu'on maltraite ses parents. Il est donc primordial d'en tenir compte dans les différentes interventions.

dans l'avion afin de rejoindre sa mère qui vit en Angleterre. Celle-ci ne souhaitant finalement pas l'accueillir, Albert arrête son voyage en Belgique où il rejoint son père. Les professionnels de l'école qu'il fréquente en région bruxelloise sont interpellés à différentes reprises, par la présence d'hématomes, de griffures qu'ils constatent sur le corps d'Albert. A la médecine scolaire, Albert déclare que c'est son père et sa belle-mère qui le frappent. Ayant tenté d'en savoir plus auprès du père d'Albert, perplexe et inquiète, la directrice de l'école interpelle le SAJ. Celui-ci, confronté à des versions différentes du père et du fils, propose la réalisation d'un bilan au sein de notre équipe SOS Enfants.

Comme pour tout travail d'évaluation, toutes les hypothèses sont envisagées. Lors des premières rencontres, nous sommes touchés par la tristesse qui émane du père d'Albert. Pour comprendre les traces de coups constatés et les paroles de l'enfant, le père expliquera qu'Albert est un « enfant sorcier ». Selon lui, il s'agit d'enfants qui ont la particularité de mentir beaucoup, de posséder des dons particuliers (comme ceux de trouver de l'argent ou de vivre « réellement » des aventures durant leur sommeil, ...). Pour lui, en aucun cas, il n'a frappé son fils. Il n'explique pas les hématomes et estime que certaines attestations médicales sont exagérées. Le père nous parlera néanmoins d'errances plus ou moins longues de son fils, sans que celui-ci n'en donne la moindre explication. Lors des rencontres avec Albert, aucun élément ne permet aux professionnels de mieux cerner la réalité vécue. Quelles que soient les hypothèses avancées, Albert, renfermé sur lui-même, ne donne aucune indication, laissant le doute planer sur ce qui se vit à domicile. Ainsi, que ce soit pour épargner les parents de possibles confidences mensongères de l'enfant ou de protéger ce dernier des éventuels coups donnés par ses parents, l'équipe conseille l'orientation du jeune en internat scolaire ainsi que la mise en place d'un accompagnement psychologique pour la famille. Celle-ci marque son accord pour les propositions et des contacts sont établis avec des thérapeutes spécialisés dans la dimension culturelle africaine.

L'absence de diagnostic « ferme » quant à la responsabilité des parents à propos des marques physiques de l'enfant va amener les professionnels scolaires à exprimer un mécontentement sur les conclusions de notre travail. Ce mécontentement sera relayé au SAJ sans grand effet aux yeux des professionnels, ce qui leur fera dire qu'ils auraient dû faire autrement, en prévenant directement la police (« là au moins l'enfant aurait été cru »)... Trois mois plus tard, une rencontre fortuite nous permet d'évoquer brièvement la situation d'Albert avec la déléguée du SAJ chargée du dossier. Aucune place en internat n'étant disponible, Albert vit toujours en famille et est récemment arrivé à l'école avec des marques au visage; sans doute s'agit-il d'une nouvelle expression de la violence intrafamiliale...?! Des interrogations émergent dans notre équipe: « les professionnels de l'école avaient raison depuis le début... On aurait mieux fait de les écouter... ».

Mais qu'est-ce que la maltraitance institutionnelle? La Fédération des équipes SOS-Enfants propose la définition suivante: « les pratiques de l'aide et de la protection apportées à l'enfant peuvent devenir maltraitantes, notamment lorsqu'elles ne respectent pas le rythme, les besoins et les droits de l'enfant et de sa famille » (Fédération SOS-Enfants 2000, p. 6) (13).

Penser que mandater un service (par exemple un SAIE), aussi compétent soit-il, une à deux fois par semaine, quelques heures, va permettre de changer immédiatement une dynamique familiale installée depuis parfois des générations est utopique. Et même si, au moment de son passage, la société exerce un « contrôle » sur l'enfant et sa famille, qu'en est-il une fois ledit service parti? Service

dont il aura fallu attendre autour de neuf mois (au minimum) pour qu'il commence son intervention... Croire aussi qu'extraire du milieu familial tous les enfants dits « à risque » serait la solution est tout aussi illusoire. Mais parfois, c'est la seule qui existe. Et croire que tout peut se travailler à partir de l'institution de placement est tout aussi voué à l'échec. Dans certains cas, à force de bonne volonté, à coût d'investissements personnels importants, cela donne tout de même quelques résultats. Néanmoins, il nous semble qu'avoir le choix réel des outils utilisés pour aider et soigner une famille est sans doute la manière la plus porteuse et originale, que l'Etat devrait pouvoir offrir à ses concitoyens. Alors, a-t-on réellement donné les moyens aux professionnels de réaliser ces missions ambitieuses? N'a-t-on pas disséminé, éparpillé de précieux moyens financiers?...

Il n'existe pas de réponses simples à des questions aussi complexes. Il existe cependant des conditions dans lesquelles les actions sont rendues possibles comme leur pérennité dans le temps, une dotation à la mesure des objectifs poursuivis, une certaine marge de manœuvre créatrice laissée aux intervenants... Et nombre de celles-ci émanent de la responsabilité politique. Soulignons qu'une politique de réseau nécessite des moyens budgétaires non négligeables soutenant des temps de concertation et de coordination; un réseau ne peut vivre uniquement sur la « bonne volonté » de ses membres.

Conclusions

Avec beaucoup de finesse dans l'observation des humains, Bertolt Brecht constatait qu'« on dit d'un fleuve emportant tout qu'il est violent, mais on ne dit jamais rien de la violence des rives qui l'enserrent ». Cette métaphore, nous la reprenons à notre compte pour ouvrir les conclusions de l'article. En effet, chargées d'évaluer et de traiter des situations de maltraitance d'enfants, les équipes SOS-Enfants se préoccupent de façon centrale de la violence agie à l'égard des mineurs, que ce soit au sein des familles ou à l'extérieur. D'emblée, ces mêmes équipes veillent à travailler en s'impliquant et en mobilisant le maillage socio-familial autour de l'enfant concerné. Cette tâche, chaque fois originale, renforce le constat que la complexité se révèle être une qualité inhérente et émergente de la vie; les individus sont aussi coopératifs qu'ils sont compétitifs, aussi altruistes qu'égoïstes, aussi créatifs et joueurs que destructifs et répétitifs. Les deux pôles, les deux facettes observées sur le plan individuel sont inéluctablement présents lorsqu'on se situe à un niveau groupal organisé en structure. Les tensions au sein de l'organisation autour et avec une famille en question par des dysfonctionnements, font vivre le réseau au rythme des collaborations plus ou moins fructueuses.

Négliger l'oscillation constante entre compréhension, communion d'avis et divergence, voire affrontement d'idées, conduit à se tromper sur la notion même de réseau. Le réseau est une force vive, qui évolue en suivant les accents des humains qui le composent. Celui-ci, pour être opérationnel, demande une sécurité de base, c'est-à-dire une confiance suffisante en l'autre et une capacité à se coordonner avec lui.

Comme le souligne Pardoens, les systèmes de soins ont tendance à isoler le patient et à ignorer son réseau social (20). « Le rôle des soignants est de voir

dans l'autre son humanité, son réseau et son autonomie au sein de ce réseau : le déconnecter de ce réseau, c'est lui enlever une partie de ce qu'il est et de ce qu'il a fait de sa vie» (Pardoens, Semper, 2008, p. 26).

Notons enfin, une corrélation entre le degré de fonctionnement du réseau mobilisé par une famille et l'intensité des failles de celle-ci en d'autres termes, plus une cellule familiale consentira à se « mettre au travail » en mettant en mouvement ses ressources internes, plus le réseau se révélera utile et pertinent, ce qui renforcera la mobilisation positive de la famille. Famille et réseau sont ainsi liés par un effet de circularité. La manière d'être et de fonctionner de l'un influence le statut et l'évolution de l'autre. Il est également inutile et même dommageable de retenir un type d'action analogue à ce qui a conduit à une impasse et il n'est jamais profitable de « faire du même », au risque de renforcer les éventuels processus de répétition transgénérationnelle.

En définitive, la qualité des interactions au sein de ce vaste système oriente, pour une part non négligeable, le sort de l'enfant maltraité.

Correspondance :

Emmanuel de Becker
Evelyne Cabillau
Stéphane Chapelle
Equipe SOS-Enfants
Université Catholique de Louvain
Cliniques universitaires Saint-Luc
Service de Psychiatrie infanto-juvénile
Avenue Hippocrate, 10
Bte 2090
1200 Bruxelles, Belgique
emmanuel.debecker@uclouvain.be

Bibliographie

1. Ausloos G., 1995. *Les compétences des familles*. Eres, Paris.
2. Bying-Hall J., 1995. *Rewriting family scripts*. Guilford Press, New-York, London.
3. Caplow T., 1984. *Deux contre un, Les coalitions dans les triades*. ESF, Paris.
4. Cirillo S., 2006. *Mauvais parents : comment leur venir en aide ?* Fabert, Paris.
5. de Becker E., 2006. Modélisation de l'intervention médico-psycho-juridico-sociale dans les situations de maltraitances d'enfants. *Thérapie familiale*, Genève, 27, 2, 105-122.
6. de Becker E., Hayez J-Y., Cabillau E., 2000. Modèles d'interventions sociothérapeutiques dans les situations d'abus sexuels sur mineurs d'âge. *Thérapie familiale*, Genève, 21, 3, 305-321.
7. Décret relatif à l'Aide à la Jeunesse. Communauté Française de Belgique, du 4 mars 1991.
8. Décret relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitances. Communauté Française de Belgique, du 12 mai 2004.
9. Décret relatif à la protection des enfants maltraités. Communauté Française de Belgique du 29 avril 1985.
10. Ehrenberg A., 2000. *La fatigue d'être soi*. Odile Jacob, Paris.

- 11 Elkaim M. (dir), 1995. *Panorama des thérapies familiales*. Seuil, Paris.
- 12 Elkaim M., 1987. *Les pratiques de réseau – Santé mentale et contexte social*. ESF, Paris.
- 13 Fédération des équipes SOS-Enfants, Equipe SOS-Enfants, B. Parmentier, 2000, 6-7.
- 14 Hendrick S., 2009. Variations de l'effet et interactions en séances. *Thérapie familiale*, Genève, 20, 4, 487-505.
- 15 Miermont J., 1993. *Ecologie des liens*. ESF, Paris.
- 16 Mugnier J.P., 2002. *Les stratégies de l'indifférence*. Paris, ESF.
- 17 Nisse M., 2005. Les maltraitances : thérapie familiale de réseau. *Imaginaire et inconscient*, 2,16, 33-40.
- 18 Nouwynck L., 2002. Le secret professionnel et ses implications sur l'utilisation du rapport d'expertise, d'enquêtes sociales, d'études sociales et de rapports de guidance sociale dans des procédures distinctes de celles dans lesquelles ils sont établis. *Revue de droit pénal et de criminologie*, 625-642.
- 19 Nouwynck L., 2002. La position des différents intervenants psycho-médico-sociaux face au secret professionnel dans le travail avec les justiciables. *Les cahiers de Prospective Jeunesse*, Cahier 23, 2-22.
- 20 Pardoens D., 2008. Stigmatisation : qui regarde qui et pourquoi? Entretien avec Andris J. *Revue Semper*, 24-28.
- 21 Parret C., 2001. *Accompagner l'enfant maltraité et sa famille*. Dunod, Paris.
- 22 Pluymaekers J., 1989. *Familles, institution et approche systémique*. ESF, Paris.
- 23 Pluymaekers J., 1996. Les institutions psychomédicosociales : un réseau avec ses règles, ses richesses et ses dangers. *Le nouveau Mascaret*, Bruxelles, n° 44, 17-21.
- 24 Speck R.V., Atneay C., 1972. *Family networks*. Panthéon, New-York.
- 25 Speck R.V., 2003. Social network intervention. In Sholevan GP, Schwoers LD (Eds), *Textbook of family and couples therapy: clinical applications*. American psychiatric publishing, Washington DC.

Summary

Practice of network. – The article depicts the relative questions for the benefits and the possible shelves of the work of network in the field of the ill-treatment, and this through the practice of « SOS-Children » teams. These teams are from the start to the interface of various systems within sight of their field of expert testimony, of their aiming of care and protection of the child. It is hardly relevant to engage like only speaker or only team in the private clinic of the ill-treatment, so much the requests on the emotional level are large and so much the shaken families can arm themselves with massive defences, be taken in an important dysfunctional homeostasis and be closed again in a duel report with the speakers. When it is worked out in a constructive and benevolent way in a report of confidence between structures, the practice of network allows a real mobilization of the family system and its « refonctionnalisation ». The glances erased at the time of dialogs are essential to release the most possible objectivity in the diagnosis, the evaluation of the « salvage valve » and the therapeutic assumption of responsibility most adequate for the family like avoiding the possible pitfalls of preceding interventions.