



Vous avez dit concertation, mais de quoi s'agit-il ?

Nous avons choisi cette année d'illustrer notre travail par une vignette sur la concertation. L'appui aux professionnels se décline sous différentes formes : analyse de situation, soutien aux équipes, appui à la réflexion, recherches d'orientations, d'informations, et dans une forme plus construite appelée concertation (pluridisciplinaire et interinstitutionnelle).

Dans l'exemple qui suit, en parallèle du travail de concertation, une intervention directe (équipe mobile) du DAPSA auprès de Madame A avait également été sollicitée par la sage-femme de la maternité. Ainsi, une de mes collègues, éducatrice, a rencontré Madame A à plusieurs reprises durant six mois.

Ces deux axes de travail proposés par le DAPSA (concertation pluriprofessionnelle et soutien direct auprès du groupe familial ou de l'un ses membres) se développent le plus souvent et volontairement en parallèle et de façon assez autonome. Chaque axe est mené par une professionnelle distincte, chacune étant soutenue par le reste de l'équipe. C'est un choix de travail qui nous paraît pertinent d'une part pour garantir une écoute à chaque protagoniste et une confidentialité des propos. Cela permet d'autre part, de différencier les interrogations et attentes des professionnels et celles de la famille (ou personne concernée). En effet, l'objectif de la professionnelle en équipe mobile est de venir se proposer comme une interlocutrice « au service » de la personne (ou de la famille). Il s'agit d'une position différente de celle des professionnels déjà présents, qui eux se trouvent « missionnés » par le dispositif qu'ils représentent (par exemple : protection de l'enfance, maternité, soin spécifique...) -

Dans l'illustration qui suit, ces deux axes se sont déroulés côte à côte et ont cheminé chacun avec leurs rythmes, leurs questions, leurs moyens et objectifs... la perspective commune étant l'amélioration de la situation familiale.

D'un côté un groupe de partenaires constitué des professionnelles engagées dans leurs divers accompagnements auprès de la famille et la référente de concertation du DAPSA ; d'un autre un duo formé par Madame A et l'éducatrice du DAPSA.


Le travail d'articulation et de communication entre l'équipe mobile et la référente de concertation n'est pas décrit ici, car le développement en serait trop long et devrait faire l'objet d'un prochain texte. C'est pourquoi le travail de l'équipe mobile auprès de Madame A ne sera ici que cité.

Récit d'un travail de concertation durant presque deux ans ...

1ere phase : l'appel au DAPSA

Nous sommes mi-mai 2018. Coordinatrice au sein de l'équipe du DAPSA, je prends l'appel d'une sage-femme de maternité francilienne. Celle-ci nous contacte au sujet d'une femme enceinte, rencontrée récemment en consultation, à six mois de grossesse. La sage-femme fait le récit de ce qu'elle a appris de Madame A : celle-ci s'est présentée dans cette maternité où elle a été suivie pour une précédente grossesse sept ans plus tôt. Elle est mère de deux enfants aînés, confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) par mesure judiciaire, il y a sept ans, dans un contexte de violences conjugales. Madame A s'était stabilisée depuis 3 ans (séparation d'avec le père des enfants, hébergement, travail) mais elle a dû quitter précipitamment ce centre d'hébergement (CHRS) il y a 2 mois et vit depuis à la rue. Elle exprime son désespoir et son épuisement à tout devoir recommencer.

Puis la sage-femme poursuit son récit avec émotion : en fin de semaine dernière, Madame A perd le contrôle d'elle-même, et se rend au Service d'Accueil Familial Départemental (SAFD) où sont



accueillis ses enfants aînés, âgés de 7 et 10 ans, dans un état de détresse et de grande agitation psychique. Elle est conduite aux urgences psychiatriques par les pompiers devant sa menace de passage à l'acte sur elle-même. Dès le lendemain elle revient au bureau du service social de la maternité confier son sac à dos avec ses affaires, répétant qu'elle ne veut pas « que ce bébé à naître lui soit pris également ». Depuis elle n'honore plus ses rendez-vous de suivi grossesse et aujourd'hui, lors d'un appel téléphonique de la sage-femme qui prend de ses nouvelles, Madame A tient des propos inquiétants : elle s'est réfugiée dans « une maison abandonnée très loin », a fait le plein de nourriture, bières et tabac, préfère accoucher seule plutôt que de voir son bébé placé, s'est préparée au pire en cas de venue de la police et se dit en possession d'une arme. Le service de maternité a fait aussitôt un signalement inter-maternités de crainte qu'elle n'accouche prématurément comme pour sa précédente grossesse, risque dont Madame A semble consciente. La professionnelle s'interroge sur la conduite à tenir ne sachant pas où se trouve cette femme.

D'emblée j'entends ce qui domine et motive la demande : urgence-peur-émotion-drame-affolement. J'entends la temporalité qui s'impose à la professionnelle et qu'elle m'impose à son tour : celle de la maternité avec les risques de complications obstétricales, risques de prématurité, liés à la détresse psychique et à la situation de précarité de Madame A, risque fœtal lié à une éventuelle consommation d'alcool : il y a urgence à la poursuite du suivi grossesse associée à une mise à l'abri de Madame A car les risques sont réels.

Je suis touchée par l'émotion qui émane de la sage-femme au téléphone et qui donne envie d'aider cette femme dont elle parle avec ferveur. Mais la professionnelle attend un appui plus précis du DAPSA et je dois m'efforcer de résister moi-même au contexte émotionnel et d'urgence énoncé pour questionner plus précisément la sage-femme, réorganiser ce qu'elle dit, entendre ses difficultés d'accompagnements, comprendre ses attentes et commencer à réfléchir avec elle.

Je cherche à repérer avec elle quels sont ou seraient ses appuis en interne : l'équipe de maternité si Madame A est hospitalisée, un médecin-psychiatre dans l'équipe de liaison psychiatrique et addiction (ELSA) et deux assistantes sociales de l'hôpital, en alternance pour le service de maternité (absences et congés successifs). Puis je cherche à mieux définir la demande et l'attente de la professionnelle : « il faut faire quelque chose », « que peut faire le DAPSA » ? Que peu à peu je traduis par : comment faire pour amener cette dame à revenir vers l'hôpital, comment l'aider à sortir de cette situation de crise ? Et donc, comment soutenir la professionnelle dans cet objectif qui est le sien ?

Dans ce premier échange deux idées se dégagent comme pistes : la sage-femme pourrait tenter de garder le lien avec Madame A, par ce contact téléphonique auquel elle a été réceptive, et de mon côté je me tournerais vers mes collègues du DAPSA pour partager les réflexions évoquées par la présentation de cette situation, et rechercher des appuis possibles directs et indirects c'est à dire chercher à élargir la vision de la situation en comprenant mieux le contexte et l'enchaînement des événements qui mènent à la question d'aujourd'hui.



Un premier temps de soutien et de communication s'organise au jour le jour :

De fait, je colle en partie à la demande et temporalité du moment : la sage-femme appelle Madame A pour la soutenir et j'appelle la sage-femme pour prendre de ses nouvelles. Soutenir la sage-femme qui contient Madame A à distance, par le même moyen de communication.

Et en parallèle, m'appuyant à mon tour sur mon équipe au sein du DAPSA pour prendre du recul, je peux formuler quelques propositions. Je pourrais contacter, en collaboration avec les assistantes sociales de la maternité, les partenaires ayant accompagné Madame A dans une partie de son parcours et qui pourraient apporter leurs visions de la situation et leurs disponibilités éventuelles pour Madame A (Centre d'Hébergement, service d'urgences psychiatriques, Aide Sociale à l'Enfance, Service d'Accueil Familial Départemental). Il faudra pour cela attendre que Madame A ait été informée de l'appel au réseau DAPSA et qu'elle ait donné son accord.

En effet, tant que l'accord de Madame A n'est pas donné, nous évoquons la situation anonymement tant avec la sage-femme qu'en équipe DAPSA.


Avec l'accord de Madame A, un premier circuit de communication s'installe dans le présent, esquissant un mouvement et un lien dans lesquels s'inscrivent Madame A, les professionnelles de la maternité et le DAPSA : la sage-femme et les assistantes sociales m'informent des nouvelles qu'elles ont de Madame A et me transmettent les noms des professionnel-le-s « ressources » désigné-e-s par celle-ci, et à mon tour je les informe de l'avancée de mes contacts et recherches.

2eme phase : juin 2018 hospitalisation de Madame A et suite...

Un mois plus tard, mi-juin, la situation connaît une évolution positive par l'acceptation de Madame A à la proposition d'une hospitalisation, lui permettant de se mettre à l'abri et de faire un bilan de sa grossesse. C'est un premier pas rassurant pour la sage-femme et pour l'ensemble des professionnelles de la maternité qui entrevoient une affiliation possible avec Madame A (enceinte de 7 mois).

Lors de ce séjour hospitalier une nouvelle demande apparaît de la part de la sage-femme : cette professionnelle souhaiterait qu'une équipe mobile du DAPSA puisse venir rencontrer Madame A, comme point d'appui pour elle-même, à côté du suivi de grossesse. En effet très vite le quotidien à l'hôpital devient crispé car les attentes de Madame A sont fortes et « tous azimuts » auprès des équipes. Une professionnelle du DAPSA, extérieure au monde de l'hôpital et différente de ses (anciens ou actuels) interlocuteurs (notamment de protection des enfants) auxquels elle ne fait plus confiance ou avec lesquels le lien est tendu voire interrompu, pourrait se déplacer vers elle. La sage-femme a déjà évoqué cette possibilité d'équipe mobile à Madame A qui a donné son accord.

L'équipe du DAPSA se réunit rapidement et répond positivement à cette demande, à la fois pour rassurer la sage-femme et l'équipe de maternité (les professionnelles se sentiraient moins seules) et pour confirmer à Madame A qu'elle est entendue dans sa demande d'attention pour elle. Une de mes collègues, éducatrice, entre en contact avec Madame A et, après lui avoir expliqué qui elle est et de la part de qui elle lui téléphone, lui propose une rencontre dès que celle-ci le souhaite (ce que Madame A sollicitera effectivement d'elle-même deux mois plus tard en septembre juste avant la naissance de son enfant).



De mon côté (celui des professionnelles), je propose de venir rencontrer la sage-femme et les assistantes sociales rapidement, dans une réunion élargie aux différentes professionnelles qui entourent maintenant Madame A à l'hospitalisation et qui construisent sur place, et pas à pas, un accompagnement adapté pour leur patiente.

3eme phase : le travail en réunion de concertation

1^{ère} réunion de concertation dans les locaux de l'hôpital avec les professionnelles des équipes de maternité et de l'ELSA (équipe de liaison psychiatrie et addiction). Nous sommes fin juin et Madame A est à 7 ½ mois de grossesse.

Au cours de cette réunion, deux axes de travail apparaissent :


- Le questionnement des professionnelles devant le mode relationnel de Madame A avec elles, et comment s'ajuster ou supporter celui-ci. Les professionnelles se sentent assez désorientées face à une dame qui se montre tour à tour méfiante, revendiquante, voire menaçante mais aussi attachante, touchante, dans la recherche d'une relation exclusive. La collaboration « patiente-soignantes » est compliquée. En effet un décalage important apparaît dans la confrontation entre la réalité du service, les réponses des professionnelles et l'attente « d'une solution magique » de la part de Madame A. Les professionnelles qui contiennent au jour le jour l'anxiété et l'urgence présentées par leur patiente, sont envahies par ses demandes d'attention exclusive et de solutions miracles et la déçoivent (car elles n'ont pas la solution idéale !). Elles se sentent partagées, voire agacées ou agressées par ses changements d'humeur brutaux et spectaculaires.

Comment résister aux mouvements d'impatience, d'exigence, de désespoir... montrés par Madame A ? Quelle solution « originale » et « cousue main » pour répondre à son attente ? Quelle orientation dans l'attente de l'accouchement, sachant que l'hospitalisation en maternité n'est plus médicalement justifiée, que de ce fait le service ne peut plus « l'héberger », mais qu'elle refuse les propositions avancées par l'équipe : accueil en unité d'hospitalisation prénatale, mise à l'abri en hébergement-chambre d'hôtel... ? L'urgence médicale momentanément passée, il ne resterait qu'une urgence sociale et humanitaire pour une femme enceinte de sept mois ?

La concertation est un espace-temps où les participantes expriment leurs ressentis au contact direct avec leur patiente : « tout s'affole, elle me rend folle, c'est dingue, j'en peux plus, j'ai une boule au ventre quand je sais que je dois aller la voir... ». Nous constatons alors ensemble qu'un certain affolement général se diffuse au sein du groupe de professionnelles, qu'une forme de folie au sens large peut venir envahir tout l'espace (service, pensée, accompagnement) et empêcher la réflexion.

Alors ces professionnelles vont imaginer de nouvelles modalités : rencontrer Madame A en binôme, afin de ne pas la confronter à un face à face anxiogène et éviter de s'exposer elles-mêmes individuellement à ce qu'elles énoncent comme un « affrontement » ; et peu à peu proposer un changement de rythme, à savoir : écouter Madame A et différer les réponses, d'une heure puis d'un jour, pour continuer à contenir tout en se protégeant.

- Une seconde question « brûlante » est abordée : mais que fait l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ? Cette instance est en effet présentée par Madame A comme l'empêcheur (de voir ses



enfants, de réponses adaptées à ses demandes, etc..). Ainsi les professionnelles de maternité (qui du coup se questionnent également sur cette instance qui viendrait freiner les rencontres de la mère avec ses enfants aînés) souhaitent que le DAPSA organise une réunion avec l'ASE « pour faire le point ». Je leur rapporte que les partenaires positionnés du côté des enfants placés, que j'ai pu contacter, ont exprimé leur accord pour une collaboration de travail, l'ASE comme le Service d'Accueil Familial Départemental (SAFD) s'inquiètent de Madame A, de même que ses enfants et suivent attentivement par téléphone ce qui se passe pour elle, car celle-ci les appelle ainsi que ses enfants et ce régulièrement. Or nous savons que parallèlement Madame A a demandé à la maternité de ne prévenir personne de son hospitalisation. La communication existe donc, mais orchestrée à sa façon par Madame A, maintenant ainsi un haut degré d'inquiétude et parfois de confusion chez les professionnelles et dans son entourage.

2^{ème} réunion en juillet avec les équipes de la maternité, de l'équipe de liaison psychiatrie et addiction (ELSA), de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), du Service d'Accueil Familial Départemental (SAFD), des représentants du service social de secteur et de la PMI (Protection Maternelle Infantile), dans les locaux de l'ASE :


Dans cette deuxième réunion, la situation de Madame A (enceinte de 8 mois), occupe toute la place. Et ce d'autant plus que Madame A se trouverait peut-être de nouveau à la rue ou peut-être hébergée par une connaissance, rejetant les propositions mobilisées par les assistantes sociales pour une mise à l'abri, refusant toujours l'attention de la psychiatre et de la psychologue appelées à l'aide par l'équipe désorientée.

- Les professionnelles d'un « camp » (du côté de la patiente) doutent du travail de l'autre « camp » (du côté des enfants aînés placés) et inversement : pourquoi n'y-a-t-il plus de professionnel référent ASE dans la situation ? Pourquoi l'ASE ne reçoit-elle pas et n'entend-elle pas cette mère ? Comment se fait-il que la maternité n'ait pas prévenu l'ASE de l'évolution de la situation de Madame A ? Pourquoi aucune orientation n'a été faite vers un centre maternel comme le souhaite Madame A ? Les professionnelles de protection des enfants rapportent que les enfants aînés qui suivent pas à pas les événements du parcours de leur mère sont bouleversés et ne comprennent pas « pourquoi elle n'est pas aidée » et ajoutent « les enfants reçoivent de plein fouet la folie de leur mère, on est obligé de faire tampon ».

Les professionnelles n'arrivent plus à s'écouter et je suis le témoin débordé de ce débordement. Nous sommes toutes désorientées par la cacophonie, il est impossible de penser, impossible d'entendre la voix de chaque service, de chaque personne.

Le retour en équipe DAPSA est alors pour moi un support essentiel, pour échanger, tenter de garder un fil de pensée et avancer quelques hypothèses :

- Lors de cette réunion, s'est peut-être rejoué le conflit intérieur ou l'organisation singulière de vie de Madame A dans ses relations complexes et passionnées, avec ses enfants aînés, avec les services s'occupant d'eux, avec les professionnelles de l'hôpital.
- Les professionnelles qui sont toutes extrêmement mobilisées, inquiètes et attentives pour Madame A, semblent empêchées, d'organiser leurs idées, leurs observations. De quelle nature serait ce frein ? Est-il lié à la part de rage et de colère exprimée par Madame A qui se



diffuse ? A la complexité des superpositions des problématiques (protection des enfants dont celui à naître, défense de la parole de la patiente, priorité au soin, souffrances psychiques perçues) ? A la surcharge de travail de tous les services ? A l'absence de dispositif ad hoc ?

- Comment dès lors poursuivre le travail de concertation et soutenir les professionnelles ?

Peu à peu, l'idée de proposer deux groupes de travail de concertation s'élabore :

- Un groupe de professionnelles « du côté de Madame et de l'enfant à naître »
- Un groupe de professionnelles « du côté des enfants placés »

Cette modalité aurait l'avantage de permettre d'entendre la parole de chacun-e, professionnelle, membre de la famille ; de respecter les espaces et missions d'accompagnements différents ; de clarifier les temporalités propres à chacun-e ; de tenir compte d'un certain « clivage » ou d'une ambivalence, mis-e en place par Madame.


Dans un premier temps cette proposition imaginée par le DAPSA n'acquiert pas l'adhésion des professionnelles. Nous réalisons alors qu'il est difficile pour les professionnelles de « lâcher » une partie de l'histoire : elles ont, en effet, l'impression d'avoir besoin de tout connaître de l'actualité pour poursuivre leurs accompagnements. D'autant plus que les premières réunions ayant montré que même dans l'espace de concertation, il est compliqué de garder le recul nécessaire permettant de soutenir une réflexion sans se sentir envahi par l'événementiel créé par la situation. Il est donc inconfortable de demander aux partenaires de s'engager dans un travail sans garantie d'efficacité.

Août 2018 : 3^{ème} réunion et naissance du bébé

Rapidement pourtant cette proposition de travail va se mettre en place, par un concours de circonstances lors de la 3^{ème} réunion à laquelle plusieurs professionnelles ne pourront assister (changement de secteur, congés). De fait est constitué le « groupe 1 » du côté de Madame A et de l'enfant à naître, puis le « groupe 2 » suivra du côté des enfants confiés à l'ASE.

Le travail en deux groupes distincts se concrétise et sera réinterrogé à chaque réunion. Il va permettre progressivement de retrouver un peu d'air et de calme, de penser à chaque personne, n'en n'oubliant aucune : chaque enfant, Madame A, la grossesse, l'enfant à naître, la place des pères désignés. Il devient plus facile de nommer les désaccords, les contradictions, les « impasses thérapeutiques », les appuis nécessaires à construire en conséquence. Les échanges entre professionnelles et services deviennent plus fluides, moins tendus. Pour chaque groupe, un compte-rendu de réunion permet à la fois de garder en mémoire les questions qui ont traversé les participantes et de visualiser l'évolution des accompagnements, des propositions saisies ou non par les différents protagonistes de la famille, les effets sur les professionnelles.

Une communication s'installe entre les deux groupes par l'intermédiaire du DAPSA, dans un premier temps, qui transmet d'un groupe à l'autre les informations souhaitées par les professionnelles concernant les accompagnements en cours. L'engagement des professionnelles est toujours présent et attentif. Madame A, malgré ses refus (des propositions de mise à l'abri), n'a pas interrompu le suivi de sa grossesse à la maternité et les consommations épisodiques d'alcool sont arrêtées.



Dans le même temps, Madame A a sollicité ma collègue éducatrice (équipe mobile), les échanges se sont engagés par téléphone puis plusieurs rencontres suivront après la naissance de l'enfant. Elles travailleront ensemble à cerner qui sont ces professionnelles qui l'entourent, elle, et ses enfants ? Comment Madame A les comprend-t-elle ? Que perçoit-elle, elle-même, de sa situation ? Etc.

Mi-août, le bébé naît, à terme, dans la maternité qui a accompagné la période prénatale et dans de bonnes conditions. L'équipe de la maternité se concentre auprès de la dyade, la pédiatre est présente, l'unité mère-bébé (au sein de la maternité) est attentive et protectrice. Les échanges entre les professionnelles concernées (des deux groupes de travail) s'organisent autour de cette naissance. Une rencontre pour la fratrie est réalisée dans ce service. Les enfants aînés rencontrent leur mère et leur petit frère.

Les professionnelles de la maternité sont en mesure d'évaluer à partir de leurs observations le lien mère-enfant, les risques pour le nouveau-né d'une sortie du service avec sa mère et les besoins de suivis de celui-ci. Le service de la maternité s'organise pour permettre un séjour plus long de la dyade. Un étayage est pensé et construit avec les partenaires en réunion (suivis PMI et service social, accueil en chambre d'hôtel financé par l'ASE, intervention des TISF (Techniciennes de l'Intervention Sociale et familiale)).

Fin septembre, face au refus de Madame A d'adhérer à ce « programme », ainsi qu'à la persistance de l'instabilité de son comportement, l'équipe de la maternité est amenée à faire appel au juge des enfants qui décidera ce qu'il convient de faire. Un cadre de protection de l'enfant est ordonné par le biais d'une mesure d'AEMO (mesure judiciaire d'Aide Educative en Milieu Ouvert) et un étayage est contractualisé avec Madame A (hébergement, soins, suivis).


- Rappelons ici que le Dapsa n'interfère pas dans ce qui relève de la responsabilité des décisions de chaque service mais tient compte dans la suite du travail de concertation de chaque changement de positionnement des professionnels comme nouvelle donnée dans l'évolution de leurs accompagnements et des effets produits. Le DAPSA participe à, et soutient, la réflexion des professionnels mais ne prend pas lui-même de décision. Les réunions de concertation ne sont pas des réunions décisionnaires -

Fin 2018 puis durant le premier semestre 2019...

Les réunions se poursuivent. Chaque groupe de travail chemine selon ses missions et questionnements, réfléchissant à la pertinence d'intégrer ou d'inviter ponctuellement les nouveaux partenaires qui se positionnent au cours des étayages mis en œuvre et de l'évolution de la situation.

Certaines professionnelles se trouveront à la charnière des deux groupes. Par exemple la référente de la mesure d'AEMO concernant l'enfant dernier-né. Dans le cadre de sa mission judiciaire, cette professionnelle, invitée au groupe 1, doit être en lien avec le service de l'ASE (du groupe 2), ce qui fait l'objet d'une discussion dans chaque groupe.

Il apparaît donc important de maintenir une vigilance garantissant une certaine continuité de concentration pour chaque groupe tout en maintenant une communication entre les deux groupes.



Au cours de cette première année de travail de concertation, la composition des groupes change (les professionnelles de la maternité ont terminé leurs interventions, celles du secteur se sont positionnées lors de la mise en place de l'hébergement en chambre d'hôtel pour Madame A et son bébé, le cadre judiciaire a été posé puis a soutenu la nécessité d'un soin mère-bébé puis ordonné une mesure de tutelle ...). Les deux groupes constitués doivent absorber ces changements et accueillir les nouveaux partenaires.

L'attention portée à la circulation de l'information par les professionnelles entre elles, concerne également l'information transmise à la famille. Madame A est prévenue des réunions et un retour lui est fait par l'une des professionnelles de chaque groupe. Madame A peut également solliciter son interlocutrice de l'équipe mobile pour porter ses questions ou remarques par mon intermédiaire en tant que référente de concertation auprès des professionnelles. Les enfants accueillis au service d'accueil familial sont eux-aussi tenus informés des échanges interinstitutionnels pour ce qui les concerne.

D'une réunion à l'autre, une dynamique de travail se dégage, avec un plaisir à se retrouver en réunion de concertation. Les réunions se déroulent maintenant dans les locaux du DAPSA. Les professionnelles s'interpellent facilement et s'appuient les unes sur les autres.

Dans le groupe 1 : la puéricultrice de secteur (PMI), portée par son groupe, inventera des façons de rester en « contact informel » avec Madame et son bébé pour contourner le sentiment d'intrusion ou de contrôle de Madame A lors des visites à domicile ; l'assistante sociale de secteur sera introduite auprès de Madame A par la référente AEMO ; des binômes de professionnelles se créeront, s'appuyant sur celle qui porte « au temps T » la confiance de Madame A. Certaines propositions de soins seront contractualisées entre Madame A et le juge des enfants à la demande des professionnelles soutenant le développement psycho-affectif du bébé. La psychiatre de l'hôpital de jour, avec l'accord de Madame A, pourra participer à une réunion et donner un éclairage pédagogique aux partenaires de la complexité que peut recouvrir un état psychique, la nécessité de relier les réactions d'une personne (parfois déroutantes) avec un parcours de vie et les limites du soin.

Dans le groupe 2 : la psychologue de l'ASE sera en place de proposer une analyse avec recul de la situation des enfants placés et de réinterroger la responsabilité de l'ASE face à certains freins ou blocages repérés dans la communication ou la représentation de Madame A avec ce service : l'ASE peut-elle accepter d'être le « mauvais objet » ? Faut-il s'entêter à proposer des rendez-vous (non honorés) qui renforcent l'hostilité de Madame A et l'agacement du service ? Les questions de la délégation, de l'adoption seront évoquées. Les enfants auraient-ils besoin d'entendre (ou ré entendre) le récit par l'ASE de l'histoire de leur fratrie et de leur famille ? Les deux psychologues du SAFD soutiennent les besoins spécifiques de chaque enfant en complément des observations et accompagnements individuels des référentes éducatives de chacun : quel soutien à la parole de (et pour) chacun confronté, à des âges différents, à des parents non disponibles ?

Une des professionnelles prendra peu à peu une place privilégiée auprès de Madame A qui donnera « congés » à l'éducatrice de l'équipe mobile du DAPSA.



Nous sommes en juin 2019. Le rythme des concertations s'espace : d'une réunion par mois durant le premier semestre, nous sommes passées à une réunion bimestrielle durant le second puis trimestrielle. Fin juin 2019, une rencontre pluri professionnelle réunit l'ensemble des partenaires à leur demande compte tenu de l'évolution de la situation (épisode d'accueil temporaire en pouponnière de l'enfant alors âgé 10 mois, durant une semaine). La confiance qui s'est créée entre les professionnelles dans chaque groupe, puis entre les deux groupes, permet de constater que les partis pris de travail peuvent cohabiter, se confronter, s'argumenter, évoluer, enrichissant les échanges et la réflexion.

En septembre 2019. La professionnelle de la mesure d'AEMO prendra progressivement une place de coordinatrice auprès de l'ensemble des partenaires. Un groupe soignant s'est construit autour de la famille. Le DAPSA dans son rôle de concertation peut, à son tour, s'écarter progressivement.

Quelques mois plus tard encore, Madame A choisira de quitter la région parisienne avec son enfant et les professionnelles transmettront aux prochains partenaires une part de leur travail d'accompagnement.

Ce travail de concertation représente : 14 réunions pluri professionnelles, 14 comptes rendus, 37 professionnel-le-s rencontré-e-s ou contacté-e-s, représentant 15 services ou structures, une équipe mobile du DAPSA durant 6 mois et 24 réunions cliniques en équipe interne DAPSA.

Nota bene : pour des raisons de confidentialité, les services, départements, noms et genres des personnes ont été changés et rendus anonymes.

Brigitte Dalet, DAPSA, avril 2020