Accompagnement autour de la naissance pour les familles précarisées : offre et besoins

Fondation
Roi Baudouin
Agir ensemble pour une société meilleure

Accompagnement autour de la naissance pour les familles précarisées : offre et besoins

Fondation
Roi Baudouin
Agir ensemble pour une société meilleure

COLOPHON

Accompagnement autour de la naissance pour les familles précarisées: offre et besoins
Une édition de la Fondation Roi Baudouin, rue Brederode 21 à 1000 Bruxelles

AUTEURS: Amélie Cremers, Aline Labat, Mouctar Sow – Ecole de Santé Publique, Centre de Recherche CRISS – Approches sociales de la santé - Université libre de Bruxelles

DIRECTION SCIENTIFIQUE: Perrine Humblet - Ecole de Santé Publique, Centre de Recherche CRISS – Approches sociales de la santé - Université libre de Bruxelles

COORDINATION POUR LA FONDATION ROI BAUDOUIN: Françoise Pissart, directrice
Pascale Taminiaux, responsable de projet
Nathalie Troupée, assistante

CONCEPTION GRAPHIQUE: PuPiL

MISE EN PAGE: Tilt Factory

PRINT ON DEMAND: Manufast-ABP asbl, une entreprise de travail adapté

Cette publication peut être téléchargée gratuitement sur notre site www.kbs-frb.be

Une version imprimée de cette publication électronique peut être commandée (gratuitement) sur notre site www.kbs-frb.be, par e-mail à l'adresse publi@kbs-frb.be ou auprès de notre centre de contact, tél. + 32-70-233 728, fax + 32-70-233-727

Dépôt légal: D/2848/2013/12

ISBN-13: 978-2-87212-708-5

EAN: 9782872127085

N° DE COMMANDE: 3169

août 2013

Avec le soutien de la Loterie Nationale

AVANT-PROPOS

La petite enfance est cette période clé de la vie où tant de choses se jouent et se nouent : acquisition du langage, confiance en soi, relation aux autres, équilibre physique et psychologique, développement social, cognitif et émotionnel. Les bases jetées à ce moment-là conditionnent dans une large mesure la scolarité de l'enfant, sa vie sociale et professionnelle, sa santé, son bien-être physique et mental.

C'est pourquoi la Fondation Roi Baudouin a lancé en 2012 un programme d'action intitulé 'Plus de chances dès l'enfance'. Son objectif ? Contribuer à renforcer les politiques et les actions qui donnent de meilleures chances de développement aux enfants de 0 à 6 ans issus de milieux défavorisés, qu'ils soient d'origine belge ou étrangère. Ses modalités ? A la fois soutenir des projets concrets, stimuler l'échange de pratiques entre professionnels et mener des actions de plaidoyer politique.

Au cœur de la vision de la Fondation figure l'accès des familles précarisées à des services de qualité – suivi périnatal, milieux d'accueil pour les enfants de 0 à 3 ans, école maternelle, accueil extrascolaire des petits... - qui tiennent compte des spécificités des enfants de milieux défavorisés et les soutiennent activement dans leur développement. L'idée n'est donc pas forcément de dépenser plus, mais autrement, en accordant plus d'attention aux besoins de ces enfants et de ces familles, en renforçant la formation des professionnels, en différenciant les approches, en investissant dans les relations de confiance avec les parents.

La Fondation a récemment soutenu deux études sur ce que pensent les parents en situation de précarité de l'accueil et de l'éducation des tout-petits. Les parents interrogés nous disent qu'ils veulent le meilleur pour leurs enfants.

Pour donner un maximum de chances au développement harmonieux du (futur) enfant, il est important que les pères, mères et enfants défavorisés aient accès le plus rapidement possible – dès avant la naissance – à un accompagnement par des services dits 'périnataux' de qualité et des réseaux utiles pour le développement de l'enfant.

La Fondation a souhaité mieux comprendre les services et les structures qui les composent. C'est pourquoi, elle a confié à l' Université libre de Bruxelles et à l'Arteveldehogeschool Gent la réalisation d'un état des lieux de l'offre, des barrières et des défis sur le plan des services périnataux, avec une attention particulière pour les familles précarisées belges ou d'origine étrangère. L'objectif est d'analyser l'offre de services autour de la naissance et d'identifier ce qui est nécessaire pour offrir un bon départ et un accompagnement adéquat à tous les enfants, y compris ceux qui vivent en situation de précarité.

Le travail confirme l'importance d'agir dès le prénatal, période particulière sur le plan émotionnel et propice pour soutenir ou renforcer les compétences parentales. Il souligne le besoin de développer une offre de services diversifiée qui réponde à l'hétérogénéité des besoins et attentes des familles et de rendre son information accessible. Il convient de développer des approches innovantes pour favoriser l'utilisation effective des services périnataux «généralistes» par toutes les familles et particulièrement celles qui en ont le plus besoin. Ces approches doivent reposer sur un travail en réseau de qualité pour assurer la continuité et la prise en charge globale des familles, assurer la cohérence du soutien. Elle doivent également permettre une meilleure collaboration entre les acteurs médicaux et sociaux qui travaillent avec ces familles.

Ce rapport présente les résultats de l'enquête réalisée par l'Ecole de Santé Publique, CRISS Approches sociales de la santé de l'ULB en Fédération Wallonie-Bruxelles et en Communauté germanophone. L'enquête menée auprès des acteurs en Communauté flamande fait l'objet d'un autre rapport, également publié par la Fondation Roi Baudouin, dont une synthèse en français est disponible sur notre site www.kbs-frb.be.

La Fondation Roi Baudouin tient à remercier celles et ceux qui ont contribué à la réalisation de cette recherche. Ces résultats vont nous aider à identifier les éléments manquants et les services essentiels qui devraient être développés ou soutenus à l'avenir.

Fondation Roi Baudouin
Août 2013

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 5

TABLE DES MATIÈRES 7

SYNTHÈSE 9

SAMENVATTING 15

1. PRÉSENTATION 21

2. CADRE THÉORIQUE POUR LES SERVICES 'PÉRINATAUX' 23
2.1. Pourquoi agir? 23
2.2. Sur quelles bases agir? 24
2.2.1. Considérer l'enfant et l'ensemble de son environnement 24
2.2.2. Des spécificités périnatales 26
2.3. Comment agir? 28
2.3.1. Agir sur les déterminants des inégalités sociales de santé touchant les familles 29
2.3.2. Le soutien à la parentalité, ou «améliorer concrètement la condition parentale» 30
2.3.3. … dans la période périnatale 32

3. CHAMP DE L'ÉTUDE ET MÉTHODES 35

4. APPROCHE CARTOGRAPHIQUE DES BESOINS DES FAMILLES : OÙ AGIR ? 39
4.1. Les besoins périnataux de manière générale 40
4.2. Les besoins périnataux – focus sur les familles 'vulnérables' 42
4.2.1. Un indicateur de santé périnatale : les petits poids de naissance 42
4.2.2. Indicateurs des conditions de vie 44

5. L'OFFRE DE SOUTIEN PÉRINATAL : QUI AGIT ET COMMENT ? . . . 51
5.1. Le champ des services périnataux connu a priori 51
5.1.1. Les services de l'ONE : accompagnement et accueil 51
5.1.2. Les services du DKF 62
5.1.3. Les maternités 63
5.2. Le champ «élargi» du soutien périnatal 65
5.2.1. Types de services : une grande diversité d'acteurs 65
5.2.2. Les publics des services : la place des familles vulnérables 66
5.2.3. Les dispositifs/initiatives destinés à un public vulnérable 66
5.3. Des réflexions transversales sur les pratiques et sur le système actuel : éléments de diagnostic 75
5.3.1. Thème 1 : La relation asymétrique professionnel - bénéficiaire 75
5.3.2. Thème 2 : Approche active versus passive 78
5.3.3. Thème 3 : Diagnostic du système – limites et lacunes 81

5.4. Conclusions 85
Comment se structure l'offre périnatale, et en particulier celle orientée au bénéfice des familles vulnérables? 85
Quels sont les besoins perçus par les services du secteur périnatal et quelles sont les activités développées? 86
Quelles sont les caractéristiques principales des activités périnatales? 88

6. RECOMMANDATIONS POUR UN MEILLEUR SOUTIEN AUX FAMILLES VULNÉRABLES EN PÉRIODE PÉRINATALE 89
Des principes de politique 89
Développer et banaliser le recours à des services répondant aux besoins différenciés des familles dès la période prénatale . . .90
Articuler les services généralistes et les services spécialisés 92
Une prise en charge holistique et pluridisciplinaire des familles vulnérables en période périnatale 93
Reconnaître le 'soutien périnatal' et soutenir les professionnels 94
Evaluer les actions menées 94

BIBLIOGRAPHIE CONSULTÉE ET RÉFÉRENCES UTILISÉES 97

ANNEXES 103
Annexe 1: Champ de l'étude et méthodes 103
Annexe 2: Questionnaire 109
Annexe 3: Critères de vulnérabilité identifiés par les professionnels parmi leurs bénéficiaires 124
Annexe 4: Participants aux groupes de discussion 125

SYNTHÈSE

Pourquoi agir?

Le bien-être et/ou le développement optimal des enfants dépend des conditions dans lesquelles ils naissent et grandissent. La naissance d'un enfant demande d'avoir accès à certains services afin de garantir le bon déroulement de ces moments de vie, mais certaines familles sont davantage vulnérables de par leur milieu de vie, leurs ressources, leur état de santé et demandent davantage de soutien. L'intervention de services sociaux et sanitaires peut être bénéfique pour atténuer ces inégalités en garantissant l'accès à des soins de santé de qualité, agissant sur les facteurs sociaux intermédiaires du bien-être des enfants et des familles et en améliorant la '*condition parentale*' pour soutenir les parents dans leurs différents rôles.

Les situations de vulnérabilité dues à l'isolement social, les faibles ou très faibles revenus et les problèmes de logement retiennent particulièrement l'attention des professionnels, de même que des aspects de santé mentale touchant les mères et les risques de négligence affectant les enfants.

Qui agit actuellement?

L'offre des services périnataux en Fédération Wallonie-Bruxelles et en Communauté germanophone est composée de deux grands volets. D'une part les consultations médico-sociales mises en place par l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) et par le Dienst für Kind und Familie (DKF), qui ont également une mission transversale spécifique de soutien à la parentalité. D'autre part, des services institutionnels ayant choisi de développer un axe d'intervention autour de la naissance d'un enfant et ciblant les familles vulnérables et des structures associatives spécialisées mises en place dans le cadre de politiques sociales diverses (enfance, famille, aide aux personnes, action sociale, aide à la jeunesse, culture).

Le champ périnatal stricto sensu: l'ONE, le DKF et les maternités

Les consultations médico-sociales de l'ONE et du DKF sont destinées à toute la population selon un principe d'accès 'universel progressif'. Les prestations sont individuelles et collectives; elles sont fournies dans les locaux de la consultation et, dans certains cas, à domicile. Les

Travailleurs Médico-Sociaux (TMS) des consultations développent des prestations complémentaires à domicile lorsqu'ils identifient un besoin de suivi renforcé pour les familles. Le soutien consolidé peut également être organisé en période de grossesse.

Les consultations médico-sociales de l'ONE assurant le suivi des grossesses ont une couverture de 28% inégalement répartie sur le plan géographique. C'est au moment de la naissance que se constitue un système offrant une couverture plus large grâce à la présence d'un TMS de liaison et un dispositif médico-psycho-social complémentaire. Un tel dispositif existe dans la moitié des maternités de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour les familles vivant dans la grande précarité. Ces dispositifs complémentaires sont surtout présents dans les provinces dépourvues de consultations prénatales de l'ONE. Les TMS de liaison font également le relais avec les consultations pour enfants au moment de la naissance. Néanmoins, une réelle continuité consultation prénatale – service de liaison – consultation pour enfant devrait être renforcée. Les projets de soutien à la parentalité sont développés pour toutes les familles qui fréquentent les consultations pour enfant de l'ONE.

En Communauté germanophone, le soutien particulier des familles vulnérables par le TMS est initié pendant la grossesse sur base des demandes de soutien matériel des familles auprès d'un fonds spécial. Une grille de critères de vulnérabilité est appliquée pour déterminer le niveau de soutien qui sera organisé.

Le champ périnatal 'élargi'

Le 'champ élargi de la périnatalité' se réalise en dehors d'un programme médico-social spécifique. L'éventail de services sociaux et de santé comprend des CPAS, des haltes-accueil, des maisons médicales, des centres de planning familial et santé mentale, mais également des asbl à accès ciblé ou universel. Ces structures relèvent de différents niveaux de pouvoir et s'inscrivent dans le cadre de différentes politiques sociales aux objectifs variés. Leur accessibilité diffère mais on remarque un souci assez généralisé d'accès financier aux services. Les services sont soit de type universel où les bénéficiaires se rendent sur place («*come-structure*»), comme les maisons ouvertes et haltes-accueil, soit des services ciblés comprenant éventuellement un accompagnement à domicile («*go-structure*») de familles vulnérables. L'alliance des deux démarches serait la plus porteuse pour les situations de précarité importante.

La multidisciplinarité et un haut niveau de formation caractérisent les équipes, permettant de proposer des services variés et globaux en réponse à la complexité des situations rencontrées. La collaboration en réseaux de structures et de professionnels largement pratiquée permet d'améliorer l'impact des interventions, et la coordination des interventions sur le plan opérationnel et des modes d'action.

Comment les services agissent-ils ?

Trois grands types d'activités ont pour point commun de mettre l'enfant au centre des effets recherchés : celles où l'enfant est le sujet direct de l'activité, celles où l'enfant est le bénéficiaire indirect d'une action menée auprès de ses parents et enfin celles où c'est le lien parent-enfant qui est directement travaillé, avec une action menée de concert sur l'enfant et son parent.

Le caractère 'asymétrique' de la relation professionnel-parents, le premier pouvant éventuellement mettre en place des mesures non souhaitées par le second, risque de provoquer des situations d'évitement et un sentiment de stigmatisation pour le bénéficiaire. L'établissement d'une relation de confiance représente l'enjeu des pratiques.

Quelles sont les limites et lacunes du système ?

Une approche qui prendrait en considération les périodes avant la naissance, autour de la naissance et les premiers mois de l'enfant ainsi que le couple, l'enfant, la mère et le père, correspond à un vide dans les politiques sociales. Sa reconnaissance souffre d'une absence de dénomination appropriée qui en limite le développement tant sur le plan de sa cohérence et de sa continuité, qu'au niveau de sa couverture. Il en résulte également un **manque d'informations quant aux services disponibles, tant pour les professionnels que pour les parents. Des manques de formation et de supervision nécessaires aux professionnels sont également soulignés.** Enfin, les pères sont oubliés ou stigmatisés face à la dyade mère-enfant.

Recommandations pour un meilleur soutien aux familles vulnérables en période périnatale

Plusieurs principes généraux du soutien à la parentalité sont également valables dans le cas de la périnatalité et des familles vulnérables: (a) l'inscrire au sein d'une **approche basée sur les droits de l'enfant**; (b) la construire sur une approche **non stigmatisante** et fondée sur **l'empowerment**; (c) et baser l'offre de services sur une stratégie **d'universalisme progressif**. Ces recommandations s'articulent autour de cinq axes :

1. **Développer et banaliser le recours à des services répondant aux besoins différenciés des familles dès la période prénatale**

    a. Développer une offre de services diversifiée qui réponde à l'hétérogénéité des besoins et attentes des familles et rendre son information accessible.

    b. Renforcer l'offre de première ligne et mettre en place des approches innovantes afin de favoriser l'utilisation effective des services périnataux «généralistes» par toutes les familles et particulièrement celles qui en ont le plus besoin. Prendre en compte le

risque de stigmatisation (et ses conséquences : évitement, peur…) que peuvent éprouver les familles.

c. Agir dès le prénatal. Cette période particulière sur le plan émotionnel peut être investie de manière à soutenir ou renforcer les compétences parentales.

2. Articuler les services généralistes et les services spécialisés

L'intégration de services ciblés au sein d'un service universel généraliste (les consultations ONE), ou l'adossement d'un service ciblé à un service généraliste (projets Aquarelle, Seconde peau par exemple) représentent deux modes d'articulation efficaces. Mais d'une manière générale c'est le travail en réseau qui domine. Il convient de mettre des moyens à disposition pour développer un travail en réseau de qualité, et en particulier de reconnaître le temps consacré par les équipes au renforcement de leur réseau interprofessionnel. Il importe en effet d'assurer la continuité et la prise en charge globale des familles, d'assurer la cohérence du soutien et d'éviter la superposition des intervenants.

Le TMS du service de liaison au sein des maternités occupe une position stratégique. Présent dans quasi tous les lieux d'accouchement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, il voit quasi toutes les accouchées, il est en mesure de relier les acteurs intervenant en période périnatale. Ce rôle devrait être repensé et renforcé pour augmenter les bénéfices pour les familles particulièrement vulnérables.

3. Une prise en charge holistique et pluridisciplinaire des familles vulnérables en période périnatale

Tenir compte de toutes les dimensions, médicales, sociales, psychologiques, passe par une collaboration pluridisciplinaire effective qui nécessite que les professionnels ayant longtemps évolué avec leurs paradigmes propres changent. En particulier, entre professionnels des périodes prénatale et postnatale nécessitant une bonne communication, pour assurer une continuité des services et une prise en charge globale.

4. Reconnaître le 'soutien périnatal' et soutenir les professionnels

Il convient de reconnaître la spécificité de la période périnatale et en conséquence de la financer à son juste niveau pour la formation continue, la reconnaissance d'interactions formatives entre professionnels, et l'organisation de structures de référence pour réfléchir et agir collectivement à propos de situations complexes.

5. Evaluer les actions menées

Toutes les politiques sociales, tous les programmes doivent être évalués, celles et ceux de soutien périnatal également. L'évaluation ne doit pas masquer le fait que ces programmes ne constituent qu'une

petite partie des politiques de lutte contre la pauvreté. Elle devrait se baser sur des mesures quantitatives mais également utiliser des approches qualitatives, et se pencher sur des aspects encore mal documentés tels le renforcement des facteurs positifs de santé et des facteurs de protection et le point de vue des parents et des enfants.

SAMENVATTING

Waarom ingrijpen?

Het welzijn of de optimale ontwikkeling van kinderen hangt af van de omstandigheden waarin ze geboren worden en opgroeien. Bij de geboorte van een kind moet er toegang zijn tot bepaalde diensten om ervoor te zorgen dat deze momenten in het leven goed verlopen, maar sommige gezinnen zijn extra kwetsbaar vanwege hun leefomgeving, hun bestaansmiddelen en hun gezondheidstoestand: zij vereisen meer steun. De tussenkomst van sociale en gezondheidsdiensten zou deze vormen van ongelijkheid kunnen verzachten door te zorgen voor toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, door als bemiddelaars te werken rond sociale factoren voor het welzijn van de kinderen en de gezinnen, en door de ouders te helpen het *'ouderschap'* beter op te nemen om hen te steunen in hun uiteenlopende rollen.

Kwetsbare situaties te wijten aan sociaal isolement, lage of erg lage inkomens en huisvestingsproblemen krijgen specifieke aandacht van de professionals, net als de geestelijke gezondheid van de moeders en de mogelijke verwaarlozing van kinderen.

Wie komt nu tussenbeide?

De perinatale diensten die in de Federatie Wallonië-Brussel en in de Duitstalige Gemeenschap worden aangeboden omvatten twee grote delen. Aan de ene kant de medisch-sociale consultaties van het *Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)* en van de *Dienst für Kind und Familie (DKF)*, die ook aan ouderschapsondersteuning doen in het kader van een specifieke transversale missie. Aan de andere kant zijn er de institutionele diensten die zich gespecialiseerd hebben in specifieke tussenkomsten rond de geboorte van een kind en mikken op kwetsbare gezinnen, en ook de gespecialiseerde verenigingsstructuren die werden opgericht in het kader van uiteenlopende sociale maatregelen (kinderjaren, gezin, personenhulp, maatschappelijke actie, jeugdbijstand, cultuur).

Het perinatale veld in strikte zin: het ONE, het DKF en de kraamklinieken

De medisch-sociale consultaties van het ONE en van de DKF zijn gericht op de hele bevolking volgens het beginsel van de 'progressief

universele' toegang. Er worden individuele en collectieve prestaties geleverd, meestal in de consultatieruimtes maar in sommige gevallen ook thuis. De medisch-sociale TMS-werkers *(Travailleurs Médico-Sociaux)* die de consultaties doen, leveren thuis ook aanvullende prestaties als ze vaststellen dat gezinnen extra opvolging nodig hebben. Ook tijdens de zwangerschap kan er extra steun worden geboden.

De medisch-sociale consultaties van het ONE verzekeren de opvolging van 28% van de zwangerschappen, maar die dekking is geografisch niet gelijk verdeeld. Bij de geboorte ontstaat er een systeem met een ruimere dekking dankzij TMS-werkers die zorgen voor de verbinding en dankzij een complementaire medisch-psychosociale dienst. Een dergelijke dienst bestaat in de helft van de kraamklinieken van de Federatie Wallonië-Brussel voor gezinnen die kampen met grote bestaansonzekerheid. Deze complementaire diensten zijn vooral aanwezig in de provincies zonder perinatale ONE-consultaties. De TMS-verbindingswerkers zorgen bij de geboorte ook voor het contact met de consultaties voor kinderen. Toch zou er een sterkere reële continuïteit tussen perinatale consultatie – verbindingsdienst – consultatie voor het kind moeten komen. Projecten voor ouderschapsondersteuning worden ontwikkeld voor alle gezinnen die naar de ONE-consultaties voor het kind komen.

In de Duitstalige Gemeenschap wordt de bijzondere TMS-ondersteuning voor kwetsbare gezinnen opgestart tijdens de zwangerschap op basis van de materiële steun die de gezinnen aanvragen bij een speciaal fonds. Het niveau van steunverlening wordt bepaald op basis van een schema met kwetsbaarheidscriteria.

Het 'brede' perinatale veld

Het 'brede perinatale veld' staat los van een specifiek medisch-sociaal programma. Het omvat sociale en gezondheidsdiensten zoals OCMW's, opvangcentra, wijkgezondheidscentra, centra voor gezinsplanning en geestelijke gezondheidszorg, maar ook vzw's met een gerichte of een universele toegang. Deze structuren ressorteren onder verschillende bestuursniveaus en passen in verschillende sociale maatregelen met uiteenlopende doelstellingen. Ondanks het toegankelijkheidsverschil stellen we vast dat ze vrij algemeen streven naar een financieel toegankelijke dienstverlening. Ofwel gaat het om universele diensten waarbij de gerechtigden naar een dienstencentrum gaan (*«come-structure»*), zoals open huizen en opvangcentra, ofwel om gerichte diensten waarbij kwetsbare gezinnen eventueel thuis kunnen worden begeleid (*«go-structure»*). Het koppelen van beide sporen zou het meest opleveren bij gezinnen die kampen met een grote bestaansonzekerheid.

De hoogopgeleide teams werken multidisciplinair, waardoor ze globale uiteenlopende diensten kunnen aanbieden die inspelen op concrete complexe situaties. Door een doorgedreven netwerksamenwerking

met structuren en professionals kan de impact van de tussenkomsten worden verbeterd, en kunnen de tussenkomsten operationeel en methodologisch worden gecoördineerd.

Hoe werken de diensten?

Er zijn drie grote types van activiteiten die het kind centraal stellen in de impact die ze nastreven: in een eerste type is de activiteit direct gericht op het kind, in een tweede type is het kind een indirecte begunstigde van een activiteit die gericht is op de ouders en in een derde type wordt er rechtstreeks gewerkt rond de band ouder-kind, waarbij de activiteit afgestemd is op het kind en de ouder.

Door het 'asymmetrische' karakter van de relatie professional-ouders, waarbij de professional eventueel maatregelen kan nemen die voor de ouders niet wenselijk zijn, bestaat het gevaar dat er vermijdingssituaties ontstaan en dat de begunstigde zich gestigmatiseerd voelt. In de praktijk komt het er dus op aan om een vertrouwensrelatie op te bouwen.

Wat zijn de grenzen en lacunes van het systeem?

Een benadering die rekening zou houden met de periode vóór de geboorte, rond de geboorte en in de eerste levensmaanden van het kind en ook met het koppel, het kind, de moeder en de vader, ontbreekt in het sociale beleid. Dat komt omdat de zaken niet juist kunnen worden benoemd zodat de samenhang, de continuïteit en de dekking van zo'n benadering niet volledig kan worden ontwikkeld. Daardoor is er ook een gebrek aan **informatie over de beschikbare diensten, zowel voor de professionals als voor de ouders. Het ontbreekt de professionals ook aan de nodige opleiding en supervisie**. Tot slot worden de vaders vergeten of gestigmatiseerd tegenover de twee-eenheid moeder-kind.

Aanbevelingen voor een betere steunverlening aan kwetsbare gezinnen in een perinatale periode

Veel algemene principes inzake ouderschapsondersteuning gelden eveneens in het geval van perinataliteit en kwetsbare gezinnen: (a) de ondersteuning moet passen in een **benadering die gebaseerd is op de kinderrechten**; (b) ze moet steunen op een **niet-stigmatiserende** benadering en vertrekken vanuit **empowerment**; (c) en het dienstenaanbod moet uitgaan van een **progressieve, universele** strategie. Deze aanbevelingen draaien rond vijf assen:

1. **Ontwikkelen en normaliseren van het inschakelen van diensten die inspelen op de uiteenlopende noden van gezinnen vanaf de perinatale periode**

    a. Ontwikkelen van een gediversifieerde dienstverlening die inspeelt op de heterogene noden en verwachtingen van de gezinnen en toegankelijke informatie verstrekt.

b. Versterken van het eerstelijnsaanbod en invoeren van vernieuwende benaderingen zodat het effectieve gebruik van «generalistische» diensten door alle gezinnen en in het bijzonder door deze die ze het meest nodig hebben, wordt bevorderd. Rekening houden met de kans op stigmatisering (en de gevolgen daarvan: vermijdingsgedrag, angst…) die de gezinnen zouden kunnen ervaren.

c. Optreden vanaf de prenatale periode. Deze bijzonder emotionele periode kan worden gebruikt om de ouderlijke competenties te ondersteunen en te versterken.

2. Afstemmen van generalistische en gespecialiseerde diensten

De integratie van gerichte diensten binnen een generalistische universele dienstverlening (ONE-consultaties), of het koppelen van een gerichte dienst aan een generalistische dienst (Aquarelle, Seconde peau bijvoorbeeld) zijn twee doeltreffend afgestemde werkwijzen. Maar over het algemeen is het de netwerking die domineert. Het zou een goede zaak zijn om de middelen ter beschikking te stellen om een kwaliteitsvolle netwerksamenwerking te ontwikkelen, en in het bijzonder om te erkennen dat de teams tijd moeten maken om hun interprofessioneel netwerk te versterken. Het komt er immers op aan om te zorgen voor de continuïteit en de globale begeleiding van de gezinnen, om erover te waken dat de steun samenhangend is en om dubbel werk van de dienstverleners te vermijden.

De TMS-werkers van de verbindingsdienst in kraamklinieken bekleden een strategische positie. Ze zijn aanwezig op vrijwel alle bevallingsplekken van de Federatie Wallonië-Brussel, ze zien vrijwel alle kraamvrouwen, en ze zijn in staat om de actoren die tussenkomen in de perinatale periode aan elkaar te koppelen. Deze rol zou herzien en versterkt moeten worden zodat erg kwetsbare gezinnen meer baat hebben bij de tussenkomsten.

3. Een holistische en multidisciplinaire begeleiding van kwetsbare gezinnen in een perinatale periode

Een effectieve multidisciplinaire samenwerking houdt rekening met alle medische, sociale en psychologische dimensies en vereist dat de professionals die altijd gewerkt hebben met hun eigen paradigma's, veranderen. In het bijzonder tussen professionals van de prenatale en van de postnatale periode is een goede communicatie noodzakelijk om te zorgen voor een continue dienstverlening en een globale begeleiding.

4. Erkennen van 'perinatale steun' en ondersteunen van professionals

Het is ook aan te bevelen om de specifieke kenmerken van de perinatale periode te erkennen en om bijgevolg te zorgen voor een correcte financiering van voortgezette opleidingen, voor de erkenning van

interactieve opleidingen onder professionals, en voor het organiseren van referentiestructuren om na te denken en samen te werken rond complexe situaties.

5. Evalueren van uitgevoerde acties

Alle sociale beleidsmaatregelen en alle programma's moeten worden geëvalueerd, ook die van de perinatale ondersteuning. Een evaluatie mag niet verhullen dat deze programma's slechts een klein onderdeel vormen van het beleid inzake armoedebestrijding. Ze moet steunen op kwantitatieve metingen, maar ook gebruik maken van kwalitatieve benaderingen, en zich buigen over vooralsnog weinig gedocumenteerde aspecten zoals de versterking van positieve gezondheidsfactoren, de beschermingsfactoren en het standpunt van de ouders en de kinderen.

1. PRÉSENTATION

La Fondation Roi Baudouin accorde une place prioritaire à la lutte contre la pauvreté et à la justice sociale et accorde une place primordiale aux très jeunes enfants et leurs familles. Le soutien précoce des familles défavorisées via des services pré- et périnataux est un des éléments du plan stratégique 2012-2014 et du domaine d'action '*Plus de chances dès l'enfance*'. C'est dans ce cadre que la Fondation a chargé notre centre de recherche (CRISS – Approches sociales de la santé, Ecole de Santé Publique - Université libre de Bruxelles) de réaliser une analyse de l'offre et des besoins dans le domaine des services pré- et périnataux en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) et en Communauté germanophone (CG), «avec une attention particulière pour les familles défavorisées belges ou d'origine étrangère». La recherche a été menée d'octobre 2012 à mars 2013

Les objectifs suivants ont été poursuivis :

1. Identifier les besoins en matière de pré- et périnatalité en FWB et CG
2. Identifier et analyser l'offre en matière de pré- et périnatalité en FWB et CG
3. Mettre en évidence les caractéristiques relatives à la qualité et l'accessibilité des services, les analyser dans une perspective d'évaluation du système qu'elles constituent
4. Mettre en évidence d'éventuelles 'niches manquantes', les limites et les difficultés dans l'offre actuelle
5. Mettre en évidence les priorités pour l'intervention, sur base d'expériences porteuses en Belgique et à l'étranger

Ce document vise à présenter la démarche et les résultats de cette recherche.

2. CADRE THÉORIQUE POUR LES SERVICES 'PÉRINATAUX'

Les objectifs fixés par la Fondation Roi Baudouin à propos des 'services pré- et périnataux' nécessitent une précision terminologique. Nous ne nous en tiendrons pas à la définition épidémiologique de la périnatalité mais nous avons étendu cette notion à la période allant du début de la grossesse jusqu'à au moins un an de l'enfant. Les services périnataux concernent donc les femmes enceintes, les parturientes, les jeunes mères et leur(s) enfant(s) ainsi que leur conjoint.

Afin d'analyser l'offre et les besoins périnataux, il est nécessaire de comprendre comment les services périnataux peuvent aider les familles lors de cette période, et par conséquent de répondre aux questions suivantes :

- Pourquoi agir ?
- Sur quelle base ?
- Comment ?

Cette première partie du rapport présente donc des cadres théoriques permettant d'apporter des débuts de réponse à ces questions. Ces cadres traitent particulièrement des actions portant sur les inégalités sociales de santé et sur la période périnatale. Ils concernent les facteurs qui déterminent des inégalités de santé et de développement selon le groupe socioéconomique, les caractéristiques de l'environnement à prendre en considération pour le développement global du jeune enfant, et les besoins spécifiques autour de la naissance.

2.1. Pourquoi agir ?

Des enfants en bonne santé[1] sont des enfants qui jouissent d'un **bien-être physique**, d'un **développement harmonieux sur le plan émotionnel et social**, et d'un **développement cognitif et linguistique adapté**. Ces éléments sont interdépendants et constituent les principales dimensions du **développement global du jeune enfant**. La réalisation de ces différents éléments dépend

1 *Cette partie se base principalement sur CCNPPS, 2012 ; Heckman, 2007 ; Hertzman, 2010 ; Shonkoff, 2010 ; Solar & Irwin, 2010.*

principalement de la présence simultanée de plusieurs conditions : (a) des **soins de santé** préventifs et curatifs associés à une alimentation saine et nutritive, (b) des **soins affectifs et sécurisants** de la part d'au moins une personne significative, et (c) des **interactions sociales de qualité** avec une orientation vers des jeux et des apprentissages (CCNPPS, 2012). Toutes ces conditions de la santé développementale de l'enfant sont à considérer avec la même importance, et ce quelle que soit la perspective adoptée : soit celle des enfants pour eux-mêmes - perspective '*here and now'* (ici et maintenant) - ou celle des enfants en tant que futurs adultes.

L'existence effective de ces conditions dépend des circonstances dans lesquelles les enfants naissent et sont élevés. Les familles[2] ne sont pas égales sur ce plan. **On observe chez les enfants des inégalités sociales de santé et de développement qui reflètent les inégalités socioéconomiques présentes au sein de la société** (Hertzman & Boyce, 2010). La relation inverse entre niveaux de santé et classes sociales résulte du fait que les facteurs positifs et de protection favorables au développement sont moins présents, et les facteurs de risque plus fréquents et en plus grand nombre, à mesure que croît la précarité. Dans le cas de la problématique de la périnatalité, les aspects d'exposition et de vulnérabilité sont particulièrement importants à prendre en considération. L'état de la grossesse, la période prénatale et celle de la petite enfance représentent ce que le modèle théorique de l'OMS appelle des *périodes critiques* dont l'impact sur les inégalités s'exprimera tout au long de la vie (Solar & Irwin, 2010). Les récents travaux en neurosciences montrant que les premières années de la vie constituent une période cruciale pour la maturation du jeune enfant et le développement du cerveau notamment dans les trois premières années de la vie renforcent cette perspective théorique (MSSSQ, 2005).

2.2. Sur quelles bases agir ?

2.2.1. Considérer l'enfant et l'ensemble de son environnement

Le modèle du développement humain élaboré par Bronfenbrenner en 1979 (également appelé modèle écologique) propose une approche globale pour les interventions dans le domaine de la petite enfance[3]. Le modèle socio-écologique voit le développement humain comme le résultat d'interrelations complexes, continues et réciproques de facteurs individuels et environnementaux. L'enfant est au cœur du modèle, et son développement dépend non seulement (a) de facteurs relatifs à sa propre personne, mais également de (b) la qualité des différentes composantes de son environnement, (c) de la qualité des interactions qu'il entretient avec celui-ci et qu'elles entretiennent entre elles, (d) du contexte global

2 *Par convention, la notion de famille est utilisée pour toutes les situations décrites dans ce rapport engageant un enfant à naître ou déjà né.*

3 *La description du modèle de Bronfenbrenner proposée ci-dessous se base principalement sur : Bronfenbrenner, 1994 ; Malo, 2010 ; MSSSQ, 2004 ; MSSSQ, 2005.*

dans lequel l'enfant grandit et (e) de l'évolution de l'ensemble de ces éléments. L'enfant est ainsi compris en relation avec son environnement, lequel est changeant. Bronfenbrenner subdivise ainsi le système général du développement humain en 6 environnements (ou sous-systèmes). Ces sous-systèmes sont interdépendants et interagissent mutuellement à tous les niveaux.

Le premier sous-système à considérer est l'ontosystème, caractérisant l'enfant lui-même avec ses caractéristiques personnelles : ses compétences, ses habilités, son tempérament, ses déficiences, son bagage génétique, ses capacités d'adaptation, etc. Remarquons par ailleurs que chaque personne (père, mère, professeur, professionnel, etc.) a également son propre ontosystème reprenant ses caractéristiques propres. Ils interagissent avec l'enfant, la qualité de ces interactions influence considérablement le développement de ce dernier. Il faut souligner également que les caractéristiques propres à l'enfant influencent à leur tour l'interaction parent-enfant et le comportement des parents.

Le second sous-système rassemble le microsystème entourant l'enfant, c'est-à-dire son environnement immédiat, dans lequel il a une participation active et directe. Pour le jeune enfant, les parents et les autres membres de la famille en constituent une des composantes principales. Un service de soutien à la parentalité, un milieu d'accueil constituent également le microsystème. Pour des enfants plus grands, l'école et le voisinage immédiat en font également partie.

Le modèle considère également l'exosystème, c'est-à-dire l'environnement externe à l'enfant, mais dont les décisions et activités qui y sont menées ont une influence indirecte sur lui. Par exemple, les conditions de travail des parents, notamment les horaires, influencent leur disponibilité auprès de leurs enfants, leurs moyens matériels et financiers ou leur relation avec la crèche.

Le mésosystème réside dans les liens et échanges qui s'effectuent entre les différents milieux de vie de l'individu. Ces interactions concernent à la fois les objets, les symboles et les personnes présentes dans l'environnement immédiat de l'enfant. Pour le jeune enfant, les interactions qui se déroulent entre les parents et d'autres milieux, y compris les professionnels des services destinés à l'enfance sont ainsi très importants à considérer. La qualité de ces interactions influence les parents et, de manière indirecte, l'enfant. Par exemple, un enfant peut mieux s'adapter dans une crèche ou un lieu de rencontre lorsque les parents trouvent un moyen de communication satisfaisant même lorsque la langue n'est pas celle parlée à la maison.

Le macrosystème est le plus éloigné de l'enfant mais n'en exerce pas moins une influence profonde : il s'agit du contexte culturel général, de l'ensemble des valeurs, normes, croyances et idéologies qui sont présentes dans la communauté ou société.

Enfin, le dernier sous-système, le chronosystème, présente les aspects de circonstances et d'évolution temporelle accompagnant le développement de l'enfant. Il s'agit particulièrement des différentes transitions qu'il est amené à vivre en lien avec son environnement (entrée à l'école, divorce des parents,…), ainsi que de ses propres évolutions (puberté, vécu d'une maladie grave…). Il comprend d'autre part l'effet cumulatif de ces transitions et expériences, lesquelles continuent de l'influencer même passées.

L'approche écologique implique de considérer que les parents ne constituent pas l'unique environnement de l'enfant, que d'autres acteurs sont impliqués à différents niveaux simultanément, individuel, familial, communautaire et social, eux-mêmes soumis à de multiples facteurs macrosociaux. Trois niveaux d'interactions sont particulièrement importants à prendre en compte : enfant et parents, parents et intervenants, parents et leur environnement propre (externe à l'enfant).

2.2.2. Des spécificités périnatales

Le développement d'un attachement sécurisant dépend essentiellement de la qualité des soins prodigués par une personne significative. Ces soins doivent pouvoir répondre «aux besoins de sécurité et d'exploration de l'enfant». Ils constituent un fort prédicteur du développement de l'enfant. Leur qualité a trait à quatre dimensions interdépendantes : la sensibilité, la proximité, l'engagement et la réciprocité (MSSSQ, 2005).

- *La sensibilité :* c'est-à-dire être capable dans la majorité des échanges de détecter les signaux émis par l'enfant, les interpréter convenablement et y répondre de manière pertinente, nécessite une attention et une disponibilité physique et psychique du parent, une compréhension du signal émis par l'enfant, une empathie à l'égard de l'enfant (pouvoir se mettre à sa place sans être influencé par ses propres besoins ou son humeur), une prise de décision rapide et adéquate et un contexte favorable.
- *La proximité :* elle est une dimension physique et psychologique. Elle renvoie, entre autres, à une perception positive de la grossesse et de l'arrivée d'un enfant, aux contacts physiques réguliers et durables qu'entretiennent les parents avec leur enfant.
- Par *engagement* on se réfère au rôle protecteur et responsable du parent qui se sent responsable de la sécurité et du développement de son enfant.
- Enfin la *réciprocité* renvoie au dynamisme des échanges qui s'effectuent entre le parent et l'enfant, de part et d'autre. La qualité de ces échanges étant, entre autres, influencée par les caractéristiques individuelles de chacun, il est important, pour le parent, de comprendre et de tenir compte de la personnalité de l'enfant. Chaque enfant naît avec son tempérament propre.

Le modèle «Processus-Personne-Contexte-Temps» de Bronfenbrenner (Malo, 2010) met l'accent sur l'influence des personnes et des processus interactifs présents dans l'environnement immédiat de l'enfant. Ce modèle considère les parents comme la cible principale de l'intervention et leur comportement comme l'élément qui influence le plus fortement et de manière directe l'environnement familial et la qualité des interactions mutuelles entre parents et enfants. Cette influence a un impact important sur le développement de l'enfant. Dans ce modèle, les comportements des parents sont considérés comme modifiables par une action à plusieurs niveaux à l'échelle des microsystèmes, dont les plus importants sont :

- la relation avec leur enfant,
- la relation avec les proches (autres membres de la famille, amis…),
- la manière dont leurs caractéristiques personnelles (histoire de vie, ressources psychologiques, etc.) influencent leur adaptation aux situations,
- les interactions avec les prestataires de services destinées à l'enfance par le lien de confiance qu'ils entretiennent.

La qualité des soins prodigués par les parents à l'enfant (sensibilité, proximité, engagement et réciprocité) est directement influencée par plusieurs facteurs psychologiques et sociaux. Parmi eux, deux paramètres, le bien-être psychologique des parents et leur réseau social (Coulon, 2012 ; MSSSQ, 2005).

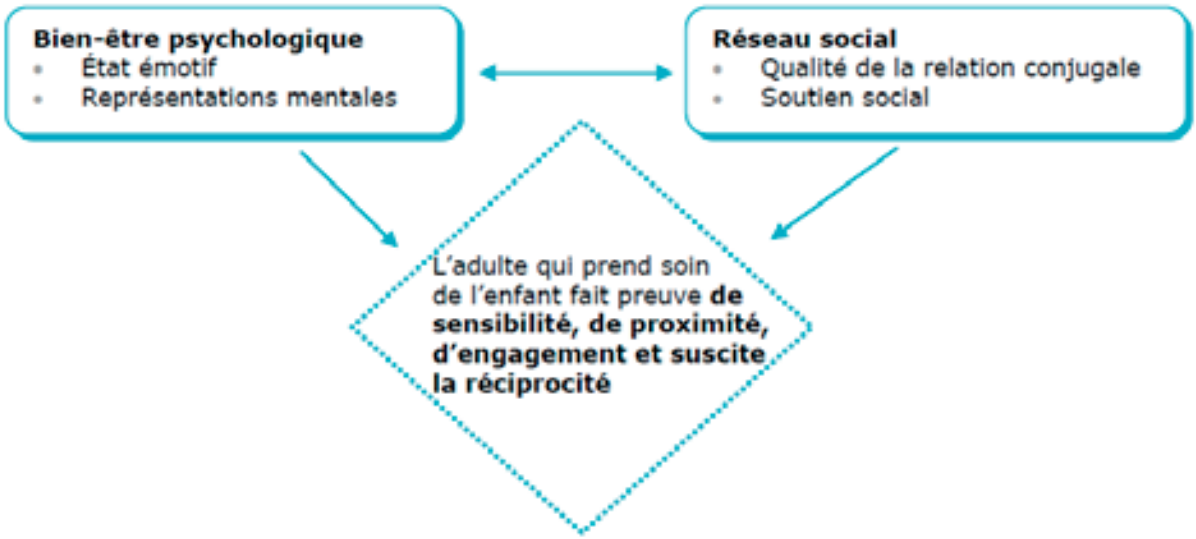

Figure 1 : Facteurs influençant la qualité des soins prodigués par les parents envers l'enfant (repris de MSSSQ, 2005, p.23)

Les deux caractéristiques principales du **bien-être psychologique** qui influencent la sécurité d'attachement sont **l'état émotif** et **les représentations mentales** des parents.

L'état émotif serait lui-même sous l'influence du niveau de stress des parents et de leur condition dépressive. Les déterminants sociaux mentionnés dans le cadre du modèle théorique de l'OMS des inégalités sociales de santé (difficultés économiques, l'isolement, un faible niveau de scolarisation, le manque de soutien social etc.) contribuent à définir le niveau de santé mentale et à augmenter le niveau de stress parental. La proportion d'enfants qui développent un attachement sécurisant est plus faible dans les familles défavorisées que dans la classe moyenne de la population générale.

Les représentations mentales font référence à l'expérience de la relation que les parents ont dans leur histoire propre en tant qu'enfant et avec leurs parents. Cette expérience intériorisée est revisitée à l'occasion de l'arrivée d'un enfant. Une histoire de relation difficile, une sécurité de base insuffisante peuvent influencer négativement la sensibilité des parents et leur aptitude à développer et entretenir une relation affective avec leur enfant. Dans ces conditions, il est important d'aider les parents à récréer le plus tôt possible, c'est-à-dire dès la grossesse, une nouvelle expérience de lien avec leur enfant par la prise en compte de la dimension psychologique chez le père et la mère mais également par l'expérience d'un accompagnement de la grossesse par des professionnels qui offrent un étayage adapté aux besoins spécifiques au cours de la grossesse et après la naissance.

Le réseau social fait référence à la **relation conjugale** et au **soutien de l'entourage**. **La qualité de la relation conjugale** influence notamment la relation mère-enfant. Des études ont montré que des conflits conjugaux pendant la grossesse et après l'accouchement peuvent avoir un impact négatif sur la relation mère-enfant à 12 mois. **L'impact du soutien de l'entourage** (amis, famille, professionnels) sur le bien-être psychologique n'est plus à démontrer. Ce soutien réconforte les parents dans leur rôle de parents. Son importance est encore plus grande lorsque les parents sont inquiets face à la grossesse ou font face à des difficultés particulières avant la naissance.

2.3. Comment agir?

Investir dans la santé des jeunes enfants revient à créer des conditions favorables à la réalisation des dimensions de leur développement, le plus tôt possible, c'est-à-dire pendant la grossesse et les premières années de vie. Il y a actuellement un consensus pour estimer que les interventions au niveau de l'enfance peuvent diminuer ces inégalités sociales de santé et rompre le cercle vicieux en donnant à chaque enfant le meilleur départ possible.

2.3.1. Agir sur les déterminants des inégalités sociales de santé touchant les familles

Le cadre conceptuel de l'OMS sur les actions de réduction des inégalités sociales de santé donne un aperçu général des processus menant aux inégalités sociales de santé, et en parallèle des niveaux d'intervention possibles afin de les contrer (Solar & Irwin, 2010). Les actions du domaine de la périnatalité relèvent du niveau intermédiaire des déterminants et ne visent pas de modifications de la structure sociale et des positions socioéconomiques en tant que telles (voir figure 2 ci-dessous).

Une première catégorie d'interventions sur les déterminants intermédiaires peuvent cibler (a) **les déterminants matériels** (logement, conditions de travail, aliments, environnement physique, accès aux services …), (b) **les comportements** (alimentation, activité physique, itinéraires thérapeutiques, modes de vie, etc.) et (c) **les facteurs psychosociaux** (support social, réseau social, sécurité d'emploi, stress, etc.) de la santé et du développement, et cela de façon spécifique et adaptée aux groupes sociaux. Une deuxième catégorie d'interventions concerne les processus : **le système de santé** qui doit viser à assurer l'équité d'accès et d'utilisation des services appropriés. Les différents déterminants identifiés conditionnent les modalités macrosociologiques d'exercice de la parentalité.

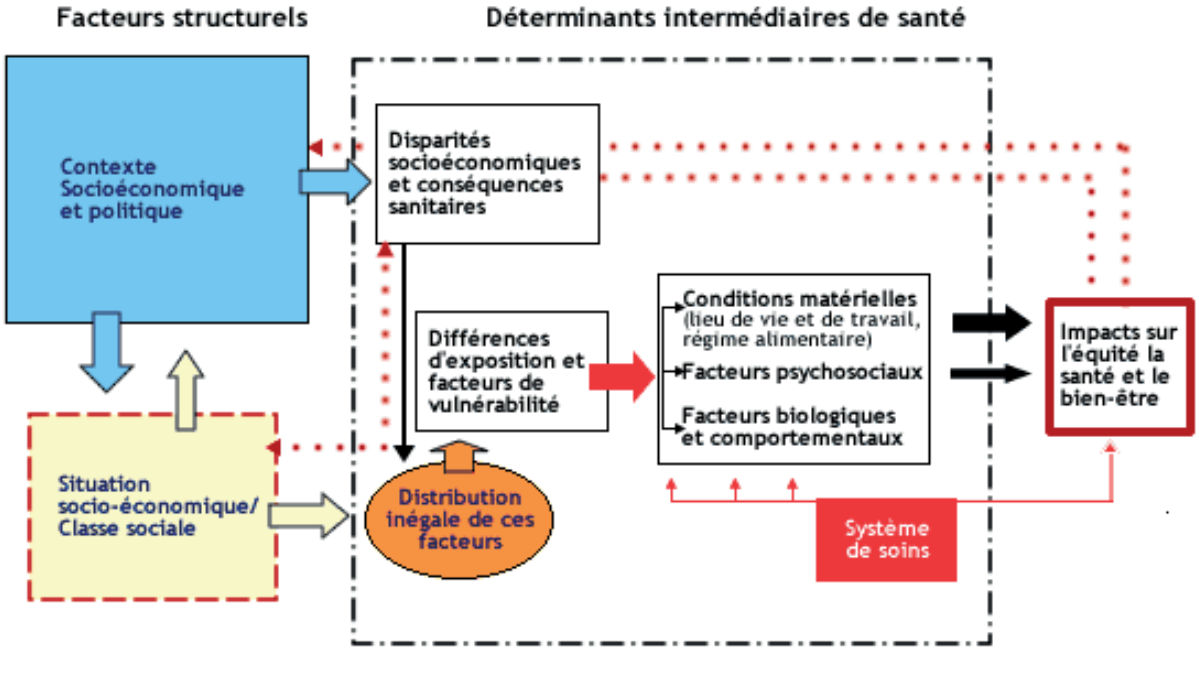

Figure 2: Les déterminants intermédiaires de la santé

(UVSQ, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Master en sciences de la santé, de l'environnement, du territoire et de la société. http://www.m2-ssents.uvsq.fr/spip.php?article798&id_mot=136 consulté le 20/08/2013)

2.3.2. Le soutien à la parentalité, ou «*améliorer concrètement la condition parentale*[4]»

Les particularités des enjeux autour de la période périnatale nous amènent également à nous tourner vers le champ du soutien à la parentalité. Plusieurs revues de littérature ont été réalisées sur les politiques et services de ce secteur et sur leurs conditions de réussite. Elles concernent les recherches réalisées au Royaume Uni ou en Amérique du Nord d'une part, en Allemagne, au Danemark, en France, en Italie et aux Pays-Bas d'autre part (Boddy et al, 2009 ; Moran, Ghate et van der Merwe, 2004). Elles ont été récemment discutées et mises en perspective par le centre d'analyse stratégique (CAS) français (Hamel et Lemoine, 2012), en particulier dans le but «*d'étudier l'impact de ces différents contextes sur la conceptualisation et la mise en œuvre des politiques de soutien à la parentalité*» (Boddy, 2012, p.51).

Bien que les politiques et programmes de soutien à la parentalité ne concernent pas souvent la période périnatale de manière spécifique, la récente mise en perspective française permet de retenir un ensemble de recommandations de bonnes pratiques. Il est intéressant de souligner néanmoins que les connaissances à ce sujet sont encore limitées, et que de nombreuses questions n'ont pas fait l'objet d'évaluations suffisantes ou restent en suspens, que ce soit pour des raisons liées aux contextes politiques ou par rapport à des contraintes scientifiques. Par exemple, les services d'accès universels sont difficiles à évaluer, de même que les effets à long terme ; la perspective propre aux enfants, le renforcement des facteurs de protection, le soutien aux deux parents ou au père, ont fait moins souvent l'objet de recherches et la diversité culturelle et sociale est moins souvent prise en compte (Moran, Ghate et van der Merwe, 2004).

Que retenir des tendances observées en Europe qui puissent nous éclairer ? Tous les pays partagent une préoccupation pour le soutien à la parentalité et privilégient une stratégie reposant sur une collaboration entre institutions, parmi lesquelles des institutions de santé, ainsi que sur des équipes pluridisciplinaires.

L'accessibilité est au centre des questionnements. Selon Boddy (2012), les services d'accès universels 'passifs', c'est-à-dire où ce sont les utilisateurs qui se déplacent dans les locaux («*come-structure*»), rencontrent plus de difficultés à impliquer les parents venant de tous les milieux sociaux. Cette observation doit cependant être nuancée. Une distinction est faite entre services généralistes et services spécialistes parmi ces services d'accès universel 'passifs'. Les premiers sont des services utilisés par tous, comme par exemple une maternité, les seconds sont spécialisés pour des questions relatives à la parentalité. Ce sont surtout ces derniers qui rencontrent des difficultés pour toucher tous les publics. Pour les premiers, dont l'utilisation est *de facto* universelle, la présence de professionnels formés susceptibles d'identifier des besoins particuliers fait la différence, et on observe peu de problèmes d'implication des parents issus de tous milieux sociaux. Les parents sont déjà là. Boddy (2012) constate néanmoins que les frontières entre ces catégories sont floues et qu'une intégration est

4 Claude Martin, in : Hamel & Lemoine, 2012, p. 50.

possible à tous les niveaux. La continuité entre services généralistes et spécialistes, par exemple sous la forme de services intégrés d'un niveau de besoin à l'autre représente une option intéressante ('services en cascade' ou 'universalisme progressif' pour reprendre l'expression anglophone).

Par contraste avec les services universels 'passifs', d'autres types de services sont qualifiés d'actifs («*go-structure*»), dans la mesure où les professionnels se rendent dans les familles. Ils semblent rencontrer plus aisément les besoins des familles très précarisées.

Sur le plan de la nature du soutien, les pays européens connaissent différentes traditions de l'action sociale. Les unes consistent à appliquer de façon descendante des programmes *'evidence based'* qui sont documentés dans la littérature. Les autres se fondent sur des approches ascendantes, accordant une place importante aux professionnels et aux savoir-faire des parents, tout en reposant sur des cadres théoriques variés, le plus souvent de la socio-pédagogie, la psychanalyse et la psychologie. Le type et le niveau de formation des professionnels sont associés à ces différentes traditions. Les programmes descendants reposent surtout sur un personnel de niveau de qualification moyen, alors que les programmes ascendants dépendent littéralement des compétences sur le terrain des professionnels, lesquels ont généralement un niveau d'étude supérieur (bachelier) et sont formés au travail sur le terrain. Le travail interinstitutionnel et pluridisciplinaire dans ce cadre nécessite également une grande variété de formation des professionnels.

Des propositions générales sur les politiques et programmes de soutien à la parentalité ont été faites suite à ces analyses comparées internationales (Hamel & Lemoine, 2012). Il s'agit de :

1. Organiser l'offre pour répondre à l'hétérogénéité des besoins sociaux et des attentes des parents. Dont :
    a. une diversité d'objectifs et de modalités d'intervention
    b. un axe de travail interinstitutionnel en équipes pluridisciplinaires
    c. un accent sur le soutien par les pairs, les parents eux-mêmes
    d. un axe d'évaluation de l'efficacité

2. Garantir une égalité d'utilisation pour tous les parents. Par exemple :
    a. en fournissant une information adéquate et adaptée, en mélangeant les publics
    b. en prenant en compte la crainte d'être stigmatisé et en prévenant ce risque
    c. en tenant compte des obstacles matériels au niveau géographique, financier et des horaires
    d. en soutenant l'articulation efficace ou l'intégration des services généralistes et spécialistes

3. Evaluer les programmes

Une publication très récente d'EUROCHILD (2012), soutenue par le programme européen PROGRESS, présente différentes initiatives d'intervention et de prévention précoces auprès des familles. Elle nous intéresse parce qu'elle procède également d'un processus de réflexion international mais qu'elle implique en outre des acteurs de terrain. A l'issue d'un processus de 5 années de réflexions et travaux en groupes de discussion internationaux, EUROCHILD propose des **principes communs** fondant des initiatives de soutien à la parentalité de bonne qualité. Il s'agit 1) d'inscrire les politiques dans le cadre de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, 2) de reconnaître et respecter la diversité culturelle et des formes familiales, 3) de respecter le droit des enfants à être entendus, 4) de développer une approche basée sur les forces et sur le non-jugement, et qui valorise *l'empowerment*[5]. Enfin, 5) les politiques doivent offrir un soutien accessible à toutes les familles qui soit non stigmatisant et garantisse d'atteindre ceux qui ont les besoins les plus importants par une stratégie en cascade passant d'un service d'accès universel à un autre d'accès ciblé *(«universalisme progressif»)*.

Eurochild souligne que ces initiatives ne représentent qu'une partie de l'ensemble des mesures qui luttent contre la pauvreté et œuvrent pour le bien-être des enfants. Cet organisme, comme d'autres (Hamel & Lemoine, 2012 ; Moran, Ghate et van der Merwe, 2004), invite à évaluer les actions en ne privilégiant pas les approches quantitatives mais par une combinaison de méthodes qui soutiennent une réflexion critique.

2.3.3. … dans la période périnatale

Le compendium publié par EUROCHILD procède à une description approfondie des projets comprenant, entre autres, l'identification du cadre conceptuel théorique, les éléments innovants, les résultats des évaluations de l'efficacité, de l'impact et du coût. Parmi les 12 projets présentés, un seul projet concerne spécifiquement la période périnatale au sens où nous l'entendons ici[6].

Dans le vade-mecum pour la période périnatale (MSSSQ, 2004) la stratégie d'action privilégiée au Canada est celle qui vise à augmenter le sentiment d'auto-efficacité du parent et à agir sur ses croyances. L'auto-efficacité du parent renvoie à sa croyance en sa capacité à prodiguer des soins de qualité à son enfant. Par exemple, des parents ayant d'importantes difficultés sur le plan socioéconomique, préoccupés par leurs propres besoins, peuvent être convaincus qu'ils sont incapables d'apporter à leur enfant l'attention et l'affection dont il a besoin, ce qui diminue leur engagement. Le système de croyances des parents, élaboré au cours de la vie, porte sur plusieurs aspects tels que les punitions corporelles, les valeurs, la conception du rôle de parent, etc. Ces croyances sont influencées

5 *C'est-à-dire «le processus d'aide à la réalisation de ce qui est en puissance chez une personne ou une communauté» (Coulon, 2012, p.25)*

6 *Il Melograno, 'accogliere la nascita' (Rome) : cible le couple mère-nouveau-né à risque social et psychologique élevé, dont le cadre théorique est constitué des théories sur l'attachement, des théories transactionnelles et du modèle écologique de Bonfenbrenner.*

par leurs propres expériences, les normes culturelles dans le milieu d'origine, la religion, l'évolution des mœurs, les difficultés socioéconomiques et le contexte général. Il est important de tenir compte de ces croyances afin d'adapter les interventions mises en place.

Les interventions visent, d'une part les dimensions de la qualité des soins, et d'autre part le bien-être psychologique des parents et la qualité de leur réseau social. Dans le cadre d'interventions dont le but est d'agir directement sur les dimensions de la qualité des soins, des activités telles que le jeu parent-enfant, la synchronie (imitation du comportement de l'enfant) ont fait leurs preuves. Elles améliorent la sensibilité maternelle et la réciprocité. Elles peuvent être réalisées en groupe ou de manière individuelle dans un endroit adapté ou au domicile des parents. Le portage du bébé permet d'augmenter la proximité physique entre le parent et l'enfant. Des activités visant à améliorer les connaissances des parents sur les éléments du développement de l'enfant sont également à envisager.

3. CHAMP DE L'ÉTUDE ET MÉTHODES

L'identification des programmes et des services répondant aux besoins 'périnataux' des femmes enceintes, des parturientes, des parents de nourrissons et des très jeunes enfants présente une difficulté méthodologique. En effet, seule une partie des services est connue *a priori.* Ce sont d'une part les services mis en place par l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) en Fédération Wallonie Bruxelles et par le Dienst für Kind und Familie (DKF) en Communauté germanophone et d'autre part les maternités. Ces services ne sont cependant pas les seuls à répondre à des besoins sociaux, économiques, sanitaires ou psychosociaux particuliers dans cette population. Le cadre théorique qui précède implique en effet une définition *élargie* du 'champ périnatal'. D'autres services et interventions doivent donc être intégrés dans l'étude, constituant le 'champ élargi' de l'étude.

L'identification et l'analyse des activités des services répondant aux besoins 'périnataux' s'est donc réalisée différemment selon le champ auquel ils appartiennent (le champ *a priori* et le champ *élargi*), en fonction des objectifs et des éléments favorisant leur mise en œuvre[7]. La figure présentée ci-après (figure 3) vise à expliciter les méthodes, qualitatives et quantitatives, mobilisées afin d'approcher cette diversité de services.

7 Les méthodes mobilisées dans le cadre de la réalisation de la recherche sont décrites plus en détail en annexe 1 au présent document.

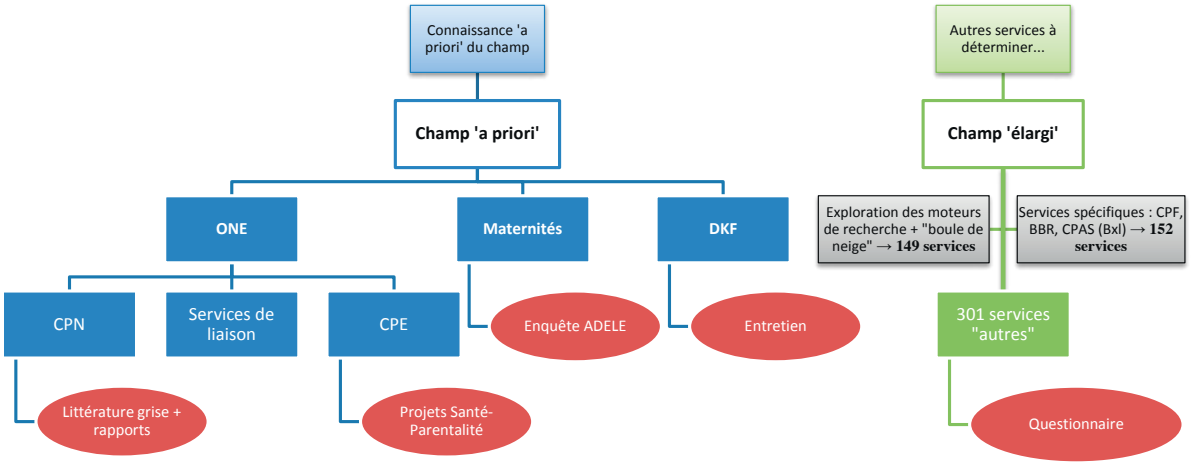

Figure 3 : Procédures méthodologiques visant à identifier et connaître les services 'périnataux'

Les services du champ *a priori* ont été analysés, à travers la littérature et l'analyse d'un échantillon de projets santé parentalité pour le CPE, uniquement via la littérature pour les CPN et les services de liaison, le DKF a fait l'objet d'un entretien spécifique. Quant aux maternités, les informations ont été récoltées par questionnaire en partenariat avec l'enquête ADELE[8].

Pour le champ *élargi*, tous les services identifiés, par boule de neige ou via la littérature et les moteurs de recherche internet, comme ayant des activités périnatales (donc touchant des femmes enceintes, des parturientes, des parents de nourrissons et/ou des très jeunes enfants) et semblant avoir des bénéficiaires en situation de vulnérabilité (149 structures), ont reçu un questionnaire[9] visant à décrire leur population et leurs activités. Ce même questionnaire a également été envoyé à des structures spécifiques telles que l'ensemble des centres de planning familial, des bébés rencontre et des CPAS de Bruxelles (ceux de Wallonie ayant été contactés par un autre biais). 301 structures ont été contactées au total et 132 ont répondu au questionnaire. 92 structures (70%) avaient bien une action envers des femmes enceintes, des jeunes mères et/ou des enfants de moins de un an, dont 88 avaient des bénéficiaires rencontrant des situations de vulnérabilité. Parmi les répondants, 71 structures agissant dans le domaine de la périnatalité ont mis en place des activités pour les bénéficiaires vulnérables ou leur sont intégralement dédiées. Nous présentons ci-après (tableau 1) la ventilation géographique des structures ayant répondu au questionnaire et qui ont bien une action en

8 *Recherche ADELE financée par l'ONE, 2012-2013. Question n° 18 : Avez-vous mis en place une initiative ou une organisation de travail particulière pour les patientes vivant en situation de grande précarité (socioéconomique et/ou psychosociale) ? oui - non ; Si oui, pouvez-vous la décrire ?*

9 *Ce questionnaire est présenté en annexe 2 au présent document.*

périnatalité (colonne 'Tous répondants') et, parmi celles-ci, de celles ayant mis en place un projet spécifique envers les publics vulnérables (colonne 'Avec projet spécifique')[10].

Tableau 1: Ventilation géographique des répondants au questionnaire (avec action en périnatalité et avec projet spécifique envers les publics vulnérables)

Questionnaire 1: «Oui»	Avec projet spécifique		Tous répondants	
Province	**Fréquence**	**%**	**Fréquence**	**%**
Bruxelles	21	32,31%	27	31,03%
Brabant wallon	**4**	6,15%	10	11,49%
Liège	14	21,54%	18	20,69%
Namur	7	10,77%	9	10,34%
Hainaut	15	23,08%	18	20,69%
Luxembourg	4	6,15%	5	5,75%
Total	65	100,00%	87	100,00%

Ne connaissant pas le nombre exact de services entrant dans le champ, il n'est pas possible de discuter de la représentativité statistique de cet échantillon et les conclusions qui peuvent en être tirées sont donc par nature limitées. Nous avons adopté une approche qualitative en incluant tous ces types de structures dans notre recherche.

Une deuxième phase a permis d'approfondir les résultats des questionnaires et de mieux comprendre les activités en réalisant des visites, des entretiens ainsi que deux séances de discussion en groupe avec des professionnels du domaine, à Namur et Bruxelles.

10 Cinq structures des 92 concernées n'ont pas indiqué leur code postal ni ville d'implantation et ne sont donc pas présentées dans ces résultats.

4. APPROCHE CARTOGRAPHIQUE DES BESOINS DES FAMILLES : OÙ AGIR ?

Maintenant que nous avons défini *pourquoi*, *sur quelles bases* et *comment agir* afin d'aider au développement de l'enfant, se pose une quatrième question : où agir ? Dans ce cadre, cette partie vise à évaluer la dispersion géographique, en Région bruxelloise et en Région wallonne, des besoins autour de la naissance. Les indicateurs présentés ci-après ont été sélectionnés sur base de leur pertinence, c'est-à-dire leur capacité à fournir une information utile pour le sujet, et de leur disponibilité sous forme de cartes.

Evaluer des besoins signifie «a*u niveau de la population, [c'est] un processus qui vise à identifier les personnes qui devraient bénéficier d'un traitement ou d'une prévention particulière.*» (EHESP-BDSP, s.d.). La question de la définition des besoins de toutes les familles, mais également des familles 'vulnérables' se pose dès lors.

De manière générale, quelles que soient les ressources dont on dispose, la naissance d'un enfant demande d'avoir accès à certains services, lors de la grossesse, à la naissance et lors de la toute petite enfance. Il s'agit de garantir à tout un chacun le bon déroulement de ces moments de vie, à travers des actes préventifs et curatifs, relevant des domaines médicaux, sociaux et psychologiques.

- **Nous présentons dans ce cadre deux indicateurs : (a) le nombre d'enfants de moins de quatre ans (par commune) et (b) la part des 0-4 ans au sein de la population générale (par commune).**

Les parties qui précèdent nous permettent de proposer quelques éléments d'identification des *familles défavorisées belges ou d'origine étrangère* qui font l'objet de la recherche. Ces sont des familles bénéficiant de moins de facteurs positifs et de protection, tout en étant davantage soumises à différents facteurs de risque. Elles sont **davantage vulnérables** de par leurs milieux de vie et les interrelations entre ceux-ci, leurs ressources, leurs états de santé.

Les facteurs suivants ont été identifiés comme marquant la 'vulnérabilité' des familles dans le cadre de la naissance d'un enfant.

Leur identification a été réalisée à travers la littérature et également lors de contacts avec des acteurs de domaine.

Nous les avons regroupées en quatre catégories :

1) vulnérabilité des familles sur le plan socioéconomique : logement, niveau de scolarisation, revenu, jeune âge de la mère, séjour illégal, autres
2) vulnérabilité du fait du parcours de vie ou mode de vie des parents : primo-arrivants, isolement social, alcoolisme, toxicomanie, prostitution connue, problèmes judiciaires, autres
3) vulnérabilité pour des raisons de santé touchant la mère : maladie chronique, handicap, problème de santé mentale, autres
4) vulnérabilité pour des raisons de santé touchant l'enfant : handicap, problème de santé, victime de négligence, victime de maltraitance, autres

- **Ne pouvant aborder toutes ces dimensions de façon cartographique, nous présentons 3 indicateurs permettant d'observer les besoins des familles vulnérables : (a) un indicateur de santé périnatale, le pourcentage de petits poids de naissance, et (b) un indicateur de conditions de vie, le revenu moyen par déclaration fiscale. Nous présentons par ailleurs un deuxième indicateur de conditions de vie pour la Wallonie uniquement : l'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux.**

4.1. Les besoins périnataux de manière générale

Les deux cartes ci-dessous visent à rendre compte de cet aspect «besoins» globaux à travers l'observation de la répartition géographique des jeunes enfants au sein de la population. La première présente le nombre d'enfants de moins de 4 ans par commune.

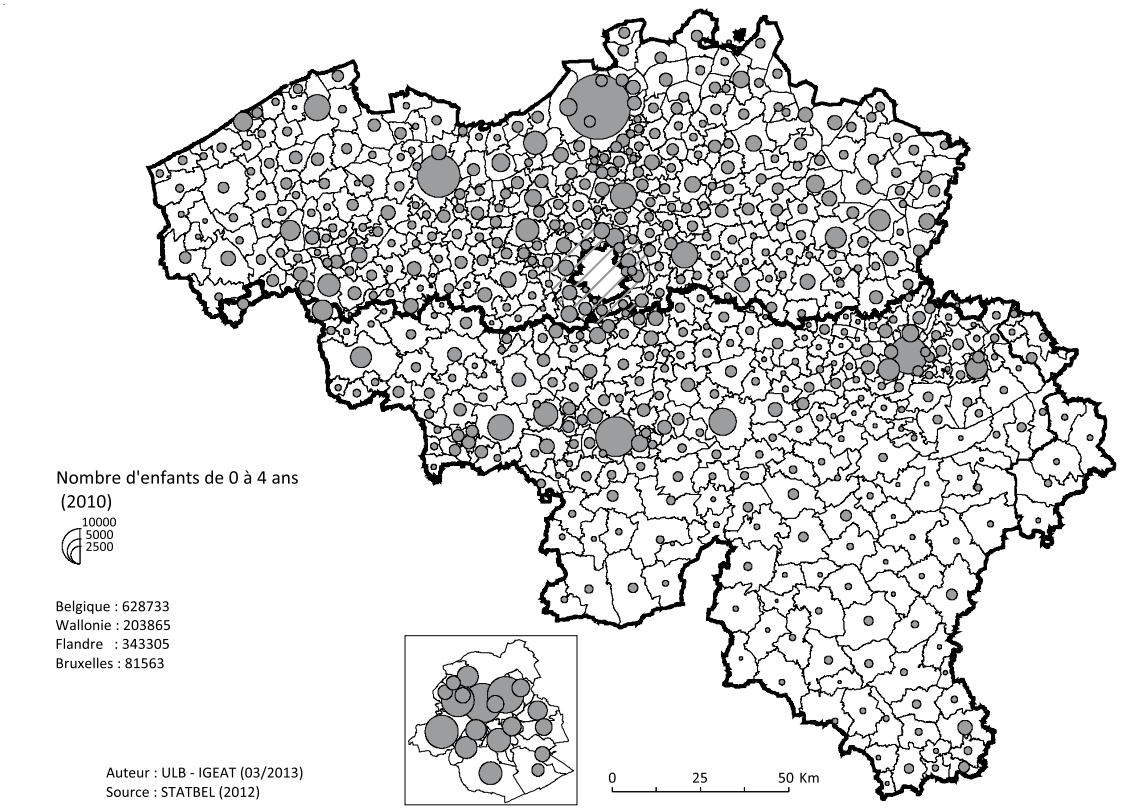

Figure 4 : Nombre d'enfants de moins de 4 ans par commune

Les villes, avec une densité de population plus élevée caractéristique des zones urbaines, se démarquent clairement. Cette carte nous permet d'observer les lieux où le plus d'enfants résident, et par conséquent où les services universels devraient se situer et en quelle proportion.

La seconde (ci-dessous) présente la part que représentent les enfants de moins de 4 ans par rapport à la population de la commune. Nous pouvons ainsi observer où s'installent et vivent les familles avec jeunes enfants. Le nord-est de la Région bruxelloise connaît une grande proportion de jeunes enfants. Les jeunes familles semblent également s'installer en périphérie de certaines villes, dans le sud du Brabant wallon pour Bruxelles, autour de Namur et dans la province de Luxembourg (particulièrement à proximité de la frontière luxembourgeoise et de Luxembourg-ville). Néanmoins, en regard de la carte précédente, cette forte proportion de jeunes enfants s'observe sur des zones ayant un relativement faible nombre d'enfants.

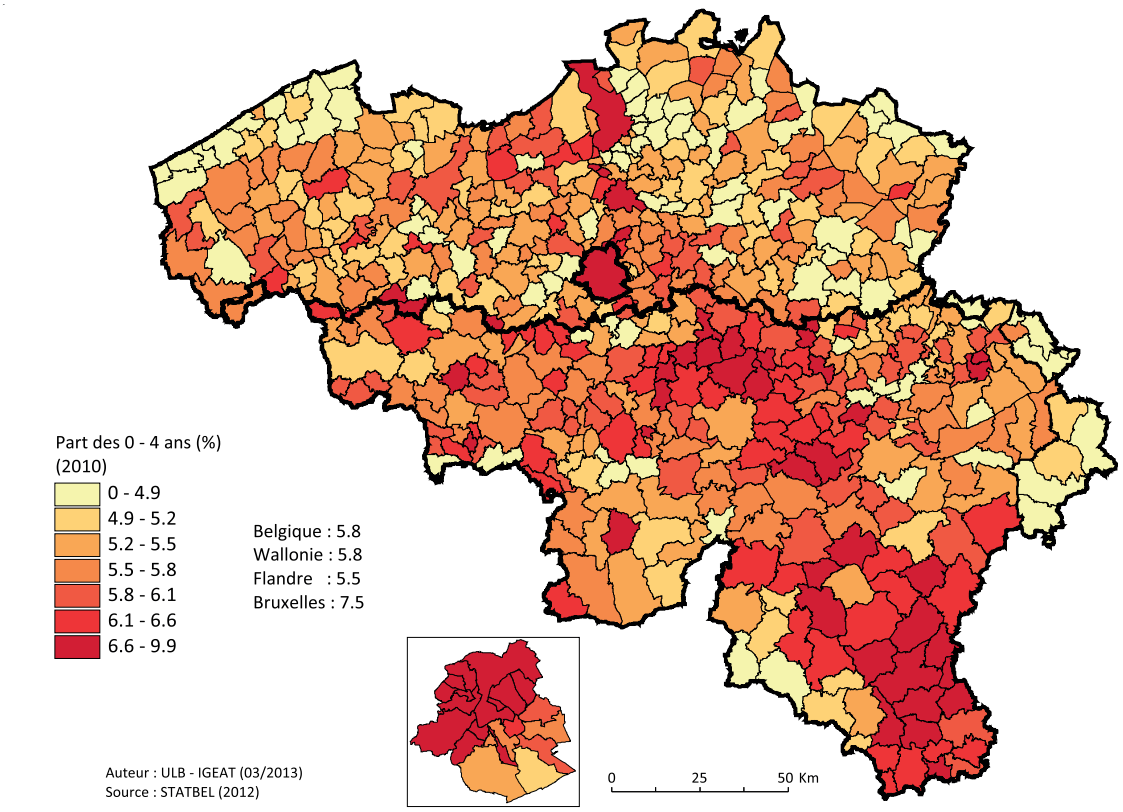

Figure 5 : Part des 0-4 ans par rapport à la population générale par commune

4.2. Les besoins périnataux – focus sur les familles 'vulnérables'

4.2.1. Un indicateur de santé périnatale : les petits poids de naissance

Le premier indicateur des besoins des familles «vulnérables», le pourcentage de petits poids de naissance, est un indicateur de santé périnatale.

L'Organisation mondiale de la Santé définit le petit poids de naissance comme un poids de naissance inférieur à 2.500 g. Il constitue un important indicateur de santé publique puisqu'il y a une forte association entre le petit poids de naissance et la mortalité et morbidité périnatale et infantile. De plus, le petit poids de naissance a des conséquences concernant le développement de l'enfant et son état de santé. Ces enfants ont plus de risques de souffrir de troubles de l'apprentissage et de handicap (déficiences auditives et visuelles). Un petit poids de naissance est par ailleurs associé à une plus grande prévalence de maladies cardiovasculaires, d'obésité et de diabète, d'asthme et de problèmes respiratoires chroniques à l'âge adulte.

Les causes directes d'un petit poids de naissance sont un retard de croissance intra-utérine ou une naissance prématurée. Notons qu'une partie de la variabilité du poids de naissance est à attribuer aux

caractéristiques physiques (génétiques) de la population ; le risque de mortalité associé à un petit poids de naissance varie en effet en fonction du pays étudié.

De nombreux facteurs de risques du petit poids de naissance ont été mis en évidence (EURO-PERISTAT Project, 2008 ; Haelterman et al, 2007 ; Jen, s.d. ; MSSLDO, 2009 ; OCDE, 2009) :

- Un désavantage socioéconomique (environnement de bas statut socioéconomique parental ou d'appartenance à une minorité ethnique). La prévalence de petit poids de naissance est plus élevée parmi les populations défavorisées
- La mauvaise santé et la malnutrition des femmes pendant la grossesse, dont un faible indice de masse corporelle
- Les comportements nocifs comme la consommation de tabac, l'abus d'alcool, l'usage de drogue et une mauvaise nutrition pendant la grossesse
- Les mauvais traitements pendant la grossesse
- Le fait d'être une mère adolescente
- La grossesse multiple
- La fécondation in vitro.

Ces divers facteurs de risques peuvent par ailleurs se cumuler et se renforcer mutuellement.

La carte présente la proportion, par arrondissement administratif, des petits poids de naissance en 2010. Les données mobilisées sont extraites des avis de naissance de la Banque de Données Médico-Sociales ; elles concernent dès lors les naissances «de droit» (et non «de fait»), selon la résidence de la mère (en Fédération Wallonie-Bruxelles).

Répartition par arrondissement de Bruxelles et Wallonie des petits poids de naissance

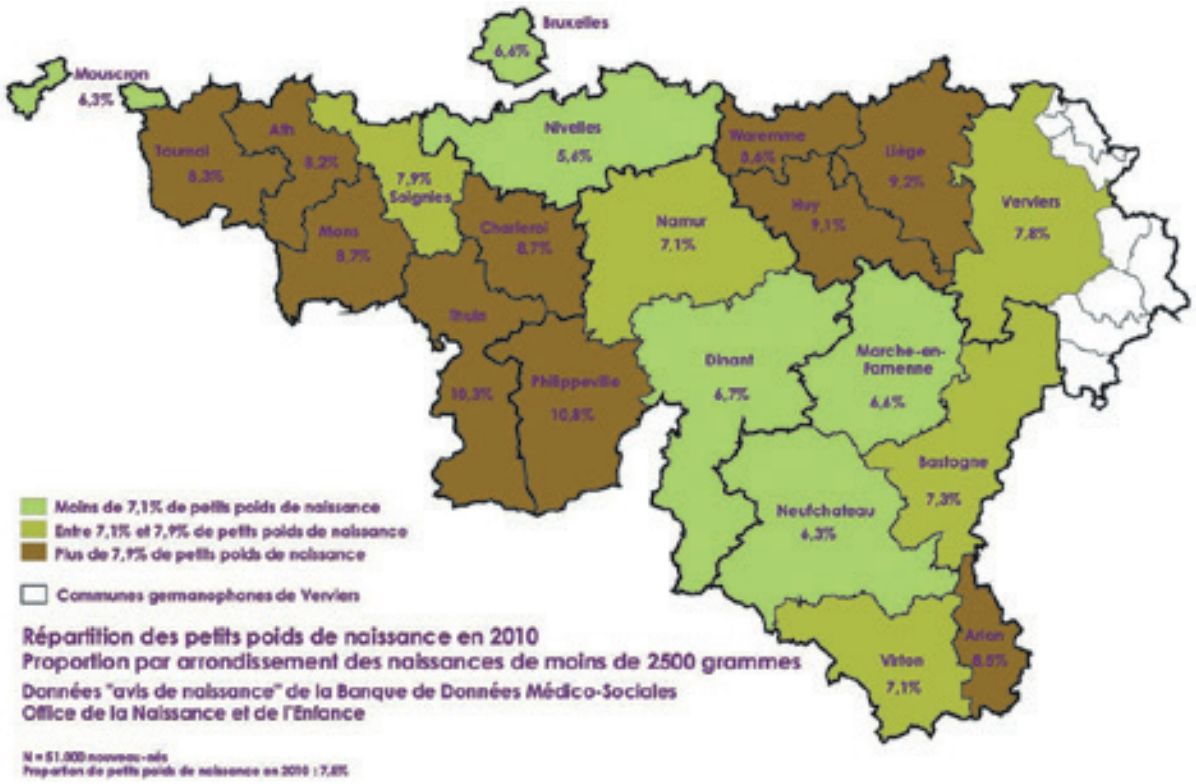

Figure 6 : Petits poids de naissance par arrondissement (Bruxelles et Wallonie ; Repris de ONE, 2012b, p.51)

La carte ci-dessus nous permet d'observer une grande proportion de petits poids de naissance dans les provinces de Hainaut et Liège, ainsi que dans l'arrondissement d'Arlon (province de Luxembourg). Selon les données de l'ONE, la survenue de PPN est corrélée au niveau d'instruction de la mère, à sa situation d'emploi et au fait d'être primo-arrivante depuis peu de temps en Belgique. Ces mêmes corrélations peuvent également être observées pour la proportion de prématurité, un autre indicateur de santé périnatale (ONE, 2012).

4.2.2. Indicateurs des conditions de vie

Le caractère vulnérable des familles peut d'autre part être observé sur base de leurs conditions de vie. Seuls un indicateur commun à la Région bruxelloise et à la Région wallonne (francophone et germanophone), et représenté sous forme de carte, a pu être identifié : le revenu moyen par déclaration fiscale. Néanmoins, les cartes ayant été réalisées par deux instituts différents (Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse – IBSA – pour Bruxelles et l'Institut Wallon d'Evaluation, de la Prospective et de

la Statistique – IWEPS – pour la Wallonie), certaines différences de calcul et de présentations subsistent entre elles. Les chiffres sont par ailleurs présentés au niveau communal pour la Wallonie et au niveau des «quartiers» pour Bruxelles.

Le revenu moyen par déclaration fiscale

Le revenu des ménages permet d'approcher le pouvoir d'achat des ménages, et par conséquent leur capacité à accéder à un ensemble de biens et services. Le revenu moyen par déclaration fiscale permet d'approcher le revenu des ménages présents dans cette zone, mais présente néanmoins des limites importantes (IBSA-Monitoring des quartiers, s.d). D'une part, se basant uniquement sur les ménages imposés, il ne permet pas de prendre en compte les ménages non-imposés car à très faibles revenus ou suivant leur composition familiale particulière, ni certains hauts revenus ayant un système d'imposition particulier (i.e. les hauts fonctionnaires européens à Bruxelles par exemple). De plus, la moyenne est une mesure fortement influencée par les valeurs extrêmes. Il serait préférable, afin de contrer cette influence des valeurs extrêmes, d'utiliser le revenu médian par déclaration fiscale. Cet indicateur n'a malheureusement pas pu être trouvé sous forme cartographique pour les régions bruxelloise et wallonne.

Les cartes pour Bruxelles et pour la Wallonie sont présentées ci-après dans les deux cas les couleurs les plus claires correspondent aux revenus les plus bas. En Wallonie, on observe facilement un haut revenu moyen par déclaration fiscale dans la province du Brabant wallon et dans le sud de la province de Luxembourg. Certaines zones caractéristiques de la pauvreté en Wallonie sont aisément identifiables : Verviers et le bassin industriel de Liège, la ligne du Hainaut passant par Charleroi, La Louvière et se prolongeant à l'est de Mons, ainsi que le sud de l'Entre-Sambre-et-Meuse. A Bruxelles, le croissant de pauvreté est identifiable ; l'indicateur présente une configuration habituelle d'inégalité entre le centre de Bruxelles, l'axe Nord-Sud autour du canal marqué par de mauvaises conditions socioéconomiques, et les communes les plus en périphérie de Bruxelles, particulièrement au Sud-Est et au Nord-Ouest.

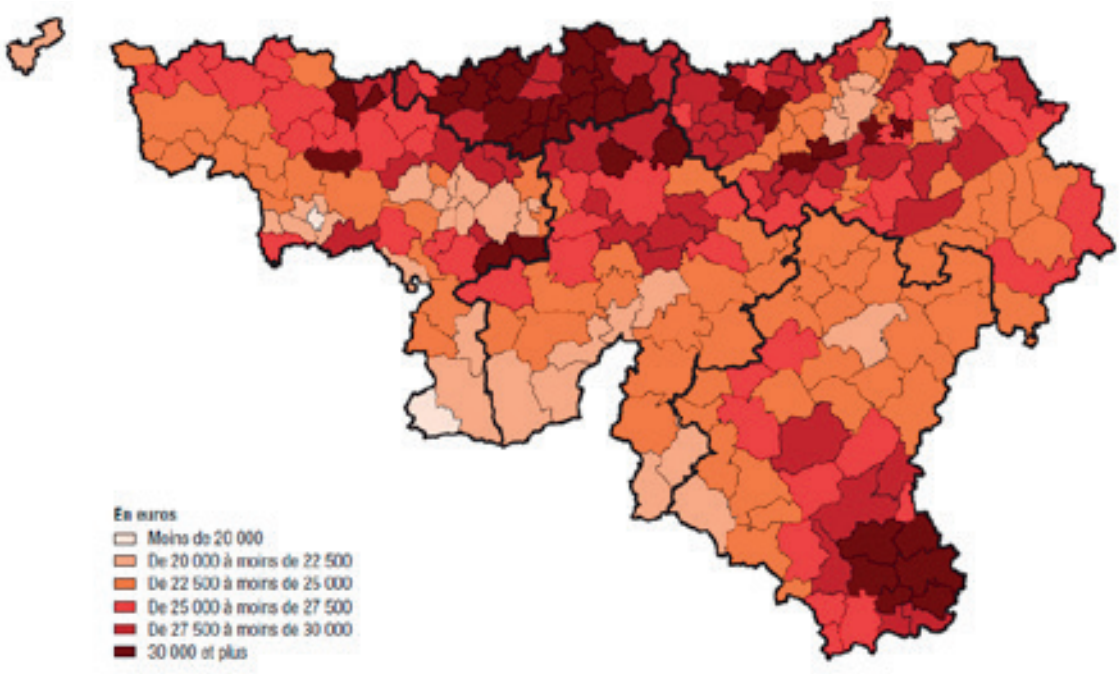

Figure 7 : Revenu moyen par déclaration fiscale par commune – Wallonie (repris de IWEPS, 2012, p. 88)

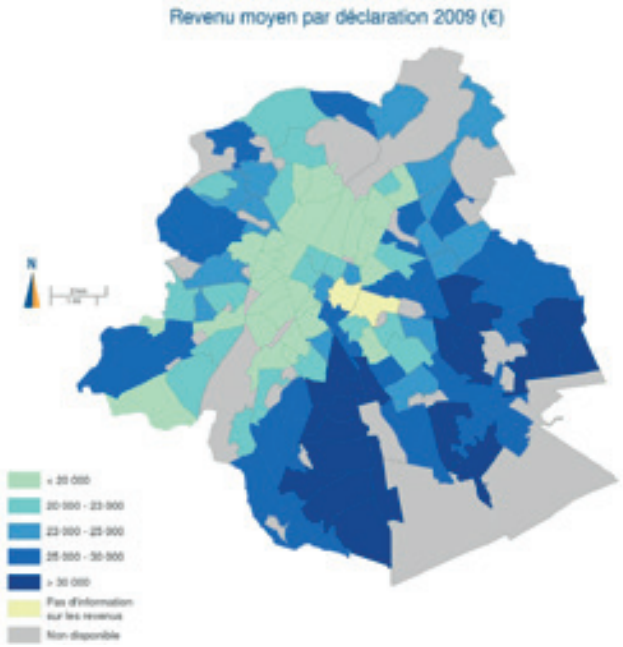

Figure 8 : Revenu moyen par déclaration fiscale par quartier – Bruxelles (créé à partir du site https://monitoringdesquartiers.irisnet.be/)

L'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux (Wallonie uniquement)

L'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux a été mis en place par l'IWEPS afin de mesurer le niveau de cohésion sociale de chaque commune wallonne (IWEPS, 2008). Cet indicateur rend compte de l'accès de la population de la commune à 6 droits fondamentaux tout en intégrant un facteur de risques par rapport au maintien de la cohésion sociale sur le territoire de la commune.

Chacun des six droits fondamentaux est approché via des indicateurs sélectionnés en raison de leur pertinence, leur représentativité, leur existence et leur disponibilité au niveau communal. Par ailleurs, l'observation de la proportion de trois populations spécifiques permet d'approcher un «facteur de risque du maintien de la cohésion sociale» (une trop grande concentration de ces populations spécifiques caractérise une zone avec un risque de diminution de la cohésion sociale). Un indice (compris entre 0 et 1) est calculé sur cette base pour chacun des droits ainsi que pour le facteur de risque de maintien de la cohésion sociale. Ces sept indices sont ensuite normalisés afin de permettre la comparaison entre communes et par rapport à la moyenne régionale. La somme de ces 7 indices permet d'obtenir l'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux.

Nous reprenons ci-dessous brièvement les indicateurs constitutifs de l'indicateur synthétique.

Dimensions	Indicateurs constitutifs
1) Le droit à un revenu digne ➔ Indice normalisé 1	1.1) Taux de bénéficiaires de l'aide sociale 1.2) Indicateur composite de revenu : moyenne du revenu fiscal médian et du taux de faibles revenus 1.3) Taux de bas salaires
2) Le droit à la protection de la santé et à l'aide sociale et médicale ➔ Indice normalisé 2	2.1) Espérance de vie à la naissance 2.2) Handicap et maladie de longue durée 2.3) Maladies professionnelles
3) Le droit à un logement décent et à un environnement sain ➔ Indice normalisé 3	3.1) Logements de qualité insuffisante 3.2) Indicateur composite de l'appréciation de l'environnement immédiat du logement (appréciations de la tranquillité, de la qualité de l'air, de la propreté et de l'aspect esthétique des constructions, de l'environnement résidentiel) 3.3) Logement dans une roulotte ou dans une caravane 3.4) Locataires sociaux
4) Le droit au travail ➔ Indice normalisé 4	4.1) Taux de réserve de main-d'œuvre 4.2) Taux de chômage de très longue durée
5) Le droit à la formation ➔ Indice normalisé 5	5.1) Taux de faiblement diplômés
6) Le droit à l'épanouissement culturel et social ➔ Indice normalisé 6	6.1) Indicateur composite de fracture numérique 6.2) Taux de désaffection électorale

Facteurs de risque du maintien de la cohésion sociale ➔ Indice normalisé 7	a) Taux de ménages monoparentaux b) Taux d'isolés parmi les 65 ans et plus c) Demandeurs d'asile

Indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux = somme Indices normalisés 1 à 7

Cet indicateur synthétique nous permet d'approcher un ensemble de dimensions marquant l'environnement social de vie des personnes. En approchant des aspects tant économiques (revenu, travail) que socio-sanitaires (protection de la santé et aide sociale et médicale) ou relatifs à l'environnement de vie (logement décent et environnement sain), il permet d'approcher un ensemble de situations qui caractérisent la vulnérabilité (au sens large) des familles. Il permet en effet de sortir d'une approche strictement basée sur les revenus des ménages, en envisageant de manière globale les ressources de tous types auxquelles ils ont accès.

La carte ci-dessous présente les résultats du calcul de cet indicateur en 2008. Remarquons que les chiffres sont à lire «à l'envers» ; plus l'indicateur est bas («froid», bleu), plus haut sont l'accès aux droits fondamentaux dans la commune. Inversement, les zones les plus «chaudes» (rouges) présentent l'indice synthétique le plus élevé et l'accès le plus limité aux droits fondamentaux, le zéro représentant la moyenne régionale.

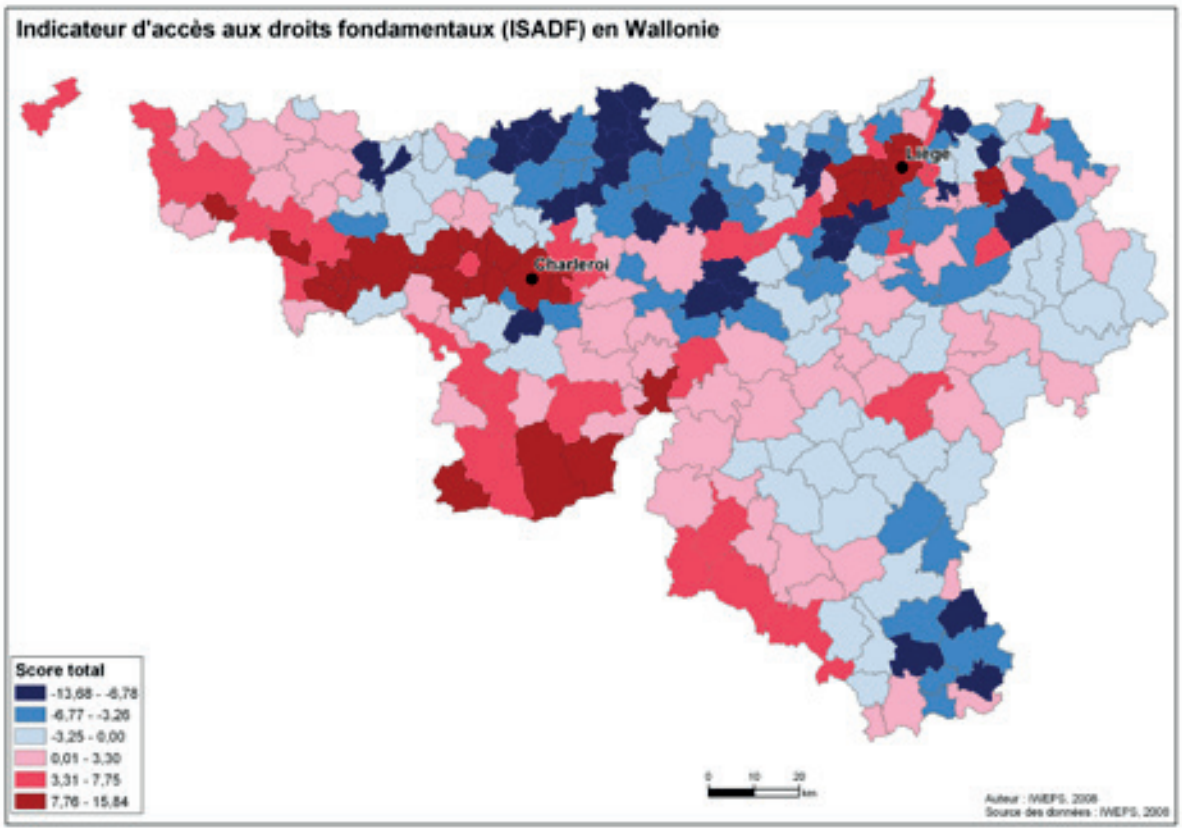

Figure 9 : Indicateur d'accès aux droits fondamentaux en Wallonie (repris de IWEPS, 2008).

La dorsale wallonne apparaît clairement comme caractérisée d'un faible niveau de cohésion sociale. Il en est de même concernant le sud des provinces du Hainaut et de Namur, ainsi que la frontière française de la province de Luxembourg. La province de Liège présente de forts contrastes en son sein. La Province du Brabant wallon présente globalement un bon niveau d'accès aux droits fondamentaux, ainsi que les communes voisines de Namur et le Sud-Est de la province de Luxembourg.

5. L'OFFRE DE SOUTIEN PÉRINATAL : QUI AGIT ET COMMENT ?

5.1. Le champ des services périnataux connu a priori

Comme expliqué précédemment, un ensemble de services ont été identifiés comme ayant tous, par définition, une action de soutien envers les femmes enceintes, les jeunes mères (ou familles) et les enfants de moins de un an. Les consultations prénatales, les consultations pour enfants et les maternités (ainsi que les services de liaison de l'ONE présents en leur sein) représentent ces services de base pour la période périnatale (au sens où nous l'entendons dans ce rapport).

Les consultations prénatales (CPN) et les consultations pour enfants (CPE) sont mises en place par l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) et par le Dienst für Kind und Familie (DKF) en Communauté germanophone. Pour l'ONE, les consultations résultent du programme de mise en œuvre de sa mission 'accompagnement'. En Communauté germanophone elles sont mises en place par le Ministère de la Communauté germanophone. Pour ce qui concerne les accouchements, la quasi-totalité des femmes enceintes accouchent dans une maternité (99,5% à Bruxelles (Leroy et al., 2012a) et 99,38% en Wallonie (Leroy et al., 2012b). En outre, des services de liaison de l'ONE sont présents dans 47 maternités sur 48 de la FWB ; leurs travailleurs médico-sociaux (TMS) prennent contact avec les accouchées et font le relais avec le TMS du secteur du domicile de l'enfant.

Nous présentons ces services dans l'ordre suivant : les services mis en place par l'ONE (CPN et CPE), l'action du DKF et enfin les maternités.

5.1.1. Les services de l'ONE : accompagnement et accueil

L'ONE a comme mission de service public «*l'accompagnement de l'enfant dans et en relation avec son milieu familial et son environnement social*», laquelle se réalise via «*l'organisation de consultations prénatales, l'organisation de consultations pour enfants, l'organisation du suivi à domicile et le suivi des équipes SOS-Enfants conventionnées avec l'ONE*» (Décret ONE, Art.2, 2002). De plus, l'ONE est chargé de «*l'accueil de l'enfant en dehors de son milieu familial*» (Décret ONE, Art.2, 2002).

En parallèle de ces deux grandes missions d'Accompagnement et d'Accueil, l'ONE a comme missions transversales : «*(1) le soutien à la parentalité, (2) la promotion de la santé et l'éducation à celle-ci, (3) la promotion de la formation continue des acteurs des politiques de l'enfance, (4) l'accompagnement et l'évaluation du travail des acteurs locaux, (5) l'information des parents et des futurs parents et (6) la réalisation […] de recherche et la constitution d'une documentation dans toutes les disciplines en lien avec ses missions de service public […]*» (Décret ONE, Art.2, 2002).

Les services mis en place par l'ONE dans le cadre de sa mission d'accompagnement sont des services qualifiés d'universels, accessibles gratuitement à toute la population.

5.1.1.1. Les consultations prénatales

De manière générale : missions et organisation

La consultation prénatale offre des consultations pour les futures mères, des visites à domicile, ainsi qu'une permanence et un local pour mener des entretiens ou réaliser des activités collectives par exemple en matière d'information. Elle couvre plusieurs dimensions, tout d'abord l'intégration de soins préventifs et curatifs, permettant de réduire la morbidité et mortalité de la mère et de l'enfant, mais également des dimensions psychologiques et sociales [Alexander et al ,2009].

«La surveillance de la santé périnatale vise l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des mères et des nourrissons et la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile. Cet objectif est décliné en actions qui consistent à :

- *favoriser l'évolution harmonieuse de la grossesse et de la santé des femmes enceintes, préparer les futures mères qui le souhaitent à l'allaitement maternel ;*
- *réduire la mortinatalité, la mortalité périnatale et la mortalité infantile ;*
- *lutter contre la morbidité néonatale et, d'une façon générale, contre toutes les complications de la grossesse et de l'accouchement qui pourraient affecter la santé de l'enfant et/ou de sa mère ;*
- *dépister en temps opportun et prévenir de façon adéquate les risques de prématurité ;*
- *fournir à la population des informations concernant la parentalité responsable, et soutenir la parentalité globalement ;*
- *être un lieu d'échanges, d'écoute et de dialogue.» [ONE, 2012a]*

En 2011 (données les plus récentes) il y avait 43 structures de consultations prénatales de l'ONE, organisées selon 2 types : 26 en milieu hospitalier et 17 dans les consultations de quartier. Sur les 15 dernières années, on observe une diminution du nombre de consultations de quartier d'environ 50% et une augmentation des consultations hospitalière de près d'un quart. La demande de consultation

hospitalière est en constante augmentation, alors que les nouvelles inscrites dans les consultations de quartier diminuent (ONE, 2012a).

Sur le plan de l'accompagnement et du soutien des femmes enceintes, les consultations prénatales de l'ONE sont en cours de réforme depuis plusieurs années. Le constat actuel est que la couverture augmente alors que le nombre de naissances est croissant, ce qui signifie que ces services rencontrent quantitativement une demande croissante. On constate également que la population couverte est moins favorisée que la population générale au niveau socioéconomique.

Pour l'avenir, il est notamment prévu l'élaboration d'un projet d'accompagnement périnatal (PAP) par les acteurs de la consultation (médecins, sages-femmes, TMS) et l'échelonnement de l'accompagnement sur 2 niveaux, un service de base et un suivi renforcé, comme dans les CPE, ainsi que l'organisation de la continuité des consultations prénatales – service de liaison – consultations pour enfant.

Activités de soutien des familles vulnérables

Notre recherche n'a pu développer de collecte de données nouvelles en la matière (cfr annexe 1), mais nous avons procédé à une analyse de documents principalement produits par l'ONE.

Le Contrat de gestion de l'ONE 2008-2012 (2009), dans ses considérations, énonce que «l*'Office accorde une attention soutenue aux futures mères ne disposant* ***pas de couverture sociale*** *ou de* ***moyens financiers suffisants*** *pour assurer le suivi de leur grossesse, ainsi qu'aux futures mères confrontées à une* ***vulnérabilité particulière****, tout en tenant compte de leurs attentes*». *Les CPN sont indiquées comme se situant majoritairement dans des* «***zones précarisées***». *Le public des CPN est également envisagé : «Les CPN sont fréquentées en grande partie par des* ***populations en situation difficile*** *ainsi que par des personnes ne disposant* ***d'aucune couverture sociale*** *ou encore par des* ***mères adolescentes.*** […] *D'une manière générale, les situations rencontrées deviennent plus lourdes et les populations prises en charge semblent être* ***plus isolées*** *et confrontées à des* ***situations de précarité complexes et multiformes****. […]*»

Le Contrat de gestion stipule par après que l'ONE doit «*augmenter le pourcentage de grossesses suivies dans les consultations prénatales situées dans* ***les zones à discrimination positive***», et, qu' *«à cette fin, l'Office détermine sur base de données et de critères objectifs, les zones concernées de manière à* ***toucher prioritairement les populations précarisées et celles ne disposant pas de sécurité sociale.***»

Dans ce cadre, une recherche action menée auprès de 6 CPN contrastées a mis en évidence que les modes de fonctionnement différaient entre les consultations aussi bien en ce qui concerne l'organisation de l'accueil du public, que l'organisation entre les médecins et les TMS, l'utilisation des outils pédagogiques, l'organisation des visites à domicile (toujours proposées mais réalisées de manière très variable ; ONE, 2012). Ces différences semblent plus venir «*de l'organisation, de la taille, de la structure même de la CPN (intra-hospitalier/extrahospitalier) et des TMS elles-mêmes par leur propre approche et vision du 'métier TMS', que des spécificités du public et de ses besoins*» (ONE, 2012c, p. 36).

Parmi les recommandations formulées par cette recherche action, épinglons celles d' «*encourager et de permettre des partenariats avec d'autres acteurs de la périnatalité : les CPE, les médecins généralistes, les asbl de soutien à la parentalité dans la période périnatale*» et, en particulier, de développer «*des partenariats avec les autres acteurs psycho-médico-sociaux qui aident les personnes en situation de précarité et visent un égal accès aux droits : collectifs, associations centres de santé mentale, planning familial, CPAS…*» (ONE, 2012c, p. 45).

Ces recommandations rejoignent un point du Contrat de gestion 2008-2012 (2009), qui indique que «*le Gouvernement, en concertation avec l'Office, prend tout contact utile avec les gouvernements régionaux, en vue de renforcer la collaboration avec les CPAS et d'assurer ainsi la prise en charge des frais liés au suivi de grossesse pour les* ***mères en situation de précarité****. Pour des populations ne disposant* ***pas de sécurité sociale****, le Gouvernement, avec l'appui de l'Office, prendra contact avec le gouvernement fédéral […]*.»

L'accessibilité géographique

Le rapport d'activité de l'ONE (2011) fait état d'une répartition très inégale des 43 consultations prénatales : il n'y a qu'une seule consultation dans le Brabant wallon, aucune dans la région du Luxembourg, 4 dans la province de Namur (couverture par rapport aux naissances d'environ 15%), 6 dans la province de Liège (couverture par rapport aux naissances d'environ 18%) ; celles-ci sont principalement situées dans le Hainaut (18 consultations, couverture par rapport aux naissances d'environ 40%) et à Bruxelles (14 consultations couverture par rapport aux naissances d'environ 40%). Les deux provinces où la couverture est plus favorable correspondent aux priorités identifiées lors de la description de la géographie des besoins sociaux (cf 4. Les besoins). Une plateforme a été établie en province de Luxembourg permettant au médecin traitant de signaler les femmes enceintes en situation de vulnérabilité afin d'être suivies par un TMS de l'ONE.

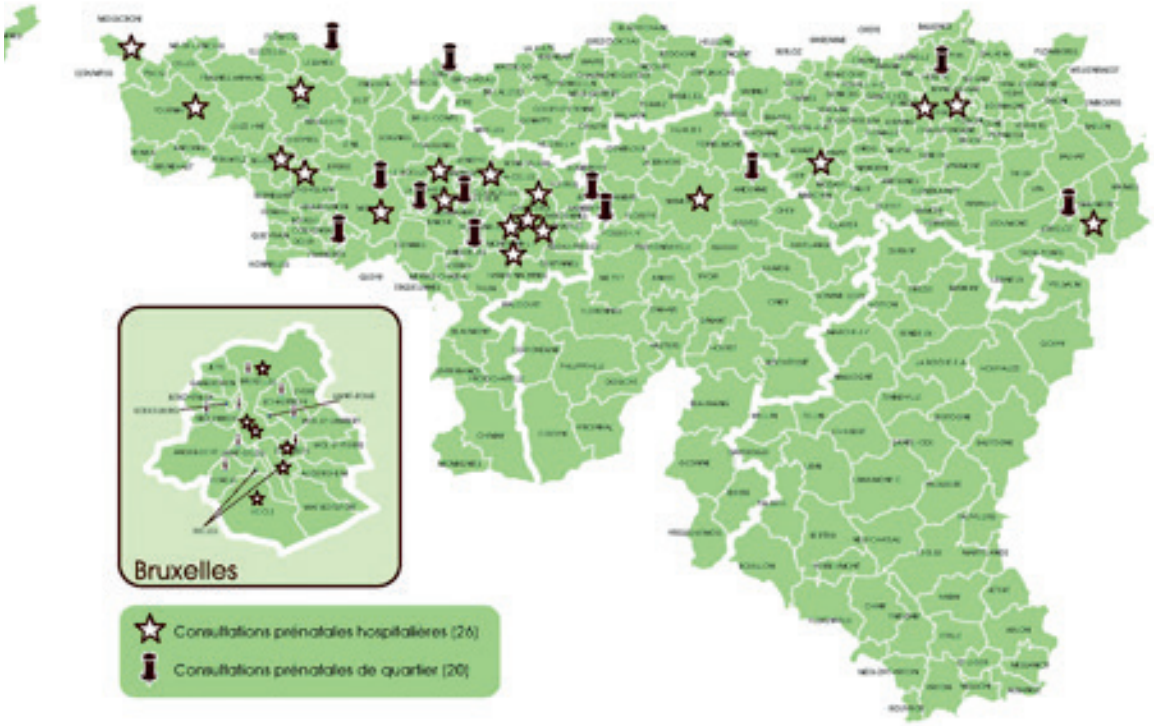

Figure 10: Lieux d'implantation des consultations prénatales de l'ONE (repris de ONE, 2012a, p.32)

En guise de commentaire,

- Les CPN de l'ONE ne couvrent qu'un quart des grossesses, et cela de manière très inégale sur le plan géographique. La question à laquelle nous ne sommes pas en mesure de répondre actuellement est celle de savoir dans quelle mesure le caractère médico-social de la consultation et le soutien à la parentalité se retrouvent également dans les consultations prénatales hospitalières 'non ONE'. Dans l'hypothèse où ils sont spécifiques des CPN de l'ONE, les provinces de Namur, du Brabant wallon et dans une moindre mesure de Liège, sont des régions où les capacités de soutien médico-psycho-social des femmes enceintes sont déficitaires. En effet, on peut supposer que le mécanisme mis au point dans le cadre de la plateforme luxembourgeoise offre potentiellement des possibilités de dépistage des besoins de cet ordre.

5.1.1.2. Les services de liaison de l'ONE

Le service de liaison se trouve dans la plupart des maternités. Différentes missions sont assignées aux TMS de liaison. Elles concernent l'ONE : présenter son rôle, les missions et les services de l'ONE, avec

remise du carnet de santé de l'enfant et des coordonnées des consultations de l'ONE. Cela se complète par un rôle de soutien périnatal spécifique (l'allaitement, la contraception, l'accueil de l'enfant dans la fratrie par exemple), un rôle d'information ainsi que de relais par rapport aux TMS du secteur.

A la sortie de maternité, environ 75% des enfants bénéficient d'un premier contact avec l'ONE, et pour trois quarts d'entre eux, il s'agit d'un contact à domicile au cours du premier mois de vie (ONE, 2012b). La poursuite de l'activité menée par l'ONE est réalisée dans le cadre des consultations pour enfants.

On peut donc affirmer que

- par rapport à une couverture idéale des besoins médico-psycho-sociaux des jeunes accouchées, le service de liaison joue un rôle crucial
- en FWB, comparée à la période de grossesse, la couverture de l'offre de service 'périnatal' est surtout importante au moment de la naissance

5.1.1.3. Les consultations pour enfant (CPE)

<u>De manière générale : missions et organisation</u>

Il existe 625 CPE en Fédération Wallonie-Bruxelles (chiffres de 2011). Elles se déroulent principalement dans des structures fixes dédiées aux consultations (369), mais aussi dans des maisons de l'enfance (2), dans des antennes médico-sociales (structures satellites dépendant de la CPE «fixe» ; 159), dans des consultations périodiques (89) lorsque les autres initiatives font défaut, et dans des cars sanitaires itinérants pour les zones ne disposant pas d'une structure (soit en province de Luxembourg et dans les villages des provinces de Namur et Liège ; 6).

Les CPE sont des services qui depuis 2004 ont inscrit une mission spécifique de soutien à la parentalité. Elles réservent «*une attention toute particulière […] aux familles les plus vulnérables afin de favoriser autant que faire se peut l'égalité des chances.*» (ONE, 2012a, p. 36).

«Les structures et les cars sanitaires ont pour mission, dans le cadre de la médecine préventive, de promouvoir, de suivre, de préserver la santé des enfants de 0 à 6 ans accomplis. Ils organisent, en outre, des activités de soutien à la parentalité et de prévention médico-sociale de préférence en partenariat avec d'autres services sociaux actifs du plan local.» (Arrêté CPE, Art. 8, 2004)
Les CPE mettent en œuvre un Projet Santé Parentalité (PSP), lequel inclut :

1. *l'organisation d'un **service universel**, basé sur le programme d'accompagnement préventif pour le bien-être de l'enfant, pour tous les enfants de 0 à 6 ans accomplis fréquentant la structure;*
2. *un **suivi renforcé** pour les enfants ayant des besoins spécifiques correspondant aux situations de vulnérabilité définies par l'O.N.E.;*

3. *des **activités collectives** de soutien à la parentalité, de promotion de la santé et de prévention médico-sociale pouvant être menées en partenariat avec d'autres services sociaux, médicaux ou médico-sociaux. Ces activités doivent être adaptées à la population desservie.» (Arrêté CPE, Art. 21, 2004)*

En ajout au service universel, une attention complémentaire est portée aux situations de vulnérabilité qui peuvent donner lieu à un '*suivi renforcé'*. Les critères donnant suite à ce suivi renforcé, tels que prévus par l'ONE sont :

- trouble du développement psychomoteur et/ou de la relation,
- cassure de la courbe staturo-pondérale,
- risque de maltraitance/négligence grave,
- retard de vaccination,
- demande de la TMS suite à l'observation d'éléments inquiétants lors de visites à domicile ou d'entretiens avec les familles ou inquiétude du médecin.

Contenu des projets de soutien à la parentalité

L'analyse des contenus des Projets Santé Parentalité (PSP) d'un échantillon de 40 consultations identifiées en fonction de critères socioéconomiques défavorables (voir méthodologie en annexe 1) fait ressortir les éléments suivants relatifs aux besoins, au contenu des projets et à l'organisation des consultations.

Les besoins

Les consultations, dans le cadre de l'élaboration de leur PSP, sont invitées à décrire d'une part l'environnement de celle-ci (caractéristiques de la commune d'implantation), et d'autre part les caractéristiques de la population la fréquentant.

Concernant l'environnement de la consultation (caractéristiques de la commune d'implantation), elles sont amenées à fournir au minimum la densité de population et le taux de chômage de la commune. Les PSP reprennent cependant généralement davantage d'éléments, tels une description «qualitative» du quartier/de la commune et de son histoire (*ancien bassin industriel/ sidérurgique en déclin*) et des aspects relatifs à l'environnement de vie (*environnement dégradé, pollution environnementale, peu d'espaces de jeux/détente, logements vétustes et insalubres, pollution due à l'incinération des déchets*). Lorsqu'elles y ont accès, certaines consultations complètent ces informations avec des indicateurs complémentaires tels le pourcentage de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale ou la part de la population d'origine étrangère. Certaines mentionnent par ailleurs des aspects de diversité de la

population de la commune (population mixte, une partie pauvre, une partie «coquette» ; milieu social mixte).

Les PSP reprennent ensuite une description de la population fréquentant la consultation, et des problèmes se présentant en son sein. On remarque que les éléments identifiés par les consultations sont extrêmement variés, et se réfèrent aux situations de vulnérabilité identifiées précédemment (voir cadre théorique).

Nous reprenons ci-dessous des éléments des PSP en lien avec la catégorisation des situations de vulnérabilité proposée précédemment :

1) Vulnérabilité des familles sur le plan socioéconomique :
    a. Logement : zone de logements sociaux, logements insalubres exigus sans commodités sanitaires sécurité domestiques, mode de chauffage inadéquat, risque de sécurité domestique (brûlures, intoxications), camping
    b. Niveau de scolarisation : niveau d'enseignement des mères limité (secondaire inférieur)
    c. Revenu : précarité matérielle, chômage, surendettement, difficultés financières
    d. Jeune âge de la mère : jeunes mères, grossesses adolescentes
    e. Séjour illégal : réfugiés en cours d'intégration ou candidats réfugiés, ou candidat refusés en séjour illégal, d'origine étrangère (parfois demandeurs d'asile ou en situation illégale), sans-papiers, illégalité, réfugiés politiques

2) Vulnérabilité du fait du parcours de vie ou mode de vie des parents :
    a. Primo-arrivants : partiellement issus de l'immigration, primo-arrivants sans carte de vaccination, population immigrée avec un faible niveau de français et en solitude
    b. Isolement social : problèmes de communication (surtout mères), isolement social (fragilité des réseaux intra et extra familiaux), réseau social réduit, isolement géographique et social (en ville dans les zones sans métro, dans les campagnes dans les zones avec peu de transport et une seule voiture par famille pour celui qui travaille)
    c. Alcoolisme : problèmes d'assuétudes (alcool)
    d. Toxicomanie : problèmes d'assuétudes (alcool, drogue, tabac, médicaments), toxicomanie, tabagisme
    e. Autres : violences conjugales, analphabétisation en français, monoparentalité, plusieurs générations sous le même toit, enfants du voyage, SDF, violence intrafamiliale

3) Vulnérabilité pour des raisons de santé touchant la mère :
    a. Problème de santé mentale : dépression, problèmes de santé mentale (institut psychiatrique proche)
    b. Autres : hépatites B et C (toxicomanie), tuberculose

4) Vulnérabilité pour des raisons de santé touchant l'enfant :
    a. Handicap : dû à des unions consanguines
    b. Problème de santé : diététiques (surcharge ou insuffisance pondérale), petits poids de naissance, prématurité, troubles du sommeil, allergies, problèmes respiratoires (bronchiolites) et dermatologiques (insalubrité logement en ville), hygiène corporelle et dentaire, problème de limites (enfants capricieux, surpoids, obésité précoce, violence hyper activité), problèmes cutanés, reflux gastro-oesophagique, caries
    c. Victime de négligence : risque de négligence
    d. Victime de maltraitance : violence intrafamiliale
    e. Autres : problèmes d'habitudes alimentaires

Le contenu des projets

Les interventions touchent à différents facteurs de vulnérabilité engageant soit le développement du jeune enfant, soit l'état psycho-social des parents surtout au niveau de l'isolement des familles. L'action des CPE se base sur une alliance entre un suivi individuel et des activités collectives. Elle se réalise via (a) des consultations médico-sociales avec le médecin et la TMS de la consultation, (b) des visites à domicile de la TMS, (c) des permanences à la consultation et (d) des activités collectives.

- L'approche individuelle dans les locaux mais également à domicile

  Les visites à domicile (VAD) sont proposées à tous, mais les familles en difficulté s'en voient proposer davantage. Les VAD proposées sont principalement réalisées «*si les parents le souhaitent*», mais cette position n'est pas systématique, et il arrive que ce soit '*sur initiative'* du TMS ou '*automatiquement'*, comme c'est rapporté quelques fois, en particulier dans le cas de jeunes mères très isolées récemment immigrées.

- L'approche collective

  Selon un relevé annuel des activités menées en 2010, les coins de lecture avec animation et le massage du bébé représentent de loin les activités les plus souvent organisées dans ce cadre. Des activités de psychomotricité, les coins jeux avec animation, et l'éveil musical le sont deux fois moins souvent (ONE, 2010, communication officieuse). De façon

remarquable, les activités d'éducation à la santé plus traditionnelles portant sur l'alimentation, l'hygiène bucco-dentaire sont peu développées.

L'analyse des activités collectives des PSP révèle deux objectifs principaux. Le premier objectif vise surtout la relation de la mère avec l'enfant par des massages bébé, ateliers de portage, accueil parent-enfant, coin jeu, coin allaitement… La sensibilisation aux facteurs de développement du jeune enfant rentre dans ce même objectif. On trouve également des conseils pour l'éducation des enfants (mettre des limites). Un second objectif identifié se rapporte à la question du lien social. Les activités collectives visent non seulement l'apprentissage entre pairs (ou de valoriser les compétences) mais l'objectif le plus mentionné est de sortir de l'isolement. Cette notion de «*créer du lien*» est la plus mise en avant dans les PSP consultés. Il s'agit de fêtes des bébés, d'activités de troc, d'échanges d'expériences, de sensibilisation à l'alphabétisation par exemple.

- Pour les familles en difficulté

  De nombreux partenaires sont mentionnés (SAJ, crèches, mutuelles, centres de guidance, logement social, IMS, bibliothèques) mais pas systématiquement. Par contre, certains PSP prévoient que le TMS accompagne physiquement des familles en difficulté dans d'autres services appropriés aux situations rencontrées, ou les initie au fonctionnement de ces services.

L'organisation des consultations : horaires et services de traduction

Les familles sont accueillies au minimum 4 à 8h par semaine en fonction de la densité de population. L'arrêté du 09/06/2004 (Arrêté CPE, 2004) stipule que «*le projet santé-parentalité tend à favoriser l'accessibilité des parents notamment en ce qui concerne les horaires et la publicité des activités de la structure*». A la lecture des PSP de l'échantillon pris dans les zones précarisées, la majorité des consultations se font pendant les horaires de travail et donc sont peu accessibles aux parents qui travaillent ou à ceux en formation. Les CPE proposant des consultations après les horaires de travail expriment leur satisfaction pour la fréquentation importante de cette tranche horaire. La description de la population des zones proposant ces consultations «tardives» laisse penser qu'une part plus importante de leur public travaille et donc que ce type d'horaire était nécessaire.

Il est à noter que l'ONE a une convention avec le SeTIS de Bruxelles concernant des prestations d'interprétariat pour certaines consultations (57 en 2011) dans lesquelles des difficultés de compréhension du français sont rencontrées. En 2011, la moitié des interventions sont concentrées dans 5 consultations de Bruxelles (document interne ONE, 2013). Cette convention varie selon les années de 7.500 à 8.500 heures. Quatre types de prestations sont disponibles :

- les permanences qui sont les plus nombreuses (5.800 heures en moyenne sur la période 2006-2011),
- les prestations ponctuelles qui sont en constante augmentation (1.000h en 2006 et un peu plus de 2.000h en 2011),
- les prestations par téléphone (une soixantaine d'heures par an sur la période 2006-2011)
- et les traductions écrites (le recours à ces traductions semble plus aléatoire allant d'une dizaine certaines années à plus de 100 pour d'autres).

Pour l'année 2011, le SeTIS a presté un peu plus de 8.000h, ce qui représente environ 2.700 interventions. Les langues les plus demandées par les consultations ont été le turc, le rifain (langue du Nord du Maroc) et l'arabe maghrébin suivi par le Kurmandji, le roumain et le bulgare dans des proportions nettement inférieures.

Certaines CPE ont par ailleurs au sein de leur équipe du personnel (TMS, médecin ou bénévoles) parlant la langue d'une des communautés importantes en Belgique (arabe, polonais...). Cela leur permet de communiquer plus facilement avec les patients de ces communautés. Il semble également que les patients parlant polonais par exemple se tournent plus facilement vers la consultation où un membre de l'équipe parle leur langue. Par ailleurs, à la lecture des PSP, il semble que dans certaines situations ce soient les mères qui ne parlent pas français ; les pères interviennent alors afin de traduire.

Accessibilité géographique

Les CPE sont globalement situées sur l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles (Figure 11).

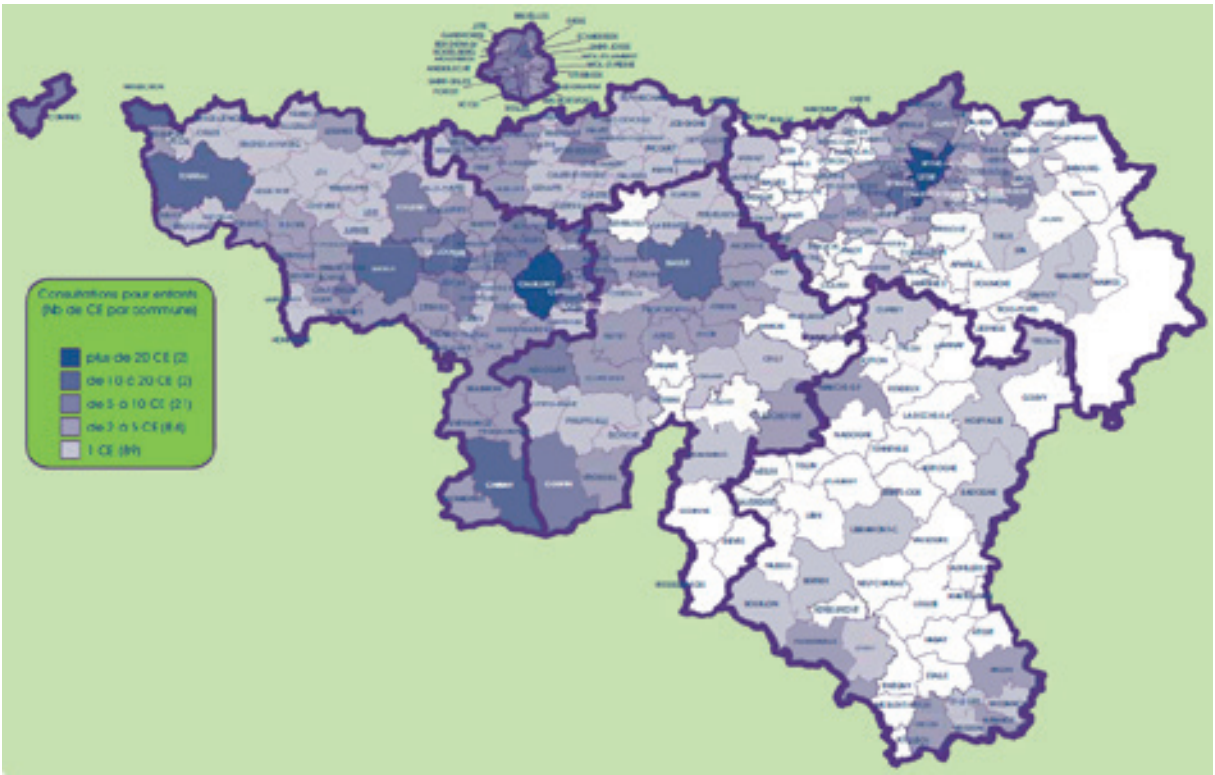

Figure 11 : Nombre de consultations pour enfants de l'ONE par commune (repris de ONE, 2009, p. 38)

Il y en a moins dans la province de Luxembourg, dans le sud-est de la province de Namur et dans l'est de la province de Liège. On remarque également un trou autour et au sud de Waremme en province de Liège. Ces zones sont couvertes par le passage d'un car sanitaire (voir carte dans le Rapport d'activité 2011 de l'ONE).

5.1.2. Les services du DKF

Dans la Communauté germanophone, une CPN 'universelle' (Perinatales Zentrum) est organisée par le DKF à Saint-Vith, et une consultation prénatale est organisée par l'hôpital d'Eupen pour environ 750 naissances annuelles. À l'avenir, le DKF souhaiterait élargir l'accompagnement avec VAD de toutes les grossesses.

Un Fonds (Fonds für Schwangere in Notsituationen) - dont les actifs sont gérés par le DKF - est disponible pour offrir une aide matérielle aux femmes enceintes en situation socioéconomique difficile. Créé suite à la loi de 1990 sur l'interruption volontaire de grossesse pour prévenir les IVG pour des raisons financières, il permet d'acquérir les différents biens matériels nécessaires au bien-être de l'enfant à naître et à ses parents. En 2012, 63 familles en ont bénéficié. C'est en période prénatale que les gynécologues et médecins en pratique privée ou au sein de la consultation prénatale prennent contact avec le Fonds. Les TMS du DKF clarifient alors les besoins et font le suivi de la famille identifiée. L'articulation avec le Fonds spécial est considérée par le DKF comme particulièrement efficace pour identifier les familles vulnérables. Le travail en collaboration avec les prestataires de soins privés permet en effet d'éviter que des familles vulnérables ne fréquentant pas les structures du DKF ne soient pas repérées, et donc pas aidées. De plus, cela permet de commencer l'accompagnement de la famille au plus tôt, lors de la grossesse, et non d'attendre la naissance de l'enfant.

En matière de suivi de la santé de l'enfant, 8 consultations sont organisées. Les TMS se rendent au domicile des enfants nouveau-nés pour les informer des services et les soutenir. Une permanence téléphonique est également organisée pour tous. Une échelle d'évaluation des risques est utilisée pour identifier les familles ayant des besoins d'accompagnement et de suivi renforcés.

5.1.3. Les maternités

Sur les 46 maternités que compte la Fédération Wallonie-Bruxelles, 44 ont répondu au questionnaire de l'étude ADELE sur les sorties précoces de maternité (cf méthodologie). A la question spécifique sur la sortie de mères vivant en situation de grande précarité, un peu plus de la moitié des maternités ayant répondu à cette question (23/39) ont répondu avoir mis en place une initiative ou une organisation de travail spécifique pour répondre aux besoins de ce public lors du retour à domicile.

Parmi les maternités ayant répondu à ce questionnaire, ce sont les régions de Namur et de Liège qui ont mis en place le plus d'initiatives (3 maternités/4 à Namur et 6/9 à Liège), suivies de Bruxelles (6/9). La région la moins active en ce sens est le Hainaut. L'axe Est-Ouest est contraire à celui observé pour les consultations prénatales de l'ONE. Il est intéressant d'observer que ces dispositifs sont plus fréquents dans les provinces où il n'y a quasi pas de CPN de l'ONE.

En outre, parmi les services qui ont organisé un dispositif de sortie pour les femmes vivant en grande précarité 18 sur 23 services mentionnent explicitement la collaboration du TMS du service de liaison de l'ONE, avec éventuellement la collaboration d'assistantes sociales et de psychologues des hôpitaux. Plusieurs maternités organisent des réunions multidisciplinaires impliquant l'ONE ainsi que d'autres acteurs afin d'analyser les situations des familles en grande difficulté et d'anticiper les difficultés du retour à domicile. Certains hôpitaux prolongent le séjour des mères en attendant la mise en place d'une

solution. D'autres maternités travaillent en réseau, impliquant des maisons d'accueil, institutions psychiatriques, initiatives bébés accueil… de même que les initiatives très spécifiques comme Aquarelle à Bruxelles, ou Seconde Peau à Liège. Enfin, parmi les maternités n'ayant pas mis en place de dispositif spécial, trois mentionnent que le TMS de l'ONE s'en charge. Ces résultats soulignent l'importance tout à fait stratégique qu'occupe le TMS du service de liaison de l'ONE au moment de la naissance d'un enfant en situation de vulnérabilité.

En bref,

- Les dispositifs spécifiques mis en place pour la sortie de maternité des mères vivant dans la précarité sont plus fréquents dans les zones géographiques les moins pourvues de CPN de l'ONE (cf figure 10).
- Le caractère crucial du service de liaison par rapport aux besoins médico-psycho-sociaux des jeunes accouchées déjà mentionné précédemment se trouve confirmé du fait que le TMS de l'ONE fait très souvent partie intégrante des dispositifs mis en place pour la sortie de maternité des mères vivant dans la précarité.

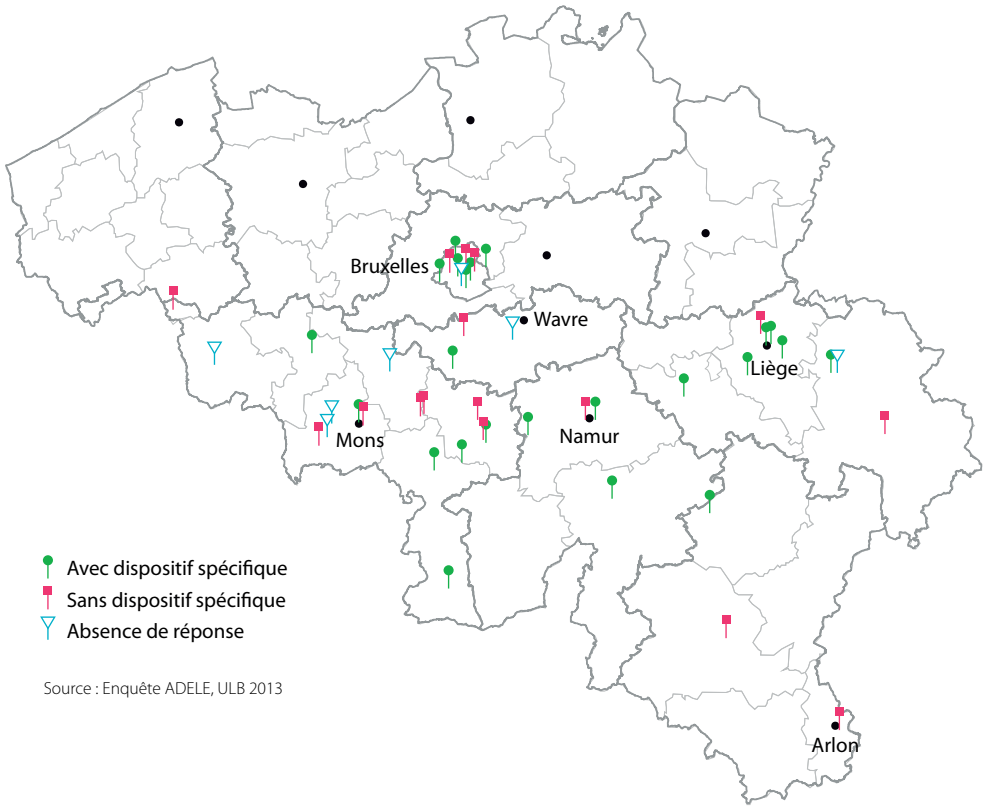

Figure 12 : Maternités selon la mise en place d'un dispositif spécifique envers les familles vulnérables

5.2. Le champ «élargi» du soutien périnatal

Comme expliqué précédemment, nous ne sommes pas partis de définitions a priori des catégories de services, ni des actions à mener. La méthode de repérage qui découle de cette perspective inductive permet de mettre en évidence des informations nouvelles qui reflètent la richesse et la diversité de l'action sur le terrain et les voies prioritaires d'intervention choisies par les professionnels. Les résultats présentés ici concernent un échantillon de services intervenant auprès des familles autour de la naissance d'un enfant**.**

5.2.1.Types de services : une grande diversité d'acteurs

Les participants à l'enquête par questionnaires révèlent une grande diversité du type d'acteurs de ce champ. Il s'agit à la fois de structures institutionnelles et d'associations dédiées à une mission ou une population particulière[11].

Sur le plan **institutionnel**, ces structures concernent différents niveaux de pouvoir et s'inscrivent dans des domaines politiques variés. Elles répondent par conséquent à des institutions différentes. Le tableau ci-dessous (tableau 2) reprend les types de structures et le domaine de compétence dont elles ressortent.

Tableau 2 : Types de structures du champ 'élargi', domaine de compétences et niveau institutionnel

Type de structure	Domaine de compétences	Niveau institutionnel
Consultations prénatales et pour enfants de l'ONE	Enfance	ONE ; sous la tutelle du Ministre de l'enfance, FWB
Milieux d'accueil des jeunes enfants	Enfance	ONE ; sous la tutelle du Ministre de l'enfance, FWB
SOS Enfants	Enfance	ONE ; sous la tutelle du Ministre de l'enfance, FWB
Centres de Planning Familial	Famille Aide aux personnes	Ministre de la famille, FWB et Cocof Cocom
Maisons médicales, Services de santé mentale, Services actifs en matière de toxicomanie	Santé	Ministre de la santé, FWB et Cocof et Cocom
Maisons d'accueil	Action sociale Aide aux personnes	Ministre de l'action sociale, FWB et Cocof Cocom
CPAS	Action sociale	Communes sous la tutelle de la Région wallonne et de la Cocom
Services de l'aide à la jeunesse	Aide à la jeunesse	Ministre de l'aide à la jeunesse, FWB

11 Voir Annexe 2 pour les détails

Pour ces structures, cette reconnaissance et la définition de leurs missions générales ne signifient pas pour autant que les activités et/ou publics et/ou problématiques qu'ils visent au quotidien sont en tout point comparables. Par exemple, tout en remplissant leurs missions générales, tous les centres de planning familial ne réalisent pas de suivi de grossesse, toutes les maisons médicales n'ont pas de projet spécifique à la périnatalité, tous les CPAS ne développent pas une aide spécifique autour de la naissance, etc.

A leurs côtés, on trouve également comme acteurs du champ périnatal des lieux de rencontre et des maisons de naissance dont le statut n'est actuellement pas défini dans une appellation officielle, ainsi qu'un ensemble de structures spécialisées, souvent créées dans le cadre d'associations sans but lucratif en vue du soutien à la parentalité ou de l'aide psycho-sociale ou sociale des familles : services d'accueil de première ligne pour personnes précarisées, pour sdf, services d'accompagnement périnatal à domicile, d'accès aux soins pour personnes sans abri ou encore distribution de colis alimentaires par exemple.

5.2.2. Les publics des services : la place des familles vulnérables

Près de 50% des structures ayant répondu au questionnaire ont indiqué que les populations vulnérables représentent une majorité de leur public.

Les critères de vulnérabilité les plus souvent mentionnés par les professionnels concernent le plan socioéconomique – le «revenu» (80), le «logement» (70) et le niveau d'étude (65) – et celui du parcours de vie ou mode de vie – «isolement social», coché par presque toutes les structures (84/86). Deux tiers des services ont également mentionné des bénéficiaires souffrant de problèmes de santé de la mère (santé mentale 54/64) et de l'enfant (victimes de négligence 53/62). Le détail des critères de vulnérabilité cochés est présenté dans un tableau en annexe (annexe 3).

5.2.3. Les dispositifs/initiatives destinés à un public vulnérable

Parmi les structures du 'champ élargi' accueillant un public vulnérable, 71 structures ont mis en place un dispositif ou des activités visant à rencontrer les besoins spécifiques de ces publics vulnérables. Les analyses présentées ci-après se basent sur les réponses de ces 71 structures.

5.2.3.1. Les objectifs poursuivis

Les objectifs poursuivis par les services étaient abordés dans le questionnaire par une question ouverte ; les réponses à cette question ont donc été données librement, sans définition préalable.

Améliorer les compétences ou capacités parentales

Une partie des objectifs que les acteurs de terrain se sont fixés visent la parentalité. Il s'agit d'améliorer les compétences ou capacités parentales, d'une part en permettant aux parents d'acquérir des connaissances concernant le développement de l'enfant, et d'autre part en visant à renforcer leur confiance en leur rôle de parent.

Ces objectifs se réalisent en tenant compte des spécificités de la vulnérabilité, qu'elle soit celle de familles isolées, en difficulté socioéconomique ou de familles monoparentales, qu'elle soit liée à des violences conjugales, à la toxicomanie, ou à des problèmes de santé mentale : «*ce public souffre en général de carences multiples qui le rend vulnérable (troubles de l'attachement, vulnérabilité affective, relationnelle, éducative et scolaire, sociale, économique,....) et peu apte à trouver sa place dans la société actuelle*» (Centre de planning familial). «*Les femmes en situation précaire ont plus de difficultés à avoir accès à l'information*» (Maison Médicale). Les services parlent de «*soutenir*» ou «*accompagner*» les parents dans leur rôle : «*Que la personne vulnérable puisse garder son rôle de parent dans un lieu encadré et sécurisant et où il peut recevoir des conseils concernant l'adéquation du lien avec son enfant*» (Centre de santé mentale).

Pour certains, le *mode d'intervention* à destination des parents est aussi de type psychologique. Il s'agit de «*modifier leurs perceptions et d'améliorer leurs connaissances pour une meilleure adéquation des relations avec soi-même et les autres*» (Centre de planning familial). L'approche peut également *concerner plus directement l'enfant*, via des activités de type psychomoteur, à travers le jeu, par des activités d'éveil, ou par l'organisation de milieux d'accueil pour soutenir sa socialisation. Les services visent ainsi à assurer un «*soutien à l'éveil et la socialisation de l'enfant*» (maison d'enfants). Via ces activités, les structures visent en parallèle à «*renforcer le lien précoce entre parent et enfant*» (asbl) et à rompre l'isolement des familles, «*recréer du lien social*» (SAIE).

Un but de prévention des risques de maltraitance et de négligence sous-tend une bonne partie des objectifs cités.

Préserver la santé de la mère et de l'enfant

D'autres objectifs concernent **l'état de santé de la mère et de l'enfant**, en particulier les risques de prématurité et de morbidité néonatale lorsque la grossesse se présente en situation de grande précarité (séjour illégal, errance, personnes sans abri).

Agir sur les conditions matérielles de vie

Enfin, **des interventions visant les conditions matérielles de vie** sont également mentionnées dans ce champ. Il s'agit d'ouvrir à une information sur les services et aides disponibles, de fournir de l'aide dans les démarches à entreprendre pour trouver un logement, un travail, etc. Il s'agit d'autre part

de mise à disposition de matériel pour l'enfant (poussettes, vêtements, etc.). Il est à remarquer que cela rejoint l'objectif du Fonds disponible dans la Communauté germanophone.

Des objectifs en termes de mode d'action : le réseau

Par-delà les objectifs d'intervention directe auprès de bénéficiaires, la majeure partie des services a également des objectifs relatifs au mode d'action et de fonctionnement. Le mot clé est celui du **réseau**. La création et l'activation d'un réseau spécifique, la collaboration avec un réseau existant font partie des objectifs poursuivis. Nous revenons sur ce point plus loin (voir 5.2.3.4. Les modalités de mise en œuvre – Travail en réseau).

A plus long terme : l'action sur les déterminants de la vulnérabilité

Les objectifs d'action ainsi décrits peuvent également être placés dans une perspective à plus long terme. Quels sont les déterminants de la vulnérabilité qui sont ciblés par ces actions ? Cette interrogation a fait l'objet d'une question fermée dont les modalités de réponse couvrent trois catégories de déterminants : 1 – les déterminants socioéconomiques (statut social et situation socioéconomique des individus et conditions matérielles de vie) ; 2 – les déterminants psycho-sociaux (support social, lien social, capital social) ; 3 – les déterminants comportementaux (comportement et mode de vie ; croyances, connaissances, attitudes).

Seuls deux services déclarent ne cibler aucun de ces déterminants. Par contre, presque tous les services souhaitent agir au moins sur les déterminants comportementaux (58/63) et psycho-sociaux (55/63). Ils sont un peu moins nombreux (37/63) à considérer que leur action touche les déterminants socioéconomiques de la vulnérabilité. Plusieurs réponses pouvant être sélectionnées par service répondant, nous observons également que la moitié des participants (31/65 répondants) considère vouloir agir sur ces trois catégories de déterminants indistinctement. Ces services s'inscrivent donc dans une approche globale de prévention de la vulnérabilité.

5.2.3.2. Les activités menées

Afin d'approcher les activités des services, le questionnaire en proposait une liste à cocher[12]. Les réponses sont classées dans le tableau ci-dessous (tableau 3) par fréquence de réponses affirmatives.

12 *Vu la formulation de la question sous forme de liste à cocher, il n'est pas possible de distinguer les services ne réalisant pas cette activité de ceux n'ayant pas répondu à la question.*

Tableau 3 : Activités des services du champ 'élargi'

Activités mises en place	Fréquence	Activités mises en place	Fréquence
Accompagnement	60	Soins (para)médicaux préventifs	30
Information	59	Accueil du jeune enfant	25
Education à la santé	43	Soins (para)médicaux curatifs	24
Aide sociale	41	Aide matérielle / financière	17
Accueil enfants-parents	40	Autres	10
Travail psychothérapeutique	38	Hébergement d'urgence	7
Groupes de discussion/parole	36		

L'accompagnement et le fait de délivrer de l'information sont les activités le plus souvent cochées.

Les soins (para)médicaux, qu'ils soient préventifs ou curatifs, sont prodigués respectivement par 30 et 24 services. Vingt-trois services offrent une combinaison de soins tant dans leur dimension préventive que curative. La grande majorité des services effectuant des soins réalisent par ailleurs également de l'éducation à la santé.

L'aide matérielle ou financière concerne une minorité des services, à peine 17 de ceux ayant répondu à la question. L'hébergement d'urgence est également peu cité et concerne principalement les maisons d'accueil (5 des 7 services ayant indiqué offrir un hébergement d'urgence sont en effet des maisons d'accueil). L'accueil du jeune enfant est offert par 25 services.

Les activités collectives, telles l'organisation de groupes de discussion/parole et l'accueil enfants-parents, sont réalisées par approximativement la moitié des services (respectivement 36 et 40). On retrouve cette même proportion concernant des activités généralement plus individuelles telles le travail psychothérapeutique (38) et l'aide sociale (41).

Dix services indiquent réaliser d'autres activités. Celles-ci concernent principalement la mise en place d'activités d'éveil, de psychomotricité, à destination de l'enfant.

5.2.3.3. L'accessibilité des services

L'accessibilité des structures est approchée par diverses questions fermées dans le questionnaire. Nous l'abordons ci-après en termes d'accessibilité financière, d'accessibilité «pratique» (aspects géographiques, de modalités de prises de contact et de lieu d'implantation) et d'accessibilité culturelle.

L'accessibilité financière

Concernant l'accessibilité financière, un tiers des services indique pratiquer la gratuité pour l'ensemble de ses activités, tandis qu'un second tiers demande toujours une participation financière aux bénéficiaires. Le dernier tiers la demande parfois.

Lorsqu'une participation financière est demandée, celle-ci est presque toujours (±90%) adaptée/adaptable en fonction de la situation de vulnérabilité de la personne. Elle prend souvent la forme d'un montant de type forfaitaire symbolique («*1€ par famille par accueil*» (lieu de rencontre)). De nombreux services insistent sur le fait que celle-ci ne doit pas freiner l'accompagnement/la participation de l'enfant/de la famille : «*La participation financière ne peut être un obstacle*» (service de santé mentale).

La pratique de la non-gratuité peut répondre à plusieurs raisons. Premièrement, si de nombreuses structures sont subsidiées pour leur action, ces subsides ne couvrent pas toujours l'ensemble de leurs frais de fonctionnement. Une participation modeste peut alors être demandée par la structure afin de 'combler les trous'. De plus, un argument de la non-gratuité réside dans l'importance donnée, par les professionnels ou par les bénéficiaires, au fait de marquer l'engagement dans le projet. Une participation financière symbolique permettrait de renforcer ce sentiment de responsabilité du (futur-) parent (centre de santé mentale). Enfin, certaines structures sont obligées de demander une participation financière en raison du cadre légal dans lequel elles se situent (maisons d'accueil, barèmes ONE pour les milieux d'accueil subsidiés…).

Concernant le suivi médical préventif de la grossesse ou du tout jeune enfant, le remboursement intégral du patient est prévu pour certains soins médicaux s'il est en ordre de mutuelle. Le choix revient donc au prestataire de pratiquer ou non le tiers-payant. Néanmoins, le remboursement de certains soins n'est pas prévu dans la nomenclature INAMI. Pour les étrangers résidant illégalement en Belgique, l'accès à l'Aide Médicale d'Urgence leur permet dans certains cas d'avoir accès à ces soins de santé. Par contre, si le bénéficiaire n'est ni en ordre de mutuelle, ni bénéficiaire de l'AMU, les frais médicaux lui incombent et peuvent l'entraîner dans une grande précarité économique.

Enfin, les consultations de type psychologique apparaissent comme régulièrement payantes, bien que la participation financière soit souvent indiquée comme adaptée aux moyens des personnes.

L'accessibilité géographique : lieu d'implantation et modalités de prise de contact

Au niveau de l'accessibilité géographique, les éléments apportés par le questionnaire offrent peu d'aspects éclairants. Nous pouvons en effet remarquer que les répondants au questionnaire se situent

dans les cinq provinces wallonnes et dans la Région bruxelloise (cf partie III, méthodologie), mais cela nous donne néanmoins peu d'informations concernant leur accessibilité géographique effective.

Un peu plus de la moitié indiquent viser un territoire précis (36/55) ; la moitié de ceux-ci indiquent par ailleurs avoir des bénéficiaires provenant d'autres territoires. Une question concernait l'accessibilité en transport en commun du service. Toutes les structures ayant répondu à cette question ont indiqué se situer à moins de 15 minutes à pied d'un arrêt de transport en commun.

L'analyse des lieux d'implantation ainsi que modalités de prise de contact avec les services peuvent apporter des informations pertinentes concernant l'accessibilité des services et leur utilisation.

Concernant les modalités de prises de contact, pour la majorité des services (sept services sur dix) il faut se rendre dans la structure pendant ses heures d'ouverture. Un dixième des répondants a également indiqué offrir un système de garde pour une aide d'urgence. Par contre, près de 3 services sur 10 ont répondu aller vers les bénéficiaires. Enfin, 12 services seulement (17%) ont précisé fonctionner uniquement sur rendez-vous. Ce point a été relevé lors des groupes de discussion. Certains bénéficiaires, de par leur situation de vulnérabilité, rencontrent parfois des difficultés à fonctionner selon un système de rendez-vous assez «strict». En moyenne les structures sont accessibles en utilisant deux modalités de contact. Le lieu d'implantation des services, et l'impact de celui-ci concernant l'accessibilité, ont été abordés lors des groupes de discussion et des entretiens. Plusieurs services se situent dans ou à proximité d'autres structures (par exemple un hôpital). Cette localisation du service dans un lieu de fréquentation ou de passage habituel du bénéficiaire est présentée comme favorable à une meilleure accessibilité et une utilisation plus aisée du service par les bénéficiaires. En effet, le service peut alors essayer d'adapter ses contacts avec le bénéficiaire aux moments où celui-ci se rend à l'hôpital, où il est présent à la crèche, etc.

Une autre configuration, celle d'un service implanté à l'extérieur des autres structures, peut néanmoins présenter l'avantage de ne pas lier trop formellement le bénéficiaire à un partenaire privilégié, le laissant plus «libre» : «*Une force et une faiblesse de notre service sont de ne pas être implanté dans un hôpital. C'est positif parce que cela laisse au patient la liberté d'accoucher où il veut. Mais un point négatif est qu'il y a moins de suivi direct*» (service de santé mentale).

<u>L'accessibilité «culturelle»</u>

Seul un service sur dix indique n'être jamais confronté à des problèmes de compréhension liés à la langue dans leurs rapports avec leurs bénéficiaires. Quatre services sur 10 indiquent y être confrontés assez ou très fréquemment, tandis que 5 sur 10 le sont peu fréquemment.

Parmi ceux qui rencontrent cette situation, seulement un dixième des services indique n'avoir rien mis de spécial en place afin de contrer cette difficulté. Les solutions adoptées par les autres sont variées, lesquelles peuvent se retrouver au sein d'un même service : la solution la plus fréquente (sept services sur 10) consiste à faire appel à un proche du bénéficiaire pour servir d'interprète, près de 20% des services font appel à un service de traduction/interprétariat extérieur (Setis, CIRE, etc.), et 3 services sur 10 indiquent avoir un interprète au sein du service. La même proportion de services (30%) indique utiliser du matériel visuel à cet escient.

La présence au sein de l'équipe de la structure d'une personne du même milieu que les bénéficiaires a été présentée, lors des groupes de discussion, comme un élément pouvant avoir des retombées positives ou négatives. L'aspect positif est d'avoir un professionnel parlant non seulement la même langue que le bénéficiaire, mais connaissant également sa culture, lui permettant de mieux prendre en compte les éventuelles différences culturelles menant à une mauvaise acceptation des services. Par exemple, un centre de santé mentale rencontre des difficultés à toucher la population d'origine turque de son quartier, celle-ci ayant une représentation négative, stigmatisante de la «santé mentale». Néanmoins, les bénéficiaires semblent parfois avoir des craintes en termes de respect de la confidentialité de leur situation lorsque le professionnel provient de la même communauté, craignant qu'il ne rompe la confidentialité au sein de la communauté.

5.2.3.4. Les modalités de mise en œuvre : aspects de qualité des interventions

Haut niveau de formation et multidisciplinarité des équipes

Les professionnels constituant les équipes des structures sont d'un niveau de formation élevé, généralement celui de bachelier ou de master.

Dans le questionnaire, il était demandé aux répondants de cocher s'ils mobilisaient tel type de métier. En conséquence, il n'est pas possible de distinguer les non-réponses à la question des réponses négatives des structures qui ne mobilisent pas ce type de métier. Néanmoins, une analyse complémentaire permet d'observer que 64 services ont coché au moins un des métiers proposés.

Les métiers mobilisés au sein des structures sont très variés. Il s'agit principalement de travailleurs sociaux, présents dans la majorité des structures (56), de médecins, à présence égale avec les psychopédagogues (26), d'éducateurs (15), d'infirmiers (13), de psychologues/ psychothérapeutes (13), de puéricultrices (13), de psychomotriciennes (9), et de sages-femmes (9). Parmi les autres professions rencontrées figurent, entre autres, des juristes, des kinésithérapeutes, des conseillers conjugaux et des

animateurs. Les structures mobilisent en moyenne 2,75 formations différentes, avec un minimum de 0[13] et un maximum de 7.

Les différentes formations rencontrées ont été catégorisées en 3 groupes principaux[14] : «sociale», «psychologique» et «médicale/paramédicale». La catégorie «sociale» est présente dans un nombre supérieur de structures ; au moins un professionnel appartenant à cette catégorie travaille dans 56 structures sur 64. Ce nombre est de respectivement 45 et 38 structures sur 64 pour les catégories «psychologique» et «médicale/paramédicale».

Le caractère multidisciplinaire des équipes est remarquable. Les trois catégories de professions sont présentes simultanément dans 26 structures sur 64 (4/10). L'alliance d'au moins deux catégories se retrouve dans ¾ des structures (48/64) : 'psychologique et médicale' dans 28, 'médicale et sociale' dans 34, et 'psychologique et sociale' pour 40 structures sur 64.

Vu la diversité des objectifs poursuivis et les problèmes rencontrés par les familles, cette multidisciplinarité représente un véritable atout, elle constitue un élément qui permet aux structures de proposer des services variés et globaux. Cette nécessité d'avoir une équipe pluridisciplinaire a été soulignée lors des entretiens qualitatifs et des discussions en groupe. Certains professionnels ont souligné l'importance d'avoir une équipe composée notamment de médicaux/paramédicaux et de psychologues, vu la complexité de certaines situations familiales.

Echoline : Une équipe interdisciplinaire et de services intégrés dès le début de la grossesse

Une équipe interdisciplinaire composée de sages-femmes, de psychologues et d'une secrétaire offre un accompagnement personnalisé, du début de la grossesse à 11-12 mois de l'enfant (poursuite jusqu'à 3 ans maximum), aux femmes et aux familles en difficulté médicale, sociale et psychologique dans le but de soutenir le lien parent-enfant dès la grossesse tout en privilégiant le développement de l'enfant. Les services proposés comprennent des soins obstétricaux pré- et postnataux gratuits, des entretiens psychologiques, une préparation à la naissance et à la parentalité ainsi que des services et aides matérielles (bourse aux vêtements, prêts de matériel, de livres de jeux, etc.). Le suivi peut être individuel ou en groupe. Le travail est réalisé au domicile des parents ou dans les locaux de la structure où des ateliers sont proposés à certaines familles selon l'âge de l'enfant (y compris en prénatal). Echoline est une asbl située à Charleroi (http://www.echoline.be).

13 *Pour rappel la rubrique «Autres» n'a pas été reprise dans ces calculs ; le ou les professionnels mobilisés dans le cadre de ces structures affichant «0 formations différentes» ont donc d'autres compétences que celles des métiers identifiés ci-dessus.*

14 *Type médical/paramédical = Médecins, Infirmiers, Sages-femmes et Kinésithérapeutes. Type social= travailleur social, éducateur, juriste. Type «psycho» = Psychopédagogue, psychologues/psychothérapeutes, puéricultrices, psychomotricienne, conseiller conjugal et sexologue. Les autres formations ne sont pas retenues dans les calculs qui suivent.*

Travail en réseau

La collaboration en réseaux de structures et de professionnels est largement pratiquée. La majorité des services déclarent travailler toujours ou très fréquemment (19/65 et 25/65 = 44/65 des cas) en collaboration avec d'autres structures / organisations. Seuls 7 services sur 65 (1/10) le font peu fréquemment ou jamais. Dans trois quarts des cas, cela se fait pour un échange d'information ou pour une réorientation ou une référence, et dans un cas sur deux c'est dans le cadre d'une coordination. L'importance du réseau est évoquée pour plusieurs raisons ressortant du questionnaire, mais également des entretiens et groupes de discussion.

Il s'agit **d'améliorer ses propres compétences**. «*Faciliter la rencontre, partager un travail commun en mêlant des compétences différentes et favoriser le dialogue inter-réseaux*» (Centre de santé mentale). Par la collaboration en réseau l'objectif est également **d'améliorer l'impact des interventions** : «*Notre travail avec le réseau permet que les services extérieurs aient un autre regard sur ces jeunes mères précarisées*» (SAIE).

Le réseau permet **la coordination** des différents professionnels de l'ONE, de la santé, de l'aide à la jeunesse, de la petite enfance, de l'aide sociale, etc. sur le plan opérationnel («*il assure de façon subsidiaire la coordination entre intervenants qui sont concernés par une même situation*» - projet pilote d'association d'intervenants). Le réseau permet aussi dans ce cadre de référer vers un service adéquat pour faire '*tiers-demandeur',* ce qui facilite la prise en charge des familles, en particulier dans les services qui ne travaillent pas sur mandat. Les réunions inter-institutions permettent en parallèle de mettre le doigt sur certaines situations porteuses de risque de maltraitances liées à une surabondance d'interventions autour d'une même famille.

Le réseau permet aussi la coordination des acteurs sur le plan des représentations et des modes d'action : «*Rassembler régulièrement des intervenants professionnels actifs dans la période périnatale afin de décloisonner les savoirs et de permettre l'apprentissage d'une culture d'intervention commune*» (projet pilote d'association d'intervenants).

La présence de TMS de l'ONE peut contribuer à la mise en réseau sur le terrain, surtout autour de la naissance.

La participation des parents

La participation des parents était abordée dans une question semi-fermée s'intéressant à l'implication des bénéficiaires dans la planification et/ou l'organisation des activités menées dans le service. D'une manière globale, notons deux pôles de réponses. Une réponse négative pour un tiers des répondants et

une réponse positive pour un autre tiers, lequel désigne alors les parents comme étant des 'acteurs à part entière'.

Les professionnels de deux services donnent une autre illustration de la place des parents. Ils constatent l'importance que peuvent prendre les relations entre pairs, l'apport des autres bénéficiaires, dans le soutien à la parentalité (*«le soutien par les autres mères représente 50% du travail !»*, Maison d'accueil). Ceux-ci soulignent néanmoins que ce résultat est conditionné par l'existence d'un cadre sécurisant et approprié dans l'institution qui permet l'émergence de ces résultats.

5.3. Des réflexions transversales sur les pratiques et sur le système actuel : éléments de diagnostic

Des éléments de réflexion plus généraux ont été abordés dans le questionnaire et lors des groupes de discussion. Pour ces derniers, trois thèmes spécifiques, ressortis d'une première analyse des réponses aux questions ouvertes du questionnaire ainsi que des rencontres dans les services, avaient été identifiés par l'équipe de recherche pour y être abordés de manière plus approfondie :

1. **La relation asymétrique professionnel-bénéficiaire :** «Comment travailler sans générer une impression de contrôle, des attitudes d'évitement, une stigmatisation, en restant dans le non-jugement ? Quelles sont les bonnes pratiques ?»
2. **Approche active** (les professionnels vont dans les familles) **versus passive** (les familles se rendent dans les structures) : «*Comment articuler au mieux les deux approches pour une meilleure mobilisation /participation/ implication des parents ? Et à quel moment ? Quelle est la place de l'ONE ?*»
3. **Diagnostic du système – limites et lacunes** : «*Quel est votre diagnostic du système ? Quels sont les besoins non comblés ? Les limites de l'offre ?*»

Nous présentons ci-après des éléments de réponses à ces questions, nourries non seulement des groupes de discussion mais également des informations recueillies via le questionnaire et les entretiens menés dans certains services.

5.3.1. Thème 1 : La relation asymétrique professionnel - bénéficiaire

Le thème proposé lors de groupes de discussion était explicité selon le texte suivant :

> *«Comment travailler sans générer une impression de contrôle, des attitudes d'évitement, une stigmatisation, en restant dans le non-jugement ? Quelles sont les bonnes pratiques ?»*

Nous avons proposé le terme 'asymétrie' : il s'agit d'une hypothèse interprétative soumise aux groupes de discussion pour cibler d'emblée le débat sur un aspect qui, sans qu'il ne soit explicite, semblait sous-tendre beaucoup de commentaires. Il est à noter que ces difficultés de communication et le manque de confiance de la part des parents sont également mis en évidence dans une étude réalisée pour la Fondation Roi Baudouin par Florence Pirard et son équipe (Crépin et al, 2013).

L'asymétrie : vécue par les bénéficiaires et les professionnels

Les professionnels n'ont pas contesté le terme asymétrie ; l'asymétrie est considérée comme 'un fait' par la plupart des professionnels. Ceux-ci confirment qu'une peur du jugement et d'un contrôle social existe chez les parents, parmi lesquels certains peuvent mettre en œuvre des stratégies d'évitement. Les professionnels considèrent d'ailleurs que cette crainte est effectivement justifiée dans certains cas, en particulier lorsque l'enjeu du travail auprès des parents est le placement de l'enfant.

Ce n'est toutefois pas systématiquement le cas. Un TMS de consultation pour enfants de l'ONE considère que la fréquentation des CPE par une population 'tout venant' permet d'atténuer cet effet chez les parents ayant des besoins ou des demandes de soutien complémentaires, et pour lesquels une visite à domicile est proposée.

Pour d'autres professionnels, l'asymétrie dépend de l'approche : l'aide pratique et matérielle n'y conduit pas. A remarquer que c'est également l'opinion de la responsable du DKF à propos des aides matérielles dispensées en CG.

La peur du contrôle ou de la stigmatisation vécue par les parents trouve son équivalent chez beaucoup de professionnels qui craignent d'être intrusifs et souhaitent rester dans le non jugement. C'est en particulier le cas des professionnels dont le mandat implique d'aller à domicile. Les professionnels reconnaissent que leur défi réside dans la construction d'un lien de confiance alors que leur action oscille entre contrôle et soutien. Pour eux l'établissement d'une relation de confiance est particulièrement complexe. Elle passe par une sorte de contrat où les positionnements professionnels sont clarifiés et où le bénéficiaire adulte est considéré comme un acteur à part entière vis-à-vis duquel le service s'engage à expliciter chaque démarche et chaque décision et «à n*e jamais rien faire dans son dos*» (CSM dépendances toxicomanies).

Des pistes pour limiter l'asymétrie et ses conséquences

Pour limiter l'asymétrie, la situation idéale est celle où la famille exprime une demande soit directement, soit par l'intermédiaire d'une personne relais, qui a sa confiance (par le bouche à oreille entre familles, ou par un 'envoyeur' professionnel tel un médecin généraliste).

Les professionnels formulent plusieurs recommandations dans le but de limiter l'asymétrie (sans ordre d'importance) :

1. Au niveau du contact ou de l'approche prise par le professionnel :
    - ✓ Qu'il y ait une **demande**, même indirecte, **par un tiers** (l'*envoyeur'*) connu de la famille ou par bouche à oreille entre bénéficiaires
    - ✓ **Partir d'une situation réelle** comme porte d'entrée ouvrant à une demande
    - ✓ **Centrer** l'essentiel de la relation **autour du bien-être de l'enfant** à naître ou du nouveau-né et pas sur la famille et ses facteurs de vulnérabilité. Ne pas se centrer sur ce qui est déficitaire chez l'adulte.

2. Au niveau de la manière de prendre en charge le parent :
    - ✓ **Prendre le temps** et rester créatif pour être ouvert et favoriser des réponses de la part des parents qui sont non prévisibles ou déterminées à l'avance
    - ✓ Développer une **prise en charge globale**, y compris les aspects matériels et socioéconomiques
    - ✓ Travailler avec les parents pour **construire un lien de confiance** à travers une **continuité** dans la relation, par de la transparence et un **cadre explicite** à propos des règles à partager et du contexte professionnel
    - ✓ Agir en tant que '**professionnel de l'enfance'** et non en tant que spécialiste (psychologue, assistant social ou autre).

3. Au niveau du travail du professionnel :
    - ✓ **Ne pas rester seul** face aux situations mais travailler en duo et, si possible, utiliser un système de soutien professionnel de manière à garder le cap ou céder le relais si nécessaire.

Agir dès la période prénatale

Une piste proposée par l'équipe de recherche comme permettant d'atténuer cette peur du jugement et l'éventuelle attitude d'évitement concernait le moment choisi pour débuter l'intervention. La question posée était : «*A quel moment intervenir ? La période prénatale est-elle favorable ?*»

Il y a unanimité pour considérer que le moment de la grossesse est à la fois un facteur de vulnérabilité mais également un moment porteur d'espoirs et d'attentes qui constituent un levier de changement. L'enfant est le plus souvent au centre de l'intervention, y compris avant la naissance. Il s'agit de «*tenter d'avoir une action le plus précocement possible avant que certaines difficultés ne soient déjà enkystées*» (centre de santé mentale).

Les services s'intéressant à la femme enceinte la valorisent et lui donnent une légitimité sociale. Pour les futures mères les plus vulnérables qui bénéficient d'un soutien spécifique, les soins représentent une sorte de maternage dont elles ont peu l'expérience et qui pourra les aider à répondre en tant que mère aux besoins de leur nouveau-né. La période est également propice pour une approche non stigmatisante et non intrusive à propos du lien mère-enfant et qui le prépare.

Toutefois, il est rapporté qu'une approche non-médicale de la grossesse rencontrerait des résistances chez une partie des professionnels qui seraient surtout attentifs aux aspects physiologiques plutôt que psychiques. La grossesse étant un état qui peut rester ignoré jusqu'à l'accouchement, trop peu de futures mères bénéficient d'un soutien psychosocial lorsqu'elles en ont besoin.

Centre ALFA - Service parentalité: Une approche spécialisée de soutien à la parentalité chez des familles présentant un problème spécifique : la toxicomanie

Le centre ALFA (Liège ; http://www.centrealfa.be/parentalite.html) est un centre de santé mentale spécialisé dans les problèmes d'assuétudes. Le service parentalité accompagne des parents consommateurs abusifs de produits et leurs enfants. Parmi les bénéficiaires de ces services, figurent des femmes enceintes nécessitant une prise en charge médicale (traitement de substitution, sevrage, ...), une aide psychosociale (préparation à la naissance, information, contact avec maternité, gynécologues) et/ou un accompagnement social. L'approche est pluridisciplinaire, vise responsabilisation et accompagnement par un travail social et psychologique (individuel ou familial). L'équipe parentalité définit un plan de prise en charge mis en œuvre par un travailleur plus centré sur les besoins de l'enfant et un autre sur ceux des parents. La nature de la prise en charge est précisée, et se réalise par une alliance d'entretiens au centre ALFA et d'entretiens à domicile. Le centre travaille en réseau avec les différentes structures amenées à intervenir dans ces situations complexes de parentalité et toxicomanies.

Le Centre ALFA n'est pas implanté au sein d'un hôpital, à la différence par exemple du service Parentalité Addictions à l'hôpital St-Pierre à Bruxelles.

5.3.2. Thème 2 : approche active versus passive

Le thème proposé lors des groupes de discussion était explicité selon le texte suivant

> *«Approche active versus passive. Comment articuler au mieux les deux approches pour une meilleure mobilisation/participation/implication des parents ? Et à quel moment ? La place de l'ONE ?»*

La terminologie proposée n'a pas été accueillie très favorablement. L'ironie veut en effet que les professionnels n'utilisent pas volontiers ces qualificatifs à propos de leurs propres services mais le font plutôt à propos des familles. Celle-ci sont qualifiées d'actives si elles font des démarches, et de passives si elles dépendent d'un relais professionnel.

Le choix des lieux d'intervention : au sein de la structure et/ou à domicile ?

L'information sur le lieu d'intervention a été collectée par questionnaire. La majorité des services (56/71 soit 8/10 cas) mentionne que l'activité se passe dans les locaux de l'institution et pour 4 services sur 10 l'action s'y déroule exclusivement. Mais les lieux d'action peuvent être multiples pour un même service. Ainsi, un tiers des répondants combine des actions au sein du service et au sein du milieu de vie. On observe également l'utilisation de locaux d'organisations tierces.

Cette description n'épuise pas le sujet. Quelle logique prévaut au choix du lieu d'intervention au sein des structures ou à domicile ? Lors des discussions en groupe, les services qui réalisent des visites à domicile sont unanimes à présenter celles-ci comme irremplaçables et complémentaires au travail au sein de leurs structures : «*une alliance d'entretiens au centre et à domicile*» (CSM, dépendances toxicomanies), l'articulation entre les deux «ça se tricote» (projet pilote d'association d'intervenants). Pour les sages-femmes et les TMS de l'ONE la proximité avec l'ensemble de la famille, la durée de la visite et la découverte des conditions de vie matérielles et psychologiques des jeunes mères représentent des composantes essentielles à découvrir pour mieux les prendre en charge.

Ce travail au domicile des bénéficiaires n'est toutefois pas nécessairement recherché : une halte accueil choisit ainsi de «*ne pas chercher à savoir ce qui se passe à domicile*», pour travailler uniquement sur le présent dans la structure, ici et maintenant.

Le travail à domicile n'est pas non plus aisé à mettre en place. Certaines familles le craignent en particulier lorsque le placement de l'enfant est en jeu, ou qu'elles contreviennent d'une façon ou l'autre aux lois (illégalité, toxicomanie par exemple).

'Au sein de la structure' : des difficultés de mobilisation des parents

Certains professionnels des services destinés aux familles où ce sont les utilisateurs qui se déplacent dans les locaux de l'organisme (approche *'passive'*), déclarent rencontrer des difficultés à mobiliser et impliquer les parents. En effet, les parents chez qui sont repérés les besoins les plus importants ne passent pas la porte spontanément. Comme le témoigne une structure «*Le lieu d'accueil est bien fréquenté, mais le public cible est difficile à mobiliser. Ceux qui en ont le plus besoin ne viennent pas aussi facilement que nous l'espérions. Les parents d'enfants de milieux précarisés ne comprennent pas l'intérêt de consacrer leur temps à ce type d'activités» (asbl)*. Cette difficulté a été également soulignée lors des entretiens qualitatifs et groupes de discussion «soit les parents ne respectent pas les rendez-vous, soit ils ne viennent tout simplement pas».

La place des familles dans les structures semble ainsi parfois source d'insatisfaction : le vocabulaire utilisé marque bien la difficulté que cela représente pour les professionnels : «*ne pas leur permettre*

d'utiliser la structure à la carte…» (maison d'accueil), «*arriver à ce que les bénéficiaires se déplacent jusqu'à notre bureau» (asbl), «manque de discipline pour venir aux rendez-vous»* (maison médicale).

Ces professionnels, travaillant dans des structures dont les activités éducatives visent au renforcement du lien parent-enfant et à l'éveil des enfants, se particularisent par un discours relatif à la nécessité d'éduquer les parents. Les professionnels ont la volonté de les impliquer dans des services qui les concernent, mais il faut «*les aider à être actifs*». Ce n'est pas du tout la position des professionnels qui se rendent à domicile et dont une caractéristique est leur forte empathie pour la situation sociale de leurs bénéficiaires.

Notons cependant que la difficulté de mobilisation n'est pas généralisée. Des structures spécialisées et disposant d'un réseau plus dense déclarent ne pas pouvoir répondre à une demande trop importante : *«Notre capacité de prise en charge est limitée par rapport aux nombre de demandes et nous devons refuser de prendre en charge des situations. Nous les réorientons vers d'autres services mais cela s›avère difficile»* (asbl).

Deux démarches complémentaires, à réaliser aussi en réseau

Les deux démarches sont considérées comme complémentaires, même si elles ne sont pas mises en œuvre par la même organisation. La question clé est celle de savoir **qui tient le 'fil rouge'** entre les intervenants ?

Cette continuité est rare, et l'articulation souhaitée entre travail à domicile et au sein de la structure se construit patiemment en fonction de l'existence d'une relation de confiance avec la famille. Les professionnels sont unanimes à considérer que les expériences antérieures de ruptures de liens représentent une des caractéristiques les plus fortes des familles vulnérables qu'ils accompagnent. A ce titre, la qualité des services de soutien se mesure à l'aune de la continuité du lien qu'ils peuvent offrir. Une fois établi, le lien de confiance avec les professionnels peut induire un accompagnement plus durable de la famille, y compris pour effectuer des démarches auprès de services extérieurs.

Les TMS de l'ONE sont fréquemment mentionnés comme un des opérateurs de ce lien, bien que les participants déplorent également des discontinuités. Celles-ci sont dues principalement au fait que les TMS fonctionnent selon des temporalités différentes au niveau des heures et jours d'ouverture qui sont limités et avec une opérationnalité différente de l'urgence. Des changements de personnel sur le terrain sont également soulignés. En outre, la disponibilité des TMS de l'ONE n'est pas illimitée. Ceux-ci ont un mandat à l'égard des mères ou des enfants inscrits dans une consultation et n'ont pas de mission particulière vis-à-vis d'enfants non-inscrits, une fois dépassée la période postnatale immédiate où se font les inscriptions. Enfin, selon la TMS et sa vision de son métier, les visites à domicile sont parfois réalisées uniquement lorsque les parents sont demandeurs.

Les professionnels, y compris les TMS de l'ONE, soulignent l'importance d'être en réseau avec d'autres services. Le réseau permet de «*rompre l'isolement des jeunes parents en leur offrant un lieu dans lequel ils peuvent se décharger, venir à la rencontre d'autres parents et être ré-orientés vers un service plus adéquat en cas de besoin*» (asbl). Le réseau permet également de garantir une globalité de la prise en charge (si des services à visées différentes encadrent au même moment la famille) ainsi que sa continuité (si des services se succèdent en «tuilage» auprès des familles, les accompagnant le temps nécessaire de la transition d'un service à l'autre). Toutefois ce n'est pas sans effet sur le lien avec les familles, et les professionnels recommandent que le fonctionnement en réseau soit connu des parents pour que la confiance se perpétue.

Cependant tous les professionnels soulignent l'absence d'informations fiables sur les services existant sur un même territoire. Les services cherchent à dégager du temps pour créer, entretenir ou renforcer le réseau.

Seconde Peau : Un exemple de collaboration/réseau

Seconde Peau est un projet qui est issu des réflexions et expériences de quatre services travaillant en soutien à la parentalité sur Liège : Le service d'aide et prévention anténatale liégeoise de l'enfance maltraitée (APALEM), le service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier de la Citadelle, le projet ETAPE (ensemble travaillons autour de la petite enfance) et l'intergroupe liégeois des maisons médicales (IGL).

Le projet vise tant le contexte socio-éducatif et familial que l'organisation des prises en charge des situations de vulnérabilité sociale et psychologique. Les interventions concernent, d'une part l'enfant, ses parents et leurs interactions, d'autre part les professionnels via les 'mises en réseau formatives'. Le travail auprès des familles, entrepris de la grossesse jusqu'aux 3 ans de l'enfant, se déroule directement à leur domicile via des interventions psychomotrices et psychologiques en vue du développement psychocorporel de l'enfant, et du développement des compétences relationnelles et psychomotrices de la dyade parent(s)-enfant. L'objectif des mises en réseau formatives est de permettre aux différents acteurs de réfléchir ensemble autour d'une situation concrète, à une meilleure articulation du réseau pour une prise en charge globale des familles grâce à l'identification et l'analyse des logiques de fonctionnement des différents professionnels. La spécificité et l'intérêt de cette mise en réseau formative est de réunir à la fois les acteurs d'une situation (professionnels et bénéficiaires) et à la fois tous les professionnels de la périnatalité, afin d'échanger sur la situation, apprendre de l'expérience de l'autre et partager la sienne. Pour «mieux travailler ensemble».

5.3.3. Thème 3 : Diagnostic du système – limites et lacunes

Le thème proposé était explicité selon le texte suivant :

> *«Quel est votre diagnostic du système ? Quels sont les besoins non comblés ? Les limites de l'offre ?*

Deux pistes de réflexion ont par ailleurs été proposées par l'équipe de recherche :

- La place du père dans le soutien apporté aux familles
- Les acteurs ne sont pas bien formés/outillés pour aborder certaines populations.

La place des pères : oublié face à la dyade mère-enfant ?

Dans le questionnaire, la moitié des services a mentionné le père comme étant concerné par leurs activités. Concernant les services de l'ONE, le Contrat de gestion 2008-2012 ne mentionne qu'une seule fois les pères, indiquant que le service des CPN se réalise «avec une attention particulière accordée à la place du père», sans que cette attention ne soit plus développée.

La question de la place du père n'a été abordée, lors des groupes de discussion, qu'à notre suggestion. Le diagnostic du secteur passe par le constat que les pères sont souvent oubliés si pas stigmatisés pour des raisons de 'culture ou de valeurs féminines' tant de la part des professionnels des services que des mères qui pensent qu'ils ne sont pas intéressés. Pourtant dès qu'une place leur est accordée, qu'ils sont invités à prendre part et à s'exprimer, les professionnels témoignent du fait que l'attitude est différente et qu'ils semblent plus présents qu'auparavant. Ce résultat nécessite néanmoins de la part des professionnels d'accepter 'de travailler dans la complexité' et d'être inventifs : être attentifs à la vulnérabilité des pères, ainsi qu'à l'organisation des lieux, aux horaires, à la mixité des équipes pour qu'ils trouvent leur place.

Le vécu des professionnels : entre satisfaction et impuissance

Le vécu des professionnels est assez contrasté, se caractérisant à la fois par une grande satisfaction à propos du travail mené, tout en étant mitigé par un sentiment d'impuissance face à certaines situations rencontrées.

Les répondants au questionnaire déclarent, de manière générale, être satisfaits de leur initiative. Ils sont majoritairement, soit très satisfaits, soit assez satisfaits des activités entreprises (51/62 ; 82,26%). Seul un répondant dit être peu satisfait et aucun ne se déclare insatisfait. Ce niveau remarquable de satisfaction peut être considéré comme une caractéristique du secteur ainsi que comme un déterminant de la qualité des services. Les réponses ouvertes au questionnaire permettent d'identifier le sentiment d'utilité des professionnels par rapport aux demandes, à l'attitude des familles (sympathie et «retour positif») et aux 'réussites' obtenues. Une sage-femme mentionne l'importance de la mixité *«la mixité du groupe est souvent une richesse et porteur pour les personnes défavorisées, il y a une certaine empathie entre eux»*.

De plus, le réseau est une des sources essentielles de satisfaction : «*Grande collaboration avec le réseau professionnel*» (Centre de Planning Familial) ; «*L'évolution favorable des enfants et des familles et dans les mises en réseau formatives, les professionnels qui viennent en nombre et qui participent activement aux mises en réseau formatives (MRF) et les évaluations positives reçues dans le cadre de ces MRF».*

Néanmoins, les professionnels rencontrent parfois un sentiment d'impuissance face aux difficultés quotidiennes de certaines familles. Une coordination mentionne également d'autres difficultés liées au secteur, par exemple la difficulté de trouver une structure d'accueil pour des personnes en situation irrégulière «*peu de structures d'accueil sont accessibles aux patientes «sans-papiers» (refus dans les maisons d'accueil ou les foyers familiaux)».*

Les difficultés rencontrées

Plus de 2/3 des structures ayant répondu au questionnaire déclarent rencontrer des difficultés significatives lors de la réalisation de leurs activités. A la question «de quelles difficultés s'agit-il principalement ?», certains éléments (parfois discutés plus haut) reviennent dans les réponses. Les éléments les plus cités sont : le manque de ressources humaines, financières et matérielles, la difficulté de mobilisation du public vulnérable (abordé précédemment, voir point *5.3.2. Thème 2 : approche active versus passive*) et les difficultés de compréhension liées à la langue (voir point *5.2.3.3. L'accessibilité des services – L'accessibilité «culturelle»*). D'autres éléments ont été apportés par les entretiens et les groupes de discussion, dont le manque de formation pour les professionnels et le manque d'information sur le réseau à disposition des professionnels.

Les autres éléments ayant été abordés précédemment, nous abordons ci-après les difficultés relatives au manque de moyens, aux besoins de formation des professionnels et au besoin d'information sur le réseau.

Manque de moyens financiers et humains

La dimension financière, faisant référence aux moyens dont les structures disposent pour mener à bien leur mission, a été abordée dans le questionnaire à travers une question portant sur la pérennité financière des activités. Il était important pour nous de tenir compte de cette dimension financière, d'autant plus que, comme nous l'avons déjà souligné, les activités proposées sont souvent gratuites.

De manière générale, les structures déclarent ne pas bénéficier d'un financement suffisant qui permette de pérenniser leurs activités. Deux tiers des répondants à cette question (65% soit 39/60) estiment que la pérennité financière des activités n'est pas assez bien assurée. Ces répondants se répartissent comme suit : 4 déclarent que cette pérennité n'est pas du tout assurée, 10 trouvent qu'elle l'est faiblement et 25 estiment que la pérennité est moyennement assurée. Notons que 17 répondants déclarent que la pérennité financière des activités est assez bien assurée et seuls 4 estiment qu'elle est parfaitement assurée.

Cette insuffisance de moyens financiers a également été évoquée lors des entretiens qualitatifs et des groupes de discussion. Les financements sont le plus souvent non structurels. Ceci a un impact direct

sur la qualité des services fournis. Une structure a mentionné, en exemple, l'impossibilité de mettre en place un dispositif d'évaluation des activités car les fonds ne permettent pas d'engager du personnel pour la réaliser. Une surcharge de travail a été fréquemment citée. La plupart des professionnels disent ne pas pouvoir travailler à temps plein, et faute de moyens, ils se trouvent obligés d'avoir une seconde occupation. Nous avons été étonnés de constater que cela était vrai à la fois pour des structures moins connues comme pour celles ayant plus de renommée telles que Aquarelle et Echoline. Tout cela entraîne une certaine précarité des travailleurs eux-mêmes : *«les personnes qui s'occupent de personnes précarisées sont les premiers précaires»* (asbl).

Un manque de formation et de supervision ressenti par les professionnels

Les professionnels mentionnent la nécessité de formations complémentaires en matière d'écoute et de co-construction à la relation de confiance avec les familles, y compris le fait de prendre en considération les réseaux propres des familles. Pour avoir la meilleure prise en charge, au-delà du fait de «parler la même langue», les participants aux groupes de discussion ont manifesté l'importance de parler le même langage que la personne. Parler le même langage permet de limiter l'asymétrie professionnel-bénéficiaire. La formation des professionnels doit ainsi viser à leur permettre de garder un esprit ouvert et de 'faire avec' les ressources des familles.

Les professionnels marquent aussi le besoin d'être épaulés dans leur travail, d'avoir le temps de prendre du recul face à leur pratique quotidienne afin de pouvoir rester professionnel. Ce soutien des professionnels passe non seulement par un bon travail en équipe, mais aussi par l'existence d'une supervision.

Manque d'information sur le réseau

La place du travail en réseau abondamment soulignée explique le besoin de disposer de systèmes d'information adéquate pour le soutenir : que ce soit à destination des parents via un guichet des parents dans les administrations communales, ou à destination des professionnels grâce à un répertoire de services élaboré sur une base géographique.

Un vide des politiques sociales

De manière spécifique, les professionnels rencontrés mettent en évidence combien leur approche, qui prend en considération les périodes avant la naissance, autour de la naissance et des premiers mois de l'enfant ainsi que le couple, l'enfant, la mère et le père, correspond à un vide dans les politiques sociales. Ces dernières ciblent en effet chacune une population à la fois, la plupart du temps la future mère, l'enfant déjà né ou la dyade mère-enfant une fois l'enfant né, mais pas l'entièreté de la période

périnatale. La reconnaissance de leur approche complexe est malaisée, souffre d'une absence de dénomination appropriée et les budgets n'en sont que moins accessibles pour poursuivre et développer ce type d'activité. Ils soulignent par ailleurs l'insuffisance de capacité d'accueil pour les familles très vulnérables.

5.4. Conclusions

Comment se structure l'offre périnatale, et en particulier celle orientée au bénéfice des familles vulnérables ?

L'offre des services périnataux est composée de deux grands volets. L'un est constitué par les consultations médico-sociales mises en place par l'ONE et par le DKF, institutions qui ont également une mission transversale spécifique de soutien à la parentalité mise en œuvre dans tous les services. L'autre volet est réalisé dans le cadre de politiques sociales diverses (enfance, famille, aide aux personnes, action sociale, aide à la jeunesse, culture), soit par des services institutionnels ayant choisi de développer un axe d'intervention autour de la naissance d'un enfant et ciblant les familles vulnérables, soit par des structures spécialisées associatives. Il n'existe pas de recension systématique de ce grand nombre d'initiatives particulières. Notre étude est basée sur les données d'enquête fournies par des structures identifiées par des acteurs locaux et par un processus de sélection par boule de neige.

Les consultations médico-sociales de l'ONE et du DKF sont destinées à toute la population selon un principe d'accès 'universel progressif'. Les prestations sont individuelles et collectives et intègrent un niveau d'action plus ciblé. En effet les TMS des consultations réalisent des prestations complémentaires à domicile lorsqu'ils identifient un besoin de suivi renforcé pour les familles. Les consultations médico-sociales de l'ONE offrent un suivi des grossesses mais cette offre est limitée, avec une couverture de 28% inégalement répartie sur le plan géographique. Ce n'est qu'au moment de la naissance que se constitue un système offrant une plus large couverture grâce à la présence d'un TMS de liaison dans la quasi-totalité des maternités. Par rapport aux accouchées vivant dans une grande précarité, la moitié des maternités ont mis sur pied un dispositif médico-psycho-social complémentaire pour le retour à domicile. Nous notons que ce dernier se trouve surtout dans les provinces dépourvues de consultations prénatales organisées par l'ONE.

Les TMS de liaison font le relais avec les consultations pour enfant (CPE) au moment de la naissance. Dans les CPE situées dans les zones socioéconomiques plus pauvres, les projets de soutien à la parentalité réalisés visent surtout à renforcer le lien mère enfant et à lutter contre l'isolement social des familles.

En Communauté germanophone, l'organisation est similaire mais le soutien particulier des familles vulnérables par le TMS est déjà initié pendant la grossesse, du moins lorsque des difficultés matérielles sont repérées par des professionnels, qu'ils soient du secteur public comme privé. Une grille de critères de vulnérabilité est appliquée par la suite pour déterminer le niveau de soutien qui sera organisé.

La seconde catégorie de services qui développent des prestations périnatales, en particulier à destination de familles vulnérables, se réalise en dehors d'un programme médico-social spécifique. C'est ce que nous avons appelé le 'champ élargi de la périnatalité'. Un large éventail de services sociaux et de santé est impliqué, allant des CPAS, des haltes-accueil en passant par des maisons médicales, des centres de planning familial et des services de santé mentale. On trouve également des asbl, d'accès ciblé ou universel, dont les missions touchent de près ou de loin l'exercice de la parentalité. Selon la classification présentée précédemment, les maisons ouvertes font partie des services universels 'passifs' de soutien à la parentalité («*come-structure*»), tandis que les associations effectuant un accompagnement à domicile de familles très précarisées font partie des services ciblés («*go-structure*»). Contrairement à ces derniers, les services universels 'passifs' de soutien à la parentalité, éprouvent des difficultés à toucher les parents les plus vulnérables. Ce résultat est cohérent avec des observations faites dans d'autres contextes (cf Cadre théorique). Un certain nombre de services du champ élargi fonctionnent de manière complémentaire avec les structures organisées par l'ONE.

Quels sont les besoins perçus par les services du secteur périnatal et quelles sont les activités développées ?

En termes de besoins perçus par les professionnels, des facteurs communs sont observés entre les services de l'ONE/DKF d'une part et ceux du champ élargi d'autre part. Les situations de vulnérabilité telles que l'isolement social, les faibles ou très faibles revenus et les problèmes de logement sont des caractéristiques interpellant l'ensemble des acteurs. Les problèmes de santé mentale touchant la mère sont également très présents. Enfin, les risques de négligence affectant les enfants retiennent particulièrement l'attention des professionnels.

Tous les services ne partagent pas les mêmes objectifs, ni ne réalisent les mêmes activités. Néanmoins, une logique commune semble soutenir l'ensemble de leurs actions. Nous la schématisons ci-après.

On distingue globalement trois types d'activités menées dont le point commun est de mettre l'enfant au centre des effets recherchés :

1. Celles où l'enfant est le sujet direct de l'activité : activités de psychomotricité, socialisation de l'enfant, suivi de sa santé.
2. Celles où l'enfant est le bénéficiaire indirect d'une action menée envers ses parents : aide matérielle aux parents, information/contacts avec les professionnels, groupes de discussion entre parents. En

renforçant le parent dans ses capacités parentales, on cherche ainsi à ce qu'il puisse apporter le mieux à son enfant.

3. Celles où c'est le lien parent-enfant qui est directement travaillé, avec une action menée de concert sur l'enfant et son parent : activités parents-enfants, accompagnement psycho-social de la grossesse visant à préparer ou promouvoir la mise en place d'un attachement sécurisant.

Dans le schéma suivant nous présentons à la fois les objectifs et les types d'activités rencontrées dans les projets du champ élargi de la périnatalité.

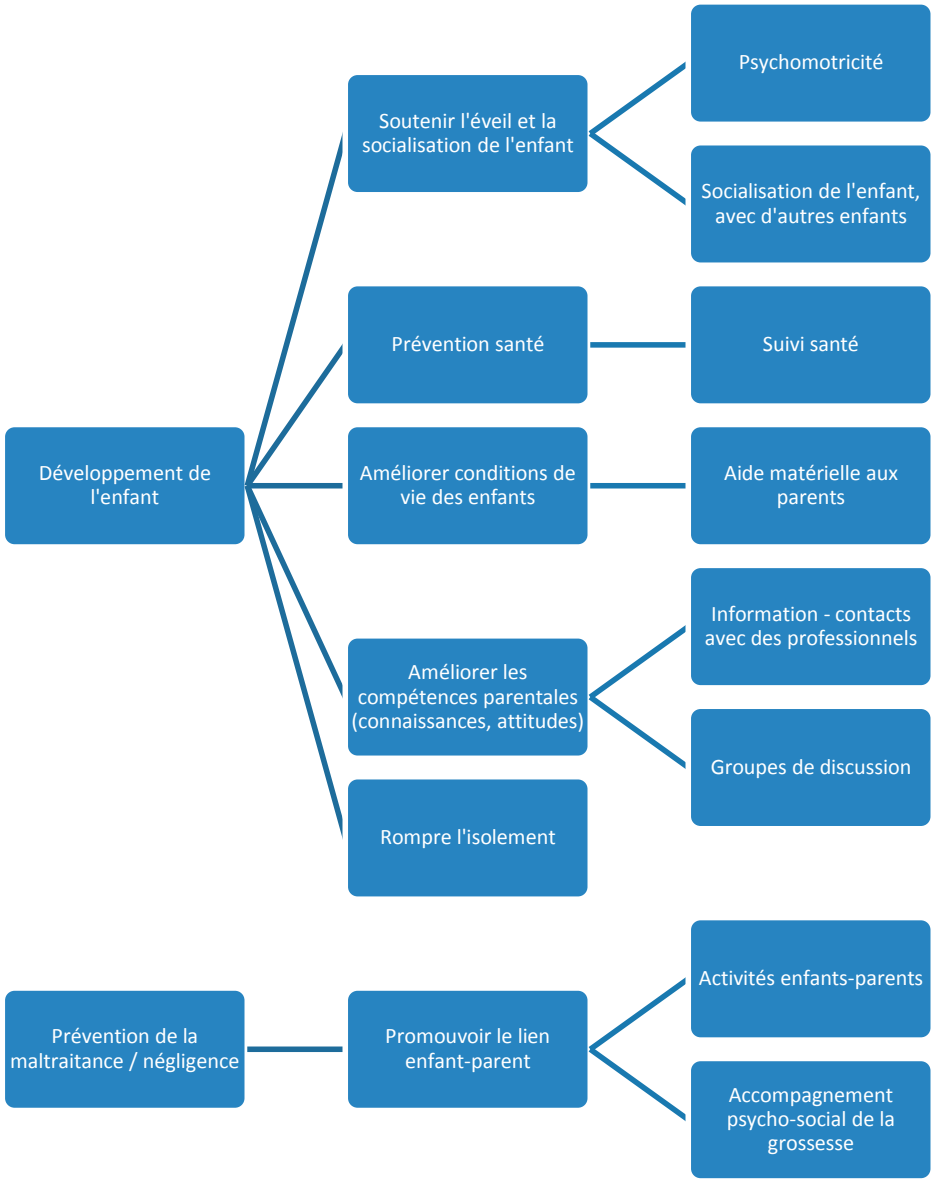

Figure 13 : Objectifs poursuivis et activités développées

Quelles sont les caractéristiques principales des activités périnatales ?

Selon les résultats de notre enquête auprès de la deuxième catégorie de services, le portrait retiendrait les caractéristiques suivantes. Il s'agit de services qui occupent un personnel de niveau élevé de formation (bachelier ou master des domaines social, psychologique et médical), travaillant en équipe multidisciplinaire, investissant du temps pour - et accordent de la valeur - au travail en réseau entre professionnels et entre institutions. Ces services développent leurs activités dans les locaux de l'institution, à domicile ou en combinant les deux approches. Nous n'avons pas rencontré d'acteurs mettant en place un mode d'intervention prédéterminé (*'evidence based'*) dans le cadre d'un programme mis en œuvre de façon standardisée. La nécessité de prendre le temps et de rester créatif pour être ouvert et favoriser des réponses non prévisibles de la part des parents ou non déterminées à l'avance est une recommandation de bonne pratique émanant des acteurs eux-mêmes.

L'accessibilité financière des services est assez large. Leurs objectifs relèvent du soutien à la parentalité au niveau individuel (lien précoce parent-enfant, transmission de connaissances, renforcement des parents, développement de la confiance, activités d'éveil de l'enfant) et collectif (lutte contre l'isolement social). Pour la moitié des services qui ont participé à l'enquête, les actions développées sont susceptibles d'avoir un impact à la fois sur les déterminants socioéconomiques (statut, ressources et conditions de vie), psycho-sociaux (support social, lien social, capital social) et comportementaux (comportement et mode de vie ; croyances, connaissances, attitudes) de la vulnérabilité. Ce sont cependant surtout les déterminants psycho-sociaux et comportementaux qui sont visés.

La question de la stabilité du financement mise à part, les opinions divergent quant aux difficultés rencontrées par les acteurs. De façon schématique, une partie des acteurs évoquent des difficultés pour mobiliser les familles et les faire bénéficier de leur offre de services, l'autre considère que l'ampleur des besoins est telle qu'ils ne peuvent satisfaire toutes les demandes, et que leurs financements souvent instables constituent un obstacle aux développements nécessaires d'autres services. Les professionnels marquent un niveau élevé de satisfaction à l'égard de leurs activités.

6. RECOMMANDATIONS POUR UN MEILLEUR SOUTIEN AUX FAMILLES VULNÉRABLES EN PÉRIODE PÉRINATALE

Plusieurs recommandations peuvent être établies afin de promouvoir un meilleur accompagnement des familles lors de la période périnatale. Elles se basent d'une part sur la littérature sur le sujet, présentée entre autres dans le cadre théorique du présent rapport, et d'autre part sur les observations et analyses effectuées au cours de cette recherche. Ces recommandations concernent la politique générale en matière de périnatalité et les principes guidant celle-ci, les pratiques prenant cours sur le terrain, en relation directe avec les familles, et les activités complémentaires, d'appui, devant être promues afin de soutenir les familles et les professionnels de terrain.

Des principes de politique

Les principes d'EUROCHILD (cf Cadre théorique) pour guider les politiques de soutien aux familles ou à la parentalité ont pour fondement la question des inégalités sociales et de la pauvreté. Le premier principe consiste à «*inscrire ces politiques au sein d'une approche basée sur les droits de l'enfant tels que définis par la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, et reconnaître les enfants et les jeunes comme des citoyens ayant leurs propres droits*.» (Eurochild, 2012, p. 5). Cette association internationale historiquement impliquée dans la lutte contre la pauvreté chez les enfants rappelle que les interventions relatives à la parentalité doivent être complétées par d'autres actions de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et ne suffisent pas à elles seules à améliorer le bien-être des enfants et de leurs familles ainsi que le respect de leurs droits. Plusieurs de leurs recommandations portent sur les services en précisant que l'approche doit être non stigmatisante, fondée sur *l'empowerment*[15], participative et basée sur le renforcement des capacités des familles ; enfin elle préconise que l'offre de services soit accessible et organisée selon la stratégie d'universalisme progressif offrant un soutien à tous avec davantage de support pour ceux ayant des besoins supplémentaires.

Ces recommandations générales recoupent largement un certain nombre de conclusions établies par le centre d'analyse stratégique

15 *«Processus d'aide à la réalisation de ce qui est en puissance chez une personne ou une communauté» N Coulon (2012, p. 25)*

(CAS) français (Hamel et Lemoine, 2012) sur base de différentes revues de littérature et analyses de programmes menés dans les pays européens. Elles sont également en cohérence avec les quatre principes fondant le référentiel de soutien à la parentalité de l'ONE destiné à guider les pratiques des professionnels de terrain (ONE, 2012d).

Développer et banaliser le recours à des services répondant aux besoins différenciés des familles dès la période prénatale

Le système 'périnatal' devrait avoir pour objectif d'offrir à chaque famille le soutien adapté à ses besoins et attentes afin de garantir le bien-être et le développement optimal de l'enfant d'âge précoce.

Nous identifions trois stratégies complémentaires afin de répondre à cet objectif :

1. **Développer une offre de services diversifiée qui réponde à l'hétérogénéité des besoins et attentes des familles.**

   Les besoins et attentes des familles diffèrent par leur intensité et leur nature. Si certaines familles nécessitent une aide de type matériel, d'autres bénéficieraient davantage d'une aide de type psycho-social ; de même que des parents ayant des problèmes de santé mentale ne rencontrent pas les mêmes besoins que d'autres. Il peut s'agir d'une situation ordinaire, de fragilité passagère, de vulnérabilité spécifique, de vulnérabilités multiples, ou de danger. Les situations peuvent se cumuler, les actions également. Le CAS français préconise de diversifier l'offre (Hamel & Lemoine, 2012). En diversifiant l'offre de services, on permet de répondre à la grande variété de ces besoins. Cette diversité doit être travaillée non seulement en termes d'objectifs poursuivis, mais également en termes de mode d'action et d'activités proposées.

   Cette diversité semble effective dans le contexte de la FWB. Cependant pour que l'offre de services diversifiée réponde à l'hétérogénéité des besoins et attentes la recommandation consiste à améliorer la connaissance du secteur qui n'en est qu'à ses débuts, et à préconiser son évaluation - qui n'a pas commencé.

   Dans un contexte où l'offre est diversifiée, il est recommandé également d'avoir une bonne méthode de communication : informer au mieux sur les services disponibles en allant vers les parents à certains moments clés de la vie, en les renseignant sur les objectifs et le contenu des actions entreprises. Il est également recommandé d'organiser l'information destinée aux professionnels en créant des sites d'informations. Le Compendium réalisé par Eurochild, est un outil qui nous semble exemplaire pour les professionnels.

2. Favoriser le recours à des services ordinaires.

Il est important de ne pas négliger le risque de stigmatisation (et ses conséquences : évitement, peur…) que peuvent rencontrer les familles en faisant appel aux services.

Quel que soit le type de service auquel ils appartiennent, les professionnels rencontrés ont recommandé un certain nombre de bonnes pratiques pour toucher les familles vulnérables et éviter ce risque, parmi lesquelles celle de centrer la relation parents-professionnels autour de l'intérêt pour le bien-être de l'enfant à naître ou déjà né, et de le faire dans une approche participative et de co-éducation.

Encore faut-il que le fait de fréquenter un service ne soit pas stigmatisant en soi. Le recours à des services périnataux relatifs à la santé peut être considéré comme 'banal' ou ordinaire. Tout enfant à naître, déjà né ainsi que sa mère, quelle que soit la situation en termes de vulnérabilité, nécessitent un suivi préventif de la santé, comprise au sens large comme un parfait état de bien-être physique, psychologique et social. En Fédération Wallonie-Bruxelles et en Communauté germanophone, cette mission est dévolue à l'ONE et au DKF. En tant que services généralistes, universels, les consultations constituent un point d'entrée privilégié pour toucher toutes les familles.

La question de leur accessibilité est donc centrale. La recommandation consiste ainsi à améliorer l'accessibilité et l'utilisation effective de ces services périnataux «généralistes» par les familles. La première accessibilité est la disponibilité géographique. Nous avons pu observer l'inégale répartition géographique des CPN de l'ONE. Il convient de renforcer cette offre de première ligne, ou de mettre en place des pratiques innovantes afin de toucher toutes les familles, et particulièrement celles qui en ont le plus besoin. La plate-forme mise en place par l'ONE dans la province de Luxembourg, travaillant en collaboration avec les praticiens privés afin de suppléer à l'absence de CPN dans la région, ou l'existence du Fonds pour les femmes enceintes dans des situations d'urgence en Communauté germanophone constituent dans cette optique un exemple intéressant. La mise en œuvre de telles collaborations permettrait d'augmenter la couverture dans la période prénatale et de toucher plus de familles.

L'accessibilité économique doit également être garantie afin de ne pas empêcher les familles défavorisées d'avoir accès à des services dont elles ont besoin plus que d'autres. Le système de gratuité de l'ONE et du DKF est à préserver. L'accessibilité est également pratique, se déclinant entre autres en termes d'horaires. Nous avons observé que de nombreuses CPE de l'ONE, situées dans des zones défavorisées, sont accessibles uniquement pendant les heures de travail, ce qui sélectionne de facto une certaine population. Il est à recommander de tenir compte des contraintes matérielles en développant des actions dans les endroits déjà fréquentés par les parents, ou en soirée ou en fin de semaine, ou même sur le lieu de travail des parents.

3. Agir dès le prénatal.

Une troisième stratégie complémentaire est d'agir dès le prénatal. Outre la pertinence d'agir au plus tôt pendant la grossesse afin d'éviter des complications et de préparer l'arrivée de l'enfant d'un point de vue psycho-social, les professionnels rencontrés lors de cette étude ont confirmé que cette temporalité permettrait de limiter les situations d'évitement de la part des futurs parents. L'enfant n'étant pas encore là, la peur d'un éventuel placement est en effet moins présente, la crainte de voir stigmatisé des comportements et attitudes à l'égard de l'enfant à naître est plus faible, alors que la période est marquée par des espoirs et des attentes qui constituent un levier de changement pour les parents.

Articuler les services généralistes et les services spécialisés

Les services universels généralistes (par exemple les consultations pour enfants), les services universels spécialistes (par exemple les maisons ouvertes) et les services actifs ciblant une population particulière (par exemple les services d'aides en matière de toxicomanie) constituent une offre périnatale diversifiée. Ceux-ci s'intègrent dans un système social plus vaste. Quelles stratégies favoriser pour garantir cohérence et continuité ?

Trois modes d'intégration sont repérés dans les pays européens : une offre de services ciblés au sein d'un service universel généraliste, l'intégration de services par le regroupement de différents services aux parents, l'adossement d'un service ciblé à un service généraliste. Nous pouvons observer ces différents cas de figure en FWB, et il est recommandé de les renforcer, mais ceux-ci ne représentent pas les seules formules sur le terrain. En effet, un certain nombre de services du champ élargi de la périnatalité résultent d'initiatives ponctuelles, prises suite à un développement historique particulier. Ceux-ci ne s'inscrivent pas nécessairement dans ce type d'articulation structurelle. Le travail en réseau représente une alternative fréquente en FWB.

Le travail en réseau permet d'assurer la continuité et la prise en charge globale des familles, d'assurer la cohérence du soutien grâce à l'identification et l'analyse des logiques de fonctionnement des différents professionnels et, enfin, d'éviter la superposition des intervenants**. Il convient** donc de mettre des moyens à disposition pour **développer un travail en réseau de qualité**, et en particulier de reconnaître le temps consacré par les équipes au renforcement de leur réseau interprofessionnel en vue de la poursuite des différents objectifs susmentionnés. Cette activité semble jouer un rôle particulièrement important dans la satisfaction au travail pour des professionnels du *'care'* dont il faut rappeler le niveau élevé de risque d'épuisement professionnel dans un secteur professionnel dont la pérennité est souvent fragile.

La période autour de la naissance nécessite de **renforcer l'intégration des services**. Un TMS de l'ONE est présent dans quasi tous les lieux d'accouchement de la FWB. Celui-ci occupe donc une position stratégique pour lier les acteurs intervenant au cours des trois périodes périnatales (grossesse – accouchement – très jeune âge de l'enfant). Si ce professionnel particulier a actuellement une responsabilité stratégique en matière de collecte de données autour de la naissance et de liaison avec les CPE, il n'a pas pour mandat d'assurer une **continuité de l'accompagnement**. Bien que dans la moitié des maternités, le TMS soit impliqué dans l'accompagnement du retour à domicile des accouchées vivant en situation de précarité, son rôle devrait être repensé et renforcé pour améliorer la continuité de l'accompagnement des familles précaires dont les expériences antérieures de ruptures de liens représentent une des caractéristiques les plus fortes de leur vécu.

Une prise en charge holistique et pluridisciplinaire des familles vulnérables en période périnatale

La prise en charge médico-sociale de la mère et de l'enfant occupe une position centrale dans les dispositifs de soutien périnatal. Il est important de **tenir compte de toutes les dimensions de la grossesse et de la naissance** afin de répondre au mieux aux besoins et attentes des familles. Tenir compte de ces dimensions passe par une collaboration pluridisciplinaire effective qui ne se résume pas à une simple orientation de la famille vers un autre service. Dans la réalité, cette collaboration n'est pas toujours évidente à mettre en place, et cela pour différentes raisons. Par exemple les professionnels médicaux/paramédicaux et les psychologues ont longtemps évolué, chacun de leur côté, avec leurs paradigmes propres. Les périodes de la grossesse puis de la naissance sont une opportunité à saisir pour établir une communication véritable entre les différents intervenants, pour assurer une continuité des services et une prise en charge globale de la mère en particulier, et de la famille en général.

Les évaluations européennes des programmes mettent en exergue l'association entre programme ascendant (*'bottom up')* et haut niveau de compétence des professionnels. Dans ce cas, les professionnels qualifiés n'appliquent pas des modèles d'interventions prêts à l'emploi et leurs interventions sont initiées en fonction des circonstances rencontrées. Ils disposent pour cela d'un niveau de formation supérieur. C'est le cas de pays comme l'Italie ou la France. C'est également la situation rencontrée dans la FWB. Les professionnels doivent cependant disposer de capacités réflexives adéquates pour prendre en compte les individualités dans leurs contextes, pour ne pas se contenter de cibler les parents et l'enfant mais tenir compte des réseaux et de l'environnement propres des familles tout comme des facteurs contextuels ou culturels. Par exemple, pour renforcer l'utilisation des services par les pères, il convient que les professionnels organisent les services et offrent des prestations qui soient ouverts à la masculinité, ce qui nécessite des capacités d'innovation et d'analyse soutenu. La prise en charge globale met en œuvre des **approches transversales menées par des équipes pluridisciplinaires** qu'il convient de **renforcer**.

Reconnaître le 'soutien périnatal' et soutenir les professionnels

Une difficulté est apparue lors de la réalisation de cette recherche du fait de l'absence d'un terme qui désigne de manière univoque l'unicité de la période pré- et postnatale au niveau de l'expérience des mères et des pères sur le plan de la santé physique et du bien-être, sur le plan psycho-social, émotionnel et de santé mentale. La difficulté pour nommer un phénomène reflète généralement la méconnaissance d'une problématique. Les professionnels du secteur du soutien périnatal disent rencontrer souvent cette difficulté. Travailler sur la continuité pré- et postnatale ne fait pas l'objet d'une reconnaissance et d'une légitimité institutionnelle. Les différents axes des politiques sociales correspondent en effet à des tronçons de la période périnatale. Au sein même de l'ONE, la continuité entre consultations prénatales et pour enfants est complexe à organiser, les professionnels sont séparés. Les TMS du prénatal, des maternités et des CPE sont actuellement fonctionnellement différenciés.

Le soutien à la parentalité constitue une opportunité pour reconnaître la spécificité de la période périnatale. Il convient de reconnaître l'offre périnatale, et en conséquence de la financer à son juste niveau. En l'occurrence, la situation où les professionnels de l'accompagnement de familles vulnérables vivent eux-mêmes des conditions précaires de travail est contreproductive.

En parallèle, il est recommandé de renforcer les professionnels par la formation continue, par la reconnaissance d'interactions formatives entre professionnels, et, à l'occasion, par l'organisation de structures de référence pour élaborer collectivement à propos de situations complexes.

Evaluer les actions menées

Toutes les politiques sociales, tous les programmes doivent être évalués, celles et ceux de soutien périnatal également. L'objectif de l'évaluation est de garantir que les actions menées soient les plus bénéfiques possibles pour les familles. Si l'élaboration de recommandations et de bonnes pratiques peut reposer sur des enquêtes et mesures d'évaluations quantitatives (essais contrôlés randomisés etc.), Moran, Ghate et van der Merwe (2004) soulignent que le soutien parental n'est pas une intervention mesurable aisément et plaident en faveur de recherches et évaluations alliant clairement les méthodes qualitatives et quantitatives afin d'approcher l'efficacité de l'intervention, de manière simultanée, en termes d'impact quantifiable et de modalités pratiques. C'est également une recommandation faite par Eurochild (2012).

Comme exposé précédemment (cf. Cadre théorique), les politiques et programmes de soutien périnatal interviennent dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales de santé des jeunes enfants et de leurs familles. Un critère d'évaluation consiste à observer si l'intervention contribue non seulement à diminuer les facteurs de risque mais également à augmenter les facteurs positifs de la santé et les

facteurs de protection permettant la promotion du sentiment d'appartenance et la construction de relations de confiance. Mais il convient de ne pas oublier lors de ces évaluations que la mise en œuvre de programmes de soutien périnatal ne constitue qu'une petite partie d'une politique de lutte contre la pauvreté. D'autres actions sont donc nécessaires, notamment en termes de logement, sujet très fréquemment abordé par les professionnels rencontrés lors de cette recherche.

Moran, Ghate et van der Merwe (2004) identifient un ensemble de sujets devant faire l'objet de davantage d'efforts de recherche et d'évaluation. Ils sont tous pertinents pour la FWB : (a) l'efficacité des interventions universelles (par rapport aux programmes ciblés qui sont fortement documentés dans la littérature scientifique) ; (b) le point de vue des bénéficiaires des interventions – les enfants – vus comme des citoyens ayant leurs propres opinions et vécu ; (c) l'impact à long terme des interventions; (d) la diminution des facteurs de risques, mais surtout le renforcement des facteurs positifs de santé et des facteurs de protection ; (e) la prise en compte des aspects de diversité parentale - et particulièrement le soutien aux pères - et culturelle ; et (f) l'efficience des interventions, en termes de coût-efficacité et de coût-bénéfice.

BIBLIOGRAPHIE CONSULTÉE ET RÉFÉRENCES UTILISÉES

Les documents disponibles en version téléchargeable ont été privilégiés. A noter parmi eux l'*Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants qui* fait partie d'un programme de soutien à la parentalité. Beaucoup de documents, interviews filmées, fiches, sont disponibles sur la période de grossesse et le soutien à la parentalité sur le site de YAPAKA, coordination de l'aide aux victimes de maltraitance (www.yapaka.be) de la Fédération Wallonie Bruxelles.

- [Arrête CPE] : Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 9 juin 2004 portant réforme des consultations pour enfants, publié au Moniteur belge le 26 août 2004.

- Alexander S., Debiève F., Delvoye P., Kirkpatrick C., Masson. V. (dirs) (2009). *Guide de Consultation prénatale*. Editions De Boeck.

- Bednarek S., Absil G., Vandoorne C., Lachaussée S. et Vanmeerbeek M. (2008). ETAPE : Ensemble Travaillons Autour de la Petite Enfance – Les fondements d'une intervention précoce. Rapport de recherche.

- Boddy J., Statham J., Smith M., Ghate D., Wigfall V. & Hauari H. (2009). *International Perspectives on Parenting Support. Non-English Language Sources.* Research Report n° DCSFRR114, Institute of Education - University of London.

- Boddy, J. (2012). Chapitre 2 – Tendances et typologies des politiques et services de soutien à la parentalité en Europe. In : Hamel M.-P. & Lemoine, S. (eds.), *Aider les parents à être parents. Le soutien à la parentalité dans une perspective internationale.* Rapports & Documents, Paris : Centre d'analyse stratégique, pp. 51-70. Disponible sur : [www.strategie.gouv.fr]

- Bronfenbrenner U. (1994). Ecological Models of Human development. In : Gauvain M.& Cole M. eds., *Readings on the development of children,* 2nd ed, New-York : Freeman, pp. 37-43. Disponible sur [http://www.psy.cmu.edu/~siegler/ 35bronfebrenner94.pdf], page consultée le 20/02/2013.

- [CCNPPS] Centre de Collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (2012). *Les connaissances en santé développementale comme moteur de politiques familiales favorables à la santé au Canada.* Disponible sur : [http://www.ccnpps.ca/docs/SPHERU_SanteDeveloppementale_FR.pdf], page consultée le 22/02/ 2013.

- [Contrat de gestion de l'ONE 2008-2012] : Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 29 mai 2008 portant approbation du Contrat de gestion de l'Office de la Naissance et de l'Enfance 2008-2012, publié au Moniteur belge le 27 janvier 2009.

- Coulon N. (2012). Quelle posture d'accompagnement adopter pour promouvoir la santé des jeunes enfants et celle de leurs parents*, Journal du droit des jeunes*, 4 (314), pp. 22-27.

- Crépin F, Neuberg F, Lafontaine D, Pirard F, Ce que des parents en situation de précarité disent de l'accueil et de l'éducation des tout-petits. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin, juin 2013

- [Décret ONE] : Décret de la Communauté française du 17 juillet 2002 portant réforme de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, en abrégé «ONE», publié au Moniteur belge le 2 août 2002.

- Dierckx D., Van Herck N. & Vranken J. (eds.) (2010). *Pauvreté en Belgique*. Acco Leuven / Den Haag.

- Echoline ASBL (2012). *Rapport d'activités 2011*.

- [EHESP-BDSP] Ecole des hautes études en santé publique - Banque de Données en Santé Publique (s.d.). *Glossaire multilingue*. Rennes. Disponible sur : [http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/]

- EUROCHILD (2012). *Compendium of inspiring practices. Early intervention and prevention in family and parenting support.* Disponible sur : [www.eurochild.org].

- EURO-PERISTAT Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT (2008). *European Perinatal Health Report – data from 2004*. Disponible sur: [www.europeristat.com]

- Haelterman E., De Spiegelaere M., Masuy-Stroobant G. (2007), *Les indicateurs de santé périnatale en Région de Bruxelles-Capitale 1998-2004*, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune. Disponible sur [http://www.observatbru.be/documents/graphics/dossiers/ dossier-2008-indicateurs-de-sante-perinatale-1998-2004.pdf]

- Hamel M.-P. & Lemoine, S. (Eds.) (2012). *Aider les parents à être parents. Le soutien à la parentalité dans une perspective internationale.* Rapports & Documents, Paris : Centre d'analyse stratégique.

Disponible sur : [www.strategie.gouv.fr].

- Heckman J.J. (2007). Investir chez les très jeunes enfants. 2ème éd. In: Tremblay R.E., Boivin M., Peters R. DeV., eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants; 1-2. Disponible sur : [http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/HeckmanFRxp.pdf], page consultée le 20/02/2013.

- Hertzman C. & Boyce T. (2010). How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. Annual Review of Public Health, 31, pp. 329-347.

- Hertzman C. (2010). Cadre pour les déterminants sociaux du développement des jeunes enfants. In: Tremblay R.E., Boivin M., Peters R. DeV., eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants ; 1-9. Disponible sur : [http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/HertzmanFRxp1.pdf], page consultée le 20/02/2013.

- IBSA-Monitoring des quartiers (s.d.). *Indicateur: Revenu moyen par déclaration* [en ligne]. Disponible sur [https://monitoringdesquartiers.irisnet.be/static/attachments/statistics/fr/revenu-moyen-par-declaration/Eco11_FI_20110601_FR.pdf]

- IWEPS (2008). *Indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux* [en ligne]. Disponible sur [http://www.iweps.be/indicateur-synthetique-dacces-aux-droits-fondamentaux-isadf]

- IWEPS (2012). *Les chiffres-clés de la Wallonie*. N°12. Disponible sur : [http://www.iweps.be/publication-categorie/chiffres-cles-de-la-wallonie].

- Jen, Y. (s.d.). *Naissances de faible poids*, IPCDC, Fiche thématique. Disponible sur : [http://www.ipcdc.qc.ca/sites/default/files/files/F001_Naissances_de_faible_poids.pdf]

- Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert (2012b). Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2010. Centre d'Épidémiologie Périnatale. Disponible sur : [http://www.cepip.info/]

- Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. (2012a). Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2010. Centre d'Épidémiologie Périnatale. Disponible sur : [http://www.cepip.info/]

- Malo C. (2010). *Le modèle écologique : les conditions nécessaires de son utilité réelle.* Présentation

Ste-Lucie, Québec. Disponible sur [http://www.stes-apes.med.ulg.ac.be/Documents_electroniques/MIL/MIL-GEN/ELE%20MIL-GEN%207647.pdf], page consultée le 20/02/2013.

- Midrez Lena (2011). Etude sur l'adéquation entre offres de services destinées à la petite enfance et besoins de celle-ci en Région wallonne. Cas particulier de la pauvreté infantile. ULg, Rapport de stage effectué à la Fondation Roi Baudouin.

- Molénat F. (2012). *Accompagnement et alliance en cours de grossesse*. Temps d'Arrêt n°57. Disponible sur : [http://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/livre/57_grossesse-web_0.pdf]

- Moran P., Ghate D. & van der Merwe A. (2004). *What Works in Parenting Support? A Review of the International Evidence.* Research Report n°574, London Policy Research Bureau.

- [MSSLDO] Ministère de la santé et des soins de longue durée d'Ontario (2009). Faible poids à la naissance. In : *Rapport initial sur la santé publique*. Disponible sur [http://www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/pubhealth/init_report/pdfs/initial_rep_on_public_health_f.pdf]

- [MSSSQ] Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Cadre de référence.* 2004 Disponible sur : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-02W.pdf], page consultée le 20/02/2013.

- [MSSSQ] Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2005). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an*. Disponible sur : [http://www.santesaglac.gouv.qc.ca/web/document/Guide_attachement.pdf], page consultée le 20/02/2013.

- OCDE (2009). Santé du nourrisson : faible poids à la naissance. In OCDE (Ed.), *Panorama de la santé 2009 : Les indicateurs de l'OCDE*. Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2009-11-fr]

- ONE (2009). Rapport annuel 2010. Fédération Wallonie-Bruxelles.

- ONE (2012a). Rapport annuel 2011. Fédération Wallonie-Bruxelles.

- ONE (2012b). *Rapport 2010 de la Banque de Données Médico-Sociales.* Fédération Wallonie-Bruxelles.

- ONE (2012c). *Pour la réduction des inégalités sociales de santé dans des consultations prénatales de l'ONE. Rapport final.* Fédération Wallonie-Bruxelles et Fondation Roi Baudouin.

- ONE (2012d). Pour un accompagnement réfléchi des familles. Un référentiel de soutien à la parentalité. Fédération Wallonie-Bruxelles.

- Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (dirs.) (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé.* Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action.

- Rayna S, Rubio M-N, Scheu H. Parents-professionnels : la coéducation en questions. Toulouse, Ed Erès, 2010.

- Shonkoff J. P. (2010). Investir dans le développement des jeunes enfants pour établir les bases d'une société prospère et durable. In: Tremblay R.E., Boivin M., Peters R. DeV., eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants ; 1-6. Disponible sur : [http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/ShonkoffFRxp.pdf], page consultée le 20/02/2013.

- Solar O. et Irwin A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Genève : WHO Commission on Social Determinants of Health WHO. Disponible sur : [http://www.who.int/sdhconference/resources/ ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf], page consultée le 22/02/2013.

- Street C. & Oddie D. (2012). *Des familles sans chez soi : quel accompagnement des enfants et des parents en maisons d'accueil ? État des lieux – regards croisés – analyse.* Recherche-action réalisée par l'Association des Maisons d'Accueil et des Services d'Aide aux Sans -abri (A.M.A.).

- THE IMPACT OF SURE START LOCAL PROGRAMMES ON FIVE YEAR OLDS AND THEIR FAMILIES. Report of the Longitudinal Study of 5-year-old Children and Their Families. The National Evaluation of Sure Start (NESS) Team Institute for the Study of Children, Families and Social Issues, Birkbeck University of London, 2010.

- Turcotte D., Saint-Jacques M.-C., Richard M.-C., Roy P. & Spira C. (2011). Les pratiques d'aide aux familles dans les organismes non gouvernementaux au Québec. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 2(30), p. 95-118.

- Vermeersch L., Noël L. & Vandenbroucke A. (2011). *Expériences de participation – Evaluation des*

mesures fédérales visant la promotion de la participation sociale, culturelle et sportive des bénéficiaires des CPAS, avec une attention particulière à la mesure destinée à lutter contre la pauvreté infantile. Recherche réalisée à l'initiative de la Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté, Maggie De Block, avec le soutien du SPP Intégration sociale, Bruxelles.

ANNEXES

Annexe 1 : Champ de l'étude et méthodes

1. Le champ de l'étude : un champ connu 'a priori' et un champ 'élargi'

L'identification des programmes et des services répondant aux besoins 'périnataux'[16] des femmes enceintes, des parturientes, des parents de nourrissons et des très jeunes enfants présente une difficulté méthodologique. En effet, seule une partie des services est connue *a priori*. Ce sont d'une part les services mis en place par l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) en FWB et par le Dienst für Kind und Familie (DKF) en CG, et d'autre part les maternités. Ces services ne sont cependant pas les seuls à répondre à des besoins sociaux, économiques, sanitaires ou psycho-sociaux particuliers dans cette population. Le cadre théorique qui précède implique en effet une définition élargie du 'champ périnatal'. D'autres services et interventions doivent donc être intégrés dans l'étude, constituant le 'champ élargi' de l'étude.

L'identification et l'analyse des activités des services répondant aux besoins 'périnataux' ont été donc réalisées différemment selon le champ auquel ils appartiennent (le champ *a priori* et le champ *élargi*), en fonction des objectifs et des éléments favorisant leur mise en œuvre. La figure présentée ci-après vise à expliciter les méthodes, qualitatives et quantitatives, mobilisées afin d'approcher cette diversité de services.

16 *Par 'besoins périnataux' on entend dans ce rapport les besoins avant la naissance, autour de l'accouchement et lors du séjour en maternité, et après la naissance pendant la période du développement précoce du jeune enfant (jusqu'à ses un an)*

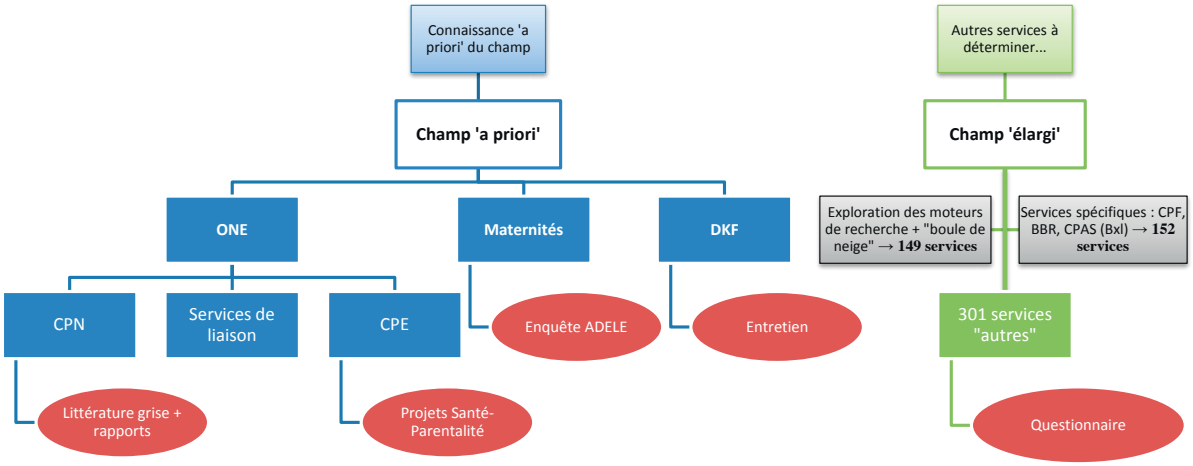

Figure 14 : Procédures méthodologiques visant à identifier et connaître les services 'périnataux'

2. Analyse du champ connu 'a priori'

Les consultations pour enfants, les consultations prénatales ainsi que les services de liaison dans les maternités de l'ONE, de même que les maternités font partie de ce premier groupe de **services de soutien périnatal connus 'a priori'.** Plusieurs approches complémentaires ont été adoptées pour les investiguer.

Pour les services de l'ONE : Une analyse qualitative des contenus des projets de soutien à la parentalité (PSP) a été effectuée dans un échantillon d'une quarantaine de consultations pour enfants (CPE) sélectionné sur base d'un indicateur de besoins socio-sanitaires (le pourcentage de suivis renforcés par rapport au nombre d'inscrits) ainsi que d'indicateurs socio-économiques au niveau géographique[17]. La réforme prévoyant des 'projets d'accompagnement périnatal' (PAP) au sein des consultations prénatales (CPN) de l'ONE n'étant pas encore finalisée, nous nous sommes limités à la documentation grise.

Pour les services du DKF: L'offre des services périnataux organisés par le Dienst für Kind und Familie (DKF) en Communauté germanophone a été discutée à Eupen lors d'un entretien avec la responsable du service.

17 *Pour la Région wallonne : L'Indice Synthétique d'Accès aux droits fondamentaux (ISADF) développé par l'IWEPS pour la Région wallonne (données 2008).*
Pour la Région bruxelloise : La proportion de mères seules (18-39 ans) d'une part et la proportion d'enfants de 0 à 6 ans vivant dans des ménages privés ne disposant pas de revenu temps plein issu du travail d'autre part. Données : Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale

Pour les maternités : Nous avons bénéficié d'un partenariat avec une recherche connexe sur les sorties précoces de maternité[18] dans le cadre de laquelle toutes les maternités ont été invitées à compléter un questionnaire sur les dispositifs de sorties. Deux questions ont été introduites à notre initiative pour identifier les actions éventuellement mises en place pour les jeunes mères vivant en situation de vulnérabilité. Le taux de participation à l'enquête était de 85%, soit 39 sur 46 maternités.

3. Identification et analyse du champ 'élargi'

L'identification des services

Pour ce qui concerne les services entrant dans le **champ élargi du soutien périnatal**, la méthode adoptée pour leur identification a consisté en une démarche inductive. Cela signifie que pour réaliser notre état des lieux nous ne sommes pas partis de définitions *a priori* des catégories de services ni des actions à mener, mais nous avons opté pour un critère descriptif du champ : les services recherchés devaient atteindre, en tout ou en partie, **des femmes enceintes, des parturientes, des parents de nourrissons et des très jeunes enfants et avaient des bénéficiaires en situation de vulnérabilité**.

L'identification des services suivant ces critères a pris la forme d'un processus multiple. Un premier niveau de repérage s'est basé sur une exploration de moteurs de recherche médico-sociaux sur internet[19], via une étude de leur architecture et par mots-clés[20]. Un second niveau a bénéficié d'une collaboration avec des organismes bien implantés localement, comme par exemple des coordinations de services à finalité sociale et les centres locaux de promotion de la santé. Ceux-ci ont pu identifier des structures connues localement comme correspondant à nos critères de sélection. La sélection s'est faite ensuite par boule de neige ou via la littérature et les moteurs de recherche internet. Une première liste de 149 structures a ainsi été élaborée. Cette liste fut complétée par la suite par une sélection de quelques catégories supplémentaires de services (les centres de planning familial, les initiatives BB Rencontres de la Ligue des Familles, les 19 CPAS bruxellois – les CPAS wallons ayant déjà été enquêtés).

18 Recherche ADELE financée par l'ONE, 2012-2013. Question n° 18 : Avez-vous mis en place une initiative ou une organisation de travail particulière pour les patientes vivant en situation de grande précarité (socioéconomique et/ou psycho-sociale) ? oui - non ; Si oui, pouvez-vous la décrire ?

19 Les sites consultés sont :
- *«Bruxelles social» du Centre de Documentation et de Coordination Sociale pour la Région bruxelloise («www.bruxellessocial.be)*
- *«Telesoc» de la Fédération des Centres d'Etudes et de Documentation Sociales (wallons) (http://www.fceds.be/index2.php?pg=fr/b-telesoc.htm)*
- *Les sites respectifs des Centres d'Etudes et de Documentation Sociale au niveau des provinces en Wallonie (si existent): «SISS» pour le Brabant Wallon (http://www.siss.be/), «ALISS» pour Liège (http://www.aliss.be/), «CEDORES» pour le Hainaut (http://www.cedores.be/), «LURESO» pour le Luxembourg (http://www.lureso.be/).*
- *Le site «Parentalité» de la FWB (www.parentalite.be; temporairement désactivé)*
- *Le guide social (www.guidesocial.be/)*

20 Mots-clés : grossesse, naissance, bébé, petite enfance, enfance, périnatale, prénatale, parentalité.

Quelques 301 services ont ainsi été sélectionnés.

L'enquête par questionnaire (voir figure 15)

Ces 301 services ont reçu un questionnaire par courrier électronique, auquel 132 services ont répondu, soit un taux de participation de 44%. Parmi les répondants, un tiers (40/132, soit 30%) ne répondait pas au premier critère d'inclusion relatif aux bénéficiaires (c'est-à-dire qu'ils n'avaient pas d'action envers des femmes enceintes, des jeunes mères et/ou des enfants de moins de un an). Ce tiers a complété un questionnaire simplifié qui permettait juste une identification des structures. Par contre **92 services** (70%) répondaient à ce critère et ont complété le questionnaire complet (voir annexe 2). Ces 92 services proviennent de l'ensemble des régions/provinces.

88 de ces 92 services ont indiqué **avoir des bénéficiaires rencontrant des situations de vulnérabilité**[21], parmi lesquels 15 leur sont spécialement destinés, tandis que pour les 73 autres une proportion variable de leurs bénéficiaires est vulnérable. Parmi ces 73 structures, 54 ont mis en place un dispositif ou des activités à destination de femmes enceintes, de jeunes mères et/ou d'enfants de moins de un an visant à rencontrer les besoins spécifiques de ces publics vulnérables (54/73). Ces 54 structures, ainsi que les 15 spécialement destinées à un public vulnérable, ont été invitées à **décrire leurs activités dans le cadre du questionnaire**. A celles-ci s'ajoute 2 structures rencontrant un public vulnérable dans une certaine proportion mais n'ayant pas indiqué si elles avaient mis en place un dispositif spécifique à son attention, soit **un total de 71 structures**.

Le questionnaire comprenait une trentaine de questions dont une dizaine de questions ouvertes. Ne connaissant pas le nombre exact de services entrant dans le champ, il n'est pas possible de discuter de la représentativité statistique de cet échantillon et les conclusions qui peuvent en être tirées sont donc par nature limitées. Les aspects qualitatifs seront privilégiés.

21 Les critères de vulnérabilité le plus souvent mentionnés sont – concernant le plan socioéconomique – le «revenu» (80), le «logement» (70) et la «scolarisation» (65) et – concernant le parcours de vie ou mode de vie – «l'isolement social», mentionné par quasi toutes les structures (84). Le détail des critères de vulnérabilité cochés est présenté en annexe 3.

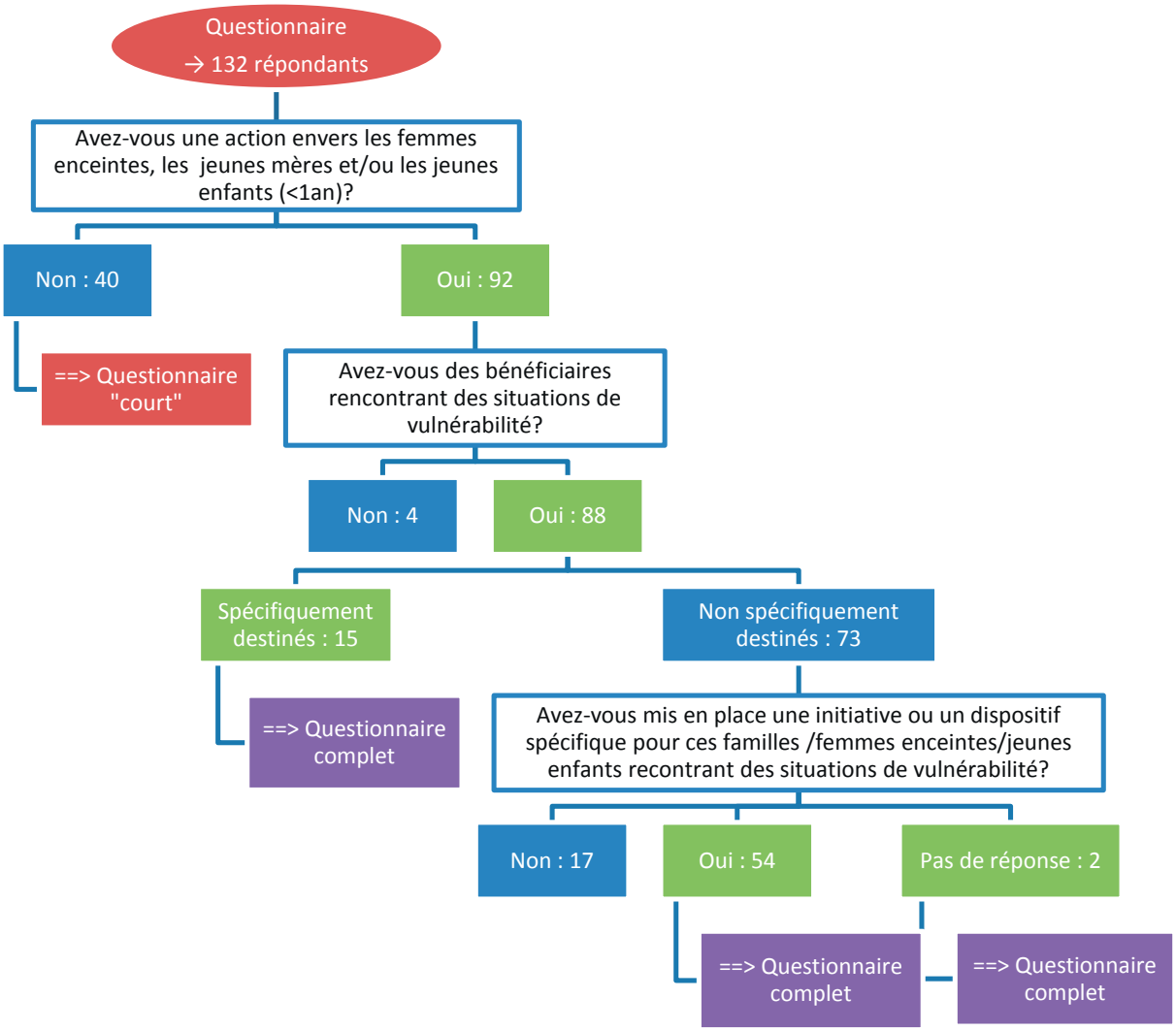

Figure 15: Participation au questionnaire en ligne - caractéristiques des participants

Entretiens et approfondissement de l'analyse et des recommandations

Cette phase de repérage et de collecte de données descriptives a été complétée par une phase qualitative. Des entretiens de plusieurs membres des équipes ont été menés dans plusieurs services et parmi des initiatives très spécifiques de ce champ.

La phase finale préparatoire aux recommandations a pris la forme de séances de discussions collectives d'une demi-journée réunissant des professionnels de services ayant participé à l'enquête par

questionnaire ou aux entretiens ainsi que quelques consultations pour enfants[22]. Ces discussions de groupe ont eu lieu à Bruxelles et à Namur. La méthode a été discutée et mise au point par le Réseau MAG des Facultés universitaires Saint Louis, dont un membre a animé la séance de Bruxelles.

22 Voir en annexe 4 la liste des services rencontrés à ces occasions. 32 professionnels étaient inscrits mais les groupes étaient prévus les deux jours d'enneigements remarquables des 12 et 13 mars, près de la moitié des participants ont renoncé à atteindre les lieux de rencontre.

Annexe 2: Questionnaire

Etat des lieux des services pré- et périnataux par rapport à la vulnérabilité des familles

Commentaires préalables:

- Le questionnaire reprend des **indications en bleu** visant à vous permettre de comprendre la logique du questionnaire et de faciliter votre participation.
- Le questionnaire reprend par ailleurs des **indications en rouge** visant à vous orienter au sein du questionnaire suivant vos réponses, à vous faire éventuellement passer certaines questions qui ne sont pas pertinentes par rapport à votre réalité.
- Pour les questions à choix multiples, elles sont précédées:
    - d'un carré ☐ lorsqu'une seule réponse est demandée;
    - d'un rond ❍ lorsque vous pouvez donner plusieurs réponses.

Merci de cocher la ou les réponses souhaitées.

Partie A – Type de structure, bénéficiaires et vulnérabilité

Nous souhaitons tout d'abord identifier globalement votre structure et aborder les caractéristiques de vos bénéficiaires, avec une attention particulière envers les facteurs de vulnérabilité auxquels ils sont (éventuellement) confrontés

Nom de votre structure, service ou projet :

. . . . . .

1. **De quel type est votre structure ? (cochez)**
   - ☐ Consultation prénatale hospitalière de l'ONE
   - ☐ Consultation prénatale de quartier de l'ONE
   - ☐ Autre consultation prénatale
     Précisez : . . . . . .
   - ☐ Consultation pour enfants de l'ONE
   - ☐ Autre consultation pour enfants
     Précisez : . . . . . .
   - ☐ Maternité
   - ☐ Maison de naissance
   - ☐ Centre de Planning Familial
   - ☐ Maison médicale
   - ☐ Service de santé mentale
   - ☐ Crèche/MCAE/Pré gardiennat
   - ☐ Maison d'enfant
   - ☐ Halte-accueil
   - ☐ Service d'accueillantes d'enfants
   - ☐ SOS Enfants
   - ☐ CPAS
   - ☐ Maison d'accueil
   - ☐ Structure du secteur SAJ
     Précisez : . . . . . .
   - ☐ Structure du secteur SPJ
     Précisez : . . . . . .
   - ☐ Autres
     Précisez : . . . . . .

2. **Parmi les bénéficiaires de vos services, certains sont-ils particulièrement <u>vulnérables</u> *sur le plan socioéconomique* ?**

☐ Oui

☐ Non ➔ ***passez directement à la question 3.***

2a. Si oui, veuillez préciser sur quel(s) plan(s) :

- ○ Logement (sans abri, promiscuité, qualité du logement, instabilité, etc.)
- ○ Scolarisation (pas d'études, primaire)
- ○ Revenu (sans revenu, CPAS, BIM, revenu de remplacement)
- ○ Jeune âge de la mère (moins de 18 ans)
- ○ Séjour illégal
- ○ Autres

précisez : . . . . . .

3. **Parmi les bénéficiaires de vos services, certains sont-ils particulièrement <u>vulnérables</u> du fait de leur *parcours de vie ou mode de vie* ?**

☐ Oui

☐ Non ➔ ***passez directement à la question 4***

3a. Si oui, veuillez préciser en cochant la(les) proposition(s) suivante(s) :

- ○ Primo-arrivants (immigrants de la première génération)
- ○ Isolement social
- ○ Alcoolisme
- ○ Toxicomanie
- ○ Prostitution connue
- ○ Problèmes judiciaires
- ○ Autres

précisez : . . . . . .

4. **Parmi les bénéficiaires de vos services, certains sont-ils particulièrement <u>vulnérables</u> pour *des raisons de santé touchant la mère* ?**

☐ Oui

☐ Non ➔ ***passez directement à la question 5.***

4a. Si oui, veuillez préciser en cochant la(les) proposition(s) suivante(s) :

- ◯ Maladie chronique
- ◯ Handicap
- ◯ Problème de santé mentale
- ◯ Autres

précisez : . . . . . .

5. **Parmi les bénéficiaires de vos services, certains sont-ils particulièrement <u>vulnérables</u> pour *des raisons de santé touchant l'enfant* ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non ➔ ***voir remarque en rouge ci-dessous***

5a. Si oui, veuillez préciser en cochant la(les) proposition(s) suivante(s) :

- ◯ Handicap
- ◯ Problèmes de santé
- ◯ Victime de négligence
- ◯ Victime de maltraitance
- ◯ Autres

précisez : . . . . . .

Si aucun facteur de vulnérabilité n'a été coché, merci de passer directement à la partie D du questionnaire (page 9).
Sinon, veuillez continuer normalement.

Vous venez d'identifier des facteurs de vulnérabilité auxquels vos bénéficiaires sont confrontés. Dans la suite du questionnaire, les expressions «public(s) vulnérable(s)» ou «bénéficiaire(s) vulnérable(s)» font référence à ceux-ci.

6. **Quelle part représentent ce(s) public(s) vulnérable(s) dans l'ensemble de vos bénéficiaires ?**

☐ Tous les bénéficiaires car notre structure leur est spécialement destinée

➔ ***passez directement à la question 9 (page suivante)***

☐ Tous les bénéficiaires même si notre structure ne leur est pas spécialement destinée
☐ Une majorité
☐ Environ la moitié
☐ Une minorité
☐ Autres
expliquez : . . . . . .

7. **Avez-vous mis en place un dispositif ou une/des initiative(s) spécifique(s) pour tenir compte des besoins particuliers de ces publics vulnérables ?**

☐ Oui ➔ ***passez directement à la question 8***
☐ Non

Si non : **7a. Pour quelle(s) raison(s) ?**

. . . . . .

. . . . . .

7b. A posteriori, que pensez-vous de cette décision ?

. . . . . .

. . . . . .

Si vous n'avez pas mis en place un dispositif ou une/des initiative(s) spécifique(s) pour tenir compte des besoins particuliers de ces publics vulnérables, passez directement à la partie D (page 9).

8. **Les femmes enceintes et/ou jeunes mères et/ou les jeunes enfants (de moins de 1 an) sont-ils concernés par ce dispositif ou cette/ces initiative(s) ?**

- ☐ Oui exclusivement
- ☐ Oui en partie
- ☐ Non

8a. Commentaire éventuel :

. . . . . .

. . . . . .

Si ce dispositif ou ce/ces initiative(s) ne concernent pas les femmes enceintes et/ou jeunes mères et/ou jeunes enfants (de moins de un an), passez directement à la partie D (page 9).

Sinon, continuez normalement (page suivante, question 9).

Dans la suite du questionnaire, l'expression «ces activités» fait référence à l'ensemble des activités, initiatives ou dispositifs que vous avez mis en place et dont bénéficient les femmes enceintes, les jeunes mères et/ou les enfants de moins de 1 an vivant en situation de vulnérabilité.
Nous souhaitons dans cette partie comprendre aussi finement que possible ces activités.

Partie B – Ces activités

9. Quel a été le point de départ de ces activités (son déclencheur) ?

(Situation problématique que vous souhaitiez résoudre en mettant en place ces activités)

. . . . . .

. . . . . .

10. Quels sont les objectifs poursuivis aujourd'hui ?

(Améliorations et/ou changements que vous espérez atteindre grâce à ces activités)

. . . . . .

. . . . . .

11. Quelle(s) catégorie(s) de bénéficiaires est/sont principalement concernée(s) par ces activités ?

- ○ Femmes enceintes
- ○ Femmes récemment accouchées
- ○ Enfants ; Tranche d'âge : . . . . . .
- ○ Pères
- ○ Autres

  précisez : . . . . . .

12. Sur quel(s) déterminant(s) de la vulnérabilité souhaitez-vous agir ?

- ○ Statut social et situation socioéconomique des individus (chômage, etc.)
- ○ Comportement et mode de vie
- ○ Conditions matérielles de vie (exemple : logement)
- ○ Support social, lien social, capital social
- ○ Croyances, connaissances, attitudes
- ○ Autres

  précisez : . . . . . .

13. Qu'avez-vous mis en place (entourez oui ou non) ?

		Commentaires ?
Information	Oui – Non	
Aide sociale	Oui – Non	
Accompagnement	Oui – Non	
Travail psychothérapeutique	Oui – Non	
Aide matérielle / financière	Oui – Non	
Education à la santé	Oui – Non	
Accueil enfants-parents	Oui – Non	
Groupes de discussion/parole	Oui – Non	
Soins (para)médicaux préventifs	Oui – Non	
Soins (para)médicaux curatifs	Oui – Non	
Accueil du jeune enfant	Oui – Non	
Hébergement d'urgence	Oui – Non	
Autres:	Oui – Non	

14. Où ces activités prennent-elles place ?

- ○ Dans votre structure
- ○ Au domicile du bénéficiaire
- ○ Dans le local d'une autre organisation
- ○ Autres

  précisez : . . . . . .

15. **Au départ, ces activités visaient-elles un territoire (province, commune(s), quartier(s)...) en particulier ?**

☐ Oui
☐ Non ➔ ***passez directement à la question 16.***

Si Oui : **15a. Quel est-il ?**

. . . . . .

. . . . . .

15b. Avez-vous des bénéficiaires provenant d'autres territoires que celui ciblé au départ ?

☐ Oui
☐ Non

16. **Quelles sont les formations des membres de l'équipe impliqués dans ces activités ?**

○ Médecin
○ Travailleur social
○ Psychopédagogue
○ Sage-femme
○ Infirmier
○ Autres
précisez : . . . . . .

17. **Combien de professionnels composent cette équipe ?**

. . . . . .

18. Travaillez-vous en collaboration avec d'autres structures/ organisations ?

- ☐ Toujours
- ☐ Très fréquemment
- ☐ Assez fréquemment
- ☐ Peu fréquemment
- ☐ Jamais ➔ ***passez directement à la question 19***

18a. Avec quelles structures travaillez-vous principalement?

. . . . . .

. . . . . .

18b. Dans quel cadre ces collaborations se font-elles?

- ○ Echange d'informations
- ○ Orientation/Référence
- ○ Coordination
- ○ Autres

  précisez:. . . . . .

19. Vos bénéficiaires peuvent-ils participer à la planification et/ou l'organisation de ces activités?

- ○ Non
- ○ Oui, en tant que bénévoles
- ○ Oui, à titre consultatif
- ○ Oui, comme acteurs à part entière
- ○ Autres

  précisez: . . . . . .

20. Comment les demandeurs potentiels et/ou les bénéficiaires peuvent-il entrer en contact avec votre structure?

- ○ Se rendre à la structure aux heures d'ouverture
- ○ Grâce à un système de garde pour une aide d'urgence
- ○ Uniquement sur rendez-vous
- ○ Vous allez vers eux

  précisez: . . . . . .
- ○ Autres

  précisez: . . . . . .

21. Quel est le temps nécessaire pour marcher de votre structure à l'arrêt de transport en commun le plus proche?

. . . . . minutes

22. Vous arrive-t-il d'être confronté à des problèmes de compréhension liés à la langue?

- ☐ Toujours
- ☐ Très fréquent
- ☐ Assez fréquent
- ☐ Peu fréquent
- ☐ Jamais ➔ ***passez directement à la question 23***

22a. Qu'avez-vous mis en place pour les surmonter?

- ○ Appel à un proche du bénéficiaire pouvant servir d'interprète
- ○ Interprète au niveau du service
- ○ Du matériel visuel, des images
- ○ Des documents multilingues
- ○ Rien de spécial
- ○ Autres. Précisez: . . . . . .

23. Le public bénéficiaire de ces activités a-t-il une participation à payer?

- ☐ Toujours
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais ➔ ***passez directement à la question 24.***

23a. Le montant est-il adapté en fonction de leur situation de vulnérabilité?

- ☐ Oui
- ☐ Non

24. Commentaires/ Remarques éventuelles concernant la participation financière des bénéficiaires.

. . . . . .

. . . . . .

Partie C - Eléments d'analyse de ces activités

Dans cette partie, nous nous concentrons toujours sur l'ensemble des activités, initiatives ou dispositifs (regroupés dans l'expression «ces/vos activités») que vous avez mis en place et dont bénéficient les femmes enceintes, les jeunes mères et/ou les enfants de moins de 1 an vivant en situation de vulnérabilité.

25. Avez-vous rencontré des difficultés significatives dans le cadre de la réalisation de ces activités?

☐ Non
☐ Oui. Précisez . . . . . .

26. Avez-vous rencontré des éléments favorisants?

☐ Non
☐ Oui. Précisez . . . . . .

27. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à l'initiative?

☐ Très satisfait
☐ Assez satisfait
☐ Moyennement satisfait
☐ Peu satisfait
☐ Pas satisfait

Commentaires éventuels:

. . . . . .

. . . . . .

28. La pérennité de ces activités est-elle assurée sur le plan financier?

- ☐ Tout à fait assuré
- ☐ Assez bien assuré
- ☐ Moyennement assuré
- ☐ Faiblement assuré
- ☐ Pas assuré

29. Selon vous, quels sont les besoins prioritaires des familles vulnérables en terme de services pré- et périnataux?

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

30. Selon vous, qu'est-ce qui devrait être encore mis en place pour mieux répondre à ces besoins?

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Partie D – Renseignements généraux et commentaires

31. Avez-vous des commentaires / remarques / suggestions (sur la problématique de manière générale, sur vos activités, etc.) :

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

32. Renseignements généraux :

32a. **Nom de la structure** : . . . . . .

32b. **Responsable** : . . . . . .

32c. **Adresse** : . . . . . .

32d. **Téléphone** : . . . . . .

32e. **Email** : . . . . . .

32f. **Site Web** : . . . . . .

32g. **Personne de contact (si différent du responsable)** :

. . . . . .

Annexe 3: Critères de vulnérabilité identifiés par les professionnels parmi leurs bénéficiaires

Critères de vulnérabilité identifiés par les professionnels parmi leurs bénéficiaires (n=93)	Fréq. (n)	Fréq. (%)	Non-réponses
Plan socioéconomique	86	92%	/
Dont: Logement	70		
Scolarisation	65		
Revenu	80		
Jeune âge de la mère	53		
Séjour illégal	39		
Autres	19		
Parcours de vie ou mode de vie	**86**	**92%**	**/**
Dont: Primo-arrivants	50		
Isolement social	84		
Alcoolisme	43		
Toxicomanie	41		
Prostitution connue	22		
Problèmes judiciaires	37		
Autres	22		
Raisons de santé touchant la mère	**64**	**69%**	**3**
Dont: Maladie chronique	21		
Handicap	16		
Problème de santé mentale	54		
Autres	11		
Raisons de santé touchant l'enfant	**62**	**67%**	**2**
Dont: Handicap	29		
Problème de santé	32		
Victime de négligence	53		
Victime de maltraitance	31		
Autres	9		

Annexe 4: Participants aux groupes de discussion

A noter que 32 professionnels étaient inscrits mais les groupes ont été tenus les deux jours d'enneigements remarquables des 12 et 13 mars. Près de la moitié des participants ont renoncé à atteindre les lieux de rencontre.

Participants effectifs:

Demi-journée du 12 mars 2013 – Bruxelles

- Anne-Marie Luis Sequeira – La maison rue verte
- Anne Robert – Parentalité-addictions
- Jasmine Luycx – Villa ou-ki
- Jennifer Smet – Passages
- Josette Charles – Passages
- Michèle Warnimont – UPSfB
- Martine Vanderkam – Aquarelle
- Sabine Follet, SSM Méridien
- Sylvie Mariage, CPE Laeken ONE

Demi-journée du 13 mars 2013 – Namur

- Dominique Chaumont – CHRVS Auvelais
- Agathe Perrod – Maison médicale des Balances
- Evelyne Mathieu – UPSfB
- Pauline Buelens – Halte-Accueil La Trotinette
- Sylvie Roberti – Seconde Peau + maternité CHR Citadelle
- Sandra Fernandez – Apalem + Seconde Peau
- Eloïse Colson – 'Ile aux familles' Rochefort
- Aurélie Lombard – Maison ouverte
- Martine Osselaer – Maison ouverte
- Pascale Gustin – Service de santé mentale Le Chien vert

Fondation
Roi Baudouin

Agir ensemble pour une société meilleure

www.kbs-frb.be

Vous trouverez davantage d'informations au sujet de nos projets, de nos manifestations et de nos publications sur www.kbs-frb.be.

Une lettre d'information électronique vous tient au courant.
Vous pouvez adresser vos questions à info@kbs-frb.be ou au 070-233 728.

Fondation Roi Baudouin,
rue Brederode 21, B-1000 Bruxelles
02-511 18 40,
fax 02-511 52 21

Les dons de 40 euros ou plus versés sur notre compte
IBAN: BE10 0000 0000 0404
BIC: BPOTBEB1
sont fiscalement déductibles.

La Fondation Roi Baudouin est une fondation indépendante et pluraliste, active en Belgique et au niveau européen et international. Nous voulons apporter des changements positifs dans la société et, par conséquent, nous investissons dans des projets ou des individus propres à en inspirer d'autres.

En 2012, nous avons notamment soutenu 1.700 organisations et individus pour un montant total de 22 millions d'euros. Mille sept cent trente personnes dans des jurys indépendants, des groupes de travail et des comités d'accompagnement ont mis bénévolement leur expertise à disposition. La Fondation organise également des débats sur d'importants thèmes sociétaux, communique les résultats de la recherche dans des publications (gratuites), noue des partenariats et stimule la philanthropie 'via' la Fondation Roi Baudouin et non 'pour' elle.

La Fondation a été créée en 1976, à l'occasion des 25 ans de règne du Roi Baudouin.

Merci à la Loterie Nationale et à tous les donateurs pour leur précieux soutien.

Suivez-nous sur :

Accompagnement autour de la naissance pour les familles précarisées : offre et besoins

pub n° 3169

Fondation
Roi Baudouin

Agir ensemble pour une société meilleure

www.kbs-frb.be