



Association belge des praticiens
de l'art infirmier

Les différenciations de fonctions avis du CFAI: Les Infirmiers spécialisés(13 juin 2017).

Delphine Haulotte

Présidente acn(Association belge des praticiens de l'art
infirmier)www.infirmieres.be

Co-présidente francophone du GT CFAI
Haute Ecole Léonard de Vinci



HAUTE ÉCOLE LÉONARD DE VINCI



Association belge des praticiens
de l'art infirmier



HAUTE ÉCOLE LÉONARD DE VINCI

- L'objectif du CFAI après avoir réalisé un profil de compétence de l'infirmier responsable de soins généraux en 2015, il a paru évident de décrire chaque fonctions des infirmiers. (l'IFIC en a 150!)
- Et dont l'IFIC propose un salaire selon sa fonction et des tâches et non selon le diplôme!!!!(souhait aussi des syndicats!)??? Nous les rencontrons le 27/11/17

Funciemodel voor de verpleegkundige zorg van de toekomst (toelating om uit te oefenen) Modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur (autorisation d'exercer)

Goedgekeurd door de Federale Raad voor Verpleegkunde tijdens de vergadering van 4 juli 2017
Approuvé par le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier en sa séance du 4 juillet 2017

Algemene zorgen Soins généraux		Gespecialiseerde zorgen Soins spécialisés		Advanced practice nursing Soins de pratique avancée	
Zorgassistent	Verpleegkundige*	Gespecialiseerde verpleegkundige	Verpleegkundig consulent	Verpleegkundig specialist	Klinisch verpleegkundig onderzoeker
Assistant de soins	Infirmier*	Infirmier spécialisé	Infirmier consultant	Infirmier de pratique avancée	Infirmier chercheur clinicien
<i>Health care assistants</i>	<i>Registered nurses</i>	<i>Specialized nurses</i>	<i>Nurse consultants</i>	<i>Advanced Practice nurses</i>	<i>Clinical nurse research consultants</i>

2 jaar/ans

3 jaar/ans

3 jaar/ans

3 jaar/ans

Ervaring in het specialisatiedomein / années d'expérience professionnelle dans le domaine de spécialisation*

l'agrément

**Om de erkenning te krijgen / Pour obtenir*

*Beantwoordt aan het beroeps- en competentieprofiel Verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg goedgekeurd door FRV

*Répond au profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux approuvé par le CFAI

Funciemodel voor de verpleegkundige zorg van de toekomst (studies en opleiding)

Modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur (études et formation)

Goedgekeurd door de Federale Raad voor Verpleegkunde tijdens de vergadering van 4 juli 2017
 Approuvé par le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier en sa séance du 4 juillet 2017

Algemene zorgen Soins généraux		Gespecialiseerde zorgen Soins spécialisés		Advanced practice nursing Soins de pratique avancée	
Zorgassistent	Verpleegkundige *	Gespecialiseerde verpleegkundige	Verpleegkundig consulent	Verpleegkundig specialist	Klinisch verpleegkundig onderzoeker
Assistant de soins	Infirmier*	Infirmier spécialisé	Infirmier consultant	Infirmier de pratique avancée	Infirmier chercheur clinicien
<i>Health care assistants</i>	<i>Registered nurses</i>	<i>Specialized nurses</i>	<i>Nurse consultants</i>	<i>Advanced Practice nurses</i>	<i>Clinical nurse research consultants</i>
HBO (3 jaar/ans) 180 ECTS	Bachelor (4 jaar/ans) 240 ECTS	Specialisatie/ spécialisation Min 20 ECTS	Specialisatie / spécialisation + spec VC/IC (20 ECTS)	Master ANP (2 jaar/ans) 120 ECTS + specialisatie / spécialisation	Doctorat
Niv 5	Niv 6	Niv 6	Niv 6	Niv 7	Niv 8

*Beantwoordt aan het beroeps- en competentieprofiel Verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg goedgekeurd door FRV
 *Répond au profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux approuvé par le CFAI

I. Introduction

- Aujourd'hui, on compte de très nombreuses spécialités et sous-spécialités infirmières au niveau mondial. Cependant, dans l'expérience du Conseil international des infirmières, la croissance du nombre des spécialisations infirmières, telle que constatée ces deux dernières décennies, s'est faite en l'absence d'une conception d'ensemble des titres, domaines de pratique, éducation, normes de pratique et filières d'accès à cette catégorie de personnel infirmier.

- Conseil international des infirmières (CII-ICN) définit l'infirmière spécialisée comme «une infirmière préparée à tous les niveaux afin de se spécialiser dans un domaine particulier ou une branche des soins infirmiers» (Conseil international des infirmières, 1986, Rapport sur la Réglementation des soins infirmiers. Genève, CII, p46)



- La pratique de l'infirmier spécialisé inclut des rôles dans la pratique clinique, l'enseignement, l'administration, la recherche, la consultance (European Specialist nurses organisation, ESNO, 27 octobre 2015)





Association belge des praticiens
de l'art infirmier



- On sait qu'il existe depuis quelques années des spécialités comme pédiatrie, soins intensifs, anesthésie, santé mentale qui sont établis en Europe
- Mais il y a l'existence de **nouvelles spécialités** comme urologie, oncologie, diabète, soins de plaies. De plus, le développement de technologies médicales plus hautes et des traitements plus sophistiqués exigent des infirmiers spécialistes pour assurer la sécurité des soins, de la pratique de jugement clinique pour pallier le manque de médecins.



Association belge des praticiens
de l'art infirmier



- D'une part, les spécialisations, officiellement reconnues ou non selon les pays, portent sur des domaines et groupes de patients liés aux divers domaines de spécialisations médicales, tels que les soins intensifs, les soins d'urgence, les soins en bloc opératoire, l'anesthésie, la santé mentale, les soins pédiatriques et néonatalogiques, les soins gériatriques... S'y ajoutent de nouvelles spécialisations telles que l'oncologie, l'urologie, la neurologie ... Comme le médecin spécialiste est aussi d'abord un médecin généraliste, l'infirmière spécialisée ne laisse en aucun cas de côté son rôle d'infirmière générale

II. Qu'est qu'un infirmier spécialisé

- un infirmier responsable de soins généraux qui a suivi une formation supplémentaire dans un domaine de soins spécifiques, ce qui lui permet de pratiquer comme expert dans un domaine spécialisé.
- La pratique de l'infirmier spécialisé peut inclure un rôle dans la pratique clinique, l'enseignement, l'administration, la participation à la recherche et à la consultance dans son domaine de spécialité.
- Il développe des compétences propres à sa spécialisation

III. Ses compétences par rapport à l'infirmier?

vont être modifiées, plus en lien avec les spécialisations

- **2.1 Responsable du processus de soins : infirmier expert**
- **2.2 Communicateur**
- **2.3 Collaborateur**
- **2.4 Acteur d'un développement professionnel**
- **2.5 Promoteur de la santé**
- **2.6 Organisateur et coordinateur des soins**
- **2.7 Promoteur de la qualité**

1. Responsable du processus de soins : infirmier expert

- Avoir connaissance des ressources disponibles au plan national et local en lien avec le domaine de spécialisation (par exemple : informations, groupes de soutien, services)
- Une bonne connaissance théorique de la pratique infirmière dans la spécialisation clinique
- Compétences avancées en soins infirmiers cliniques relevant du domaine de spécialisation

- Gestion des situations d'urgence typiques du domaine de spécialisation
- Est autorisé à prescrire dans son domaine de spécialité
- Agit de manière autonome dans son domaine de spécialité



Acteur d'un développement professionnel

- L'infirmier spécialisé suit les dernières tendances, visions et évolutions que connaît le secteur des soins de santé et les met en œuvre dans le cadre de son travail, dans le respect de la déontologie et de l'éthique professionnelle



- Il participe au développement, à l'application et à l'évaluation de procédures et de méthodes validées dans le cadre de la pratique infirmière dans le domaine de spécialité.

Promoteur de la santé

- Suit les politiques sanitaires dans son domaine de spécialisation au niveau tant nationale que locale.
- Stratégies nationales et locales de promotion de la santé et de prévention des maladies appliquées dans le domaine de spécialisation
- Connaissance des outils de promotion de la santé et de prévention des maladies adaptés aux patients, groupes et collectivités, notamment dépistage, conseils et encadrement spécifiques au domaine de spécialisation

Organisateur et coordonnateur des soins

- il est responsable de la réalisation des activités de soins spécialisés relatives au patient/client, et de la continuité des soins. ~~24 heures sur 24, 7 jours sur 7.~~



Promoteur de la qualité

- Utilise et participe de façon active à la recherche sur les données probantes à l'appui d'une pratique spécialisée sûre, efficace et efficiente
- Utilise des analyses systématiques pour améliorer l'expérience du patient/client et les résultats dans son domaine de spécialisation.

IV.responsabilités

- 1.Responsabilités de première ligne dans les deux domaines/rôles spécifiques définis au point précédent
- 2.Responsabilités de deuxième ligne de référent, expert dans les deux domaines spécifiques auprès des infirmiers responsables de soins généraux de première ligne et des équipes de soins dans tous les milieux de pratique.

3. L'amélioration de la qualité des soins par la participation (la recherche, coordination de soins etc...)
4. Connaît les limites de son domaine de pratique et de sa propre compétence de sa spécialité

- 5. Des soins sécuritaires pour le patient/client et son entourage via :
- l'analyse critique continue de la qualité des actes infirmiers spécialisés, tant ceux réalisés soi-même que ceux délégués ;
- le recyclage et la formation continue tout au long de la carrière ;
- la formation des personnes sous sa responsabilité (étudiants infirmiers et en spécialités, assistants de soins, patients/clients, membres de la famille, etc.).

Merci pour votre écoute!



Pauvreté et immigration: influence sur la santé des nouveau-nés et pistes pour l'intervention

Myriam De Spiegelaere, Judith Racape, Mouctar Sow
Ecole de santé publique, ULB



Comment la pauvreté influence-t-elle la santé?

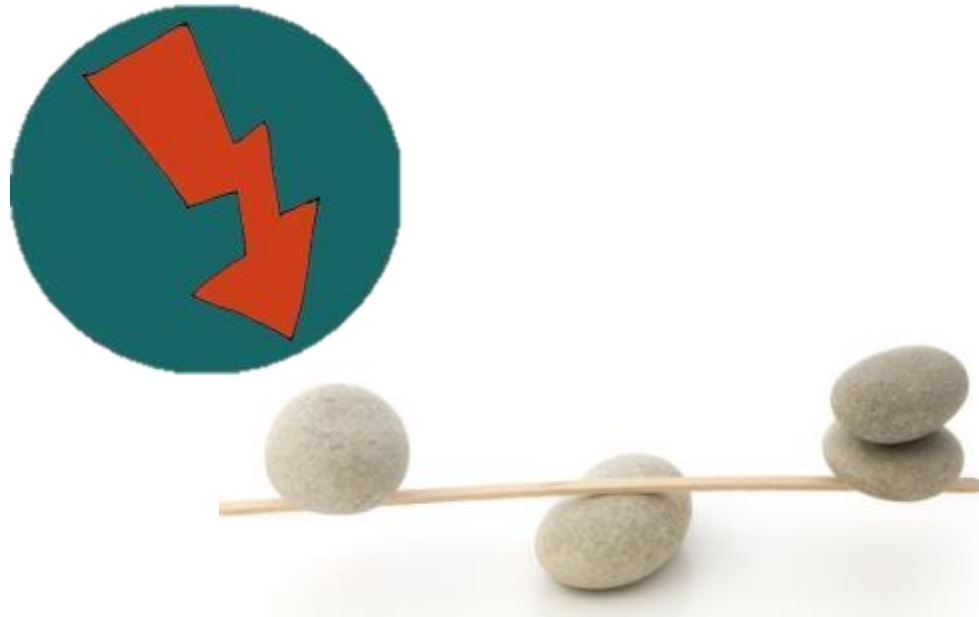




La santé de l'enfant :
Bien-être physique, mental et social « ici et maintenant »
Développement harmonieux
Protection du « capital » santé pour l'adulte de demain

Les facteurs qui agressent:

- Les agresseurs physiques: accidents domestiques, violence, températures excessives, humidité, bruit, ...
- Les agresseurs chimiques: polluants intérieurs ou extérieurs, composants alimentaires,
- Les agresseurs biologiques: bactéries, virus, moisissures,...
- Les agresseurs psychologiques: stress, ...





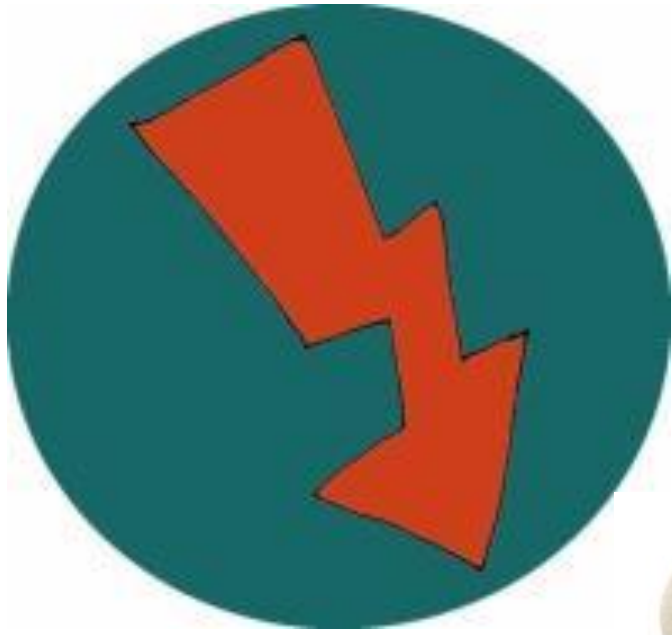
Les facteurs qui protègent:
Ex. l'immunité, les vaccinations, la détente, l'estime de soi, une alimentation équilibrée de la maman pendant la grossesse, l'allaitement maternel, un logement adéquat, un aménagement du territoire sécurisant, des vêtements adaptés, le code de la route, les règlementation sur les produits chimiques, l'épuration des eaux,...



Les facteurs qui génèrent de la santé:
Ex. l'activité physique, les relations
humaines de qualité, le contact avec
la nature, le support social, le
sentiment d'utilité sociale, un
aménagement de l'espace public qui
crée de la convivialité, ...



Les facteurs qui réparent:
Les soins informels
Les soins curatifs
Les soins préventifs



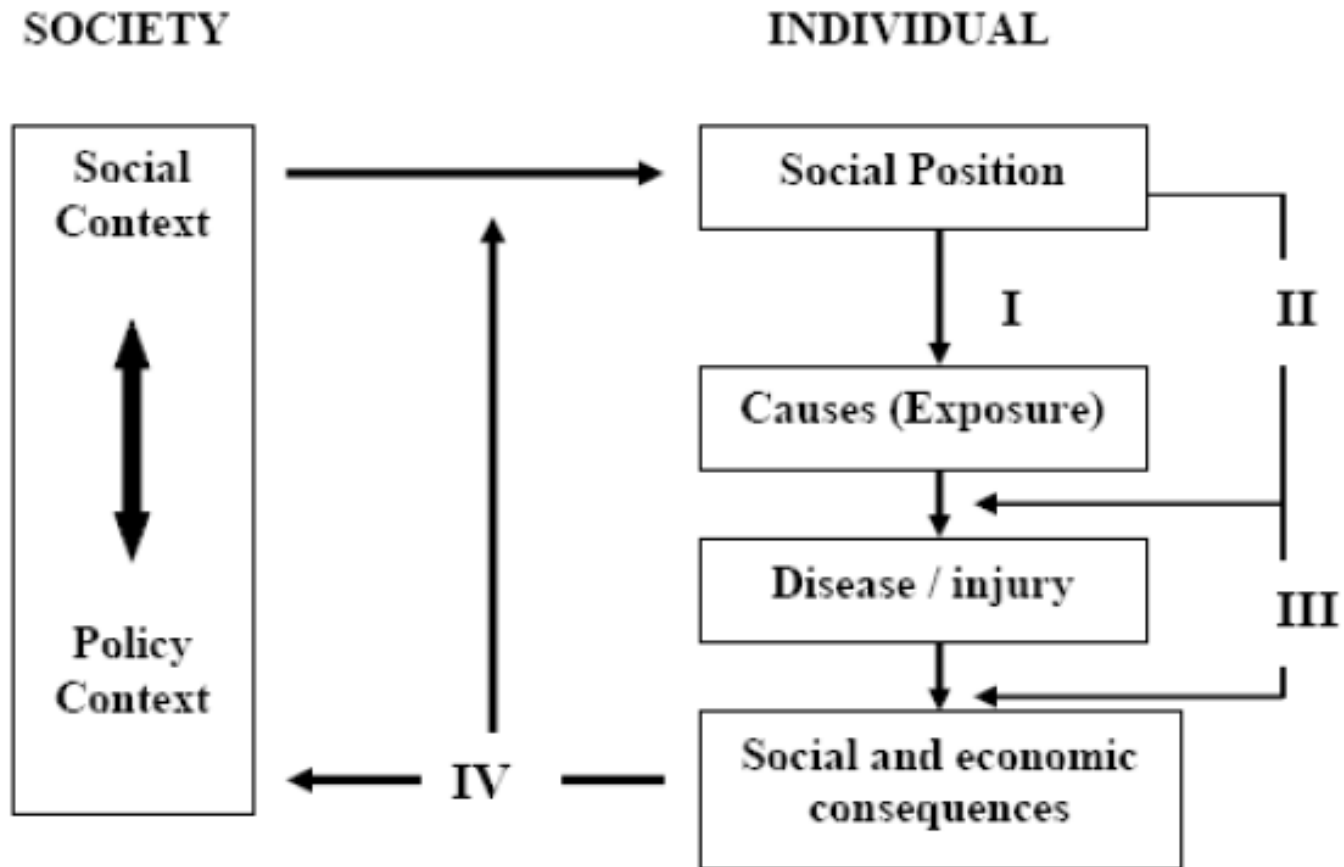


Fig: Diderichsen, et al. (2001).

**I : Differential exposure; II: differential vulnerability;
 III: differential consequences; IV: cercle vicieux**

I. La pauvreté des enfants en région bruxelloise

- Quelle est l'ampleur de la pauvreté des jeunes enfants en région bruxelloise?
- La pauvreté y est-elle plus importante qu'ailleurs en Belgique?
- Quels liens entre statut migratoire et pauvreté des jeunes enfants à Bruxelles?

116 843 enfants nés entre 2004 et 2010 – couplage BCSS/RN/bulletins statistiques de naissances

II. Quel est l'impact de la pauvreté et du statut migratoire de ses parents sur la santé des nourrissons?

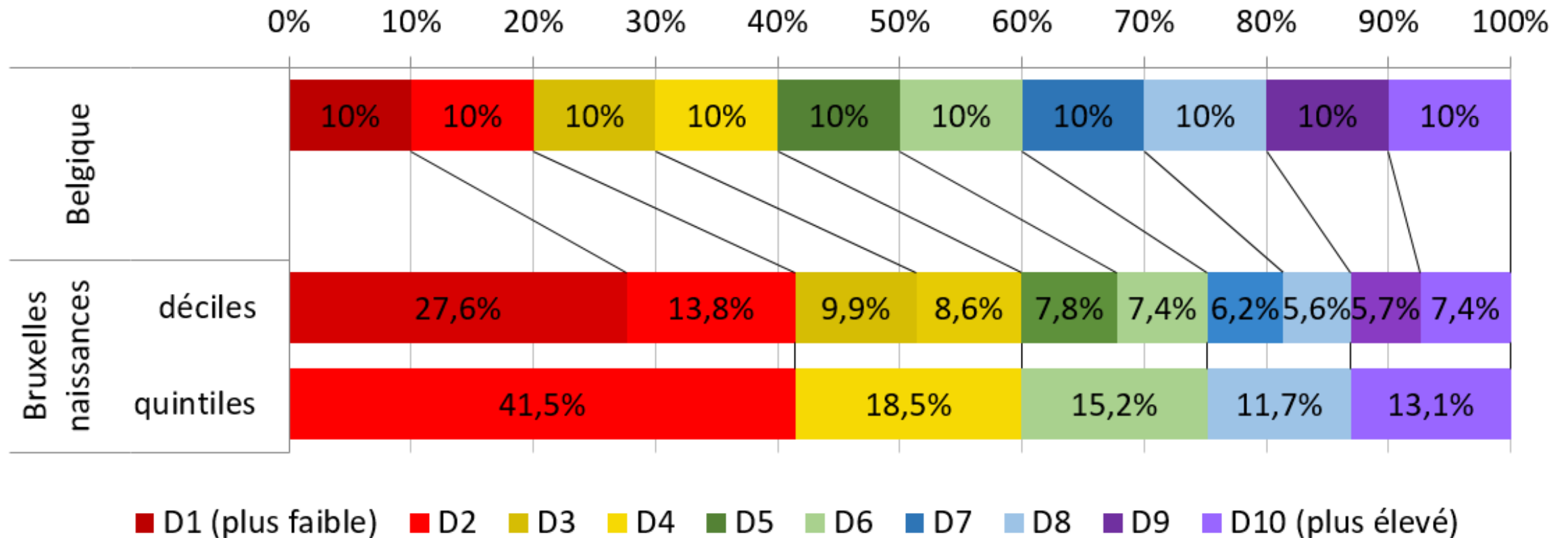
Plus de 1,5 million de naissances entre 1998 et 2010 en Belgique (bulletins statistiques de naissances)



Quelle est l'ampleur de la
pauvreté des jeunes enfants en
région bruxelloise?



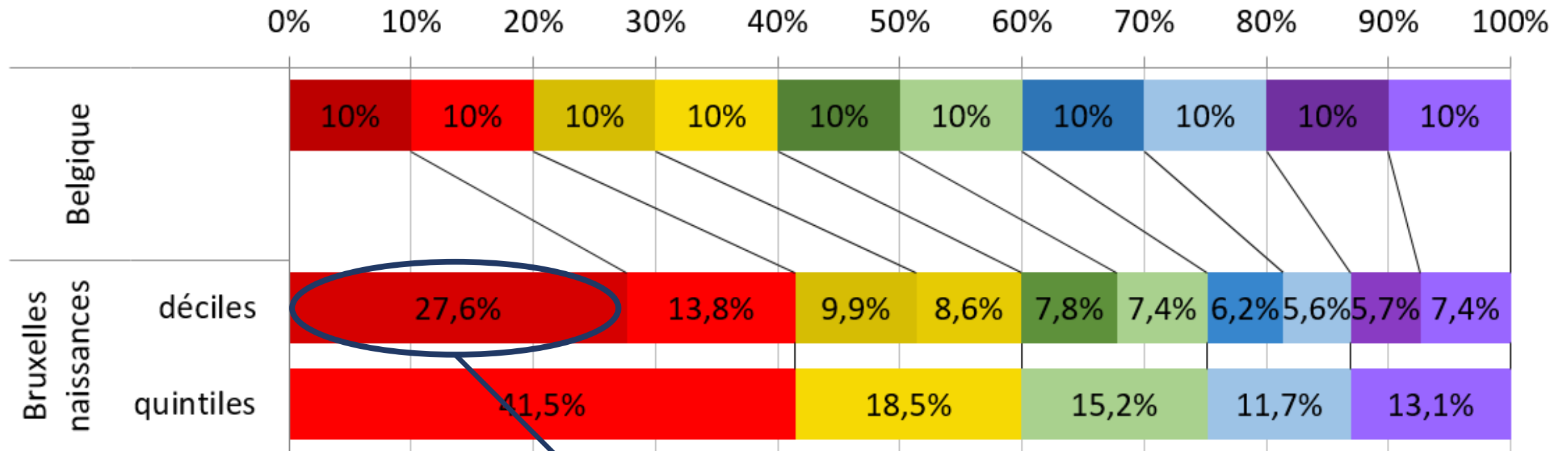
Distribution des revenus des ménages par déciles et quintiles, Belgique et Bruxelles



Source: Bulletins statistiques naissances/BCSS, Bruxelles 2005-2010



Distribution des revenus des ménages par déciles et quintiles, Belgique et Bruxelles

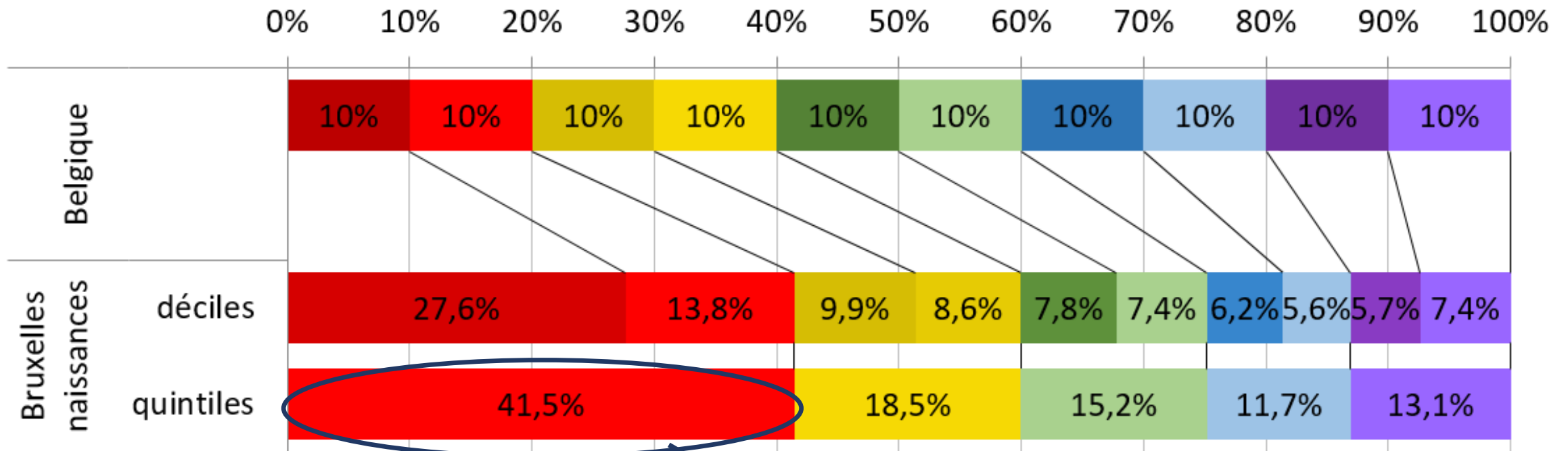


■ D1 (plus faible) ■ D2 ■ D3 ■ D4 ■ D5 ■ D6 ■ D7 ■ D8 ■ D9 ■ D10

Près de 3 fois plus de ménages qu'attendus vivent dans la grande pauvreté (en 2011 avec moins de 867€/mois de revenu pour un isolé)



Distribution des revenus des ménages par déciles et quintiles, Belgique et Bruxelles

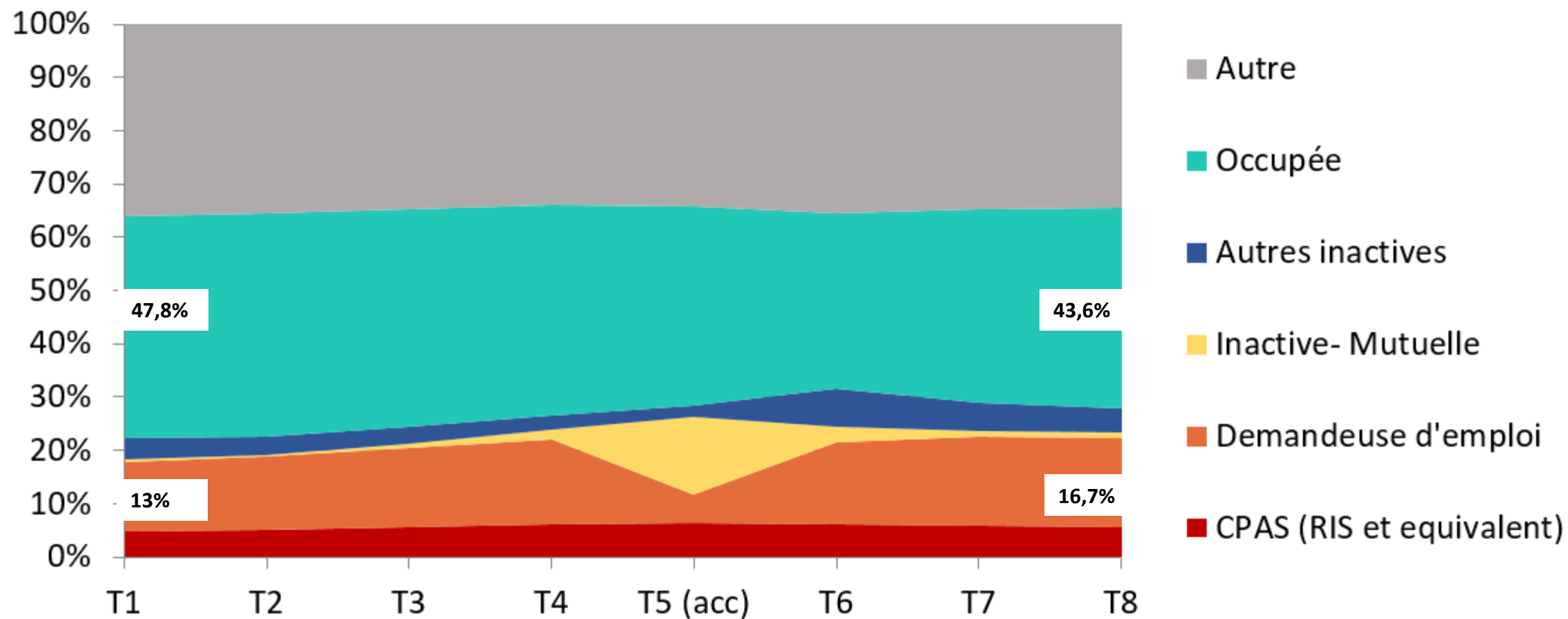


■ D1 (plus faible) ■ D2 ■

41,5% des naissances dans ménages à faible revenu
 (~ seuil de risque de pauvreté)
 40,3% en 2005 → 43,2% en 2010



Position socio-économique des mères au cours de la période périnatale, par trimestre (*)

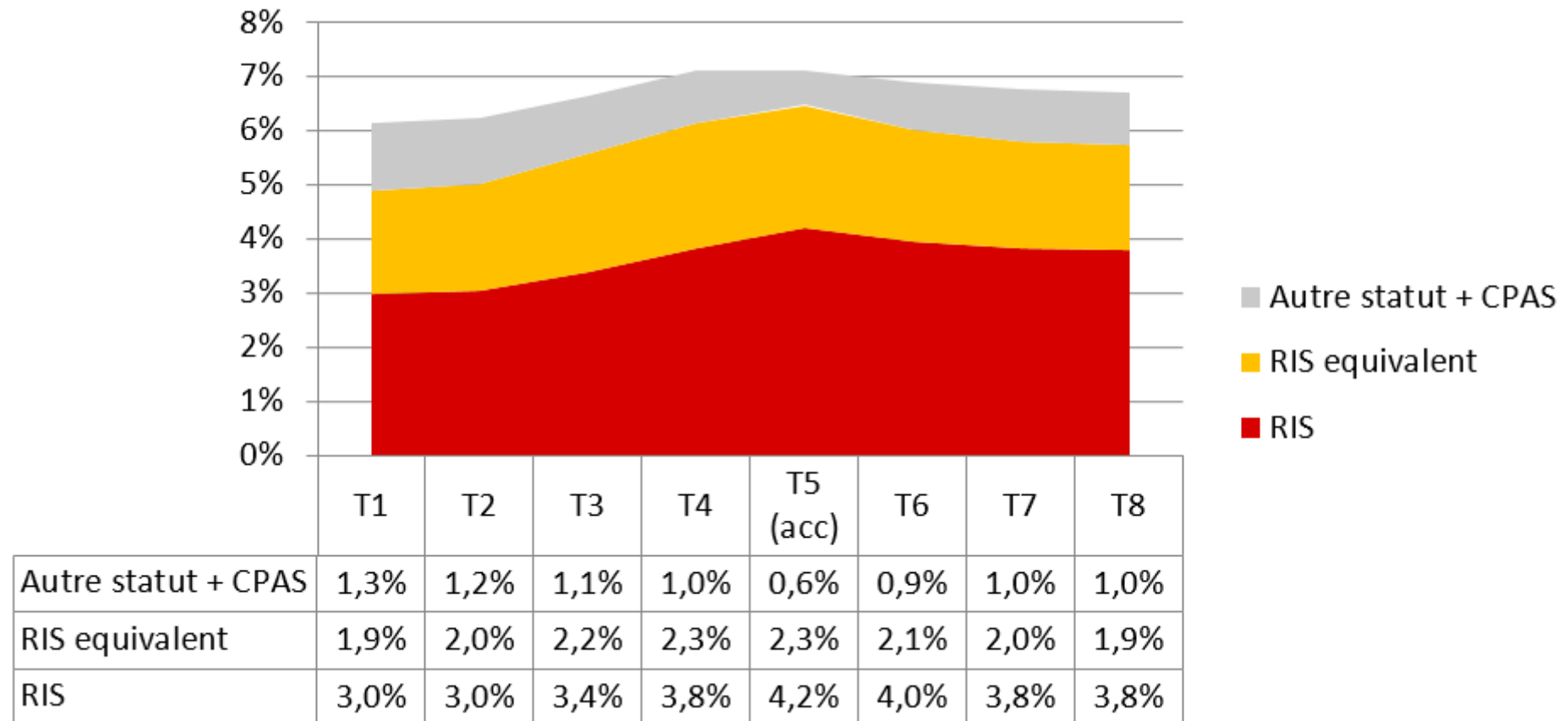


Source : Bulletins statistiques naissances/BCSS, Bruxelles 2004-2010

(*) Trimestres : T1 = trimestre avant la grossesse, T5 = trimestre de l'accouchement)



Proportion des mères ayant bénéficié d'une aide financière du CPAS au cours de la période périnatale, par trimestre

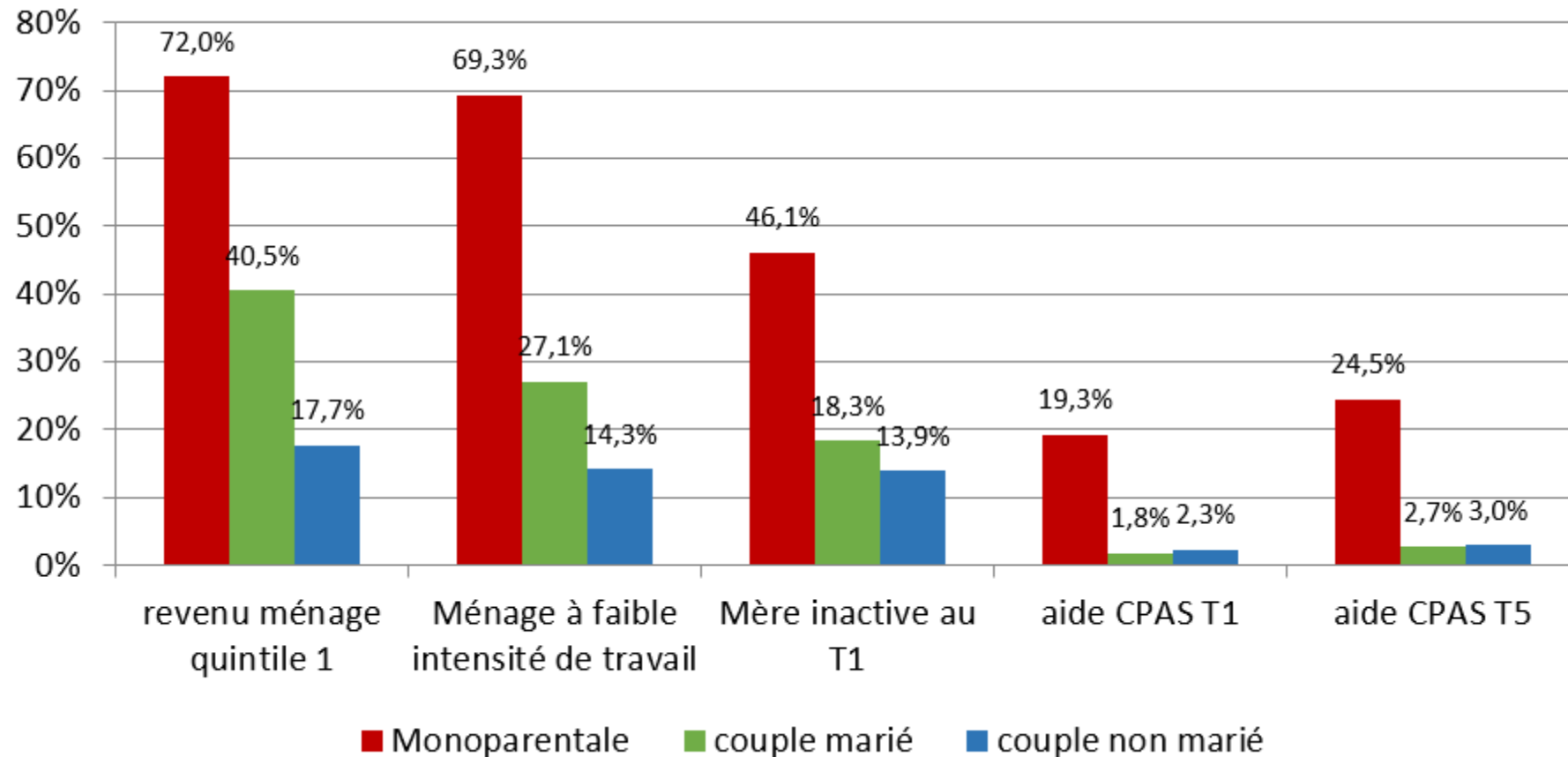


Source: Bulletins statistiques naissances/BCSS, Bruxelles 2004-2010



Indicateurs de pauvreté sociale selon la situation familiale

15,8% des naissances dans une famille monoparentale



Source: Bulletins statistiques naissances/BCSS, Bruxelles 2005-2010

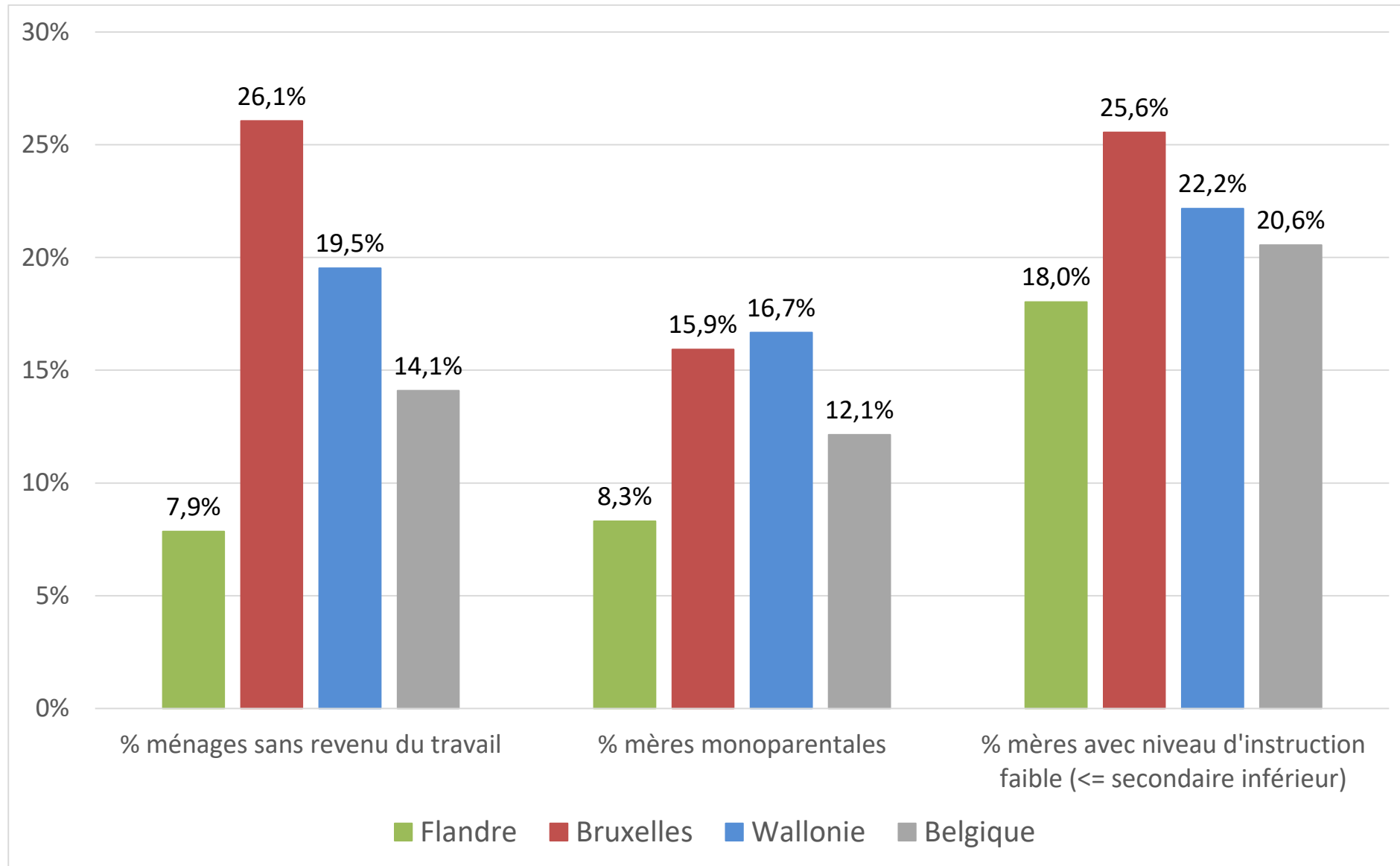




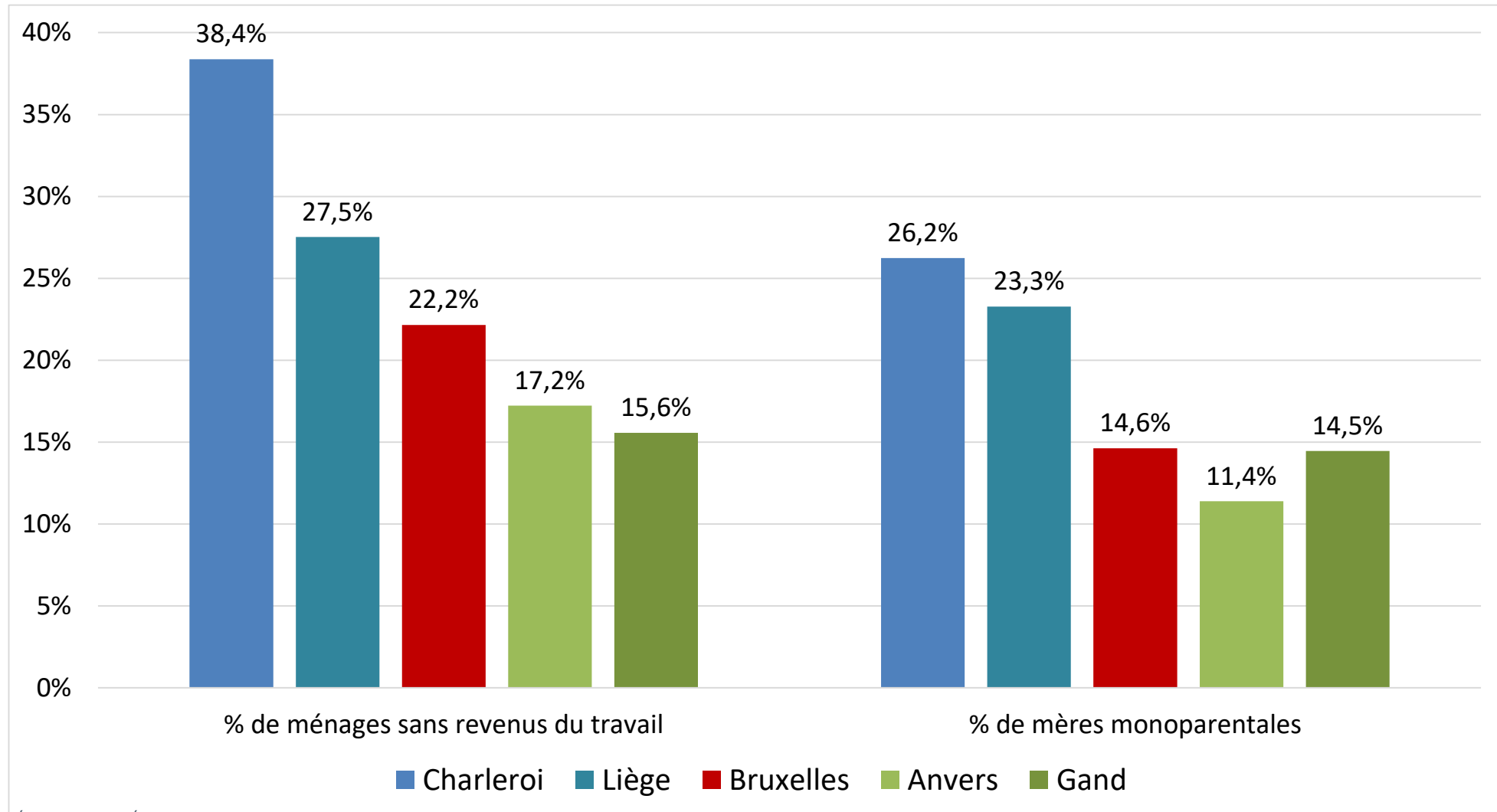
La pauvreté des jeunes enfants
est-elle plus importante à
Bruxelles qu'ailleurs en Belgique?




Proportion des naissances dans des ménages en situation précaire, Belgique et régions



Proportion des naissances dans des ménages en situation précaire, comparaison des grandes villes belges





Quels liens entre statut migratoire et pauvreté des jeunes enfants à Bruxelles?



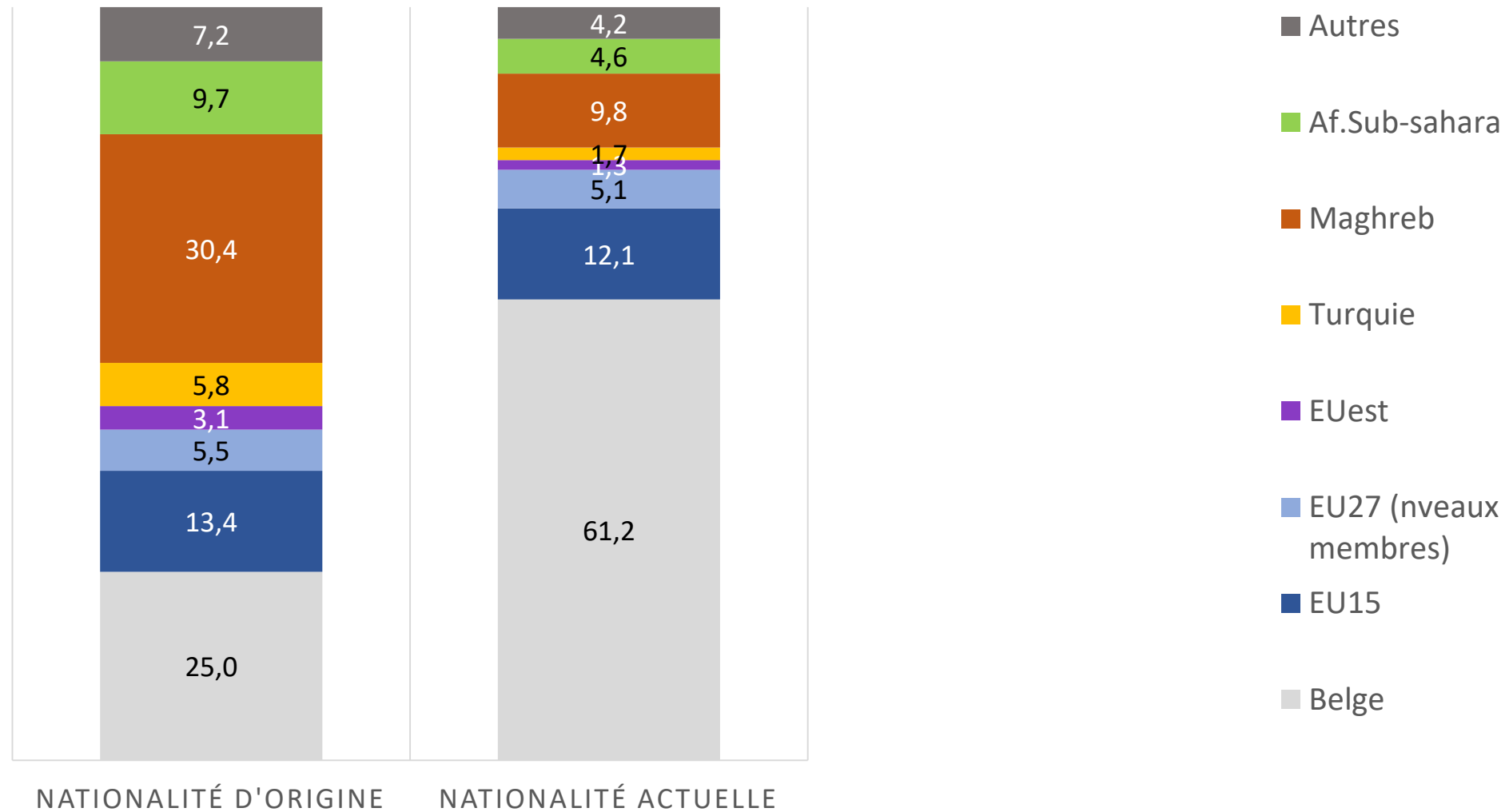
Distribution des naissances bruxelloise selon la nationalité de la mère



Source: Bulletins statistiques naissances/BCSS, Bruxelles 2004-2010



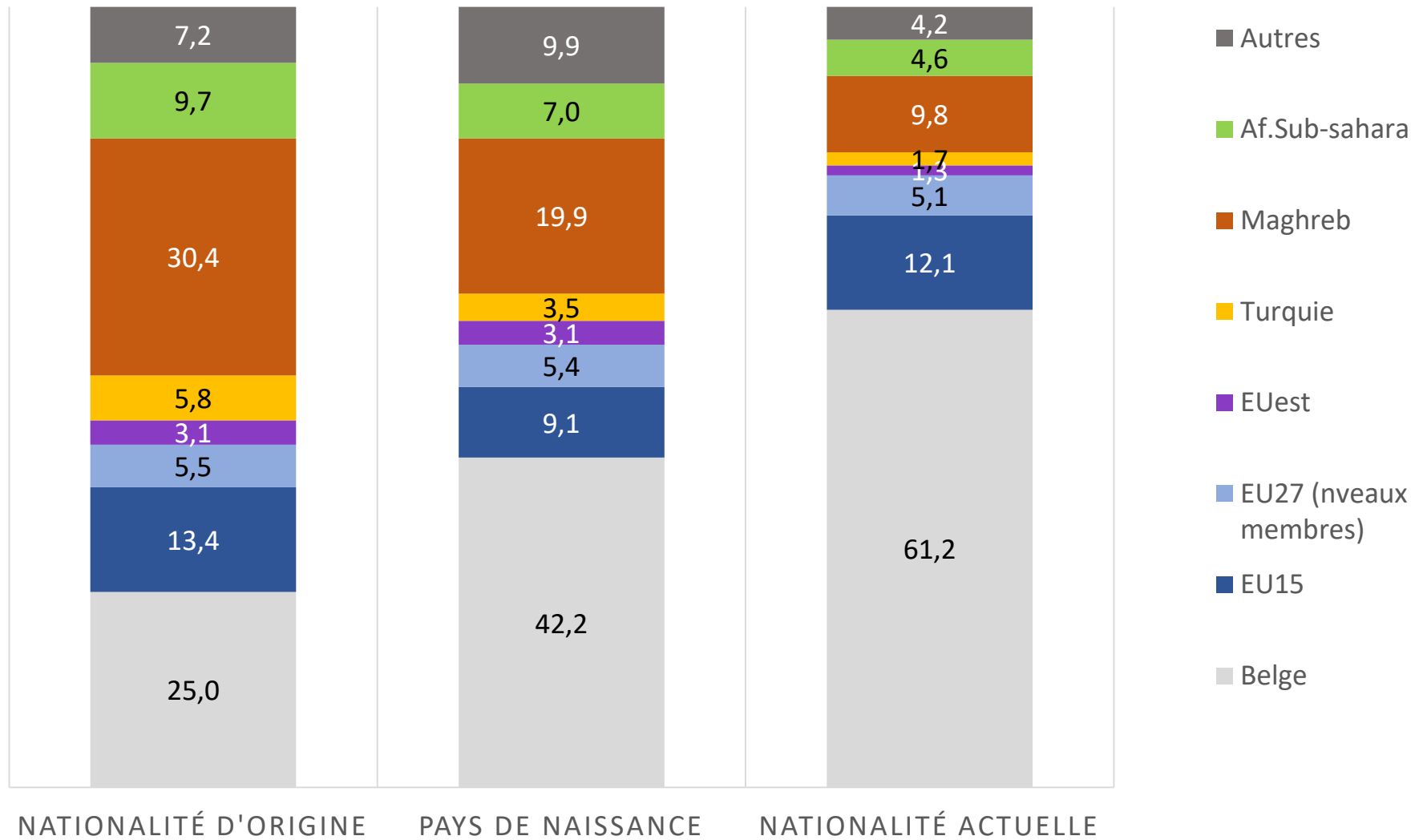
Distribution des naissances bruxelloise selon la nationalité de la mère



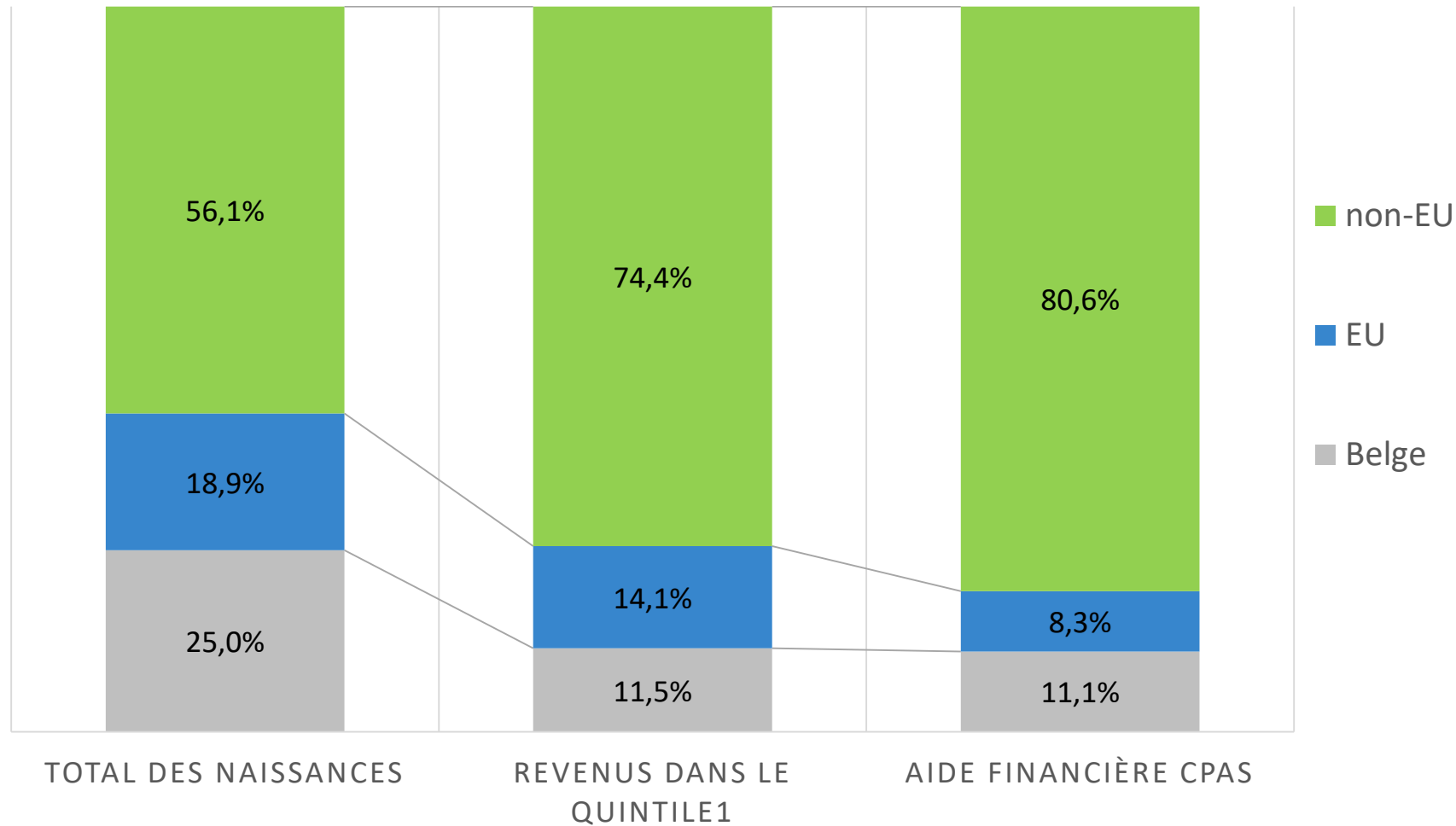
Source: Bulletins statistiques naissances/BCSS, Bruxelles 2004-2010



Distribution des naissances bruxelloise selon la nationalité et le pays de naissance de la mère



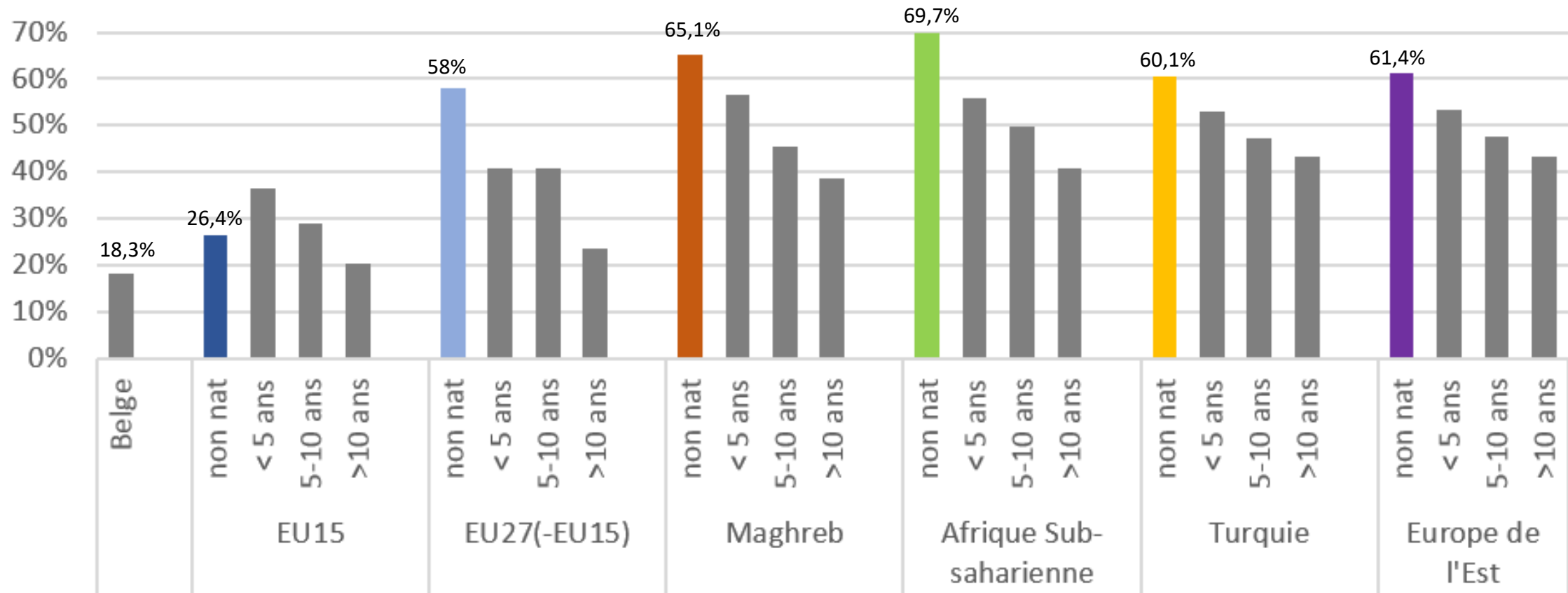
Distribution des nationalités d'origine des mères parmi les ménages en situation de précarité à la période périnatale



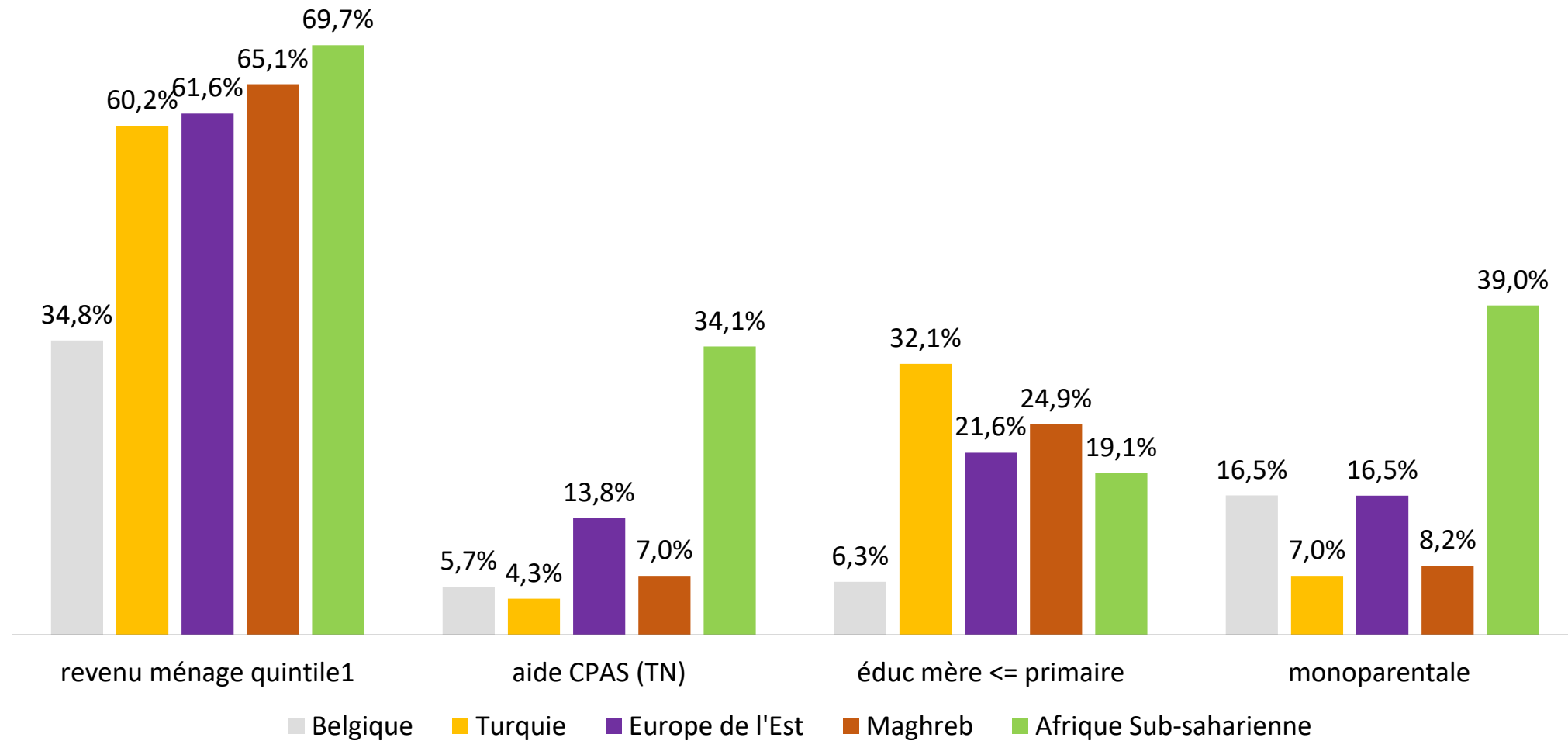
Source: Bulletins statistiques naissances/BCSS, Bruxelles 2005-2010



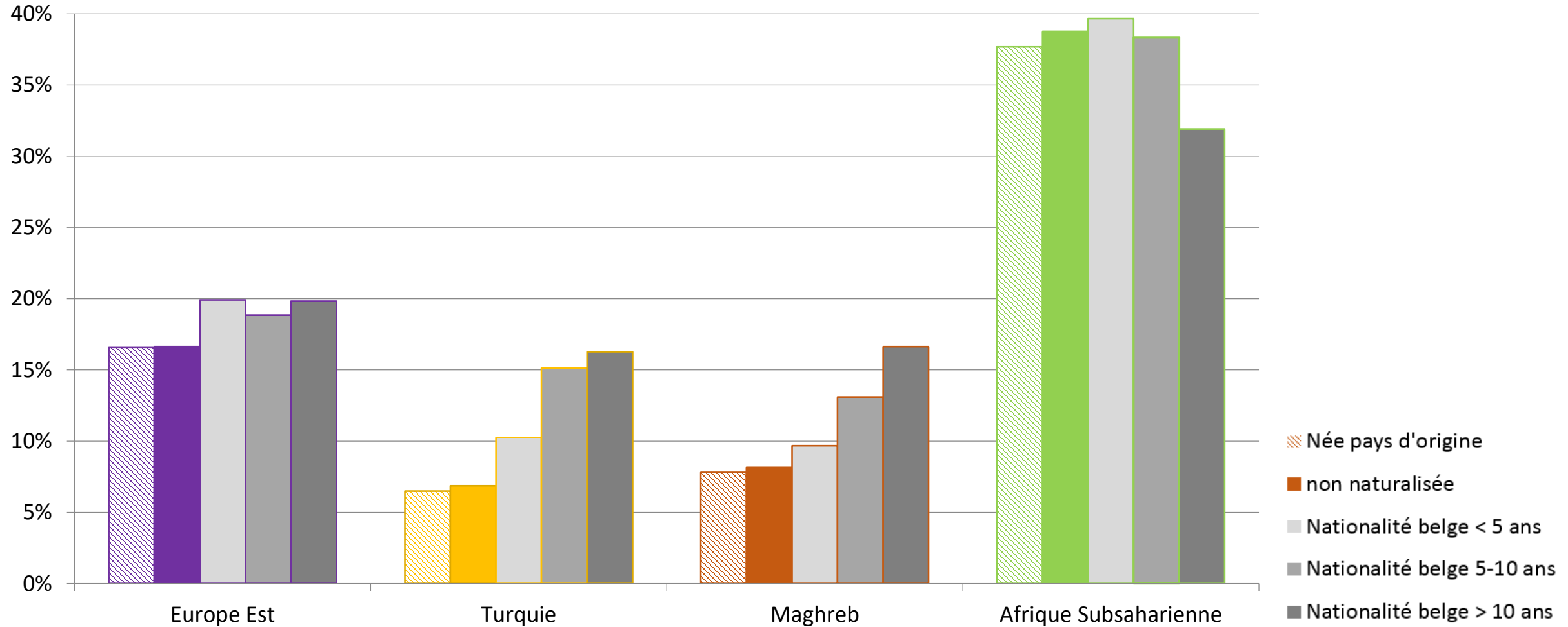
Proportion de ménages sous le seuil de risque de pauvreté en fonction de la nationalité d'origine et de la durée de l'acquisition de la nationalité belge




Indicateurs de pauvreté en fonction de la nationalité actuelle de la mère



Proportion de familles monoparentales selon la nationalité d'origine, le pays de naissance et la durée de l'acquisition de la nationalité belge





Quel est l'impact de la pauvreté et du statut migratoire des parents sur la santé des nourrissons?



Le faible poids de naissance (< 2Kg500)

Révéléateur de conditions défavorables au développement de l'enfant

Associé à la prématurité, à des habitudes de vie telles que le tabagisme ou l'alimentation, à la santé globale de la maman au cours de la grossesse, au stress, ...

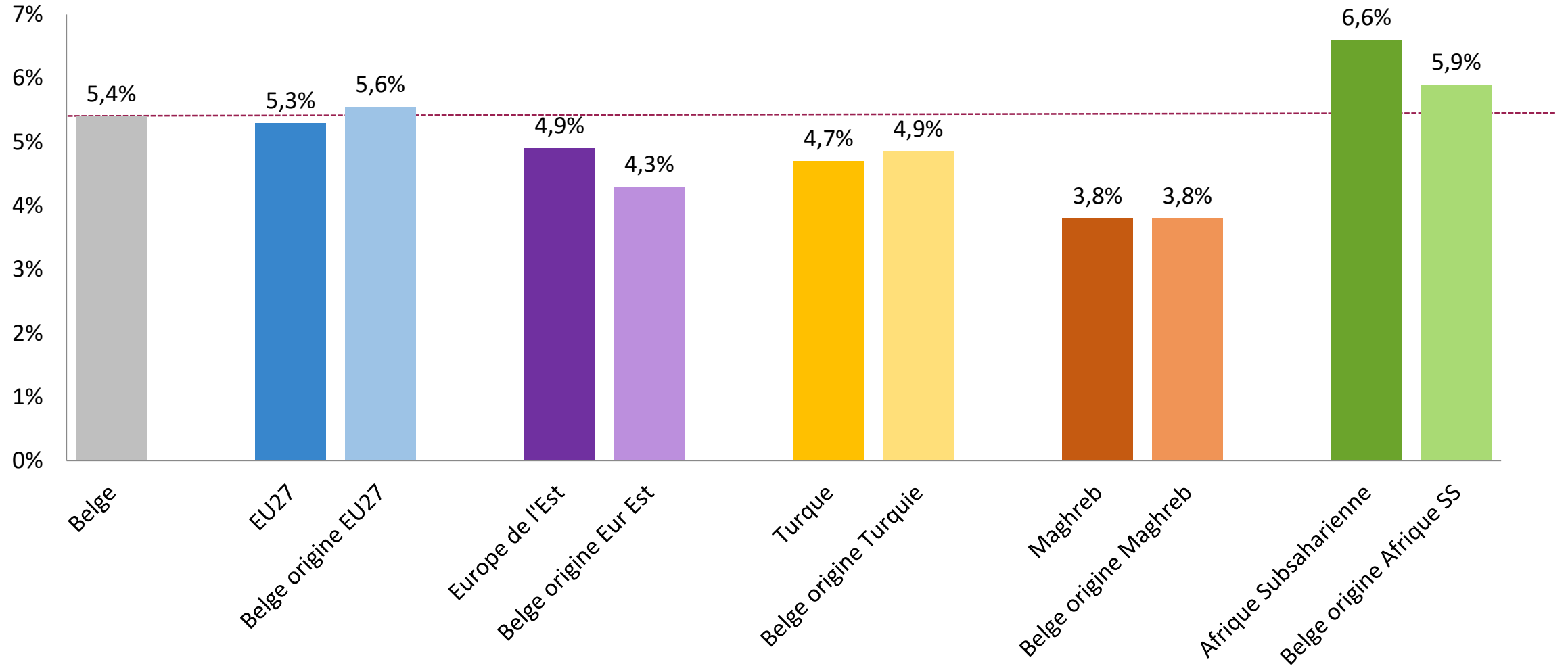
La mortalité périnatale (décès au moment de la naissance ou dans la semaine qui suit)

Indicateur de problèmes de santé graves de la maman ou de l'enfant (malformations, infections, complications lors de l'accouchement, ...)

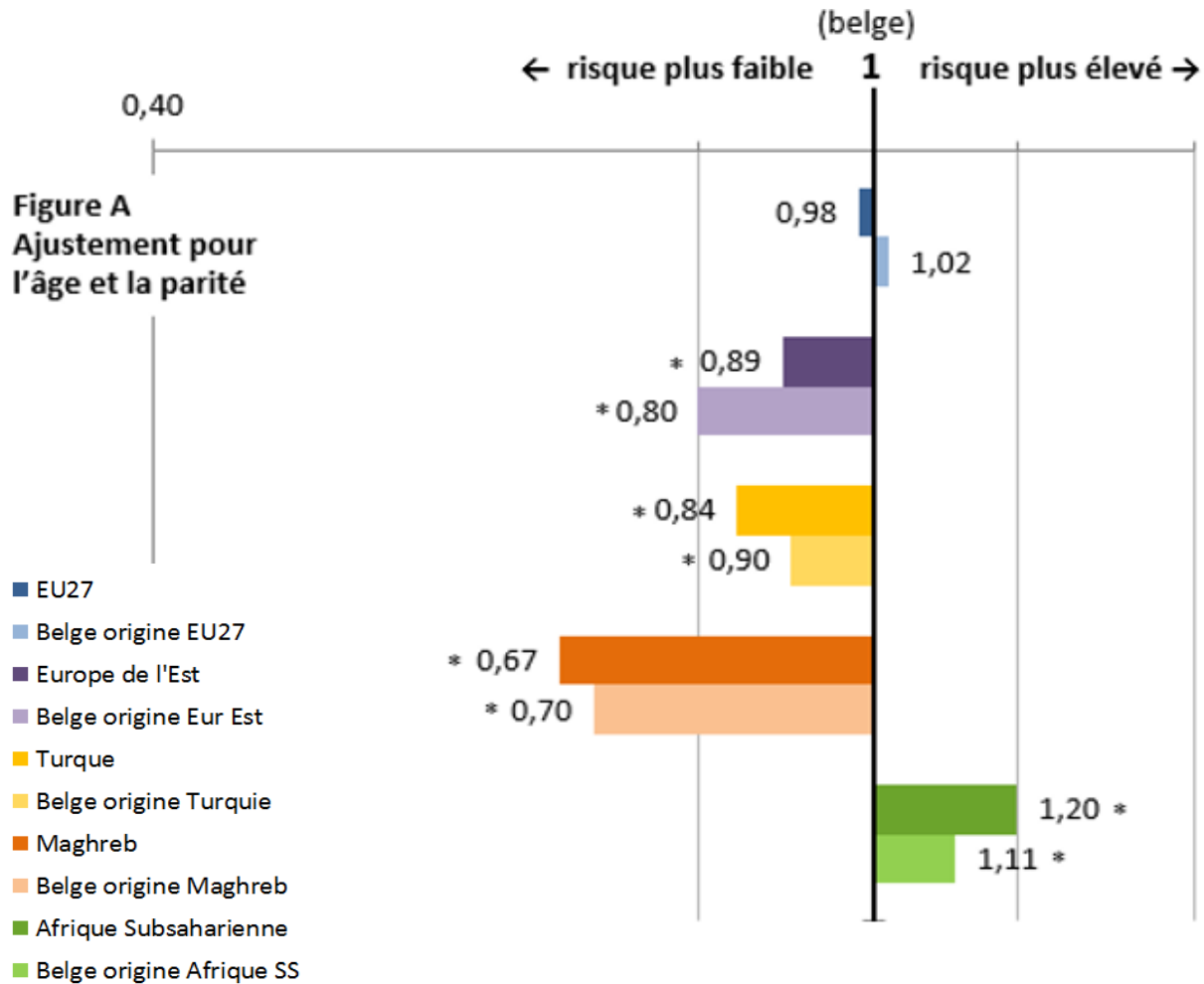


Proportion de faible poids de naissance selon la nationalité de la mère, Belgique 1998-2010

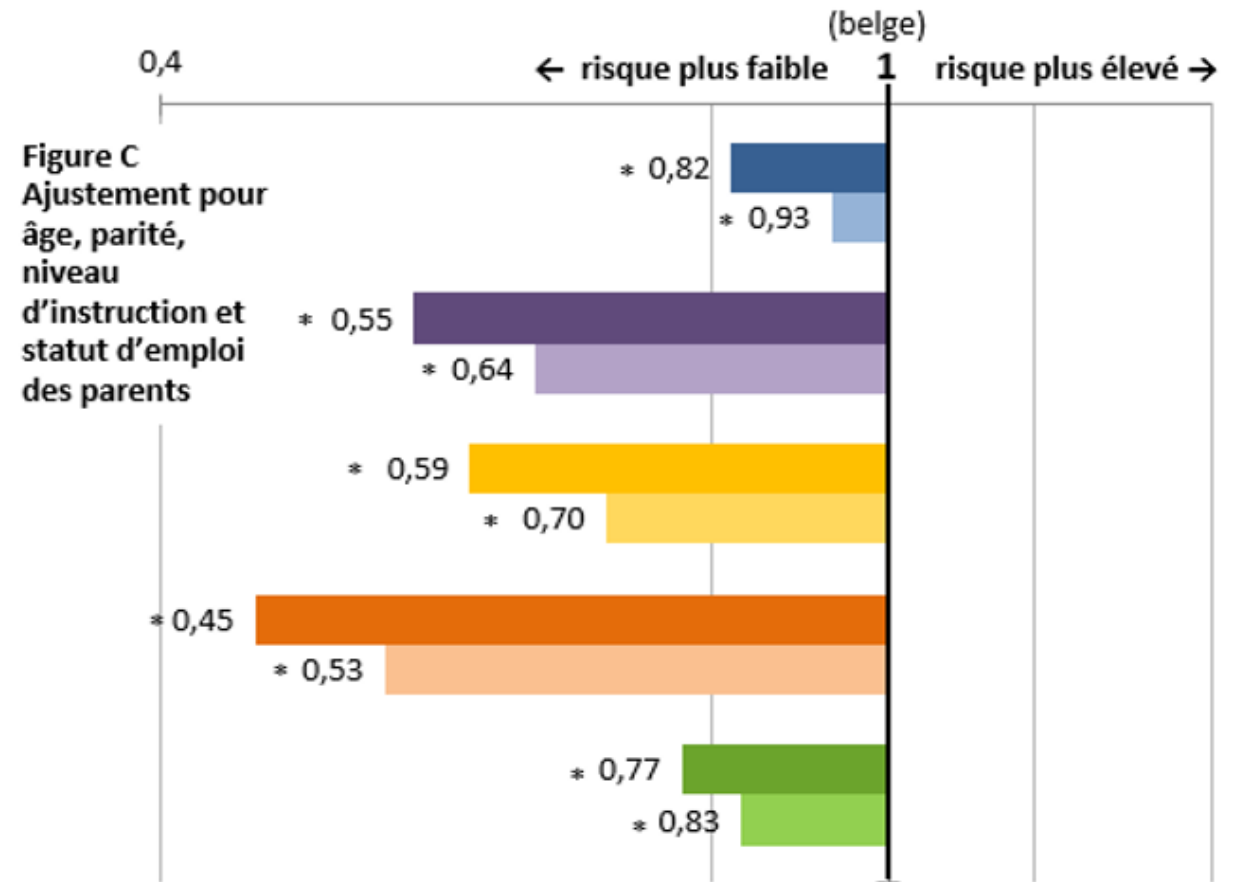
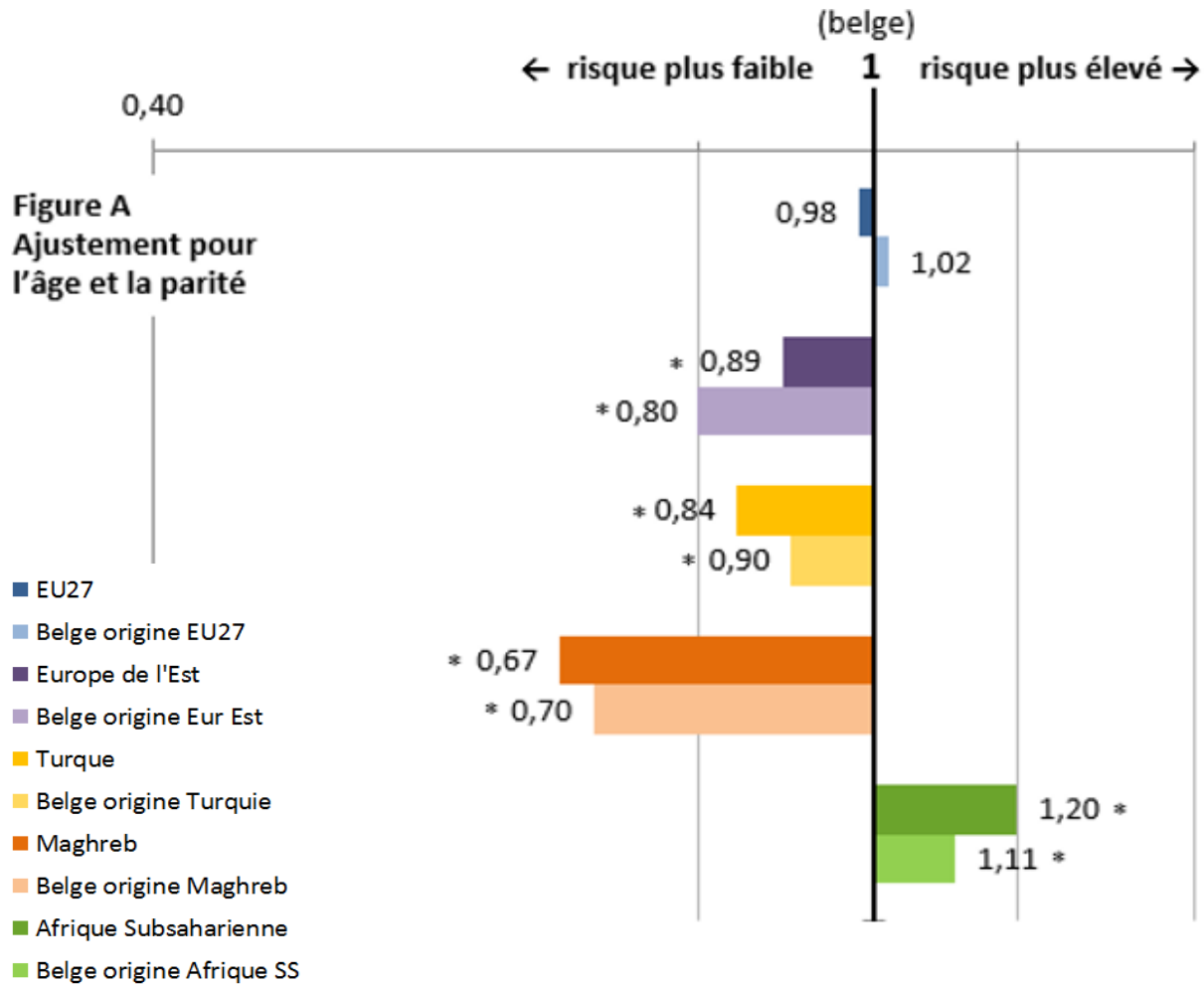
Pour 100 naissances vivantes



Risques (Odds ratios) de faible poids de naissance en fonction de la nationalité de la mère (référence = enfants de mères d'origine belge), Belgique 1998-2010

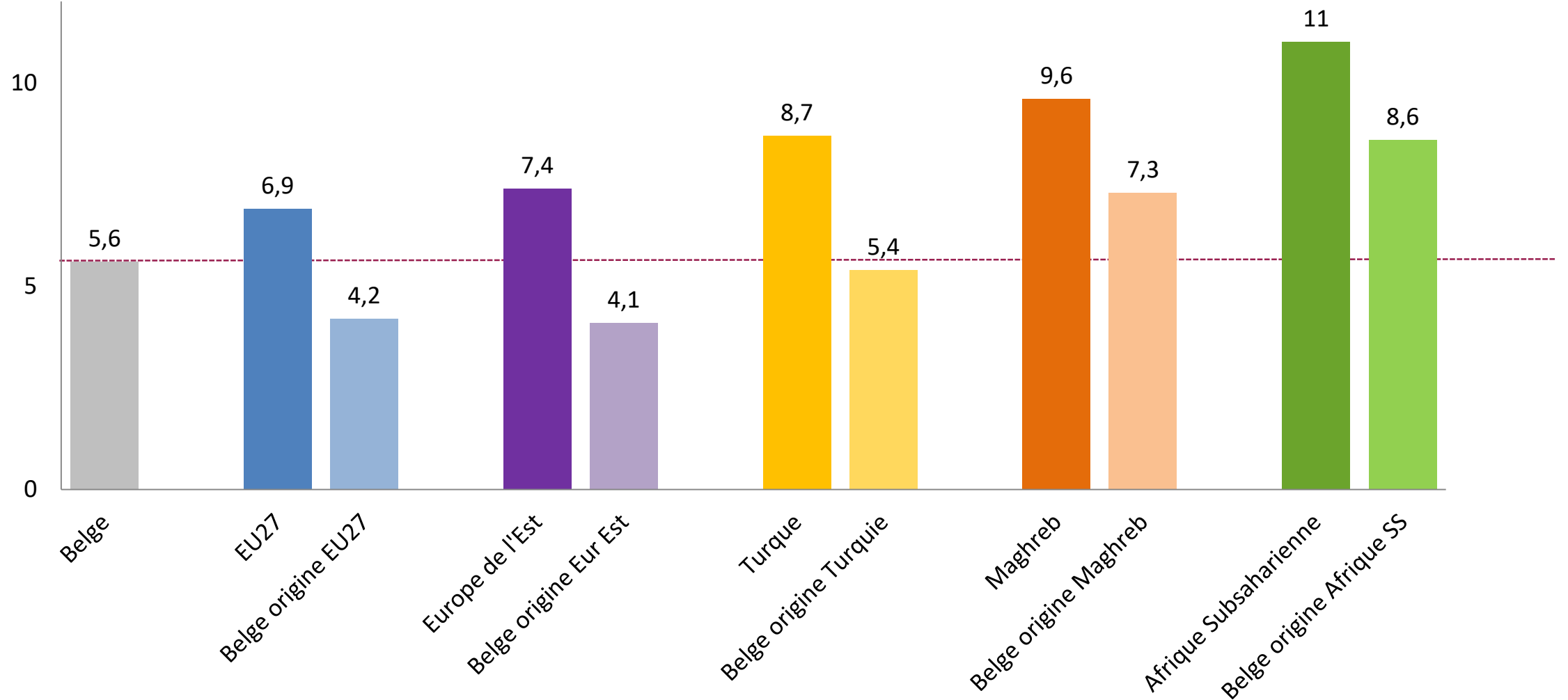


Risques (Odds ratios) de faible poids de naissance en fonction de la nationalité de la mère (référence = enfants de mères d'origine belge, Belgique 1998-2010)

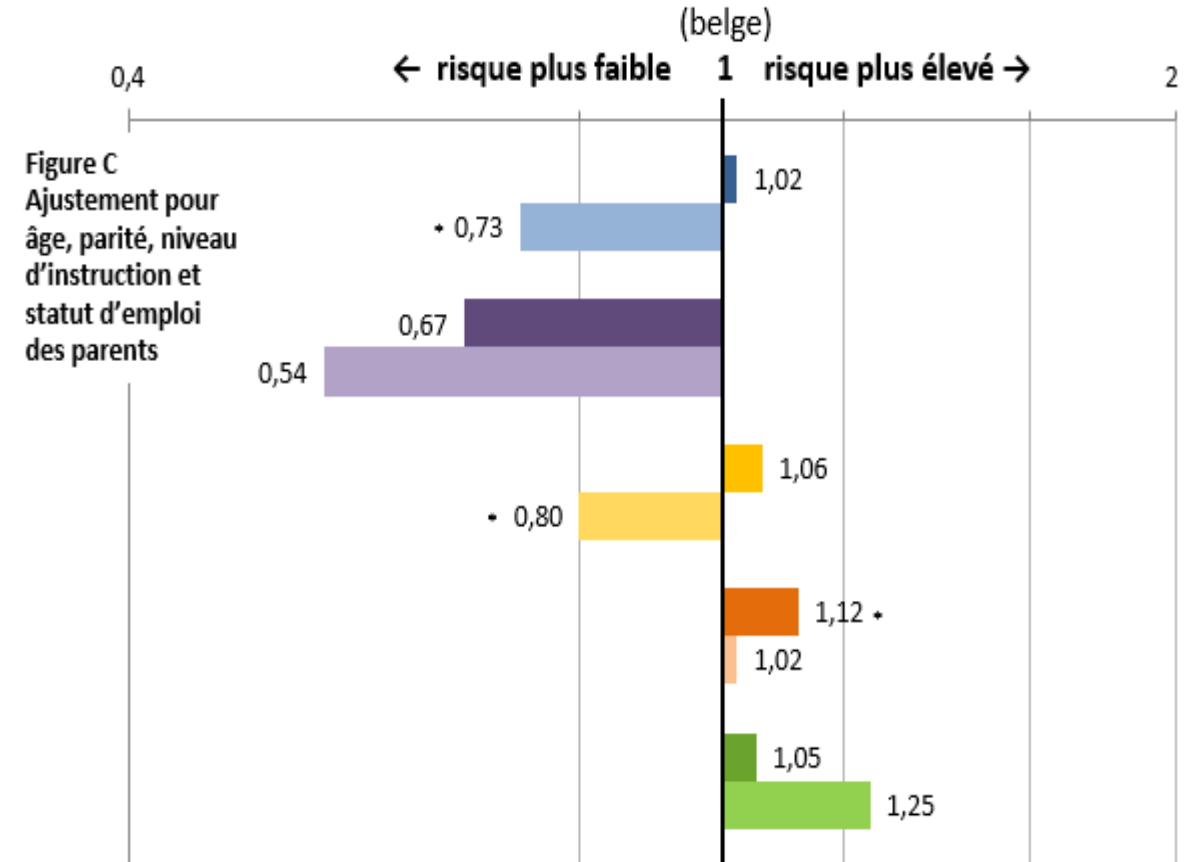
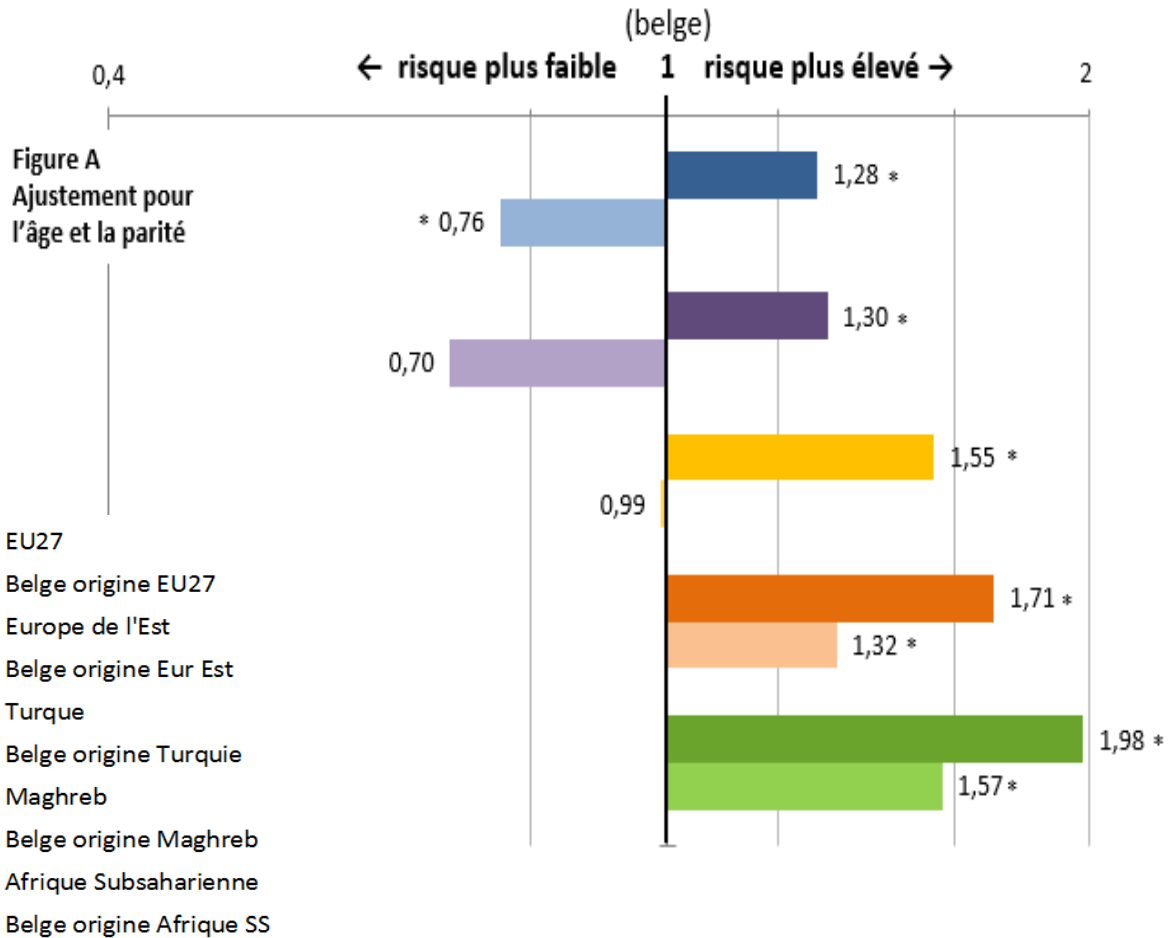


Taux de mortalité périnatale selon la nationalité de la mère, Belgique 1998-2010

Pour 1000 naissances totales

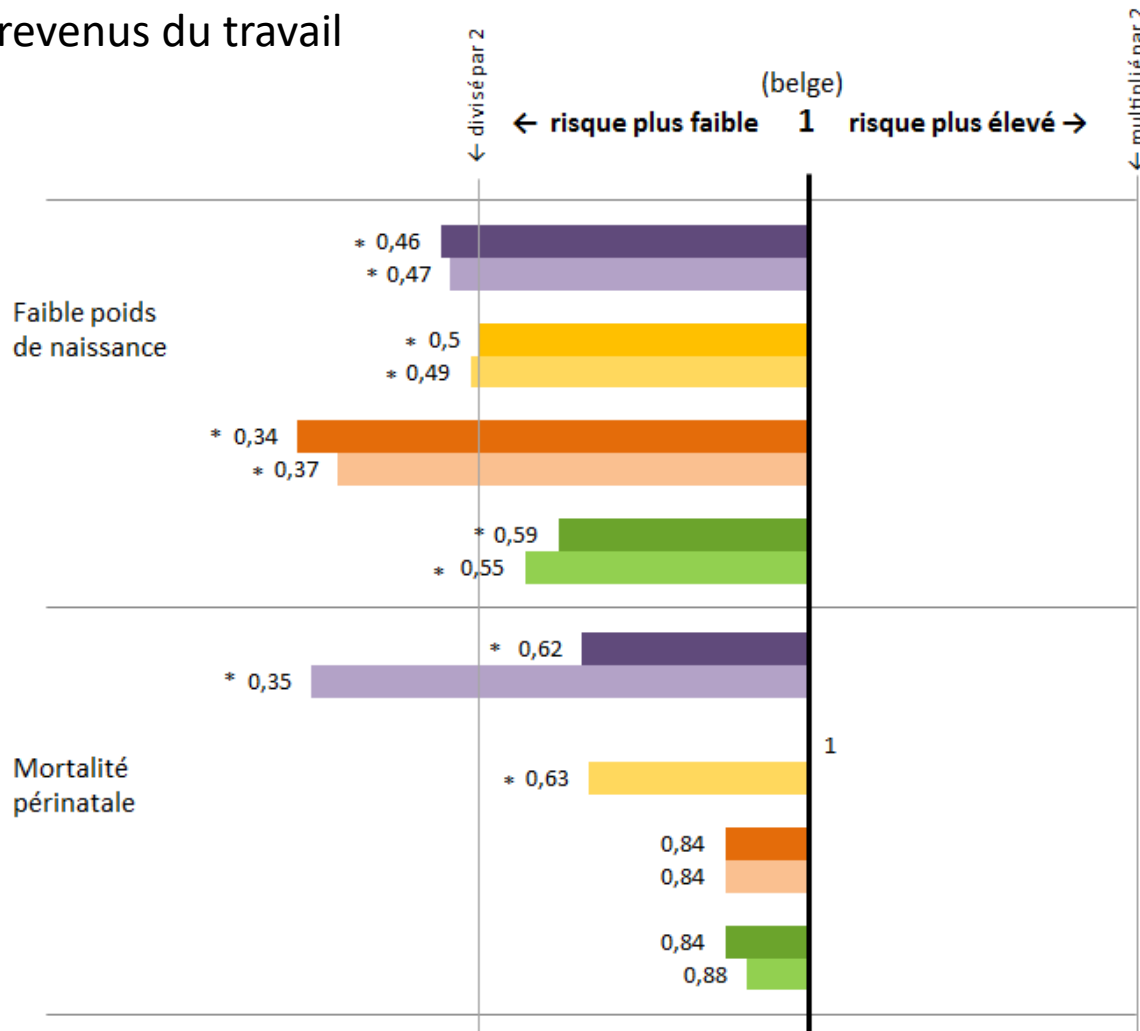


Risques (Odds ratios) de mortalité périnatale en fonction de la nationalité de la mère (référence = enfants de mères d'origine belge), Belgique 1998-2010



Risques (Odds ratios) de faible poids de naissance et de mortalité périnatale en fonction de la nationalité de la mère (réf = enfants de mères d'origine belge), Belgique 1998-2010

Enfants de ménages sans revenus du travail

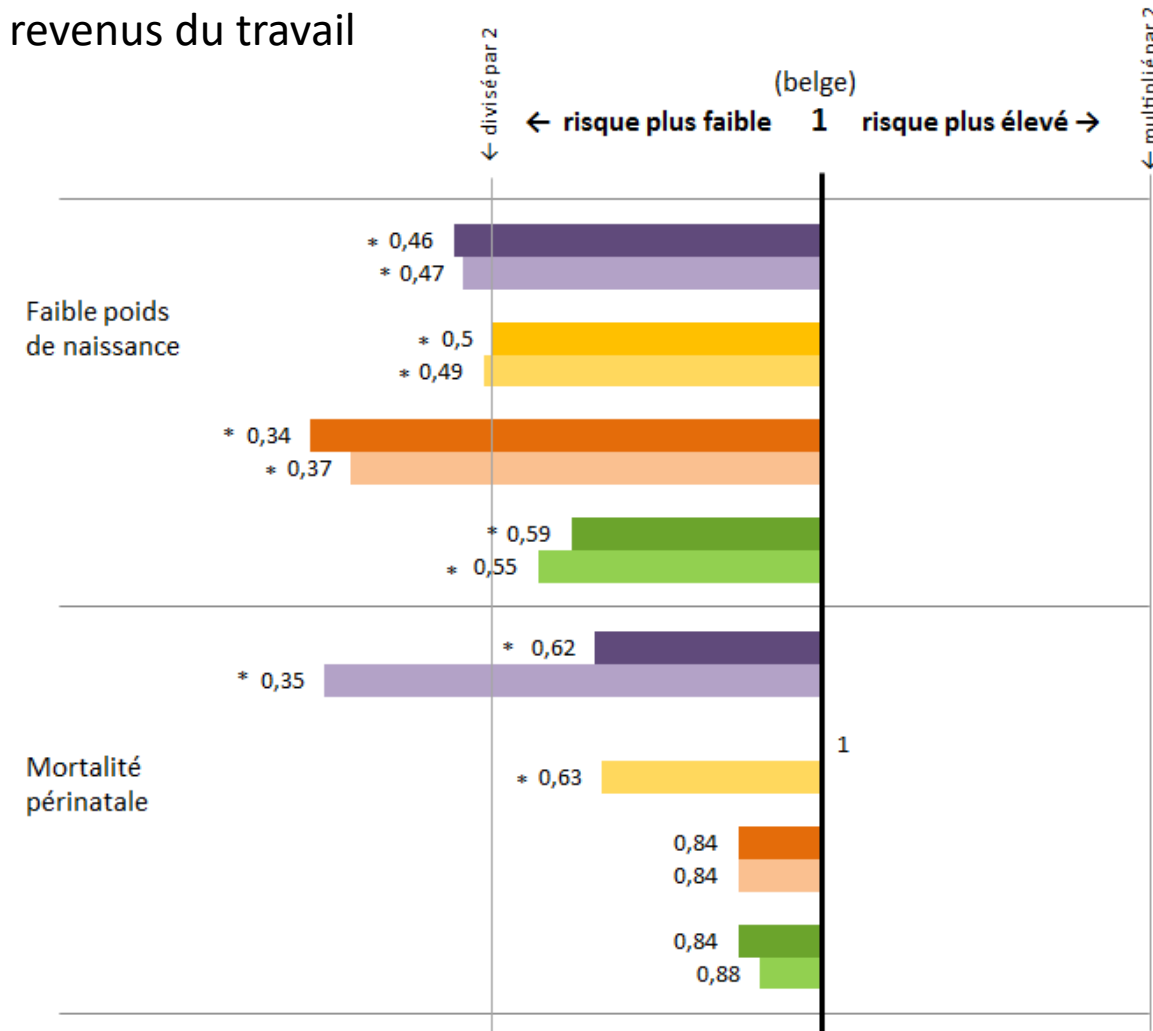


Dans les milieux sociaux précaires, les enfants de mères d'origine belge sont plus vulnérables que les enfants issus de l'immigration

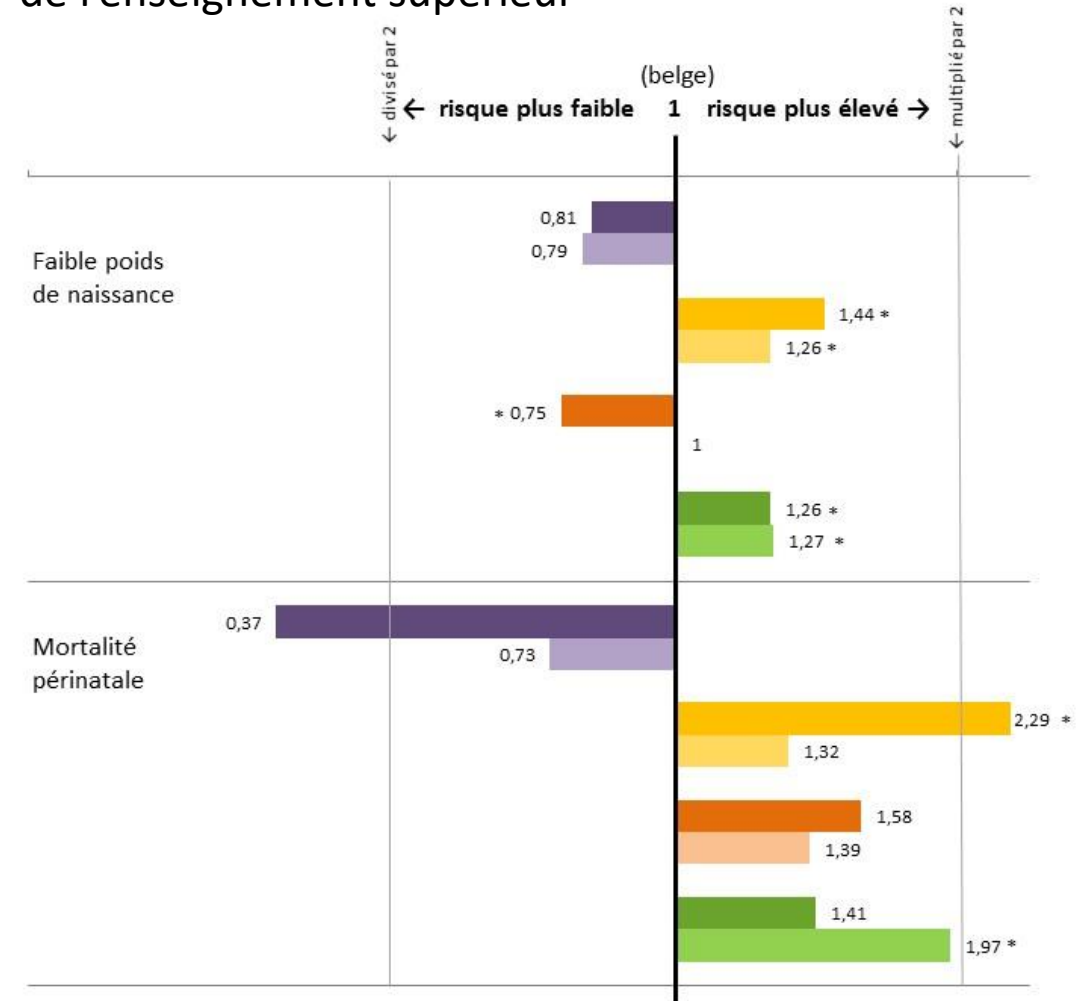


Risques (Odds ratios) de faible poids de naissance et de mortalité périnatale en fonction de la nationalité de la mère (réf = enfants de mères d'origine belge), Belgique 1998-2010

Enfants de ménages sans revenus du travail



Enfants dont la mère a un diplôme de l'enseignement supérieur





Des pistes pour améliorer la situation



Politiques publiques cohérentes

Pauvreté des jeunes enfants massive en Région bruxelloise.

→ mobiliser les différents leviers existants pour la réduire, en augmentant les revenus des familles avec enfants, y compris pendant la grossesse.

→ Améliorer articulation et cohérence des politiques familiales et des politiques de lutte contre la pauvreté.

Investir massivement dans des services à la petite enfance de qualité et accessibles à tous.

Les jeunes enfants issus de l'immigration non européenne constituent la toute grande part des enfants pauvres à Bruxelles

→ Améliorer l'accès à l'emploi (de qualité) des adultes non européens sur le marché du travail pour réduire significativement la pauvreté infantile à Bruxelles.



Et dans le secteur de la santé

Mobiliser tous les leviers possibles pour réduire les inégalités sociales d'accès aux soins :

- Accès théorique versus accès réel : envisager tous les types d'obstacles à l'accès aux soins (accès primaire et secondaire)
- Financiers
- Administratifs
- Culturels et psychosociaux
- Liés au contrôle social
- pratiques

Et viser une efficacité réelle des soins (dans les conditions de vie réelles)



Et quelques recommandations liées à nos résultats

La pauvreté est le principal facteur qui explique la grande vulnérabilité de certains groupes face aux issues défavorables de la grossesse (notamment les jeunes enfants issus d'Afrique subsaharienne et les jeunes enfants de mères belges d'origine à très faible niveau d'instruction ou sans revenus). Une attention des professionnels aux conditions socioéconomiques des mères est prioritaire à une approche ciblant l'origine ethnique

Les familles immigrées, malgré des conditions de vie souvent précaires, développent des environnements qui protègent la santé périnatale. Ces environnements favorables doivent être étudiés, reconnus et renforcés et les communautés doivent pouvoir compter sur l'appui de la société et des professionnels pour les maintenir



Les enjeux structurels de la pauvreté infantile

Journée de l'AISPN

Le 14 novembre 2017

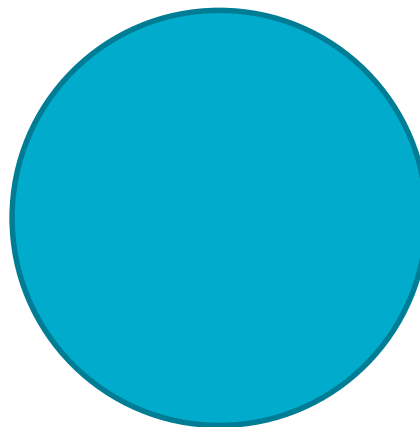
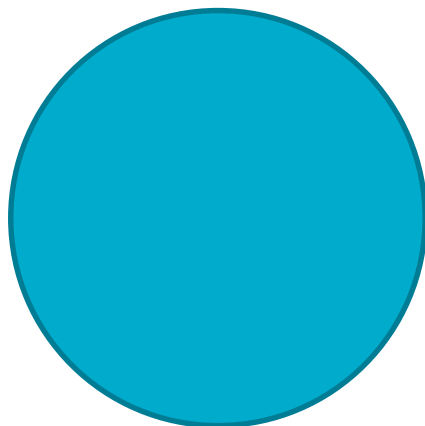
Willy Lahaye

Le règne des chiffres

Le politique



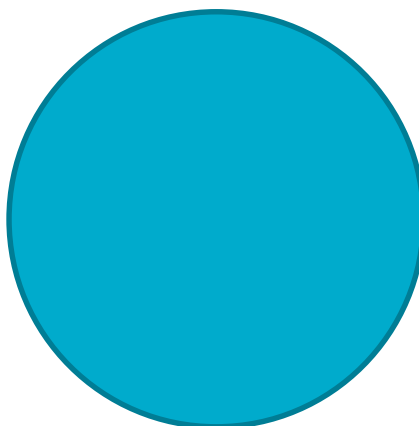
utilisateur



Le scientifique



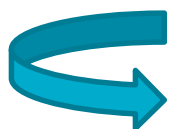
créateur



L'acteur → réalisateur

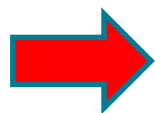
Le règne des chiffres

'Evidence based' : basé sur les faits



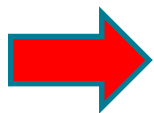
Mesure de l'efficacité (quel est l'effet?)

COHERENCE



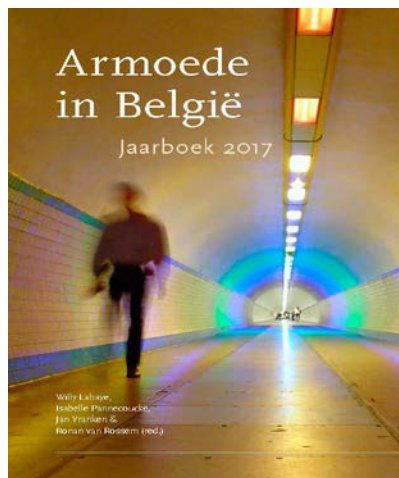
Mesure de l'effectivité (quelle est la diversité?)

DIVERGENCE



Mesure de l'efficacité (quelle est le processus?)

DYNAMIQUE



Annuaire Pauvreté en Belgique – 2017

7^{ème} édition

W. Lahaye, I. Pannecoucke, J. Vranken et R. Van Rossem

“un réseau d'exclusions sociales couvrant divers domaines de l'existence individuelle et collective. Il sépare les pauvres des modes de vie généralement acceptés de la société. C'est un fossé que ces personnes ne peuvent combler par leurs propres moyens”

- ***La diversification des facteurs:***

- **La hauteur** : le nombre de personnes en pauvreté et le taux relatif des groupes cibles
- **Le temps** : la pauvreté/la santé intergénérationnelle (dans la pauvreté : près d'une personne sur deux est pauvre depuis 3 à 4 ans)
- **La largeur** : pauvreté de revenu, de santé, de logement, de loisir, de mobilité,...
- **La profondeur** : atteste à quel point l'autre ne peut s'en sortir seul

Inégalités sociales de santé

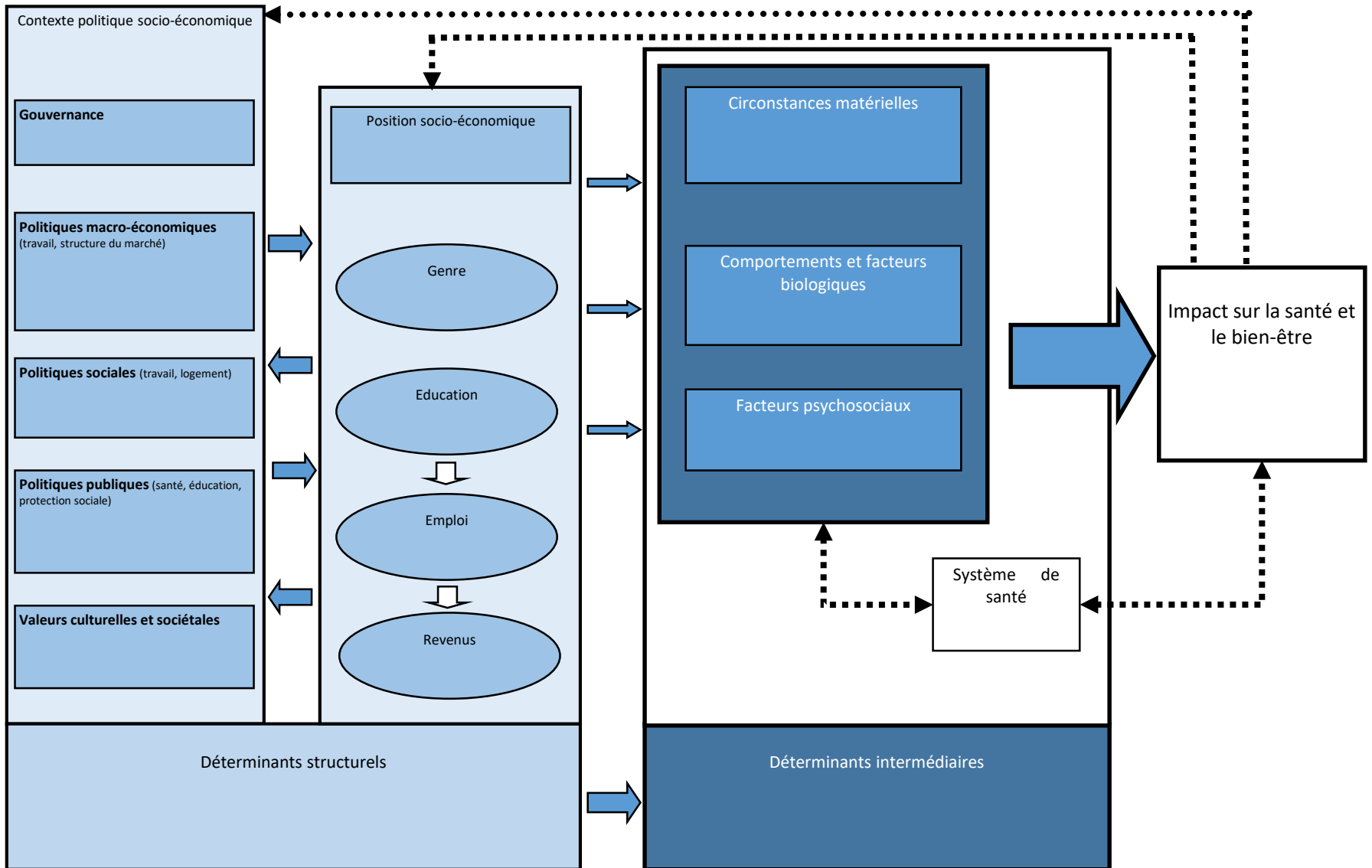
- *Santé parmi les revenus les plus faibles en Belgique:*
- **31,9%** souffrent d'une ou plusieurs maladies chroniques.
- **28,5%** postposent des soins de santé pour des raisons financières.
- **32,3%** sont atteints dans leur santé suite à des conditions de travail risquées ou difficiles.

Inégalités sociales de santé

- *Santé parmi les revenus les plus faibles en Belgique:*
- **30,8%** ont une perception négative de leur santé
- **32%** se plaignent de vivre des difficultés psychologiques
- **22,2%** ont peu de relations sociales

W. Lahaye

Processus et déterminants de l'inégalité sociale de santé.



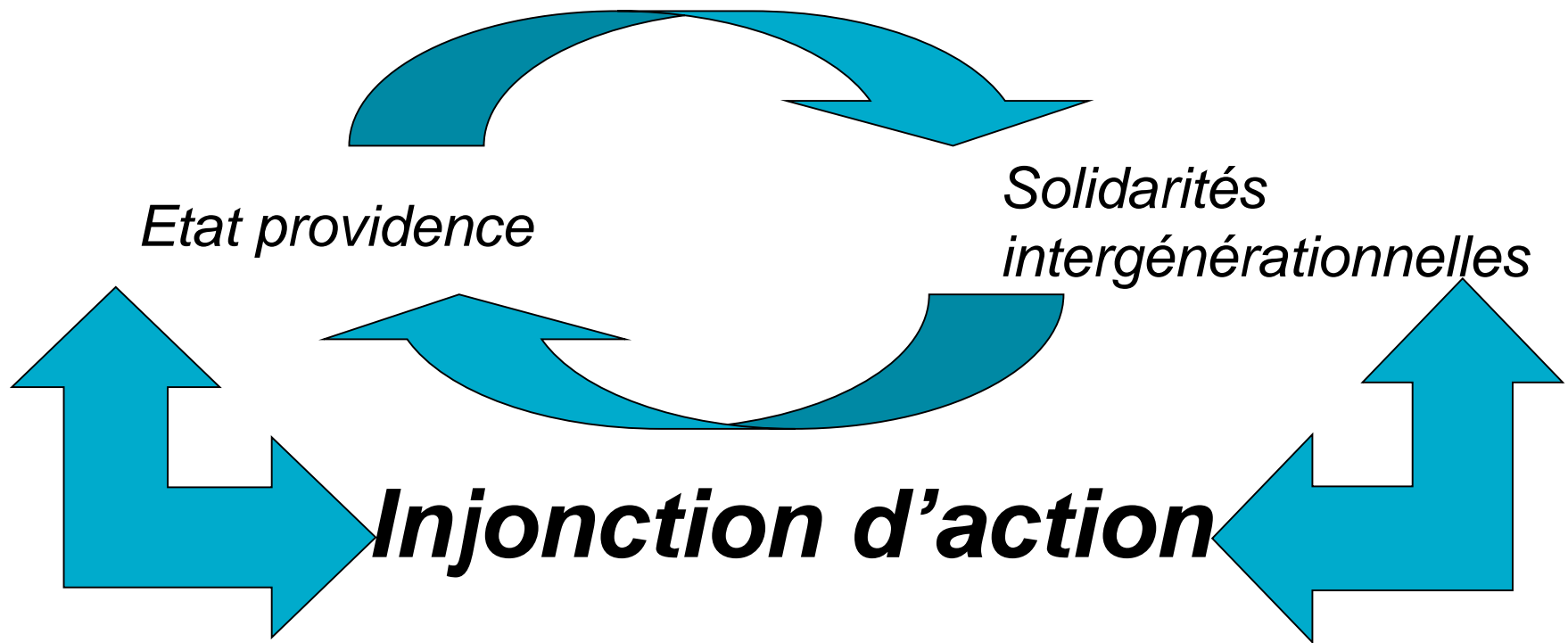
Source : CSDH, WHO, 2007.

Les déterminants de l'inégalité sociale

- *Déterminants structurels:*

- La gouvernance
- Les hiérarchies de formations et revenus
- Sexe et appartenance aux groupes socioculturels
- Accessibilité

Les déterminants de l'inégalité sociale



Les déterminants de l'inégalité sociale

- *Déterminants intermédiaires:*

- **Les conditions matérielles:**

- **17% des familles vivant sous le seuil de pauvreté ne peuvent chauffer suffisamment leur logement.**
- **21% des Belges vivent dans une habitation présentant de l'humidité, dont le toit fuit.**

- **Les conditions psychosociales:**

- **Stress, soutien, environnement familial, conditions de travail**

Les déterminants de l'inégalité sociale

• *Déterminants intermédiaires:*

• **Les comportements individuels:**

- **Comportements à risque et pauvreté**
- **Perception dans la hiérarchie sociale (Wilkinson, 2012), sentiment d'efficacité personnelle et santé**
- **Valorisation sociale et santé**

Actualité de la pauvreté au regard de la santé

• *Le non-recours:*

- 40% des ayants droit quel que soit le pays ou le programme
- 65% en moyenne en Belgique
- Causes :
 - Les décideurs (lourde réglementation)
 - Intervenants (accès conditionné)
 - Usagers (inconstance; refus de l'aide; mise en œuvre de moyens alternatifs)

Les invisibles:

- Les exclus du chômage
- Les jeunes
- Les étudiants
- Les travailleurs
- Les personnes âgées
- Les femmes
- Les migrants...

1) Indicateur des revenus – risque de pauvreté

= Revenu équivalent inférieur à 60 % de la valeur médiane nationale

➤ En 2016 : 1.115 € (personne isolée) 2.341 € (ménage avec 2 enfants)

⇒ **15,5%** de la population belge (2016)

⇒ Certains groupes sont plus à risque

- Enfants (**17,8% VS 15,3% 2006**), jeunes (**21,2%**)
- +65 ans (**15,4% VS 22,3% 2006**) – glissement risque social
- Enfants: Flandre (**1/8**) – Wallonie (**1/4**) – RBC (**4/10**)
- Personnes ayant un faible niveau de formation (**30,7%**) ou sans emploi (**45,7%**)
- Familles monoparentales (87% mères) (**41,4%**); Wallonie (**46%**)
- Personnes de nationalité extérieure à l'UE (**44,7%**)

2) Déprivation matérielle des enfants

= % des enfants ne disposant pas d'un certain nombre de biens et services ou qui n'est pas en mesure de participer à des activités considérées comme nécessaires, et ce, pour des raisons financières (18 items)

- Déprivation matérielle : pas d'accès à au moins 3 de ces 18 items. Chiffres 2014 :
 - ⇒ Wallonie: **27%** - Bruxelles: **34%** - Flandre: **11,4%**
 - ⇒ **86%** des enfants qui vivent en pauvreté récurrente sont atteints de déprivation matérielle (Annuaire 2012)

3) Intensité de travail

- Dans les ménages à très faible intensité de travail, les personnes actives ont travaillé en moyenne **moins d'1/5ème** de leur temps
 - ⇒ De 12,7% de la population belge en 2010 à **14,9%** en 2015
 - ⇒ **78%** des enfants dans un ménage sans emploi sont sous le seuil de pauvreté (Annuaire 2012)
 - ⇒ **47%** des enfants sous le seuil de pauvreté vivent dans un ménage sans emploi (Annuaire 2012)

4) Indicateur AROPE = « risque de pauvreté ou d'exclusion sociale »

= % de personnes qui rencontrent au moins un de ces problèmes:

1. Pauvreté monétaire

2. Déprivation matérielle sévère

3. Faible intensité de travail

⇒ **21,1%** de la population belge (soit 2 340 000)

⇒ Enfants : 530 000 (479 000 en 2006)

La terreur des chiffres: l'efficacité

Avant même la naissance...

- Facteurs de discrimination socio-économique **in utero**
- Alimentation inadéquate, infections et inflammations ou pollution de l'air
- Tabagisme
- Plus de stress lié à des problèmes économiques, sociaux et psychiques

=> conditions défavorables à la croissance intra-utérine

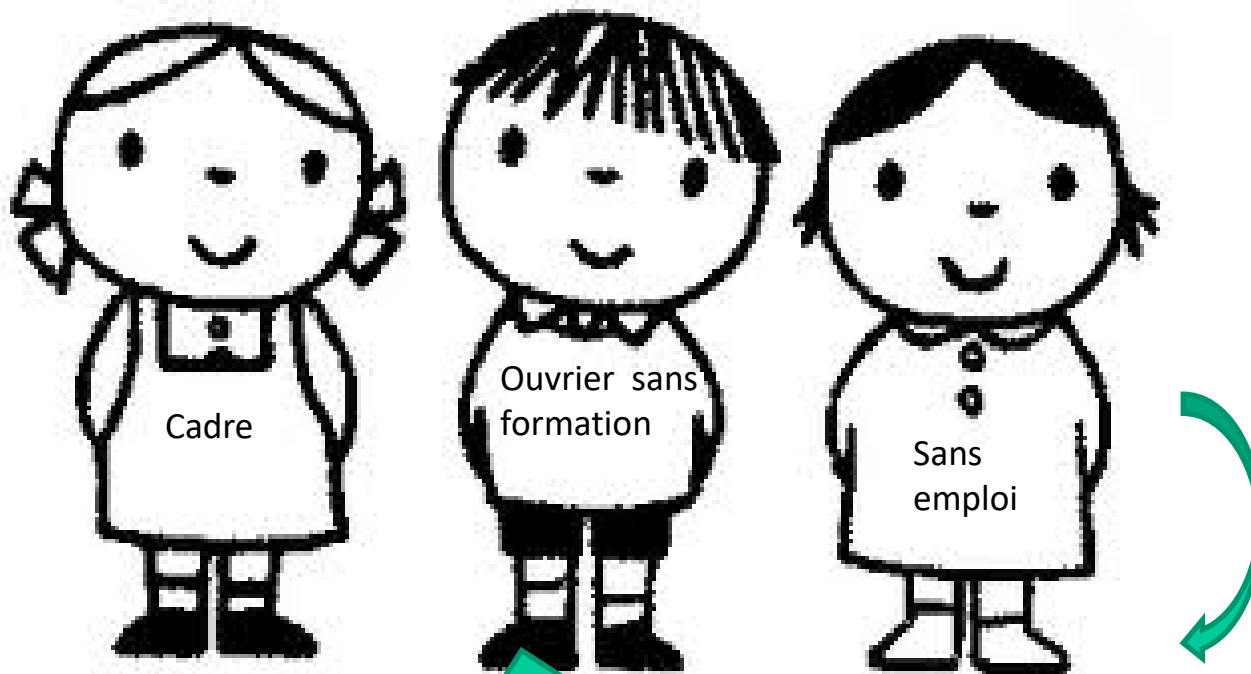
La terreur des chiffres: l'efficacité

Dès la naissance...

- Différences significatives qui stigmatisent les enfants à risque de pauvreté **dès la naissance**
 - Durée de grossesse plus courte ; poids plus faible et taille plus petite à la naissance
 - Retard langagier
 - **30 millions de mots en moins** entre les bas et les hauts niveaux socio-économiques vers l'âge de 3 ans ;
 - **retard de langage à 30 mois**: **40%** VS **15%** (en fonction du titre scolaire de la mère)

La terreur des chiffres: l'efficacité

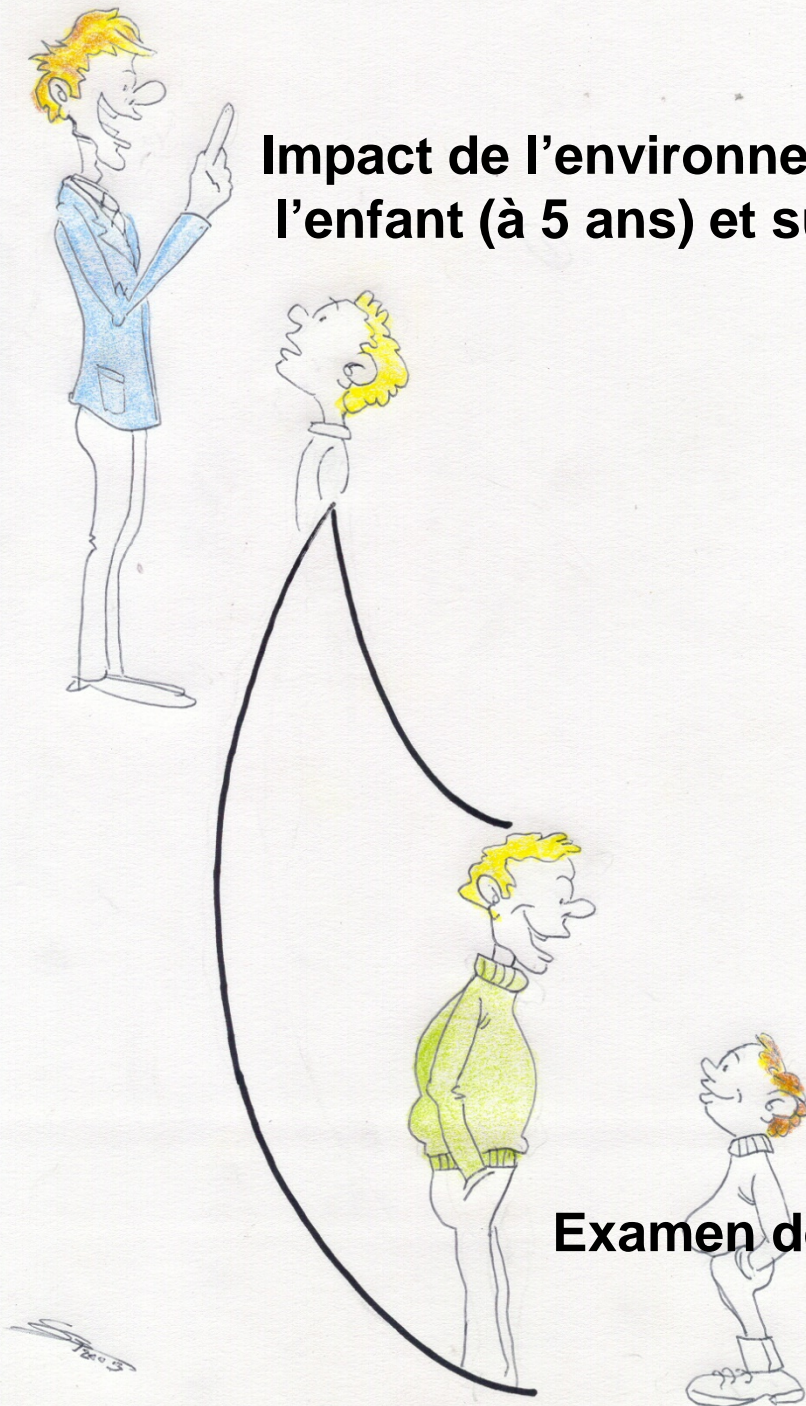
Reproduction des inégalités : l'origine sociale est déterminante



53 fois moins de chance :
- de devenir cadre
- d'obtenir un diplôme d'études supérieures

16 fois moins de chance :
- de devenir cadre
- de décrocher un emploi

Impact de l'environnement familial sur le développement de l'enfant (à 5 ans) et sur ses acquisitions scolaires (à 7 ans).

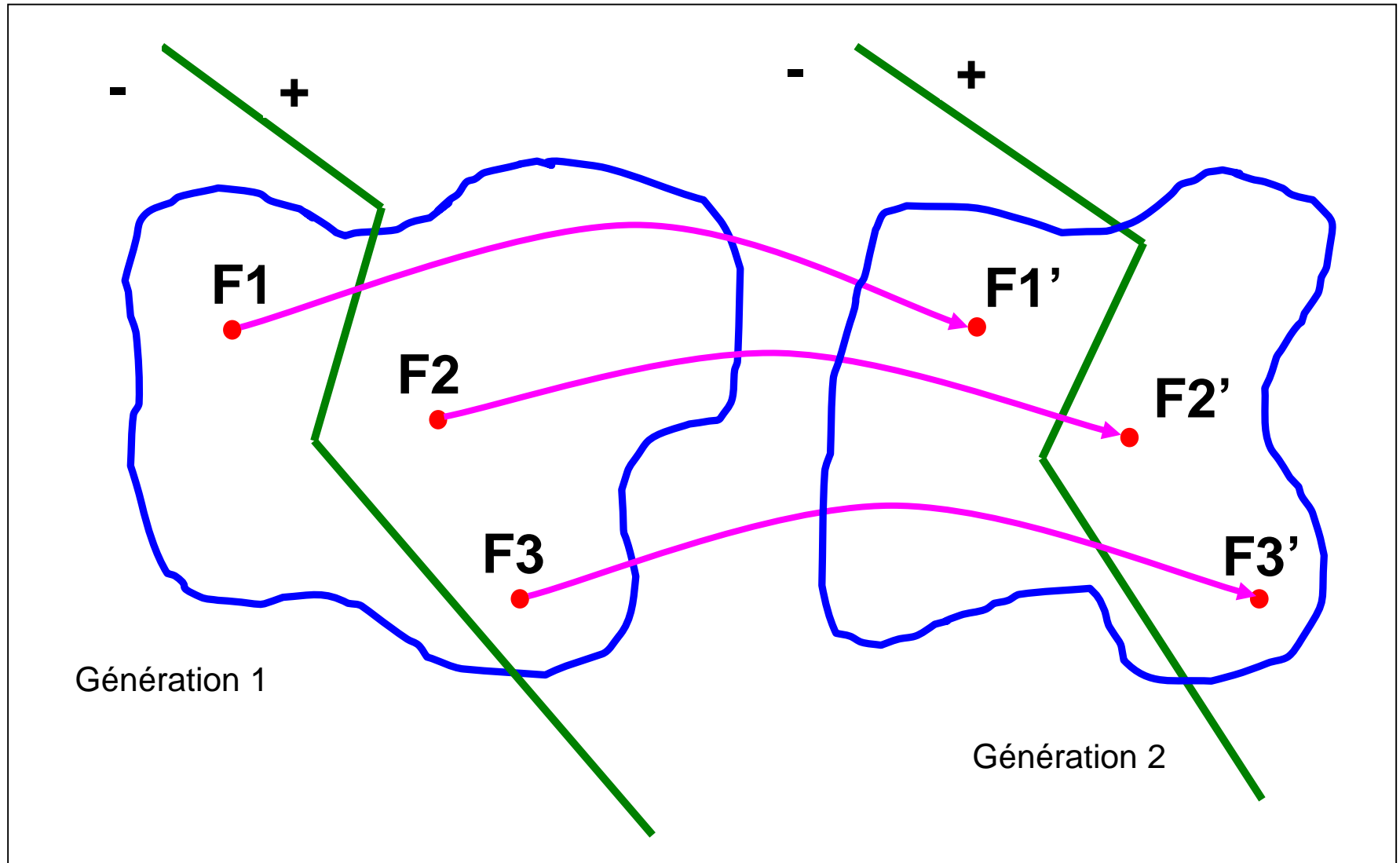


30 années plus tard

Examen de la transmission intergénérationnelle

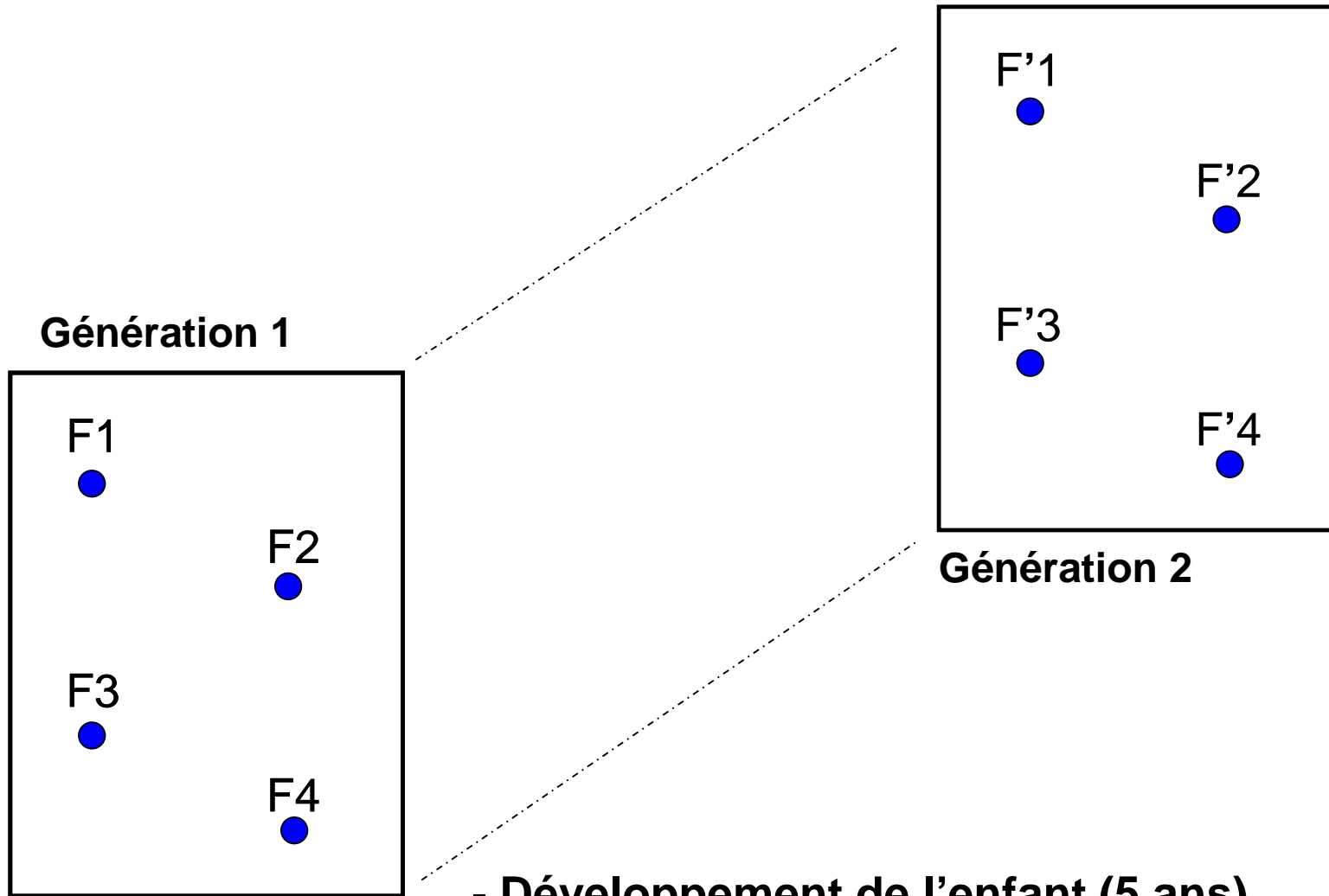


Capital psycho-socio-culturel



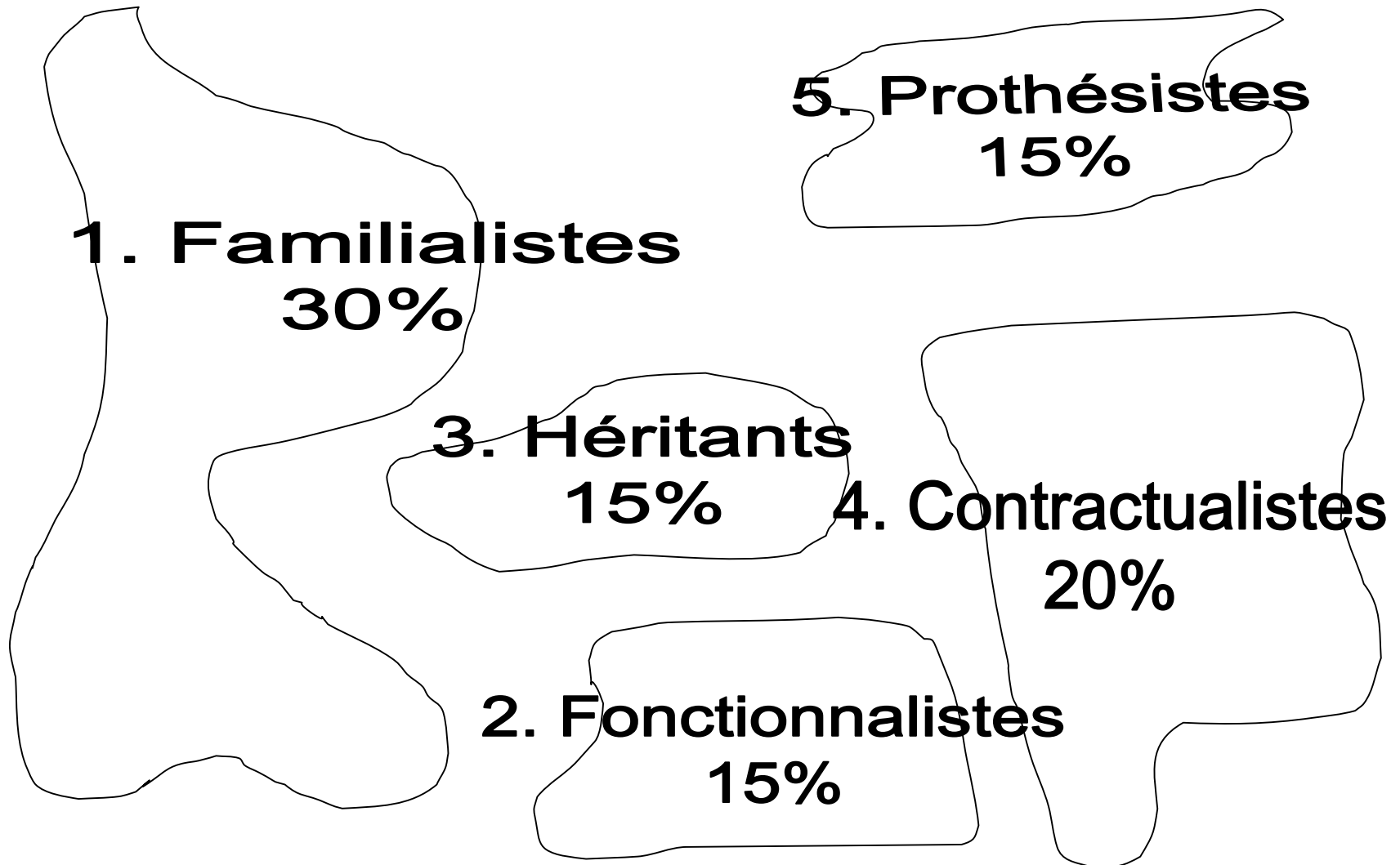
D'une génération à l'autre

Translation ou homothétie sociale



- Développement de l'enfant (5 ans)
- Acquisitions scolaires de l'enfant (7 ans)

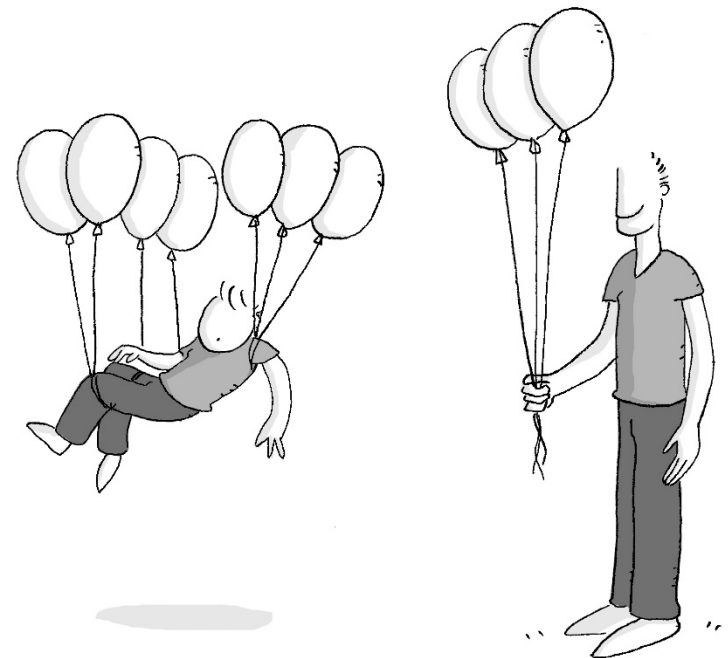
La diversité des logiques familiales



Les nouvelles formes de la parentalité

Contexte d'hyperparentalité:

- Parent hélicoptère
- Parent drone
- Parent curling



L'épreuve de l'effectivité

Transmission intergénérationnelle

- Vranken (2010) **73,9 %** des enfants à risque de pauvreté l'étaient les trois années précédentes (2004-2005-2006).
- **MAIS** : **52,7%** (2005-2006-2007).
 - Les pourcentages fluctuent en fonction des échelles temporelles
 - + Effet d'entropie : sur le long terme, on peut prédire ...
des surprises

L'épreuve de l'effectivité

La Prévention

- Cleveland et Krahinski (2003) : la société récupère **2 à 7 X** l'investissement dans le soutien des très jeunes enfants précarisés
- Les interventions qui ciblent les effets de la translation sociale ne suppriment pas les différences structurelles mais **réduisent significativement les écarts** (Lahaye, 2013)

L'épreuve de l'effectivité

- Nombre de bénéficiaires du Revenu d'Intégration sociale (RIS):
- **2016: 140.143 (+9,6% de 2015 à 2016 - +12,4% de 2014 à 2015)**

Belgique	RBC	Flandre	Wallonie
100%	27,5%	24,5%	48%

- Les 18-25 ans = **30.7 %** des bénéficiaires du RIS alors qu'ils composent seulement **10.7 %** de la population.
- Bénéficiaires du RIS et étudiants : **12.3 %**
- En 2014, **9,8 %** des jeunes âgés entre 18 et 24 ans ont quitté prématurément l'école en Belgique. C'est le cas de **7 %** de jeunes en Flandre, **12,9 %** en Wallonie et **14,4 %** à Bruxelles.

L'épreuve de l'effectivité

NEET (Not in Employment, Education or Training)

- NEET : **+/- 12 %** des jeunes de 15-24 ans.
- Les politiques exclusives de l'activation:
 - **32,5 % hors VDAB & OCMW**
 - **Une partie pas inscrite comme demandeur d'emploi**
 - **Une partie hors circuit**
 - **Approche Welfare VS Workfare**
- Les politiques d'accompagnement:
 - **75 % en formation – en emploi**

Quelle bonne politique d'accompagnement ?

L'efficacité du processus

Pauvreté infantile en Belgique



Ce que l'on en dit

Risques de pauvreté chez les enfants :

- Très faible intensité de travail de la famille
- Famille dont un parent est peu qualifié ou est né hors de l'UE-27
- Familles monoparentales
- Pauvreté de revenu des familles (endettement)

L'efficacité du processus

Pauvreté infantile en Belgique



Ce que l'on en fait

Enjeux majeurs :

- Politiques d'activation : l'accès à un emploi de qualité (même si avoir un emploi ne protège pas toujours de la pauvreté)
- Adoption de mesures visant à mieux aider les familles à risque (coûts que doivent supporter les familles tels que les coûts liés au logement, à l'éducation, aux soins de santé et à l'accueil des enfants)

L'efficacité du processus

Pauvreté infantile

- Indicateurs utilisés liés essentiellement au ménage ou à l'adulte (type de ménage, intensité de travail, revenu) ... indicateurs de déprivation
- Informations récoltées auprès des parents et ne prennent pas ou peu en considération le bien-être de l'enfant
- Différence et complémentarité entre **well-being** (environnement), **well-becoming** (développement), **well-networking**

L'efficacité du processus

Communauté germanophone

- Communauté protégée qui masque des difficultés et disparités Nord/Sud (Lahaye et Humbeeck, 2014)
 - Taux de chômage moyen 8 %, mais 11 % dans les communes du Nord
 - Le revenu médian est plus faible que celui de Wallonie et de Flandre
 - Désavantage : mobilité (Sud) VS logement (Nord)
 - Pauvreté urbaine (Nord) VS pauvreté rurale (Sud)
 - Concentration de 85 % des RIS germanophones dans des communes au Nord d'Eupen, de Raeren, Lontzen et Kelmis.

L'efficacité du processus

- Constat des banques alimentaires (Nord) : produits surgelés peu prisés par le public-cible (Sud)
- Conclusion : les populations précarisées du Sud qui viennent se fournir n'ont pas de congélateur
- Démarche proxémique : le déplacement implique 1h30 de transports en commun pour les populations du Sud

L'efficacité du processus

Pauvreté infantile et bonnes pratiques

- UMONS et UGENT (SPP IS) – 2017 : ex: la crèche parentale ou la participation active
 - Co-gestion parents-professionnels
 - Accessibilité (prix réduits)
 - Don de 3h./s d'activités avec les enfants
 - Groupe d'échange de pratiques en éducation familiale

L'efficacité du processus

Evaluation Viva For Life

- UMONS (à paraître) : ex: AMO (0-6 ans) ou l'inclusion des publics éloignés des services
 - Accrochage par la création d'un service spécifique (ex: atelier de psychomotricité, atelier langage, ...)
 - Flexibilité, disponibilité des services
 - Transversalité : d'un besoin à l'autre
 - Création de réseau (ONE, CPAS, PMS, le centre culturel, la ligue des familles)
 - Comité de parents

Conclusion

- Eviter le piège de la terreur des chiffres (efficacité) et l'évaluation instantanée
- Observer et mettre en valeur l'effectivité (diversité) et l'efficience (processus) de l'action
- Rapprocher la recherche et l'action sur des opérations longitudinales
- Rendre visibles les évaluations longitudinales de terrain

Accompagner au mieux en période périnatale

Précarité ... et bien naître

Samuel NDAME E.

BDMS - ONE

Samuel.ndame@one.be

www.one.be

Bruxelles, 14 novembre 2017



La précarité

C'est aussi une notion subjective et relative, puisqu'elle est définie par rapport à une « situation acceptable », au sein d'une société donnée.

La précarité est perçue et définie différemment ...

« [...] l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives[...] »
(Joseph Wresinski, 1987)

Les enfants dans un contexte de précarité

« Il n y a pas d'enfants pauvres,
Il n y a que des enfants de
familles pauvres »

R. Lister, Poverty, Cambridge, Policy Press, 2004

Les jeunes enfants ne peuvent être
la cause de leur précarité

Quelle que soit la façon dont les données statistiques sont
calculées et/ou présentées par les différents organismes,
l'on n a pas observé une diminution du nombre d'enfants
pauvres ou de familles pauvres »

*L. Maurin, V. Schneider 'Rapport sur les inégalités en France' ,
Paris, Observatoire des inégalités, 2015*



La précarité

PRECARITE = Nouvelle pauvreté
Travailleurs = Pauvres potentiels

Précarité > Nouvelle pauvreté > Pauvreté traditionnelle
(Processus)

1981

Rapport Oheix

1987

GRANDE PAUVRETE =
Nouvelle pauvreté + pauvreté traditionnelle

Rapport Wresinski

2000

TYPOLOGIE

TRADITIONNELLE - MARGINALE - DISQUALIFIANTE
Travailleurs pauvres/ salariés de la précarité

Serge Paugam (2005)

La précarité comme délitement des liens sociaux

VULNERABILITE

l'individu ne se situe plus dans un système d'interdépendance, de solidarité

Maryse Bresson (1987)

« MONTEE DES INCERTITUDES »

Nouvelle réalité sociale dominée par l'incertitude du lendemain : le travail ne donne plus à l'individu un statut assuré

Robert Castel (2003)

MUTATIONS SOCIALES

La précarité est une expression des mutations de la société industrielle.

Modification de notre rapport au monde.

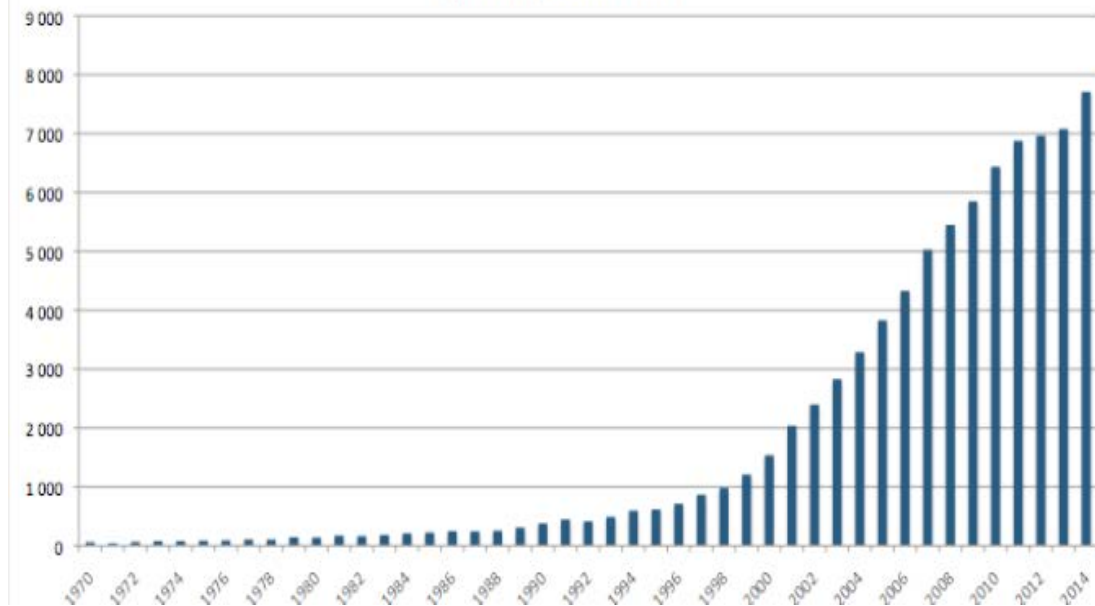
Klaus Kraemer (2011)

La vulnérabilité

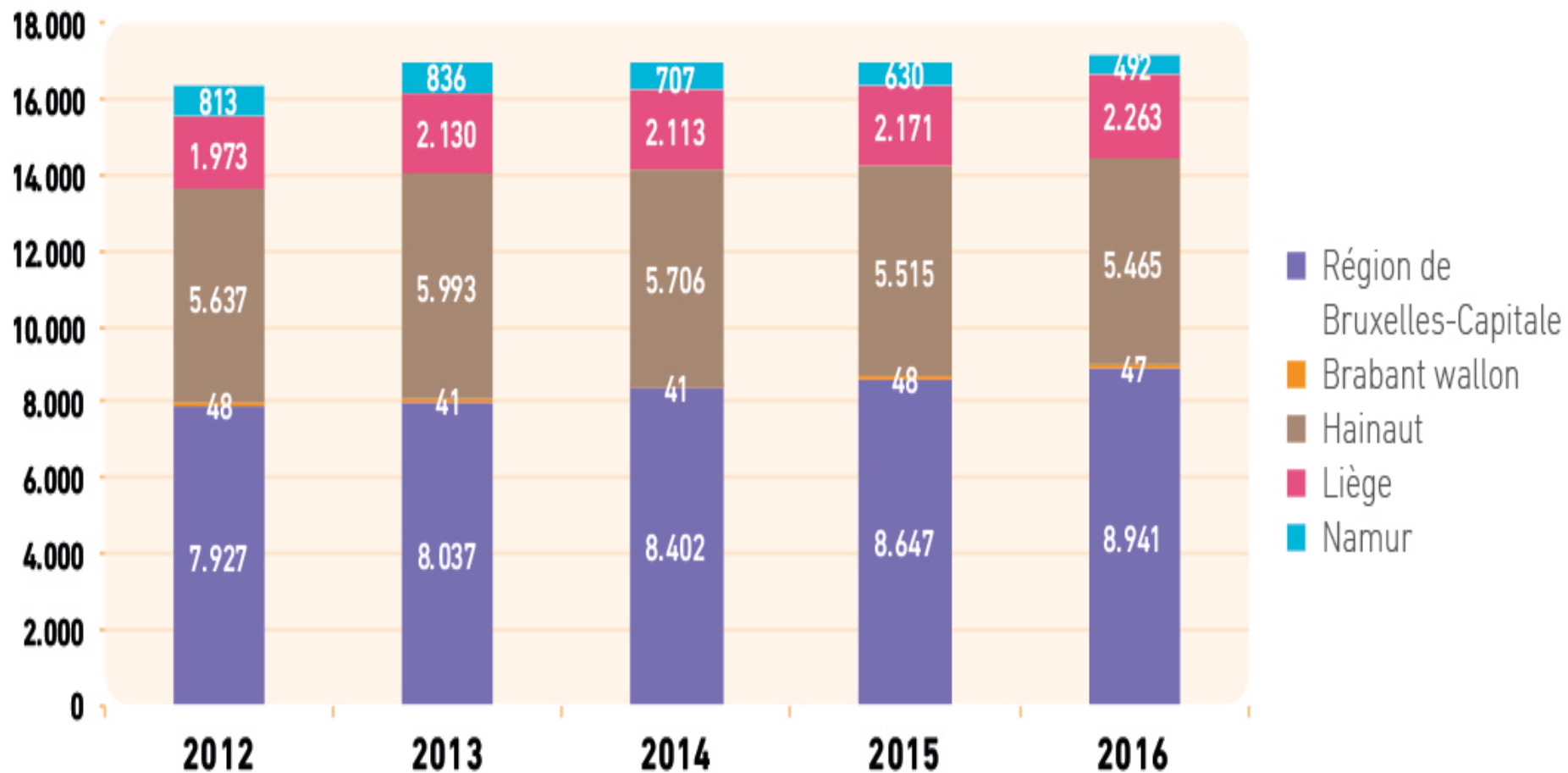
L'exposition à la vulnérabilité invite donc à développer des actions **le plus en amont possible** (agir sur les causes) , axées sur la prévention, et à agir sur l'**environnement**.

- Education et formation
- Lutte contre les discrimination
- Le logement (Propriété, loyers abusifs, délais d'attente, équité des baux)
- Difficulté d'accès aux soins
- Surexposition aux conduites à risque et dangereuses
- Fragilisation de la santé physique et mentale
- Politiques de l'emploi
- Insertion
- Sédentarité
- Violences conjugales
- Etc.

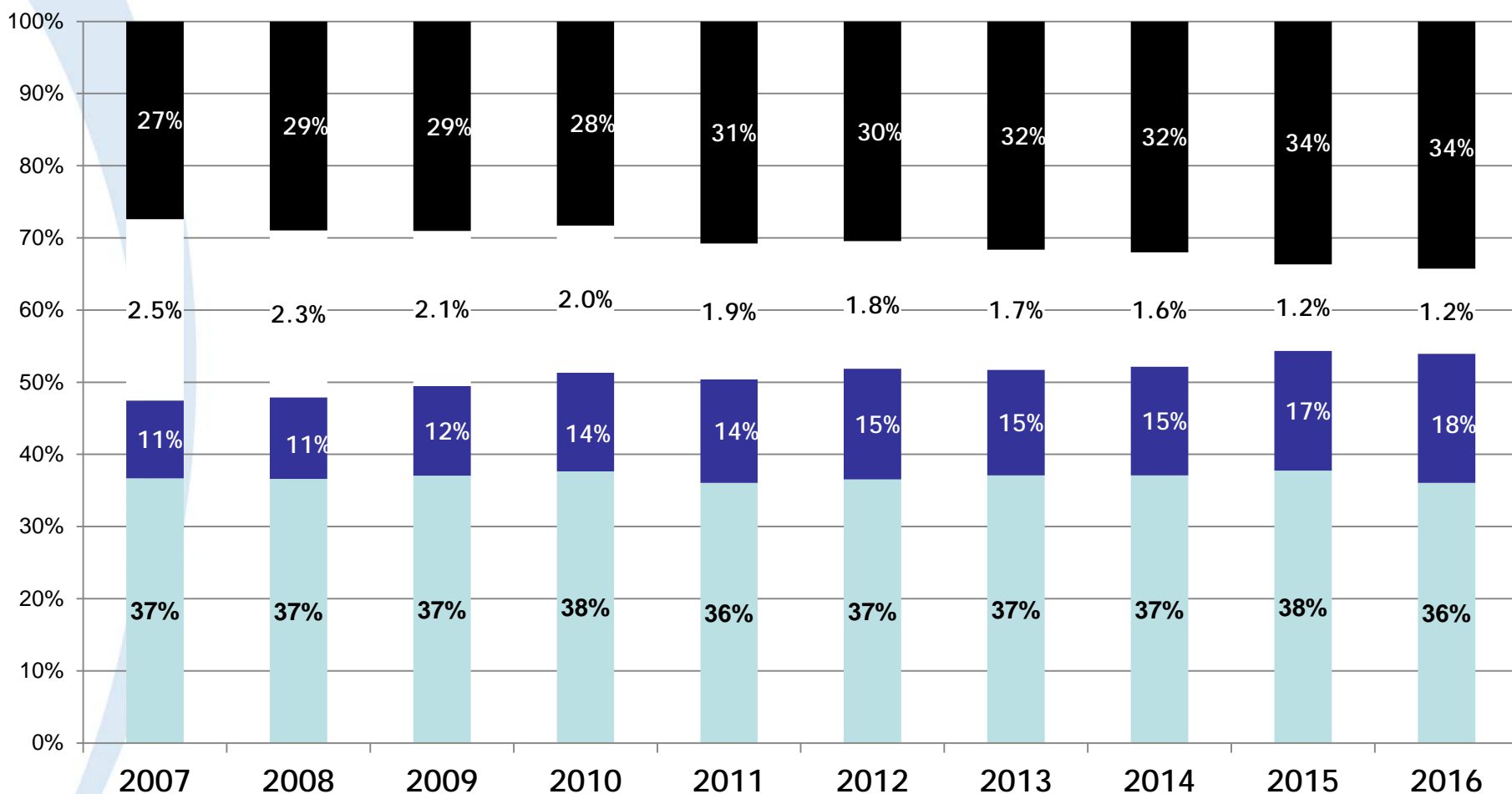
Nombre d'occurrences du terme "vulnérabilité" dans Google scholar par an, 1970-2013



Quelles conséquences sur la grossesse ?



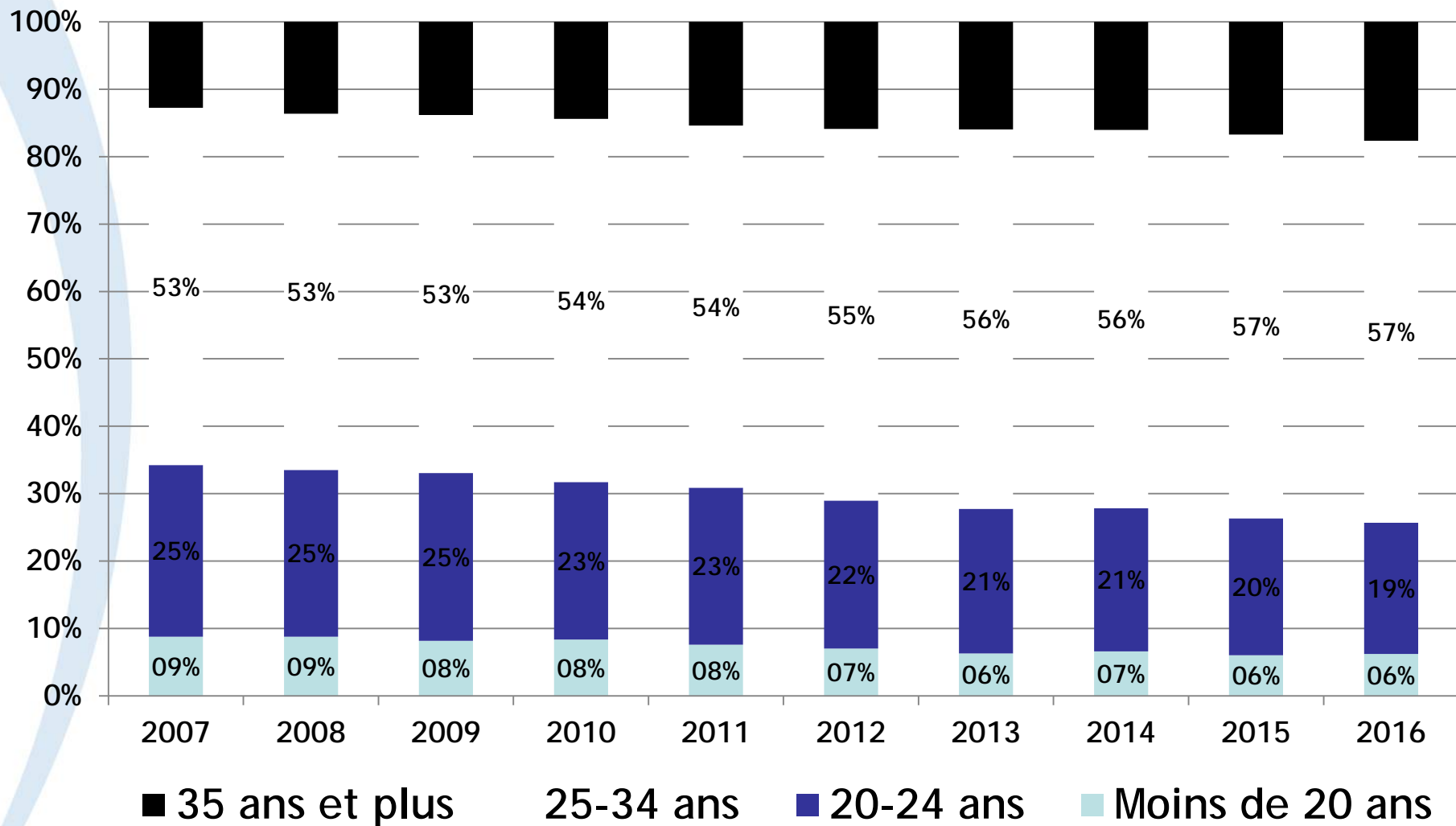
Le niveau de ressources durant la grossesse



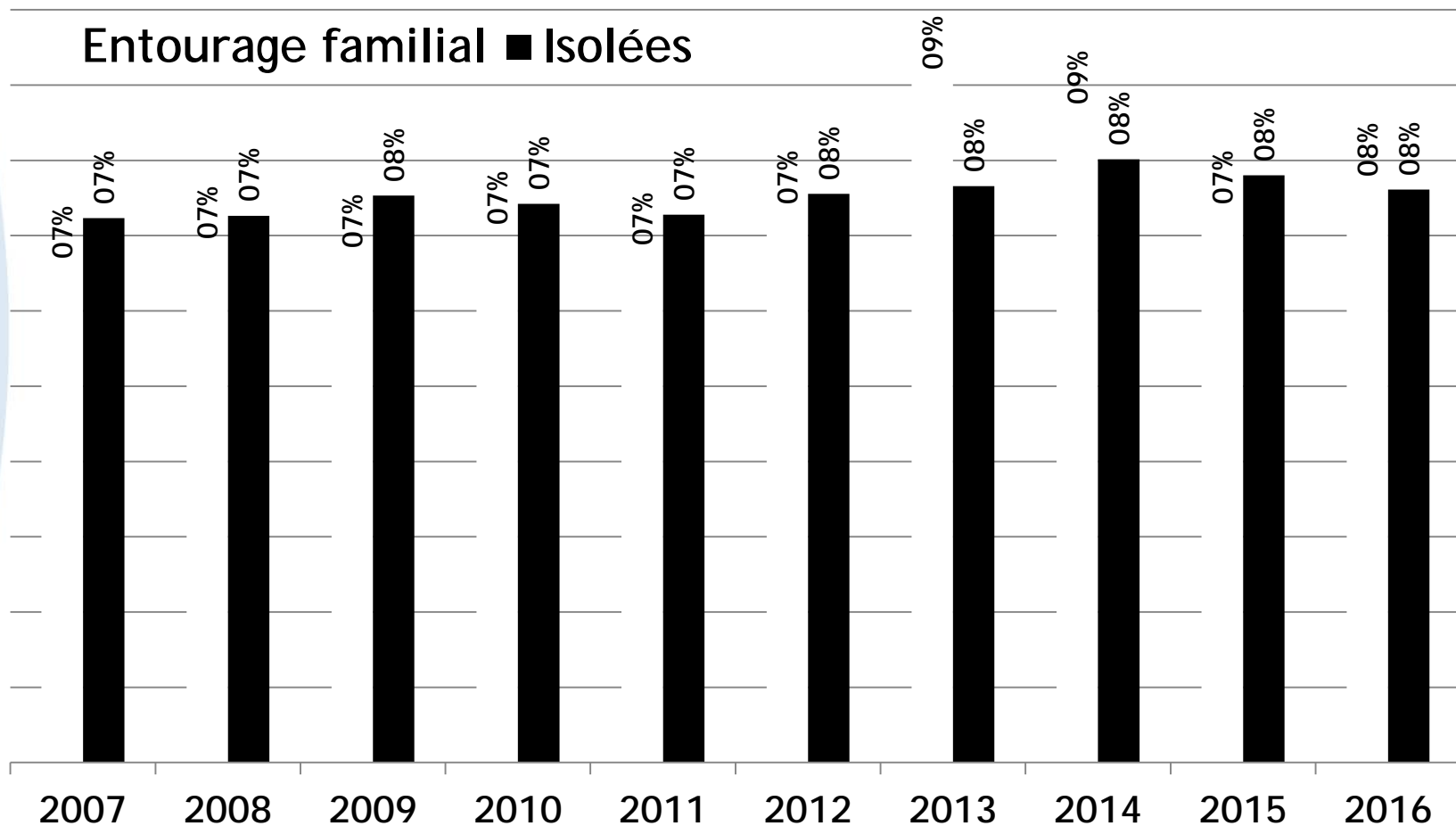
■ Sans ressource, femme au foyer, Etudiante
 ■ RIS, Aides sociales, Mutuelle

■ Chômage
 ■ Revenu d'emploi

Les catégories d'âge des femmes enceintes suivies

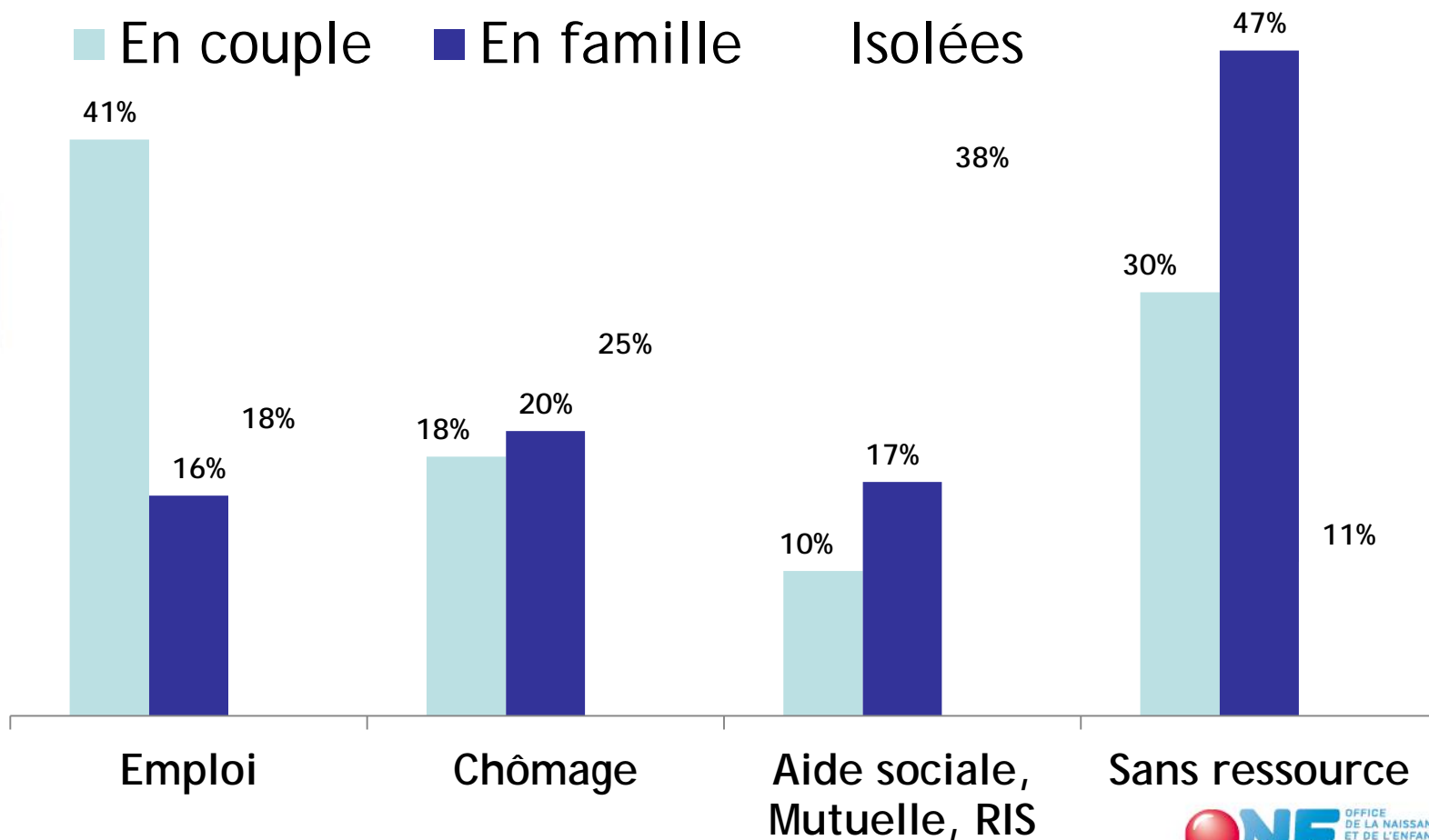


Isolement des femmes enceintes suivies

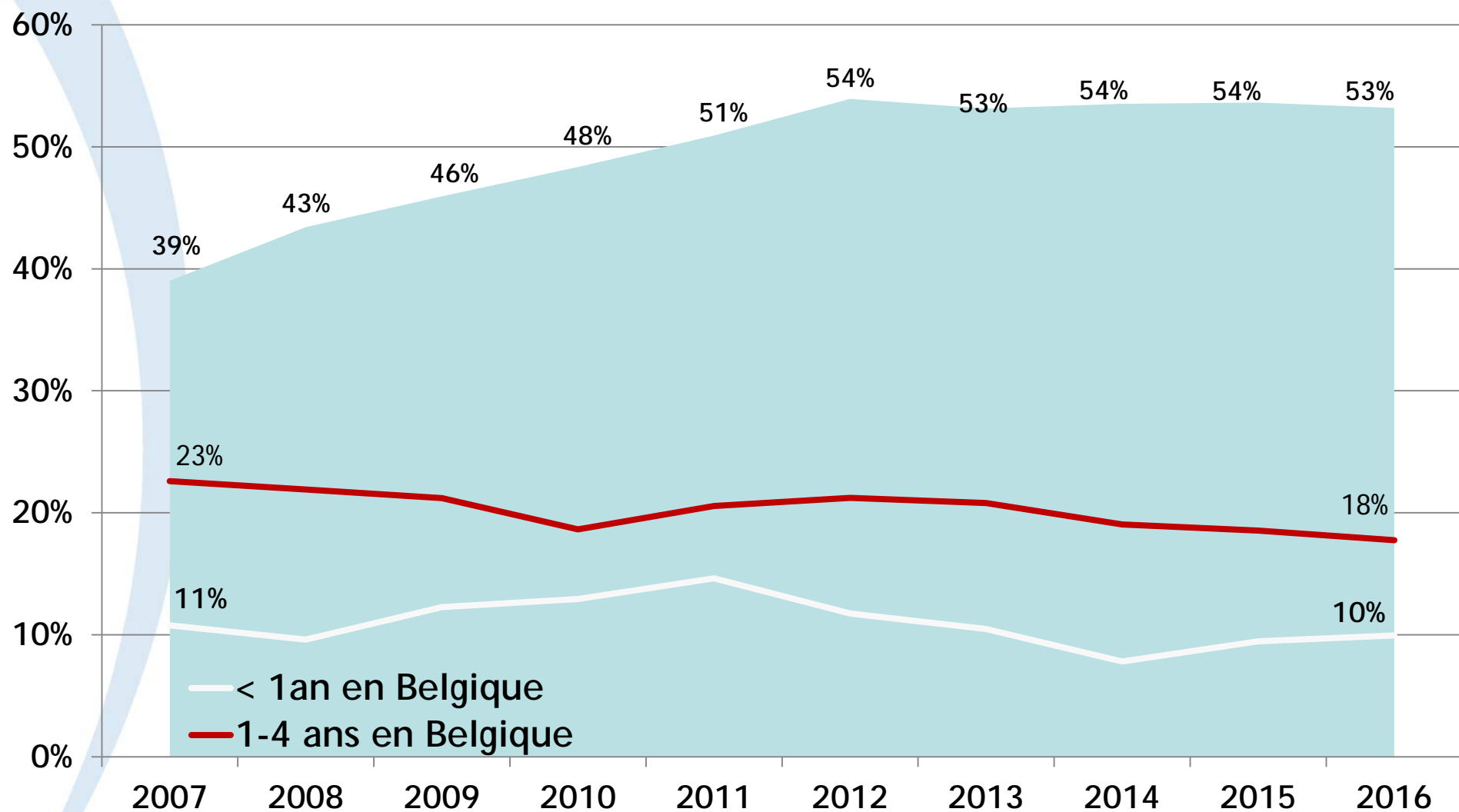


Implantations des structures de suivi de la grossesse

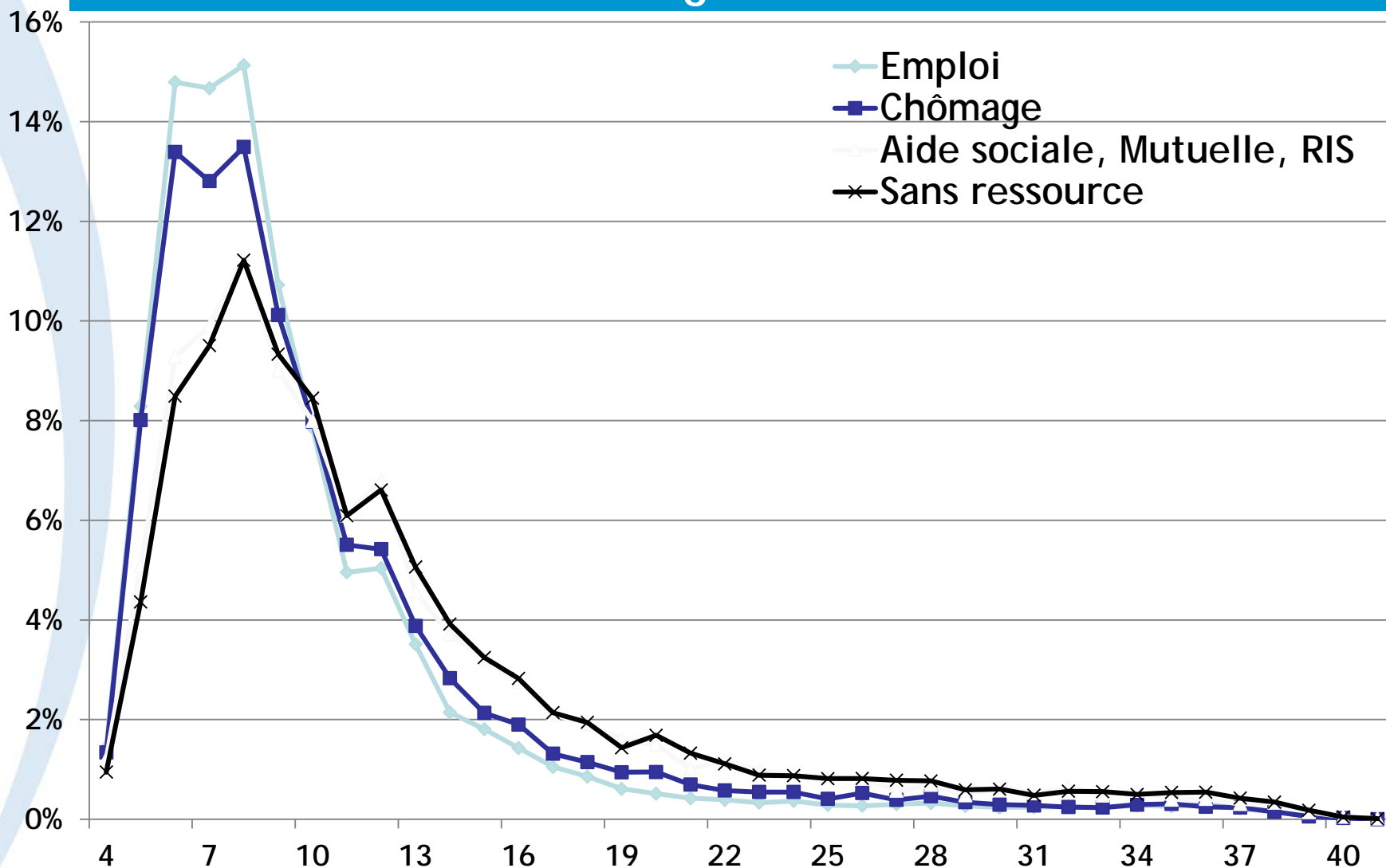
La précarité relationnelle est un état d'instabilité des relations, entre individus, au sein de la société, qui peut se traduire par un appauvrissement des interactions sociales, voire par l'isolement social.



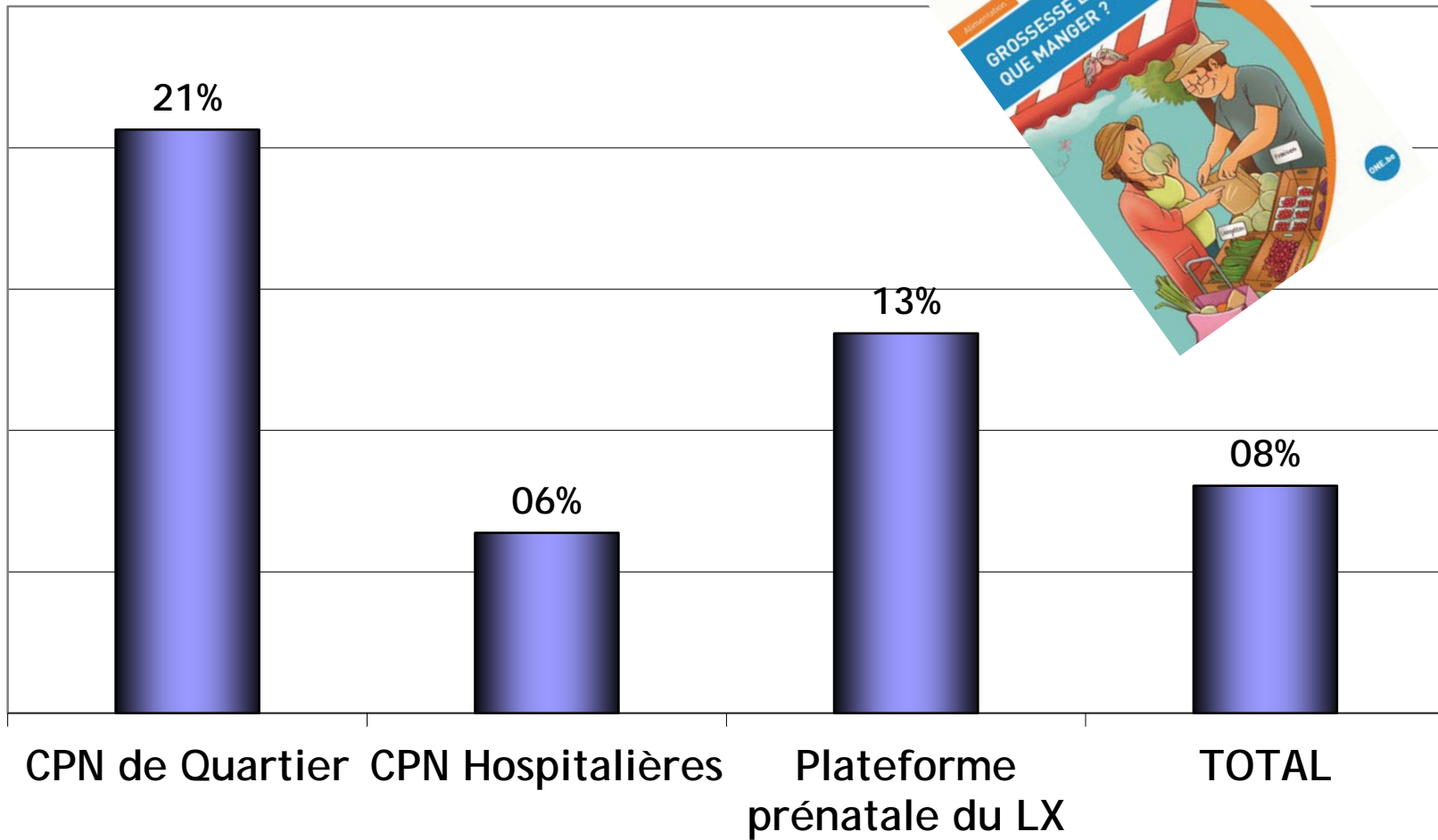
Femmes enceintes d'origine étrangère



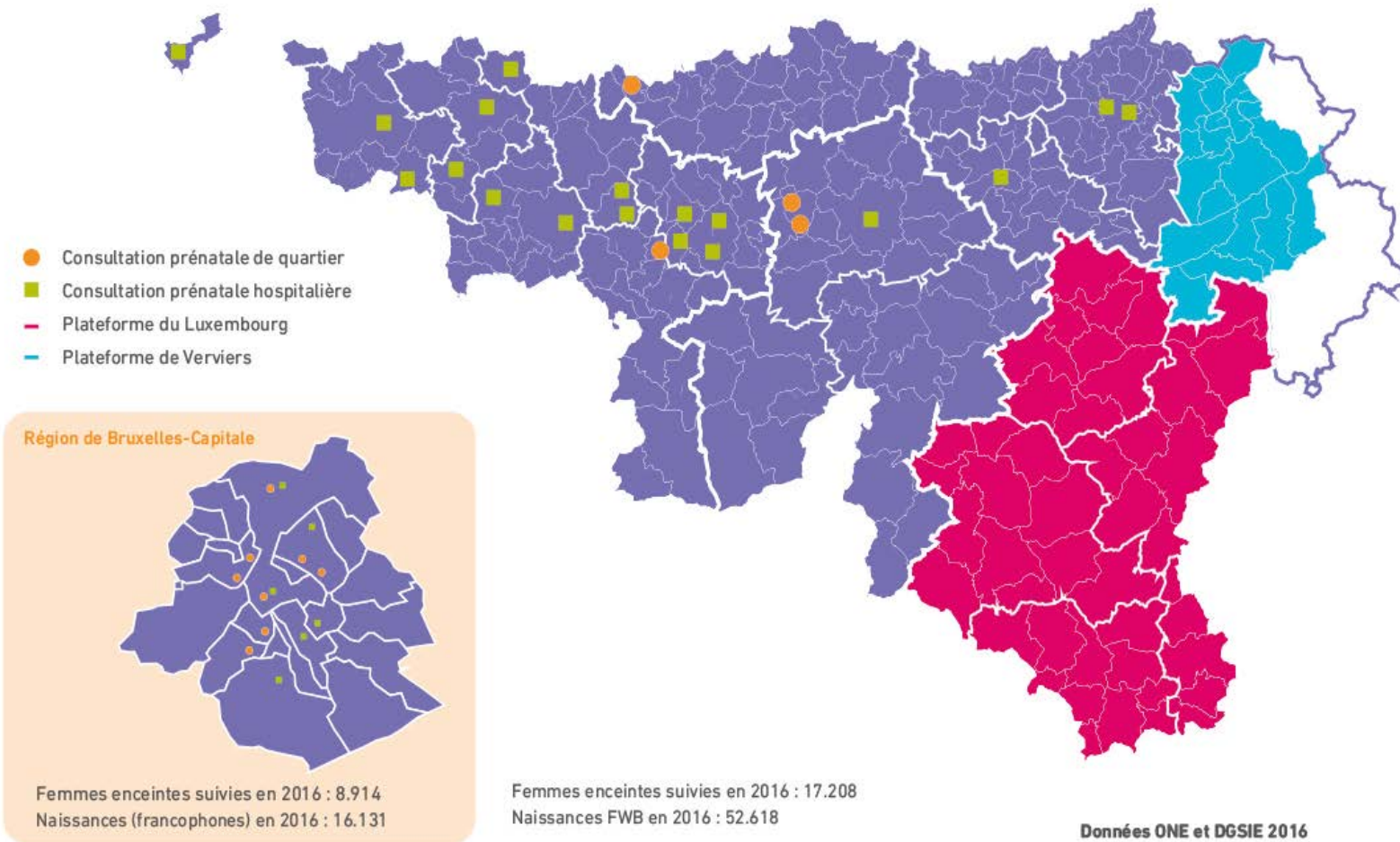
Précocité du suivi de la grossesse



Part de femmes non assurées suivies



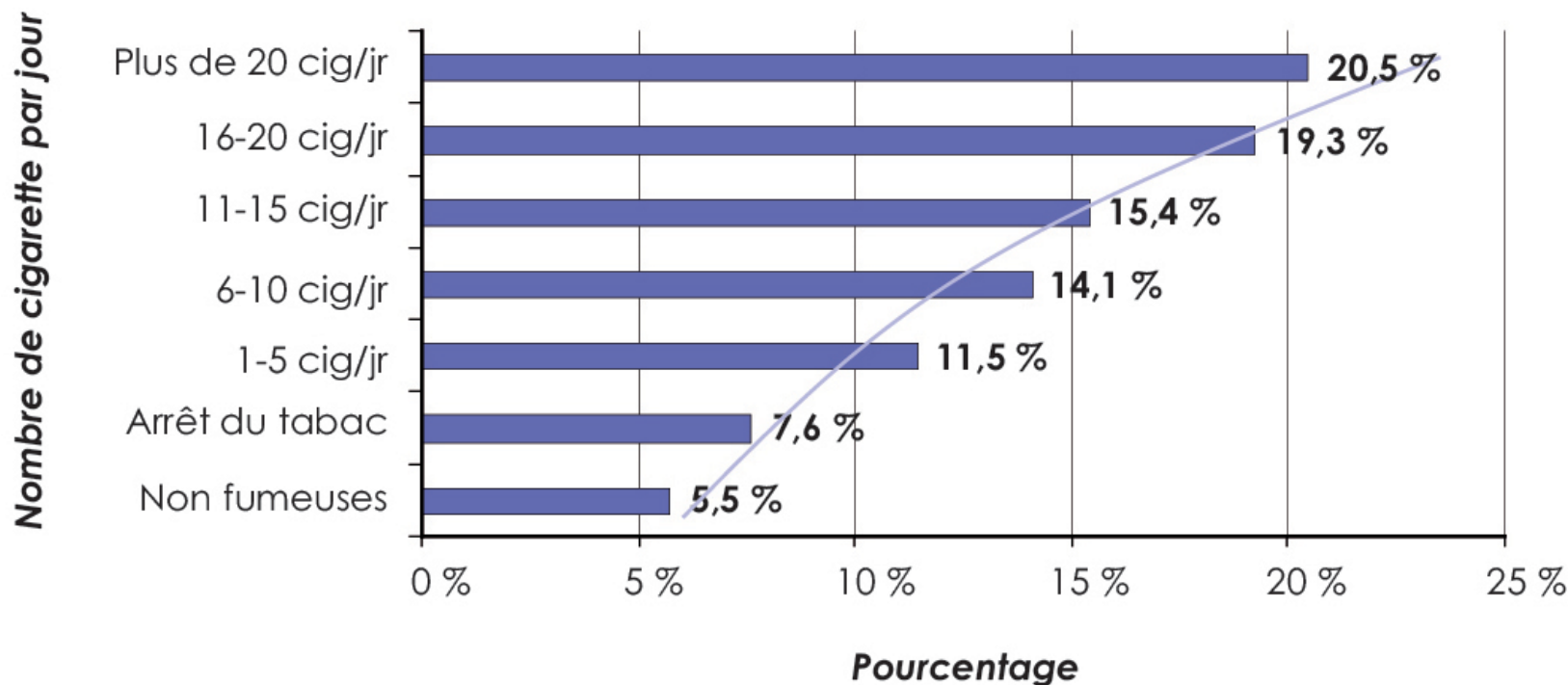
Implantations des structures de suivi de la grossesse



Les habitudes tabagiques et assuétudes

Figure 1.06 :

Relation entre le tabagisme de la femme enceinte et la proportion d'enfants avec un faible poids à la naissance (Poids de naissance inférieur à 2500 grammes)

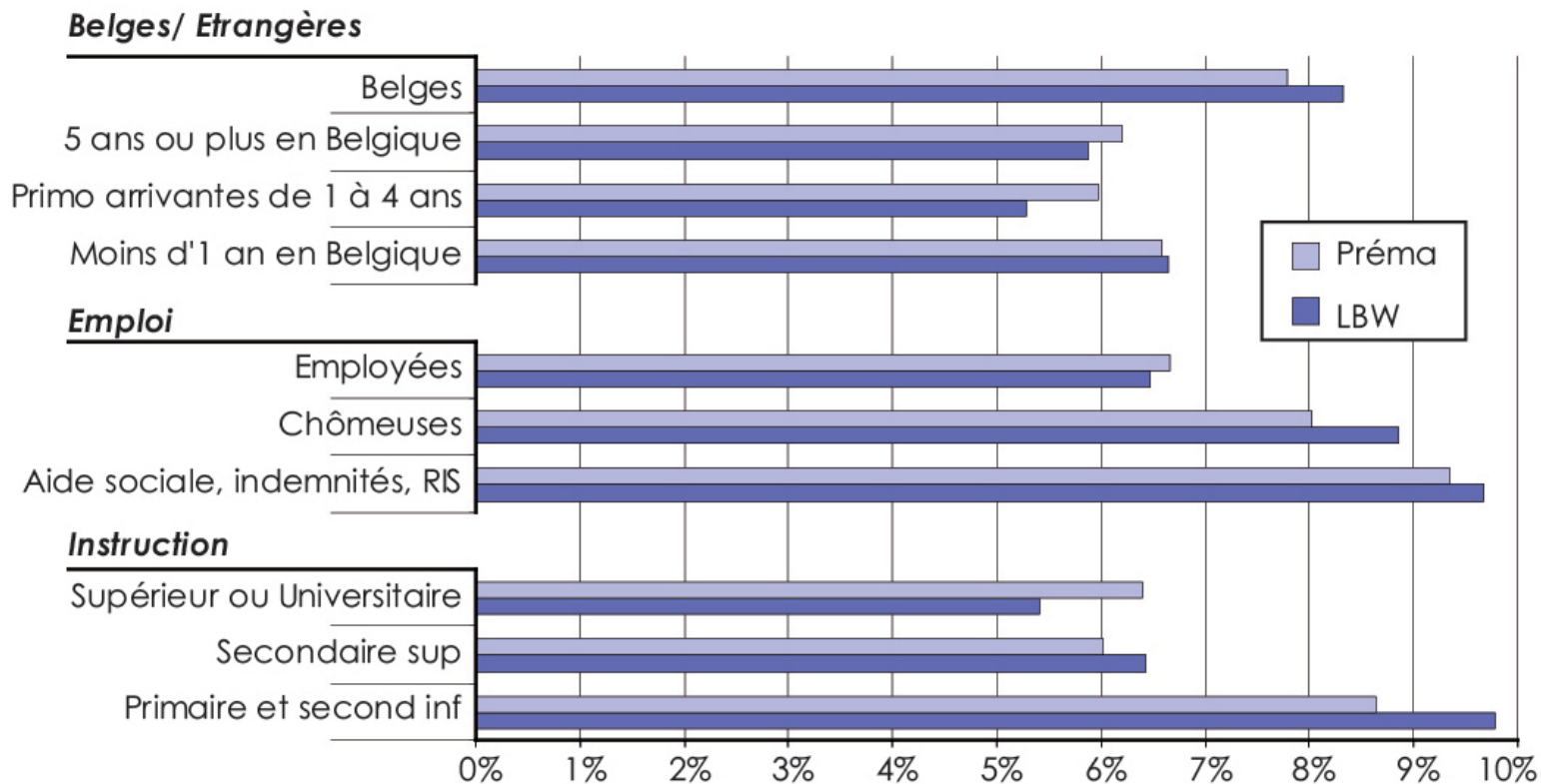


Source : Données « volet prénatal » BDMS-ONE cumul 2006-2009

	1-5 cig	6-10 cig	11-15 cig	16-20 cig	Plus de 20 cig
Arrêt	23,5%	14,2%	8,3%	7,8%	5,2%

Le reflet des inégalités

La prématurité et le faible poids à la naissance selon l'origine, la situation d'emploi et le niveau d'éducation



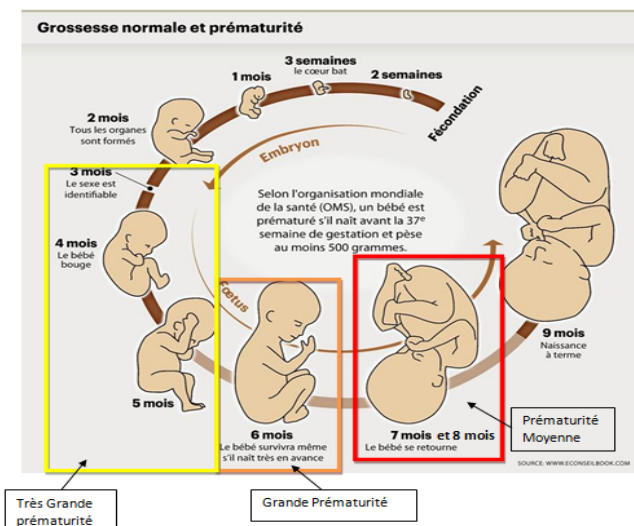
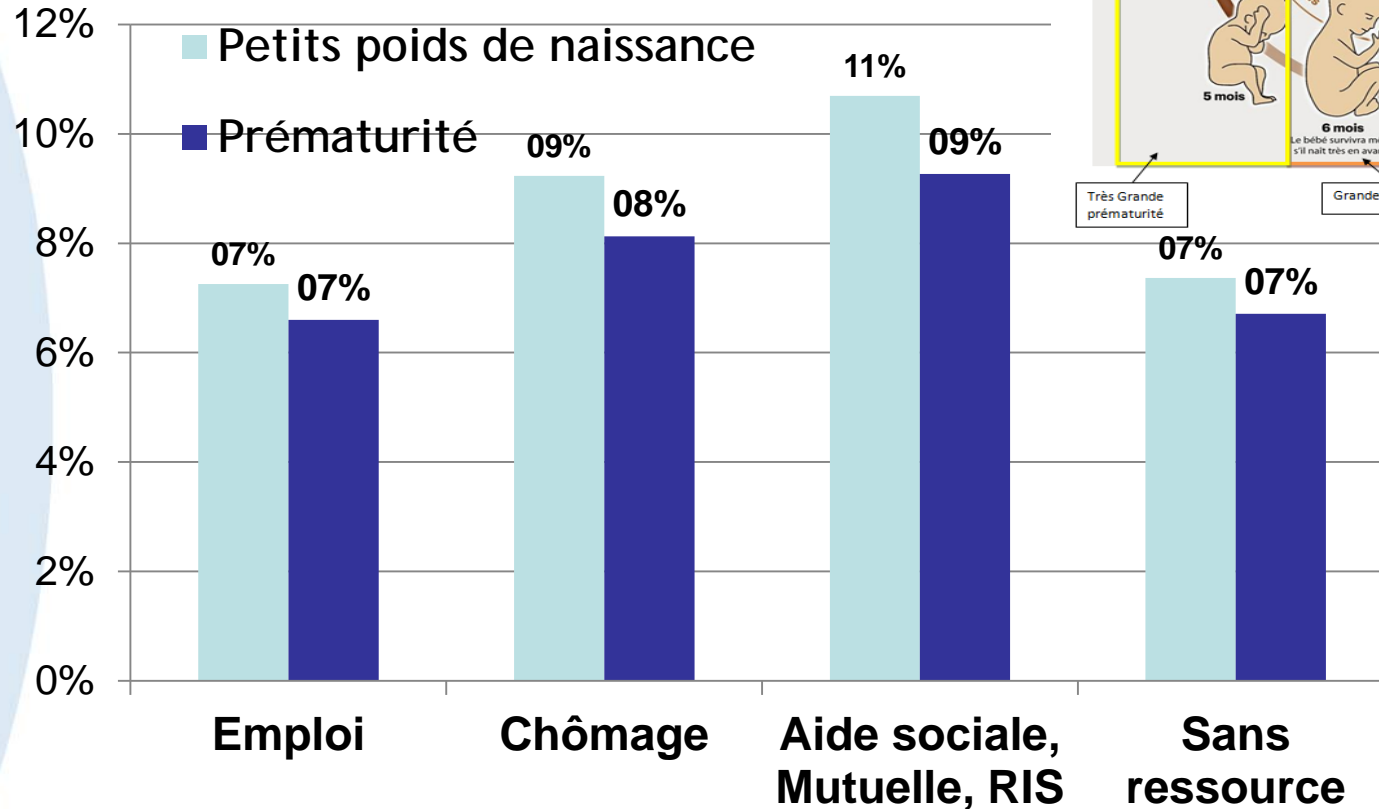
Préma : enfants nés prématurément

LBW (low birth weight) enfants nés avec moins de 2500g

RIS: Revenu d'Intégration Sociale

Source : « volet prénatal » BDMS-ONE 2006-2009

Les issues obstétricales



**Effets bénéfiques des programmes d'accompagnement psychomédico-sociaux
Impact de la précocité et de la régularité des interventions
et effets protecteurs chez certaines populations ?**

Van Dijk et al. The impact of Prenatal Care Coordination on birth outcomes. J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. 2010;40(1):98-108

Räisänen S, Gissler M, Sankilampi U, Saari J, Kramer MR, Heinonen S. Contribution of socioeconomic status to the risk of small for gestational age infants - a live births in Finland. International Journal for Equity in health. 2013;(12)1-8.

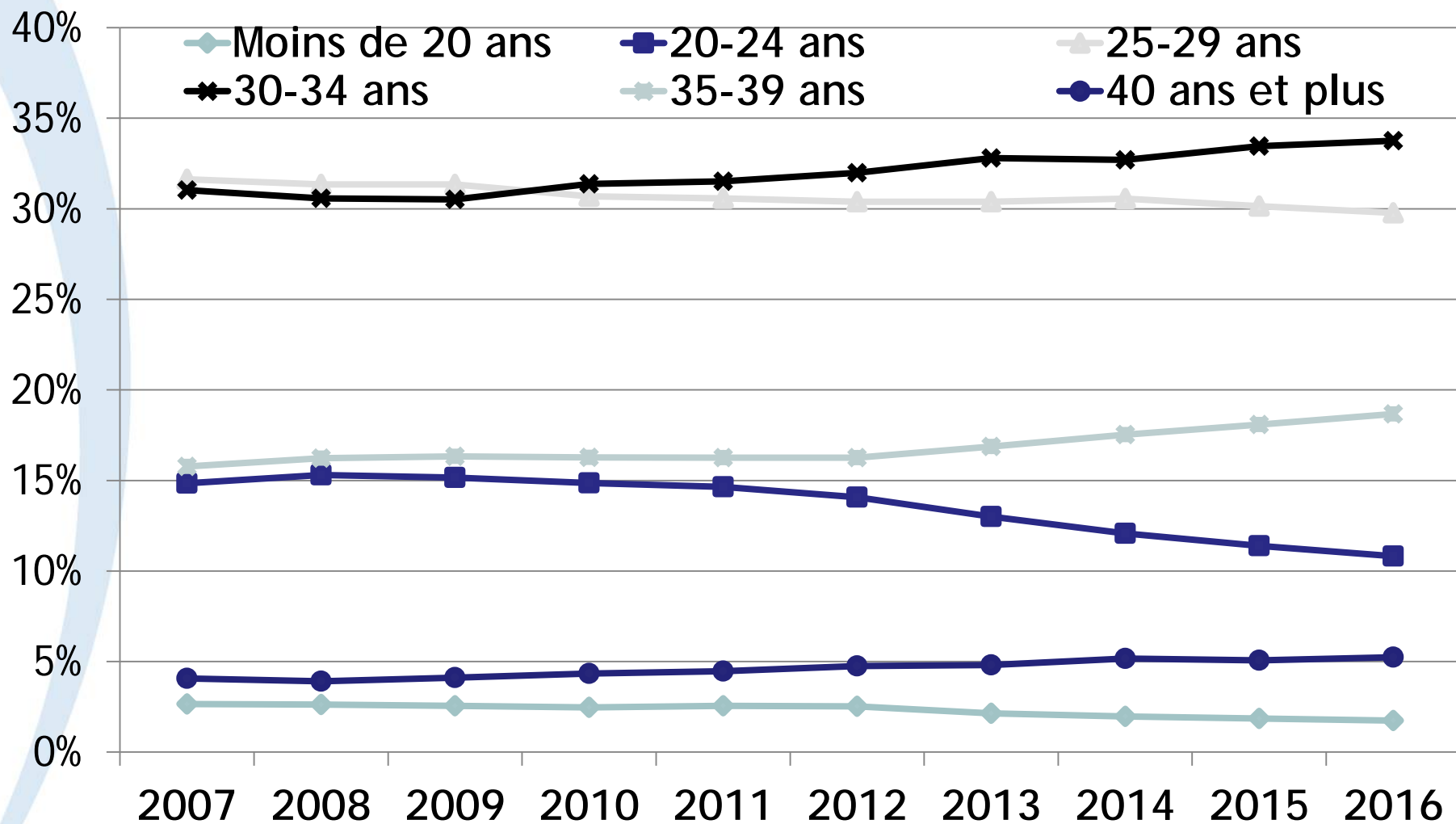
DISCUSSION

- **Une diversification des situations**
 - culturelle, langue, sociale, us, etc.
 - > Démultiplication d'outils
- **Précarisation :**
 - Fragilité administrative (mobilité, sorties précoces de la maternité, etc.)
 - Revenus sous le seuil de risque de pauvreté;
 - Allocations faibles devant les prix des loyers
 - Niveaux de formation ou d'instruction insuffisants
- **La migration et composition sociale des quartiers**
- **Accessibilité aux soins**
 - Absence de suivi, discontinuité ou suivi tardif et/ou non maîtrisé
- **Soutien aux familles (Isolement, ...)**
- **Violences intrafamiliales**
- **Santé mentale**
- **Réseau / Partenariat/ Actions en synergies**

Les IVG - Rapport bisannuel CNE loi du 30 avril 1990

- Nombre d'IVG en 2011 : 19578
- Age
 - Entre 10 et 52 ans
 - Moyenne de 27,3 ans
 - Moins de 20 ans : 13,6%
- Profil :
 - Célibataires surtout
 - Pas d'enfant pour 46,7% d'entre-elles; 14% ont 3 enfants ou plus
 - Bruxelles (4500) > Anvers (3000) > Hainaut (2500) > Liège (2000)
- Centres de planning familial
 - 81% des IVG
- Situations évoquées
 - Enfant non souhaité (18%); jeune (11%); vieille (11%); ...

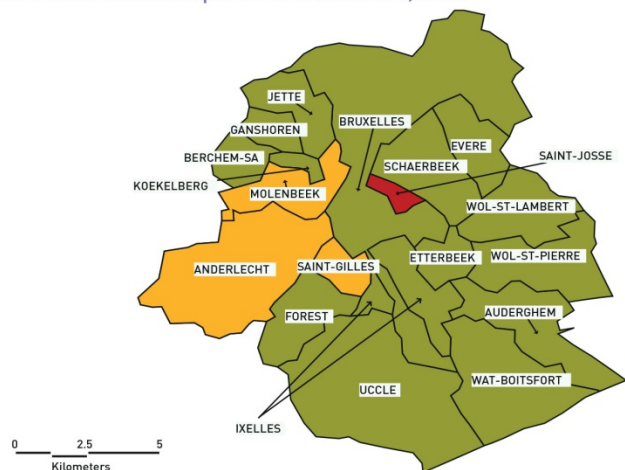
Recul marqué de l'âge de la mère à l'accouchement



A l'accouchement : Résidence des mères < 20 ans

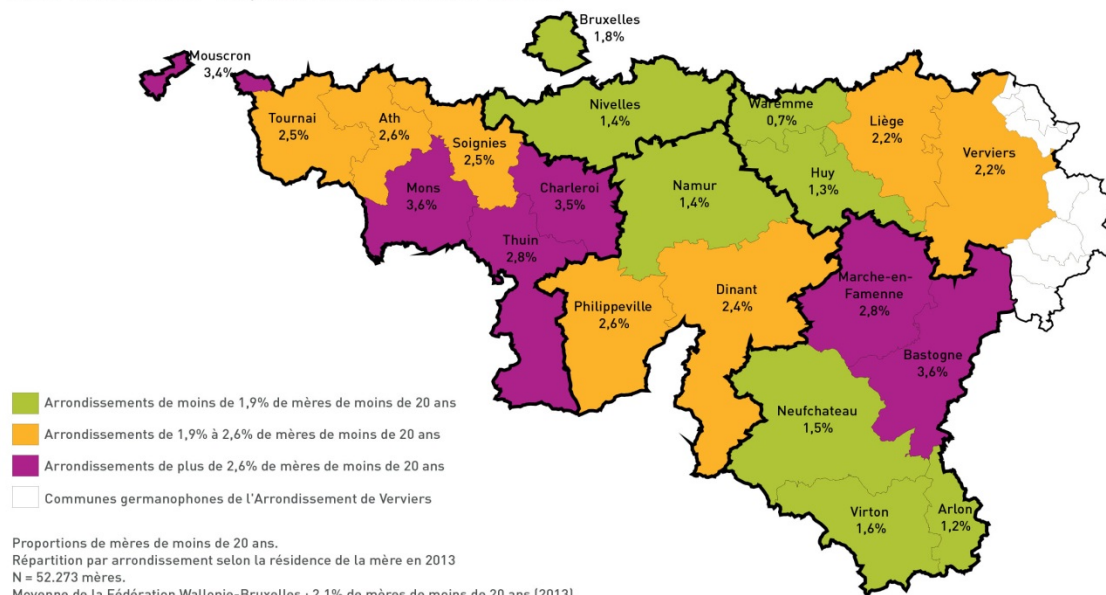
Cartographie 3.3 :

Répartition des mères de moins de 20 ans par arrondissement, 2013

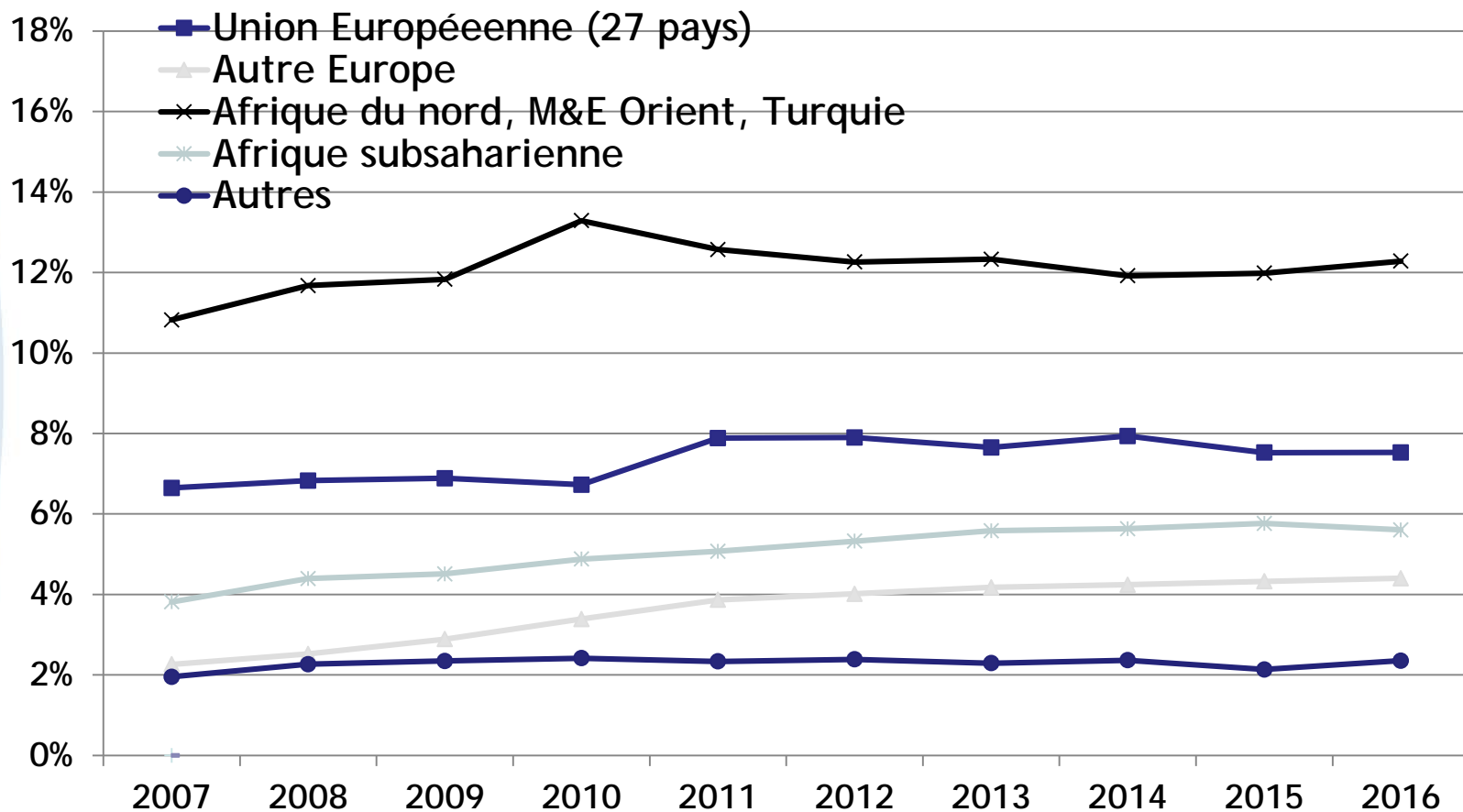


REPARTITION PAR ARRONDISSEMENT DE LA FEDERATION WALLONIE-BRUXELLES DES MERES DE MOINS DE 20 ANS

Source "avis de naissance" - Banque de données médico-sociales - ONE 2013



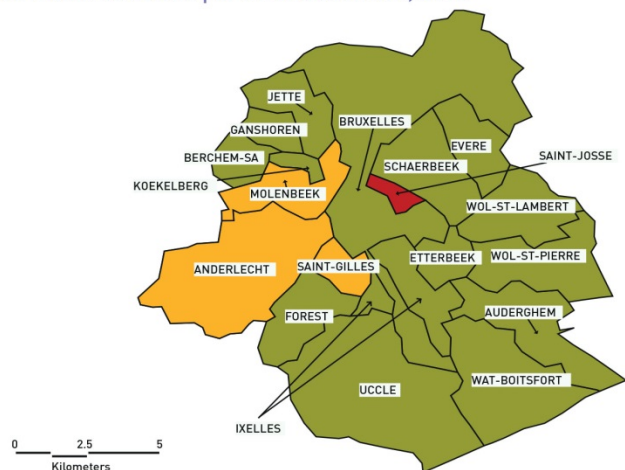
Isolement en FWB



A l'accouchement : Résidence des mères < 20 ans

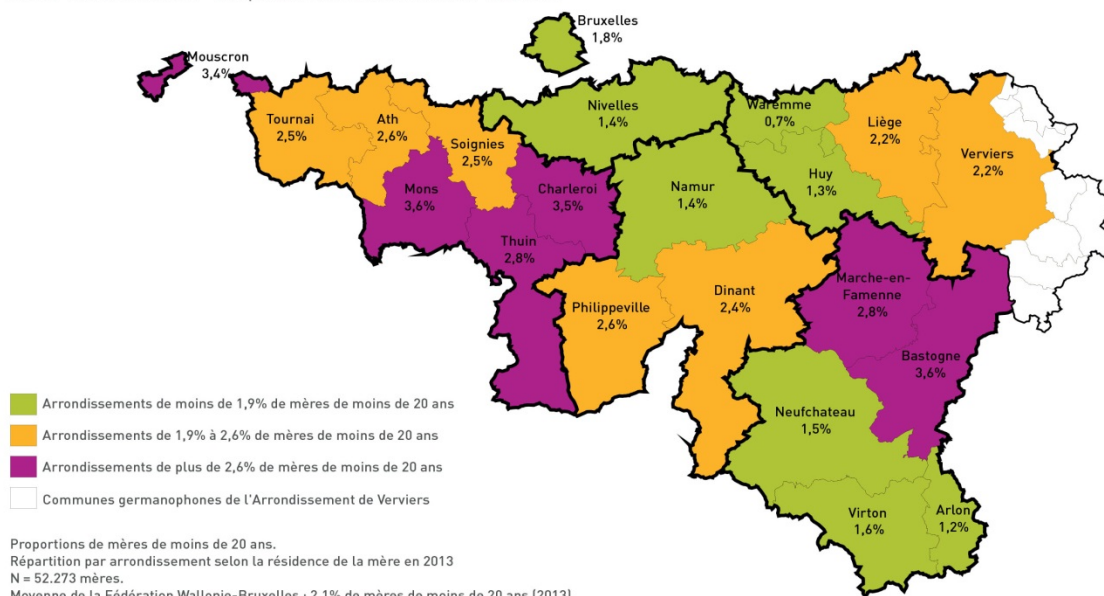
Cartographie 3.3 :

Répartition des mères de moins de 20 ans par arrondissement, 2013

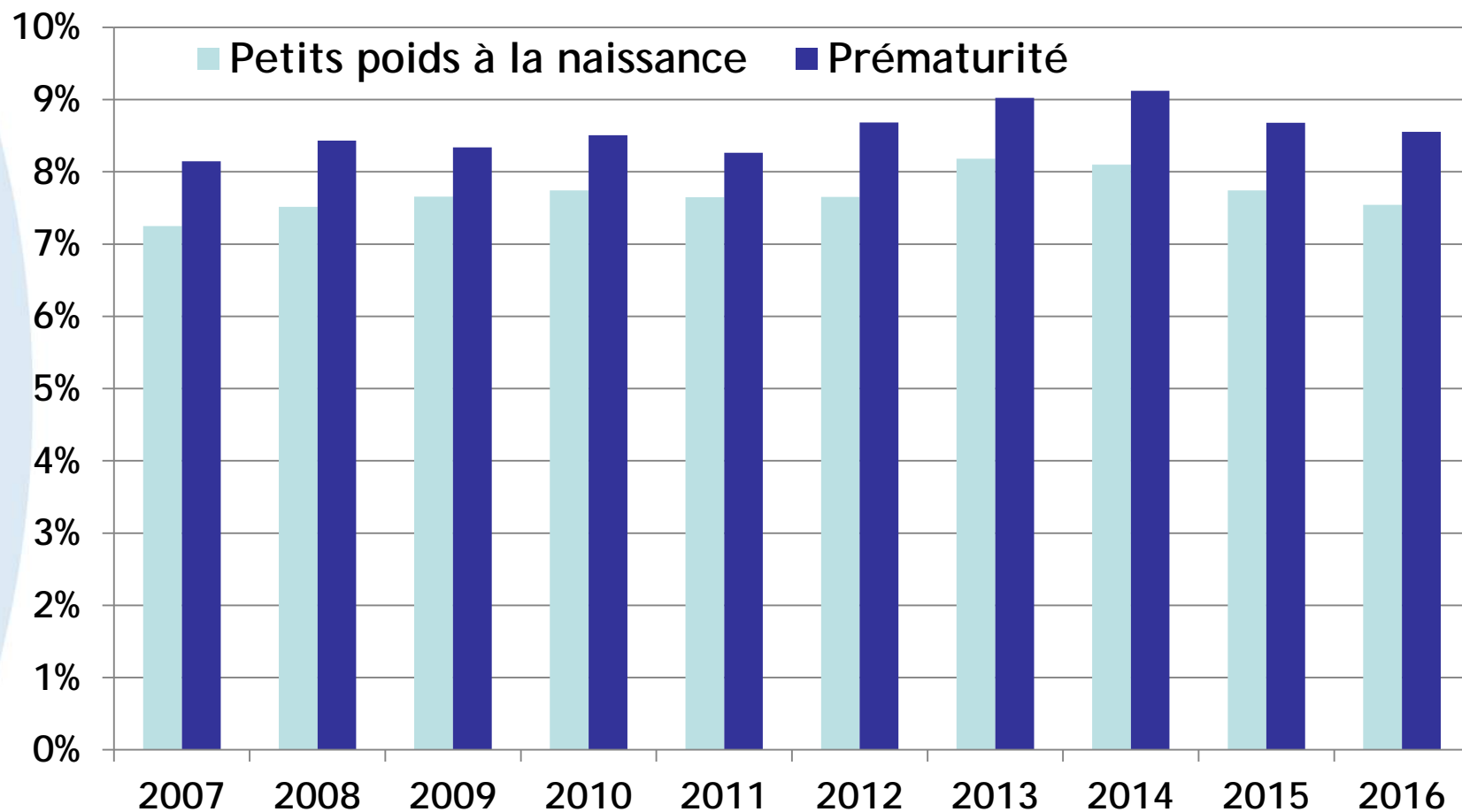


REPARTITION PAR ARRONDISSEMENT DE LA FEDERATION WALLONIE-BRUXELLES DES MERES DE MOINS DE 20 ANS

Source "avis de naissance" - Banque de données médico-sociales - ONE 2013



Les issues obstétricales



Données « avis de naissance »

Recul continu de l'âge des mères : âge médian approche les 31 ans.
Isolement toujours marqué : problématique des grandes zones urbaines surtout

La prématurité (8,7%) et les petits poids (8,2%) ont atteint des niveaux maximums de ces dernières années.

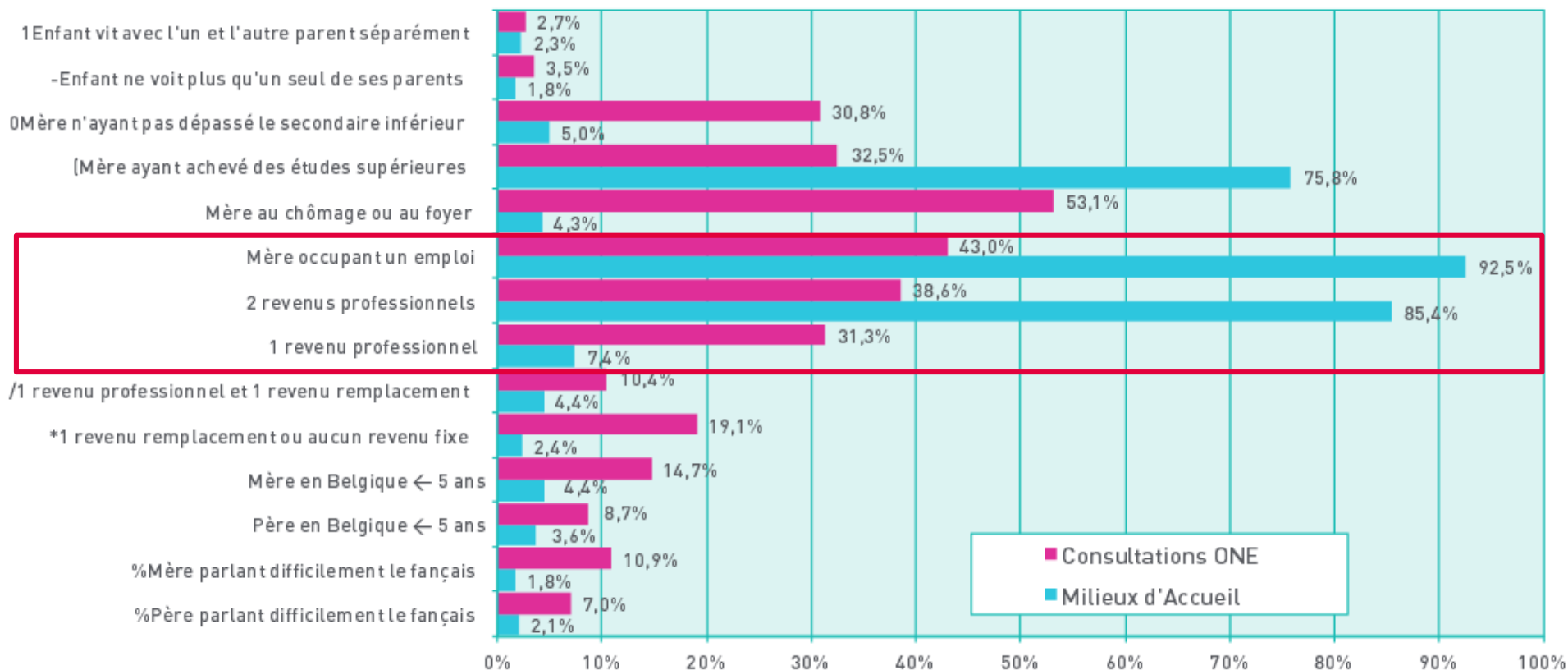


A l'accouchement, représentativité des données de la population.
De grandes disparités entre régions et au sein des provinces.

Pour des lieux plus inclusifs

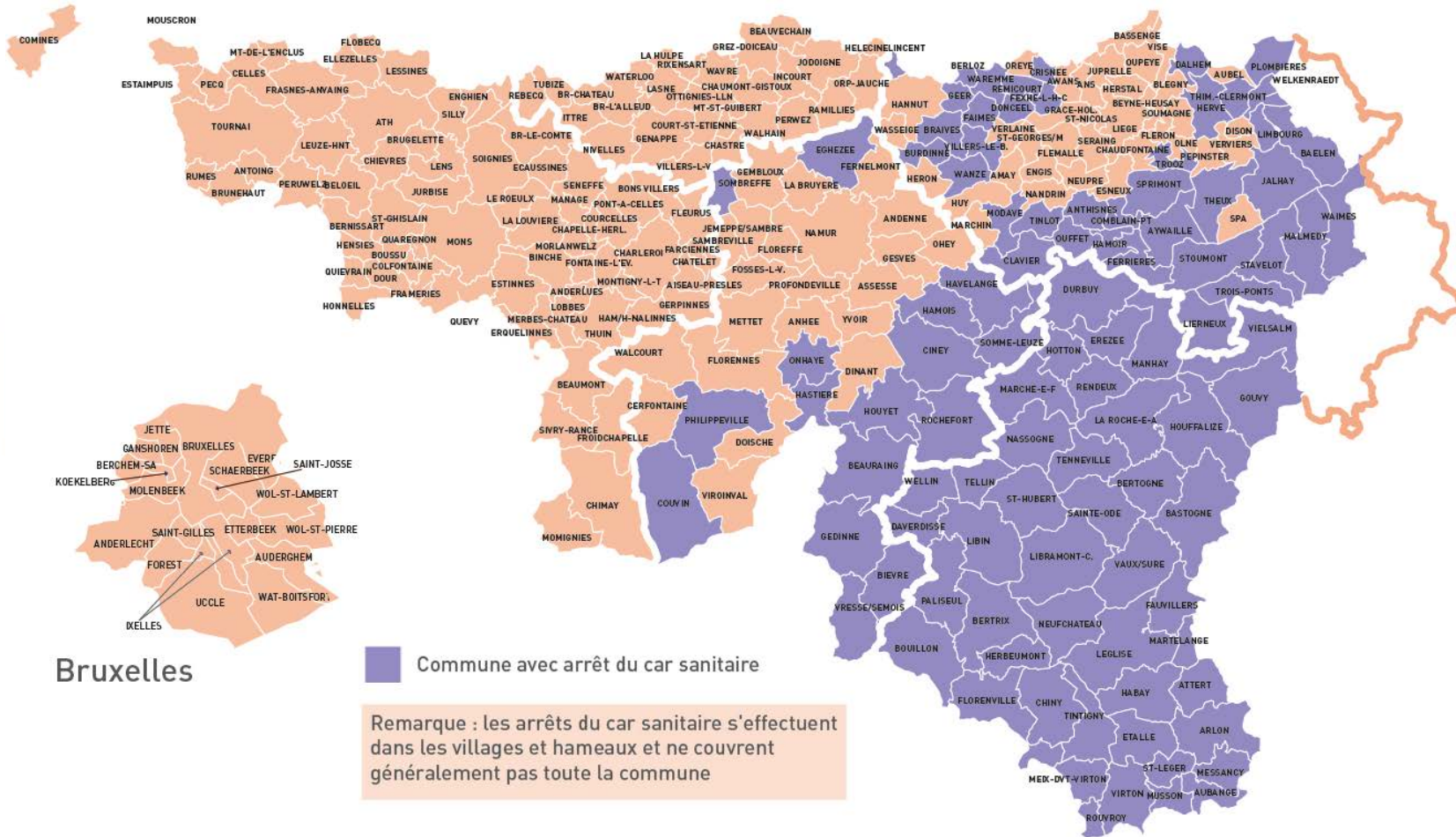
Graphique 4.2.5 :

Type de population fréquentant les consultations ONE et les milieux d'accueil lors du Bilan de santé à 9 mois



BDMS ONE, «Bilans de santé à 9 mois», 2010 à 2012 cumulés

Le suivi de l'enfant en zone rurale



L'infirmier(ère) en pédiatrie et néonatalogie

- « Il (Elle) identifie les besoins des gens en matière de santé, planifie et prodigue les soins nécessaires au rétablissement ou au maintien du bien-être.
- Il ou elle surveille l'état de santé, administre les traitements et les médicaments selon l'ordonnance du médecin, observe ses réactions et **tient un dossier médical** afin d'informer le médecin ».
- Surtout il (elle) travaille en partenariat avec les parents

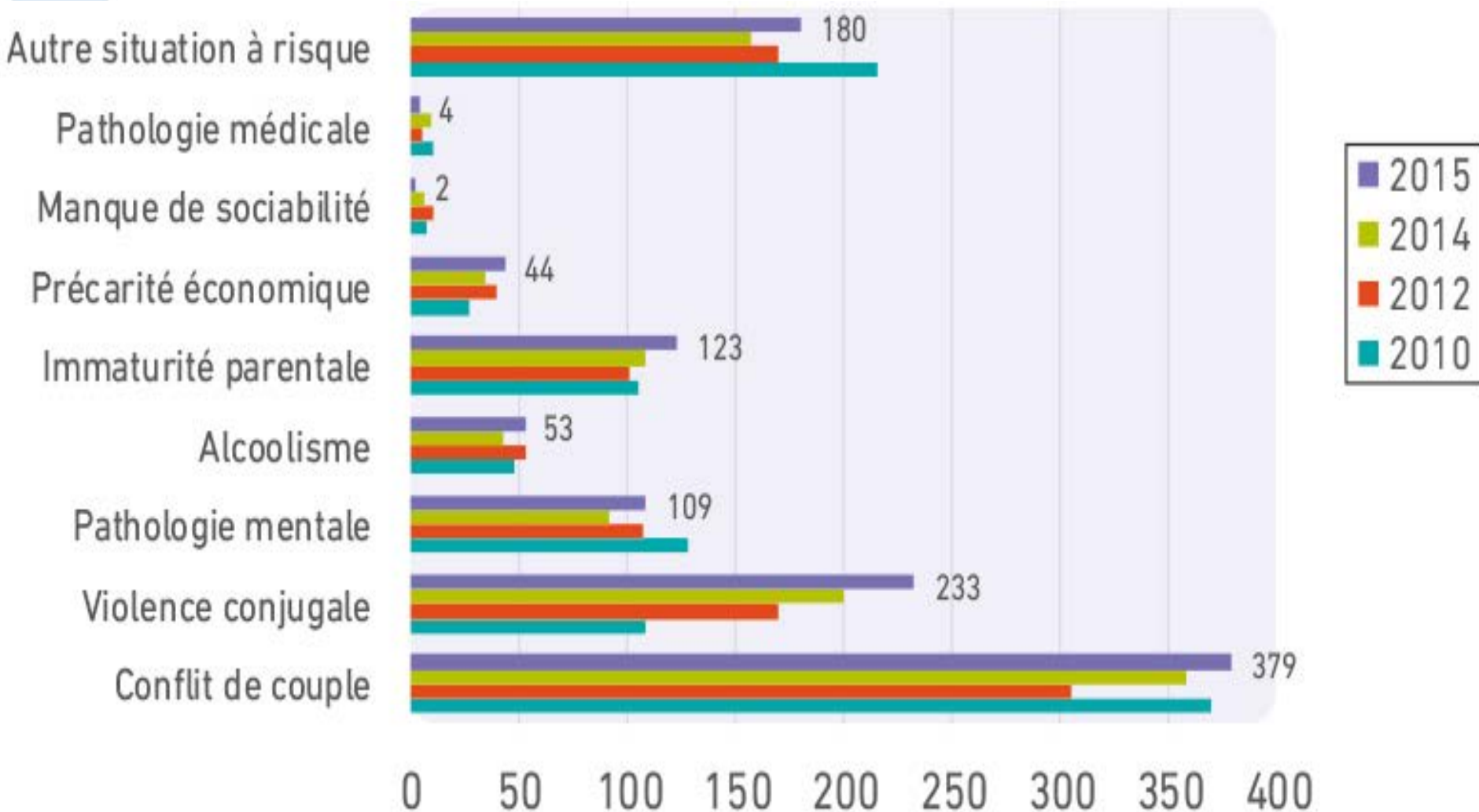
La Banque de données médico-sociales de l'ONE

La Banque de Données Médico-Sociales (BDMS) est une **base Informatique** qui contient des informations médico-sociales relatives au suivi préventif de la (future) mère et du jeune enfant.

Outil d'évaluation interne à l'ONE, elle permet d'apprécier rapidement l'efficacité et l'adéquation de ses actions et se révèle ainsi être un maillon indispensable d'orientation de la politique de l'ONE dans le domaine de la périnatalité.

A coté de cela, elle diffuse des données relatives à la **prévention médico-sociale** de la (future) mère et du petit enfant auprès des chercheurs, des étudiants, des acteurs de la santé ainsi que des responsables politiques.

La question de la maltraitance :



De nombreux outils d'éducation à la santé



FICHES THÉMATIQUES

<p>PRÉSENTATION DES SERVICES DE L'ONE</p> 	<p>GROSSESSE ET NAISSANCE</p> 
<p>SOMMEIL</p> 	<p>SOINS QUOTIDIENS</p> 

Des images pour accompagner les parents au quotidien

GRANDIR

Un film de Jacques Borzykowsky



ONE OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE

PROCHE DE BÉBÉ, PROTÉGEZ-LE FAITES-VOUS VACCINER



coqueluche est de retour
Renseignez-vous auprès de votre médecin

ONE.be

Pour des lieux inclusifs et le soutien à la parentalité

Et, pas seulement en lien avec le handicap...
Mission transversale



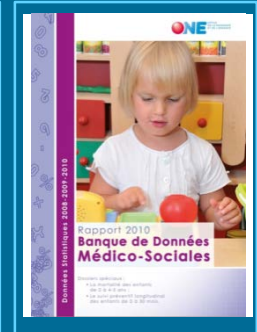
La pauvreté accroît considérablement le stress des familles et les risques de problèmes de développement social et affectif chez les enfants.

Investir dans la prévention ... bien avant la naissance

- Mieux connaître les besoins des enfants et le parcours des familles en situation de précarité ;
- Promouvoir la santé globale et le bien-être de l'enfant et favoriser son développement ;
- Renforcer l'accessibilité à tous et la disponibilité des services ;
- Développer l'accompagnement, le support et le travail en réseau de tous les acteurs.



Merci de votre attention



L'ASBL Echoline

**Un service d'accompagnement
autour de la naissance pour les
familles en difficulté sociale,
médicale et/ou psychologique de
la région de Charleroi**



Une équipe de sages-femmes et de psychologues qui propose un accompagnement à la parentalité et soutient le lien parent-enfant principalement à domicile et également dans ses locaux.



**Service gratuit accessible dès le
début de la grossesse et jusqu'au 1an
de l'enfant ,**

**Accompagnement pouvant se
poursuivre jusqu'aux 3 ans de
l'enfant.**



Origine du projet

- . Constat fait par l'hôpital : trop de femmes trop peu suivies pendant la grossesse qui arrivent pour accoucher.**
- . Envoi d'une équipe de sages-femmes à domicile en 1998.**



Nos objectifs

Soutien et accompagnement du lien parent-enfant dans un souci:

- ❖ **De prévention de la prématurité**
- ❖ **De rendre accessible les soins de santé**
- ❖ **De prévention de la négligence et de la maltraitance**
- ❖ **De mieux-être des familles éprouvant une difficulté**
- ❖ **De prévention du handicap physique et mental et du retard mental chez l'enfant**



Equipe

L'équipe actuelle se compose de:

- ❖ **4 sages-femmes**
- ❖ **3 psychologues**
- ❖ **1 coordinatrice/psychologue**
- ❖ **1 secrétaire**



Population

Notre service s'adresse à toute personne éprouvant une difficulté médicale, psychologique et sociale et en demande d'aide pendant la période périnatale dans la région de Charleroi



Profil de la population rencontrée

Quelques chiffres pour mieux cerner notre population,

en 2016:

- ❖ **36% des mères ont en dessous de 21 ans**
- ❖ **48% situations « négligentes »**
- ❖ **48% familles: troubles psychiatriques**
- ❖ **37% situations de handicap mental**
- ❖ **38% ont un logement « inadapté »**
- ❖ **44% ont une intervention du SAJ**
- ❖ **24% problème important d'hygiène**



Notre travail

**Suivi personnalisé et adapté
aux besoins de la famille:**

**Le cadre, le rythme, le lieu et les outils sont
adaptés et réfléchis avec chaque famille et
dans le décours du suivi.**



Nos outils

- ❖ **Complémentarité des sages-femmes et des psychologues**
- ❖ **À domicile / dans nos locaux**
- ❖ **En individuel / en groupe**
- ❖ **Co-intervention (travail en binôme et en équipe)**
- ❖ **Travail en réseau**



Le travail des sages-femmes



- ❖ **Préparation à la naissance**
- ❖ **Suivi médical pré et postnatal**
- ❖ **Soutien à l'allaitement**
- ❖ **Education à la santé**
- ❖ **Massage-portage**
- ❖ **Contraception**
- ❖ ...



Le travail des psychologues



- ❖ **Accompagnement des couples et familles autour de leur parentalité et du développement de l'enfant**
- ❖ **Entretiens individuels et familiaux**
- ❖ **Psychomotricité relationnelle**
- ❖ ...



Le travail autour des familles

- ❖ **Travailler à partir des ressources de la famille.**
- ❖ **Collaboration avec de nombreux professionnels (services pour adultes, pour les enfants,...) afin d'offrir un cadre contenant et cohérent pour les familles (temps de la demande avec l'envoyeur, relais vers d'autres services, ...).**



Les activités de groupes

- ❖ **Le groupe « Bulle »**
 - ❖ **Le groupe « Cocon »**
 - ❖ **Le groupe « Papillon »**
 - ❖ **Le groupe « Chenille »**
-
- ❖ **Les activités exceptionnelles: Saint-Nicolas, bourses aux vêtements, ateliers d'été, ...**





Présentation d'une vignette clinique :

Amélia et ses parents



Anamnèse

- ❖ **Couple**
- ❖ **4 enfants, dont 3 placés**
- ❖ **Toxicomanie parentale (cocaïne et méthadone)**
- ❖ **Isolement**
- ❖ **Précarité et endettement**
- ❖ **Amélia, née à 37 SA**
- ❖ **Grande dysmaturité**
- ❖ **Poids de naissance : 1900g**
- ❖ **41 jours d'hospitalisation en néonatalogie**
- ❖ **Sevrage long et difficile (morphine et phénobarbital)**



Objectifs de travail

- ❖ **Accompagnement à domicile**
- ❖ **Soutien à la parentalité**
- ❖ **Soutien dans le sevrage**
- ❖ **Travail du lien parents-enfant**
- ❖ **Bien-être et bon développement d'Amélia**
- ❖ **Travail en réseau**

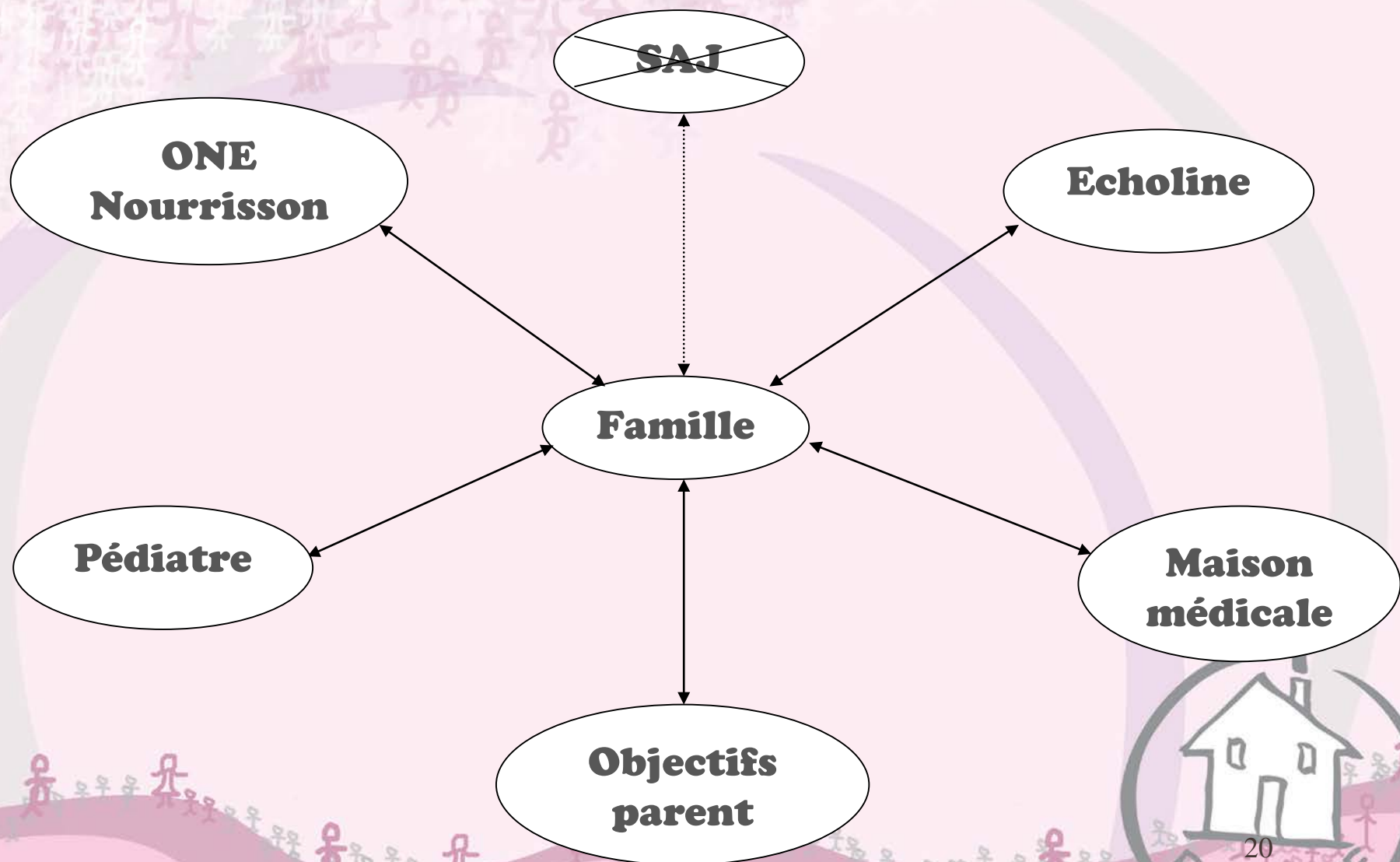


Suivi Echoline

- ❖ **Visites à domicile**
- ❖ **Portage**
- ❖ **Massage bébé**
- ❖ **Soutien dans le suivi médical d'Amélia**
- ❖ **Education à la santé**
- ❖ **Travail de la contraception**
- ❖ **Stimulation et développement**
- ❖ **Psychomotricité relationnelle**
- ❖ **Travail des rôles et places de chacun**
- ❖ **Soutien matériel**



Collaboration en réseau



Accompagner les familles précarisées

- ❖ **Importance de l'affiliation**
- ❖ **Aller à la rencontre de leur réalité**
- ❖ **Multi-problématiques**
- ❖ **Ressources familiales et réseau**
- ❖ **Anticipation et relais**
- ❖ **Travail des repères et représentations**
- ❖ **Valoriser les ressources et compétences**
- ❖ **Importance de la souplesse et de l'adaptabilité**
- ❖ **Irrégularité des rencontres => continuité**
- ❖ **Ne pas rester seul**



***Merci pour votre
attention***

www.echoline.be



L'HOSPITALISATION DES ENFANTS EN PEDIATRIE AVEC LA PRISE EN CHARGE DE L'EQUIPE SOS ENFANT:



Les conséquences et les difficultés pour les
parents précarisés

SOS enfants ULB

CLINIQUE DE LA MALTRAITANCE INFANTILE

« *MÊME L'AMOUR PEUT ÊTRE ÉTOUFFANT
ET MORTEL !* »

**L'équipe SOS enfants ULB- CHU
St Pierre**

**Caroline Jonckheere, Assistante sociale
Marine Neiryck, Infirmière spécialisée en pédiatrie
et néonatalogie**

Plan



- **1. Introduction et présentation du C.H.U Saint-Pierre**

- **2. Présentation SOS Enfant ULB**

- **3. Bénéfices/Inconvénients d'une hospitalisation**

- **4. Vignette clinique:**
 - Admission

 - Problématique SOS Enfant: évaluation

 - Hospitalisation et vie quotidienne

 - Fin de l'évaluation et conclusions

 - Problématique sociale



1. Introduction et présentation du CHU Saint-Pierre

- **Hôpital Saint-Pierre est un hôpital public de proximité, offrant des soins de grande qualité accessible à tous, indépendamment de l'origine, des convictions philosophiques ou religieuses ou encore de la condition sociale des patients.**
- **Le CHU assure un accueil permanent, sans discrimination des personnes, respectueux des plus démunis en garantissant à chacun un traitement unique, en accord avec le respect fondamental de l'être humain et en accord avec l'éthique et le respect du secret professionnel**

2. Présentation SOS Enfant ULB



HISTORIQUE ET CADRE LEGAL

- A la fin des années 70, des pédopsychiatres, gynécologues et pédiatres du CHU Saint-Pierre de Bruxelles, particulièrement soucieux de la problématique des mauvais traitements à l'égard des tout jeunes enfants, ont créé une clinique spécifique pour leur prise en charge et celle de leur famille.

- En 1984, cette équipe sera « labellisée » SOS enfants – ULB suite à une recherche action financée par l'ONE à laquelle participeront quatre universités : l'ULB, l'ULG, l'UCL et Anvers.

2. Présentation SOS Enfant ULB



HISTORIQUE ET CADRE LEGAL (suite)

- Un cadre légal de travail sera apporté en 1985 via un décret de la fédération Wallonie Bruxelles relatif à la protection des enfants maltraités. Il sera remplacé par un nouveau décret le 16 mars 1998 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance, lui-même abrogé et remplacé le 12 mai 2004 par un nouveau décret actuellement toujours en vigueur.
- Le 14 juin 2004, le gouvernement de la Communauté française a pris un arrêté relatif à l'agrément et au subventionnement des équipes SOS enfants.
- En Belgique, il existe 14 équipes SOS enfants qui sont réparties géographiquement en fonction des arrondissements judiciaires.

2. Présentation SOS Enfant ULB



○ Missions des équipes SOS Enfant:

Les équipes SOS enfants ont pour missions, soit à leur initiative ou lorsque leur intervention est sollicitée par toute personne ou institution ou service :

- D'assurer la prévention individuelle des situations de maltraitance d'enfants
- D'établir un bilan pluridisciplinaire de la situation de l'enfant et de son milieu de vie
- D'apporter une aide appropriée aux enfants et à leur famille

Simultanément, les équipes SOS enfants organisent :

- Des projets de prévention et de formation des intervenants professionnels en matière de maltraitance d'enfants
- Des travaux de recherche en vue de faire professer les connaissances spécifiques dans le domaine du traitement et de la prévention des situations de maltraitance

2. Présentation SOS Enfant ULB



Missions (suite)

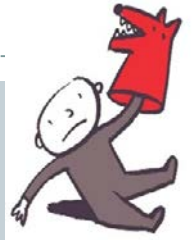
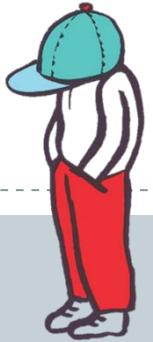
Spécifiquement, notre équipe SOS enfants ULB a développé des missions telles que :

L'aide préventive aux futurs parents dont le milieu ou le comportement engendre un risque de maltraitance pour l'enfant à naître (pôle périnatal)

Une prise en charge thérapeutique des mineurs auteurs d'infraction à caractère sexuel (pôle groupados)

Des groupes thérapeutiques et des groupes de parole (pôle thérapeutique)

Sos ENFANTS ULB



Six Pôles

Antenne
Périénatale

Consultation
Evaluation

Hospitalisation

Pôle
thérapeutique

Groupados



Antenne de
liaison à
l'Huderf

Les hospitalisations



- Notre équipe dispose d'une cellule composée de psychologues, d'assistants sociaux, d'éducatrices, d'une logopède et d'une infirmière sociale, d'une pédiatre et de pédopsychiatres, intervenant auprès:
 - d'enfants de 0 à 15 ans hospitalisés pour raison de danger immédiat suite à une situation de maltraitance ou de négligence.
- Ce pôle intervient en lien direct avec le personnel médical, paramédical, pédagogique et éducatif du service de pédiatrie du CHU Saint-Pierre afin de:
 - procéder à une évaluation médico-psycho-sociale rapide et intensive de ces situations de crise.
- Les hospitalisations d'enfants en danger se font à la demande des familles ou sont ordonnées par le milieu judiciaire.

FONCTIONNEMENT DE L'ÉQUIPE



- Service ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h
- Nouvelles hospitalisations se font soit par les urgences pédiatriques, soit via la permanence SOS ou encore en intra-hospitalier.
- Réunions cliniques hebdomadaire les mardis matins et jeudis après-midi.
- Les nouvelles demandes ou les signalements se font via la permanence tous jours de 13h30 à 17h. Les urgences sont traitées entre 09h et 17h.

3. Bénéfices/Inconvénients d'une hospitalisation

BENEFICES:

- Mettre l'enfant à l'abri
- Assurer les soins requis par son état physique et/ou psychologique
- Procéder à une évaluation de la situation de l'enfant et de son entourage
- Observer le comportement de l'enfant avec ses pairs et avec les adultes
- La crise familiale suscitée par l'hospitalisation peut servir de levier à une action thérapeutique

3. Bénéfices/Inconvénients d'une hospitalisation

INCONVENIENTS

- L'enfant se sent puni, isolé, culpabilisé
- Les parents peuvent se sentir honteux et démissionner de leur devoir
- Le personnel est souvent surchargé et manque de moyens pour la prise en charge de ces enfants
- Risque de prolongation de la durée d'hospitalisation par manque de places en institution
- Coût élevé d'une hospitalisation

CONDUITE À TENIR:



C'est l'évaluation du danger encouru par l'enfant qui détermine le choix des mesures de protection.

FORTE PRÉSUMPTION DE MALTRAITANCE:



- Protection (souvent hospitalisation)
- Mise en œuvre d'examens complémentaires
- Prise en charge de l'enfant et de sa famille par une équipe qualifiée et multidisciplinaire
- Si un relai à l'équipe SOS enfants se fait, le pédiatre informe les parents et l'enfant des raisons de ce relai et présente l'intervenant SOS enfants aux parents.

Le réseau et le cadre



- SAJ: Service de la Communauté Française d'Aide à la Jeunesse, exige la collaboration de la famille

- SPJ: Service de la Communauté Française de Protection Judiciaire, il fait appliquer les décisions du Juge de la Jeunesse

- TJ: Tribunal de la Jeunesse

SIGNALEMENT AU PARQUET



- Si refus de l'hospitalisation et risque « urgent » pour l'enfant.
- Si refus de l'intervention thérapeutique et risque « urgent » pour l'enfant.
- Si malgré les interventions thérapeutiques il y a récurrence de maltraitance.
- Si les lésions sont particulièrement graves et menacent la vie de l'enfant.
- Dans tous les cas; décision prise après avoir analysé les intérêts de l'enfant.

Collaboration SOS enfants/SAJ



- L'aide proposée par le SAJ est une aide volontaire et participative.
- Les parents ont le droit:
 - De se faire accompagner d'une personne de leur choix
 - De consulter les documents qui les concernent
 - De ne pas être d'accord avec les propositions du SAJ qui décidera, dès lors, si nécessaire, d'orienter vers d'autres services (Parquet) en vue d'une saisine du Procureur du Roi

L'équipe SOS enfants fait appel au SAJ



- Dans 3 cas de figures:

- 1. Pour une coordination, un cadre
- 2. Pour une prise charge
- 3. Pour la mise en place d'une protection de l'enfant

Le SAJ fait appel à SOS enfants



- Lorsque le SAJ souhaite faire appel à notre équipe, leur demande peut s'inscrire dans 2 cas de figures:
 - Orientation – relais
 - Bilan psycho-medico-social, prise en charge thérapeutique, accompagnement d'une famille (travail de collaboration)
- Lorsque le SAJ constate que la famille a besoin d'une aide spécialisée, ils peuvent orienter les familles vers notre service pour une prise en charge



Collaboration avec le Parquet- Tribunal de la famille

- Notre équipe et le SAJ travaillent parfois en collaboration avec le Parquet et le Tribunal de la famille.
- Deux cas de figures dans le cadre de la protection de l'enfance à Bruxelles:
 - Art 9: intervention dans l'urgence en cas de péril grave
 - Art 8: intervention dans les situations non urgentes où il ya état de danger et refus ou échec de l'aide volontaire envisagée par le SAJ

NOUVELLE ORDONNANCE 2009: « DÉJUDICIARISATION » ET « AIDE NÉGOCIÉE »



- Passage obligatoire par le Conseiller d'aide à la jeunesse qui doit envisager l'aide volontaire (sauf en cas d'urgence)

- Si échec ou refus de celle-ci ET après avoir constaté que la santé ou la sécurité du jeune est actuellement gravement compromise (intégrité physique ou psychique menacée) -> des mesures peuvent être prise par le TJ

ARTICLE 9: DANGER + « URGENCE »



- Une nécessité urgente
- L'intégrité physique ou psychique du jeune est exposée directement et actuellement à un péril grave
- L'intérêt du jeune ne permet pas d'attendre

Le juge peut seulement prendre une des mesures de placement.

Il avise le Conseiller AJ qui essaye d'organiser une aide volontaire

La mesure prise est valable pour une durée de 30j renouvelable une fois

ARTICLE 8: « DANGER »



- « Après avoir constaté que la santé ou la sécurité d'un jeune est actuellement et gravement compromise ET que l'aide volontaire qui a dû être préalablement envisagée a été refusée, ou a échoué, le TJ peut prendre une des mesures prévues à l'art.10 »

*Phase provisoire de max. 6 mois, jugement (audience publique)
mesures prises pour un an.*

4. Vignette clinique



1. Admission:

- *Madame B accouche d'un petit garçon D. ce 20/06/2017 à l'hôpital Saint-Pierre*
- *Le petit D. nous est confié en pédiatrie suite à une décompensation massive de la maman, et ce depuis son séjour à la maternité.*
- *La maman est durant ce temps hospitalisée en unité psychiatrique*
- *La situation sociale de la maman est précaire, elle est sans papiers et était logée avant son hospitalisation au Samu Social*

4. Vignette clinique (suite)



2. Problématique SOS Enfant: évaluation:

-Début de l'évaluation de la situation

-Demande au Juge son accord pour que la maman puisse être présente auprès de son bébé en pédiatrie

-Visites encadrées du papa en second temps

-....

4. Vignette clinique (suite)



3. Hospitalisation et vie quotidienne:

- *Hospitalisation mère-enfant: douches, cuisine des parents, machines à laver,...*
- *Maman sans logement*
- *Allaitement maternel et Aide à l'alimentation*

4. Vignette clinique (suite)



4. Fin de l'évaluation et conclusion:

- *Le bébé n'est plus en danger et ne nécessite plus une hospitalisation*
- *Remise des conclusions au SAJ*
- *Décisions et conditions du SAJ*

4. Vignette clinique (suite)



5. Problématique sociale:

- *Hospitalisation prolongée car persistance du problème social*
- *Souffrance des mamans car précarité importante (sans domicile, sans revenus et sans ressources régulières)*
- *Isolement familial et social*
- *Barrière linguistique*

CONCLUSIONS



Merci de votre attention...

LA PRÉCARITÉ, UN FACTEUR DE FRAGILISATION PSYCHIQUE POUR L'ADOLESCENT ?

Colloque AISPAN du 14 novembre 2017

Rédouane Boukhari

LA PRÉCARITÉ, UN FACTEUR DE FRAGILISATION PSYCHIQUE POUR L'ADOLESCENT ?



Introduction

Introduction



Concepts
théorico-
cliniques



Enfants-
adolescents



Equipes
mobiles



INTRODUCTION

- Constat:

- De plus en plus interpellés
- Souffrance diffuse
- Pas de demande
- Symptomatologie non psychiatrique
- Public « défavorisé » et/ou « fragilisé »
- Sujet exclu

LA PRÉCARITÉ, UN FACTEUR DE FRAGILISATION PSYCHIQUE POUR L'ADOLESCENT ?



Introduction

Introduction



Concepts
théorico-
cliniques



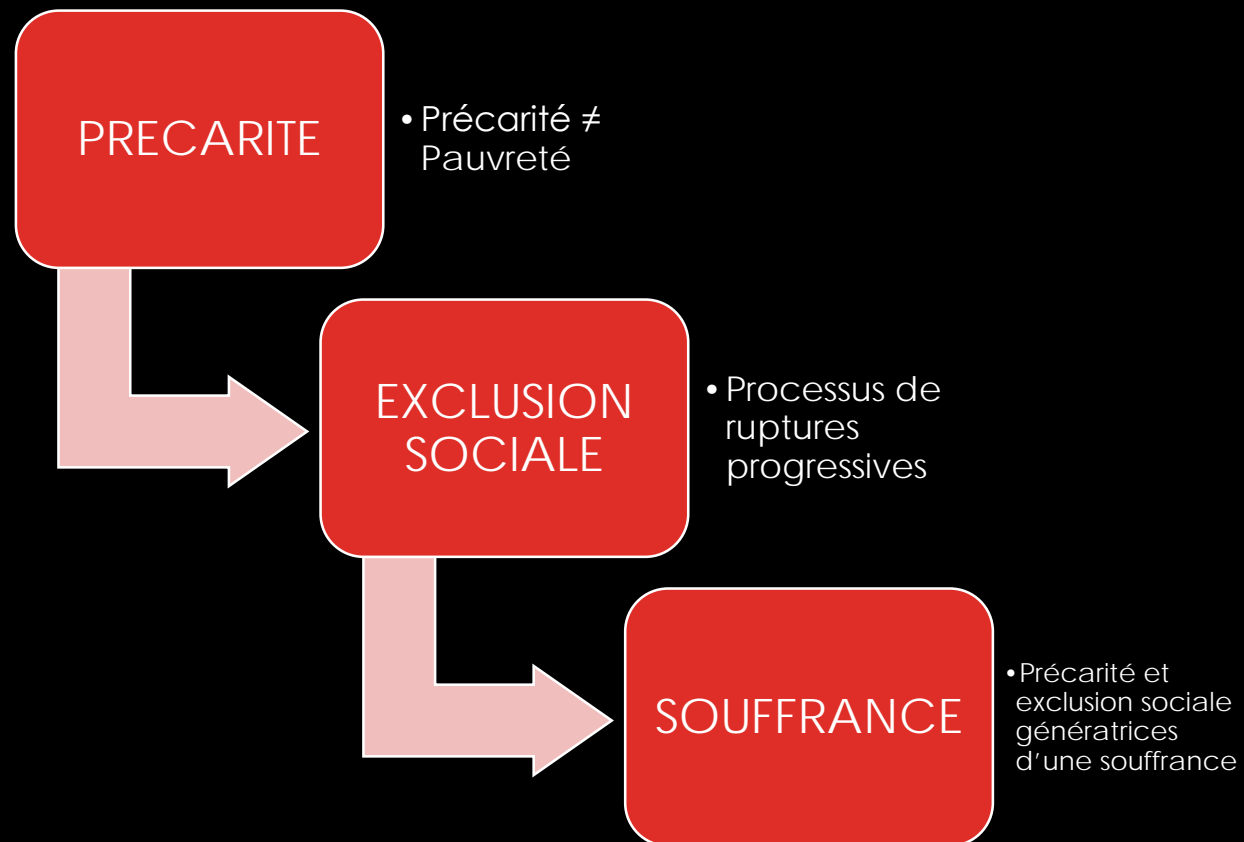
Enfants-
adolescents



Equipes
mobiles



RÉFLEXION THÉORIQUE



RÉFLEXION THÉORIQUE

IMPACTS D'UNE REALITE SOCIALE PRECAIRE SUR LA SUBJECTIVITE

précarité psychique = la mort sociale



SOUFFRANCE PSYCHIQUE

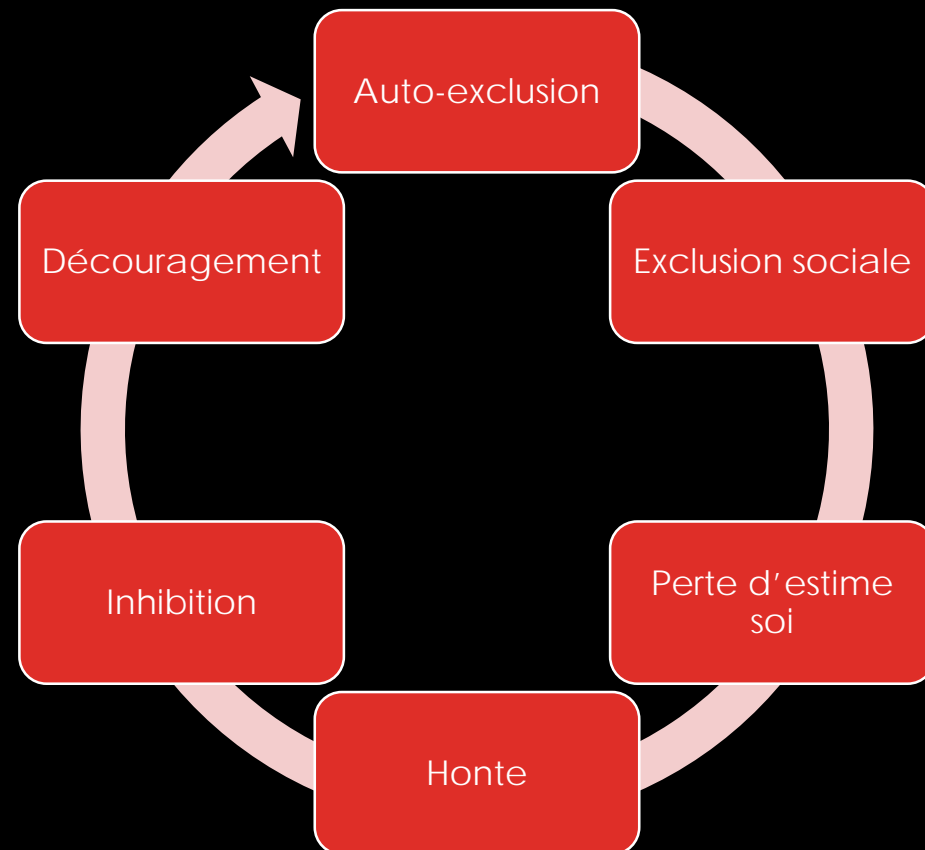
= l'articulation du psychique, du somatique et du social.
= processus de déculturation et désymbolisation.



CLINIQUE PSYCHOSIALE

perte des « objets sociaux » = perte de la place que chacun a dans sa famille, dans le groupe, dans la société.

RÉFLEXION THÉORIQUE



RÉFLEXION THÉORIQUE

Tableau clinique

Auto-exclusion

Déni de souffrance (gel psychique)

Demande impossible (non-demande)

Urgence

Paradoxalité (syndrome de la « patate chaude »)

Violence

LA PRÉCARITÉ, UN FACTEUR DE FRAGILISATION PSYCHIQUE POUR L'ADOLESCENT ?



Introduction

Introduction



Concepts
théorico-
cliniques



Enfants-
adolescents



Equipes
mobiles



QUELQUES DONNEES ENFANTS- ADOLESCENTS

Déterminants
socio-
économiques
spécifiques à
la Région
bruxelloise

population plus jeune que dans les deux autres régions

taux de natalité est le plus important du pays (14.8%)

Plus d'un quart de la population bruxelloise bénéficiant d'un RIS a moins de 25 ans.

multiculturalité est omniprésente (30% nationalité étrangère)

QUELQUES DONNEES ENFANTS- ADOLESCENTS

Déterminants
socio-
économiques
spécifiques à
la Région
bruxelloise

Risque de pauvreté en Région bruxelloise
est compris entre 34% et 48,4%

Chômage des jeunes: 35% en Région de
Bruxelles-Capitale

Proportion de **jeunes non qualifiés** est de
28%

QUELQUES DONNEES ENFANTS- ADOLESCENTS

Déterminants
socio-
économiques
spécifiques à
la Région
bruxelloise

Coût du logement

**Taux de couverture des places d'accueil :
31%**

**Plus le niveau d'instruction est bas, plus les
personnes ne s'estiment pas en bonne santé**

LA PRÉCARITÉ, UN FACTEUR DE FRAGILISATION PSYCHIQUE POUR L'ADOLESCENT ?



Introduction

Introduction



Concepts
théorico-
cliniques



Enfants-
adolescents

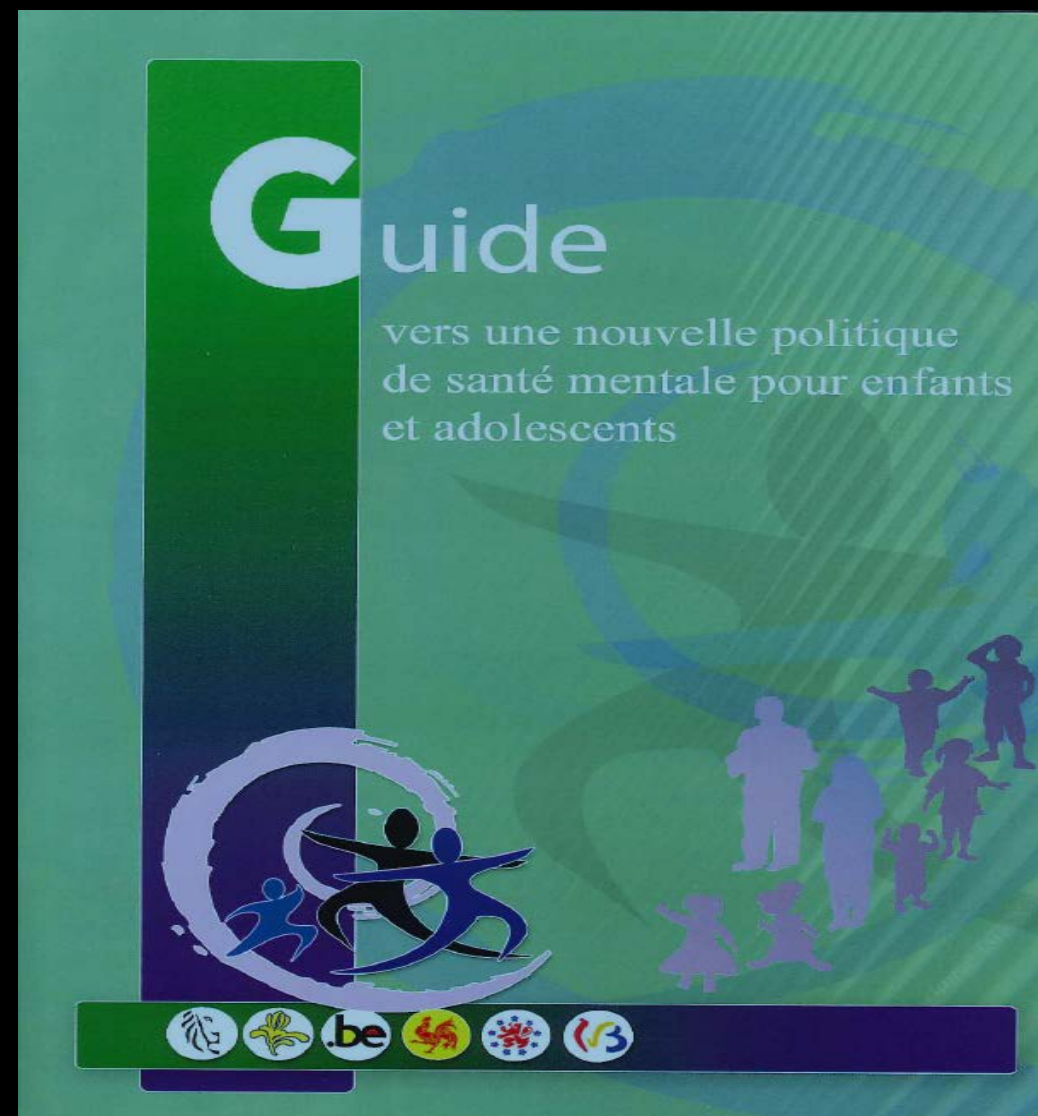


Equipes
mobiles



*Vers une nouvelle
politique de soins de
santé mentale
pour E&A*

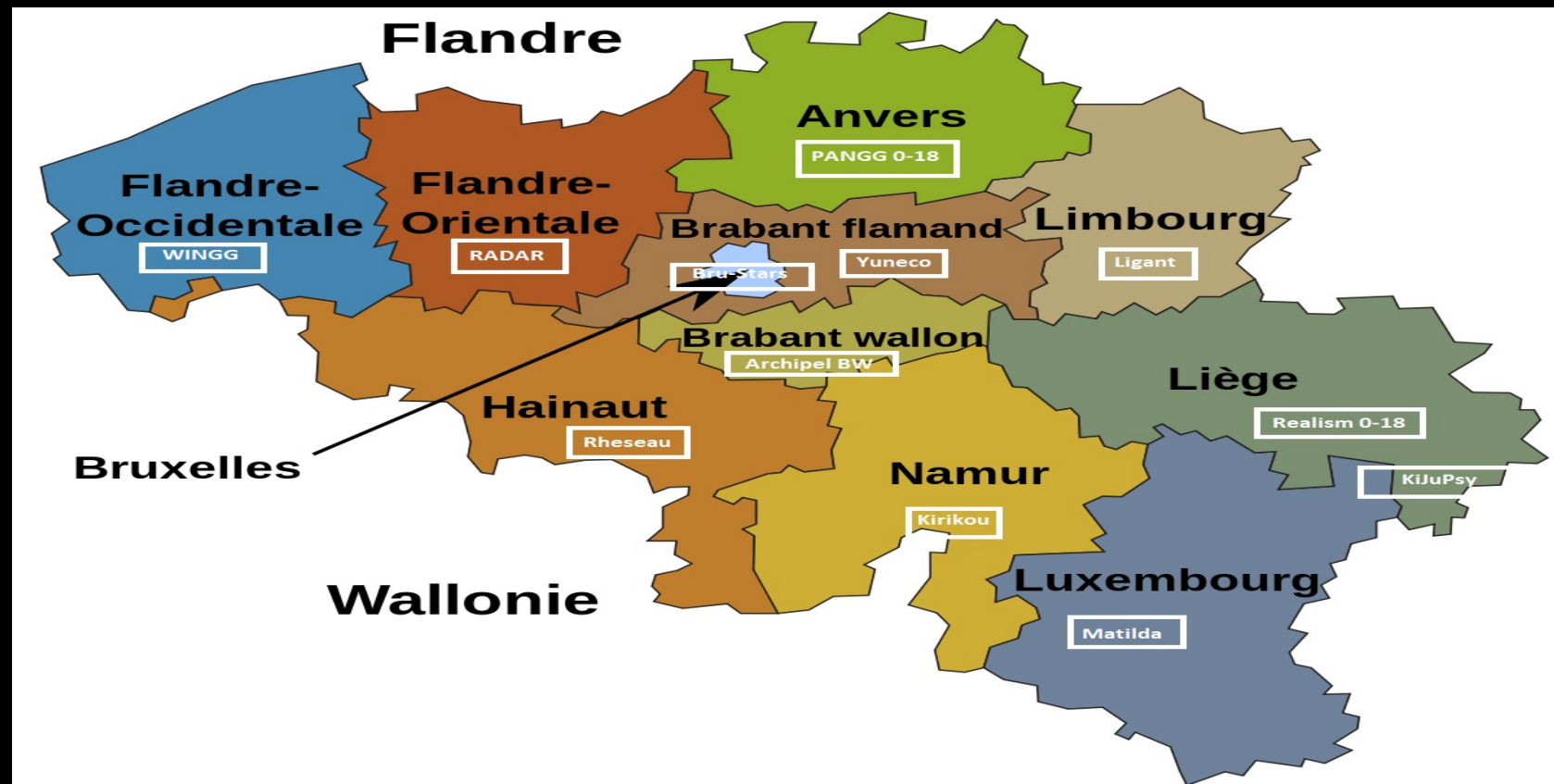
www.psy0-18.be



LES RÉSEAUX E&A DE LA NOUVELLE POLITIQUE

- West-Vlaanderen: WINGG, www.wingg.be
- Oost-Vlaanderen : RADAR (info sur www.popovggz.be)
- Antwerpen : PANGG 0-18 (info sur www.oggpa.be)
- Limburg : Ligant
- Vlaams-Brabant: Yuneco (info sur www.vlabo.be)
- Bruxelles/Brussel : Bru-Stars, www.bru-stars.be
- Brabant wallon: Archipel BW
- Hainaut : Rhéseau
- Namur: Kirikou
- Liège: Realism 0-18, www.realism0-18.be/
- Luxembourg: Matilda (info sur www.plateformepsylux.be)
- Germanophone: KiJuPsy

EQUIPES MOBILES EN BELGIQUE



MODELE DES RESEAUX

- Modèle composé de 5 temps d'action intégrés :
 - - Accueil des demandes ;
 - - gestion et prise en charge des urgences psychiatriques ;
 - - gestion et prise en charge des crises ;
 - - les soins ou le « cure » ;
 - - le « care ».

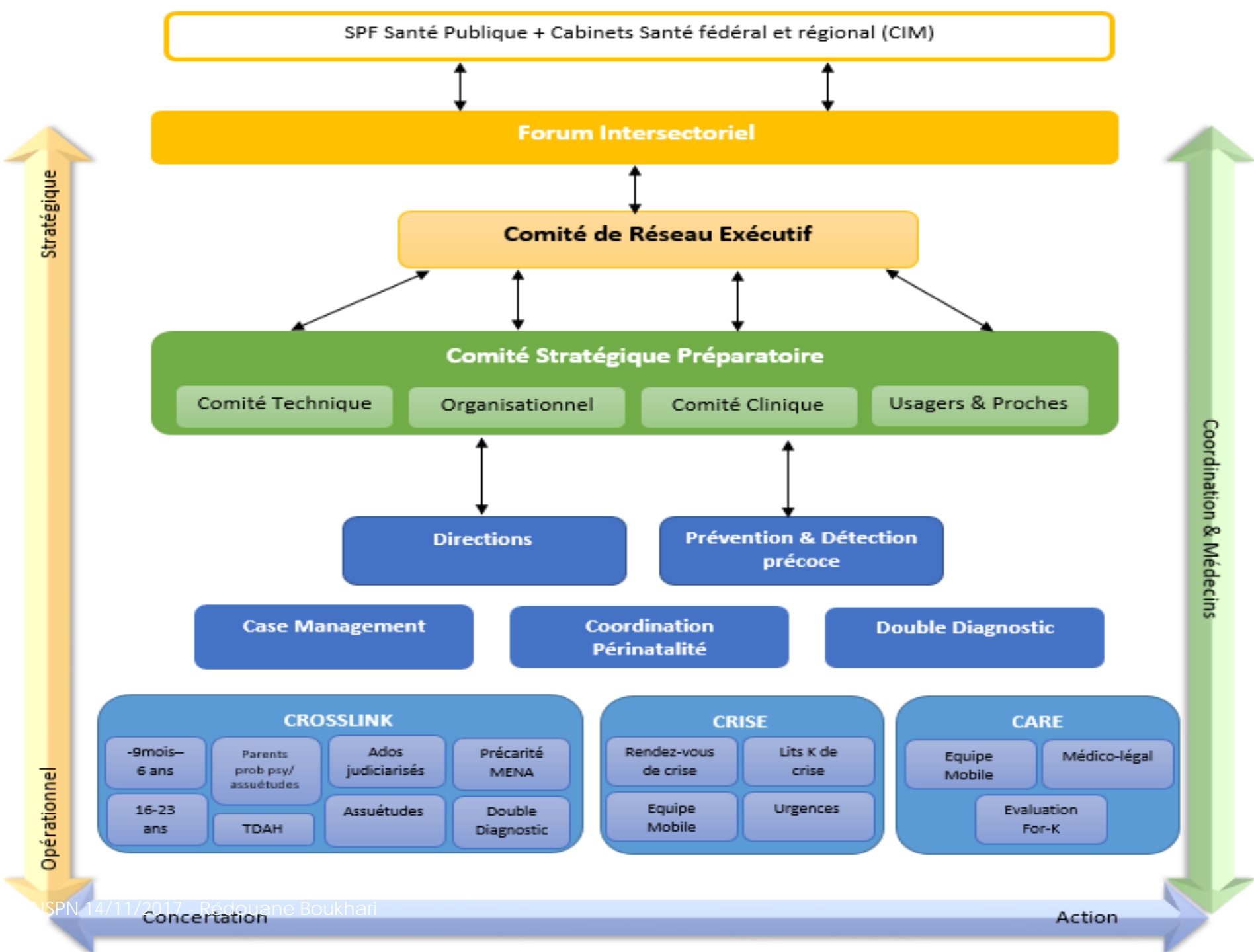
Bru-Stars

Bru= Bruxelles

Stars = de l'angl. Signifiant « étoiles », comme métaphores de ceux qui guident ce projet, à savoir, les enfants et les adolescents bruxellois

VALEURS, MISSIONS ET VISION DU RÉSEAU

- Centré sur le jeune et sa famille (ou représentant légal)
- Accessible
- Sans discrimination
- Approche humaniste, individualisée, sur mesure
- Environnement naturel
- Approche inclusive : généralisée, globale, déstigmatisation, ouverture
- Véritables partenariats de soins/continuité
 - Famille
 - Associations d'usagers et proches
 - Services pour enfants et adolescents
 - Services pour adultes
- Multiculturalité
- Le réseau s'adapte et se module en fonction des besoins du patient et non l'inverse



COMITÉ DE RÉSEAU EXÉCUTIF (CRE)

Composition : 32 représentants

- 7 représentants de l'hospitalier : 2 NL, 3 FR, 2 Bi-co
- 7 représentants de l'ambulatoire : 2 NL, 3 FR, 2 Bi-co

Composition (suite) :

- 1 représentant des structures psycho-socio-thérapeutiques (conventions INAMI)
- 1 représentant du circuit médico-légal
- 1 représentant de l'outreaching
- 1 représentant de la Plate-forme (PFCSM)

Ajout depuis juillet 2015 :

- 1 représentant du secteur des addictions

Ajout depuis octobre 2015 :

- 1 représentant usagers/proches
- 1 représentant MG

Ajout depuis septembre 2015 :

- 11 représentants des secteurs hors santé mentale

COMITÉ DE RÉSEAU EXÉCUTIF (2)

- **Secteurs hors santé mentale** : 1 représentant des secteurs suivants :
 - Enseignement/PMS
 - ONE
 - SAJ/SPJ
 - Justice
 - Plannings familiaux
 - Pédiatres
 - Huis voor Gezondheid
 - PHARE
 - DGDE
 - IROJ (2 représentants)

DROIT DE PAROLE ET IMPLICATION DES ENFANTS ET ADOLESCENTS ET DE LEUR ENTOURAGE

- Informations et communication claires et visibles
- Place dans les décisions
- Projets spécifiques
- DGDE
- Représentant des groupements jeunesse
- GT permanents Usagers et Proches
- Participation des médiatrices

CRISE (DÉFINITION)

- Programme de crise de Bru-stars :

→ Soins de crise : situation aiguë, qui possède un risque suffisant d'aggravation pouvant justifier une intervention spécialisée et rapide (bien que le pronostic vital ne soit pas engagé).

→ Soins d'urgence : sont des soins axés sur la réponse à une situation de détresse aiguë qui requiert une aide immédiate (endéans quelques heures). Eu égard à la nature de l'urgence, un lien avec les soins somatiques est indispensable.

MOBILITÉ : OBJECTIFS, FONCTIONS ET MÉTHODOLOGIE

- Le module « mobile de crise » a pour principal objectif de :
 - évaluer la situation de crise le plus rapidement possible
 - apaiser les tensions liées à la situation de crise
 - soulager le plus rapidement possible la souffrance psychologique en rencontrant rapidement le jeune et sa famille, là où ils sont, et en soutenant les intervenants professionnels déjà impliqués ou à impliquer dans la situation
- Etroite collaboration avec les acteurs de la 1^{ère} ligne de soins et d'aide (par ex. : MG, médecins scolaires, police, SOS enfants, éducateurs de rue, famille et enfant, SAJ, SPJ, etc...)

MOBILITÉ : OBJECTIFS, FONCTIONS ET MÉTHODOLOGIE (2)

- Maintenir l'E/A autant que possible dans son milieu de vie naturel et trouver la solution la plus adaptée à ses besoins
- L'offre mobile s'insère dans l'offre déjà existante et optimise la collaboration et la proximité avec les autres soins
- Il ne s'agit pas d'un dispositif auto-suffisant mais complémentaire aux services existants
- Maillon particulièrement utile pour tenter de rencontrer des besoins non couverts et compléter la richesse et la variété des services existants

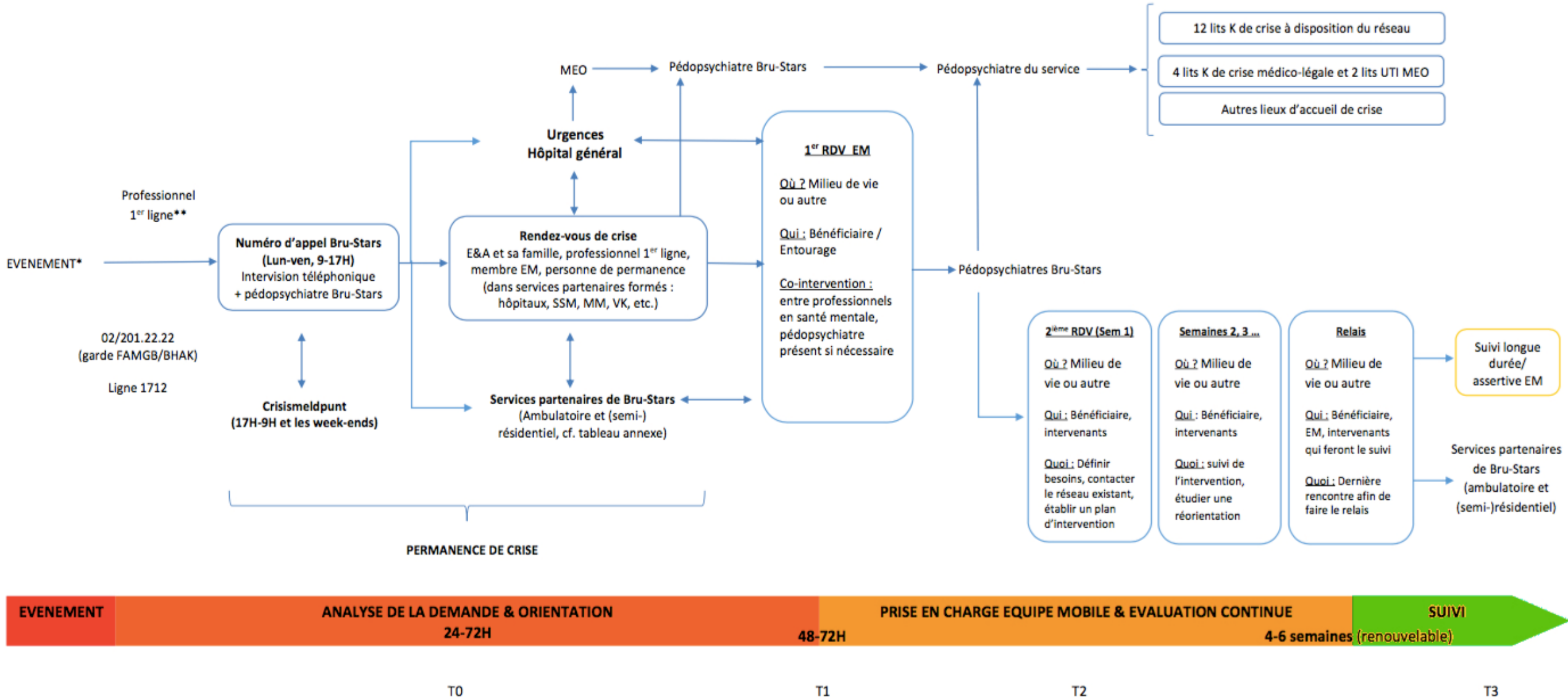
CRISE

- Etroite collaboration entre l'offre résidentielle, ambulatoire et l'offre outreach/mobile
- Offre?
 - Permanence téléphonique (interview)
 - Rendez-vous de crise
 - Offre résidentielle – 12 lits K de crise sur Bruxelles
 - Equipe mobile
 - Case management

RENDEZ-VOUS DE CRISE

- Activable suite à un contact avec le numéro de téléphone et endéans les 24 à 72h
- Il vise à mobiliser le demandeur (professionnel de 1ère ligne/autre service partenaire de Bru-Stars), membre(s) du réseau impliqué, les parents/l'entourage, l'équipe mobile de crise
- Lieu physique : ensemble du réseau

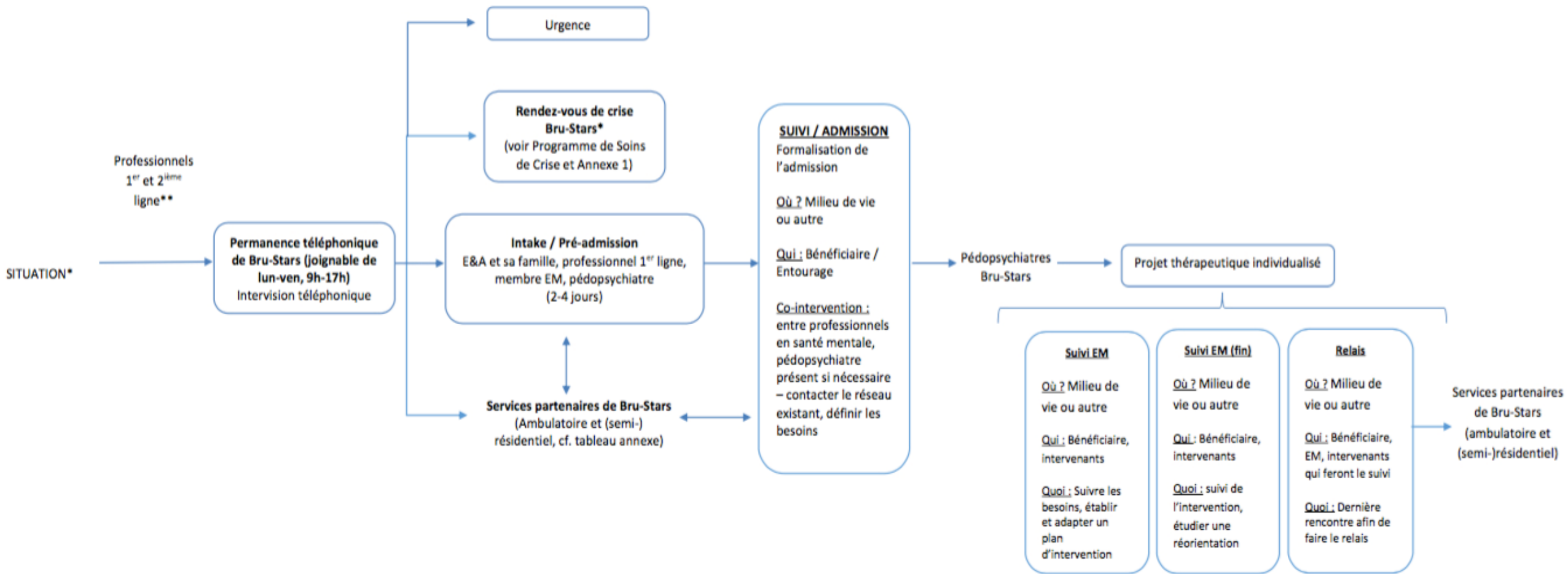
SCHÉMA PROGRAMME SOINS DE CRISE



CARE (PROGRAMME DE SOINS DE LONGUE DURÉE)-DÉFINITION

- Enfants et adolescents qui n'accèdent pas aux soins de première ligne ou aux soins spécialisés non mobiles
- Caractéristique dominante des soins de longue durée n'est pas tant la rapidité de réaction que la mobilité, la flexibilité, la permanence et l'intensité des soins, ainsi que, la disponibilité, l'implication et la persévérance des intervenants
- 10 heures médico-légales
- Case management

CARE - SCHÉMA



LES SOINS MOBILES DE BRU-STARs

DEMANDE D'INTERVENTION :

- La demande est adressée à la **permanence téléphonique**
- Du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00, par un professionnel (santé mentale, médecine générale, PMS, SAJ, justice, association usagers et proches,...)

LES SOINS MOBILES DE BRU-STARS (2)

COORDONNEES :

- Tél : 0485/71.19.42
- Adresse : 184D Boulevard Léopold II, 1080 Bruxelles
- Site-web : www.bru-stars.be

Merci de votre attention

N'hésitez pas à vous poser des questions...