
L'ACCOMPAGNEMENT

Contribution de Annie Beckers, Cédric De Jonghe, Guy Fransolet, Catherine Latiers, Marie-Christine Mauroy, Marc Willame et les autres membres du personnel de l'ONE.

1. Introduction

S'il est convenu de remonter d'un siècle dans l'histoire pour comprendre la création de l'ONE et en particulier sa mission d'accompagnement, il est également pertinent d'examiner la situation de l'enfant à ce moment-là.

L'industrialisation de la fin du XIX^e siècle requiert de plus en plus de main-d'œuvre qualifiée. C'est alors que le monde politique devient plus réceptif aux récriminations des philanthropes à l'égard de la pénibilité du travail des enfants et des femmes.

Les notions d'enfant en danger et de protection commencent à apparaître à côté de celle de répression. Les philanthropes trouvent un terrain propice à la constitution de sociétés protectrices des enfants martyrs¹ (notamment la Société protectrice des enfants martyrs de Bruxelles créée en 1892).

La mortalité périnatale reste très importante, notamment en raison des conditions de l'accouchement et des soins périnataux, mais aussi en lien avec la capacité à allaiter. Le contrôle des naissances reste très limité, tant en raison du contexte religieux et moral qu'en raison de l'absence de méthode fiable.

C'est ainsi que souvent les moyens financiers manquent pour assurer les besoins de soins des familles nombreuses. Des procès retentissants ont lieu, aboutissant à la condamnation de parents tortionnaires ou de proxénètes d'enfants.

Des sociétés de philanthropie se développent, dont la Société de moralité publique (1881). À l'initiative de Jules Lejeune, une Commission des patronages est créée en 1894, elle fédérera de multiples comités de patronage des enfants abandonnés. À côté de ceux-ci, de très nombreuses sociétés protectrices des enfants voient le jour. Elles ont des objectifs diversifiés couvrant « tous les âges, des nourrissons aux délinquants, aux jeunes prostituées, aux petits vagabonds et mendiants, aux enfants traduits en justice, jusqu'aux enfants arriérés et anormaux ». La création d'institutions d'hébergement permet de déchoir les parents indignes.

Au tournant du siècle, en écho à des initiatives qui s'accroissent un peu partout, des médecins vont eux aussi s'intéresser à la protection de l'enfant et y renforcer l'intérêt pour les soins de santé privés et curatifs ainsi que la promotion de l'hygiène.

Ce travail de sensibilisation de l'opinion publique aboutit en 1912 à la loi sur la protection de l'enfance et à la création de septante consultations avant 1914, et déjà 922 en 1918.

Contrairement à certaines idées reçues, l'importance de la mortalité et les difficultés de la vie des ouvriers aboutissaient à des formes familiales très diversifiées. Les aléas et la précarité de la vie favorisaient les recompositions familiales parfois multiples. Cela heurtait l'ordre social et moral des classes dirigeantes.

¹ VELGE H., secrétaire général de l'ONE, *L'activité de l'Œuvre Nationale de l'Enfance pendant 25 ans (1915-1940)*. Bruxelles, Œuvre Nationale de l'Enfance.

Toutes les conditions sont donc réunies pour voir se développer une action visant à réduire la mortalité infantile et à mieux former les mères afin qu'elles puissent jouer leur rôle d'éducation des enfants et de garantes de l'économie domestique.

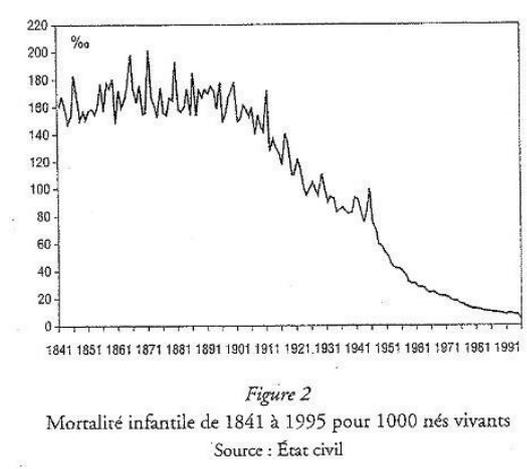
C'est ainsi qu'à la fin du XIX^e siècle s'organisent les premières initiatives visant à assurer des soins préventifs aux nourrissons et à distribuer du lait stérilisé aux mères indigentes dans l'incapacité d'allaiter. On cite le Dr Eugène Lust qui, en 1897 à Bruxelles, a créé en Belgique probablement la première consultation du nourrisson associée à une « Goutte de lait ». Dès ce moment, des visites à domicile sont également organisées pour vérifier la bonne application des consignes données aux parents.

2. Les « Gouttes de lait », premières consultations de nourrissons

En 1894, à Fécamp, en France, le Dr Léon Dufour constate les ravages de la gastro-entérite. Il a l'idée de faire distribuer aux bébés du lait de bonne origine et fraîchement stérilisé. La distribution a lieu tous les jours dans un immeuble de la ville. L'œuvre est appelée « Goutte de lait ». Les mamans viennent chercher du lait pour leur bébé et on profite de leur présence pour leur donner des conseils de puériculture. Les Gouttes de lait se multiplient rapidement en France, Belgique et ailleurs. On prend prétexte de la distribution de lait pour inviter les mères à présenter périodiquement leur bébé au médecin, qui en profite pour examiner l'enfant, renseigner la mère sur son état de santé et sur les nécessités du régime alimentaire. Les dames patronnesses se chargent quant à elles des tâches administratives, financières et organisationnelles. Elles accueillent les mères et pèsent les bébés, elles distribuent le lait, les primes et effectuent les visites à domicile.

3. La mortalité infantile

Chez nous, à la fin du XIX^e siècle, l'enfant n'est pas réellement regardé comme un sujet de droit aux yeux de la loi. Il est placé sous l'autorité du père qui exerce les pleins pouvoirs sur lui. Comme souligné précédemment, les mortalités infantiles, périnatales et maternelles sont importantes notamment en raison des conditions de l'accouchement et des soins périnataux, mais aussi en lien avec la capacité d'allaiter. « Sur 192 495 nés vivants (1897), 29 900 nourrissons décèdent avant l'âge d'un an. Pendant tout le XIX^e siècle, près d'un décès sur quatre est un décès de nourrisson. »²



Graphique représentant la mortalité infantile de 1841 à 1995 (MASUY-STROOBANT G., HUMBLET P.C., *Mères et nourrissons : de la bienfaisance à la protection médico-sociale (1830-1945)*, Bruxelles, Labor, 2004, p. 114).

Deux préoccupations essentielles apparaissent : la lutte contre la mortalité, mais aussi l'allaitement maternel. Force est de constater, dans la plupart des pays industrialisés, une simultanéité entre le déclin de la mortalité infantile, l'amélioration des conditions de vie de la famille, du niveau d'éducation scolaire

² MASUY-STROOBANT G., DEVOS P., Le créateur de la consultation, *InfONE* n° 2/2017, Bruxelles, ONE, p. 4.

des futures mères et la mise en place puis la généralisation de moyens efficaces permettant d'améliorer sensiblement la nutrition.

Dès le départ, les médecins des consultations de nourrissons ont donc pour ambition de former les mères aux règles d'hygiène et de puériculture. Ils y voient une manière de pallier les inconvénients que présenterait la transmission de ces mêmes informations de mères en filles, par les matrones ou les sages-femmes traditionnelles.

Dans les régions urbaines, la consultation de nourrissons est facilement accessible, mais dans les régions rurales, l'existence de consultations hebdomadaires agréées est pratiquement impossible. L'œuvre crée alors des services de surveillance des nourrissons à domicile.

4. La loi du 5 septembre 1919

Après-guerre, le problème du ravitaillement renforce l'attrait des consultations. La paix revenue, il faut assurer leur pérennité. À la fin du conflit, Henri Jaspar est nommé ministre des Affaires économiques et c'est en tant que tel qu'il annonce au pays la naissance de l'Œuvre Nationale de l'Enfance. Le 5 septembre 1919, une loi est promulguée, créant l'établissement public « ONE » administré par le Conseil supérieur des œuvres de l'enfance.

L'Œuvre a pour mission de lutter prioritairement contre la mortalité infantile et donc de promouvoir la protection de l'enfance et l'hygiène, notamment par le soutien et la création, si nécessaire, d'une ou de plusieurs consultations par commune (une consultation pouvant desservir plusieurs communes). La loi institue aussi la possibilité de créer des consultations médicales pour les futures mères.

Les consultations sont placées sous le contrôle d'un comité local composé d'un délégué de l'administration communale et d'un délégué (ou référent) par consultation. Peut également y siéger une mère de famille dont les enfants fréquentent la consultation. Le Comité supérieur approuve la composition du comité local et peut y adjoindre trois membres au maximum. Le comité local est différent du comité de chaque consultation qui est constitué librement par celle-ci.

Dès le départ, la question de la qualité des services rendus devient une préoccupation. Ainsi, une attention particulière est réservée à la formation des médecins. Le comité médical institué par la loi au sein de l'ONE souhaite qu'il existe un plus grand nombre de spécialistes « puériculteurs » (pédiatres). À tel point que certains pensent à limiter le nombre des consultations malgré les distances à parcourir qui nuisent à la fréquentation.

Dès ce moment, la liberté pour la consultation de choisir son médecin est restreinte. La procédure appliquée ressemble à celle qui existe encore aujourd'hui. C'est le comité médical provincial qui attribue un mandat de cinq ans au médecin après appel à candidatures effectué dans les revues professionnelles. Les non-spécialistes peuvent bénéficier d'un stage composé de trois séances dans une consultation qui leur est désignée. Le comité médical institue en même temps une inspection, ancêtre des conseillers médicaux actuels. Il est à noter que faire contrôler un médecin par un autre médecin n'est pas bien accepté par tous.

Bien que certains médecins ne s'intéressent pas beaucoup à l'organisation de la consultation, ils font dès cette époque partie de son comité.

Les enfants de moins de trois ans sont vus très régulièrement : une fois par semaine durant la première année, tous les quinze jours durant la deuxième année et une fois par mois durant la troisième année. Une attention toute particulière est accordée à la vaccination contre la variole et la diphtérie. Un carnet médical est remis aux parents. Des normes existent déjà à propos des locaux ; ceux-ci doivent disposer d'une salle d'attente et de déshabillage et d'un cabinet médical équipé de trois tables pour les dossiers, le pèse-bébé et le médecin. Ils doivent être correctement ventilés et chauffés. L'ONE prend en charge les frais d'installation de la consultation et fournit le pèse-bébé. Le médecin a également pour mission de donner aux membres du comité les notions nécessaires liées, notamment, à l'allaitement, à l'alimentation ainsi qu'à l'observation de l'enfant et aux parents, des conseils sur les mêmes sujets.

La rétribution des médecins est fixée à 25 ou 30 francs selon que le médecin habite ou non la localité dans laquelle la consultation a lieu. À prix coûtant, 25 francs de 1920 valent environ 150 euros d'aujourd'hui.



Affiche « Cœuvre Nationale de l'Enfance » (MARISSAL CL., *Protéger le jeune enfant. Enjeux sociaux, politiques et sexués (Belgique, 1890-1940)*, Editions de l'Université de Bruxelles, 2014).

Les consultations de nourrissons et les crèches partagent toujours le même objectif : lutter contre la mortalité infantile.

À partir de 1928, l'ONE fait l'essai d'un système de surveillance des nourrissons à domicile dans les régions à faible densité de population où l'installation et le fonctionnement de consultations classiques ne peuvent être envisagés. Cette surveillance et ce rôle capital sont confiés aux infirmières visiteuses qui rendent visite à toutes les jeunes familles (cf. Les bénévoles).

En 1938, l'ONE inaugure les consultations pour enfants de 3 à 6 ans, véritable prolongation des consultations de nourrissons. Elles s'adressent aux enfants qui échappent, dans ces limites d'âge, à une bonne inspection médicale organisée dans les écoles gardiennes. Le même médecin qui a déjà assuré la surveillance préventive de l'enfant, dans le premier âge, qui a pris connaissance de son hérédité, de son milieu familial, de ses réactions personnelles, de son régime alimentaire, continue à protéger sa santé jusqu'à l'entrée à l'école primaire.

En 1939, nonante-trois consultations pour enfants de 3 à 6 ans étaient en service et plus de 15 500 enfants s'y étaient fait inscrire.

À partir de 1940, l'ONE instaure, à titre expérimental, l'inspection médicale sous la direction de médecins pédiatres assistés d'une infirmière monitrice. L'invasion de la Belgique le 10 mai a pour conséquence d'accroître les activités de l'ONE, et en particulier celles liées au ravitaillement des enfants et des futures mères. Bien entendu, cette période est difficile et le Conseil scientifique des œuvres de l'enfance décide de ne plus se réunir. Malgré les pressions exercées alors par l'autorité allemande pour introduire des personnalités jouissant de sa bienveillance, cette éventualité est toujours écartée.

Cette période est également troublée par les incidents qui opposent l'ONE à une structure créée en 1941 sur base de conceptions autoritaires en ignorant totalement la législation de 1938 instaurant un ordre des médecins. Cette structure voulait jouer le rôle de la police des médecins et avait tenté de bouleverser complètement l'organisation médicale en essayant d'imposer une fonctionnarisation du corps médical.

À l'époque aussi, l'autorité allemande interdit la présence d'enfants juifs dans les consultations de nourrissons ordinaires et interdit à l'ONE d'en héberger. En accord avec l'Association des juifs de Belgique, des consultations de nourrissons sont mises en place dans les centres où il n'en existe pas et les délégués de l'ONE se chargent d'apporter aux enfants juifs les produits distribués dans les consultations de nourrissons auxquels ils n'ont plus accès. À partir de 1943, une activité clandestine est entreprise pour sauver des milliers d'enfants juifs. Yvonne Feyerik-Nevejean, alors directrice de l'ONE permet de sauver à

plusieurs reprises un grand nombre d'enfants et elle envoie toutes les infirmières secourir les enfants victimes de bombardements.

Pendant cette période, des activités novatrices sont créées, comme la mise en place d'un lactarium (cf. Les lactariums).

Les infirmières visiteuses

Avant la Première Guerre mondiale, à l'initiative des dispensaires antituberculeux, des infirmières sont engagées pour vérifier l'application des prescriptions médicales ; le développement des œuvres de l'enfance passe entre autres par le dévouement de celles-ci et celui des bénévoles.

Le 5 septembre 1919, la loi organique de l'Œuvre nationale de l'Enfance est promulguée et marque l'encouragement aux consultations qui s'attachent une infirmière. En effet, « l'ONE décide dès sa création de recourir à un personnel qualifié et rémunéré pour les consultations de nourrissons : les infirmières visiteuses. En fixant les conditions de leur formation et en prenant en charge leur salaire, l'œuvre participe à la naissance et au développement de cette nouvelle profession en Belgique ». ³ Historiquement, les premières formations s'adressent à elles ainsi qu'aux médecins.

L'arrêté royal du 3 septembre 1921 réorganise les études d'infirmières et introduit une formation spécifique et un diplôme officiel pour les infirmières visiteuses, permettant ainsi d'uniformiser leur titre. La durée des études est fixée à trois ans. Les élèves doivent suivre deux années d'études communes avec les infirmières hospitalières avant de spécialiser au cours d'une troisième année. Cette spécialisation comporte notamment des cours sur la protection de l'enfance, les soins à domicile, une formation à la mission morale de la fonction, mais aussi l'assistance sociale. À l'époque c'est le Comité médical supérieur de l'ONE qui fixe le programme et rédige le syllabus des matières à enseigner.

En 1926, un service des Enquêtes est créé à l'ONE, celui-ci effectue des investigations sociales (infirmières visiteuses et auxiliaires sociales) à partir des requêtes communiquées par différents organismes (Services de la reine, Ligue des familles nombreuses, Œuvres des invalides et des tuberculeux, personnel enseignant, prêtres, directeurs d'usine, etc.).

Dans *La Revue mensuelle ONE* de 1926, on peut lire : « Chaque mois, je relève toutes les naissances survenues dans ma section. Je me rends alors chez les jeunes mamans, afin de les mener sur le chemin de la consultation. Chaque fois que je me trouve en présence d'une primipare, je lui montre la façon de laver son enfant, de l'emballoter et de le nourrir en lui conseillant la patience quand elle veut cesser d'allaiter son bébé. Lors de ma visite j'ai trouvé une pauvre maman attendant son cinquième bébé, et dont l'aîné n'est âgé que de 7 ans. Le père astreint au chômage depuis plusieurs mois était nourri de pain et d'eau. J'ai fait inscrire cette famille à la consultation, où une famille aisée, que j'ai pu intéresser lui paie son lait toutes les quinzaines, ainsi que la phosphatine nécessaire. J'ai également mené la mère à la consultation prénatale, ainsi qu'au dispensaire antituberculeux, où elle a été admise avec ses aînés. J'ai aussi intéressé la Ligue des familles nombreuses au sort de cette famille ; elle a procuré un travail au père ». Et de conclure : « Elle est l'auxiliaire attentive et dévouée du médecin. Elle est sa remplaçante au foyer de l'enfant. Elle est la déléguée des dirigeantes pour des missions parfois difficiles ou confidentielles. Elle est la protectrice et la conseillère dans le chagrin et les privations. Oui, si elle remplit sa mission élevée avec tout le cœur et le dévouement et aussi avec tout le tact et la prudence qu'elle comporte, on peut dire qu'elle sera l'ange de charité de nos mères du peuple. » ⁴

À partir de 1928, la surveillance des nourrissons à domicile dans les régions à faible densité de population est effectuée par des infirmières visiteuses ou, à défaut, par des accoucheuses, et ne s'étend qu'aux nourrissons âgés d'un an. Des fiches d'observation sont soumises au visa périodique du médecin de famille. À cette époque, le rôle de l'infirmière consiste avant à tout à faire connaître dans les familles les règles essentielles de l'hygiène infantile, celles sur lesquelles l'accord est unanime et qui ne peuvent prêter à des

³ MARISSAL Cl. *Op.cit.*

⁴ *Revue mensuelle ONE*, 1926 n° 4 p. 40

constatations entre les médecins. Elle recommande l'allaitement maternel et, le cas échéant, guide les mères dans la préparation des biberons prescrits par les médecins de famille.

Les infirmières doivent « expliquer aux mères la raison d'être des conseils donnés par les médecins pendant la consultation, leur montrer comment il faut les mettre en pratique, éveiller leur conscience à des devoirs trop souvent ignorés. Sans elles, les prescriptions du médecin n'auraient trop souvent aucune sanction. Elles se mettent en outre le plus possible en rapport avec toutes les œuvres d'assistance aux mères et aux enfants (cantines maternelles, œuvres layettes, colonies de vacances, etc.) ».⁵

Elles sont recrutées par la consultation et dépendent à la fois de celle-ci pour les aspects administratifs, et du médecin pour le travail médical. Il existe également des inspectrices en chef.



Photo d'un enfant (*L'Enfant*, 1948, 3^e trimestre).

Des formations sont organisées sous forme de séminaires et de congrès : mise au courant des évolutions de la PMI, élaboration d'outils. On considère que la commission d'assistance publique (CAP, ancêtre de l'actuel CPAS, centre public d'action sociale) est trop rigide et n'a pas l'œil centré sur le bien-être de l'enfant. C'est pourquoi l'infirmière visiteuse est chargée de s'occuper de tout (logement, pension invalidité, placement des enfants...). L'ampleur de l'aide sociale apportée par l'infirmière visiteuse est très grande.

Jusqu'en 1941, la nécessité pour une consultation de nourrissons de s'adjoindre les services d'une infirmière visiteuse n'a donné lieu à aucun conflit. Soit le comité de l'œuvre prend l'initiative de créer ce service et l'ONE donne ou refuse son approbation, soit l'ONE estime qu'une œuvre doit s'adjoindre une infirmière et le comité se rallie à cet avis.

5. Les assistantes sociales

La profession d'auxiliaire social (M/F) s'ouvre au lendemain de la Première Guerre mondiale et est protégée à partir de la loi du 12 juin 1945 tout comme la dénomination d'assistant social. La plupart du temps, il s'agit de femmes qui exercent des fonctions de responsables, d'enquêteurs ou de visiteurs sociaux dans les œuvres d'éducation et de protection de l'enfance, dans les administrations, dans les organisations caritatives, etc. Mais l'ONE fait peu allusion à cette profession à cette époque. Les assistantes sociales ne peuvent être engagées alors que dans les grosses consultations qui disposent déjà d'une infirmière visiteuse ou dans les consultations qui ne parviennent pas à en recruter (cf. art. 77 du règlement organique de l'ONE).

⁵ MARISSAL CL. *Op cit.*

La priorité de cette période est le développement de l'hygiénisme et la médecine sociale. Ce sont les infirmières visiteuses qualifiées qui assistent les médecins dans leurs initiatives préventives afin de lutter contre la mortalité infantile. Le métier d'assistant social se développe en dehors de ce mouvement médico-social.

6. Les bénévoles

Les intervenants bénévoles jouent un rôle important depuis la création de l'ONE. Il s'agit majoritairement de femmes et, avec le médecin, elles forment le comité des œuvres. Celui-ci organise les consultations, assure sa direction, s'occupe entre autres de sa gestion financière, remplit différentes tâches administratives, recrute les médecins et les infirmières visiteuses et établit des contacts avec l'ONE. Les bénévoles distribuent aussi aux mères des vêtements tricotés par leurs soins. Dans les petites consultations, elles continuent à effectuer des tâches confiées aux infirmières visiteuses.

L'activité des comités varie d'une consultation à une autre. Les rapports d'inspection de l'ONE font d'ailleurs état de comités actifs et d'autres qui le sont nettement moins. À tel point que les engagements bénévoles des femmes d'œuvres valorisés avant la guerre sont désormais critiqués et jugés parfois inefficaces. Pourtant, des centaines de femmes s'investissent dans les œuvres avant la guerre et des milliers encore après la guerre. La plupart du temps, elles sont issues de la noblesse ou de la bourgeoisie avant et pendant la Première Guerre mondiale.

Après, les comités s'ouvrent à des femmes issues de milieux moins aisés et à une certaine mixité sociale, ce qui traduit également au sein des comités un processus de démocratisation des institutions sanitaires. Les volontaires se retrouvent entre elles et ni les médecins ni les infirmières visiteuses ne sont conviées.

Durant l'entre-deux-guerres, la gestion des consultations se partage entre les médecins, les infirmières visiteuses et les bénévoles, tous placés sous le contrôle de l'ONE. Au fil du temps et de l'évolution, il en sera de même.

Les comités de volontaires se structurent autour de pouvoirs organisateurs que sont Vie féminine (jusqu'en 2014), les Femmes prévoyantes socialistes et les communes.

Les consultations pour enfants sont actuellement gérées par près de 4 500 bénévoles dénommés « volontaires » par la loi du 3 juillet 2005 (relative aux droits des volontaires) engagés pour diverses fonctions. Leurs actions permettent à l'ONE de maintenir une proximité avec la population. Les volontaires accueillent les familles, assurent l'entretien de la consultation et peuvent participer à certaines activités telles que les coins lecture permettant de familiariser les jeunes enfants avec les livres. Ils bénéficient de différentes formations afin d'améliorer leurs compétences en rapport avec ces tâches.

Aujourd'hui, leur rôle est défini par l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 9 juin 2004 portant réforme des consultations pour enfants et par la loi du 3 juillet 2005. Ces volontaires sont une force active et régulière, soucieuse de l'accueil des enfants et des parents, motivée et participant à des formations. Grâce à leur aide et leur prise en charge de la gestion quotidienne de leur consultation en collaboration avec les travailleurs médico-sociaux (TMS) et les médecins, l'ONE peut mener à bien les missions qui lui sont confiées. L'ONE organise une journée qui leur est dédiée tous les deux ans.

7. Les médecins

1918 : déjà 922 consultations en Belgique. Les médecins sont pour la plupart « dévoués, mais ce ne sont pas des spécialistes. Ils se bornent à répandre les notions d'hygiène générale ».⁶

Progressivement, « le Comité médical prend en main l'amélioration du recrutement des médecins des œuvres de façon à assurer à celles-ci le concours d'un nombre de plus en plus grand de spécialistes ».⁷ Le Conseil médical insiste sur le besoin de pédiatre ou de « médecins puériculteurs ». Et là où il n'en existe pas, le Comité médical impose aux non-spécialistes de suivre des cours de perfectionnement et de faire un stage

⁶ VELGE H. *L'activité de l'ONE, 25 années d'activités, 1915-1940*, p. 16.

⁷ VELGE H. *Op.cit.* p. 34.

après d'une consultation choisie par lui. La question de la formation spécialisée des médecins des consultations est particulièrement discutée au cours du congrès de Gand en 1926.⁸

Les missions du médecin sont déjà définies : faire une propagande énergique en faveur de l'allaitement maternel, mener une propagande pour la vaccination contre la diphtérie puis la variole (bien que ce soit encore considéré comme un traitement) et former les membres du comité aux conseils – connaissances de base en matière d'hygiène, de conservation du lait, d'alimentation de l'enfant. Pour améliorer la formation des médecins et des infirmières visiteuses, des « conférences de puéricultures » sont organisées, elles sont supervisées par les comités provinciaux.

Le Conseil médical insiste à plusieurs reprises sur le fait que la consultation – est une œuvre préventive et non curative.⁹ Les enfants malades ne peuvent être présentés à la consultation. Si cela se justifie afin d'éviter que les enfants malades ne contaminent les enfants sains, c'est aussi le résultat de négociations et d'un subtil équilibre entre médecine libérale payante et consultations publiques gratuites.

Dès le début, le médecin est un indépendant, désigné par le comité de l'œuvre pour une durée de cinq ans, renouvelable. Il consacre habituellement quelques heures par semaine à une ou plusieurs consultations de l'ONE. Le médecin fait partie de droit du comité de la consultation.

Après 1945 : c'est le début de la pédiatrie moderne. De plus en plus de médecins deviennent pédiatres et s'investissent dans les consultations de l'ONE. Ils y trouvent le plaisir de travailler en duo avec un TMS, l'intérêt pour la médecine préventive (peu enseignée dans les universités et les hôpitaux) et la satisfaction personnelle de contribuer à une œuvre sociale. Ils y rencontrent souvent en effet une population différente de leur pratique privée.

Entre 1970 et 1990, près de 50 % des médecins collaborant à l'ONE sont des pédiatres. Ensuite, cette proportion va diminuer pour atteindre, à partir des années 2000, 20 % de pédiatres et 80 % de médecins généralistes, dont de très nombreuses femmes. Ce désintérêt des pédiatres pour les consultations de l'ONE sera lié à deux facteurs : le fait que ceux-ci sont de plus en plus retenus dans les services de pédiatrie hospitalière et une rémunération jugée trop faible. La situation des gynécologues est différente. La majorité des consultations prénatales étant hospitalières, ceux-ci ont continué leur collaboration avec l'ONE et partagent progressivement ces suivis avec les sages-femmes, maintenant habilitées à suivre complètement des grossesses normales. Cependant, l'ONE garde des contacts très étroits avec ces professions grâce aux conseillers médicaux pédiatres (9), gynécologues (5) et tout récemment sages-femmes (2).

En 2001, la création d'un Conseil médical (organe représentatif des médecins de terrain) ainsi que la création au sein de l'ONE d'un poste salarié à temps plein de médecin coordonnateur médical puis d'une direction de la Santé va permettre une meilleure implication de la profession dans l'institution. La notion de programmes de santé sera impulsée, avec le soutien scientifique des écoles de santé publique des trois universités.

En matière de prévention, la formation de base du médecin est moins poussée que dans le domaine curatif. À partir de 2000, d'importants efforts sont consentis au sein de l'ONE (direction de la Santé, Conseil médical, collèges médicaux) pour améliorer la formation des médecins dans les matières en lien avec les programmes prioritaires de santé préventive : allaitement, alimentation, suivi staturo-pondéral (prévention de l'obésité) et neuromoteur, dépistages de la vision, de l'audition, vaccination, prévention de la maltraitance, tuberculose et, dernièrement, développement du langage... Ces formations sont déclinées sous divers modes : journées annuelles, réunions locales, création d'un site de formation en ligne (excellencis-one), vidéos, revue trimestrielle, stages pour les nouveaux arrivants.

Actuellement, plus de 1 000 médecins collaborent annuellement avec l'ONE sous contrat d'indépendants, le plus souvent quelques heures par semaine. Leur motivation n'est certainement pas financière. Et pourtant, nombreux parmi ceux qui ont commencé continuent pendant de longues années. La plupart vous diront qu'ils y trouvent le sentiment d'être utile, de faire œuvre sociale, d'améliorer globalement la santé des enfants et d'apporter un soutien aux familles. Ils vous diront que l'intérêt de ce travail réside aussi dans

⁸ VELGE H. *Op.cit.* p 56.

⁹ VELGE H. *Op.cit.* p 53.

la complémentarité et la collaboration fructueuse avec les TMS sans que le rôle du médecin ONE aurait beaucoup moins de sens. Une enquête réalisée en 2008 dans cinquante consultations et auprès de cinquante-cinq médecins en suivi de la réforme des consultations montrait que 95 % d'entre eux collaboraient avec l'ONE depuis plus de sept ans et que 85 % se disaient satisfaits à très satisfaits du travail qu'ils réalisaient dans ces consultations.

Face à l'évolution de la médecine, le principal défi de l'ONE vis-à-vis des médecins sera de continuer à faire vivre cette motivation et le sentiment de participer à une action qui en vaut la peine.

8. Les lactariums

La propagande en faveur de l'allaitement maternel est un point prioritaire dans l'action de l'ONE depuis toujours. En raison des résultats de plus en plus décevants de celle-ci, des centres collecteurs et distributeurs de lait maternel vont être contraints d'apparaître à Liège et Bruxelles pendant la Seconde Guerre mondiale.

En 1939, le Comité médical supérieur donne son avis sur une proposition faite par le bureau de l'Œuvre Nationale de l'Enfance et relative à la création d'un lactarium, sur le modèle de ce qui se fait à l'étranger. Organisme collecteur et distributeur de lait de femme, le lactarium devient un chaînon important dans les institutions sanitaires de puériculture. Il permet au corps médical de prescrire du lait humain au même titre que les autres aliments-médicaments dans les cas où son utilisation est indispensable (notamment chez les prématurés).

Ces lactariums sont placés sous la direction de médecins. Ils recrutent des mères qui nourrissent leur bébé exclusivement au sein et qui deviennent des « donneuses de lait ».

De la propagande vers ces mères est également organisée dans les consultations prénatales « pour les encourager, si les circonstances le permettent, à accorder leur concours au lactarium ».¹⁰ En plus de cette propagande, l'ONE a pu obtenir auprès du ministère du Ravitaillement qu'une ration supplémentaire d'aliments rationnés (œufs, lait, viande, etc.) soit accordée aux donneuses inscrites au lactarium.



Illustration des lactariums (Œuvre Nationale de l'Enfance 1919-1969).

Ces établissements veillent à garantir la qualité du lait qui y est distribué par de multiples analyses avant d'être tyndalisé ou pasteurisé. Le lait est alors congelé en vue d'assurer une conservation optimale lors du transport.

Pour répondre à certains besoins spécifiques, le lactarium de Liège diversifie également son offre en se spécialisant dans certains types de lait maternel (écrémé, concentré ou encore colostrale). Des visites de médecins et d'infirmières sont organisées.

En 1941, 2 000 litres de lait seront récoltés. Et le double l'année suivante. Toujours en augmentation, on passera de 6 525 litres en 1943 à 7 500 en 1944.

¹⁰ VELGE H. *L'Activité de l'Œuvre Nationale de l'Enfance pendant la guerre (1940-1945)*, Œuvre Nationale de l'Enfance, Bruxelles, 1945, p. 100.

Après la guerre, un déclin de l'efficacité des lactariums se fait sentir. Le *Rapport sur l'activité de l'Œuvre Nationale de l'Enfance-exercice 1952* s'inquiétait de la mise en péril des lactariums à cause de l'abandon de plus en plus généralisé de l'allaitement maternel. « L'activité de ceux-ci est fortement freinée par la désaffection croissante à l'égard de l'allaitement maternel que l'on constate dans notre pays. Dans les années quatre-vingt, les lactariums sont définitivement fermés.

9. Les cars sanitaires

En 1946, dans la province du Luxembourg, un ancien camion de l'armée est transformé en premier « car sanitaire » pour assurer aux populations vivant en zones rurales peu accessibles un suivi préventif de qualité. En effet, dans de nombreuses communes, l'existence de consultations est pratiquement impossible.



11

Des services de surveillance des nourrissons à domicile sont organisés et l'infirmière rend aux familles des visites plus fréquentes qu'en ville. Mais dans l'est de la province de Liège et le sud de la province de Namur, la population est à ce point disséminée et le relief géographique si peu favorable qu'il faut chercher de nouvelles formules. En 1952, notamment à Malmedy, un car sanitaire permet de faire chuter de manière considérable la mortalité infantile et d'accentuer la présence de l'ONE auprès de familles plus isolées.

Les autorités communales de ces régions font en commun l'acquisition de cars sanitaires qu'elles mettent à disposition de l'Œuvre. Ces cars parcourent chaque jour un circuit qui les conduit de hameau en hameau et font office de consultation de nourrissons. La surveillance des enfants de familles itinérantes telles que bateliers et forains pose également un problème particulier¹².

Le rapport d'activité de l'ONE de 1990 fait état de six cars auxquels s'en ajoutent deux : un dans la province de Liège qui dessert vingt-six communes avec, à son volant, le premier chauffeur féminin. Le second sillonne seize communes du Brabant wallon. « Il remplace avantageusement une grande partie des consultations périodiques qui fonctionnaient auparavant dans des conditions loin d'être optimales. L'aspect dispersé de la population du Brabant wallon, l'existence de familles socioéconomiquement défavorisées et le grand nombre de gardiennes privées ou encadrées sont autant de préoccupations mieux rencontrées par un service itinérant tel que le car sanitaire. [...] Il faut rappeler que le financement des cars sanitaires repose sur un partenariat entre l'ONE et les communes intéressées. »¹³ Depuis la communautarisation de la

¹¹ Génération ONE. 80 ans de protection maternelle et infantile de l'Office de la Naissance et de l'Enfance. 10 ans d'action du Fonds Houtman. *Le Journal des professionnels de la petite enfance*.

¹² Voir chapitre 12 « Les forains et bateliers ».

¹³ Rapport d'activité ONE 1990.

matière, l'ONE prend désormais également en charge l'achat du car et les communes prennent en charge une quote-part des frais de fonctionnement des cars.

De nos jours, les cars sanitaires permettent toujours l'accès aux services de l'ONE dans les parties les plus retirées du pays. Ils sont progressivement remplacés par des camions tracteurs avec remorques et leur dénomination est devenue « consultations mobiles ».

10. Les consultations prénatales

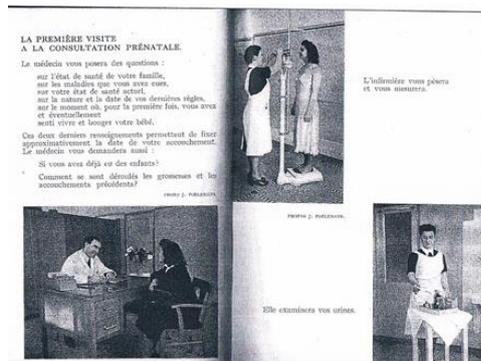


Illustration d'une première visite à la consultation prénatale (Œuvre Nationale de l'Enfance 1919-1969).

En 1953, suite à un congrès consacré à l'étude de la mortalité périnatale organisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), des mesures sont adoptées afin de généraliser le suivi maternel précoce et régulier. C'est la généralisation des consultations prénatales incluant un suivi médical. L'Œuvre fait preuve de pionnière en conseillant aux médecins des consultations prénatales, la détermination du groupe sanguin et du facteur rhésus chez toutes les femmes enceintes, comme il le fera dans les années septante en ce qui concerne la toxoplasmose. En 1958, le Dr Snoeck, président du Comité médical supérieur de l'ONE préconise la préparation à l'accouchement sans douleurs dans toutes les consultations prénatales. Le but étant d'améliorer les relations soignants-soignées et notamment de préparer les femmes (et les pères) à l'accouchement par l'acquisition de connaissances sur la grossesse et l'accouchement.

En pratique les objectifs suivants sont poursuivis :

- Favoriser l'évolution harmonieuse de la grossesse et sauvegarder la santé des futures mères, réduire la morbidité et la mortalité maternelle, 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 parenté responsable, le « métier » de parents, la grossesse... ; être un lieu d'échanges, de dialogue, un lieu de soutien à la parentalité.

Outre les séances en consultations prénatales, le service offert par l'ONE aux femmes enceintes comprend également les visites à domicile, l'entretien au local et les permanences.

Au sein de l'ONE, on distingue deux types de consultations prénatales. Les consultations prénatales de quartier et les consultations prénatales hospitalières. Les premières constituent des structures de proximité gérées par un comité de volontaires comme les consultations de nourrissons. Les futures mères peuvent y faire suivre leur grossesse et bénéficier d'un accompagnement psychosocial organisé par un travailleur médico-social soit à la consultation ONE, soit à domicile.

Mais un plus grand nombre de futures mères sont suivies dans les consultations prénatales hospitalières. Jusqu'en 2003, les relations avec l'hôpital passaient par l'intermédiaire d'un comité local ou d'une ASBL.

Progressivement, les volontaires y ont été remplacés par des médecins ou des employés de l'hôpital. C'est pourquoi le conseil d'administration de l'ONE a approuvé en 2003 une convention type hôpital/ONE pouvant être adaptée à la réalité de chaque institution hospitalière.

L'ONE dispose aussi d'un service de liaison dans la totalité des maternités francophones. Celui-ci permet à un travailleur médico-social d'avoir un contact périnatal avec la future mère ou la nouvelle maman. C'est l'occasion de présenter les services postnatals de l'ONE et de recueillir un certain nombre de données.

11. Les consultations pour enfants

Dans les années cinquante, l'ONE équipe les consultations pour enfants afin d'assurer aussi la vaccination contre le tétanos, la rougeole et la coqueluche. Des médecins acceptent de vacciner tout enfant qui se présente à la consultation et d'autres invitent la mère à s'y rendre avec leur(s) enfant(s). Ces médecins travaillent quasi bénévolement au bénéfice des enfants déshérités de leur quartier. Des pédiatres suscitent l'organisation de consultations multidisciplinaires destinées aux enfants de 3 à 6 ans avec l'aide d'un psychologue, d'un ophtalmologue et d'un oto-rhino-laryngologue.

Tout au long de leur histoire, les consultations de nourrissons se sont adaptées à leur époque, mais, en 2004, une importante réforme a été décidée par l'ONE. Elle visait à promouvoir une manière de travailler basée sur la gestion de projets santé-parentalité quinquennaux (mais pouvant être adapté chaque fois que nécessaire). D'abord, une analyse des besoins est réalisée sur base de statistiques et sur les attentes spécifiques telles qu'elles apparaissent pour la population fréquentant la consultation. Sur cette base, un certain nombre d'objectifs sont définis ainsi que les moyens de les atteindre. Une évaluation du processus intervient au terme des activités. Enfin, une attention accrue et des moyens financiers nouveaux ont été affectés à l'amélioration des locaux et à leur équipement.¹⁴

De 1998 à 2003, ce programme a dû être interrompu faute de moyens financiers suffisants causant la détérioration de l'état des consultations et de leur équipement.

Des actions spécifiques destinées à des populations plus vulnérables vont également être entreprises. C'est le cas des actions en faveur des enfants de forains, de bateliers ou encore des enfants issus de l'immigration récente. Suite aux premières vagues migratoires en provenance notamment d'Italie et de Turquie, l'ONE fait face à ces situations imprévues en organisant par exemple des cours d'italien et de turc pour les infirmières et en publiant des brochures multilingues à l'usage de ces nouvelles familles venues de l'étranger. Plus récemment, dans le cadre des projets santé-parentalité, de nouveaux programmes sont développés tels que les massages pour bébés, les coins-lecture, le dépistage des troubles visuels par l'utilisation d'un rétinomètre, le dépistage et le traitement des troubles du langage. L'ONE créé également un service pour les familles de bateliers.

12. Les forains et bateliers

Partie d'une initiative privée en 1909, l'Œuvre des forains avait pour vocation de grouper, instruire, créer un cadre et permettre aux forains d'exercer leur profession dans de meilleures conditions hygiéniques, économiques et morales.

Dès ses débuts, cette initiative s'installe à proximité du principal centre d'hivernage des forains. Un espace pour passer les mois d'hiver jusqu'à la fin mars. Une des préoccupations de l'Œuvre est de fournir des éléments d'instruction aux enfants. De quatorze élèves la première année, on passe en à peine quelques mois, à la fin décembre 1910, à 115 élèves âgés de 3 à 14 ans.

Malgré le départ des hôtes du camp au printemps, il est décidé que l'instruction des enfants sera poursuivie. À l'instar des familles qui voyagent, les maîtres d'école les suivent sur la route.

En parallèle à cet externat où les enfants reçoivent une éducation tout en vivant auprès de leurs parents, une autre formule voit le jour : l'internat pour les enfants qui n'ont pas la possibilité d'être instruits en famille. Le Home forain, une ASBL fondée en 1924, dirige l'ensemble de ces réalisations.

¹⁴ Rapport d'activité 2009 (Bilan d'une décennie 2000-2009).

L'internat, dont le local était situé dans une maison bourgeoise spacieuse entourée de jardins, prend en charge des garçons et des filles de 0 à 14 ans. Cet établissement porte le statut d'institution libre subsidiée et inspectée par l'État. En plus de l'enseignement dispensé, un service médical scolaire y est assuré. Il est également pertinent de relever que « l'œuvre abrite à titre gratuit des enfants moralement abandonnés ou dont les parents sont malades ».

Pour ce qui est de l'externat, le camp d'hivernage situé à Schaerbeek a une capacité d'accueil de soixante-cinq familles. Le terrain aménagé est pourvu de toilettes et d'égouts, d'éclairage électrique et d'ateliers de menuiserie et de peinture permettant aux occupants de « travailler l'hiver à la réfection de leur matériel ».

Organisées en baraquements, figurent également sur ce terrain une école gardienne, une école primaire (toutes deux subsidiées par l'État) et une cantine d'enfants débiles prise en charge par la commune de Schaerbeek. Les écoles reçoivent une cinquantaine d'élèves. À la fin de l'hiver, au départ des familles, une grande voiture-école prend la route à son tour.

Des cours du soir étaient également dispensés. Les hommes y bénéficiaient des cours généraux alors que les femmes et les adolescentes se faisaient enseigner la coupe et la couture.

En 1925, un projet de voiture-dispensaire est évoqué en vue du grand besoin de promulguer des leçons d'hygiène et de puériculture. On rappelle également l'utilité d'y annexer une consultation volante en raison du fait que les forains n'ont pas pour habitude de fréquenter les consultations de nourrissons.

Henri Velge rapporte « qu'il arrive occasionnellement que des enfants de forains ou de batelier soient présentés en consultation de nourrissons. Le problème étant la nature de l'activité de ces personnes, à savoir l'itinérance, il arrive que les médecins et le personnel des consultations ne disposent d'aucun renseignement quant à l'état de santé des enfants ou le régime qui aurait pu être conseillé dans une autre consultation. Aussi a-t-il été décidé que lorsque des enfants de cette catégorie sont présentés à une consultation de nourrissons, celle-ci remettra aux parents, sous pli fermé, le double de la fiche médicale. Les parents seront invités, lorsqu'ils présentent leur enfant à une nouvelle consultation de nourrissons, d'exhiber cette fiche pour permettre aux médecins de connaître le régime qui a été prescrit ».¹⁵

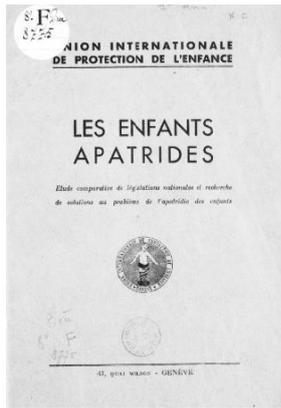
En 1965, le rapport d'activité fait toujours état de l'action « bateliers, forains et ambulants ».

13. L'ONE et les migrations

Depuis sa création, l'ONE se préoccupe du devenir des enfants étrangers séjournant sur son territoire. Dans des publications de l'ONE qui y font référence, on retrouve toujours le désir de prendre conscience de leurs besoins spécifiques (difficultés de langue, habitudes alimentaires, attitudes éducatives différentes), et d'en informer leur personnel afin qu'il adapte ses interventions dans un réel souci d'empathie et de respect.

L'ONE est étroitement associée à la fondation en 1923 de l'Association internationale de la protection de l'enfance qui deviendra en 1946 l'Union internationale de la protection de l'enfance. Cette association a pour but de servir de lien entre ceux qui, dans différents pays, s'intéressent à la protection de l'enfance. Cette association veut faciliter l'étude des questions se rapportant à la protection de l'enfance et favoriser le progrès des législations ainsi que la conclusion d'ententes internationales. Dès sa création, le comité de direction et les fondateurs belges de l'association comprennent des personnalités-cadres de l'ONE : Henri Velge, Henry Carton de Wiart et Pierre Borremans. D'autres personnalités de l'ONE rejoindront l'association, comme Jean Maquet (qui en sera le secrétaire général) et Yvonne Feyerick-Nevejean (qui en sera secrétaire).

¹⁵ VELGE H. *L'Activité de l'Œuvre Nationale de l'Enfance pendant la guerre (1940-1945)*, Œuvre Nationale de l'Enfance, Bruxelles, 1945, p. 65.



Avant la guerre 40-45. « Les contacts avec les familles étrangères semblent n'avoir posé aucun problème majeur, car les étrangers résidents en Belgique étaient le plus souvent originaires de pays voisins. »¹⁶ Pourtant, en 1936 à Malines, le dixième congrès des œuvres de l'ONE est consacré à la protection des enfants étrangers. Le thème était « Égalité entre nationaux et étrangers au point de vue des secours ».¹⁷

Pendant la Seconde Guerre mondiale. L'autorité allemande interdit la présence d'enfants juifs dans les consultations ordinaires. En accord avec l'Association des juifs de Belgique, des consultations sont mises en place dans les centres où il n'en existait pas. Plus tard, le danger de déportation incite les délégués de l'ONE à se charger d'apporter aux enfants juifs les produits distribués dans les consultations. L'Œuvre reçoit également l'interdiction d'héberger des enfants juifs dans ses établissements.

À partir de 1943, une activité clandestine est entreprise et permettra de sauver plusieurs milliers d'enfants juifs. Yvonne Feyerick-Nevejean, directrice de l'ONE à cette période, les sauva soit en les regroupant sous de faux noms à l'abri des « colonies pour enfants débiles », récemment mises en place par les services de l'Œuvre, soit en les retirant d'autorité d'une caserne où les nazis les avaient regroupés.

Yvonne Feyerick-Nevejean supervise également le rapatriement d'enfants dispersés par l'exode, prend en charge le sort des enfants prisonniers de guerre et envoie toutes les infirmières de l'ONE secourir les enfants victimes de bombardements. À la fin de sa vie, Mme Feyerick-Nevejean a été honorée du titre de Juste parmi les justes.¹⁸

Les travailleurs de l'Œuvre suivent largement l'exemple et prennent, eux aussi, des risques afin d'assurer la sauvegarde des enfants en danger, indépendamment de toute considération sur leur origine ethnique ou culturelle.

L'après-guerre. L'ONE se préoccupe des orphelins de guerre, elle organise et supervise l'accueil dans des familles belges d'enfants britanniques et autrichiens pour des périodes de vacances.¹⁹

1954. L'ONE crée un service spécial (dix infirmières) spécifiquement consacré aux enfants de forains (sur les foires), de bateliers (dans les ports) et de parents « ambulants » se déplaçant en roulotte. En un an, ce service touche 400 enfants et cinquante femmes enceintes. En 1955, ce service touche 850 enfants.

1956-58. Suite à l'arrivée au camp de Seille (près d'Andenne) de 750 réfugiés politiques venus de pays communistes du sud-est de l'Europe dont 500 enfants, l'ONE organise immédiatement une surveillance des futures-mères et des enfants. Suite aux événements en Hongrie, elle supervise également le parrainage d'enfants hongrois réfugiés en Autriche.

1967. L'ONE consacre quatorze pages de son rapport d'activité qui en fait cinquante à la situation des « familles étrangères ». L'ONE y remercie ses nombreux collaborateurs pour leur « attitude accueillante et

¹⁶ Œuvre Nationale de l'Enfance, *Rapport d'activité sur l'exercice 1967*, pp. 5-19.

¹⁷ *L'Enfant*, ONE, n° 1, 1937.

¹⁸ GARFINKELS B., sous la dir. de GOTTSCHALK M. *Les Belges face à la persécution raciale 1940-1944*, Éd. de l'Institut de sociologie de l'Université libre de Bruxelles, 1965.

¹⁹ Œuvre Nationale de l'Enfance, *Rapport d'activité sur l'exercice 1951*, 1955.

compréhensive qui a aidé les familles immigrantes à vaincre l'impression de dépaysement qu'elles éprouvaient ». En 1967, 10 % des naissances en Belgique ont une mère étrangère.

1968. L'ONE réalise une étude auprès de toutes ses infirmières. Parmi 23 617 enfants suivis, 27 342 sont étrangers (soit 12 %). Parmi ceux-ci 80 % sont originaires de pays méditerranéens (Italie, Espagne, Maroc, Grèce, Turquie) ; 95 % de ces enfants sont groupés dans quatre provinces (Hainaut 32 %, Brabant 26 %, Liège 22 %, Limbourg 14 %).

Les difficultés rencontrées sont regroupées en sept catégories différentes pour lesquelles des solutions sont recherchées : communication, adaptation à de nouveaux modes de vie, logements vétustes, problèmes sociaux et financiers, méconnaissance et méfiance vis-à-vis des services médicaux, rejet par une partie de la population belge, isolement. De multiples solutions sont mises en place pour améliorer le quotidien de ces familles : recours à des interprètes bénévoles, traduction des documents de promotion de la santé, publication de lexiques de mots usuels en différentes langues, l'apprentissage par les professionnels de certaines langues étrangères... et toujours un souci de mieux connaître l'autre pour mieux le comprendre et l'aider.

Le rapport de 1967 se termine sur ces mots : « Les 10 % d'enfants étrangers qui naissent dans notre pays justifient certainement tous les efforts que chacun fera en vue de leur assurer une enfance heureuse et de les préparer ainsi à assumer demain leur pleine responsabilité de citoyen dans notre pays, dans le leur et peut-être ailleurs dans le monde. »

XXI^e siècle. On ne parle plus d'étrangers, mais de migrants, de réfugiés, de primo-arrivants, de « sans-papiers ». Dans les rapports d'activité de l'ONE, ils sont très peu évoqués en tant que tels. Ils sont le plus souvent repris dans des considérations globales concernant les populations les plus défavorisées, la volonté d'universalisme et d'accueil de tous, quel que soit le statut officiel (avec papiers ou sans-papiers), la volonté régulièrement affirmée de lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales et de santé. Cependant, à travers la base de données médico-sociales (BDMS), on peut se représenter l'importance de ces populations.²⁰ Dans la population des enfants qui fréquentaient une consultation à l'âge de 9 mois, entre 2005 et 2012, on a recensé en moyenne 12 % d'enfants dont la mère était en Belgique depuis moins de cinq ans.

Tableau 4.2.14 :
La mère vit en Belgique depuis moins de 5 ans

		Bilans 9 mois					Bilans 18 mois				
		2005	2009	2010	2011	2012	2005	2009	2010	2011	2012
Oui	%	25,3%	11,9%	13,7%	12,8%	13,4%	22,1%	10,2%	11,7%	11,4%	11,6%
Non	%	74,7%	88,1%	86,3%	87,2%	86,6%	77,9%	89,8%	88,3%	88,6%	88,4%
Total 100%	n	6989	9895	11289	11096	11359	6478	8231	8514	9123	9223
Inconnues exclues	%	36,6%	6,5%	5,6%	5,5%	5,9%	6,1%	6,7%	9,9%	5,4%	6,7%

BDMS ONE, «Bilans de santé»

Lors du Bilan de santé à 9 mois, la proportion des mères séjournant en Belgique depuis moins de 5 ans a oscillé entre 11,9 % en 2009 et 13,4 % en 2012 alors qu'en 2005, elle était de 25,3 %. A cette époque, toutefois, la proportion de données inconnues atteignait 36,6 %.

Les nationalités d'origine²¹ des mères et des pères deviennent de plus en plus variées. Ainsi, en 2012, une analyse du profil des femmes enceintes suivies en consultations prénatales de l'ONE montrait que les femmes d'origines étrangères provenaient de 120 pays différents ; 12 % sont d'origine marocaine, 10 % d'origine subsaharienne et 9 % proviennent de pays de l'Union européenne.

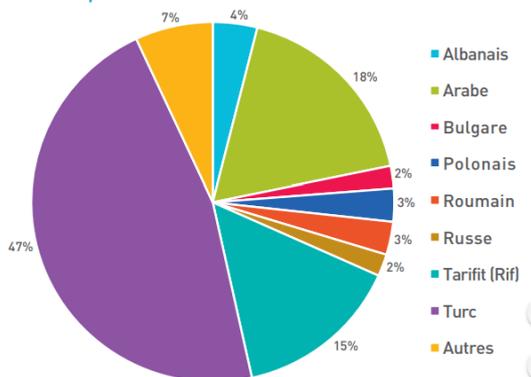
Malgré le peu de publications spécifiques, dans les faits, il y a toujours eu au sein de l'ONE la même volonté d'ouverture à l'autre et d'équité dans les interventions. Ces actions sont le résultat d'un important engagement des équipes médico-sociales de terrain et particulièrement des TMS, présents dans les centres d'accueil pour réfugiés, dans les quartiers les plus défavorisés, dans certaines gares et certains parcs où se

²⁰ Rapport de la banque de données médico-sociales de l'ONE 2015, p. 17.

²¹ On entend par nationalité d'origine la nationalité du père ou de la mère à la naissance de l'enfant.

regroupent souvent les nouveaux arrivants. Un indicateur extrêmement important de cette implication se trouve dans les informations concernant l'interprétariat social, fruit de collaborations avec les services wallons et bruxellois de traduction et d'interprétariat en milieu social (SeTIS). Lorsque les TMS rencontrent des familles qui ne maîtrisent pas le français, elles peuvent faire appel à ces services d'interprétariat social. Ainsi en 2014, on notait que les SeTIS avaient mis à la disposition des TMS des interprètes sociaux dans trente-neuf langues orales et vingt-sept langues écrites. Ces interventions représentaient environ 9 000 heures de prestations par an.²²

Répartition des langues d'intervention des interprètes sociaux



Mais l'ONE ne dispose pas des moyens de résoudre l'ensemble des problématiques psychosociales engendrées par l'arrivée de nouveaux migrants. À plusieurs reprises, l'ONE est intervenu sur le plan politique pour dénoncer la situation dramatique des futures mères, jeunes mamans et jeunes enfants, sans-papiers et parfois sans logement, errant dans les gares et les grandes villes. Il faut reconnaître que ces appels, s'ils sont suivis d'une mobilisation des autorités communales et d'ASBL caritatives, notamment dans certaines grandes villes (Bruxelles, Charleroi, Mons, Liège), le sont beaucoup moins au niveau national. C'est le cas en ce qui concerne la demande récurrente des collèges médicaux de faire de la période de la grossesse et de la petite enfance une période protégée pendant laquelle les soins médicaux et les besoins vitaux de base (logement, alimentation, sécurité) sont garantis.²³

Le Fonds Houtman. Ce fonds est créé en 1989 suite au legs de feu Herman Houtman en faveur de l'ONE. Il a pour vocation première de financer et d'accompagner des actions, des recherches-actions et des recherches réalisées dans le champ de l'enfance en difficulté en Fédération Wallonie-Bruxelles. Adossé à l'ONE, il consacre une part de ses subventions aux problématiques liées à l'immigration. Notamment : le soutien à l'association MPORE en vue d'aider les enfants rwandais réfugiés en Belgique à surmonter les suites du génocide ; une importante recherche-action interuniversitaire « Uni-Sol », consacrée à la santé des primo-arrivants ; le soutien du GAMS, groupement d'hommes et de femmes africains et européens qui lutte contre les mutilations sexuelles féminines ; le projet « Paroles d'ici et d'ailleurs » développant une méthode de prévention des troubles de l'appropriation de la langue française dès la maternelle ; l'aide au centre Exil qui favorise les mères « résistantes-résilientes » qui face à la violence humaine (génocide, guerre, violences de genre, exil...) développent néanmoins des pratiques de soins et de protection de leurs enfants ; une recherche en faveur des mineurs étrangers non accompagnés (MENA), afin de mieux connaître la problématique des jeunes arrivant en Fédération Wallonie-Bruxelles et de développer de meilleurs dispositifs d'accueil.

²² Rapport d'activité de l'ONE 2014.

²³ Rapport d'activité de l'ONE 2013, p. 25.

14. La prématurité

Durant les années soixante, l'évolution du travail féminin s'accélère et la pénurie de places d'accueil va générer la multiplication de sections de pré-gardiennats d'enfants de moins de 3 ans sur les sites scolaires : une situation dénoncée par l'ONE.

En 1970, l'ONE introduit un nouveau mode de financement des crèches pour couvrir les frais d'encadrement des enfants par des professionnels. Les crèches deviennent un service public ouvert à toutes les familles. (cf. partie « Accueil »)

En 1978, alors que la prématurité constitue une préoccupation essentielle, une campagne de prévention est menée, entraînant notamment le développement des visites à domicile en particulier auprès des mères à risque et la mise en place de séances d'éducation à la santé collective. C'est aussi à cette époque que l'ONE engage des conseillers gynécologues.

La prise de conscience de plus en plus grande de l'impact des facteurs psychosociaux sur le développement de la grossesse et le devenir de l'enfant va contribuer, quelques années plus tard, à la création des centres périnataux.

Le centre périnatal est une structure intégrée dans une maternité dont l'objectif est d'assurer le suivi de la femme enceinte et d'améliorer l'accompagnement psychosocial de la famille pendant toute la période pré et postnatale.

Entre 1979 et 1983, l'Œuvre subventionne une recherche interuniversitaire sur le thème de la maltraitance et de la négligence. Les conclusions soulignent l'importance d'un soutien précoce de l'enfant maltraité et des familles en crise, la nécessité d'orienter les services dans le sens d'une approche préventive et pluridisciplinaire. Elles montrent que le phénomène de maltraitance se retrouve dans tous les milieux sociaux.

L'ONE décide de multiplier les équipes pluridisciplinaires sur l'ensemble de la Communauté française et le pouvoir exécutif de la Communauté française promulgue en 1985 un décret précisant leurs missions et composition. Un service SOS Enfants (cf. SOS Enfants) est constitué, ainsi qu'un Comité d'accompagnement de l'enfance maltraitée (CAEM).

15. Le décret du 9 mars 1983

Différentes réformes institutionnelles sont mises en place à partir de 1970 et l'Œuvre Nationale de l'Enfance cède progressivement la place à l'Office de la Naissance et de l'Enfance. Toutefois, il est important de préciser que le processus ne sera définitif qu'au 1^{er} février 1987...

Suite au décret du 9 mars 1983, la Communauté française disposant d'un Parlement et d'un pouvoir exécutif gère les matières dites personnalisables, telles que celles confiées à l'ONE. Kind en Gezin est désormais compétent pour la partie néerlandophone du pays et le ministère de la Communauté germanophone pour celle-ci.

Dans le secteur des consultations, la préoccupation de qualité et d'accessibilité se traduit notamment par une politique d'évaluation qui favorise la création de la banque de données médico-sociales en 1983 et sa généralisation à l'ensemble de la Communauté en 1987, et par la volonté de maintenir un service universel. Le Collège des pédiatres a élaboré un programme de suivis de 0 à 6 ans formalisé dans le *Guide de médecine préventive*. Un effort particulier a été entrepris pour accroître la performance des examens de dépistage, en particulier ceux de la vue et de l'ouïe. L'ONE a également élaboré un nouveau carnet de santé de l'enfant et un carnet de la mère. Par l'intermédiaire des parents, ces outils peuvent servir de lien entre tous les professionnels de la santé. Sur le terrain aussi, de nombreuses expériences de promotion de la santé et de la bientraitance se développent autour des consultations.

16. SOS Enfants²⁴

Suite à un constat affligeant, un service SOS Enfants est créé en 1985.

En 1998, une révision législative relative à l'enfance maltraitée abonde dans le sens d'une responsabilité de tous les intervenants en contact avec les enfants et devrait inciter à une meilleure coordination. Malgré la diversification des équipes SOS Enfants, l'ONE garde un rôle spécifique notamment grâce au travail de proximité réalisé par les TMS auprès des futures mères et des jeunes enfants qui restent les premières victimes de la maltraitance.

17. Le décret du 12 mars 1990

En janvier 1987, après un appel à la communautarisation définitive de l'ONE, quatre arrêtés confirment le transfert de certaines matières aux Communautés. Le décret du 30 mars 1983 est une nouvelle fois modifié par le décret le 12 mars 1990. Divers articles sont adaptés, mais les principaux changements concernent les structures internes et l'article 5 qui régit l'accueil de l'enfant (cf. partie « Accueil »).

Ce décret modifie en profondeur le décret du 9 mars 1983 en y apportant des améliorations ou des précisions. Cela concerne des aspects financiers, la modification de certaines instances et la transformation des fonctions dirigeantes. Le décret règle aussi définitivement le transfert du personnel de l'Œuvre Nationale de l'Enfance vers l'Office de la Naissance et de l'Enfance.

18. ONE Adoption

Suite à la communautarisation d'une partie importante de la Protection de la jeunesse, le décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse est voté. Sur cette base, l'ONE crée le service ONE Adoption qui prendra initialement la forme d'une ASBL.

Il s'agit d'un service ayant pour mission d'accompagner et de guider des parents de naissance souhaitant confier leur enfant en adoption, ainsi que de recevoir et d'examiner la candidature de parents adoptants. Les enfants confiés doivent être nés ou résider en Fédération Wallonie-Bruxelles. Ils ne viennent donc pas de l'étranger, même si leurs parents de naissance sont de toute origine.

L'équipe d'ONE Adoption tente d'écouter toute demande, au cas par cas, et de rester ensuite, si nécessaire, à la disposition des uns et des autres. Elle reçoit également les personnes ayant un projet de recherche d'un parent de naissance ou d'un enfant confié de longue date, et se propose éventuellement comme intermédiaire.

En 2009, ce service est intégré à l'ONE et rejoint le département Accompagnement. Cette intégration a modifié de nombreux aspects de sa gestion administrative, mais a ouvert également de nouvelles perspectives de collaboration avec des équipes déjà présentes en son sein tout particulièrement avec les TMS des consultations prénatales.

La loi du 24 avril 2003 réformant l'adoption a profondément modifié la législation afin de souscrire aux principes de la convention de la Haye du 29 mai 1993.

Le décret du 31 mars 2004 relatif à l'adoption vise à mettre en place des mécanismes compatibles avec le prescrit de la loi fédérale et à assurer une continuité avec la politique menée en Communauté française. En 2005, une réforme de l'adoption voit le jour. Celle-ci entraîne pour les organismes agréés d'adoption une implication grandissante au niveau du suivi administratif des dossiers, mais aussi des aménagements dans la structure des entretiens et des rapports pour le suivi des candidats adoptants, des enfants confiés en vue d'une adoption.

Les organismes d'adoption agréés (OAA) sont également investis d'une mission dans le cadre des adoptions intrafamiliales. Enfin, la loi du 18 mai 2006 donne aux couples de même sexe la possibilité d'adopter. Cette

²⁴ Voir le chapitre 16 « La prévention de la maltraitance » dans la partie « Avancées scientifiques ».

loi engendrera pour le service une réflexion profonde et nécessaire sur l'accompagnement et la prise en charge des candidats adoptants.

19. Les travailleurs médico-sociaux (TMS)

Après les « dames patronnesses » et les « infirmières visiteuses », en 1945, le terme « d'infirmières d'hygiène sociale » apparaît dans les publications de l'ONE.²⁵ Depuis toujours, il s'agit majoritairement de femmes.

En 1954, on parle aussi des « infirmières hygiénistes sociales » et puis enfin, en 1957, des « infirmières sociales » ou encore des « assistantes médicales », avant qu'elles ne deviennent des « travailleurs médico-sociaux » et agents de l'État au début des années quatre-vingt. Ces dénominations changeantes révèlent la complexité de leur formation – sociale et médicale – qui se fait de plus en plus pointue tout comme la difficulté de les recruter. Il semble que l'appellation de TMS apparaisse progressivement et quasi implicitement. Pierre Huvette, dans son éditorial de la revue *L'enfant* en 1983, utilise précisément ce terme.²⁶

Selon Annie Beckers, successivement TMS, inspectrice-chef, responsable du service SOS Enfants et membre du service Études de l'ONE : « La dénomination TMS date effectivement du début des années quatre-vingt. C'est une inspectrice de la région bruxelloise (Rita Van Humbeek) qui en a suggéré le terme. La dénomination de l'époque était assistantes médicales (AM) et incluait l'action menée (indifféremment) par des infirmières sociales, assistantes sociales et quelques infirmières hospitalières. C'était en particulier le mot "assistantes" qui déplaisait et "médicales" n'était pas adapté aux assistantes sociales. » Leur rôle n'a pas beaucoup changé avec le temps. C'est plutôt l'approche méthodologique qui se voit modifiée, le métier est recentré en fonction de l'évolution de la société.

Le rapport d'activité de 2016 fait état d'une recherche sur l'identité professionnelle des TMS, qui ont un rôle d'éducation à la santé et de prévention. Il est également précisé que l'ONE emploie 819 travailleurs médico-sociaux qui travaillent sur l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles, sur le terrain local, au contact direct des enfants de 0 à 6 ans et de leur famille.

L'action du TMS de l'ONE

La mission du TMS est centrée sur la promotion du bien-être de l'enfant. C'est un professionnel (M/F) de la santé et de l'enfance. Il mène une action de prévention et de soutien à la parentalité au bénéfice de l'enfant et de ses parents. Le service proposé est un service universel (accessible à tous), gratuit et sur base volontaire. Le TMS propose son offre de services à toutes les familles, il ne l'impose pas. Il effectue un travail de proximité.

Le TMS développe son action au travers des structures ONE : en consultations prénatales, en consultation pour enfants (y compris lors des séances dans les milieux d'accueil et les centres de réfugiés, ainsi que dans les cars sanitaires).

L'ONE organise des services de liaison dans toutes les maternités et dans certaines unités de néonatalogie. L'action des TMS se prolonge également au domicile des familles.

Le TMS accompagne et soutient l'enfant et sa famille avant la naissance et tout au long des six premières années de vie de l'enfant. Son action se place donc dans une perspective de long terme permettant de tisser un lien de confiance avec la famille et de suivre l'enfant à différents moments clés de son développement. Le suivi universel est complété par un suivi renforcé lorsque le TMS rencontre des situations de vulnérabilité. Il met alors en place un accompagnement plus important où il est particulièrement attentif et patient dans la construction de la relation de confiance. Le développement d'un travail en réseau s'avère indispensable. Le TMS exerce son rôle au travers de différents moyens d'action. Il rencontre les familles à l'occasion des consultations médicales, lors de visites à domicile, d'entretiens et de permanences au local, de séances de dépistage visuel ou lors d'activités collectives.

²⁵ Rapport d'activité 1945-1959.

²⁶ *L'enfant*, 1983 4-5 p. 5.

Le métier de TMS comprend des facettes médico-sociales et relationnelles. Infirmier, sage-femme ou assistant social de formation, le nouveau TMS est pris en charge dans le cadre d'un dispositif d'accueil, d'intégration et de formation qui lui permet de renforcer ses compétences dans les différents domaines requis pour exercer la fonction. La formation théorique est couplée à un apprentissage pratique sous la coupole d'un tuteur-TMS. Par la suite, il bénéficie des formations pour assurer le développement de ses compétences et pour le soutenir dans son métier.

Dans son action, le TMS développe une approche systémique et globale. La santé est un tout et l'accompagnement des enfants et de leurs parents est réalisé en prenant en considération les divers aspects de leur situation. Le TMS, au fur et à mesure des contacts avec l'enfant et ses parents, prend le temps de l'observation et de l'analyse de la situation. Les outils qu'il utilise, en période prénatale ou postnatale, sont d'ailleurs conçus pour favoriser cette vision globale de la situation de l'enfant ou/et de la (future) mère dans son environnement familial.

Le TMS adopte, dans ses rencontres avec les familles, une attitude d'écoute active et d'empathie. Il peut ainsi détecter les besoins, les préoccupations et les attentes de la famille. Le TMS met aussi en œuvre la bientraitance lors des entretiens avec les parents. Il est amené à rencontrer et accompagner des familles de tous horizons, de cultures très différentes, avec des situations sociales parfois complexes.

Il veille à se décentrer de ses propres représentations et à s'appuyer sur les compétences parentales et sur les ressources familiales. Il installe un dialogue, dans le cadre d'une relation respectueuse des savoirs, du vécu et des compétences de chacun. La famille est toujours considérée comme le premier partenaire.

Il a une connaissance fine de la situation de l'enfant et de sa famille. Chaque situation étant unique, l'intervention et ses objectifs sont personnalisés et adaptés.

Le TMS de l'ONE ne travaille pas seul. Il exerce son métier dans la complémentarité avec d'autres acteurs, ce qui lui permet de renforcer son efficacité. Toutes les situations rencontrées ne relèvent pas de ses missions et doivent être relayées aux acteurs compétents. Ces partenaires peuvent évidemment être internes ou externes.

Dans les consultations pour enfants, le TMS travaille en étroite collaboration avec le médecin avec lequel il forme un binôme dans le cabinet médical avec des actions complémentaires.

La connaissance et le lien de confiance que le TMS tisse avec la famille enrichissent le contenu de la consultation en y apportant des informations sur les conditions de vie de l'enfant.

Au sein des structures hospitalières, le TMS collabore avec les différents acteurs de l'hôpital : médecins, sages-femmes, personnel infirmier, service social, psychologues...

Sur le terrain local, le recours aux ressources et compétences disponibles permet d'optimiser l'accompagnement des familles sur le plan individuel et collectif.

Les partenaires habituels sont les communes, les CPAS, les services d'aide aux jeunes en milieu ouvert (AMO), les équipes SOS Enfants, les services d'aide à la jeunesse (SAJ) et les services de protection judiciaire (SPJ), les services d'aide aux familles, les services de santé mentale, les services d'aide précoce, les services de promotion de la santé à l'école (PSE), la Ligue des familles, les centres de planning familial, les maisons médicales, les milieux d'accueil, les mouvements féminins...

Le TMS dispose de différents soutiens et ressources en interne : les membres de l'équipe échangent sur des situations et des pratiques avec les responsables directs (coordinateurs accompagnement), les référents maltraitance pour l'analyse de situations et pistes possibles notamment si des inquiétudes relatives à de la négligence ou de la maltraitance d'enfant se font sentir.

Il dispose de documents réalisés par des experts. Les référents en éducation à la santé (référents EDUS) peuvent les soutenir dans les actions d'éducation à la santé développées sur le terrain, ainsi que les diététiciennes de l'ONE pour toutes les questions relatives à l'alimentation.

Le principe de continuité de l'accompagnement guide l'action des TMS. La collaboration entre TMS des différents services est indispensable. Cela se concrétise par des visites communes et des échanges d'informations utiles dans le respect du secret professionnel partagé et de la transparence vis-à-vis des parents.

Les répercussions des séjours écourtés en maternité pour les TMS

En janvier 2015 sont entrées en application des mesures prises par la ministre fédérale de la Santé publique visant à réduire la durée de séjour en maternité, en principe, pour les mères et leur bébé ne présentant pas de vulnérabilité particulière. La réduction des séjours en maternité a modifié le cadre d'intervention des différents acteurs assurant la prise en charge périnatale et postnatale.

Selon la recherche réalisée par l'ONE sur le réseau périnatal, recherche finalisée en décembre 2016, les dispositifs mis en place par les hôpitaux pour assurer les soins postpartum à la mère et à l'enfant sont fort différents d'un hôpital à l'autre.

Les TMS de l'ONE se sont retrouvés dans ce nouveau contexte avec beaucoup de questionnements sur leur propre rôle. Ils ont en effet été confrontés à l'intervention de sages-femmes à domicile, lieu d'intervention qui leur était spécifique jusqu'à lors. Une collaboration entre TMS et sages-femmes s'est mise en place positivement à certains endroits, mais des tensions se sont manifestées à d'autres.

L'intervention de nouveaux acteurs dans le champ de la périnatalité, et particulièrement à domicile au niveau du post natal, amène l'ONE à redéfinir l'offre de service de ses acteurs de première ligne et à développer des collaborations.

Par ailleurs, il est évident. Le service de liaison devra être anticipé vers la fin de la grossesse, du fait que les TMS auront, à l'avenir, moins souvent l'occasion de rencontrer les nouvelles mamans durant le séjour à la maternité ».²⁷

20. L'accompagnement de 2002 à 2009

Le décret du 17 juillet 2002 a conforté l'ONE en tant qu'organisme ayant en charge l'ensemble de la protection maternelle et infantile et lui a également confié pour mission de mener des actions de soutien à la parentalité et de promotion de la santé.

Depuis le décret de 2002, le département Accompagnement de l'ONE a fait évoluer son organisation en la structurant autour de deux directions, deux services et une coordination.

- La direction des Consultations et des Visites à domicile (DCVD) se charge du suivi administratif et financier de l'ensemble du secteur en ce qui concerne les agréments, les contrats des médecins, les honoraires médicaux, les subventions de fonctionnement, les subventions en vue de l'équipement ou de l'amélioration des locaux ainsi que, depuis l'entrée en vigueur de l'arrêté du 9 juin 2004, du projet santé-parentalité (PSP) et des programmes annuels d'activités (PAA). Les rôles sont ainsi mieux définis (pour les médecins, passage du paiement à l'acte au paiement à l'heure sur base d'une demande des médecins eux-mêmes). La DCVD est en contact régulier avec les comités des consultations, les médecins, les coordinateurs et les TMS, et leur apporte l'aide administrative la plus efficace possible pour faciliter la gestion de leur structure.
- La direction de la coordination Accompagnement assure l'encadrement, le soutien et l'évaluation des TMS grâce aux coordinateurs accompagnement répartis dans les différentes subrégions. La fonction de coordinateur (M/F) accompagnement fait son apparition en 2002. Elle remplace celle d'inspecteur PPMS (prévention psycho-médico-sociale) avec une nouvelle appellation qui traduit l'évolution d'une fonction vers des aspects d'encadrement d'intervenants de première ligne ainsi que d'accompagnement et d'évaluation du fonctionnement des consultations ONE.
- Le service SOS Enfants assure la coordination de l'action enfance maltraitée. En 2004, la fonction de « référent maltraitance » est créée et prend un véritable essor en 2006. Cette fonction assure un soutien et un accompagnement aux TMS dans leur travail de prévention de la maltraitance. Les

²⁷ Rapport d'activité 2016.

référents maltraitance sont rattachés au service SOS Enfants, et donc au département Accompagnement de l'ONE

Au cours de cette décennie, l'action « enfance maltraitée » voit le nombre d'équipes SOS Enfants passer de dix à quatorze pour le postnatal. Ce secteur concerne donc en tout dix-sept équipes dont trois anténatales et quatorze postnatales.

- Le service ONE Adoption, qui auparavant était une ASBL créée à l'initiative de l'ONE, est intégré en fin de décennie au département Accompagnement.
- La coordination médicale du secteur est assurée par le médecin coordonnateur. Ce dernier a pour mission, en liaison avec les collègues des conseillers médicaux (pédiatres/gynécologues et sages-femmes), le Conseil médical et le Conseil scientifique, d'assurer un suivi de l'activité médicale au sein de l'Office. Il intervient également à titre d'expert pour toutes les questions d'ordre médical.

Ces dix dernières années sont consacrées à la modernisation du cadre de fonctionnement des consultations pour enfants et à la spécialisation des acteurs qui les animent, à savoir les bénévoles, les TMS, les médecins et les sages-femmes. L'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 9 juin 2004 portant réforme des consultations pour enfants, concrétise cette évolution. Il est également consacré à l'amélioration des locaux. Une partie du financement est accordée par la Loterie nationale.

Une profonde réflexion est entamée dans le secteur prénatal et aboutira à la réforme de l'action périnatale. Celle-ci constitue une réponse aux évolutions rapides que connaît notre société ainsi qu'aux mesures fédérales prises en vue de limiter les durées de séjour à la maternité. Elles nécessitent d'envisager le suivi de la grossesse, l'accouchement, la sortie de la maternité et le suivi postpartum de manière plus globale. Dans ce contexte, une attention accrue est réservée à l'articulation avec le travail des sages-femmes.

L'objectif consiste à conserver et à développer le dynamisme de ces secteurs. Bien qu'ils constituent l'activité la plus ancienne de l'ONE, ils gardent toute leur pertinence au moment où les difficultés économiques ont un impact réel sur la manière dont la population fait face aux soins de santé. Au moment aussi où de nombreux travaux de recherche partout dans le monde indiquent combien la précocité de l'intervention psychosociale en soutien et en accompagnement des familles constitue un élément déterminant pour le développement cognitif et affectif de l'enfant.

21. La prévention de la santé à l'école

Suite à la sixième réforme de l'État, les missions de l'ONE se sont élargies de manière importante. La médecine scolaire et le programme de vaccination lui ont été confiés. Le département Accompagnement a donc vu le nombre d'enfants suivis augmenter de manière très importante puisque la prévention de la santé à l'école (PSE) touche plus de 750 000 élèves et étudiants de l'école maternelle à l'enseignement supérieur non universitaire. Il s'agit-là d'une opportunité pour améliorer la continuité et l'intégration du travail des consultations et de la médecine scolaire.

La PSE doit faire face à de nombreux défis pour s'adapter aux besoins des élèves, des parents et des écoles. Elle est passée d'une vision centrée sur la santé individuelle de l'enfant à la promotion de la santé. De la visite médicale traditionnelle, elle a étoffé progressivement ses activités afin de développer des initiatives, seule ou en partenariat avec d'autres services locaux de promotion de la santé. L'ensemble de ces interventions font l'objet d'un projet de service élaboré par chaque service PSE. Dans la pratique, leur rôle consiste à :

- Accompagner les pouvoirs organisateurs des écoles, leurs directions et équipes pédagogiques dans la conception, le développement et l'évaluation d'interventions de promotion de la santé. Les activités sont développées à partir des demandes et besoins. La mise en place d'interventions est élaborée en partenariat avec divers acteurs et, dans la mesure du possible, s'intègre dans le projet d'établissement.
- Assurer la visite des bâtiments scolaires selon une grille d'évaluation relative à l'hygiène, à la sécurité des élèves et à la promotion d'un environnement sain.

- Promouvoir des outils pédagogiques, des pratiques de promotion de la santé et des méthodologies de travail qui peuvent être utilisés par les acteurs de l'école pour améliorer la santé, la sécurité et le bien-être de tous.

La promotion de la santé est un concept plus large que celui de l'éducation pour la santé. Il concerne les politiques de santé à l'école, l'environnement physique et social des établissements, les programmes d'enseignement, les liens avec les partenaires (services communaux, associations, services de santé...), la participation de tous.

Les projets de service visent à :

- Permettre aux élèves de s'approprier des connaissances, des savoir-faire et des savoir-être pour prendre soin de leur propre santé.
- Agir sur l'environnement scolaire pour le rendre favorable à la santé de ceux qui y vivent.
- Faire participer activement la communauté scolaire (enseignants, parents, élèves, services externes à l'école...) à la réalisation de projets de prévention et de protection de la santé physique, mentale et sociale.

22. Le programme de vaccination

Le programme de vaccination a pour but d'améliorer les taux de couverture des vaccins faisant l'objet d'une recommandation par le Conseil supérieur de la santé. Il vise à mettre ces vaccins gratuitement à la disposition des professionnels de santé. À l'exception notable de la vaccination contre la poliomyélite, aucun autre vaccin n'est obligatoire. Cependant, l'ONE est un ardent défenseur des bénéficiaires de la vaccination, tant pour protéger les individus que la collectivité. C'est pourquoi il impose certaines vaccinations pour pouvoir fréquenter des milieux d'accueil de la petite enfance où se côtoient des enfants que la vaccination protège et des enfants qui n'ont pas encore pu recevoir l'ensemble de doses nécessaires.

À côté de la mise à disposition gratuite des vaccins, l'ONE réalise lui-même ou en s'appuyant sur des partenaires des campagnes d'information du grand public, des parents et des professionnels à propos de la vaccination.

23. L'accompagnement aujourd'hui

De nos jours, l'ONE propose une série de services gratuits aux futurs parents et aux parents, dont les consultations prénatales et pour enfants.

On dénombre plus de cinquante consultations prénatales en Fédération Wallonie-Bruxelles. Outre la surveillance de la santé de la future maman et du fœtus, le médecin en consultation prénatale travaille en collaboration avec les TMS à l'accompagnement psycho-médico-social des futurs parents et au soutien à la parentalité.

En outre, le service néonatal de l'ONE, intégré en structure hospitalière, consiste en un suivi des parents dont les enfants sont hospitalisés en néonatalogie. Les « TMS de liaison » y accompagnent la sortie de l'hôpital de la mère et le retour de l'enfant à son foyer.

Les consultations pour enfants – près de 550 en Fédération Wallonie-Bruxelles – permettent aux parents de bénéficier d'un suivi psycho-médico-social préventif pour leur(s) enfant(s). Outre l'examen médical, des activités diversifiées d'éducation à la santé et de soutien à la parentalité y sont proposées.

Pour compléter ce travail, les TMS de l'ONE effectuent des visites à domicile appropriées aux besoins des familles.

L'ONE gère également le secteur de la prévention de la maltraitance de l'enfant via le travail des quatorze équipes SOS Enfants. Elles couvrent l'ensemble du territoire. L'ONE veille à assurer avec elles ainsi qu'avec les commissions de coordination de l'aide aux enfants victimes de maltraitance qui fonctionnent dans les différents arrondissements (divisions) judiciaires. À partir de 2017, des services d'accompagnement périnatal accompagnent les familles les plus vulnérables tout au long de la grossesse et durant les premiers

mois de vie de l'enfant. Le service ONE Adoption accompagne les parents de naissance, les adoptés et les adoptants, et réalise l'adoption d'enfants nés ou résidant en Fédération Wallonie-Bruxelles.

BIBLIOGRAPHIE

MARISSAL Cl. (2014). *Protéger le jeune enfant. Enjeux sociaux, politiques et sexués (Belgique, 1890-1940)*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles.

VELGE H. *L'activité de l'œuvre Nationale de l'Enfance pendant vingt-cinq ans (1915-1940)*, Bruxelles, Œuvre Nationale de l'Enfance.

Revue mensuelle, ONE 1926, n° 4.

Revue mensuelle, ONE 1927, n° 9.

VELGE H. *Activité de guerre 1940-1945*.

Rapport d'activité ONE 1945-1959.

L'Enfant, troisième trimestre 1948.

Œuvre Nationale de l'Enfance 1919-1969, plaquette commémorative.

GAROT L. *Médecine sociale de l'enfance et œuvres de protection du premier âge*, Éd. Desoer, Liège.

Rapport sur l'activité de l'Œuvre Nationale de l'Enfance-exercice 1952.

L'Enfant, n° 4-5, 1983.

L'Enfant, n° 2, 1984.

MASUY-STROOBANT G., HUMBLET P.C. (2004) *Mères et nourrissons : de la bienfaisance à la protection médico-sociale (1830-1945)*, Bruxelles, Labor.

MASUY-STROOBANT G., DEVOS P. (2017). Le créateur de la consultation *InfONE* n° 2/2017, Bruxelles, ONE.

BAUWENS N. (1919). *L'Œuvre Nationale de l'Enfance - 1983 l'Office national de la naissance et de l'enfance*.

Rapport d'activité ONE 1990.

Génération ONE, 80 ans de protection maternelle et infantile de l'Office de la Naissance et de l'Enfance. 10 ans d'action du Fonds Houtman, *Le Journal des professionnels de la petite enfance*.

Rapport annuel 2009 ONE. Bilan d'une décennie 2000-2009.

Rapport d'activité ONE 2016. L'ONE en actions.

SOMMER M. (2009). *Histoire de l'ONE*.

SOMMER M. *Les infirmières visiteuses*, document PowerPoint, janvier 2018.

Site web ONE 2018.

LOMBAERTS M., avec la collaboration de J.L. AGOSTI, M. DECHAMPS, G. GOFFIN, archivages, interviews et rédaction, 31 mars 2018.