
LES MISSIONS TRANSVERSALES

Parallèlement aux missions de base d'accompagnement de l'enfant dans son environnement familial et d'accueil du jeune enfant, l'ONE développe des missions transversales communes à ces deux grands secteurs. Ces missions se déclinent notamment à travers le soutien à la parentalité et l'information des parents, la promotion de la santé et l'éducation à la santé, la promotion de la formation continue des acteurs des politiques de l'enfance, la réalisation de recherches, l'évaluation des besoins et des expériences innovantes.

Nous évoquerons dans ce chapitre le soutien à la parentalité, la communication, l'information aux parents, la banque de données médico-sociales, l'éducation à la santé, l'environnement, l'accueil de tous et les carnets.

L'éducation à la santé

Cette introduction est basée sur deux entretiens distincts de Martine Bantuelle¹, d'une part, et de Chantal Hoyois², d'autre part, qui ont redéfini la promotion et l'éducation à la santé. 100 ans après la fondation de l'ONE, le service éducation à la santé est un service ressource qui occupe une place essentielle et qui remplit des missions spécifiques.

Son histoire est intimement mêlée au développement de la prévention. Celle-ci a pour objectif de protéger la santé et se définit comme un ensemble de mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents. Parmi ces mesures, l'éducation à la santé joue un rôle important. Toutefois, dans une perspective plus positive de promotion de la santé, visant à améliorer la santé (et non pas seulement la protéger), l'éducation à la santé a pour but que chaque individu acquière tout au long de sa vie les moyens et les compétences nécessaires pour lui permettre d'agir pour améliorer et/ou maintenir sa santé et améliorer sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité. Autrement dit, l'éducation à la santé aide l'individu à s'aider !

L'évolution opérée dans la façon de concevoir l'éducation à la santé et d'envisager l'individu comme un sujet acteur et responsable a modifié les pratiques. Elle se reflète aussi dans la terminologie utilisée : éducation « hygiénique » il y a un siècle, puis éducation sanitaire, et éducation à la santé aujourd'hui.

1.1 Émergence de l'éducation à la santé

La façon d'aborder l'éducation à la santé n'est pas figée et a évolué au fil du temps. Elle a donné lieu à de multiples théories et définitions influencées elles-mêmes par la façon de concevoir la santé selon les époques.

¹ BANTUELLE M., responsable Educa Santé. ONE, 27 mars 2018. [Interview]

² HOYOIS C. : « Espaces gratuits : quelques secondes de 'Pub santé' » in : *Question Santé*, 2014 (annuel), p. 3 [interview]. En ligne : https://questionsante.org/assets/files/rapport_moral_2014.pdf

Ainsi, pendant des siècles, la santé a été définie comme l'absence de maladie, la maladie étant elle-même, selon les époques et les cultures, décrite comme un fléau et assimilée au mal, au péché, au châtement... Pour s'en prémunir et pour préserver la santé, partout et de tout temps, des prescriptions d'hygiène (du grec *hygia*, bon pour la santé) ont existé, basées sur la notion de ce qui est salubre et de ce qui est nuisible. Elles constituent le fondement de la prévention. Dès l'origine, ce qu'on appellera plus tard l'éducation à la santé y est inhérente.

À l'origine de la prévention, l'hygiène

« L'éducation hygiénique de l'enfance est le seul procédé de prophylaxie réellement efficace dans la lutte contre les grands fléaux. » Ainsi s'exprimait assez emphatiquement un médecin à la fin du XIX^e siècle. Ce que nous appelons aujourd'hui « éducation à la santé » ou « éducation hygiénique » s'inscrit donc historiquement dans le prolongement logique d'un autre projet, commencé au XVIII^e siècle : celui de l'hygiène publique ou santé publique. Cette définition a perduré jusqu'à la Seconde Guerre mondiale.

Le XIX^e siècle est marqué par les progrès de la science et de la médecine. Les travaux de Pasteur éclairent les phénomènes de transmission des microbes et de contagion. Les mesures de prophylaxie qui en découlent permettent d'enrayer de nombreuses maladies et épidémies jusque-là très meurtrières. La médecine curative connaît un véritable essor ; l'hygiène publique (qui deviendra santé publique) aussi, dans le souci d'améliorer l'état de santé, non pas uniquement de l'individu, mais bien de l'ensemble de la collectivité.

Parallèlement, l'hygiène sociale (annonciatrice de la médecine préventive) se préoccupe des corrélations directes entre conditions de vie misérables (en particulier celles des ouvriers) et propagation de maladies. Des maladies dites « sociales » qui, quand elles ne tuent pas, ont un impact important (sanitaire et économique) et prolongé dans le temps : tuberculose, maladies vénériennes et mentales, alcoolisme, cancer, rhumatisme, lèpre et mortalité infantile.³

L'hygiène, qu'elle soit individuelle, collective ou sociale, vise au maintien et au développement de la santé par des moyens préventifs, sous la responsabilité notamment des médecins (qui y voient un nouveau champ d'action).

À l'aube du XX^e siècle, la santé est devenue une ressource à entretenir et développer. « Les gens sont pauvres quand ils n'ont pas de travail. Ils n'ont pas de travail quand ils sont malades. Éliminons la maladie et nous éliminerons la pauvreté. »⁴

La résignation d'autrefois a cédé la place à l'instauration d'une « politique » de santé plus globale. Des mesures de protection et de prévention voient le jour. Des établissements sanitaires sont créés : crèches, consultations, dispensaires gratuits, hôpitaux, sanatoriums... Des campagnes de propagande sont mises en place pour promouvoir la tempérance, la prophylaxie des maladies vénériennes, de la tuberculose, l'hygiène du corps... L'assistance privée caritative est à l'origine de nombreuses initiatives, relayée dans un second temps par l'assistance publique.

Dans ce contexte, le développement de la protection maternelle et infantile constitue un réel enjeu démographique, économique, social et sanitaire.

³ DEGURIAL R. (dir) (1954). L'hygiène sociale, principes, méthodes, organisation. *Population*, 9^e année, n° 3, pp. 553-554. En ligne : <https://www.persee.fr/>.

⁴ PIETTE D. (1990-1991). *Éducation pour la santé, première partie*, Bruxelles, ULB, notes de cours, inédit, p. 6.

De la prévention à la promotion de la santé

Pendant la première moitié du XX^e siècle, les progrès sociaux et médicaux se poursuivent malgré deux conflits mondiaux à vingt ans d'intervalle. La prévention et l'éducation sanitaire se développent et donnent lieu à de nouvelles pratiques (dépistages systématiques, vaccination, utilisation des rayons X, éducation aux bonnes attitudes d'hygiène...) ainsi qu'à de nouvelles approches.

« En 1942, l'éditorial du premier numéro de la revue *La Santé de l'homme*, signé par son fondateur le Pr Pierre Delore, assigne à l'éducation sanitaire la fonction de 'semer des idées saines, lutter contre l'ignorance, les idées fausses, les préjugés, diffuser les notions que tout individu, dès l'adolescence, doit posséder sur les questions de santé : contribuer par-là à préparer à la vie et à la vie saine, à la joie de vivre' »⁵.

Une approche positive qui s'appuie sur de nouveaux principes : Parler de la santé beaucoup plus que de la maladie ; montrer comment la santé se conserve beaucoup plus que comment la maladie se guérit ; exposer les lois de la vie saine ; s'occuper d'abord de l'état normal ; parler du terrain humain plus que du microbe et substituer à la peur de celui-ci la confiance raisonnée dans la résistance d'un organisme bien équilibré ; bref, développer une mentalité de santé.

En 1946, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) adopte une nouvelle définition de la santé centrée sur la santé et non plus sur la maladie : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Ce nouveau modèle qui introduit une dimension de globalité remet en cause les pratiques de santé, y compris l'éducation à la santé.

En 1969, la définition qu'en donne l'OMS met l'accent sur le changement d'attitudes et de comportements comme but à atteindre : « L'éducation à la santé représente essentiellement une action exercée sur les individus pour les amener à modifier leur comportement. Elle vise à faire acquérir aux populations de saines habitudes de vie, à leur apprendre à mettre judicieusement à profit les services sanitaires qui sont à leur disposition et à les conduire à prendre eux-mêmes isolément et collectivement les décisions qu'implique l'amélioration de leur état de santé et de la salubrité du milieu où ils vivent. »

Dans les années septante, devant la nécessité de maîtriser l'inflation des coûts des soins de santé, la prévention (primaire, secondaire et tertiaire) et la promotion de la santé représentent des alternatives à prendre en considération (prévenir plutôt que guérir).

La déclaration issue de la conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires (du 6 au 12 septembre 1978) place la santé au sein d'un large processus visant l'accessibilité à tous aux soins de santé et un plus grand contrôle de la population sur sa propre santé et son devenir. L'éducation sanitaire est envisagée comme un axe d'action essentiel.

Dans les années quatre-vingt, l'appellation « éducation sanitaire » se transforme en « éducation à la santé ».

En 1986, la charte d'Ottawa, issue de la première conférence internationale sur la promotion de la santé, définit l'éducation de la santé comme « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ».

Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but. L'objectif n'est pas de réduire la maladie, mais de permettre le développement de conditions favorables à la santé. Tous les secteurs d'activité, tout ce qui définit le cadre de vie d'un individu

⁵ LAMOUR P., BRIXI O. (2015). *Education pour la santé. Entre conceptions dominantes et conceptions alternatives*. En ligne : <http://www.irepspd.org/docs/Fichier/2015/4-150318093828.pdf>.

ou d'une communauté sont concernés. L'éducation pour la santé en fait partie intégrante et vise le renforcement des capacités individuelles à agir vis-à-vis de sa santé, valorisant ainsi l'autonomie et la responsabilité.

En 1998, l'OMS en propose une nouvelle définition, davantage en accord avec la démarche de promotion de la santé : « L'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des collectivités. »

Enfin, actuellement, l'idée véhiculée au sein des messages de promotion à la santé insiste sur les compétences qu'ont les individus. Ils ne sont plus des « moutons », mais bien des êtres dotés de compétences, capables de prendre leurs propres décisions. Ainsi on retrouve des définitions telles que : « L'éducation pour la santé a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité. »

Une place stratégique et un cadre légal organisé en Fédération Wallonie-Bruxelles

L'éducation à la santé constitue une des stratégies de la promotion de la santé au même titre que la communication, le marketing social, le développement communautaire, l'action politique en santé et le changement organisationnel.

Elle touche de nombreux secteurs qui l'utilisent.

Elle s'adresse à tous de façon individuelle ou collective et part du postulat que chacun possède des savoirs pertinents. Elle favorise la mise en place de processus interactifs privilégiant la participation, les échanges de savoir-faire et le dialogue dans le respect des opinions et des convictions. « Ainsi l'éducation pour la santé n'aurait-elle plus pour objectif de changer des comportements, mais d'accompagner des individus considérés comme auteurs et acteurs de leur santé, pour leur permettre de faire des choix éclairés, adaptés aux contraintes quotidiennes du milieu dans lequel ils vivent. »⁶

La mise en pratique de la promotion de la santé a eu pour conséquence de multiplier les intervenants en éducation à la santé ainsi que les activités en direction de nombreux publics à échelons local, régional, communautaire et national/fédéral.

En Communauté française, la promotion de la santé a fait l'objet d'un décret en 1997 permettant d'adapter la législation au passage du concept d'éducation pour la santé à celui de promotion de la santé (notamment grâce à l'inscription de la définition de la promotion de la santé de l'OMS à l'article 1^{er}). Sur cette base, un premier plan opérationnel (objectifs, stratégies, publics cibles) a été défini pour une période de cinq ans. Les acteurs de terrain sont invités à développer des programmes basés sur les besoins de la population en bénéficiant d'une procédure de financement et d'accompagnement.

En 2015, la réforme de l'état et le transfert des compétences du fédéral vers la COCOF, la Région wallonne et l'ONE modifient cet état des choses.

Le nouveau décret⁷ de la COCOF voit le jour en 2018, il propose une nouvelle définition actualisée de la promotion de la santé qui intègre la notion d'inégalités sociales : « [...] La promotion de la santé vise à

⁶ LAMOUR P., BRIXI O. (2015). *Education pour la santé. Entre conceptions dominantes et conceptions alternatives*. En ligne : <http://www.irepspdl.org/docs/Fichier/2015/4-150318093828.pdf>.

⁷ COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE, SERVICE DE LA SANTÉ (2018). « Plan stratégique de la promotion de la santé 2018/2022 du Gouvernement francophone bruxellois ». En ligne : <http://www.spsfb.brussels/sites/default/files/documents/pro/Plan%20strat%C3%A9gique%20de%20promotion%20de%20la%20sant%C3%A9%202018-2022.pdf>.

améliorer le bien-être de la population et à réduire les inégalités sociales de santé en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques... »

1.2 L'éducation à la santé à l'ONE

Un contexte historique

Fin du XIX^e siècle et début du XX^e, la situation sanitaire des jeunes enfants, mais aussi des mères est catastrophique et donne lieu à une véritable hécatombe. L'éducation « hygiénique » va y trouver son terrain et sa légitimité.

Chez le nourrisson, les causes de mortalité sont multiples : maladies infectieuses, manque d'hygiène, manque de soins, alimentation inadaptée en quantité et en qualité... C'est dans les classes sociales défavorisées que le taux de mortalité est le plus élevé. Le problème de la garde des enfants en bas âge pendant que la mère travaille constitue une préoccupation majeure : « Le taux de mortalité chez les enfants confiés frôlait les 80 %. »⁸

L'enfant représente une force vive de travail qui s'utilise en usine dès l'âge de 5-6 ans.

Au XIX^e siècle, « la Belgique, deuxième pays au monde à connaître la révolution industrielle, est également l'état des bas salaires et de l'exploitation des enfants. Ces derniers font partie des catégories les plus fragiles et les moins protégées. Ils sont devenus de véritables appendices du machinisme et les premières victimes de l'industrialisation galopante ». ⁹

La mère. Les mauvaises conditions de vie associées à de mauvaises conditions d'accouchement causent une mortalité maternelle importante. La fièvre puerpérale¹⁰ cause des ravages jusqu'à l'adoption de mesures d'hygiène comme le lavage des mains des accoucheurs ou la désinfection suite aux découvertes sur les agents infectieux.

Les enjeux médico-sociaux sont d'éviter une dénatalité croissante et de prévenir la mortalité infantile. Il faut combattre le péril congénital (alcoolisme, rubéole...), le péril infectieux (tuberculose, rougeole, coqueluche...) et le péril alimentaire (abandon de l'allaitement maternel, mauvaise hygiène du biberon...). Il s'agit aussi de rendre les mères plus capables d'élever leurs enfants. « L'éducation hygiénique de l'enfance est le seul procédé de prophylaxie réellement efficace dans la lutte contre les grands fléaux. »¹¹

Le cadre légal, le service et les missions

Avec la création de l'ONE, la protection maternelle et infantile est dorénavant prise en charge par l'État et s'organise. Les fondements de l'institution telle que nous la connaissons encore aujourd'hui sont posés.

Un cadre légal

⁸ LORIAUX F. (2006). *La prise de conscience au 19^{ème} des causes de la mortalité infantile en Belgique*, Bruxelles, CARHOP. En ligne : https://www.carhop.be/images/Mortalit%C3%A9_infantile_XIXe%20si%C3%A8cle_F.LORIAUX_2006.pdf.

⁹ LORIAUX F. (2005). *L'enfant au travail, d'hier à aujourd'hui*, Bruxelles, CARHOP, 9. En ligne : https://www.carhop.be/images/Travail_enfants_hier_aujourd'hui_F.LORIAUX_2005.pdf.

¹⁰ LAROUSSE MÉDICAL (2006). *Fièvre puerpérale : état fébrile survenant dans la période qui suit un accouchement ou un avortement, avant la réapparition des règles*. En ligne : <http://www.larousse.fr/archives/medical/page/381>.

¹¹ MARC C. (1829). « De l'hygiène publique à l'éducation sanitaire ». In *Sciences de l'éducation et santé*, 2006, vol. 39, (n°1). [Extrait] en ligne : <https://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2006-1-page-115.htm>

Article 2 de la loi du 5 septembre 1919 : « L'Œuvre Nationale de l'Enfance a pour attributions [...] de favoriser la diffusion et l'application des règles et méthodes scientifiques de l'hygiène des enfants [...]. »
C'est à la loi institutionnelle que nous nous référerons pour trouver les fondements de l'action menée par l'Œuvre Nationale de l'Enfance, aujourd'hui Office de la Naissance et de l'Enfance, dans le domaine de l'éducation sanitaire de la population.

De tout temps, cette action a comporté un double aspect : d'une part des contacts individuels des médecins, infirmières et membres des comités avec les parents de chaque enfant fréquentant les œuvres, d'autre part une action collective à l'égard de groupes plus ou moins nombreux ou même de l'ensemble de la population.

Les progrès scientifiques portant sur la dynamique des groupes et sur les techniques de diffusion ont permis à l'ONE d'étendre ses moyens d'action et d'en améliorer l'efficacité.

Le service d'éducation à la santé

Reprenant après la guerre ses activités en la matière, l'ONE s'est préoccupée de mettre à la disposition de ses collaborateurs un matériel didactique rénové. Dépliants, films, matériel d'exposition et de démonstration étaient périmés en 1945. Une modernisation générale de ces outils de l'éducation à la santé fut entreprise dès le lendemain de la guerre.

L'ONE organise de vastes campagnes de propagande en fonction de circonstances régionales ou saisonnières pour répondre à des phénomènes occasionnels (tels que l'épidémie cholériforme qui atteignit les nourrissons) ou encore pour alerter l'opinion publique sur un problème d'une importance particulière (campagne 1948-1949 sur l'allaitement maternel) ; elle recourt dans ce cas, non plus seulement à l'appui de ses collaborateurs et de ses œuvres, mais aussi à la presse et à la radio.

C'est dans le cadre de ces grandes manifestations qu'il convient de ranger la participation de l'ONE à l'Exposition universelle de 1958. Un stand au sein du groupe « La Santé » illustre à la fois les besoins de l'enfant et la réponse que l'ONE s'attache à y donner. Ce stand reçut des milliers de visiteurs, groupés en visites guidées ou venus individuellement. Des projections de films complétaient l'enseignement donné par les inspectrices et les assistantes médicales assurant la permanence au stand.

Dès 1945, l'ONE s'est attachée à assurer la plus grande extension aux conférences et groupes d'échanges organisés dans les consultations. Une transformation profonde s'est opérée : la séance éducative, quelle que soit la formule adoptée, est devenue une activité normale des consultations notamment. Cette réforme est inspirée, certes, par l'intérêt croissant de la population envers les questions qui touchent la santé et l'éducation, mais aussi par le souci de l'ONE de faire de ses services des centres familiaux d'information, d'éducation, d'une grande valeur humaine.

Autre apport important de l'ONE à l'éducation à la santé : des personnes de terrain. Très vite, l'ONE a engagé des infirmières, des médecins et, par la suite, ce que l'on appelle aujourd'hui des travailleurs médico-sociaux (TMS), mais également des psychologues... dans le but d'appliquer les politiques publiques en matière de santé auprès du public et, en l'occurrence, des mères et des enfants.



Exemple de salle de consultation ONE.

À partir de 1975, le service, sous la responsabilité de la directrice de l'époque, s'organise et connaît un certain essor. Les infirmières sanitaires sont toujours peu nombreuses, mais présentes sur le terrain. Les rencontres avec les parents, notamment via des réunions d'échanges, sont importantes. Les infirmières s'impliquent dans la vie quotidienne des parents et des enfants.¹²

Durant les années nonante, il y avait un TMS pour couvrir chaque province. Durant ces années, leur nombre a fortement augmenté afin d'assurer la plus grande couverture psychosociale, médicale (vaccinale...) possible.

En outre, à ce moment-là, le service d'éducation à la santé travaille de manière étroite avec le reste de la direction Études et Stratégies (DES) à laquelle il appartient. La validité scientifique du travail et l'évaluation deviennent deux éléments importants. Pour ce faire, le service collabore avec la cellule BDMS, la cellule de recherches (au sein de la DES), mais également avec d'autres acteurs tels que le Collège des pédiatres, le Collège des gynécologues ou encore le Conseil scientifique.¹³

Depuis ces années, l'équipe se compose d'une part de TMS spécialisés dans le domaine (ceux-ci prendront ensuite l'appellation de référents éducation à la santé) et d'autre part de collaborateurs administratifs.

Des missions et des moyens

Petit à petit, le travail du service d'éducation à la santé de l'ONE s'est développé et repose finalement sur trois postulats :

- Tout d'abord, le travail du service doit être absolument participatif. Tous les enfants doivent y avoir accès. Par exemple, chaque enfant doit pouvoir participer aux modules d'éducation à la santé réalisés dans cette optique-là.
- Ensuite, le travail effectué doit être préventif et informatif. D'ailleurs, il est adapté en fonction des demandes du terrain et des exigences de la réalité de chaque époque.

¹² MINNE, T., responsable du service Education à la santé de l'ONE de 1975 à 1990. 22 janvier 2018. [Interview].

¹³ PARENT, M. (Dr), responsable du service Education à santé de l'ONE de 1990 à 1999. 22 janvier 2018. [Interview].

- Enfin, chaque outil réalisé doit être évalué. Une certaine logique d'évaluation s'installe donc : un cadre théorique précis est élaboré pour chacun d'eux, on retrouve plus de rigueur dans les brochures et affiches, et des indicateurs sont définis.

Ces trois postulats ont permis au service de s'inscrire dans une démarche scientifique inhérente au travail de l'ONE. Ainsi, les missions spécifiques du service Education à la santé sont devenues :

- La conception, l'élaboration et la diffusion d'outils de promotion/éducation à la santé.
- La coordination de partenariats locaux dans des actions de promotion à la santé et dans le soutien des équipes de terrain (TMS et autres).
- La formation thématique et méthodologique des partenaires de la petite enfance dans des sujets ou actions de promotion santé.
- La mise sur pied de campagnes thématiques de promotion à la santé et/ou de soutien à la parentalité définies par le contrat de gestion.

Les programmes de santé prioritaires

Il ne faut pas oublier que la plupart des thématiques abordées par les outils d'éducation à la santé relèvent des programmes prioritaires de santé intégrés au suivi médical préventif des enfants.

Ils ont été développés par le Collège des pédiatres et le service de Coordination médicale de l'ONE (créé en 2002), en parallèle à la création du carnet de l'enfant et du dossier médical.

Les médecins qui ont choisi de collaborer avec l'ONE s'inscrivent dans un projet de santé publique dont les programmes de base sont explicités dans le *Guide de la consultation prénatale* pour ce qui concerne le suivi prénatal et dans le *Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant* pour ce qui relève du suivi du nourrisson.

Ces ouvrages de référence identifient et décrivent, y compris du point de vue opérationnel, les programmes prioritaires de santé menés au bénéfice des publics fréquentant les structures préventives de l'ONE.

Les programmes prioritaires de santé préventive constituent le contenu de base des consultations pour enfants.

Chacun de ces programmes a fait l'objet d'efforts particuliers en termes de formation, d'évaluation, d'information à l'intention des professionnels et du public concernés.

Remarquons à ce propos qu'ils touchent bien entendu tous les enfants, qu'ils soient suivis à l'ONE en consultation pour enfants ou en milieu d'accueil, ou hors ONE.

Ces programmes comprennent :

- La promotion de l'allaitement maternel.
- La promotion d'une alimentation saine et la prévention de l'obésité.
- La prévention de la mort subite du nourrisson.
- La promotion de la vaccination.
- La prévention de l'allergie.
- La surveillance du développement psychomoteur et du langage.
- Le dépistage des troubles visuels.
- Le dépistage néonatal de la surdité.
- La prévention des traumatismes de la vie courante (accidents domestiques).
- La promotion de la santé buccodentaire.
- Le soutien à la parentalité.

- Dans le cadre de l'examen clinique lors des visites en consultation, une attention est également portée au développement orthopédique, au dépistage des pathologies génito-urinaires (dans lesquelles une attention particulière est apportée à la prévention des mutilations sexuelles dans les populations à risque), à l'auscultation cardio-pulmonaire, à l'apparition de surdit e secondaire, à répondre aux inquiétudes des parents, aux difficultés de sommeil, aux difficultés alimentaires, aux colères, à l'apprentissage des limites et des repères, ainsi qu'aux multiples questions en lien avec les possibles toxicités environnementales.
- Des activités ciblées sur des populations à risque¹⁴ sont également réalisées en collaboration avec des organismes spécialisés dans le domaine : le dépistage du saturnisme, de la tuberculose... Un suivi renforcé est proposé lors de suspicion de handicap, de difficultés parentales (dépression, alcoolisme, toxicomanie, isolement...).

1.3 La communication en éducation à la santé : les messages, les outils et les actions

Pour mener à bien ces différentes missions, le développement d'une communication efficace envers les usagers (les familles, mais aussi les professionnels) est un enjeu majeur. C'est aussi un défi de taille sachant notamment que des inégalités existent au sein de la population fréquentant les structures ONE (consultations, milieux d'accueil, etc.) quant à leur accès à l'information. La diversité des voies de communication développées et des outils utilisés par l'Office pour diffuser les messages d'information (concernant principalement la promotion de la santé et le soutien à la parentalité) témoigne de la volonté de pouvoir toucher chacun des publics cibles.

Des brochures (et dépliants, fiches, affiches...) traitant de divers thèmes (grossesse, santé, éveil de l'enfant, soutien à la parentalité, etc.) sont régulièrement  dit es à l'usage du grand public avec une attention particulière à l'accessibilité des informations véhiculées (langage et illustrations).

Des outils d'animation sont à la disposition des travailleurs de première ligne pour la mise en place d'activités collectives. Ces outils présentent l'avantage de pouvoir être adaptés au public visé et permettent des échanges directs avec lui.

Les messages

Au XIX^e siècle, le principal argument de l'éducation sanitaire était la survie. Les registres employés dans les messages étaient alors ceux de la peur, de la menace. Les autorités se plaçaient comme telles et donnaient des injonctions, des ordres aux publics cibles. La maladie et son combat restent les sujets les plus abordés. Au XX^e siècle, la santé s'améliore, mais on voit apparaître de grandes crises sociales. Les messages d'éducation sanitaires vont alors s'attaquer aux inégalités.

Jusqu'aux années quatre-vingt, le registre utilisé est essentiel, car il est vecteur « sensible » de la circulation du message entre l'émetteur et le récepteur. Ainsi, on relèvera trois registres qui ont évolué au fil du temps. Le registre « scientifique » d'abord, l'incarnation de la sérénité d'une science conquérante, gage de sérieux et de confiance afin de lutter ou de prévenir certaines maladies. Le pouvoir de la peur, autre registre très utilisé jusque dans les années cinquante, repose sur sa capacité à faire réagir le public visé pour le mener face à ses responsabilités. Enfin, l'humour, qui recherche d'abord la complicité avec le public, a eu tendance à se noircir au fil du temps.

Ce n'est qu'à partir des années quatre-vingt que les messages vont véritablement se transformer. L'apport de la psychologie va amener les idées de sécurité, de bien-être et de confort. On ne parle plus de survie,

¹⁴ Population provenant généralement de milieux défavorisés.

mais bien de prévention. Le postulat principal est que l'individu a un capital santé et qu'il faut le préserver. On l'invite (on ne l'oblige plus) à suivre certains conseils pour rester en bonne santé. Il est devenu acteur de sa santé. On est passé de l'obligation à la responsabilisation.

Afin de ne plus rendre l'individu passif, à attendre des injonctions, il faut mettre un point d'attention à la formulation des phrases, à l'intensité de l'argumentation, etc. Les messages dits « performatifs » peuvent être des promesses, des injonctions, des ordres ou encore des conseils, et la frontière entre l'un et l'autre est plutôt fine.

Quelques règles à respecter

De nombreux travaux de recherches en sciences de l'éducation ont démontré l'importance de respecter quelques règles dans toute communication. Par exemple :

- « On ne retient d'abord que ce qui va dans le sens de ce que l'on connaît déjà. » Plus ce que l'on propose est loin de ce que pense l'individu, plus il développe des résistances. Cela invite à concevoir des interventions qui prennent le temps de mesurer l'écart entre les niveaux d'information et les connaissances, croyances et possibilités des sujets concernés.
- « On intègre une acquisition si on peut lui donner du sens et si elle donne du sens. » Trop d'injonctions ou de « bons conseils » ne font pas sens.
- « On comprend bien ce que l'on découvre ou ce que l'on classe soi-même dans l'ensemble de ses connaissances préalables. » Ces notions nous invitent à orienter les interventions vers ce qui fonde l'un des objectifs de l'éducation pour la santé : offrir un espace de renégociation et d'appropriation d'une multitude d'informations plus ou moins connues ou comprises d'un public. Cela redonne du sens aux projets qui permettent aux individus de prendre le temps de leur propre recherche.

Quid de l'utilisation de chiffres ?

Jusqu'en 1980, les chiffres sont simplement présentés comme des états de la situation de l'époque. Ensuite, ils deviennent de véritables outils pour étayer le savoir médical. Aujourd'hui encore, ils servent d'arguments auprès des parents pour alarmer ou bien convaincre d'adopter certains comportements pour sauvegarder et/ou améliorer la santé et la vie de l'enfant.

Quid de l'utilisation des images ?

Avant l'emprunt des techniques propres à la publicité commerciale, les campagnes se veulent avant tout éducatives. Le texte prime sur l'image. Mais dès le milieu des années cinquante, l'introduction d'un slogan résumant brièvement la recommandation a tendance à se généraliser.

Avec l'apparition du slogan, on se rend compte que l'affiche, par exemple, doit être vue avant d'être lue. Cela suppose que le message réside aussi dans le visuel. Avant l'utilisation quasi systématique de la photographie, les choix iconographiques et symboliques, les préoccupations esthétiques et la nécessité du texte vont impliquer une savante construction de la part des communicants.

Le plus souvent l'image est construite en fonction du message, véritable mise en scène qui établit réellement un dialogue entre texte et image.

Enfin, d'autres symboles fonctionnent comme le pendant visuel d'un mot.

Public cible

Avant 1960, alors que les enquêtes d'opinion n'avaient pas encore révélé l'importance de la prise en compte des facteurs sociaux et professionnels dans le choix des populations cibles, on organisait les campagnes en fonction des priorités du moment, à l'attention des publics qui présentaient le plus de risques ou paraissaient plus réceptifs.

Ainsi, dans le secteur de l'enfance, la mère a longtemps été le principal interlocuteur. Depuis les années quatre-vingt et grâce notamment aux travaux de Françoise Dolto, les messages de prévention s'adressent aux parents. En outre, il y a une reconnaissance de l'enfant comme acteur dans la sphère sociale. Jugé plus réceptif et plus malléable, l'enfant d'âge scolaire est sans doute la cible la plus intéressante pour les éducateurs sanitaires. Aujourd'hui, les campagnes tentent très tôt de responsabiliser les enfants aux différents sujets de santé.

Les outils

Au sein du service d'éducation à la santé de l'ONE, de nombreux outils sont réalisés chaque année. Les thématiques déjà abordées sont l'alimentation, le développement, l'éducation, l'environnement, la grossesse et l'accouchement, la parentalité, la santé et l'hygiène, la sécurité, le sommeil.

Comment sont pensés et construits ces outils ?

Quel que soit le genre (brochure, dépliant, jeu, animation, affiche...), le service a mis en place une méthodologie d'élaboration précise et validée par l'institution. Elle inclut diverses étapes qui vont de l'analyse des besoins à l'évaluation en passant par une phase de test auprès du public cible, afin d'élaborer un outil qui s'adapte le plus à ses besoins. Les TMS conseil jouent un rôle important.

La qualité est une des valeurs principales de l'ONE (outre la continuité, l'équité, la bienveillance et l'éthique).

Afin de maintenir et de renforcer la qualité de ses actions, le service a mis en place depuis quelques années, plusieurs dispositifs d'évaluation utilisés systématiquement auprès des différents publics : TMS Conseils, questionnaires, focus groupes, fiches d'évaluation des outils et des animations, enquêtes de satisfaction, récolte d'indicateurs...

Le fait que des organismes étrangers demandent à imprimer, voire traduire, à leurs frais, des brochures réalisées par le service pour les distribuer à leur public est un gage de reconnaissance de la qualité du travail effectué.

Voici quelques exemples d'outils, illustrant ces thématiques.

- Les affiches, brochures et dépliants.¹⁵ Afin d'informer au mieux les parents et futurs parents, des affiches, dépliants et brochures traitant de divers thèmes (grossesse, santé, éveil de l'enfant, soutien à la parentalité, etc.) sont régulièrement édités à l'usage du plus large public à titre entièrement gratuit. Ces outils véhiculent des messages de prévention tout en soutenant la parentalité à travers conseils et informations. Une attention particulière est consacrée à l'accessibilité de l'outil : « langage » utilisé, présence d'illustrations et de pictogrammes, traduction dans certains cas... Toutefois, l'accompagnement des messages par un professionnel est important pour s'assurer de leur bonne compréhension et surtout les personnaliser en fonction des particularités du contexte de vie des familles.

¹⁵ ONE (2017). *Rapport d'activité 2016*.



Brochure « Enceinte, protégez bébé, faites-vous vacciner » réalisée par le service Éducation à la santé de l'ONE

- Les jeux et les modules. L'ONE crée et diffuse des outils d'animation destinés aux enfants entre 3 et 8 ans. Tous ces outils visent à sensibiliser les enfants (par une approche ludique et interactive) à adopter ou à renforcer des comportements favorables à leur santé. Petits jeux, grands jeux, modules... Les outils sont variés ainsi que les thématiques exploitées, en lien avec les programmes de prévention mis en place au sein des consultations. L'organisation d'un module d'animation au sein d'une commune ou d'un quartier est l'occasion pour les TMS de l'ONE et le noyau initiateur du projet d'inviter les partenaires santé et socioculturels du secteur à se réunir autour d'un objectif commun de promotion à la santé. Ce projet permet de tisser ou renforcer les mailles d'un réseau d'acteurs ayant des champs d'action différents, mais un public commun.



Illustration du module « Bam-Bam » qui encourage les comportements sains liés au bien-être, à l'alimentation et au mouvement.



Illustration du jeu du « Tri des collations » ayant pour but d'aider les enfants à différencier les collations habituelles des collations occasionnelles.

Focus sur un thème phare : Les accidents domestiques

Afin d'illustrer la manière dont l'information est communiquée dans le cadre de l'éducation à la santé, nous avons choisi de mettre en lumière la thématique des accidents domestiques. En effet, leur prévention se retrouve dans les messages et les actions de l'ONE depuis la création de l'Œuvre en 1919 et a fait l'objet d'une attention plus particulière ces dernières années.

Doit-on parler d'accident ou de traumatisme ?

Différents mots sont utilisés pour définir une même idée. En Europe, le terme « accident » est le plus souvent utilisé. Il traduit l'ensemble du processus allant de l'évènement accidentel aux conséquences de celui-ci (blessures). Les Anglo-Saxons récusent l'emploi du terme « accident » qui sous-entend un évènement fortuit, imprévisible, ce qui va à l'encontre de toute idée de prévention alors que, dans la majorité des cas, les accidents ne sont pas une fatalité et peuvent donc être évités.

À l'inverse, l'utilisation large du mot « traumatisme » privilégie la conséquence au mécanisme, cible privilégiée de la prévention. Par ailleurs, il existe des enfants victimes d'un mécanisme accidentel potentiellement grave qui s'en sortent avec des blessures minimales, voire inexistantes.

Cette discussion sémantique est maintenant heureusement dépassée et les deux termes coexistent dans la littérature. Une différence persiste cependant sur l'étendue du champ des accidents. Au Québec, la prévention des traumatismes inclut aussi bien les traumatismes non intentionnels qu'intentionnels (violence, suicide), ce qui n'est pas le cas de la plupart des pays européens où la distinction persiste.

L'accident, un événement complexe

Le modèle interactif est ainsi bien défini : le sujet, l'entourage humain, l'environnement matériel et l'agent vulnérant.

Comportement : les caractéristiques physiologiques et psychologiques de l'enfant en font un être vulnérable. Sa petite taille, son immaturité visuelle et sa coordination psychomotrice imparfaite l'exposent à des risques particuliers. De nombreuses études ont montré le rôle majeur du climat familial ; la séparation des parents, le jeune âge de la mère et les difficultés socioéconomiques favorisent la survenue des accidents. Les événements de la vie, les changements de cadre de vie ou le stress jouent un rôle aggravant. Le comportement pédagogique de la famille en termes de sécurité (parents surprotecteurs, laxistes, aménageurs ou éducatifs), le niveau de surveillance de l'enfant et la connaissance par les parents des règles de sécurité ont également leur importance.

Les facteurs socioculturels sont étroitement liés aux choix éducatifs comme la garde des jeunes enfants par leurs aînés. Les facteurs culturels expliquent ainsi la fréquence élevée des accidents survenant chez les enfants de familles migrantes. L'analyse est encore plus complexe chez l'adolescent : le développement rapide physiologique, psychologique et social, le désir d'autonomie et l'influence des groupes de pairs favorisent le recours à des activités ludiques et sportives comportant une prise de risque.

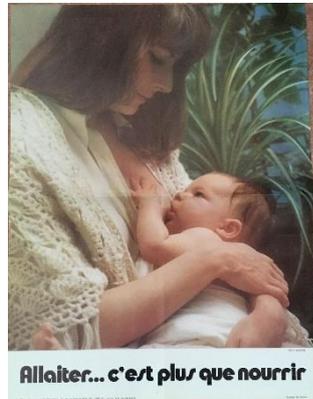
Environnement : l'environnement de l'enfant ne lui est pas favorable. L'habitat domestique, imaginé par des adultes pour des adultes, représente un risque considérable : la disposition des lieux (défenestration), l'installation électrique, les escaliers (chutes avec traumatisme crânien) et les installations extérieures (piscine, barbecue) sont aussi accidentogènes que l'intérieur des maisons (produits ménagers, médicaments, ameublement, appareils électroménagers...).

Des liens étroits entre les conditions socioéconomiques défavorables et une incidence plus élevée d'accidents sont mis en évidence par de multiples études et certains mécanismes d'accidents sont autant de marqueurs de pauvreté : brûlure, intoxication, défenestration. Parmi tous les marqueurs étudiés, le niveau d'instruction de la mère semble le plus discriminant. Les familles en grande difficulté cumulent l'ensemble des facteurs de risques : logement exigü, construction ancienne, chauffe-eau défectueux, dispositifs de sécurité bon marché et peu fiables, surveillance plus difficile des enfants...

L'organisation des activités scolaires et des loisirs ne tient pas toujours compte des spécificités de l'enfant et concourt à la survenue d'accidents (temps de récréation, constructions ludiques, terrain de sport).

La prévention des accidents domestiques, une thématique importante à l'ONE

Dès sa création, l'ONE a élaboré des messages et des outils pour prévenir les accidents domestiques. Mais à cette époque, d'autres problématiques étaient mises en avant en raison du caractère urgent de leur résolution et les accidents domestiques relégués au second plan. Par exemple, après-guerre, la thématique de l'allaitement était incontournable pour des raisons d'hygiène, mais également parce que le nombre d'orphelins devant être allaités avait explosé.



Deux affiches représentant l'importance de l'allaitement.

En 1958, à l'occasion de l'Exposition universelle, l'ONE a présenté une « pièce sécurisée ». Celle-ci présentait les précautions à prendre pour garantir la sécurité de l'enfant.



Stand de l'ONE à l'exposition universelle de 1958.

C'est à partir des années nonante que cette thématique fait l'objet d'une attention particulière de la part de l'ONE. Afin de sensibiliser le public aux risques d'accidents domestiques, l'ONE s'est investi dans deux campagnes. La première campagne de prévention est entamée en 1991.

La deuxième campagne relève du contrat de gestion de l'ONE. En 2003, le ministre Jean-Marc Nollet a mandaté l'ONE afin de mettre sur pied des campagnes thématiques inscrites dans le contrat de gestion. La première campagne a porté sur les accidents domestiques.

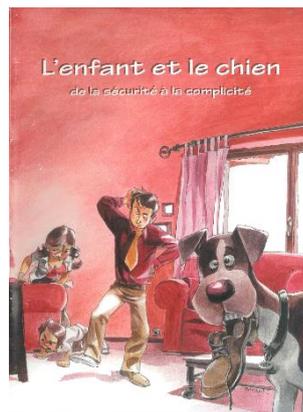
Une analyse des besoins et actions de terrain nous a permis de dégager deux volets. D'un côté, la prévention des accidents domestiques dans le domaine de l'aménagement du logement (sécurité passive) et d'un autre, la sécurité du contact enfant-chien (sécurité active).

En effet, la prévention des accidents domestiques constitue depuis plusieurs années, l'un des programmes prioritaires de l'ONE dans les secteurs Accompagnement et Accueil. Malgré des actions régulièrement

entreprises, tant en individuel qu'en collectif, les données chiffrées (bien que peu nombreuses) attestent de l'intérêt voire l'exigence de porter à la prévention des accidents à domicile une attention particulière.

En ce qui concerne l'enfant et l'animal, deux études nous ont montré la présence d'animaux (et en l'occurrence un chien) dans de nombreux milieux d'accueil (surtout chez les accueillantes) et dans plus d'une famille sur trois. La majorité des accidents par morsure répertoriés touche en premier lieu les enfants en bas âge (pic à 4-5ans) à leur domicile et avec un chien connu.

Une campagne de prévention ne pourrait donc qu'encourager les initiatives et limiter le nombre de traumatismes de la vie courante et ceux liés aux contacts enfant-chien.



Brochure éditée par l'ONE

Nous avons mobilisé les énergies internes et externes à l'ONE pour dégager les consensus constituant la base des messages d'éducation à la santé à diffuser par les professionnels de santé. Ensuite, nous avons rassemblé nos compétences respectives pour entreprendre des actions et réaliser des outils.

Des outils mis en place

De nombreux ouvrages et outils ont été réalisés afin de soutenir les diverses campagnes et actions mises en place pour prévenir les accidents domestiques. Parmi ceux-ci, on retrouve des brochures, des dépliants, des spots TV¹⁶ et radio, des affiches, des modules ou encore des jeux.

Les différents outils évoluent avec le temps et sont retravaillés en collaboration avec le service de l'infographie de l'ONE ou avec des dessinateurs externes.



Brochures éditées par l'ONE

¹⁶ ONE, RTBF (2016). « Prévention des accidents domestiques » [vidéo]. In *Air de Familles*. <http://www.airdefamilles.be/prevention-accidents-domestiques-adf537/#.W367SikyXX4>.

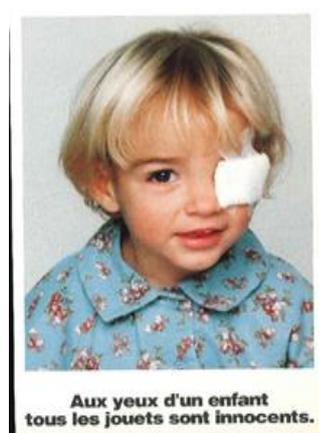
Exemples de différences entre les messages médiatiques grâce aux affiches concernant les accidents domestiques.



Affiche de l'Œuvre Nationale de l'Enfance illustrant le principe de peur utilisé dans les affiches destinées au public externe. La peur étant représentée par la « Mort » guettant les enfants.¹⁷



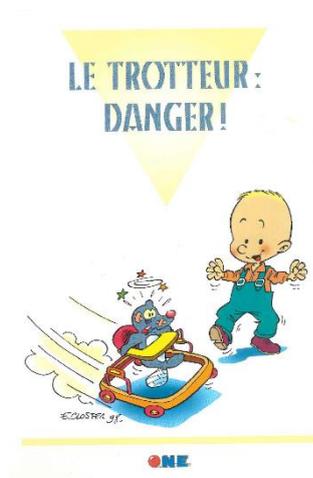
Affiche de l'Œuvre Nationale de l'Enfance illustrant l'utilisation de l'injonction (« Mères, veillez... ») et de la peur (« ... coûter la vie à vos enfants »).¹⁸



¹⁷ ŒUVRE NATIONALE DE L'ENFANCE (années vingt). Archives de la ville de Bruxelles.

¹⁸ ŒUVRE NATIONALE DE L'ENFANCE (années vingt). Archives de la ville de Bruxelles.

Affiche de l'ONE représentant les conséquences dramatiques d'une situation dangereuse. Elle joue sur l'émotion du public.



Les phrases sont raccourcies et simplifiées et le texte va à l'essentiel. On remarque également que les visuels ne sont plus culpabilisateurs et dramatiques.



Ensemble d'affiches des années soixante mettant en scène des moments de la vie quotidienne où l'enfant est en danger. Sur l'affiche orange, la mère représentée manque de vigilance et on emploie une injonction. Sur l'affiche bleue, il ne s'agit plus d'injonction, mais bien de question présentée comme un avertissement. Sur l'affiche jaune, on emploie un conseil. Enfin sur l'affiche verte, une expression populaire est utilisée. Chaque visuel illustre le moment précédant le drame et utilise la peur.

Attention : contempler une affiche, qu'elle soit d'hier ou d'aujourd'hui, n'est guère plus innocent que de la concevoir ou d'en assurer la diffusion. Dans toute communication en effet le récepteur n'intervient pas moins activement que l'émetteur.

Si nous ne sommes pas à proprement parler à l'initiative du message sur lequel notre regard se porte, nous l'investissons de notre subjectivité, de notre créativité intellectuelle plus ou moins en éveil. Nous projetons notamment sur les matériaux qui nous sont livrés nos présupposés et nos préoccupations du moment.

2. Le soutien à la parentalité

Le soutien à la parentalité est une mission transversale de l'Office de la Naissance et de l'Enfance.¹⁹ En plus de dix ans, celui-ci s'est concrétisé par la réalisation d'outils, de recherches, par des initiatives d'accompagnement de professionnels, la participation à des formations, à des journées d'étude et colloques, mais aussi à travers la création d'une cellule Soutien à la parentalité au sein de la direction Recherches et Développement de l'ONE.

Le soutien à la parentalité a pour objectif de valoriser les compétences des parents et entend susciter auprès de chacun une réflexion sur la fonction parentale afin de répondre au mieux aux besoins les plus essentiels de l'enfant.

Dans le premier contrat de gestion de l'Office (2003), le soutien à la parentalité concernait principalement l'élaboration du « carnet des parents », le subventionnement et l'accompagnement des maisons ouvertes dénommées aujourd'hui lieux de rencontre enfants et parents (LREP), ainsi que la réalisation de campagnes thématiques.

Le contrat de gestion 2008-2012 de l'Office de la Naissance et de l'Enfance a pour objet de rencontrer encore mieux les besoins des enfants, des futurs parents et des parents afin notamment de concrétiser les droits reconnus aux enfants par la Convention internationale des droits de l'enfant.

Dans cette perspective, le contrat de gestion vise notamment à développer, dans l'intérêt des enfants, le soutien à la parentalité. Ce soutien consiste à encourager les parents dans leurs compétences respectives ainsi qu'à faciliter chez eux une expression et une réflexion sur leur rôle et leurs actions à l'égard de leur enfant, pour leur permettre de répondre à ses besoins les plus essentiels.

Dans ce cadre, avec l'aide du Fonds Houtman, un référentiel de soutien à la parentalité a vu le jour. Parallèlement, des outils spécifiques à l'attention des populations les plus fragilisées ont été développés en collaboration avec la coopérative CERA (*Des images pour accompagner les parents au quotidien*).

Le contrat de gestion 2013-2018 souligne l'importance de mener une réflexion permanente sur cette mission spécifique en partant non seulement des besoins de l'enfant et des familles, mais également des besoins de l'ensemble des professionnels de la Fédération Wallonie-Bruxelles travaillant avec des enfants et des familles. Une expertise est ainsi apportée par l'ONE, laquelle se nourrit des recherches et expériences en matière d'accompagnement et de soutien à la parentalité menées tant au niveau national qu'international.

Le soutien à la parentalité s'inscrit dans une approche globale développée conjointement par les pouvoirs publics et le secteur associatif. Il vise à apporter à chaque parent l'accompagnement dont il a besoin, au moment où il en a besoin, sans stigmatisation et dans le respect de ses compétences, afin qu'il puisse pleinement exercer sa fonction de parent. Les différents niveaux de pouvoir, chacun dans ses compétences, participent ainsi à l'application de la Convention internationale des droits de l'enfant, et notamment aux droits au développement, à l'éducation et à la protection.²⁰

Le soutien à la parentalité se décline dans des interventions directes ou indirectes de professionnels : accompagnement à la parentalité par une sage-femme au cours d'une grossesse, par un accueillant d'un lieu de rencontre enfants et parents, par un accueillant d'un milieu d'accueil, par un médecin, par un

¹⁹ Cette mission est inscrite dans le décret du 17 juillet 2002 portant sur la réforme de l'Office de la Naissance et de l'Enfance.

²⁰ OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE (2017). Soutien à la parentalité. In *Rapport d'activité 2016*.

enseignant, par un éducateur dans un service d'accueil et d'aide éducative (SAAE), par un TMS, par un assistant social d'un service d'aide à la jeunesse (SAJ)..., mais également à travers les diverses politiques en matière de petite enfance et de parentalité (organisation des congés parentaux, ouverture de places d'accueil...), ainsi que diverses communications à l'intention des parents (campagnes Yapaka, brochures et microprogrammes télévisés...).

2.1 Parentalité et soutien à la parentalité : historique et définitions

Les concepts de parentalité et de soutien à la parentalité sont relativement récents. Ils ont émergé dans les différents champs du travail social. Les définitions proposées sont multiples comme nous pouvons l'observer.

a. La parentalité

« L'usage du concept de parentalité s'est accru considérablement au cours des dix dernières années. Pour de nombreux auteurs, la parentalité représente une question majeure de santé publique. Pour certains, ce serait une des principales problématiques auxquelles sont confrontées les sociétés actuelles, le rôle le plus important auquel doivent faire face de nombreuses personnes sans le moindre soutien ni la moindre préparation (Hoghughi, 1998 ; Poole, 2003). Les problèmes de parentalité seraient à la source de nombreuses difficultés sanitaires et sociales (Hoghughi, 1998 ; Hoghughi et Speight, 1998 ; Stewart-Brown, 2008). Ils auraient d'importantes conséquences en termes de santé publique et seraient largement associés aux troubles de comportements, aux conduites à risque, aux troubles psychiques, à l'abus de substances psychoactives, à l'absentéisme, à l'échec scolaire, à la délinquance et à la criminalité (Poole, 2003 ; Stewart-Brown, 2008). Plusieurs rapports nationaux et internationaux soulignent l'importance de cette fonction, rappellent les enjeux qu'elle recouvre et recommandent la mise en œuvre d'actions pour la soutenir (Haut Conseil de la population et de la famille, 2003 ; Haute Autorité de santé 2005 ; ministère délégué à la Famille, 2002 ; Organisation mondiale de la santé, 2002).

Mais si cette notion mobilise les acteurs de santé publique, chercheurs et intervenants, elle intéresse aussi de nombreux autres professionnels et met en jeu différents univers : politique, média, sociologie, psychologie, psychanalyse, éducation, action sociale, justice... Si tous reconnaissent une place primordiale à la parentalité, il n'est pas certain que tous s'entendent sur les réalités qu'ils rattachent à cette notion ni sur les modalités d'action qu'ils préconisent.

Le terme « parentalité » est un néologisme officialisé dans les années quatre-vingt et présenté dans la langue courante comme « nom féminin (1985) (renvoyant à) la qualité de parent, de père, de mère » (*Le Petit Robert*, 2001) ou « fonction de parent, notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel » (Larousse, 2000). Il apparaît dans la langue française au début des années soixante au sein du champ psychiatrique et psychanalytique. Introduit à l'époque par le psychiatre Racamier (1961), il s'agit de la traduction du terme *parenthood* développé par la psychanalyste américano-hongroise Benedek (1959). Dans ce cadre, il fait spécifiquement référence au processus intrapsychique associé au fait d'être parent et permet ainsi de dépasser la distinction habituellement faite entre la fonction maternelle et la fonction paternelle et de présenter ce processus comme une étape du développement psychologique de l'adulte. Jusqu'aux années quatre-vingt-nonante, ce terme est essentiellement utilisé par des spécialistes et dans univers très circonscrits. Depuis, son usage s'est largement répandu et son passage dans le sens commun en a fait un terme polysémique difficile à appréhender de par la diversité des réalités auxquelles il peut renvoyer.

- Dans le champ psychanalytique, nous avons vu que le terme parentalité renvoyait à un processus développemental psychoaffectif ou plus précisément à « l'ensemble des processus de maturation psychique propres à la fonction parentale » (Bourbega, 2004). [...]
- Le concept de parentalité est aussi largement présent dans le champ sociologique. Même si dans ce domaine, ce terme semble aussi une traduction du terme anglais *parenthood* (« condition de parent/s », Robert et Collins, 2003), il fait davantage référence à un ensemble de fonctions sociales. [...]
- Dans le champ de l'action politique et sociale, la parentalité est aussi associée à la fonction parentale. Plus précisément, dans le dictionnaire critique d'action sociale, « la parentalité apparaît comme un terme spécifique du vocabulaire médico-psycho-social qui désigne de façon très large "la fonction d'être parent" en y incluant à la fois les responsabilités juridiques telles que la loi les définit, des responsabilités morales telles que la socioculture les impose et des responsabilités éducatives » (*Dictionnaire d'action sociale*, 1995). [...]
- Dans le domaine psychoéducatif, le terme de parentalité renvoie aux pratiques parentales mises en œuvre dans l'éducation des enfants et prend donc une signification plus restreinte. » (Lamboy, 2009).²¹

Le terme parentalité apparaît dans les années soixante en réponse à plusieurs transformations profondes de la famille²²

- La place de l'enfant au sein de la famille. La famille commence avec l'enfant.²³ Nous pouvons en effet constater avec Irène Théry²⁴, que la dynamique familiale contemporaine connaît à la fois une fragilisation des liens de conjugalité (les couples se séparent davantage) et un resserrement des liens de filiation (les liens de l'enfant avec ses parents sont préservés au-delà des séparations conjugales).
- La diversité des formes familiales. Claude Martin²⁵ souligne que le terme parentalité fait référence à une multitude d'acteurs et de situations. Du fait de la monoparentalité, des séparations, des recompositions familiales, les parents biologiques n'assument plus nécessairement toutes les fonctions parentales (biologiques, éducatives et sociales). Elles sont parfois réparties entre divers adultes proches de l'enfant (parents, beaux-parents...).
- La redéfinition des frontières entre le privé et le public. La socialisation, l'éducation et les soins à l'enfant dépassent l'espace familial pour être portés par d'autres adultes (en milieu d'accueil, à l'école...). L'éducation des enfants n'est pas de la seule responsabilité des parents. En effet, ceux-ci délèguent une partie de leur rôle à des tiers professionnels.
- L'évolution des rôles féminins et masculins et l'importance des relations individualisées entre l'enfant et ses parents. Le concept de parentalité est neutre, il englobe le père²⁶ et la mère ainsi que toute personne exerçant un rôle parental.
- La dynamique parentale. Devenir parent est un processus. Cette idée rompt avec l'idée d'instinct maternel ou paternel : on ne naît pas parent, on le devient. Et cette dynamique peut être différente pour chaque nouvel enfant.

²¹ LAMBOY, B. (2009). « Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? différentes approches d'un même concept ». In *Devenir*, vol. 21, n° 1. En ligne . <https://www.cairn.info/revue-devenir-2009-1-page-31.htm>

²² ONE (2012). *Pour un accompagnement réfléchi des familles – un référentiel de soutien à la parentalité*, pp. 8-12.

²³ Notion notamment développée par François de Singly, Pierre Grelley...

²⁴ THÉRY, I. (1998). *Couple, filiation et parenté aujourd'hui : le droit face aux mutations de la famille et de la vie privée*. Paris. O. Jacob. 1998.

²⁵ MARTIN, C. (2003). *La parentalité en questions, perspectives sociologiques : rapport pour le Haut conseil de la population et de la famille*. 2003. halshs-00201825. En ligne. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00201825/file/La_parentalite_en_questions.pdf

²⁶ Les journées d'échange d'expériences ont d'ailleurs, à ce propos, largement souligné l'importance de questionner la place des pères.

La parentalité est un processus qui se joue à deux niveaux : au niveau individuel et au niveau sociétal. Le concept a donc été développé initialement dans les courants psychanalytiques, qui abordent la parentalité comme un processus psychique, et dans les courants socioanthropologiques, qui soulignent le lien entre parentalité et société, qui dépasse la relation parent-enfant.

Plusieurs auteurs ont tenté d'articuler les différentes approches, notamment Didier Houzel²⁷, qui définit la parentalité à travers trois composantes :

- L'exercice de la parentalité se réfère aux aspects juridiques (les droits et devoirs des parents vis-à-vis de leur enfant) et symboliques de la fonction parentale (normes socialement attendues et valorisées).
- L'expérience de la parentalité renvoie aux dimensions subjectives, psychiques de la parentalité (vécu, émotions, représentations, transformations psychologiques, que vivent les parents lorsque l'enfant paraît et au cours de sa croissance).
- La pratique de la parentalité concerne les actes concrets de la vie quotidienne, les « tâches effectives objectivement observables qui incombent à chacun des parents »²⁸ : soins, interactions, pratiques éducatives...

Ces composantes sont étroitement articulées. Ainsi, le croisement de la pratique avec l'expérience de la parentalité montre que c'est par les interactions entre l'enfant et son parent (soins, alimentation...) que se construit l'attachement, un des fondements de la parentalité psychique.

Catherine Sellenet²⁹ souligne que les trois composantes de la parentalité sont largement influencées par les contextes affectif, familial, social, économique, culturel, juridique et institutionnel.

Elles sont en interaction dynamique permanente ; la modification de l'une entraîne des réajustements dans les autres.

Parmi les auteurs qui abordent la question de la parentalité, la définition proposée par Catherine Sellenet nous est apparue particulièrement pertinente et est utilisée comme référence par l'ONE.

En effet, elle intègre les diverses composantes et marque la volonté de ne pas distinguer les formes familiales : « La parentalité est l'ensemble des droits et des devoirs, des réaménagements psychiques et des affects, des pratiques de soins et d'éducation, mis en œuvre pour un enfant par un parent (de droit ou électif) indifféremment de la configuration familiale choisie. »³⁰

Soulignons cependant que le mot « choisie » n'est pas toujours approprié (une monoparentalité n'est pas nécessairement choisie).

b. Le soutien à la parentalité

Nous avons vu que le concept de parentalité pouvait être défini différemment selon le domaine dans lequel il était utilisé. Nous allons maintenant nous intéresser plus spécifiquement à la question du soutien à la parentalité et tenter de formaliser les différentes approches associées à ce phénomène. Si, comme le concept de parentalité, le problème du soutien à la parentalité cache une diversité de conceptions, il semble que cette diversité soit encore plus complexe. En effet, elle serait à la fois fonction des domaines d'utilisation, mais aussi étroitement liée aux représentations de la parentalité, des problèmes et des solutions qui lui sont associés.

²⁷ HOUZEL, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Toulouse : Erès, 1999.

²⁸ HOUZEL, D. (1999). *Ibidem*

²⁹ SELLENET, C. (2007). *La parentalité décryptée : pertinence et dérive d'un concept*. Paris : L'Harmattan. 2007.

³⁰ SELLENET, C. (2007). *Ibidem*.

L'approche répressive : rétablir l'ordre par un rappel à l'autorité

L'approche dite « répressive » porte un regard critique sur différents phénomènes sociaux et essaie de les mettre en perspective. La parentalité est perçue comme globalement en crise de par l'évolution des structures familiales et des modes éducatifs qu'elle a subie ces trente dernières années. Ceci serait à l'origine de problèmes sociaux majeurs considérés comme en plein essor : délinquance, violence, absentéisme, échec scolaire... Ces mutations familiales seraient dues à un certain désengagement, à une certaine irresponsabilité des parents et à un affaiblissement de l'autorité. Différentes mesures ont ainsi été proposées pour restaurer cette autorité : suspension, suppression ou mise sous tutelle des prestations familiales, contrat de responsabilité parentale, stages de soutien à la parentalité. Cette restauration de l'autorité parentale passe principalement par le rappel de l'autorité de l'État via des actions répressives à visée éducative.

L'approche sociale : soutenir une parentalité en difficulté, prévenir les problèmes sociaux par l'écoute et le renforcement des liens

« L'approche sociale peut partager cette analyse de la parentalité en crise et cette mise en perspective avec différents problèmes sociaux. Mais, contrairement à l'approche répressive, cette crise de la parentalité est expliquée par différents facteurs sociaux et économiques : les parents ne sont donc pas considérés comme responsables de cette situation. La parentalité est en crise, et les parents en souffrance ou en questionnement ont besoin d'être soutenus dans leur fonction. »

L'approche sociologique : une réflexion et un regard critique sur les approches de soutien à la parentalité

« L'approche sociologique porte un regard critique sur les discours véhiculés autour de la parentalité et sur les interventions proposées. L'observation et l'analyse sociologique des phénomènes en question conduisent à proposer une autre lecture de la problématique entourant la parentalité. Cette dernière n'est plus perçue comme en crise, mais comme en mutation et cette évolution peut s'expliquer par un certain nombre de facteurs socioéconomiques tout comme peuvent l'être un certain nombre de problèmes sociaux (délinquance, violence, échec scolaire...). »

L'approche psychoéducative : prévenir les problèmes psychosociaux et promouvoir la santé (mentale) par l'apprentissage de nouvelles pratiques éducatives

« L'approche psychoéducative est fondée sur la littérature scientifique et sur les résultats de recherche accumulés ces dernières années en psychologie du développement et en épidémiologie. Elle met en avant le lien entre les pratiques parentales et un nombre considérable de problèmes de santé. L'observation standardisée de ces phénomènes et la compréhension qui en découle ont permis d'élaborer des programmes d'intervention visant à améliorer les pratiques parentales et à prévenir l'apparition de ces problèmes de santé.

Cet état des lieux permet de constater la pluralité des perspectives et des modalités d'interventions qui peuvent être regroupées sous les termes de soutien à la parentalité.

Ces approches qui se côtoient et ne sont pas toujours mutuellement exclusives font de la parentalité un champ complexe et riche. » (Lamboy. 2009).³¹

³¹ LAMBOY, B. (2009). Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2009-1-page-31.htm>

Soutenir la parentalité ?

Comme nous l'avons observé, l'attitude de la société vis-à-vis des parents est ambivalente. Leur influence est jugée primordiale pour le développement de l'enfant. Mais dans le même temps, on les accuse d'être à l'origine de nombreuses difficultés rencontrées par les enfants (troubles psychiques, problèmes de comportement, décrochage scolaire, délinquance...).

Les initiatives politiques de soutien à la parentalité émergent donc souvent dans un contexte de questionnement sur la fonction, la place, la disponibilité des parents par rapport à leurs enfants.

L'idée que les parents délèguent de plus en plus aux institutions éducatives est largement répandue et alimente le thème de la démission parentale. Dans ce cas, le soutien à la parentalité apparaît comme une injonction rappelant aux parents leurs responsabilités face à ce qui est présenté comme un effondrement de la famille et une menace pour l'ordre public.³²

Cependant, Michel Vandebroek³³ souligne que cette responsabilisation des parents contribue à occulter les causes sociales des problèmes.

Notons parmi ces causes sociales :

- Les conditions sociales d'exercice de la parentalité qui sont plus complexes aujourd'hui.
- La fragilisation de certaines familles sur le plan socioéconomique.
- Un plus grand isolement des parents.
- Des tensions et pressions nouvelles qui compliquent l'exercice de la parentalité d'aujourd'hui (publicité, médias, internet...).
- Des messages contradictoires fréquents : ce n'est pas l'absence de repères qui caractérise la situation actuelle, mais bien la diversité et parfois même la contradiction entre ces repères. Les parents doivent faire eux-mêmes le « tri » entre les informations, distinguer et choisir celles qui serviront leur parentalité.
- Des attentes plus grandes à l'égard des familles (pressions sociales de réussite, d'épanouissement, pour chaque membre de la famille...).
- Évolution des manières de « faire famille » et redéfinition des rôles parentaux.

Ces divers éléments ont évidemment des répercussions sur la manière dont les parents remplissent leur rôle. C'est pourquoi, selon Claude Martin, « une politique de soutien à la parentalité doit d'abord prendre les parents au sérieux, s'interroger sur la manière dont ils définissent leur rôle plutôt que décliner ce qu'ils devraient être ou faire ».³⁴

Les initiatives de soutien à la parentalité qui émergent du terrain ont souvent une visée émancipatrice et tendent à rompre l'isolement dans lequel vivent certaines familles, à recréer de la solidarité et de la citoyenneté.

³² MARTIN, C. (2003). *La parentalité en questions, perspectives sociologiques : rapport pour le Haut conseil de la population et de la famille*. 2003. Halshs-00201825. En ligne. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00201825/file/La_parentalite_en_questions.pdf

³³ Vandebroek, M. (2006). *Globalisation and privatisation. The impact on childcare policy and practice*. Working paper in : Early Childhood Development. The Hague. Bernard Van Leer Foundation. 2006. p.38.

³⁴ MARTIN, C. (2003). *La parentalité en questions, perspectives sociologiques : rapport pour le Haut conseil de la population et de la famille*. 2003. Halshs-00201825. En ligne : https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00201825/file/La_parentalite_en_questions.pdf

Bernard Terrisse³⁵ définit le soutien à la parentalité comme « l'ensemble des interventions, émanant du réseau social et des organismes à caractères social, communautaire et éducatif, destinées à aider les parents dans la réalisation de leur projet éducatif. Il a pour but, en particulier, de les aider à mieux gérer leur problématique personnelle, à mieux organiser leurs ressources et à rendre accessibles les services dont ils ont besoin ».

Soutien, accompagnement, quelles différences ?

Si les termes « soutien à la parentalité » font l'objet d'un large usage, tant dans les jargons professionnels que dans les discours politiques, les revues spécialisées, les recherches, les médias..., ils soulèvent de grandes crispations et ouvre de nombreux débats.

Pour certains, le mot « soutien » signifie qu'un étayage est nécessaire. En effet, devenir parent amène des changements sur les plans émotionnel, psychique, social, organisationnel... Pour d'autres, même si cette étape « normale » de la vie peut déstabiliser certaines personnes, voire les fragiliser, le fait même de devenir et d'être parent ne nécessite pas un étayage spécifique ou systématique.

Le terme « accompagnement » est alors mis en avant. Il permet de gommer le sous-entendu de fragilité de la parentalité. « Accompagner » signifie, selon *Le Petit Robert* « se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui ». Selon cette acception, le professionnel est appelé à s'ajuster au parent pour être dans le même espace, le même temps et le même rythme que lui³⁶.

L'accompagnement par un professionnel n'est cependant pas un compagnonnage. Parents et intervenants sont dans un rapport asymétrique, dans le sens où l'un et l'autre ont des rôles et des positionnements différents. Il s'agit pour le professionnel de permettre une mise à distance et une objectivation de la situation afin de proposer l'accompagnement le plus ajusté, éclairé et dicté par des valeurs éthiques, sociales, citoyennes appelées à s'appuyer ou à coexister avec celles du parent « accompagné ».

Même s'il s'agit d'accompagner les parents à leur rythme, l'enfant doit rester au centre du processus.

Précisons que si certains professionnels ont une mission directe d'accompagnement à la parentalité, d'autres ont une mission incidente, c'est-à-dire que l'accompagnement de la parentalité n'est pas leur objectif premier, mais qu'ils peuvent l'exercer dans le cadre de leur fonction particulière.

Le soutien à la parentalité ne se limite cependant pas à la relation entre un professionnel et un parent autour d'un enfant. En mettant en œuvre une série de mesures spécifiques, les pouvoirs publics contribuent également au soutien de la parentalité dans notre société.

Le concept de soutien à la parentalité s'articule donc clairement autour de deux dimensions indissociables :

- Une dimension socio-politico-économique portée par les pouvoirs publics et concrétisée par un ensemble de politiques visant à soutenir la parentalité (congés parentaux, protection maternelle et infantile, création et développement de milieux d'accueil, élaboration du code de qualité pour ces milieux d'accueil...). La dimension socio-politico-économique englobe cependant aussi d'autres domaines dans lesquels l'action des pouvoirs publics est aujourd'hui insuffisante, voire inexistante : pression consumériste, notamment via la publicité, manque de reconnaissance de la parentalité en matière de lutte contre le surendettement, politique de logement...

³⁵ TERRISSE, B. (1998). *La taxonomie des objectifs d'éducation et de soutien parental*. St-Sauveur. Les éditions du Ponant. 1998.

³⁶ ONE (2012). *Pour un accompagnement réfléchi des familles - Un référentiel de soutien à la parentalité*.

- Une dimension pratique d'accompagnement de la parentalité, qui concerne les acteurs en lien direct ou non avec les familles.

2.2 Le soutien à la parentalité à l'ONE

Historique

La manière dont les autorités publiques ont envisagé les actions à destination des parents a fortement évolué avec le temps.

Dans le courant des années septante, les actions et orientations insistaient surtout sur la nécessité d'« éduquer les parents ». Les messages consistaient principalement en des ordres et injonctions à leur égard, il s'agissait de leur indiquer ce qu'ils devaient faire pour être de « bons parents ».

Ensuite, après les années quatre-vingt, les autorités ont davantage pris conscience de l'importance de soutenir et d'accompagner les parents, de les conseiller, en partant du principe qu'ils ont tous des compétences.

Les politiques de soutien à la parentalité se développent encore davantage, notamment dans une visée préventive avec d'une part l'entrée en vigueur de la Convention internationale des droits de l'enfant au début des années nonante, qui prône certains principes tels que le droit de l'enfant de vivre au contact de ses parents, et le décret relatif à l'aide à la jeunesse de 1991, d'autre part. Celui-ci repose sur la volonté de maintenir autant que possible les enfants dans leur milieu de vie³⁷.

Au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles³⁸, durant les années nonante, on remarque une tendance à appuyer l'idée de l'importance de s'adresser à tous les parents sans exception, et non uniquement à certains groupes de parents jugés plus en difficultés.

Au sein de l'ONE, la mission de soutien à la parentalité apparaît ainsi de façon de plus en plus affirmée dans le courant des années nonante et le début des années 2000. Dans la foulée des développements réalisés par nos voisins français (dont le Gouvernement avait notamment instauré un carnet des pères et créé un réseau de parents dans le but d'aider d'autres parents), le ministre belge en fonction de l'époque a invité l'ONE et son conseil scientifique à envisager le soutien à la parentalité en tant que mission transversale de l'Office. Ainsi, en 2003, le Conseil scientifique de l'ONE a décidé de la création d'un carnet des parents et d'accompagner les lieux de rencontre enfants et parents existants en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Malgré ces premières impulsions et initiatives, la mission de soutien à la parentalité est lente dans son appropriation et sa mise en place au sein de l'institution jusqu'à ce que l'actualité³⁹ accélère l'instauration d'un décret concernant le soutien à la parentalité. Parallèlement, des stages parentaux ont été mis sur pied en 2007 puis abandonnés en 2010⁴⁰. C'est déjà à ce moment-là qu'émerge l'idée de réaliser un référentiel commun à l'ensemble des professionnels de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

De tout ce travail ont découlé de nombreuses thématiques concernant la parentalité, pour lesquelles des recherches, des outils, des repères pour les parents, etc., ont été réalisés et mis en place. Parmi ces thématiques, on retrouve notamment celles de la précarité, de l'enfant-roi ainsi que les repères et de limites des parents à l'égard de l'enfant.

³⁷ SOMMER, M., responsable du service Études de 1995 à 2010. 18 janvier 2018. [Interview]

³⁸ Anciennement Communauté française.

³⁹ En 2006, Stacy et Nathalie sont assassinées à Liège et, en 2007, Joe Van Holsbeeck est tué à la gare Centrale de Bruxelles pour son mp3. Ces événements ont démontré certains manquements dans l'accompagnement des parents.

⁴⁰ HOVINE, A. (2009). Enterré le stage parental. In *La libre Belgique*, 4 août 2009.

Ainsi, au sein de l'ONE, des moyens humains ont été investis dès le début des années 2000 afin d'accompagner les lieux de rencontre enfants et parents, de mener des recherches et créer des outils de soutien à la parentalité à destination des professionnels en contact direct et indirect avec les familles.

Au fil du temps, la notion de soutien à la parentalité s'est adaptée aux divers changements sociétaux et évolutions des connaissances. On a vu apparaître de nouvelles formes familiales avec, par exemple, le nombre croissant de divorces et par conséquent de familles monoparentales ou recomposées.

La place du père a également été de plus en plus considérée. Auparavant, on s'adressait en effet principalement aux mères, qui étaient considérées comme le principal point de repère de l'enfant et le contact unique avec les professionnels de l'enfance.

Le premier carnet des parents s'est révélé être un élément moderne et bouleversant, mais c'est avec les lieux de rencontre enfants et parents que le soutien à la parentalité s'est véritablement concrétisé à l'ONE. L'objectif était alors de socialiser l'enfant qui n'avait pas eu la chance d'avoir une place d'accueil. Le soutien à la parentalité était d'abord un service qui s'appliquait à des familles qui avaient des besoins spécifiques puis il a évolué vers un service universel, accessible à chaque (type de) famille. On considère aujourd'hui que tous les parents peuvent éprouver des difficultés dans l'éducation de leur(s) enfant(s), quels que soient le degré et la forme de ces difficultés.

Aujourd'hui, nous partageons l'idée que les actions de soutien à la parentalité se déclinent selon quatre grands principes :

- L'enfant est au cœur du soutien à la parentalité.
- Les parents ont des compétences.
- Le soutien à la parentalité s'adresse à tous les parents.
- La prise en compte des contextes de vie est nécessaire.

Ces principes et valeurs doivent être déclinés et mis en œuvre par les professionnels, selon leurs mandats, leurs fonctions...

L'enfant est au cœur du soutien à la parentalité

Comme l'indique la Convention internationale des droits de l'enfant, l'enfant est un sujet de droit. Il doit pouvoir bénéficier de réponses à ses besoins de base. L'intérêt de l'enfant doit rester au centre des préoccupations et, dans la majorité des cas, son intérêt est adéquatement pris en compte par ses parents. Cependant, si ses parents sont ses premiers éducateurs, l'ensemble des adultes qui l'entourent ont également une obligation « morale » vis-à-vis de lui.⁴¹

Toutefois, dans certaines situations, la tension entre les droits de l'enfant et les droits des parents doit être analysée dans toute sa complexité.⁴² L'évaluation de l'intérêt de l'enfant ne sera peut-être pas la même pour un parent, un professionnel ou un autre acteur du réseau de l'enfant et de sa famille. Cela peut donc compliquer le travail des professionnels. De plus, comme le souligne Alain Renaut⁴³, les enfants ont aussi besoin pour grandir d'avoir confiance dans les institutions qui les éduquent, les protègent ou qui les soignent.

Certains parents éprouvent des difficultés – voire sont incapables – de répondre momentanément ou durablement aux besoins de leur enfant. Dans ces situations, pour que l'enfant puisse jouir de ses droits fondamentaux, diverses options peuvent être prises, jusqu'à une suppléance parentale. Cependant, même

⁴¹ MESURE, S., DE SINGLY F. (2001). *Le lien familial*. Paris. Editions Rue d'Ulm. 2001.

⁴² YOUNG, D. (2002). *Penser les droits de l'enfant*. Paris. Presse Universitaires de France. 2002.

⁴³ RENAULT, A. (2002). *La libération des enfants. Contribution philosophique à une histoire de l'enfance*. Paris. Calmann-Lévy. 2002.

dans ces situations extrêmes, les parents sont importants pour leur enfant et sont susceptibles de mobiliser des compétences parentales, dans une parentalité partielle.

Il importe donc que les professionnels accordent leur attention à l'intérêt de l'enfant. Cela doit donc être leur préoccupation première.

Les parents ont des compétences

« Au lieu de regarder les familles à partir des lacunes qu'elles ont ou des choses inadéquates qu'elles font, nous les regardons d'un autre œil : ce qu'elles font maintenant est la meilleure solution qu'elles ont pu trouver jusqu'à présent dans la situation dans laquelle elles se trouvent. Et cela change notre rapport à la personne. »⁴⁴

Les actions de soutien à la parentalité doivent s'appuyer sur les ressources parentales et miser sur les compétences des parents. Les parents sont les premiers éducateurs des enfants et ils sont la plupart du temps « suffisamment bons », selon la formule de Donald W. Winnicott.⁴⁵

Selon Catherine Sellenet⁴⁶, la parentalité c'est des savoirs, des savoir-faire, des capacités à résoudre leurs problèmes, des aptitudes naturelles ou acquises, et un savoir-être. Cet ensemble compose les compétences parentales, présentes et activées à des degrés différents et variables d'un individu à l'autre, vis-à-vis d'un enfant ou d'un autre. La plupart de ces compétences s'acquièrent et se construisent. Notons que celles-ci évoluent selon les contextes de vie des parents. Par ailleurs, l'auteure rappelle que ces compétences forment un tout et doivent donc être envisagées dans leur globalité.

Pour mobiliser les compétences parentales ou lorsqu'il y a lieu d'évaluer une éventuelle situation de danger, le professionnel recourra à un bilan des compétences observables à un moment donné, dans un contexte donné.

L'objectif n'est pas de lister les compétences parentales pour les comptabiliser et normaliser les conduites. L'évaluation a pour but d'aboutir à une compréhension fine, reposant à la fois sur la première évaluation intuitive, implicite du travailleur, et sur une analyse objectivée de la situation. Cette évaluation doit également se construire dans le dialogue avec les parents. Leur reconnaître des compétences, c'est avant tout les reconnaître comme des acteurs de leur situation, comme des sujets de droit, capables d'expression et d'analyse. C'est à ce prix qu'ils seront effectivement considérés comme des partenaires et qu'une alliance éducative pourra réellement se construire dans les faits. Reconnaître aux parents des compétences, c'est accepter de discuter et de débattre avec eux de nos constats, de nos inquiétudes, de nos évaluations, c'est prendre en compte leur point de vue.

Le soutien à la parentalité s'adresse à tous les parents

Trop souvent le soutien à la parentalité est associé à certaines formes familiales, comme si celles-ci (familles monoparentales, familles recomposées, familles homoparentales, familles défavorisées...) étaient intrinsèquement porteuses de dysfonctionnements.

C'est l'ensemble des familles qui sont concernées par la complexification de l'éducation, par le déplacement des frontières entre la sphère publique et privée (fréquentation des milieux d'accueil par exemple).

⁴⁴ AUSLOOS, G. (1997). *La compétence des familles*. Toulouse. Erès. 1997.

⁴⁵ WINNICOTT, D.W. (2010). *La famille suffisamment bonne*. Paris. Payot et Rivages. 2010.

⁴⁶ SELLENET, C. (2007). *La parentalité décryptée : pertinence et dérive d'un concept*. Paris. L'Harmattan. 2007.

Au-delà de la diversité des formes, les familles diffèrent également par les conditions d'exercice de la parentalité, par les pratiques éducatives. Il arrive que les références culturelles des familles soient fort éloignées de celles du professionnel qui les rencontre.

Il incombe au professionnel de pouvoir se décentrer de ses propres valeurs, de ses manières de faire, pour aller à la rencontre de celles des familles qu'il accompagne.

La politique de soutien à la parentalité s'adresse à tous les parents. Les actions se déclinent sous de multiples formes qui ne ciblent pas a priori l'une ou l'autre forme de familles, l'un ou l'autre type de problématique.

La prise en compte des contextes de vie est nécessaire.

D'une manière générale, le soutien à la parentalité doit toujours être guidé par un double objectif : celui de respecter les individus et de prendre en compte la diversité des codes culturels, et celui de renforcer leur autonomie.

Les réponses seront donc adaptées à la diversité des situations et des contextes (familial, social, culturel, historique). Si certaines situations nécessitent un accompagnement parfois renforcé, pour d'autres, la mise à disposition d'une information ou une possibilité de contact sera suffisante.

Prendre en compte le contexte de vie, c'est aussi proposer une action spécifiquement adaptée à chaque famille, dont les besoins auront été préalablement analysés en collaboration avec elle.

Considérer les parents comme les premiers acteurs de leur situation ayant des compétences impose de mener avec eux le travail d'évaluation, d'entendre leur point de vue, d'exprimer clairement le nôtre. Cela implique d'être capable de faire face au désaccord tout en gardant une attitude respectueuse et d'assumer, dans certains cas, la conviction qu'une mesure de protection est nécessaire.

Enfin, prendre en compte le contexte d'une famille implique pour le professionnel d'être capable de se décentrer de ses propres représentations de ce qu'est la parentalité (voire, implicitement, de ce qu'est la « bonne » parentalité).

Cela nécessite également de comprendre les systèmes de référence à l'œuvre, le sien et ceux des parents.

Des outils pour la mise en œuvre d'une politique de soutien à la parentalité

Pour un accompagnement réfléchi des familles : un référentiel de soutien à la parentalité.



Ce référentiel est envisagé comme un outil invitant les professionnels à la réflexivité. Il contient des connaissances scientifiques, des principes d'actions, des valeurs partagées et des exemples concrets concernant le soutien à la parentalité. Il ne vise nullement l'exhaustivité (de connaissances, de pratiques...) ou l'établissement de normes, mais bien l'énoncé d'options pouvant constituer autant de points d'appui, de points de vigilance afin de situer, d'analyser et de réfléchir à sa propre pratique.

Il s'adresse particulièrement aux professionnels qui, en Fédération Wallonie-Bruxelles, sont en contact direct ou indirect avec les enfants et les (futurs) parents : qu'ils travaillent dans l'aide à la jeunesse, à l'ONE, dans l'enseignement, dans le secteur associatif, dans les équipes SOS Enfants, en centre de santé mentale, en centre de planning familial, en centre psycho-médico-social, à l'hôpital, dans le champ des droits de l'enfant...

Ce référentiel a donc pour objectifs :

- De proposer un cadre, des balises et d'ouvrir le débat.
- De soutenir les professionnels dans leur réflexion sur leurs pratiques.
- D'aider les professionnels à prendre distance.

Le référentiel « Pour un accompagnement réfléchi des familles » (2012) propose aux professionnels de l'enfance, de la famille et de la parentalité des repères éthiques et des principes pédagogiques pour soutenir la réflexion sur leurs pratiques professionnelles et développer davantage de synergies entre acteurs.

Une définition du soutien à la parentalité y est proposée, sous forme de deux dimensions indissociables : une dimension pratique d'accompagnement de la parentalité (mise en œuvre par des acteurs de première et de deuxième ligne) et une dimension socio-politico-économique (portée par les pouvoirs publics et les institutions).

La politique de soutien à la parentalité telle que défendue par les trois signataires du document (ONE, direction générale de l'Aide à la jeunesse, délégué général aux Droits de l'enfant) y est développée sur base de quatre grands principes : l'enfant est au cœur du soutien à la parentalité, les parents ont des compétences, le soutien à la parentalité s'adresse à tous, la prise en compte des contextes de vie est nécessaire.

Enfin, six balises plus concrètes sont proposées comme soutiens à la pratique d'accompagnement de la parentalité : prendre le temps de l'analyse, adopter une attitude de bienveillance à l'égard des parents, (re) connaître les autres acteurs, reconnaître collectivement les professionnels dans les risques qu'ils doivent prendre, favoriser une réflexivité sur son intervention, un outil pour réfléchir l'accompagnement de la parentalité.

Ce document étant plutôt généraliste, des satellites viendront compléter par une vision plus spécifique la façon dont se décline le soutien à la parentalité dans une fonction ou un secteur particulier, comme cela a déjà été fait pour les lieux d'accueil par exemple.

Satellite « Le soutien à la parentalité dans les lieux d'accueil »



Il était indispensable de faire un focus particulier sur le soutien à la parentalité dans les lieux d'accueil de 0 à 18 ans (crèche, accueillant à domicile, centre de vacances, écoles de devoirs...) en réalisant un outil satellite.

En effet, l'accompagnement de la parentalité est particulièrement délicat dans les lieux d'accueil : pouvoir différencier la relation aux parents de l'accompagnement de la parentalité est l'un des enjeux de ce document. Les questions de relations avec les familles ont déjà été abordées dans les autres référentiels et le code de qualité propres aux métiers de l'éducation et de l'accueil du jeune enfant (EAJAJ). Nous avons particulièrement veillé à la cohérence entre le satellite accueil et ces différents outils de référence.

Outils spécifiques pour les parents non-lecteurs

La majorité des outils développés par l'Office s'adressent à tous les (futurs) parents avec pour objectif de les informer et les soutenir dans leur rôle. Dans l'élaboration de ses outils, l'Office veille à tenir compte des difficultés langagières rencontrées par certains parents et adapte ses messages et supports de communication en conséquence.

Lors de la création d'un outil accessible au plus grand nombre, il convient d'être particulièrement vigilant à la clarté des messages utilisés, que ce soit en utilisant du texte, mais aussi des illustrations.

Dans ce cadre, avec le soutien de la coopérative CERA, en 2010, l'Office a créé un outil spécialement conçu pour les familles peu familiarisées avec la langue française : « Images pour accompagner les parents au quotidien ». Il s'agit de fiches illustrées soutenues par des mots-clés et des titres qui abordent divers sujets. L'originalité de ce document tient au fait qu'il a été créé en tenant compte de l'expertise de scientifiques et du vécu des familles issues des publics cibles.



Suite à la réussite du projet, un second outil – le film *Grandir*, coproduction de l'ONE et de VIDEP ASBL – a été réalisé. Tandis que les fiches thématiques ont été volontairement orientées vers la pratique et le concret, la vidéo permet d'illustrer l'aspect affectif et relationnel des interactions parents/enfants.

Sans paroles et tout en image, « Grandir » tente de soutenir les parents dans leurs compétences parentales, mais également le professionnel plus ou moins impliqué dans le domaine de l'éducation à la santé accompagnant des parents qui ne maîtrisent pas toujours la langue véhiculaire. Ce film aborde le développement de l'enfant, de sa naissance jusqu'à ses 3 ans. Il met en évidence l'enfant dans sa découverte, dans son exploration du monde et dans sa relation avec ses pairs. À travers le quotidien de treize familles, toutes culturellement et socialement différentes, nous observons des enfants et des parents grandir ensemble. Placé sous le signe de la bienveillance, ce film tente de montrer qu'il n'y a pas une manière de faire dans la relation avec son enfant et que grandir ensemble est un apprentissage permanent. Ce film peut être visionné dans son entièreté, par chapitre ou par séquence. Il peut être utilisé lors d'une rencontre avec un parent, en individuel, ou avec un groupe, en collectif ; et aussi pour lancer une discussion, pour répondre à un questionnement exprimé par le parent ou toute autre occasion qui représente un moment clé du soutien à la parentalité. Un carnet pédagogique a été réalisé afin de guider l'utilisateur. Notre souhait est de donner des pistes d'utilisation tout en laissant une grande part à la créativité.

Un site : www.parentalité.be

Comme le prévoit le dernier contrat de gestion de l'ONE en son article 141, l'Office a repris la gestion du site www.parentalité.be initié par l'Observatoire de l'enfance, de la jeunesse et de l'aide à la jeunesse (OEJAJ). Le site vise notamment à favoriser les échanges de pratiques entre professionnels. La mise en réseau des ressources et des services disponibles par l'intermédiaire de ce site impulsera une dynamique nouvelle pour le partage des connaissances et expériences dans le champ de la parentalité.

Les contenus sont créés en partenariat avec l'OEJAJ, le délégué général aux droits de l'enfant (DGDE), l'Administration Générale de l'Aide à la Jeunesse (AGAJ), le Fonds Houtman, l'Agence pour une vie de qualité (AVIQ), l'administration générale de l'Enseignement, le service Phare et la COCOF.

Services spécifiques de soutien à la parentalité

Les lieux de rencontre enfants et parents

Les lieux de rencontre enfants et parents (LREP) sont nés dans le sillage des « maisons vertes » de Françoise Dolto, créées en France en 1979, des lieux où parents et enfants pouvaient passer du temps conjointement et où ils allaient être accueillis. Celles-ci ont été mises en place dans un contexte social précis : l'isolement résultant de la parcellarisation du lien social, la transition entre la maternité et le retour à la maison, le retour au travail précipité des parents et l'entrée en crèche, etc.

En Belgique, la première maison verte, baptisée « maison ouverte », est inaugurée en 1983 à Woluwe-Saint-Lambert. Il ne s'agit cependant pas de la première initiative de lieu proposant d'offrir un espace de parole, d'échanges et de rencontres, en présence de professionnels, aux tout-petits et à leurs parents. En 1982, la Ligue des familles inaugurait son premier « bébés-rencontres » à l'initiative d'un groupe de parents ayant entendu parler des maisons vertes.

Au fil des années, les maisons vertes et autres types de lieux de rencontre enfants et parents se sont multipliés sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ces initiatives peuvent être d'inspiration diverse : maisons vertes ou maisons ouvertes, bébés-rencontres, lieux de rencontre enfants et parents initiés au sein de consultations pour enfants de l'ONE, lieux de rencontre enfants et parents issus de centres de santé mentale, etc.

Sous l'impulsion de l'ONE, l'ensemble du secteur est désormais désigné par l'appellation « lieux de rencontre enfants et parents ». Ces lieux sont aujourd'hui plus de 180 en Fédération Wallonie-Bruxelles. Ces lieux sont des espaces informels, ouverts aux enfants accompagnés d'un adulte.

Ce sont des lieux de socialisation, non seulement pour les enfants accueillis, mais également pour les parents, les accompagnants et accueillants qui y créent de nouveaux liens et permettent de créer des sentiments d'affiliation, d'appartenance à un quartier, à une collectivité, à une communauté éducative.

Ces lieux sont ouverts à tous. Ils permettent de renforcer la relation parent-enfant et favorisent des rencontres avec d'autres. Ils sont particulièrement intéressants pour les familles vulnérables et isolées, qui cherchent des contacts, des ouvertures au-delà de leurs propres réseaux sociaux. Ils sont donc élaborés de façon à répondre à des besoins particuliers tels que rompre l'isolement social des familles, assurer le bien-être de l'enfant, son éducation et sa socialisation, s'inscrire dans une perspective de prévention, etc.

Organisées de façon plus informelle que les lieux d'accueil classiques, ces structures s'organisent notamment au sein d'associations à vocation sociale, mais peuvent aussi reposer sur divers partenaires indépendants. Elles sont articulées sur des projets diversifiés, en fonction du contexte dans lequel elles évoluent, de leurs objectifs et de leurs conditions d'existence. Les projets sont adaptés aux besoins du public qu'elles accueillent (familles favorisées, diversité culturelle, parents en recherche d'échanges avec d'autres parents...).

Dans une perspective de prévention, et au-delà de la diversité, ces lieux poursuivent des objectifs communs et spécifiques.

Les activités y sont aussi variées que les projets. La fréquentation des lieux de rencontre enfants et parents est le plus souvent gratuite ou moyennant une faible participation.

Depuis 2003, l'ONE accompagne des lieux de rencontre enfants et parents. Un état des lieux (2005) et une recherche concernant ce secteur ont été réalisés. Une définition, des objectifs et des critères de reconnaissance et de subventionnement ont également été élaborés avec des représentants de ces lieux.

En 2013, une recherche sur les haltes-accueil et les lieux de rencontre, structures atypiques répondant à des besoins spécifiques des familles, a été réalisée. Cette recherche soutenue par la Fondation Roi Baudouin a permis de disposer d'une cartographie du secteur, d'en mesurer l'ampleur et de comprendre quels leviers ces lieux utilisent pour atteindre un public en situation de grande précarité.

La poursuite de ce soutien et de cet accompagnement par l'ONE est particulièrement pertinente dans une période où les modalités d'accueil sont tributaires des conditions socioéconomiques des familles et où l'amélioration des conditions d'exercice et de pratique de la parentalité est visée.

Les professionnels ont également besoin d'être outillés pour pouvoir identifier et répondre aux besoins des familles, pour pouvoir toucher un public le plus diversifié possible (et par conséquent, de répondre aux besoins divers qui les concernent.)

Il est donc nécessaire d'encourager la formation des acteurs de terrain, d'entretenir et favoriser les réseaux et les partenariats ainsi que de renforcer la dynamique d'échanges, et ce dans un souci d'améliorer encore l'accompagnement et la reconnaissance du secteur. En 2018, l'ONE subventionne quarante-huit lieux de rencontre enfants et parents.

Les espaces parents dans la séparation

L'espace parents est un service spécifique de soutien à la parentalité qui se situe dans le champ de la petite enfance et de l'aide à la jeunesse dont il partage les fondamentaux, essentiellement la priorité donnée à l'intérêt de l'enfant et au travail de prévention.

Les services Espaces Parents dans la séparation (EPS) sont actuellement au nombre de cinq en Fédération Wallonie-Bruxelles (Charleroi, Mons, Liège, Verviers et Neufchâteau). Ces services de prévention proposent une aide aux enfants malmenés par les conflits de leurs parents dans le contexte d'une séparation difficile, voire conflictuelle. Ces services accompagnent les parents vers une coparentalité responsable en veillant à ce qu'ils puissent s'entendre autour des besoins de leur enfant.

2.3 Inégalités sociales et pauvreté

La pauvreté est une notion relative et les indicateurs qui la mesurent prennent comme base un écart par rapport aux revenus du pays considéré.

Il n'existe pas un type de pauvreté, mais de nombreuses formes. Divers facteurs entrent en ligne de compte : logement, privation d'emploi, non-participation à certaines activités sociales qui se déroulent hors du domicile, absence de biens de consommation, difficultés d'accès aux soins de santé, etc.

Les facteurs de risque se cumulent et les inégalités sociales ont aussi tendance à se concentrer sur des entités territoriales. Il existe des villes ou des quartiers dans lesquels les problèmes de logement, de manque d'accessibilité à des services et de privation d'emploi sont polarisés, d'où l'idée pour l'ONE de travailler sur ces différences territoriales avec une offre universelle qui puisse s'adapter.

Au-delà du manque de biens matériels, le vrai visage de la pauvreté et de la précarité c'est d'abord la privation de la capacité de se faire entendre, de s'organiser pour faire valoir ses priorités et ses intérêts.

Aujourd'hui en Belgique, près d'un enfant sur cinq est concerné ou menacé par la précarité. La pauvreté touche les enfants dans tous les aspects de leur vie que ce soit au niveau de leur santé, de leur bien-être psychosocial, de leur scolarité, de leurs participation sociale et culturelle, de leur éducation...

Comme le rappelle le délégué général aux Droits de l'enfant, aucun des droits contenus dans la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) adoptée par l'assemblée générale des Nations unies en 1989 ne résiste à la pauvreté.

L'annuaire fédéral *Pauvreté en Belgique* nous dicte l'importance d'agir très tôt, dès la période périnatale, si l'on veut réduire l'impact des inégalités sociales et de santé sur l'enfant. En Fédération Wallonie-Bruxelles les chiffres montrent l'importance d'une intervention précoce de nature préventive.

Dans bon nombre de pays d'Europe, le risque de pauvreté des enfants est plus élevé que le risque de pauvreté de la population en général. C'est ce qui explique que la lutte contre la pauvreté infantile est l'une des grandes priorités de l'Europe.

Plusieurs travaux internationaux considèrent de manière unanime que la qualité des services dans le champ de l'enfance est source de bénéfices importants pour les enfants tant au niveau cognitif que socioaffectif, particulièrement pour ceux qui sont issus de familles en situation de vulnérabilité.

Il est donc urgent de considérer les situations d'inégalité sociale dans les champs socioéducatifs et de la santé comme le résultat de politiques structurelles produisant ou reproduisant la précarité et la pauvreté.

Dès son origine, l'ONE a voulu mettre en œuvre une politique de prévention de la santé accessible à tous et en particulier aux populations les plus vulnérables. Conscient de la persistance des inégalités sociales de santé, l'Office a voulu maintenir et amplifier son action de proximité sociale complémentairement à sa fonction d'acteur de première ligne en matière de prévention de la santé. Dans le cadre de la réforme des consultations pour enfants (2004), à travers les projets santé-parentalité réalisés par les équipes de consultations réunissant médecins, TMS et bénévoles, de nombreuses initiatives se développent telles que les coins lecture, les lieux de rencontre enfants et parents, les groupes de parole... Elles jouent un rôle essentiel dans la lutte contre l'isolement familial et le soutien à la parentalité.

L'accompagnement des familles s'inscrit dans une démarche de bienveillance et de soutien à la parentalité dans laquelle le professionnel n'est pas celui qui sait et vient expliquer à la famille ce qu'il convient de faire. Le point de vue adopté se base sur la conviction que, dans des conditions propices, tout adulte possède des compétences qui peuvent devenir des moteurs de changement.

En novembre 2010, lors du séminaire relatif aux bonnes pratiques du travail en réseau⁴⁷, Liliane Baudart a expliqué la nécessité du travail en réseau pour répondre au caractère multifactoriel de la pauvreté, et en particulier sur la nécessité d'une action conjointe entre les pouvoirs publics et les mouvements associatifs. Le contrat de gestion de l'ONE préconise que, au-delà du caractère universel de ses missions prônant une accessibilité à tout parent, l'Office mette en œuvre des actions de discrimination positive à l'égard de certaines situations de vulnérabilités psychosociales et d'inégalités de santé. L'isolement et la diversité des familles nécessitent que l'on prenne des initiatives plus particulières visant à soutenir les compétences sociosanitaires et éducatives des familles en vue d'assurer l'égalité des chances.⁴⁸

Pour ce faire, l'Office a élaboré un plan de mobilisation « Précarité, périnatalité et petite enfance »⁴⁹. Dans ce cadre, il propose d'intensifier les partenariats avec l'ensemble des services sociosanitaires par le développement d'un travail en réseau, de plateforme de concertation et d'une offre intégrée de services. Le plan de mobilisation « Précarité, périnatalité et petite enfance » s'articule autour de quatre grands objectifs stratégiques :

- 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.

Il se décline en trente et une actions prioritaires au regard des objectifs stratégiques. Parmi celles-ci, on retrouve notamment une action concernant les plateformes prénatales.

Jusqu'en 2012, il n'existait pas de prise en charge prénatale organisée par l'ONE en province du Luxembourg mis à part l'équipe de SOS enfant, section prévention anténatale : Bébé-Accueil.

Pour pallier cette situation, un dispositif adapté à la grande ruralité que connaît cette province a été mis en place sous la dénomination de plateforme prénatale (PF). Elle est basée sur la collaboration avec des gynécologues qui signent une convention avec l'ONE.

Les progrès de la médecine ont permis de démontrer que beaucoup de facteurs déterminants du bien-être et de la santé de l'enfant se jouent durant les premiers mois de la vie, voire durant la grossesse.

Dans le secteur de l'accompagnement, l'ONE offre un suivi préventif gratuit à tous les enfants de 0 à 6 ans et aux futures mères.

En plus du service universel, dans les services offerts aux enfants et à leur famille (les examens médicaux, les visites à domicile), le suivi peut être renforcé en fonction des problèmes rencontrés.

Par ailleurs, chaque consultation développe un projet de santé-parentalité défini à partir des besoins de la population ou de thématiques identifiées par les professionnels en fonction du public de la consultation accueillie et qui intègre différentes activités. Des projets santé-parentalité sont également développés dans

⁴⁷Dans le cadre d'un cycle de trois séminaires organisé conjointement par la DGAJ et l'ONE sur le thème « Comment contribuer à la réduction des inégalités sociales ? » en novembre, décembre 2010 et janvier 2011.

⁴⁸FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES, ONE (2013). *Contrat de gestion 2013-2018 de l'Office de la Naissance et de l'Enfance*.

⁴⁹Plan « Précarité, périnatalité et petite enfance, une mobilisation de l'ONE » - 2015-2018

les consultations prénatales de l'ONE. Signalons plus particulièrement dans ce secteur l'impact indéniable de la réduction des durées de séjour en maternité sur la parentalité, creusant encore plus les inégalités sociales de santé et obligeant la mise en place d'un dispositif d'accompagnement périnatal de proximité coordonné entre tous les acteurs médico-sociaux.

Dans le secteur de l'accueil subventionné par l'ONE (environ trois quarts des enfants de 0 à 3 ans), l'accessibilité financière est proportionnelle aux revenus des parents. Permettre à tous les enfants de fréquenter un milieu d'accueil, c'est favoriser l'accès à l'emploi des parents.

D'une manière générale, rendre les milieux d'accueil de qualité accessibles à toutes les familles, c'est participer à la lutte contre les inégalités sociales en favorisant la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale.

Pour les 3 à 12 ans et plus, l'ONE subventionne également des structures ouvertes à tous les enfants (accueil extrascolaire, centres de vacances, écoles de devoirs).

L'Office développe également une politique de soutien à la parentalité attentive aux situations de vulnérabilité parentale.

De nombreux travaux ont mis en évidence le fait que les messages d'éducation à la santé échappent largement aux populations les plus défavorisées et, en réponse aux critiques formulées par les organismes proches des milieux de grande pauvreté concernant le caractère trop centré sur l'écrit, l'ONE a réalisé des outils de soutien à la parentalité à destination de parents peu familiarisés avec le français écrit.

En 2010, l'ONE et la Fondation Roi Baudouin ont réalisé une recherche-action portant sur les inégalités sociales de santé (ISS) dans les consultations prénatales de l'ONE.

Elle visait à mettre en place et expérimenter sur six sites de consultations prénatales des projets participant à la réduction des ISS en renforçant les compétences parentales. Ces projets ont été menés par des TMS, accompagnés par les chercheurs.

L'objectif de cette recherche était de tenter de comprendre comment des messages de santé sont relayés par les services offerts auprès de toute la population et de voir comment ils s'adaptent aux caractéristiques du public cible, dans une optique de réduction des ISS.

En 2012, l'ONE et la Fondation Roi Baudouin ont diffusé les résultats d'une recherche portant sur la réduction des inégalités sociales de santé autour de la naissance par le renforcement des compétences parentales. Cette recherche-action menée avec six consultations prénatales a permis de sensibiliser les professionnels des consultations.

Un groupe de travail s'est emparé des recommandations issues de cette recherche-action et a permis d'outiller dès 2015 les TMS souhaitant mieux prendre en compte les inégalités sociales de santé, dans le cadre de projets santé-parentalité menés au sein des consultations.

Elle a notamment permis de démontrer l'importance d'avoir :

- Une connaissance plus affinée des bénéficiaires fréquentant les consultations prénatales par les TMS, une meilleure perception des facteurs et des déterminants qui interviennent dans le vécu des futurs parents.
- Un temps d'arrêt des équipes : réflexion sur leurs pratiques et remise en question de leurs attitudes face aux bénéficiaires.
- Une création de liens et des possibilités d'ouverture vers des partenaires (tant internes qu'externes à l'ONE).
- L'élaboration d'un guide méthodologique en vue de la généralisation d'une telle démarche à d'autres équipes de consultations (tant prénatales que pour enfants).

- Le projet d'inclure la dimension « réduction des ISS » dans les formations proposées aux TMS.

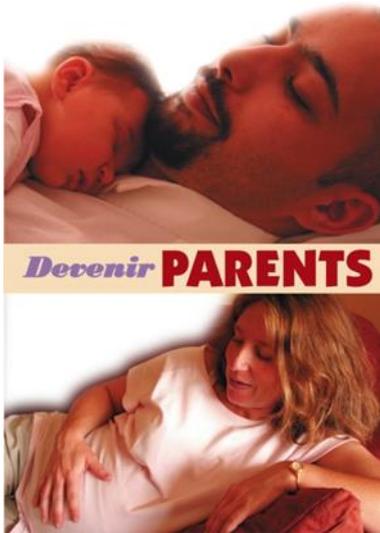
Cette recherche a permis de développer un outil fortement inspiré de la lentille ISS⁵⁰ .qui permet aux porteurs de projets de mieux aborder les problématiques psycho-médico-sociales . sur les inégalités sociales de santé (ISS).

Cet outil se présente comme un véritable support à l'élaboration des projets santé-parentalité, pour permettre aux TMS d'orienter leurs priorités, d'ajuster leurs interventions auprès des familles.

En parallèle, une formation concernant les inégalités sociales de santé a été mise sur pied.

2.4 Le carnet « Devenir parents »

Dans le cadre du décret du 17 juillet 2002 et de son premier contrat de gestion (2003-2005), l'Office, via sa mission de soutien à la parentalité, s'est engagé à réaliser un carnet à l'attention des futurs parents. Ce carnet intitulé « Devenir parents » a vu le jour en 2005.



Cet outil est le fruit d'une réflexion basée sur une rencontre entre le ministre belge de tutelle et la ministre française en fonction de l'époque , qui avait impulsé la réalisation d'un « carnet des pères » étant donné le nombre en constante augmentation des séparations et des contacts qui n'étaient pas toujours maintenus avec ces derniers.

En Belgique, la loi sur l'autorité parentale partagée est apparue en 2006 et impose désormais aux parents de s'entendre sur l'éducation des enfants, mais aussi d'agir conjointement, même en cas de séparation.

Sous l'impulsion du ministre en charge de l'enfance de l'époque, le Conseil scientifique de l'ONE a dès lors examiné l'idée de faire un « carnet du père ». Mais il est apparu très vite que si on voulait valoriser « l'éducation par les pères » on ne devait pas réaliser un carnet spécifique, mais plutôt intégrer des messages communs aux deux parents au sein d'un même carnet intitulé « Devenir parents ».

Complémentaire au « carnet de la mère » (devenu « Mon carnet de grossesse ») et au « carnet de l'enfant », « Devenir parents » a donc été créé pour donner une série de réponses aux questions que les parents et surtout les futurs parents peuvent se poser. Il accorde également une place particulière aux papas, acteurs fondamentaux de l'éducation de l'enfant.

⁵⁰ Outil d'accompagnement pour la mise en place de projets dans le domaine médico-social, développé par la Fondation Roi Baudouin en 2011.

À travers les différents chapitres et la densité des informations, « Devenir parents » souligne quelques messages prioritaires qui structurent l'ensemble du document et lui donnent sa cohérence.

Dans le premier chapitre sur la réflexion sur la parentalité, la volonté était de rassurer les futurs parents et souligner que l'on ne naît pas parent. Devenir parent est un processus. Cela commence dans la tête bien avant la naissance du bébé et cela continue une fois qu'il est né. Tout petit, le bébé est un être relationnel. Les pères et les mères sont les premiers éducateurs « naturels » des enfants. Ils possèdent des compétences parentales qu'il convient de soutenir ou de renforcer. On a longtemps cru que pour l'enfant le papa venait après la maman, quand il devient plus grand. On a insisté sur la présence symbolique du père, mais aussi sur sa présence réelle, car sa place est essentielle et l'enfant gagne à connaître différentes manières de faire avec des adultes qui lui sont proches. L'enfant doit s'attacher à ses parents et aussi devenir progressivement autonome.

Chaque famille est unique et il n'y a pas de recette pour devenir parents. Chacun va devoir inventer sa manière d'être père ou mère et répondre aux besoins de son enfant. Avec des mots simples, des témoignages, des photos, nous avons exprimé ce qui fait consensus d'un point de vue scientifique en évitant deux caricatures : celle de l'enfant roi ou celle du retour à l'autoritarisme. L'enfant a besoin que ses parents soient à la fois proches de lui, mais aussi qu'ils soient différents de lui. Il a besoin d'être protégé par des adultes qui lui donnent des limites et des repères qui l'aident à grandir. Devenir parents, c'est répondre aux besoins de son enfant.

Et en résumé l'enfant a surtout besoin :

- Que ses parents veillent sur sa santé et son bien-être.
- Qu'il compte pour ses parents.
- Que ses parents lui donnent des limites et des repères.
- Que ses parents favorisent son ouverture aux autres, au monde et au beau.

Dans le deuxième chapitre consacré à la présentation des services destinés aux parents, il est mis en évidence que les parents sont avant tout partenaires des services. Le recours de plus en plus fréquent à des professionnels spécialistes de l'enfance ne doit pas conduire à déresponsabiliser les parents. Le contenu des programmes de prévention de la santé met en avant cette idée de partenariat parent-professionnel : le suivi de la grossesse et le suivi de l'enfant, le rôle de l'équipe médicale, mais surtout la manière dont les parents peuvent activement, à travers les différents outils mis à leur disposition (carnet de la mère, carnet de l'enfant), maintenir un lien entre les différents professionnels qui interviennent dans le parcours de la santé de leur enfant et jouer un rôle actif dans la prévention.

Dans le chapitre relatif aux milieux d'accueil, l'importance des premiers contacts avec ce qui va devenir un lieu de vie pour l'enfant est soulignée, car la phase de familiarisation est essentielle pour l'enfant, mais aussi pour les parents. Ce n'est jamais banal de se séparer d'un tout-petit surtout quand c'est la première fois et qu'il est encore si fragile. Nous avons également rappelé aux parents que chaque milieu d'accueil a élaboré un projet d'accueil qui est à leur disposition et dans lequel ils pourront connaître la manière dont cela se passe et les pratiques pédagogiques.

Il existe de nombreux services destinés aux parents et ce n'est pas toujours simple de s'y retrouver. Nous avons montré le rôle central exercé par les TMS de l'ONE qui peuvent soutenir les parents, mais aussi les guider dans leurs démarches, leur faire connaître les services généraux, mais aussi les services spécialisés qui peuvent répondre à leurs besoins.

Quelle que soit la situation, les difficultés que peuvent rencontrer les parents, il est nécessaire de pouvoir en parler à quelqu'un, de ne pas rester seul.

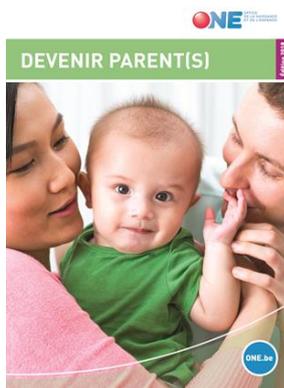
La législation sur la famille, notamment en matière de filiation, a évolué et évoluera encore. La notion d'autorité parentale conjointe est donc expliquée brièvement ainsi que la notion de filiation.

Dans « Devenir parents », la question des droits de l'enfant et en particulier son droit à maintenir des contacts avec ses deux parents même lorsque ceux-ci sont séparés est abordée. L'enfant a le droit d'avoir son mot à dire sur les choses qui le concernent lorsqu'il aura atteint un âge raisonnable et l'enfant doit apprendre progressivement à participer aux décisions qui le concernent.

Dans un autre chapitre, les avantages liés à la naissance (primes de naissance, allocations familiales) sont présentés ainsi que les possibilités d'aménagement de la carrière professionnelle des parents. Pour visualiser les choses, une ligne du temps permet de parcourir toutes les démarches.

Au-delà du détail des informations et des conseils qui sont fournis, « Devenir parents » donne un signe positif aux futurs parents en leur donnant la parole à travers une série de témoignages.

Le contenu du carnet est actualisé chaque année depuis 2006, en fonction notamment de modifications liées aux mesures sociales entourant la naissance et aux évolutions réglementaires relatives à l'accueil et à l'accompagnement de l'enfant.



Il est distribué dans différents lieux d'implantation que sont les consultations prénatales de l'ONE (via les TMS), les milieux d'accueil, les centres de planning familial, les sages-femmes et les gynécologues privés. Pour l'ONE, si le métier de parent est parfois difficile, il faut en faciliter l'apprentissage et soutenir les parents en développant des services susceptibles de les informer, de les écouter et de miser sur leurs compétences. Pour qu'ils soient non pas des parents parfaits, mais des parents « suffisamment bons », comme disait Winnicott à propos des mères, et surtout qu'ils se sentent responsabilisés dans leur rôle.

2.5 Des campagnes thématiques

Au sein de l'ONE c'est la direction Études et Stratégies (actuellement direction Recherches et Développement) et le service Education à la santé qui ont pour mission la mise sur pied de campagnes thématiques comme le prévoit le contrat de gestion de l'Office⁵¹ : « *Par période de deux ans, l'Office organise une campagne thématique à destination des parents d'enfants de 0 à 12 ans et des professionnels.* »

⁵¹ FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES, ONE (2013). *Contrat de gestion 2013-2018 de l'Office de la Naissance et de l'Enfance*, art. 144.

Les campagnes thématiques menées par l'ONE ont pour objectif de véhiculer des messages à un public précis grâce à un ensemble structuré d'informations et/ou d'activités qui ont lieu dans une période donnée. Elles peuvent se concentrer – en fonction du public cible – sur l'utilisation de médias, le contact personnel, des journées d'étude ou un agencement de ces trois stratégies.

Comment se justifie le choix d'un sujet de campagne ?

Différents facteurs interviennent :

- Les besoins relevés dans la population et qui justifient les programmes de santé prioritaires définis par les Collèges de pédiatres et de gynécologues.
- Les évolutions sociétales : émergence d'un problème de santé, d'un constat général d'une évolution tangible de comportement.
- L'aboutissement d'une recherche.
- ...

Pourquoi une campagne bisannuelle ? La première année d'une campagne s'axe sur les recherches, la construction d'outils et l'information aux professionnels. La seconde année s'oriente vers le public final par le biais de la diffusion des outils et le relais des professionnels.

Chaque campagne rencontre les cinq valeurs de l'ONE :

- Qualité : répondre à une meilleure qualité des pratiques professionnelles permet un discours commun et une meilleure façon d'outiller les professionnels.
- Continuité : les campagnes étant transversales, elles permettent une continuité du travail des professionnels.
- Bienveillance : le caractère de chaque campagne s'inscrit dans le cadre du soutien à la parentalité.
- Équité : accessibles à tous, les outils déclinés sont toujours créés au regard des besoins identifiés.
- Éthique : chaque campagne tient compte d'un constat et est analysée.

En 2003, la première campagne portait sur « La prévention des accidents domestiques ». Cette campagne comportait deux volets : l'aménagement du logement et la sécurité dans la relation de l'enfant et du chien. Cette campagne a conduit notamment à la réalisation d'outils à destination du grand public et des professionnels.

En 2004-2005, la campagne « Accompagner à l'entrée à l'école maternelle » prévue dans le contrat de gestion 2002-2005 a démarré dans le courant de l'année 2004.

Après les périodes de congés, de nombreux enfants vivent leurs premiers jours à l'école. Pour ces jeunes enfants et leurs parents, il est important de réussir cette étape charnière et de prendre un bon départ.

À l'école, le jeune enfant doit pouvoir trouver des réponses correspondant aux besoins de son âge. Découvrir de nouvelles activités, réaliser des expériences dans un cadre soucieux de respecter son rythme, son besoin de sécurité, de continuité et d'affection. Il doit se sentir accueilli de façon globale. À cet âge, l'accueil est indissociable des apprentissages et du développement de l'enfant.⁵² L'école est bien consciente de ce fait et organise des classes d'accueil pour les tout-petits.

⁵² MUNTEN J., PETRY A.M. (1997). *Elaboration d'un guide pratique et théorique explicitant les conditions de mise en œuvre d'un accueil de qualité à l'école maternelle*. Etude préalable, service de pédagogie générale, éducation préscolaire et primaire.

Les parents de leur côté attendent beaucoup de l'école maternelle en matière de développement de la socialisation de leur enfant et de son épanouissement affectif et intellectuel. L'école de son côté cherche à coopérer de diverses manières avec les parents.⁵³

Cet événement réunit autour de l'enfant un ensemble de partenaires, mais ceux-ci ont encore tendance à agir de façon isolée. Les conclusions de différentes études invitent ces partenaires à unir leurs efforts et à tisser des liens entre ces différents temps (familial, d'accueil, scolaire et extrascolaire) et entre les différentes structures d'accueil et d'éducation pour les jeunes enfants.⁵⁴

C'est dans cette perspective que l'ONE a réalisé une campagne de sensibilisation au passage à l'école. Son objectif est de sensibiliser le grand public et les professionnels de la petite enfance à l'importance d'accompagner l'enfant – et ses parents – à l'entrée à l'école maternelle.

Ce thème a été au centre de divers outils : dossier pédagogique pour TMS et professionnels des milieux d'accueil.



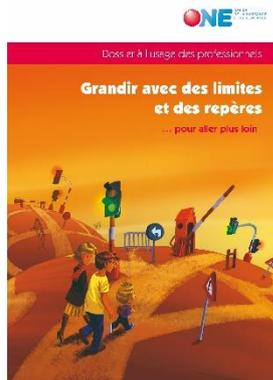
En 2005-2006, la campagne avait pour thème « Les limites et les repères ». Le choix du thème résulte d'une demande expresse des travailleurs de terrain de pouvoir disposer d'outils de réflexion et d'action pour soutenir les parents dans cette tâche complexe qu'est l'éducation des enfants au sein de notre société. Elle a débouché notamment sur la création de trois outils dont un à destination des parents et 2 pour les professionnels. Les brochures créées pour les professionnels ont pour mission :

- D'accompagner les parents dans leur rôle « d'éducateur ».
- D'augmenter les connaissances des parents sur les étapes du développement psychoaffectif de leur enfant.
- D'expliquer à quel point les limites et les repères sont des nécessités de base dans le développement de l'enfant.
- D'expliquer le rôle de la sanction et ses critères de choix.
- De donner aux parents des idées, pistes de réflexion sur la manière de réagir.
- De faire prendre conscience aux parents qu'ils ne sont pas les seuls à vivre cette situation.
- De faciliter le dialogue entre parents et professionnels.

⁵³ CRAHAY M. et al. (1998). *Grandir en l'an 2000 : Les parents et l'école maternelle*, Université de Liège, service de pédagogie expérimentale in Point sur la recherche en éducation.1998. p.6

⁵⁴ OCDE (2000). *La politique d'éducation et de garde des jeunes enfants en Communauté française de Belgique*.

En ligne : <http://www.oecd.org/fr/education/scolaire/2479382.pdf>



En 2007-2008, le thème de « La promotion d'une l'alimentation saine et équilibrée pour le jeune enfant et la femme enceinte » a été retenu avec comme axes plus particuliers la prévention de l'obésité, le respect du rythme de l'enfant, l'ambiance des repas ainsi que la promotion de l'activité physique.

Des journées de réflexion, d'échanges et d'animations pratiques à destination des professionnels ont eu lieu avec pour objectif de présenter différents outils utilisés pour sensibiliser les enfants et les (futurs) parents à la thématique.

Le côté « portes ouvertes » de ces journées a permis de promouvoir et faire (re) découvrir aux TMS et aux professionnels des milieux d'accueil un choix d'outils mis à leur disposition par le service Éducation Santé. Un parcours de six ateliers interactifs était proposé :

- L'alimentation à petit prix.
- L'alimentation et les rythmes de l'enfant : échanges d'opinions et d'expériences.
- Les outils « alimentation » : présentation et manipulation des différents outils individuels et collectifs.
- Les cinq sens.
- Les outils multimédias.
- Les modules d'animation...

En 2009-2010, la thématique du « Soutien à la parentalité » a été retenue. La campagne a été déclinée sous deux axes : l'un orienté pour les professionnels et l'autre pour les parents.

Le contrat de gestion 2008-2012 prévoyait en son article 131 l'élaboration d'un référentiel de soutien à la parentalité destiné à l'ensemble des professionnels en contact avec des familles en Communauté française. La campagne 2009 s'est donc orientée vers l'organisation de journées d'échanges d'expériences entre les professionnels.

Cinq journées ont été organisées, permettant à environ 500 professionnels d'échanger leurs réflexions et leurs pratiques de soutien à la parentalité.

Les thèmes de ces journées étaient :

- Le partenariat parents/professionnels.
- L'attachement.
- Les situations de vulnérabilité.
- La socialisation de l'enfant.
- Les activités de l'enfant.

Il s'agissait, outre d'offrir un temps de réflexion et d'échanges aux professionnels, de recueillir les éléments de convergence et les points de tensions sur la thématique multifacette du soutien à la parentalité, pour, in fine, de construire l'ossature du référentiel de soutien à la parentalité.

Cette première étape cruciale a été suivie par plusieurs étapes d'enrichissements théoriques et de clarifications philosophiques. L'ONE a ensuite sollicité une collaboration active avec la direction générale de l'Aide à la jeunesse et le délégué général aux Droits de l'enfant pour élaborer le document « Pour un accompagnement réfléchi des familles. Un référentiel de soutien à la parentalité ».

Parallèlement, un livre traitant de la thématique du refus de manger chez l'enfant (« Même pas faim ») a été réalisé. Ce livre s'adresse aux enfants à partir de 2 ans accompagnés de leurs parents. Il aborde le thème du refus de manger selon les âges de l'enfant, le type de repas proposé, les jours de la semaine, la multiculturalité...



Il a pour objectifs :

- De fournir aux parents des repères pour mieux comprendre le comportement de leur enfant.
- De susciter la réflexion et les échanges par rapport à leurs pratiques.
- De proposer des pistes d'action.
- De permettre à l'enfant de s'identifier aux situations rencontrées.

Cet outil est diffusé dans les consultations via les TMS ou sur commande via le site internet de l'ONE.

En 2010-2011 l'ONE décida de lancer une campagne sur « La visite préconceptionnelle ».

Un certain nombre de pathologies pouvant affecter gravement le nouveau-né ou sa maman peuvent être prévenues si des actions sont proposées avant la grossesse, il est apparu qu'une campagne ciblant l'importance de la visite préconceptionnelle devait être mise en place afin de favoriser le déroulement de la grossesse dans les meilleures conditions.

Cette campagne ciblait la population en âge de procréer (15 à 35 ans) pour l'informer, la sensibiliser et l'inciter à consulter un médecin (généraliste et/ou gynécologue) avant la conception.

L'ONE a décidé de renforcer son action en modifiant son outil d'animation appelé « La bulle sensorielle » (à destination notamment des étudiants et futurs parents) afin d'y inclure un espace réservé à la promotion de la visite préconceptionnelle.

La campagne s'est également adressée aux professionnels de la grossesse et de la petite enfance au travers d'un colloque. L'objectif était de promouvoir et d'intégrer de façon substantielle la consultation

préconceptionnelle dans les soins de première ligne et de sensibiliser tous les acteurs de terrain ainsi que les décideurs politiques sur l'intérêt d'une consultation préconceptionnelle organisée et structurée.



En 2011-2012 : « L'air de rien, changeons d'air ». En 2011, pour cette campagne, l'ONE a choisi de promouvoir des lieux de vie sains en améliorant notamment la qualité de l'air intérieur. L'ONE travaille cette thématique depuis 2008 avec les milieux d'accueil.

Devant l'importance de ce thème et les questionnements nombreux des professionnels et parents sur le sujet, une task force Environnement (un groupe de travail transversal) a été créée en 2010 avec la volonté d'élargir la sensibilisation effectuée auprès des milieux d'accueil à d'autres publics.

La campagne a eu pour finalité la sensibilisation des publics cibles, la diffusion de bonnes pratiques et le développement de nouveaux comportements pouvant améliorer considérablement la qualité de l'environnement intérieur.

Des outils pratiques ont notamment été réalisés pour les familles et aussi pour les professionnels du secteur de l'enfance (TMS, milieux d'accueil, ATL) qui ont pu les découvrir lors de journées de présentation.



En 2012-2013, la campagne menée par l'Office visait « L'amélioration des connaissances sur les divers services » qu'offre l'ONE auprès des professionnels et des utilisateurs eux-mêmes.

Parmi les actions menées, citons l'organisation de journées portes ouvertes pour les professionnels de l'ONE et les partenaires externes, mais aussi la participation à divers salons pour les usagers.

En 2014-2015, l'ONE s'est intéressé aux « Nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) ».



Les écrans sont de plus en plus présents dans la vie des enfants et des parents (ordinateurs, GSM, tablettes, écrans de télévision...) et les concepteurs de jouets développent des produits qui, dès le plus jeune âge, positionnent l'enfant dans une relation au jeu par l'intermédiaire de l'écran.

Face à cette réalité, les parents et les professionnels qui les accompagnent sont de plus en plus en manque de repères. C'est pourquoi l'Office doit se positionner et se doit d'apporter à son public un éclairage et des balises sur la question.

L'objectif de cette campagne était de développer le regard critique des parents et des professionnels au sujet de la place et du rôle des écrans dans la vie quotidienne des enfants.

Pour ce faire, l'ONE en collaboration avec le Conseil Supérieur d'Éducation aux médias (CSEM) a réalisé au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles une étude auprès des professionnels de l'enfance et des familles avec de jeunes enfants (moins de 6 ans). Parallèlement à cette enquête, un groupe de travail au sein de l'Office a réfléchi à l'élaboration de recommandations :

- Identifier l'environnement de l'enfant : qu'il s'agisse de son cadre familial, d'accueil scolaire ou extrascolaire, les réalités de chacun sont différentes et doivent être prises en compte dans la réflexion concernant l'usage des écrans par l'enfant ou le groupe, moins selon des principes abstraits et généraux qu'en fonction des situations vécues et des activités qui font sens dans la vie familiale.
- Trouver l'équilibre : le développement harmonieux de l'enfant passe par une diversité d'activités dont chacune permettra de développer des compétences, connaissances et autres habiletés, y compris au moyen des écrans qui lui seront accessibles.
- Personne n'est expert, privilégier le dialogue : des professionnels de l'éducation aux médias sont à la disposition des enfants, mais aussi des parents et des professionnels pour les guider dans cet apprentissage. Il est extrêmement important de favoriser et d'entretenir le dialogue afin de garantir à l'enfant qu'il peut trouver chez l'adulte un regard bienveillant et des conseils adaptés.

- Être positif, apprécier le bon côté des écrans : l'accompagnement par l'adulte des activités en ligne favorisera le développement d'un usage critique et responsable, qui induira directement l'émergence de plusieurs compétences valorisables.
- Poser un cadre pour chaque enfant : le cadre proposé à l'enfant peut varier fortement d'un cas à l'autre sans que la valeur de ce cadre soit altérée. Le cadre posé doit être évolutif. Les limites évoluent à mesure que l'enfant grandit, accumule des capacités, des compétences et des connaissances et développe son esprit critique. Il est donc important de réévaluer ce cadre au fil du temps.

En 2016-2017 : lors de l'analyse de données de la banque de données médico-sociales, il a été constaté que 50 % des enfants fréquentant les consultations de l'ONE présentaient un retard du langage.

Sur base de ce constat, l'ONE a mis en place une recherche-action qui avait pour objectifs principaux le développement d'un outil de dépistage des troubles langagiers précoces utilisable dans les consultations pour enfants, et l'évaluation de l'effet de la guidance parentale.

Le public cible de l'étude était les parents d'enfants de 18 à 36 mois fréquentant les consultations de l'Office, avec une attention particulière pour les familles fragilisées/défavorisées sur le plan économique.

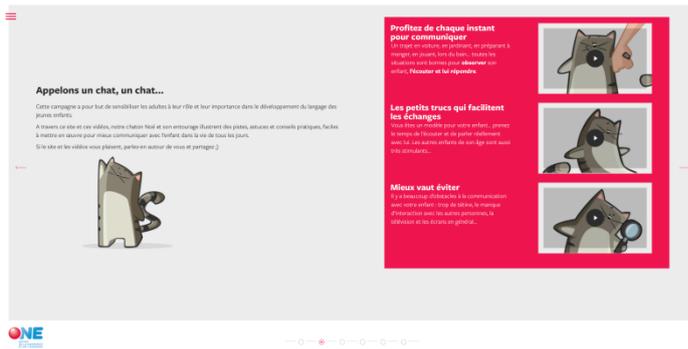
Les recommandations de la recherche ont guidé le choix de la thématique du « Développement du langage chez l'enfant ».

L'objectif général est de sensibiliser les adultes (professionnels et parents) sur l'importance du développement langagier chez l'enfant.

Cela s'est traduit par :

- La création d'un outil de repérage pour les professionnels de l'ONE.
- La réalisation d'un site Appelons un chat, un chat (un chat-un chat.be).
- Une brochure à l'attention des professionnels des milieux d'accueil.
- Un dépliant informatif et ludique à l'attention des parents et des enfants.
- Des affiches.
- Des vidéos de type « stop motion » pour le public de l'ATL.
- Des journées de formation et d'information à destination des médecins, TMS, milieux d'accueil 0-3 ans, lieux de rencontre enfants-parents.





En 2018, une campagne abordant la problématique des « Violences intrafamiliales » a été entamée. Si les effets des maltraitances directement commises à l'encontre des enfants sur leur développement et leur santé sont bien connus, les conséquences des violences intrafamiliales sur les enfants le sont beaucoup moins, tant par les professionnels de première ligne que par les parents et autres proches des enfants. Ces situations sont en outre complexes pour les professionnels qui y sont confrontés et nombre d'entre eux se retrouvent démunis. Ils ont en effet besoin d'être outillés *a minima* pour être en mesure d'évaluer ces situations et leurs impacts, pour ensuite orienter et accompagner au mieux ces familles. Certaines postures professionnelles sont par ailleurs essentielles pour mener à bien un tel accompagnement et établir l'indispensable collaboration avec les parents : neutralité, transparence, non-jugement et respect à l'égard des parents et des enfants.

Il est apparu opportun de réaliser une campagne sur cette thématique spécifique afin de poursuivre, dans la logique d'autres campagnes déjà réalisées, la sensibilisation des familles et des professionnels de première ligne à ce phénomène, aux manières de le définir et aux conséquences qu'il peut avoir sur l'enfant. Il s'agit également d'apporter aux professionnels des balises quant aux postures à adopter face à ces situations et aux possibilités d'accompagnement qu'ils peuvent proposer aux familles concernées.

Il s'agit par ailleurs de souligner l'importance de la mise en place d'un réseau collaboratif multidisciplinaire dans le respect du secret professionnel partagé.

En ce qui concerne les actions à destination du grand public, il s'agira de sensibiliser/informer les parents à la souffrance de leur enfant et de les orienter afin de trouver des réponses adéquates pour gérer les difficultés auxquelles ils font face.

Perspectives de soutien à la parentalité

L'Office compte poursuivre sa mission transversale de soutien à la parentalité en restant à l'écoute des besoins et attentes de ses professionnels de première et deuxième ligne.

En parallèle, la cellule Soutien à la parentalité souhaite poursuivre son travail en réseau et sa collaboration avec les partenaires actuels, mais également avec de nouveaux afin de s'ouvrir davantage à d'autres publics et de poursuivre la réflexion sur la parentalité et le soutien à la parentalité.

En ce qui concerne le subventionnement et les missions d'accompagnement des services spécifiques de soutien à la parentalité, l'Office se situe dans une perspective de maintien de l'existant et veillera à la pérennisation de l'offre de service. Le souci de considération des réalités du terrain restera une ligne directrice des actions futures, notamment au travers de diverses rencontres et réflexions auprès du secteur afin de fournir un soutien le plus approprié possible.

2.6 Le soutien à la parentalité en Fédération Wallonie-Bruxelles

Le soutien à la parentalité concerne tous les niveaux de pouvoir.

- La Fédération Wallonie-Bruxelles exerce des compétences en matière d'enfance, de jeunesse, d'enseignement et de promotion de la santé.
- La Région wallonne et la COCOF sont compétentes en matière de santé, de santé mentale, de handicap et de cohésion sociale (centre de planning familial, service d'aide aux familles...).
- L'État fédéral reste compétent dans les matières relevant du droit civil ou en ce qui concerne le règlement du travail, les congés parentaux, les soins de santé...

Toutes ces matières ont trait à la vie des familles. Toute action dans ces domaines de compétences peut constituer un apport en matière de soutien à la parentalité.

Les questions liées à la parentalité s'intègrent donc dans un contexte normatif structuré par de nombreuses législations et réglementations.

En outre, les pratiques de l'ONE se font dans le respect de différents textes législatifs internationaux, nationaux ou encore communautaires.

La Convention internationale des droits de l'enfant

La Convention internationale des droits de l'enfant adoptée par les Nations unies en 1989 énonce une série d'obligations que les Etats s'engagent à respecter afin de rendre effectifs les droits de l'enfant. La Convention repose sur quatre principes généraux : la non-discrimination, la notion de l'intérêt supérieur de l'enfant, le droit au développement et le respect de l'opinion de l'enfant. Elle reconnaît aux enfants une série de droits (civils, politiques, économiques, culturels et sociaux) qui peuvent être regroupés en trois grandes catégories : ceux qui prévoient un service auquel les enfants ont droit (droit à l'éducation, droit à la santé...), ceux qui accordent une protection particulière (droit d'être protégé contre la torture, l'exploitation, droit à une vigilance spéciale pour les enfants placés...), et ceux qui consacrent le fait qu'ils peuvent participer aux décisions qui les concernent ainsi qu'aux décisions qui concernent la vie de la société en général (liberté d'expression, liberté d'association...).

De nombreux articles de la Convention insistent sur le rôle fondamental joué par les parents dans la mise en œuvre des droits de l'enfant et sur les obligations de l'État envers les parents :

- Les États doivent respecter la responsabilité, le droit et le devoir qu'ont les parents de donner à l'enfant l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice de ses droits (art. 5).
- La responsabilité d'élever l'enfant et d'assurer son développement incombe au premier chef aux parents. Pour garantir et promouvoir les droits énoncés dans la Convention, les États accordent l'aide appropriée aux parents dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant (art. 18).
- Les États reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Pour assurer la réalisation intégrale de ce droit, les États doivent prendre les mesures appropriées, notamment pour faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant [...] et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information (art. 24).
- Les États reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social. C'est aux parents qu'incombe au premier

chef la responsabilité d'assurer, dans les limites de leurs possibilités et de leurs moyens financiers, les conditions de vie nécessaires au développement de l'enfant. Les États doivent adopter les mesures appropriées pour aider ces parents à mettre en œuvre ce droit et offrent, en cas de besoin, une assistance matérielle et des programmes d'appui (art. 28).⁵⁵

L'aide spécialisée à la jeunesse

Le décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse organise la manière dont la Communauté française entend régir la matière de l'aide spécialisée à la jeunesse qu'elle a hérité suite aux réformes institutionnelles de 1980 et 1988. En passant du vocable « protection de la jeunesse » à celui « d'aide à la jeunesse », le législateur donne d'emblée le ton.

L'aide à la jeunesse est un droit.⁵⁶ Les jeunes et les parents sont considérés comme aptes à prendre conscience de leurs difficultés et capables de solliciter une aide. Il y a lieu de s'appuyer sur leurs ressources plutôt que de pointer leurs manques. De facto, le soutien à la parentalité est un axe fort du décret du 4 mars 1991 : une priorité est accordée à l'aide dans le milieu de vie, le placement doit être une exception. Si un hébergement de l'enfant en dehors de son milieu de vie s'est avéré nécessaire, les intervenants ont pour mission de travailler avec la famille afin de permettre un retour dès que possible de l'enfant dans son milieu de vie.

Le principe de déjudiciarisation maintient dans le champ socioéducatif l'aide à apporter aux jeunes en difficulté et aux enfants en danger. Le pouvoir judiciaire n'intervient que lorsqu'il y a lieu d'imposer une aide, c'est-à-dire lorsque l'enfant est en danger grave et que ses parents refusent l'aide proposée ou négligent de la mettre en œuvre. L'accord écrit du jeune de plus de 14 ans est requis, sauf dans les cas évoqués de danger grave et de non-collaboration.

Enfin, le soutien à la parentalité prend toute son ampleur dans les actions de prévention développées par les conseils d'arrondissements de l'aide à la jeunesse (CAAJ), par les sections de prévention générale et par les services d'aide en milieu ouvert (AMO). Les difficultés récurrentes rencontrées par les familles sont analysées et des interventions préventives sont développées. Une attention particulière est apportée aux violences symboliques dont les jeunes et les familles sont victimes. C'est aussi cela soutenir la parentalité : dénoncer les violences invisibles dont les enfants et les familles sont victimes.

Par ailleurs, le conseiller de l'aide à la jeunesse a mission d'interpeller toute personne ou tout service qui n'apporterait pas une aide adéquate à une famille. Ce pouvoir d'interpellation constitue une autre manière de soutenir la parentalité.

L'aide aux enfants victimes de maltraitance

En Fédération Wallonie-Bruxelles, le décret de 1998 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance, modifié en 2004⁵⁷, décrit les missions des équipes SOS Enfants, parmi lesquelles on trouve l'aide et la prise en charge des enfants victimes ou en situation de risque de maltraitance. Ce décret organise également un

⁵⁵ Convention internationale des droits de l'enfant. En ligne :

http://www.oejai.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/sites/oejai/upload/oejai_super_editor/oejai_editor/pdf/convention.pdf&hash=baf49c053a90167d94741c1707535e534e75b8a3.

⁵⁶ Article 3 du décret relatif à l'aide à la jeunesse du 14 mars 1991. En ligne : http://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/20284_004.pdf.

⁵⁷ Décret relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance du 16 mars 1998 revu le 12 mai 2004. En ligne : http://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/28753_000.pdf.

dispositif, appelé commission de coordination de l'aide aux enfants victimes de maltraitance, destiné à améliorer les procédures de prise en charge des enfants au niveau local.

La philosophie de ce décret, philosophie qui guide l'action des équipes SOS Enfants depuis leur création, repose sur le principe de non-obligation de signalement à la sphère judiciaire, principe qui est remplacé par une obligation de venir en aide personnellement ou de référer la situation à des intervenants spécialisés. À ceci s'ajoute la notion de secret professionnel partagé, qui prévoit que la coopération entre les intervenants doit s'exercer dans la discrétion et ne porter que sur des informations indispensables à la prise en charge. Dans le même temps, le Gouvernement de la Communauté française a créé en 1998 la Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance, dont les missions sont centrées sur la prévention et la formation des professionnels. Cette coordination développe depuis plusieurs années un programme de prévention, intitulé *Yapaka*, dont un des axes est plus particulièrement orienté vers le soutien aux parents (campagne « Être parents, c'est... »).

3. L'accessibilité et l'inclusion

Depuis sa création, l'ONE a pour objectif d'encourager et de développer la protection de l'enfance dans une optique de promotion de la santé.

Dans son contrat de gestion 2008-2012, une attention particulière est portée aux enfants en situation de handicap et à leur famille et engage à des collaborations avec les organismes spécialisés tels que l'AViQ et le service PHARE, qui ont débouché sur la signature d'accords de collaboration et leur mise en œuvre.⁵⁸

L'ONE, institution généraliste, vise l'accueil de toutes et tous en veillant à donner à chacun, quelles que soient ses particularités, la possibilité d'accéder à ses services dans une perspective d'accessibilité universelle tout en gardant une attention aux besoins spécifiques de certaines familles et en y apportant des réponses appropriées.

La volonté à l'ONE n'a cessé de définir et valider une politique et des principes afin de mener ces actions d'ouverture à toutes et tous, enfants et famille. Poser l'objectif en termes de « principes » entraîne une notion de responsabilité de la part de l'Office. L'enjeu est de coconstruire, avec les familles, un monde « sans préjugés », de faire de chaque lieu un espace de vie pour enfants et parents, ouvert à toutes et tous, donnant des opportunités à chacun, en fonction de ses compétences et de ses intérêts, de prendre une part active... Bref, qu'il devienne un lieu le plus inclusif possible. Il y a, dans ces démarches un objectif central : un engagement clair à développer des lieux démocratiques où tous les enfants, toutes les familles peuvent se côtoyer dans un souci de « vivre ensemble », essentiel à toute société.

Le travail est complexe afin, à la fois, de garder le cap sur l'accessibilité pour toutes et tous à tous les services et en même temps de donner des moyens supplémentaires structurels au sein même des services habituels pour soutenir ceux qui en ont le plus besoin.

En effet, s'adresser à toutes et tous peut confronter à un dilemme : faut-il allouer des moyens supplémentaires directement vers les familles qui vivent des situations particulières « pour compenser », pour les aider vu leurs manques supposés ? Procéder de cette manière vise à mener des actions concrètes directement en faveur des familles qui en ont le plus besoin. Mais adopter des mesures ciblées qui ne s'adressent qu'à certaines familles entraîne une ségrégation des familles qui « bénéficient » de ces mesures du reste du monde, une séparation qui empêche la mixité sociale, qui nuit gravement au vivre ensemble. À l'inverse, mettre tout dans le pot commun sans envisager de mesures d'équité à l'endroit de ceux qui en ont le plus besoin reviendrait à privilégier les familles les mieux informées, celles qui ont un réseau étendu, qui bénéficieraient prioritairement des apports des services publics.

⁵⁸ À noter que le contrat de gestion 2013-2018 consacre entièrement son chapitre 7 à l'inclusion des enfants en situation de handicap et consolide donc les orientations de l'ONE en la matière.

Pour maintenir une approche de tous les publics, leur permettre de se rencontrer, l'ONE n'est pas tout seul et prévoit au travers d'accords de collaboration avec les institutions particulières d'apporter, à l'intérieur même de ses services généralistes, des compléments d'aide (méthodologiques, de collaboration avec des services spécifiques...) de manière à ce que toutes les familles se sentent et soient les bienvenues dans les services, où chacun a voix au chapitre en même temps, sans être écrasé, peut apporter au groupe et peut tirer des apports du groupe.

Pour l'ONE, un lieu inclusif est un lieu qui prend en considération les différentes composantes de l'identité (genre, appartenance culturelle, caractéristiques propres, besoins spécifiques...) dont chacun est porteur, qui considère chacun comme le bienvenu, quelles que soient ses caractéristiques. C'est un lieu où chacun peut apprendre de l'autre et s'enrichir des apports de tous, où il peut contribuer au groupe et participer activement, en fonction de ses compétences et de ses intérêts et prendre la parole sans être discriminé ou jugé comme non apte.

Ce lieu est inséré dans la communauté locale.

Dans cette vision, un enfant est un enfant avant tout, quelles que soient ses particularités. Il est le bienvenu dans tout service public et a le droit, dès le plus jeune âge, d'avoir accès à des lieux d'éducation et de soins complémentaires au milieu éducatif familial. Ce sont ses compétences que l'on vise à renforcer dans les services publics qu'il fréquente, ce qui se traduit par des conditions d'un accueil de qualité : continuité, possibilités d'explorer l'environnement matériel, d'être soutenu dans des relations constructives avec les autres enfants, d'avoir des relations chaleureuses avec d'autres enfants, avec d'autres adultes...

Les orientations prises pour concevoir l'accompagnement à apporter à chaque enfant s'inscrivent dans une logique participative qui vise l'activité autonome.

3.1 Création

Face aux enjeux importants qui se posent à tous les services de l'ONE, il est demandé aux professionnels (M/F) de l'ONE de veiller à ce que chaque enfant, chaque famille soit et se sente bienvenu-e et de centrer leur attention sur les besoins de l'enfant, sur ce que ce dernier manifeste, les attentes et besoins de sa famille dès les premiers contacts et tout au long de la rencontre.

Afin d'encourager un travail impliquant l'ensemble de ses départements de manière transversale, l'Office a eu recours à une logique de gestion de projets. Ceci, afin que les services parviennent à une vision partagée sur l'accompagnement à mettre en place pour les professionnels confrontés aux situations de handicap.

La réflexion a abouti à la création, au sein de l'Office, d'une task force Handicap dans l'objectif de proposer des pistes à l'intérieur même de ses services pour la prise en charge de cette problématique jugée prioritaire. Elle concerne un projet « transformateur » des pratiques qui implique chaque département, qui amène chacun à un questionnement approfondi et est donc susceptible d'agir sur les représentations et les modes d'action de tous.

Les travaux de ce groupe ont débouché sur l'élaboration de onze recommandations déclinées en critères concrets.

Pour renforcer encore la réflexion sur la question de l'accueil de tous et de l'inclusion, une équipe a été créée au sein de l'ONE : la CAIRN (cellule Accessibilité Inclusion Recherches et Nouveautés). Cette cellule a notamment pour missions de :

- Développer une vision du service public par rapport à l'accessibilité (primaire et secondaire).
- Poursuivre auprès des agents ONE le travail d'appropriation des orientations données en matière d'accompagnement des familles, et accompagner leur mise en œuvre.
- Contribuer à une remise en question des représentations à propos de la déficience et des autres formes de diversité dans la société.
- Développer des collaborations avec les partenaires extérieurs

- Jouer un rôle d'implication, de concertation, voire de coordination de certains projets autour des questions d'accueil de tous.
- Connecter les services (internes, externes) : accompagner les services pour qu'ils rendent leur projet éducatif visible et lisible auprès du public.
- Contribuer à renforcer un service basé sur la communauté et avoir un rôle de veille.

3.2 Des travaux et recherches

Ce qui émane des travaux de la CAIRN, au-delà de la demande spécifique de prise en compte des enfants en situation de handicap⁵⁹, ce sont les fondements mêmes d'une politique d'inclusion et d'accessibilité qui fait place à toutes les familles qui se tournent vers le service public avec leurs besoins propres, qu'elles n'aient pas de demandes spécifiques par rapport à une « difficulté vécue » ou qu'elles aient des caractéristiques ou des contextes de vie particuliers (monoparentalité, homoparentalité, situation de précarité voire de pauvreté, immigration...).

Les professionnels de l'enfance mettent au service des familles des compétences professionnelles : observations, développement et entretien d'une relation de confiance avec les parents pour répondre au mieux aux manifestations émises par les enfants, assurer une continuité d'accueil pour tous, prendre en compte les besoins spécifiques de chaque enfant et de sa famille.

Une orientation très explicite : tout le monde est le bienvenu, la diversité étant considérée comme une richesse. L'enjeu est de rendre visibles toutes les formes de diversités, d'en parler avec les enfants en rejetant toute tentative de normalisation, de les considérer comme une des composantes de la société.

3.3 Des collaborations et partenariats

Les missions d'expertise par rapport aux questions d'accessibilité et d'inclusions se sont concrétisées dans des partenariats divers tant en interne (direction Santé, direction ATL, PSE, Comité éthique de l'ONE...) qu'en externe (interventions dans différents colloques en Belgique et à l'étranger, initiation de projets collectifs auxquels sont associés des partenaires, contribution à des projets communs).

3.4 Des démarches et des outils d'accompagnement

Afin d'avancer vers plus d'inclusion, l'ONE élabore des outils et des dispositifs pour l'accompagnement des familles et de leurs enfants et des professionnels de l'enfance en gardant une approche de service public ouvert à toutes et tous sans restriction.

L'ensemble du travail que les professionnels effectuent au quotidien s'appuie sur les orientations définies au sein des deux référentiels psychopédagogiques (« Oser la qualité » et « Viser la qualité ») ainsi que sur les différents outils (« Repères pour des pratiques d'accueil de qualité », « Un cadre favorisant l'accueil de tous dans tous les lieux de vie fréquentés ») mis à leur disposition par l'ONE pour envisager un accueil de toutes les familles dans le cadre de leurs missions.

Outre le maintien, voire le développement des collaborations avec les partenaires extérieurs (AViQ, service PHARE...), la CAIRN a développé plus spécifiquement des outils de sensibilisation en collaboration avec des agents ONE et des acteurs externes. Ces outils sont disponibles sur le site internet de l'ONE.

Les carnets d'accompagnement du DVD « Être là, à côté... » : ces carnets articulés au DVD visent à guider le travail à partir de séquences de la vidéo, en posant des questions, des pistes pour l'utilisation des apports du film, en questionnant la diversité des lieux fréquentés par les familles, les situations rencontrées, les accompagnements à mettre en place.

Le livret « Paroles d'accueillantes de lieux de rencontre enfants et parents ». Ce livret est adressé aux accueillants (M/F), qu'ils soient professionnels ou volontaires dans les lieux de rencontre enfants et

⁵⁹ Demande qui a guidé les travaux de la task force Handicap.

parents. Il vise à accompagner les accueillant-e-s/les équipes dans leur réflexion à propos de l'accueil d'enfants en situation de handicap et de leur famille et propose, principalement à partir de témoignages d'équipe, de soutenir la réflexion sur l'accueil de tous. Les pratiques mises en place pour ces familles peuvent bénéficier à toutes les familles.

Le dispositif « Ensemble, visons des lieux d'accueil plus inclusifs pour tous les enfants » : à destination des professionnels de l'accueil des enfants de 3 à 12 ans. Il comprend :

- Un dossier pédagogique qui propose plusieurs portes d'entrée pour travailler les questions de diversité se posant aux équipes : le travail avec les familles, la sensibilisation des enfants au respect de tous, le travail en réseau, la rencontre des familles, et constitue un outil pour le responsable de projets et l'accompagnateur ou le formateur des professionnels du secteur.
- Des malles pédagogiques avec des objets permettant d'animer des activités inclusives, des fiches d'activités proposant des activités inclusives pour chaque objet. Ces malles peuvent être empruntées gratuitement par les professionnels de l'accueil des enfants de 3 à 12 ans.
- Un dossier « ressources » liste des ouvrages traitant de l'accueil de tous et des enjeux d'adopter une approche des différentes formes de diversités.

L'ensemble des outils et des démarches travaillées par l'ONE pour aborder ces questions sont à disposition sur le site internet de l'ONE :

<http://www.one.be/professionnels/inclusion-et-handicap/dispositif-et-outils>

4. L'environnement

Dans sa mission de veiller à offrir un cadre de vie sain aux enfants, l'ONE informe et forme les professionnels (M/F) et sensibilise les familles aux impacts positifs comme négatifs de l'environnement sur la santé, le bien-être, le confort des personnes.

Pour ce faire, une cellule Environnement (ou cellule Écoconseil) émet des orientations de travail et veille à la cohérence de la démarche environnementale de l'institution. Cette cellule, avec la collaboration d'autres services de l'ONE, élabore également un panel de recommandations pratiques liées à différentes thématiques environnementales (qualité de l'air intérieur, ondes électromagnétiques, perturbateurs endocriniens, cosmétiques, gestion des déchets et de l'énergie...).

Les écoconseillers (M/F) se forment de manière continue et suivent les avancées scientifiques en matière notamment d'environnement et de santé, par des lectures, des échanges avec des experts et la participation à des colloques chaque année. Cette dynamique de formation continue permet de proposer des recommandations les plus pertinentes, actuelles et utiles aux professionnels comme aux familles.

Au départ des informations scientifiques récoltées, la cellule Écoconseil développe ensuite des informations vulgarisées pour les professionnels de l'ONE et les familles, tout en gardant les nuances nécessaires à la compréhension du sujet. La cellule développe également des recommandations concrètes de choix et d'utilisation de matériel, avec proposition d'alternatives.

4.1 Création

La cellule Écoconseil existe depuis 2008. Elle a travaillé dans un premier temps avec les milieux d'accueil avant de créer en 2010 une task force Environnement tel que prévu dans le contrat de gestion 2008-2012. En effet, l'ONE a choisi de promouvoir des lieux de vie sains en améliorant la qualité de l'air intérieur. La task force a pour finalité la sensibilisation des publics cibles (enfants, parents, professionnels des secteurs

et agents ONE), la diffusion de bonnes pratiques et l'incitation à de nouveaux comportements pouvant améliorer la qualité de l'environnement intérieur. La cellule Environnement a fêté ses dix ans en 2018.

4.2 Des outils

Dans tous les outils, la méthodologie générale est celle d'une communication positive et capacitante :

- Informer les personnes afin qu'elles aient en main les cartes pour poser des choix conscients.
- Mettre l'accent sur les solutions pratiques et accessibles, et sur le positif que le changement va apporter plutôt que sur les conséquences négatives d'un *statu quo*.
- Éviter la stigmatisation, la contrainte, la culpabilisation.
- Dépasser la logique de prescription (bon/mauvais) et permettre à chacun d'être acteur de son changement via une amélioration progressive en fonction de sa réalité.
- Communiquer à chaque public de manière adaptée, dans la forme et le fond.
- Travailler en réseau et diffuser les outils des partenaires.

Une stratégie spécifique en deux volets a été élaborée pour informer, former et sensibiliser les familles aux thématiques environnementales.

Former les professionnels

Le premier volet est la formation et l'information des professionnels en contact direct avec les familles, afin de les outiller pour sensibiliser le public. Pour ce faire, les informations qu'ils reçoivent comprennent toujours :

- Une contextualisation et une définition du sujet et de ses enjeux.
- Une description des effets potentiels sur la santé.
- Une explication des raisons de la plus grande vulnérabilité des enfants, femmes enceintes et femmes en âge de procréer face aux polluants de l'environnement.
- Des propositions d'alternatives pragmatiques, accessibles au plus grand nombre.
- Un moment d'appropriation des contenus via des mises en situation et/ou des échanges.

Sensibiliser les familles

Pour les familles, plusieurs supports sont utilisés pour toucher différents publics : la page Facebook de l'ONE, la vidéo avec les microprogrammes « Air de familles », les brochures papier, les rencontres avec les professionnels de terrain de l'ONE.

Pour amener au changement de comportement, l'approche est très concrète et s'effectue par plusieurs portes d'entrée.

Selon les thématiques abordées, le choix de la cellule Écoconseil est soit de créer un outil spécifique (comme c'est le cas pour les outils transversaux sur la qualité de l'air intérieur), soit d'intégrer les messages environnement-santé dans des outils existants, notamment d'éducation à la santé. C'est cette stratégie qui a été retenue pour aborder les perturbateurs endocriniens (messages dans les brochures « Choix du matériel de puériculture », « Alimentation de la femme enceinte »...). Ceci afin de diffuser le message efficacement tout en évitant l'effet anxigène paralysant parfois constaté lorsque cette thématique est abordée frontalement.

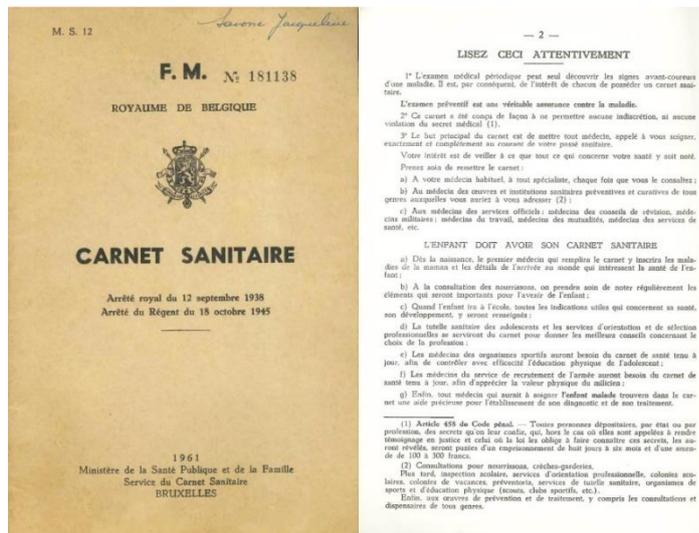
5. Des outils de suivi médico-social de l'enfant et de la future mère

L'ONE a pour mission de promouvoir, dans un cadre de santé publique, une médecine préventive en collaboration avec tous les intervenants médicaux, paramédicaux ou sociaux et éducatifs.

C'est dans cette optique que les carnets ont vu le jour. Documents évolutifs à usages multiples, les carnets sont des outils confiés aux parents dans le cadre d'une politique intégrant notamment la dimension du soutien à la parentalité.

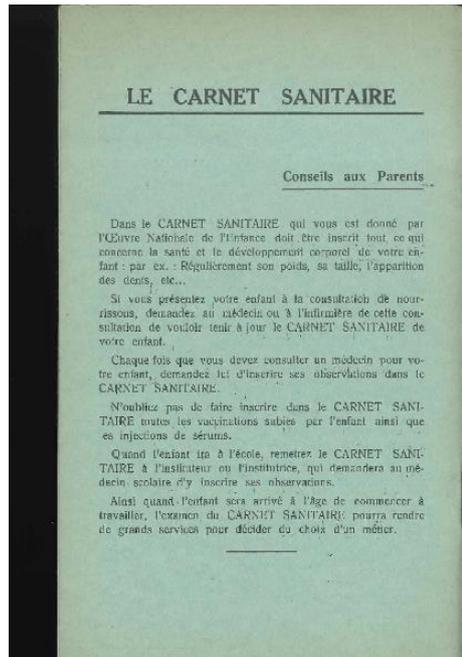
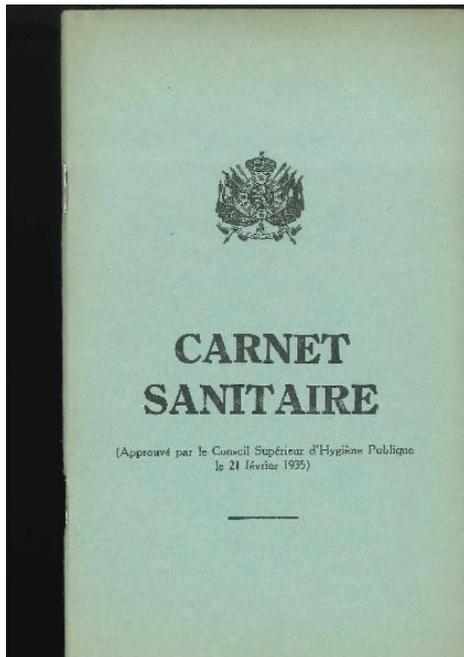
5.1 Carnet de l'enfant

« En 1900, déjà, c'est-à-dire avant que ne fut née l'Œuvre Nationale de l'Enfance, on pouvait se procurer dans les "bonnes pharmacies" "un carnet du nourrisson". Il était largement sponsorisé par un fabricant de farines pour bébé. [...] Ce même carnet s'intéresse tout particulièrement aux courbes de poids et de taille [...] ». ⁶⁰ Est apparu ensuite, dans les années vingt-trente, un « carnet sanitaire ».



La Fédération médicale belge a adopté le modèle d'un carnet sanitaire qu'elle s'est proposé de faire admettre par l'ONE.

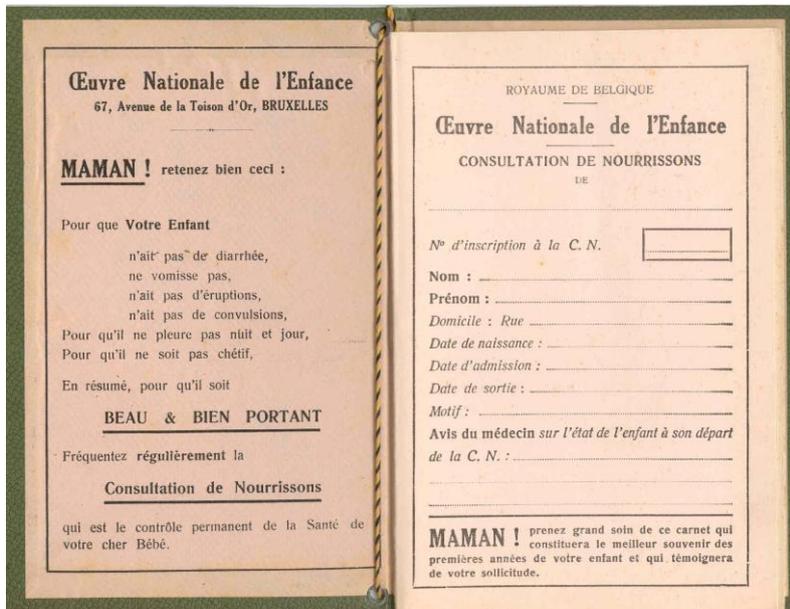
⁶⁰ GEUBELLE, F. Pr (1999). Le patrimoine social de l'ONE. In *Génération ONE* (n° 8 - 80 ans de protection maternelle et infantile de l'Office de la Naissance et de l'Enfance), p. 17.



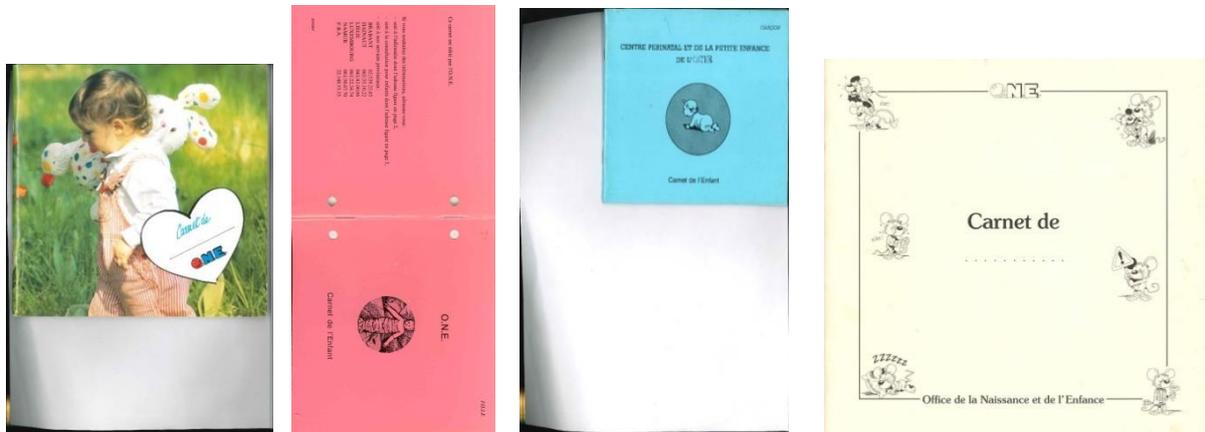
« Le carnet sanitaire prévoit les différentes phases de la vie de son titulaire, depuis les premiers jours de son existence ; il comprend même les observations qui peuvent être faites à la consultation prénatale. Il est ainsi extrêmement aisé pour tout médecin qui soigne toute personne en possession du carnet sanitaire de savoir quelles sont les affections dont elle souffre, les constatations faites par les membres du corps médical qui ont eu à s'occuper d'elle. De nombreuses administrations communales ont eu à adopter le carnet sanitaire comme base de la médecine préventive et en établissent un exemplaire au nom de chaque nouveau-né, lors de la déclaration de naissance à l'état civil. »⁶¹

C'est en 1935 (cf. H. Velge) que le Conseil médical de l'ONE a adopté officiellement le principe de généraliser un carnet de suivi médical de l'enfant de 0 à 6 ans.

⁶¹ VELGE H. (1941). *L'activité de L'Œuvre Nationale de l'Enfance pendant vingt-cinq ans (1915-1940)*, p. 64.



Au fil du temps, le carnet sanitaire, devenu « carnet de l'enfant », s'est spécialisé en outil de suivi psycho-médico-social du « nourrisson ». Progressivement, cet outil de communication à l'usage des professionnels de la petite enfance a associé plus activement les parents au suivi de leur enfant.



Le carnet, véritable journal de bord de la santé de l'enfant, est un document officiel. Il est attribué à la naissance à chaque enfant né en Communauté française ou y résidant. Il constitue un outil aux multiples facettes que les parents se plaisent pour la plupart à conserver précieusement, même lorsque l'enfant a pris de l'âge.

Une nouvelle mouture du carnet de l'enfant voit le jour en 1994 à l'initiative du Collège des conseillers médicaux pédiatres en collaboration avec différents services de l'ONE.

Des messages précis adaptés à des âges clés accompagnés d'illustrations bien pensées en font un outil convivial et participatif. Des espaces de notes sont ouverts aux parents, considérés explicitement comme les acteurs principaux du suivi de leur enfant.

Les repères médicaux mentionnés dans le carnet correspondent aux programmes de prévention repris dans le nouveau dossier de l'enfant ; une place importante est laissée aux parents et aux professionnels (M/F) de la santé, afin de les sensibiliser à l'observation de l'évolution de leur enfant.

Des messages éducationnels ciblés ont été conçus en fonction de différentes périodes d'âge de l'enfant.

Il est par ailleurs systématiquement fait référence aux programmes de santé préventifs développés dans les consultations préventives de l'ONE. Ces programmes décrits dans un ouvrage de référence : « Guide de Médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant » constituent aussi la toile de fond du Dossier médical ONE.

En 1999-2000, le carnet subit de profonds remaniements afin qu'il puisse être utilisé non seulement dans les structures de l'ONE, mais aussi par tous les intervenants concernés par le suivi de la santé de l'enfant. Il touche dorénavant les enfants de 0 à 12 ans dans toute la Communauté française.



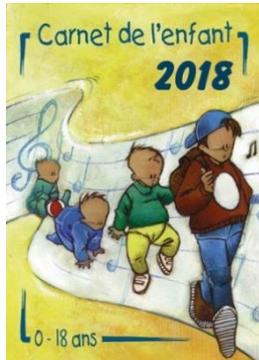
Il comprend des feuillets autocollants donnant accès à la gratuité des vaccins compris dans le calendrier vaccinal de la Communauté française.

Cette mutation est particulièrement importante et reflète entre autres les faits suivants :

- Le carnet de santé traduit une volonté d'actions coordonnées entre l'ensemble des partenaires concernés par le suivi de l'enfant jusqu'à l'âge de 12 ans.
- Le carnet de 0 à 12 ans invite en effet à une rencontre d'informations issues des visites en consultations pour enfants, chez les médecins généralistes, les pédiatres, etc., et l'inspection médicale scolaire tandis que les professionnels concernés ont été associés à la rédaction et à la mise en route de ce nouvel outil.
- La continuité des services organisés autour du suivi de l'enfant est confortée.
- Le carnet de santé contribue à la réalisation du programme vaccinal en Communauté française de même qu'à son évaluation via l'utilisation de feuillets autocollants portant un numéro séquentiel. Il est de ce fait capital que chaque enfant puisse bénéficier d'un carnet attribué lors de sa naissance.
- Alors que le rôle des parents en tant que partenaires actifs des professionnels de la petite enfance s'est progressivement affirmé, il semble que se soit également amorcé le début d'une association de l'enfant à l'ensemble de cette démarche.

Ce document est le fruit d'une collaboration avec de nombreux partenaires de l'ONE.

Enfin une nouvelle mouture a vu le jour en 2017 pour élargir la tranche d'âge à 0-18 ans, qui inclut le lien avec les services de Promotion de la Santé à l'École (PSE). Il est édité chaque année à environ 75 000 exemplaires.



La version du carnet de l'enfant de 0 à 18 ans connaît à nouveau une refonte totale, du point de vue de la forme essentiellement. Cette nouvelle mouture se rapproche du carnet de la mère (« Mon carnet de grossesse »).

Le carnet de l'enfant s'inscrit dans une longue histoire du suivi de la santé infantile.

Il reflète les évolutions médicales et psychosociales mais il témoigne également de l'histoire de chaque enfant suivi entre autres par l'ONE.

On peut imaginer que dans un avenir proche, ce précieux outil de communication connaîtra encore de profonds remaniements. Une version électronique de ce document remplacera-t-elle la version papier ? Quoi qu'il en soit l'usage du carnet semble inscrit dans la durée et se prolongera bien au-delà des 100 ans de l'ONE.

5.2 Le carnet de la mère

Dans la foulée du développement des consultations prénatales, le « carnet de la mère et du nouveau-né » voit le jour. Visant à améliorer la qualité du suivi de la grossesse, il se compose principalement d'un dossier médical où sont consignées les données médicales relatives à la grossesse (y compris l'accouchement et le postpartum) et au nouveau-né. Il est destiné aux professionnels, mais reste la propriété des futures mères qui l'apportent à chaque consultation.

Au fil du temps, il a pris différentes formes.



Fin des années nonante, à l'initiative du Collège des conseillers gynécologues en collaboration avec le service Education à la santé, la conception du carnet est repensée pour être plus en phase avec les

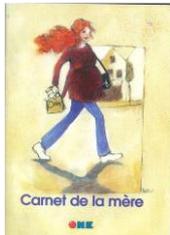
évolutions scientifiques, l'évolution des rapports des futurs parents avec leur enfant à naître et l'évolution du concept de promotion de la santé.

Conçu pour offrir une vision globale du chemin de grossesse jusqu'aux premières semaines de postpartum, l'outil se compose dorénavant de deux parties :

- Un dossier standardisé du suivi médical de la grossesse avec l'objectif de servir d'outil de liaison entre la future mère et tous les professionnels qui l'accompagnent.
- Une partie reprenant un ensemble d'informations et de messages d'éducation à la santé pour aider la future mère à comprendre sa grossesse, contribuer à son bon déroulement et préparer au mieux la venue de son enfant.

Le rôle du carnet comme outil de promotion de la santé de la femme enceinte et du bébé à naître se trouve renforcé. Il favorise aussi le dialogue entre la future mère et le professionnel.

De nombreux espaces ont été prévus pour que les futures mamans puissent y noter leurs impressions et leurs remarques. Cette nouvelle version voit le jour en 1999 et porte le nom de carnet de la mère. Elle reçoit l'approbation des professeurs d'obstétrique des universités de la Communauté française ainsi que du Groupement des gynécologues et des obstétriciens de langue française de Belgique.



Auparavant sponsorisé et diffusé auprès des gynécologues par la firme pharmaceutique Merckx, le carnet a été revu suite à l'interdiction de la publicité établie par le contrat de gestion de 2004.

Une nouvelle stratégie de distribution s'impose pour le rendre accessible (et promouvoir son utilisation) à toutes les femmes enceintes et à tous les professionnels du suivi de la grossesse en Communauté française, et non plus uniquement au seul public fréquentant les consultations prénatales de l'ONE. Gynécologues et sages-femmes (hors ONE) sont libres de le commander et de le remettre aux futures mères qu'ils accompagnent.

Conçu pour offrir une vision globale du chemin de grossesse jusqu'aux premiers jours du postpartum, le contenu du carnet fait annuellement l'objet d'adaptations conformément à l'évolution des données, aux besoins des futures mères et à ceux des professionnels.

En 2016, la révision du carnet s'impose. Elle est motivée par la nécessité d'adapter l'outil aux évolutions en matière de politique de santé (raccourcissement du séjour en maternité, émergence d'initiatives de suivi postnatal extrahospitalier), travail en réseau (évolution du rôle du TMS, collaboration de plus en plus étroite avec les sages-femmes), mais aussi compte tenu de l'évolution des pratiques informatives des femmes enceintes (*digitale native*) dans un contexte de surabondance de sources (web, médias, réseaux sociaux) pas toujours fiables.

Une recherche préalable est menée afin d'évaluer la façon dont le carnet est utilisé et répond aux besoins actuels d'un public évoluant dans des contextes variés et changeants. Il s'agit d'une étude qualitative visant à recueillir et analyser le point de vue des différents utilisateurs du carnet de la mère : femmes enceintes,

femmes en postpartum précoce, TMS et coordinateurs accompagnement de l'ONE, sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes intervenant en consultations prénatales ONE ou privées.

Les résultats mettent en évidence l'importance et l'intérêt du carnet tant pour les futures mères que pour les professionnels. Il bénéficie de l'estime portée aux publications de l'ONE jugées comme délivrant des informations fiables : les utilisateurs accordent une pleine confiance à son contenu. Tous considèrent le carnet comme un outil complet, allant à l'essentiel, rassemblant un ensemble d'informations de base pertinentes et importantes. Les professionnels le reconnaissent d'ailleurs comme fondamental pour la santé des femmes et de leurs enfants. Tous s'accordent aussi pour dire que le carnet de la mère doit continuer à exister.

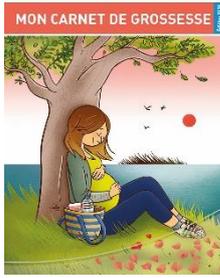
S'il offre de bons points de repère, futures mères et professionnels sont conscients qu'on ne peut attendre d'un même outil qu'il fournisse de façon condensée une information multiple et précise dans chaque domaine. Sa vocation généraliste est appréciée dans la mesure où le carnet joue en même temps le rôle de portail de référence. Le renforcement de cette fonction est d'ailleurs plébiscité : le fait de renseigner des documents fiables (dont les publications de l'ONE) ainsi que des liens actualisés vers des sources en ligne validées évite aux futures mères de chercher ailleurs des infos non adaptées ou erronées.

Outre les rôles d'information et de dossier médical, l'étude a mis en évidence d'autres fonctions remplies par le carnet et appréciées des femmes enceintes, notamment :

- Fonction symbolique de reconnaissance de la grossesse : le carnet matérialise la grossesse.
- Fonction souvenir : il permet de conserver des traces et des souvenirs de la grossesse qui peuvent servir de points de comparaison lors de grossesses ultérieures.
- Fonction de rassurance pour les futures mères prudentes ou anxieuses : le carnet les suit partout, ça les rassure d'avoir le dossier médical sous la main en cas de problème.
- Fonction organisationnelle : on peut y noter les rendez-vous, les numéros de téléphone, consulter les démarches à accomplir...

Après évaluation, le carnet est entièrement revu (fond, forme et appellation) pour mieux répondre aux besoins des usagers.

- Un nouveau titre. Le carnet de la mère devient « Mon carnet de grossesse », un titre jugé plus explicite sur le contenu et formulé à la première personne pour faciliter son appropriation par la future mère.
- Une nouvelle structure. Si les composantes de l'outil restent les mêmes (partie médicale, partie informative), elles se différencient de façon nette par un accès, un titre et un dessin de couverture spécifiques. Dans la partie informative, les contenus s'organisent par « fiches » thématiques qui se succèdent selon la chronologie de la grossesse. L'insertion d'une table des matières détaillée permet de trouver facilement l'information souhaitée.
- Un dossier médical plus pratico-pratique. L'essentiel du dossier initial reste inchangé. Cependant, les professionnels ont préconisé divers aménagements. Parmi ceux-ci : l'insertion de pages pour les notes des professionnels en visite à domicile prénatale et postnatale et le transfert vers le carnet de l'enfant des pages consacrées à l'évolution du bébé au-delà du jour de sa naissance.
- Les rôles du TMS et de la sage-femme. Tout au long du carnet, une attention particulière est apportée à mettre en évidence la complémentarité du travail des TMS et des sages-femmes tout en soulignant leurs spécificités propres.
- Davantage de références. « Mon carnet de grossesse » est conçu pour fournir à lui seul des repères de base essentiels. Pour les femmes enceintes qui veulent en savoir plus, l'insertion de références supplémentaires fournit des pistes fiables à suivre.



Un panel d'actions pour promouvoir le carnet auprès du public utilisateur est prévu : conférence de presse, affiche, « Air de familles », actualités sur les sites et pages Facebook de l'ONE et de l'UPSFB, présentation du carnet aux TMS périnataux, article dans *FlashAccueil*, sur Excellensis médecins, information aux écoles de sages-femmes...

Tant les futures mères que les professionnels s'accordent pour dire que le Carnet de la mère doit continuer à exister dans sa version papier. Une extension sur le site ONE est cependant souhaitée, proposant des informations complètes et fiables sur la grossesse, l'accouchement et le postpartum.

Néanmoins, dans un avenir proche (2021), le dossier médical global informatisé pour chaque patient deviendra obligatoire. Nul doute que le carnet devra s'adapter à la perspective de nouvelles pratiques. Une étape de plus dans la déjà longue histoire d'un outil sachant évoluer avec son environnement. La réflexion est déjà amorcée pour relever ce nouveau défi.

6. La banque de données médico-sociales de l'ONE

Créée en 1983, la banque de données médico-sociales (BDMS) de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) est constituée d'un ensemble des données médico-sociales relatives au suivi des femmes enceintes, aux naissances et à l'accompagnement d'enfants de 0 à 3 ans dans les structures de l'ONE en Fédération Wallonie-Bruxelles. Elles sont récoltées par les TMS, les médecins, les sages-femmes, les milieux d'accueil, puis encodées. Rendues anonymes, ces données sont ensuite analysées par l'équipe de la BDMS qui en tire des statistiques (par exemple : l'évolution du nombre de naissances) et des bilans sociologiques (par exemple : la situation géographique des inégalités sociales en matière de santé).

La BDMS permet le monitoring et l'(auto) évaluation de l'action de l'ONE. Elle contribue à orienter les choix de l'Office de la Naissance et de l'Enfance dans le domaine médico-social. Elle permet également l'interpellation des décideurs en ce qui concerne les politiques de l'enfance.

6.1 Création

« Au sortir de la guerre (40-45), de plus en plus s'imposa la nécessité d'une étude scientifique des besoins et comportements de la population cible de l'ONE. Parallèlement au Comité médical supérieur, les missions du service Études de l'ONE se trouvèrent développées. Ce service fut ainsi le pionnier de l'informatisation, à partir de laquelle les premières bases d'une véritable banque de données médico-sociales purent être établies. »⁶²

⁶² ONE (1999). Une brève histoire de l'ONE. In *Génération ONE*, n° 8 - 80 ans de protection maternelle et infantile de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, pp. 11-12.

Pour l'ONE, le recueil de données de base est un devoir social et scientifique. Il est en effet indispensable que cet organisme parastatal possède un outil d'évaluation permanente et puisse apprécier l'effet en toute objectivité de ses campagnes et actions d'éducation à la santé.

La gestion correcte des moyens mis à la disposition de l'ONE demande des évaluations de couverture sanitaire et la maîtrise d'un instrument d'orientation de sa politique en matière de protection maternelle et infantile.

L'ONE, depuis la communautarisation et la création du service Etudes, est de plus en plus considéré comme la structure de référence concernant les enfants en bas âge. De nombreuses demandes à caractère épidémiologique lui sont adressées par les équipes médicales, les chercheurs et les étudiants.

L'Office a toujours été considéré comme un organisme faisant du « bon travail », mais il n'existait aucun indicateur scientifiquement valable pour affirmer ou nuancer cette assertion. Il existait bel et bien un recueil de données prénatales, mais qui ne reposait sur aucune méthodologie.

Ainsi, il est apparu aux instances supérieures de l'ONE et au Conseil scientifique que l'ONE devait se doter d'un outil de haute qualité permettant de répondre à ces demandes et d'offrir un service performant aux équipes médicales, aux TMS et aux chercheurs.

En 1980, le Dr Leleux dépose au Comité médical supérieur une demande de recherche-action en vue de mettre en place une structure de banque de données à l'ONE. Cette recherche devait déboucher sur des propositions concrètes et opérationnelles à long terme.

L'étude comportait deux parties :

- Une partie théorique et méthodologique menée avec le Dr Pierre Delvoye. Elle consista en une revue de la littérature internationale dont l'analyse a permis de déterminer les données intéressantes à récolter, au niveau communautaire, au point de vue périnatal. Les recommandations de l'OMS ont été prises en compte ainsi que les résultats d'enquêtes diverses menées au sein de l'ONE.
- Une mise sur pied pratique de la banque de données.

Au terme de la période de recherche avec des mises au point, un testing a été initié durant quelques années dans le Hainaut, et d'abord dans les structures prénatales de l'ONE. Celui-ci s'est avéré très fructueux et, dès 1986, la généralisation de l'outil informatisé a été opérée à l'ensemble des services de protection maternelle et infantile de l'ONE. La récolte de l'information en consultations de nourrissons est expérimentée avec trois rubriques : santé générale de l'enfant, alimentation et vaccination.

« L'année 1987 vit la mise en application définitive du décret du 30 mars 1983 : chaque aile de l'ONE nationale prit son envol en date du 1^{er} février 1987, développant désormais selon leur sensibilité propre une approche spécifique dans le domaine de la protection maternelle et infantile. L'épidémiologie constitua dès lors une préoccupation de plus en plus marquée de l'organisme. La volonté d'évaluation et d'amélioration continue à pousser l'ONE à développer plus encore le rôle de la banque de données médico-sociales, appelée à devenir un outil exceptionnel en matière de santé publique et à fournir des indicateurs sociaux permettant de définir des politiques adaptées. »⁶³

⁶³ ONE (1999). Une brève histoire de l'ONE. In *Génération ONE*, n° 8 - 80 ans de protection maternelle et infantile de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, p. 13.

À partir de 1990, les conseillers pédiatres ont désiré étendre cette démarche aux consultations pour enfants. C'est ainsi que sont nés, parallèlement à la définition des « programmes de santé prioritaires », les premiers contacts et les bilans de santé.

Différentes étapes importantes se sont déroulées dans les années 2000.

En 2000. La BDMS regroupe des informations issues de documents de sources différentes et l'idée commence à germer d'en faire un support informatisé global et dynamique. Il s'agit du « volet prénatal », de l'« avis de naissance » ou la « communication de naissance ou d'inscription dans une commune », du « premier contact », du « volet 0-1 an ». Le projet de « bilan de santé à 2,5 ans commençait en ce moment-là, qui remplacerait le « volet 1-3 ans ».

En 2001. Lancement des bilans de santé à 2,5 ans : (Bilan à 30 mois), et révision complète de l'« avis de naissance ».

En 2002. L'année 2002 voit se renforcer l'équipe de gestion de la BDMS. Le travail de représentativité et de fiabilité des données est bien conforté, mais la performance doit rester de rigueur, une option est donc de travailler à l'amélioration de la relation entre l'ONE et les différentes maternités collaborant avec lui. Nait alors l'idée de convention avec la maternité. Après cinq ans d'utilisation du volet 0-1 an, un nouveau type de recueil de données plus facile d'utilisation a été mis sur pied à trois âges clés de l'enfant : les bilans de santé à 9, 18 et 30 mois. Les premiers bilans de santé (à 9 mois) sont mis sur pied en consultation pour enfants et en milieu d'accueil, après un pré-test dans un échantillon de structures. Le bilan de santé à 9 mois pose les questions autour de l'alimentation, de la mort subite inexpiquée du nourrisson et des premières vaccinations.

En 2003. Après la mise en route des bilans de santé à 9 mois, les deux autres bilans sont testés durant deux mois sur un sixième de la population d'enfants des âges indiqués. Le bilan de santé à 18 mois est intermédiaire et s'intéresse aux vaccinations et premiers dépistages. Le bilan de santé à 30 mois est réalisé avant l'entrée à l'école et fait le point sur le développement psychomoteur et les dépistages.

En 2004. Publication des premiers résultats des bilans de santé et leur généralisation à toutes les structures de l'ONE.

En 2008 et 2009. Un travail d'analyse a été initié au niveau des consultations prénatales. En effet, le contrat de gestion de l'ONE fixe les attentes dans le secteur prénatal ; les projets santé-parentalité décrivent également une certaine part et la future réforme des consultations prénatales

Par ailleurs, l'action de rapprochement avec les maternités dans le canevas de l'informatisation des structures et du personnel de liaison ONE s'est mise sur pied. L'objet étant de parvenir à obtenir des données des structures.

Tout au long de son développement, les collaborations avec des organismes divers se sont intensifiées : universités, agence intermutualiste, Institut de santé publique, Fonds des affections respiratoires, observatoires, centres locaux de promotion de la santé, ASBL travaillant dans le secteur de la périnatalité, étudiants et médias...

6.2 Un outil au service des professionnels

Anonymat

Le but fondamental de cette banque de données étant une recherche épidémiologique sur de grands nombres et sur une évolution longitudinale d'année en année, aucune donnée nominative, ni de patients, ni de médecins, ni de structures médicales n'est reprise dans la banque de données. Seuls les nombres, pourcentage et leurs évolutions sont donc accessibles. Cet anonymat a retenu de manière prioritaire l'attention des responsables ONE, notamment du Conseil scientifique. Les données de type médical restent strictement sous la responsabilité des médecins gynécologues et pédiatres, conseillers médicaux à l'ONE.

Recueil de données

La plus grande performance de la BDMS se situe au niveau du recueil⁶⁴. En effet, celui-ci a les caractéristiques suivantes :

- Il est effectué à divers niveaux de l'évolution de l'enfant, depuis la consultation prénatale, la sortie de la maternité, le contact à domicile, les consultations de nourrissons et les milieux d'accueil. Cette originalité fait la richesse incomparable de la banque de données, car, dans la majorité des cas, les statistiques prénatales et de maternité s'arrêtaient au septième jour de la vie et il était très difficile d'évaluer l'impact de diverses attitudes et traitements sur le devenir à long terme de l'enfant. L'ONE pourra désormais offrir cette évolution à long terme. Ceci ne peut qu'intéresser les obstétriciens, les pédiatres... et les spécialistes de l'épidémiologie.
- Il se fait de manière homogène par les mêmes définitions (OMS) et programmes de contrôle dans toute la Communauté française. La cohérence et la comparaison des données entre les diverses structures médicales sont donc assurées automatiquement.
- Les données recueillies étant uniquement celles qui sont nécessaires aux TMS et médecins de l'ONE pour effectuer leurs missions, la charge financière et en travail de ce recueil de données a pu être incomparablement faible pour les divers participants. Que ce soient les consultations prénatales, les maternités, les crèches, etc. ; aucun investissement n'est à réaliser.
- Le recueil est fait par le personnel de l'ONE, en majorité des infirmiers qui ont reçu, en outre, une formation en épidémiologie. Ceci garantit avec leur aide ponctuelle une qualité et une fiabilité du recueil très grandes.

Stockage des données

Les données sont stockées dans des fichiers informatisés ne contenant que des chiffres, et des codes à clé d'accès permettant des tris par année, par région et sous-région ainsi que par type de structure ONE.

Le recueil et l'exploitation des données se font sous la responsabilité médicale stricte.

Dans chaque province, le conseiller médical de l'ONE a la responsabilité des documents et des fichiers.

L'ensemble de la structure et de l'exploitation était d'abord sous la responsabilité médicale du médecin du service Études ONE, aujourd'hui dépendant de la direction Santé. Le traitement des données quant à lui est actuellement effectué par la cellule de la banque de données médico-sociales faisant partie de la direction Recherches et Développement, anciennement service Études.

⁶⁴ ONE (2003). Une dynamique périnatale à visage humain – la banque de données médico-sociales, un outil d'évaluation et d'action.

Exploitation Intra-ONE

Les résultats, sous forme de nombres absolus, de pourcentages ou de graphiques, ne peuvent être fournis aux structures administratives de l'ONE sans l'avis et l'accord du médecin responsable, soit au niveau provincial, soit au niveau communautaire.

Exploitation hors ONE

Tout médecin participant au recueil de données peut demander les résultats de son activité propre comparée aux résultats globaux d'une région ou d'une sous-région.

Des accords entre l'ONE et des structures de recherche (universités, écoles de Santé publique, travaux de fin d'études, etc.) peuvent être conclus dans le cadre d'une recherche bien définie et prévue au contrat.

L'ONE étant surtout intéressé par l'autoévaluation de ses structures propres, les données de surveillance de grossesse ne sont pas établies automatiquement par maternité ; l'ONE n'est pas directement intéressé par ces données. Néanmoins, à la demande des chefs de service de maternités, des tris peuvent être effectués sur cette base afin d'alléger le travail statistique au sein des maternités et répondre à diverses enquêtes qui sont souvent soumises aux maternités de la part des instances politiques ou scientifiques.

Les données de la BDMS de l'ONE sont récoltées régulièrement par les travailleurs médico-sociaux de terrain sur des formulaires standardisés qui sont ensuite encodés dans les différentes administrations subrégionales. Ces formulaires correspondent chacun à un moment ou à une période de la vie de la (future) mère et/ou de l'enfant donnant lieu à un suivi préventif de l'ONE :

- Le « volet prénatal » concerne les mères dont la grossesse est suivie dans le cadre des consultations prénatales de l'ONE. Les données récoltées par le TMS de l'ONE concernent des caractéristiques générales (âge, nationalité, état civil, lieu de résidence), des données qui permettent d'établir un profil médical (gestité, parité, facteurs de risque, tabagisme) ainsi que des données qui concernent le suivi de la grossesse par l'ONE. Les données sur l'accouchement sont relatives à la naissance : date d'accouchement, nombre de semaines de gestation, nombre de nouveau-nés, poids de l'enfant, etc.
- L'« avis de naissance » est divisé en trois rubriques. La première rubrique reprend le nom, le prénom et l'adresse du nourrisson afin de pouvoir l'identifier et de proposer aux parents un suivi lors de son retour au domicile. La deuxième rubrique reprend ses caractéristiques générales et médicales. La troisième rubrique concerne des données relatives à l'accouchement (présentation, expulsion, induction, analgésie) et périnatales (mise au sein et tabagisme). Il est rempli par le TMS qui assure le service de liaison dans les maternités. La BDMS dispose de données pour plus de 95 % des naissances de la Communauté française. L'objectif à moyen terme est d'obtenir un accès dans toutes les maternités sans exception.
- À la maternité, une première rencontre avec un TMS ONE est proposée à tous les parents de nouveau-nés. Cette visite a lieu habituellement au domicile ou à la Consultation ONE. Elle fait également l'objet d'une fiche appelée « premier contact » qui reprend quelques données de l'enfant, le type d'alimentation et le type de surveillance préventive prévue pour l'enfant (ONE ou privée).
- Les « bilans de santé à 9, 18, 30 mois » apportent des renseignements concernant le suivi préventif des enfants. Ce suivi s'inscrit dans les programmes prioritaires de prévention ONE.
 - Le « bilan de santé à 9 mois » analyse essentiellement les risques de mort subite inexpliquée du nourrisson (MSIN), l'alimentation, les premières vaccinations et les premiers dépistages (surdité, anomalies).

- Le « bilan de santé à 18 mois » s'intéresse à l'alimentation, la suite des vaccinations, les accidents domestiques et le début du suivi du développement psychomoteur et du langage.
- Le « bilan de santé à 30 mois » est le dernier bilan réalisé avant le passage à l'école. Il reprend les dépistages buccodentaires, le suivi du développement psychomoteur et du langage, la suite des dépistages (audition, vision), les allergies et la suite des vaccinations. Des indicateurs socioéconomiques figurent dans chaque « bilan de santé ».
- Les « bilans de santé » sont réalisés auprès des enfants qui ont l'âge requis et qui bénéficient des consultations ONE ou qui fréquentent les milieux d'accueil. Ils sont réalisés par le TMS et le médecin, de préférence en présence d'un des parents.

6.3 Originalité

La BDMS de l'ONE possède des caractéristiques originales qui en font un outil unique et inégalé dans le domaine périnatal et de la petite enfance :

- Le suivi longitudinal 0 à 6 ans. Contrairement aux données épidémiologiques périnatales habituelles trop souvent limitées aux sept premiers jours de vie (exemple : données des maternités), le recueil de l'ONE assure un suivi de l'enfant depuis avant sa naissance jusqu'à l'âge de 6 ans.
- La couverture géographique. Le recueil de données est réalisé dans toute la Communauté française ; il concerne toutes les naissances au sein de celle-ci.
- Les données médico-sociales. L'ONE est à même de récolter non seulement des données médicales, mais également des données sociales. Ces dernières apportent un éclairage nécessaire aux informations médicales auxquelles elles sont couplées. Elles sont indispensables pour illustrer la mission médico-sociale de l'ONE.
- L'unité de conception. Les définitions de rubriques utilisées sont identiques, quels que soient le lieu et la personne assurant le recueil.
- L'anonymat. Les données sont anonymes au stade de leur exploitation. Les résultats ne comportent en aucun cas des données nominatives, qu'il s'agisse des parents, des médecins ou des structures médico-sociales. Seuls des nombres, des pourcentages sont accessibles dans la banque de données.
- La gratuité pour les structures de base. Le recueil s'intègre dans l'action quotidienne des TMS et des médecins de l'ONE sous la responsabilité des conseillers médicaux. Il n'implique aucun investissement particulier en matériel. Il exige par contre une collaboration efficace entre les personnes assurant le recueil, les encodeurs (M/F) et ceux qui assurent le traitement statistique des données.
- La programmation intra-ONE. Les programmes informatiques sont réalisés au sein de l'ONE par des membres du personnel de l'ONE. Ceci permet une adaptabilité constante selon les souhaits et les besoins des utilisateurs eux-mêmes.
- L'utilisation dynamique. Il s'agit d'une banque de données « vivantes » dont la validité est accrue par une utilisation immédiate. Les résultats sont adressés en retour à la base, ce qui permet à chacun de réagir en se basant sur des données fiables.
- Le volume de renseignements contenus dans la banque. Le volume de renseignements est très important, il présente un intérêt évident pour l'ONE qui l'utilise pour sa gestion courante et il constitue également une source d'informations et un instrument de références utiles à tous les professionnels de la santé concernés.

- L'aide à la gestion et à l'autoévaluation. L'utilisation rapide des données assure une vision rigoureuse de l'action menée sur le terrain et constitue une aide appréciable au choix éventuel d'orientations nouvelles à lui donner tant à un niveau qualitatif que quantitatif.
- L'autoévaluation et la formation didactique continue. Le recueil systématique de données et l'information en retour sont une source d'enrichissement et de perception plus aigüe de rôle de chacun. Ils permettent aussi une réorientation éventuelle des buts et des moyens.

6.4 Les rapports BDMS

La base de données a connu d'importants développements depuis sa création.

Ceux-ci ont notamment concerné la gestion informatique d'un outil complexe et évolutif, mais aussi l'élargissement du champ des matières traitées, la diffusion et le partage des données produites, le contrôle de qualité de celles-ci.

Il est à noter que le décret du 17 juillet 2002 portant réforme de l'Office a conforté l'ONE dans sa mission de santé publique et dans ses activités de récolte de données à caractère médico-social, dans le respect de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

Le soutien de la BDMS par le Fonds Houtman dès 2001 a également constitué un atout majeur.

Depuis 2000, l'équipe BDMS a présenté les données périnatales et de santé de l'enfant dans le cadre de six rapports d'activités. Fin des années nonante et avant la création de ces rapports, la cellule BDMS, à la demande de son comité directeur, communiquait déjà grâce à un bulletin d'information dénommé *Le Libre Échange*.

Globalement, chaque rapport se structure en trois chapitres distincts. Le premier présente des statistiques relatives aux données périnatales (suivi de la grossesse et de l'accouchement), un autre fait référence au suivi préventif de l'enfant (dans les consultations pour enfants de l'ONE) jusqu'à l'âge de trois ans. Enfin, un dernier développe un dossier spécial.

Dans le premier rapport BDMS (consacré aux données antérieures à 2000 et publié la même année), le dossier spécial a été consacré à la mortalité fœto-infantile. Les énormes progrès ayant eu lieu en la matière au cours de la période 1980-1994 ont d'abord concerné la mortalité périnatale (mortinatalité et mortalité néonatale précoce) tandis que les actions menées dès 1994 en vue de prévenir les risques de la mort subite inexpliquée du nourrisson ont contribué à une diminution de la mortalité post néonatale (du vingt-huitième jour à un an). L'ONE a participé activement à la campagne de prévention de la mort subite inexpliquée du nourrisson et en a fait l'un de ses programmes prioritaires. Malgré la diminution très nette de la mortalité infantile, des inégalités sociales subsistent. Elles engagent à une réflexion particulière sur les choix relatifs aux politiques préventives.

Le deuxième rapport BDMS publié en 2001 met le focus sur la politique vaccinale, le dépistage des troubles visuels dans le brabant wallon et la prévention de l'allergie mise en place à Bruxelles et dans le Brabant wallon. Outre les données périnatales et de suivi des enfants de 0-1 an, figurent pour la première fois, les données de suivi de la grossesse :

- Depuis 2002, la Communauté française, en accord avec le Conseil supérieur d'hygiène (instance fédérale), recommande de vacciner tous les enfants contre les maladies suivantes : poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, *Hemophilus influenza* de type b, hépatite b, rougeole, rubéole, oreillons,

méningocoque C. Est venue s'ajouter à cette liste, en 2006, la recommandation de vacciner contre le pneumocoque et en 2007 contre le rotavirus. Tous ces vaccins, à l'exception du vaccin contre le rotavirus, sont fournis gratuitement grâce à un financement conjoint de l'État fédéral et de la Communauté française.

- Après une phase test en Brabant wallon (1997), le programme des dépistages visuels a été progressivement généralisé avec succès à toutes les subrégions. Il a bénéficié de l'apport de nombreux partenariats dont : Les Amis des aveugles de Ghlin et La Lumière. Le nombre d'exams réalisés a été multiplié par cinq entre 2003 et 2009. Il touche en 2009 plus de 24 000 enfants en Communauté française ce qui représente une couverture estimée à 44 %. Malgré les très bons résultats de ce programme, des difficultés persistent dans sa réalisation, la principale étant la carence d'orthoptistes susceptibles de participer au dépistage.

Le troisième rapport BDMS publié en 2003 (données de 2002 et 2003) comprend un dossier spécial consacré aux mères adolescentes : bien que les grossesses adolescentes ne soient pas plus risquées que chez des femmes plus âgées, à condition bien sûr qu'elles soient suivies médicalement, des facteurs de risque existent et la combinaison de problèmes psychosociaux, de difficultés relationnelles au sein du couple ou de la famille ou encore la crainte que ces jeunes filles ont de l'avenir, peut entraîner des complications.

Cette problématique aux facettes multiples appelle l'ONE à adapter sa politique à l'évolution de la société et à intégrer aux dimensions de prévention et de promotion à la santé celle du soutien à la parentalité.

Dans le quatrième rapport BDMS publié en 2005 (données de 2004), le dossier spécial porte sur l'allaitement, thème inscrit dans la campagne de promotion de l'allaitement maternel développée par la Communauté française et le Centre d'éducation du patient : en 2004, l'ONE a largement participé à la campagne de promotion de l'allaitement maternel soutenue par la Communauté française et le Centre d'éducation du patient. L'allaitement maternel est un des programmes prioritaires auquel l'ONE est extrêmement attaché depuis ses débuts. La promotion de ce type d'alimentation s'inscrit dans une démarche de santé publique et de promotion de la santé, dans le respect du contexte médical, social, culturel et des possibilités de chacun. L'OMS recommande actuellement un allaitement exclusif d'une durée de six mois, suivi si possible, par un allaitement complété jusqu'à l'âge de 2 ans.

Dans le cinquième rapport BDMS (concernant les données de 2005-2006 et publié en 2007), le dossier spécial porte sur la prématurité. Dans le chapitre relatif au suivi de l'enfant, de nouvelles données sur les accidents domestiques ainsi que sur le degré d'autonomie de l'enfant ont été intégrées : la prématurité concerne toute naissance d'un enfant à moins de 37 semaines d'aménorrhée (semaines de gestation comptées à partir du premier jour des dernières règles). La prématurité moyenne concerne les enfants nés entre 33 à 36 semaines et 6 jours d'aménorrhée. La grande prématurité concerne les enfants nés entre 28 à 32 semaines et 6 jours d'aménorrhée. La très grande prématurité concerne les enfants nés avant 28 semaines d'aménorrhée.

Le sixième rapport BDMS paraît en 2009 (données statistiques 2006-2007) et le dossier spécial a été consacré aux inégalités sociales de santé : inégalités sociales de santé. Toutes les études consacrées à cette problématique confirment l'augmentation des risques de pauvreté et d'exclusion des familles ayant de jeunes enfants.

En 2010 (données 2008 – 2010), le rapport s'est penché notamment sur la problématique de la mortalité des enfants de 0 à 12 ans.

L'année 2015 (données 2010 – 2012) avec son 8^{ème} rapport offre un relevé de la collecte de données relatives au suivi de la femme enceinte, aux nouveau-nés durant le séjour à la maternité et après le retour de la mère et l'enfant à domicile, aux familles avec enfant(s) âgé(s) de 9, 18 ou 30 mois fréquentant les Consultations de l'ONE ou les milieux d'accueil.

Enfin, un rapport spécial par subrégion a été imaginé. En 2018, le focus a été mis sur le Brabant wallon.

6.5 Perspectives d'avenir

Deux perspectives importantes peuvent être dégagées.

La première concerne la poursuite du travail dans la philosophie adoptée depuis ses débuts, c'est-à-dire une orientation de l'outil vers les besoins du terrain. La BDMS doit en effet servir à éclairer les différents programmes de santé prioritaires à travers, pour chacun, un ou deux indicateurs globaux, pas plus, choisis en collaboration avec les experts et les acteurs de terrain. Cette complémentarité est une des richesses de la BDMS. Il faut aussi garder quelques indicateurs socioéconomiques reconnus comme étant liés aux inégalités sociales de santé, là aussi une spécificité de l'ONE en lien direct avec les valeurs institutionnelles et plus particulièrement l'équité.

L'autre perspective fondamentale – et le défi des prochaines années – sera l'informatisation du terrain. La BDMS pourra en bénéficier. Progressivement, dans quelques années, les avis de naissances, puis les premiers contacts, les bilans de santé et le suivi prénatal seront directement remplis par les acteurs de terrain. Des liens seront établis avec les dossiers « patients » afin de permettre des encodages automatiques tout en préservant l'anonymisation et la confidentialité des données.

Le métier d'encodeur évoluera vers le contrôle de la qualité des données, l'exploitation de celles-ci, le retour de l'information sur le terrain.

L'informatisation devrait aussi permettre d'introduire plus de souplesse dans le recueil de données et dans la réponse rapide à apporter aux demandes pressantes de TMS et de coordinateurs. Elle rendra possible de mener une enquête pendant quelques semaines ou mois sur un thème spécifique.

Ces changements devront être mis en œuvre sans alourdir le travail des équipes médico-sociales de terrain, ce travail restant la priorité numéro 1 de l'Office. En conclusion, la BDMS devra évoluer au service de l'action et non l'inverse.

7. La communication

Comme précisé dans la loi du 5 septembre 1919, section VI, article 250 : « L'Œuvre Nationale de l'Enfance publie une revue périodique comportant une édition française et une édition flamande. Cette revue reproduit tous les documents officiels relatifs à l'Œuvre Nationale et à la protection de l'enfance en Belgique ; des articles sur les questions relatives à la protection de l'enfance et au fonctionnement des œuvres y sont également publiés ; elle comporte une documentation sur ce qui se fait en Belgique et à l'étranger dans le domaine d'activité de l'Œuvre Nationale. Elle publie en outre, à l'intention des médecins, une revue périodique de puériculture. »

L'ONE diffuse donc depuis sa création un ensemble d'informations destinées à répondre aux besoins des (futurs) parents, tant sur les services offerts par l'ONE que sur des sujets liés au soutien à la parentalité et à la santé globale de l'enfant et de la (future) mère. Afin de répondre aux exigences de chaque époque, l'ONE a adapté ses modes de communication, ses outils et ses messages.

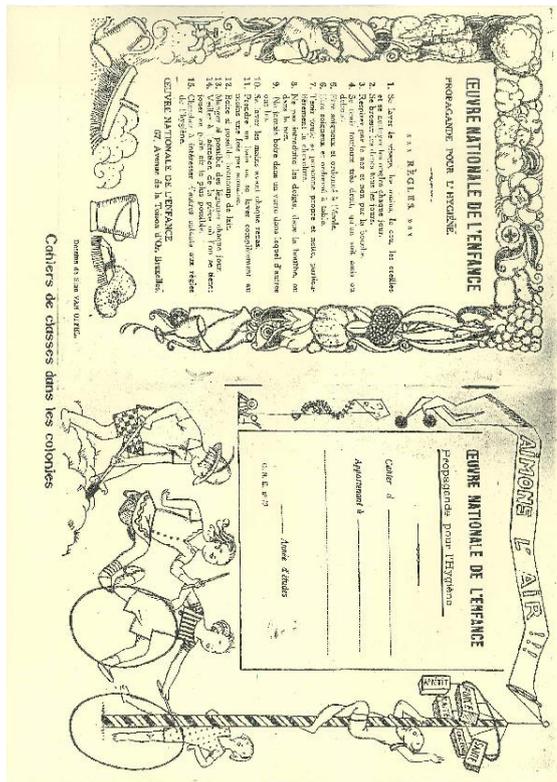
7.1 La communication d'avant-guerre

Avant-guerre, le mode de communication était axé sur la propagande⁶⁵ : l'Œuvre Nationale de l'Enfance organisait de vastes campagnes en fonction de circonstances régionales ou saisonnières pour répondre à des phénomènes occasionnels ou encore pour alerter l'opinion publique sur un problème d'importance particulière.

La propagande s'exerce sous différentes formes :

- Conférences avec projections de films.
- Messages radio : un accord a été conclu avec l'Institut national de radio diffusion pour que, chaque semaine, une causerie d'un quart d'heure soit consacrée à des conseils de puériculture.
- Affiches.
- Brochures, notamment « Conseils aux mères », brochures distribuées à toutes les familles affiliées aux mutualités et par les services communaux de l'état civil. Distribution de cahiers de santé dans les écoles ; il s'agit de cahiers de classe pour écoliers dans lesquels sont mentionnés des principes d'hygiène accompagnés de dessins suggestifs.
- Expositions.

⁶⁵ Action exercée sur l'opinion pour l'amener à avoir et à appuyer certaines idées.



7.2 L'après-guerre

Au sortir de la guerre, la communication de l'Œuvre Nationale de l'Enfance vers son public prit de l'ampleur : de très grands efforts furent consacrés aux modes de diffusion des informations : des émissions régulières à la radio, et des contacts fréquents avec la presse ont contribué à informer la population dans son ensemble des problèmes qui touchent à la santé de l'enfant.⁶⁶

On parle alors de « communication ».

Selon le programme établi par Henri Velge dès 1919, l'Œuvre publie diverses revues :

- *L'Enfant et Het Kind* (revues trimestrielles) visent à informer les lecteurs du mouvement des idées et des faits dans le domaine de la maternité et de l'enfance.⁶⁷ *L'Enfant et Het Kind* apportent aux collaborateurs de l'ONE et à leurs abonnés payants (médecins, professeurs, assistantes sociales...) une information complète dans le domaine de l'enfance.
- La *Revue belge de puériculture* insère uniquement des articles d'ordre médical.
- ...

Enfin, l'ONE a patronné une série de publications.⁶⁸

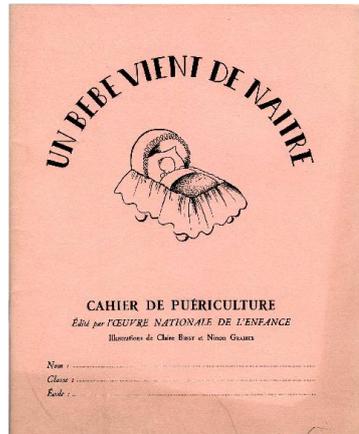
Parallèlement, différents modes de communication à l'attention du grand public et des professionnels étaient utilisés :

⁶⁶ ŒUVRE NATIONALE DE L'ENFANCE (1960). *Rapport d'activité de 1945-1959*, p. 59.

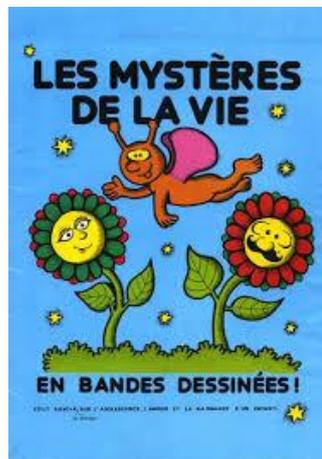
⁶⁷ *Ibidem* p. 61

⁶⁸ VELGE, H. (1941). *L'activité de l'Œuvre Nationale de l'Enfance pendant vingt-cinq ans (1915-1940)*, p. 194.

- Cahier de puériculture : cahier illustré destiné aux écolières du quatrième degré. Le cahier constitue un excellent auxiliaire d'éducation sanitaire.



- Bande dessinée *Les mystères de la vie*.



- Tracts : un tract est un imprimé éducatif, un aide-mémoire. Il doit être distribué au moment où il répond à un besoin du/des parent(s)⁶⁹. Le tract doit être employé à titre individuel. Remettre en vrac plusieurs tracts ou laisser le soin aux mamans de choisir les tracts dans la salle d'attente de la consultation est moins efficace.⁷⁰
- Brochures : l'ONE a poursuivi l'édition de brochures destinées à attirer l'attention des médecins et de leurs auxiliaires sur des problèmes de pédiatrie sociale, et à leur présenter un exposé concis des méthodes et techniques les plus récentes.
- Affiches : selon Larousse, une affiche est une feuille écrite ou imprimée placardée dans un lieu public et portant une annonce officielle, publicitaire ou propagandiste à laquelle une image peut être associée. Dans les premières décennies de l'Œuvre, les affiches sont destinées à être apposées notamment dans les locaux de consultation et ont pour but d'éclairer les parents et futurs parents sur de nombreux sujets. Selon Gilbert, l'établissement d'un projet d'affiche doit être soumis à certaines règles parmi lesquelles : la recherche d'une disposition simple et logique ; l'agencement des éléments en un tout agréable à l'œil et clair pour l'esprit ; la suppression de tout ce qui peut distraire l'attention ou retarder la compréhension et enfin la réduction au strict minimum de la

⁶⁹ MILLIS, M. [s.d.] *Éducation sanitaire*. p. 87.

⁷⁰ Œuvre Nationale de l'Enfance (1955). *Rapport annuel sur les activités de l'Œuvre Nationale de l'Enfance - exercice 1954*, p. 24.

légende qui doit être rédigée en termes usuels groupés d'après leur sens et leur relation, écrite en caractères bien lisibles à distance.⁷¹

- Montages audiovisuels (films et diapositives) : les diapositives qui étaient projetées lors d'entretiens/discussions de groupes rassemblaient images et commentaires enregistrés sur des mini-cassettes. Dans ce cadre, l'Œuvre Nationale de l'Enfance a réalisé une série de diapositives portant sur la sécurité (prévention accidents d'enfants à la campagne), le jeu, la surveillance prénatale⁷². L'Œuvre a également réalisé des films de présentation en matière de puériculture, d'éducation, de psychologie et d'hygiène ainsi qu'un premier film de présentation générale de l'ONE.
- Expositions temporaires par panneaux éducatifs : ces panneaux décorés selon des thèmes proposés par les consultations permettent d'attirer l'attention des futures mères et mères sur les problèmes qui se posent avec une acuité particulière dans leur localité.
- Participations à des salons, foires, congrès internationaux... : c'est dans le cadre de grandes manifestations qu'il convient de ranger la participation active de l'ONE à l'Exposition universelle de 1958.
- Séances d'informations (pour les milieux d'accueil - 1967) : plusieurs séances d'informations ont été mises sur pied à l'intention des membres des comités. Ceux-ci ont ainsi pu apprécier la nécessité de l'éducation sanitaire collective et s'initier aux méthodes utilisées par l'ONE. Les délégués ont aussi animé des séances à l'intention des dirigeants et collaboratrices de crèches et préguardiennats.⁷³

L'année 1968 a vu démarrer les premières prises de vue du film en couleurs réalisé à l'occasion du cinquantième anniversaire de l'ONE. L'Œuvre Nationale de l'Enfance mettra ce film à la disposition de ceux qui s'intéressent à ces activités dès la fin de l'année 1969.⁷⁴

La pochette destinée aux familles illettrées, sortie de presse en 1968, a constitué un précieux outil de travail pour les assistantes médicales, responsables de l'information et de l'éducation des jeunes ménages analphabètes.⁷⁵

7.3 La communautarisation : une nouvelle forme de communication

En 1983, l'Œuvre Nationale de l'Enfance cède sa place à trois entités communautaires distinctes : L'Office de la Naissance et de l'Enfance, Kind en Gezin et Dienst für Kind und Familie.

Cette communautarisation engendrera des modes de communication spécifiques à chaque entité, chacune définissant ses priorités d'action, y compris au niveau des contenus et formes de communication.

L'Office publiera donc des brochures sur divers thèmes (grossesse, santé, développement de l'enfant, soutien à la parentalité...) à l'usage du plus large public, avec une attention particulière à l'accessibilité des informations véhiculées.

⁷¹ MILLIS, M. [s.d.] *Éducation sanitaire*, pp. 93-96.

⁷² *Ibidem* p. 95.

⁷³ ONE. *Rapport d'activité 1967*, p. 21.

⁷⁴ ONE. *Rapport d'activité 1968*, p. 22.

⁷⁵ ONE. *Rapport d'activité 1969*, p. 36.

Outre leur mise à disposition via le site www.one.be, la diffusion des brochures s'organise via les TMS de l'ONE, des professionnels des milieux d'accueil et par l'intermédiaire de partenariats créés dans le cadre de projets locaux.

La multiplicité des familles rencontrées par les agents de l'ONE amène à diversifier les outils d'information à leur attention.

Le rôle de l'accompagnement professionnel, tout particulièrement vis-à-vis d'un public fragilisé, est primordial. En effet, on évoque souvent que l'écrit est peu adapté au public maîtrisant peu ou pas la langue française. Toutefois, s'il est accompagné par un professionnel de terrain, ce support matériel concret devient interactif et permet l'échange autour de sujets en lien avec les besoins des parents.

Par ailleurs, des brochures sont traduites dans diverses langues (anglais, allemand, arabe...).

7.4 La visibilité

La présence de l'ONE lors de salons, colloques ou séminaires... est aussi un moyen précieux de faire connaître et diffuser les publications.

La diversité des voies de communication développées et des outils utilisés par l'Office témoigne de la volonté de toucher un public très large, le plus précocement possible. En effet, agir dès le plus jeune âge c'est lutter contre les inégalités sociales de santé. C'est aussi promouvoir l'égalité des chances en accompagnant le plus tôt possible les éventuelles difficultés rencontrées par les enfants et les parents. Enfin, c'est œuvrer pour un environnement qui permette à chaque enfant de développer ses potentialités et ses capacités à agir.

En 1999, l'Office a concrétisé un partenariat avec la RTBF pour lancer l'émission « Papa, Maman et moi ». Destinée aux futurs et jeunes parents, cette émission délivre des messages d'éducation à la santé et fait connaître différemment les services mis en place par l'ONE.

Elle a fait place ensuite à la fin 2002 à l'émission « Air de familles » diffusée sur la Une (RTBF) et sur les chaînes régionales. Pour compléter l'information diffusée via les « Air de familles », l'ONE développe depuis 2014 des webdocumentaires. Ils permettent d'approfondir des thématiques abordées dans les capsules vidéo en multipliant les interventions d'expert, les témoignages de parents...

En 2012, une nouvelle émission, « Sans chichis », a été diffusée sur *la Deux* (RTBF). Un mini-reportage dynamique et précis introduit chaque sujet, qui est ensuite développé sur le plateau avec un spécialiste de l'ONE.

À côté des stratégies d'information et de sensibilisation s'adressant aux (futurs) parents, les enfants constituent également un public cible prioritaire en matière d'éducation à la santé.

Depuis plus de vingt ans, l'ONE crée et diffuse des outils d'animation destinés aux enfants entre 3 et 8 ans. Tous ces outils visent à sensibiliser les enfants – par une approche ludique et interactive – à adopter ou à renforcer des comportements favorables à leur santé (voir chapitre « Éducation à la santé »).

L'ONE fut l'un des tout premiers dans l'espace institutionnel francophone à créer en 1996 son site internet : www.one.be. Il a été revu en 2010 et en 2013 en fonction des évolutions sociétales.

Dans les années 2010, la consultation de vidéos en ligne est en forte croissance. Cette tendance s'explique notamment par la démocratisation de l'accès à internet et la multiplication de ses supports (ordinateurs, tablettes, smartphones...).

Partant de ce constat, l'ONE a créé en parallèle de son site web, une chaîne YouTube afin d'améliorer sa présence et sa visibilité digitale, mais aussi de développer une plus forte proximité et un meilleur engagement des familles.

Depuis 2015, l'ONE s'est rapproché de son public par les médias sociaux, Facebook, Twitter, Instagram...

Pour Facebook, le public cible est principalement constitué de parents et familles. Les objectifs sont de valoriser l'image de l'ONE comme une organisation moderne proche de son public ; de générer du trafic vers le site web et d'améliorer le référencement naturel ; de mieux connaître le public, ses besoins d'informations et ses attentes vis-à-vis de l'Office ; de sortir d'un mode de communication descendant et de replacer l'utilisateur au centre ; de créer un espace de discussion maîtrisé ; de favoriser des échanges durables avec le public en créant une communauté et l'inciter à devenir « ambassadeur » de l'organisation.

La page Twitter est principalement dédiée à un public de professionnels. Les objectifs sont d'asseoir l'ONE comme organisme de référence dans les domaines de la maternité, de la naissance et de l'enfance en Fédération Wallonie-Bruxelles ; d'imposer l'ONE comme l'un des experts dans ces domaines au niveau international ; d'entretenir et de développer les relations avec la presse et les différents partenaires.

7.5 L'identité visuelle

La culture d'une organisation professionnelle est largement déterminée par son histoire. Pensons au contexte particulier dans lequel l'Œuvre Nationale de l'Enfance est apparue en Belgique en 1919 et à quel point ce passé fondateur et le terreau associatif des débuts déterminent encore fortement l'identité de l'actuel ONE.

Des valeurs

Toute entreprise, toute organisation a des valeurs.

En 2006, l'ONE engage une réflexion sur ses valeurs. Celle-ci a fait l'objet de réflexion durant plusieurs années afin d'aboutir en 2010 à définir cinq valeurs institutionnelles à l'aune des réalités professionnelles de son personnel :

La qualité



La qualité implique d'apporter la réponse la plus adaptée aux besoins des familles et des professionnels. La qualité nécessite de se former et de s'informer pour communiquer des messages clairs, de développer ses compétences et celles de l'autre, d'accepter d'évoluer, de se remettre en question, de rester concentré sur ses objectifs, de connaître et reconnaître ses limites et savoir passer la main si nécessaire. La qualité du service que nous rendons relève d'une responsabilité partagée entre tous et requiert notre adaptation aux

situations rencontrées. Elle repose sur l'engagement et le développement personnel comme professionnel de chacun.

La bientraitance



Être bientraitant, c'est adopter des comportements de reconnaissance et de valorisation des compétences des familles comme des professionnels. La bientraitance encourage à élargir ses représentations à d'autres valeurs. La bientraitance s'applique à tous les niveaux de l'institution, dans tous les sens, de manière systémique.

L'équité



L'équité intègre les notions de service universel, de suivi renforcé, de justice, de non-discrimination et d'ajustement aux besoins. C'est donc plus que l'égalité entre professionnels, entre familles ou entre enfants.

La continuité



Garantir la continuité, c'est assurer la pérennité des missions de l'ONE, en les adaptant aux nouvelles réalités sociétales. C'est aussi savoir passer le relais à d'autres professionnels quand c'est nécessaire, tout en restant impliqué, dans un souci d'adéquation des réponses aux besoins.

L'éthique



L'éthique est le cadre moral collectif dans lequel s'inscrit chaque professionnel de l'ONE. Elle intègre le devoir de réserve, la déontologie et le secret professionnel. Elle régit l'action et les relations respectueuses entre tous. Elle vise l'amélioration des pratiques et encourage chacun à en interroger le sens, la portée et les conséquences.

Les valeurs de l'ONE découlent de notre mission première qui est d'assurer le bien-être des enfants dans leurs milieux de vie. Elles nous concernent tous au quotidien, où que l'on se situe dans l'organisation, quelle que soit notre fonction ou notre proximité aux enfants et aux familles. Les valeurs de l'ONE guident aussi bien nos relations avec les professionnels (collègues directs au sein du service ou de la direction, collègues des autres secteurs de l'Office, collègues de terrain pour l'encadrement et le support, médecins, volontaires, milieux d'accueil, partenaires...) que celles qui nous lient aux familles.

Un logo

Le premier signe graphique d'une organisation professionnelle, sa signature institutionnelle, c'est son logo.

Le premier logo de l'Œuvre Nationale de l'Enfance représentait un enfant emmaillotté.



L'Office, comme d'autres services publics, est amené à faire évoluer son image pour améliorer sa notoriété. Sur base de nos valeurs, de notre identité organisationnelle, l'identité visuelle a été revisitée afin d'être cohérente et pérenne, respectueuse de la spécificité de nos missions.

Différentes réformes institutionnelles amènent à la communautarisation de l'ONE. Le 9 mars 1983, l'Œuvre Nationale de l'Enfance cède sa place à l'Office de la Naissance et de l'Enfance, compétent sur le territoire de la Communauté française de Belgique. Le logotype de l'ONE a été créé.



« Le logo de l'ONE est un phare à l'entrée d'un port. À sa vue, nos publics identifient directement nos bâtiments et nos productions. Les bases de ce logo, contrairement au logotype de l'Œuvre Nationale de l'Enfance qui représentait un enfant emmailloté, sont atemporelles. Notre logo est vivant : le "O", ce ballon en mouvement, est lumineux. Les deux autres lettres expriment la stabilité derrière le mouvement. »⁷⁶

En 2011, les valeurs étant arrêtées et définies, il a été convenu d'adapter le logo afin de le rendre plus ouvert, dynamique, respectueux de nos valeurs et de notre modernité.



Des supports

En 2015, l'ONE a réalisé une vidéo à destination du grand public et des professionnels intitulée « ONE, un bon départ dans la vie ». Il s'agit d'un petit film qui fait la synthèse de l'ensemble des compétences gérées par l'Office et décrit ses missions et services.

Depuis 2017, l'Office attache une importance au merchandising (bavoir...) à destination des (futurs) parents pour faire la promotion de ses activités lors de salons.

7.6 Des outils de communication et d'information pour professionnels

Des bulletins d'information

- *La revue mensuelle* de l'ONE, créée en 1919-1920, était largement financée par la publicité. Une fabrique locale de lait y décrit les mérites de sa production et l'ONE organise un comptoir d'achats de tout ce qui est nécessaire au bébé. En outre, la revue donne les dernières nouvelles de la mode pour les enfants et tous les bons conseils pour que la mère – idéalement envisagée comme toujours au foyer et entourée de plus de deux enfants – puisse confectionner ces vêtements.

⁷⁶ WILLAME, M. (2010). Les valeurs, pas seulement des mots. In *InfONE* (n° 3 spécial Valeurs), p. 12.

- *Baby ONE* : appelée « la revue aux publicités », magazine bimestriel du « Club des parents » de l'ONE publié au début des années nonante n'avait donc rien inventé et restait même en deçà de la frénésie publicitaire des années vingt.
- *Génération ONE* : créée en 1991, cette revue bimestrielle essentiellement financée par des recettes publicitaires s'adresse principalement aux professionnels de la petite enfance, mais elle peut également intéresser les parents ou les futurs parents particulièrement concernés. L'ambition de cet outil est de faire connaître à ses lecteurs les plus récents progrès scientifiques ou les initiatives sociopédagogiques les plus dignes d'intérêt en matière de petite enfance et de maternité. La revue a fait peau neuve en 1999 au niveau de la mise en page, mais aussi en ciblant davantage l'ensemble des professionnels de la petite enfance.
- Parallèlement, il est apparu indispensable dès 2002, d'officialiser la parution régulière d'un journal interne diffusé à l'ensemble du personnel salarié de l'Office. Depuis 2014, *InfONE* est aussi envoyé à 300 partenaires, pour leur faire découvrir l'étendue des services et la dynamique interne de l'ONE. Périodique diffusé quatre fois par an et tiré à 2 000 exemplaires, *InfONE* montre la dynamique de l'institution, dit l'étendue de son action, donne la parole à ses professionnels, son réseau, son public.
- *InfONE* est complété par une édition spéciale « médecins » qui cible des thèmes de santé d'actualité ainsi qu'une version « TMS ». À l'initiative du tout jeune Conseil médical, présidé à l'époque par le Dr Michel Tondeur, le premier *InfONE spécial médecins* paraît en mars 2003. L'ambition était d'en diffuser quatre fois par an. Le public était uniquement les médecins sous contrat de collaboration œuvrant dans les consultations. Le format était celui d'un feuillet informatif d'une vingtaine de pages et son contenu prenait la forme d'un journal syndical avec la présentation des services de l'ONE, la communication sur la réforme des consultations, des honoraires, des discussions du Conseil médical, parsemé de quelques articles médicaux traitant notamment des dépistages. Au fil des ans, la maquette évolue. Vers la fin 2010, avec sa création, la direction médicale permet de faire sien *l'InfONE spécial médecin*. Les TMS sont alors intégrés à la liste d'envoi et certains contenus leur sont adaptés. Peu à peu, le contenu évolue et se recentre sur les domaines médicaux et scientifiques essentiellement pédiatriques. C'est en 2013, que paraît *l'InfONE spécial médecins/TMS* proche de sa forme actuelle en couleur. Le contenu est construit sous forme de dossier regroupant des articles autour d'une même thématique (environnement, alimentation, dépistage, vaccination...)
- Depuis novembre 2017, le *BIP*, pour *Bulletin d'infos au personnel*, reprend chaque semaine l'actualité de l'Office. Il permet à chacun de savoir ce qui se passe à l'ONE, dans son secteur et dans les secteurs voisins, de mieux connaître l'Institution et ses mouvements.
- Notons également qu'en 2009 le premier *Flash Accueil* a vu le jour. Cette revue conçue à l'attention des accueillants autonomes, des maisons d'enfants et des haltes accueil a pour but d'informer sur des thèmes relevant de la pédagogie, du juridique, de la santé ou de la diététique ; de relater des événements ou des expériences vécues par des milieux d'accueil ; mais aussi de participer à la formation continuée de ces professionnels.⁷⁷

⁷⁷ ONE (2009). *Flash Accueil*, n° 1, juin 2009. En ligne : http://www.one.be/fileadmin/user_upload/one_brochures/brochures_pros_et_benevoles/Accueil_de_l'enfant/0_3_/MANS/Flashaccueil/Flash-Accueil - N_1 - Juin_2009.pdf

Des plateformes d'autoformation

Excellencis One a été créé en 2007. C'est une plateforme d'autoformation gratuite destinée aux médecins ONE, aux sages-femmes, aux professionnels en charge de la promotion de la santé à l'école (PSE) et aux étudiants en médecine.

En 2007, L'ONE souhaitait pouvoir offrir aux médecins de consultation et milieux d'accueil un logiciel de formation en ligne. Trois listes ont été créées, la liste médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes, et pédiatres. Avec la collaboration des conseillers pédiatres et gynécologues, des modules de formation accrédités par l'INAMI furent conçus. Nous avons ensuite développé la plateforme en ajoutant un centre de documentation afin que les utilisateurs puissent télécharger les outils de l'ONE, leur fiche de prestation et d'autres documents en lien avec leur fonction. Sont apparus ensuite l'outil de remplacement et une page offre d'emploi. Un peu plus tard, un centre vidéo a été créé. Dans cette rubrique, les utilisateurs peuvent consulter les vidéos de journées de formation.

Depuis le transfert des compétences et l'arrivée des PSE à l'ONE, la plateforme a été ouverte aux infirmières et médecins PSE.

Des outils de travail

Des outils ont été créés et sont régulièrement actualisés. Citons, entre autres :

- Vade-mecum des TMS.
- *Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant.*
- *Guide d'allaitement maternel à l'usage des professionnels.*
- « Chouette on passe à table ».
- La santé dans les milieux d'accueil de la petite enfance.
- « Mômes en santé ».
- *Guide à l'usage des volontaires.*
-

Par ailleurs, l'Office édite chaque année son rapport d'activités. Outil de référence, fruit de la collaboration de l'ensemble des services de l'institution, il illustre à l'aide de cartes, graphiques et statistiques, l'évolution des activités et contribue au souci de meilleure visibilité à l'égard des politiques, des professionnels de la petite enfance et des parents à qui sont destinés les services et actions de l'ONE.

7.7 Les états généraux de l'enfance

En 1991 ont lieu les tables rondes de l'enfance. Elles ont rassemblé une série d'experts et d'acteurs politiques sur base de thématiques spécifiques. Sur cette base a été rédigée la charte de petite enfance.

L'idée centrale de cette charte était la suivante : les services doivent répondre de manière adéquate aux besoins de l'enfant dans une perspective d'égalité des chances et de complémentarité par rapport aux parents qui sont les premiers éducateurs de l'enfant.

Elle résume en une vingtaine d'articles les droits de l'enfant et les droits des parents auxquels doit répondre la politique de la petite enfance. Des orientations concrètes et des lignes directrices pour l'Office avaient été synthétisées à partir de trois grandes étapes : bien naître prendre un bon départ, bien grandir, devenir

et être parent. Ce document a été au départ de la mise sur pied en 2005 des premiers états généraux de l'enfance.

La tenue d'états généraux de l'enfance présente une occasion d'ouvrir un large débat entre l'ONE et ses partenaires du réseau. Un maximum d'acteurs ont été associés au débat : les professionnels et les bénévoles de l'action de l'ONE ainsi que les représentants de la société civile (FILE, FIMS, FPS, Vie féminine, Ligue des familles, ATD Quart Monde), Conseil d'avis, Aide à la jeunesse, PSE, Centres Locaux de Promotion de la Santé, observatoires de l'Enfance et observatoires de la Santé, Union des villes et des communes, monde scientifique et responsables politiques de la Communauté et des Régions concernés par la petite enfance.

Une journée de lancement a présenté les statistiques des différents secteurs ainsi que les résultats des différentes recherches.

Une mobilisation dans les subrégions a ensuite été organisée sur base des articles de la charte en examinant pour chaque objectif énoncé la manière dont il avait été concrétisé et/ou ce qu'il restait à faire selon trois grands axes : amélioration de la qualité des services, égalité entre les enfants, perspectives.

Une vingtaine de groupes se sont rassemblés autour de cinq thèmes : l'accessibilité des services offerts aux parents, la formation, la continuité des services et la coordination des politiques, la place des parents, des professionnels et des bénévoles, et le soutien à la parentalité.

Une journée de présentation des résultats de l'enquête auprès des usagers et des travaux des groupes au Parlement de la Communauté française a clôturé le dispositif.

Le bilan de ces états généraux constitue un point d'appui non négligeable pour la rédaction du contrat de gestion de l'ONE.

La deuxième édition a eu lieu en 2012. Pour cette deuxième édition, il était prévu que les états généraux de la petite enfance s'appuient dans leur phase préparatoire sur différents éléments : les recherches, les inégalités sociales et le dixième anniversaire du Conseil d'avis.

Une journée de lancement a été organisée lors de l'évènement prévu dans le cadre des dix ans du Conseil d'avis. Lors de cette journée, les débats ont tenté de cerner les enjeux stratégiques pour l'ONE en regard de l'évolution des configurations familiales et des besoins des familles, de la structuration de l'organisation du travail, de l'emploi, du temps scolaire, de l'évolution des partenariats que l'ONE tisse avec l'ensemble des acteurs et le monde associatif et enfin, des besoins des enfants.

Trois séminaires de discussion ont ensuite été mis en place. Ceux-ci regroupaient un panel d'acteurs choisis pour leurs compétences et expériences en regard des trois thématiques suivantes avec un focus sur toutes les formes d'inégalités :

- Les besoins de l'enfant tout le long de son développement, inscrits sur un continuum d'âges, et les réponses à ces besoins en termes de services et d'actions à mener.
- Le partenariat ONE-acteurs associatifs et le volontariat.
- Les réalités des familles aujourd'hui.

La journée de clôture a présenté les résultats de l'ensemble des travaux et des recommandations émanant des trois séminaires et les résultats de la recherche « Parcours de l'enfant âgé d'un an ».

Ces résultats ont permis de faire des propositions d'actions qui ont servi à l'élaboration des troisièmes états généraux qui se sont tenus en 2017 sous forme de débat public et sur la base d'une enquête réalisée auprès des usagers.⁷⁸

L'intitulé du dispositif était : « Regards et perspectives sur l'enfance ».

Cela a pris la forme de trois journées de séminaire portant sur les thèmes :

- Synthèse des résultats des recherches réalisées sous le présent contrat de gestion et mise en débat de ceux-ci.
- Continuum en matière de promotion de la santé de 0 à 18 ans en lien avec les nouvelles compétences, sous la responsabilité de la direction Santé et de la commission PSE.
- Précarité et enfance

Ces journées se sont concrétisées par une journée de clôture au Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles en présence du ministre de l'Enfance.



7.8 La représentation de l'Office en Belgique et à l'étranger

Déjà en 1923, l'Œuvre Nationale de l'Enfance avait pris la décision d'organiser des congrès nationaux à l'occasion de ses assemblées générales.⁷⁹

En 2003, le contrat de gestion et la charte de management de l'ONE prévoient le renforcement de partenariats entre l'Office et des organismes positionnés dans le champ de ses compétences, ainsi que la présence de l'institution sur le terrain des relations internationales pour y valoriser son action, ses recherches et ses productions.

L'ONE est notamment présent lors de différents salons et événements dans le secteur de la petite enfance.

⁷⁸ Fédération Wallonie-Bruxelles-ONE (2013). *Contrat de gestion de l'Office de la Naissance et de l'Enfance 2013-2018*, art. 196.

⁷⁹ VELGE, H. (1941). *L'activité de l'Œuvre Nationale de l'Enfance pendant vingt-cinq ans (1915-1940)*, p. 196.



7.9 Des partenariats

Face aux développements institutionnels passés, mais aussi à venir et à la complémentarité/complexité des intervenants, la participation d'un seul acteur social se révèle le plus souvent insuffisante ou inefficace. L'ONE ne déroge pas à cette évidence. Un travail en partenariat s'impose afin de mutualiser les approches et les compétences dans l'intérêt des familles et de leurs enfants.

Depuis sa création en 1919, l'Œuvre Nationale de l'Enfance, puis en 1983, l'Office de la Naissance et de l'Enfance, bien qu'établissement public, a vu son développement intrinsèquement lié à celui des œuvres et/ou mouvements sociaux, féminins ou d'éducation permanente. Ceux-ci en étaient constitutifs dès sa fondation en vue de venir en aide aux familles par une aide alimentaire et de lutter contre la mortalité infantile dans le contexte de la Première Guerre mondiale. L'ONE a toujours établi son intervention dans une logique de subsidiarité.

Comme le précise le contrat de gestion 2013-2018, l'Office amplifiera sa concertation et sa collaboration avec les autres administrations de la Fédération Wallonie-Bruxelles et des régions dans toutes les matières

qu'il partage avec elles, afin d'offrir aux usagers une cohérence d'actions indispensable à la bonne qualité du service au public.

Par ailleurs, l'ONE promouvra la concertation avec ses partenaires. Il encouragera le partenariat et la mise en réseau avec les opérateurs et leurs représentants concernés par ses actions.

L'Office veillera à se doter des applications informatiques nécessaires à la réalisation de ses missions. Il poursuivra le développement de son site internet de référence et envisagera une présence sur les réseaux sociaux, ainsi que la diffusion d'un journal de notoriété.

Enfin, en vue de valoriser et de développer son expertise, l'ONE renforcera son positionnement sur la scène belge et internationale.

Les acteurs locaux publics, associatifs ou encore privés, les institutions publiques et le monde scientifique sont considérés comme des partenaires essentiels des politiques menées par l'Office.

En vue de maximiser la cohérence et l'efficacité dans les politiques menées, l'Office est engagé dans le développement de conventions, d'accords de partenariat ou de collaborations avec d'autres acteurs au niveau national ou international.

Depuis sa création et au travers de ses diverses évolutions, l'ONE a pu assurer son rôle fondamental : servir au mieux les familles et leurs enfants en s'adaptant aux besoins du temps présent, aux mœurs et aux mentalités nouvelles, à la démographie croissante, bref, à l'évolution constante de notre société.
--