



BALISES GÉNÉRIQUES POUR
LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME

**" SOINS ET ACCOMPAGNEMENT
DES FEMMES ENCEINTES, DES ENFANTS
ET DE LA FAMILLE LORS DES 1000
PREMIERS JOURS "**

SOMMAIRE

Balises génériques pour la mise en place du programme “ Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille lors des 1000 premiers jours”	4
Note de départ	4
Mise en contexte	4
Contenu du document	5
Approche méthodologique	6
Balises génériques	6
<i>Les principes clés</i>	7
<i>Who - Qui souhaite-t-on accompagner à travers ce programme ?</i>	7
Situations à bas risque	8
Situations peu complexes / vulnérabilités spécifiques	8
Situations complexes / vulnérabilités multiples	8
Situations refus de soins et d'accompagnement	8
Situations avec un danger identifié pour la vie de l'enfant	8
<i>Why - Pourquoi doit-on accompagner ces situations ?</i>	10
<i>What - Que propose-t-on comme accompagnement ?</i>	11
Stratégie transversale : Outreaching	13
Stratégie transversale : Porte d'entrée	14
Stratégie transversale : Evaluation continue des besoins et attentes de la famille	17
Stratégie transversale : Promotion de la santé, prévention et soutien à la parentalité	19
Stratégie transversale : Coordination & continuité	28
Stratégie transversale : Soutien administratif, juridique et social	39
Stratégie transversale : Suivi médical	42
Enjeux clés pour développer une responsabilité populationnelle partagée	46
<i>La contextualisation</i>	46
<i>La Stratification</i>	46
<i>L'Intégration du programme avec l'existant</i>	46
<i>Programmation et financement</i>	47
<i>Collaboration</i>	47
<i>Appui du niveau méso</i>	47
Mapping des acteurs et des dispositifs en fonction des publics cibles	48
Les Etapes suivantes	51
Liste des abréviations	52

Bibliographie	52
Annexes	53
<i>Annexe 1 - Méthodologie suivies durant les ateliers</i>	<i>53</i>
Description de la méthodologie	53
Déroulé de l'atelier	55
<i>Annexe 2 - Vignettes situationnelles</i>	<i>57</i>
Situation clinique 1	57
Situation clinique 2	57
Situation clinique 3	57

Balises génériques pour la mise en place du programme “ Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille lors des 1000 premiers jours”

Note de départ

Le document que vous tenez entre les mains est le fruit d'un travail de concertation. Il constitue une première étape vers la co-construction du programme « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et des familles durant les 1000 premiers jours » en Wallonie. Il propose une synthèse des différents ateliers menés avec l'ONE (Office National de l'Enfance), des représentants des acteurs de première ligne ainsi que du secteur hospitalier. Son ambition est de décrire et de questionner l'accompagnement actuellement proposé aux familles pendant cette période déterminante. Pour chacun des dispositifs analysés, le document présente une description (non exhaustive) des fonctionnements actuels et identifie une série d'enjeux à approfondir afin de mettre en œuvre un parcours adapté aux besoins de chaque famille, continu et coordonné tout au long des 1000 jours.

Un exercice de synthèse implique toujours des compromis.

Nous souhaitons attirer l'attention du lecteur sur le fait que ce travail ne constitue pas une représentation parfaite de la réalité. La diversité des acteurs et des dispositifs susceptibles d'intervenir dans l'accompagnement des familles au cours des 1000 premiers jours est immense. Tous n'ont pas encore eu l'occasion de participer au processus. De nombreuses initiatives existent : elles sont précieuses, inspirantes, mais inégalement présentes sur le territoire wallon. Elles trouveront toute leur place lors de la contextualisation de ce travail dans les différents territoires.

Enfin, nous remercions chaleureusement les participants des différents ateliers pour leurs partages, leur posture constructive et la prise de hauteur dont ils ont fait preuve par rapport à leur pratique. Nous espérons avoir été fidèles à vos propos.

Belle lecture à vous,

L'équipe Horizys

Mise en contexte

Le système social santé wallon est en cours de transformation, impulsée par le développement d'une approche territoriale intégrée. L'**approche territoriale** a pour ambition première de mieux coordonner l'accompagnement des personnes, en tenant compte de leur réalité de vie, de leur environnement social et de leur ancrage communautaire, ainsi que de leurs choix. Elle repose sur un **renforcement des soins primaires**, considérés comme le socle du système. Les prestataires généralistes – médicaux, paramédicaux et sociaux – sont ainsi appelés à élargir leur rôle, en développant une **responsabilité collective** (au sens éthique du terme et non juridique) envers la population de leur territoire. Organisés en équipes ou en réseaux, ils deviennent des acteurs de proximité essentiels, capables de répondre à la majorité des besoins sociaux et de santé, en tenant compte des déterminants locaux de santé et en adaptant l'intensité des interventions selon les situations, conformément au principe de l'**universalisme proportionné**. Ce changement de paradigme dans l'organisation du système est une réponse aux inégalités sociales et territoriales de santé que nous observons encore aujourd'hui. Il doit également permettre au système de développer sa capacité d'action et son agilité dans les différents contextes, tout en renforçant sa **robustesse** pour faire face aux enjeux actuels et futurs.

Les soins primaires s'inscrivent dans une logique de **partenariat durable** avec les personnes, en prenant en compte leur contexte familial, communautaire, environnemental et social. Ce choix stratégique s'aligne avec une **conception élargie de la santé**, qui reconnaît que toute amélioration durable repose sur la création et la préservation d'**écosystèmes de vie favorables** : accès au logement, à l'éducation, à un environnement de qualité, une alimentation saine, à un revenu décent, etc. Dans cette perspective, les soins primaires jouent un rôle majeur dans la **promotion de la santé et la prévention**, contribuant activement à la cohésion sociale sur le territoire et au développement d'une santé positive collective.

Par ailleurs, cette approche territoriale encourage la collaboration inter-organisationnelle et intersectorielle. Les acteurs de soins primaires sont ainsi mieux positionnés pour se concerter avec les structures spécialisées, capables d'apporter un appui face à des situations complexes (situations où une combinaison de facteurs médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques crée un contexte susceptible de perturber la prise en charge, d'en compliquer la coordination, voire d'entraîner une dégradation imprévisible de l'état de santé) ou nécessitant des connaissances et des technologies spécifiques. Dans ce cadre, il s'agira de **structurer des programmes inter-organisationnels et intersectoriels**, permettant de répondre à des situations spécifiques et complexes en garantissant une prise en charge continue, coordonnée et sans rupture. L'approche territoriale vise donc également le décroisement entre les secteurs et les lignes de soins, encourageant la complémentarité entre prestataires et organisations, pour une réponse plus collective, coordonnée et robuste pour l'ensemble de la population.

Contenu du document

Ce document comprend trois volets complémentaires : une **approche méthodologique**, des **balises génériques** et l'**identification d'enjeux** clés pour soutenir l'opérationnalisation du programme.

Il porte sur un programme inter-organisationnel et intersectoriel reconnu comme prioritaire par le niveau interfédéral : le programme « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille lors des 1000 premiers jours ». L'approche proposée vise à engager les acteurs dans une logique de responsabilité partagée envers le public cible et à soutenir la mise en œuvre concrète du programme. Pour y parvenir, la volonté de la région wallonne est de s'appuyer notamment sur la **conception de logigrammes** d'actions adaptés au contexte.

Ces logigrammes poursuivent plusieurs objectifs ([Malonne, 2018](#)) :

- Améliorer l'état de santé de la population en anticipant et en évitant les dégradations cliniques ;
- Coordonner les actions de prévention, de soins et d'accompagnement autour des patients en fonction de leur profil ;
- Favoriser l'efficacité du système de santé (réduction des hospitalisations évitables, meilleure orientation) ;
- Responsabiliser les acteurs du territoire dans une dynamique de santé partagée ;
- Standardiser et formaliser les bonnes pratiques afin de faciliter le pilotage territorial.

Ils permettent également de répondre à des questions structurantes ([Vanasse et al., 2018](#)) :

- Qui souhaite-t-on accompagner à travers ce programme ?
- Pourquoi accompagner ces situations ? Quels objectifs poursuit-on ? Que cherche-t-on à éviter ?
- Que proposer comme accompagnement ? Quelles fonctions et quels dispositifs mobiliser ?
- Qui intervient dans cet accompagnement ? Quelles compétences sont nécessaires ? Comment organiser la

collaboration entre acteurs ?

- Où se déroule l'accompagnement (domicile, soins primaires, hôpital, etc.) ?
- Quand interviennent les différents services ? Comment assurer la continuité lors des transitions ?

Afin d'adapter ces logigrammes aux réalités territoriales wallonnes, certaines **balises génériques** doivent être identifiées au préalable pour guider leur contextualisation. Elles incluent :

- L'identification des différents sous-groupes ou différentes strates de population concernées par le programme, avec la possibilité d'ajouter certaines strates propres à des territoires spécifiques ;
- La définition des grandes phases qui structurent le programme, en incluant les moments de transition et les points de rupture potentiels ;
- L'identification des éléments clés du programme – fonctions et dispositifs incontournables – définis sur base de la triangulation de trois sources d'information : (1) le cadre législatif existant ; (2) des exemples inspirants issus de programmes similaires développés dans d'autres contextes ou pays ; (3) les ateliers menés avec les acteurs socio-sanitaires wallons pour comprendre les pratiques actuelles.

Enfin, le document met en évidence une **série d'enjeux** qui devront être discutés et approfondis collectivement afin d'assurer une opérationnalisation cohérente et adaptée aux réalités de chaque territoire.

Approche méthodologique

Trois ateliers ont été organisés entre juin et septembre 2025 avec des représentants des différents acteurs de la santé et du social impliqués dans le programme :

- Atelier 1 : avec l'ONE.
- Atelier 2 : avec des représentants des acteurs de première ligne sociale-santé et en présence de l'ONE.
- Atelier 3 : avec des représentants du secteur hospitalier et en présence de l'ONE.

La méthodologie utilisée pour ces ateliers s'appuie sur le travail de Vanasse ([Vanasse et al., 2018](#)). Elle a également été mobilisée dans une étude belge sur la maladie de Crohn ([Alves Jorge, Sarah & Macq, Jean, 2022](#)).

Ce processus, basé sur les **6 W** (Who? Why? Which? Where? What? When?), vise à concevoir les trajectoires de soins selon une approche ascendante, en favorisant l'articulation et la collaboration entre prestataires de soins primaires, population concernée et spécialistes ([Vanasse et al., 2018](#)).

Le choix de cette méthode repose sur plusieurs raisons :

- Elle peut être utilisée à différents niveaux : **macro** (pour définir des balises génériques), **méso** et **micro** (pour contextualiser le programme selon les réalités locales).
- Elle est répliquable pour d'autres problématiques et programmes futurs.
- Son approche systémique permet d'identifier les informations clés, les points de transition ou de complexité, les interdépendances entre acteurs, ainsi que les forces et faiblesses du réseau existant.

Lors des ateliers, trois vignettes situationnelles ([voir annexe](#)) ont servi de point de départ. Avec l'appui d'un facilitateur, les participants ont mobilisé la méthode des « 6W » pour analyser ces situations au regard des différentes phases du programme. La méthodologie complète est détaillée [en annexe](#).

Balises génériques

Ce document présente une synthèse des principaux résultats issus des ateliers, complétée par certaines informations transmises après leur tenue. Cette synthèse a d'abord été partagée avec des acteurs clés qui n'avaient pas pu s'exprimer lors des ateliers. Elle sera ensuite soumise aux participants afin de vérifier que leurs propos ont été correctement rapportés et validés.

Note : Afin de ne froisser personne, et parce que chaque acteur joue, à son échelle, un rôle clé dans l'accompagnement le plus adapté aux besoins de la femme enceinte, du jeune enfant ou de la famille, nous avons choisi de présenter toutes les listes d'acteurs et de lieux d'accompagnement par ordre alphabétique.

Les principes clés

Les principes, cités ci-dessous, ont été identifiés comme clé lors des différents ateliers.

- **Chaque porte est la bonne** : quel(s) que soi(en)t l'endroit et/ou le moment où la femme enceinte ou la famille entre en contact avec le système, cela doit constituer une opportunité pour initier un accompagnement adapté à leurs besoins.
- **Principe de subsidiarité** : les responsabilités et interventions doivent être confiées à l'échelon le plus généraliste et le plus accessible des bénéficiaires, dès lors que cet échelon dispose des compétences et des ressources nécessaires. Il convient d'éviter la multiplication inutile des acteurs afin de garantir la clarté des responsabilités, la continuité des parcours et l'efficacité des dispositifs.
- **Principe de l'universalisme proportionné** : il s'agit d'accompagner l'ensemble des situations, tout en modulant l'intensité des moyens en fonction des besoins rencontrés. Autrement dit, les services spécialisés doivent être réservés aux situations qui le nécessitent réellement.
- **Assurer un parcours sans rupture tout au long des 1 000 premiers jours** : la réorientation joue ici un rôle clé. Il ne s'agit pas seulement de suggérer un autre service, mais de s'assurer que la femme enceinte ou la famille est effectivement accompagnée par le service ciblé. L'enjeu est d'éviter toute complexité supplémentaire qui pourrait nuire à la lisibilité et à la compréhension du parcours.
- **Prendre en compte l'évolution des besoins** : une évaluation continue doit être réalisée afin d'adapter l'accompagnement en fonction de l'évolution des besoins de la femme, de l'enfant et de la famille.
- **Adapter l'accompagnement au contexte** : les actions doivent être contextualisées et alignées sur les réalités de terrain.
- **Respecter les droits des personnes accompagnées** en leur permettant d'exercer leur libre choix de manière éclairée.

La mise en place du programme doit contribuer à renforcer la capacité du système à les appliquer.

WHO

- Qui souhaite-t-on accompagner à travers ce programme ?

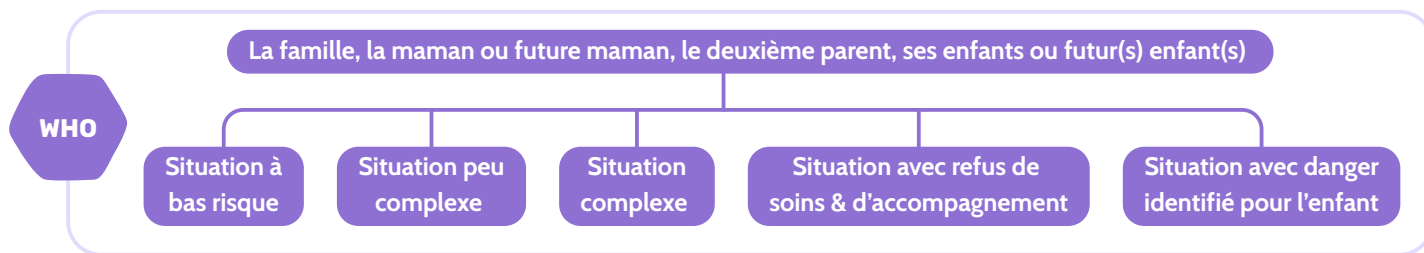
Le programme s'adresse aux mamans et futures mamans, au deuxième parent, à leurs enfants (jusqu'à l'âge de 2 révolu) ainsi qu'à leurs familles.

Au sein de ce public cible, plusieurs strates de population sont identifiées, chacune présentant des besoins spécifiques. La prise en compte de ces différentes strates permet de concevoir des parcours adaptés. L'objectif est de proposer un programme qui assure une couverture universelle – c'est-à-dire destiné à l'ensemble du public concerné sur un territoire donné – tout en modulant la nature et l'intensité de l'accompagnement selon les besoins rencontrés (principe d'universalisme proportionné). La stratification proposée dans ce document repose à la fois sur les approches élaborées par divers organismes, notamment l'ONE (ONE, 2023), sur celles retenues dans certains programmes internationaux, tels que le SIPPE - Services Intégrés en Périnatalité et pour la Petite Enfance - (Gaudreau et al., 2016), et sur les résultats issus des ateliers.

Il est important de souligner que ces strates ne sont pas immuables : une famille peut évoluer d'une strate à une autre en fonction des événements rencontrés. Par exemple, une femme vivant une grossesse sereine à faible risque peut accoucher très prématurément, entraînant un changement radical de situation et des besoins d'accompagnement renforcés. À l'inverse, un suivi précoce et adapté de certaines situations complexes peut permettre de réduire progressivement les vulnérabilités et, par conséquent, l'intensité du soutien nécessaire.

Les logigrammes élaborés dans le cadre de ce programme doivent donc prévoir, à chaque étape clé du parcours, la possibilité pour une famille de changer de strate afin de garantir une réponse ajustée et réactive à l'évolution des situations. Ces réponses doivent également correspondre aux attentes des familles pour espérer la meilleure adhésion possible.

Il apparaît également que les professionnels de la santé et du social n'ont pas toujours la même lecture de la complexité ou de l'urgence d'une situation. Leur perception varie selon le contexte dans lequel ils exercent, leur exposition régulière à des situations difficiles et leur expérience du danger ou de la complexité. Ce constat renvoie au principe d'universalisme proportionné : les interventions sont adaptées aux besoins identifiés, mais leur priorisation dépend aussi des ressources disponibles. Ainsi, dans des contextes marqués par une forte prévalence de vulnérabilités psychosociales, certaines situations peuvent être perçues comme relativement moins complexes, alors que dans des environnements où ces vulnérabilités sont moins présentes, elles seront considérées comme plus préoccupantes.



Situations à bas risque

La première strate regroupe les situations les plus stables et les plus courantes. Elles sont considérées par les professionnels comme relativement simples à aborder et peu inquiétantes (à bas risque). Les professionnels sont toutefois attentifs aux risques de déséquilibre que peut entraîner l'arrivée d'un enfant. Ces situations sont caractérisées par :

- Une situation financière stable
- La présence d'un environnement familial de soutien
- L'absence de facteurs de risque bio-psycho-sociaux ayant des issues défavorables sur la santé de la maman, de l'enfant ou de la famille
- Les préoccupations principales sont des angoisses courantes liées à la parentalité (par exemple : difficulté de trouver une place en crèche, questionnement sur l'accouchement, l'allaitement, les réactions du reste de la fratrie, etc.).

Situations peu complexes / vulnérabilités spécifiques

La deuxième strate regroupe des situations qui combinent une ou deux vulnérabilité(s) bio-psycho-sociales.

Situations complexes / vulnérabilités multiples

La troisième strate regroupe les situations les plus complexes. Elles sont caractérisées par la présence simultanée d'une combinaison de vulnérabilités bio-psycho-sociales. Elles requièrent un accompagnement intensif, adapté et coordonné.

Situations refus de soins et d'accompagnement

La quatrième strate concerne les situations dans lesquelles la femme enceinte, le deuxième parent ou la famille refusent l'accompagnement proposé dans le cadre du suivi de la grossesse, de l'enfant ou de la prise en charge de certaines vulnérabilités. Il est nécessaire que la notion de refus de soins et d'accompagnement fasse l'objet d'une définition claire, validée par l'ensemble des professionnels. Ce refus doit être exprimé à plusieurs reprises par la famille et communiqué de manière explicite aux professionnels.

Par ailleurs, une attention particulière doit être accordée aux personnes qui ne relèvent pas de l'assurance obligatoire classique, comme les demandeurs de protection internationale ou les personnes sans titre de séjour. Par crainte d'arrestation ou d'expulsion, elles peuvent éviter tout contact avec les autorités, ce qui conduit souvent à un recours tardif aux soins. Le dernier rapport de la Cour des Comptes sur l'AMU souligne que les services d'urgence hospitaliers et les services sociaux doivent alors assumer ces prises en charge différées, souvent après de multiples reports de soins, ce qui rend les interventions plus complexes et plus coûteuses, car devenues urgentes.

Situations avec un danger identifié pour la vie de l'enfant

La dernière strate regroupe les situations dans lesquels un danger pour la vie de l'enfant est identifié. Ces situations sont généralement, également, caractérisées par la présence simultanée d'une combinaison de vulnérabilités bio-psycho-sociales. Toutefois, ce qui va alerter les professionnels sur le besoin de mobiliser le parcours spécifique, est le fait que l'enfant est en danger.

? Les enjeux / questions

L'identification des différentes strates s'appuie sur une analyse fine des situations de vulnérabilités. Lors des ateliers, les participants ont souligné l'importance d'adopter une définition partagée de ce terme afin de renforcer la cohérence et la pertinence des actions menées.

Le programme fédéral met en avant la vulnérabilité psychosociale, définie grâce à une série d'indicateurs issus de l'outil *Born in Belgium*. Ces indicateurs, élaborés à partir de la littérature scientifique et validés par des panels d'experts de terrain, couvrent notamment :

- Pays de naissance
- Formation
- Statut professionnel (et celui du deuxième parent)
- Communication
- Revenu
- Soutien social
- Statut de résidence
- Bien-être psychologique (angoisse, dépression)
- Logement
- Consommation de substances et de médicaments
- Violence

Cette approche constitue une base solide et opérationnelle. Toutefois, les échanges en ateliers ont mis en lumière l'intérêt d'élargir cette perspective. En effet, le concept de vulnérabilités bio-psycho-sociales apparaît mieux adapté pour intégrer la pluralité des facteurs qui influencent la santé et le bien-être. Il permet de prendre en compte non seulement les aspects psychologiques et sociaux, mais aussi les dimensions biologiques et environnementales, dans une logique plus globale et intégrative.

Les vulnérabilités bio-psycho-sociales recouvrent l'ensemble des fragilités ou prédispositions liées à l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Elles peuvent concerner la femme, le deuxième parent, le couple, l'enfant ou la famille. Cette approche reconnaît leur caractère évolutif : elles peuvent être atténuées, compensées ou renforcées par l'environnement, et influencent la manière dont chacun fait face aux événements de vie, au stress ou à la maladie. Certains acteurs soulignent l'importance de dépasser la limite des 1000 jours pour pouvoir accompagner au mieux et le temps nécessaire ces familles.

Dans cette approche, les facteurs de risque individuels suivants (liste non exhaustive) pourraient également être intégrés à la réflexion. Ceux-ci ne sont actuellement pas présents dans l'outil BIB. Cela permettrait à certaines familles d'accéder à des prestations spécifiques du programme :

- Antécédents médicaux : carences nutritionnelles, maladies chroniques, perturbations hormonales, chirurgicaux, traumatiques.
- Antécédents psychiatriques : dépression postnatale, syndrome de stress post-traumatique, schizophrénie, troubles bipolaires, etc.
- Antécédents gynécologiques et obstétricaux : deuil prénatal ou postnatal, événement traumatisant au cours de la grossesse, etc.
- Handicap
- Prédispositions génétiques à certaines maladies et maladies auto-immunitaires
- Projet d'adoption
- Situations obstétricales particulières : grossesse à risque, grossesse non programmée, déni de grossesse, demande d'interruption médicale de grossesse, PMA, etc.
- Vulnérabilité liée à l'âge de la femme enceinte (grossesse adolescente, grossesse tardive)
- Vulnérabilité du nouveau-né : naissance prématurée, petit poids de naissance, anomalie congénitale ou pathologie à la naissance, complications à l'accouchement

Par ailleurs, il ressort que la complexité des situations ne dépend pas uniquement du nombre de vulnérabilités, mais davantage de leur nature et de la manière dont elles interagissent. Le programme repose actuellement sur trois scénarios (O, A, B), définis à partir du BIB, qui s'appuient principalement sur le comptage des vulnérabilités. Une analyse plus approfondie des profils de vulnérabilité à partir de l'outil BIB permettrait d'enrichir la réflexion et d'orienter plus finement les actions. En complément, les classifications

proposées par la Haute Autorité de Santé offrent des perspectives intéressantes pour renforcer et nuancer la logique de stratification ([HAS, 2024](#)).

WHY

- Pourquoi doit-on accompagner ces situations ?

Le parcours d'une famille, depuis le début de la grossesse jusqu'aux deux ans révolus de l'enfant, est jalonné de nombreuses étapes et de moments de transition clés. L'enjeu du programme est de prendre en compte chacune de ces étapes afin de proposer un accompagnement individualisé, cohérent et sans rupture, adapté à chaque situation familiale.

Trois périodes spécifiques ont été décrites lors des ateliers. Les paragraphes, ci-dessus, expliquent les raisons pour lesquelles ces différentes périodes demandent une attention spécifique.

La période prénatale

Elle s'étend de la conception à la naissance et comporte plusieurs moments importants :

- Le diagnostic de la grossesse.
- Le premier trimestre est le moment idéal pour dépister les vulnérabilités bio-psycho-sociales et proposer une prise en charge précoce afin de garantir une santé optimale.
- Le deuxième trimestre joue un rôle « tampon ». Il permet de rattraper d'éventuels dépistages non réalisés au premier trimestre et de mettre en place un accompagnement adapté si besoin.
- Le troisième trimestre est consacré à la préparation à la naissance et à la parentalité, et à la liaison avec la maternité, pour assurer une continuité sans rupture.

La période prénatale constitue un moment privilégié pour accompagner et faire émerger, le développement des compétences parentales et les représentations liées au rôle de parent. Elle constitue aussi un temps particulièrement favorable pour engager le dialogue autour de la prévention et de la promotion de la santé, et du retour au domicile, dans un contexte où les parents sont généralement plus disponibles et réceptifs qu'après la naissance, période parfois marquée par une grande intensité ([cf. paragraphe sur la stratégie transversale de promotion et prévention](#)).

La période postnatale

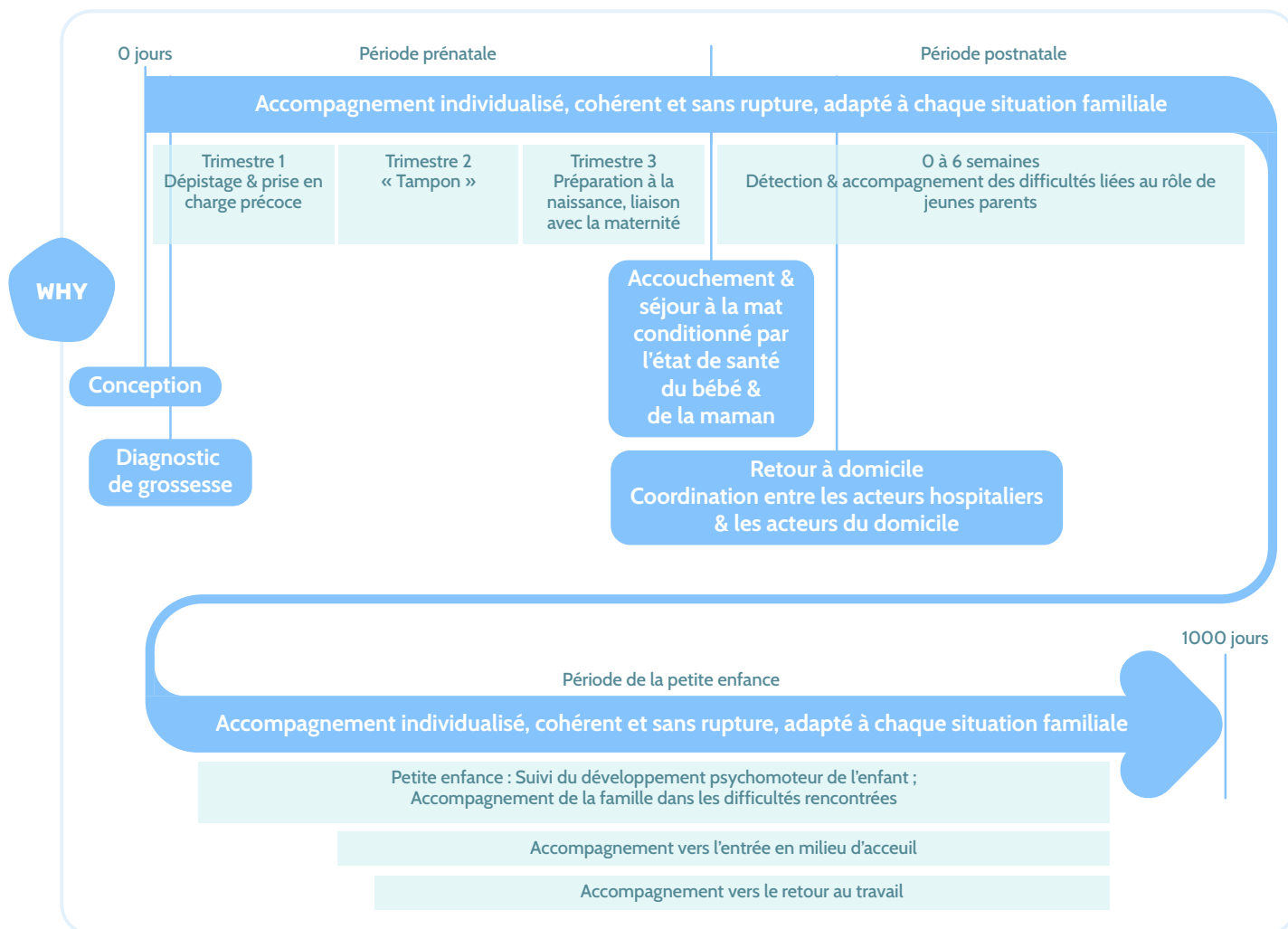
Elle s'étend de la naissance jusqu'à environ six semaines après l'accouchement. C'est une phase de transition délicate : l'arrivée de l'enfant peut bouleverser l'équilibre familial, et le relais entre les acteurs du suivi prénatal et ceux de la petite enfance est un moment sensible. Parmi les étapes marquantes :

- L'accouchement, moment à la fois unique et imprévisible. L'état de santé du bébé et de la maman conditionne la prise en charge et la durée du séjour.
- Le séjour à la maternité, souvent court, mobilise de nombreux intervenants.
- Le retour à domicile, transition cruciale compte tenu du séjour à la maternité (la brièveté des séjours, la présence de nombreux professionnels, etc.). La coordination, entre la maternité et les acteurs du domicile, est indispensable et essentielle pour garantir un parcours continu.
- Les premières semaines avec bébé, période où certaines vulnérabilités peuvent émerger (par exemple la dépression post-partum). Le dépistage et l'accompagnement des difficultés liées au rôle de jeune parent sont indispensables.

La période de la petite enfance

Elle s'étend approximativement de six semaines à deux ans révolus. Durant cette phase, le développement global de l'enfant suscite son lot d'incertitudes et de questionnements. Les familles traversent également différentes étapes qui nécessitent des ajustements et peuvent être source de nouvelles difficultés, comme :

- L'entrée en milieu d'accueil.
- La reprise du travail par les parents.

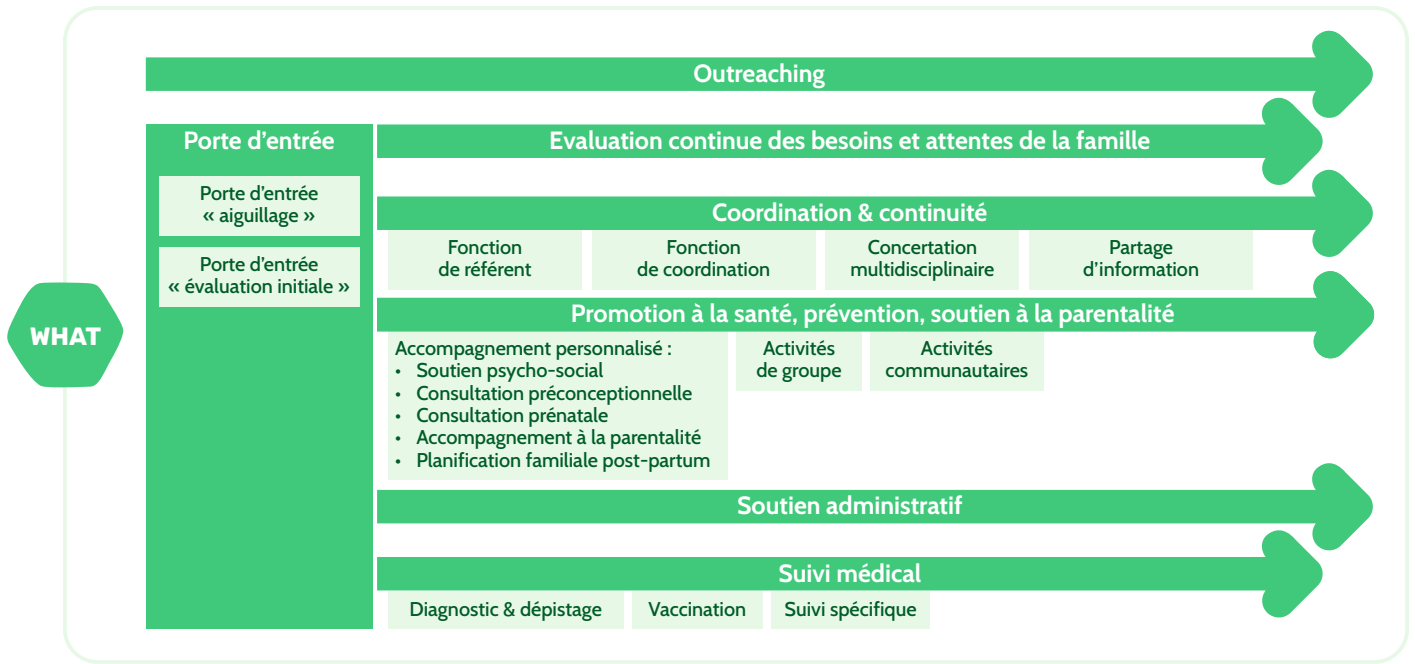
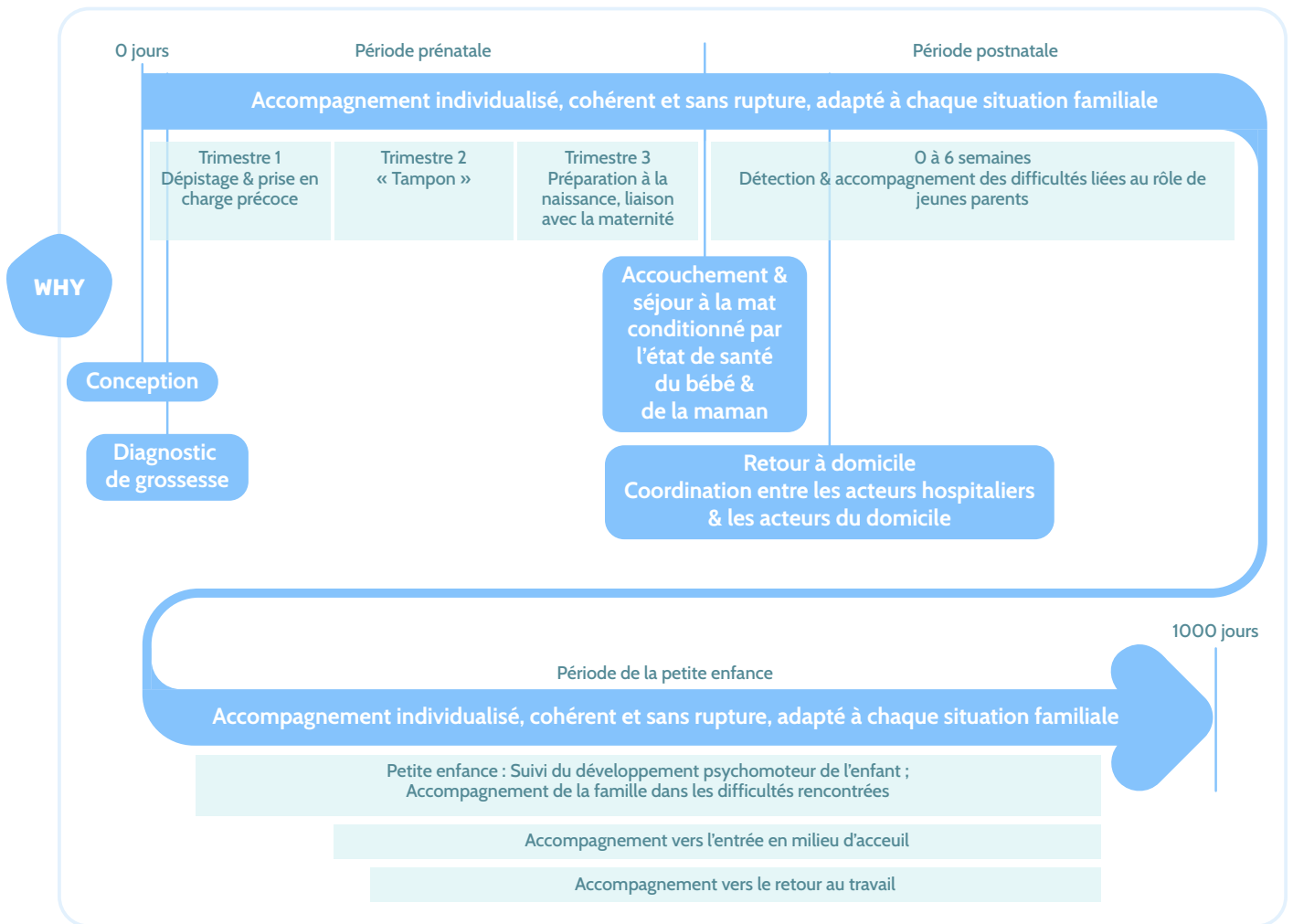
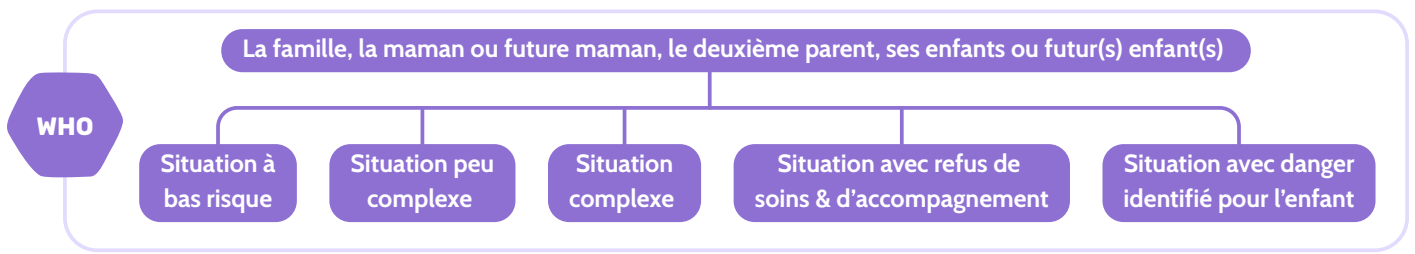


WHAT - Que propose-t-on comme accompagnement ?

Sept stratégies transversales sont identifiées comme structurantes dans le parcours des familles durant les 1000 premiers jours de vie :

- Outreaching
- Porte d'entrée
- Evaluation continue des besoins et de la famille
- Promotion de la santé, prévention et accompagnement à la parentalité
- Coordination et continuité
- Soutien administratif et social
- Suivi médical

Chacune de ces stratégies transversales est composée des dispositifs (et de sous-dispositifs) repris dans le schéma ci-dessous.



Les paragraphes suivants décrivent chacune des stratégies et chacun des dispositifs à travers les questions du 6W (what, which, where, when).

Stratégie transversale : Outreaching

WHAT

Lors des ateliers, les participants ont insisté sur la nécessité de penser des activités d'outreaching. L'importance de ces actions est également largement reconnue pour l'OMS ([World Health Organization, 2023](#)).

Les activités d'outreaching désignent l'ensemble des actions proactives menées par des professionnels, des associations ou des institutions pour aller à la rencontre de personnes en situation de vulnérabilité là où elles se trouvent, plutôt que d'attendre qu'elles sollicitent elles-mêmes les services.

Elles s'appuient sur une **démarche d'aller-vers**, de **création de lien**, et de **mise en confiance** auprès de personnes qui, pour différentes raisons, qu'elles soient contextuelles, organisationnelles, systémiques ou sociétales, n'accèdent pas ou peu aux dispositifs existants.

Elles ont comme ambition de réduire les inégalités d'accès aux droits, aux soins et aux services sociaux ; d'identifier précocement des besoins non exprimés ou invisibles ; de créer un lien de confiance en partant de la réalité quotidienne des personnes ; d'accompagner vers les ressources (soins de santé, logement, accompagnement social, soutien psychologique, éducation, etc.) et de renforcer l'autonomie et le pouvoir d'agir des personnes rencontrées.

Les activités d'outreaching peuvent prendre des formes variées dans leur niveau de formalisation. Certaines actions se basent sur un objectif d'accueil à très bas seuil et modulable (cliniques mobiles, groupes de soutien, maraudes, médiation interculturelle, visites à domicile). D'autres peuvent être beaucoup plus informelles et soutenir la création d'un lien de confiance avant tout. L'accueil y occupe une place décisive.

WHICH

Différents services proposent des activités d'outreaching. Elles ne sont pas exclusivement destinées aux femmes enceintes ou aux familles, mais ces publics peuvent en bénéficier indirectement. Parmi les acteurs impliqués, on peut citer les community health workers, les infirmiers de rue, Médecins du monde, les relais sociaux (leur relais santé et leurs partenaires), le secteur de l'accompagnement à domicile, etc.

WHERE

Les activités d'outreaching ciblent divers lieux et espaces de vie. Leur caractéristique principale est qu'elles se déroulent en dehors des structures classiques du système de santé, directement là où les personnes vivent, se déplacent ou se rassemblent. Cela peut inclure le domicile, les espaces communautaires, le quartier, la rue, mais aussi des sites temporaires ou mobiles tels que les campements ou les marchés. Le personnel des centres d'accueil ou d'hébergement pour personnes sans chez soi peut également se rendre dans des structures partenaires avec lesquelles un lien de confiance a déjà été établi. Ceci permet d'amener progressivement d'autres partenaires au sein d'un accompagnement mais en bénéficiant d'un lien établi préalablement avec une autre institution.

WHEN

Les participants soulignent l'importance de mettre en œuvre l'outreaching de manière continue tout au long des 1000 premiers jours. Plus l'intervention est précoce, plus la femme enceinte et sa famille peuvent bénéficier rapidement d'un accompagnement adapté. Toutefois, il est essentiel de garantir une accessibilité à tout moment du parcours, même tardivement.



Les enjeux / questions

Le principal enjeu consiste à assurer le lien entre les activités d'outreaching et le suivi proposé dans le système social santé. Des articulations claires doivent être pensées afin que les familles soient accueillies de manière adéquate lorsqu'elles accèdent aux structures de santé ou aux services sociaux. Ainsi, le dispositif d'outreaching doit être étroitement relié aux dispositifs de "porte d'entrée" et de "coordination et continuité" (voir plus loin dans le document). Il doit être pensé comme un tremplin ou un échelon de liaison pour ramener les publics vers des systèmes classiques plus inclusifs et accessibles.

Un autre enjeu concerne la formation des professionnels en lien direct avec les familles, qui sont en position de mener des actions d'outreaching. Il serait pertinent de leur proposer une formation continue afin de renforcer leurs capacités à repérer les situations de vulnérabilité et à orienter efficacement vers les services adaptés.

Stratégie transversale : Porte d'entrée

WHAT

De nombreuses portes d'entrée ont été identifiées. Leur mobilisation dépend de la manière dont les femmes enceintes ou les familles interagissent avec le système, ce qui est largement influencé par leur perception du paysage institutionnel et leur connaissance du fonctionnement du système social santé. Il apparaît donc difficile, voire contre-productif, de chercher à restreindre ou uniformiser ces portes de manière rigide.

L'objectif est que chaque porte d'entrée permette une orientation vers le parcours le plus adapté aux besoins spécifiques de la personne. Il ne s'agit pas d'orienter systématiquement vers le service habituel, mais bien d'ajuster le parcours en fonction de la situation réelle. Cela implique un travail de fond sur la standardisation des parcours les plus pertinents, en lien avec différents profils de besoins. Cette standardisation doit servir de repère pour les professionnels, afin de les soutenir dans leur rôle d'accueil, d'orientation et de mise en réseau.

Toutefois, cette démarche ne peut se faire au détriment de la dimension humaine. Malgré les repères et protocoles, c'est le jugement clinique, conjugué aux aspects relationnels et contextuels, qui permet in fine une orientation juste et adaptée.

WHICH

Deux grandes catégories de portes d'entrée ont été identifiées :

- **Les portes d'entrée « aiguillage »** : elles n'ont pas pour mission de réaliser une évaluation approfondie des besoins. Leur rôle est de réorienter la personne vers un professionnel habilité à effectuer cette évaluation.
- **Les portes d'entrée « évaluation initiale »** : elles réalisent une première évaluation et participent ensuite à l'accompagnement de la famille.

Les professionnels jouant le rôle de « porte d'entrée » peuvent également être impliqués dans la suite de l'accompagnement.

Le recours à tel ou tel type de porte d'entrée semble étroitement lié à la complexité des situations rencontrées. Le tableau ci-dessous présente de manière non exhaustive les différentes portes d'entrée, classées (par ordre alphabétique) selon leur type et selon les profils de situation.

Internet et les réseaux sociaux peuvent également jouer le rôle de portes d'entrée "aiguillage". Les citoyens peuvent les mobiliser pour s'orienter et trouver leur chemin vers les services adaptés.

	Situation à bas risque	Situation peu complexe & complexe / avec une ou plusieurs vulnérabilité(s)
Porte d'entrée aiguillage et outreaching	Mutualité Pharmacien Service d'aide à domicile Service d'urgence	Idem Accueil en milieu ouvert, ASBL en lien avec le handicap physique et/ou mental Banque alimentaire, Bureaux régionaux de l'AVIQ, Centre de prise en charge des violences conjugales Community Health Workers, Infirmier de rue, Infor jeune Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines (GAMS) Maison de quartier, Maison des jeunes, Médecins du monde, Services d'accompagnement des usagers de drogue, Structures d'accueil pour personne sans chez-soi, Relais social/Relais Santé
Porte d'entrée évaluation initiale	Association de santé intégrée Gynécologue Hôpital Médecin généraliste Planning familial Sage-femme	Idem Assistant social (ex: CPAS) Psychologue de première ligne Service d'aide à la jeunesse Service de santé mentale

WHERE

Le lieu où est réalisé l'orientation et/ ou l'identification des besoins dépend de la porte d'entrée choisie. Il est donc multiple – dans le milieu de vie, en cabinet, à l'hôpital, à domicile, etc.

WHEN

L'intégration des femmes enceintes et de leurs familles dans les programmes d'accompagnement

doit se faire le plus tôt possible, idéalement dès la période pré-conceptionnelle, ou au plus tard dès la confirmation de la grossesse. Cette précocité est essentielle pour garantir une santé optimale et une sécurité renforcée à toutes les femmes enceintes et leurs familles.

Les bénéfices des interventions précoces sont largement documentés : elles améliorent les issues de la grossesse, préviennent les troubles psychiques et favorisent un attachement sécurisant entre les parents et l'enfant (ONE, 2023). Elles encouragent également l'adoption de comportements favorables à la santé, avant même la conception et tout au long de la grossesse (Benahmed et al., 2019).

Une prise en charge précoce permet d'identifier les personnes qui recourent peu aux services et de les orienter vers un suivi adapté. Elle facilite également, lorsque cela s'avère nécessaire, la mise en place d'un accompagnement multidisciplinaire et la désignation d'un coordinateur, garantissant la cohérence et la complémentarité des interventions, tout au long des 1000 jours.

En apportant information et soutien dès le départ, les acteurs aident les futurs parents à développer leur confiance et à s'investir pleinement dans leur rôle. En somme, intégrer les femmes enceintes et le deuxième parent très tôt dans les dispositifs d'accompagnement, c'est poser les bases solides sur lesquelles pourront se construire, avec stabilité et résilience, la santé et le bien-être de l'enfant et de sa famille.



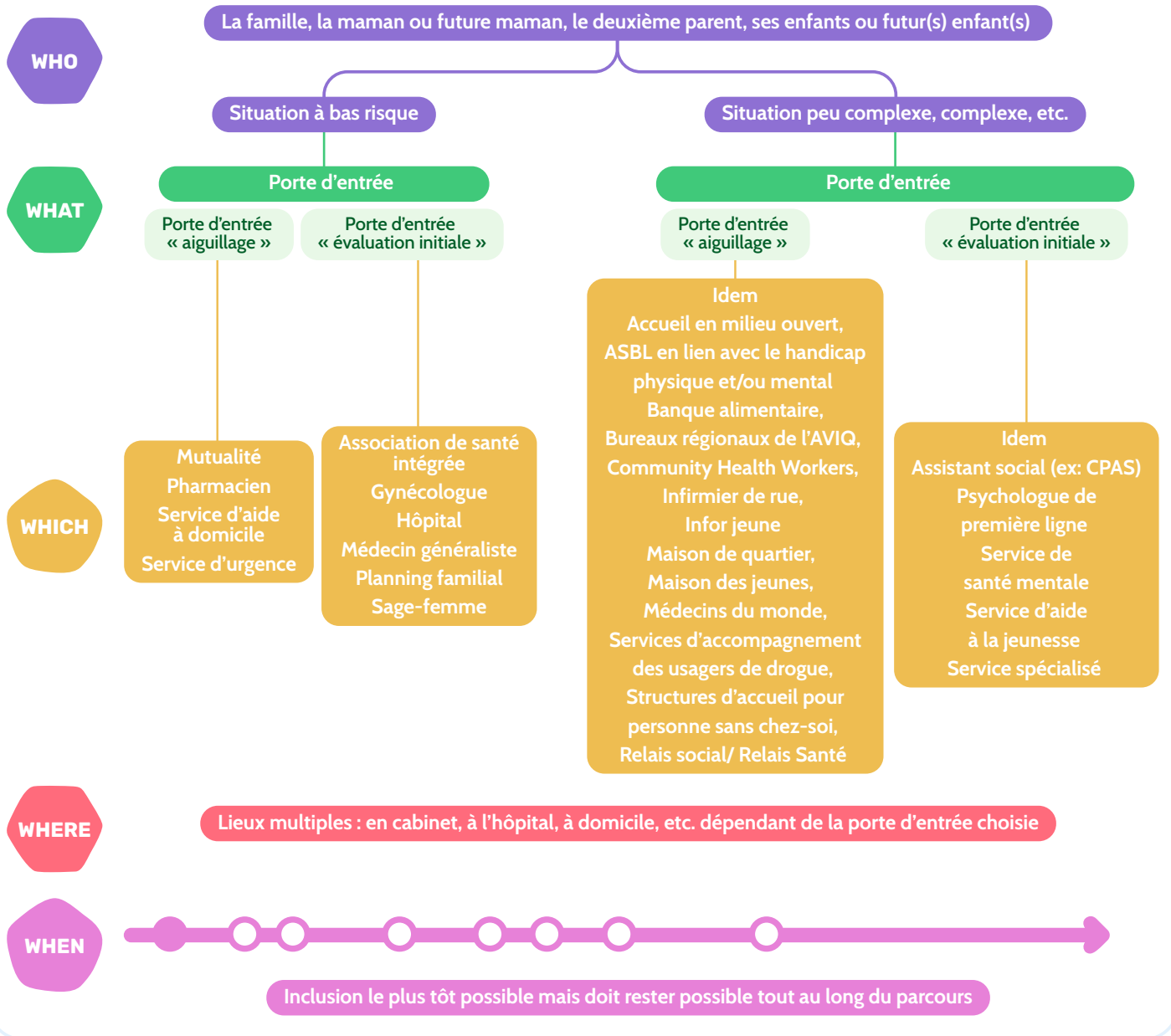
Les enjeux / questions

Certains enjeux et questions devront être approfondis dans la suite de la démarche. Il sera essentiel de garantir que chaque porte d'entrée dans le système reste pertinente, même en cas d'accès tardif, afin de permettre la mise en place d'un accompagnement adapté. Par ailleurs, la question de l'orientation vers le service ou le dispositif le plus approprié demeure centrale. Cela nécessite la définition de balises plus précises pour guider les professionnels dans leurs décisions et assurer la continuité et la pertinence des parcours.

Il semble également important de renforcer la compréhension du fonctionnement du système par les citoyens, afin de leur fournir les informations nécessaires pour identifier la bonne porte d'entrée. Cela implique un travail sur la littératie en santé (développée plus bas), condition essentielle pour que chacun puisse s'orienter de manière éclairée, dans un contexte où la transformation en cours promeut les soins primaires comme socle et porte d'entrée principale du système.

Les démarches visant à favoriser une compréhension adéquate du dispositif doivent également permettre à la personne accompagnée de dépasser le stade initial de « l'appel à une structure porte d'entrée » et de s'engager dans un parcours d'accompagnement plus approfondi. Dans les situations où certaines familles demeurent à ce niveau d'interpellation, il conviendrait que les professionnels puissent les interroger sur leur souhait de ne pas aller au-delà, sur les raisons de leur positionnement, et qu'un temps d'accompagnement spécifique soit envisagé afin de répondre à cette posture.

Stratégie transversale : porte d'entrée



Stratégie transversale : Evaluation continue des besoins et attentes de la famille

WHAT

L'évaluation des besoins, des attentes et des ressources des familles constitue un dispositif essentiel de l'accompagnement. Elle doit être initiée dès le premier contact avec les professionnels (porte d'entrée évaluation initiale) et se poursuivre tout au long du parcours.

Cette évaluation est assurée par les différents intervenants rencontrés par la famille, dans des contextes variés : à domicile, en consultation, à l'hôpital, etc. Une certaine redondance dans les questions posées peut apparaître, mais celle-ci est perçue comme bénéfique. Elle permet d'aborder les mêmes sujets sous différents angles, à des moments variés et dans des environnements multiples, enrichissant ainsi la compréhension globale des besoins. **L'enjeu réside dans la centralisation de l'information.**

Les questions ouvertes semblent favorisées, car elles permettent à la personne d'exprimer ses besoins

réels, et de s'assurer que l'orientation ne soit pas prédéterminée par l'offre de soins, mais par les besoins exprimés. « Qu'est-ce que je peux faire pour vous ? Qu'attendez-vous de moi ? ». Les questions posées doivent également permettre d'identifier le réseau informel et formel existant autour de la famille. L'identification du réseau formel s'intéresse à l'ensemble des acteurs de la santé et du social qui gravite autour de la famille. Au sein de ce réseau, il est intéressant de repérer s'il existe une personne/ une équipe qui porte la fonction de référent (fonction décrite plus loin). Une attention doit être portée pour les personnes les plus désaffiliées afin de ne pas renforcer un sentiment d'impuissance. L'utilisation d'un service d'interprétariat doit également être favorisée pour permettre l'expression la plus libre possible des familles dont le français n'est pas la langue maternelle.

Certains acteurs travaillent avec des **grilles d'évaluation plus formalisées** pour dépister les vulnérabilités psychosociales et le danger pour l'enfant. L'ONE propose, dans le suivi prénatal de son dispositif de Plateforme, un entretien spécifique, idéalement avant la fin du 1er trimestre de la grossesse. Cet entretien est effectué soit par le pourvoyeur de soins, soit par le partenaire Enfant-Parents (PEP's) et permet de dépister diverses formes d'insécurité au niveau du couple ou de la famille, (précarité économique, vulnérabilité psychosociale...) pouvant entraîner des pathologies de la grossesse et/ou des troubles du « lien parent-enfant » (ONE, 2023).

Dans le cadre du programme interfédéral, l'outil choisi pour soutenir le dépistage, durant la période prénatale, des vulnérabilités psycho-sociales est l'outil Born in Belgium.

WHICH

Un des acteurs identifiés comme « porte d'entrée – évaluation initiale » a pour rôle d'initier le processus en réalisant la première évaluation psycho-sociale des besoins de la femme enceinte et de sa famille. Par la suite, en fonction de ces besoins et des professionnels impliqués dans le suivi, il apparaît pertinent que le professionnel assumant la fonction de référent – ou, si la situation l'exige, celui assurant la fonction de coordinateur – prenne en charge les évaluations continues ou, à tout le moins, centralise les informations collectées par les différents intervenants (par exemple, lors des réunions de concertation multidisciplinaire). La personne référente est choisie par la future maman.

WHERE

Le lieu où est réalisée l'évaluation initiale dépend de la porte d'entrée utilisée. Il est donc multiple : en cabinet, à l'hôpital, dans une structure spécifique. Lorsque la situation demande la mise en place d'une fonction de coordination, la visite à domicile semble essentielle. En effet, celle-ci permet de développer une approche holistique et de mieux appréhender les différentes facettes de la situation lors de l'évaluation continue.

WHEN

L'identification et l'évaluation des besoins des familles sont considérées comme des éléments centraux de l'accompagnement tout au long du programme des « 1000 premiers jours ». Cette démarche est jugée essentielle pour garantir une prise en charge adaptée, précoce et continue.

Elle doit idéalement commencer dès le début de la grossesse, une phase clé pour repérer les vulnérabilités psychosociales et intervenir rapidement afin de prévenir ou atténuer certains risques.

Elle doit également être menée de manière continue : les besoins des familles et de l'enfant évoluant rapidement, une réévaluation régulière est nécessaire pour ajuster l'accompagnement en conséquence.



Les enjeux / questions

Lors des ateliers, plusieurs points d'attention ont été relevés concernant l'utilisation de l'outil *Born in Belgium* (BIB) pour le dépistage. Globalement, le BIB constitue une référence précieuse : il offre aux professionnels une grille de lecture commune, favorise le partage de critères objectifs et contribue ainsi à une évaluation plus homogène et cohérente des familles.

Conçu initialement pour le dépistage prénatal, le BIB permet déjà de suivre l'évolution de certains scores tout au long de la grossesse. Néanmoins, il représente surtout une première étape, et son potentiel pourrait être élargi pour mieux intégrer les vulnérabilités qui apparaissent à l'accouchement (ex. naissance prématurée, séjour en néonatalogie), au post-partum (ex. dépression postnatale) ou encore durant la petite enfance (ex. difficultés dans la fratrie, troubles de l'attachement). L'adaptation de l'outil dans ce sens permettrait de renforcer la continuité du suivi sur l'ensemble des 1000 jours et de fluidifier le passage d'une strate à l'autre en fonction des besoins réels des familles.

Actuellement, le programme s'appuie sur trois scénarios (O, A, B) définis à partir du BIB, qui conditionnent l'accès aux prestations financées (conseil prénatal personnalisé, coordination des soins, concertation multidisciplinaire). Cette structuration constitue une base claire et pragmatique. Toutefois, les discussions ont montré l'intérêt de développer des scénarios plus différenciés, permettant de mieux refléter la diversité des situations rencontrées (par exemple, refus de soins, mise en danger avérée de l'enfant) et de moduler l'intensité des interventions grâce à des logigrammes adaptés.

L'accessibilité de la plateforme BIB constitue un enjeu central. Contrairement à certaines idées reçues, elle ne se limite pas aux professionnels disposant d'un numéro INAMI : deux rôles distincts sont prévus. Le Rôle A s'adresse aux professionnels de santé relevant de l'AR 78, tandis que le Rôle B concerne les intervenants sociaux soumis au secret professionnel non médical. Chaque institution dispose d'un responsable d'accès qui, dans le cadre d'un contrat de responsabilités partagées, attribue les accès selon les besoins internes. Cette organisation, respectueuse des règles de confidentialité, favorise une communication fluide et une meilleure coordination autour de la mère, de l'enfant et de la famille.

Les titulaires d'un Rôle B ont accès aux indicateurs socio démographiques, économiques et de soutien social, mais ne peuvent consulter les données médicales (bien être psychologique, consommation de médicaments ou substances, violence, etc.). Ils peuvent toutefois signaler la suspicion d'un indicateur sensible via une note dans la plateforme. Celle-ci est alors visible par les professionnels de Rôle A disposant d'un lien thérapeutique, qui peuvent assurer le suivi si nécessaire.

Stratégie transversale : Promotion de la santé, prévention et soutien à la parentalité

La stratégie transversale **Promotion, Prévention et Soutien à la Parentalité** s'appuie sur des principes clés issus du Référentiel soutien à la parentalité de l'ONE ([ONE, 2023](#)) :

- **Réduction des inégalités sociales de santé** : agir sur l'ensemble des déterminants qui influencent la santé pour garantir une équité réelle.
- **Aller à la rencontre des personnes là où elles se trouvent** – physiquement, mais également dans leur système de valeurs, dans leur histoire et leur réalité. Les professionnels travaillent sur les représentations et les croyances familiales.
- **L'enfant au cœur des interventions** : même si les actions s'adressent aux parents, elles doivent avant tout favoriser le développement harmonieux de l'enfant. Il s'agit de faire une alliance parents-professionnels et de coconstruire un projet spécifique pour l'enfant.
- **Valorisation des compétences parentales** : les parents disposent de savoirs, de savoir-faire, d'aptitudes naturelles ou acquises et de capacités à résoudre des problèmes. Le soutien doit s'appuyer sur ces forces (principe de la salutogenèse) et non sur les lacunes. Les professionnels doivent adopter une approche respectueuse et non paternaliste, en reconnaissant les connaissances et l'expérience des parents.
- **Universalité sans stigmatisation** : le soutien à la parentalité s'adresse à tous les parents, avec un accompagnement adapté à leurs besoins, au bon moment, et dans le respect de leurs compétences.
- **Prise en compte des contextes de vie** : les interventions doivent être adaptées aux réalités sociales, culturelles et économiques des familles.
- **Renforcement de la littératie en santé** : il s'agit d'accompagner les parents dans la compréhension et l'appropriation des informations liées à la santé et à la parentalité, afin de soutenir leur autonomie et leur capacité à prendre des décisions éclairées pour le bien-être de l'enfant.

- **Renforcement du pouvoir d'agir** : les dispositifs mis en place doivent favoriser le développement des ressources des familles et des communautés, afin de renforcer leur autonomie. Le rôle des professionnels est d'accompagner ce processus.

Cette stratégie transversale s'appuie sur différents dispositifs complémentaires :

- Accompagnement individuel personnalisé
- Activités de groupe
- Actions communautaires

Ces dispositifs sont détaillés à travers les questions des 6 W dans les paragraphes suivants.

Accompagnement individuel personnalisé

WHAT

L'accompagnement individuel personnalisé est caractérisé par :

- Une approche globale et multidisciplinaire, centrée à la fois sur l'enfant et sa famille.
- La présence active du professionnel auprès des parents et du jeune enfant, que ce soit à domicile ou dans les lieux d'accueil et de soins.
- Une disponibilité accrue pour répondre aux besoins, en particulier lors de situations de crise.
- Le renforcement des liens relationnels grâce à des interventions précoces et adaptées.
- L'intégration du deuxième parent dans l'ensemble du processus d'accompagnement.

Ce dispositif se compose de plusieurs types de consultations, adaptées à la période dans laquelle se situe la femme ou la famille tout au long du parcours des 1000 jours.

Soutien psychosocial

Le soutien psychosocial est essentiel pour garantir à la fois le bien-être des parents et celui de l'enfant. Il ne constitue pas un dispositif isolé, mais traverse et renforce l'ensemble des autres dispositifs décrits dans ce document : accompagnement à la parentalité, activités communautaires, fonction de référent, fonction de coordination, soutien administratif, etc. Chacun de ces dispositifs contribue, à sa manière, au soutien psychosocial.

Dans certaines situations, ce soutien doit être complété par une prise en charge plus spécifique en santé mentale et en accompagnement psychologique. Des activités dédiées peuvent alors être proposées, telles que :

- le dépistage et l'accompagnement de la dépression prénatale et postnatale ;
- les entretiens psychologiques individuels, les thérapies brèves ou les groupes de parole ;
- les programmes de prévention des troubles du lien parent-enfant.

Consultation pré-conceptionnelle

Elle s'adresse à toute personne ou tout couple envisageant une grossesse dans un avenir proche. Cette consultation vise à fournir des informations pré-conceptionnelles et à réaliser ou prescrire certains actes spécifiques (Alexander et al., 2022). Ses missions incluent :

- Dépistage : certaines maladies génétiques (hémoglobinopathies, mucoviscidose, syndrome de l'X fragile, etc.) et endocriniennes (diabète, dysthyroïdies, etc.).
- Prévention infectieuse : rubéole, toxoplasmose, Cytomégalovirus, varicelle, hépatite B et C, VIH, syphilis.
- Accompagnement dans le sevrage des assuétudes (tabac, alcool, drogues, psychotropes) et éducation à la santé pour la prévention des risques environnementaux (toxiques, irradiations, etc.).
- Prescription systématique : l'acide folique (efficacité démontrée) et, dans le contexte de la carence en iode en Belgique, une supplémentation en iode.

Consultations prénatales (CPN)

Ces consultations reposent sur une approche centrée sur la femme enceinte, le deuxième parent et la famille, et visent à :

- Écouter et prendre en compte les points de vue et représentations des parents.
- Informer sur les possibilités de suivi de grossesse, le fonctionnement de la maternité, et les aides disponibles après la naissance.
- Élaborer un projet de suivi de grossesse et un projet de naissance.
- Favoriser la prise de décision partagée.
- Promouvoir la santé : conseils nutritionnels, activité physique adaptée.
- Préparer à la naissance et soutenir la parentalité.
- Porter attention à l'état émotionnel de la femme enceinte et à son réseau de ressources. Évaluer son état émotionnel et discuter des réponses apportées aux questions posées

Les thématiques des consultations prénatales sont organisées par trimestre (voir tableau ci-dessous). Si la future mère n'est pas suivie dès le premier trimestre, les thématiques habituellement abordées à ce stade sont reprises lors de la première rencontre.

Les thématiques des consultations sont reprises par trimestre et sont basées sur les retours des trois ateliers (liste non exhaustive.).

Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3
<ul style="list-style-type: none"> • Acceptation de la grossesse • Dépistage • Désagréments de la grossesse et sources de stress • Hygiène de vie • Assuétudes • Milieu d'accueil et orientation vers le site my.one • Démarches sociales « Carnet devenir parents » • Identification des besoins • Prévention et promotion de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparation prénatale et kinésithérapie • Vaccination • Matériel de puériculture • + reparcourir les éléments identifiés comme source d'inquiétudes ou besoin lors du premier trimestre 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparation et organisation de l'accouchement : Garde de la fratrie, trajet, valise, déroulé de l'hospitalisation • Anticiper le retour à domicile • Soutien à la parentalité • Anticiper les soins et l'accompagnement post-partum • Lien avec le collègue « postnatal » soit PEP's soit sage-femme
<p>Thématiques transversales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Logement • Vie sexuelle et affective • Alimentation et allaitement • Signes d'alerte : quand s'inquiéter ? • Dialogue avec l'hôpital et relais vers les partenaires externes en fonction des besoins et demandes 		

Accompagnement à la parentalité (post-natal)

L'accompagnement à la parentalité commence par un **temps d'analyse**, basé sur l'écoute active des besoins et attentes. Des outils comme la grille d'intelligibilité des actions d'accompagnement

de la parentalité (ONE) permettent de faire un arrêt réflexif sur la situation familiale et d'orienter les interventions, seul ou en concertation, tout en facilitant le dialogue entre acteurs.

Après cette analyse, plusieurs actions peuvent être mises en œuvre :

De l'aide à domicile pour la mère et la famille

- Soutien dans les tâches quotidiennes : entretien léger, préparation des repas, courses.
- Aide logistique pour la gestion de la maison avec un nouveau-né (organisation, rangement).
- Soutien pour l'accueil d'un nouveau bébé dans une fratrie (préparer la chambre, routines et rituels).

Du soutien aux soins du bébé

- Accompagnement dans les gestes de base : bain, change, habillage.
- Conseils d'hygiène, sécurité domestique, prévention des accidents.
- Sensibilisation à l'alimentation du nourrisson (allaitement au sein ou au biberon, biberon, diversification).

De la guidance parentale

- Écoute active et soutien émotionnel (prévention de l'isolement, stress post-partum).

De la prévention et de la promotion de la santé

- Information sur les vaccinations, le suivi médical de l'enfant et de la mère.
- Sensibilisation à la santé environnementale (polluants domestiques, tabac, etc.).
- Dépistage des situations de vulnérabilité sociale ou psychologique (violence intrafamiliale, précarité, isolement).
- Encourager à respecter le rendez-vous postnatal des 6 semaines après l'accouchement auprès du gynécologue de référence.
- Promotion, valorisation, renforcement, restauration ou suppléance des compétences parentales

Planification familiale post-partum

La planification familiale post-partum désigne l'ensemble des interventions visant à informer, conseiller et accompagner les femmes (et les deuxièmes parents) dans le choix et l'utilisation d'une méthode contraceptive adaptée après un accouchement, afin de permettre un espacement optimal des grossesses et de préserver la santé de la mère et de l'enfant.

Les objectifs de la planification familiale post-partum sont :

- Prévenir les grossesses non planifiées dans les 12 mois suivant un accouchement.
- Réduire les risques maternels et néonataux liés à des grossesses rapprochées (idéalement, un intervalle d'au moins 18 à 24 mois entre deux grossesses est recommandé par l'OMS).
- Accompagner le choix éclairé des femmes et couples en matière de contraception, en tenant compte de leur état de santé, de leurs préférences, de la période d'allaitement et du contexte socio-culturel.
- Renforcer l'autonomie reproductive des femmes dans le cadre d'un parcours continu de soins (grossesse, post-partum, suivi parental).

WHICH

Le **soutien psychosocial** est une mission transversale portée par l'ensemble des professionnels intervenant auprès des familles. Toutefois, certaines situations nécessitent des compétences spécifiques. Les psychologues de première ligne peuvent être mobilisés tout au long des 1000 jours pour répondre à ces besoins. Les psychologues de maternité interviennent plus particulièrement durant le suivi de grossesse et le séjour hospitalier.

Lorsque l'un des parents présente une pathologie en santé mentale nécessitant un suivi spécialisé, les équipes mobiles du réseau 107 peuvent être sollicitées. De même, les professionnels du réseau de santé

mentale enfants-adolescents peuvent intervenir lorsqu'une difficulté spécifique concernant la santé mentale de l'enfant est identifiée.

Les **consultations pré-conceptionnelles** sont assurées par des gynécologues, médecins généralistes ou sage-femmes.

Les **consultations prénatales** peuvent être proposées par l'ONE. L'offre de l'ONE se décline en trois modèles complémentaires.

- Les consultations prénatales hospitalières reposent sur une convention avec l'hôpital : le suivi médical est assuré par les gynécologues et sages-femmes hospitaliers, tandis que le Partenaire Parent-Enfant (PEP's) intervient à la fois à l'hôpital et dans le milieu de vie de la patiente. Bien intégré à l'équipe de soins, il participe aux réunions de concertation et adapte l'intensité de son accompagnement aux besoins d'un public varié, allant des situations universelles aux plus vulnérables. L'organisation de ces consultations varie selon les établissements hospitaliers avec lesquels l'ONE a un accord de collaboration :
 - l'ONE assure le suivi de 100 % des futures mamans de l'hôpital ;
 - l'ONE suit toutes les patientes de certains gynécologues de l'hôpital ;
 - l'ONE reçoit uniquement les futures mamans en situation de vulnérabilité ;
 - l'ONE adapte son offre en complément de celle de l'hôpital et renvoie vers les services hospitaliers pour certaines thématiques spécifiques.
- Les consultations prénatales de quartier, principalement implantées à Bruxelles, fonctionnent dans des locaux de l'ONE en partenariat avec des praticiens conventionnés. Elles s'apparentent au modèle des consultations pour enfants, le Partenaire Parent-Enfant (PEP's) étant présent lors des rendez-vous médicaux puis poursuivant le suivi à domicile. Ces structures collaborent avec une maternité de référence choisie par la patiente et accueillent un public plus souvent en situation de vulnérabilité, même si elles restent accessibles à toutes.
- Enfin, les plateformes prénatales, créées pour couvrir les zones non desservies par une consultation prénatale hospitalière ou de quartier, reposent sur la collaboration avec des médecins conventionnés qui orientent leurs patientes vers l'ONE. Dans ce modèle, le Partenaire Parent-Enfant (PEP's), non rattaché à une structure physique, réalise la majorité de son accompagnement dans le milieu de vie, auprès de futures mères considérées comme vulnérables par les soignants « envoyeurs ».

Dans les hôpitaux où l'ONE n'est pas présente, les Consultations prénatales relèvent de l'offre propre de l'établissement.

Enfin, les consultations prénatales peuvent également être assurées par d'autres prestataires ou structures comme certaines Associations de Santé Intégrée, des sage-femmes indépendantes. Elles doivent être prestées par des professionnels de l'art de guérir. Les kinésithérapeutes peuvent également intervenir auprès des familles dans le cadre de la préparation à la naissance.

L'**accompagnement à la parentalité** mobilise plusieurs acteurs. Les Services d'aide aux familles (SAFA) jouent un rôle clé dans la guidance parentale, le soutien aux familles, le soutien psychosocial. Les SAFA ont, de manière générale, dans leur mission l'accompagnement des familles. Certains ont des compétences spécifiques en puériculture et peuvent soutenir les jeunes parents dans les soins au bébé. Les Partenaires parent-enfant (PEP's) de l'ONE interviennent avec un suivi dont l'intensité varie selon les besoins, allant jusqu'à un dispositif renforcé pour les situations complexes. D'autres acteurs complètent ce dispositif : Services d'accompagnement des familles (SAF), lieux de rencontres Parents-enfants, Service d'action en milieu ouvert (ex: projet Demain parents) équipes mobiles de santé mentale, des sage-femmes, qui peuvent accompagner la famille jusqu'à un an de l'enfant – une durée susceptible d'être prolongée à l'avenir.

La **planification familiale post-partum** est abordée lors des consultations post-natales avec le gynécologue, le médecin généraliste ou la sage-femme. Elle peut également être assurée par un centre de planning familial, en particulier pour les questions d'espacement des grossesses.

Les mutualités, à travers leurs agences et services sociaux, contribuent également à la prévention – notamment en matière de vaccination – et proposent également un trajet spécifique pour les familles monoparentales.

WHERE

L'accompagnement individualisé se déploie dans différents lieux en fonction des besoins et du type d'intervention :

- **Les consultations pré-conceptionnelles** se tiennent généralement en cabinet médical ou à l'hôpital, mais peuvent également être réalisées à domicile par des sage-femmes indépendantes.
- **Les consultations prénatales** ont lieu à l'hôpital, dans les locaux de l'ONE, à domicile ou dans les locaux des autres acteurs impliqués.
- **L'accompagnement à la parentalité en postnatal** s'effectue principalement au domicile, afin de soutenir les familles dans leur environnement quotidien.
- **La planification familiale post-partum** est proposée lors des consultations de suivi médical, en cabinet, à l'hôpital ou dans les centres de planning familial.

WHEN

Pour les **consultations pré-conceptionnelles**, il est recommandé, sur le plan théorique, que toutes les familles bénéficient d'une à deux consultations pré-conceptionnelles dès l'émergence du désir de grossesse. Cependant, dans la réalité, ce parcours reste rarement emprunté par le public prioritaire de ce programme. En effet, le public prioritaire du programme est souvent éloigné du système de santé, n'a pas toujours accès à l'information, aux ressources ou aux professionnels nécessaires pour initier ce suivi en amont de la grossesse.

Pour le **suivi prénatal**, trois consultations de base sont préconisées lorsque la prise en charge débute dès le premier trimestre. Des consultations supplémentaires peuvent être organisées selon les besoins spécifiques de la femme enceinte et de sa famille.

Le **suivi postnatal** est modulable et différencié entre l'enfant et la mère : il peut se limiter aux rendez-vous du suivi médical classique (vaccination, croissance et développement psychomoteur pour l'enfant, rééducation pour la mère) ou être renforcé en fonction des besoins exprimés par la famille. Une attention particulière doit avoir lieu dans les moments de transition (ex : reprise du travail par le 2ème parent, entrée en milieu d'accueil, etc.) car ils fragilisent l'équilibre déjà instable vécu par les parents.

La **planification familiale post-partum** débute pendant la grossesse, via des actions de sensibilisation et d'information lors des consultations prénatales. Lors du séjour en maternité, une méthode contraceptive adaptée peut être proposée et, si souhaitée, initiée. Les consultations de suivi postnatal permettent de réévaluer régulièrement les besoins et d'adapter la contraception si nécessaire.



Les enjeux / questions

L'un des enjeux clés sera de définir comment les prestations spécifiques prévues par le programme interfédéral – notamment les consultations prénatales personnalisées, centrées sur la prévention et la promotion de la santé en fonction des vulnérabilités psychosociales identifiées – pourront venir compléter et renforcer l'offre déjà existante. Ces consultations, gratuites sous certaines conditions d'accès, s'inscrivent dans un paysage où d'autres acteurs, comme l'ONE ou les sage-femmes conventionnées, proposent déjà des services similaires. L'objectif n'est donc pas de créer des doublons, mais de renforcer la complémentarité, de valoriser les dispositifs existants et d'en améliorer l'accessibilité et la pertinence, afin de mieux répondre aux besoins spécifiques liés aux vulnérabilités repérées.

Parmi les pistes évoquées lors des ateliers, la mise en place de consultations en binôme a été proposée. Ce modèle permettrait à la sage-femme d'être accompagnée, par exemple, d'un psychologue, d'un assistant social, ou d'un PEP's de l'ONE, afin d'amorcer dès le suivi prénatal un travail autour des vulnérabilités identifiées et d'assurer un accompagnement plus global.

Une autre perspective prometteuse consisterait à élargir la portée de dispositifs existants qui ont déjà

fait leurs preuves. Les plateformes et consultations de l'ONE, par exemple, apparaissent particulièrement pertinentes pour soutenir les femmes et les familles vulnérables durant la période prénatale. Toutefois, leur implantation reste encore limitée à certains territoires ; leur extension représenterait une opportunité stratégique pour renforcer l'équité et l'efficacité de l'accompagnement.

Activités de groupe

WHAT

Les activités de groupe favorisent le lien social et l'apprentissage par les pairs. Elles sont une occasion pour partager des expériences, sortir du contexte familial, échanger des savoirs et des savoir-faire.

WHICH

Différentes structures offrent ce type d'espaces collectifs.

Par exemple :

- **L'ONE** organise des **lieux de rencontre enfants-parents et des activités collectives**, favorisant le lien social et l'échange d'expériences entre familles.
- **Les Associations de Santé Intégrée** proposent diverses activités collectives telles que « Bébés-papote », des **ateliers cuisine** ou des **ateliers de fabrication de produits ménagers et cosmétiques**, afin de réduire les sources de pollution dans l'environnement domestique.
- **Les services d'accompagnement des familles (SAF) mettent également en place des activités de groupe hebdomadaires**, centrées sur le partage, le soutien et le renforcement des compétences parentales.
- **Les sage-femmes au sein des hôpitaux ou indépendantes ou encore salariées (ex : dans certains services d'aide et de soins à domicile)** organisent aussi des séances de groupe autour de différentes thématiques (allaitement, gestion des émotions après l'accouchement, etc.).

WHERE

Les activités de groupe ont généralement lieu dans les locaux des structures organisatrices ou dans un lieu extérieur en fonction de l'activité proposée.

Activités communautaires

WHAT

Divers exemples d'activités communautaires visent à soutenir les familles et à accompagner la parentalité :

- **Programme d'accompagnement solidaire** : un binôme bénévole-parent se rencontre chaque semaine, pendant un an, principalement à domicile. L'objectif est d'apporter un soutien concret, partager des expériences, accompagner dans les démarches administratives ou simplement offrir une présence rassurante. Cette relation, construite sur un principe d'égalité, favorise la proximité et

la confiance.

- **Découverte des ressources locales** : les bénévoles aident les familles à explorer leur environnement, identifier des services utiles (maisons de quartier, bibliothèques, ludothèques, espaces de jeux, etc.) et à en faciliter l'accès.
- **Renforcement des compétences parentales** : ces activités privilégient l'écoute active, les échanges d'expériences et la valorisation du rôle parental, afin d'accroître la confiance et l'autonomie des parents.

WHICH

Différentes structures sont à l'initiative d'activités communautaires. Par exemple, « Le petit vélo jaune » ou des structures associées type « Tout un Village », la « tribu des familles », etc. Les associations de santé intégrée proposent également des activités communautaires.



Les enjeux / questions

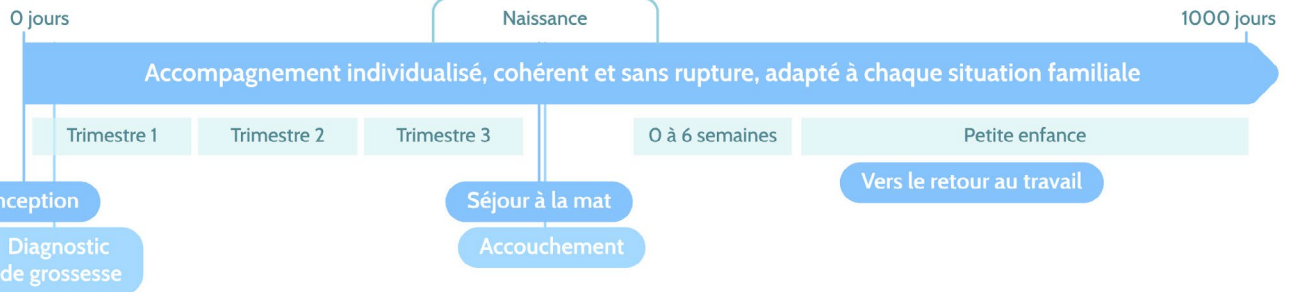
Tant pour les activités de groupes que pour les activités communautaires, l'offre reste limitée. Un des enjeux est de développer en plus grand nombre ce type d'initiatives pour favoriser également l'échange entre pairs ou la création d'un tissu social local.

Stratégie transversale : prévention & promotion

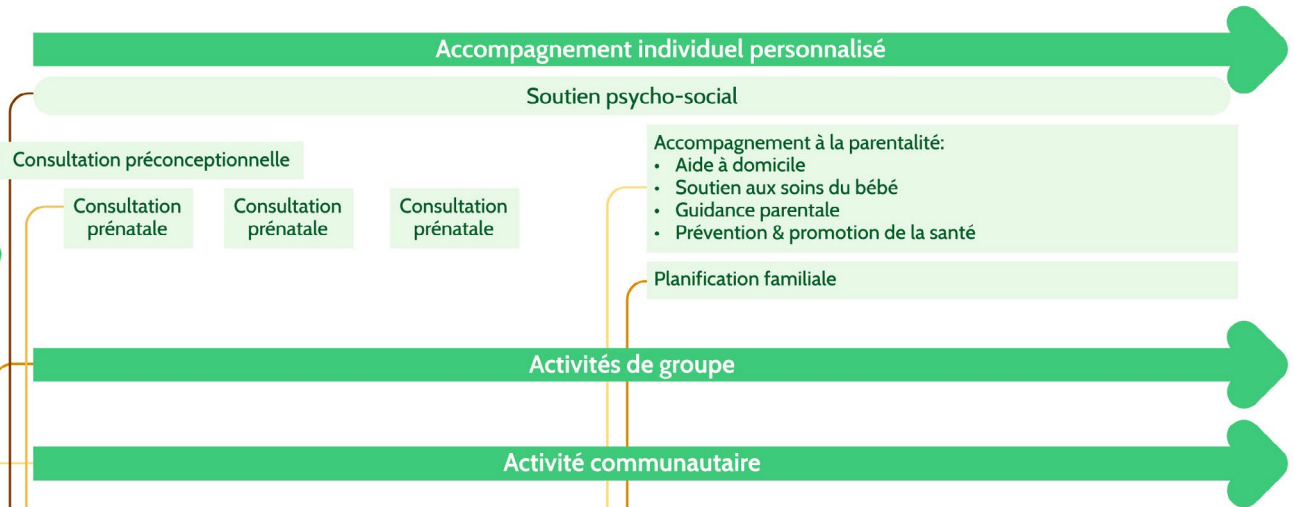
WHO

La famille, la maman ou future maman, le deuxième parent, ses enfants ou futur(s) enfant(s)

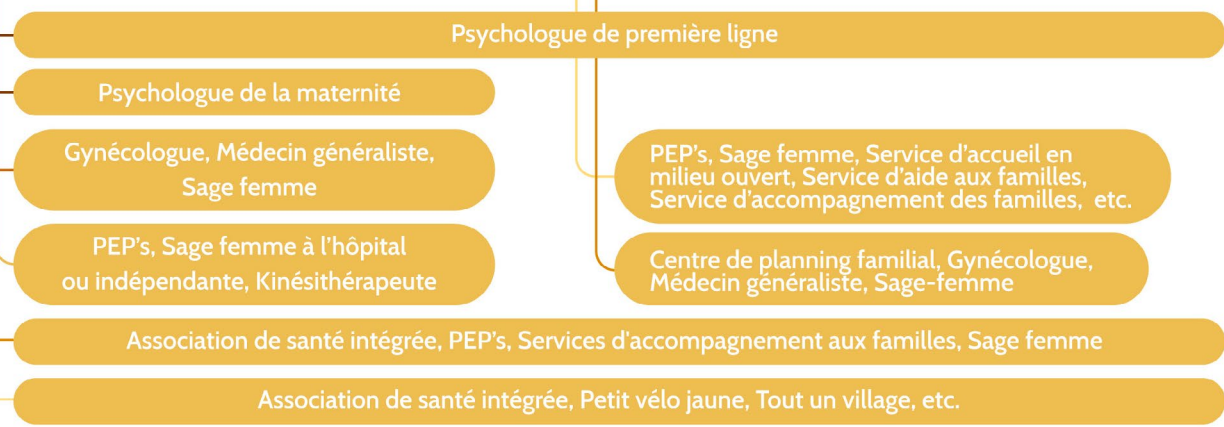
WHY



WHAT



WHICH



Stratégie transversale : Coordination & continuité

La stratégie transversale coordination & continuité est composée de différents dispositifs et fonctions :

- La fonction de référent
- La fonction de coordination
- La fonction de case management
- La concertation multidisciplinaire
- Le partage d'informations

Les fonctions présentées ici doivent être distinguées des acteurs qui les exercent. Ces derniers seront mentionnés dans la suite du document et peuvent, dans certains cas, assumer plusieurs fonctions à la fois.

La distinction théorique entre les fonctions de référent, de coordination et de case management dépend de la nature de la situation, des motifs de la coopération entre les personnes et les professionnels, ainsi que du niveau de coordination requis entre les intervenants.

Ainsi, plus la situation d'une personne est complexe, plus l'incertitude quant aux résultats de l'accompagnement est élevée et plus les interdépendances entre acteurs sont fortes. Dans ce contexte, la coordination entre intervenants devient indispensable.

Les familles confrontées à une situation dite « à bas risque » peuvent généralement assurer elles-mêmes la coordination entre les différents intervenants. Cela reste suffisant lorsque plusieurs conditions sont réunies :

une littératie en santé adéquate, une autonomie décisionnelle suffisante, une situation peu complexe, un nombre limité d'intervenants et un épisode de soins bien délimité dans le temps.

Idéalement, ces familles sont accompagnées tout au long de leur trajectoire de vie par une équipe de soins primaires assumant la fonction de référent.

Les familles vivant une situation peu complexe peuvent, selon leurs besoins, leurs choix et leurs capacités, soit assurer elles-mêmes la coordination entre intervenants, soit en déléguer la responsabilité à un professionnel.

Dans ce second cas, si l'équipe de soins primaires ou le professionnel assumant la fonction de référent dispose du temps, des ressources et des compétences nécessaires, il pourra soutenir la famille dans la coordination de la situation.

À défaut, et dès lors que la situation est stable, les objectifs de vie clairement établis et le suivi régulier, l'équipe de soins primaires pourra faire appel à une fonction de coordination venant en appui au référent pour accomplir certaines tâches complémentaires.

Lorsque la situation devient complexe – notamment en raison de la combinaison de plusieurs vulnérabilités psychosociales, d'une évolution incertaine dans le temps ou d'un haut niveau d'interdépendance entre prestataires et organisations –, la réussite de l'accompagnement repose sur une responsabilité partagée (au sens éthique, non juridique) entre plusieurs professionnels ou structures. Cette responsabilité se formalise à travers des ententes de collaboration.

Dans ces cas, l'équipe de soins primaires doit être ponctuellement soutenue, pour des tâches spécifiques, par des services spécialisés assumant la fonction de coordination.

Enfin, certaines situations peuvent devenir extrêmement complexes, lorsque les objectifs de vie de la personne et de son entourage nécessitent un temps d'arrêt important pour être clarifiés, ou lorsque le processus de soins et d'accompagnement devient flou pour les acteurs impliqués. Autrement dit, il s'agit de situations si complexes que la personne, son entourage et son référent ne peuvent plus les gérer de manière autonome.

À titre d'exemples :

- Multiplicité d'intervenants issus de réseaux, d'organisations ou de disciplines diverses, entraînant une confusion des rôles ;
- Réseau de prestataires « en crise » ou en désaccord sur les mesures à prendre ;
- Refus de soins ou d'accompagnement et/ou changement de position quant à la compliance de l'accompagnement ;
- Ruptures régulières dans le parcours ;
- Danger identifié pour l'enfant.

Dans ce type de situation, il est nécessaire de mettre en place une fonction de case management, qui assume

temporairement les missions du référent afin de rétablir la cohérence et la continuité de l'accompagnement.

Le schéma ci-dessous situe les trois fonctions au regard de leur public cible et des acteurs qui, à ce jour, les assument sur les différents territoires..

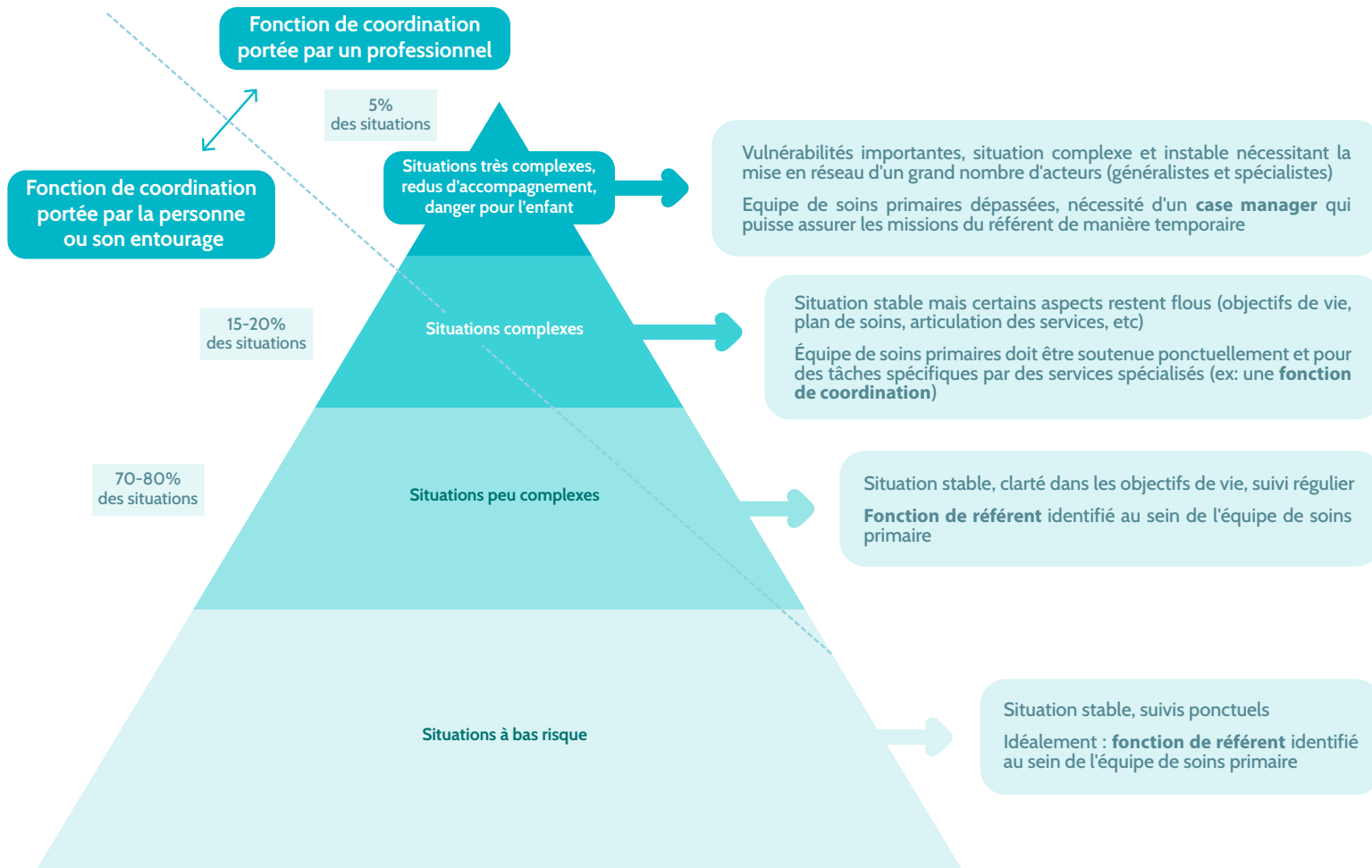
La déclinaison opérationnelle nécessitera l'élaboration, pour chaque territoire, de diagrammes décisionnels contextualisés, précisant quel acteur mobiliser selon la nature de la situation.

Un tel exercice ne peut être mené à l'échelle régionale, dans la mesure où il dépend des spécificités territoriales, des besoins et caractéristiques de la population et de la disponibilité des services.

LE PUBLIC CIBLE

LES FONCTIONS

LES ACTEURS QUI PORTENT AUJOURD'HUI LES FONCTIONS



Fonction de coordination voir fonction de case management :

- Centre de coordination d'aide et de soins à domicile
- Equipe mobile de santé mentale
- Maisons maternelles
- SAJ / SPJ
- Services d'accompagnement aux familles

Fonction de coordination :

- AS ASI
- Centre de coordination d'aide et de soins à domicile
- PEPS (Suivi renforcé)
- Sage-femmes
- Psychologue de première ligne

Fonction de référent :

- ASI
- Médecins généralistes
- Psychologue de première ligne

WHAT

La **fonction de référent** est identifiée comme un levier fondamental pour assurer la continuité de l'accompagnement périnatal au sein du parcours global de vie de la famille.

Les missions associées à cette fonction sont les suivantes :

- **Renforcer les ressources et l'autonomie de la personne**, notamment en renforçant sa capacité de décision en matière de santé (pour des actions de promotion de la santé ou de prévention de maladies)
- **Faire le pont** entre les autres services et la personne.
- **Aider la personne à naviguer dans le système social-santé**, particulièrement quand plusieurs prestataires sont nécessaires dans des endroits différents (comme le domicile, l'hôpital, une maison de repos, etc.).
- **Assurer une fonction de veille** en alertant, si cela s'avère nécessaire, les membres du réseau de la personne, de difficultés vécues
- **Offrir un support émotionnel et une continuité relationnelle**. Garder un lien de confiance tout au long du parcours de vie de la famille.

L'un des outils fondamentaux pour structurer cette fonction est **l'ouverture d'un dossier médical global**, garantissant une centralisation de l'information et un meilleur suivi interprofessionnel. Un dossier doit, idéalement, être ouvert pour la mère – si cela n'a pas été fait avant la grossesse – puis, par la suite, pour l'enfant.

WHICH

Le **référent** est un professionnel de santé ou du social qui entretient un lien de confiance avec la personne qu'il accompagne, en coordination avec d'autres intervenants, dans son environnement de vie et tout au long de son parcours de vie. Ce professionnel est choisi par la personne – ou, le cas échéant, par son entourage – parmi les intervenants déjà impliqués dans son suivi. Bien souvent, ce choix existe de manière implicite et gagnerait à être davantage formalisé. En pratique, il s'agit à priori d'un professionnel de première ligne et plus spécifiquement d'un prestataire de soins primaires (souvent le médecin généraliste).

WHERE

Principalement en cabinet et si la situation le nécessite à domicile.

WHEN

Cette fonction s'inscrit dans la durée. Elle est capitale pour intégrer l'épisode particulier des 1000 jours dans un suivi tout au long de la vie de la famille.



Les enjeux / questions

La fonction de référent, aussi fondamentale soit-elle, n'est pas systématiquement attribuée dès le début de la grossesse. De nombreuses femmes enceintes ne disposent pas d'un médecin généraliste régulier ou ne sont pas en lien avec une équipe de soins primaires. La période périnatale constitue donc une **opportunité stratégique** pour établir ce lien. Les professionnels impliqués dans l'accompagnement de la grossesse et de la petite enfance ont un rôle à jouer pour encourager les familles à prendre contact avec un médecin généraliste / une équipe de soins primaires.

Fonction de coordination

WHAT

La fonction de coordination est décrite à travers les missions suivantes :

- **Évaluation initiale** des vulnérabilités psychosociales, des besoins et des ressources de la femme enceinte et de sa famille.
- **Élaboration d'un plan de soins et d'accompagnement individualisé**, construit selon le principe de la **décision partagée** avec les futurs parents. Ce plan prend en compte leurs préférences, les risques identifiés, et peut être négocié lors de **concertations multidisciplinaires** réunissant l'entourage et les professionnels concernés.
- **Mobilisation du réseau** : identification et orientation vers les services appropriés. Le coordinateur évalue l'ampleur du maillage multidisciplinaire requis, veille à une prise en charge cohérente des problématiques repérées en identifiant les services les plus adéquats dans un temps court, et s'appuie idéalement sur un **cadastre vivant et accessible** des ressources locales, construit à partir de collaborations concrètes entre structures.
- **Réévaluation continue** du plan de soins et d'accompagnement : le coordinateur s'assure de la bonne mise en œuvre du suivi, du respect des priorités de la famille, et de l'adhésion de cette dernière au processus engagé.

Certaines missions sont spécifiques aux situations les plus vulnérables :

- **Accompagner physiquement** aux rendez-vous plutôt que de juste les orienter, les familles en situation d'extrême vulnérabilité qui rencontrent des difficultés à faire les démarches elles-mêmes.

WHICH

En Wallonie, certains professionnels indiquent porter aujourd'hui cette fonction de coordination :

- **Les sage-femmes** : peuvent assumer ce rôle à la demande de la patiente, en particulier lorsqu'un lien de confiance spécifique s'est établi. Les sage-femmes peuvent garantir la continuité du suivi tout au long de la période des 1000 premiers jours car leurs missions vont être étendue à l'ensemble de cette période. Toutefois, cette implication ne peut être systématisée à l'ensemble de leurs suivis.
- **Les assistants sociaux présents dans les Associations de Santé Intégrée** : accompagnent les personnes vers d'autres services, coordonnent différents intervenants en organisant des coordinations pluridisciplinaires.
- **Les Partenaires Enfant-Parents (PEP's)** : endossent cette fonction dans le cadre d'un suivi renforcé soit au départ d'une consultation prénatale ou d'une plateforme.
- **Les centres de coordination d'aide et de soins à domicile** : disposent de compétences en matière de coordination interprofessionnelle, qui peuvent être mises à profit dans le cadre du programme, même si le public cible et le réseau d'acteurs à mobiliser ne relèvent pas de leur champ d'intervention habituel. En effet, la définition des bénéficiaires, telle que précisée dans le CWASS est large et

englobe le public visé par le programme : toute personne, quel que soit son âge, malade ou en perte d'autonomie temporaire ou permanente, ou sortant d'une institution « intra-muros », qui souhaite vivre à domicile mais se trouve dans l'impossibilité d'organiser seule son maintien à domicile. Dans ces situations, l'intervention de professionnels capables d'activer des ressources intersectorielles et de construire des réponses adaptées permet la mise en œuvre de solutions coordonnées, renforçant ainsi la continuité et la pertinence de l'accompagnement.

- Les **équipes mobiles de santé mentale** peuvent être mobilisées dans le cadre de la fonction de coordination, notamment lorsqu'un diagnostic psychiatrique est posé ou lorsque le jugement clinique suscite une préoccupation concernant la mère, le second parent ou l'enfant. Leur intervention s'inscrit généralement dans la continuité d'un accompagnement déjà initié, qui doit être réactivé ou adapté à la lumière des changements liés à l'arrivée de l'enfant.
- **Les services d'accompagnement des familles** : endossent cette fonction dans le cadre d'un fonctionnement en binômes sage-femme/psychologue. Ils accompagnent les situations les plus complexes et réalisent certaines missions spécifiques comme l'accompagnement physique aux rendez-vous. Certains de ces services sont ciblés sur des publics très spécifiques (ex : problème de toxicomanie).

WHERE

Les visites à domicile sont à privilégier. Elles permettent de mieux appréhender les différentes facettes de la situation et de proposer les services les plus adaptés aux besoins, et aux priorités de la famille.

WHEN

Pour les familles vivant une situation dite « peu complexe », la coordination reste relativement légère, car les besoins sont clairement identifiés et le nombre de services impliqués demeure restreint. Cette coordination de faible intensité sera limitée dans le temps et prendra fin lorsque la situation est stabilisée.

En revanche, lorsque la situation devient **complexe** – notamment en raison de la combinaison de plusieurs vulnérabilités psychosociales, d'une évolution incertaine dans le temps, et d'un niveau élevé d'interdépendance entre les prestataires ou les organisations – l'intensité de la coordination se fera à la carte en fonction des besoins. Elle peut varier au cours du parcours. Elle s'étendra sur toute la période des 1000 jours. Pour ses familles, la coordination est basée sur une relation de confiance qui permet un accompagnement respectueux, sécurisant, centré sur les besoins réels des familles et dans laquelle la contrainte juridique apparait en toute dernière intention.



Les enjeux / questions

Différents acteurs assurent aujourd'hui la fonction de coordination. Il semble essentiel de s'appuyer sur l'existant. Toutefois, plusieurs enjeux méritent d'être soulignés :

Continuité de la coordination : Cette fonction doit être garantie tout au long du parcours des 1000 premiers jours. Si elle ne peut pas être assumée par une seule personne, il est important de formaliser les modalités de transition entre intervenants. L'ONE a déjà balisé ces moments clés en instaurant un suivi renforcé. Par exemple, lorsque la famille est suivie en consultation prénatale à l'ONE, le PEP's postnatal participe au dernier entretien prénatal afin d'établir le contact. Le PEP's du prénatal avertit la maternité en cas de suivi renforcé. Un lien est également prévu entre la maternité et les consultations postnatales via le PEP's de liaison, et ce pour l'ensemble des grossesses via l'avis de naissance.

Les travailleurs sociaux des hôpitaux sont un maillon essentiel de cette continuité lors des moments de transition entre l'hôpital et l'extérieur. Ils amorcent la coordination des services et aides nécessaires, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital (maternité, pédiatrie, sage-femmes à domicile, crèches, services d'aide à la parentalité, centre de coordination ou services d'accompagnement et de soins), en vue de

préparer un retour à domicile dans de bonnes conditions. Leur travail doit être pensé en articulation avec d'autres dispositifs, permettant une continuité de l'accompagnement au-delà du séjour hospitalier.

Variabilité de l'intensité : L'intensité de la coordination varie en fonction des besoins. Les situations les plus complexes nécessitent un investissement très important. Certains services, dont ce n'est pas la vocation principale (par exemple, les sage-femmes), ne peuvent pas offrir un accompagnement aussi intensif, en tout cas pas à toutes les situations rencontrées. Lorsque l'intensité devient très élevée, des services dédiés semblent nécessaires.

Financement forfaitaire : Le financement prévu dans le cadre du programme inter-fédéral repose sur un montant forfaitaire identique pour toutes les situations accompagnées. Ce mécanisme est pertinent à condition d'être combiné à un case-load mixte, c'est-à-dire lorsque le coordinateur suit à la fois des familles nécessitant une intervention intensive et d'autres demandant un accompagnement plus léger. Cette diversité permet d'adapter l'intensité des interventions aux besoins réels des familles, tout en garantissant un équilibre financier. Le diagramme décisionnel met en évidence qu'à l'heure actuelle les acteurs interviennent auprès de groupes cible particuliers. Certains acteurs accompagnent spécifiquement les situations les plus complexes (ex : Services d'accompagnement de la famille). Avec ce mécanisme de financement, ils pourraient rencontrer des difficultés dans leurs accompagnements. À l'inverse, d'autres pourraient être tentés de sélectionner prioritairement des familles dont l'accompagnement leur paraît plus accessible.

Accès au montant forfaitaire limité aux professionnels de AR78 : Actuellement, l'accès au montant forfaitaire prévu dans le cadre du programme est limité aux professionnels relevant de l'AR 78, détenteurs d'un numéro INAMI. Or, plusieurs acteurs identifiés dans le paragraphe précédent (« Which ») ne disposent pas de ce numéro, bien qu'ils exercent – ou pourraient exercer à l'avenir – un rôle clé dans la fonction de coordination. Cette restriction soulève une question stratégique : comment reconnaître et soutenir l'engagement de ces professionnels dans des missions de coordination intersectorielle, essentielles à la réussite du programme, sans les exclure des mécanismes de valorisation financière ?

Type de fonction : Si la fonction est définie comme une fonction de coordination, il apparaît que dans les situations les plus complexes – notamment lorsque l'enfant est en danger ou qu'il y a refus de soins – la fonction décrite a toutes les caractéristiques d'une fonction de case management, demandant des compétences spécifiques. Est-il pertinent de distinguer deux fonctions ? Ou est-il plus utile de parler de différentes intensités au sein d'une même fonction ?

Nécessité du suivi à domicile : Pour les situations complexes, la prise en compte de l'environnement de vie et l'implication des parents dans le processus de changement est relevée comme essentielle dans l'approche. Pour ce faire, le suivi à domicile et les visites dans le milieu de vie doivent être pensées et privilégiées. Ces visites à domicile prennent du temps qui doit être reconnu dans le temps de coordination. Elles doivent s'organiser en collaboration avec les acteurs et professionnels locaux.

Capacité des acteurs à reconnaître leurs limites et à réorienter vers une autre institution. Le diagramme décisionnel proposé demande à chaque acteur de pouvoir identifier ces propres limites en termes de temps, de ressources, de compétences. Cette capacité qui encourage à réorienter lorsque cela s'avère nécessaire, est parfois mise à mal par les constats suivants.

Saturation des services : La charge des services pose un double problème. D'une part, les acteurs identifiés peuvent assurer la coordination, mais seulement dans la limite de leurs capacités (exemple : la plateforme ONE de la province du Luxembourg prend actuellement en charge 120 accompagnements par an, alors qu'environ 300 seraient nécessaires). D'autre part, les coordinateurs doivent composer avec la saturation d'autres services, ce qui complique la mise en place d'un accompagnement adapté.

Inégalités territoriales : La répartition géographique des services capables d'accompagner les situations les plus complexes est inégale sur le territoire wallon. Par exemple, les services d'accompagnement à la parentalité sont au nombre de six, situés à Bertrix, Mons, La Louvière, Montignies-sur-Sambre et Liège. Quant aux plateformes ONE, elles couvrent la province du Luxembourg, la province de Namur, l'arrondissement de Verviers, la botte du Hainaut et le Brabant wallon. Une plateforme est également en cours de création sur l'arrondissement de Liège. Ces inégalités territoriales rappellent la nécessité de revoir les logigrammes de manière contextualisée.

Concertation multidisciplinaire

WHO

La concertation multidisciplinaire est un dispositif destiné aux situations qui nécessitent une coordination collective – autrement dit les situations les plus complexes.

WHAT

La concertation multidisciplinaire est un dispositif essentiel qui permet :

- De **rassembler les professionnels** impliqués dans l'accompagnement d'une situation familiale complexe ;
- De **mobiliser les ressources adéquates** et de garantir une intervention cohérente, centrée sur les besoins des familles ;
- De **favoriser une réflexion collective** autour des besoins multiples et évolutifs de la famille ;
- D'assurer une **répartition claire des rôles**, notamment en attribuant les fonctions clés comme la fonction de référent ou celle de coordination ;
- D'éviter les chevauchements de fonctions et les interventions redondantes ;
- De **renforcer la communication interprofessionnelle**, notamment en définissant les outils de communication choisis pour le suivi ;
- Et, plus largement, de garantir la continuité et la qualité des services rendus aux familles.

WHICH

Plusieurs **ingrédients clés** sont identifiés pour organiser une concertation multidisciplinaire :

- La **présence de la famille** afin d'assurer sa participation active aux décisions qui la concernent
- La **présence de l'ensemble des prestataires** impliqués dans le suivi de la famille

L'initiative de la première concertation peut être prise par le premier professionnel interpellé par la famille, afin d'engager rapidement une dynamique de coordination autour de la situation. Par la suite, l'organisation des concertations revient au professionnel qui assume la fonction de coordination. Les centres de coordination d'aide et de soins à domicile disposent déjà d'une expérience en la matière, notamment à travers l'organisation de concertations multidisciplinaires en santé mentale.

WHEN

L'organisation de la concertation doit être **précoce**, dès le début de l'accompagnement.

Elle peut être **répétée**, selon l'évolution des besoins et des situations, en trouvant le juste compromis entre le temps demandé aux différents intervenants et les bénéfices attendus de la concertation.



Les enjeux / questions

Le dispositif "concertation multidisciplinaire" est liée à la fonction de coordination.

Un grand nombre de concertations se réalisent avec le consentement de la personne, mais sans sa présence physique. Il est encore difficile pour certains professionnels de les inclure de manière systématique dans la prise de décision. A l'hôpital, entre autres, les participants aux ateliers partagent que les seuls moments dédiés à la concertation se déroulent uniquement entre professionnels. L'inclusion des familles dans les moments de concertation doit être discutée et développée dans une vision de co-construction de l'accompagnement et non pas dans un rapport de médiation ou de force. A partir de ce moment-là, la discussion peut être vécue comme un moment d'apprentissage commun et de meilleure connaissance des besoins.

Communication interprofessionnelle et partage d'information

WHAT

Ce dispositif est considéré comme essentiel pour garantir la continuité des soins. À l'heure actuelle, les professionnels privilégient les moyens suivants :

- Cahier de suivi de grossesse ONE
- Carnet de l'enfant ONE
- Courrier électronique (mail)
- Contact téléphonique, notamment pour les échanges directs ou la transmission d'informations sensibles qu'ils préfèrent ne pas inscrire dans le carnet de l'enfant.

Le **dossier médical global** est jugé indispensable. Idéalement, un dossier devrait être ouvert pour la mère (si ce n'est déjà fait avant la grossesse), puis pour l'enfant après la naissance.

Les **dossiers informatisés partagés** sont perçus comme des outils utiles et intéressants, mais leur accès reste actuellement limité aux professionnels de santé.

WHICH

Les différents professionnels impliqués dans les soins et l'accompagnement de la famille.

WHEN

Ce dispositif est transversal aux 1000 jours. Il doit permettre également de garder une trace de cet épisode de soins et d'accompagnement dans le suivi à long cours de la maman et de son enfant.



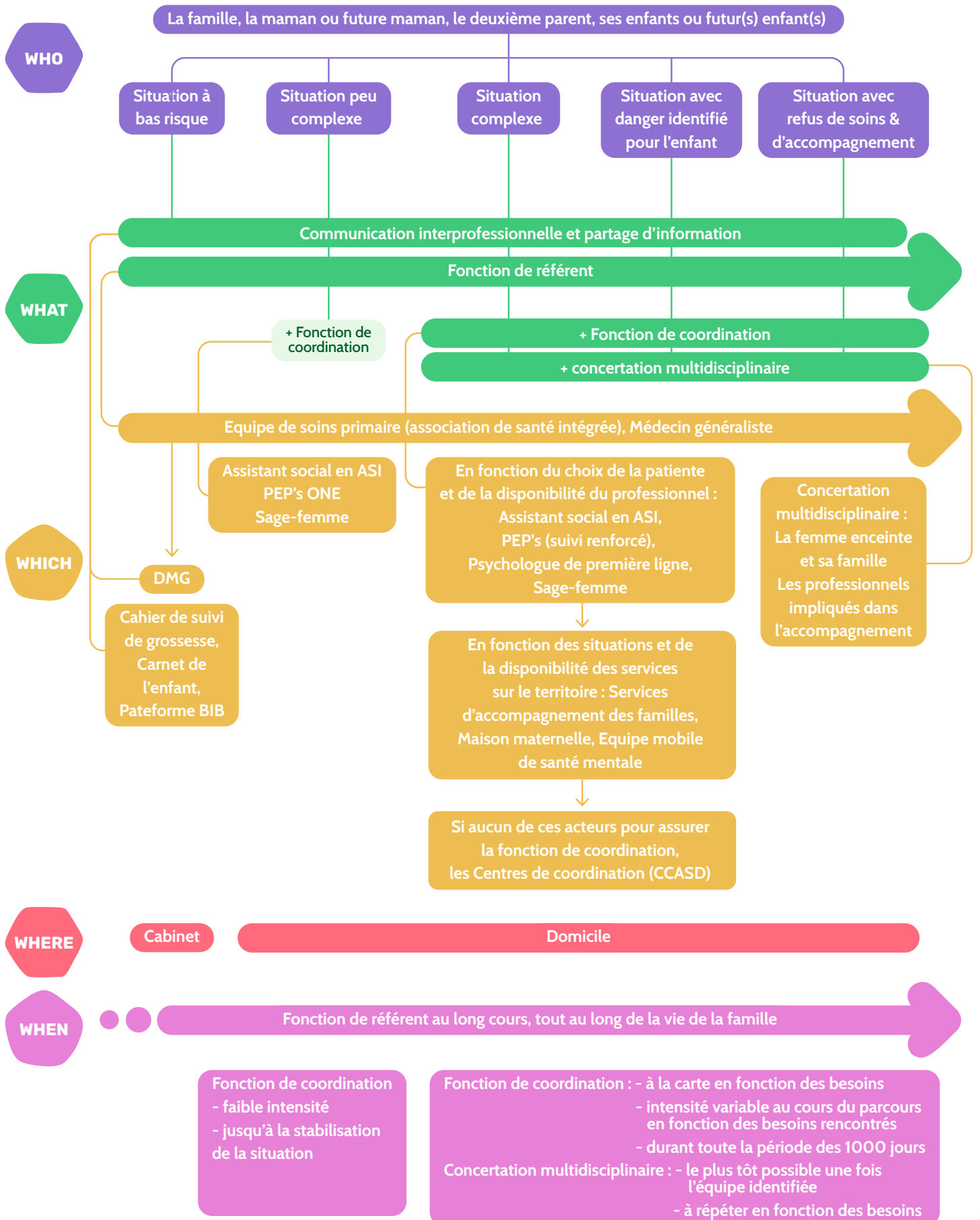
Les enjeux / questions

Un des enjeux majeurs pour assurer la fluidité du parcours des familles durant les 1000 premiers jours réside dans la veille et le partage des signaux d'alerte, la circulation de l'information, la communication et le référencement entre les nombreux intervenants et les différents lieux d'accompagnement. Aujourd'hui, il existe encore peu de temps de concertation structurés entre les professionnels.

Dans ce contexte, l'outil BIB pourrait devenir un véritable levier pour structurer une équipe multidisciplinaire autour de la famille, faciliter la communication et renforcer le partage d'informations, plutôt que d'être cantonné à sa seule fonction de dépistage.

L'ensemble des acteurs partenaires de BIB (et uniquement sous conditions de signature des conventions) peuvent avoir accès à la plateforme, même si tous ne sont pas habilités à réaliser de manière complète le dépistage (ex : assistant social à accès au volet social mais pas médical).

Stratégie transversale : coordination & continuité



WHAT

Ce dispositif vise à soutenir les familles dans les démarches liées à l'assurabilité, aux allocations financières, aux congés parentaux, à l'accueil de l'enfant, et à d'autres aspects administratifs importants durant la période périnatale. Il mobilise plusieurs services sociaux et certains acteurs de la première ligne (ex : médecin généraliste, sage-femmes, etc.) qui interviennent de manière complémentaire. Ces services jouent également un rôle clé dans le soutien psychosocial des familles (cf. Dispositif soutien psychosocial).

Les mutualités accompagnent les familles dans les démarches suivantes :

- La vérification de l'assurabilité des futurs parents afin de garantir la prise en charge des soins par l'INAMI, ainsi qu'explication des démarches nécessaires pour l'inscription de l'enfant à la mutualité ;
- La proposition d'une assurance hospitalisation couvrant la mère et l'enfant dès la naissance ;
- L'information sur le repos d'accouchement et le congé du deuxième parent, ainsi que sur les documents à compléter pour bénéficier des indemnités ;
- Les allocations familiales dont spécifiquement l'allocation supplémentaire pour enfant en situation de handicap ;
- La présentation des avantages complémentaires proposés par chaque mutualité dans le cadre de l'accompagnement périnatal (ex. : yoga prénatal, kinésithérapie, soutien à l'allaitement, etc.).

Les services sociaux hospitaliers interviennent auprès des femmes enceintes et de leur famille lorsqu'un contact est établi avec le milieu hospitalier, que ce soit en période prénatale ou lors de l'accouchement. Ces services sont activés principalement pour les situations qui demandent un accompagnement spécifique. Leur rôle comprend :

- Un accompagnement personnalisé, basé sur les demandes exprimées par la femme enceinte ou sa famille ;
- Le renforcement de l'autonomie des familles, en leur fournissant des informations claires et fiables sur leurs droits sociaux, la législation en vigueur et les ressources disponibles ;
- La consignation des informations et des démarches dans le dossier social, afin d'assurer la continuité du suivi ;
- L'information et le soutien dans les démarches liées aux allocations familiales, prestations de maternité, congés parentaux et autres droits sociaux liés à la grossesse et à la naissance.

Dans le cas de l'aide médicale urgente, les assistants sociaux des CPAS peuvent intervenir afin de régulariser ou de soutenir les démarches. Les services socio-juridiques spécialisés dans le droit des étrangers peuvent constituer des dossiers de demande de regroupements familiaux. Les bureaux d'Aide juridique peuvent également soutenir plusieurs démarches liées aux fragilités de statut.

Enfin, l'ONE met à disposition des parents une série de brochures explicatives ainsi qu'un formulaire de pré-demande en ligne pour les familles à la recherche d'une place d'accueil pour leur (futur) enfant. Cette démarche peut être réalisée via la plateforme my.one.be.

Ce dispositif propose une aide pour les démarches liées à l'assurabilité, aux allocations financières, aux congés parentaux, à la garde des enfants, etc.

Les professionnels de l'ONE assurent la compréhension de ces informations et soutiennent les parents dans les démarches à entreprendre si besoin.

WHICH

Les principaux acteurs impliqués dans ce dispositif sont les **services sociaux des mutualités** et

des **hôpitaux**. Toutefois, d'autres intervenants peuvent également jouer un rôle important dans l'accompagnement des familles. C'est notamment le cas des **assistants sociaux des CPAS**, des **associations de santé intégrée**, ou encore de services spécialisés, tels que les **services d'accompagnement aux familles**.

WHEN

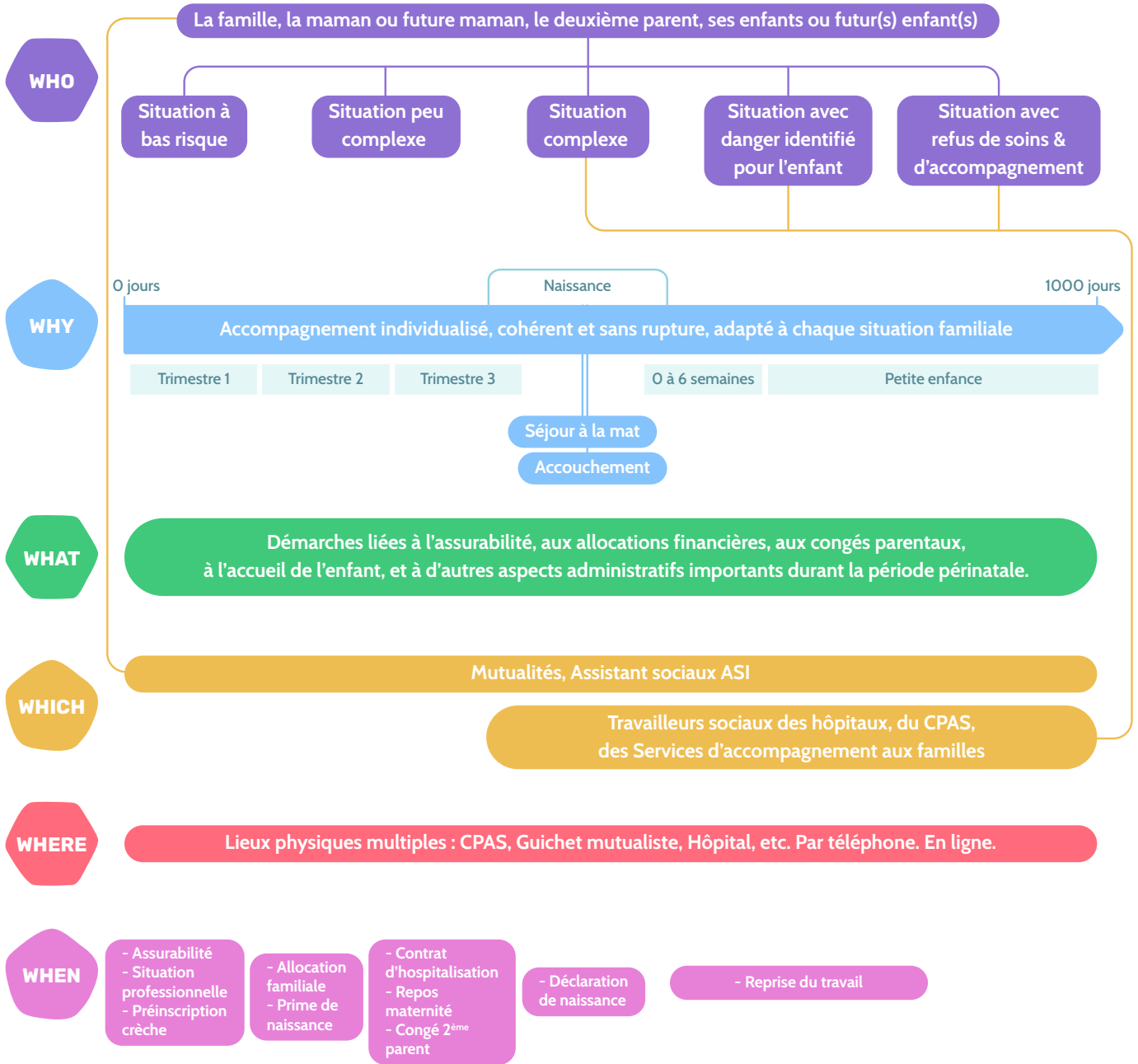
Des démarches administratives accompagnent chaque étape du parcours périnatal. Elles évoluent en fonction du trimestre et des moments clés de la grossesse et de la naissance :

- Premier trimestre : Les familles sont invitées à vérifier leur assurabilité, à gérer les situations professionnelles nécessitant un écartement, et à entamer les démarches de préinscription en crèche.
- Deuxième trimestre : C'est le moment d'introduire les demandes liées aux allocations familiales et aux primes de naissance.
- Troisième trimestre : Les familles sont amenées à faire le point sur leur contrat d'hospitalisation, à organiser le repos de maternité et à préparer le congé du deuxième parent.
- À la naissance : Il est nécessaire d'effectuer la déclaration de naissance auprès de l'administration communale.
- Pendant le repos de maternité : Un accompagnement peut être proposé pour préparer la reprise du travail et organiser la suite du parcours, notamment en lien avec l'accueil de l'enfant.

WHERE

Différents lieux sont possibles, les agences mutualistes, les hôpitaux, etc. Le suivi administratif se fait aussi en partie par téléphone et en ligne.

Stratégie transversale : suivi administratif, juridique et social



WHAT

La stratégie transversale de suivi médical propose un synopsis de base qui devrait être appliqué à l'ensemble des femmes enceintes ainsi qu'à leurs enfants en bas âge. Ce protocole inclut :

- le diagnostic de la grossesse,
- la réalisation d'examens sanguins,
- un suivi échographique,
- la vaccination de la femme enceinte et de l'enfant,
- l'accouchement et le séjour à la maternité,
- les dépistages néonataux, ainsi que le suivi de la croissance et du développement psychomoteur de l'enfant.

1. Diagnostic de la grossesse

- Signes cliniques : retard de règles, mastodynie, nausées, vomissements, somnolence, fatigue, pollakiurie.
- Confirmation biologique : dosage de l'HCG.

2. Examens sanguins

- **Sérologie lors de la 1^{ère} consultation prénatale (CPN)** : allo-immunisation, anémies, diabète (glycémie à jeun), coagulation, thyroïde, rubéole, toxoplasmose, CMV, HIV, hépatites B et C, syphilis.
- **HGPO** : à 24 semaines.

3. Suivi échographique

- **Échographie précoce** (5-10 semaines) : diagnostic de grossesse, détermination de l'âge gestationnel, détection d'une grossesse multiple, évaluation du trophoblaste, du myomètre et des annexes maternelles.
- **Échographie du 1^{er} trimestre** (11-14 semaines) : confirmation du terme, clarté nucale, caractère mono/multi-chorial et amniotique en cas de grossesses multiples, morphologie fœtale, évaluation du trophoblaste et des annexes.
 - > Si souhaité par la patiente ou le couple, un **DPNI/NIPT** est recommandé à la suite de cette échographie si celle-ci est normale.
- **Échographie du 2^e trimestre** : biométrie fœtale, morphologie, annexes fœtales, doppler des artères utérines.
- **Échographie du 3^e trimestre** : biométrie, présentation fœtale, annexes, suivi morphologique, évaluation du bien-être fœtal et doppler.

4. Vaccination

- **Femme enceinte** : selon les recommandations en vigueur.
- **Enfant** : calendrier vaccinal prévu à 2, 3, 4, 12-13 et 14-15 mois, conformément au synopsis ONE.

5. Accouchement et séjour à la maternité

- **Séjour classique** : la durée moyenne d'hospitalisation après l'accouchement varie de 2 à 5 jours. Durant cette période, la jeune maman et son bébé bénéficient d'un suivi multidisciplinaire : consultations avec le gynécologue, le pédiatre, le kinésithérapeute, ainsi que la rencontre avec le PEP's de liaison de l'ONE, etc. Les sage-femmes accompagnent également la mère et l'enfant dans les premiers soins,

favorisant ainsi une transition en douceur vers le retour à domicile.

- **Séjour prolongé** : il est indiqué lorsque l'état de santé de la mère et/ou de l'enfant nécessite une surveillance ou des soins supplémentaires. Ce suivi peut avoir lieu en maternité, en néonatalogie, en unité mère-enfant ou encore dans un service spécialisé adapté aux besoins identifiés. Les durées de séjour dépendent alors des motifs d'hospitalisation.

6. Dépistage à la naissance

- Dépistage des anomalies cardiaques
- Dépistage des anomalies congénitales (Test de Guthrie)
- Dépistage auditif
- Dépistage de l'ictère

En complément de ce synopsis de base, un suivi médical **personnalisé** peut être proposé à la femme enceinte, à la jeune mère et à l'enfant, en fonction de leur histoire médicale et de leurs besoins spécifiques.

WHICH

Différents professionnels vont être impliqués dans le suivi médical de la femme enceinte, du jeune enfant et de la famille. Cela dépend des besoins et des choix posés par la femme enceinte et la famille.

Parmi ces professionnels, on retrouve :

Les professionnels de soins primaires – association de santé intégrée, médecin généraliste, pharmacien, psychologue de soins primaires, etc. Ils sont essentiels pour les conseils au quotidien de la famille et pour le suivi au long court. Ils s'assurent que l'épisode de soins autour de la grossesse et de la petite enfance s'inscrit dans le parcours de vie de la famille.

Les plannings familiaux

Les professionnels spécialisés dans cette période de la vie comme les gynécologues obstétriciens, les consultations prénatales de l'ONE, Partenaires Enfant-Parents ONE (PEP's), pédiatres, sage-femmes, etc.

Les professionnels qui constituent le plateau technique nécessaire à certains suivis spécifiques comme certains spécialistes (anesthésistes), les hôpitaux avec leurs maternités, leurs services de néonatalogie, etc.

WHERE

Le suivi médical est réalisé dans différents lieux : en cabinet, en consultation ONE (fixes et/ou mobiles), à domicile, à l'hôpital.

WHEN

Le schéma ci-dessous reprend le déroulé du synopsis classique. D'autres rendez-vous peuvent être ajoutés en fonction des besoins.

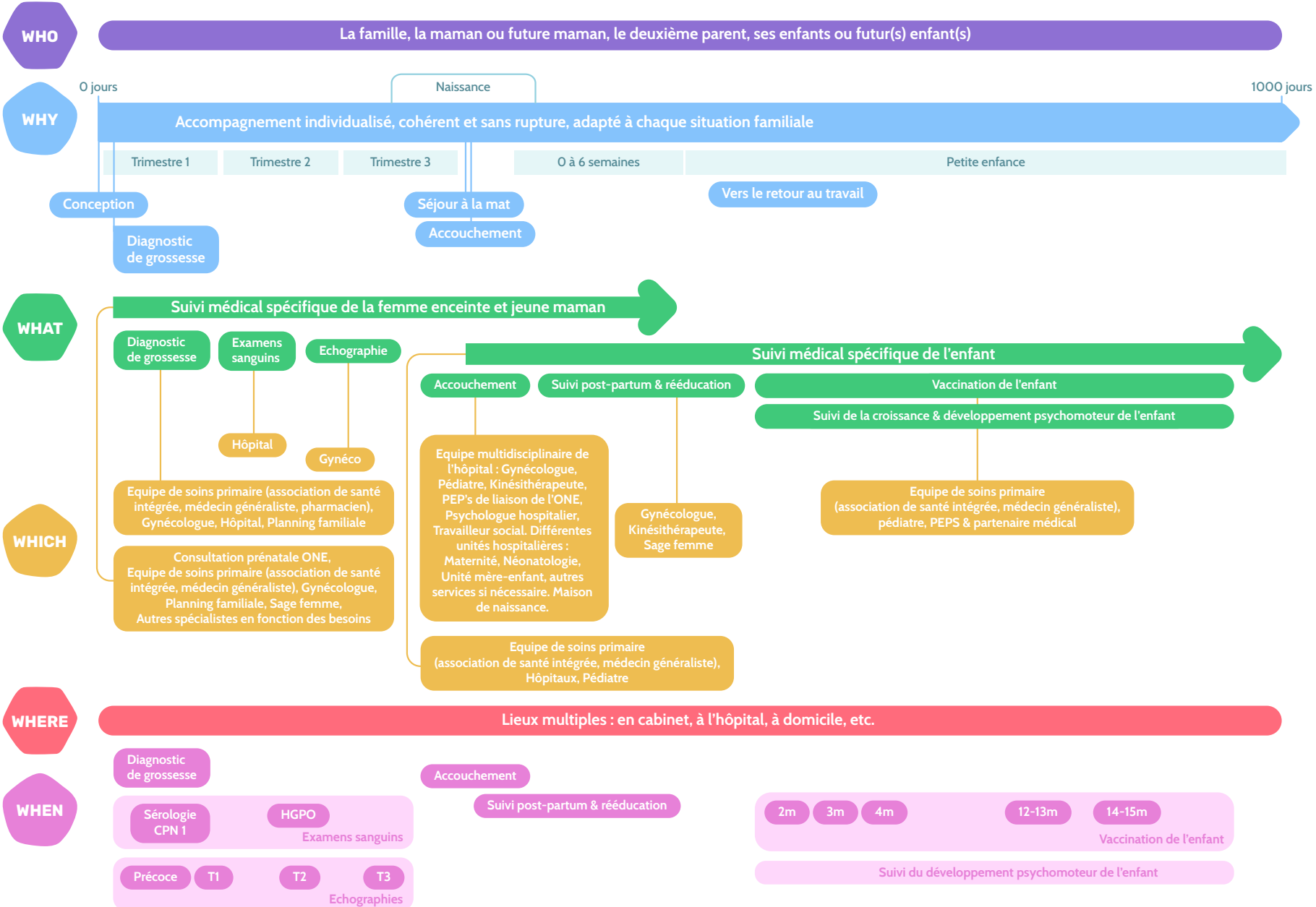


Les enjeux / questions

Un des enjeux majeurs du suivi médical concerne la répartition des rôles entre l'hôpital et les acteurs de première ligne. Durant la phase prénatale, et tout particulièrement au moment de l'accouchement, l'hôpital occupe une place centrale. Cependant, une fois ces périodes passées, certains suivis continuent d'être organisés depuis l'hôpital : des sage-femmes rattachées à la maternité assurent des visites à domicile, et des rendez-vous avec un pédiatre hospitalier sont fixés dès la sortie. Ces pratiques, bien que sécurisantes pour les familles, peuvent brouiller la complémentarité entre services spécialisés et généralistes. En effet, les pédiatres hospitaliers se retrouvent parfois sollicités pour des suivis longitudinaux d'enfants en bonne santé, ce qui sature leurs agendas et réduit la disponibilité de plages horaires pour les enfants malades. Dans ce contexte, les médecins généralistes deviennent les interlocuteurs privilégiés pour les situations d'urgence ou de maladie.

La question est également posée lorsque la situation se dégrade rapidement autour des jours de l'accouchement. Notamment dans le cadre des décompensations liées à la santé mentale, les hospitalisations de la maternité vers le spécialisé sont complexes. Elles ne sont, en général, pas disponibles dans la même institution. Elles nécessitent souvent un avis complémentaire voir un entretien de préadmission. Il est donc difficile de justifier l'hospitalisation de la famille pendant ce temps qui peut être de plusieurs semaines. Ce type de situation nécessite donc de l'analyse au cas par cas, dans l'urgence et en concertation avec les acteurs de soins primaires

Stratégie transversale : suivi médical



Enjeux clés pour développer une responsabilité populationnelle partagée

Comme expliqué dans la mise en contexte, l'objectif principal de la transformation systémique en cours, et de la mise en place de programmes tels que « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure lors des 1000 premiers jours », est d'amener les acteurs de la santé et du social d'un territoire à développer une responsabilité populationnelle partagée (au sens éthique du terme et non juridique).

Au fil du document, plusieurs enjeux ont été identifiés. Ils se synthétisent autour de cinq dimensions clés pour construire cette responsabilité commune :

La contextualisation

Le programme doit s'adapter aux réalités locales. Les ateliers ont mis en évidence la grande diversité des besoins de la population, de l'offre de services, des initiatives innovantes et des modes de collaboration selon les territoires. L'enjeu est donc de proposer des balises génériques suffisamment cadrantes pour donner une cohérence commune, mais assez souples pour permettre leur contextualisation. Il s'agit aussi de tenir compte des inégalités territoriales dans la répartition des services : certaines initiatives (plateformes ONE, Services d'accompagnement aux familles, etc.) semblent très efficaces, mais actuellement limitées ou déployé de manière non uniforme sur les différents territoires, ce qui accentue les différences d'accès.

De plus, comme précisé en introduction du document, la diversité des acteurs et des dispositifs susceptibles d'intervenir dans l'accompagnement des familles au cours des 1000 premiers jours est immense. Tous n'ont pas encore eu l'occasion de participer au processus. De nombreuses initiatives existent : elles sont précieuses, inspirantes, mais inégalement présentes sur le territoire wallon. Elles trouveront toute leur place lors de la contextualisation de ce travail dans les différents territoires.

La Stratification

La stratification de la population cible constitue un levier essentiel pour adapter l'accompagnement et son intensité aux besoins des familles. Elle ouvre également plusieurs pistes de travail stimulantes :

- Construire une définition partagée des « vulnérabilités », en élargissant la perspective au-delà du champ psychosocial afin d'intégrer pleinement les dimensions bio-psycho-sociales
- Favoriser une approche dynamique, permettant aux familles d'évoluer d'une strate à l'autre tout au long des 1000 jours, en fonction de leurs besoins et de leurs ressources ;
- Améliorer les outils de repérage et de suivi, en faisant évoluer des dispositifs existants comme le BIB pour mieux refléter la diversité et la singularité des parcours familiaux ;
- Renforcer l'harmonisation des pratiques professionnelles, en réduisant les écarts de perception entre acteurs grâce à des critères communs, tout en tenant compte des contextes d'exercice et des expériences de chacun.

L'Intégration du programme avec l'existant

Le programme a vocation à renforcer les dispositifs existants existants (d'un point de vue ressources humaines et/ou financier) et à valoriser leur complémentarité, plutôt qu'à créer des structures parallèles. Dans cette perspective, plusieurs pistes d'amélioration se dessinent :

- Reconnaître l'expertise développée et soutenir davantage les services déjà existants, afin de consolider leur capacité à accompagner les situations les plus complexes ;
- Développer et étendre les initiatives prometteuses, comme les activités communautaires ou les plateformes ONE, afin de garantir une offre plus équitable sur l'ensemble du territoire ;
- Clarifier et renforcer la coopération entre l'hôpital et la première ligne : si l'hôpital reste un acteur clé durant la grossesse et l'accouchement, un meilleur équilibre dans le suivi postnatal – notamment en valorisant le rôle des généralistes et de la première ligne – permettrait d'alléger la charge hospitalière et d'assurer une continuité de soins plus cohérente pour les familles sur leur territoire de vie.
- Assurer une articulation cohérente entre les dispositifs fédéraux et communautaires, afin de consolider la complémentarité entre promotion de la santé, prévention et curatif pour garantir à chaque enfant un suivi continu, universel et équitable.

- Veiller à ce que l'élargissement du dépistage s'accompagne d'une capacité suffisante d'orientation, d'accueil et de suivi, afin d'éviter un engorgement des services et de garantir que chaque situation identifiée puisse bénéficier d'une réponse adaptée. Il s'agit d'assurer la cohérence entre la détection des besoins et les moyens mobilisables pour y répondre.

Programmation et financement

Les mécanismes de financement proposés dans le programme offrent des opportunités intéressantes pour consolider les pratiques existantes et renforcer la qualité du système. Certains points méritent toutefois une attention particulière afin d'assurer une mise en œuvre cohérente et équitable :

- **Consultations prénatales personnalisées** : Le financement dédié à ces consultations peut contribuer à améliorer l'accompagnement des futurs parents. Il semble important de veiller à ce que ce soutien vienne appuyer et renforcer les dispositifs déjà en place, notamment ceux proposés gratuitement par d'autres acteurs. L'objectif serait de favoriser une meilleure articulation et programmation de l'offre existante, plutôt que de créer des services parallèles. Ce financement devrait également permettre de soutenir le travail d'informations et de promotion de la santé souvent limité dans le temps par les prestataires par manque de financement.
- **Fonction de coordination** : Le choix d'un financement forfaitaire, appliqué de manière uniforme, soulève des questions quant à sa capacité à répondre aux besoins variés des familles. Une adaptation du soutien en fonction de la complexité des situations permettrait de garantir un accompagnement plus juste et plus pertinent, en particulier pour les familles les plus vulnérables. Il serait également utile de clarifier les rôles entre fonction de coordination et fonction de case management, notamment dans les situations complexes qui nécessitent des compétences spécifiques et un engagement plus soutenu. La prise en compte du temps consacré au suivi à domicile apparaît comme un élément essentiel pour reconnaître pleinement le travail réalisé.
- **Concertation entre acteurs** : Le financement prévu pour soutenir la concertation représente un levier structurant pour favoriser une approche partagée, multidisciplinaire et continue. Sa mise en œuvre semble étroitement liée à celle de la fonction de coordination. Comme pour d'autres dispositifs, l'engagement des professionnels dépendra en partie de la manière dont leur participation est reconnue et soutenue, y compris sur le plan financier.

Collaboration

Le succès du programme repose sur une collaboration interprofessionnelle harmonieuse. Plusieurs pistes peuvent contribuer à la renforcer :

- Faciliter la concertation entre professionnels, en tenant compte des contraintes de temps et en explorant des solutions pour améliorer l'accès aux outils de partage d'informations, même pour les acteurs sans numéro INAMI ;
- Encourager le partage des informations par voie numérique au-delà de la concertation. Les professionnels souhaitent pouvoir consulter les documents des différents services par le biais d'une plateforme commune et intersectorielle.
- Encourager la participation active des familles, en adaptant les formats et moments de rencontre pour favoriser leur implication ;
- Structurer les transitions entre intervenants, afin d'assurer une continuité fluide des parcours et une coordination efficace ;
- Valoriser la reconnaissance des limites professionnelles et la capacité à réorienter les familles vers les ressources les plus adaptées, ainsi que l'articulation entre les actions d'« aller-vers » et le suivi institutionnel.

Ces approches contribuent à renforcer la qualité et la continuité des parcours, tout en consolidant la complémentarité entre les différents acteurs impliqués.

Appui du niveau méso

Lors des ateliers, les participants ont exprimé le besoin pour les professionnels de la santé et du social d'être **accompagnés dans la mise en œuvre des programmes**. En effet, cette mise en place mobilise des compétences spécifiques qui ne relèvent pas directement de leur cœur de métier : compréhension fine des

besoins et des ressources du territoire, élaboration de cartographies d'acteurs, animation de concertations, gestion de dynamiques de groupe parfois complexes, etc.

Ces compétences relèvent du **niveau méso**, c'est-à-dire du niveau de **management et de soutien aux professionnels de terrain**. Les participants attendent de ce niveau méso qu'il joue un rôle actif et structurant dans la mise en œuvre du programme, notamment à travers :

- Le **soutien opérationnel** à la mise en œuvre, via l'élaboration de logigrammes adaptés aux réalités locales et le développement des fonctions clés du programme, par exemple par la création de **communautés de pratiques** ;
- La **proposition de formations ciblées**, pour renforcer les compétences des professionnels du social et de la santé sur des thématiques en lien avec le programme (ex. : accompagnement des vulnérabilités, repérage précoce, communication non-stigmatisante, communication objective et fonction du dossier partagé, soft skills, situations de refus de soins et rupture de parcours, etc.). Le niveau méso peut également s'appuyer sur des organismes spécifiques de formation, prêt à venir former sur des territoires différents (ex : ASBL inclusion, BIB via son programme de formation continue, etc.)
- La **mise à disposition de ressources d'appui** pour les situations complexes ou sensibles, où les professionnels peuvent se sentir démunis. Des pistes concrètes ont été évoquées, telles que la création d'un **helpdesk** (ligne d'appel unique) ou l'organisation de **moments de supervision**, à l'image du dispositif du référent maltraitance de l'ONE ou pour pouvoir soutenir la discussion autour de situations complexes.
- La **mise en lumière d'un réseau** connu ou peu connu. Le niveau méso peut soutenir la connaissance du réseau existant dont le public cible est la population (ex : structure d'accompagnement dans le cadre de mutilation génitale, etc.) mais également le réseau de soutien aux professionnels (ex: dispositifs mobiles de Soutien à l'Inclusion ou Plateforme Annonce du Handicap, etc.)

Aujourd'hui, ce niveau méso se structure à travers différentes entités. Certaines s'impliquent déjà activement dans la mise en œuvre du programme, comme certains **Centres Locaux de Promotion de la Santé, Services Intégrés de Soins à Domicile**, ou **Cellules de Coordination de Soins Transmuraux**. Toutefois, cette implication reste **variable selon les territoires**, notamment parce que les missions de ces structures ne couvrent pas toujours explicitement la mise en œuvre de programmes verticaux. De plus, il n'est pas toujours évident d'articuler ces différentes structures pour construire une **réflexion intersectorielle cohérente à l'échelle locale**.

L'**appel à projets pour la mise en place de consortiums d'acteurs transitoires**, lancé par la Région wallonne ce 10 septembre, représente une **opportunité importante** pour renforcer et harmoniser l'implication du niveau méso dans la mise en œuvre du programme, en favorisant une approche territoriale concertée et durable.

Mapping des acteurs et des dispositifs en fonction des publics cibles

Le tableau ci-dessous présente un mapping des acteurs en fonction des activités proposées (stratégies, dispositifs et sous-dispositifs) et pour chacun des sous-groupes de population. Ce mapping, non exhaustif, repose sur les acteurs mentionnés lors des ateliers et cités dans ce document. Il permet néanmoins de synthétiser l'information et d'illustrer la complexité de notre système. Les systèmes complexes se caractérisent par leur hétérogénéité (multiplicité et diversité), laquelle s'accompagne également d'une certaine redondance entre les acteurs. Cette redondance, loin d'être inutile, est précieuse. Par exemple, l'ONE et des sage-femmes indépendantes peuvent proposer des consultations pré et postnatales. Ces services touchent des publics différents et, lorsqu'une même famille est suivie par les deux, une concertation est parfois organisée (selon les territoires) afin de rendre les interventions complémentaires. En apportant des réponses distinctes à des besoins variés, la redondance renforce la robustesse du système et sa capacité à répondre à l'ensemble des besoins de la population.

Toutefois, il convient de rester attentif au fait que cette redondance peut également générer des incompréhensions quant à la place ou au rôle de chaque acteur, des conflits liés à la défense d'intérêts particuliers, ainsi que de l'inertie dans l'évolution du système. Les diagrammes décisionnels ou logigrammes peuvent contribuer à lever une partie de ces ambiguïtés.

Stratégie	Dispositif	Sous-dispositif	Situations à bas risque	Situations peu complexes / vulnérabilités spécifiques	Situations complexes / vulnérabilités multiples	Situations refus de soins & d'accompagnement	Situations avec un danger identifié pour la vie de l'enfant
Outreaching			/	/	Banques alimentaires, Community health workers, Infirmiers de rue, Maisons de jeunes ou de quartier, Relais sociaux, Services d'accueil en milieu ouvert		
Porte d'entrée	Aiguillage		Mutualité, Pharmacien, Service d'aide à domicile, Service d'urgence	Idem Accueil en milieu ouvert, ASBL en lien avec le handicap physique et/ou mental Banque alimentaire, Bureaux régionaux de l'AVIQ, Community Health Workers, Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines, Infirmier de rue, Infor jeune Maison de quartier, Maison des jeunes, Médecins du monde, Services d'accompagnement des usagers de drogue, Structures d'accueil pour personne sans chez-soi, Relais social/ Relais Santé			
	Evaluation initiale		Gynécologue, Hôpital, Association de santé intégrée, Médecin généraliste, Planning familial, Sage-femme	Idem, Assistant social (ex: CPAS), Psychologue de première ligne, PEP's de l'ONE, Service de santé mentale, Service spécialisé,			
Evaluation continue des besoins et attentes de la famille	Dépistage initial		Gynécologue, Hôpital, Association de santé intégrée, Médecin généraliste, Planning familial, Sage-femme	Idem, ASBL Inclusion, Assistant social (ex: CPAS), Psychologue de première ligne, Service de santé mentale, Service spécialisé, Service d'accompagnement pour jeunes enfants en situation de handicap, Services d'accompagnement pour adultes			
	Evaluation continue		Fonction de référent	Fonction de référent et/ou de coordination	Fonction de coordination	Fonction de coordination / case management	

Stratégie	Dispositif	Sous-dispositif	Situations à bas risque	Situations peu complexes / vulnérabilités spécifiques	Situations complexes / vulnérabilités multiples	Situations refus de soins & d'accompagnement	Situations avec un danger identifié pour la vie de l'enfant
Promotion de la santé, prévention et soutien à la parentalité	Accompagnement individuel personnalisé	Soutien psychosocial	Tous les acteurs impliqués, Psychologue de première ligne, Psychologue de la maternité		Tous les acteurs impliqués, équipe mobile du réseau 107, Professionnels du réseau santé mentale enfant / adolescent, Psychologue de première ligne, Psychologue de la maternité		
		Consultations pré-conceptionnelle	Gynécologues, Médecins généralistes, Sage-femmes				
		Consultations prénatales	Kinésithérapeute, Association de santé intégrée, ONE au sein des hôpitaux, plateforme ONE, Sage-femme hospitalière ou indépendante				
		Accompagnement à la parentalité	Equipes mobiles de santé mentale, PEPS ONE, Sage-femmes, Service d'action en milieu ouvert (AMO), Services d'accompagnement à la parentalité, Services d'aide aux familles				
		Planification post-partum	Centre de planning familial, Gynécologue, Médecin généraliste, Sage-femme				
Activités de groupe		Association de santé intégrée, ONE, Services d'accompagnement à la parentalité, Sage-femme (au sein des hôpitaux ou indépendante)					
Coordination & continuité	Activités de groupe	Accompagnement à la parentalité	Equipes mobiles de santé mentale, PEP's ONE, Sage-femmes, Service d'action en milieu ouvert (AMO), Services d'accompagnement à la parentalité, Services d'aide aux familles, Services d'accompagnement à la parentalité des adultes en situation de handicap				
		Planification post-partum	Centre de planning familial, Gynécologue, Médecin généraliste, Sage-femme				
			ASBL chargées de l'EVRAS, association de santé intégrée, ONE, Services d'accompagnement à la parentalité, Sage-femme (au sein des hôpitaux ou indépendante)				
	Activités communautaires	ASBL chargées de l'EVRAS, association de santé intégrée, associations, Services d'accompagnement pour adultes ou pour enfants porteur de handicap					
	Fonction de référent	Professionnel de première ligne et plus spécifiquement d'un prestataire de soins primaires (souvent le médecin généraliste)					
	Fonction de coordination		/	Assistants sociaux en Association de santé intégrée, Centre de coordination, PEP's ONE, Sage-femme	Si disponible sur le territoire et en fonction des besoins : Equipe mobile de santé mentale, Plateformes ONE, Services d'accompagnement périnatal, autrement : Assistants sociaux en Association de santé intégrée, Centre de coordination d'aide et de soins à domicile, PEPS ONE, Sage-femme, Services d'accompagnement pour les jeunes enfants ou pour adultes porteurs de handicap.		
	Concertation multidisciplinaire	La famille, l'ensemble des prestataires impliqués dans le suivi de la famille					
	Communication interprofessionnelle et paratèg d'information	Professionnels impliqués dans les soins et l'accompagnement de la famille					

Stratégie	Dispositif	Sous-dispositif	Situations à bas risque	Situations peu complexes / vulnérabilités spécifiques	Situations complexes / vulnérabilités multiples	Situations refus de soins & d'accompagnement	Situations avec un danger identifié pour la vie de l'enfant
Soutien administratif			Assistants sociaux en ASI, Mutualités, Numéro gratuit de l'AVIQ (ligne téléphonique)		Assistants sociaux en ASI, du CPAS, de l'hôpital, Certaines asbl en lien avec le handicap, Mutualités, Services d'accompagnement à la parentalité, Service d'accompagnement pour jeunes enfants en situation de handicap, Services d'accompagnement pour adultes		
Suivi médical	Diagnostic de la grossesse		Equipe de soins primaire (association de santé intégrée, médecin généraliste, pharmacien), Gynécologue, Hôpital, Planning familiale				
	Examens sanguins		Hôpital, Infirmières, laboratoires externes, MG, Sage femmes				
	Suivi échographique		Gynécologue				
	Vaccination		Equipe de soins primaires (association de santé intégrée, médecin généraliste), pédiatre, consultations ONE, sage femmes				
	Accouchement et séjour à la maternité		Equipe multidisciplinaire de l'hôpital : Gynécologue, Pédiatre, Kinésithérapeute, PEP's ONE, Psychologue hospitalier, Travailleur social. Différentes unités hospitalières : Maternité, Néonatalogie, Unité mère-enfant, autres services si nécessaire. Maison de naissance.				
	Dépistage à la naissance		Pédiatre				

Les Etapes suivantes

Ce document marque une première étape dans l'implémentation du programme « **Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et des familles durant les 1000 premiers jours** » en Wallonie. Il propose une synthèse des échanges menés lors des ateliers réunissant l'ONE, des représentants de la première ligne ainsi que du secteur hospitalier. Nous souhaitons identifier et rendre visible les actions menées par les différents acteurs de terrain à temps 0 **en Wallonie** afin de repartir de l'existant.

De ce travail collectif sont ressorties plusieurs pistes permettant de poursuivre la réflexion et d'avancer vers la mise en œuvre du programme.

La synthèse est soumise à l'ensemble des participants pour une ultime relecture et pour recueillir leurs éventuelles observations. Une fois consolidée, elle ouvrira la voie à une **phase de contextualisation** dans les différents territoires. L'objectif sera alors de préciser, selon les spécificités locales, la répartition des rôles, fonctions et responsabilités (par exemple : lorsqu'un acteur effectue un dépistage, à qui doit-il transmettre l'information ?). Ce processus permettra à la fois de valoriser les ressources disponibles et d'identifier les acteurs pertinents à mobiliser, afin de bâtir une vision locale intégrée.

Cette démarche sera accompagnée par des **coachs d'implémentation**, qui interviendront au niveau méso des territoires (notamment auprès des consortiums d'acteurs transitoires). Leur mission sera de soutenir les professionnels de terrain dans la concrétisation du programme.

Liste des abréviations

AMU : Aide Médicale Urgente
ASI : Association de Santé Intégrée
AVIQ : Agence pour une Vie de Qualité
BIB : Born in Belgium Professionnals
CPAS : Centre Public d'Action Sociale
CPN : Consultation PréNatale
DPNI/NIPT: Dépistage Prénatal Non Invasif
EVRAS : Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle
HAS : Haute Autorité de Santé (France)
HCG : Hormone Chorionique Gonadotrope
HGPO : Epreuve d'HyperGlycémie Provoquée
INAMI : Institut National d'Assurance Maladie Invalidité
MG : Médecin Généraliste
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONE : Office National de l'Enfance
PEPS : Partenaire Enfant Parent
SAFA : Service d'Aide aux Familles et aux Aînés
SAF : Service d'Accompagnement aux Familles
SIPPE : Services Intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Bibliographie

Alexander, Barlow, Buyse, Ceysens, Emonts, Eykerman, Mhallem, Jadin, Morales, Steenhaut, & Van Linthout. (2022). *Guide de consultation prénatale*.

Alves Jorge, Sarah, & Macq, Jean, J. (2022). *Methodological guide for reflection on the structuring of care trajectorie*.

Benahmed, N., Lefèvre, M., Christiaens, W., Devos, C., & Stordeur, S. (2019). *Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque*. KCE Reports 326B.

Gaudreau, S., Massuard, & Gohier, C. (2016). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité—Guide de pratiques pour accompagner les familles*. Gouvernement du Québec.

HAS. (2024). *Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal*.

Malonne, A. (2018). *Guide de démarrage de la responsabilité populationnelle*. Fédération Hospitalière de France.

ONE. (2023). *Pour un accompagnement réfléchi des familles—Un référentiel de soutien à la parentalité*.

Vanasse, A., Courteau, M., & Ethier, J.-F. (2018). The '6W' multidimensional model of care trajectories for patients with chronic ambulatory care sensitive conditions and hospital readmissions. *Public Health*, 157, 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.01.007>

World Health Organization. (2023). *Improving maternal and newborn health and survival and reducing stillbirth : Progress report 2023*. World Health Organization.

Annexe 1 - Méthodologie suivies durant les ateliers

Description de la méthodologie

La méthodologie de l'atelier a été construite sur base du travail intitulé « The '6W' multidimensional model of care trajectories for patients with chronic ambulatory care sensitive conditions and hospital readmissions » de Vanasse et al paru en 2018.

Le processus des 6 W (Who? Why? Which? Where? What? When?) a pour ambition de réfléchir de manière ascendante aux trajectoires de soins. Le souhait est d'articuler et de faciliter la collaboration des prestataires de soins primaires, de la population concernée et des spécialistes.

Cette approche nous permet de passer par différentes étapes permettant l'application et l'adhésion, à la mise en place des trajectoires prévues en :

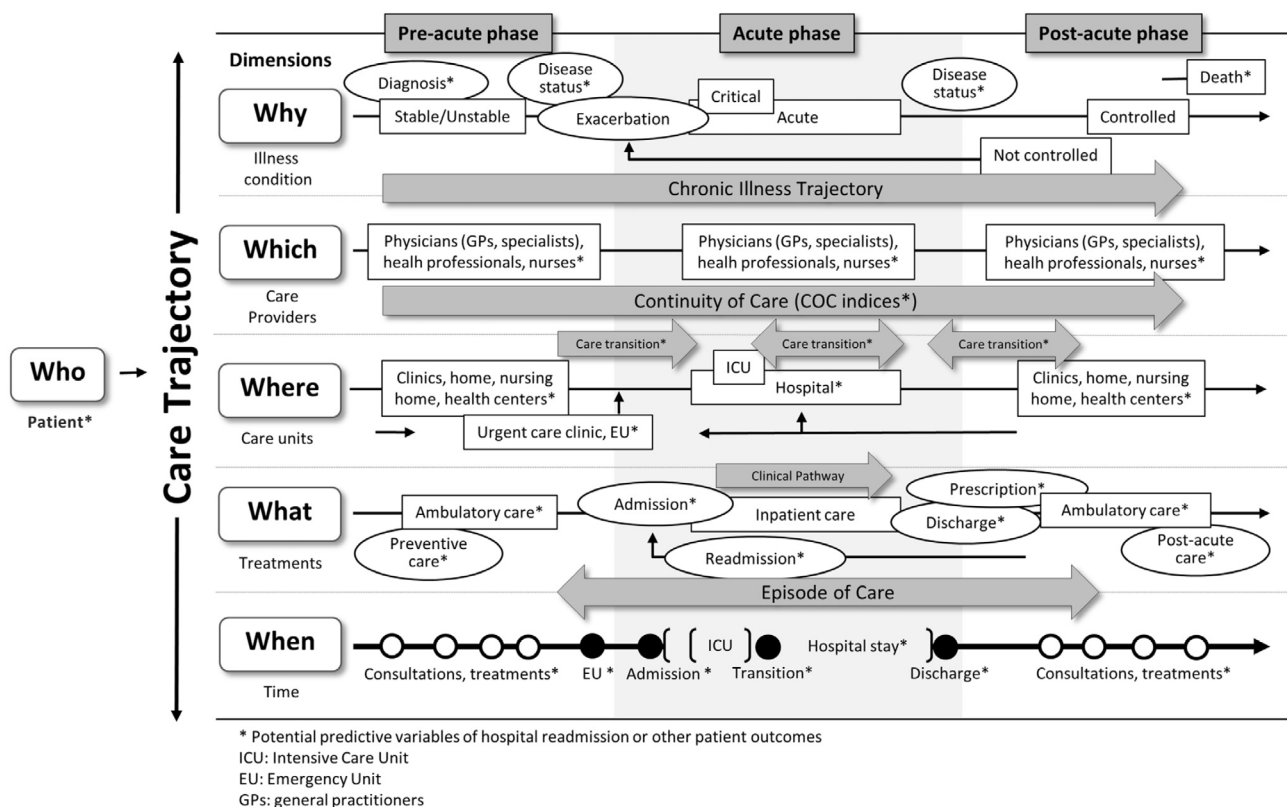
- Décrivant les trajectoires
- Structurant ces trajectoires et soutenant l'articulation des services et professionnels
- Développant des éléments facilitants aux stratégies identifiées.

De plus, par la description des trajectoires, il est également possible de soutenir des réflexions en lien avec :

- Le travail en multidisciplinarité
- La littératie en santé
- La responsabilité et les prises de décision
- Le partage des informations et le secret professionnel partagé
- L'éducation thérapeutique.

Le choix de cette méthode réside également dans la possibilité de dupliquer celle-ci à d'autres problématiques de santé et aux différents niveaux du système. Par son approche systémique, elle nous permet d'obtenir les informations clés, d'identifier rapidement les points de transition ou de complexité. Elle évalue les interdépendances ou le travail en réseau disponible et les faiblesses à retenir.

Les points d'attention à l'utilisation de cette méthode résident principalement dans le besoin d'expertises complémentaire pour analyser les trajectoires et ses complexités. De plus, l'évaluation des process nécessite également une expertise spécifique pour que celle-ci soit transposée en mesure d'impact.



Éléments à définir en amont de l'atelier

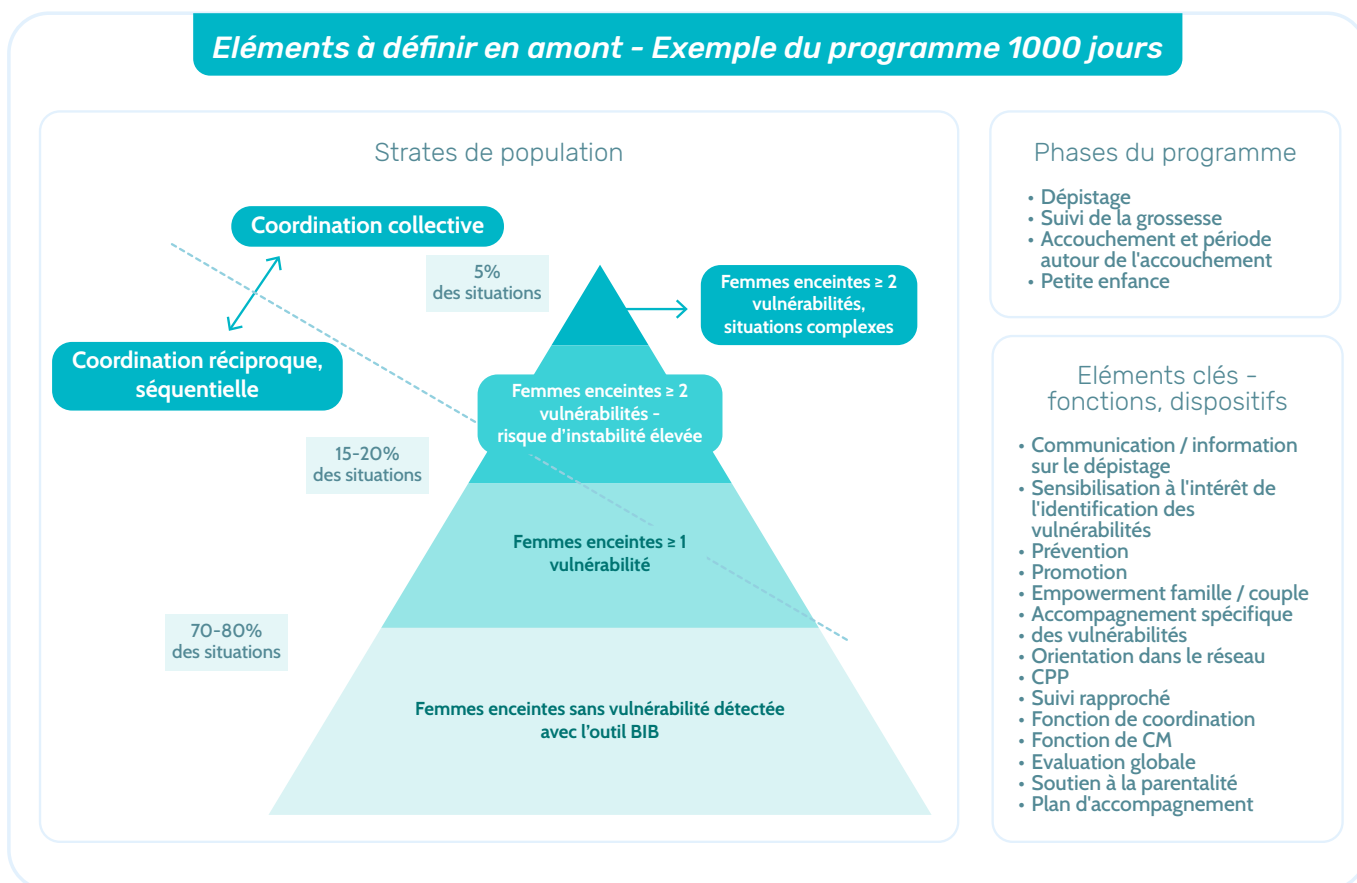
Avant de conduire l'atelier, il est essentiel de définir un certain nombre d'éléments afin de garantir la mise en œuvre efficace de la méthodologie proposée.

Il convient tout d'abord d'identifier les différentes **strates de population** auxquelles s'adresse le programme. Une fois ces strates définies, il s'agira de construire des **vignettes situationnelles** décrivant, pour chacune d'elles, une situation vécue, recensée par les professionnels de terrain. L'identification des strates peut s'appuyer sur une approche théorique – en mobilisant, par exemple, les critères d'un outil de dépistage – ou être menée de manière participative lors d'un atelier préliminaire explorant les situations réellement rencontrées.

Il convient également d'identifier les **grandes phases** qui balisent le programme.

Par ailleurs, il est important de recenser les **éléments clés du programme** : les fonctions et dispositifs décrits dans le cadre légal. Ces éléments peuvent être complétés et enrichis par des composantes issues de programmes similaires déjà mis en œuvre dans d'autres contextes ou pays.

Éléments à définir en amont - Exemple du programme 1000 jours



Déroulé de l'atelier

Temps 1 : Prise de connaissance des vignettes situationnelles

Les participants sont invités à lire les vignettes situationnelles, soit en amont, soit au début de l'atelier.

Temps 2 : Analyse des vignettes à l'aide de la méthode des « 6W »

Les participants s'imprègnent d'une première vignette situationnelle. À partir de celle-ci, ils appliquent les six questions issues de la méthode des « 6W », en lien avec les différentes phases du programme.

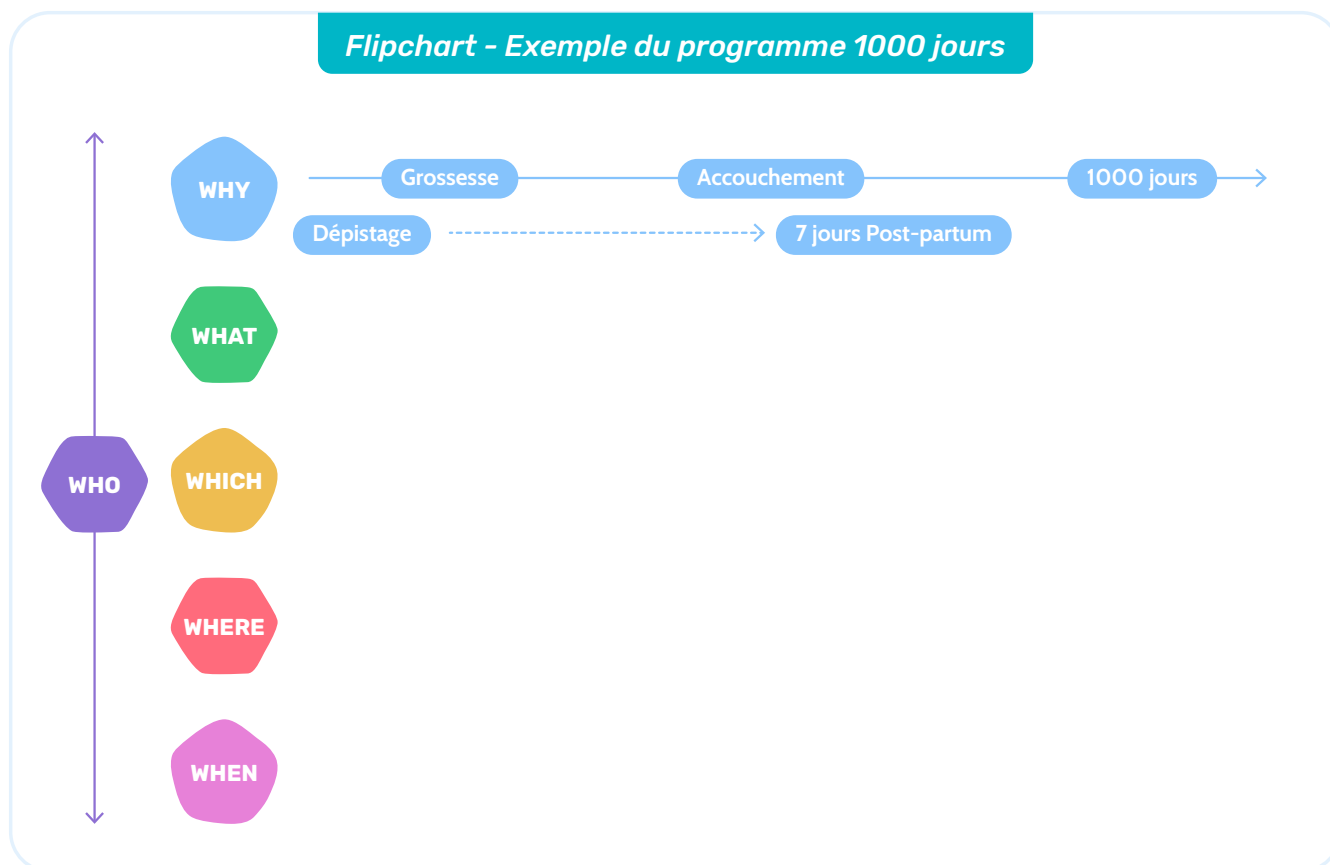
Chaque question permet d'explorer les éléments suivants :

- **Who ?** : Quelle population est concernée par la vignette clinique ?
- **Why ?** : Quelles sont les phases clés de la trajectoire ou du programme ?
- **What ?** : Quels sont les besoins identifiés, les fonctions mobilisées et les dispositifs mis en œuvre à chaque phase (identifiées à l'étape du « Why ? ») ?

- **Which ?** : Quels sont les acteurs impliqués dans les fonctions et dispositifs évoqués (à l'étape « What ? »), selon les différentes phases (identifiées à l'étape du « Why ? ») ?
- **Where ?** : Où sont réalisées ces fonctions et dispositifs ? Une attention particulière est portée au rôle du domicile. Les fonctions et dispositifs identifiés à l'étape du « What ? » sont passés en revue sous cet angle.
- **When ?** : Quels sont les rendez-vous prévus et quelle est la fréquence des actions ou des rencontres à organiser ?

Une fois cette première vignette analysée à travers les 6 questions, les participants passent à la vignette suivante. Ce processus se répète jusqu'à ce que chaque vignette ait été explorée (une par strate).

Pour soutenir la discussion, l'animateur complète en parallèle des flipcharts vierges, un par vignette, reprenant les différentes étapes du « 6W ».



Temps 3 : Synthèse collective

En fin d'atelier, les participants sont invités à adopter une vue transversale des différents flipcharts élaborés. Ils comparent les approches issues de chaque vignette, identifient les écarts et discutent d'éventuels ajustements à opérer. Ils s'assurent que les dispositifs existants en Belgique sont intégrés dans la réflexion.

Ils questionnent la répartition des différentes strates à partir de leur connaissance du terrain.

A partir des acteurs identifiés tout au long de l'exercice, ils questionnent les acteurs à inviter pour la prochaine étape.

Résultats attendus

Le principal résultat attendu est une **description structurée des parcours**, construite à partir des vignettes situationnelles, en lien avec les différentes strates des publics cibles du programme. Cette analyse, menée selon les six dimensions de la méthode des « 6W », permettra de dégager les spécificités de chaque phase identifiée. Cette analyse servira de fondement à l'élaboration de **logigrammes d'action** ou d'**arbres décisionnels**, destinés à guider les professionnels de terrain.

Par ailleurs, cette démarche permettra d'esquisser une **cartographie du réseau d'acteurs** concernés par la

problématique. Cette carte constituera un support de travail essentiel pour la suite du processus.

Annexe 2 – Vignettes situationnelles

Situation clinique 1

Madame G. recherche une sage-femme pour l'accompagner durant sa grossesse. Elle est actuellement à 20 semaines et se présente à l'hôpital pour trouver des informations. Elle est accompagnée de son conjoint, Monsieur C.

Elle a 29 ans et le couple attend son 2ème enfant. Ils ont déjà un petit garçon de 2 ans qui est en pleine forme.

Madame travaille dans un commerce et Monsieur est informaticien dans une société. Ils vivent assez proche de leur travail. La 1ère grossesse s'est bien passée. Madame G est d'origine italienne mais parle très bien français et est soutenue par ses parents et ses sœurs au quotidien.

La grossesse était souhaitée depuis plusieurs mois et ils sont heureux d'apprendre qu'ils attendent l'arrivée d'un deuxième garçon.

Madame est un peu stressée car actuellement, elle n'a pas réussi à trouver une place en crèche et sa 2ème préoccupation concerne l'allaitement. Celui-ci ne s'était pas bien passé pour leur 1er fils et souhaiterait essayer à nouveau. Elle a beaucoup de questions et aimerait un accompagnement.

Leur fils comprend qu'il va avoir un petit frère et ne le vit actuellement pas très bien... Il est dans une phase où il teste beaucoup les limites et ses parents. Ce qui a tendance à générer de la fatigue et de l'énerverment mais dans les « limites de la normale » selon le couple.

Situation clinique 2

Madame V. se présente pour sa première échographie.

Elle est enceinte de 15 semaines et vient de découvrir sa grossesse. Elle a 22 ans, est en couple depuis peu avec son compagnon (+/- 6mois).

C'est une première grossesse. Elle vient de finir ses études d'institutrice mais n'a pas encore trouvé de place fixe dans une école et commençait les remplacements. Son compagnon travaille dans une entreprise de marchandises pour le bâtiment. Il a des horaires variables. Leur soutien familial est faible car les parents de Madame habitent dans le namurois, les parents de son compagnon vivent à l'étranger. C'est sur une sœur et un frère qu'ils peuvent le plus compter.

Madame V. est surprise de cette grossesse. L'annonce de celle-ci provoque pas mal d'angoisses pour le couple car leur lieu de vie est peu adapté. Ils vivent dans un studio à Ath et Madame n'a pas de rentrée d'argent stable.

Le couple a appris la grossesse après une consultation chez le médecin généraliste. Celui-ci avait été consulté pour fatigue et douleur dans le bas du dos et bas du ventre.

Madame V est perdue dans les démarches à entreprendre, les contacts. Monsieur peut être un bon soutien mais ne s'attendait pas à cette grossesse et est très préoccupé par les ressources financières et le logement.

La suite....

Nous sommes aux 15 mois de l'enfant... A la suite de la prise en charge, des aides financières ont pu être mise en place. Ils n'ont pas trouvé de logement social mais ont pu trouver un logement avec 2 petites chambres.

Madame a pu reprendre des remplacements à temps partiel d'enseignant dans les écoles. Leur petite fille fréquente un milieu d'accueil 2 jours et demi par semaine. Madame V est assez fragilisée en ce moment car les relations avec son conjoint sont tendues. La petite fille ne dort toujours pas la nuit et son alimentation est compliquée. Madame craint de "mal faire" et ne trouve que peu de solutions qui soient en accord avec les bonnes pratiques pour l'alimentation d'un enfant de 15 mois. La petite va plutôt bien mais la crèche s'inquiète d'un poids qui stagne voire commence à diminuer.

A la suite de cette interpellation, le couple décide de se rendre chez leur MG et passe la consultation à se disputer sur ce qu'il faut faire. Ils devaient y aller pour les vaccins de la petite également.

Situation clinique 3

Madame L est suivie par son médecin généraliste. Elle est enceinte de 29 semaines.

Elle vit avec Monsieur K. depuis plusieurs années. Elle a 24 ans, est sans emploi ou de trouve de temps en temps des flexi-jobs.

Monsieur K est très jaloux et ne supporte pas qu'elle travaille avec d'autres hommes. Ils se sont déjà séparés à plusieurs reprises mais finissent par se remettre ensemble. Monsieur K. vit de petits boulots. Ils ont un appartement social dans le centre de Mons.

Monsieur K peut être violent dans le discours qu'il tient vis-à-vis de Madame L. Il a tendance à la décrédibiliser, à l'insulter quand elle ne fait pas les choses à sa manière. Ils ont appris la grossesse vers 10 semaines. Depuis Monsieur K. ne veut pas que Madame L. quitte le domicile ou fasse des taches qui la fatiguent trop. Il attend avec enthousiasme l'arrivée de cet enfant.

Madame L. est plus mitigée et est vite angoissée. Elle consomme depuis toujours du cannabis. Elle tente de diminuer sa consommation mais lors de grosse angoisse, elle ne sait pas faire l'impasse.

Monsieur K. a déjà un passé de violences physiques sur son ancienne compagne. Actuellement, Madame L. dit ne jamais avoir été frappée à son médecin généraliste. Cette dernière s'inquiète de la situation de plus en plus.

Madame L. se demande comment gérer l'arrivée de cet enfant. Monsieur ne souhaite pas que celui-ci aille en crèche. Elle ne souhaite pas arrêter sa consommation de cannabis car elle dit avoir des « idées sombres ou trop angoissantes » quand elle n'a pas ça.

Madame L. craint d'aller à l'hôpital pour toutes ces raisons et Monsieur K ne veut pas qu'elle soit suivie par un médecin de genre masculin.

Elle n'est toujours pas allée faire d'échographie. Son médecin généraliste ne sait pas qui contacter pour améliorer la prise en charge.

La suite A :

Madame L. a été prise en charge pendant sa grossesse par une équipe mobile de santé mentale. Monsieur K a compris l'enjeu pour la santé du bébé et Madame L. ne s'était pas rendu compte de l'impact possible du cannabis sur le bébé. A la suite des premières rencontres, Madame L. a arrêté sa consommation et l'équipe a été intégrée correctement par Monsieur.

Nous sommes 11 mois après l'accouchement, Madame L. est toujours suivie par l'équipe mobile de santé mentale. Celle-ci est retournée vers le MG de la patiente pour faire un point du suivi.

Depuis son accouchement, Madame L. allaite toujours son fils. Elle dort avec lui, a tendance à surinvestir la relation. Elle le « surprotège » pour éviter tout accident selon ses dires. L'enfant pleure assez bien dès qu'elle s'éloigne de lui. Il ne fréquente pas de milieu d'accueil selon le souhait des parents. Madame L. ne travaille plus du tout depuis l'accouchement. Lors de la dernière rencontre, elle s'effondre en pleurs, avouant ne plus avoir repris sa consommation de cannabis mais ayant tendance à consommer de l'alcool en plus grande quantité pour relâcher la pression le soir mais uniquement quand Monsieur n'est pas là tout de suite. Elle a peur de tout ce qui pourrait arriver à son fils, peur de le perdre, peur de mal faire, peur qu'il ne soit pas sous vigilance et d'un accident si elle n'est pas là.

Elle vient à tous ses rendez-vous qui se passent maintenant soit au domicile soit au centre. Elle rencontre régulièrement son MG également. Elle a une apparence physique « classique » et son bébé est assez souriant, habillé adéquatement. Ce type de rendez-vous est toléré par Monsieur parce qu'il y voit la plus-value de travailler à la « bonne santé » de sa compagne et son enfant mais ne veut pas qu'on lui pose des questions ou y participer.

La suite B :

Madame L. a été prise en charge pendant sa grossesse par une équipe mobile de santé mentale. Monsieur K a compris l'enjeu pour la santé du bébé et Madame L. ne s'était pas rendu compte de l'impact possible du cannabis sur le bébé. A la suite des premières rencontres, Madame L. a arrêté sa consommation et l'équipe a été intégrée correctement par Monsieur.

Nous sommes 11 mois après l'accouchement, Madame L. est toujours suivie par l'équipe mobile de santé mentale. Celle-ci est retournée vers le MG de la patiente pour faire un point du suivi.

Madame L. s'occupe de son fils de 11 mois. Elle ne travaille plus et il ne fréquente pas de milieu d'accueil à la demande du couple. Depuis 1 mois, des angoisses plus importantes reviennent chez Madame. L'équipe et Madame L. ont pu confirmer une consommation d'alcool. Elle pleure facilement et s'emporte lorsqu'on lui pose

trop de questions. Elle dit ne plus supporter les pleurs de l'enfant. Pleurs qui commencent lorsqu'elle n'est pas près de lui, et peuvent durer pendant plusieurs heures. Ils dorment à 3 dans le même lit mais Monsieur trouve ça normal vu le jeune âge de son fils et afin de le surveiller la nuit. Il a peur d'une mort subite. Elle ne soutient plus le regard de son enfant, ne le cherche pas. Elle dit parfois mettre un casque et la musique à fond pour éviter d'entendre des bruits trop envahissants.

Elle ne sort que peu de la maison et n'en ressent plus le besoin. Elle garde le contact avec l'équipe de santé mentale et son MG pour valider qu'elle est une « bonne mère » et qu'elle n'ait pas d'ennuis.