

**Faculté de santé publique**

# **Structure d'un projet de soutien à la parentalité destiné à des familles en situation de précarité dans un Centre de planning familial**

**Théorie d'un programme social**

Mémoire réalisé par  
**Catherine Filleul**

Promoteurs  
**William D'Hoore**  
**Nathalie Thomas**

Année académique 2019-2020  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**



**Faculté de santé publique**

# **Structure d'un projet de soutien à la parentalité destiné à des familles en situation de précarité dans un Centre de planning familial**

**Théorie d'un programme social**

Mémoire réalisé par  
**Catherine Filleul**

Promoteurs  
**William D'Hoore**  
**Nathalie Thomas**

Année académique 2019-2020  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

## Remerciements

Tout au long du parcours jusqu'au mémoire, des personnes m'ont offert quelque chose d'elles-mêmes qui m'a été indispensable car on ne peut rien tout seul.

Merci à mes proches qui ont compris l'importance que j'ai accordé à ces études. Ils ont soutenu mon choix de très près, en ont partagé des émotions, et se sont souvent vus privés de mon attention. Vos gestes et vos mots ont été mon carburant.

Merci aux enseignants qui ont donné d'eux-mêmes dans les salles de cours pour parvenir à me passionner. J'ai vécu ces heures comme autant de chances de m'enrichir de leurs savoirs. Ils m'ont beaucoup apporté.

Merci à mes chères camarades, à ces femmes formidables qui sont d'inspirants exemples pour moi et une source incroyable de force. Sans vous, la route eût été bien solitaire...

Merci aux membres du Centre de planning familial *La Famille Heureuse* de Mons, qui ont accepté de me laisser entrer dans l'intimité de leur travail. Sans leur confiance, ce travail n'aurait pas existé ! Sans leur générosité, il n'aurait pas cette dimension humaine.

Merci aux professionnels rencontrés et à ceux de mes proches qui ont directement contribué au mémoire par leurs informations, leurs recherches ou leurs lectures. Ils ont donné de leur temps et j'ai pu me reposer sur leurs apports.

Merci enfin à Madame Thomas et au Professeur D'Hoore, mes promoteurs, qui ont cru en moi alors que je n'avais encore rien à montrer, qui m'ont accompagnée et guidée dans les méandres du parcours, et m'ont offert leur expérience. Leurs indications m'ont été précieuses.

## **Le plagiat**

*Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.*

*Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.*

# Tables des matières

---

|   |    |
|---|----|
| Liste des acronymes .....   | 8  |
| Introduction.....   | 9  |
| Cadre théorique   |    |
| 1. La parentalité et les parents .....  | 11 |
| 1.1. Essais de définitions  |    |
| 1.2. La parentalité comme fonction responsabilisante                                  |    |
| 2. La parentalité dans la précarité.....  | 12 |
| 2.1. Le vécu des familles   |    |
| 2.2. Les conséquences socio-sanitaires de la précarité sur les parents et les enfants |    |
| 2.3. Le risque de la stigmatisation et du parentalisme                                |    |
| 3. Le soutien à la parentalité.....   | 17 |
| 3.1. Les niveaux de l'action  |    |
| 3.2. Prévenir, éduquer et renforcer   |    |
| 3.2.1. Une vision qui évolue  |    |
| 3.2.2. Une vision au risque normatif  |    |
| 3.3. Promouvoir, soutenir et accompagner  |    |
| 3.3.1. Remettre les parents au premier plan   |    |
| 3.3.2. Tenir compte de la diversité   |    |
| 3.3.3. Aller au-devant des besoins des parents  |    |
| 3.3.4. Limites de la promotion de l' <i>empowerment</i>                               |    |
| 3.4. Agir sur le contexte   |    |
| 3.4.1. Agir avec tous les acteurs sociétaux   |    |
| 3.4.2. Agir sur les déterminants sociaux  |    |
| 3.5. Évolution et coexistence de trois types d'approche                               |    |
| 4. Contextualisation du soutien à la parentalité.....                                 | 23 |
| 4.1. Le niveau de la précarité des familles à Mons                                    |    |
| 4.2. Les dispositifs de soutien à la parentalité à Mons                               |    |
| 4.3. Le Centre de planning familial <i>La Famille Heureuse</i>                        |    |
| 4.4. Le projet de soutien à la parentalité <i>Bulles de soi</i>                       |    |
| 5. L'évaluation d'un dispositif de soutien à la parentalité.....                      | 27 |
| 5.1. Les dispositifs de soutien à la parentalité : des programmes sociaux             |    |
| 5.2. L'évaluation d'un programme social   |    |
| Outils et méthodes  |    |
| 1. Objectif et délimitation de la recherche.....                                      | 29 |
| 1.1. La théorie du programme comme point de départ                                    |    |
| 1.2. Justification de l'approche  |    |
| 1.3. Étendue de la recherche  |    |
| 2. Cadre méthodologique utilisé.....  | 32 |
| 3. Choix de méthode de recherche .....  | 33 |
| 3.1. Outils et méthodes pour définir la nécessité du programme                        |    |
| 3.2. Outils et méthodes pour définir la théorie du programme                          |    |
| 3.3. Outils et méthodes pour éclairer le processus et l'implémentation du programme   |    |
| 3.4. Méthode pour examiner la logique de la théorie du programme                      |    |
| 4. Questions éthiques.....  | 36 |

## Résultats

1. La nécessité d'un programme de soutien à la parentalité .....37
  - 1.1. Dans les CPF se présentent des familles dont le profil est corrélé à la précarité
  - 1.2. Certains problèmes liés à leur parentalité amènent les parents au CPF
2. La théorie du programme de soutien à la parentalité au CPF *La Famille Heureuse* de Mons .....40
  - 2.1. Le plan d'utilisation des services de soutien à la parentalité
    - 2.1.1. Les mécanismes d'augmentation de la confiance
    - 2.1.2. Les portes d'entrée dans le programme général de soutien à la parentalité
    - 2.1.3. La gestion immédiate de l'urgence
    - 2.1.4. L'orientation vers la 1<sup>ère</sup> consultation : l'engagement dans le programme
    - 2.1.5. La poursuite du soutien à la parentalité dans *Bulles de soi*
    - 2.1.6. Le maintien dans le programme
    - 2.1.7. La sortie du programme
  - 2.2. La théorie d'impact du programme *Bulles de soi*
    - 2.2.1. Une philosophie commune, des chemins particuliers
    - 2.2.2. Les résultats du programme
  - 2.3. Le plan organisationnel : ressources nécessaires à la délivrance des activités
    - 2.3.1. Les personnes nécessaires
    - 2.3.2. Les financements et outils administratifs nécessaires
    - 2.3.3. Les locaux et le matériel nécessaires
    - 2.3.4. Le fonctionnement en réseau
3. Le processus et l'implémentation du programme *Bulles de soi* .....54
  - 3.1. Examen de l'utilisation des services
  - 3.2. Examen de l'organisation
4. Estimation de la logique / plausibilité du programme .....59
  - 4.1. Quel public-cible, contre quels problèmes et avec quelles interventions ?
  - 4.2. Quels moyens pour que les services du programme soient utilisés ?
    - 4.2.1. Utilisation des canaux d'information sur les services
    - 4.2.2. Utilisation de mécanismes particuliers
  - 4.3. Quelle organisation pour que le programme soit applicable ?

## Discussion

### Discussion des résultats

1. Le plan d'utilisation des services comme résultat central .....64
2. La localisation du programme dans le CPF favorise l'accès des parents en situation de précarité à des services professionnels .....64
  - 2.1. Dépasser le problème de maîtrise intellectuelle de l'environnement
  - 2.2. Dépasser le problème d'accès aux soins de santé
  - 2.3. Dépasser les difficultés relationnelles avec les institutions
3. La structure du programme dans le CPF permet aux interventions de se cibler sur des besoins spécifiques, d'être plus qu'une juxtaposition de services et d'unifier les objectifs .....66
  - 3.1. Le programme se structure autour d'une vision globale de la complexité des problèmes, permet la gestion de cette complexité et l'atteinte d'objectifs communs
    - 3.1.1. Connaissance des besoins de la population et offre sans demande
    - 3.1.2. Problèmes imbriqués gérés en pluridisciplinarité
    - 3.1.3. Résultats communs

|   |    |
|---|----|
| 3.2. Le programme structure son offre d'interventions en fonction de la population-cible qui nécessite le plus de soutien                                 |    |
| 3.3. Le programme se structure en relation étroite avec le réseau du CPF  |    |
| 3.4. Le programme se structure pour donner aux parents une place de co-acteurs et tenir compte de leurs savoirs   |    |
| 4. La structure du programme dans le CPF se co-construit autour de mécanismes adjuvants de la délivrance complète des services à la population-cible..... | 70 |
| 4.1. L'importance du premier contact et de l'éveil de la confiance  |    |
| 4.2. L'importance de la disponibilité   |    |
| 4.3. L'importance de la confidentialité   |    |
| 4.4. L'importance du non-jugement   |    |
| 4.5. L'importance de la prise de responsabilités  |    |
| 4.6. L'importance du respect du choix des parents   |    |
| 4.7. L'importance de l'adaptation des explications  |    |
| 4.8. L'importance de l'adaptation du coût des consultations   |    |
| 4.9. L'importance du respect de la temporalité des parents  |    |
| 5. La structure du programme dans un CPF soutient les intervenantes.....  | 77 |
| 5.1. Le plan organisationnel prévoit les moyens de la mise en œuvre   |    |
| 5.2. Le plan organisationnel fournit des perspectives aux intervenantes   |    |
| Discussion de la démarche de recherche.....   | 79 |
| 1. Raisons de l'opposition à rencontrer des parents et connaissances apportées par l'exposé de ces raisons  |    |
| 2. Critique du choix méthodologique pour évaluer les problèmes  |    |
| 3. Limites et acquis du processus de validation des données   |    |
| 4. Vides du cadre théorique et ce que ces vides nous apprennent   |    |
| 5. L'après-recherche  |    |
| Conclusion .....  | 83 |
| Bibliographie.....  | 85 |
| Annexes.....  | 92 |

## Liste des acronymes

---

Seuls sont repris les acronymes utilisés dans le corps du texte. Les acronymes renvoyant à une référence sont disponibles en bibliographie.

AIS : Agence immobilière sociale

AMU : Aide médicale urgente

AS : Assistante sociale

ATD : Agir tous pour la dignité – All together in dignity

AViQ : Agence pour une vie de qualité, Région wallonne

BDS : *Bulles de soi*

CPAS : Centre public d'Action sociale, Belgique

CPF : Centre de Planning et de Consultation conjugale et familiale (Plus habituellement : Centre de planning familial ou planning), Région wallonne.

CPMS : Centre psycho-médico-social, Belgique

DGDE : Délégué général aux droits de l'enfant, Belgique

ETP : Équivalent temps-plein

EVRAS : Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle

F(L)CPF : Fédération (laïque) des Centres de Planning familial, Belgique

FPS : Femmes prévoyantes socialistes, Belgique

FRB : Fondation Roi Baudouin, Belgique

HD : Hainaut Développement

ISP : Institut Scientifique de Santé publique. Belgique

*La FH* : CPF *La Famille Heureuse* de Mons

LREP : Lieu de rencontre enfants-parents, Belgique

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance, Fédération Wallonie-Bruxelles

OSH : Observatoire de la Santé du Hainaut

PSE : Service de Promotion de la Santé à l'École, Belgique

RIS : Revenu d'intégration sociale

RV : Rendez-vous

RW : Région wallonne

SAJ : Service d'aide à la jeunesse, Belgique

SIS : Service d'Insertion sociale, CPAS.

SPF : Service public fédéral, Belgique

SPJ : Service de Protection de la Jeunesse

SRJ : Service résidentiel pour jeunes

VIF : Service Violences Intrafamiliales, Mons

# Introduction

---

La Commission des déterminants sociaux de la santé, créée au sein de l'OMS, revient en 2008 sur les inégalités des circonstances de la vie quotidienne dans laquelle « les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent, vieillissent ». Son rapport « Comblent le fossé en une génération » (OMS, 2008) remet en évidence que l'impact des « déterminants sociaux de la santé [...] à chaque étape du développement (grossesse et naissance, petite enfance, enfance, adolescence et âge adulte), s'étend tout au long de l'existence, en exerçant une influence directe sur la santé et en constituant la base de la santé ou de la maladie au cours de la vie. »

La Belgique ne fait pas exception à ce constat : les inégalités socio-économiques impactent la santé populationnelle. Le pouvoir fédéral a soutenu notamment l'étude TAHIB (ISP, 2009 [en ligne] consulté le 29/05/19) dont les conclusions confirment le lien entre santé et niveau social. Les indicateurs de santé publique tels la mortalité, la santé subjective, la morbidité chronique... sont liés au statut socio-économique que ce soit de façon directe ou par l'intermédiaire des comportements adoptés par les personnes » (Van Oyen et al., 2010).

Comme « de nombreux défis dans la société adulte trouvent leurs racines dans les premiers stades de l'existence », les enfants provenant de milieux défavorisés risquent de rencontrer de nombreux obstacles à l'âge adulte pour assurer à leurs propres enfants ce dont ils ont besoin (Najman et al., 2018). Ainsi, la pauvreté se transmet de génération en génération. Ce constat amène logiquement à penser que les actions sur ces déterminants doivent être précoces. « Pour créer les conditions favorables au développement de tous les enfants, l'élaboration cohérente des politiques à travers les différents secteurs s'impose. Les parents et les personnes qui s'occupent des enfants peuvent être d'une grande utilité, mais il faut leur assurer un soutien de la part des pouvoirs publics, des organisations de la société civile et de la grande communauté (OMS, 2008) ».

Le politique organise certaines interventions mais surtout les délègue à des organismes spécialisés qu'il soutient financièrement. Ainsi, les Centres de Planning et de Consultation familiale et conjugale (CPF) ont reçu dans leurs missions (RW, 2014) « de contribuer à l'optimisation de la santé et à l'épanouissement social [...] dans une approche pluridisciplinaire, positive et respectueuse de la possibilité pour les personnes de bénéficier de soutien à la préparation et durant la vie de couple à la parentalité responsable. »

En 2019, lors d'un stage d'observation en Centre de Planning familial à Mons, j'ai rencontré l'équipe d'un projet de soutien à la parentalité, confrontée à la grande précarité. Mon projet de recherche a

pris corps progressivement lorsque j'ai été autorisée à être présente aux réunions hebdomadaires de l'équipe. Mon attention pour ce programme original a été éveillée sans que j'en comprenne les hypothèses de fonctionnement et j'ai souhaité l'étudier. J'ai eu l'occasion d'intervenir à 3 reprises afin d'exposer l'objet de ma recherche et obtenir l'adhésion de toutes les intervenantes. La dernière réunion en janvier 2020 a servi à annoncer le lancement de la recherche.

Mon objectif est d'observer, sous l'angle de l'évaluation d'un programme social, comment ce projet, nommé *Bulles de soi*, contribue à lutter contre l'inégalité en santé et est susceptible d'améliorer la santé des familles précarisées et des enfants qui y grandissent. Cela m'impose de rechercher si la conception des interventions permet théoriquement de répondre à un besoin présent et si son implémentation est réaliste.

Ce travail présente d'abord un aperçu théorique du soutien à la parentalité et une contextualisation de ma recherche. Sont décrites ensuite les phases pratiques : collecte de données dans la littérature et sur le terrain ainsi que l'analyse de ces données.

Les résultats sont ensuite décrits en 4 parties : la première décrit les problèmes vécus dans leur parentalité par les parents en situation de précarité qui se rendent dans les plannings familiaux, et met en évidence le besoin d'un programme de soutien pour ce public-cible. La deuxième partie présente les 3 éléments de la théorie d'un programme social, dans cet ordre : le plan d'utilisation des services, la théorie d'impact et le plan organisationnel. Il s'agit de la description du projet tel qu'il existe et est censé fonctionner du point de vue de ses conceptrices. La troisième partie de ces résultats décrit des renseignements sur la manière dont cette théorie est concrètement appliquée, c'est-à-dire dont le programme est mis en œuvre. La quatrième partie des résultats se penche sur la possibilité que la théorie du programme soit effectivement mise en œuvre telle qu'elle a été conçue.

Dans la discussion sont examinés les résultats avec l'aide de la littérature, de manière à répondre à la question de la structure du programme : ce qui est souhaitable, ce qui est mis en place, ce qui est réalisable. Mes objectifs dans cette partie sont d'évaluer les questions de l'adéquation du programme avec les besoins dans le public-cible, et d'y observer la théorie du programme avec une focalisation sur le plan d'utilisation des services, tant sa prévision dans la théorie du programme que sa mise en œuvre. Pour cela, je recherche les caractéristiques pertinentes d'un programme de soutien à la parentalité en situation de précarité dans un CPF, je discute l'adéquation ou le réalisme des caractéristiques présentes dans *BDS*, je propose des pistes vers une éventuelle évolution bénéfique.

Le travail se termine par l'évocation de ses limites qu'il aborde de façon réflexive.

## 1. La parentalité et les parents

### 1.1. Essais de définitions

La parentalité a été définie en 2011 par un comité national d'experts français reprenant les termes de Pierre Bourdieu comme « l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent (Bruni, 2016; Neyrand, 2015a) ». Cet énoncé intègre les mutations des modèles familiaux survenues ces dernières années en qualifiant la parentalité de lien particulier « entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit (Bruni, 2016) ». Le terme ' parent ' pourrait alors désigner « tout adulte ayant la responsabilité d'(élever) un enfant » (FNARS, 2009 et FPS, 2009 [en ligne] consulté le 15/09/2019).

Mais la réalité est plus complexe que cette apparente évidence : il apparaît bien dans cette définition un changement de paradigme par rapport à la vision traditionnelle de la famille. Le modèle d'autrefois institué par le mariage : un homme, une femme, géniteurs, et des enfants, cohabite actuellement avec d'autres types familiaux. Alors que le droit belge ne reconnaît le parent que dans la filiation, et n'accorde à chaque enfant que deux filiations (SPF Justice, 2019 [en ligne] consulté le 15/10/2019), nous constatons que des adultes endossent un rôle parental sans en avoir été chargés officiellement et sans avoir été reconnus juridiquement. Les adultes aujourd'hui désignés ou qui se désignent eux-mêmes comme parents, continuent d'assumer ou tiennent à assumer une « responsabilité à la fois juridique, morale et éducative (Lambooy, 2009), matérielle et culturelle (Bruni, 2016). Il est aisé de comprendre qu'ainsi concrétisée, voire revendiquée, la fonction du parent prime sur le statut de parent.

« La société a été forcée de reconnaître l'extrême diversité des pratiques parentales et des rôles sociaux parentaux » (Polivanova, 2018). C'est ainsi que du soutien aux familles, on est passé au soutien à la parentalité (Bastard 2006, cité par Martin 2012). Utiliser un mot nouveau pour correspondre à des constructions familiales nouvelles permet au monde politico-social de « nommer les nouvelles places, les nouveaux rôles et les nouvelles postures de tous ceux qui, de fait, participent à la mise en œuvre de la fonction parentale : beaux-parents, pères et mères dans les couples homosexuels, géniteurs dans la procréation médicalement assistée et la gestation pour autrui, parents d'accueils, [...] » (Coum, 2015). Nous utiliserons le mot « parentalité », mais le Canada réutilise *parentage* (MSEJ Ontario, 2017) qui se rapproche aujourd'hui de l'anglais « *parenting*, comme fonction associée à l'éducation ou pratique pour élever les enfants, distinguée de *parenthood*, comme rôle social particulier » (Polivanova, 2018).

## **1.2. La parentalité comme fonction responsabilisante**

Si la parentalité est une fonction, elle vise, selon Lamour et Barraco à ce que les parents répondent « aux besoins de leurs enfants à trois niveaux : le corps, la vie affective, la vie psychique » (1998, cités par Lamboy, 2009). Cette vision, limitée car elle met de côté la socialisation, a plus de 20 ans mais imprègne fortement jusqu'à aujourd'hui les pratiques et les opinions. L'exécution de la parentalité nécessite un bagage de compétences manipulées adéquatement par les parents au bénéfice de l'enfant. Dans cette perspective, « le rôle parental d'éducation est affirmé comme l'élément central de la socialisation de l'enfant et de la formation du citoyen, identifiant l'objet éducatif comme ressortissant d'un véritable ' travail parental ' qui constituerait la base d'un ' métier de parent ' qu'il s'agirait de promouvoir » (Neyrand & al., 2018).

Il est par ailleurs reconnu que dans la vie de l'individu, l'accès à la parentalité est « un immense événement » et la parentalité une période de « transition développementale » (Barimani & al, 2017). La parentalité s'acquiert au cours d'un processus transformateur, qui prend du temps et demande à l'individu de s'adapter : il s'agit d'une « transformation personnelle en parent » (Martin, 2012) qui concerne l'intériorité de la personne ainsi que son personnage social. « Avoir un deuxième enfant ou plus [...] constitue également une transition » (Roskam et al., 2015, Chap.3) qui peut être problématique à plusieurs égards.

Dans une perspective gestionnaire très actuelle, la conjonction de ces angles de vue fait de la parentalité un concept propre à être l'objet de politiques. Ainsi, les parents ou ceux qui endossent ce rôle sont tenus de participer à la construction d'un certain modèle de société par le biais de leurs enfants « quitte à sur-responsabiliser [ceux] qui ne peuvent satisfaire aux critères de la suffisamment bonne parentalité, impliquant une transmission normative adéquate (Neyrand, 2015a) ». Le Conseil de l'Europe popularise la notion de parentalité positive comme « un comportement qui privilégie l'intérêt de l'enfant en l'éduquant, en développant son autonomie, en lui donnant des orientations et une reconnaissance tout en lui posant des limites pour lui permettre de s'épanouir pleinement (Neyrand et al., 2018) ». En parallèle, certains « comportements, cognitions et conditions environnementales [...] sont dès lors considérés comme ceux qu'il convient de promouvoir auprès de tout parent » (Roskam et al., 2015, Chap.5).

## **2. La parentalité dans la précarité**

### **2.1. Le vécu des familles**

Souvent utilisée depuis 1987 par des organismes officiels, la définition de la précarité proposée par Wresinski, fondateur d'ATD Quart-Monde, reste actuelle : « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités [...] permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations

professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives (Wresinski, 1987) ». La précarité peut provenir de la pauvreté sans que cette relation soit automatique. « La précarité résulte [...] d'une multiplicité d'expériences. « Les précaires » ne forment donc pas un groupe homogène, auquel on peut associer une identité collective (Pinel-Jacquemin & al., 2018) ». La précarité liée au chômage, au travail mal rémunéré, au bas niveau de qualification, à l'isolement social, à la violence, à l'insalubrité du logement ou même à l'absence de domicile fixe, au statut d'étranger, au souci de santé voire au handicap, aux irrégularités administratives, ... autant de précarités qui racontent autant d'histoires de familles. D'après Le Blanc<sup>1</sup>, le précaire est un sans-voix, il manque de reconnaissance et de visibilité (Macherey, 2007) ; « ainsi, à la précarité économique, s'ajoute, bien souvent, une précarité relationnelle et sociale, qui pourra conduire à une précarité psychologique (Neyrand, 2005 cité par Pinel-Jacquemin et al., 2018) ». Le Service belge de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, relie la précarité et la pauvreté infantile notamment à « des familles nombreuses, des familles monoparentales et des familles d'immigrés » (Service de lutte contre la pauvreté [en ligne] consulté le 17/09/2019).

L'entrée dans la parentalité réclame d'autant plus de capacités d'adaptation qu'elle est vécue dans la précarité : le nouveau parent en situation précaire risque de se créer une identité de parent négative face « à la dévalorisation sociale et à la stigmatisation [...] : moins il aura le sentiment de répondre aux attentes et aux normes de la société, plus il pourra se sentir jugé négativement » (Pinel-Jacquemin et al., 2018). Le parent dans la précarité peut perdre confiance en lui s'il a « le sentiment de vivre une situation particulière différente des autres parents et [s'il ressent un] sentiment d'isolement » (UNAF, 2009 citée par Pinel-Jacquemin et al., 2018).

L'Union Européenne a agréé des « indicateurs spécifiques de (dé)privation [...] pour mesurer les difficultés quotidiennes des enfants et de leurs parents, représentées par une incapacité à se procurer certains biens et services ou à réaliser certains actes » (DGDE, 2019). « Les parents expérimentent subjectivement les conditions de vie relatives à la pauvreté non seulement comme des facteurs de stress mais aussi comme des menaces à leurs capacités à subvenir aux besoins de leurs enfants, les protéger ou simplement être avec eux » (Frame, 2001). Ces parents sont « débordés par un quotidien rempli de difficultés » (Pinel-Jacquemin et al., 2018), auxquelles ils consacrent leur temps, leur énergie physique et leur disponibilité émotionnelle, qui leur manquent ensuite pour leurs enfants (Frame, 2001). Cela est surtout vrai « quand il n'y a pas de sécurité matérielle et aussi [...] un manque de sécurité affective. [...] Les familles [...] vivent dans la peur constante d'être jugées incapables de s'occuper de leurs enfants et de se les faire 'retirer' » (Colin, 2018). Cependant, déclare Bernard De

---

<sup>1</sup> Le Blanc Guillaume : « *Vies ordinaires, vies précaires* », éd. Du Seuil, coll. La couleur des idées, 2007.

Vos, le Délégué général aux droits de l'enfant : « S'il y a bien une chose qui ne peut pas être enlevée à ces parents, c'est leur volonté tenace de protéger, vite et durablement leurs enfants de leur pauvreté (DGDE, 2019) ».

## **2.2. Les conséquences socio-sanitaires de la précarité sur les parents et les enfants**

Il est décrit que ces familles élèveront des enfants en moins bonne santé physique et mentale que ceux des familles aisées. « La santé et la maladie suivent un gradient social : plus la condition socio-économique est basse, moins la santé est bonne » (OMS, 2008). Les causes des différences entre le niveau de santé des uns et des autres ne sont pas que sociales, certes, certaines étant intrinsèquement liées aux individus et inévitables, mais les « inégalités sociales de santé sont de véritables injustices [...] parce qu'elles dépendent de déterminants sociaux » (Vandoorne, 2016), dimensions modifiables s'il existe une volonté sociétale dans ce sens. La recherche rapporte de nombreux exemples des effets néfastes des conditions de vie difficiles sur la santé :

- « La précarité et la pauvreté sont clairement liées à un suivi médiocre, voire inexistant, des grossesses et sont responsables d'une augmentation de fréquence des pathologies périnatales. [On peut même parler] de ' précarité médicale ' » (Pinel-Jacquemin et al., 2018).
- Les parents vivant les difficultés économiques comme un stress important démontrent plus de manques dans leurs interactions avec leurs enfants, liées aux contraintes de leur vie quotidienne [...] et un amoindrissement des capacités psychologiques nécessaires pour mener à bien le soin et la protection des enfants (Frame, 2001). « Les dépressions et les dysfonctionnements familiaux sont plus fréquents parmi les familles à statut socioéconomique faible » (Pinel-Jacquemin et al., 2018). Or, « la qualité des interactions parent(s)enfant(s) a un impact sur le développement cognitif et émotionnel de l'enfant et les premières expériences relationnelles influencent le fonctionnement ultérieur de l'enfant » (SFSP, 2016). (Voir détails point 2.3.) Le manque de stimulation ou le stress excessif provoqués par des conditions de vie contraignantes affectent le développement du cerveau de l'enfant (Morrison et al., 2014).
- L'isolement social, cause ou résultat de la précarité, réduit les compétences du parent « du fait qu'elles s'exercent [...] loin de la réassurance des figures familiales, dans une grande vulnérabilité psychologique » (Pinel-Jacquemin et al., 2018).
- Les difficultés de logement comme « la promiscuité au sein d'un foyer ou le fait d'être hébergé par des proches ou de devoir déménager régulièrement favorisent les tensions et augmentent ainsi le risque d'apparition de phénomènes de violence (Zaouche-Gaudron, 2017) ». Habiter dans un quartier défavorisé ou dans un environnement physique défavorable influence précocement le développement des enfants (Morrison et al., 2014).

- Pour certains des enfants élevés dans la pauvreté, les susceptibilités de quitter le domicile familial avant l'âge de 18 ans, ou de devenir parent précocement, sont augmentées. Cela entraîne un risque d'avoir un moindre niveau de scolarité [...] et peu de compétences professionnelles [...] et réduit leurs chances [...] de se suffire à eux-mêmes à long-terme (Cosner Berzin & De Marco, 2010).

### **2.3. Les dimensions du lien parent-enfant**

Il convient d'approfondir la notion de lien et d'interactions parent-enfant qui ont une influence prépondérante sur le développement du futur adulte. La littérature distingue 4 types de liens : biologique, psychique, affectif ou d'attachement et les interactions liées aux soins et à l'éducation.

Lors de la grossesse, le lien a d'abord un aspect biologique, car le cortisol sécrété au cours des épisodes de stress de la maman passe par le placenta (Dugnat, 2016). D'autre part, les soucis du quotidien relèguent au second plan le bébé qui n'est pas encore un problème et provoquent déjà une fragilisation du lien, cette fois dans sa dimension affective. Car, « dès la vie intra-utérine, le bébé humain est dans une relation autre que purement biologique avec cet autre humain qui le porte. Nous savons en particulier que le fœtus [...] se montre sensible à la parole et au son de la voix » (Crespin, 2016).

Dans sa première année, « le bébé a besoin que l'adulte [...] réponde rapidement et de façon adaptée à ses demandes pour se sentir en sécurité » (PMI, 2016). Se crée alors le lien d'attachement, celui dont font preuve les enfants « quand ils tendent à rechercher la proximité et le contact avec un donneur de soins particulier dans des moments de détresse, de maladie et de fatigue. [...] Il est [aussi] un jalon majeur du développement dans la vie de l'enfant et demeure un enjeu important tout au long de la vie » (Van Ijzendoorn, 2019), chaque fois que la personne devra entrer en relation intime. Le stress de la précarité nuit à la construction harmonieuse de ce lien d'attachement.

Dans sa dimension psychique, le lien unit le bébé à des adultes qui ont des « fonctions maternelle et paternelle » (pas obligatoirement un père et une mère) (Crespin, 2016). L'équilibre entre les deux produit la sécurité affective et physique en même temps que la reconnaissance de l'autonomie, toutes deux nécessaires au développement. L'isolement de la précarité met en péril cet équilibre. Certaines mères seules surinvestissent leur enfant, présentent « une subordination à leur rôle de mère et doivent se déprendre de l'emprise du maternel pour exister » (Zaouche-Gaudron, 2017) au risque de sombrer dans une relation fusionnelle néfaste autant pour l'enfant que pour elles.

Le bébé nécessite des soins constants au cours desquels les interactions avec ses parents renforcent la construction des liens affectifs et psychiques. Le lien du parent avec l'enfant plus âgé se poursuit dans les dimensions psychiques et affectives et « les comportements des parents et les relations de

*parentage* [interactions liées à l'éducation et aux soins] ont une incidence importante sur la santé mentale des enfants » (MSEJ Ontario, 2017). Envahi par ses émotions, l'enfant a besoin que son parent les lui explique (Naître et grandir, 2020 [internet] consulté le 06/06/2020), ce qui est impossible si le lien est fusionnel ou trop distancié. Un parent qui manque de confiance en ses capacités ou de connaissance sur les soins à apporter risque d'interagir de façon inadaptée (Frame, 2001; Mouton et al., 2018).

#### **2.4. Le risque de la stigmatisation et du parentalisme**

Il ne faudrait pas relier d'office « famille précaire » et « problèmes des enfants » et provoquer ainsi la stigmatisation de certaines populations. Tout parent a au fond de lui la crainte d'être jugé comme « mauvais parent », et chez le parent en situation précaire, cette crainte est exacerbée notamment parce qu'il « est davantage sollicité par les pouvoirs publics, en particulier dans le but d'assumer ses tâches éducatives, ses droits et ses devoirs vis-à-vis de l'enfant, mais aussi de la société » (Pinel-Jacquemin et al., 2018). Il se produit un cercle vicieux dans lequel « la crainte d'être jugé [le] rend inadéquat, hésitant, maladroit, ce qui renforce aux yeux de l'observateur l'idée de l'incompétence du parent et son sentiment à lui de disqualification » (Houzel, 2016).

Il faudrait également se garder de sombrer dans « le parentalisme, cette idée que l'éducation est la seule affaire des parents » (Neyrand et al., 2018). Il réduit l'individu à sa seule fonction parentale, méconnaissant « la façon dont les conditions de vie, les trajectoires vécues par les parents et les dispositions qu'ils ont pu acquérir délimitent les possibilités éducatives ». Il « constitue une négation des connaissances, aussi bien sociologiques que psychologiques, sur le processus de formation des enfants [...] qui est pluridéterminé [...] et de plus en plus affaire de coéducation et de cosocialisation concernant d'autres acteurs et instances » (Neyrand et al., 2018).

En plus d'être attentive à ces pièges, la réflexion sur la parentalité vécue dans la précarité doit permettre l'espoir car « il faut miser sur les forces et les compétences des familles et garder à l'esprit qu'il y a beaucoup de résilience » (Colin, 2018). « L'enfant pourrait être structurant pour certains parents en situation de précarité et agir comme un véritable moteur pour leur donner envie de dépasser leurs difficultés » (Houzel, 2009 et Neyrand, 2013, cités par Pinel-Jacquemin et al., 2018). Par ailleurs, il peut représenter une façon de « contribuer à la société » (Colin, 2018) du point de vue de parents qui se considèrent comme vivant en marge des standards de celle-ci.

Nous voici revenus à notre propos introductif, émis par la Commission des Déterminants sociaux de la Santé : « Les parents et les personnes qui s'occupent des enfants peuvent être d'une grande utilité [pour veiller sur leur développement en santé], mais il faut leur assurer un soutien de la part des pouvoirs publics, des organisations de la société civile et de la grande communauté » (OMS, 2008).

### 3. Le soutien à la parentalité

#### 3.1. Les niveaux de l'action

Le soutien des parents en situation de précarité se concrétise dans de nombreuses actions sur au moins deux plans : au niveau macro par des changements dans l'environnement, portés par des mesures politiques, et au niveau micro par des interventions centrées sur les familles concernées (Frame, 2001; FRB & UMons, 2019). Au niveau macro, elles doivent chercher à atténuer les effets négatifs des déterminants structurels et sociaux des inégalités de santé (Pierron et al., 2018). Intervenir à un échelon politique signifie par exemple « articuler différents niveaux de soutien pour contrer le processus de précarisation » (Morrison et al., 2014; Neyrand, 2015b) : mise à l'emploi et salaire suffisant, accueil de la petite enfance et enseignement de qualité et non-coûteux, logements et énergie à des prix accessibles (DGDE, 2019; FRB & UMons, 2019; Pierron et al., 2018; Pissart, 2015), cohésion sociale (CPAS Mons, 2012). Les actions ne doivent pas viser uniquement les familles les plus précarisées, mais « agir à travers le gradient social avec une intensité proportionnelle au niveau de défaveur sociale » (Poissant, 2015). Dans le cadre de ce mémoire, l'accent est mis sur les interventions micro, destinées très directement aux familles, au cours desquelles professionnels et parents sont en contact.

#### 3.2. Prévenir, éduquer et renforcer

##### 3.2.1. Une vision qui évolue

Le soutien à la parentalité dans sa conception actuelle est l'héritier d'« une logique profondément enracinée dans une série d'interventions publiques prenant pour cible l'enfant, ses parents, et plus globalement la famille depuis de nombreuses décennies » (Martin, 2012). Dès lors qu'« il n'est plus question d'élever un enfant, en mettant en œuvre des ' savoir-faire naturels ' mais de l'éduquer en mobilisant et développant des compétences multiples » (Lamboy, 2009), les actions professionnalisées de conseils se sont multipliées. Elles se diffusent jusqu'à aujourd'hui à travers de multiples media, qui décrivent « les bonnes conduites érigées en solutions pour les problèmes rencontrés par les parents dans leur mission éducative » (Martin, 2012).

**La nécessité d'agir auprès des parents dès la petite enfance**, définie comme la période allant du développement prénatal jusqu'à l'âge de 8 ans, est rappelée de façon intense dans la plupart des articles, rapports et autres sources d'information, depuis la publication de l'OMS en 2008 : *Comblent le fossé en une génération*. Dans un contexte où les futurs parents sont isolés, les **suivis individuels en maternité** complétés par des **visites domiciliaires** ont prouvé leur efficacité (Morrison et al., 2014; Poissant, 2017). Les accompagnements individuels sous la forme de séances de formation et d'information sont destinées à **augmenter le niveau de connaissance et à répondre aux questions**

**sur les soins aux enfants**, besoins particulièrement cruciaux jusqu'à l'âge de 2 ans (Poissant, 2017). Sous la forme de **suivi psychologique**, ces accompagnements rencontrent un besoin de soutien face aux bouleversements et aux inquiétudes. Les difficultés psychologiques des parents, accrues en situation de précarité, doivent orienter la conception des actions de soutien. Il faut « **renforcer, soutenir ou maintenir la santé physique et mentale** des membres de la famille » (Irwin et al., 2007). L'action initiée précocément doit se perpétuer dans le temps, **la continuité d'accompagnement** étant une incontournable qualité de ces interventions (Colin, 2018; FNARS, 2009) car elle permet l'instauration d'une **relation de confiance et de compréhension mutuelles** entre les parents et les professionnels. Dans la période périnatale, notamment chez les mères isolées, ce lien améliore la confiance ressentie dans leur capacité de réaliser les tâches en lien avec la maternité et le bien-être émotionnel (Balaam & Thomson, 2017).

### **3.2.2. Une vision au risque normatif**

Le Conseil de l'Europe sous la plume de Mary Daly<sup>2</sup> insiste en 2007 sur la composante « sociétale » de la parentalité et prolonge l'idée qu'il existe une norme en matière de parentalité. « Si par de nombreux aspects, son relationnel et ses pratiques sont d'ordre privé, la parentalité est également façonnée par ce que la société comprend et attend d'un comportement parental approprié et par la façon dont l'Etat bâtit sa politique publique » (Daly, 2007 citée par Martin, 2012). L'Europe prône une « parentalité positive » tout en « recommandant une approche plurielle, reconnaissant qu'il n'existe pas une façon standardisée d'exercer le rôle de parent » (Daly, 2007 citée par Martin, 2012). Cependant, elle néglige sans doute que ses normes, issues des classes moyennes et supérieures de la société, pourraient se trouver bien éloignées de certains parents aux réalités socioéconomiques très différentes.

## **3.3. Promouvoir, soutenir et accompagner**

### **3.3.1. Remettre les parents au premier plan**

Plus récemment tente de se mettre en place un type d'intervention de proximité avec les familles précarisées qui prend en compte le point de vue des parents, la « manière dont ils définissent eux-mêmes leur rôle et construisent progressivement un sentiment de compétence » (Martin, 2004, cité par Lamboy, 2009). Les intervenants ont alors pour attribution d'accompagner les parents dans leur recherche de solutions individualisées. Il s'agit de « promouvoir un mode d'accompagnement qui valorise la position parentale tout en dégageant une opportunité pour sa gestion collective » (Neyrand et al., 2018). Le soutien aux parents tend désormais vers un processus pour les aider à augmenter leur contrôle : prendre des initiatives, des décisions et résoudre des problèmes (Girard et al., 2014). Il

---

<sup>2</sup> Daly M. 2007 *Parenting in Contemporary Europe. A positive Approach*. Strasbourg, Council of Europe publishing.

s'agit d'intensifier ce qu'on commence à appeler l'*empowerment* ou « renforcement du pouvoir d'agir » (Aujoulat, 2017) des parents. On observe un mode d'échange nouveau entre parents et professionnels : il devient davantage réciproque et horizontal. La mise en place de ces interventions novatrices passe par des prises de conscience et des postures exigeantes pour les intervenants. Il est tout d'abord nécessaire que ceux-ci adoptent « des attitudes favorables et bienveillantes envers les familles, avec le moins de préjugés possible [...] qui vont respecter la dignité des personnes et leurs valeurs [...], reconnaître et valoriser les compétences des parents et, surtout, développer avec eux une vraie relation de confiance » (Colin, 2018). Dans ce but, « les professionnels 'supposés savoir' et parfois même attendus comme tels par les parents [doivent d'abord reconnaître] qu'il n'y a pas de savoir objectif et absolu sur la question » (Coum, 2015) et abandonner leur position d' uniques détenteurs.

Dans la transmission d'informations et le soutien aux parents précarisés, la création et la préservation du lien de confiance avec les professionnels commence par « les **considérer comme des parents experts** et dignes de respect, au même titre que tout parent » (Pinel-Jacquemin et al., 2018). Il s'agit de **tenir compte des savoirs des parents** pour définir le problème et lui rechercher des solutions (ONE, 2012; Pierron et al., 2018), de considérer les **parents comme co-acteurs** (FNARS, 2009). En agissant de la sorte, l'action de soutien va **augmenter chez les parents le sentiment d'auto-efficacité** mis à mal par les conditions de vie difficiles. Permettre aux parents de faire un choix éclairé, par exemple, les aide à « affirmer leur identité parentale, indépendamment de leur situation de précarité économique » et contribue à augmenter leur pouvoir d'agir (Girard et al., 2014; Pinel-Jacquemin et al., 2018). Pour y parvenir, **les groupes de parole parentaux** ont démontré leurs nombreux bénéfices (Hickey et al., 2016). Ces groupes permettent l'échange d'expériences, la rupture de l'isolement, l'expression des difficultés. Ils augmentent l'autonomie des parents dans l'éducation de leurs enfants (Pinel-Jacquemin et al., 2018).

Les conditions de vie précaires nuisent aux relations entre les membres de la famille et les actions de soutien doivent chercher à **améliorer la qualité du lien d'attachement et des interactions** entre enfant(s) et parent(s) (Irwin et al., 2007) et viser à **maintenir l'unité familiale** dans la mesure où celle-ci reste positive pour l'enfant (FNARS, 2009). En Belgique, **les lieux de rencontre parents-enfants** sont une autre façon de faire se rencontrer les parents entre eux, cette fois en présence de leurs enfants et de professionnels (Pissart, 2015). L'isolement social est une souffrance qu'il faut combattre en **renforçant le soutien social actif** autour du parent précarisé (Pinel-Jacquemin et al., 2018). Appuyer la place du père comme co-parent, par exemple, permet de lutter contre les difficultés spécifiques des mères seules avec enfant(s) (Irwin et al., 2007; Neyrand, 2015b).

### 3.3.2. Tenir compte de la diversité

Les parents se présentent aux intervenants avec une grande diversité dans la conception de ce qu'est la parentalité, et dans la manière de vivre cette parentalité, que le professionnel doit chercher à **comprendre et à respecter** (FNARS, 2009; Neyrand, 2015b; ONE, 2012; Pierron et al., 2018).

La pertinence d'une action de soutien se mesurera également par sa capacité à **tenir compte des réalités locales** (FNARS, 2009) **et du contexte de vie** (ONE, 2012) afin que l'accompagnement reste inscrit dans une dimension concrète. Si les familles en situation de précarité observent l'effet réel et suffisamment rapide des actions, elles seront d'autant plus mobilisées (EAPN, 2009).

La diversité réside aussi dans la différence d'origine culturelle, liée ou non à l'origine ethnique, et peut amener un problème d'incompréhension. Si le professionnel réalisait (jusqu'à présent) une évaluation implicite des compétences parentales, en interprétant intuitivement ses observations, il lui faut désormais tenir compte des différences culturelles. « Les professionnels culturellement compétents valorisent la diversité, respectent les différences, sont conscients de leurs biais, comprennent les stigmatisations et sont bien informés » (Roskam et al., 2015, Chap. 10).

Concrètement, **une analyse des besoins doit être menée** préalablement à toute intervention, en collaboration avec les parents. Elle requiert une « capacité du professionnel à faire face au désaccord tout en gardant une attitude respectueuse [...], à **se décentrer de ses propres représentations** de ce qu'est la (bonne) parentalité et à **comprendre les systèmes de références [qui sont] à l'œuvre**, les siens et ceux des parents » (ONE, 2012).

### 3.3.3. Aller au-devant des besoins des parents

Les familles précarisées n'ont pas l'habitude d'exprimer directement leurs besoins, pour différentes raisons, dont la peur d'être jugés, l'ignorance des services existants, les difficultés d'accès... (Poissant, 2016 citée par Vandoorne, 2016). Pour cette raison, il faut tenter de **rencontrer les publics qui ont besoin** de ces interventions et qui sont les plus susceptibles de ne pas y avoir accès (Dugnat, 2016; Irwin et al., 2007; Vandoorne, 2016). Les professionnels vont donc **agir de manière proactive, en réseau**, et assurer de la coordination entre les différentes structures de soutien (Pissart, 2015) ainsi qu'entre organismes sociaux et organismes de santé (Irwin et al., 2007).

Autre obstacle, clairement identifié, à l'expression des familles de milieu défavorisé : leur faible niveau de littératie<sup>3</sup> (Nutbeam, 2008). Il « constitue une des grosses difficultés d'accès aux services et à l'éducation à la santé car [...] [il] ne leur permet pas de décoder ni d'intégrer le contenu [des]

---

<sup>3</sup> Littératie en santé : « Motivation et capacité des individus à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé ». Sørensen et al. Health literacy and public health : A systematic review and integrations of definitions and models. *BMC Public Health* 2012 ; 12 :80.

messages [des professionnels] » (Colin, 2018). Ce décalage exige un **effort d'adaptation du contenu** de l'information suivi d'un élargissement ou d'un approfondissement progressif des réponses, des explications et des concepts apportés lors des interventions.

### **3.3.4. Limites de la promotion de l'*empowerment***

Dépasser ces écueils favorise la participation des parents : ils sont appelés à « prendre une place dans la construction et l'appropriation des savoirs et des compétences qui leur sont nécessaires pour s'adapter à leur [...] rôle » (Bernard & Eymard, 2012). Ne s'agit-il pas là encore de responsabiliser les parents, en premier lieu et majoritairement ? « Les professionnels sont sommés [...] de produire [la société] en obtenant des parents ou des jeunes leur adhésion aux normes, [...] sans remise en cause du système. [...] Si les intervenants ne considèrent pas leurs usagers comme responsables de leur situation actuelle, ils les rendent néanmoins responsables des solutions à trouver pour se sortir de leurs difficultés » (Neyrand et al., 2018). Mais dans le cas des familles précarisées, il est incohérent de vouloir favoriser ainsi l'*empowerment* alors qu'elles se trouvent dans une insécurité sociale qui ne leur laisse pas vraiment la liberté d'action nécessaire pour souscrire à cette logique de contrat articulée à leur responsabilisation (Neyrand et al., 2018). Ce serait rajouter frustrations et injonctions paradoxales à un vécu déjà compliqué.

## **3.4. Agir sur le contexte**

### **3.4.1. Agir avec tous les acteurs sociétaux**

Reconnaître que tous les parents ont des compétences est un premier pas, le second est de reconnaître que l'éducation est l'affaire de toute une société, d'acteurs multiples et à tous les niveaux. Daniel Coum élargit l'angle d'appréhension de la ' famille ' et parle de « structure anthropologique qui permet à un enfant de devenir adulte » pour laisser une grande liberté dans la forme donnée à la construction sociale à l'œuvre. Les politiques de soutien à la parentalité ont pour tâche de la reconnaître et de « la soutenir en encourageant l'investissement de l'enfant par chacun et le partage de l'enfant par les différents adultes qui s'en occupent » (Coum, 2015). Il vise ainsi deux types d'acteurs : ceux qui au quotidien contribuent directement à élever l'enfant et ceux dont les actions auront sur lui une incidence. « Parents » de tous types mais aussi éducateurs, enseignants... sont invités à se reconnaître coresponsables.

« L'idée de coéducation [...] permet de replacer l'éducation parentale dans le contexte plus large des interactions éducatives de multiples instances » (Neyrand et al., 2018). Cette idée ne va pas de soi dans notre société et ceci pour deux raisons. La première raison est la place centrale qui y est accordée à l'enfant, faisant de lui un enjeu d'investissement parental important. Comment passer de la logique « d'avoir un enfant » à celle de « former un adulte » ? Il s'agit dès lors, d'une part d'agir auprès des parents en faisant alliance avec eux, d'autre part d'agir auprès des enfants en favorisant la délégation

parentale. Dans cette optique, les professionnels se posent non comme intervenants face à de possibles défaillances, mais d'emblée comme co-acteurs, « citoyens investis conjointement et solidairement de cette responsabilité d'éduquer un enfant, c'est-à-dire de former un adulte » (Neyrand et al., 2018). Cela signifie « de partager avec [les parents] le souci qu'ils ont de leur enfant, [...] ce qui suppose d'être dans le lien, et ce faisant, de leur faire faire l'expérience de n'être pas seuls à éduquer leurs enfants » (Neyrand et al., 2018). La seconde raison est qu'élargir la responsabilité de l'éducation des enfants à tous les acteurs d'une société impose à cette même société de reconnaître ses propres défaillances et de vouloir y remédier. Or nous constatons que jusqu'ici cette remise en question n'a pas été amorcée. Qui réclame, selon un changement de paradigme, plus d'investissement dans les responsabilités partagées ? Les organismes intéressés en premier plan par le soutien à la parentalité ne remettent pas ostentatoirement en question la logique des aides dirigée vers une cellule familiale, voire vers un enfant. Il faut croire que cela ferait trop de bruit...

### **3.4.2. Agir sur des déterminants sociaux**

Réduire les inégalités sociales, causes de précarité, c'est permettre aux parents de s'extraire du cycle de la précarité, tâche impossible à réaliser par leurs seules forces. Plus difficile à percevoir, avec moins médiatisée, la vision soutenue par les travaux sur les déterminants sociaux se fraie lentement un chemin. Une revue de la littérature internationale sur les programmes *evidence-based* de soutien à la parentalité menée en 2012 révèle que s'ils « se situent effectivement dans une dynamique de promotion de la santé en agissant sur les déterminants de la santé liés aux relations, à l'environnement, au travail, à la culture, à la famille, [...] ils démontrent plutôt [...] un attachement à des logiques de risques et de prévention qui ne constituent qu'un aspect limité des dynamiques de promotion de la santé » (Delawarde et al., 2014b). En Europe, une revue systématique des interventions de soutien à la parentalité visant à réduire les inégalités sociales de santé parmi les enfants, met en évidence « la nécessité de diriger des actions vers les conditions de vie quotidienne qui rendent difficile la parentalité positive » (Morrison et al., 2014).

Ceci requiert « des stratégies politiques explicites, multidimensionnelles et intégrées en direction des enfants et des investissements dans la réduction de la pauvreté » (Morrison et al., 2014). Gérard Neyrand écrit qu'« il importe de distinguer, dans l'approche des personnes en situation précaire, les dimensions économique, sociale, culturelle et psychologique qui composent cette précarité et la rendent complexe et difficile à prendre en charge » (Neyrand, 2015b). La Fondation Roi Baudouin met en évidence plusieurs leviers d'action au niveau des politiques communales, permettant de prendre en compte les différences contextuelles géographiques. Parmi ceux-ci, citons : la garde d'enfants, l'outil extrascolaire, le soutien aux familles et à la parentalité mais aussi le logement, le travail, les revenus » (FRB & UMons, 2019).

### **3.5. Evolution et coexistence de trois types d'approche**

Il n'est pas anodin que les trois grands types d'approches du soutien à la parentalité se distinguent dans la littérature parcourue chronologiquement. La première, prévenir, éduquer et renforcer correspond assez bien à la vision positiviste, qui pousse à l'instauration de « stratégies préventives à l'efficacité empiriquement évaluée » surtout « dans le but d'assurer la viabilité financière du système de santé ». Plus tard, la conception constructiviste, par les actes de promouvoir, soutenir et accompagner, donne « la priorité à la qualité des interventions et à la liberté des usagers et des professionnels de la santé ». La dernière vision, écologique, se rapproche de la première en ce qu'elle vise la prévention dans son action sur le contexte, mais cette fois par « l'instanciation d'équité et de justice sociale » (Delawarde et al., 2014b).

On le voit, les interventions destinées à soutenir les parents dans un contexte de précarité répondent idéalement à de nombreux critères afin d'être adéquates et prennent des formes variées. Il serait intéressant d'examiner de plus près ce qui est réellement mis en œuvre et si la pratique rejoint la théorie. C'est dans cette optique que nous allons nous rapprocher du soutien à la parentalité dans un contexte urbain particulier, celui de la ville de Mons.

## **4. Contextualisation du soutien à la parentalité**

### **4.1. Le niveau de la précarité des familles à Mons**

Mons est une ville d'environ 95 600 habitants, si l'on compte également les 18 villages qui composent le grand Mons. La ville est située dans le Hainaut, province défavorisée de Belgique, et sur un ancien axe houiller et industriel, allant de Saint-Ghislain à Fleurus. Sur cet axe, les données socio-démographiques et économiques sont assez semblables et diffèrent des autres centres urbains de la province : par exemple, les indicateurs du revenu médian, du chômage ou le nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale, y sont plus défavorables dans le reste de la Province (Hainaut Stat [en ligne] consulté le 02/01/2020) (Annexe 1).

La situation économique de la région montoise est bien connue et je me contenterai donc de citer le CPAS : « Les revenus [...] trop bas ne permettent plus de faire face à des dépenses normales. [...] de plus en plus de situations de surendettement sont dues à des dettes du quotidien (téléphonie, loyer, courses [au supermarché], mais aussi frais médicaux et d'hospitalisation), pas par des achats luxueux ou inconsidérés » (CPAS, 2019). Plus de la moitié des familles monoparentales (53,3%) se dit incapable de faire face à une dépense imprévue (StatBel, 2017 [en ligne] consulté le 03/05/2020).

Les profils de famille corrélés à la précarité sont présents à Mons. En 2018, 38,9% de toutes les familles avec enfant(s) sont monoparentales, comparés à 26,69% pour la Wallonie (FRB, 2019 [en ligne] consulté le 3/05/2020). Dans 8 cas sur 10, le parent isolé est une femme (Pissart, 2015). Près

de 4 sur 10 de ces familles sont à risque de pauvreté : soit qu'elles manquent de revenus, soit qu'elles souffrent de privation matérielle, soit que l'intensité de travail y soit faible (StatBel, 2017 [en ligne] consulté le 03/05/2020). On estime que 200 à 400 personnes sont « sans papier » à Mons (RTBF [en ligne] consulté le 18/05/2020). Elles n'ont droit qu'à l'aide médicale urgente, l'aide psycho-sociale et l'aide administrative (CPAS, 2019). Le taux de mamans qui ont moins de 18 ans, 7,4‰, est semblable à celui du reste du Hainaut et inférieur à celui de la FWB (8,1‰) (OSH, 2019).

À Mons, les logements à loyer social sont largement occupés par des familles monoparentales (38,8% de femmes seules avec enfants logés par l' AIS). Les 32 logements provisoires mis à disposition en cas d'urgence par le CPAS sont tous occupés par des familles, dont 57% sont monoparentales (CPAS, 2019) et ils ne suffisent pas pour répondre à la demande.

En Belgique, la trajectoire scolaire des enfants est clairement dépendante du niveau socio-économique et de la culture familiale (Pissart, 2015). Finalement, 13,1% des jeunes à Mons ne parviendront pas à décrocher un diplôme au-delà du primaire, et 57% au-delà du secondaire (OSH, 2019).

Parmi les personnes vivant dans la précarité, 1/5 n'a pas de réseau social (contre 1/10 pour celles qui ne vivent pas dans la précarité) (StatBel, 2019 [en ligne] consulté le 03/05/2020). À Mons, 200 personnes environ suivent un programme du Service d'Insertion sociale chaque année (CPAS Mons, 2017) et ces groupes participent à des animations par les CPF.

La violence intra-familiale a poussé plus de 550 personnes, la plupart des femmes accompagnées d'enfants, à demander de l'aide au service VIF du CPAS de Mons. C'est une augmentation de 10% par an (CPAS, 2019).

L'examen de ces chiffres apporte une confirmation que de nombreux parents ont besoin de soutien pour améliorer les conditions de vie de leur famille.

#### **4.2. Les dispositifs de soutien à la parentalité à Mons**

Le soutien à la parentalité concerne de nombreux organismes à Mons, certains dépendent de niveaux de pouvoir communautaires et communaux, d'autres sont associatifs (Annexe 2). Parmi eux, le Centre public d'Action sociale, l'Office de la Naissance et de l'Enfance, le Service d'Aide à la Jeunesse, les Centres psycho-médico-sociaux, les Centres de Planning et de Consultation familiale et conjugale, la Ligue des Familles... offrent à Mons l'éventail des services qu'ils mettent également à disposition sur tout le territoire de la Région. Lieux d'accueil de jour, lieux d'hébergement temporaire, consultations dans les hôpitaux et dans les communes, suivis individuels de jeunes en matière de scolarité, d'éducation, d'orientation professionnelle, consultations médicales, éducation à la vie relationnelle, sexuelle et affective, ... sont à la disposition de tous les parents.

Certaines associations ont mis sur pied des actions d'accompagnement particulières destinées aux parents qui vivent en situation de précarité (Annexe 2). Accordages » accompagne au domicile des « futurs parents ayant des difficultés sociales, psychologiques, médicales » (Accordages [en ligne] Consulté le 03/11/2019). La Coordination GAP pour Grossesse Adolescence Parentalité, organise un Lieu de rencontre enfants-parents pour de très jeunes parents et leur enfant (Coordination GAP 2019 [en ligne] consulté le 03/11/2019).

Trois Centres de Planning et de Consultation familiale et conjugale (CPF) sont disponibles sur le territoire communal de Mons. Ils ont pour finalité de « contribuer à l'optimisation de la santé et à l'épanouissement social en abordant les aspects de la vie affective, relationnelle et sexuelle », et devront dans ce but, entre autres, permettre à leurs usagers de disposer « de soutien [...] à la parentalité responsable [...] [et] de la liberté de choix quant à l'opportunité ou la continuité d'une grossesse (RW, 2014). Cependant, chacun affiche son orientation philosophique propre et ses axes de travail particuliers. L'anonymat garanti et la pratique de prix réduits dans leurs consultations attirent des usagers aux profils spécifiques. Combinée à ces avantages, ils organisent une mission d'accueil sans rendez-vous préalable. En matière de parentalité, tous les Centres proposent des consultations individuelles et l'un d'eux permet des interruptions de grossesse (FPS [en ligne] consulté le 02/11/2019). *La Famille Heureuse* est le seul CPF à proposer une combinaison d'actions rassemblées, visant à soutenir la parentalité sous une dénomination commune.

### **4.3. Le Centre de planning familial *La Famille Heureuse***

Comme les autres structures qui s'impliquent actuellement dans le soutien à la parentalité en région montoise, *La Famille Heureuse* est marquée par l'évolution des pratiques autour de ce sujet. Acteur dès 1965, ce CPF est le premier à ouvrir en Hainaut<sup>4</sup> et propose alors des méthodes de contraception. « C'était de faire en sorte que les naissances, au lieu de se faire au hasard, puissent être voulues. C'était aussi éviter l'arrivée d'enfants non-désirés, parfois mal aimés ; c'était, par voie de conséquence, réduire le nombre d'avortements clandestins (Planning familial « La Famille Heureuse » de Mons [en ligne] consulté le 25/10/2019). *La FH* adhère à la Fédération laïque des Centres de Planning familiaux et en 2005, 40 ans après sa création, elle fait du soutien à la parentalité un de ses axes de travail principal. Elle affirme : « Notre centre, le plus important du bassin de soins, s'adresse aux enfants (nés ou *in-utero*), aux adolescents et aux adultes habitant, résidant ou transitant sur le territoire de Mons-Borinage. Ces derniers, souvent en grande précarité (sociale, économique, culturelle, affective,...) sont peu mobiles (Leroy, 2018) ». *La FH* met en évidence les motivations

---

<sup>4</sup> Il existe à Frameries un autre CPF portant le nom de « La Famille Heureuse ». Mais dans la suite de ce travail, l'acronyme : *La FH* sera utilisé pour « La Famille Heureuse de Mons ».

générales des usagers du CPF : « Nos bénéficiaires fréquentent généralement notre service en raison des facilités financières et d'organisation octroyées, de la disponibilité et de la diversité de nos intervenants » (Lecompt, 2012). Nous en reparlerons longuement plus loin.

#### **4.4. Le projet de soutien à la parentalité *Bulles de soi***

*La Famille Heureuse* précise en 2012 les contours de ce qu'elle avait appelé jusque là son « Projet Parentalité » et qui prend désormais le nom de « *Bulles de Soi* ». Son rôle est d'« accompagner toute personne en questionnement autour de la naissance et/ou de la parentalité » (Lecompt, 2012). Le projet dispose de son propre site internet (*Bulles de soi* (a), 2012 [en ligne] consulté le 25/08/2019, qui permet d'entrer en contact par mail avec l'équipe, ainsi que de sa page Facebook : « *Bulles de soi, accompagnement à la naissance et à la parentalité* » ((b) 2012 [en ligne] consulté le 25/08/2019) où sont déposées plusieurs fois par mois des publications, souvent des vidéos. *Bulles de Soi (BDS)* annonce des possibilités d'accompagnement individuel et en groupe. Individuellement, les parents peuvent bénéficier d'un suivi au niveau psychologique et au plan social, avant comme après la naissance, et également d'un autre service axé sur le corps : la préparation affective à la naissance<sup>®</sup>, le toucher affectif, les massages femme enceinte et bébé... En groupe, *BDS* a actuellement suspendu son offre. Au travers de son site et d'un folder disponible à l'entrée du CPF (Annexe 3), il décrit son angle de vue pour l'action : « soutien à chaque personne en demande ou en difficulté autour de la parentalité quelle que soit sa situation sociale, financière ou affective, écoute attentive, travail en réseau, climat de confiance, information des droits et aides possibles ». Il précise des objectifs pour les parents : « Pouvoir exprimer ses peurs, être rencontré dans ses émotions, être préparé à la naissance, soutenir le lien d'attachement et être entouré pour être entourant » (*Bulles de soi* (a), 2012 [en ligne] consulté le 25/08/2019).

*Bulles de Soi* est un programme de soutien à la parentalité inscrit dans une histoire institutionnelle, au cœur d'une ville du Hainaut. Un projet fondé par des professionnelles de terrain, animé par elles, modelé au fil du temps par ses actrices aux formations différentes. Une idée qui, mise en œuvre, a suscité de l'adhésion par-delà les obstacles, grâce à la certitude de répondre à un besoin dans la population. La spécificité de *BDS* interpelle mais nous ne savons pas dire de quoi elle est faite. Observer ce programme en profondeur serait une manière de comparer la mise en pratique d'une intervention de soutien à la parentalité en milieu précarisé avec ce qui est préconisé dans la théorie.

## **5. L'évaluation d'un dispositif de soutien à la parentalité**

### **5.1. Les dispositifs de soutien à la parentalité : des programmes sociaux**

En plus des problèmes communs à tous les parents face aux soins et à l'éducation des enfants, le public de parents en situation de précarité rencontre des besoins récurrents et multiples, particuliers à sa position difficile, auxquels il faut répondre de manière pluridisciplinaire, que ce soit dans l'urgence ou à long terme. Un ensemble d'actions combinées dirigées vers les parents en vue de les guider, de les soutenir, de les accompagner dans différents aspects de leur parentalité peut être vu comme un programme à but social. Il est complexe vu : « l'obligation de s'adapter sans cesse, de viser des buts socialement légitimes, d'utiliser de façon efficace et efficiente ses ressources et de faire partager aux différents acteurs une vision commune de l'intervention » (Contandriopoulos et al., 2011) et il est évolutif parce que « toute pratique sociale se co-construit avec l'utilisateur et ne peut de ce fait s'enfermer dans une formalisation trop rigide » (FNARS, 2009).

L'importance sociale de l'accompagnement de la parentalité a été largement soulignée dans la littérature : il est primordial de s'assurer que les décisions prises en matière de budgets et d'interventions aient des effets positifs sur la vie des familles et la santé des enfants afin, à plus long terme, d'améliorer la qualité de vie globale d'une société. Les actions de soutien aux parents devront permettre aux futurs adultes de sortir du cercle vicieux de la précarité. Il en résulte que la mise en œuvre et la pérennisation d'une telle intervention ne se justifie d'une part, que si elle est légitime en ce qu'elle répond réellement à un besoin existant et d'autre part, que si elle est imputable en ce qu'elle parvient à le corriger à un coût soutenable pour la société.

### **5.2. L'évaluation d'un programme social**

Comme *Bulles de soi* s'inscrit effectivement dans les contours de ce que représente un programme social, l'utilisation d'une évaluation peut renseigner sur la manière dont il mène le soutien à la parentalité dans son contexte particulier. Rossi, Lipsey et Henry expliquent que l'évaluation complète d'un programme social comprend l'estimation de 5 domaines du programme : l'évaluation du besoin, la forme de l'intervention, l'implémentation, les résultats et l'efficacité. L'évaluation du besoin porte sur l'existence d'une situation problématique et donc sur la nécessité de développer un programme : elle permet de déterminer « l'écart entre les conditions sociales actuelles et les conditions jugées comme étant acceptables dans la société » (Rossi et al., 2019). La forme du programme, son *design*, est un « plan conceptuel et opérationnel [...qui] doit refléter des hypothèses valides au sujet de la nature du problème et représenter une approche réalisable pour réduire l'écart entre les niveaux actuels et des niveaux acceptables des conditions problématiques » (Rossi et al., 2019). L'implémentation du programme, estimée au cours d'une évaluation de processus, s'assure que les

actions sont effectivement réalisées comme prévu : cette évaluation éclaire à la fois la qualité du design et le niveau des résultats obtenus. Les résultats sont mis en évidence par une évaluation d'impact ; elle recherche des variations de mesures de ceux-ci, dans le sens d'une amélioration. Ces résultats ou *outcomes* sont des indicateurs d'effets attendus du programme, en fonction de ses objectifs. Les interactions entre les différents domaines de l'évaluation démontrent que dans un programme à visée sociale, de mauvais résultats peuvent être expliqués aussi bien par une estimation erronée des besoins, que par un plan conceptuel et opérationnel basé sur des conceptions fausses ou irréalistes, ou encore par une mise en œuvre incomplète. Par ailleurs, le dernier domaine de l'évaluation, l'analyse coût-efficacité, renseigne ce qui intéresse les pouvoirs subsidants au plus au point : l'efficacité d'une intervention (Rossi et al., 2019).

Dans le cadre de ce mémoire, le choix réalisé pour orienter l'évaluation est dicté par la question déjà initiée plus haut : nous ne savons pas comment *Bulles de soi* compte soutenir les parents vivant dans la précarité. À quels problèmes l'équipe est-elle confrontée ? Comment s'organise-t-elle pour y répondre ? Quels bénéfices espère-t-elle observer et comment dirige-t-elle ses actions pour les atteindre ? Quelles hypothèses sous-tendent l'action des intervenantes ? Rassembler ces questions me permet de parvenir à l'objet principal du travail :

**« Comment un programme de soutien à la parentalité au sein d'un planning familial se structure-t-il pour répondre aux besoins d'un public en situation de précarité ? »**

## 1. Objectif et délimitation de la recherche

### 1.1. La théorie du programme comme point de départ

Si les recherches dans la littérature proposent bon nombre d'évaluations d'actions de soutien à la parentalité, y compris en milieu précaire, la plupart concernent les résultats des interventions et le rapport coût-efficacité. Une revue de la littérature relative à l'accompagnement à la parentalité des dix dernières années, menée par Annabelle Pierron, met en évidence que les interventions sont évaluées en termes d'efficacité mais ne précisent pas assez dans quelles circonstances et auprès de quels publics elles ont lieu » (Pierron, 2018). Cela peut conduire à l'inadaptation des actions aux problèmes particuliers de certains groupes, à qui elles ne conviennent pas. Il s'agirait donc, préalablement à l'étude de résultats, de s'assurer que le programme est adéquat et de viser son amélioration. « Les approches d'évaluation [...] doivent être capables de tenir compte de la complexité, de l'aspect évolutif et des interactions avec le contexte » des interventions mises en œuvre (Parry et al., 2018). La première des conditions pour parvenir à cette qualité d'évaluation ne serait-elle pas d'obtenir « un accord parmi toutes les parties prenantes [...] sur la théorie de changement » (Parry et al., 2018), celle-ci décomposant « en différentes étapes le processus de changement social attendu par la mise en œuvre d'une activité, d'un programme ou d'un projet. Elle facilite le travail de définition des objectifs et permet de dessiner les 'connexions' logiques entre les objectifs poursuivis, les moyens mobilisés et les activités concrètes que le projet propose au public cible » (Kramme, 2018). Rossi et ses collègues sont d'avis de s'assurer préalablement que la théorie du programme est solide : « à quoi servirait-il [...] d'observer les résultats d'un programme dont les hypothèses sont irréalistes ? » (Rossi et al., 2019).

Puisqu'un programme de soutien à la parentalité comme tout programme social se destine à une population définie au sein de laquelle il doit s'implémenter afin de produire les effets attendus, il devrait s'ancrer dans la recherche et l'observation. Or « les professions de services aux humains travaillent avec des répertoires de services établis et de types d'interventions associées avec leurs spécialités respectives. Cela a pour résultat qu'un design de programme est souvent une manière de configurer une variation de services habituels dans un emballage qui semble approprié au problème social sans analyse rapprochée de l'adéquation entre ces services et la nature spécifique du problème (Rossi et al., 2019) ». *Bulles de soi* ne fait pas exception à la règle, raison pour laquelle je me suis posé la question qui guide cette recherche.

## 1.2. Justification de l'approche

Idéalement, une théorie de programme se dessine à l'initiative, lorsque le programme débute sa mise en œuvre, avec la collaboration de toutes les parties prenantes. Mais si le programme est déjà actif depuis plusieurs années, une redéfinition de la théorie de programme peut être très utile pour s'assurer de son adéquation dans un contexte changeant, et ainsi éventuellement lui apporter une amélioration. Bien que *Bulles de soi* ait débuté il y a plusieurs années, j'avance qu'il serait opportun d'en faire l'objet d'une étude de cas et de chercher à décrire sa théorie de programme, telle qu'elle existe actuellement, et ce pour plusieurs raisons.

D'abord parce que le problème de soutien à la parentalité en situation de précarité que le programme souhaite gérer est d'actualité et a été remis à l'avant-plan suite aux préoccupations sociales et aux mouvements migratoires récents. Dans sa déclaration de politique 2019-2024, la Fédération Wallonie-Bruxelles consacre un chapitre complet de ses intentions à l'enfance et à la parentalité, mettant un accent certain sur les mesures destinées à lutter contre la pauvreté, l'exclusion, les inégalités... et les mesures visant à soutenir les structures d'accueil, de soutien, d'information et d'accompagnement (FWB, 2019).

Ensuite parce que les politiques de santé s'orientent davantage vers la prévention ; celle-ci, amorcée au plus jeune âge, porte davantage ses fruits à l'âge adulte. Le gouvernement de la FWB souhaite appuyer « les accompagnements des familles [...] avec une attention particulière pour les familles en difficulté ». Il souhaite renforcer les lieux de consultations et de suivi des enfants « afin d'en faire un véritable lieu de soutien à la parentalité pendant les premières années de développement de l'enfant » et affirme désirer « mettre en place des instruments de soutien spécifiques à la monoparentalité afin de lutter contre le risque de pauvreté » (FWB, 2019).

Enfin parce que, comme la problématique du soutien aux familles précarisées est hautement complexe, elle nécessite un regard sans cesse renouvelé et une adaptation des gouvernances basée sur une situation contextualisée. Les besoins des parents et les moyens disponibles pour les aider sont dépendants de l'environnement économique, social et politique local. À Mons où le volet social communal est aux mains du CPAS, les fins de droit aux allocations de chômage depuis 2015 ont fait augmenter le nombre de dossiers sociaux. En 2019, 3316 personnes bénéficient du revenu d'intégration sociale (RIS), c'est une augmentation de plus de 30 % en 5 ans ! Le nombre de dossiers traités par le service de médiation de dettes ne cesse d'augmenter (CPAS, 2019). Le taux de chômage à 14,7% est le double du taux de chômage belge (Berra, Remisz, & Van De Voorde, 2020). Le CPAS reconnaît l'insuffisance des places d'accueil de la petite enfance par rapport à une demande qui ne cesse d'augmenter (CPAS, 2019). Le taux de couverture de la petite enfance, ou nombre de places d'accueil rapporté au nombre d'enfants en âge de les fréquenter, est de 28,2%, environ 11% de moins

que la moyenne belge (Berra et al., 2020). Le contexte où sont offertes les activités de *BDS* n'est plus le même que celui qui a vu sa création.

Rajoutons un dernier argument, ce programme se distingue par son originalité : il prend forme dans un planning familial, alors que ce type d'institution offre traditionnellement peu de projets qui regroupent plusieurs disciplines autour d'un même bénéficiaire et il offre une vision pionnière lorsqu'il base l'une de ses actions sur l'axe corporel (Bulles de soi (a), 2012 [en ligne] consulté le 25/08/2019). Il est donc intéressant de se demander comment le programme *Bulles De Soi* se dessine, au sein de *La Famille Heureuse* ; quelles théories, quelles hypothèses sont utilisées par les actrices et comment elles sont reliées ; comment le programme a été pensé, organisé, pour mener à bien ses buts de soutien ou d'accompagnement des parents, en particuliers ceux qui vivent dans la précarité...

### **1.3. Étendue de la recherche**

La question centrale de la recherche, qui concerne la théorie de *Bulles de soi*, possède des extensions en amont et en aval car : « si les buts et les objectifs ne sont pas reliés d'une manière rationnelle aux conditions sociales que le programme est censé améliorer, ou si les hypothèses et les attentes incorporées dans le design du programme ne représentent pas une approche crédible pour susciter cette amélioration, il y a peu de chances que ce programme soit effectif » (Rossi et al., 2019). Cette réflexion indique que la recherche ne peut pas se limiter à la seule description du raisonnement et de la conceptualisation de *Bulles de soi* mais doit également s'appuyer sur des données démontrant l'existence, parmi la population, d'un besoin de ces interventions ainsi que sur des informations au sujet de leur mise en œuvre. Autour de la question centrale se greffent d'autres questions qui demanderaient réponse telles que : sur quels besoins est-il intéressant d'agir dans le sens d'un soutien à la parentalité ? comment les hypothèses de la théorie du programme s'adressent-elles aux problèmes réels des parents de la région ? Comment ce programme s'insère-t-il dans le paysage local du soutien à la parentalité ? Est-ce que la mise en œuvre est fidèle aux constructions préalables des conceptrices et actrices du programme ?

Ce travail est centré sur la mise à jour de la théorie du programme telle qu'elle est conçue par ses promotrices. De plus, dans les limites de ce qui est possible dans le cadre d'un mémoire, il met en lien cette théorie avec, d'une part, le besoin du programme dans la région de Mons et avec, d'autre part, son processus et la fidélité de son implémentation. Il aboutit finalement à une conclusion sur la logique de la théorie du programme : sa pertinence et la plausibilité du passage de sa théorie à sa pratique. La recherche débouche de la sorte sur une information susceptible d'être utilisée par les actrices du programme pour en améliorer la trame conceptuelle ; elle peut être qualifiée de formative et l'espoir est de voir ses résultats utilisés réellement. Dans ce but, les relations sociales sont

importantes tout au long de la recherche (Abma et al., 2008), dont le design favorise des interactions fréquentes, respectueuses et équilibrées entre les membres de l'équipe et avec l'évaluatrice.

## **2. Cadre méthodologique utilisé**

Afin de répondre à la question de la structure, un cadre d'évaluation s'impose. L'expertise de Rossi, Lipesy et Henry dans le domaine de l'évaluation, les place en première ligne des guides potentiels. Dans leur ouvrage « *Evaluation, A Systematic Approach* » (Rossi et al., 2019) ils procurent les éléments de connaissance et de réflexion nécessaires à la mise en lumière de la forme d'un programme social, complexe et contextualisé. Faire ressortir la théorie du programme, c'est « produire une description explicite des conceptions, hypothèses et attentes qui constituent le raisonnement sur la manière dont le programme est structuré et opérationnalisé » (Rossi et al., 2019). Plus précisément, mettre à jour la théorie d'un programme permet « d'évaluer à quel point il est bien formulé et s'il représente une planification plausible et faisable pour susciter les améliorations attendues » (Rossi et al., 2019). La théorie du programme doit refléter, au travers des multiples hypothèses qu'elle propose, une connaissance du problème affronté, et une capacité réaliste à être mise en œuvre. Pour cette raison, les auteurs soulignent l'interdépendance des trois premiers domaines de l'évaluation: d'abord estimer le besoin parmi la population concernée, qui va ensuite guider la conception du *design* du programme, et enfin évaluation de l'implémentation, qui va observer sa faisabilité.

Axe central de ce mémoire, la théorie du programme social ou son *design*, met en relation trois composantes : la théorie d'impact du programme, le plan d'utilisation des services et le plan organisationnel du programme.

La théorie d'impact du programme ou « théorie d'action » consiste en hypothèses au sujet de processus découlant des interventions du programme, et au sujet de résultats attendus à l'issue de leur mise en œuvre. Les hypothèses expliquent de quelle manière les changements désirés sont amenés par les actions du programme.

Les deux composantes suivantes sont réunies sous l'appellation de « théorie de processus » : il y a d'abord le « plan d'utilisation du service, [qui] inclut les présomptions établies sur la manière d'atteindre la population-cible, [de] procurer et séquencer les contacts de services, et [de] conclure les relations quand les services ne sont plus nécessaires ou appropriés » (Rossi et al., 2019). On décrira ensuite le plan organisationnel du programme : relié aux ressources, aux personnes, à l'administration et à l'organisation générale, il permet l'opérationnalisation de la délivrance du service attendu. Il recèle donc également des hypothèses sur ce qui sera nécessaire et suffisant pour assurer la viabilité du programme.

De part et d'autre de l'axe central que représente le design de *Bulles de soi*, nous accordons également de l'attention dans notre recherche aux questions de l'évaluation du besoin et de l'évaluation de processus et d'implémentation du programme. Le cadre de Rossi et ses collègues reste le plus opportun, ne serait-ce que pour correspondre logiquement à la manière de mettre à jour la théorie. Concernant le besoin, ils indiquent ainsi qu' « il est habituellement informatif [...] de déterminer ce que pensent les acteurs politiques majeurs au sujet de la nature du problème [...] et de] décrire de façon explicite la nature du problème et le plan d'attaque du problème » (Rossi et al., 2019) . En aval de la description de la théorie, une évaluation de processus examine la performance du programme : quelles sont les activités menées, qui reçoit les services,... en lien avec ce qui était prévu. Elle peut prendre la forme d'une surveillance ou *monitoring* de processus. D'autre part, l'évaluation d'implémentation, directement liée au processus, se centre sur la cohérence des opérations du programme avec son *design* théorique : se mettent-elles fidèlement en œuvre ?

### Étendue de la recherche

|               |                             |  |                             |                                       |                                  |
|---------------|-----------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Besoin</b> | <b>Théorie du programme</b> |  |                             | <b>Processus &amp; implémentation</b> |                                  |
|               | <b>Théorie d'impact</b>     | <b>Théorie de processus</b>            |                             | <b>Monitoring de processus</b>        | <b>Fidélité d'implémentation</b> |
|               |                             | <b>Plan d'utilisation des services</b> | <b>Plan organisationnel</b> |                                       |                                  |

Schéma de l'étendue de la recherche basée sur le cadre théorique offert par Rossi et ses collègues (2019).

## 3. Choix de méthode de recherche

### 3.1. Outils et méthodes pour définir la nécessité du programme

Pour confirmer que les familles en situation de précarité se tournent effectivement vers les Centres de planning pour obtenir du soutien dans l'exercice de leur parentalité et qu'il est intéressant de prévoir à leur intention une combinaison d'interventions, j'ai utilisé une méthode qualitative de collecte de données.

J'ai rencontré des actrices professionnelles en contact direct avec des parents en situation de précarité. Je précise que je n'ai rencontré que des femmes, qui forment la grande majorité des travailleurs en CPF et dans la suite de ce travail, je parlerai donc au féminin. Des entretiens individuels basés sur des guides peu directifs ont cherché à rassembler des données sur les besoins des familles, les demandes qu'elles expriment. Plus qu'une liste de ceux-ci, la liberté laissée au cours de l'entretien a permis d'obtenir également des renseignements intéressants sur les façons d'envisager la réponse aux besoins et aux demandes. Les entretiens ont été transcrits dans leur intégralité mais seuls les *corpus* liés à la question ont été analysés par une analyse thématique descriptive. L'analyse du besoin de

soutien à la parentalité a été menée au départ avec l'aide de catégories thématiques prédéfinies provenant d'articles pertinents ((DGDE, 2019; ONE, 2012) (Annexe 4). À ces catégories prédéfinies se sont ajoutés des thèmes et catégories qui ont émergé au fur et à mesure de l'analyse des entretiens, ainsi menée de façon itérative et réalisée avec Word 2016. Les objectifs de la recherche ont dirigé l'attention de façon prioritaire vers des professionnels et dans la mesure du possible vers des bénéficiaires concernés par la parentalité dans des CPF., En plus de *La Famille Heureuse*, il y a deux CPF pour couvrir la population montoise, ce qui ne suffisait pas à la collecte de données. C'est pourquoi d'autres CPF ont été sollicités pour ces entretiens. Pour qu'ils soient éligibles, ils étaient situés en zone urbaine, dans des Communes voisines, dont les indicateurs socio-économiques sont assez comparables (Annexe 1). L'échantillon constitué suit à la fois un contour théorique, sélectionnant des témoins privilégiés et diversifiés, et l'opportunité délimitée par l'acceptation des personnes sollicitées. L'échantillon hétérogène apporte une richesse de renseignements suffisante sans prendre un temps excessif. Il a permis d'atteindre un certain niveau de saturation. Pour recruter les personnes à rencontrer, j'ai commencé par contacter le responsable de chaque CPF par e-mail. J'ai envoyé une lettre jointe pour expliquer le but de ma sollicitation ainsi que pour délimiter l'usage qui sera fait des données récoltées, et la procédure de préservation de l'anonymat des témoins. J'ai ensuite eu des contacts téléphoniques à plusieurs reprises. J'ai obtenu 6 entretiens dans 5 CPF, avec une ou deux professionnelles à chaque entretien, qui se sont déroulés du 20/02 au 12/03. Afin d'éviter des répétitions, et de favoriser la richesse des réponses, un maximum de 2 entretiens ont été menés dans un même Centre. Les personnes interrogées avaient des profils professionnels différents et étaient concernées par le soutien à la parentalité. Le recoupement de certains témoignages, la répétition de certaines données ont renforcé la validité des résultats obtenus par l'analyse des *verbatim*.

### **3.2. Outils et méthodes pour définir la théorie du programme**

La question centrale sur la théorie du programme a été abordée de façon qualitative, exploratoire, puisque l'objectif était une description de la théorie telle qu'elle existe dans la conception de ses réalisatrices. Pour traduire sans trahir, il était indispensable de favoriser la participation de chacune, ce qui, dans la pratique de l'évaluation, doit se concrétiser par le respect des principes d'inclusion, de dialogue et de délibération (Plottu, 2009). Préalablement ont été conçues avec l'équipe une ligne du temps des activités, rencontres et réunions prévues avec leurs objets, ainsi qu'une charte, un « mémorandum d'accord » (Rossi et al., 2019) décrivant et délimitant les engagements respectifs de la chercheuse et de l'équipe (Annexe 5).

Afin de répondre à la question du *design* du programme, une recherche en trois temps a été menée. J'ai essayé d'amener à une participation régulière au processus, qui « permet aux acteurs d'être plus

engagés, [...] d'être parties prenantes du processus décisionnel » (Jacob & Ouvrard, 2009). Dans une première étape de la recherche, des entretiens individuels basés sur un guide semi-directif (Annexe 6) ont été menés avec 4 actrices du programme, puis avec deux autres lorsque cela s'est révélé opportun, du 6 février au 26 mai. Les guides d'entretien ont évolué en cours de recherche. Enregistrés puis transcrits, leurs *verbatim* ont permis de décrire les éléments de la théorie d'impact du programme et du plan d'utilisation des services. Parallèlement, j'ai assisté à 7 réunions hebdomadaires de l'équipe, observé le fonctionnement du logiciel du CPF et réalisé une recherche dans le classeur de la porteuse du projet<sup>5</sup> *BDS*. Toutes ces données ont été analysées par thèmes selon les catégories prédéfinies décrites par Rossi & al. (Annexe 7). La tâche finale de cette étape a été de constituer une première version de la théorie du programme sur base de toutes les analyses réalisées. Les éléments de la théorie du programme ont été retranscrits sous forme schématique. Dans un second temps, de collecte de données additionnelles, chacune a reçu les schémas qui pouvaient la concerner et une invitation à les commenter avec des questions ouvertes pour initier sa réflexion ainsi que des questions fermées sur le plan organisationnel. À la suite des réponses et commentaires, j'ai rectifié les résultats. Dans un troisième temps, le 4 juin, j'ai exposé à l'équipe cette deuxième version de la théorie du programme au cours d'une visio-conférence pendant laquelle j'ai pris des notes de leurs commentaires. Ceux-ci m'ont permis de rectifier en partie la théorie apparue de façon à parvenir à une description de *Bulles de soi* qui représente une vision consensuelle ou à tout le moins centralisatrice des points de vue multiples. Un mode de triangulation écologique<sup>6</sup> des résultats a été appliqué au minimum à deux reprises avec chacune des intervenantes.

### **3.3. Outils et méthodes pour éclairer le processus et l'implémentation du programme**

La question du processus et de l'implémentation a été abordée lors de collectes de données quantitatives et qualitatives. Les sources quantitatives de ces données sont principalement le logiciel « JADE » d'encodage des activités du CPF et ses rapports d'activité et le rapport sur *BDS* envoyé à *Viva For Life*, afin d'avoir un aperçu de certains aspects touchant à l'efficacité. Les données qualitatives ont été récoltées au moment des entretiens individuels déjà mentionnés, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de *La FH*. Ces entretiens externes ont apporté un éclairage sur le soutien à la parentalité pratiqué ailleurs, sur ce qui fonctionne bien ou moins bien, une certaine façon de comprendre *Bulles De Soi* lui-même.

---

<sup>5</sup> Porteuse du projet : au CPF *La FH*, nom donné à la travailleuse responsable des lignes directrices du projet et de la gestion des subsides externes investis dans le projet.

<sup>6</sup> Triangulation écologique : les analyses et les interprétations sont soumises à la vérification auprès des sujets participant à la recherche. (Aujoulat I., *Le protocole de recherche qualitative*, in WFSP2204 Séminaires de recherche qualitative, Faculté de Santé Publique, UCLouvain, 2018-2019)

### **3.4. Méthode pour examiner la logique de la théorie du programme**

Pour conclure la recherche, la logique de la structure de *Bulles de soi* a été observée en relation avec les problèmes identifiés et avec sa mise en œuvre effective. Certaines hypothèses de la théorie, spécifiques à *BDS*, ont été examinées sous l'angle de leur plausibilité, de leur pertinence et de leur applicabilité avec l'aide de deux sources de données. D'une part les résultats des entretiens menés au sein des autres plannings familiaux, d'autre part la littérature. À l'issue de toutes les tâches, un compte-rendu de l'évaluation reprenant la théorie du programme telle que mise à jour et les conclusions sur la logique de celle-ci seront remis à l'équipe de *BDS*. Un rôle de l'évaluation est en effet « d'aider les personnes internes au programme [...] à comprendre et à améliorer leur programme » (Rossi et al., 2019). Ces résultats seront communiqués selon une modalité qui reste à discuter avec l'équipe. Le mode de communication adopté tiendra compte des réactions observées à une certaine distance de la recherche et de la disponibilité de l'équipe.

## **4. Questions éthiques**

L'engagement de respecter la confidentialité, voire l'anonymat, est primordial pour les professionnels qui interviennent en Planning familial. Certains usagers de ces lieux d'accueil et de consultation sont dans des situations potentiellement préjudiciables pour eux-mêmes si elles venaient à être connues et ils requièrent leur droit d'être soignés ou accompagnés sans que cela soit ébruité. Les professionnels des planning familiaux respectent cette requête dans la mesure où elle n'introduit pas d'illégalité dans leurs actions, ni d'entorse à leur déontologie. Cette recherche s'est alignée dans l'axe de ces contraintes, et a fait l'objet d'un consensus interne au travers du memorandum cité plus haut. Elle est par ailleurs autorisée depuis le 16 décembre 2019 par l'accord n° 507 de la Commission d'Ethique de l'UCLouvain. Les enregistrements réalisés lors des entretiens ont été effacés après leur retranscription. Il a été accordé aux personnes interviewées de censurer elles-mêmes certains de leurs dires, au cours de l'entretien. Ces passages n'ont pas été retranscrits. Les entretiens ont été identifiés par un code et les *verbatim* reliés à une fonction générale.

*La Famille Heureuse* adhère à la Fédération laïque des Centres de planning et la laïcité est un cadre pour ce travail : celui qui permet la multiplicité des opinions et qui en même temps garantit la neutralité par rapport à tout courant politique ou religieux.

# Résultats

---

Les résultats sont présentés en 4 parties selon le schéma prévu dans les ‘ Outils et méthodes ’ : les problèmes nécessitant un programme, la théorie du programme, sa mise en œuvre et sa plausibilité.

## 1. La nécessité d’un programme de soutien à la parentalité

Pour dire qu’un programme de soutien à la parentalité en planning familial, pour des familles précarisées en région montoise, est nécessaire, il faut démontrer que ces familles :

- s’adressent au planning pour des problèmes liés à l’exercice de leur parentalité,
- que ces problèmes sont liés à la précarité,
- que ces problèmes sont fréquents, importants et améliorables.

### 1.1. Dans les CPF se présentent des familles dont le profil est corrélé à la précarité

L’analyse des 6 entretiens menés dans des centres de plannings familial (CPF) dont les caractéristiques socioéconomiques correspondent à celles de la région montoise, met en évidence que des familles dont le profil est corrélé à la précarité viennent dans ces CPF (Tableau 1).

| Tableau 1 : Profils de familles usagères des CPF, corrélés à la vulnérabilité                | n |
|--|---|
| ○ Famille monoparentale  | 5 |
| ○ Famille dont un parent a une maladie mentale   | 1 |
| ○ Famille en situation irrégulière sur le territoire   | 1 |
| ○ Mère adolescente   | 2 |
| Légende : n = nombre de CPF, parmi 5, qui ont spontanément dit recevoir ce profil de famille |   |

Les entretiens menés au CPF *La Famille Heureuse* de Mons révèlent que des familles semblables s’y présentent. Ce sont des données qui ont spontanément été fournies lors des entretiens, à de très nombreuses reprises et avec toutes les professionnelles rencontrées.

### 1.2. Certains problèmes liés à leur parentalité amènent les parents au CPF

À la suite du remaniement de ma grille d’analyse (Annexe 4), j’ai identifié grâce aux entretiens dans les CPF externes 15 catégories de problèmes qui amènent les parents dans un CPF. Ils sont classés en fonction de la fréquence à laquelle ils ont été cités dans les entretiens (Tableau. 2). Un tableau plus détaillé se trouve en Annexe 8.

**Problèmes lors de l'éducation (n=25) :** Toutes les professionnelles interrogées mentionnent la présence de questions autour de l'éducation aux enfants, lorsque ceux-ci adoptent certains comportements perturbateurs, inquiétants, ou ne respectent pas les limites. Les parents déclarent aussi des problèmes de communication avec leur adolescent ou leur enfant devenu jeune adulte. Le cas particulier des jeunes présentant un retard mental est également cause de visite.

| Tableau 2 : Problèmes liés à leur parentalité qui amènent des parents au CPF        | n  |
|---|----|
| Problèmes lors de l'éducation   | 25 |
| Problème de santé mentale côté parents  | 25 |
| Problèmes financiers, difficultés matérielles au quotidien                          | 15 |
| Maltraitance d'enfant / d'adolescent  | 15 |
| Pression sociale nuisible   | 14 |
| Grossesse posant un problème  | 12 |
| Isolement social des parents et des enfants   | 12 |
| Relations difficiles avec les institutions  | 12 |
| Problèmes relationnels entre adultes proches de l'enfant                            | 11 |
| Problème de maîtrise intellectuelle de l'environnement                              | 10 |
| Problème d'accès aux soins de santé   | 7  |
| Problème de santé mentale côté enfants  | 7  |
| Difficultés autour de l'enfant placé  | 5  |
| Problèmes de logement   | 3  |
| Jugement social   | 1  |
| Légende : n= nombre de <i>verbatim</i> qui citent le problème dans les 6 entretiens |    |

**Problème de santé mentale côté parents (n=25) :** Plusieurs plannings reconnaissent soutenir des parents atteints de pathologies psychiatriques. Précarité et santé mentale défaillante s'entretiennent l'une l'autre : « *Je crois que la précarité déclenche la maladie mentale* » (Thérapeute familiale). Dans les plannings, de plus en plus de mères arrivent en « *détresse psychologique* » (Assistante sociale), il y a également « *des grandes fragilités, des modes de fonctionnement qui dénotent parfois des failles assez profondes au niveau psychique* (Psychologue) ». L'épuisement est un problème fréquent des mères isolées avec des enfants « *à un tel point que la dame elle disait : « J'arrête d'être maman* » (Thérapeute familiale). Cet épuisement provient de la difficulté de gérer en même temps des difficultés matérielles et des enfants qui développent leur personnalité.

**Problèmes financiers, difficultés matérielles au quotidien (n=15) :** Quatre des 5 CPF interrogés disent soutenir la parentalité lorsqu'ils aident des parents en difficulté matérielle au quotidien, liée à des revenus restreints.

**Maltraitance d'enfant / d'adolescent (n=15) :** L'ensemble des travailleuses des CPF interrogées citent des situations de maltraitance d'enfant pour lesquelles elles ont dû intervenir. La maltraitance

prend différentes formes, qu'elle mette l'enfant en danger immédiat ou qu'elle porte atteinte à son intégrité et à son développement psychique : surinvestissement *versus* manque d'attention, abus sexuel, fréquentations du parent nuisibles à l'enfant, violence en présence de l'enfant.

**Pression sociale nuisible (n=14) :** Quatre des 6 professionnelles interrogées disent que la société fait pression sur les parents par le biais d'attentes irréalistes. Parce que des parents sont piégés par ces messages véhiculés dans certains médias, ils internalisent ces attentes comme leurs et accessibles, et ressentent un mal-être de ne pas pouvoir y répondre. Les repères et conseils imposés par une société idéalisante ne correspondent pas à la réalité. « *Le burn-out parental vient sans doute de ça : [...] de ce qu'on a sur les épaules et de ce qu'on pense que la société attend de nous et de ce que la société attend de nous* » (Assistante sociale et thérapeute familiale).

**Grossesse posant un problème (n=15) :** Un CPF accueille des femmes enceintes ambivalentes sur la poursuite de la grossesse ou désireuses d'interrompre leur grossesse. Il constate différentes difficultés : elles ont des difficultés à gérer les enfants présents, ou ils ont été placés ou certaines mamans décrivent un problème d'attachement avec le bébé.

**Isolement social des parents et des enfants (n=12) :** Toutes les travailleuses interrogées confirment l'isolement des parents précarisés, en particuliers ceux qui vivent seuls avec leurs enfants. Ils font l'expérience de la « *véritable solitude ! [...] Un truc sans fond !* » (Thérapeute familiale). L'absence d'échanges entre ces parents et d'autres adultes limite la capacité de prendre du recul face aux difficultés, les mamans seules manquent d'une « *personne extérieure qui peut leur renvoyer ce qui se passe* » (Assistante sociale).

**Relations difficiles avec les institutions (n=12) :** Les travailleuses de deux plannings mettent en évidence des sentiments négatifs vécus par les parents en contact avec de multiples services chargés de les aider : « *dirigés, obligés, dépossédés de leur autonomie, bousculés, blessés, pistés, jugés, étiquetés* » (Réf. Voir Annexe 8). Les mots sont forts. Les plannings disent recevoir des parents qui ont fui d'autres organismes et se sont rendus injoignables par ceux-ci ; une thérapeute familiale rapporte ainsi les paroles d'une maman : « *je suis un peu parano, alors des fois quand vous m'envoyez un message, j'ai coupé mon GSM alors il faut essayer autrement* ».

**Problèmes relationnels des adultes proches de l'enfant (n=11) :** Cinq des 6 personnes interrogées pensent que des conflits entre parents, dans la famille ou en cours de séparation sont des motifs de consultation au planning. Elles avancent que des mères maltraitées viennent vers elles : « *Et elles ne le notent pas dans ces termes-là, mais ce qu'elles décrivent, c'est ce dont il s'agit* » (Psychologue).

**Problème de maîtrise intellectuelle de l'environnement (n=10) :** « *Parfois sur plusieurs générations, les personnes n'ont pas eu l'occasion d'avoir un parcours scolaire très poussé et ont été en décrochage avec des représentations très négatives par rapport à tout ce qui est apprentissage* (Psychologue) ». Beaucoup de parents qui arrivent au planning manquent de ressources et de

capacités pour prendre du recul, réfléchir à ce qui leur arrive. Par ailleurs, ils ne connaissent pas leurs droits juridiques et se sentent très démunis.

**Problème de santé mentale côté enfants (n=7) :** L'ensemble des entretiens rapporte que l'enfant amené au planning pour un problème que ses parents ne parviennent pas à solutionner, souffre en fait de troubles liés le plus souvent aux dysfonctionnements de ses parents. « *L'enfant peut être porteur de beaucoup de frustrations. [...] il peut être juste celui à qui on dit [...] ou celui qui paye cher ou qui porte lourd* » (Assistante sociale et thérapeute familiale). Le harcèlement scolaire est également un motif de consultation en planning.

**Problème d'accès aux soins de santé (n=7) :** Les parents qui fréquentent les CPF ont des difficultés à payer les consultations psychologiques, ils démontrent une méfiance vis-à-vis du monde de la santé mentale. Les soins psychiatriques usuels ne sont pas adaptés aux conditions structurelles de ces familles : contraintes de déplacement, difficulté de gestion du temps et de garde des enfants, rigidité des règlements des lieux de soins. Les CPF reçoivent aussi des familles en situation irrégulière qui se heurtent à des problèmes importants quand il s'agit de se soigner. La santé physique des familles est régulièrement impactée par la précarité financière.

D'autres problèmes cités moins fréquemment apparaissent également préoccupants pour certaines familles qui fréquentent les plannings familiaux.

**En conclusion :** Les parents en situation de précarité qui se présentent dans des plannings familiaux arrivent avec un souci qui fait généralement partie d'un ensemble complexe de problèmes aux dimensions sociales, matérielles, juridiques, sanitaires, psychologiques et relationnelles.

## 2. La théorie du programme de soutien à la parentalité *Bulles de soi*

### Vue d'ensemble du soutien à la parentalité : Un projet dans un projet<sup>7</sup>

Mes analyses ont mis en évidence le caractère plutôt global du projet de soutien à la parentalité à *La FH* de Mons. À l'intérieur de ce projet, *Bulles de Soi* représente un axe orienté plus spécifiquement vers des parents précarisés d'enfants jusqu'à 12 ans, dont les problèmes affectent le lien parent-enfant. Le terme *parent* reste à comprendre dans le sens large qui a été annoncé plus haut. Et l'enfant pris en compte dans *Bulles de soi* peut ne pas être encore né (Lecompt & Leroy, 2012). Les professionnelles concernées sont assistantes sociales, psychologues pour adultes et pour enfants<sup>8</sup> et haptonome.

---

<sup>7</sup> Dans la suite, j'utiliserai indifféremment le terme « projet » utilisé par le monde des plannings familiaux, et le terme « programme », issu de la Santé publique, qui peuvent ici être considérés comme des synonymes, chaque domaine usant de son propre langage professionnel.

<sup>8</sup> Dans la suite, je dirai également « psy adultes » et « psy enfants », termes en usage à *La FH*.

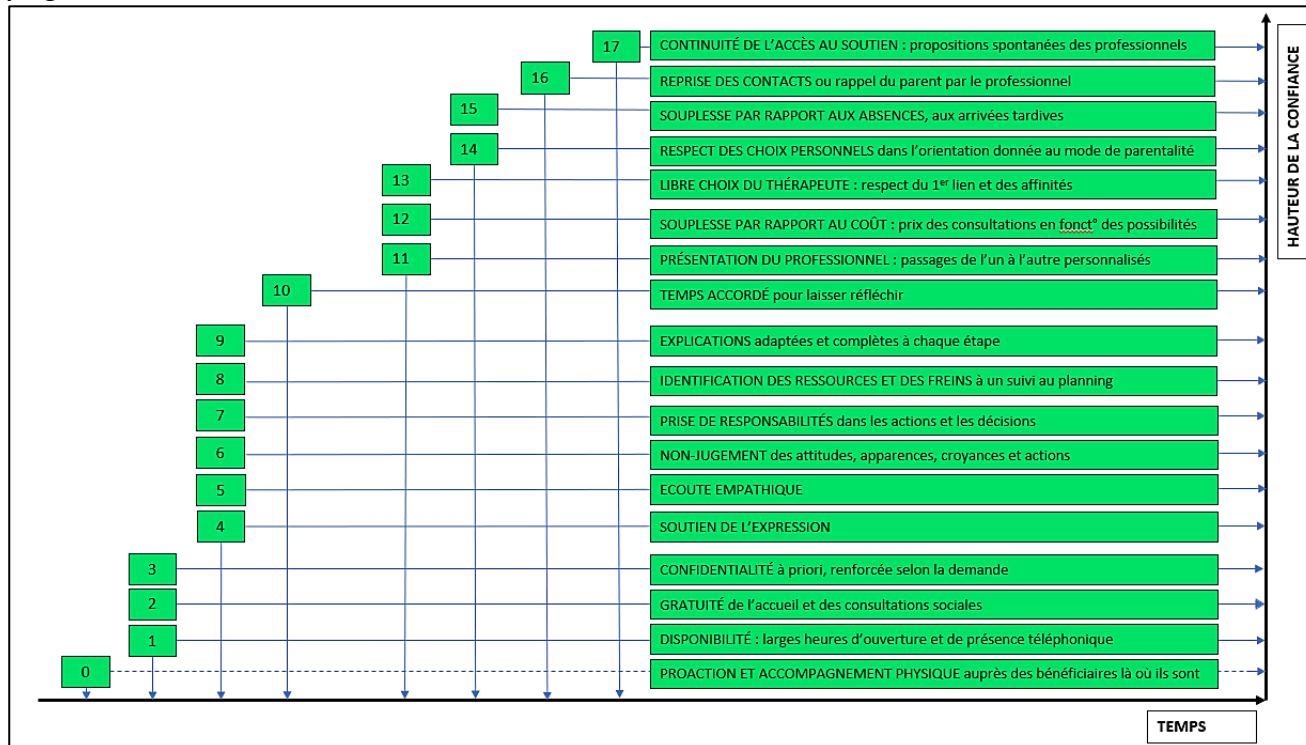
Dans ce point du travail, le programme est présenté tel qu'il existe dans la conception de ses intervenantes, il s'agit de sa théorie, partagée en trois parties selon le modèle déjà cité de Rossi et ses collègues. J'aborde en premier lieu le plan d'utilisation des services dont les mécanismes se sont révélés être le fil rouge de ce travail.

## 2.1. Le plan d'utilisation des services de soutien à la parentalité

### 2.1.1. Les mécanismes d'augmentation de la confiance

Ce qui suit repose entièrement sur les entretiens, réunions et épisodes d'observation que j'ai menés à *La FH*. J'ai mis en évidence 18 mécanismes de différente nature utilisés pour favoriser l'atteinte, l'engagement et le maintien de la population-cible dans le programme jusqu'à la résolution des problèmes. La figure 1 montre l'ordre usuel dans lequel ils interviennent au cours d'une prise en charge, et comment leur introduction successive produit une augmentation du niveau de la confiance du parent en situation de précarité qui a un problème lié à sa parentalité. Ces mécanismes sont utilisés par toutes les professionnelles et à travers toutes leurs attitudes et actions. Ils se succèdent, se répètent et se cumulent. Ils forment ensemble, à mon sens, le fond d'écran, la philosophie de travail et la plus grande particularité du soutien à la parentalité à *La Famille Heureuse* de Mons.

Figure 1. Introduction successive et effet de 18 mécanismes sur l'augmentation de la confiance du parent dans le programme.



La flèche pointillée horizontale indique que ce mécanisme n'est pas utilisé pour tous les usagers.

La figure 2 (pages 43-44 lues en vis-à-vis) donne une vue complète du plan d'utilisation des services. Les parties rosées représentent *Bulles de Soi*.

### 2.1.2. Les portes d'entrée dans le programme général de soutien à la parentalité

Un parent qui attend ou élève des enfants dans un environnement difficile, qui se pose, parfois de façon imprécise, des questions sur son rôle de parent, sur son enfant ou son adolescent, ce parent fait partie du public-cible. La figure 2 commence par montrer comment il est contacté par le programme.

Le mécanisme **0, proaction et accompagnement physique** aux côtés des bénéficiaires là où ils sont, comprend deux manières d'aller à la rencontre du public-cible.

-Une institution du réseau sollicite une assistante sociale ou une psychologue de *La FH* pour accompagner un parent vulnérable à un entretien officiel qui l'effraie : SAJ, SPJ, Tribunal...

-Lors d'une animation d'Éducation à la Vie relationnelle affective et sexuelle dans un milieu où précarité financière, grossesses adolescentes, violences familiales sont assez fréquentes, l'animatrice dialogue personnellement avec l'un ou l'autre (futur) parent en questionnement.

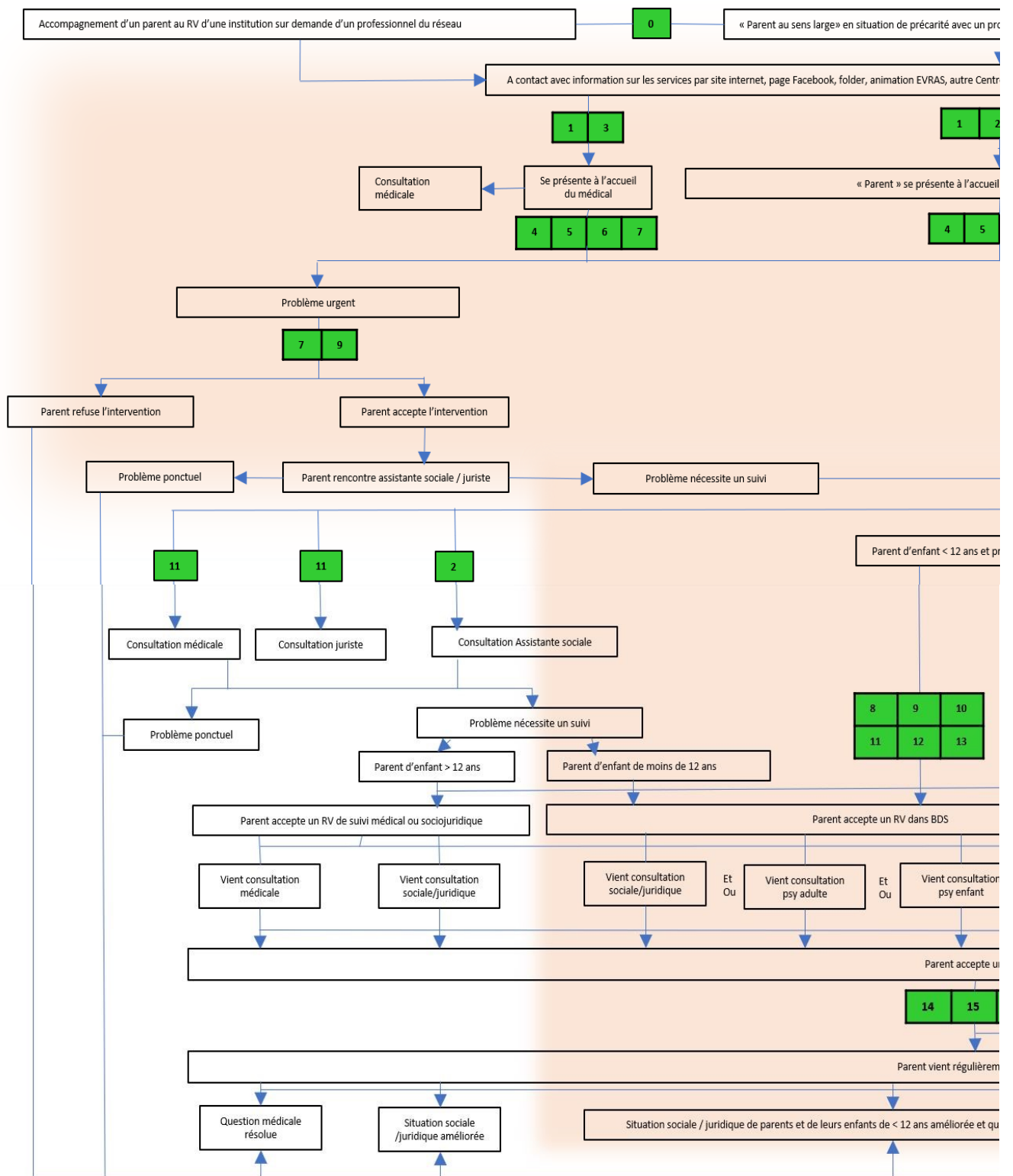
Les professionnelles montrent ainsi un échantillon de leur manière d'aborder ce public. Chez ceux qui ont été accompagnés et écoutés naît une étincelle de confiance qui les incitera à faire le pas vers le planning. Par ailleurs, un parent est susceptible d'être informé de l'existence du projet par d'autres biais, ses propres moyens ou des personnes qui lui en parlent, au sein même du CPF ou ailleurs. Déjà à ce stade, une partie des parents dans le besoin d'un soutien ne s'y présenteront pas.

Le premier accueil a trois formes possibles : un « accueil du médical » où le parent qui a un RV chez un médecin est reçu avant la consultation par une accueillante, et un « accueil tout-venant » réalisé soit sur place, soit au téléphone. Chez le parent qui vient à une visite médicale, tant le médecin que l'accueillante peuvent détecter un besoin de soutien dans sa parentalité. L'entretien à l'accueil constitue la première intervention de soutien réalisée *in situ*. Examinons les mécanismes en jeu :

C'est l'importante **disponibilité**, le mécanisme **1**, qui permet au parent d'accéder à un accueil, sur place ou au téléphone sans devoir prendre RV, en réponse à une impulsion, une possibilité, un passage « devant », presque au hasard, dans le centre-ville. La **gratuité** de l'accueil, mécanisme **2**, est un argument de poids pour des parents précarisés financièrement. Enfin, très vite s'il n'est pas déjà connu de l'arrivant, le mécanisme **3** qu'est la **confidentialité** est annoncé au parent. Accordée à priori, elle peut être renforcée jusqu'à l'anonymat, à la demande de l'utilisateur. Elle atténue certaines craintes chez le parent (conflits avec des proches, dénonciation ou signalement auprès d'organismes officiels...) et le rend plus à même d'explicitier sa situation dans toute sa complexité.

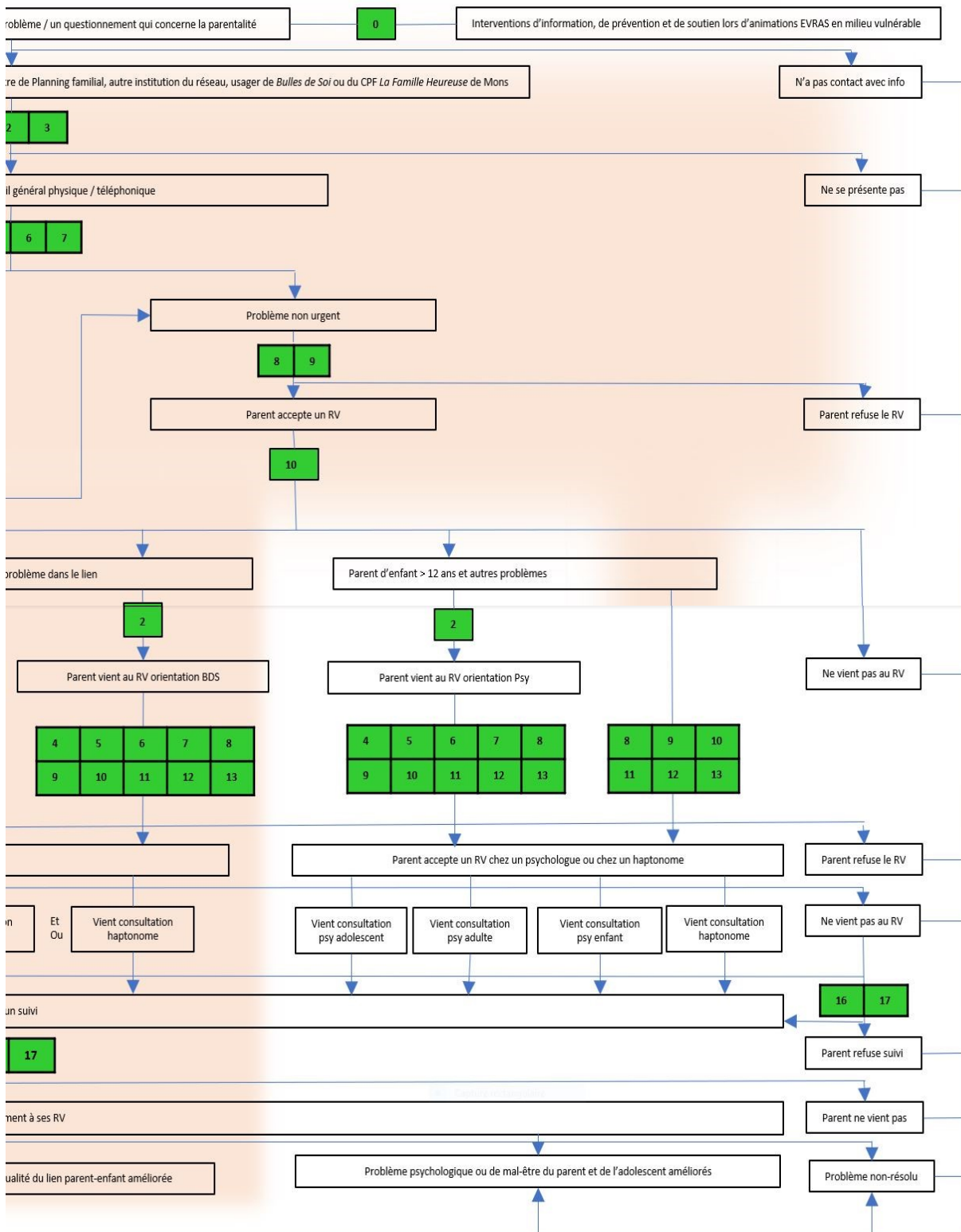
Les mécanismes **4** et **5** : **soutien de l'expression et écoute empathique** se manifestent aussi bien dans les installations matérielles permettant la détente et l'intimité que dans les compétences communicationnelles des professionnelles. Ils amènent le parent à s'exprimer jusqu'au bout, à se sentir écouté, compris, et contribuent à redonner un pouvoir à sa parole. Ils sont primordiaux pour apaiser une crise émotionnelle manifeste au moment de l'arrivée au planning.

Figure 2 : Plan d'utilisation des services. Le soutien à la parentalité et *Bulles de soi* à La Famille



Le mécanisme 6, le **non-jugement** des attitudes, apparences, croyances et actions, travaillé à tout moment et consciemment par la professionnelle, amène le parent à se sentir libre de s'exprimer. Il crée un espace de compréhension plus vaste où deux cultures, deux milieux, peuvent se rencontrer. Il autorise le retrait d'un parent qui ne désire pas entamer ou continuer un suivi.

## Heureuse de Mons.



Le mécanisme 7, la **prise de responsabilité** par la professionnelle et par l'institution, dans les actions et les décisions, démontre l'engagement en direction du parent. Que l'institution se positionne clairement dans une situation délicate, qu'elle pose les actes qui en découlent et soit capable de choix

conséquents, fait comprendre au parent qu'il est pris en considération. La mobilisation professionnelle redynamise le bénéficiaire.

### 2.1.3. La gestion immédiate de l'urgence

La première responsabilité est de détecter la présence d'une urgence et d'y réagir, dès l'accueil. La figure 2 montre l'utilisation du mécanisme 9, les **explications** adaptées et complètes, qui sont fournies avant chaque intervention et permettent le choix éclairé du parent. Il peut alors refuser l'aide proposée ou l'accepter. L'urgence, le plus souvent sociale ou juridique, mobilise les professionnelles concernées et leur intervention apporte une réponse résolutive ou qui donne un délai à la gestion du problème. Celui-ci perd à ce moment son caractère urgent et est abordé d'une autre manière.

### 2.1.4. L'orientation vers la 1<sup>ère</sup> consultation : l'engagement dans le programme

En dehors d'une situation d'urgence, la spécialité de la première consultation de suivi dépend de l'orientation souhaitée par le parent, du questionnement qui le préoccupe le plus.

L'accueillante a plusieurs options ; elle peut proposer un RV :

- à une consultation médicale, sociale ou juridique, lorsque la demande est claire ou que le problème prépondérant est manifeste, quel que soit l'âge des enfants ;
- chez les psychologues et l'haptonome dans *Bulles de soi*, lorsque l'enfant a moins de 12 ans et que le problème réside dans le lien parent-enfant ;
- en accueil « d'orientation *Bulles de soi* » lorsque l'enfant a moins de 12 ans et « d'orientation Psy » lorsque l'enfant a plus de 12 ans et que la demande doit être clarifiée ;
- chez une psychologue ou chez l'haptonome, lorsque l'enfant a plus de 12 ans ou que le problème d'un enfant de moins de 12 ans est ailleurs que dans le lien.

Lors de l'accueil, outre la clarification de la demande, le mécanisme 8 ou **identification des ressources et des freins** à un suivi au planning, permet à la professionnelle de proposer un service adapté à la fois aux difficultés éventuelles du parent : soucis d'horaires, de déplacement, pressions de l'entourage ..., et en même temps à ses ressources : possibilité de faire garder son enfant ou d'être véhiculé par un proche, jour où il a accès à de l'argent... Ayant pris connaissance du questionnement du parent et des paramètres concrets de sa situation, l'intervenante utilise le mécanisme 9 pour expliquer les propositions de soutien.

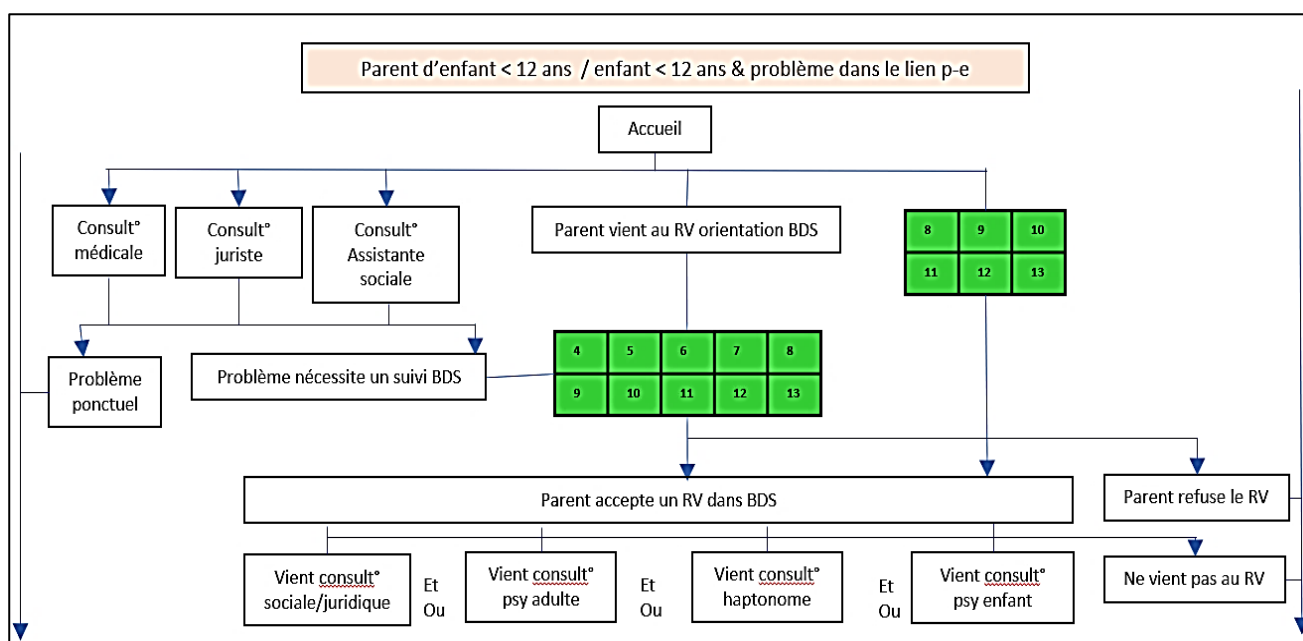
Le parent peut bien sûr refuser de prendre un RV lorsqu'il est à l'accueil. Le mécanisme 10 qui intervient ensuite est le **temps accordé** au parent pour réfléchir. C'est un temps nécessaire autant lorsqu'il s'agit de creuser tous les aspects d'un problème que lorsqu'il faut réaliser un nouveau pas vers un nouveau professionnel, vers une nouvelle manière d'agir ou de penser... Il est aussi un gage de ce que la demande du parent soit bien la sienne. C'est de nouveau la **gratuité (2)** de l'accueil et

de la consultation sociale qui va favoriser un second déplacement du parent vers le planning. Les prix des autres consultations feront l'objet d'un arrangement en fonction des possibilités de l'utilisateur : la **souplesse par rapport au coût** est donc le mécanisme 12, d'autant plus générateur de confiance qu'il s'applique sans enquête sur le revenu. Chaque fois que ce sera possible, sera mis en place le mécanisme 11, une **présentation du professionnel** suivant, en face-à-face, par celui avec qui le lien de confiance a débuté, réalisant ainsi une transmission de cette confiance. Le parent ressent la cohésion de l'équipe et moins de rupture. Par ailleurs, il est informé qu'il dispose du mécanisme 13, le **libre choix du thérapeute**, s'il bénéficie d'un suivi psychologique. Il est prévu de respecter son désir de conserver le premier lien créé à l'accueil avec une accueillante psychologue, ou à l'inverse son souhait de changer de thérapeute par manque d'affinité, y compris en cours de suivi : il est toujours invité à le signaler. Tous ces mécanismes associés favorisent la venue du parent à son premier RV. Mais ils peuvent ne pas suffire, ou le parent peut ne pas venir pour une autre raison.

### 2.1.5. La poursuite du soutien à la parentalité dans *Bulles de soi*

Lorsque le parent a des enfants de moins de 12 ans nés ou à naître et que son problème affecte le lien qu'il a avec ses enfants, il est intégré à *BDS* (Figures 2 & 3) Après une première consultation sociale ou juridique, est déterminée la nécessité d'un suivi social dans *BDS*, si les conditions de précarités influent négativement sur le lien entre le parent et l'enfant. L'accueil d'orientation *Bulles de soi* permet de clarifier la demande et de s'assurer que la situation doit bien être suivie cette cellule. Sinon, elle sera prise en charge hors de *BDS* par le soutien général à la parentalité.

Figure 3 : Plan d'utilisation des services – *Bulles de soi* : l'axe « 0 – 12 ans & problème de lien parent-enfant » du soutien à la parentalité



### 2.1.6. Le maintien dans le programme

Une ou deux rencontres au planning avec des professionnelles ne suffisent pas à améliorer la situation de beaucoup de parents. Les derniers mécanismes utilisés favorisent le maintien de la population dans les services de soutien. La figure 2 montre à quel niveau peut déjà être utilisé le mécanisme **16**, la **reprise de contact** par la professionnelle qui appelle le parent et prend de ses nouvelles. Ce geste peut inciter certains parents à accepter un suivi et à revenir. Dans tous les cas, l'intervenante ne manque pas de le proposer spontanément : c'est le mécanisme **17**, une **continuité de l'accès au soutien**. Le parent est assuré que quand ce sera possible ou nécessaire pour lui, il sera le bienvenu au planning et recevra l'accueil qu'il demande.

Dès la première consultation de soutien, le mécanisme **14**, **respect des choix personnels** dans l'orientation donnée au mode de parentalité, accorde au parent de l'autonomie, un droit de décision, lui rend un pouvoir légitime et augmente les chances de le voir reprendre confiance en lui.

Le rythme ordinaire des consultations chez une professionnelle est hebdomadaire ; cependant, il est prévu que les professionnelles acceptent des écarts avec ce rythme idéal. Le mécanisme **15**, la **souplesse par rapport aux absences** et aux arrivées tardives démontre la compréhension dont fait preuve l'institution pour les complications que peut rencontrer le parent dans le respect de la ponctualité. Le parent peut voir en consultation différentes professionnelles chaque semaine. Une consultation dure au maximum 50'. Un suivi psychologique complet peut durer plusieurs mois, avec des coupures. La préparation affective à la naissance prévoit une séance de contact et d'information suivie d'une dizaine de séances une semaine sur deux, à partir de la 18<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée. Tout au long de son parcours dans le programme, le parent a la liberté d'accepter ou de refuser ce qui lui est proposé sans devoir s'en expliquer.

### 2.1.7. La sortie du programme

À l'issue de la prise en charge, le parent aura eu la possibilité d'obtenir l'entièreté des services nécessaires dans plusieurs dimensions de sa vie de parent, avec un accent sur la qualité du lien avec son ou ses enfant(s). Il quittera le projet lorsque, selon lui et selon les professionnelles, il sera parvenu à un niveau satisfaisant d'amélioration de sa situation. Il sera toujours invité à revenir s'il le souhaite ou en éprouve le besoin, à un autre moment de sa vie de parent. Nous voyons à la figure 2 qu'une partie des parents de la population-cible atteindra les objectifs escomptés avec ou sans l'aide du programme, tandis que l'autre conservera un problème malgré l'existence d'un programme de soutien et parfois en en ayant bénéficié.

## 2.2. La théorie d'impact du programme *Bulles de soi*

### 2.2.1. Une philosophie commune, des chemins particuliers

Les professionnelles adoptent une philosophie de travail commune basée sur les mécanismes et attitudes déjà cités. Présents à tout moment, certains de ceux-ci, en plus de leur action positive sur la confiance, rendent possible une compréhension claire de la situation et donc une bonne correspondance entre les problèmes existants et les interventions (pro)posées pour les résoudre.

En s'inscrivant au sein de chaque rencontre, ils consolident les actes typiquement liés aux professions respectives des intervenantes : interventions administratives, entretiens relationnels, massages, apport d'informations, etc. Ces importants points communs n'empêchent pas chaque intervenante de développer une théorie d'impact qui lui est propre. Cependant, toutes contribuent à l'atteinte des résultats globaux du programme *Bulles de Soi*.

**L'accueillante** : L'accueil est réalisé par les mêmes professionnelles qui prendront en charge les interventions de soutien à la parentalité. La mise en lumière de la théorie d'impact de l'accueil fait apparaître une utilisation très prégnante des mécanismes (Annexe 9). Il définit notamment si des problèmes sont urgents et permet leur prise en charge rapide. Il apporte une première réponse à un problème dont la complexité réclame des interventions de suivi ultérieures, qu'il prépare. Il suscite la confiance, il crée « une accroche », un « premier lien », selon les termes issus des enquêtes, premier pas indispensable pour rechercher une aide professionnelle ultérieure au planning.

**L'assistante sociale et les psychologues** réalisent chacune les interventions liées à leur profession et les théories de changement propres à ces professions sont déjà connues. Les orientations de travail des psychologues se complètent, elles utilisent différents outils : association libre, jeu et parole à l'enfant, relaxation, interprétation des rêves, outils de la systémique... « *Il faut avoir cette vision de la complexité de l'être humain, mobiliser nos ressources pour pouvoir aider au mieux nos patients* » (Psychologue).

**La juriste** est interpellée régulièrement pour apporter son conseil. Afin d'adapter son intervention, elle est à l'écoute de la situation du parent. Son travail, dans les contextes des familles précarisées, acquiert également une dimension d'accompagnement de proximité et participe aux résultats globaux. La présence d'une **haptonome (accompagnatrice de naissance)** est remarquable dans un CPF. L'haptonomie prénatale (Préparation affective® à la naissance physiologique), postnatale et thérapeutique est ici exceptionnellement proposée à des parents en situation de précarité. Le développement de la théorie d'impact (Annexe 10) des diverses interventions proposées par l'haptonome met en lumière l'importance de l'approche par le corps pour créer, réparer ou renforcer un lien entre des parents et leur bébé à naître ou âgé de moins de 3 ans. Les résultats obtenus par l'haptonome concernent des domaines multiples (Annexe 11).

L'analyse des entretiens rapporte que l'usager du planning qui manifeste de façon directe ou indirecte qu'il a un problème ou une question et qui est par ailleurs parent, est aussitôt pris en charge en tenant compte de cette dimension parentale de sa vie. *Ça fait partie intégrante de mon mécanisme de réflexion quand je reçois quelqu'un à l'accueil, [...] automatiquement, j'ai cette petite clochette, [...] dès le départ on va être attentifs à la parentalité, mais ça peut être aussi bien dans mes animations [EVRAS] qu'à l'accueil, que dans mes entretiens...* (Psychologue). Des indices d'une éventuelle précarité chez le parent sont rapidement repérés dès l'accueil, au premier contact avec le CPF. Une attention est alors apportée à l'ensemble des problèmes qu'il ne décrit pas nécessairement lui-même, mais qu'il est susceptible de vivre dans sa situation précaire et qui influencent négativement les conditions dans lesquelles il exerce sa parentalité. Dans *BDS*, chaque intervenante est attentive à l'existence d'un problème qui ne relève pas de sa formation et en fait part à ses collègues afin de proposer au parent une prise en charge plus complète, de sorte que le parent se sente « *rencontré dans la globalité de ce qui l'occupe, de ce qui fait question pour lui* » (Haptonome).

### 2.2.2. Un travail sur la qualité du lien parent-enfant

Toutes les intervenantes de *BDS* affirment travailler à une amélioration de la qualité du lien parent-enfant. Ce résultat n'est pas apparu directement chez chacune lors des entretiens individuels, mais par la suite, au cours de la révision des premiers résultats présentés.

L'action de l'assistante sociale pour améliorer les conditions de vie de la famille, par une augmentation du soutien social et professionnel et de la sécurité matérielle, permet de diminuer le stress vécu et exprimé, nuisible à la qualité du lien, quel que soit le lien dont on parle.

Psychologues et haptonome soutiennent la construction d'un **lien d'attachement** dès la grossesse et au cours des premières années. Parce que la réponse parentale à la demande du bébé peut ne pas être adéquate, pour toutes sortes de raisons : « *Elle [la maman] a un passé de ruptures de liens répétées, ça, ça vous casse à l'un ou l'autre endroit le psychisme [...]. Son enfant, elle ne sait pas que lui dire, elle ne sait pas bien le porter physiquement, elle ne sait pas, elle est désemparée* » (Psychologue). Leurs interventions contribuent à soulager un trouble du lien de l'attachement présent chez la maman, une souffrance psychique, un stress intense, une fatigue, un manque de confiance en ses capacités...

Les psychologues réalisent un travail thérapeutique sur le **lien psychique** pour s'assurer d'une saine séparation : « *Faire différenciation, pour que la maman saisisse tout doucement qu'il y a quelqu'un dans ce petit bébé. [...] C'est que le stress subi « colle » un peu la mère et l'enfant, [...] le chagrin, l'angoisse de l'autre fait caisse de résonance* » (Psychologue). La psychologue pour enfants relie l'effet positif de son action sur le lien psychique à une réponse plus adéquate du parent aux besoins d'autonomie et de dépendance / sécurité de son enfant. Une des psychologues pour adultes dévoile

comment son travail sur le lien psychique se réalise par l'intermédiaire d'un changement survenant chez le parent dans sa façon d'exprimer ce qu'il ressent et d'aborder les problèmes.

L'accompagnatrice de naissance explique « *travailler la question du **lien affectif** via le corps et via le bébé, permettre au bébé qu'il soit sujet et que [les parents] puissent se rendre compte qu'il a une vie bien particulière, même in utero, [...] préparer la place du bébé, soit dans la famille quand elle est présente, soit en relation avec la mère, et sécuriser le bébé in utero et au moment de la naissance* » (Haptonome)

Le travail de l'haptonome et celui des psychologues se complètent devant les problèmes de lien qui s'observent dans **les interactions** entre l'enfant et son parent, notamment lors des échanges liés aux soins et à l'éducation : gestes, regard, voix et paroles, attitude, réactions... De nombreuses questions des parents précarisés portent sur le *parenting*, le comment faire. Ils sont en manque de certitudes, comme tous les parents mais sont davantage en manque de ressources, voire de repères : « *Il y en a qui viennent avec des questions sur leur rôle de parent, mais en fait, on arrive à autre chose, ça pose des questions sur eux, finalement* » (Psychologue). Chaque intervenante va travailler à un renforcement positif, une réflexion sur le ressenti et sur ce qu'il est possible de mettre en place, sur un soutien du choix... quelle que soit son orientation professionnelle. Le soutien social et psychologique conjugué est avant tout bienveillant, et protège ou renforce le sentiment de compétence indispensable aux parents pour alimenter le lien avec leurs enfants. « *Je ne suis que l'élément qui va permettre à la personne d'avoir du recul et de réfléchir pour trouver la solution elle-même* » (Psychologue). Les psychologues réalisent un travail thérapeutique qui modifie la perception des événements par le parent et rend plus adéquates ses réactions ainsi qu'un travail plus concret d'accompagnement autour des interactions éducatives. L'accès à la dimension émotionnelle par le biais du toucher affectif reste un instrument utile dans les situations de tension empêchant tout autre travail : l'haptonomie comme thérapeutique s'adresse à la mère en besoin de prendre soin d'elle. Lors du toucher affectif, « *le corps fait levier, [...] la main vient dire : « Ok, tu es là, je te rencontre, là où tu es, pour qui tu es, ici, présentement, tout va bien » [...] C'est pour pouvoir permettre à la personne d'être dans quelque chose où elle a plus accès à elle.* » (Haptonome)

### 2.2.3. Les résultats du programme

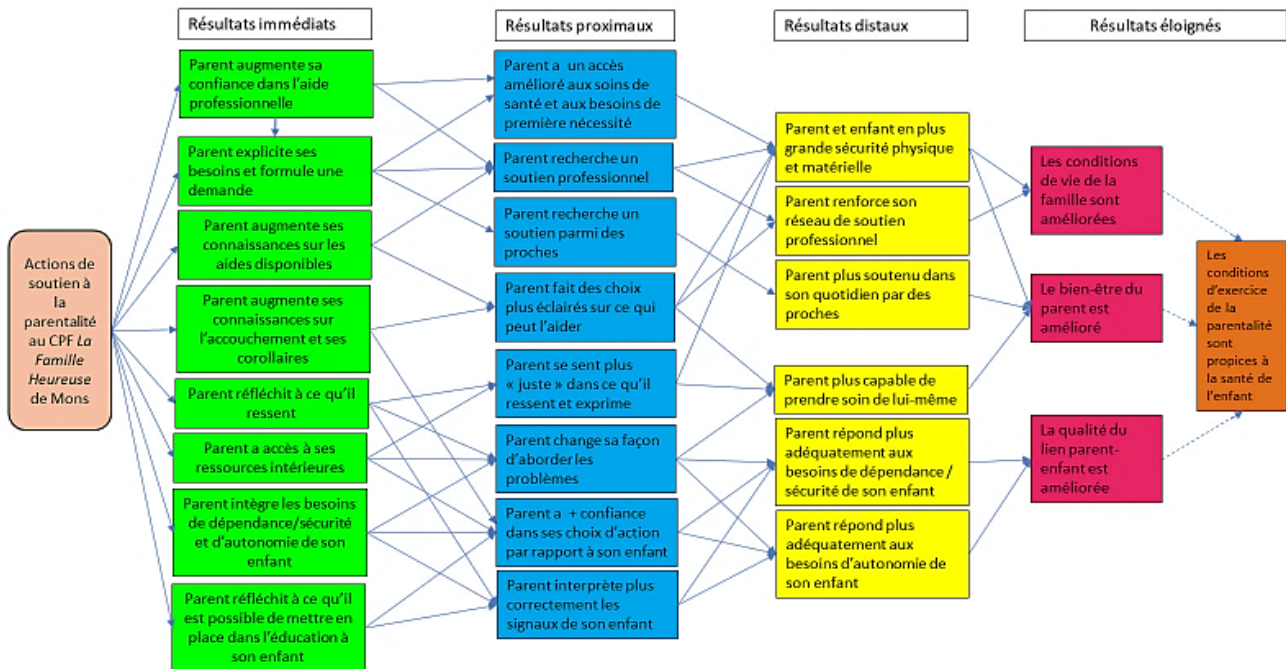
Chaque professionnelle revendique la possibilité, dans sa propre intervention, d'atteindre, au moins en partie, les résultats immédiats qui se résument à 8 énoncés. Il lui est par exemple possible d'aborder le sujet précis de l'accouchement sous des angles différents, même s'il est évident que c'est lors de la préparation affective à la naissance que cet effet immédiat du programme sera le plus directement

atteint. L'intérêt du travail pluridisciplinaire est d'aborder un problème multiforme par différents angles d'action et de renforcer ainsi l'effet obtenu.

Lorsque tous les résultats obtenus par les différentes intervenantes sont rassemblés (Figure 4), ils s'additionnent et se renforcent pour aboutir à des résultats distaux de plus en plus communs.

Les mécanismes travaillent à l'émergence puis au renforcement du résultat immédiat le plus important : l'augmentation de la confiance du parent dans l'aide professionnelle. Celui sans quoi les autres effets ne peuvent pas survenir. Lorsque le parent explicite ses besoins et formule une demande, qu'en même temps sa confiance dans l'aide professionnelle s'améliore, et qu'il reçoit des informations qui augmentent ses connaissances sur les aides disponibles (résultats immédiats), il réalise des choix éclairés sur ce qui peut l'aider, opte pour des interventions sociales lui donnant accès aux soins de santé et aux biens de première nécessité, recherche un soutien professionnel ultérieur et, avec l'aide de l'intervenante, recherche également un soutien parmi ses proches. Soutenu dans son travail lors des entretiens, le parent parvient à réfléchir, à ce qu'il ressent et à ce qu'il est possible de mettre en place dans l'éducation à son enfant. En même temps et par divers chemins, il a accès à ses ressources intérieures.

Figure 4 : Théorie d'impact de *Bulles de Soi*– Classification des résultats



Cette combinaison de résultats immédiats mène à d'autres résultats, tels une confiance du parent dans ses choix d'action par rapport à son enfant, un changement dans sa façon d'aborder les problèmes...

Lorsque le parent accède à des connaissances sur l'accouchement en même temps qu'il parvient à

comprendre que le bébé est une personne avec ses besoins de sécurité et d'autonomie, il parvient à poser des choix plus éclairés, il a plus confiance en lui et interprète mieux les signaux de son enfant. Par la suite, des combinaisons de résultats immédiats amènent les résultats proximaux, ceux-ci se combinant eux-mêmes pour produire des résultats qui augmentent globalement la capacité<sup>9</sup> du parent : la sécurité physique et matérielle, le renforcement du réseau de soutien autour de la famille, la capacité de s'occuper de lui-même et de répondre plus adéquatement aux besoins de sécurité et d'autonomie de son enfant. Tous ces résultats visent à améliorer les conditions matérielles dans lesquelles vivent les familles, à améliorer le ressenti du parent et améliorer la qualité du lien parent-enfant. Ces trois résultats distaux vont finalement, à plus long terme, avoir un impact positif sur le développement de l'enfant.

## **2.3. Le plan organisationnel : ressources nécessaires à la délivrance des activités**

### **2.3.1. Les personnes nécessaires**

**Le nombre théorique nécessaire d'heures de prestation dans chaque fonction** pour répondre à la demande de soutien n'est pas prédéfini. C'est en demandant aux intervenantes quelle couverture elles jugeraient nécessaire que j'ai obtenu les chiffres suivants en réalisant des recoupements. *BDS* pourrait occuper 5 ETP : 2 ETP pour l'accueil, de façon à assurer également des tranches de 16 à 18h, 0,5 ETP pour les assistantes sociales, 2 ETP pour les suivis psychologiques adultes et enfants et 0,5 ETP pour l'accompagnatrice de naissance / haptonome. Il faut ajouter 2h / semaine pour la juriste.

Dans cette estimation sont comprises des heures de réunion pour toutes les fonctions :

***Réunion BDS hebdomadaire 1h30***, des professionnelles qui ont en charge une situation *BDS*. La réunion est un moment pour réfléchir ensemble, se poser, se parler, présenter les nouvelles situations, discuter de l'inclusion d'une situation dans le projet et des orientations cliniques données aux situations. Les collègues présentes portent un regard également sur les situations qu'elles ne suivent pas personnellement.

***Réunion pluridisciplinaire hebdomadaire 1h***, à laquelle participent tous les professionnels du planning. Dans le cadre de *BDS*, elle est utile pour décider de certaines orientations et poser des questions juridiques.

Les réunions sont, avec les logiciels informatiques et le cahier de communication, des outils administratifs indispensables aux échanges entre les membres de l'équipe. Leur utilisation est comprise également dans le temps de travail estimé.

---

<sup>9</sup> Capacité : liberté réelle pour les individus de faire des choix parmi des fonctionnements, des modes de vie (Sen cité par Bénicourt, 2007).

Dans cette estimation sont incluses les formations. Une formation à l'accueil en CPF de 4 jours est dispensée par la Fédération, une fois par an, dans le but de fixer le cadre général. Elle est complétée par une formation à l'accueil spécifique au terrain, organisée par tutorat. Il est possible de demander à participer à des formations qui intéressent sa pratique.

En théorie, les tâches administratives sont également réalisées dans ces périodes, comprenant la gestion du subside de *Viva for Life*, la représentation du projet à l'extérieur, la répartition des plages horaires, la gestion du matériel, etc.

### **2.3.2. Les financements et matériel nécessaires**

◇ **Financements** : Il est impossible de parvenir à un montant théorique à octroyer aux dépenses en personnel mentionné au Tableau 3. Les différents régimes de travail, différents subsides et tâches multiples des intervenantes de BDS dans le CPF compliquent les calculs.

Le budget en matériel de consultation et biens de première nécessité est estimé à 2000€ / an. Les dépenses en matériel de bureau et aménagement des locaux, énergie, assurances et entretien sont comprises dans les frais globaux du CPF.

◇ **Locaux et matériel nécessaires** : Quatre bureaux à partager et un local fixe attribué aux consultations sociales suffisent. La répartition des locaux partagés est fixée dans un planning hebdomadaire stable. Un espace de travail commun permet de réaliser un accueil téléphonique et de se poser dans le calme, de remplir des tâches administratives. Il faut également des locaux généraux : salle d'attente, WC personnel, WC visiteur, coin cuisine et pause-repas avec les équipements nécessaires. Des ordinateurs connectés à internet sont indispensables ainsi qu'une ligne de téléphone fixe avec plusieurs postes internes, un GSM par professionnelle de *BDS* pour les tâches à l'extérieur du planning, les communications urgentes vers des patients et entre collègues. Du matériel de consultation pour l'haptonome et la psychologue pour enfants sont requis ainsi qu'un local - vestiaire contenant des étagères de rangement et des armoires fermées pour y ranger le matériel à vendre / prêter / donner aux parents.

### **2.3.3. Le fonctionnement en réseau**

La collaboration avec des institutions reliées à l'enfance et aux secteurs psycho-social, sanitaire et éducatif, est travaillée activement, des contacts sont pris à l'initiative des travailleuses. Il est important d'avoir un contact privilégié, une personne de référence au sein de chaque institution du réseau, de s'informer de ce que font les partenaires et de ce qu'ils attendent de *BDS*. Lorsque le réseau est déjà très mobilisé autour du parent, *BDS* se positionne en seconde ligne pour les aspects de la situation qui sont déjà pris en charge. Il n'y a pas de charge horaire spécifique prévue pour ce travail.

*Bulles de soi* a également des accords avec certains commerçants qui délivrent des biens à crédit aux parents ou aux professionnels du planning qui se présentent pour ou avec les parents.

Des résultats plus détaillés sur les ressources organisationnelles nécessaires sont en Annexe 12.

### **3. Le processus et l'implémentation du programme *Bulles de soi***

Dans cette partie, nous examinons le programme tel qu'il est mis en œuvre, ce qui permet de le comparer avec sa dimension théorique.

#### **3.1. Examen de l'utilisation des services**

Certains parents en situation de précarité ont un contact avec l'assistante sociale ou avec une des psychologues sans qu'ils se soient rendus au planning (Mécanisme 0). *Ces personnes ont déjà eu affaire au réseau social montois, [...] ont perdu confiance et moi, je vais leur montrer la manière dont elles peuvent être accueillies chez nous, par qui, comment, et ce qu'on propose* (Psychologue)

Ce peut être aussi des enfants « *de groupes [...suivis] depuis 2 ans, avec des situations familiales problématiques lourdes [...] et qui sont très en demande. [...] des jeunes filles en animation, qui ont subi une IVG ou des jeunes filles qui disent après l'animation : « J'ai besoin d'un test de grossesse ». Oui, on travaille la parentalité, ça c'est sûr !* » (Psychologue). Un certain nombre de parents bénéficient, directement ou par le biais des enfants, de ce type de soutien proactif.

Les parents qui sont intégrés aux actions de soutien à la parentalité n'ont pas systématiquement connaissance qu'ils bénéficient de ce projet du CPF. Il n'est pas fait mention lors de mes entretiens, de parents qui ont connu le projet par des recherches en ligne. Seuls quelques parents de jeunes enfants, orientés, voire obligés par d'autres organismes (Maison maternelle, PSE, SAJ, SPJ...), sont informés, avant leur arrivée à l'accueil, de l'existence d'un projet ciblé et parmi eux, rares sont ceux qui connaissent le nom de *Bulles de soi*. Un tiers des patients de la psy enfants sont par exemple envoyés par une maison maternelle. D'autres parents arrivent à l'accueil pour accéder aux services qu'un CPF apporte de façon générale et connue, ou parce que le planning leur a été conseillé par des proches. Parmi ceux-ci, certains sont à ce moment-là informés des possibilités de soutien à leur parentalité s'ils rencontrent les critères d'intégration à *Bulles de soi*. Le reste des parents bénéficiera sans le savoir des actions de soutien à la parentalité. Le tableau 3 énumère les différents modes d'atteinte de la population-cible et le nombre de professionnelles qui les citent lors des 6 entretiens.

Les « parents » qui arrivent sont en grande majorité des femmes enceintes et/ou avec des enfants. Elles viennent le plus souvent seules, certaines sont accompagnées d'une autre femme (une proche) ou de leur compagnon. On voit peu de pères seuls. Selon leurs proportions dans la société, on voit moins d'autres responsables parentaux que des parents biologiques et peu de parents adolescents.

| Tableau 3 : Source d'information du parent sur le projet BDS au PF                      |        |
|---|--------|
| Accueillante ou autre professionnel du planning (médecin, AS, Psy, Juriste, Animatrice) | Toutes |
| Bouche-à-oreille  | 4      |
| Maison maternelle   | 4      |
| TMS (PEP'S) de l'ONE  | 2      |
| CPAS  | 2      |
| Médecin   | 2      |
| Service PMS   | 2      |
| Service de libération conditionnelle  | 1      |

La disponibilité (Mécanisme 1) de l'accueil physique nécessaire 5J / 7 est en réalité de 8 demi-jours. Les usagers sont cependant reçus en-dehors de ces heures d'ouverture, si l'assistante sociale ou une des psychologues est présente. « *Ils savent que même si leurs horaires sont différents, on ne va pas les mettre dehors* » (Psychologue). L'accueil téléphonique est au moins aussi large.

La gratuité de l'accueil et des consultations sociales (Mécanisme 2) est effective et permet que la disponibilité soit pleinement exploitée. Dans la réalité, l'intervention de l'assistante sociale, sans qu'elle devienne payante, dépasse largement le cadre de consultations programmées : « *ce sont des démarches énergivores, tard le soir, en dehors des horaires de travail* » (Assistante sociale).

Le principe de confidentialité (Mécanisme 3) est respecté et va jusqu'à l'anonymat s'il est demandé par l'utilisateur, y compris vis-à-vis d'autres organismes sociaux et sanitaires. La pratique de l'anonymat reflète aussi la capacité du planning à prendre des responsabilités aux côtés du parent (Mécanisme 7). L'accueil tout-venant de *La FH* a répondu à 4620 personnes en 2019, dont 2465 nouveaux usagers. Parmi ces personnes, une partie seulement sont des parents concernés par le programme de soutien, mais leur nombre n'est pas précisé. De plus, il n'est pas toujours réaliste de discerner en une seule rencontre si la démarche de la personne concerne la parentalité.

Lors de l'accueil, le soutien de l'expression, l'écoute empathique et le non-jugement (Mécanismes, 4, 5 et 6) sont mis en pratique, cela est décelable dans les rapports oraux qui ont lieu durant les réunions. Si nécessaire, le temps accordé par accueil est d'une heure, renforçant le principe de disponibilité (Mécanisme 1) et permettant vraiment au parent de se poser et à la crise émotionnelle de s'apaiser.

Les situations des parents qui se présentent au planning évoluent : « *Beaucoup de situations qui nous prennent beaucoup de temps* » surtout au niveau social. « *On est souvent devant des situations TRÈS lourdes et où on est dans l'urgence [...], si un enfant est en danger, qu'on le sait pertinemment qu'il est en danger, on ne peut pas remettre à la réunion de jeudi prochain. Ça, c'est pas possible* » (Assistante sociale).

De plus en plus de parents arrivent avec un manque immédiat de biens de 1<sup>ère</sup> nécessité : lait maternisé, couches, nourriture. Une minorité des parents évitent de s'engager dans un suivi social destiné à stabiliser leur situation mais reviennent néanmoins plusieurs fois demander des aides matérielles d'urgence. « *Depuis qu'elle a eu ses 3 boîtes de lait, on ne la voit plus. Je pense qu'elle va revenir quand elle va de nouveau être à court* » (Assistante sociale). « *Si elle est en difficulté et qu'elle n'a plus de lait pour son bébé, OK. Mais tu ne peux pas devenir un service de distribution ni de vêtements, ni de lait ni de... ça doit s'inscrire dans une prise en charge, alors oui* » (Haptonome). L'urgence est traitée comme telle, sans considération d'heures de fermeture. C'est également dans ce contexte que la prise de responsabilité (Mécanisme 7) est manifeste. La plupart de temps, l'intervention est endossée et assumée par l'assistante sociale qui est en même temps la coordinatrice du planning, garante des décisions de l'institution.

Une fois obtenue la réponse à la demande urgente, ou une fois l'accueil terminé, la plupart des parents acceptent un RV à une première consultation sociale ou psychologique ou à un accueil d'orientation. Mais passé ce stade, nombreux sont ceux qui ne viennent pas à ce premier RV. La personne rompt la relation lorsque le lien est encore précaire : « *il y a une nouvelle demande et [...] elle a pas donné suite* » (Assistante sociale). En 2019, 6/16 des parents avec enfants qui ont un RV en accueil orientation BDS avec la psy enfants ne viennent pas à leur RV et ne donnent pas suite. Pour lutter contre des annulations de RV à répétition, on augmente la chance de créer une accroche plus solide en proposant une tranche horaire plutôt qu'un RV ponctuel. C'est une autre application du mécanisme de disponibilité. Dans la pratique des accueillantes, selon ce qu'elles rapportent, elles tâchent de connaître les ressources et les freins du parent à un suivi au planning (Mécanisme 8), afin d'adapter au mieux leurs propositions d'aide, mais il apparaît fréquemment que l'utilisateur ne révèle pas toutes ses conditions de vie et qu'elles se manifestent plus tard, soit qu'il finisse par les révéler, soit que son absence ultérieure évoque des difficultés de cet ordre. Les explications fournies sur les différentes aides (Mécanisme 9) semblent suffire et être adaptées au besoin du parent, je n'ai pas observé de preuve du contraire. Il n'empêche que plusieurs intervenantes reconnaissent ne pas mentionner les particularités de BDS.

Le choix, à poser lors de l'accueil, d'un certain type de premier RV n'est pas aisé. *C'est tout un travail d'analyser la demande* (Assistante sociale). La difficulté réside aussi dans l'application du mécanisme 10, le temps à accorder au parent pour réfléchir. Le moment choisi pour le premier RV porte à conséquence : « *Si la demande arrive par téléphone, il faut fixer un RV rapidement, c'est-à-dire pas dans 4 semaines sinon c'est quelqu'un qui ne viendra pas, mais pas trop rapidement non plus, parce que le risque c'est que la personne ne vienne pas non plus parce qu'elle était dans la précipitation* » (Assistante sociale).

Souvent, l'orientation vers le service socio-juridique précède un RV chez le psychologue ou l'haptonome, mais le tout est de choisir « *selon l'ouverture que laisse le parent* » (Haptonome). Dans la mesure du possible, si la professionnelle accueillante n'est pas celle qui recevra le parent pour son premier RV, elle applique le mécanisme 11 : « *je présente ma collègue [...] psychologue, donc si vous avez besoin à un moment, sachez qu'elle peut vous recevoir* » (Assistante sociale), sans possibilité que ce soit systématique. Et il arrive qu'on ne sache tout simplement pas proposer de RV, la situation méritant d'abord une concertation en équipe lors de la prochaine réunion avant de recontacter le parent pour proposer un RV.

En 2019 au planning, 1236 consultations psychologiques (dont 70% de femmes, 3,8% d'adolescents) et 228 consultations sociales ont eu lieu. Les consultations *BDS* ne sont pas comptées distinctement des autres. Le tableau 4 renseigne les activités des professionnelles d'avril 2019 (début du 1<sup>er</sup> subsidé *Viva For Life*) à mars 2020.

|              | Consultations soutien parentalité en tout | Consultations <i>BDS</i>                           | Heures totales <i>BDS</i> | Accomp. extérieur |
|--------------|---|--|---------------------------|-------------------|
| Psy adulte 1 | Non compté                                | 99 en 7 mois                                       | 178,5 en 8 mois           | 0                 |
| Psy adulte 2 | Non compté                                | Non différencié                                    | Non compté                | ?                 |
| Psy enfant   | 60 en 9 mois                              | Non différencié                                    | Non différencié           | 0                 |
| Haptonome    | 343 dont 338 femmes et 1 adolescent       | Environ 6/mois<br>Avec 6 consult <sup>o</sup> bébé | Environ 150h              | Environ 1 / mois  |
| Assist. Soc. | Non compté                                | Non différencié                                    | Non différencié           | 60 en 2019        |

Les AS se rendent disponibles à la demande de l'utilisateur ; elles libèrent des plages sauf si elles sont en réunion de coordination ou en animation EVRAS à l'extérieur du planning. Les actions de l'AS aux côtés des parents à l'extérieur du planning ne sont pas prévues dans les contrats des travailleurs en planning, mais pourtant nombreuses (60 par an) et en dehors des heures de travail. La juriste travaille dans *BDS* à la demande (à distance) et sur RV.

Quel que soit le premier entretien de suivi offert au parent, et le cas échéant à l'enfant, et qu'ils soient ou non intégrés dans *BDS*, ils pourront bénéficier de tous les types de services de soutien. Lorsque la pluridisciplinarité est nécessaire pour répondre à la multiplicité des problèmes d'un parent, elle est effectivement proposée. Mais certains parents refusent de consulter plusieurs professionnelles, même lorsque sont prises en compte leurs contraintes pour venir au planning.

Parmi les parents qui acceptent un RV après un accueil, un certain nombre ne viendra pas. Chez la psy enfants, la fréquentation diminue rapidement après quelques séances, surtout pour les mamans envoyées par la maison maternelle : elles ont toutes arrêté au bout de 3 séances au maximum.

Chez l'accompagnatrice de naissance, « *il arrive que les parents arrivent plus tard dans la grossesse, [alors] il faut augmenter la fréquence des consultations ou choisir parmi les différents thèmes des séances* » (Haptonome). Pourtant, l'adaptation du coût des consultations (Mécanisme 12) est manifeste, quasiment aucun des parents ne paie le prix plein de 20€/séance. Ils proposent le plus souvent moins de 5€. Le mécanisme 13 qui prône le libre choix du thérapeute est également pratiqué : il arrive souvent que le parent choisisse un suivi avec la personne qui l'a reçu à l'accueil, lorsque la demande s'y prête. J'ai constaté le respect effectif des choix personnels des parents dans l'orientation donnée au mode de parentalité (Mécanisme 14), toutes les intervenantes s'accordant à dire que la solution est proposée par le parent et doit lui convenir, que la psychologue n'a pas la solution, etc. Une grande souplesse est pratiquée par rapport au manque d'assiduité, aux retards, aux imprévus (Mécanisme 15) causés par les difficultés de gestion du temps de ce public.

Les parents qui se sont présentés à au moins deux RV et qui ne viennent plus alors que leur problème n'est pas résolu, sont recontactés par les travailleuses elles-mêmes selon le mécanisme 16. Parmi eux, certains réintègreront le programme avec plus ou moins de délai et de régularité, d'autres accepteront un RV mais n'y viendront pas et les derniers diront qu'ils ne souhaitent plus ou n'ont plus besoin des interventions ou qu'ils ne peuvent plus venir au planning, un déménagement est parfois invoqué. Quelques-uns ne seront pas joignables.

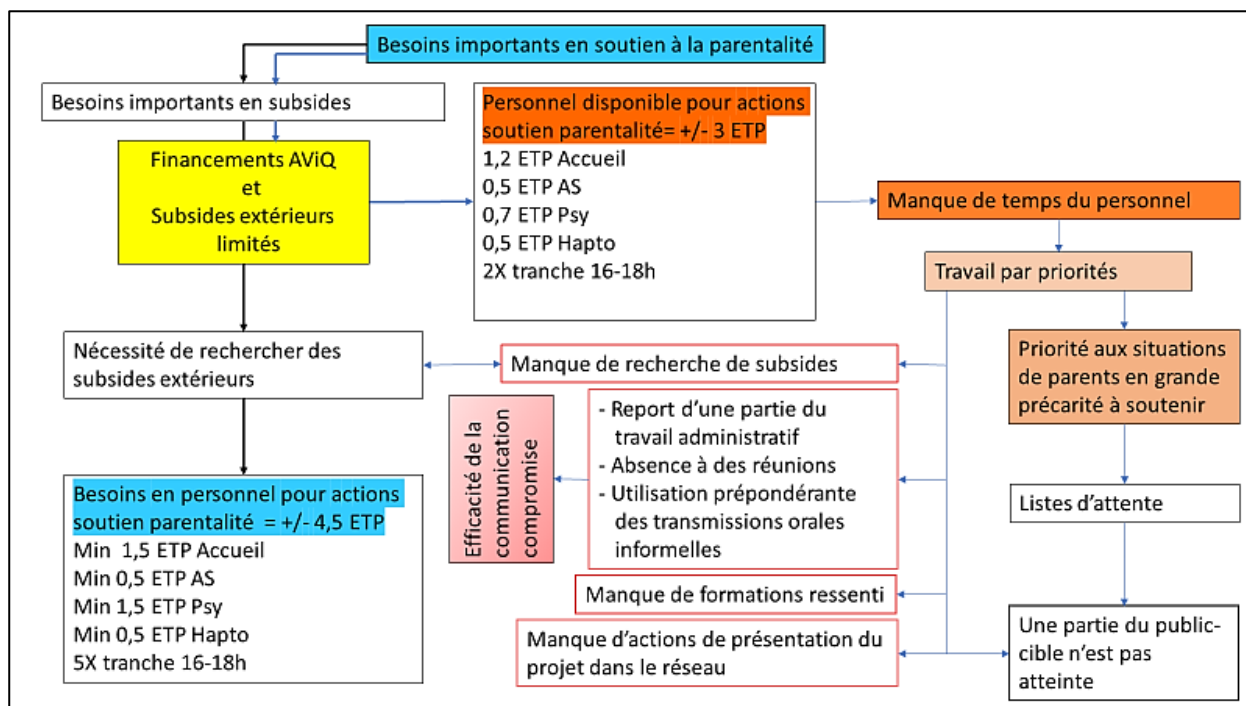
Certains parents bénéficieront de la totalité des interventions : les résultats les plus distaux des théories d'impact de chaque professionnelle auront été atteints. Ceux-ci quitteront le programme d'eux-mêmes ou bien la fin leur sera proposée. Il sera toujours signifié que l'ensemble des services restent disponibles pour une autre étape de la vie du parent, si nécessaire. Il arrive que des parents dont « *on n'entend plus parler pendant des années, [...] retéléphonent, [...] redemandent un RV avec ce psychologue* » (Assistante sociale) par qui ils ont déjà été suivis.

### **3.2. Examen de l'organisation**

La figure 5 explique qu'en partant d'un besoin en soutien à la parentalité important dans la région avec un financement AViQ limité, BDS recherche des subsides externes via des appels à projets. Mais ces subsides sont eux aussi limités et ne permettent d'engager qu'un nombre limité de personnel pour réaliser les actions. Environ 3 ETP travaillent dans le projet, accueil compris, au lieu des 4,5 nécessaires et toutes, sauf l'haptonome, répondent à des demandes supérieures à leur capacité horaire. On observe un dépassement des limites de certains contrats. La formation à l'accueil est insuffisante pour certaines intervenantes qui ne peuvent donc pas renforcer l'offre. Les autres formations sont essentiellement personnelles et hors des heures de travail. La priorité est donnée aux consultations, ce qui n'empêche pas les listes d'attente. La porteuse du projet remplit ses tâches administratives à domicile ou limite ses consultations et n'a pas le temps de répondre à un autre appel à projets que

celui de *Viva For Life*. Les outils numériques existent mais, peu appréciés pour communiquer sur des situations complexes, ils sont sous-utilisés en faveur des communications informelles. Aux réunions, on regrette presque toujours des absentes, appelées à d'autres tâches au service du CPF (Annexe 13). Pour toutes ces raisons, l'efficacité de la communication est en difficulté... La présentation du projet à l'extérieur est réduite au minimum et le travail important de se faire connaître et d'évaluer les attentes d'autres institutions n'est pas suffisamment réalisé.

Figure 5 : Les conséquences du manque déclaré de ressources financières du programme par rapport au besoin



#### 4. Estimation de la logique / plausibilité du programme

Dans cette partie, j'utilise les résultats sans les commenter pour évoquer une cohérence entre les problèmes existants, les interventions prévues pour les contrer, les moyens prévus pour délivrer ces interventions et les ressources disponibles pour leur mise en œuvre. J'introduis de la sorte un questionnement qui sera visité dans la discussion.

##### 4.1. Quel public-cible, contre quels problèmes et avec quelles interventions ?

Premièrement, tout programme social est destiné à un public-cible et une majorité des plannings interrogés (au moins 3/5) disent que le soutien à la parentalité doit être destiné à :

- tout adulte qui élève un mineur, à temps plein ou à temps partiel ;
- tout mineur âgé de plus de 3 ans ;
- toute famille abritant un enfant âgé de minimum 3 ans ;

qui en expriment le besoin ou en font la demande.

Il est clair que *BDS* se positionne autrement en axant justement ses actions sur la grossesse et la petite enfance ! Son argument est qu'il apporte autre chose ou d'une autre manière que les organismes classiquement dédiés à ce public puisque celui-ci est bien présent à ses consultations. Le public qui bénéficie globalement du soutien à la parentalité à *La FH* est plus étendu que dans d'autres CPF.

Ensuite, le programme doit proposer des activités adaptées à la fois à la spécificité du public-cible et aux problèmes qu'il présente (Annexe 14). Une majorité des plannings interrogés (au moins 3/5) soutiennent la parentalité par la pratique de 8 types d'interventions. *La FH* pratique les mêmes types d'interventions à l'exception de consultations familiales. En revanche, elle propose avec *BDS* un suivi en haptonomie plus précoce que les consultations de sages-femmes. Le toucher affectif® et les massages, outils plus connus des publics aisés, sont ici à disposition de parents précarisés.

Pour terminer, tout programme doit viser certains problèmes et tenter de les résoudre par des moyens adaptés. Les choix d'intervention réalisés par *La FH* comparés aux choix des CPF interrogés (Annexe 15) mettent en évidence trois types d'intervention qui sortent de l'ordinaire des CPF. D'abord, les consultations chez l'haptonome élargissent l'éventail de l'offre de services qui est de la sorte en capacité de répondre à davantage de besoins et de les aborder par un angle différent que celui de la seule parole. Ensuite, les déplacements d'intervenantes hors des murs du planning, vu leur fréquence, semblent des actions indispensables, afin d'assurer un soutien correspondant aux besoins des bénéficiaires vulnérables. Enfin, l'octroi de biens de 1<sup>ère</sup> nécessité, que les intervenantes doivent d'abord acheter, est une action inattendue de la part d'un CPF. Il semble qu'elle soit cependant une réponse inévitable à un besoin urgent, réel, qui n'aurait pas (encore) trouvé ailleurs de réponse.

Le plan d'utilisation des services doit permettre d'orienter le parent vers l'intervention appropriée mais il forme un diagramme complexe dans les méandres duquel doit se retrouver le professionnel. Ce plan n'a pas été écrit : c'est par recoupement des données que j'ai pu parvenir à une synthèse qui reste simplificatrice. La réalité des familles qui se présentent est plus complexe qu'en théorie et les critères à appliquer pour décider de l'orientation du parent sont connus au sein de l'équipe mais ne sont pas pratiqués de la même manière. Si la limite d'âge énoncée et appliquée est de 12 ans pour toutes les travailleuses, la question du problème affectant ou non le lien parent-enfant est comprise différemment. Il n'y a donc pas de consensus sur les orientations dans ou hors de *BDS*, ce qui provoque certaines interrogations. « *C'est ainsi qu'à l'accueil d'orientation, tu détermine : « Est-ce que c'est quelqu'un qu'on peut prendre en charge dans l'équipe BDS ? Ou bien est-ce qu'on doit l'orienter vers un psychologue plus général du planning ? » Cette question-là est difficile, en fait* » (Haptonome).

## 4.2. Quels moyens pour que les services du programme soient utilisés ?

### 4.2.1. Utilisation des canaux d'information sur les services

Aucun des CPF interrogés et en ce compris *La FH* de Mons ne manquent d'usagers, dont le nombre est toujours plus important. Ils se font connaître essentiellement par des organismes de leur réseau qui interviennent dans les domaines de la famille, de la santé, de l'éducation... et par le bouche-à-oreille. Je ne possède pas de données suffisantes pour affirmer que ces moyens de communications sont les plus efficaces pour contacter le public-cible.

### 4.2.2. Utilisation de mécanismes particuliers

Parmi les 18 mécanismes adjuvants de l'utilisation des services de *BDS* mis en évidence plus haut, certains sont mentionnés dans le Décret de la Région Wallonne sur les CPF :

- Gratuité de l'accueil et des consultations sociales
- Confidentialité pouvant aller jusqu'à l'anonymat
- Non-jugement des attitudes, apparences, croyances et actions
- Explications adaptées et complètes
- Souplesse par rapport au coût des consultations

D'autres sont mentionnés comme pratique habituelle dans tous les CPF rencontrés :

- Respect des choix personnels dans l'orientation donnée au mode de parentalité
- Souplesse par rapport aux absences et aux arrivées tardives
- Soutien de l'expression
- Écoute empathique
- Temps accordé pour laisser réfléchir

Certains des CPF externes ont également mentionné :

- Identification des ressources et des freins à un suivi au planning
- Reprise de contact ou rappel du parent par le professionnel
- Continuité de l'accès au soutien proposée spontanément

Mes analyses de *BDS* mettent en évidence 5 mécanismes supplémentaires. Observons la plausibilité de leur mise en œuvre :

**La proaction et l'accompagnement physique** aux côtés des bénéficiaires là où ils sont ne peut se réaliser que si plusieurs conditions sont réunies. Il faut d'abord que le CPF fasse partie d'un réseau qui connaisse ses particularités et qui le contacte pour accompagner des parents en difficulté dans des institutions. C'est le cas, vu l'ancienneté du CPF (plus de 50 ans), la densité, la variété et l'étendue de son réseau et enfin, vu le nombre d'animations EVRAS qu'il réalise dans des milieux vulnérables.

Il faut également que les travailleuses concernées l'acceptent, car cette démarche active et engagée n'est pas imposée dans les CPF. Cette condition est remplie par l'assistante sociale qui est aussi coordinatrice, et une psychologue.

**La disponibilité** large nécessite d'avoir suffisamment de personnel, donc de subsides, donc de points d'activité (Cour des comptes, 2012). *La FH* de Mons est au 6<sup>ème</sup> niveau sur une échelle qui compte 7 niveaux. Elle parvient à assurer une disponibilité supérieure à celle des autres CPF visités, pris isolément. Cependant, l'accueil est fermé deux demi-jours et il est *impossible pour l'instant [d'augmenter] par manque de subsides pour engager du personnel et également de par la difficulté "manque de formation" des indépendants disponibles durant ces créneaux pour assurer de telles permanences* (Coordinatrice). La mise en pratique de la disponibilité amène parfois à travailler au-delà de la charge contractuelle et de la plage horaire de l'intervenante, ceci pour mieux correspondre aux nécessités de certaines urgences ou aux horaires d'autres organisme. Cette disponibilité est donc propre à favoriser l'utilisation des services mais elle a un coût humain.

La **prise de responsabilité** aux côtés du parent signifie un investissement de l'institution qui passe par celui d'une intervenante. Les actes pour lesquels l'engagement de la professionnelle nécessitent l'endossement d'une responsabilité, voire d'un risque, sont variés : se rendre à un RV du parent au SAJ, au SPJ, à une convocation à la Police, tenir une position opposée à celle d'une autre institution, défendre l'anonymat, y compris vis-à-vis d'organismes officiels, dénoncer une maltraitance ou même assurer une présence aux côtés d'une mère menacée. Il ne fait aucun doute que cette personnalisation de l'implication institutionnelle, « *le fait que le bénéficiaire se sente soutenu et porté par quelqu'un qui prend aussi acte, qui prend aussi ses responsabilités, [...] ça va renforcer la confiance et ça va aussi renforcer la manière dont lui va pouvoir s'impliquer dans le processus* » (Psychologue). À nouveau, l'application de ce mécanisme se réalise au prix d'un coût humain, presque exclusivement assumé par l'assistante sociale du projet qui réalise des *démarches [qui] ne sont pas initialement prévues [...] dans [...le] contrat de travail* (Coordinatrice).

La **présentation du professionnel** qui est susceptible de prendre en charge le parent par celui avec qui il a déjà un lien est un mécanisme supposé efficace pour transmettre la confiance. En témoigne une bénéficiaire à qui l'accueillante a ouvert la porte du bureau où travaillait l'équipe, et dont les paroles sont rapportées dans un entretien : « *Ah, c'est bien, comme ça je connais tous les membres de la famille !* » (Assistante sociale). Ce passage ne peut pas être systématiquement mis en œuvre mais il est simple à pratiquer lorsque l'intervenante suivante est présente, ce à quoi sont attentives les professionnelles.

Dernier mécanisme implémenté, le **libre choix du thérapeute**, du psychologue pour adultes, est mis en œuvre malgré les contraintes organisationnelles qu'il peut entraîner. En effet, le parent préfère

généralement poursuivre le suivi avec la psychologue qui l'a accueilli en premier lieu. La démarche de pousser la porte du planning, de s'y poser et d'y déposer une partie de son fardeau est un effort consenti par le parent envers la première personne qui s'est présentée à lui et qu'il aura du mal à réitérer face à une autre professionnelle. La psychologue accueillante met quelque chose de la thérapie dans son accueil, « *il y aura quelque chose qui sera dit, qui sera du côté de « penser sa vie »* » (Psychologue) et le travail est déjà commencé. Il arrive que ce choix ne soit pas le meilleur pour la répartition des suivis dans le planning, et qu'il entraîne un certain déséquilibre.

Si l'efficacité des mécanismes n'est pas remise en doute à ce stade, la mise en œuvre de certains d'entre eux a un impact négatif sur le budget du CPF, l'organisation du travail en équipe et la vie personnelle des travailleuses impliquées, allant jusqu'à dépasser les missions d'un CPF. Jusqu'où faut-il aller ? Nous reviendrons plus loin sur ces questions.

### **4.3. Quelle organisation pour que le programme soit applicable ?**

Les conséquences du budget limité sur la mise en œuvre effective du projet peuvent amener un doute sur la pérennité du projet à long terme. Les professionnelles se heurtent répétitivement à cet écueil : le pécule de *Viva For Life* n'a été reconduit pour 2020 qu'au moment même où le premier se terminait. Il n'y avait pas d'assurance pour cette reconduction ce qui a entraîné pour toute l'équipe un gros inconfort. De plus, si les 20000€ ont permis d'acheter le matériel nécessaire pour une durée d'un an et de couvrir 0,80 ETP indépendant, ils ne permettent pas de couvrir un besoin de personnel correspondant à la demande de soutien du public-cible.

Les deux réunions hebdomadaires, organisées bien au-delà des exigences du Décret, devraient permettre une réactivité plus cohérente avec les formes changeantes que prennent les différentes difficultés rencontrées par des familles précarisées. Mais nous avons vu qu'elles ne sont pas exploitées comme prévu et ne remplissent pas toujours ce rôle.

Le fait de ne pas disposer d'assez de temps pour faire connaître *BDS* dans le réseau ou renforcer les liens qui existent déjà, fait que finalement, une partie du public-cible potentiel dans la région ignore ce que *BDS* pourrait lui apporter. Cela fait que si ces parents ne peuvent pas bénéficier des services, ils ne viennent pas non plus grossir encore davantage les listes d'attente, ce qui maintient la mise en œuvre du programme dans un relatif équilibre...

# Discussion

---

## Discussion des résultats

### **1. Le plan d'utilisation des services comme résultat central**

Le cadre conceptuel de la théorie du programme social selon Rossi et al. s'est révélé être une modélisation applicable au projet *Bulles de Soi* mis en place au CPF *La Famille Heureuse* de Mons. Il était prévisible que les données sur la théorie d'impact obtenues des différents entretiens allaient devoir faire l'objet d'un travail approfondi de rapprochements, comparaisons et recoupements, au départ de visions individuelles liées au rôle et à la profession de chacune. Il a été confirmé également qu'un tel programme fonctionne grâce à des subsides réduits et doit utiliser toute la polyvalence de ses intervenantes pour se prolonger d'une année à l'autre. De manière assez surprenante, c'est le plan d'utilisation des services qui a fourni le plus de renseignements pour répondre à la question de la structure : un programme de soutien à la parentalité qui s'adresse à un public précarisé dans un planning familial semblerait devoir avant tout être structuré autour d'une manière particulière de délivrer les services.

Dans le développement qui suit, observons d'abord quels problèmes, mis en évidence dans les résultats, sont pris en considération par *La FH*. Commentons ensuite leur gestion au sein du programme *BDS* sous l'angle des interventions mises en œuvre et des objectifs visés. Examinons plus en détails le fonctionnement des mécanismes, et questionnons leur efficacité. Enfin, discutons l'influence de la dimension organisationnelle sur la mise en œuvre du programme. Nous souhaitons de la sorte apporter un éclairage sur la plausibilité d'atteindre les objectifs de *BDS* et proposer pistes d'évolution.

### **2. La localisation du programme dans le CPF favorise l'accès des parents en situation de précarité à des services professionnels**

Parmi les problèmes des parents, identifiés en première partie des résultats, mettons d'abord en évidence ceux qui imposent à la structure professionnelle qui les reçoit de structurer son offre d'une façon particulière. Un CPF comme *La FH* doit offrir aux parents un soutien qui permet de dépasser ces problèmes.

#### **2.1. Dépasser le problème de maîtrise intellectuelle de l'environnement**

Une connaissance minimale des services disponibles n'est pas acquise aisément lorsqu'un parent ne maîtrise pas suffisamment la langue, qu'il soit d'origine étrangère ou qu'il n'ait pas pu obtenir plus que le certificat d'école primaire. Or, le CPF *La FH* est souvent renseigné au parent sans qu'il ait dû

le rechercher lui-même, ou les intervenantes se font connaître elles-mêmes en pratiquant hors de leurs murs.

Des parents en difficulté juridique ne recourent pas à l'aide par ignorance que leur problème a une solution et ces soucis aggravent leur situation financière, sociale et psychologique. C'est souvent une demande d'aide sociale ou psychologique qui dévoile un besoin de conseil juridique. Le professionnel interpellé redirige alors vers la juriste du CPF dont les tarifs sont adaptés aux revenus restreints, sans que le parent doive sortir de l'institution.

Des familles bénéficient d'un revenu social restreint permettant tout juste la survie à condition qu'aucun imprévu ne survienne et à condition de savoir gérer un budget, ce point pose quelquefois un souci. Les problèmes s'aggravent par manque d'anticipation : ils se gèrent au jour le jour. Parfois les démarches entreprises pour avoir de l'aide prennent du temps sans certitude d'aboutir, et le parent se heurte à l'urgence. Le CPF répond à des situations qui n'ont pas (encore) trouvé de réponse auprès d'organismes caritatifs.

## **2.2. Dépasser les problèmes d'accès aux soins de santé**

Des parents en situation de précarité connaissent des problèmes d'accès aux soins de santé, santé générale mais surtout mentale. Des personnes en situation irrégulière sur le territoire sont dirigées par l'ASBL qu'elles fréquentent vers le planning pour rencontrer un médecin. Le paiement se négocie, l'accès à des examens de laboratoire se concrétise, grâce aux contacts interpersonnels dans le réseau de soin local. Alors que le circuit officiel des soins de santé officiels exige une trace du passage du patient, le planning assure la confidentialité même pour les mineurs, et l'anonymat s'il est demandé. S'il est question de grossesse adolescente ou d'importants soucis relationnels entre jeunes et parents, le mineur peut venir sans que cela se sache. La même protection est offerte à une personne qui vient avec le désir que son (sa) conjoint(e) n'en soit pas informé (e).

Les services de santé mentale reconnaissent que des « franges de la population [sont] encore exclues des services. Par exemple, [...] les migrants, les personnes en grande dépendance, les personnes en situation très complexe, les personnes sans abri, etc. Ils expliquent notamment cette situation par un « accès aux soins parfois trop restreint, complexe ou rigide, [des] délais d'attente pour un premier contact [...] très longs [et une] inaccessibilité des soins pour raison financière, par manque de moyens » (CRéSaM, 2018). Les CPF parviennent à atténuer ces obstacles par la spécificité de leur approche des publics précarisés. À Mons, les SSM et PSE renvoient vers les plannings les populations qu'elles ne parviennent pas à prendre en charge.

Par ailleurs, recourir à un psychologue reste encore pour de nombreuses personnes un acte stigmatisant et l'accès à ce service est facilité dans un CPF par l'intermédiaire d'une demande d'abord sociale qui rencontre une écoute en plus d'une action administrative.

### **2.3. Dépasser les difficultés relationnelles avec les institutions**

Les relations sont parfois tendues entre les parents précarisés et les institutions chargées de les aider. Le message responsabilisant actuel peut peser sur des parents, sembler ignorer à quel point « le métier de parent » n'a rien d'évident... et qu'il est plus compliqué encore quand la vie est marquée par la précarité (Cosner Berzin & De Marco, 2010; Pinel-Jacquemin et al., 2018). Pour les parents, « demander une assistance peut accentuer le sentiment d'incompétence lié au fait de ne pouvoir subvenir aux soins de leurs enfants » (Zaouche-Gaudron, 2017). À l'extrême, la crainte de ces parents que leurs enfants leur soient retirés les poussent à s'effacer des écrans-radars, en quelque sorte, et le CPF représente un lieu où ils peuvent éprouver une relative sécurité grâce à la neutralité des travailleuses, non-mandatées par d'autres institutions. Certains parents envoyés en CPF sont perdus en arrivant : « *Ils ont fait tellement de services qu'ils ne savent même plus où ils sont ici. C'est important de savoir où on est. Après, [on leur dit] qui on est, ce qu'on peut faire. Pour moi, c'est important. Donc, se réapproprier les choses qu'on a un peu perdues et que... en tant que parents, on leur dit tellement ce qu'il faut faire ! Ce qu'il ne faut pas faire !* » (Assistante Sociale et Thérapeute familiale).

### **3. La structure du programme dans le CPF permet aux interventions de se cibler sur des besoins spécifiques, d'être plus qu'une juxtaposition de services et d'unifier les objectifs**

À présent, voyons à quels problèmes *BDS* souhaite répondre et examinons la pertinence des choix d'interventions qu'il a posés par rapport à ces problèmes.

#### **3.1. Le programme se structure autour d'une vision globale de la complexité des problèmes, permet la gestion de cette complexité et l'atteinte d'objectifs communs**

Avoir accès aux services ne suffit pas : comment en faire un tout cohérent, un ensemble, un programme social, autre chose que la juxtaposition d'interventions qu'on pourrait recevoir ailleurs et qu'on peut recevoir en CPF sans qu'un programme existe ?

##### **3.1.1. Connaissance des besoins de la population et offre sans demande**

Le soutien à une parentalité mise à mal par la précarité est une orientation particulière à laquelle chaque intervenante de *La FH* accorde une attention majeure. Il s'agit bien d'« interpréter toute démarche [du parent] comme une demande, fût-elle peu structurée ou non exprimée de la façon attendue par le professionnel » (CRéSaM, 2018). « L'expression d'une demande semble le plus souvent incontournable pour que s'instaure un lien thérapeutique favorisant l'apparition de

changements durables, son absence explicite empêchant par conséquent la mise en place d'un tel lien» (Mugnier, 2005). Mais dans *BDS*, que l'accueillante soit assistante sociale ou psychologue, l'attitude d'écoute adoptée lui évite d'abord de comprendre trop vite les tenants et aboutissants de la situation et lui permet ensuite de saisir derrière les mots et les manifestations, où sont les besoins non exprimés. Il faut donc comprendre ainsi le résultat immédiat « *Explicite ses besoins et formule une demande* » obtenu par les interventions de *BDS* : besoins et demande sont avant tout perçus par l'écouter qui les interprète comme tels ; il lui revient ensuite d'éviter de pousser trop loin l'interprétation.

C'est l'ensemble combiné des interventions qui produit des résultats, consolidés parce qu'ils sont amenés par plusieurs voies.

### **3.1.2. Problèmes imbriqués gérés en pluridisciplinarité**

Tous les problèmes n'apparaissent généralement pas en une seule rencontre, mais le traitement de la situation en équipe pluridisciplinaire mène à une analyse approfondie de la situation et à sa prise en charge globale. Chaque professionnelle, munie de sa compétence propre, aborde le parent en se focalisant sur les questions auxquelles elle peut le mieux apporter une réponse tout en tenant compte de l'ensemble de son vécu. Bien sûr, tous les parents n'ont pas un problème urgent à résoudre, et tous n'ont pas besoin non plus d'une prise en charge pluridisciplinaire. Cependant, la possibilité de recourir à des services conjugués est accentuée grâce à l'attention qui est portée par chacune aux différents besoins du parent et par une offre proactive d'autres types de soutien.

Les intervenantes de *BDS* agissent sur des problèmes mis en évidence lors des enquêtes, notamment des questions de difficultés financières et matérielles, de santé mentale des parents, de grossesse et d'accouchement de mères seules, d'éducation des enfants, d'isolement social, de maltraitance intra-familiale.

### **3.1.3. Résultats communs**

Les résultats immédiats et proximaux, exprimés en termes d'objectifs pour *BDS* répondent directement aux problèmes vécus par le parent en situation de précarité complexe. Ces résultats sont logiquement accessibles au vu des actions mises en place dès l'accueil, et continuées durant les premières consultations. Ils représentent globalement un épisode d'apaisement pour le parent. La gestion concertée des soucis matériels et la possibilité de se poser et de réfléchir lui apportent rapidement des bénéfices. Il obtient un soutien matériel, un renforcement de ses connaissances et il est soutenu dans la recherche de ses capacités propres. Mais les résultats attendus ne sont accessibles qu'à la condition d'un nombre suffisant de rencontres, variant selon les problèmes rencontrés. Je ne dispose pas de renseignements sur le degré d'atteinte de ces résultats.

Les résultats distaux susceptibles d'être atteints par le programme sont à même de participer à des conditions plus propices d'exercice de la parentalité et à une amélioration des circonstances dans lesquelles un enfant grandit et, par-là, d'avoir une influence positive sur sa santé. Encore faut-il que les actions du programme soient délivrées jusqu'à la résolution des problèmes et là encore, je ne dispose pas de renseignements sur la proportion des parents qui atteint ce niveau de résultats.

### **3.2. Le programme structure son offre d'interventions en fonction de la population-cible qui nécessite le plus de soutien**

*BDS* est un axe du soutien global à la parentalité à *La FH* qui est volontairement mis en évidence et desservi par des outils supplémentaires. Il priorise le soutien à des **parents d'enfants âgés de moins de 12 ans, et pour qui le problème réside dans le lien parent-enfant**. C'est un choix dont le coût d'opportunité est d'autant plus important que les subsides sont serrés. Discutons comment *BDS* concrétise ce choix.

Les conditions de vie précaires sont susceptibles de nuire à l'instauration d'un lien de qualité entre parents et enfants, une attention à ce lien est donc une nécessité. Comme celui-ci s'instaure dès la grossesse, toutes les actions visant à l'améliorer sont intéressantes : « le soutien social perçu par les femmes enceintes précarisées diminue [...] le passage par le placenta du cortisol et protège le fœtus des effets des adversités vécues par la mère » (Rousseau, 2017 [en ligne] consulté le 18/05/2020), apportant ainsi un soin au lien biologique. L'intervention de l'assistante sociale allège les soucis prégnants du quotidien et permet au parent d'assurer l'essentiel des besoins de sa famille. L'haptonomie prénatale a démontré des résultats sur la qualité du lien mère enfant quand celui-ci était tenu au départ (Klabbers et al., 2018). Après la naissance et durant la petite enfance, le travail sur le lien dans sa dimension psychique exercé par les psychologues et l'haptonome permet à la dyade parent-enfant de vivre de façon croissante en autonomie tout en assurant à l'enfant la sécurité dont il a besoin. Après 6 ans, alors que l'enfant entre dans une période intermédiaire où il doit affirmer et explorer son identité et ses capacités, le lien parent-enfant souffre potentiellement dans toutes ses dimensions : psychique, affective, éducative. Les intervenantes de *BDS* se positionnent aux côtés des parents en difficulté dans leur place et leur rôle de parent face à une société qui prend de plus en plus de place dans la vie de leurs enfants, par le biais de l'école, des copains...

**La frontière de 12 ans** est une moyenne acceptée des spécialistes pour dire que la période intermédiaire se termine (MSEJ Ontario, 2017) et que l'enfant entre dans l'adolescence. « À la fin de l'enfance, l'enfant a construit un système de représentation des relations d'attachement qui lui est propre » (Atger et al., 2017) Cela a donc du sens, d'une part de parler de modification des caractéristiques du lien psychique après cet âge : « Les modèles existants peuvent être modifiés par les changements intrapsychiques liés au développement, biologiques [et] cognitifs » (Atger et al.,

2017). Et d'autre part cela a du sens d'accentuer le travail dès le plus jeune âge sur la qualité du lien, puisque celui qui est bâti dans l'enfance va servir de fondation aux liens de l'adulte. Le soutien à la parentalité se poursuit au planning en dehors de *BDS* lorsque l'enfant grandit, la problématique de la séparation psychique fait place à celle de l'affirmation identitaire et de la recherche de nouvelles relations pour l'adolescent. Dans ses dimensions affectives et éducatives le lien se transforme, la place et le rôle du parent dans la vie de leur enfant sont amenés à changer et le soutien s'oriente tout autrement. Il reste indispensable pour les familles, notamment pour celles qui vivent dans la précarité et qui ont besoin de continuité dans le soutien ou pour celles qui arrivent tardivement dans le programme, dépassées soudainement par des adolescents en demande ou en besoin. Il est indispensable également pour accompagner les (trop) jeunes parents encore en recherche d'eux-mêmes et déjà responsables d'une nouvelle vie. Il n'y a pas de raison de penser que ces familles doivent recevoir moins d'investissement professionnel que les autres, surtout si l'on sait que pour les jeunes aux enfances bousculées, « l'existence de figures alternatives de soutien et de relations avec des acteurs du soin, caractérisées par leur stabilité, leur continuité et leurs réponses prévisibles et adéquates, est primordiale » (Atger et al., 2017). Prendre le relais des parents en situation de précarité, c'est soutenir leur parentalité en ce que la société a échoué à faire lorsqu'elle n'a pas permis d'améliorer les conditions de vie dans lesquelles leurs enfants ont grandi. Accueillir les parents eux-mêmes dans des suivis psychologiques, c'est reconnaître qu'ils ont encore un rôle à jouer auprès de leurs adolescents et les soutenir dans de nouveaux choix pour faire évoluer ce rôle.

Dans cette perspective, le soutien à la parentalité doit en effet se concentrer sur les premières années de vie de l'enfant, mais se prolonger jusqu'à ce que le parent, toujours au sens large du terme, ne soit plus une nécessaire référence pour orienter les choix de l'enfant devenu adulte. Cela éclaire et justifie le choix réalisé par *La FH*, d'investir dans le soutien à toute la parentalité, mais en l'approchant le plus tôt possible.

### **3.3. Le programme se structure en relation étroite avec le réseau du CPF**

Vis-à-vis de tout parent intégré à *BDS*, l'espoir est de le voir s'affranchir des actions du projet sans avoir besoin d'y recourir à nouveau. Un CPF n'a pas pour mission de réaliser du soutien prolongé. Dans ce but, *BDS* tente de renforcer le réseau de soutien professionnel du parent, de sorte qu'il accède à plus long terme aux aides sociales, sanitaires, éducatives et psychologiques dont il a besoin.

Pour éviter que le souci et la charge de familles vulnérables ne revienne de façon cyclique vers les travailleuses du planning chaque fois que la situation familiale prend un tournant, des relations de qualité doivent être entretenues avec les organismes du réseau. Or, s'il est prévu dans la théorie que ce soit le cas, les possibilités d'entretenir ces bonnes relations sont dans la pratique peu exploitées,

voire reportées à plus tard, pour la plupart des intervenantes de BDS qui reconnaissant manquer de ces contacts.

### **3.4. Le programme se structure pour donner aux parents une place de co-acteurs et tenir compte de leurs savoirs**

Les parents qui sont dans la précarité économique et subissent l'isolement social perdent l'habitude de donner leur avis, la confiance qu'ils ont quelque chose à apporter n'existe plus, l'autodépréciation est majeure. Les interventions individuelles menées dans *BDS*, en lui permettant l'accès à la fois à des moyens, à des connaissances et à une meilleure estime d'eux-mêmes, restituent au parent une part de « la liberté de mener la vie -de parent- à laquelle il aspire » (Bénicourt, 2007). Mais *BDS* ne parvient pas jusqu'au stade où le parent acquiert le sentiment de disposer d'une place dans la société et d'y jouer un rôle. Les outils utilisés que sont les consultations, outils classiques où un professionnel se place face à un bénéficiaire, ne sont pas reconnus pour être des moteurs de la participation et de l'*empowerment* des usagers. Bien que *BDS* lutte contre l'isolement et tende à renforcer le réseau social autour du parent, en particulier de la maman seule, je n'ai pas relevé que les usagers sont incités à prendre part à des activités sociales, qu'elles se passent en dedans ou au dehors du planning. J'ai connaissance qu'un groupe de parole en maison maternelle a été expérimenté mais n'a pas eu le succès escompté. Peut-être qu'une occasion de rencontre, organisée autour d'une action utile dont pourrait aussi bénéficier le parent serait plus attractive en partant par exemple des besoins du parent en matière de biens quotidiens, de garde d'enfant, de détente... et en comptant sur les apports individuels et les talents ignorés. Si ce n'est pas le rôle d'un planning, celui-ci pourrait être un intermédiaire vers une structure qui proposerait ce type d'activité communautaire.

## **4. La structure du programme dans le CPF se co-construit autour de mécanismes adjuvants de la délivrance complète des services à la population-cible**

Évaluons maintenant l'intérêt et l'applicabilité des mécanismes mis en œuvre pour atteindre la population-cible, l'engager et la maintenir dans le programme jusqu'à ce que les résultats attendus soient obtenus.

### **4.1. L'importance du premier contact et de l'éveil de la confiance**

Le rôle primordial de la confiance est apparu dans les résultats, comme déclencheur de la cascade des *outcomes* attendus du programme. Lors de la première rencontre, la professionnelle est responsable de rallumer chez le parent en situation de précarité l'étincelle de la confiance, qu'il a perdue ou chez qui elle a été mise à mal. Elle fournit à l'utilisateur parent à la fois des indices qu'il peut « compter sur » l'intervenante et des indices affectifs qui vont éveiller sa confiance. En effet, « la confiance ne se

décèrète pas, elle ne s'exige pas non plus [...car] cette confiance, nécessaire pour vivre [...] n'est pas le simple fruit d'une décision volontaire » (Marzano, 2012). Pour une partie des parents, faire confiance est difficile et éveiller leur confiance requiert patience, réflexion et inventivité chez les professionnelles. Les indices déclencheurs de la confiance, amenés par l'intervenante, sont interprétés selon les vécus précédents du parent. « *La confiance, je crois que c'est clair que si elle n'est pas là, le parent ne va pas démarrer. Il y a aussi la confiance dans la personne qui a envoyé le parent vers nous* » (Psychologue).

Lorsque la rencontre se déroule au CPF, l'accueillante fait tout pour créer un « *premier lien* » entre l'utilisateur et l'institution, qu'en l'occurrence elle personnalise à cet instant. Ce que les professionnelles de BDS nomment « une accroche » est sans doute le point de départ du lien de confiance. Le parent ne vient pas acheter un pain mais se livrer, se risquer à demander de l'aide. Se manifestent ici les deux pans de la confiance : *reliability* et *trust* (Marzano, 2012). Non seulement il a besoin de sentir qu'en face de lui le professionnel dispose de moyens [d'aider], mais qu'il va les utiliser pour lui. « Il déchiffre une intention. [...] L'utilisateur sent fortement que c'est à partir de lui et pour lui que se déploient les actes du professionnel. Pourquoi fait-il cela ? Parce que je suis aimable (digne d'amour), ce qu'il me fait savoir par ses dons » (Fustier, 2008). Ceci ne se déroule qu'au niveau d'un échange vrai et sécurisé entre deux personnes. Cela peut expliquer le fait que, quand le parent arrive sous la contrainte et non de sa propre volonté, « *il y a quelque chose de cette confiance qui a beaucoup de mal à se développer* » (Psychologue).

Mais l'action de soutenir la parentalité se trouverait déjà, selon certaines intervenantes, dans l'application du mécanisme 0. Précéder une demande d'un parent, futur parent ou enfant en difficulté, en le rencontrant là où il est, au foyer pour sans-abris ou à la maison maternelle, devant un juge de la jeunesse, un policier ou un conseiller du SAJ, dans un SRJ ou une école en discrimination positive... Bien sûr, c'est montrer hors des murs du planning ce que le projet au planning peut apporter, mais pas seulement. Car il n'y a pas derrière cette démarche coûteuse (nous l'avons déjà dit) de recrutement. Il y a une volonté d'apporter un soutien, humain le plus souvent, informatif parfois. Il s'agit bien ici d'aller rencontrer les publics qui ont besoin de ces interventions. Et répondre à l'enfant placé, en demande, à la jeune fille dans l'angoisse, c'est également soutenir un parent, qui n'est à cet instant pas présent, mais c'est apporter un peu de ce que la société doit apporter à l'éducation de tous ses enfants, c'est la coéducation au sens de Neyrand (cité en Cadre théorique, 3.4.1.), c'est reconnaître qu'un enfant ne s'élève pas des seules tâches et responsabilités de ses parents.

Ce geste peut susciter le tout début d'un lien de confiance, car rien n'a été réclamé ni d'une part ni de l'autre. C'est peut-être dans l'esprit de produire du « lien social, [...] de la communication et de la solidarité entre personnes » (Fustier, 2008) et non de produire un service que l'intervenant du

planning se tenant aux côtés du parent sera le plus à même d'éviter que soit perceptible la distance donneur-receveur. Il ne rend pas l'autre redevable, mais (le don de) sa présence, crée le lien, éveille chez l'autre la confiance, apporte cet indice affectif nécessaire après lequel pourra apparaître l'indice de sa fiabilité (compter-sur) professionnelle.

C'est ce qui nous permet de faire directement un détour vers les mécanismes **11** et **13** : la présentation personnalisée de la professionnelle « suivante » et le libre choix de thérapeute par l'utilisateur parent. La nécessité de leur application est parfaitement compréhensible lorsqu'on a saisi les enjeux de la confiance et du premier lien. Les intervenantes de *BDS*, malgré leur vision commune, ne sont pas interchangeables et il est prévoyant de créer au plus vite un second lien entre le parent et une autre professionnelle, de façon à élargir la possibilité d'une présence connue du parent lorsqu'il se présentera de nouveau. Il arrive cependant que des parents s'opposent catégoriquement à la rencontre avec une autre intervenante ; cela s'explique par la difficulté ressentie de faire confiance et au refus de raconter encore son histoire personnelle. Mais cerner ce qu'il se passe pourrait être encore plus compliqué que cela. Nous avons précisé que l'accueillante fait tout pour créer un premier lien, et pour cela autorise une rencontre entre deux *personnes*. Le premier lien est en quelque sorte réciproque et dans cette rencontre, un travail commence déjà, qui est lié à la formation professionnelle de l'accueillante : « *il y a aussi le fait que la thérapeute choisit son patient. Quand elle fait un accueil, elle ne peut pas faire autrement que d'accueillir déjà avec sa dimension de psy, ce qui crée un lien du patient vers elle mais aussi d'elle vers le patient, et après elle ne peut pas faire autrement que continuer avec le patient* » (Psychologue enfant).

Pour favoriser l'échange confiant lors de l'accueil, tous les mécanismes que j'ai cités dans le premier temps de la rencontre interviennent : d'abord la disponibilité, la gratuité, la confidentialité et très vite les autres. Observons-les attentivement, pour tenter de comprendre ce qu'on est forcé de constater : de nombreux parents poussés à venir à *BDS*, par le CPAS ou une maison maternelle, ne s'engagent pas dans le programme et le quittent prématurément.

#### **4.2. L'importance de la disponibilité**

La disponibilité, à *La FH* de Mons, est un instrument de rencontre du parent avec le projet, une façon généreuse d'atteindre le public-cible, car elle est une manière de don avant même que soit prononcée la demande. Que ce soit à l'accueil physique ou au téléphone, la disponibilité a les mêmes caractéristiques. Elle évite les pièges à la relation : RV donnés longtemps à l'avance, files d'attentes où l'on patiente parfois debout avec des enfants, horaires d'ouverture changeants et compliqués à retenir, démarches multiples et complexes... De la sorte, elle surmonte l'impossibilité ou l'incapacité du public-cible à gérer ces difficultés et s'ouvre la possibilité d'une rencontre entre le parent méfiant,

prudent, et la professionnelle. Mais malgré toute la bonne volonté de l'équipe de *BDS*, la disponibilité n'est pas à même de couvrir les plages nécessaires qui dépasseraient largement les heures d'ouverture dites « de bureau ». Il est inévitable que certaines personnes en besoin trouvent porte close ou au contraire salle d'attente trop pleine et fassent demi-tour.

La disponibilité est gratuite. Mais la gratuité peut être comprise de façon positive : « Vous n'avez pas les moyens de payer, alors ceci est pour vous, c'est donné » ou « Vous voulez essayer sans vous engager, alors venez seulement pour voir ». Ou de façon négative comme l'écrivain Robert Heilein : « Tout ce qui est gratuit vaut le prix que vous l'avez payé », sous-entendu : « c'est tout ce à quoi vous pouvez prétendre ». L'enjeu est bien de faire percevoir que c'est la version positive qui est d'application. Il est important dans cette optique que le parent perçoive autant la compétence de l'accueillante que le plaisir qu'elle a d'être là. Or, d'une part, on a vu que ce n'est pas une évidence que toutes les professionnelles soient formées, ce qui contraint certaines à prester beaucoup plus d'heures d'accueil que d'autres. Et d'autre part, l'accueillante fait face à des situations consécutives chaque fois différentes et inattendues ce qui demande une grande capacité d'adaptation, de gestion de ses émotions et beaucoup d'énergie. Peut-elle malgré cela affirmer qu'elle réalise les accueils avec toujours autant de plaisir ? Il semblerait nécessaire à l'unité de l'équipe et à la poursuite du projet d'apporter une amélioration à cette situation déséquilibrée.

### **4.3. L'importance de la confidentialité**

Certains usagers en situation de précarité n'acceptent de l'aide que sous couvert de l'anonymat, qu'ils soient sans-papiers, qu'ils craignent des représailles ou pour toute autre raison. La confidentialité allant jusqu'à l'anonymat est un mécanisme autorisé dont l'application peut poser plus de problèmes que ne le prévoit le Décret. Pour apporter à un parent une aide anonyme, les professionnelles doivent engager plusieurs réflexions : il s'agit d'accepter cette demande à condition qu'elle ne mette personne, et surtout aucun mineur, en danger, et également à condition d'avoir une possibilité suffisamment réelle de répondre concrètement à la demande. En effet, il faudra mobiliser d'autres organismes ou institutions qui, eux, ne sont pas pratiquants des services anonymes : hôpital, ONE, ... Et il ne s'agit pas, les démarches engagées, de les interrompre ou de revenir sur la parole donnée, car, comme l'a dit Sartre : « La confiance se gagne en gouttes mais se perd en litres ». Mais dans les faits, le planning prend-il le parti d'annoncer à ce parent que l'anonymat ne sera pas applicable et qu'il doit rechercher de l'aide ailleurs ? Non, car bien qu'un CPF ne soit pas, comme acteur psycho-social, dans l'obligation d'apporter aide et assistance résolutive à tous ceux qui se présentent, ni sous la forme qu'ils demandent, il pratique comme une obligation morale le fait de réfléchir avec chaque visiteur à ce qu'il peut lui apporter, et comment.

#### **4.4. L'importance du non-jugement**

Comme la gratuité et la confidentialité, la non-discrimination des usagers sont citées dans le Décret de la RW. Les travailleuses interrogées ont privilégié le terme de « non-jugement », à mon avis plus exigeant encore ! Si la discrimination porte sur le fait d'appliquer des traitements différents à des personnes en fonction de leur appartenance à un groupe particulier, le jugement, lui, est une appréciation, une opinion portée l'autre en fonction de ses attitudes, apparences, croyances, ou actions (Larousse [en ligne] consulté le 08/06/2020). La pensée n'est pas directement visible, mais elle dirige les décisions et ses effets peuvent se constater. Le défi qui se pose à l'intervenante en soutien à la parentalité est de prendre conscience que ses modèles de pensée peuvent guider ses paroles et ses actes, voire même les expressions de son visage, à son insu et malgré sa bonne volonté, et peut-être même à cause de celle-ci et de la fausse croyance qu'en la matière, pour éviter le jugement, il suffit d'avoir le cœur humain et l'esprit large. Le non-jugement, propre à éveiller la confiance, est bien plus difficile à appliquer qu'il n'y paraît et en particulier quand il s'agit de situations qui impliquent des enfants. Du fait de leur origine sociale ou géographique, de leur religion, de leur âge, de leur culture, les références des parents usagers ne sont probablement pas les mêmes que celles de l'intervenante : « ignorer les différences c'est introduire le présupposé erroné selon lequel tous les groupes partagent le même point de vue que celui du groupe dominant » (Roskam et al., 2015, Chap. 10), ce qui souligne l'importance d'être, comme professionnel, culturellement compétent. Les qualités de cette compétence ne s'acquièrent que de deux manières : par immersion ou par formation. Les professionnelles de *BDS* montrent à bien des égards qu'elles ont un respect profond des manifestations de toutes les différences. Elles possèdent également une connaissance certaine des codes et perceptions des populations autochtones les plus vulnérables. Cependant, l'origine des familles est de plus en plus diversifiée, et connaître toutes les cultures est impossible. Par manque de temps de formation, par manque de contacts répétés avec chacune de ces cultures... Il est alors primordial que les intervenantes gardent au minimum « une conscience de leurs propres biais et de leurs idées préconçues à propos de populations spécifiques [et de] réaliser des efforts conscients pour ne pas imposer leur vision biaisée à d'autres groupes culturels » (Roskam et al., 2015, Chap. 10).

#### **4.5. L'importance de la prise de responsabilité**

Ceci nous mène tout naturellement à nous pencher sur le mécanisme 7, la prise de responsabilité : pourquoi permet-elle la mobilisation du parent (et en quelque sorte son engagement dans le programme) ?

La prise d'une responsabilité s'accompagne d'une décision tranchée : l'intervenante dénonce une maltraitance au risque du retrait de l'enfant à sa famille, soutient le choix de l'anonymat d'un

accouchement, fait des démarches à la place d'un parent, engage le planning dans des achats à crédit... Dans nos sociétés horizontales, la décision n'est plus d'origine centralisée, mais « fait autorité si elle résulte d'un processus de négociation qui suppose la participation des parties, idéalement dans un cadre qui garantit une discussion équitable » (Cartuyvels, 2005). Or, la concertation est rarement possible dans l'urgence, lorsque celle-ci se présente à l'accueil. La théorie d'impact de l'accueil oblige à la réaction immédiate lorsqu'il y a danger à court terme et que le réseau n'est pas mobilisé. La décision doit être prise au risque de voir le parent repartir et ne plus revenir – l'accroche n'aura pas eu lieu – et de laisser le pire arriver, peut-être. C'est ainsi que tranche, le plus souvent, la coordinatrice du planning, assistante sociale de *BDS*, chez qui sont adressés ces parents vulnérables.

La théorie de l'auto-détermination de Deci et Ryan (1985, cités dans Aujoulat, 2017), peut expliquer comment un parent qui, au-delà de son appel à l'aide, montre de la passivité et se sent impuissant, reconquiert peu à peu son autonomie grâce, au départ, à la motivation extrinsèque apportée par la professionnelle qui s'engage et donne de sa personne à ses côtés. Ce mouvement du parent est à priori souhaité par le projet de soutien à la parentalité. Mais que se passe-t-il si son pouvoir retrouvé pousse le parent vers son propre chemin, et que celui-ci, bifurquant, ne mène plus à l'objectif escompté au départ ? Quel défi pour la professionnelle de poursuivre son action avec et pour le parent, mais dans une autre direction ! La prise de responsabilité engage sa personne et lui fait courir le risque de la solitude, face aux conséquences.

#### **4.6. L'importance du respect des choix des parents**

Il vient d'être mis en évidence que le mécanisme prônant le respect des choix personnels dans l'orientation donnée à la parentalité est plus complexe qu'à première vue. En outre, cette valeur nécessite beaucoup de recul de la part d'une professionnelle, car elle concerne certainement de nombreux sujets sur lesquels parents et organismes d'aide ont pu se trouver en conflit. J'ai différencié ce respect du non-jugement, accordé, lui, avant que débute le travail d'accompagnement. Il intervient plus tard, lorsque le parent fait des choix lui-même, trouve ses propres solutions et réponses, décide de suivre certains chemins qui lui semblent être les bons. La thérapeute qui s'est promis de ne pas lui apporter de solution clé sur porte évitera de penser à sa place, d'imaginer qu'il va droit dans le mur, d'essayer de le dissuader ou de l'orienter autrement. Son soutien n'est jamais directif mais tout au plus suggestif et encore, après que la confiance soit bien installée et avec toute la prudence qui sied (Psychologues) : prudence pour ne pas rappeler au parent toutes les fois où on lui a *imposé* des « conseils » ... prudence car on peut très bien se tromper soi-même : la perfection en parentalité, comme en soutien à la parentalité, n'est pas de ce monde. Le parent précarisé arrive au planning en

ayant peu ou pas confiance dans sa capacité de parent et après que le travail de l'équipe l'ait renforcée, il est impensable de conditionner la manière dont il en dispose !

#### **4.7. L'importance de l'adaptation des explications**

Le 9<sup>ème</sup> mécanisme dont il nous faut examiner l'adéquation est le fait de fournir des explications adaptées. Derrière ce qualificatif se cachent des questions multiples. Adaptées à quoi ? On pense à la langue maternelle, au vocabulaire, à la disponibilité émotionnelle, au canal de communication préférentiel (visuel, auditif, kinesthésique ?) aux possibilités, après, de donner une suite concrète aux explications, à la culture, à l'âge, aux connaissances préalables du parent, à sa demande, à son besoin, à la présence d'une déficience, à une maladie mentale... L'adaptation des explications concerne aussi des desseins de l'intervenante : adaptation de l'explication à la nécessité de conserver la confiance du parent, à l'impératif de protéger un enfant, au temps de consultation limité...

Il s'agit de nouveau d'un mécanisme paraissant au premier abord évident, s'écrivant comme les autres en quelques mots, mais qui contient tellement d'occasions de... ne pas tomber tout à fait juste ! Certes pas de manière intentionnelle, au contraire, mais parce qu'adapter l'explication à autant de paramètres – les enseignants le savent bien – représente un gigantesque défi qui, ne pouvant être complètement relevé du fait de sa nature, laisse inévitablement apparaître des malentendus et des incompréhensions et ne parvient pas à combler tous les fossés.

#### **4.8. L'importance de l'adaptation du coût des consultations**

Pour convaincre un public souvent confronté à des revenus restreints, proposer des consultations de suivi psychologique ou juridique à prix adapté est incontournable. Mais comment assurer un équilibre financier de la mise en œuvre du programme s'il est prévu au départ de demander 20 € par consultation (au lieu des 30 € qu'elle coûte à l'institution) et que le parent en situation de précarité paie de 0 à 5 € ? Je n'aborderai pas ici la question de l'importance qu'on donne aux choses selon le prix qu'on est prêt à donner pour les obtenir, ni celle de la distanciation que le fait de payer introduit entre thérapeute et patient, ni du risque de voir certains « profiter de la situation » et sous-financer les consultations par rapport à leurs possibilités réelles. Je retiendrai ceci : l'incertitude dans laquelle se trouve les intervenantes chaque année sur la reconduction du programme pourrait nuire à leur investissement dans de nouvelles actions ou dans une augmentation du nombre de leurs bénéficiaires et porte atteinte à la sécurité nécessaire à l'accomplissement d'une tâche professionnelle qui met aussi fort en relation les êtres humains. Les parents comme leurs thérapeutes pourraient se sentir trahis de devoir interrompre les séances sans avoir abouti. La confirmation que le programme dispose de fonds suffisants est une priorité avant de proposer les actions. Il semble inconfortable et risqué de faire passer au second plan cette exigence.

#### **4.9. L'importance du respect de la temporalité du parent**

La vie des parents en situation de précarité est compliquée du fait du cumul des difficultés qui les empêchent souvent de prévoir et un programme qui leur est adressé doit tenir compte de ce contexte. Pour s'ajuster aux temporalités des parents, des mécanismes sont en place. Avant toute proposition, selon le mécanisme 8, l'accueillante et par la suite la thérapeute ou l'assistante sociale vont rechercher tout ce qui pourrait constituer un atout ou un frein pour le parent dans sa venue à des consultations de suivi au planning. Ces informations apparaissent dans des dimensions très pratiques, organisationnelles, financières, liées au mode de vie ou pour des dimensions plus relationnelles, émotionnelles. Dans le même ordre d'idées sera appliquée le 15<sup>ème</sup> mécanisme, la souplesse par rapport aux absences et aux retards. Mais des absences peuvent attirer l'attention des professionnelles sur une autre question : ont-elles laissé assez de temps de réflexion au parent avant de lui donner un RV ? Ou au contraire l'ont-elles repoussé trop loin ? Toute la subtilité est de sentir ce qui convient. Le 10<sup>ème</sup> mécanisme insiste sur l'importance d'accorder au parent un temps de réflexion, qui mettra finalement en lumière si la demande émane bien de lui-même : un RV en accueil d'orientation, par exemple, permet de le « *structurer un peu dans sa demande, de tester l'engagement de part et d'autre : est-ce qu'on sera au RV ? et l'un et l'autre ?* » (Psychologue). Quand a-t-il besoin ou quand est-il prêt pour un travail psychique ? L'absentéisme signale-t-il la répugnance de la personne à faire appel à l'aide de façon générale ou un fossé culturel dans la façon d'envisager les suivis psychologiques ? Ou bien le parent n'estime-t-il plus avoir besoin de ceux-ci ? A-t-il honte de bénéficier d'un service auquel il peut consacrer si peu d'argent ? La professionnelle qui reprend contact elle-même, selon le 16<sup>ème</sup> mécanisme, essaie d'éliminer quelques-unes de ces causes et de ranimer la confiance. Néanmoins, il est remarquable de constater que certains parents qui ont interrompu le suivi pendant quelque temps reviennent en poursuivre une partie, montrant ainsi leur important niveau de confiance, en revenant sans crainte de reproche ou de refus, au contraire, avec la demande de retrouver la même « *Famille* ».

Notons pour terminer cette discussion des mécanismes que leur mise en œuvre est essentiellement conditionnée par le personnel qui constitue l'équipe du programme : sa disponibilité réelle, sa capacité à s'imprégner de la « culture » d'un programme marqué par son appartenance à un CPF, sa volonté ou sa possibilité d'implication, sa résilience et sa résistance sur le long terme, ses opportunités d'échange avec ses collègues.

#### **5. La structure du programme dans un CPF soutient les intervenantes**

Finalement, observons brièvement l'impact des contraintes organisationnelles sur la structuration du projet. Nous parvenons ainsi à des éclairages supplémentaires sur la possibilité de réaliser une implémentation du programme fidèle à sa théorie.

## 5.1. Le plan organisationnel prévoit les moyens de la mise en œuvre

Le plan organisationnel du programme doit assurer les moyens humains et matériels de mettre en œuvre le programme et de répondre à ce qui est un défi. « *BDS draine un public en grande précarité, ce qui impose inévitablement des situations de vie complexes, bien loin du cadre rassurant – pour le professionnel – de la famille traditionnelle et idéale* » (Assistante sociale). La complexité entraîne inévitablement des difficultés dans la mise en œuvre du programme et notamment des coûts peu prévisibles, souvent supérieurs aux présomptions. Les résultats ont mis en évidence les conséquences en cascade d'un budget trop serré par rapport aux besoins. Le choix qui a été posé est de donner priorité aux accueils et consultations de parents, au détriment d'autres activités de l'équipe destinées, elles, justement, à assurer le bon fonctionnement du programme et sa reconduction dans le temps. Faut-il reconsidérer ce choix ?

Certains arguments plaident en effet en faveur d'un accroissement de l'utilisation des ressources en direction du fonctionnement même des rouages du programme. J'ai observé nombre de situations où le temps a manqué aux professionnelles pour se poser, pour transmettre des informations par écrit, pour échanger des points de vue sur une situation, pour parvenir à une décision concertée, pour se former, pour renforcer les liens dans le réseau, pour... Ces occasions manquées pourraient être cause de soucis supplémentaires, voire d'une augmentation de la complexité de la situation à gérer, sans compter qu'elles pourraient mettre l'esprit et la lettre du programme en péril.

Les nombreux points communs qui sont apparus entre les intervenantes, à la lumière de mes observations et des entretiens que j'ai menés, dont j'ai réuni les contenus, ont remis à l'avant-plan la nécessité d'un certain pragmatisme. C'est la possibilité de communiquer, autour de tout ce qui compose leurs tâches et préoccupations professionnelles, entre collègues d'une même équipe, qui renforce celle-ci. L'unité de l'équipe est un rouage indispensable à la survie de *BDS* qui est construit autour de regards croisés sur une situation de haute complexité. Il faut beaucoup d'ingéniosité pour réaliser, avec une seule équipe et dans un seul lieu, des prises en charge d'un tel niveau de globalité.

La crainte, légitime, de manquer de répondant face à certains parents en besoin si l'on se consacre à d'autres priorités, est à mettre en balance avec le risque de voir diminuer la cohésion du programme, et à relativement moyen terme, de ne plus pouvoir répondre adéquatement aux demandes. Un programme social peut sans honte se gérer comme une entreprise dont le produit serait des interventions à but psycho-social et non un bien de consommation.

La différence, dont il faut tenir compte, avec l'image empruntée au monde de l'économie, est l'augmentation croissante des inégalités sociales qui pèse sur le monde sanitaire et psycho-social. La précarisation des familles modestes et l'explosion des demandes, auxquelles des investissements sociétaux minimalistes peinent à répondre, font se dresser des montagnes devant les travailleurs

sociaux. « Les inégalités diminuent, se recomposent, s'amplifient, re-diminuent éventuellement un peu en fonction des différentes conditions de vie [...] et donc, les choses ne sont jamais gagnées une fois pour toutes » (Vandoorne, 2016). Que la tâche semble sans fin n'excuse pas d'y renoncer mais impose de la mesure.

## **5.2. Le plan organisationnel fournit des perspectives aux intervenantes**

Il n'est pas possible actuellement de quantifier les services exactement fournis par *BDS* et pas non plus d'en estimer les résultats concrets. Je suis parvenue à une approximation des ressources nécessaires et disponibles en personnel au prix de recoupements de plusieurs sources. Mais les intervenantes semblent étonnement peu disposer de renseignements sur les effets de leurs propres interventions. Il est impossible d'évaluer le nombre de familles prises en charge par le programme et qui le quittent en ayant atteint des objectifs. Ces derniers, par ailleurs, n'étaient pas explicités dans une théorie de changement préalable. Je m'interroge sur la dynamique que peut créer au sein d'une équipe de telles inconnues. Elles risqueraient de déforer la motivation des travailleuses, lorsqu'elles sont sans cesse confrontées à de nouvelles situations sans pouvoir contempler les résultats positifs atteints précédemment.

## Discussion de la démarche de recherche

### **1. Raisons de l'opposition à rencontrer des parents et connaissances apportées par l'exposé de ces raisons**

Pour définir les problèmes qui amènent les parents en situation de précarité dans un CPF, j'ai souhaité interroger ces usagers, mais cela ne m'a pas été rendu possible par les professionnelles du secteur, et ce, dans l'ensemble des Centres visités. Les raisons avancées concernent une interaction possible avec la thérapie en cours, un risque pour la confidentialité, une érosion de la confiance, un risque de stigmatisation et une concession à la transparence. La psychologue enfant estime que les enfants venus avec leurs parents « *vont donner un sens à ta présence qui peut avoir une influence sur le travail que je dois réaliser avec eux* ». Une psychologue adulte externe dit que pour les parents « *c'est compliqué parfois d'avoir une personne extérieure, qui intervient et à qui on doit raconter notre vie... Puis dans le cadre de la recherche, ça fait souvent peur : « Qu'est-ce qu'on va faire de ce que je raconte ? Qu'est-ce qu'il va y avoir après ? » [...] C'est déjà tout un travail de créer ce lien de confiance et donc c'est vrai que si après c'est mis à mal par d'autres choses, c'est difficile de rattraper dans un second temps cette relation* ». Une autre psychologue pense « *que pour certains parents, être identifiés comme parents en situation difficile, c'est déjà compliqué. [...] C'est] parfois intéressant de donner la parole à des personnes à qui on donne parfois peu la parole. Mais je pense*

*aussi que c'est un public qui a parfois été bousculé par certaines choses qui ont pu leur être dites même par des professionnels [...] Du coup, on a parfois, peut-être à tort, mais, le sentiment que dans nos locaux en tout cas, on doit être très attentifs aussi bien nous que les personnes qui pourraient entrer en contact avec eux, et les préserver ». Après concertation, une équipe me renvoie « Il sera difficile que le message « une recherche sur des parents en situation de précarité / difficulté » ne passe pas. Les professionnels ne veulent pas que ce message risque de passer parce que ces personnes n'ont déjà pas une haute estime d'elles-mêmes et que cela peut encore entamer cette image d'elles-mêmes. En effet, même si elles répondent en toute bonne foi à vos questions, il se peut qu'après, cela les travaille. Et personne ne pourra vraiment mesurer les conséquences de cela sur ces personnes et il est possible que ces conséquences soient négatives ». La même équipe précise que « les professionnelles ont pour habitude, presque pour culture professionnelle, d'être honnête avec les gens, d'être au maximum dans la transparence. Elles sont conscientes que c'est un idéal, que parfois elles doivent, pour aborder la (dure) réalité, adoucir un peu les façons de l'aborder, mais elles veulent préserver cette transparence, cette honnêteté. Ne pas dire, ne pas nommer l'objectif réel de la recherche, ce n'est pas dans cette lignée, alors qu'en plus, cet objectif risque inévitablement de transparaître... ».*

Les raisons avancées par les professionnelles des CPF pour s'opposer à des entretiens avec des familles précarisées sont en adéquation avec les résultats que j'ai observés dans *BDS* et m'apprennent deux éléments supplémentaires. D'abord que le lien thérapeutique qui unit la psychologue enfant et son petit patient est également un lien fragile et essentiel pendant toute la durée du travail de l'enfant. Une interférence maladroite pourrait empêcher la poursuite de la thérapie. Et ensuite que la transparence est peut-être également un mécanisme propre à éveiller la confiance et à la faire grandir, ou bien une qualité des communications de la professionnelle vers l'utilisateur. Enfin, elles soulèvent un questionnement éthique : quels ressentis négatifs pourraient éveiller les entretiens, comment les prévenir ou en assurer le suivi ? Et cela me donne à penser à un autre type de problème possible : qu'aurais-je fait si, en entretien, un parent me faisait des confidences importantes ? Quelle réaction préparer pour éviter de le blesser ?

## **2. Critiques du choix méthodologique pour évaluer les problèmes**

En choisissant d'interroger des CPF externes à *La FH* sur les problèmes en matière de parentalité des usagers des Centres de planning, j'ai obtenu des renseignements partiels sur les besoins des parents qui fréquentent *La FH*. J'ai constaté que, malgré des critères sociaux, économiques et démographiques très proches, les CPF rencontrés reçoivent des parents pour des problèmes qui correspondent à la spécificité de leur offre : focalisation autour de l'IVG, d'un LREP ou du retard

mental... Cela a pu fausser, par exemple, l'estimation de la fréquence d'un problème en fonction du nombre de fois où il est cité dans les entretiens.

Les avantages de ces enquêtes dans d'autres CPF sont cependant multiples. Elles ont apporté une validation à certains résultats, par la répétition de la donnée d'un endroit à l'autre, elles m'ont aidé à poser autrement certaines questions aux intervenantes de *BDS* et apporté une dimension supplémentaire de compréhension. Elles ont mis en évidence avec plus de relief la spécificité de *La FH*, par comparaison. Enfin, elles m'ont confortée dans l'idée que le soutien à la parentalité en situation de (grande) précarité est nécessairement global pour être adapté à la complexité.

### **3. Limites et acquis du processus de validation des données**

La modification des guides d'entretien au cours de la recherche ne peut être efficace que si elle est réalisée après analyse de quelques entretiens, afin de saisir dans quel sens sont en train d'apparaître les résultats et s'ils s'orientent vers la réponse à la question de recherche. Dans ma pratique, les entretiens longs et rapprochés ne m'ont laissé que le temps de la transcription entre deux entretiens et l'analyse a pris place après les retranscriptions. Or, j'ai constaté à l'issue des entretiens que les résultats abondaient plus pour éclairer la mise en œuvre du projet que sa théorie. Le confinement empêchant le focus-groupe prévu, ce sont des échanges individuels avec chacune qui m'ont permis de rectifier et compléter les résultats obtenus par les entretiens et de parvenir à une vision synthétique. Je n'ai pas pu utiliser de « processus itératif [...pour permettre] au staff du projet de vérifier les interprétations faites, donc d'augmenter la validité des données (Thurston et al., 2003). Une seule visio-conférence a pu être finalement organisée, et il s'est révélé impossible d'y obtenir la pleine participation de toutes, par suite des obstacles techniques. Elle a néanmoins permis d'aboutir à un consensus sur l'énoncé des mécanismes et les résultats recherchés par *BDS*. Je pense raisonnablement pouvoir avancer que des concertations répétées en équipe m'auraient permis d'obtenir davantage de renseignements notamment sur des indicateurs qualitatifs d'atteinte de résultats.

### **4. Vides du cadre théorique et ce que ces vides nous apprennent**

Lors de la revue de littérature, j'ai cherché en vain une recherche, un rapport, une conférence... sur le soutien à la parentalité apporté en Centre de planning familial. Celui-ci n'est annoncé comme faisant partie de services accessibles en planning que dans certains d'entre eux. En fait, 1 CPF contacté a refusé de me recevoir en disant qu'il ne mettait rien de particulier en place pour le soutien à la parentalité et pensait vraiment que j'aurai des données plus intéressantes ailleurs. Parmi les 5 CPF où je me suis rendue, deux m'ont dit avoir mis en place un projet de soutien à la parentalité, mais les 3 autres ont eu des doutes sur ce qu'ils pouvaient apporter à ma recherche. À l'issue des 6 entretiens réalisés, toutes les travailleuses ont reconnu que leur CPF et elles-mêmes font du soutien à

la parentalité de beaucoup plus de manières qu'elles ne l'avaient pensé au départ. Cela me donne à dire que j'ai mené une recherche réellement exploratoire et que le foisonnement de questions apparues dans la discussion peut en partie s'expliquer par ce manque de littérature sur le sujet, assorti d'un manque de reconnaissance spontanée de son existence par les intervenantes mêmes qui le pratiquent.

Lors de ma revue de littérature, j'ai très vite été happée par le schéma « famille précaire-monoparentale-une maman seule avec des enfants » mais j'ai négligé de m'interroger sur le père de ces enfants. Ce n'est que lors de la rédaction de la discussion que j'ai cherché à en savoir plus sur le vécu de ces pères, qui existent, forcément. Je crois avoir ressenti, et cela a influencé ma démarche et ma réflexion à mon insu, que les interventions sont dirigées vers le parent qui se présente comme tel, ou avec l'enfant et qu'il se trouve que c'est le plus souvent une mère seule. Durant les mois précédant ma recherche, j'avais réalisé dans ce CPF un stage d'observation et mon regard en a perdu en recul. Je ne me suis pas interrogée sur l'adéquation des mécanismes d'atteinte, d'engagement et de maintien des parents dans le programme... si des pères étaient visés. J'ai le plus souvent utilisé le mot « parent » pour rester neutre, mais la neutralité n'est finalement pas garantie. Et il serait même intéressant de savoir si elle est appropriée.

## 5. L'après-recherche

Les entretiens que j'ai menés au sein de *BDS* et des CPF de la région ont éveillé des questionnements, voire de l'intérêt, chez les professionnelles. Elles se sont toutes montrées désireuses d'obtenir un retour de ce travail de recherche. Le focus amené sur leurs activités en soutien à la parentalité a pu valoriser un travail exigeant qui reste dans l'ombre.

D'autre part, la démonstration de mon intérêt profond pour le sujet qui constitue le quotidien des actrices de *BDS* a pu produire un effet au sein de l'équipe. Au cours de la recherche évaluative, j'ai été attentive aux manifestations des relations qui se sont passées entre les actrices et également entre elles et moi. Avertie qu'il est « crucial [... de créer] une situation d'évaluation dans laquelle il est possible pour les personnes de se rencontrer, d'interagir et d'apprendre les uns des autres dans un réseau professionnel » (Abma, 2008), j'ai tenté d'apporter du soin aux relations et pu observer le même désir de bien faire chez toutes mes interlocutrices. Il est néanmoins toujours possible que ma vision de leur travail commun ne corresponde pas à chaque vision individuelle. Il y a même un risque qu'elle ne corresponde exactement à aucune vision en particulier, puisqu'elle est bâtie à la fois sur la synthèse de leurs données et sur ma manière personnelle de les comprendre. Il serait à mes yeux intéressant qu'à la lecture de l'entièreté du mémoire, les intervenantes de *BDS* émettent un avis sur celui-ci. Cela me permettrait d'ouvrir ma réflexion à des perspectives nouvelles et je serai également intéressée de savoir quelle différente perspective cette lecture leur aura apportée.

## Conclusion

---

Les conditions de vie dans lesquelles naissent, vivent et grandissent les enfants sont déterminantes pour leur santé future. Le rôle attribué aux parents dans notre société, d'amener leurs enfants à être des adultes épanouis et insérés socialement, entraîne un stress qui est actuellement reconnu. Il existe une conscience de l'importance de soutenir la parentalité. Lorsque les familles vivent dans une situation de précarité, économique, sociale et psychologique, plusieurs déterminants sociaux sont affectés et le soutien à apporter à ces familles doit s'appréhender de manière globale.

La globalité peut prendre la forme d'un programme social au sens où l'entendent Rossi et ses collègues. Un programme de ce type offre aux parents précarisés des interventions en direction des adversités qui les empêchent de mener à bien leur rôle. De plus, il met en œuvre un système d'intégration de cette population au programme et il investit dans les moyens nécessaires.

Dans un Centre de planning familial, la pluridisciplinarité permet de structurer un tel programme de soutien à la parentalité, structure conditionnée par trois points d'attention. Elle nécessite de créer une dynamique orientée dans une direction précise, commune à des professionnelles habituellement indépendantes. Elle impose d'investir dans les moyens matériels et humains requis pour offrir un soutien complet au nombre croissant de familles en situation complexe. Et, comme cela a été mis en évidence dans ce travail, elle amène à proposer les interventions d'une façon propre à atteindre, engager et maintenir le public-cible jusqu'à ce qu'il ait obtenu tout le bénéfice potentiel du programme.

Selon la conception de son programme *Bulles de soi, La Famille Heureuse* de Mons investit dans une combinaison d'actions orientées vers des parents d'enfants de moins de 12 ans, rencontrant des problèmes qui pèsent sur la qualité du lien entre eux et leurs enfants. Assistantes sociales, juriste, psychologues pour adultes et pour enfants et accompagnatrice affective de naissance s'allient pour offrir aux parents une combinaison de leurs services, enrichie d'une réflexion pluridisciplinaire. Selon les recommandations de la littérature, leur projet intervient dès le développement prénatal et durant toute l'enfance. Par la mise en œuvre de mécanismes particuliers dans la délivrance des services, le projet de *La Famille Heureuse* insiste fortement sur la création, le développement et le renforcement du lien de confiance entre usagers et intervenantes. *Bulles de soi* connaît les données du contexte et il n'hésite pas à se rendre au-devant de son public-cible. Au moment des premiers contacts, il recherche une compréhension individualisée des particularités de la situation et s'y adapte. Il propose ses actions en devançant la demande et offre une continuité d'accompagnement. Il souhaite augmenter le niveau de connaissance des parents et leur confiance dans leurs capacités. Dans la recherche de solution, il tient compte de leurs savoirs et de leurs choix. Il œuvre à l'instauration d'un environnement quotidien plus favorable à l'éducation d'enfants, il travaille à une meilleure santé mentale des parents et des enfants et vise une amélioration

de la qualité du lien qui les unit. Il cherche à renforcer le soutien social actif autour du parent isolé et travaille en réseau.

Dans sa mise en œuvre, face à la fréquence et à la multiplicité des problèmes des parents, à l'instabilité des situations, ou encore à leur chronicité, le programme *Bulles de soi* se heurte aux limites de son action.

Il vise d'abord la sécurisation et l'amélioration de la situation psycho-sociale individuelle, sans ambition d'augmenter l'*empowerment* des parents. Il ne lutte guère contre la vision individuelle de la parentalité véhiculée dans la société : en instaurant des conditions de vie meilleures, il pose les préalables à une exigence de responsabilisation toujours présente autour des parents.

Dans *Bulles de soi*, chaque parent est une personne considérée dans sa singularité, les relations parents-professionnels sont les seules recherchées : la dimension communautaire de l'action n'est pas concrétisée. Les échanges entre parents, outil intéressant pour augmenter leur rôle social, restent, malgré les obstacles, une piste d'action possible.

Ces deux réflexions amènent à vouloir creuser davantage les raisons qui provoquent la non-adhésion au programme, l'abandon précoce ou l'irrégularité dans la participation. Seraient-elles liées à l'exigence sociétale pesant sur les parents, qui mènerait à la psychologisation de leurs difficultés en même temps que se délitent les liens sociaux autour des familles vulnérables ?

*Bulles de soi* s'inscrit dans l'institution qui l'a créé ce qui lui confère la sécurité matérielle minimale indispensable. En contrepartie, cette relation étroite impose aux intervenantes de porter plusieurs casquettes et de développer des compétences diversifiées. Vécue comme une richesse ou comme un défi professionnel, sa mise en place complète demande d'augmenter la possibilité de se former et de systématiser les espaces d'échanges entre professionnelles.

Il est affirmé que *Bulles de soi* travaille en étroite collaboration avec les indispensables acteurs du soutien à la parentalité dans la région. L'efficacité et la définition de cette collaboration mériterait une nouvelle recherche. Une autre piste de questionnement consiste en l'exploration des quantités d'activité réalisées et des résultats effectifs du programme, dont l'estimation serait d'un intérêt considérable.

Un planning familial qui organise un programme de soutien à la parentalité structure son offre à un public précarisé dans le respect de la personne et de son vécu, dans la réponse pluridisciplinaire nécessaire à des besoins sociaux et psychologiques entremêlés, et avec toute la souplesse adaptative requise par des situations instables.

# Bibliographie

---

## SITES ET PAGES DE SITES INTERNET

Accordages ASBL [internet] Mons ; 2016 ; [consulté le 03/11/2019]. Disponible à l'adresse URL : <http://www.accordagesmons.be/>

Bulles de soi (a) [internet] Mons ; 2012. Projet d'accompagnement à la naissance et à la parentalité. Planning Familial La Famille Heureuse Mons (Belgique) ; [consulté le 25/08/2019] ; [4 écrans]. Disponible à l'URL : <http://www.bullesdesoimons.be>

Bulles de soi (b), accompagnement à la naissance et à la parentalité [internet] Mons ; Page Facebook de Bulles de soi ; 2012. [Consulté le 25/08/2019]. Disponible à l'URL : <https://www.facebook.com/Bulles-de-soi-accompagnement-%C3%A0-la-naissance-et-%C3%A0-la-parentalit%C3%A9-1159382027518432/>

FPS : Femmes prévoyantes socialistes [internet]. Fédération des Centres de Planning familial des Femmes prévoyantes socialistes ; 2019. La parentalité : des informations complètes pour mieux la comprendre et l'appréhender ; [consulté le 15/09/2019, le 02/11/2019] ; [9 écrans]. Disponible à l'adresse URL : <https://www.planningsfps.be/nos-dossiers-thematiques/dossier-parentalite/>

FRB. Fondation Roi Baudouin ; [internet] U Mons, 2019. La pauvreté des enfants au niveau local : cartographie communale [consulté le 3/05/2020]. Disponible à l'adresse URL : [kbs-frb.be/fr/cartographie\\_pauvreteinfantile](https://kbs-frb.be/fr/cartographie_pauvreteinfantile)

Grossesse Adolescence Parentalité [internet] Mons ; Coordination Grossesse Adolescence Parentalité ; 2015. Parentine, c'est quoi ? ; [consulté le 03/11/2019]. Disponible à l'adresse URL : <http://www.adosenceintes.be/?page=parentine>

Hainaut stat. Le portail de données statistiques et d'analyses des communes du Hainaut [internet] Province de Hainaut, Observatoire de la Santé, Hainaut Développement ; 2019 [consulté le 02/11/2019]. Disponible à l'adresse URL : <http://www.hainautstat.be/hainautstat/>

ISP : Direction Opérationnelle Santé publique et Surveillance [internet]. Bruxelles : Institut scientifique de Santé publique ; 2009. Réduire les inégalités en matière de santé en Belgique (TAHIB) ; mise à jour 10/10/2011 [consulté le 29/05/2019] ; [3 écrans]. Disponible à l'adresse URL : <https://www.wiv/isp.be/epidemie/epifir/prog30.htm>

Larousse [internet] Dictionnaire de français, 2020 ; [consulté le 08/06/2020]. Disponible à l'adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/français-monolingue/>

Naître et grandir [internet] Fondation Lucie et André Chagnon, 2009-2020. Naître et grandir ; [consulté le 06/06/2020]. Disponible à l'adresse URL : [naître-et-grandir.com/fr/](http://naître-et-grandir.com/fr/)

Planning familial « La Famille Heureuse » de Mons [internet]. Page Facebook du Centre de planning familial ; [consulté le 25/10/2019]. Disponible à l'URL : <https://www.facebook.com/Planning-Familial-La-Famille-Heureuse-de-Mons-1088400341180784/>

Rousseau, P. (2017). *L'accompagnement des familles précarisées* [internet] Gynger. L'autre info sur la famille, l'enfance et l'éducation. 31 janvier 2019. Colloque de l'ASBL Echoline : « Le lien à l'épreuve des précarités, quand fragilité et parentalité s'emmêlent » [consulté le 18/05/2020]. Disponible à l'adresse URL : <https://www.gynger.fr/perinatalite-le-lien-a-lepreuve-des-precarites/>

RTBF. Info Belgique [internet] Belga, 16/02/2019. Manifestation du collectif « La Voix des Sans-Papiers » à Mons ; [consulté le 18/05/2020] ; [3 écrans]. Disponible à l'adresse URL : [https://www.rtbf.be/info/belgique/detail\\_manifestation-du-collectif-la-voix-des-sans-papiers-a-mons?id=10147378](https://www.rtbf.be/info/belgique/detail_manifestation-du-collectif-la-voix-des-sans-papiers-a-mons?id=10147378)

Service de lutte contre la pauvreté [internet]. Bruxelles : Service de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ; 2019. Pauvreté des enfants, des jeunes et de leurs familles ; [consulté le 17/09/2019] ; [6 écrans]. Disponible à l'adresse URL : <https://luttepauvrete.be/themes/pauvrete-des-enfants-des-jeunes-et-de-leur-famille/>

SPF Justice : Service Public Fédéral Justice [internet]. Belgique : Justel - Législation consolidée ; 2019. Code Civil, Livre I : des personnes ; Titre VII : de la filiation ; Chapitres I à III ; mise à jour 08/03/2019 [consulté le 15/09/2019]. Disponible à l'adresse URL : [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/loi\\_a.pl?value%3D%22%22=&language=fr&tri=dd+AS+RANK&table\\_name=loi&cn=1804032130&caller=image\\_a1&fromtab=loi&la=F](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl?value%3D%22%22=&language=fr&tri=dd+AS+RANK&table_name=loi&cn=1804032130&caller=image_a1&fromtab=loi&la=F)

Statbel. La Belgique en chiffres [internet] Service Public Fédéral belge, 2019. Thèmes. Ménages. Pauvreté et conditions de vie [consulté le 03/05/2020]. Disponible à l'adresse URL : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie>

## ETUDES, LIVRES, RAPPORTS ET AUTRES SOURCES

- Abma, T. A. & Widdershoven, G.A.M. (2008). Evaluation and/as social relation. *Evaluation*, 14(2) : 209-225. doi : 10.1177/135689007087540.
- Atger, F., Lamas, C., & Vulliez-Coady, L. (2017). *L'attachement, un lien revisité à l'adolescence*. Collection Temps d'Arrêt - Lectures. YAPAKA. Bruxelles. 62 pages.
- Aujoulat, I. (2017). *Introduction à la psychologie de la santé. Facteurs psychologiques soutenant la capacité de prendre soin de soi*. Cours WFSP2102, 2017-2018. Faculté de Santé Publique, UCLouvain. Bruxelles.
- Balaam, M.-C. & Thomson, G. (2017). Building capacity and wellbeing in vulnerable / marginalised mothers; A qualitative study. *Women and Birth*. 7 pages. doi :10.1016/j.wombi.2017.12.010
- Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund-Frykedal, K. & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood - ways in which health professionals can support parents. *Nordic College of Caring Sciences*. 10 pages. doi:10.111/scs.12367
- Bénicourt, E. (2007). Amartya Sen: un bilan critique. *Cahiers d'économie Politique*, 1(52), 57-81. ISBN : 9782296036765
- Bernard, M.-R. & Eymard, C. (2012). Évolution et enjeux actuels de la préparation à la naissance et à la parentalité. *Santé Publique*, 24, 283 à 289. ISSN 0995-3914
- Berra, P., Remisz, R., & Van De Voorde, S. (2020). *Fiche communale Mons*. Hainaut Développement et Observatoire de la Santé du Hainaut. 30 pages. Disponible à l'URL : <https://www.mons.be/vivre-a-mons/territoire/environnement/pcdn/situation-geo-et-socio-eco-pcdn.pdf>
- Bruni, C. (2016). Questions et enjeux autour des nouvelles formes de parentalité. *Empan*, 2(102), 11 à 17. ISBN 9782749251509
- Cartuyvels, Y. (2005). *Intervention en réseau et gestion des risques: les paradoxes de la (dé)responsabilisation*. Dans : Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles. Pages 15 à 47. Collection Temps d'Arrêt - Lectures. YAPAKA. Bruxelles

- Colin, C. (2018). *Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé. Sur quoi et comment agir? Questions et points de repères*. Dans : *Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé*. 2. Agir. Séminaire du 19 janvier 2018. Société Française de Santé Publique. Pages 22 à 31. Disponible sur l'URL : [https://www.sfsp.fr/images/docs/lire\\_et\\_ecrire/les\\_actes\\_des\\_evenements\\_de\\_la\\_sfsp/SFSP-Rapport-ISS2-web.pdf](https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_actes_des_evenements_de_la_sfsp/SFSP-Rapport-ISS2-web.pdf)
- Contandriopoulos, A.-P., Rey, L., Brouselle, A., & Champagne, F. (2011). Évaluer une intervention complexe: enjeux conceptuels, méthodologiques et opérationnels. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 26(3), 1 à 16.
- Cosner Berzin, S., & De Marco, A. (2010). Understanding the Impact of Poverty on Critical Events in Emerging Adulthood. *Youth and Society*, 42(2), 278 à 300. doi : 10.1177/0044118X09351909
- Coum, D. (2015). Parents et professionnels, tous experts? *Spirale*, 2015/1(73), 101 à 118. ISBN : 9782749247205
- Cour des comptes. (2012). *Le subventionnement des Centres de planning et de consultation familiale et conjugale*. Rapport adopté le 24 avril 2012 par la chambre française de la Cour des comptes. Bruxelles. Téléchargeable à partir de la page URL : <https://www.ccrek.be/FR/Publications/ApercuChronologique.html?year=2012&month=4>
- CPAS. (2019). Note de Politique 2019 du Centre Public D'Action Sociale de Mons. 201 pages. Téléchargeable à partir de la page URL : <https://www.cpas.mons.be/focus/note-de-politique>
- CPAS Mons. (2012). *Note de politique 2012. Département 2: Les Jeunes*. Centre Public d'Action Sociale Mons. 178 pages. Disponible à l'URL : <https://www.cpas.mons.be/focus/note-de-politique/note-de-politique-2012.pdf>
- CPAS Mons. (2017). Budget 2018. Note de politique générale. 277 pages. Téléchargeable à partir de la page URL : <https://www.cpas.mons.be/focus/note-de-politique>
- CRéSaM. (2018). *Repères pour une politique wallonne de santé mentale*. Centre de Référence en Santé Mentale ASBL. 78 pages. Disponible à l'URL : [http://www.cresam.be/wp-content/uploads/2018/06/Rep%C3%A8res\\_CR%C3%A9SaM\\_2018.pdf](http://www.cresam.be/wp-content/uploads/2018/06/Rep%C3%A8res_CR%C3%A9SaM_2018.pdf)
- Crespin, G. C. (2016). *La vitalité relationnelle du bébé*. Collection Temps d'Arrêt - Lectures. YAPAKA. Bruxelles. 61 pages.
- Delawarde, C., Briffault, X., Usubelli, L. & Saïas, T. (2014a). Aider les parents à être parents? Modèles et pratiques des programmes "evidence-based" d'aide à la parentalité. *Annales Médico-Psychologiques* (172), 273 à 279. doi : 10.1016/j.amp.2012.12.007
- Delawarde, C., Briffault, X. & Saïas, T. (2014b). L'enfant, sa famille et la santé publique: une fable périlleuse? L'aide à la parentalité dans une perspective préventive: trois approches sur la question. *Médecine & Hygiène. Devenir*, 26, 45 à 58. ISSN : 1 01 5-81 54
- DGDE. (2019). *Droits de l'enfant. Rapports Pauvreté 2009-2019. Activités 2018-2019*. Délégué Général aux Droits de l'Enfant, Fédération Wallonie-Bruxelles. 178 pages. Téléchargeable à partir de la page URL : <http://www.dgde.cfwb.be/index.php?id=8639>
- Dugnat, M. (2016). *Alors, qu'avons-nous à faire ensemble? Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé*. 1. Poser le cadre. Séminaire du 12 septembre 2016. Pages 32 à 49. Disponible sur l'URL : <https://www.sfsp.fr/images/SFSP-Rapport-ISS1-web.pdf>
- EAPN. (2009). *Petits pas, grands changements. Construire la participation des personnes en situation de pauvreté*. European Anti-Poverty Network - Réseau européen de lutte contre la pauvreté. 84 pages. Disponible sur l'URL : [https://www.eapn.eu/images/stories/docs/small%20steps-web%20version\\_fr.pdf](https://www.eapn.eu/images/stories/docs/small%20steps-web%20version_fr.pdf)

- FNARS. (2009). Guide de bonnes pratiques de soutien à la parentalité. In *Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale*. 107 pages. Paris: FNARS. Téléchargeable à partir de la page URL : <https://www.federationsolidarite.org/publications-fnars/publications-pub-fnars/guides-menu/7441-guide-de-bonnes-pratiques-de-soutien-a-la-parentalite-2>
- Frame, L. (2001). *Parent-Child Relationships in Conditions of Urban Poverty: Protection, Care, and Neglect of Infants and Toddlers*. Policy Brief. 19 pages. Center of Social Services Research. Berkeley: School of Social Welfare, CA USA. Thèse disponible sur researchgate.net, publication 34277070.
- FRB & UMons. (2019). *Pauvreté des enfants au niveau local: Cartographie communale et leviers politiques*. Université de Mons et Fondation Roi Baudouin. 112 pages. Téléchargeable à partir de l'URL : <https://www.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2019/20190925NT2>
- Fustier, P. (2008). La relation d'aide et la question du don. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2(6), 27 à 39. ISBN : 9782749209463
- FWB. (2019). *Déclaration de politique de la Fédération Wallonie-Bruxelles. 2019-2024*. 61 pages. Téléchargeable à partir de l'URL : <https://www.codef.be/actualite/declaration-de-politique-communautaire-dpc-2019-2024/>
- Girard, C., Miron, J.-M., & Couture, G. (2014). Le développement du pouvoir d'agir au sein des relations parents-professionnels en contexte d'intervention précoce. *Phronesis*, 3, 52 à 62. doi : 10.7202/1026394ar
- Hickey, G., McGilloway, S., Furlong, M., Leckey, Y., Bywater, T. & Donnelly, M. (2016). Understanding the implementation and effectiveness of a group-based early parenting intervention: a process evaluation protocol. *Health Services Research*(16), 490 à 504. doi:10.1186/s12913-016-1737-3
- Houzel, D. (2016). *L'accompagnement à la parentalité les inégalités parentales se mesurent-elles à travers le gradient social ?* Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé. 1. Poser le cadre. . Séminaire du 12 septembre 2016. Société Française de Santé Publique. Pages 20 à 30. Disponible sur l'URL : <https://www.sfsp.fr/images/SFSP-Rapport-ISS1-web.pdf>
- Irwin, L. G., Siddiqi, A. & Hertzam, C. (2007). *Le développement de la petite enfance: un puissant égalisateur*. Rapport final. Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé. 82 pages. Disponible à l'URL : [https://www.who.int/social\\_determinants/themes/earlychilddevelopment/early\\_child\\_dev\\_eckn\\_fr.pdf?ua=1](https://www.who.int/social_determinants/themes/earlychilddevelopment/early_child_dev_eckn_fr.pdf?ua=1)
- Jacob, S., & Ouvrard, L. (2009). *Comprendre et entreprendre une évaluation participative: guide de synthèse*. Recherche. Ecole de la fonction publique. Université Laval. Québec. 32 pages. Disponible à l'URL : [https://www.perfeval.pol.ulaval.ca/sites/perfeval.pol.ulaval.ca/files/2009\\_guide\\_eval.pdf](https://www.perfeval.pol.ulaval.ca/sites/perfeval.pol.ulaval.ca/files/2009_guide_eval.pdf)
- Klabbers, G., A., Paarlberg, M., K., & Vingerhoets, J. J. M. (2018). Does haptotherapy benefit mother-child bonding in women with high fear of childbirth? *International journal of Haptonomy & Haptotherapy*, 3(1). 7 pages.
- Kramme, C. (2018). *Guide pratique pour réussir l'auto-évaluation de son projet dans les secteurs de la petite enfance et de la lutte contre la pauvreté*. Fondation Roi Baudouin. 93 pages. Téléchargeable à partir de la page URL : <https://www.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2018/20181022NT1>
- Lamboy, B. (2009). Soutenir la parentalité: pourquoi et comment? Différentes approches pour un même concept. *Médecine & Hygiène*, 21, 31 à 60. ISSN : 1 01 5-81 54
- Lecompt, V. (2012). Formulaire - cahier des charges du projet faisant l'objet d'une demande de subvention dans le cadre du Relais Social Urbain de Mons-Borinage. Archive du Centre de Planning Familial "La Famille Heureuse", 7000, Mons: 9 pages.

- Lecompt, V., & Leroy, A. (2012). Demande de subsides. Archive du Centre de planning familial "La Famille Heureuse", 7000, Mons. 9 pages.
- Leroy, A. (2018). Demande d'un soutien financier pour le projet d'accompagnement et de soutien à la parentalité et à la naissance "Bulles de Soi" du Centre de planning familial "La Famille Heureuse" de Mons. Archive. 7000 Mons. 9 pages.
- Macherey, P. (2007). *Guillaume Le Blanc, Vies ordinaires, vies précaires*. Groupe d'études "La philosophe au sens large". Disponible à l'adresse URL : [https://philolarge.hypotheses.org/files/2017/09/24-10-2007\\_Macherey.pdf](https://philolarge.hypotheses.org/files/2017/09/24-10-2007_Macherey.pdf)
- Martin, C. (2012). *Le soutien à la parentalité. Généalogie et contours d'une politique publique émergente*. Aider les parents à être parents. Une perspective internationale sur les dispositifs de soutien à la parentalité. Centre d'analyse stratégique, France. 32 pages. ISBN : 978-2-11-009177-2. Disponible à l'adresse URL : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00949150/document>
- Marzano, M. (2012). Qu'est-ce que la confiance? *Revue Interdisciplinaire Management, Homme et Entreprise*, 1(1), 83 à 96. ISSN 2259-2490
- Morrison, J., Pikhart, H., Ruiz, M., Goldblatt, Peter. (2014). Systematic review of parenting interventions in European Countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. *BMC Public Health*(14), 1040 à 1053. Disponible sur l'URL : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1040>
- Mouton, B., Loop, L., Stiévenart, M., & Roskam, I. (2018). Confident Parents for Easier Children: A Parental Self-Efficacy Program to Improve Young Children's Behavior. *Education Science*, 8, 134 à 153. doi : 10.3390/educsci8030134
- MSEJ Ontario. (2017). *Mon cheminement: un guide pour soutenir le développement des enfants durant les années intermédiaires*. Ministère des Services à l'Enfance et à la Jeunesse, Ontario, Canada. 100 pages. Téléchargeable à partir de la page URL : <http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/professionals/middleyears/onmyway/index.aspx>
- Mugnier, J.-P. (2005). *Je sais que tu sais que je sais... Quand ce qui est su doit être dit*. Dans : Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles. Collection Temps d'Arrêt - Lectures. YAPAKA. Bruxelles. 112 pages.
- Najman, J. M., Bor, W., Ahmadabadi, Z., Williams, G. M., Alati, R., Mamun, A. A., Scott, J. G., Clavarino, A. M. (2018). The inter- and intra- Generational Transmission of Family Poverty and Hardship (Adversity): A prospective 30 year study. *PLoS ONE*, 13(1). 12 pages. doi : 10.1371/journal.pone.0190504
- Neyrand, G. (2015a). Dis Gérard, c'est quoi, la parentalité? *Spirale*, 1(73), 145 à 154. ISBN : 978274924705
- Neyrand, G. (2015b). Un soutien à la parentalité souvent inadapté aux situations de précarité. L'exemple des foyers monoparentaux. *Enfance et psy*, 3(67), 105 à 112. ISBN : 978274924776
- Neyrand, G., Coum, D., & Wilpert, M.-D. (2018). *Malaise dans le soutien à la parentalité. Pour une éthique d'intervention*. Érès Éditions. Toulouse, France. 144 pages. EAN : 97822749258287
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67, 2072-2078. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- OMS. (2008). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Retrieved from Genève, Éditions de l'OMS. 260 pages. Téléchargeable à partir de la page URL : [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/fr/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/)

- ONE. (2012). *Pour un accompagnement réfléchi des familles. Un référentiel de soutien à la parentalité*. Office de la Naissance et de l'Enfance, Direction de l'Aide à la Jeunesse, Délégué Général aux Droits de l'Enfant, Fédération Wallonie-Bruxelles. 40 pages. Téléchargeable à partir de la page URL : <https://www.one.be/public/brochures/brochuredetail/brochure/referentiel-de-soutien-a-la-parentalite/>
- OSH. (2019). *Profils locaux de santé. Province de Hainaut. Mons*. Observatoire de la Santé du Hainaut. Province de Hainaut. Novembre 2019. 4 pages. Téléchargeable à partir de la page URL : <https://observatoiresante.hainaut.be/categorie-produit/donnees-socio-sanitaires/profils-locaux-sante/page/6/>
- Parry, G., Coly, A., Goldmann, D., Rowe, A.K., Chattu V., Logiudice, D., Rabrenovic, M., Nambiar, B. (2018). Practical recommendations for evaluation of improvement initiatives. *International Journal for Quality in Health Care*, 30 (S1), 29-36. doi : 10.1093/intqhc/mzy021
- Pierron, A., Fond-Harmant, L., Laurent, A., & Alla, F. (2018). Supporting parenting to address social inequalities in health: a synthesis of systematic reviews. *BMC Public Health*, 18, 1087 à 1114. doi : 10.1186/s12889-018-5915-6
- Pinel-Jacquemin, S., Koliouli, F., & Kelly-Irving, M. (2018). Devenir et être parent en situation de précarité. *Bulletin de psychologie*, 2(554), 593 à 607. ISSN : 0007-4403
- Pissart, F. (2015). *Précarité des enfants. Agir sur les causes*. Présentation au Sénat de Belgique par la Directrice de la Fondation Roi Baudouin. 43 pages. Disponible à l'adresse URL : [https://www.senate.be/actueel/homepage/Informatieverslagen/Kinderarmoede/hooorzitting\\_2015.06.12/Francoise\\_Pissart.pdf](https://www.senate.be/actueel/homepage/Informatieverslagen/Kinderarmoede/hooorzitting_2015.06.12/Francoise_Pissart.pdf)
- Plottu, B., Plottu, E. (2009). Contraintes et vertus de l'évaluation participative. *Revue française de gestion*, 2(192), 31 à 58. ISBN : 9782746224094
- PMI. (2016). *Observer et accompagner le développement de l'enfant de 0 à 6 ans*. Guide du Service de Protection Maternelle et Infantile du Département de l'Aube. Troyes, France. 20 pages. Téléchargeable à partir de la page URL : <https://www.aube.fr/PublicationGuideFiche/59/34-enfance-famille.htm>
- Poissant, J. (2015). *Intervention dans le module "Réduire les inégalités sociales de santé: comprendre pour mieux intervenir"*. 12e Université d'été francophone en santé publique de Besançon. Citée par Ferron C. dans : Inégalités de santé : les enfants d'abord ! Disponible à l'adresse URL : <http://educationsante.be/article/inegalites-de-sante-les-enfants-dabord/>
- Poissant, J. (2017). *La prévention auprès des 0-5 ans, une priorité gouvernementale*. Présentation dans le cadre de l'Institut National de Santé Publique du Québec, Centre d'expertise et de référence. Disponible à l'adresse URL : <https://www.crujef.ca/sites/crujef.ca/files/activite/powerpoint/Pr%C3%A9sentation%20Julie%20Poissant.pdf>
- Polivanova, K. N. (2018). Modern Parenthood as a Subject of Research. *Russian Education & Society*, 60(4), 334-347. doi : 10.1080/10609393.2018.1473695
- RW. (2014). *Décret RW 11.02.2014 11.02.2014 - Ed.2 - Moniteur belge*. Région wallonne. Décret modifiant certaines dispositions du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé relative aux centres et aux fédérations de planning et de consultation familiale et conjugale.

- Roskam, I., Mikolajczak, M., & al. (2015). *Stress et défis de la parentalité*. De boeck supérieur. Louvain-La-Neuve, Belgique. 286 p.
- Lorenzino L. & Mikolajczak, M. *Chapitre 2. Maman stressée, grossesse perturbée ? Influences du stress prénatal sur la grossesse et l'enfant.*
  - Galdiolo S. & Roskam, I. *Chapitre 3. La naissance d'un enfant : un événement de vie qui transforme les parents ?*
  - Loop, L., Mouton, B. & Roskam, I. *Chapitre 5. Comment intervenir auprès de parents d'enfants difficiles ? Agir sur leurs cognitions ou sur leurs comportements ?*
  - Bebiroglu, N., Van der Straten Waillet, N., & Roskam, I. *Chapitre 10. Parentalité et socialisation au sein des minorités ethniques et religieuses.*
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Henry, G. T. (2019). *Evaluation. A Systematic Approach. Eighth Edition*. International Student Edition. SAGE. 342 pages. ISBN : 976-1-5063-8660-7
- SFSP. (2016). Accompagnement à la parentalité, petite enfance et santé: faites connaître vos actions! *Rapport d'Enquête, Société Française de Santé Publique*. 94 pages. Disponible à l'adresse URL : [http://www.sfsp.fr/activites/file/rf\\_capitalisation\\_parentalite.pdf](http://www.sfsp.fr/activites/file/rf_capitalisation_parentalite.pdf)
- Thurston, W. E., Graham, J. & Hatfield, J. (2003). Evaluability Assessment: A Catalyst for Program Change and Improvement. *Evaluation & the Health Professions*, 26, 206 à 221. doi : 10.1177/0163278703026002005
- Van Ijzendoorn, M. (2019). *Attachement à l'âge précoce (0-5 ans) et impacts sur le développement des jeunes enfants*. Erasmus University, Rotterdam, Pays-Bas. 6 pages. Téléchargeable à partir de la page URL : <http://www.enfant-encyclopedie.com/attachement/selon-experts/attachement-lage-precoce-0-5-ans-et-impacts-sur-le-developpement-des>
- Van Oyen, H., Deboosere, P., Lorant, V., & Charafeddine, R. (2010). *Les inégalités sociales de santé en Belgique*. Politique Scientifique Fédérale, Academia Press Gent. 206 pages. Disponible à l'adresse URL : <https://www.wiv-isp.be/epidemie/epifr/INEGALFR/academia-inegalites.soc.sante.U1579.pdf>
- Vandoorne, C. (2016). *Les inégalités sociales de santé en quoi, pourquoi et comment l'accompagnement à la parentalité et les interventions précoces constituent-ils des stratégies efficaces de lutte contre les inégalités sociales de santé ?* Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé. 1. Poser le cadre. Séminaire du 12 septembre 2016. . Société Française de Santé Publique. Pages 8 à 18. Disponible sur l'URL : <https://www.sfsp.fr/images/SFSP-Rapport-ISS1-web.pdf>
- Wresinski, J. (1987). *Grande Pauvreté et précarité économique et sociale*. Journal Officiel de la République Française. Disponible à l'adresse URL: <https://www.joseph-wresinski.org/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Rapport-WRESINSKI.pdf>
- Zaouche-Gaudron, C. (2017). *Enfants de la précarité*. Érès Éditions. Toulouse, France. 144 p. EAN : 9782749254142
-

## Annexes

---

1. Indicateurs socio-démographiques et économiques comparés
2. Dispositifs de soutien à la parentalité à Mons
3. Folder de présentation de *Bulles de soi*
4. Grille d'analyse initiale par catégorie prédéfinies
5. Memorandum d'accord
6. Guide d'entretien initial avec une intervenante de *Bulles de soi*
7. Catégories thématiques de la théorie d'un programme social
8. Problèmes liés à leur parentalité qui amènent les parents au CPF
9. Théorie d'impact de l'accueil
10. Théorie d'impact de l'haptonome
11. Résultats des interventions individuelles
12. Ressources nécessaires pour le programme
13. Répartition des intervenantes en soutien à la parentalité selon les fonctions et les charges
14. Identification des bénéficiaires de soutien à la parentalité en CPF et choix d'interventions.
15. Comparaison des choix d'interventions de soutien à la parentalité de *La FH* de Mons et des CPF externes interrogés.

## Annexe 1 : Indicateurs socio-démographiques et économiques comparés.

| Indicateur  | Mons  | Fraternies | Quaregnon | St-Ghislain | Binche | La Louvière | Fleurus | Soignies | Braine-Le-Comte | Ath  | Courcelles | Péruwez | Thuin | Hainaut | Wallonie |
|---|-------|------------|-----------|-------------|--------|-------------|---------|----------|-----------------|------|------------|---------|-------|---------|----------|
| Densité population habitants/km² 2019   | 653   | 845        | 1716      | 332         | 552    | 1257        | 387     | 254      | 259             | 231  | 708        | 283     | 193   | 355     | 216      |
| Taux de natalité % 2008-2017  | 11.51 | 11.65      | 11.16     | 9.52        | 9.94   | 11.5        | 10.96   | 9.80     | 10.55           | 9.89 | 11.01      | 11.26   | 8.81  | 10.99   | 11       |
| Part des familles monoparentales % 2019   | 13.7  | 15.9       | 15.7      | 13.7        | 13.6   | 14.4        | 13.8    | 12.3     | 12.5            | 12.4 | 14.0       | 12.4    | 11.7  | 13.3    | 12.2     |
| Part des personnes soignées pour une ou plusieurs maladies chroniques % 2017    | 5.2   | 5.6        | 5.7       | 5.5         | 5.5    | 5.5         | 4.8     | 5.1      | 3.7             | 4.8  | 5.0        | 5.0     | 5.1   | 5.2     | 4.9      |
| Prévention dentaire minimale (une visite) dans les 3 dernières années 2017      | 22    | 19.6       | 17.1      | 20.4        | 16.4   | 16.4        | 20.3    | 22.2     | 24.2            | 23.5 | 17.1       | 23.3    | 25.3  | 19.8    | 23.4     |
| Part des ménages occupant un logement social % 2018                             | 7.5   | 8.6        | 10.6      | 16.5        | 7.6    | 11.1        | 10      | 4.4      | 2.3             | 5.4  | 7.7        | 4.4     | 8.7   | -       | -        |
| Taux de couverture pour les enfants de 0 à 2.5 ans % 2017                       | 28.2  | 38.8       | 28.2      | 24          | 22.2   | 23.2        | 35.9    | 43.2     | 34.0            | 52.7 | 25.7       | 41.0    | 27.4  | 30.3    | 34.9     |
| Taux d'emploi % 2017  | 51.9  | 53.3       | 48.5      | 57.3        | 55.9   | 51          | 57.0    | 59.2     | 62.2            | 63.3 | 55.4       | 59.2    | 60.8  | 55.5    | 58.6     |
| Taux de chômage % 2017  | 14.7  | 13.9       | 17.4      | 11.3        | 13.2   | 14.4        | 9.0     | 11.6     | 9.4             | 11.2 | 12.8       | 12.8    | 10.1  | 12.6    | 10.7     |
| Part des crédits hypothécaires défaillants % 2017                               | 3.4   | 4          | 5.8       | 2.1         | 3.6    | 3.8         | 3.3     | 2        | 2.4             | 2.1  | 4.1        | 3.9     | 2.8   | 3.4     | 2.6      |
| Part des déclarations de revenus inférieures à 10 000 € % en 2017               | 14    | 12.1       | 13.3      | 11.8        | 12.1   | 14          | 13      | 12.9     | 14              | 12.8 | 12.7       | 12.2    | 11.2  | 13.3    | 13.9     |
| Part des bénéficiaires du RIS dans la population de 18 à 64 ans pour mille 2018 | 77.4  | 63.5       | 71.5      | 46.1        | 39.9   | 77.2        | 35.5    | 36.8     | 30.5            | 36.5 | 51         | 45      | 27.9  | 50.5    | 43.7     |
| Total du nombre d'indicateurs comparables à ceux de Mons                        |       | 5          | 5         | 2           | 5      | 6           | 4       | 2        | 2               | 1    | 4          | 3       | 2     |         |          |

Hainaut Stat. Portail de données statistiques et d'analyse des communes du Hainaut. <http://www.hainautstat.be/hainautstat/> consulté le 02/01/2020

## Annexe 2 : Dispositifs de soutien à la parentalité à Mons

| QUEL SERVICE ET QUI L'ORGANISE   | COMMENT IL SOUTIENT LA PARENTALITÉ EN PRÉCARITÉ  |
|--|--|
| <b>Les lieux d'accueil de jour d'enfants avant la scolarisation</b>  |  |
| <p>Près de 80 lieux d'accueil jusqu'à l'entrée à l'école, pour environ 400 enfants : <b>crèches, accueillant.e.s.</b><br/>Subventions, agréments, autorisations : ONE.<br/>Organisation : Ville, CPAS, secteur privé.</p>  | <p>Frais partiellement déductibles pour tous les parents.<br/>Pour les ménages à faibles revenus (moins de 3006,72 € net/mois) ou bien s'il y a plusieurs enfants accueillis dans le ménage, la FWB contribue à ces frais par le moyen d'une « Intervention accueil », annuelle, renouvelable une seule fois.</p>  |
| <p><a href="https://my.one.be/fr/liste_creches_bruelles_wallonie/search;longitude=3.9525536;latitude=50.4545097;radian=10000;value=Grand%20Place,%20Mons;searchCategory=address">https://my.one.be/fr/liste_creches_bruelles_wallonie/search;longitude=3.9525536;latitude=50.4545097;radian=10000;value=Grand%20Place,%20Mons;searchCategory=address</a><br/><a href="https://www.one.be/public/1-3-ans/creche-accueillante/intervention-accueil/qui-peut-lobtenir/">https://www.one.be/public/1-3-ans/creche-accueillante/intervention-accueil/qui-peut-lobtenir/</a></p> |  |
| <b>Les lieux d'hébergement provisoire</b>  |  |
| <p>Deux <b>Maisons d'accueil et d'hébergement</b> pour femmes victimes de violence, avec ou sans enfants.<br/>Subvention : ONE.<br/><b>Logements d'urgence</b> pour ces femmes, via son service « Violences Intrafamiliales »<br/>Organisation : CPAS<br/>La « <b>Cité de l'Enfance</b> », accueille une cinquantaine d'enfants pour des séjours temporaires éducatifs ou d'accompagnement, pour des enfants placés sur décision judiciaire ou avec l'accord de leurs parents.<br/>Gestion : CPAS</p>  | <p>Lieu sécurisé indispensable pour permettre de dépasser une situation difficile vécue par les parents comme par les enfants.<br/>Le placement d'enfants peut être perçu de différentes manières :<br/>- une sanction vis-à-vis de parents déficients<br/>- une mise sous protection d'enfants en danger à cause de leurs conditions de vie ou du comportement de leurs parents<br/>- un partage de responsabilités dans l'éducation d'enfants.<br/>Lorsqu'il devient trop difficile pour des parents de gérer eux-mêmes leurs difficultés quotidiennes et d'assumer seuls le rôle que la société leur assigne, celle-ci reconnaît l'existence du besoin de partager le poids des préoccupations et soulagerait au moins momentanément les parents d'une partie de leur charge, en hébergeant les enfants et en s'occupant d'eux momentanément.</p> |
| <p><a href="https://www.cpas.mons.be/services/mini-site/pole-daccueil-social/actions-passes/ouverture-de-logements-d2019urgence-pour-femmes-victimes-de-violences">https://www.cpas.mons.be/services/mini-site/pole-daccueil-social/actions-passes/ouverture-de-logements-d2019urgence-pour-femmes-victimes-de-violences</a><br/>(CPAS Mons, 2012)<br/><a href="https://www.cpas.mons.be/services/enfance-jeunesse/cite-de-lenfance">https://www.cpas.mons.be/services/enfance-jeunesse/cite-de-lenfance</a></p>   |  |
| <b>Les consultations</b>   |  |
| <p>Consultations <b>préconceptionnelles, prénatales et pour enfants de 0 à 6 ans.</b><br/>15 locaux où médecins et Travailleur.s.euses Médico-Socia.ux.les (TMS) reçoivent parents et enfants, cela représente un minimum de 60 heures de consultation chaque semaine.<br/>Organisation : ONE</p>  | <p>« Chaque consultation développe un Projet santé-parentalité (PSP) qui inclut : [autre] l'organisation d'un service universel, [...], un suivi renforcé pour les enfants ayant des besoins spécifiques correspondant aux situations de vulnérabilité définies par l'ONE ; des activités collectives de soutien à la parentalité, de promotion de la santé et de prévention médico-sociale pouvant être menées en partenariat avec d'autres services sociaux, médicaux ou médico-sociaux ».</p>   |
| <p><a href="http://www.mons.be/vivre-a-mons/cadre-de-vie/sante/consultations-one/mons-1">http://www.mons.be/vivre-a-mons/cadre-de-vie/sante/consultations-one/mons-1</a><br/><a href="https://www.one.be/professionnel/suivi-de-la-sante/consultations-pour-enfants/?L=0">https://www.one.be/professionnel/suivi-de-la-sante/consultations-pour-enfants/?L=0</a></p>   |  |

| <b>Les visites à domicile</b>  |  |
|--|--|
| <p>« <b>Accordages</b> » : association montoise qui accompagne au domicile les moments de la grossesse et de la petite enfance. Equipe pluridisciplinaire.<br/>Subsides : <i>Viva for Life</i> et Fondation Roi Baudouin.</p> <p><b>ONE : visites au domicile</b> afin de réaliser, au moyen d'entretiens, un suivi prénatal ou un du développement du petit enfant.</p>   | <p>Pour des « futurs parents ayant des difficultés sociales, psychologiques, médicales ». Gratuit</p> <p>Ces rencontres renforcent la relation entre la Travailleuse Médico-Sociale et les parents, elles sont particulièrement utiles « en fonction de contextes spécifiques et de situations qui demandent un suivi renforcé ». L'observation de la famille dans son environnement et dans [...] réalité de vie [...], [l'écoute attentive, permettent] de détecter les besoins, attentes et préoccupations ».</p>     |
| <p><a href="http://www.accordagesmons.be/">http://www.accordagesmons.be/</a><br/><a href="https://www.one.be/professionnel/suivi-de-la-sante/a-domicile/">https://www.one.be/professionnel/suivi-de-la-sante/a-domicile/</a></p>   |  |
| <b>Le soutien en milieu hospitalier</b>  |  |
| <p><b>Visite en chambre</b> dans les deux centres hospitaliers : TMS de l'ONE rencontrent individuellement toutes les mamans qui ont donné naissance dans les maternités hospitalières. Elles renseignent, informent, aussi bien du rôle de l'ONE que de démarches administratives, de questions d'allaitement, de soins...</p> <p><b>Consultation ONE</b> ouverte dans un hôpital. Détection plus précoce de difficultés et leur prise en charge. Les professionnels de la santé, potentiellement informés qu'il existe sur leur lieu de travail des personnes-relais spécialisées dans le soutien aux familles précarisées.</p>  | <p>Créer un lien avec les parents de façon qu'ils se sentent autorisés et invités à rechercher un suivi par la suite. « Les situations, heureusement moins fréquentes, telles que le décès périnatal, la découverte d'un handicap, d'une anomalie ou encore la décision de confier l'enfant né à l'<a href="#">adoption</a> font partie [de leurs tâches].</p> <p>La grossesse, les mois précédant celle-ci et ceux qui suivent l'accouchement sont des périodes cruciales pour les futurs parents et pour l'enfant.</p> |
| <p><a href="https://www.one.be/professionnel/suivi-de-la-sante/en-maternite/">https://www.one.be/professionnel/suivi-de-la-sante/en-maternite/</a><br/><a href="https://www.hap.be/Public/service.php?ID=1023">https://www.hap.be/Public/service.php?ID=1023</a></p>   |  |
| <b>Les Centres Psycho-Médicaux-Sociaux</b>   |  |
| <p><b>Centres Psycho-Médico-Sociaux</b> « lieux d'accueil, d'écoute et de dialogue où le jeune [scolarisé] et/ou sa famille peuvent aborder les questions qui les préoccupent en matière de scolarité, d'éducation, de vie familiale et sociale, de santé, d'orientation scolaire et professionnelle ».</p> <p>Subvention : FWB.<br/>7 centres PMS, séparés selon les réseaux d'enseignement. Tous les élèves de l'entrée en maternelle jusqu'à la dernière année secondaire.</p> <p>Services octroyés par psychologues, assistants sociaux, infirmiers et médecins.</p> <p>Volet santé, pour les élèves de l'enseignement subventionné, pris en charge par les <b>services de Promotion de la Santé à l'École</b>.</p> <p>Rôle : non « seulement de détecter certaines maladies ou de prévenir la transmission de maladies infectieuses mais aussi d'assurer le bien-être des enfants dans leur environnement »</p> | <p>Services universels et gratuits d'une grande pertinence en particulier pour les familles qui vivent dans la précarité. « On sait que plus une famille est en difficulté, plus elle a du mal à exprimer une demande (Neyrand et al., 2018) » et dans certains cas, les besoins peuvent être mis en lumière à l'occasion de tests organisés par le PMS, de consultations en PSE, ou détectés par les enseignants eux-mêmes qui contactent les services de façon proactive.</p>  |
| <p><a href="http://www.enseignement.be/index.php?page=24633">http://www.enseignement.be/index.php?page=24633</a><br/><a href="http://www.enseignement.be/index.php?page=25423&amp;navi=366">http://www.enseignement.be/index.php?page=25423&amp;navi=366</a></p>   |  |

### Les Centres de Planning et de consultation familiale et conjugale

**Centre de planning familial** : « service ambulatoire qui a pour finalité de contribuer à l'optimisation de la santé et à l'épanouissement social en abordant les aspects de la vie affective, relationnelle et sexuelle dans une approche pluridisciplinaire, positive et respectueuse ». L'article 186, n°3 précise que le CPF offrira « la possibilité pour les personnes [...] de bénéficier de soutien à la préparation à et durant la vie de couple et à la parentalité responsable ».

Les CPF organisent un accueil des personnes qui se présentent librement, elles sont reçues gratuitement par une psychologue ou une assistante sociale. Selon la demande exprimée ou le besoin manifesté, le CPF offrira ensuite sur RV des consultations individuelles de soins médicaux, psychologiques, juridiques, sociales... selon sa spécificité.

3 CPF attirent un grand nombre d'étudiants, car Mons est une ville universitaire : 2 universités, 17 facultés.

Ces services sont rendus à prix très réduits, grâce à aux subventions de la RW et à des subsides ponctuels octroyés sur base d'appels à projets.

Mais parce que les CPF accueillent gratuitement et durant de larges plages horaires, ils drainent également un public d'usagers en situation précaire, qui éprouvent des difficultés à réaliser des démarches de demande.

Décret RW 11.02.2014 Moniteur belge

### Autres associations de soutien à la parentalité

**La Ligue des Familles**, asbl partiellement subsidiée par la FWB (Service de l'Éducation Permanente), se présente elle-même comme une association de soutien à la parentalité qui informe, offre des services et des avantages au quotidien, porte des revendications auprès des pouvoirs publics, élabore un programme d'éducation permanente et organise des activités. Elle possède à Mons une antenne locale et une maison d'où partent ses initiatives.

La **Coordination GAP** pour Grossesse Adolescence Parentalité provenant de l'Équipe SOS-Enfants Mons-Borinage (Branche « accompagnement » de l'ONE). **Lieu de Rencontre Parents-Enfants hebdomadaire** pour de très jeunes parents et leur enfant de moins de 6 ans. Basé sur les échanges entre pairs, ce groupe vise, dans l'anonymat à permettre des rencontres, des recherches de réponses, la création d'un réseau de soutien social, des moments de disponibilité et de jeu etc.

**Le Relais Enfants-Parents** : asbl soutenue par le SPF Justice pour maintenir le lien entre un parent détenu et ses enfants. Visites en la prison de Mons de 1h30 le mercredi après-midi deux fois par mois. Le Relais vise à « donner du sens dans les perturbations que l'enfant traverse, et dans la transmission générationnelle » et à valoriser le rôle de parent du détenu.

**L'Accueil-familial de l'Aide à la Jeunesse** prépare et organise les étapes intermédiaires à l'accueil d'un enfant en attente d'une famille d'accueil et assure directement le suivi de la situation lorsque l'enfant se trouve déjà dans une famille d'accueil.

<https://www.laligue.be/association/>

<http://www.adosenceintes.be/?page=parentine>

<http://www.relaisenfantsparents.be/>.

<https://www.accueil-familial.be/qui-sommes-nous/>

Projet d'accompagnement à la naissance et à la parentalité

# Bulles de soi

Projet proposé par le planning familial « La Famille Heureuse » de Mons et partiellement subsidié par la Région Wallonne




Où se situe notre planning ?  
Rue de la Grande Triperie, 46  
7000 Mons

Entre la place du marché aux herbes et celle du marché aux poissons  
A 10 minutes de la gare  
Accès facile en transport en commun

Personnes de contact :  
Adélaïde Leroy : 047 0 / 42 90 42  
Véronique Toegaert : 065 / 33 93 61

[www.loveattitude.be](http://www.loveattitude.be)  
[planningfamilialmons@skynet.be](mailto:planningfamilialmons@skynet.be)  
Planning Familial « La Famille Heureuse » - Mons

Ce que nous vous proposons

## En Groupe

Rencontre autour de la grossesse, de la naissance et du « Etre Parents »

Le lundi entre 13 et 14h

space "seconde main" pour bébé accessible le mercredi de 11h à 12h

Ce que nous vous proposons

## En individuel

### Après la naissance

- Suivi psychologique
- Suivi social
- Accompagnement « autour » du toucher affectif
- Suivi avec bébé (massage, sommeil, allaitement,...)

Pouvoir exprimer ses peurs

Ecoute attentive

Etre rencontré dans ses émotions

Soutenir le lien d'attachement

Soutenir chaque personne en demande ou en difficulté autour de la parentalité quelle que soit sa situation sociale, financière ou affective.

Etre entouré pour être entourant

Un climat de confiance

Informez des droits et aides possibles

Etre préparé à la naissance

Travail en réseau

Ce que nous vous proposons

## En individuel

### Avant la naissance

- Suivi psychologique
- Suivi social
- Préparation affective à la naissance®
- Massage femme enceinte

## Annexe 4 : Catégories thématiques prédéfinies pour identifier les problèmes qui amènent les parents en situation de précarité dans un CPF

### Problèmes financiers

- Difficulté à payer les frais réclamés à l'école (DGDE, 2019)
- Impossibilité d'accéder aux activités sportives, culturelles et de loisirs (DGDE, 2019)
- Déprivation matérielle (DGDE, 2019)
  - o Manque de vêtements neufs, de chaussures
  - o Absence de fruits et légumes frais, de protéines dans l'alimentation
  - o Pas de livres adaptés à l'âge de l'enfant
  - o Manque de jeux
  - o Impossibilité d'organiser des fêtes, d'y participer, d'inviter des amis
  - o Manque de chauffage, de meubles
  - o Difficulté à la mobilité (pas de voiture...)
  - o Absence de connexion internet
- Dettes (DGDE, 2019)
  - o Pensions alimentaires
  - o Taxes et impôts
  - o Logement
  - o Énergie

### Accidents de la vie

- Divorce, séparation difficile (DGDE, 2019)

### Problèmes de parcours, de niveau scolaire

- Retard scolaire « d'ordre culturel lié à leur milieu d'origine (DGDE, 2019)
- Parcours scolaire compliqué, retard d'apprentissage (DGDE, 2019)

### Grossesse précoce

- Précarisation des trop jeunes mamans, des mamans adolescentes (DGDE, 2019)

### Maladie mentale, troubles mentaux associés aux conditions d'existence désastreuses

- Dépression (DGDE, 2019)
- Phobie sociale (DGDE, 2019)
- Fatalisme (DGDE, 2019)
- Manque d'énergie (DGDE, 2019)
- Stress (DGDE, 2019)
- Épuisement (DGDE, 2019)
- Peur de ce qui peut arriver (DGDE, 2019)
- Assuétudes (DGDE, 2019)
- Angoisse (DGDE, 2019)
- Honte, tristesse, colère (DGDE, 2019)
- Problèmes d'attachement enfant-parent (ONE, 2012)
- Problème de socialisation de l'enfant (ONE, 2012)
- Incapacité de l'enfant de se réaliser (ONE, 2012)

### Isolement social des parents pauvres / des enfants pauvres

- Isolement (DGDE, 2019)
- Auto-exclusion (DGDE, 2019)
- Harcèlement scolaire (DGDE, 2019)

## Problèmes de logement

- Chèreté du loyer (DGDE, 2019)
- Manque d'isolation (DGDE, 2019)
- Humidité, moisissure, insalubrité (DGDE, 2019)
- Trop petit pour la taille de la famille (DGDE, 2019)
- Trop loin des commodités, des magasins, des écoles, des lieux de soins de santé (DGDE, 2019)

## Taille / style des familles corrélés à la vulnérabilité

- Monoparentalité: beaucoup de mamans seules avec leurs enfants (DGDE, 2019)
- Familles nombreuses (DGDE, 2019)
- Jeunes parents (DGDE, 2019)
- Familles immigrées (DGDE, 2019)

## Problème de travail, d'emploi

- Chômage
- Absence d'emploi et d'allocation de chômage
- Emploi précaire

## Problème d'accès aux soins de santé

- Absence de couverture
- Couverture minimale (l'assurance obligatoire) (DGDE, 2019)
- Pas de soins d'ophtalmologie, d'opticien, d'orthodontie, de logopédie (DGDE, 2019)
- Places limitées en Maison Médicale (DGDE, 2019)
- Retard de soins (DGDE, 2019)
- Soins minimaux (DGDE, 2019)

## Relations difficiles avec les organismes d'aide: CPAS, SAJ, médiateurs de dettes

- Lenteur administrative, latence entre deux services
- Obligation d'argumenter, de justifier et de négocier (DGDE, 2019)
- Surcharge d'obligations de rendez-vous, de démarches impossible à tenir (DGDE, 2019)

## Messages de la société impossibles à rencontrer (ONE, 2012)

- Pressions des médias, de la publicité, d'internet
- Diversité des repères: messages contradictoires fréquents
- Pressions sociales de réussite, d'épanouissement
- Évolution des familles et des rôles parentaux

## Situation irrégulière sur le territoire (DGDE, 2019)

- Avec demande de régularisation: Privation de l'accès à certains droits (aide médicale seule et uniquement si demande de régularisation pour raison humanitaire)
- Demande recevable et examinée: aide sociale pendant cet examen. Pas de droite au travail ni à l'assurance maladie.
- Demande irrecevable: fin des aides et aide médicale urgente uniquement
- Immigré européen : doit prouver qu'il peut subvenir à ses besoins afin d'être inscrit sur le territoire et de bénéficier des mêmes couvertures que les belges, sinon, n'a droit à aucune aide (Rom sont dans ce cas)

Sources : DGDE. (2019). *Droits de l'enfant. Rapports Pauvreté 2009-2019. Activités 2018-2019*. Délégué Général aux Droits de l'Enfant, Fédération Wallonie-Bruxelles.

ONE. (2012). *Pour un accompagnement réfléchi des familles. Un référentiel de soutien à la parentalité*. Office de la Naissance et de l'Enfance, Direction de l'Aide à la Jeunesse, Délégué Général aux Droits de l'Enfant, Fédération Wallonie-Bruxelles.

## Annexe 5 : Memorandum d'accord

Afin que la recherche se déroule dans les meilleures conditions possibles pour toutes, chacune essaie au mieux de :

- Se rendre disponible selon le calendrier convenu
- Respecter les rendez-vous pris
- Communiquer rapidement et sincèrement tout problème

**En tant que mémorante**, je m'engage à :

- Respecter l'anonymat des données, à l'exception des noms du planning et du projet/programme
- Limiter l'utilisation des données à mon seul mémoire
- Ne pas diffuser à l'extérieur les données et informations récoltées
- Détruire les enregistrements d'entretien juste après leur transcription
- Utiliser les *verbatim* (phrases prononcées lors des entretiens) en respectant le vocabulaire choisi par la membre de l'équipe
- Utiliser la prise de note et non l'enregistrement lors des réunions hebdomadaires
- Laisser à tout membre de l'équipe le droit de revenir sur une déclaration, soit pour la rectifier, soit pour me demander de ne pas l'utiliser pour le mémoire
- Ne pas interroger le public bénéficiaire de *Bulles de soi*
- Favoriser la participation de l'équipe *Bulles de soi* aux différents stades de la recherche
  - o Selon le calendrier convenu
  - o Selon le besoin exprimé par tout membre de l'équipe
- Veiller à ce que les opérations de la recherche n'entraient pas le bon fonctionnement du planning :
  - o En respectant les temps prévus pour les collectes de données : entretiens, réunions, recherches dans le logiciel informatique
  - o En ne diffusant aucune donnée en direction des personnels du planning extérieurs à l'équipe
  - o En limitant mes interactions au sujet de la recherche aux personnes interviewées
- Obtenir l'accord des membres de l'équipe pour toute modification de ce qui précède.

**En tant que membre de l'équipe *Bulles de soi***, je participe librement à la recherche et je peux m'en retirer si je le souhaite. Je serai amenée à donner mon accord oral pour :

- Participer activement à l'entretien individuel et au focus-groupe
- Qu'une seconde partie à l'entretien ou au focus-groupe soit organisée si le temps prévu n'a pas suffi
- Être enregistrée
- Que la mémorante soit présente aux réunions hebdomadaires en tant qu'observatrice
- Permettre à la mémorante l'accès aux données informatisées concernant *Bulles de soi* à des moments décidés selon le calendrier
- Qu'un propos émis lors d'un entretien soit identifié par ma profession (et pas mon nom) dans la rédaction du mémoire
- Que l'avancement de la recherche soit discuté avec les promoteurs de la mémorante :
  - o Professeur William D'Hoore, Doyen de la Faculté de Santé Publique de l'UCLouvain
  - o Mme Nathalie Thomas, psychologue au Service de Santé Mentale Le Méridien et chargée de cours à l'UCLouvain
- Que le mémoire soit publié sur DIAL, le site numérique des mémoires de l'UCLouvain

## Annexe 6 : Guide d'entretien initial avec une intervenante de *Bulles de soi*.

Bonjour ..., merci de me consacrer ce temps dans ta journée. Comme tu le sais déjà, notre entretien sera enregistré, peux-tu me confirmer que tu es d'accord ? Merci... Les questions que je vais te poser vont me servir à comprendre puis à expliquer le fonctionnement de *Bulles de soi* tel qu'il est envisagé par chacune de vous quatre, que je rencontre d'abord séparément. J'ai demandé à avoir cet entretien avec toi pour obtenir ta vision personnelle de *Bulles de soi*, et mon objectif est bien à cet instant de comprendre *Bulles de soi* selon ta propre perspective. Comme convenu nous respecterons l'une et l'autre les engagements que nous avons décidé dans la charte, dans le mémorandum d'accord. Est-ce que pour commencer tu souhaites me poser une question ?... Alors je crois que nous pouvons commencer.

| Questions que je pose (si néc)  | Renseignements que je souhaite (au min)   |
|---|---|
| <p><i>Quelle est ta fonction dans <i>Bulles de soi</i> ?</i><br/>           Relance : quelle profession exerces-tu dans l'équipe ?<br/>           Relance : est-ce que dans <i>Bulles de soi</i> tu exerces plusieurs fonctions ? Lesquelles ?<br/>           Relance : combien d'heures consacres-tu à ton travail dans <i>Bulles de soi</i> ?</p> | <p>Informations sur la répondante (importantes, cfr cours sémin quali)</p>  |
| <p><i>Peux-tu me parler de ton background professionnel ?</i><br/>           Relance : peux-tu me parler de ton métier et de ta formation ?</p>   | <p>Théorie professionnelle pouvant expliquer la forme de l'action (pour théorie d'impact)</p>   |
| <p><i>Qu'est-ce qui a changé dans <i>Bulles de soi</i> depuis que tu fais partie de l'équipe ?</i><br/>           Sais-tu d'où vient le nom de <i>Bulles de soi</i> et pourquoi il a été choisi ?</p>   | <p>Vision générale et frontières du programme</p>   |
| <p><i>Comment les personnes que tu vois dans le cadre de <i>Bulles de soi</i> arrivent-elles jusqu'à toi ?</i><br/>           Relance : Comment appelles-tu les personnes que tu vois dans le cadre de <i>Bulles de soi</i> ?</p>   | <p>Pour plan d'utilisation du service. Le nom donné aux bénéficiaires va être prononcé spontanément, probablement, sinon, le faire énoncer. Cela renseigne sur une certaine vision de son travail par la professionnelle.</p>                           |
| <p><i>Quelle différence fais-tu entre les personnes que tu vois dans le cadre de <i>Bulles de soi</i> et les autres ?</i><br/>           Relance : es-tu amenée à faire une différence pour une raison ou une autre entre les personnes que tu vois dans le cadre de <i>Bulles de soi</i> et les autres ?</p>                                       | <p>Lien entre le besoin du programme et la justification de celui-ci.<br/>           Éléments pour la théorie d'action.</p>   |
| <p><i>D'après toi, quel rôle peux-tu jouer dans <i>Bulles de soi</i> pour les parents?</i><br/>           Relance : les parents ont-ils des besoins auxquels tu peux particulièrement répondre dans le cadre de <i>Bulles de soi</i> ?<br/>           Relance : quels sont les besoins des personnes qui viennent à toi ?</p>                       | <p>Éléments pour justifier le besoin du programme en tant qu'il a pour objectif de répondre à des besoins sociaux.<br/>           Pour la théorie d'action : objectifs et buts de l'intervenante, vision des buts et objectifs globaux du programme</p> |
| <p><i>Quels sont d'après toi les besoins des parents auxquels peut répondre <i>Bulles de soi</i> ?</i><br/>           Relance : vous êtes une équipe pluridisciplinaire : comment vous complétez-vous ?<br/>           Relance : que peut apporter <i>Bulles de soi</i> à des parents ?</p>   | <p>Éléments pour justifier le besoin du programme en tant qu'il a pour objectif de répondre à des besoins sociaux.<br/>           Pour la théorie d'action : vision des buts et objectifs globaux du programme</p>                                      |

|  |  |
|--|--|
| <p>Comment présentes-tu ton travail aux personnes qui viennent vers toi ?</p> <p>Relance : Comment expliques-tu aux personnes ce que tu vas leur faire ?</p>   | <p>Pour le plan d'utilisation du service.</p> <p>Pour la théorie d'action.</p>   |
| <p>Qu'espères-tu pour les personnes que tu vois dans le cadre de <i>Bulles de soi</i> ?</p> <p>À quoi vois-tu que tu as atteint ce que tu espérais pour les personnes que tu rencontres dans <i>Bulles de soi</i> ?</p>  | <p>Pour la théorie d'action : objectifs et buts de l'intervenante</p>  |
| <p>Comment se déroule une séance/consultation/rencontre avec toi ?</p> <p>Relance : est-ce qu'il y a des choses qui se répètent entre les différentes rencontres ?</p>   | <p>Pour la théorie d'action</p> <p>Pour le plan d'utilisation du service</p>   |
| <p>D'après toi, quelle est la place de <i>Bulles de soi</i> dans l'offre du soutien à la parentalité dans la région ?</p> <p>Relance : Comment penses-tu que <i>Bulles de soi</i> est intégré dans l'ensemble de l'offre du soutien à la parentalité dans la Région ?</p>  | <p>Éléments pour justifier le besoin du programme en tant qu'il a pour objectif de répondre à des besoins sociaux.</p> <p>Pour le plan d'utilisation du service.</p>   |
| <p>Comment interagis-tu avec les trois autres intervenantes de <i>Bulles de soi</i> ?</p> <p>Relance : comment ça se passe lorsque vous vous rencontrez entre intervenantes de l'équipe ?</p> <p>Dans le cadre de ta fonction dans <i>Bulles de soi</i>, quand est-ce qu'il t'arrive d'être en relation avec une autre professionnelle du Planning, qui n'est pas dans <i>Bulles de soi</i> ?</p> <p>Dans le cadre de ta fonction dans <i>Bulles de soi</i>, comment peut-il t'arriver d'être en relation avec des organismes extérieurs au Planning ?</p> | <p>Pour la théorie d'action (comment la théorie de changement des différentes intervenantes se rencontre)</p> <p>Pour le plan organisationnel (qui doit travailler et comment pour que <i>Bulles de soi</i> fonctionne)</p> <p>Pour le plan d'utilisation du service ? (les frontières du programme)</p> |
| <p>Combien de temps ou de séances dure un suivi chez toi pour une même personne ?</p> <p>Relance : d'après toi, qu'est-ce qui fait que les personnes reviennent après une première séance ?</p>  | <p>Pour le plan d'utilisation du service</p>   |
| <p>Ressens-tu que tu disposes matériellement de tout ce dont tu as besoin pour exercer sereinement ton rôle dans <i>Bulles de soi</i> ?</p> <p>Relance : de quoi as-tu besoin pour exercer ta fonction dans <i>Bulles de soi</i> ?</p> <p>Relance : Pourrais-tu m'expliquer ce que <i>Bulles de soi</i> rencontre parfois comme problèmes ?</p>  | <p>Pour le plan organisationnel</p>  |

Je te propose maintenant de dire ce que tu veux pour clôturer notre entretien, si tu as l'impression que je suis passée à côté de quelque chose d'important.

Je te remercie beaucoup du temps que tu m'as accordé pour cet entretien. Maintenant, plusieurs/ quelques semaines vont passer pour que je finalise les entretiens et que je les analyse. L'étape suivante se déroulera au cours d'un entretien avec toute l'équipe. Mais je reste disponible chaque jeudi pour répondre à une question s'il t'en vient une et voici mon adresse mail au cas où.

## Annexe 7 : Catégories thématiques de la théorie d'un programme social

Adapté de (Rossi et al., 2019).

### **1. La théorie d'impact / d'action / de changement**

Hypothèses émises pour expliquer la transformation entre un problème à l'entrée et un outcome attendu à la sortie.

→ détails des étapes / du processus de transformation

#### 1.1. Pour l'assistante sociale

##### 1.1.1. Actions → dirigées vers une condition intermédiaire

→ celle-ci va en retour améliorer la situation sociale / problématique concernée

##### 1.1.2. Résultats proximaux / immédiats espérés

Description du passage du court terme au long terme

Résultats distaux / finaux espérés

#### 1.2. Pour la psychologue adulte

##### 1.2.1. Actions → dirigées vers une condition intermédiaire

→ celle-ci va en retour améliorer la situation sociale / problématique concernée

##### 1.2.2. Résultats proximaux / immédiats espérés

Description du passage du court terme au long terme

Résultats distaux / finaux espérés

#### 1.3. Pour la psychologue enfant

##### 1.3.1. Actions → dirigées vers une condition intermédiaire

→ celle-ci va en retour améliorer la situation sociale / problématique concernée

##### 1.3.2. Résultats proximaux / immédiats espérés

Description du passage du court terme au long terme

Résultats distaux / finaux espérés

#### 1.4. Pour l'haptonome

##### 1.4.1. Actions → dirigées vers une condition intermédiaire

→ celle-ci va en retour améliorer la situation sociale / problématique concernée

##### 1.4.2. Résultats proximaux / immédiats espérés

Description du passage du court terme au long terme

Résultats distaux / finaux espérés

#### 1.5. Pour l'ensemble

##### 1.5.1. Actions → dirigées vers une condition intermédiaire

→ celle-ci va en retour améliorer la situation sociale / problématique concernée

##### 1.5.2. Résultats proximaux / immédiats espérés

Description du passage du court terme au long terme

Résultats distaux / finaux espérés

## **2. La théorie de processus du programme**

### **2.1. Plan d'utilisation des services**

Pourquoi et comment les récipiendaires du service deviendront engagés dans le programme et voudront le suivre (jusqu'au bout) jusqu'au moment où ils auront reçu suffisamment de service pour débiter la transformation / la changement

- 2.1.1. Hypothèses émises sur la manière d'atteindre la population-cible
- 2.1.2. Hypothèses émises sur la manière de procurer les services
- 2.1.3. Hypothèses émises sur la manière de séquencer les contacts au cours desquels les services sont fournis.
- 2.1.4. Hypothèses émises sur la manière de conclure les relations quand les services ne sont plus nécessaires ou appropriés.

### **2.2. Plan organisationnel**

Hypothèses émises sur les ressources nécessaires à la délivrance des activités :

- 2.2.1. Hypothèses émises sur les ressources nécessaires en personnel :
  - 2.2.1.1. - heures à prester (quantité de services),
  - 2.2.1.2. - ressources humaines nécessaires à la délivrance des services : fonctions, compétences, profils
  - 2.2.1.3. - représentation extérieure – se faire connaître
  - 2.2.1.4. - formations
- 2.2.2. Hypothèses émises sur les ressources administratives nécessaires
  - 2.2.2.1. - personnes nécessaires,
  - 2.2.2.2. - financements,
  - 2.2.2.3. - outils administratifs
- 2.2.3. Hypothèses émises sur les ressources nécessaires à l'organisation générale
  - 2.2.3.1. - management des ressources humaines,
  - 2.2.3.2. - locaux et matériel,
  - 2.2.3.3. - liaisons extérieures – fonctionner en réseau

## Annexe 8 : Problèmes liés à leur parentalité qui amènent les parents au CPF

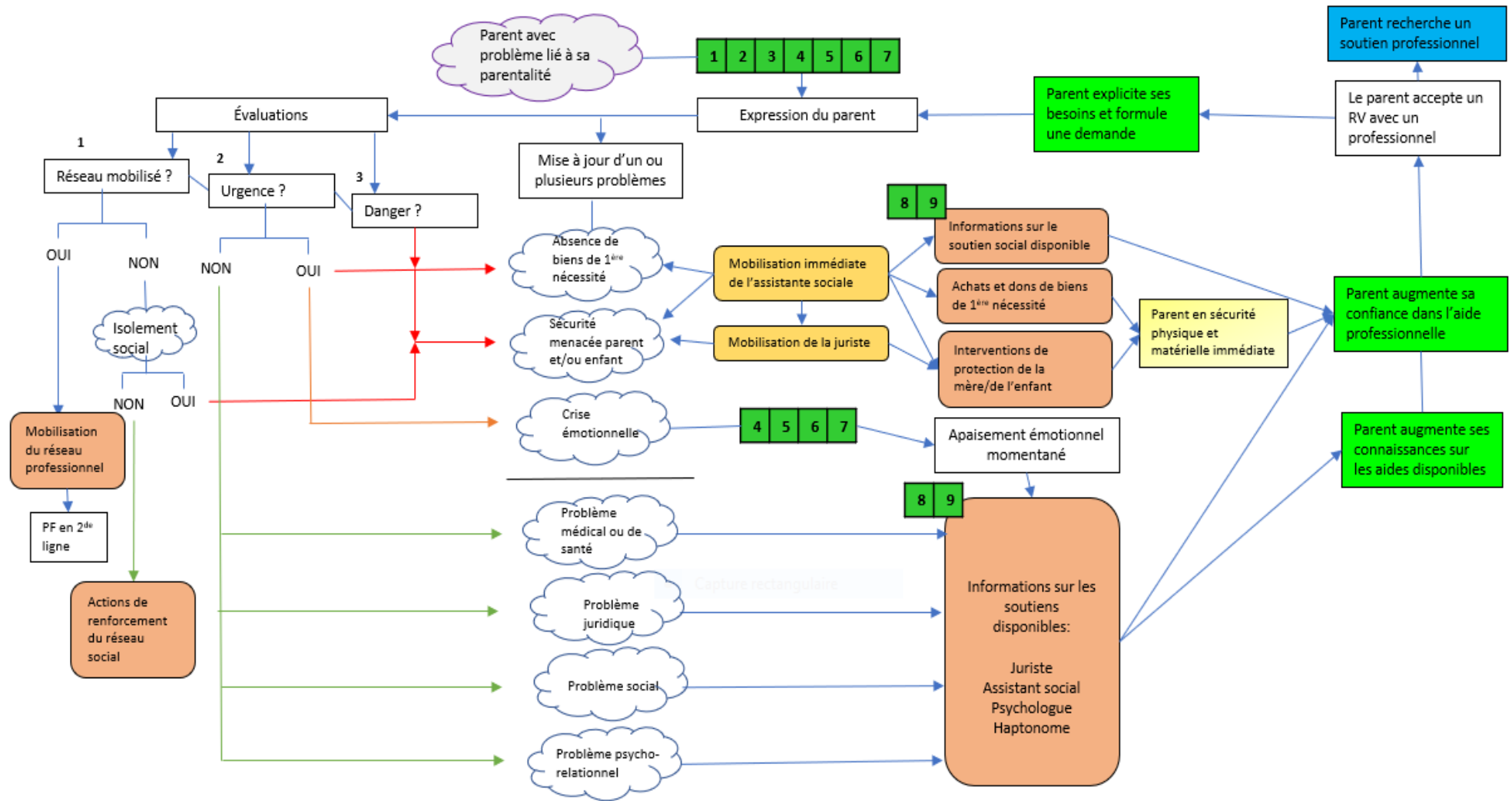
| Tableau 2 : Problèmes liés à leur parentalité qui amènent les parents au CPF   | n  |
|--|----|
| <p><b>Problèmes lors de l'éducation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficulté à gérer certains comportements de l'enfant (CHLL, 93-97 ; LFHF2, 343-344, 636-642)</li> <li>▪ Difficulté à mettre des limites à son enfant (LBB, 84-85, 90 ; LSS, 394-395)</li> <li>▪ Difficulté à communiquer avec un adolescent (LBB, 85-86 ; LFHF, 59 ; LAM, 655-664 ; CHLL, 236-237, 347-348, 351-361 ; LFHF2, 104-106, 671-672)</li> <li>▪ Difficulté à gérer les relations avec son enfant jeune adulte (LFHF, 60-62 ; LFHF2, 106-117, 217-222, 669-670)</li> <li>▪ Difficulté à gérer l'éducation d'un enfant, ado ou jeune adulte présentant un retard mental (LAM, 187, 191-193, 203-217 ; LLS, 127-129)</li> <li>▪ Inquiétude, culpabilité de parents face à la souffrance d'un enfant (LAM, 730-735 ; LFHF2, 344-345)</li> <li>▪ Problème d'attachement entre une mère et son jeune enfant (CHLL, 232-233)</li> </ul> | 25 |
| <p><b>Problème de santé mentale côté parents</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maladie mentale du parent, relevant de la psychiatrie (LAM, 187, 258 ; CHLL, 463)</li> <li>▪ Comportement déviant du parent (LBB, 272, LFHF2, XX)</li> <li>▪ Burn-out parental, épuisement, surmenage (LBB, 274, 282-284 ; LFHF, 64-65 ; LAM, 630-632, 652-654 ; LFHF2, 501, 574-578, 663-664)</li> <li>▪ Failles psychiques démontrées dans des modes de fonctionnement (LFHF, 83-84 ; CHLL, 276-282, 349-361)</li> <li>▪ Dépression, abattement (LAM, 456 ; LFHF2, 660 ; LLS, 169)</li> <li>▪ Assuétudes, toxicomanie (CHLL, 229-230, 292-298)</li> <li>▪ Parent qui se comporte comme un adolescent (LAM, XX ; CHLL, 236, 253-254)</li> <li>▪ Parent en deuil (CHLL, 211-218)</li> </ul>  | 25 |
| <p><b>Problèmes financiers, difficultés matérielles au quotidien</b></p> <p>(LBB, 105 ; LFHF, 77, 81, 119-120, 122-123 ; LAM, 285, 461 ; CHLL, 136 ; LFHF2, 163-165, 574-575, 653-656 ; LLS, 122-123, 155-157, 162-166, 227-230)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficulté à se procurer des biens de première nécessité</li> <li>▪ Risque de pauvreté</li> <li>▪ Revenu insuffisant</li> <li>▪ Chômage</li> <li>▪ Endettement</li> <li>▪ Difficultés à payer les factures d'énergie</li> <li>▪ Absence de biens ou de services considérés comme souhaitables, voire nécessaires</li> <li>▪ Difficulté à faire garder les enfants d'âge préscolaire</li> </ul>   | 15 |
| <p><b>Maltraitance d'enfant / d'adolescent</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maltraitance physique, enfant en danger (LAM, 162, 260-261, 376-398, LFHF2, 579, 588-594, 606-608, 671-673, 679)</li> <li>▪ Réification de l'enfant (LAM, 640-644)</li> <li>▪ Manque d'attention à l'enfant (LAM, 658, 661-662, 665)</li> <li>▪ Abus sexuel sur l'enfant par un membre de la famille (LBB, 93-95, LAM, 681-682)</li> <li>▪ Fréquentations du parent nuisibles à l'enfant (CHLL, 247-249)</li> <li>▪ Enfant témoin de violences conjugale (CHLL, 512-515)</li> </ul>  | 15 |

|  |    |
|--|----|
| <p><b>Pression sociale nuisible</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pression de la société et attentes irréalistes vis-à-vis des parents (LFHF2, 501-503, 509-515 ; LLS, 39-47)</li> <li>▪ Croyances internalisées du parent sur les attentes de la société (LFHF2, 503-504, 516-519)</li> <li>▪ Mal-être du parent qui échoue à répondre aux pressions sociales et internalisées (LFHF, 66-69 ; LLS, 44-47, 65-73, 155-160)</li> <li>▪ Repères et conseils imposés par la société (LAM, 887-888, 895-896, LLS, 61-65)</li> <li>▪ Piège des réseaux sociaux, de la publicité, des magazines (LAM, 466-467 ; LLS, 40-41)</li> </ul>  | 14 |
| <p><b>Grossesse posant un problème</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demande d'interruption de grossesse (Accueil du CHLL)</li> <li>▪ Réflexion sur le choix de poursuivre ou non une grossesse (LBB, 293-301 ; CHLL, 110-111, 285-296)</li> <li>▪ Ambivalence prolongée due à une fragilité psychique (CHLL, 301-303)</li> <li>▪ Problème d'attachement (CHLL, 113)</li> <li>▪ Autres enfants placés (CHLL, 115)</li> <li>▪ Difficulté à gérer la charge mentale (mère seule) au quotidien (CHLL, 116-118)</li> <li>▪ Difficulté à gérer les contraintes d'une grossesse (CHLL, 292-298)</li> <li>▪ Incapacité physiologique de mener une grossesse à terme (LFHF, 65-66)</li> <li>▪ Ambivalence par rapport à une grossesse passée (LFHF, 115-119 ; CHLL, 211-218)</li> </ul>   | 12 |
| <p><b>Isolement social des parents et des enfants</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Isolement total (LFHF, 420 ; LAM, 462-463, 749, 762-763 ; LFHF2, 597-598, 605-608 ; LLS, 116)</li> <li>▪ Absence de soutien familial (CHLL, 140)</li> <li>▪ Absence de soutien élargi (CHLL, 141, LFHF2, 576-577)</li> <li>▪ Absence d'échanges pour prendre du recul face aux difficultés (CHLL, 157-162 ; LFHF2, 576)</li> </ul>  | 12 |
| <p><b>Relations difficiles avec les institutions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Multitudes de contact avec des services différents (LAM, 856-857, 892-893)</li> <li>▪ Parents en difficulté pour se déplacer obligés de se rendre à des RV multiples (CHLL, 405-408)</li> <li>▪ Parents ayant été dirigés, obligés, dépossédés de leur autonomie (LAM, 886-888)</li> <li>▪ Parents ayant été bousculés, blessés par des professionnels (LFHF, 305-306 ; LFHF2, 297-306)</li> <li>▪ Parents ayant le sentiment d'être pistés, jugés et étiquetés (LAM, 859-861)</li> <li>▪ Non-recours à l'aide officielle / professionnelle (LBB, 80 ; LLS, 68-69, 70-72)</li> <li>▪ Parents se rendent incontactables par les services officiels (LAM, 355-356)</li> <li>▪ Manque d'une parole écoutée dans la société (LFHF, 304)</li> </ul> | 12 |
| <p><b>Problèmes de maîtrise intellectuelle de l'environnement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Parcours scolaire insuffisant, échecs, vision négative de l'école (LBB, 86 ; LFHF, 78-80 ; LSS, 425-430)</li> <li>▪ Manque de ressources intellectuelles, de capacité de recul (CHLL, 152-157 ; LSS, 425-427)</li> <li>▪ Difficulté à gérer un revenu restreint (LBB, 105-106, LAM, 435-452)</li> <li>▪ Manque de repères éducatifs, de conseils (LBB, 271)</li> <li>▪ Manque de connaissance de leurs droits par les parents (LFHF, 140 ; CHLL, 178)</li> <li>▪ Parents d'origine étrangère, d'autre culture, langue, croyance (LFHF2, 947-952)</li> </ul>   | 11 |
| <p><b>Problèmes relationnels des adultes autour de l'enfant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conflits dans le couple parental dans la famille (CHLL, 333-340 ; LFHF2, 356-357, 656-659)</li> <li>▪ Violence intra-familiale (LFHF, 120-122 ; LAM, 298-299, CHLL, 511-514 ; LFHF2, 675)</li> <li>▪ Tensions causées par une séparation (LAM, 160-162 ; LFHF2, 333-334 ; LLS, 188-189)</li> <li>▪ Antécédent de problème avec ses propres parents (LFHF2, 356)</li> </ul>  | 11 |

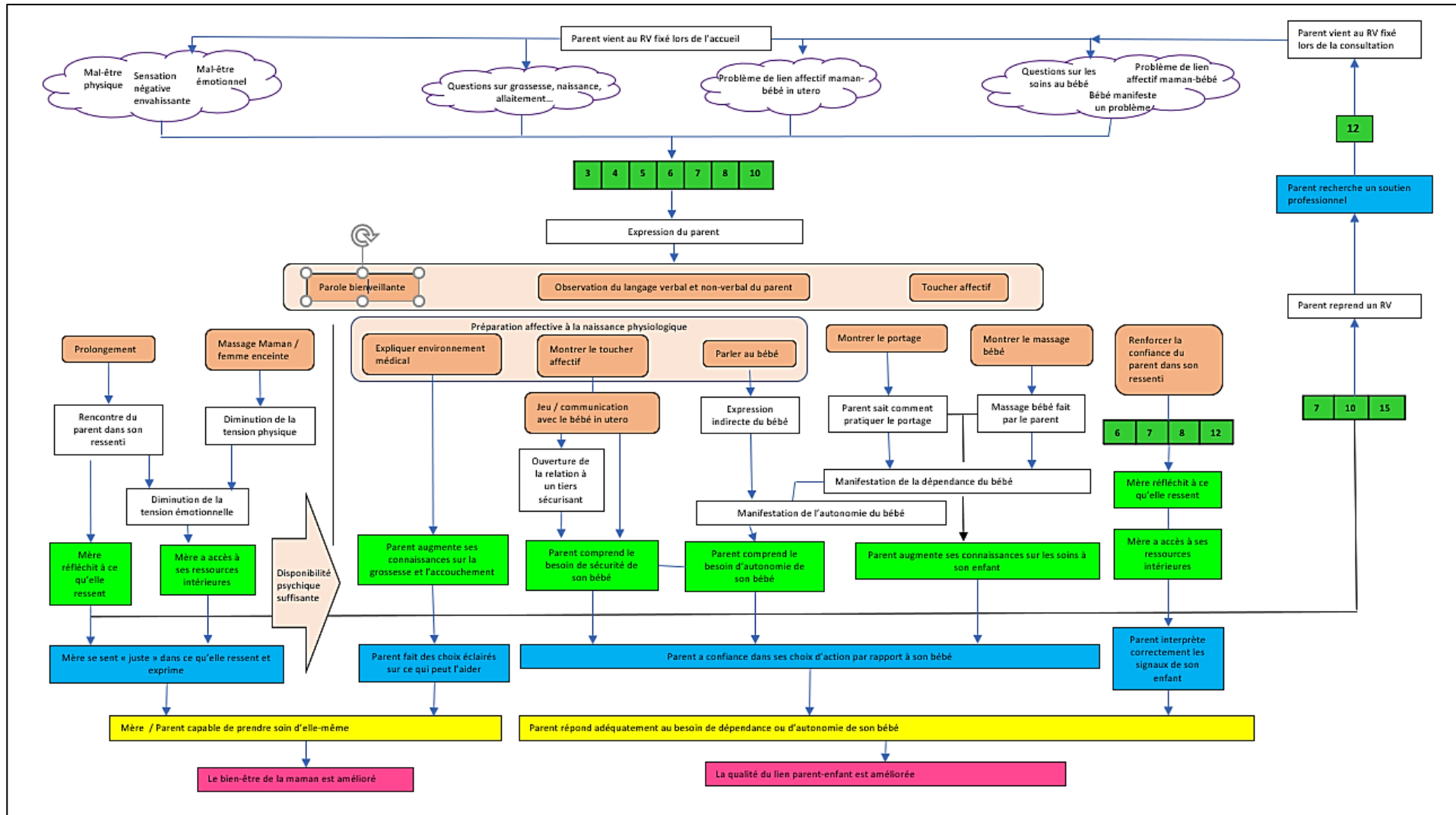
|   |   |
|---|---|
|   |   |
| <b>Problème de santé mentale côté enfants</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maladie mentale de l'enfant, relevant de la psychiatrie (CHLL, 219-224)</li> <li>▪ Harcèlement scolaire (LBB, 86, 91-93, LAM, 731-732)</li> <li>▪ Troubles psychiques liés aux dysfonctionnements des parents (LAM, 506-519 ; LFHF2, 346,380)</li> <li>▪ Enfant « patient désigné » (LFHF2, 352-360)</li> <li>▪ Enfant en perte totale de repères après une séparation (LAM, 525-574)</li> </ul> | 9 |
| <b>Problèmes d'accès aux soins de santé</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficulté à payer des consultations psychologiques ou juridiques (LBB, 111-115 ; LFHF, 507, 513 ; LAM, 166)</li> <li>▪ Difficulté à obtenir des soins psychiatriques adaptés (LAM, 424, 493-505)</li> <li>▪ Méfiance vis-à-vis du monde de la santé mentale et des psychiatres (LAM, 475-487)</li> <li>▪ Conséquences physiques de la précarité financière (LAM, 286 ; LLS, 158)</li> </ul>       | 9 |
| <b>Difficultés autour de l'enfant placé</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfants placés chez leurs grands-parents (LAM, 185-186)</li> <li>▪ Épuisement de la famille d'accueil (LAM, 622-627, 630-631)</li> <li>▪ Parent décidant lui-même de placer son enfant (LAM, 637-639, 674-679)</li> </ul>  | 5 |
| <b>Problèmes de logement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Logement insalubre (LBB, 103-104)</li> <li>▪ Manque de logement accessible (LFHF2, 418-419 ; LLS, 163-165)</li> </ul>   | 3 |
| <b>Jugement social</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jugement des classes sociales supérieures (LFHF2, 399-406)</li> </ul>   | 1 |
|   |   |
| Légende : n = nombre d'extraits d'entretiens menés dans les CPF externes qui parlent de ce problème   |   |

Les références correspondent aux codes des transcriptions d'entretiens menés dans des CPF autres que La Famille Heureuse de Mons, du 20/02 au 12/03/2020.

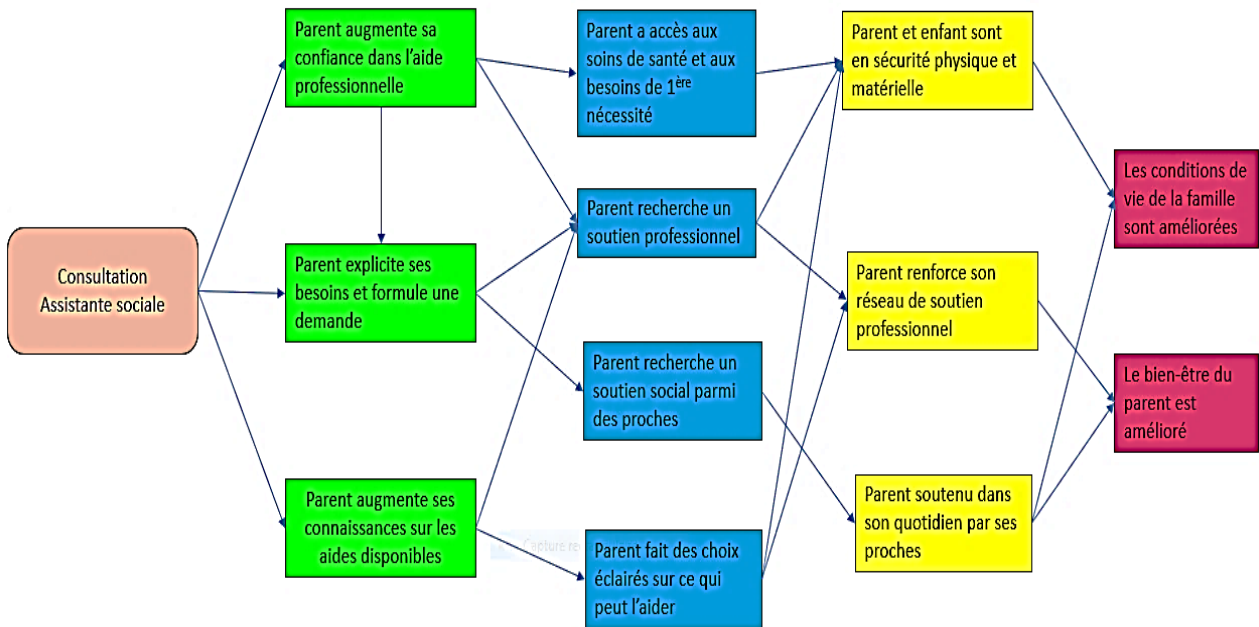
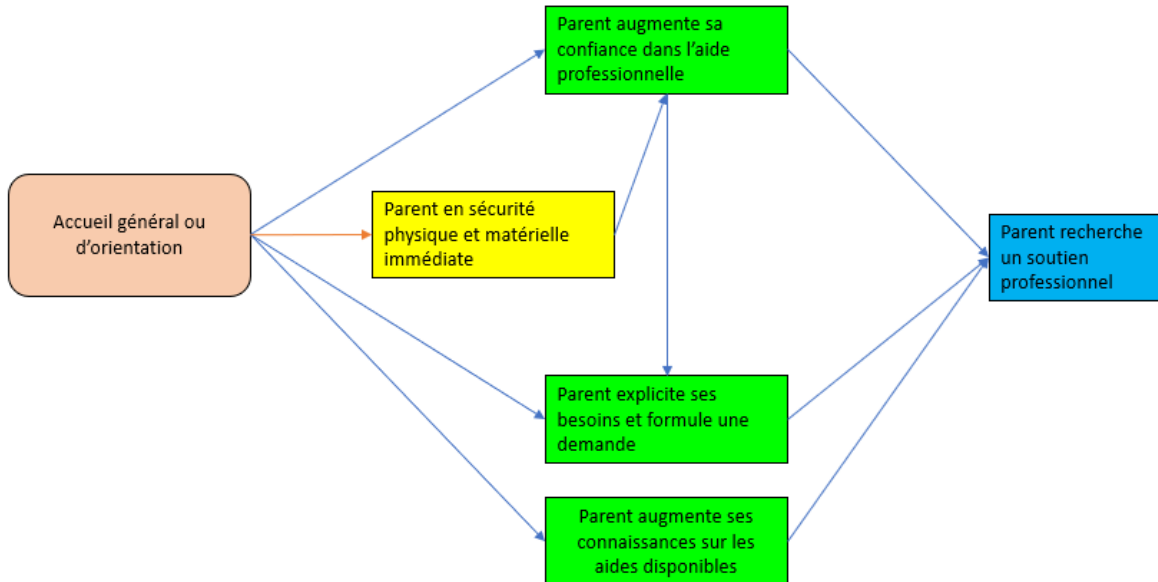
## Annexe 9 : Théorie d'impact de l'accueil

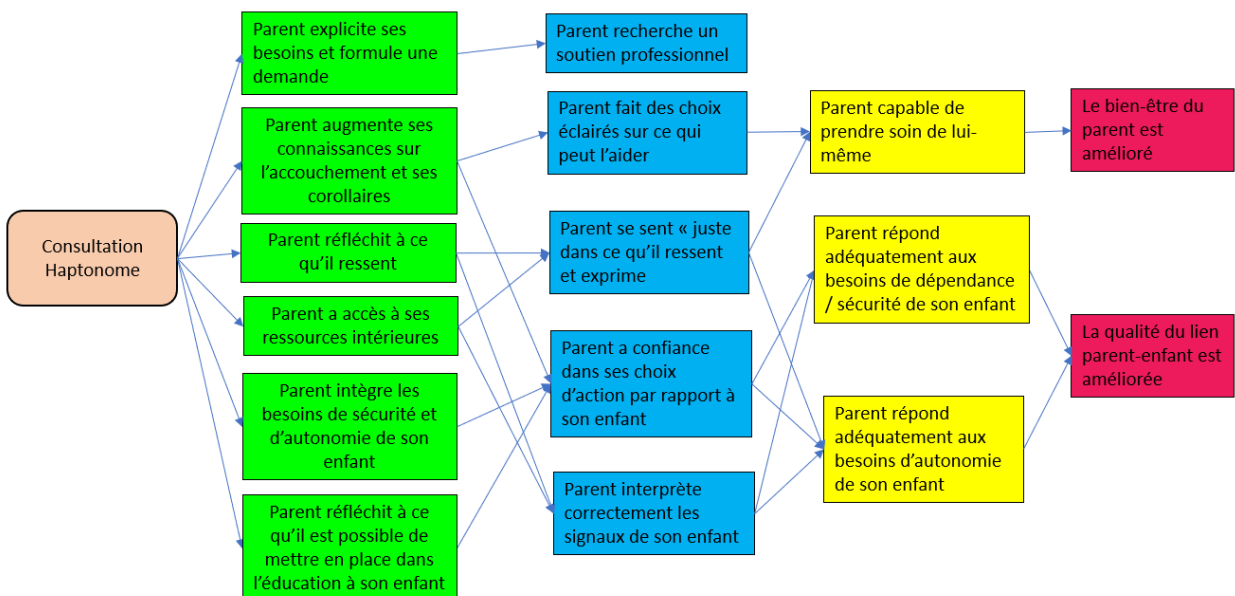
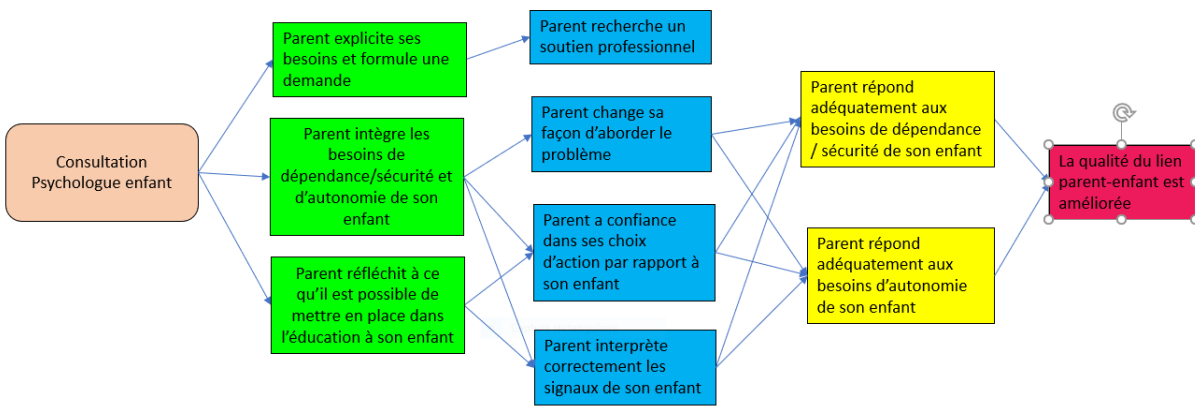
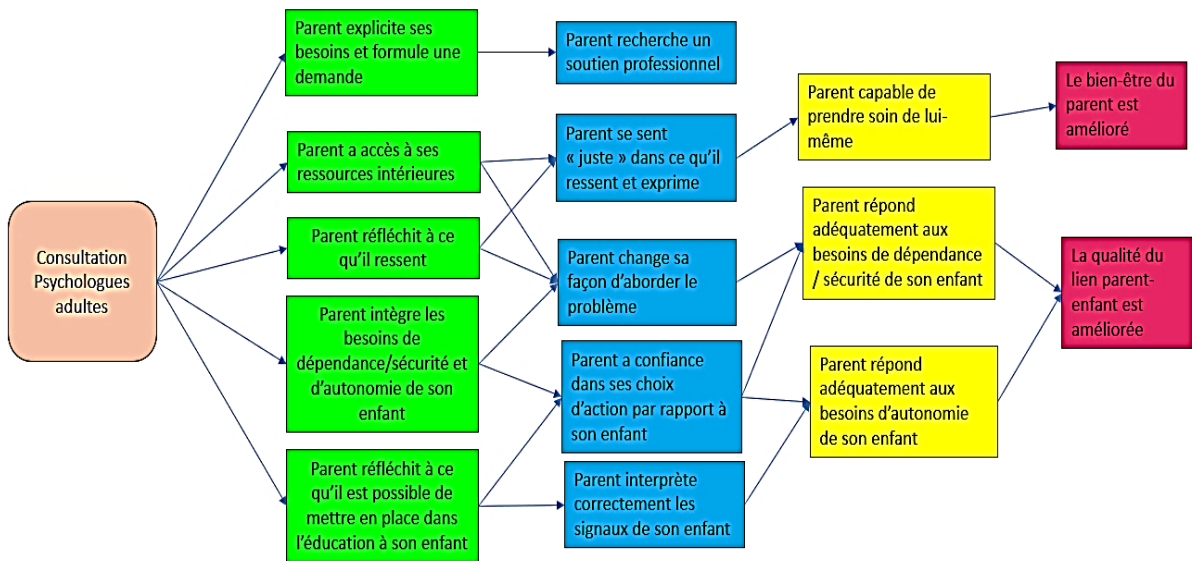


# Annexe 10 : Théorie d'impact de l'haptonome



## Annexe 11 : Résultats des interventions individuelles





## Annexe 12 : Ressources nécessaires pour le programme

### Les personnes nécessaires

Ce tableau résume les caractéristiques de chaque actrice du programme, étant entendu qu'il ne s'agit pas d'individus mais de fonctions pouvant être assumées par plusieurs personnes.

| Personnel nécessaire pour Bulles de Soi           |                   |   |  |
|---|-------------------|---|--|
|   | N ETP             | Profil  | Fonctions / compétences  |
| Accueillante tout venant physique et téléphonique | 1,5 ETP + 0.5 ETP | Tout personnel est aussi accueillante pour l'accueil général : horaires fixés dans les agendas individuels de tous les professionnels du planning | Capacité d'écoute et de l'empathie, une capacité de cerner la demande derrière la demande exprimée, une connaissance du public de la région et qui fréquente le planning, une connaissance du fonctionnement du planning, etc.<br>Travaille à renforcer les liens avec le réseau des institutions et à l'étoffer |
| Accueillante orientation <i>BDS</i>               | pour 5X 16h-18h   | Psychologue adulte, enfant et haptonome   |  |
| Assistante sociale                                | 0,5 ETP           | Assistante sociale Gradulée / Bachelière  | Travail de première ligne, adaptation rapide aux demandes urgentes qui se présentent, heures de travail élastiques   |
| Juriste   | 2h/sem            | Juriste spécialisée en Droit de la famille  |  |
| Psychologue adulte                                | 1 ETP             | Licence / Master en psychologie et psychothérapeute spécialisée. Pas d'approche comportementaliste. Pas d'expérience requise au départ.           | Travail de seconde ligne qui peut néanmoins avoir le caractère de l'urgence, les psychologues sont à même de débiter le suivi au moment où le parent en situation de précarité en démontre le besoin.  |
| Psychologue enfant                                | 0,5 ETP           |   |  |
| Accompagnatrice de naissance                      | 0,5 ETP           |   |  |

**Personnes nécessaires à la représentation extérieure :** La responsabilité des médias d'information, l'organisation de l'information aux professionnels du réseau et l'organisation de l'information aux parents revient à la porteuse du projet et à toute personne disponible. Il n'y a pas de charge horaire prédéfinie pour ces fonctions.

**Formations nécessaires :** Une formation à l'accueil en CPF de 4 jours est dispensée par la Fédération, une fois par an, dans le but de fixer le cadre général. Cette formation sera complétée par une formation à l'accueil spécifique au terrain, organisée par tutorat. Il y a possibilité de demander à participer à des formations qui intéressent sa pratique. Le temps consacré aux formations extérieures, aux rencontres avec d'autres professionnels, à des échanges de pratiques est comptabilisé dans les heures de travail.

**Personnel administratif nécessaire :** *Porteuse du projet* : 2h de travail hebdomadaire ; *Aide administrative à la coordination* : 0,5 ETP (Travail pour tout le CPF) ; *Aide administrative* : 1 ETP (Travail pour tout le CPF).

**Management Ressources Humaines :** La coordinatrice du planning est formellement au-dessus de *BDS*, qui est intégré au CPF. *BDS* est une équipe égalitaire où chacun est autonome et compétent pour son travail.

### **Les financements et outils administratifs nécessaires**

#### ◇**Financements :**

Il est impossible de parvenir à un montant théorique à octroyer aux dépenses en personnel mentionné au Tableau 3. Les différents régimes de travail, différents subsides et tâches multiples dans intervenantes de *BDS* dans le CPF compliquent les calculs.

Le budget en matériel de consultation et biens de première nécessité est estimé à 2000€ / an. Les dépenses en matériel de bureau et aménagement des locaux, énergie, assurances et entretien sont comprises dans les frais globaux du CPF.

#### ◇**Outils administratifs :**

*Réunion BDS hebdomadaire 1h30*, de l'ensemble des professionnels qui ont en charge une situation *BDS*, chaque jeudi de 13h à 14h30. La réunion est un moment pour réfléchir ensemble, se poser, se parler, présenter les nouvelles situations, discuter de l'inclusion d'une situation dans le projet, discuter des orientations cliniques données aux situations. Les professionnelles présentes portent un regard également sur les situations qu'elles ne suivent pas personnellement.

*Réunion pluridisciplinaire hebdomadaire 1h*, chaque lundi, à laquelle participent tous les professionnels du planning, y compris ceux de *BDS*. Dans le cadre de *BDS*, elle est utile pour décider de certaines orientations et poser des questions juridiques.

Le temps consacré aux 2 réunions est compris dans l'estimation présentée au Tableau 3.

◇**Outils numériques :** DORIS, plate-forme de la Fédération Laïque des Centres de Plannings Familiaux. Elle donne accès à JADE (accès aux encodages d'accueils, de consultations et de séances d'animations EVRAS) et à OFFICE (messagerie Outlook, Calendrier qui est un agenda commun, agenda des consultations médicales et liste d'attente psy).

◇**Cahier de communication commun** à tous au planning : pour des échanges brefs d'informations. Identification de la date, du destinataire, signé du destinataire, contre-signé par le destinataire lorsqu'il a lu le message qui lui était adressé.

◇**Échanges informels** (face à face ou téléphone) entre les professionnelles jouent un rôle essentiel dans la coordination des actions et dans le soutien des professionnelles entre elles face aux difficultés engendrées par la lourdeur des situations.

Le temps consacré aux communications n'est pas comptabilisé dans les heures théoriques, les communications se réalisent dès qu'elles sont nécessaires, leur nécessité est peu prévisible.

### **Les locaux et le matériel nécessaires**

Quatre bureaux à partager et un local fixe attribué aux consultations sociales suffisent. La répartition des locaux partagés est fixée dans un planning hebdomadaire stable. Un espace de travail commun permet de réaliser un accueil téléphonique et de se poser dans le calme, de remplir des tâches administratives. Il faut également des locaux généraux : salle d'attente, WC personnel, WC visiteur, coin cuisine et pause-repas avec les équipements nécessaires. Des ordinateurs connectés à internet sont indispensables ainsi qu'une ligne de téléphone fixe avec plusieurs postes internes, un GSM par professionnelle de *BDS* pour les tâches à l'extérieur du planning, communications urgentes vers des patients et entre collègues.

#### **Matériel de consultation :**

- Trois fauteuils au minimum et une table basse par local, avec décoration d'ambiance
- Matériel pour favoriser l'expression des enfants : jeux, livres, papier et crayons à dessin.
- Matériel de massage : table, huiles (*BDS4*, 895 ; Réunion5, 90), huiles essentielles
- Matériel de positionnement pour femme enceinte ou allaitante (coussins, galettes, ballons)  
(Réunion4, 125-127 ; Réunion5, 90-100 ; Réunion6, 41)

#### **Un local - vestiaire** contenant des étagères de rangement et des armoires fermées pour y ranger le **matériel à vendre / prêter / donner aux parents :**

- Vêtements 0-3ans et petits matériels de puériculture (*BDS3*, 1079-1087, 1271-1272 ; Réunion5, 101-103)
- Poussette, chaise-haute, siège auto (CD Add Q 65)
- Lange, lingettes, serviettes et matériel d'hygiène, un assortiment (Réunion5, 99-100) (*BDS3*, 1087-1093 ; Réunion5, 90)
- Kits naissances : layette premier âge, produits de soin d'hygiène maman et bébé (*BDS3*, 1271-1272 ; *BDS4*, 873-874 ; Réunion5, 92-96 ; Réunion6, 36-37)
- Huiles essentielles et des petits flacons aérosols à remplir pour donner un mélange aux parents (*BDS4*, 895 ; Réunion5, 96)
- Matériel de positionnement pour femmes enceinte ou allaitante (*BDS4*, 894 ; Réunion5, 90)

## **Le fonctionnement en réseau**

La collaboration avec des institutions reliées à l'enfance et aux secteurs psycho-social, sanitaire et éducatif, est travaillée activement, des contacts sont pris à l'initiative des travailleuses. Il est important d'avoir un contact privilégié, une personne de référence au sein de chaque institution du réseau, de s'informer de ce que font les partenaires et de ce qu'ils attendent de BDS. Lorsque le réseau est déjà très mobilisé autour du parent, BDS se positionne en seconde ligne pour les aspects de la situation qui sont déjà pris en charge. Il n'y a pas de charge horaire spécifique prévue pour ce travail.

Bulles de soi a également des accords avec certains commerçants qui délivrent des biens à crédit aux parents ou aux professionnels du planning qui se présentent pour ou avec les parents.

**Le réseau** est composé d'institutions reliées à l'enfance et aux secteurs psycho-social, sanitaire et éducatif : ASBL locales (Accordages, Escalé, Collectif Santé, Écran d'éveil), Bureau d'Aide aux Victimes Mons, Centre de guidance (Colfontaine), Centre de Santé Mentale (Le Padelin), Centres de Promotion de la Santé à l'École, Centres Psycho-Médico-Sociaux (Différents réseaux), Centre Public d'Action Sociale, Écoles (Directions, Assistants sociaux) (X écoles de la région), Épicerie du Cœur, Fédération Laïque des Centres de Plannings Familiaux, Hôpitaux, Laboratoire Hôpital Saint-Joseph, Maisons Maternelles (L'Espoir, le Kangourou), Maisons Médicales, Mutuelles, Office de la Naissance et de l'Enfance, Plannings familiaux (4 CPF de la région), Service d'Aide à la Jeunesse, Service de Protection de la Jeunesse, Vie Féminine. (BDS1, 288-290 ; BDS2, 719-731, 818 ; BDS3, 197-198, 205, 230-235, 482, 804-809 ; BDS5, 346-348, 486-487 ; Réunion1, 49-50 ; Observation2)

**Les accords avec des commerçants** : un pharmacien du quartier vend à crédit sur présentation d'un bon d'achat signé par le CPF. *Viva For Life* remboursera le planning qui honore ces dépenses. Colruyt met à disposition une carte permettant des achats payables plus tard par le projet *Viva For Life* au nom du planning.

Annexe 13 : Répartition des intervenantes en soutien à la parentalité selon les fonctions et les charges

| Action dans BDS  | Autres fonctions   | Charge horaire totale                  | Heures dans BDS                       | Heures soutien parentalité global |
|--|--|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Psy adulte 1<br>Accueil orientation <i>BDS</i>         | Accueil tout-venant<br>Animatrice<br>Porteuse du projet <i>BDS</i><br>Psy adulte tout-venant | 4 / 5 <sup>ème</sup> dont<br>8h indép. | 8                                     | Non-compté                        |
| Psy adulte 2 / ados                                    | Accueil tout-venant<br>Animatrice<br>Psy adulte et ado tout-venant                           | Temps-plein                            | Non-compté                            |                                   |
| Assistante sociale 1<br>Accueil orientation <i>BDS</i> | Coordinatrice<br>Accueil tout-venant<br>Animatrice<br>Assistante sociale tout-venant         | Temps-plein                            | Variables<br>(dont au moins 1 soirée) |                                   |
| Assistante sociale 2                                   | Accueil tout-venant<br>Accueil orientation psy<br>Aide administrative                        | Mi-temps<br>Maribel                    | Variables                             |                                   |
| Psy enfant<br>Accueil orientation <i>BDS</i>           | /  | 8h indép                               | 8 (dont 1 soirée)                     |                                   |
| Haptonome<br>Accueil orientation <i>BDS</i>            | Accueil tout-venant  | Mi-temps<br>indép.                     | 15 à 19 (dont 1 soirée)               |                                   |
| Juriste  | Juriste tout-venant  | À l'acte / 2h                          | 2h                                    |                                   |

Annexe 14 : Identification des bénéficiaires de soutien à la parentalité en CPF et choix d'interventions.

| Qui sont les bénéficiaires de prestations de soutien à la parentalité dans les plannings externes ?   |                      | Quels types d'interventions de soutien à la parentalité sont mises en œuvre dans les plannings externes ? |                      |
|---|----------------------|---|----------------------|
| Classés du niveau d'adhésion maximal au niveau d'adhésion minimal   |                      | Classées selon la fréquence   |                      |
|   | CPF OK avec cet item |   | CPF OK avec cet item |
| Mère ou père biologique ou adoptif d'un enfant mineur qu'elle (il) élève au quotidien, à temps plein ou à temps partiel<br><br>Et / Ou<br><br>Compagnon ou compagne à temps plein de cette mère ou de ce père, que le couple soit homo ou hétérosexuel<br><br>Ou<br><br>Tout adulte qui élève au quotidien un enfant mineur à temps plein ou à temps partiel, qu'il soit parent d'accueil, grand-parent, parent au second degré, etc.<br><br>Ou<br><br>Couple ayant des enfants à élever ensemble |                      | Consultations psy adulte (1)  | 5/5                  |
|   |                      | Consultations sociales (2)  | 5/5                  |
|   |                      | Accueil (3)   | 4/5                  |
|   |                      | Accompagnement par un psy adulte (4)  | 3/5                  |
|   |                      | Consultations juridiques (5)  | 3/5                  |
|   |                      | Consultations psy couple (6)  | 2/5                  |
|   |                      | Ateliers informatifs (7)  | 2/5                  |
|   |                      | Ateliers créatifs lieux de parole (8)   | 1/5                  |
|   |                      | Lieu de rencontre enfants-parents (9)   | 1/5                  |
| Si l'enfant est en âge préscolaire  | 4/5                  | 1-2-3-4-5-6-7-8-9   |                      |
| Si l'enfant a de 3 à 12 ans   | 5/5                  | 1-2-3-4-5-6-7-8   |                      |
| Si l'enfant est un adolescent   | 5/5                  | 1-2-3-4-5-6-7-8   |                      |
| Femme enceinte ou couple qui attend un bébé   | 1/5                  | Consultations psychologiques  | 1/5                  |
|   |                      | Consultation sociale  | 1/5                  |

| Qui sont les bénéficiaires de prestations de soutien à la parentalité dans les plannings externes ? |                      | Quels types d'interventions de soutien à la parentalité sont mises en œuvre dans les plannings externes ? |                      |
|---|----------------------|---|----------------------|
| <i>Classés du niveau d'adhésion maximal au niveau d'adhésion minimal</i>                            |                      | <i>Classées selon la fréquence</i>  |                      |
|   | CPF OK avec cet item |   | CPF OK avec cet item |
| Enfant mineur   |                      |   |                      |
| Si l'enfant est en âge préscolaire  | 2/5                  | Consultation familiale  | 3/5                  |
|   |                      | Lieu de rencontre enfants-parents   | 1/5                  |
| Si l'enfant a de 3 à 12 ans   | 4/5                  | Consultation familiale  | 4/5                  |
|   |                      | Consultation psychologue enfant   | 3/5                  |
| Si l'enfant est un adolescent   | 4/5                  | Consultation familiale  | 3/5                  |
|   |                      | Consultation psychologue ado  | 2/5                  |
|   |                      | Animation de prévention   | 1/5                  |
| Familles autour du problème d'un enfant mineur  |                      | Consultation familiale  | 4/5                  |
| Si l'enfant a de 3 à 12 ans   | 4/5                  |   |                      |
| Si l'enfant est un adolescent   | 4/5                  |   |                      |
| Familles autour du problème d'un enfant majeur présentant un retard mental et dépendant             | 2/5                  | Accompagnement par psy adulte individuelle pour chacun  | 2/5                  |
|   |                      | Consultation familiale  | 2/5                  |
| Parents et beaux-parents d'un jeune majeur qui vit encore chez eux                                  | 2/5                  | Accompagnement par psy adulte   | 1/5                  |
| Adolescent  | 1/5                  | Consultation psy ado  | 1/5                  |
| Parents d'un adulte qui ne vit plus chez eux  | 1/5                  | Consultation psy adulte   | 1/5                  |

Annexe 15 : Comparaison des choix d'interventions de soutien à la parentalité de La FH de Mons et des CPF externes interrogés.

|   | CPF externes  | CPF La FH Mons  |
|---|---|---|
| Problèmes dans l'éducation  | Accompagnement par psy adulte 5/5<br>Consultation psy adulte 5/5<br>Consultation familiale 4/5  | Accompagnement par psy enfant<br>Accompagnement par haptonome<br>Consultation psy ado                                   |
| Difficulté psychique, trouble mental du nourrisson, de l'enfant et de l'ado | Consultation psy adulte 5/5<br>Consultation familiale 4/5<br>Consultation psy enfant 3/5  | Consultation psy enfant<br>Consultation haptonome<br>Consultation psy ado   |
| Difficulté psychique, trouble mental du parent                              | Consultation psy adulte 5/5<br>Consultation familiale 4/5   | Consultation psy adulte<br><br>Consultation psy enfant<br>Accueil<br>Consultation haptonome                             |
| Difficultés matérielles au quotidien  | Consultation sociale 5/5<br>Consultation juridique 3/5  | Consultation sociale<br>Consultation juridique<br>Accueil<br>Fourniture de biens urgents                                |
| Problème de maîtrise intellectuelle de l'environnement                      | Consultation sociale 4/5<br>Consultation juridique 4/5<br>Accueil 4/5<br>Accompagnement par psy adulte 4/5<br>Consultation psy adulte 3/5 | Consultation sociale<br>Consultation juridique<br>Accueil<br><br>Accompagnement à l'extérieur<br>Consultation haptonome |
| Maladie mentale du parent   | Consultation familiale 4/5<br>Consultation psy adulte 4/5   | Consultation psy adulte   |
| Relations difficiles avec les organisations                                 | Consultation sociale 4/5<br>Consultation juridique 4/5<br>Accueil 4/5   | Consultation sociale<br>Consultation juridique<br>Accueil<br>Accompagnement à l'extérieur                               |
| Problèmes relationnels des adultes proches de l'enfant                      | Consultation familiale 4/5<br>Consultation psy adulte 4/5<br>Consultation psy enfant 3/5  | Consultation psy adulte<br>Consultation psy enfant  |
| Problème de logement  | Consultation sociale 3/5  | Consultation sociale  |
| Grossesse problématique   | Consultation psy adulte 3/5   | Consultation psy adulte<br>Consultation haptonome<br>Accompagnement à l'extérieur                                       |
| Maladie mentale de l'enfant   | Consultation psy enfant 3/5   | /   |

|   |   |  |
|---|---|--|
| Maltraitance de l'enfant / de l'adolescent  | Consultation familiale 3/5<br>Consultation sociale 3/5  | Consultation psy enfant<br>Consultation psy adolescents<br>Consultation psy adulte               |
| Pression sociale nuisible sur les parents   | Consultation psy adulte 3/5<br>Accompagnement par psy adulte 3/5  | Consultation psy adulte  |
| <b>Certains problèmes traités par le CPF <i>La FH Mons</i> (et <i>BDS</i>)<br/>plus rarement pris en charge par les autres CPF interrogés (0 ou 1 ou 2 / 5)</b> |   |  |
| Isolement social  | Consultation sociale 2/5<br>Accompagnement par psy adulte 2/5<br>Consultation psy adulte 2/5<br>Ateliers créatifs et de parole 1/5<br>Lieu de rencontre enfants-parents 1/5 | Consultation sociale<br><br>Accueil<br>Accompagnement à l'extérieur                              |
| Accès problématique aux soins de santé  | Accueil 1/5<br>Consultation sociale 2/5   | Consultation sociale<br>Fourniture de biens de pharmacie urgents<br>Accompagnement à l'extérieur |
|   |   |  |
|   |   |  |

