

BANQUE DE DONNEES

MEDICO-SOCIALES

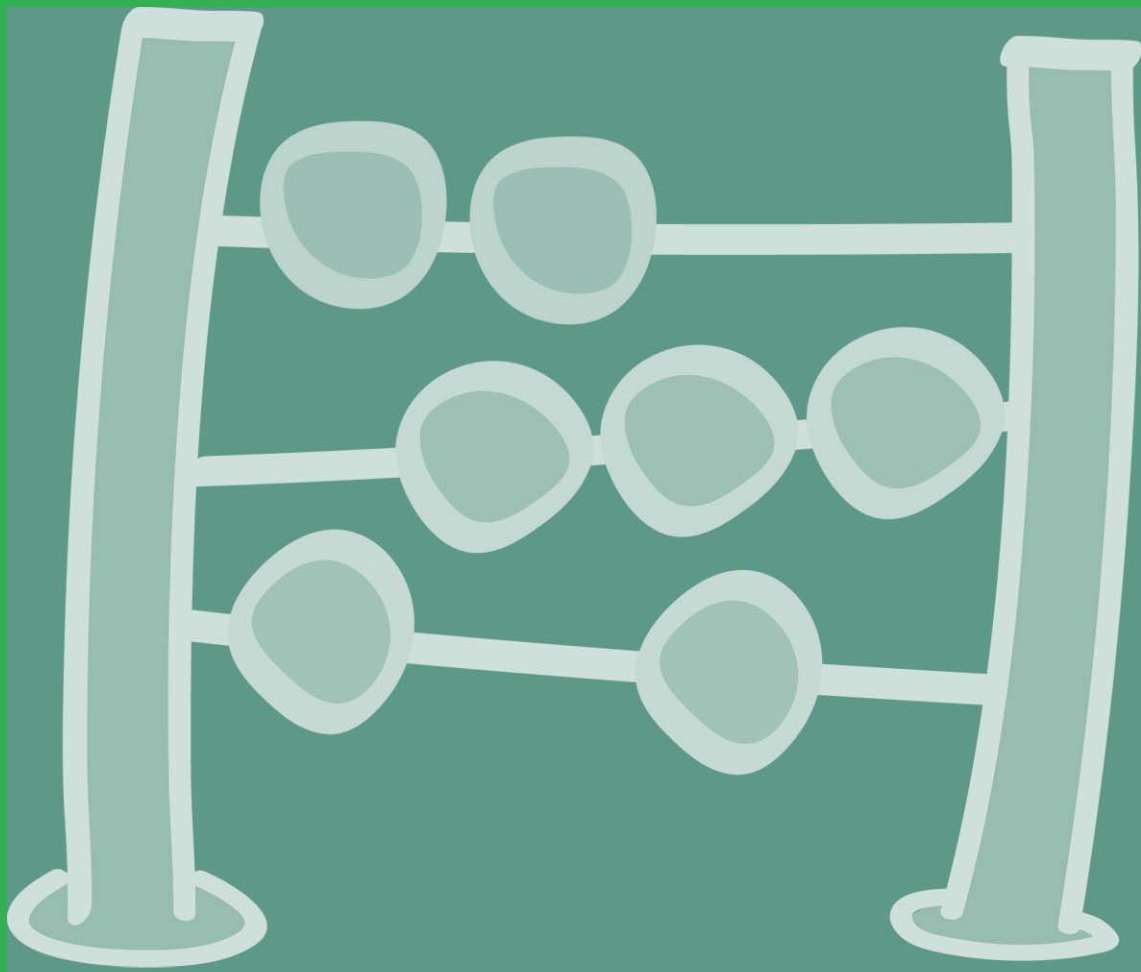
DE L'O.N.E. 

Dossier spécial :
Allaitement

RAPPORT 2004



OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE



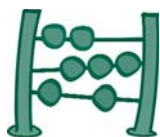
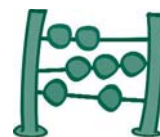


TABLE DES MATIERES



INTRODUCTION7

PRESENTATION DE LA BDMS9

CHAPITRE 1
INDICATEURS DE BASE CONCERNANT LES NAISSANCES ET LES CONSULTATIONS PRENATALES DE L'ONE

LES "AVIS DE NAISSANCE"13

DONNÉES CONCERNANT L'ENFANT14

- Mortalité14
- Naissances vivantes15
- Présentation de l'enfant15
- Mode d'accouchement15
- Poids de naissance16
- Prématurité18
- Postmaturité18
- Scores d'Apgar18

DONNÉES CONCERNANT LA MÈRE À L'ACCOUCHEMENT19

- Des mères de plus en plus âgées19
- Situation d'isolement de la mère à l'accouchement20
- Gestité21
- Parité22
- Grossesses multiples22
- Analgésie23
- Induction23
- Durée gestationnelle24
- Allaitement maternel24

LE SUIVI PRÉNATAL ONE26

DONNÉES DES CONSULTATIONS PRÉNATALES, "VOLETS CPN"26

- Age des femmes enceintes28
- Situation relationnelle de la future mère29
- Situation professionnelle des femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales de l'ONE ...29
- Niveau d'instruction des futures mères fréquentant les CPN de l'ONE30
- Tabagisme de la femme enceinte31
- Diminution de la consommation de tabac pendant la grossesse31
- Gestité32
- Parité32
- Grossesse et alcool33
- Grossesse et toxicomanie33
- Grossesse et risque de maltraitance33

CHAPITRE 2

ALLAITEMENT MATERNEL

AVANTAGES DE L'ALLAITEMENT	37
Avantages pour la mère	37
Avantages pour l'enfant	38
Avantages économiques	38
RECOMMANDATION DE L'OMS	38
LA SITUATION EN EUROPE	38
SITUATION EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE	39
Mise au sein après l'accouchement	39
Allaitement à la sortie de la maternité	39
En Communauté Française	39
Par subrégion	40
Facteurs influençant la décision d'allaiter analysés par la Banque de Données	40
Age de la mère	40
Allaitement et nationalité d'origine de la mère	41
Situation relationnelle	42
Situation socio-économique	43
Parité	43
Allaitement et tabagisme	43
Allaitement et prématurité	44
DÉCROISSANCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL PENDANT LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE DE L'ENFANT	45
Evolution de l'allaitement	45
L'allaitement maternel pendant les 15 premiers jours de vie du nourrisson	45
DÉCROISSANCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF AU COURS DE LA 1ÈRE ANNÉE DE VIE	47
En Communauté française	47
Par Province de résidence	47
COURBE DE DÉCROISSANCE DE L'ALLAITEMENT EXCLUSIF VERSUS EXCLUSIF ET COMPLÉTÉ	48
ALLAITEMENT ET CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE NOTRE ÉCHANTILLON À LA NAISSANCE ET À 12 SEMAINES	48
Age de la mère (années) et allaitement	48
Niveau d'enseignement de la mère et allaitement	49
Situation d'emploi de la mère	50
Situation familiale de l'enfant	50
Poids du bébé à la naissance (grammes)	51
ALIMENTATION ADAPTÉE	51
Enfants bénéficiant d'une alimentation adaptée à 9 mois	51
Répartition du lait inadapté (autre que le lait artificiel adapté et maternel exclusif) par province de résidence	51
Allaitement maternel exclusif à 9 mois	52
Prise de lait adapté à 18 mois	52
Prise de lait adapté à 18 mois, par Province de résidence	53
ALLAITEMENT MATERNEL DES MÈRES QUI FRÉQUENTENT LES CONSULTATIONS PRÉNATALES DE L'O.N.E.	54
Profil particulier des femmes qui fréquentent les prénatales ONE	54
Mise au sein	55
Régime alimentaire à la sortie de la maternité	55
Influence de la nationalité	56
Mise au sein	56
Régime à la sortie de la maternité	56

LA CAMPAGNE ALLAITEMENT MATERNEL DE L'O.N.E. . . . .	.57
MANGER C'EST PLUS QUE MANGER . . . . .	.58
Allaiter : un devoir pour la mère, un droit pour l'enfant . . . . .	.58
Allaiter ou pas un choix personnel : une source d'épanouissement . . . . .	.59
Allaiter : droit de la mère et de l'enfant . . . . .	.6
Conclusions . . . . .	.61
CONCILIER RESPONSABILITÉS FAMILIALES ET PROFESSIONNELLES . . . . .	.62
Le congé de maternité . . . . .	.62
Le congé de paternité . . . . .	.63
Le congé parental . . . . .	.63
Les congés pour urgence familiale . . . . .	.64
Les pauses allaitement . . . . .	.64
DES REPÈRES AU DELÀ DE LA DIVERSITÉ . . . . .	.65

CHAPITRE 3

LA SURVEILLANCE MEDICO-SOCIALE PREVENTIVE DES ENFANTS

La première visite après la sortie de la maternité . . . . .	.69
Les bilans de santé à 9,18 et 30 mois . . . . .	.71
REPRÉSENTATIVITÉ DES BILANS DE SANTÉ . . . . .	.71
Bilans de santé à 9 mois . . . . .	.71
Bilans de santé à 18 mois . . . . .	.72
Bilans de santé à 30 mois . . . . .	.73
QUELQUES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES FAMILLES ET DES ENFANTS . . . . .	.74
Situation socio-familiale . . . . .	.74
Le niveau d'enseignement de la mère . . . . .	.74
La situation d'emploi de la mère . . . . .	.75
Famille et revenu . . . . .	.75
Poids de naissance de l'enfant . . . . .	.75
Age des mères . . . . .	.76
Les vaccinations . . . . .	.76
DONNÉES POPULATION ONE . . . . .	.77
Poliomyélite . . . . .	.77
DiTePer . . . . .	.77
Haemophilus influenzae de type b (Hib) . . . . .	.78
Hépatite B . . . . .	.78
Rougeole - Rubéole - Oreillons . . . . .	.79
Méningocoque de type C . . . . .	.79
Prévention de la mort subite du nourrisson . . . . .	.80
TABAGISME PASSIF ET MORT SUBITE DU NOURRISSON . . . . .	.81
PETIT POIDS DE NAISSANCE ET MORT SUBITE DU NOURRISSON . . . . .	.82
ALLAITEMENT MATERNEL ET MORT SUBITE . . . . .	.83
La santé bucco-dentaire . . . . .	.83
LE SYNDROME DU BIBERON SUCRÉ . . . . .	.83
LES CARIES DENTAIRES . . . . .	.84
LE BROSSAGE DES DENTS . . . . .	.84

L'allergie .....	.85
LES ENFANTS AYANT DES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX D'ALLERGIE .....	.86
LES SYMPTÔMES DE L'ALLERGIE .....	.86
INFLUENCE DES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX D'ALLERGIE .....	.88
INFLUENCE DU NIVEAU SOCIO-ÉCONOMIQUE .....	.89
INFLUENCE DU SÉJOUR EN MILIEU D'ACCUEIL COLLECTIF .....	.89
INFLUENCE DE L'ENVIRONNEMENT .....	.90
Développement psychomoteur .....	.92
BILAN DE SANTÉ À 9 MOIS .....	.92
Anomalie constatée .....	.92
Anomalie confirmée .....	.92
BILAN DE SANTÉ À 18 MOIS .....	.92
Marche de l'enfant à 18 mois .....	.92
Mots prononcés à 18 mois .....	.93
Score de développement psychomoteur .....	.93
BILAN DE SANTÉ À 30 MOIS .....	.94
L'enfant construit une phrase de 3 mots .....	.94
L'enfant utilise le "je" .....	.94
L'enfant saute à pieds joints .....	.95
L'enfant imite un trait vertical .....	.95
L'enfant imite un cercle .....	.95
Score de développement psychomoteur .....	.95
Le dépistage visuel .....	.96
BILAN DES DÉPISTAGES VISUELS RÉALISÉS EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE PAR L'O.N.E. ....	.96
SUIVI PRÉVENTIF DES ENFANTS .....	.98
BILANS DE SANTÉ À 30 MOIS .....	.98
Le dépistage auditif .....	.99
LE DÉPISTAGE DES SURDITÉS NÉONATALES OU SURDITÉS DE PERCEPTION .....	.99
LE DÉPISTAGE DES SURDITÉS DE TRANSMISSION .....	.100
Excès pondéral .....	.100
BILANS DE SANTÉ À 9 MOIS .....	.101
BILANS DE SANTÉ À 18 MOIS .....	.101
BILANS DE SANTÉ À 30 MOIS .....	.101
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES .....	.105
REMERCIEMENTS .....	.107

Le mot du Président

La protection de la santé de la mère et de l'enfant est d'une importance fondamentale pour la survie de l'espèce et pour le destin des sociétés humaines. Il est probable que dès la préhistoire, elle a constitué un des soucis majeurs pour les premiers groupes d'hommes et de femmes. Dès l'aube de l'histoire, des textes gravés et des papyrus ornés illustrent avec grande précision, les rituels de soins à la mère gestante, accouchante et allaitante ainsi qu'à son petit.

Pierre Royer, Président du Centre International de l'enfance
1987, Préface de l'Enfant et sa Santé, Doin Editeurs

Si le besoin de données chiffrées sur la population et ses conditions de vie existe depuis bien longtemps, il est particulièrement aigu dans le domaine de la protection maternelle et infantile.

En effet, pour agir efficacement sur un problème, il est nécessaire d'en connaître au préalable l'ampleur, la distribution, de comprendre les mécanismes qui le génèrent et d'identifier les effets des actions déployées.

Ceci est particulièrement vrai pour l'Office de la Naissance et de l'Enfance pour deux raisons qui lui sont propres :

la première est que le domaine psycho-social nécessite régulièrement une observation aussi large que possible, dénuée tant que faire se peut d'affectivité, pour éviter les impressions et les affirmations subjectives;

la seconde est liée à la nature même de toute action préventive. Les effets n'apparaissent bien souvent que plusieurs années après le déploiement ou l'arrêt d'une action. Et si ces effets sont favorables, bien souvent ils se traduisent par la disparition du problème (maladie, handicap, trouble mental, etc.), ce qui frappe beaucoup moins les esprits que l'inverse.

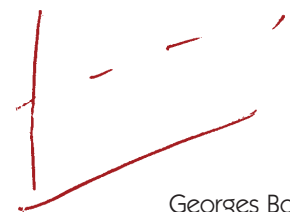
Pour la quatrième fois, la Banque de données médico-sociales de l'ONE a rassemblé dans un même rapport les données les plus pertinentes.

Le premier chapitre, structuré de la même manière que les années précédentes, traite des principaux indicateurs de santé périnatale. Mais cette fois, nous pouvons découvrir leur évolution sur une période de dix ans.

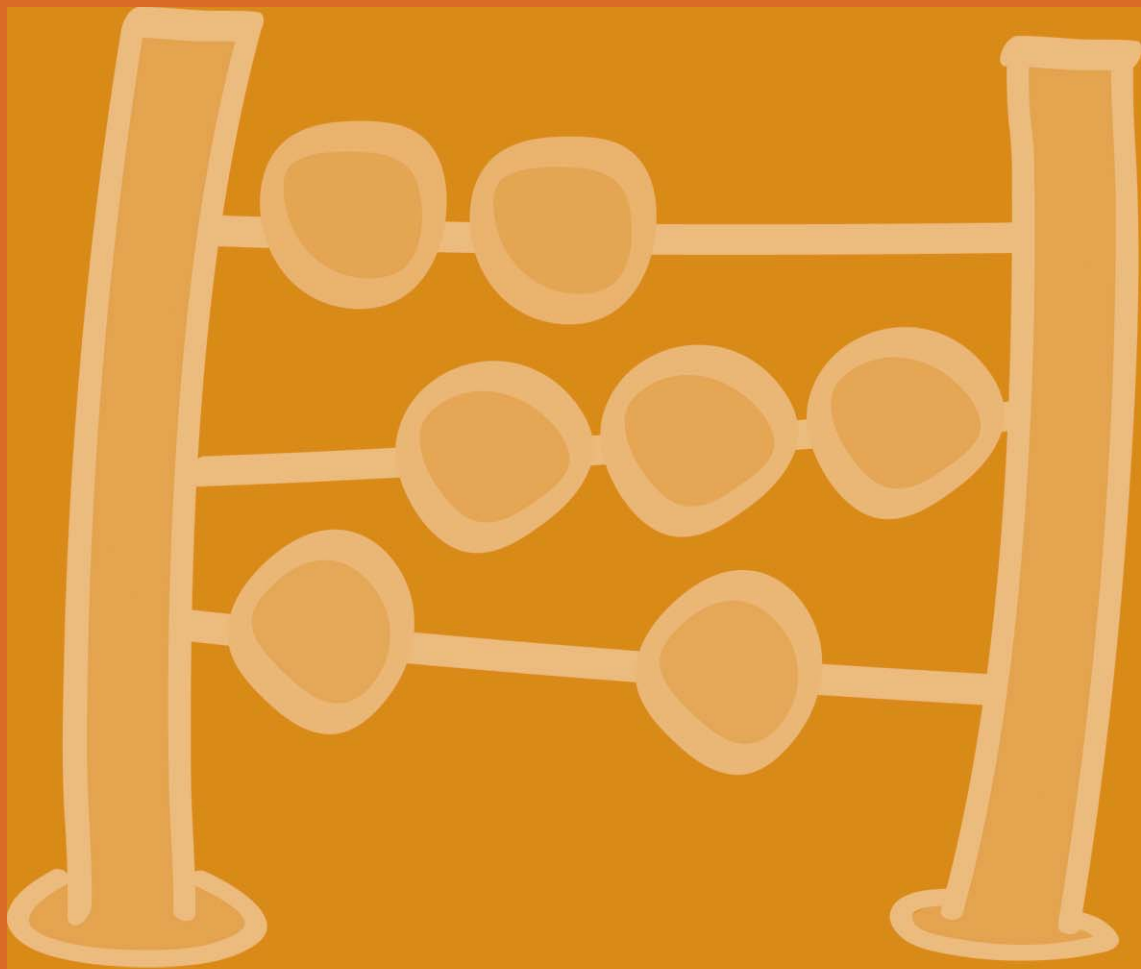
Dans le deuxième chapitre, l'équipe de la BDMS a choisi d'approfondir les données ayant trait à l'allaitement maternel. Ce sujet, en pleine évolution, interpelle toujours autant. Parce que " allaiter, c'est plus que nourrir ".

Le dernier chapitre fait un large survol des programmes prioritaires de prévention relatifs à la petite enfance. Pour la première fois, des indicateurs concernant neuf programmes sont analysés à trois âges clefs : 9 mois, 18 mois et 30 mois.

Cette évaluation quantitative et qualitative révèle aussi l'ampleur de l'action journalière des Médecins et des Travailleurs médico-sociaux de l'ONE. Derrière les données anonymes présentées dans ce rapport se cachent des milliers de vies, de naissances, de rencontres, de joies et de peines. Les sous-tendent aussi beaucoup de dévouement, de disponibilité, de professionnalisme. Que toutes celles et tous ceux qui en font preuve jour après jour trouvent ici l'expression de notre gratitude.

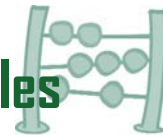


Georges Bovy,
Président de l'ONE





Présentation de la Banque de Données Médico-Sociales



La Banque de Données Médico-Sociales (BDMS) est une base informatique qui contient des données médico-sociales concernant le suivi préventif de la (future) mère et de l'enfant.

Outil d'évaluation interne à l'ONE, elle permet d'apprécier rapidement l'efficacité et l'adéquation de ses actions et se révèle un outil indispensable pour orienter la politique de l'ONE dans le domaine médico-social de la petite enfance.

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

Les données sont récoltées à 6 moments du suivi de la (future) mère et de l'enfant : pendant la grossesse, à la naissance, après le retour à domicile de l'enfant, à 9 mois, à 18 mois et à 30 mois. A chaque moment de ce suivi correspond une fiche de recueil de données complétée par le TMS et/ou le médecin. Il s'agit du "Volet prénatal", de l'"Avis de naissance", du "Premier contact" et des "Bilans à 9, 18 et 30 mois".

Une fois complétées, ces fiches sont envoyées au Conseiller Médical de la subrégion¹ qui les transmet aux Encodeuses. Les fichiers sont rapatriés régulièrement à l'Administration centrale où ils sont nettoyés (aberrations et doublons), traités et analysés par l'équipe de la BDMS.

Le "Volet Prénatal" ou "CPN"

Le "Volet Prénatal" récolte des données sur les femmes enceintes suivies dans le cadre des Consultations prénatales de l'ONE. Ces données concernent le suivi de la femme enceinte ainsi que l'accouchement lorsque la grossesse est accompagnée jusqu'à la naissance. Les données sur le suivi de la femme enceinte concernent des caractéristiques générales (âge, nationalité, état civil, lieu de résidence), des données qui permettent d'établir un profil médical (gestité, parité, facteurs de risques, tabagisme) ainsi que des données qui concernent le suivi de la grossesse par l'ONE. Les données sur l'accouchement sont relatives à la naissance : date d'accouchement, nombre de semaines de gestation, nom de la maternité, nombre de nouveau-nés, poids de l'enfant. La BDMS dispose via les fiches CPN de données correspondant à 20% des naissances pour lesquelles une fiche "Avis de Naissance" est rédigée. Néanmoins les données issues de la Direction des Consultations et des visites à domicile, montrent que l'ONE suit 25% des futures mères.

Lorsqu'une femme enceinte est suivie en consultation prénatale, le TMS complète le "Volet prénatal". Si la femme enceinte abandonne le suivi prénatal à l'ONE, fait une fausse couche ou subit un avortement thérapeutique, le "Volet prénatal" partiellement complété est également envoyé au Conseiller Gynécologue de la subrégion pour être encodé dans la BDMS.

Lorsque la femme enceinte est suivie jusqu'à l'accouchement, le TMS qui l'a suivie pourra compléter la rubrique accouchement grâce aux informations que lui aura transmises le TMS de liaison (présent à la maternité). Le plus souvent, le TMS du suivi prénatal reçoit ces informations via un document de transmission ; dans certains cas, il les reçoit par téléphone, par une copie de l' "Avis de Naissance" ou par le "carnet de la mère".

L' "Avis de Naissance"

L' "Avis de naissance" est divisé en trois rubriques. La première rubrique reprend le nom, le prénom et l'adresse du nourrisson afin de pouvoir l'identifier et de lui proposer un suivi lors de son retour au domicile. La seconde rubrique reprend ses caractéristiques générales et médicales. La troisième rubrique concerne des données relatives à l'accouchement (présentation, expulsion, induction, analgésie, malformation) et périnatales (mise au sein et tabagisme).

Les "Avis de naissance" complétés et encodés représentent plus de 90% des naissances de droit.

Généralement, une rencontre du TMS avec la mère est prévue à chaque naissance dans les maternités où il y a un service ONE. C'est à ce moment que la fiche "Avis de Naissance" est complétée. Cela permet ainsi d'assurer une liaison entre la Maternité et le TMS de terrain qui suivra l'enfant.

En effet, la fiche "Avis de naissance" est établie en plusieurs exemplaires et permet de transmettre l'information de et sur la naissance rapidement et simultanément au TMS qui aura la surveillance effective de l'enfant, au Conseiller Gynécologue de la Subrégion pour encodage dans la BDMS et dans certaines subrégions, aux parents.

Le "Premier contact"

Une première rencontre est proposée à tous les parents de nouveaux-nés lorsqu'ils sont de retour à domicile. Cette visite fait également l'objet d'une fiche de "Premier contact". Elle reprend les coordonnées de l'enfant, le type d'alimentation et le type de surveillance préventive prévue pour l'enfant (ONE ou privée).

Les fiches de "Premier contact" représentent environ 80% des naissances de droit.

Elles sont complétées à la première rencontre du TMS de quartier avec le nouveau-né. Celle-ci a généralement lieu au domicile du nouveau-né ou au local de l'ONE pendant la permanence du TMS mais aussi parfois directement à la Consultation pour

¹ L'Office est décentralisé en six Comités subrégionaux dont la compétence territoriale s'étend aux provinces du Brabant wallon, de la région de Bruxelles Capitale, du Hainaut, de Liège, du Luxembourg et de Namur.

enfant. Lorsque la visite du TMS ONE n'est pas souhaitée par les parents, la fiche de "Premier contact" est remplie dès la connaissance du refus. Un exemplaire des fiches est ensuite envoyé au Conseiller Pédiatre du Comité subrégional pour encodage dans la BDMS. L'autre exemplaire est conservé par la structure.

Les "Bilans de santé à 9, 18, 30 mois"

Les "Bilans de santé à 9, 18, 30 mois" apportent des renseignements concernant le suivi préventif des enfants. Ce suivi s'inscrit dans les programmes prioritaires de prévention ONE.

Dans le "Bilan de santé à 9 mois", le bilan porte essentiellement sur les risques de Mort Subite Inexpliquée du Nourrisson, l'alimentation et les vaccinations.

Le "Bilan de santé à 18 mois" s'intéresse à l'alimentation, les grands dépistages et les vaccinations.

Le "Bilan de santé à 30 mois" est le dernier bilan réalisé avant le passage à l'école. Il reprend les dépistages bucco-dentaire, audition et langage, visuel, allergies et le développement psychomoteur.

Des indicateurs socio-économiques figurent dans chaque "Bilan de santé".

Les "Bilans de santé" sont réalisés auprès de tous les enfants qui ont l'âge requis et qui bénéficient des consultations ONE et/ou qui fréquentent les milieux d'accueil.

Ceux-ci sont réalisés par le TMS et le médecin, de préférence en présence d'un des parents.

Les 3 fiches sont complétées pour chaque enfant et sont renvoyées après l'examen de l'enfant au Conseiller Pédiatre du Comité subrégional pour être encodé dans la BDMS.

L'encodage des fiches de données

Les fiches arrivent dans les 6 comités subrégionaux au nom des Conseillers Médicaux garants de la confidentialité des données. Elles sont alors encodées aussi rapidement que possible par des encodeurs assermentés. Les encodeurs peuvent alors sortir des données locales pour leur subrégion à la demande de tout acteur de l'ONE ou de l'extérieur, suivant une procédure bien définie. Toutes les données sont anonymisées.

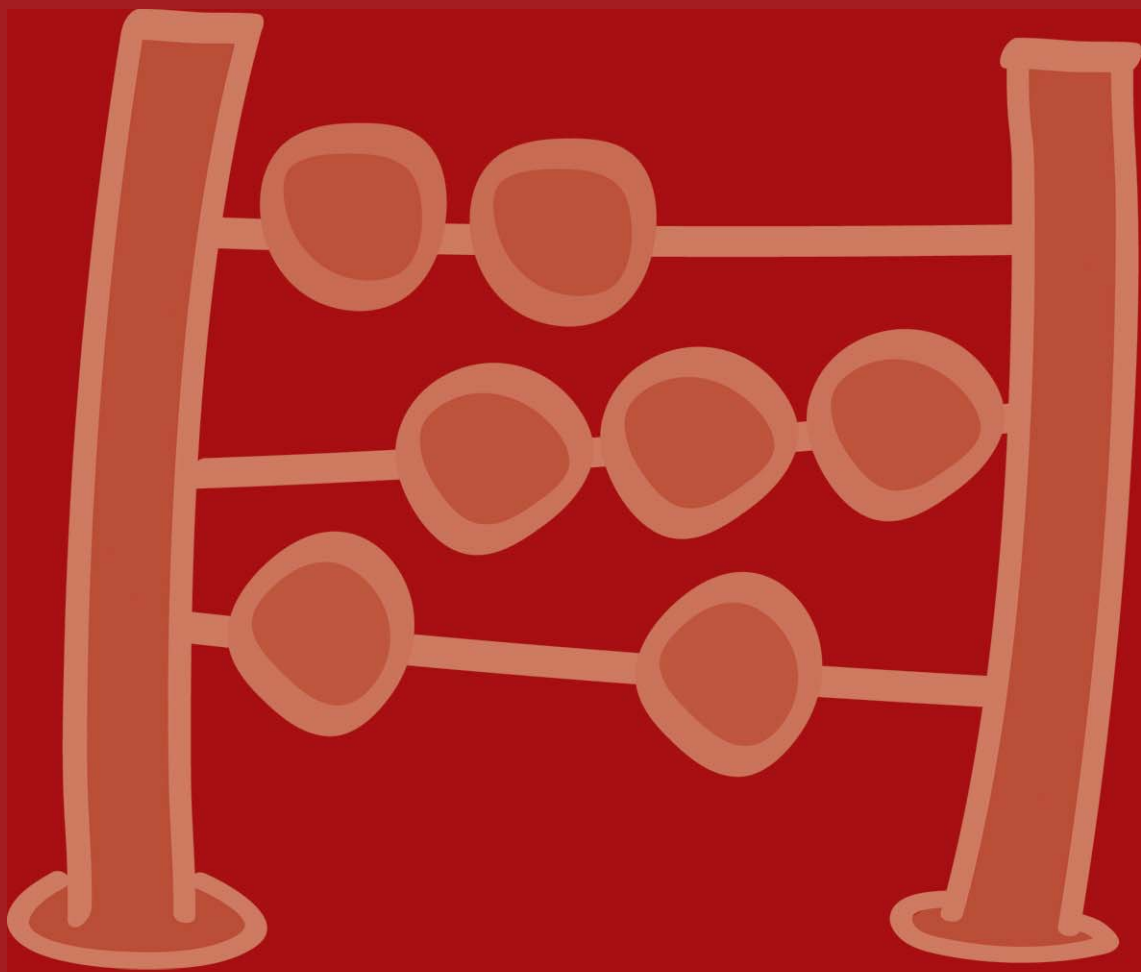
Les données sont aussi traitées et analysées au niveau de la Communauté française par le service Etudes et Stratégies de l'ONE. Pour ce faire, les 6 bases sont rapatriées à l'Administration centrale pour être fusionnées et donner ainsi une vision globale de l'état de santé des futures mères et des enfants suivis dans les structures de l'ONE.

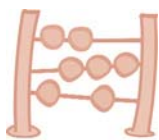
L'équipe qui analyse ces données répond également à toutes les demandes internes et externes à l'ONE selon des règles de diffusions précises afin d'éviter tout abus dans leur utilisation.

chapitre 1

Indicateurs de base
concernant les naissances
et les consultations prénatales
de l'O.N.E.







chapitre 1

INDICATEURS DE BASE CONCERNANT LES NAISSANCES

LES "AVIS DE NAISSANCE"

Ce chapitre est consacré aux naissances pour lesquelles, un document "avis de naissance" complété est envoyé à la BDMS de l'ONE. Nous reprendrons les données des années 1994, 1996, 1998, 2000, 2002 et 2003, ceci afin de montrer leur évolution dans nos données.

Les "avis de naissances" sont complétés par les TMS de liaison de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, pour tous les enfants nés dans une des maternités collaborant avec l'ONE.

Les données présentées ci-dessous sont issues de ce document, rempli à la maternité par la TMS de liaison.

Une amélioration de la couverture des "Avis de naissance"

Pour l'année 2003, 91,2% des naissances répertoriées par l'I.N.S sont ainsi connues de l'ONE.

Les données valides de Liège pour l'année 2003 sont en dessous de ce qui est attendu en raison d'importants problèmes techniques au niveau informatique. Ainsi, un certain nombre de documents encodés n'ont pu être exploités. Ces difficultés devront absolument être résolues à l'avenir.

Néanmoins, nous avons pu vérifier que les données de Liège, bien que partielles restent représentatives de l'ensemble de la province. En effet, les données non utilisables représentent la presque totalité de l'encodage d'une période de deux mois pour l'ensemble de la subrégion et non une partie de cette subrégion.

Tableau 1 : Comparaison des données des "avis de naissances BDMS-ONE" et données issues des "actes de l'Etat civil" (données INS) de 1994 à 2003

Données de naissances 1994-2003 pour Bruxelles et Région Wallonne										
Flandre et cantons de l'est exclus										
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Avis de naissance	42.930	42.762	44.762	43.589	43.252	44.031	44.604	47.867	45.759	44.918
Naissances Etat civil INS	52.547	50.994	51.811	47.917	47.844	48.155	49.520	49.848	49.929	49.251
Couverture	81,7%	83,9%	86,4%	91,0%	90,4%	91,5%	90,1%	96,1%	91,7%	91,2%

L'augmentation progressive, ces dix dernières années, de la couverture des "avis de naissances" est dans l'ensemble remarquable (81,7 % en 1994 ; 91,2 % en 2003). Celle-ci traduit certainement un meilleur retour des avis de naissances vers la banque de données médico-sociale mais aussi une augmentation des naissances francophones sur Bruxelles.

Depuis de nombreuses années, nous avons l'habitude de considérer pour Bruxelles, que les naissances francophones représentaient 80 % des chiffres de naissances de l'INS et les naissances néerlandophones, 20%. Or, si on se réfère à la réponse suite à une question parlementaire¹ adressée au ministre de la justice en 2000, il semblerait que la part de naissances francophones à Bruxelles soit actuellement en augmentation et que nous devrions plutôt considérer qu'elle est de 90%.

¹ Chambre des représentants de Belgique - Questions et réponses n°110 - 12 février 2002 - p. 12790

Tableau 2 : Par subrégion, couverture des "avis de naissance" par rapport aux naissances INS 2003

	BX	BW	HT	LG	LUX	NR	Total
Naissances Etat civil INS	11734 soit 80% de 14668	3858	14222	11051	3182	5204	49251
Avis de naissance 2003	13771	3083	12846	7528	2860	4830	44918
Couverture	117,4%	79,9%	90,3%	68,1%	89,9%	92,8%	91,2%
Naissances vivantes, résidentes en Flandre et communauté germanophone exclues							

Dans le tableau 2, nous avons conservé pour Bruxelles la proportion estimée à 80 % de naissances de francophones. Ceci nous donne une couverture en "avis de naissance" de 117,3%. Ceci semble confirmer que le chiffre de 80 % de naissances francophones ne correspond plus à la réalité. Si nous considérons l'ensemble des naissances de Bruxelles, notre couverture actuelle est de 93,8 %. Mais nous devons aussi tenir compte du fait qu'il est possible qu'un nombre non négligeable de mères ayant accouché et vues par les Travailleurs médicaux sociaux de l'O.N.E. ne soient pas reprises dans le registre d'état civil. (Il s'agit des mères en situation illégales ou en transit) L'I.N.S. estime qu'environ 4% de naissances correspondant à ces situations peuvent ne pas leur être déclarées.

En ce qui concerne les autres subrégions, la couverture en "avis de naissance" atteint 90% pour le Hainaut, le Luxembourg et la Province de Namur. La mauvaise couverture de la province de Liège est liée aux problèmes signalés plus haut. Par contre, les causes du taux de couverture de 79,9% pour la province du Brabant Wallon devraient être investiguées.

DONNÉES CONCERNANT L'ENFANT

MORTALITÉ

Durant les années considérées dans ce chapitre, le taux de mortalité (proportion de morts-nés) repris dans les "avis de naissance" varie entre 4 et 5 pour mille. Ce taux est probablement sous-estimé par rapport à la réalité. Le document "avis de naissance" étant un document de liaison entre la maternité et le TMS qui suivra l'enfant vivant, il peut arriver qu'un TMS ne soit pas au courant de tous les cas de mortalité.

Il est donc important de sensibiliser l'ensemble du personnel de la maternité et les TMS à l'importance de recueillir cette variable de manière systématique.

Tableau 3 : Mortinatalité selon les années considérées

MORTALITÉ								Total
		1994	1996	1998	2000	2002	2003	
Naissances vivantes	N	42.731	44.573	43.033	44.418	45.572	48.203	268.530
	‰	995‰	996‰	995‰	996‰	996‰	996‰	996‰
Morts-nés	N	199	189	219	186	187	196	1176
	‰	5‰	4‰	5‰	4‰	4‰	4‰	4‰
Total	N	42.930	44.762	43.252	44.604	45.759	48.399	269.706

Avis de naissances, pas d'inconnues

NAISSANCES VIVANTES

Il est de coutume pour la Banque de données de l'ONE, de travailler les données des naissances vivantes uniquement, pour une meilleure visibilité du travail de suivi de l'enfant ; à l'exception de la présentation de l'enfant à l'accouchement et de son mode d'accouchement où le dénominateur comprend les naissances vivantes et les mort-nés.

En Belgique, la proportion de femmes qui remettent à plus tard leur maternité a augmenté de façon marquée. Cet état de fait pourrait avoir des répercussions négatives sur la mère et l'enfant (complications antépartum telles que le risque d'avortement spontané, le diabète gestationnel, le diabète sucré, l'hypertension, la pré éclampsie ; l'hospitalisation avant l'accouchement, les aberrations chromosomiques...).

Plus la mère est âgée, plus le risque de complications pendant le travail et l'accouchement augmente, y compris la présentation anormale, la souffrance foetale, l'accouchement chirurgical et l'hémorragie postpartum^{2,3}.

Il semblerait cependant que, selon des données plus récentes, les mères plus âgées ayant des habitudes de vie saine (non fumeuses, non alcooliques ...) et recevant de bons soins obstétricaux, ne sont pas plus exposées que d'autres à des complications telles que l'accouchement prématuré et l'hypertrophie néonatale.

PRÉSENTATION DE L'ENFANT

Les différents types de présentation de l'enfant lors de l'accouchement n'ont guère varié de façon significative au cours des 10 dernières années.

Un peu moins de 5% des enfants se présentent par le siège au moment de l'accouchement et un demi pour cent de façon transversale.

Tableau 4 : Présentation de l'enfant au moment de l'accouchement selon les années considérées

PRÉSENTATION DE L'ENFANT		1994	1996	1998	2000	2002	2003	Total
Céphalique	n	39465	40300	39638	39638	41689	40278	241008
	%	95,1%	94,8%	94,6%	94,4%	94,2%	94,6%	94,6%
Siège	n	1871	2012	2035	2136	2333	2094	12481
	%	4,5%	4,7%	4,9%	5,1%	5,3%	4,9%	4,9%
Transversale	n	184	199	232	218	226	193	1252
	%	0,4%	0,5%	0,6%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
Total	n	41520	42511	41905	41992	44248	42565	254741

Avis de naissances, inconnues : 5,1%

MODE D'ACCOUCHEMENT

Au cours des années, les accouchements par césarienne n'ont cessé d'augmenter. En 1994, on observait 13,7% de césariennes et 18,2% en 2003. Cette modification des pratiques en faveur d'un recours accru à la césarienne suscite des débats d'école, dans un climat de prises de positions émotionnelles et de répercussions juridiques. D'un côté, l'idée d'une diminution de risques obstétricaux est défendue par les partisans de la césarienne et, certaines observations semblent confirmer ce choix (les accouchements par siège présentant moins de complications lorsqu'ils se font par césarienne, certains professionnels considèrent que les complications de type incontinence urinaire et fécale chez la mère pourraient être prévenues en évitant l'accouchement par voie basse). D'autre part, une partie des risques sus-cités pourrait être liée à des erreurs de prise en charge selon d'autres professionnels qui en appellent à une amélioration de l'enseignement de l'obstétrique (lors des césariennes, on note une augmentation de la mortalité et de la morbidité maternelle, ainsi qu'une augmentation de détresse respiratoire chez les enfants).

Le forceps ou la ventouse caractérisent un accouchement chirurgical par voie basse. Il s'agit d'une solution de rechange lorsqu'un accouchement spontané (par voie vaginale) doit être facilité pour la sécurité de la mère ou de l'enfant.

² Institut canadien d'information sur la santé. Indicateurs de santé 2002. Ottawa, ICIS. 2002 (Numéro 2 : N°82-221-XIF au catalogue)

³ Helewa M. Cesarean sections in Canada : What constitutes an appropriate rate ? J Soc Obstet Gynecol Can 1995; 17:237-46

Il ressort de certaines études que le risque de lésions intracrâniennes pourrait être plus élevé par suite d'une extraction par ventouse, mais le risque absolu de morbidité infantile est jugé faible et pourrait être lié en partie, à une complication du travail et non directement à l'intervention proprement dite.⁴

Tableau 5 : Mode d'accouchement

MODE D'ACCOUCHEMENT		1994	1996	1998	2000	2002	2003	Total
Spontané	n	29089	30270	29688	29453	30982	30031	179513
	%	71,6%	72,4%	71,9%	71,0%	71,3%	72,0%	71,7%
Ventouse	n	3892	3546	3248	3072	2944	2758	19460
	%	9,6%	8,5%	7,9%	7,4%	6,8%	6,6%	7,8%
Forceps	n	1968	1840	1809	1608	1486	1304	10015
	%	4,8%	4,4%	4,4%	3,9%	3,4%	3,1%	4,0%
Césarienne	n	5555	6067	6498	7303	7986	7584	40993
	%	13,7%	14,5%	15,7%	17,6%	18,4%	18,2%	16,4%
Manœuvre sur siège	n	121	101	65	49	32	30	398
	%	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
Total	n	40625	41824	41308	41485	43430	41707	250379

Avis de naissances, inconnues : 6,8%

Nous constatons une grande stabilité de la fréquence de l'accouchement "spontané". Par contre, l'augmentation de la fréquence des césariennes peut être mise en parallèle avec la diminution de la fréquence du recours au forceps et à la ventouse.

POIDS DE NAISSANCE

Le poids de naissance définit la croissance foetale. Il est en rapport avec la durée de gestation et les facteurs intrinsèques au foetus et à la mère.

Les déterminants du poids de naissance peuvent être biomédicaux ou socio-économiques.

Les très petits poids de naissance (moins de 1500 grammes) ont une étiologie plutôt biomédicale (pré éclampsie, diabète, lupus); les poids entre 1500 et moins de 2500 grammes sont par contre liés aux déterminants socio-économiques.

De manière générale, les enfants nés avec un petit poids sont exposés à un risque de morbidité et de mortalité plus important. La part des petits poids de naissance est de 7,5% en 2003, proportion constante dans les années considérées dans ce chapitre.

⁴ Graham ID, Fowler-Graham D. Episiotomy counts: Trends and prevalence in Canada 1981-1982 to 1993-1994. Birth 1997; 24 : 141-7.

Tableau 6 : Poids de naissance

POIDS DE NAISSANCE							Total	
		1994	1996	1998	2000	2002	2003	
<500g	n				9	10	2	21
	%				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
500-999g	n	103	87	120	112	112	96	630
	%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%
1000-1499g	n	239	252	281	285	277	249	1583
	%	0,6%	0,6%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
1500-1999g	n	589	595	649	630	679	548	3690
	%	1,4%	1,4%	1,5%	1,4%	1,5%	1,2%	1,4%
2000-2499g	n	2145	2264	2284	2420	2478	2397	13988
	%	5,1%	5,2%	5,3%	5,5%	5,5%	5,5%	5,3%
2500-2999g	n	8861	9124	9357	9671	9722	9430	56165
	%	20,9%	21,0%	21,8%	21,8%	21,4%	21,4%	21,4%
3000-3499g	n	17498	17618	17533	17853	18473	17913	106888
	%	41,3%	40,6%	40,8%	40,3%	40,7%	40,7%	40,7%
3500-3999g	n	10392	10827	10339	10754	11019	10865	64196
	%	24,5%	25,0%	24,1%	24,3%	24,3%	24,7%	24,5%
4000-4499g	n	2281	2369	2189	2297	2404	2210	13750
	%	5,4%	5,5%	5,1%	5,2%	5,3%	5,0%	5,2%
>4500g	n	262	252	208	242	263	264	1491
	%	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%	0,6%
Total	n	42370	43388	42960	44273	45437	43974	262402

Avis de naissances, inconnues : 2,3%

Tableau 7 : Les petits poids de naissance

PETITS POIDS DE NAISSANCE							Total	
		1994	1996	1998	2000	2002	2003	
<1500g	n	342	353	401	406	399	347	2248
	%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	0,8%	0,9%
1500-2499g	n	2734	2685	2933	3050	3157	2945	12085
	%	6,5%	6,4%	6,8%	6,9%	6,9%	6,7%	6,7%
>2500g	n	39294	39075	39626	40817	42014	40682	163139
	%	92,7%	92,8%	92,2%	92,2%	92,2%	92,5%	92,4%
Total	n	42370	42113	42960	44273	45570	43974	177472

Avis de naissances, inconnues : 2,3%

PRÉMATURITÉ

La prématurité désigne les accouchements survenant suite à une grossesse dont l'âge gestationnel est inférieur à 37 semaines révolues (37^e semaine d'aménorrhée calculé à partir du premier jour des dernières règles, c'est à dire moins de 259 jours). Elle est la principale cause de mortalité et de morbidité périnatale. Elle est responsable de 60 à 80% des décès de nourrissons ne présentant pas d'anomalies congénitales.⁵

1 à 2% des nouveau-nés viennent au monde avant la 32^e semaine de gestation ; ils représentent près de 50% de tous les cas de troubles neurologiques à long terme et environ 60% de la mortalité périnatale.⁶

La prématurité est en hausse dans de nombreux pays industrialisés. Les facteurs de risque connus sont légions et y figurent entre autre : l'appartenance sociale ; le jeune âge ou l'âge avancé de la mère ; les antécédents de prématurité ; le tabagisme, le faible poids de la mère avant la grossesse ; un gain pondéral faible ou élevé pendant la grossesse ; une grossesse multiple...⁷

Les causes de naissances prématurées sont nombreuses et peuvent être attribuées aux grossesses multiples, parité élevée, âge supérieur ou égal à 35 ans, appartenance aux catégories professionnelles défavorisées, isolement de la mère, faible niveau d'instruction de la mère...

Dans la BDMS comme dans la littérature, il y a une association entre la prématurité et les grossesses multiples, et dans une moindre mesure entre prématurité et parité élevée ainsi qu'avec la situation d'isolement.

Tableau 8 : Prématurité

PRÉMATURITÉ							Total
		1994	1996	1998	2000	2002	2003
<37 semaines	n	2994	3110	3344	3640	3737	3494
	%	7,4%	7,4%	7,9%	8,4%	8,2%	8,1%
≥ 37 semaines	n	37601	38983	38728	39456	41812	39656
	%	92,6%	92,6%	92,1%	91,6%	91,8%	91,9%
Total	n	40595	42093	42072	43096	45549	43150
							256555

Avis de naissances, inconnues : 4,5%

L'augmentation du taux de prématurité sur dix ans reste très nette bien que la tendance à la stabilisation soit observée en 2002 et 2003.

POSTMATURITÉ (voir tableau 18 ci-dessous)

Il s'agit des naissances survenant au delà de la 42^e semaine de gestation révolue. Quoique de quelques unités seulement chaque année, les grossesses qui se prolongent au delà du terme nécessitent généralement une surveillance prénatale plus étroite. Ceci parce qu'elles sont associées à des taux accrus de mortalité foeto-infantile et de morbidité néonatale, et qu'elles aboutissent dans bien des cas à un accouchement provoqué ou chirurgical.⁸

La plupart du temps, on ignore les raisons précises d'un accouchement après terme, mais on a observé un lien avec des facteurs qui concernent la mère, comme des antécédents de postmaturité et le pays d'origine de la mère.

SCORES D'APGAR

Ces scores sont calculés à la 1^{ère} et à la 5^e minute de la vie d'un nouveau-né.

Ils sont les indices d'une bonne adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né. Ils se réfèrent à 5 paramètres que sont : la coloration, le rythme cardiaque, le tonus, la respiration, les réflexes. Chacun des paramètres est estimé selon une graduation de 0 à 2.⁹

⁵ Mesleh RA and coll. Changing trends in perinatal deaths at the Armed Forces hospital, Riyadh, Saudi Arabia. J Obstet Gynecol 2001; 21: 49-55.

⁶ Goldenberg RL. The management of the preterm labour. Obstet Gynecol 2002; 100: 1020-37

⁷ Wen SW, Goldenberg RL, Cutter GR, Hoffman HJ, Cliver SP. Intrauterine growth retardation and preterm delivery : prenatal risk factors in an indigent population. Am J Obstet Gynecol 1990; 162: 213-8.

⁸ Shea K, Wilcox A, Little R. Postterm delivery: A challenge for epidemiologic research. Epidemiology 1998; 9: 199-204

⁹ Sizonenko PC. Précis de pédiatrie, Payot Lausanne, 1996

Tableau 9 : Score d'apgar à 1 minute de vie

APGAR APRÈS 1 MINUTE DE VIE DE L'ENFANT							Total	
	1994	1996	1998	2000	2002	2003		
Score de 0 à 4 n	1614	1652	1217	1429	1297	1244	8453	
%	4,1%	4,0%	3,1%	3,5%	3,1%	3,0%	3,5%	
Score de 5 à 7 n	4664	4631	4300	4548	4236	3940	26319	
%	11,8%	11,3%	11,0%	11,2%	10,0%	9,5%	10,8%	
Score de 8 à 10 n	33379	34650	33654	34748	36808	36077	209316	
%	84,2%	84,7%	85,9%	85,3%	86,9%	87,4%	85,8%	
Total	n	39657	40933	39171	40725	42341	41261	244088

Avis de naissances, inconnues : 9,1%

Tableau 10 : Score d'apgar à 5 minutes de vie du nouveau-né

APGAR APRÈS 5 MINUTES DE VIE DE L'ENFANT							Total	
	1994	1996	1998	2000	2002	2003		
Score de 0 à 6 n	875	917	560	640	683	611	4286	
%	2,4%	2,4%	1,5%	1,6%	1,6%	1,5%	1,8%	
Score de 7 à 10 n	35653	37343	37416	39271	41247	40016	230946	
%	97,6%	97,6%	98,5%	98,4%	98,4%	98,5%	98,2%	
Total	n	36528	38260	37976	39911	41930	40627	235232

Avis de naissances, inconnues : 12,5%

Tant à 1 minute qu'à 5 minutes de vie, on constate une amélioration faible mais constante du score d'apgar. Cet élément, tout à fait réjouissant puisqu'il traduit un moins grand nombre de souffrances périnatales, doit néanmoins être considéré avec prudence étant donné le nombre non négligeable d'inconnues.

DONNÉES CONCERNANT LA MÈRE À L'ACCOUCHEMENT

Les données concernant la mère sont basées sur les accouchements. Ceci implique que pour des naissances gémellaires, il y ait un dédoublement de l'avis de naissance. Les accouchements sont ainsi surestimés d'environ 1,5%. Les données de la mère à l'accouchement sont : l'âge, l'état relationnel, la gestité, la parité, les grossesses multiples, l'analgésie, l'induction, la durée gestationnelle et l'allaitement.

DES MÈRES DE PLUS EN PLUS ÂGÉES

En 2003, selon les "avis de naissance", l'âge moyen de la mère à l'accouchement toutes parités confondues, est de 29 ans et de 27 ans pour un premier enfant. En 1997, selon l'INS, l'âge médian à la naissance du premier enfant se situait à 27 ans et 9 mois pour le royaume. (I.N.S., 1997).

Tableau 11 : Tranches d'âge de la mère à l'accouchement

TRANCHES D'ÂGE DE LA MÈRE							Total	
		1994	1996	1998	2000	2002	2003	
<=15 ans	n	55	36	46	50	65	26	278
	%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
16-19 ans	n	1562	1547	1618	1757	1650	1169	9303
	%	3,7%	3,6%	3,8%	4,0%	3,7%	2,6%	3,6%
20-24 ans	n	9681	8907	8211	8195	8216	7327	50537
	%	22,9%	20,6%	19,4%	18,8%	18,4%	16,3%	19,4%
25-29 ans	n	16070	16407	15701	15867	15671	14860	94576
	%	38,0%	37,9%	37,1%	36,5%	35,1%	33,1%	36,3%
30-34 ans	n	10490	11432	11490	11820	12626	13778	71636
	%	24,8%	26,4%	27,2%	27,2%	28,3%	30,7%	27,5%
35-39 ans	n	3799	4218	4459	4945	5294	6342	29057
	%	9,0%	9,8%	10,5%	11,4%	11,9%	14,1%	11,1%
40-60 ans	n	624	695	775	877	1076	1416	5463
	%	1,5%	1,6%	1,8%	2,0%	2,4%	3,2%	2,1%
Total	n	42281	43242	42300	43511	44598	44918	260850

Avis de naissances, inconnues : 2,9%

Contrairement à ce qui semble se passer dans les pays voisins, nous ne constatons pas de recrudescence des grossesses chez les femmes de moins de 20 ans. La tendance en 2003 semble même aller dans le sens inverse.

Cependant il est important de voir l'aspect global de la situation en tenant compte de la contraception, des interruptions volontaires de grossesses, etc.

Pour ce qui est des interruptions de grossesses, il est à noter que les chiffres sont en constante augmentation chez les jeunes d'après le rapport de la commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 sur les interruptions volontaires de grossesses (I.V.G.)¹⁰ (5,3% d'I.V.G chez les moins de 18 ans en 1993 soit 551 cas, contre 6,7% en 2003, soit 1040 cas).

SITUATION D'ISOLEMENT DE LA MÈRE À L'ACCOUCHEMENT

La situation d'isolement de la mère est reconnue comme un important facteur de risque psycho-social pour la mère et l'enfant. Ces situations demandent une plus grande disponibilité et attention de la part des TMS de l'O.N.E. .

Les chiffres actuels sont en augmentation par rapport aux années 2000 et 2002 mais restent inférieurs aux années 1994-1996. Cependant, le taux d'inconnues (27,3 %) très élevé, ne nous permet pas de tirer des conclusions valables à partir de ces données.

¹⁰ Rapport de la commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption volontaire de la grossesse (loi du 13 août 1990). Rapport à l'attention du parlement (1er janvier 2002 - 31 décembre 2003). Bruxelles, 2004, 65 pages.

Tableau 12 : Situation d'isolement de la mère à l'accouchement

SITUATION RELATIONNELLE DE LA MÈRE							Total	
	1994	1996	1998	2000	2002	2003		
En couple/en famille	n	28086	28241	31309	33253	34099	32816	187804
	%	94,8%	94,2%	97,2%	97,3%	96,4%	96,2%	96,1%
Isolée/en maison d'accueil	n	1544	1727	894	934	1258	1285	7642
	%	5,2%	5,8%	2,8%	2,7%	3,6%	3,8%	3,9%
Total	n	29630	29968	32203	34187	35357	34101	195446

Avis de naissances, inconnues : 27,3%

GESTITÉ

La gestité se définit comme le nombre de grossesses qu'a porté une femme. Donc, une primigeste est une femme qui porte sa première grossesse ; c'est à dire qui est enceinte pour la première fois. La part des primigestes est d'environ 37% des mères qui accouchent.

Tableau 13 :

GESTITÉ							Total	
	1994	1996	1998	2000	2002	2003		
Primigeste	n	15621	15419	15476	16176	16803	16523	96018
	%	38,3%	36,9%	37,4%	37,9%	37,7%	38,1%	37,7%
2 geste	n	12955	13476	13002	13304	13856	13843	80436
	%	31,8%	32,3%	31,4%	31,2%	31,1%	31,9%	31,6%
3 geste	n	6621	7067	6989	6968	7285	7029	41959
	%	16,2%	16,9%	16,9%	16,3%	16,4%	16,2%	16,5%
4 geste et plus	n	5574	5779	5950	6189	6586	5960	36038
	%	13,7%	13,8%	14,4%	14,5%	14,8%	13,7%	14,2%
Total	n	40771	41741	41417	42637	44530	43355	254451

Avis de naissances, inconnues : 5,3%

PARITÉ

La parité désigne le nombre d'accouchements viables qu'a eu une femme ; accouchements dont la durée de gestation est d'au moins 22 semaines.

Une primipare c'est une femme qui a accouché pour la première fois de sa vie.

Un accouchement multiple survenant suite à une première grossesse est donc celui d'une primipare et d'une primigeste, avec un nombre d'enfant égal à 2 ou plus.

Tableau 14 :

PARITÉ		1994	1996	1998	2000	2002	2003	Total
Primipare	n	18576	18367	18239	19205	19938	19682	114007
	%	44,5%	43,1%	43,4%	44,3%	44,6%	45,0%	44,2%
2 pare	n	13705	14328	13803	14062	14401	14304	84603
	%	32,8%	33,6%	32,8%	32,4%	32,2%	32,7%	32,8%
3 pare	n	5900	6367	6299	6289	6377	6169	37401
	%	14,1%	14,9%	15,0%	14,5%	14,3%	14,1%	14,5%
4 pare et plus	n	3540	3559	3680	3823	3955	3563	22120
	%	8,5%	8,4%	8,8%	8,8%	8,9%	8,1%	8,6%
Total		41721	42621	42021	43379	44671	43718	258131

Avis de naissances, inconnues : 3,9%

GROSSESSES MULTIPLES

On observe depuis près d'une décennie une stabilisation de grossesses multiples et notamment de haut rang avec une meilleure maîtrise de techniques de procréation assistée.

Tableau 15 :

GROSSESSES MULTIPLES		1994	1996	1998	2000	2002	2003	Total
Grossesses uniques	n	41675	42725	41890	43180	44173	44177	257820
	%	98,5%	98,5%	98,4%	98,6%	98,3%	98,5%	98,5%
Grossesses gémellaires	n	593	622	648	583	743	648	3837
	%	1,4%	1,4%	1,5%	1,3%	1,7%	1,4%	1,5%
Grossesses de haut rang	n	21	29	22	24	17	11	124
	%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Total		42289	43376	42560	43787	44933	44836	261781

Avis de naissances, inconnues : 3,5%

ANALGÉSIE

L'analgésie désigne l'atténuation ou la suppression de la douleur lors de l'accouchement.

La péridurale et la rachidurale sont les méthodes analgésiques les plus utilisées pour les accouchements, et en augmentation constante suivant en partie l'augmentation des césariennes.

Une diminution d'utilisation de narcotique est observée à l'inverse.

Tableau 16 :

ANALGÉSIE							Total	
		1994	1996	1998	2000	2002	2003	
Aucune analgésie	n	13648	12465	10432	9279	9030	9310	64164
	%	34,9%	30,4%	25,4%	22,7%	21,1%	22,1%	26,0%
Péri/rachidurale	n	20646	24038	26809	27530	30541	29041	158605
	%	52,8%	58,6%	65,2%	67,5%	71,3%	69,1%	64,2%
Narcose	n	1543	1139	936	654	500	457	5229
	%	3,9%	2,8%	2,3%	1,6%	1,2%	1,1%	2,1%
Autre analgésie	n	3263	3364	2914	3342	2780	3235	18898
	%	8,3%	8,2%	7,1%	8,2%	6,5%	7,7%	7,7%
Total	n	39100	41006	41091	40805	42851	42043	246896

Avis de naissances, inconnues : 8,1%

INDUCTION

Le déclenchement de l'accouchement ou induction consiste en, soit une programmation de césarienne, soit une utilisation de prostaglandines ou d'ocytocine soit encore une amniotomie qui est une rupture artificielle de la poche des eaux.

Tableau 17 :

INDUCTION							Total	
		1994	1996	1998	2000	2002	2003	
Pas d'induction	n	24230	24910	22959	24053	24023	24258	144433
	%	62,6%	62,5%	58,4%	61,0%	57,9%	59,9%	60,4%
Induction par autre méthode	n	12077	12136	13216	12001	13598	12480	75508
	%	31,2%	30,4%	33,6%	30,5%	32,7%	30,8%	31,6%
Césarienne programmée	n	2430	2819	3130	3357	3902	3743	19381
	%	6,3%	7,1%	8,0%	8,5%	9,4%	9,2%	8,1%
Total	n	38737	39865	39305	39411	41523	40481	239322

Avis de naissances, inconnues : 10,9%

DURÉE GESTATIONNELLE

La durée gestationnelle définit la maturité. Elle constitue un indicateur déterminant du devenir à court, moyen et long terme du nouveau-né au point de vue de la santé.

La très grande prématurité (de 22 à 27 semaines de gestation) ou la grande prématurité (âge gestationnel entre 28 et 33 semaines) restent dans des proportions plus ou moins stables alors qu'on observe une légère augmentation de la prématurité moyenne (naissances entre la 34^e et la 36^e semaine de gestation).

Le taux de naissances vivantes dépend surtout de la durée de la grossesse¹¹.

Tableau 18 :

DURÉE GESTATIONNELLE		1994	1996	1998	2000	2002	2003	Total
22-27 semaines	n	89	100	111	110	109	99	618
	%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%
28-33 semaines	n	584	608	621	653	704	629	3799
	%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,6%	1,5%	1,5%
34-36 semaines	n	2163	2200	2401	2562	2618	2766	14710
	%	5,4%	5,3%	5,8%	6,0%	6,0%	6,4%	5,8%
37-39 semaines	n	19704	22190	22348	23743	24328	23953	136266
	%	48,9%	53,2%	53,7%	55,9%	55,5%	55,5%	53,9%
40-42 semaines	n	17696	16599	16112	15406	16080	15698	97591
	%	44,0%	39,8%	38,7%	36,3%	36,7%	36,4%	38,6%
43-44 semaines	n	18	7	8	9	9	5	56
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	n	40254	41704	41601	42483	43848	43150	253040

Avis de naissances, inconnues : 5,8%

ALLAITEMENT MATERNEL

L'allaitement maternel faisant partie d'un chapitre spécifique dans ce rapport, nous nous limiterons ici aux données des années considérées, pour deux indicateurs de l'allaitement : la mise au sein après l'accouchement et le régime de l'enfant à la sortie de la maternité.

Tableau 19 :

MISE AU SEIN APRÈS L'ACCOUCHEMENT		1994	1996	1998	2000	2002	2003	Total
Néant	n	11442	10901	10700	10342	9272	8273	60930
	%	32,3%	30,9%	30,1%	27,5%	23,3%	22,4%	27,6%
Immédiate et précoce	n	22365	22481	23147	25343	28358	26787	148481
	%	63,1%	63,7%	65,1%	67,5%	71,4%	72,5%	67,3%
Tardive	n	1659	1890	1726	1865	2107	1906	11153
	%	4,7%	5,4%	4,9%	5,0%	5,3%	5,2%	5,1%
Total	n	35466	35272	35573	37550	39737	36966	220564

Avis de naissances, inconnues : 17,9%

¹¹ Archive of disease in childhood, fetal and neonatal edition, 2004; 89; F 139

Tableau 20 :

RÉGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT À LA SORTIE DE LA MATERNITÉ							Total	
		1994	1996	1998	2000	2002	2003	
Allaitement artificiel	n	12380	12197	11640	11172	11515	9082	67986
	%	30,6%	29,5%	27,8%	25,8%	24,1%	21,2%	26,4%
Abandon allaitement maternel en maternité	n	-	-	28	70	139	83	320
	%	-	-	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%	0,1%
Allaitement mixte	n	357	329	428	384	388	346	2232
	%	0,9%	0,8%	1,0%	0,9%	0,8%	0,8%	0,9%
Allaitement maternel exclusif	n	27696	28864	29805	31625	35727	33317	187034
	%	68,5%	69,7%	71,1%	73,1%	74,8%	77,8%	72,6%
Total	n	40433	41390	41901	43251	47769	42828	257572

Avis de naissances, inconnues : 4,1%

Samuel NDAME, Direction études et stratégies

LE SUIVI PRÉNATAL ONE

DONNÉES DES CONSULTATIONS PRÉNATALES, "VOLET CPN"

Les données concernant les consultations prénatales sont collectées via le document "volet CPN", rempli par le TMS en cours de suivi en consultation prénatale et renvoyé à la BDMS après l'accouchement.

Nous connaissons également le nombre de nouvelles inscriptions de femmes enceintes dans les consultations prénatales à travers les données du service des œuvres de la Direction générale accompagnement destinées à répartir les subventions.

En 2002, le service des œuvres de la Direction générale accompagnement dénombre 11.966 "nouvelles inscrites" (tableau 1) et en 2003, plus de 12.500 pour l'ensemble des différentes structures prénatales de l'O.N.E.¹²

Ces chiffres sont plus élevés que le nombre de "volets CPN" reçus. Cette différence s'explique par le fait qu'un certain nombre de suivis (particulièrement ceux concernant les grossesses n'ayant pas abouti ou perdues de vue) ne font pas l'objet d'un "volet CPN" mais également parce que toutes les équipes de terrain ne renvoient pas tous les "volets CPN". Depuis 2004, le volet a été modifié afin de favoriser la prise en compte de toutes les situations et d'obtenir les données les plus complètes possibles. Ceci ne se reflètera malheureusement qu'à partir des données CPN 2005.

Tableau 1 :

		INSCRITES ANNUELLES		NOMBRE DE "VOLETS CPN" REÇUS				
		SELON LES DEMANDES DE SUBSIDES						
		2002		1998	1999	2000	2001	2002
Bruxelles	n	4284		2397	2503	2446	1930	2033
	%			26,1%	27,0%	26,0%	24,0%	26,5%
Brabant wallon	n	76		57	103	83	99	107
	%			0,6%	1,1%	0,9%	1,2%	1,4%
Hainaut	n	4558		3845	3854	4089	3807	3754
	%			41,8%	41,5%	43,4%	47,3%	49,0%
Liège	n	2044		2017	1953	1862	1578	1186
	%			22,0%	21,1%	19,8%	19,6%	15,5%
Namur	n	5451		873	868	944	638	582
	%			9,5%	9,4%	10,0%	7,9%	7,6%
Total	n	11866		9189	9281	9424	8052	7662

Les structures de consultations prénatales de l'ONE sont inégalement réparties sur le territoire de la Communauté française. Leur nombre varie selon les subrégions en fonction des réalités locales. Le Luxembourg n'en compte aucune.

En 2002, la part de la province du Hainaut dans le suivi des femmes enceintes en "consultations prénatales ONE" et pour lesquelles des données via un "volet CPN" ont été envoyées à la BDMS est la plus élevée. Elle concerne près de 50% des suivis de grossesses enregistrés.

Le type de suivi prénatal peut également être estimé à travers les données "Avis de naissance". Nous y voyons que plus de 20% de toutes les naissances connues par l'O.N.E sont suivies par une structure prénatale de l'ONE.

La fréquence de grossesses caractérisées de non-suivies est surtout importante chez les jeunes femmes. Pour l'ensemble de femmes, cette fréquence se situe à 0,3% et reste stable dans le temps. L'absence de suivi prénatal est également plus marquée à Bruxelles qu'en région wallonne, chez les mères d'origine étrangère beaucoup plus que chez les belges, et chez les femmes isolées.

¹² Voir Rapport d'Activités 2003 de l'O.N.E.

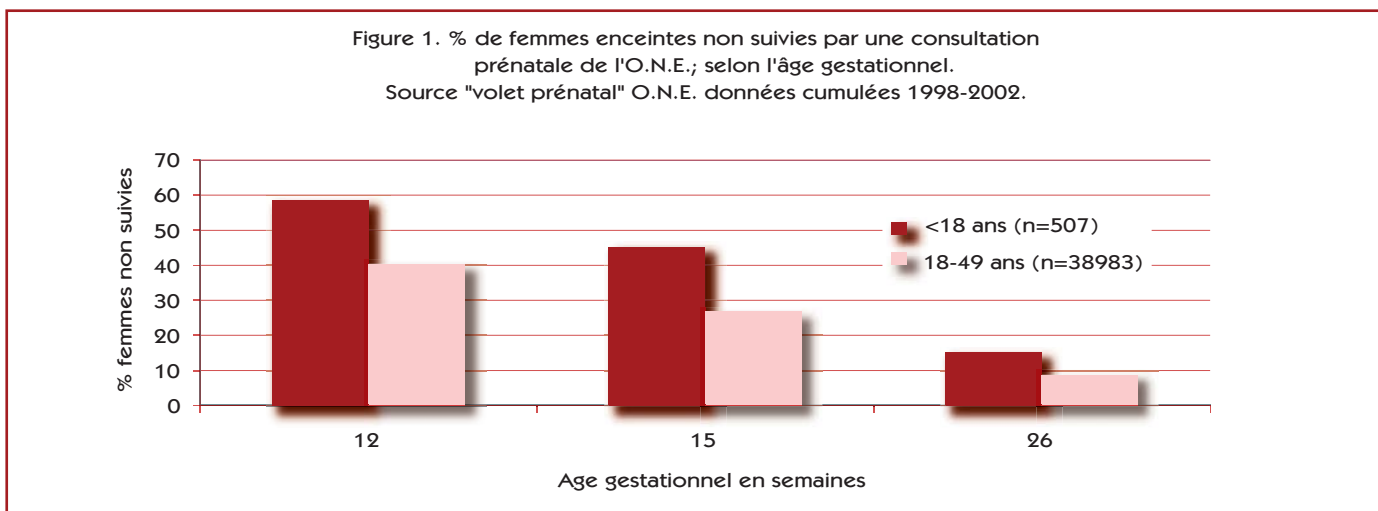
La médiane de la première consultation O.N.E chez toutes les femmes se situe à la 11e semaine de gestation alors que chez les jeunes femmes de moins de 18 ans, elle se situe à la 14e semaine de gestation. Ces chiffres doivent être nuancés : Une partie des mères a effectivement déjà consulté un professionnel avant de se rendre dans une consultation prénatale O.N.E., mais nous savons que cela n'est pas le cas de toutes les mères.

Tableau 2 :

SUIVI PRÉNATAL		1998	1999	2000	2001	2002
En Consultation prénatale (CPN) de l'O.N.E	n	8908	9148	8993	9331	8633
	%	22,4%	22,8%	21,8%	20,7%	19,2%
Hors O.N.E.	n	31231	30829	32148	35568	36155
	%	77,6%	77,9%	77,9%	78,9%	80,5%
Sans suivi	n	124	137	120	158	145
	%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,3%
Total	n	40263	40114	41261	45057	44933

Volets CPN, inconnues : 5,3%

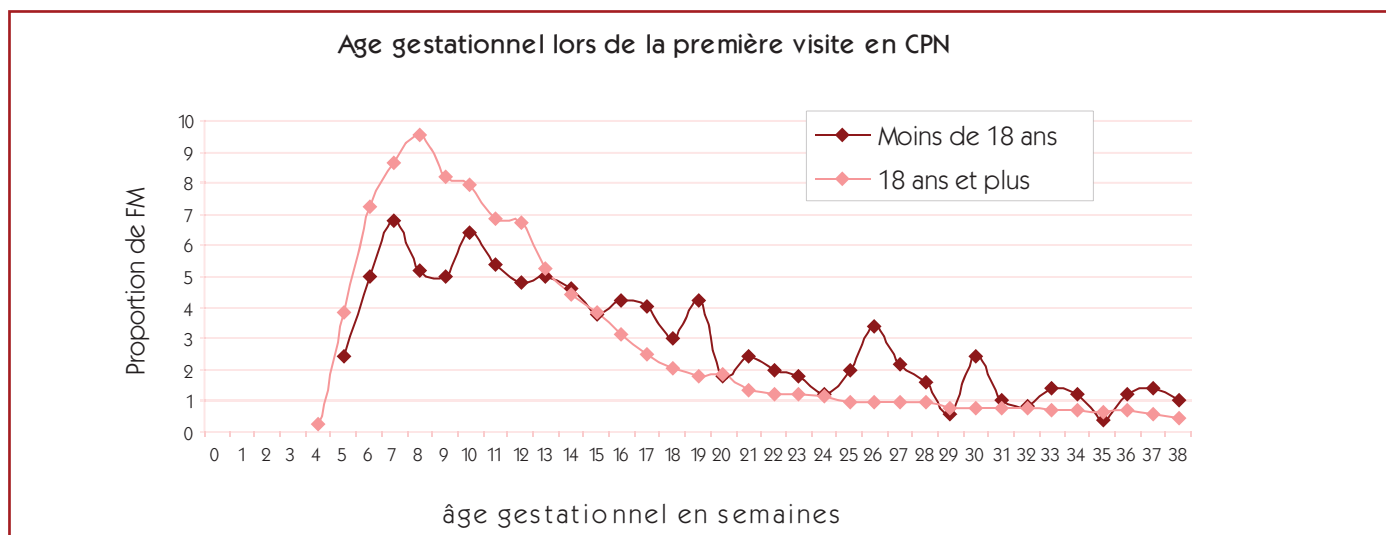
Figure 1 :



La figure ci-dessus montre une absence de précocité de suivi prénatal chez la population fréquentant les structures de l'O.N.E.. A la 12e semaine, 40% des femmes enceintes de plus de 18 ans n'ont pas encore eu leur première consultation prénatale contre presque 60% des jeunes femmes de moins de 18 ans.

A la 26e semaine, il reste environ 10% et 15% respectivement de ces futures mères qui n'ont pas encore été suivies.

Figure 2 :



AGE DES FEMMES ENCEINTES

Des études ont montré une prépondérance de naissances prématurées chez les femmes de jeune âge ainsi que chez celles de plus de 35 ans. Les causes étant la plupart du temps d'ordre socio-économique chez les premières et médical chez les dernières.

Tableau 3 :

AGE DES FUTURES MÈRES FRÉQUENTANT UNE CPN DE L'O.N.E.		1998	1999	2000	2001	2002
12 - 15 ans	n	20	14	23	11	15
	%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%
16 - 19 ans	n	611	626	645	411	384
	%	7,0%	7,5%	7,6%	5,7%	5,4%
20 - 24 ans	n	2299	2237	2227	1830	1728
	%	26,4%	26,9%	26,2%	25,3%	24,5%
25 - 29 ans	n	2994	2743	2853	2364	2246
	%	34,4%	33,0%	33,5%	32,7%	31,8%
30-34 ans	n	1851	1752	1806	1698	1695
	%	21,3%	21,1%	21,2%	23,5%	24,0%
35 - 39 ans	n	764	807	779	749	808
	%	8,8%	9,7%	9,2%	10,4%	11,4%
40 ans et plus	n	155	128	173	175	187
	%	1,8%	1,5%	2,0%	2,4%	2,7%
Total	n	8694	8307	8506	7238	7063

Volets CPN, inconnues : 9,0%

La comparaison entre la répartition des âges des mères en CPN-ONE et dans la population générale des mères selon nos données "avis de naissance" voir tableau 11 (page 20) montre nettement une proportion beaucoup plus élevée de futures mères jeunes dans les CPN de l'ONE. Ainsi en 2002, on note 5,6 % de futures mères de moins de 20 ans en CPN ONE pour 3,7 % dans l'ensemble des "avis de naissance". De même, 24,5% de futures mères de 20 à 24 ans en CPN ONE pour 19,4 % dans la population globale.

Au dessus de 25 ans, le phénomène s'inverse.

SITUATION RELATIONNELLE DE LA FUTURE MÈRE

La situation d'isolement de la femme enceinte de la mère est un facteur avéré de risque de prématurité et par conséquent d'accouchement d'un enfant de petit poids.

La proportion de femmes isolées fréquentant les consultations prénatales O.N.E. est 2 fois plus élevée que cette proportion dans les "avis de naissance".

Tableau 4 :

SITUATION RELATIONNELLE DES FUTURES MÈRES FRÉQUENTANT LES CPN DE L'O.N.E.		1998	1999	2000	2001	2002
En couple/famille	n	7881	7669	7613	6807	6692
	%	94,2%	94,3%	94,6%	94,6%	94,0%
Isolée/maison d'accueil	n	482	462	434	389	428
	%	5,8%	5,7%	5,4%	5,4%	6,0%
Total	n	8363	8131	8047	7196	7120

Volets CPN, inconnues : 5,5%

SITUATION PROFESSIONNELLE DES FEMMES ENCEINTES FRÉQUENTANT LES CONSULTATIONS PRÉNATALES DE L'O.N.E.

Le pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de l'aide sociale augmente lentement.

Les consultations prénatales O.N.E. drainent une part importante de femmes sans emploi. Si on cumule les futures-mères chômeuses, sans professions et sous aide sociale on atteint 59,6 %. A cela s'ajoutent un peu moins de 20 % de futures-mères "étudiantes".

A peine plus d'une future mère sur trois est active. Comme nous ne récoltons pas cette donnée dans les "avis de naissance", nous ne pouvons pas établir de comparaison. Mais cette proportion ne correspond pas à la situation professionnelle de la population féminine en âge de procréer en Communauté française.

Dans cette population, on estime que près de 60% de femmes sont actives¹³.

Ici aussi, nous pouvons déduire que les consultations prénatales de l'ONE drainent une population fragilisée.

Tableau 5 :

SITUATION PROFESSIONNELLE DES FUTURES MÈRES FRÉQUENTANT UNE CPN DE L'O.N.E.		1998	1999	2000	2001	2002
Active	n	2873	2810	2958	2433	2428
	%	32,9%	32,9%	34,7%	33,8%	35,2%
Etudiante	n	437	402	410	361	371
	%	17,9%	17,5%	17,56%	18,1%	19,8%
Chômeuse	n	2440	2299	2335	1998	1870
	%	28,0%	26,9%	27,4%	27,7%	27,1%
Pensionnée, Invalide	n	52	53	41	30	23
	%	0,6%	0,6%	0,5%	0,4%	0,3%
Sans profession	n	2124	2071	1898	1608	1435
	%	24,3%	24,3%	22,2%	22,3%	20,8%
Sous aide sociale (CPAS)	n	801	898	895	769	763
	%	9,2%	10,5%	10,5%	10,7%	11,1%
Total	n	8727	8533	8537	7199	6890

Volets CPN, inconnues : 10,0%

NIVEAU D'INSTRUCTION DES FUTURES MÈRES FRÉQUENTANT LES CPN DE L'O.N.E.

Seules 16 % des futures mères de la population fréquentant les consultations prénatales de l'ONE ont un diplôme d'études supérieures. Ce chiffre reste stable au cours du temps.

Tableau 6 :

NIVEAU D'INSTRUCTION DES FUTURES MÈRES FRÉQUENTANT UNE CPN DE L'O.N.E.		1998	1999	2000	2001	2002
Primaire non achevé	n	98	103	126	96	96
	%	1,6%	1,6%	2,1%	1,7%	1,9%
Primaire terminé	n	594	683	613	481	442
	%	9,5%	11,0%	10,1%	8,7%	8,6%
Second. Inf. techn. Prof	n	3289	3221	3173	2905	2788
	%	52,3%	51,7%	52,1%	52,6%	54,1%
Second. Sup.	n	1163	1222	1149	1089	983
	%	18,5%	19,6%	18,9%	19,7%	19,1%
Supérieur type court	n	692	629	692	673	596
	%	11,0%	10,1%	11,4%	12,2%	11,6%
Sup. type long ou univ.	n	361	320	307	236	222
	%	5,7%	5,1%	5,0%	4,3%	4,3%
Illétrée	n	87	56	33	47	24
	%	1,4%	0,9%	0,6%	0,9%	0,5%
Total	n	6284	6234	6093	5527	5151

Volets CPN, inconnues : 6,7%

TABAGISME DE LA FEMME ENCEINTE

On note une augmentation constante du nombre de mères fumeuses, passant de 28 % en 1998 à 34,5 % en 2002. Cependant, cette augmentation semble concerner essentiellement les futures mères qui déclarent fumer moins de 10 cigarettes par jour (14% en 1998 et 19,3% en 2002).

Tableau 7 :

HABITUDES TABAGIQUES DES FUTURES MÈRES FRÉQUENTANT UNE CPN DE L'O.N.E.						
		1998	1999	2000	2001	2002
Non fumeuses	n	6365	5742	5043	3729	3715
	%	71,9%	69,7%	67,5%	63,3%	65,4%
Fumeuses de 1 à 10 c/jr	n	1248	1315	1273	1204	1098
	%	14,1%	16,0%	17,1%	20,4%	19,3%
Fumeuses de 11 à 20 c/jr	n	793	752	743	605	544
	%	8,9%	9,1%	9,9%	10,3%	9,6%
Fumeuses de plus de 20 c/jr	n	453	430	412	357	320
	%	5,1%	5,2%	5,5%	6,1%	5,6%
Total	n	8859	8239	7471	5895	5677

Volets CPN, inconnues : 24,1%

DIMINUTION DE LA CONSOMMATION DE TABAC PENDANT LA GROSSESSE

Seules 15 à 20 % des femmes enceintes déclarent diminuer leur consommation de cigarettes au cours de leur grossesse. Cependant cette proportion semble en augmentation au cours du temps.

Tableau 8 :

RÉDUCTION DE CONSOMMATION TABAGIQUE DES FUTURES MÈRES FUMEUSES						
		1998	1999	2000	2001	2002
OUI	n	413	424	387	351	388
	%	16,6%	17,0%	15,9%	16,2%	19,8%
NON	n	2081	2073	2041	1815	1574
	%	83,4%	83,0%	84,1%	83,8%	80,2%
Total	n	2494	2497	2428	2166	1962

Volets CPN

GESTITÉ

La répartition de femmes selon leur gestité reste assez constante dans la population des CPN de l'ONE. De même, les différences avec la population générale des "avis de naissance" se maintiennent. Dans la population des CPN de l'ONE, on trouve moins de primigestes et de 2ème gestes, une proportion équivalente de 3ème gestes, et nettement plus de 4ème gestes. Donc à nouveau une population plus "à risque".

Tableau 9 :

GESTITÉ DES FUTURES MÈRES FRÉQUENTANT UNE CPN DE L'O.N.E.						
		1998	1999	2000	2001	2002
Primigeste	n	3119	3054	3074	2617	2531
	%	34,0%	33,0%	32,7%	32,7%	33,2%
2ème geste	n	2605	2641	2694	2276	2195
	%	28,4%	28,5%	28,6%	28,4%	28,8%
3ème geste	n	1618	1667	1619	1389	1277
	%	17,6%	18,0%	17,2%	17,4%	16,8%
4ème geste et plus	n	1839	1891	2021	1721	1616
	%	20,0%	20,4%	21,5%	21,5%	21,2%
Total	n	9181	9253	9408	8003	7619

Volets CPN, inconnues : 0,6%

PARITÉ

Les primipares constituent la majeure partie des femmes enceintes fréquentant les CPN O.N.E., leur proportion est de l'ordre de 40% et stable dans le temps.

Les mêmes constatations peuvent être faites pour la gestité et la parité.

Ces deux indicateurs nous montrent que dans la population des futures mères fréquentant les CPN de l'ONE, la moyenne d'enfants par femme est supérieure à la moyenne de la Communauté Française.

Tableau 10 :

Parité des futures mères fréquentant une CPN de l'O.N.E.						
		1998	1999	2000	2001	2002
Nullipare	n	3809	3774	3787	3272	3136
	%	41,5%	40,8%	40,2%	41,0%	41,2%
Primipare	n	2772	2801	2856	2409	2364
	%	30,2%	30,3%	30,3%	30,2%	31,1%
2ème pare	n	1450	1565	1535	1273	1179
	%	15,8%	16,9%	16,23%	16,0%	15,5%
3ème pare et plus	n	1145	1100	1251	1028	928
	%	12,5%	11,9%	13,3%	12,9%	12,2%
Total	n	9176	9240	9429	7982	7607

Volets CPN, inconnues : 0,9%

Quelques indicateurs ne sont pas relevés actuellement par la BDMS, néanmoins leur importance justifierait probablement de s'y intéresser.

GROSSESSE ET ALCOOL

L'alcool est un facteur de risque de morbidité notamment pour le nouveau-né.

Pendant la grossesse, l'alcool serait responsable d'un poids de naissance plus faible (de l'ordre de 170 g inférieur à la moyenne); d'un risque accru de fausse-couche, de mortalité néonatale et de mort subite chez le nourrisson; d'un ralentissement de la croissance et d'une limitation du développement intellectuel de l'enfant.

Le Syndrome d'Alcoolisation Fœtal (SAF ou en anglais Fetal Alcohol Syndrome -FAS-) regroupe un ensemble de défaillances physiques et mentales résultant de l'exposition de l'enfant aux effets de l'alcool dans l'utérus: il fait partie des anomalies congénitales et des troubles du développement les plus fréquemment rencontrés (et que l'on peut pourtant prévenir).

Les données recueillies par la plate-forme psychiatrique liégeoise ont montré en 1998 dans une vaste étude épidémiologique¹⁴ que 9% des femmes présentent à un moment donné de leur existence un trouble lié à l'utilisation de l'alcool (abus : 7% et dépendance : 2%). On constate une nette augmentation de la consommation d'alcool chez les femmes âgées de 18 à 24 ans, période pendant laquelle leur fertilité est à son maximum.

GROSSESSE ET TOXICOMANIE

Les travailleurs médico-sociaux de l'ONE sont régulièrement confrontés à la problématique de futures mères toxicomanes. Le suivi de ces situations nécessite une disponibilité accrue, génère beaucoup de question et souvent de l'inquiétude concernant l'avenir de l'enfant à naître.

GROSSESSE ET RISQUE DE MALTRAITANCE

En plus des quelques maternités où existe une équipe anténatale de prévention de la maltraitance (3 pour l'ensemble de la Communauté Française : CHU St Pierre, CHR Liège, CHR Namur), toutes les équipes médico-sociales travaillant dans des consultations prénatales de l'ONE sont attentives à détecter les signes d'appel d'un possible trouble du lien parent-enfant afin d'intervenir tant que faire se peut avant que les situations ne se détériorent au détriment de l'enfant. Aucune donnée n'existe sur l'importance de cette problématique à l'échelle de l'ensemble de l'action prénatale de l'ONE.

Le recueil de données concernant l'alcool, la toxicomanie, le risque de maltraitance n'a pas pu être développé jusqu'à présent par l'ONE en raison des représentations qu'un tel recueil de données véhicule tant dans la population que chez les TMS.

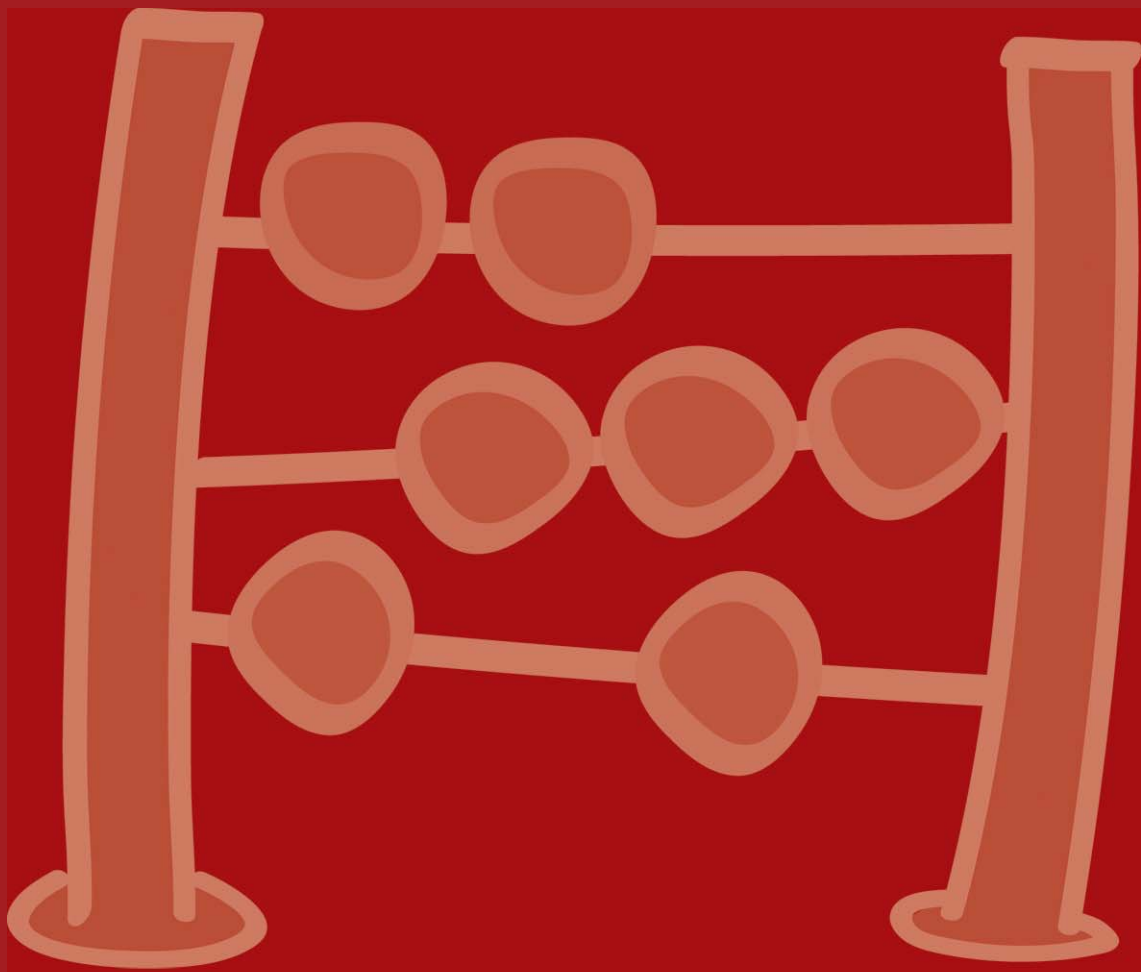
Il est vrai que ces informations, particulièrement délicates à obtenir, peuvent difficilement l'être lors d'une seule rencontre à la maternité pour l'établissement d'un premier contact avec la jeune mère et la rédaction d'un "avis de naissance".

Néanmoins, ces données sont presque toujours connues des TMS et des médecins en ce qui concerne les futures mères fréquentant les consultations prénatales de l'ONE.

Afin de garantir un parfait anonymat tout en permettant une identification des difficultés, une réflexion devrait être menée à l'avenir pour imaginer un système de recueil de ces données, globalisé et séparé des "volets CPN" et "avis de naissance".

Un tel système existe déjà dans certaines consultations prénatales. On pourrait imaginer le recueil d'un indicateur global de vulnérabilité ou une enquête ponctuelle dans une structure.

Samuel NDAME, Direction études et stratégies
Dr. DELVOYE, Conseiller gynécologue



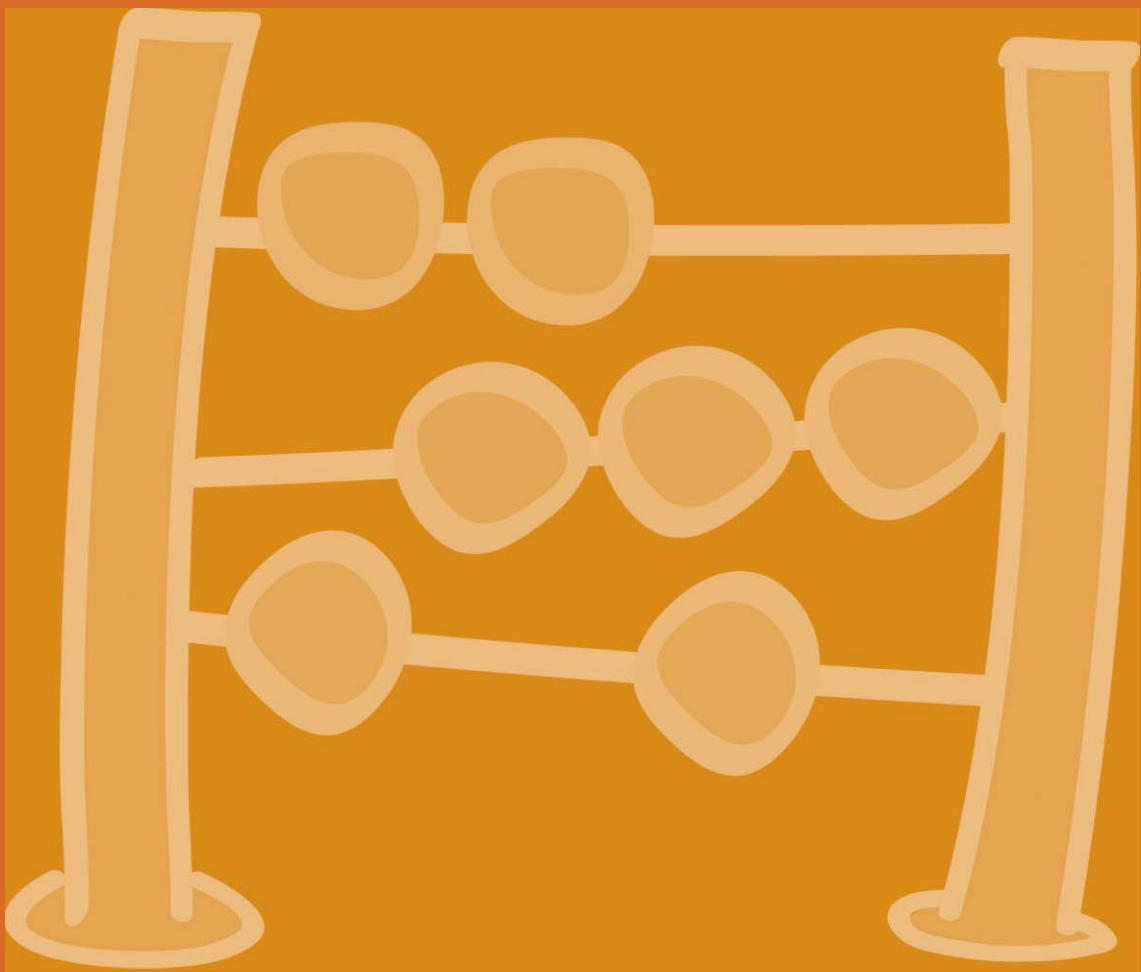
chapitre 2

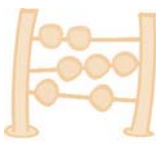
Allaitement Maternel

Situation en Communauté française

- 1) Avis de naissance
- 2) Bilans de santé







ALLAITEMENT MATERNEL

"L'allaitement au sein constitue un moyen sans égal de nourrir l'enfant de la façon la plus favorable à sa croissance et à son bon développement. Il exerce en outre une influence biologique et affective sans pareille sur l'état de santé de la mère et de l'enfant"¹.

Au sens strict du terme, l'allaitement est par définition le fait de nourrir son bébé au sein. Mais l'usage est actuellement d'opposer l'allaitement (maternel) à l'alimentation au biberon appelée allaitement artificiel.

L'allaitement maternel est un des programmes prioritaires auquel l'O.N.E. est extrêmement attaché depuis ses débuts, même si la peur de culpabiliser les nombreuses femmes qui n'allaitaient plus, d'une part et la croyance un peu excessive aux progrès, indéniables, des laits de substitution, d'autre part, ont à un certain moment laissé la promotion de l'allaitement en jachère.

Les nombreuses études publiées ces dernières années ont confirmé la supériorité du lait maternel et ses nombreux avantages, en terme de santé, tant pour la mère que pour l'enfant.

La promotion de l'allaitement est donc devenue un devoir de santé publique pour un organisme comme le nôtre, axé sur la prévention des maladies et la promotion de la santé dans son sens le plus large.

AVANTAGES DE L'ALLAITEMENT

Les données ci-dessous sont issues de l'état actuel des connaissances scientifiques.

Cependant, l'utilisation de ces arguments dans le colloque singulier avec les familles, doit toujours tenir compte de l'ensemble du contexte médical, social et culturel ainsi que des possibilités de chacun.

AVANTAGES POUR LA MÈRE

L'allaitement prolonge naturellement la grossesse.

Voici quelques-uns des effets bien démontrés :

- >> Il favorise la perte de poids
- >> Il diminue les pertes de sang (par la sécrétion d'ocytocine accrue lors des tétées), ce qui a pour effet de diminuer le risque d'anémie maternelle et ainsi la fatigue et les risques d'infections.
- >> Il diminue les risques de cancer du sein
- >> Il diminue les risques d'ostéoporose.

Par ailleurs, l'allaitement semble aussi favoriser l'attachement, la formation des liens, quoique ce ne soit, heureusement pas le seul facteur en cause.

¹ Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, OMS-Genève, 1992

AVANTAGES POUR L'ENFANT

Parmi les avantages prouvés, citons, entre autres :

- >> Il diminue les risques infectieux au niveau de nombreux organes : tube digestif, sphère ORL, arbre pulmonaire, urinaire, et même au niveau méningé.
- >> Il diminue la fréquence des troubles digestifs et des maladies inflammatoires de l'intestin.
- >> Il diminue les risques d'allergie (eczéma, asthme...).
- >> Il diminue les risques de carence en fer.
- >> Il diminue les risques d'obésité. Les enfants nourris artificiellement ont un risque 2,6 fois supérieur de devenir obèses à l'âge adulte. Ceci n'est certainement pas à négliger au vu de l'accroissement actuel du risque d'obésité chez l'enfant.
- >> Il diminue le risque de diabète de type I, de maladie coéliqua et de certains types de cancers de l'enfant.
- >> Il améliore enfin le développement visuel et intellectuel. Néanmoins, ici aussi il est loin d'être le seul facteur entrant en jeu.

AVANTAGES ÉCONOMIQUES

- >> Economie pour les familles :
 - >>> Sur les achats de lait de substitution ;
- >> Economie pour la société :
 - >>> Sur les soins de santé ;

RECOMMANDATION DE L'OMS

L'OMS recommande actuellement un allaitement exclusif d'une durée de 6 mois, suivi si possible, par un allaitement complété jusqu'à l'âge de 2 ans.

Ces recommandations peuvent paraître à certains impossibles. Mais si l'on se replonge dans l'histoire des civilisations, l'on s'aperçoit que l'allaitement était habituel jusqu'à l'âge d'environ 2 à 3 ans, non sans difficulté. Le recours à des nourrices " mercenaires " ou au lait animal a existé de tout temps, avec les risques de mortalité infantile qui s'en suivaient et qui sont actuellement évités par la qualité des laits pour nourrissons, pour autant qu'ils soient préparés dans le respect des règles élémentaires d'hygiène.

LA SITUATION EN EUROPE

Les taux d'allaitement à la maternité varient de 34% en Irlande à 99% au Danemark.

- | | |
|-----------------------------|-------|
| >> France (année 2000) | 52,3% |
| >> Royaume-Uni (année 2000) | 69% |
| >> Norvège (année 1997) | 98% |

Les durées d'allaitement sont très variables d'un pays à l'autre : les durées médianes pour les pays dont les taux d'allaitement à la naissance dépassent 90% vont de 3 mois à 12 mois.

L'évolution des taux d'allaitement en Suède², depuis les années septante, montre qu'il est possible de modifier les comportements de la population par rapport à l'allaitement grâce à la prise de mesures sociales et à l'information des familles et des professionnels.

Alors qu'en 1973, seulement 30% des bébés suédois étaient allaités à 2 mois et 6% à 6 mois, ces taux sont montés respectivement à 78,5% et 40% en 1994 pour l'allaitement exclusif et à 91% et 67% pour l'allaitement partiel.

De même en Norvège où 31% des bébés sont encore allaités à 12 mois³.

² Swedish Breastfeeding Institute

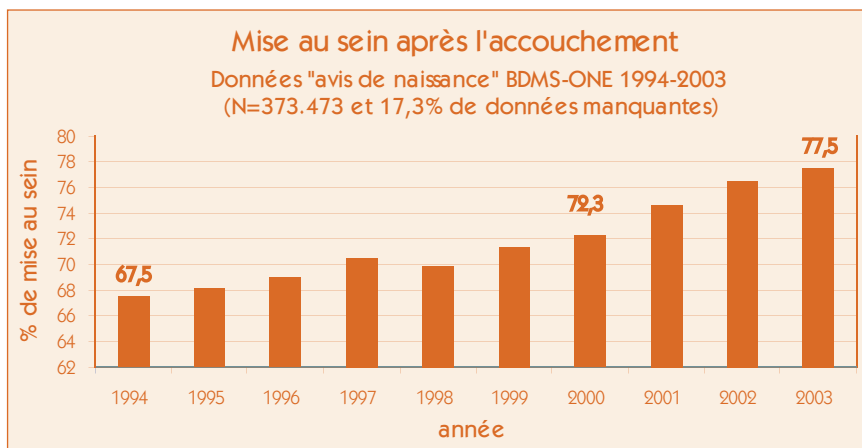
³ Gro Nylandén, Congrès des consultantes en lactation, Bâle, 2002

SITUATION EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Données issues de l'analyse des " avis de naissance ".

MISE AU SEIN APRÈS L'ACCOUCHEMENT

GRAPHIQUE 1 Mise au sein après l'accouchement en Communauté française



Source : BDMS-ONE " avis de naissance " 1994-2003

En moyenne 77% des enfants sont allaités après l'accouchement en 2003.

ALLAITEMENT À LA SORTIE DE LA MATERNITÉ

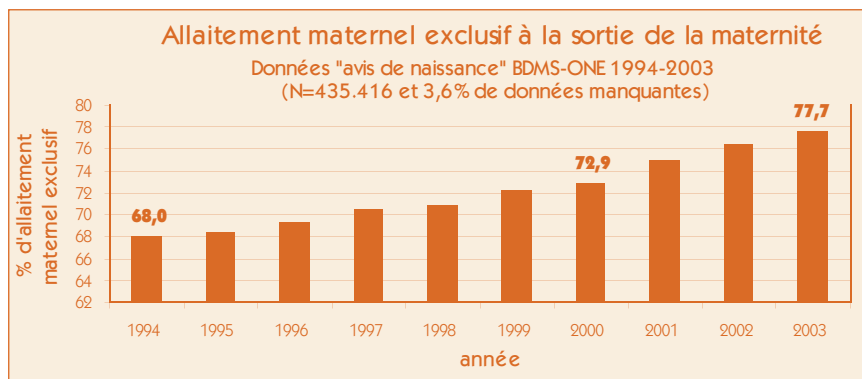
EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Progression de l'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité entre 1994 et 2003.

Le dénominateur entre la variable précédente et celle ci-dessus montre de légères variations à cause du nombre d'inconnues.

D'autre part l'on assiste parfois au phénomène "culturel" suivant : les mères disent ne pas allaiter pour obtenir des biberons juste après l'accouchement puis allaitent très bien dès la "montée laiteuse" ("réminiscence de la notion de colostrum impur" ?).

GRAPHIQUE 2 Allaitement maternel à la sortie de la maternité en Communauté française

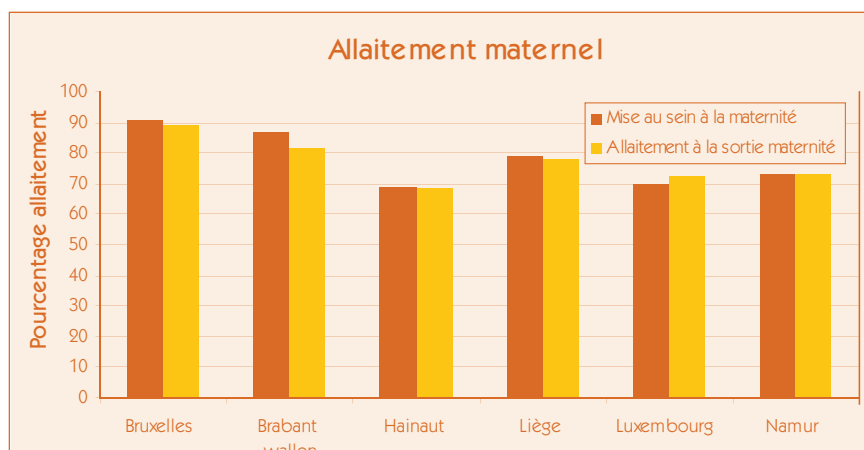


Source : BDMS-ONE " avis de naissance " 1994-2003

PAR SUBRÉGION

Il existe cependant d'importantes variations par subrégion pour ce qui est de la durée de l'allaitement maternel. Les subrégions où les enfants âgés de 0 à 1 an sont plus longtemps allaités sont Bruxelles et le Brabant wallon, et d'autre part, à Namur et dans le Hainaut les taux sont les plus bas. A la 12^e semaine par exemple, 35% d'enfants environ sont encore allaités au sein maternel à Bruxelles et dans le Brabant wallon contre 18% seulement dans les provinces de Namur et du Hainaut.

GRAPHIQUE 3 Mise au sein après l'accouchement et allaitement maternel exclusif en en 2003

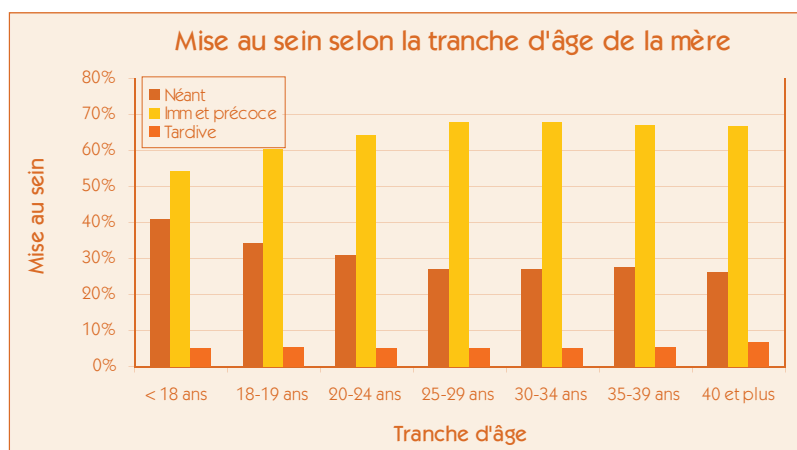


Source BDMS-ONE " avis de naissance " 2003, inconnues : 17% mise au sein et 3% régime à la sortie de la maternité.

FACTEURS INFLUENÇANT LA DÉCISION D'ALLAITER ANALYSÉS PAR LA BANQUE DE DONNÉES

ÂGE DE LA MÈRE

GRAPHIQUE 4 Proportion de mise au sein après l'accouchement par âge de la mère



Source BDMS-ONE " avis de naissances " 2003, inconnues 18%.

Le graphique montre à quel point l'âge de la mère à l'accouchement influence sa décision d'allaiter.

TABLEAU 1 Mise au sein par subrégion selon la tranche d'âge et la nationalité de la mère

MISE AU SEIN APRÈS L'ACCOUCHEMENT SELON LA TRANCHE D'ÂGE ET LA NATIONALITÉ PAR PROVINCE						
Mise au sein	Bruxelles	Brabant wallon	Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur
Belges						
Moins de 20 ans	72,00%	60,20%	57,10%	59,50%	48,50%	58,10%
20 ans et plus	73,60%	70,80%	62,50%	64,60%	57,10%	66,40%
Autres nationalités						
Moins de 20 ans	78,70%	91,30%	62,50%	80,80%	72,30%	69,10%
20 ans et plus	78,40%	83,10%	61,70%	77,70%	63,30%	67,40%

Source BDMS-ONE " avis de naissance " 2003, inconnues : 17% mise au sein et 3% régime à la sortie de la maternité.

LORSQU' ON ANALYSE LA POPULATION BELGE, ON REMARQUE QUE :

- >> comme dans le graphique précédent, les mères de moins de 20 ans allaitent moins après l'accouchement que les mères de 20 ans et plus. Les écarts sont plus flagrants en région wallonne qu'à Bruxelles.
- >> il y a une plus grande proportion de mise au sein à Bruxelles, et dans une moindre mesure au Brabant wallon, que dans les autres subrégions.

LORSQU' ON ANALYSE LES AUTRES POPULATIONS, ON REMARQUE QUE :

- >> les mères de moins de 20 ans ont un taux similaire, voire supérieur de mise au sein après l'accouchement que les mères de 20 ans et plus.
- >> Bruxelles, le Brabant wallon et Liège ont des proportions de mise au sein plus grandes que les trois autres subrégions.

EN FLANDRE, ON RETROUVE ÉGALEMENT DE GRANDES DIFFÉRENCES DANS LE CHOIX DE L'ALLAITEMENT EN FONCTION DE LA PROVINCE :

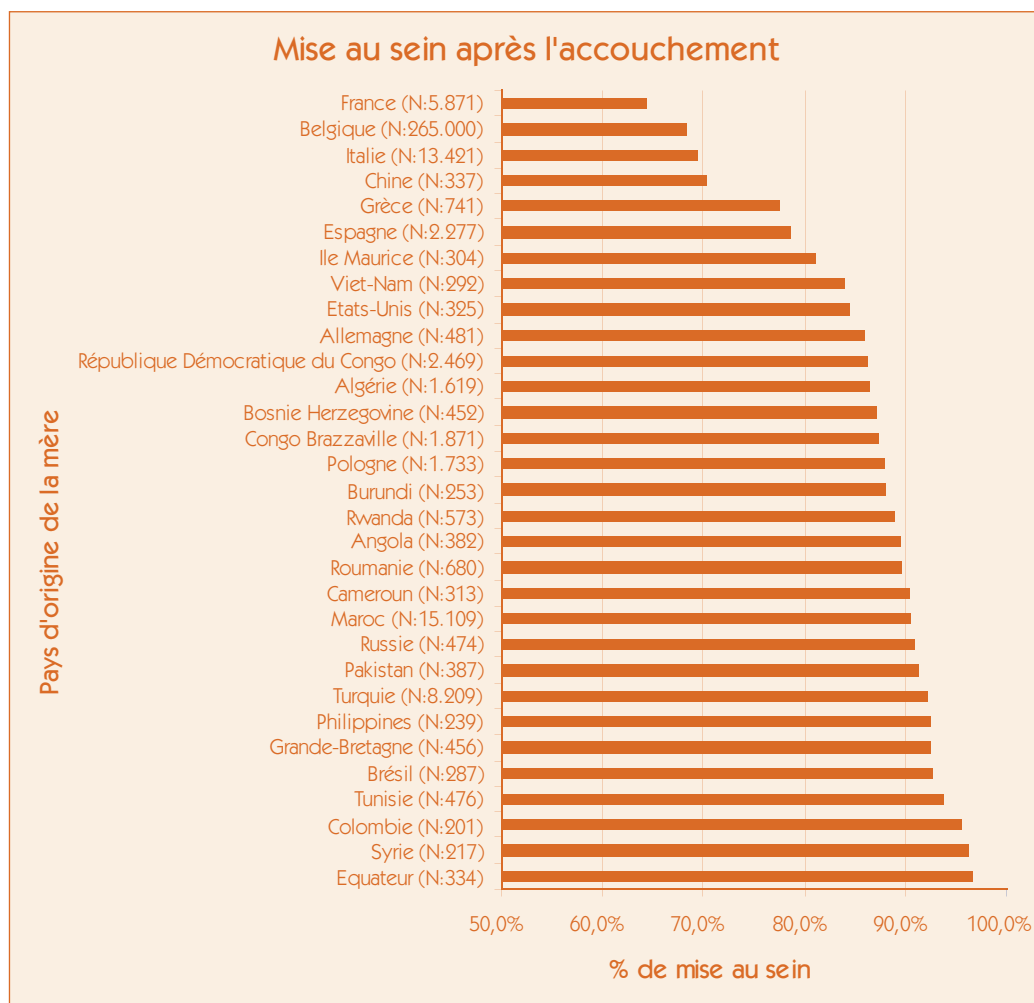
- >> West - Vlanderen 54,5% choisissent l'allaitement maternel à la maternité.
- >> Vlaams Brabant 76,3% choisissent l'allaitement maternel à la maternité.

ALLAITEMENT ET NATIONALITÉ D'ORIGINE DE LA MÈRE

L'allaitement est influencé par la culture, culture d'origine, culture du pays d'accueil et représentations sociales. Une part de ces facteurs relève de la transmission familiale de techniques de soins au nouveau-né et s'applique surtout aux classes populaires.

Seules les nationalités d'origine les plus fréquentes des mères sont prises en compte dans le graphique qui suit. Celui-ci montre que seules les femmes françaises allaitent moins que les femmes belges. La moyenne est mentionnée pour l'ensemble des nationalités reprises dans la Banque de données de l'O.N.E., ce qui représente plus de 333.000 femmes, avec un minimum de 200 mères par pays repris. Les belges représentent 80% de cette population.

GRAPHIQUE 5 Mise au sein après l'accouchement et nationalité d'origine de la mère

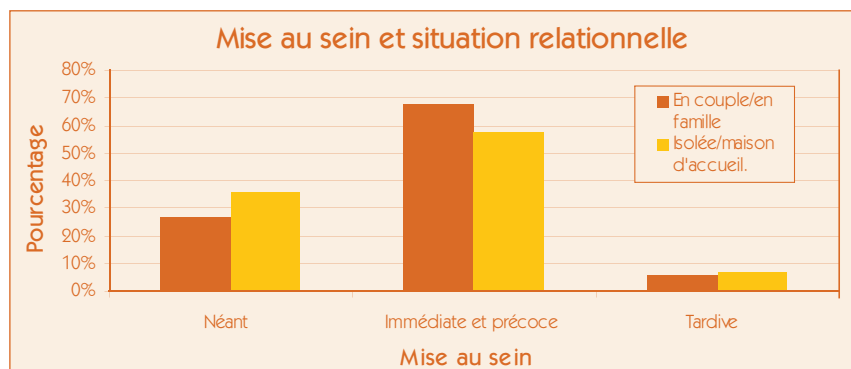


Données " avis de naissances " Cumul 1994-2003.

SITUATION RELATIONNELLE

La situation relationnelle de la mère influence également fortement le choix de l'allaitement. L'hypothèse que nous faisons est que l'entourage de la mère lui procure un sentiment de sécurité plus grand et un soutien nécessaire pour la mise en place, et le maintien de l'allaitement.

GRAPHIQUE 6 Mise au sein après l'accouchement et état relationnel de la mère



Données " avis de naissances " 2003, inconnues 21%

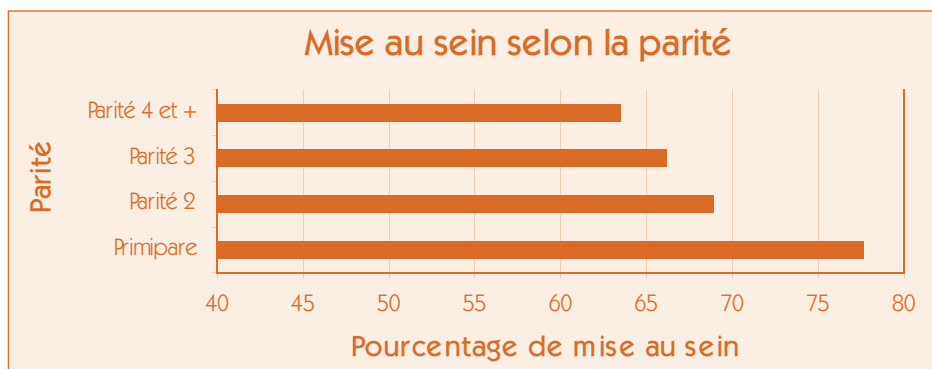
SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE

De nombreuses études montrent que le taux d'allaitement varie en fonction du niveau socio-économique, du niveau d'études de la mère et du père en Europe.

La BDMS ne dispose malheureusement pas d'indicateur socio-économique au niveau des " Avis de naissance ".

PARITÉ

GRAPHIQUE 7 Mise au sein selon la parité



Données " avis de naissances " 2003, inconnues 19%

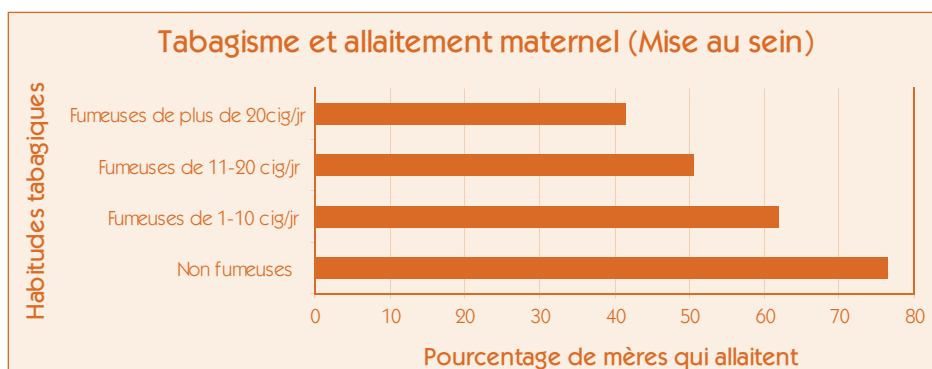
La parité influence la décision d'allaiter. Les primipares allaitent relativement plus que les autres.

Une étude menée au Royaume-Uni⁴ en 2000 montre également cette différence : seulement un quart des femmes qui ont donné le biberon au premier enfant tenteront l'allaitement pour le suivant.

Les mères qui avaient allaité plus de 6 semaines allaitaient le second dans 96% des cas contre 68% lorsqu'elles avaient arrêté leur allaitement avant 6 semaines.

ALLAITEMENT ET TABAGISME

GRAPHIQUE 8 Consommation quotidienne de cigarettes et mise au sein



Données " avis de naissances " 2003, inconnues 31%

4 B. Hamlyn, S. Brooker, K. Oleinikova, S. Wands, "Infant feeding Survey", TSO, London, 2002

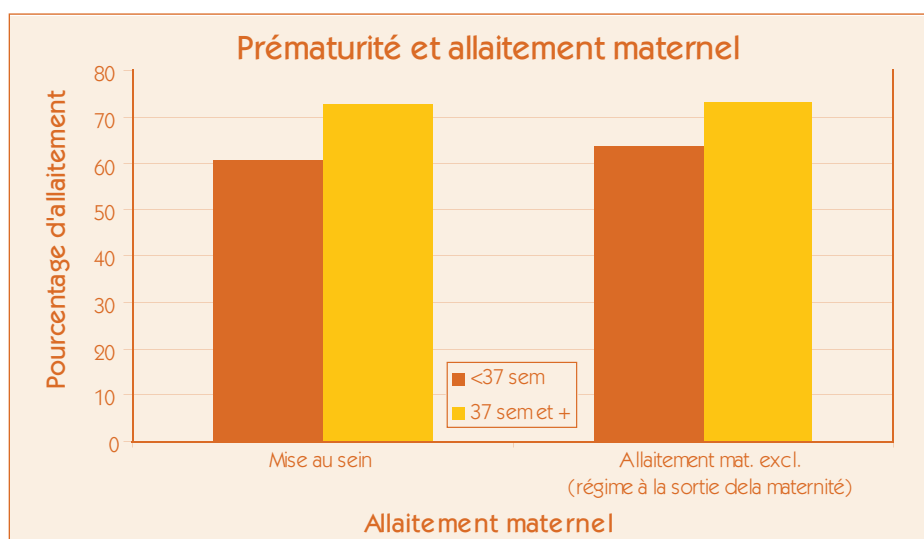
TABLEAU 9 Mise au sein et consommation tabagique par tranche d'âge et selon la nationalité d'origine de la mère.

MISE AU SEIN APRÈS L'ACCOUCHEMENT ET TABAGISME PAR TRANCHE D'ÂGE					
	Non fumeuse	1-10 cig/jour	11-20 cig/jour	>20 cig/jour	Total
Belges					
Moins de 20 ans n	1494	663	306	88	2551
%	58,57	25,99	12,00	3,45	100
20 ans et plus n	54061	7002	3289	1340	65692
%	82,29	10,66	5,01	2,04	100
Total Belges	55555	7665	3595	1428	68243
	81,41	11,23	5,27	2,09	100
Etrangères					
Moins de 20 ans n	1010	130	38	13	1191
%	84,80	10,92	3,19	1,09	100
20 ans et plus n	27275	2036	652	217	30180
%	90,37	6,75	2,16	0,72	100
Total étrangères	28285	2166	690	230	31371
	90,16	6,90	2,20	0,73	100

Données "avis de naissance"; Cumul 1999-2003 ; Inconnues: 27,8%

ALLAITEMENT ET PRÉMATURITÉ

GRAPHIQUE 9 Prématurité et allaitement maternel



Données "avis de naissance" 2003, inconnues : 16% mise au sein ; 3% régime sortie.

Si l'on comprend bien que la mise au sein soit plus que difficile chez un prématuré, on regrette néanmoins que près de 35% des bébés nés avant 37 semaines d'aménorrhée ne reçoivent que du lait artificiel. Un soutien particulier doit être accordé à cette population de mères et de nouveau-nés.

Docteur Gilbert - Conseillère Pédiatre O.N.E.
Samuel NDAME - Direction Etudes et Stratégies

DÉCROISSANCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL PENDANT LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE DE L'ENFANT

Les données présentées ci-dessous sont relatives au suivi de l'enfant et sont issues de plusieurs fiches de collectes de données. Celles-ci se sont succédées dans le temps afin d'ajuster au mieux le recueil de données à la situation de terrain, aux programmes de prévention de l'O.N.E. et à la situation sanitaire.

Il s'agit des "Volets 0-1an" 2ème version jusqu'en 1998 puis d'une 3ème version de 1999 à septembre 2002. Ces "Volets 0-1an" étaient complétés dès la 2ème visite de l'enfant en consultation et ce jusqu'au 1er anniversaire de celui-ci. Pour une partie de ces enfants, nous avons des données uniquement jusqu'à l'âge de 2-3 mois (correspondant à la fin du congé de maternité). Avec la version suivante, les "bilans de santé à 9 mois", nous ciblons uniquement les enfants qui ont l'âge requis (tolérance de + ou - 2mois) et qui se présentent spontanément à la consultation. Ce qui veut dire qu'il s'agit de populations d'enfants différentes, ce qui peut expliquer de petites variations dans les proportions obtenues d'une version à l'autre. A coté de cela, il faut aussi signaler que les "bilans de santé à 9 mois" ont été mis en route en octobre 2003 (enfants nés au premier trimestre) et qu'il s'agit donc d'1/4 de l'effectif annuel. Ces données devront donc être confortées par la suite.

EVOLUTION DE L'ALLAITEMENT

TABLEAU 3 Proportion d'enfants allaités exclusivement au sein.

PROPORTION D'ENFANTS ALLAITÉS EXCLUSIVEMENT AU SEIN							
		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002 ¹
N		14630	13096	17366	17780	15339	5884
Enfants allaités exclusivement au sein à 1 semaine	%	66,5	68,3	67	67,3	68,9	66,9
Enfants allaités exclusivement au sein à 12 semaines	%	23,8	24,9	23,3	24,3	25,9	25,9
Inconnues exclues	%	11,5	13,8	11	11	12,2	12,6

Données BDMS O.N.E., "Volet 0-1an"

¹ Données de la Communauté française excepté la province de Liège

Le tableau ci-dessus montre une très légère fluctuation dans la proportion d'enfants allaités exclusivement à 1 semaine. Celle-ci se situe entre 66,5% et 68,9% avec deux légères diminutions en 1999 et en 2002⁵. Ensuite, les premières données obtenues (enfants nés au 1er trimestre 2003) avec les " Bilans de santé à 9 mois " montrent qu'il y a 67,5% des enfants pour lesquels on a reçu un bilan de santé à 9 mois qui sont allaités exclusivement à 1 semaine. A 12 semaines, environ 1/4 des enfants nés de 1997 à 2002 sont encore allaités exclusivement au sein. Il faut noter qu'en 2003, on observe une progression très importante de l'allaitement exclusif (+10,1%) par rapport à l'année précédente. Cette augmentation importante est également observée à travers la médiane qui passe de 7 semaines en 1998 à 13 semaines en 2003. Rappelons toutefois que les données des "Bilans de santé à 9 mois" concernent seulement 1/4 des naissances annuelles suivies et que celles-ci devront donc être confortées.

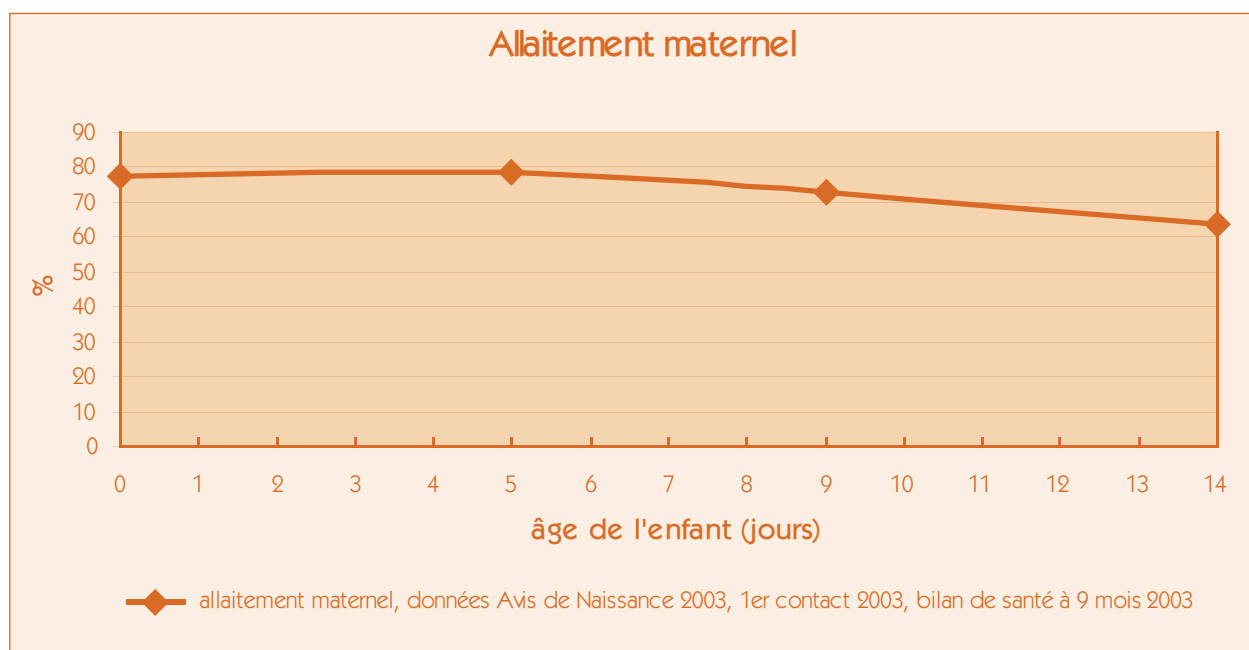
L'ALLAITEMENT MATERNEL PENDANT LES 15 PREMIERS JOURS DE VIE DU NOURRISSON

Les données obtenues sur l'allaitement sont issues de plusieurs fiches de collecte de données qui correspondent chacune à un moment précis du suivi préventif de l'enfant. L'analyse de nos données concernant la décroissance de l'allaitement de 1996 à 2000 chez les enfants qui ont 1 an (données "Avis de Naissance" et "V0-1an") montre que les premiers jours à la maternité et le retour à domicile constituent 2 périodes charnières pendant lesquelles un soutien professionnel de qualité est souvent souhaité et nécessaire au maintien de l'allaitement. En outre, les Travailleurs Médico-Sociaux décrivent l'importance d'un bon démarrage et du soutien professionnel et des pairs pendant les premiers jours.

⁵ Ceci peut s'expliquer par deux éléments essentiels. Tout d'abord, la modification des fiches de collecte de données concernant le suivi de l'enfant: l'introduction d'une nouvelle version du document de récolte de données pour tous les enfants nés à partir de 1999(V0-1an) ainsi que la réalisation de tests pour les documents "Bilans de santé" à 18 et 30 mois en 2003. Ces derniers concernent des enfants nés essentiellement en 2001 alors que les enfants nés en 2002 faisaient toujours l'objet d'un recueil de données en 2003 via les V0-1an. Ensuite, l'année 2002 a été pour L'ONE une année charnière pendant laquelle de sérieux changements ont été mis en place aussi bien au niveau de l'organisation même de l'Office qu'au niveau du contenu des missions de l'Office et donc de la fonction de ses agents (voir rapport d'activités de l'ONE). Dès lors, il semble assez légitime de penser que la collecte de données n'a pas pu se faire dans les conditions habituelles.

Afin de réaliser un graphique avec nos données les plus exhaustives, nous avons interpolés les données allaitement provenant de fiches différentes. Ces données sont représentées de manière longitudinale bien qu'il ne s'agisse pas d'une cohorte mais de populations différentes.

Ainsi, le graphique ci-dessous présente la proportion de notre population d'enfants allaités à la naissance et à 5 jours (données "Avis de naissance"), à 9 jours (données "1er contact") et à 14 jours (données "bilans de santé à 9 mois"). Toutes les données sont recueillies lors de la rencontre du TMS avec l'enfant. Les "Avis de naissance" sont complétés à la maternité par le TMS et représentent environ 90 % des naissances de droit. Les "1er contact" sont remplis lors de la première visite du TMS auprès du nouveau-né et couvrent environ 80% des naissances de droit. Les données du "bilan de santé à 9 mois" ont été recueillies dans les consultations pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 2003 auprès des enfants de 7 à 11 mois qui se sont présentés spontanément à la consultation, ce qui représente environ 30% des naissances de droit.



La proportion d'allaitement exclusif est de 77,6% à la naissance et de 68,7% à 2 semaines de vie, soit presque 10% des mères abandonnent l'allaitement pendant cette période. D'après le graphique, l'allaitement semble stable pendant le séjour en maternité puis commence à décroître autour du 5ème jour. Bien que la décroissance semble moins importante qu'en 1999-2000, ces proportions restent inférieures aux recommandations de l'OMS. Afin d'augmenter la proportion de mise au sein à la naissance, il serait intéressant de se pencher sur les pratiques hospitalières. Selon une étude réalisée à Montréal⁶, le portrait dressé des pratiques hospitalières illustre bien que les pratiques non recommandées restent encore présentes et que s'il est clair que les infirmières offrent un soutien professionnel important, les médecins restent peu engagés dans la promotion de l'allaitement maternel. Ainsi, par exemple, l'utilisation d'aide à la succion et le moment de la première mise au sein sont clairement associés avec le mode d'alimentation⁷.

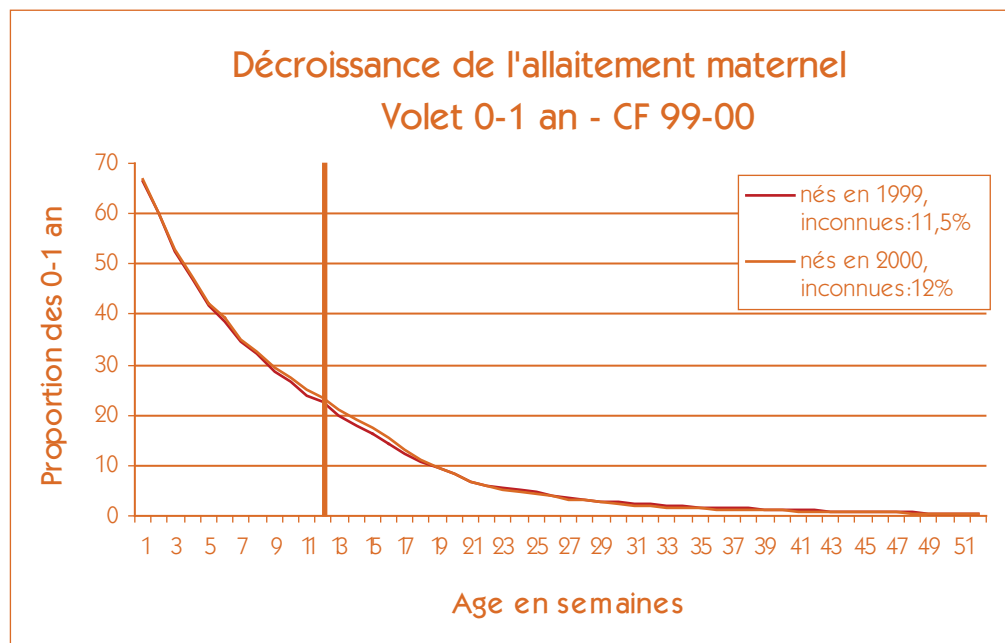
⁶ Allaitement maternel en milieu pluriethnique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de montréal-centre, direction de la santé publique, volume7, N°3, décembre 2003.

⁷ Monitoring de la promotion de l'allaitement maternel, rapport 2000, institut de médecine sociale et préventive de l'université de Bâle.

DÉCROISSANCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF AU COURS DE LA 1ÈRE ANNÉE DE VIE

EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Décroissance de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants âgés d'un an en Communauté française. Données 1999-2000.

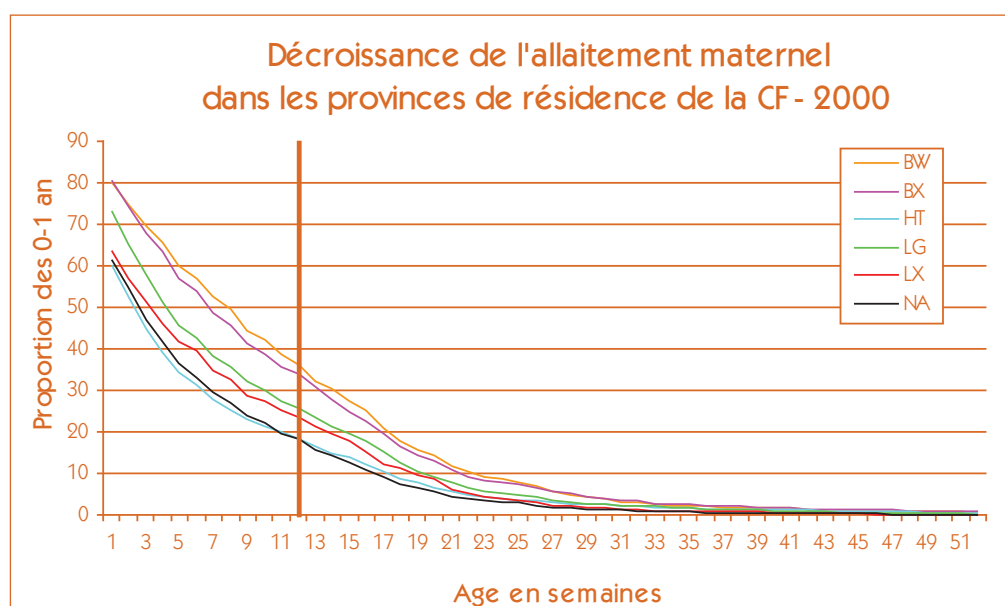


BDMS-O.N.E., " volet 0-1 an " 1999-2000

La décroissance des taux d'allaitement est rapide et motive la campagne développée au sein de l'O.N.E. pour encourager la poursuite de l'allaitement et postposer le sevrage comme recommandé par l'OMS.

PAR PROVINCE DE RÉSIDENCE

Décroissance de l'allaitement maternel exclusif par province chez les enfants âgés de 0 à 1 an en Communauté française en 2000.



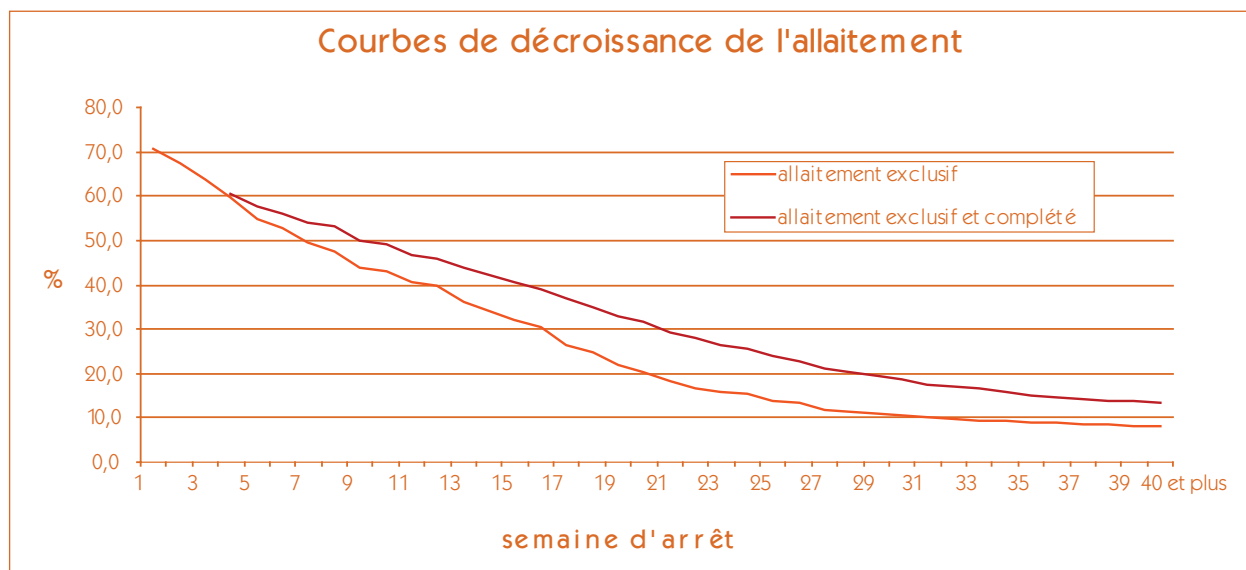
BDMS-O.N.E. " volet 0-1 an " 2000, inconnues:12%

La durée de l'allaitement varie selon la province de résidence. Les provinces du Brabant wallon et Bruxelles présentent les taux les plus élevés. Namur et le Hainaut présentent les taux les plus bas.

A la 12^e semaine, environ 35% des enfants sont allaités au sein maternel à Bruxelles et dans le Brabant wallon contre 18% dans les provinces de Namur et du Hainaut.

COURBE DE DÉCROISSANCE DE L'ALLAITEMENT EXCLUSIF VERSUS EXCLUSIF ET COMPLÉTÉ

EN DURÉE DE L'ALLAITEMENT AU COURS DES 9 PREMIERS MOIS DE VIE EN 2003 (N=2722)



BDMS O.N.E., Bilans de santé à 9 mois, naissances janvier 2003-mars 2003, inconnues:5,8%

La courbe de l'allaitement maternel exclusif montre qu'il y a environ 70 % des bébés qui sont allaités à la naissance, 40% à 12 semaines et 15% à 24 semaines.

De manière générale, en ce qui concerne les enfants allaités au sein (exclusivement ou en partie), 47% sont allaités au sein à 12 semaines et 26% des enfants de notre population sont allaités à 24 semaines. La Médiane parmi la population d'enfants allaitée de manière complétée et/ou exclusive est de 15 semaines.

ALLAITEMENT ET CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE NOTRE ÉCHANTILLON À LA NAISSANCE ET À 12 SEMAINES

Note: Les données présentées ci-dessous sont les résultats d'une analyse univariée portant sur la description de la variable "allaitement maternel". La recherche des facteurs confondants qui pourraient expliquer une partie de la variation du facteur socio-démographique sur l'allaitement, ou un modèle intégrant le poids respectif de chacune de ces variables prédictives de l'allaitement devra faire l'objet d'une analyse plus fouillée.

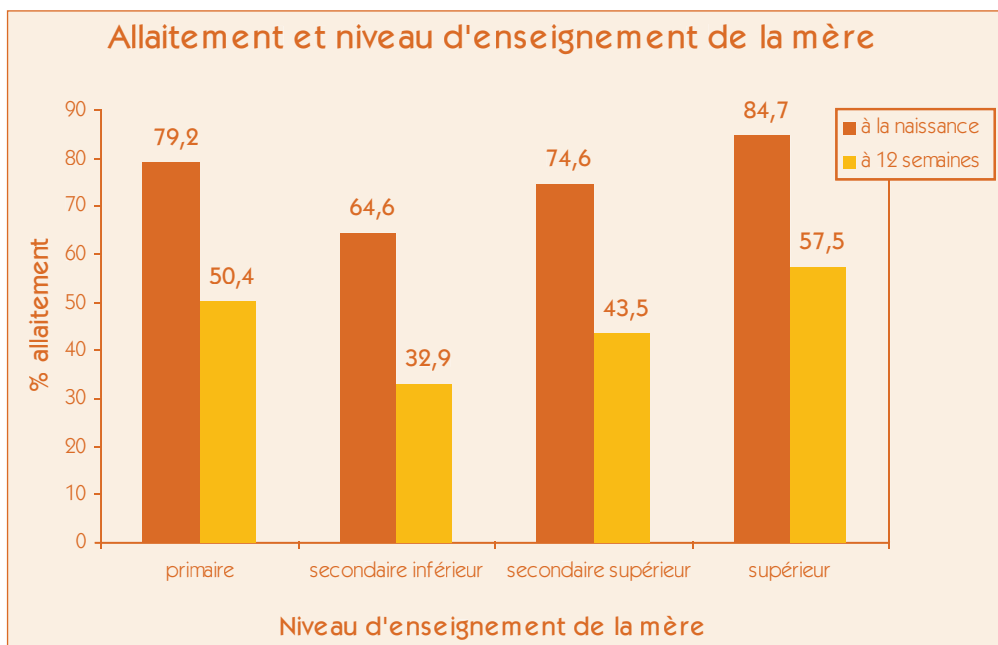
AGE DE LA MÈRE (ANNÉE) ET ALLAITEMENT

Age de la mère et Allaitement		
	% d'allaitement à la naissance (n=2539, inconnues:7,7%)	% d'allaitement à 12 semaines (n=2226, inconnues:18,9%)
"<18 ans"	59,1 (n=22)	25,0 (n=20)
"18-19 ans"	61,0 (n=59)	24,1 (n=54)
"20 ans et +"	76,8 (n=2458)	47,1 (n=2152)

BDMS O.N.E., Bilans de santé à 9 mois, nés au 1er trimestre 2003

A la naissance, la proportion de mères qui allaitent augmente avec l'âge. Cette augmentation est statistiquement très significative ($p < 0,05$). Le calcul des risques relatifs montre que les mères de moins de 18 ans ont 0,77 fois moins de chances d'allaiter leur bébé que celles qui ont " 20 ans et plus " (RR (IC 95%) : 0,77 (0,54-1,09)). De même, les mères de " 18 ans et de 19 ans " ont 0,79 fois moins de chances d'allaiter leur bébé que celles qui ont " 20 ans et plus " (RR (IC 95%) : 0,79 (0,65-0,98)). A 12 semaines, environ 40% des mères de "moins de 20 ans" qui allaitaient à la naissance continuent à 12 semaines et environ 60% des mères de "20 ans et plus" qui allaitaient à la naissance continuent à 12 semaines.

NIVEAU D'ENSEIGNEMENT DE LA MÈRE ET ALLAITEMENT



Niveau d'enseignement de la mère et allaitement		
	A la naissance (n=2173, inconnues: 20,9%)	A 12 semaines (n=1905, inconnues: 30,6%)
Primaire	79,2 (n=144)	50,4 (n=121)
Secondaire inférieur	64,6 (n=494)	32,9 (n=428)
Secondaire supérieur	74,6 (n=756)	43,5 (n=665)
Supérieur	84,7 (n=779)	57,5 (n=691)

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 9 mois", nés au 1er trimestre 2003

L'allaitement varie en fonction du niveau d'enseignement de la mère. Les mères qui sont très peu scolarisées (catégorie "primaire") allaitent plus que la moyenne (79,2% à la naissance) puis les fréquences d'allaitement diminuent (64,6% à la naissance) pour remonter très nettement avec le diplôme. Cette association est statistiquement très significative ($p < 0,001$). Un bébé dont la mère a fait des études primaires a 0,93 fois moins de chances d'être allaité qu'un bébé dont la mère a fait des études supérieures (RR (IC 95%) : 0,93 (0,85-1,02)). Dans le même sens, un bébé dont la mère a fait des études secondaires inférieures a 0,76 fois moins de chances d'être allaité qu'un bébé dont la mère a fait des études supérieures (RR (IC 95%) : 0,76 (0,71-0,82)). Tout comme, un bébé dont la mère a fait des études secondaires supérieures a 0,88 fois moins de chances d'être allaité qu'un bébé dont la mère a fait des études supérieures (RR (IC 95%) : 0,88 (0,84-0,93)).

Séverine GOJARD⁸ rappelle que l'allaitement augmente quand on s'élève dans l'échelle sociale et quand le niveau du diplôme augmente (sauf pour les niveaux les plus bas). Il est également plus élevé quand la mère a passé son enfance en dehors de l'Europe.

Dans notre population, on sait que les mères d'origine étrangère sont largement représentées dans notre catégorie de mères peu scolarisées (niveau primaire), ce qui met en évidence des habitudes culturelles en faveur de l'allaitement.

⁸ Gojard, S., Approche sociologique de l'allaitement, cahiers de maternologie, revue de la maternité psychique, n°19, 2002.

A 12 semaines, on retrouve la même courbe en forme de U qui s'est déplacée vers le bas avec toutefois une diminution de la proportion d'allaitement qui varie légèrement en fonction du diplôme de la mère. En effet, à 12 semaines la proportion d'enfants allaités en fonction du niveau d'enseignement diminue de 28,8% pour le niveau primaire, de 31,7% pour le niveau secondaire inférieur, de 31,1% pour le niveau secondaire supérieur et de 27,2% pour le niveau supérieur. Ce qui signifie que les mères de niveau primaire et supérieur sont plus nombreuses à continuer l'allaitement à 12 semaines que celles de niveau secondaire. D'après Séverine GOJARD, l'allaitement varie en fonction de plusieurs facteurs: ceux regroupés autour de la transmission familiale (modèle populaire) et ceux qui relèvent de l'information et des conseils des professionnels de santé (modèle savant). Elle observe que les facteurs relevant du modèle populaire ont un effet positif sur la durée. Par contre les facteurs qui relèvent de l'allaitement savant ne semblent pas influencer la durée. Celle-ci peut-être très courte ou très longue. Dans notre échantillon, un diplôme élevé semble influencer la durée et pourrait être lié aux actions de promotion de l'allaitement maternel : au plus les mères sont scolarisées, au plus elles sont sensibles aux conseils et aux arguments diffusés par les professionnels de santé en faveur de l'allaitement.

SITUATION D'EMPLOI DE LA MÈRE

Situation d'emploi de la mère et Allaitement		
	% d'allaitement à la naissance (n=2472, inconnues:10,0%)	% d'allaitement à 12 semaines (n=2162, inconnues:21,2%)
occupe un emploi	76,4 (n=1215)	44,3 (n=1081)
n'occupe pas d'emploi	76,6 (n=1257)	49,6 (n=1083)

BDMS O.N.E., Bilans de santé à 9 mois, nés au 1er trimestre 2003

La situation d'emploi de la mère (occupe ou non un emploi) n'influence pas la proportion d'allaitement à la naissance. Par contre, à 12 semaines, les mères qui n'occupent pas d'emploi sont plus nombreuses à continuer l'allaitement que celles qui occupent un emploi. Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,05$) et correspond à la fin du congé de maternité et par là à la reprise du travail des mères. En effet, malgré les aménagements légaux (pauses d'allaitement)⁹ pour permettre la continuation de l'allaitement, la reprise du travail est souvent synonyme de sevrage car il reste très difficile de concilier travail et allaitement. L'analyse statistique montre que les mères qui occupent un emploi ont 0,89 fois moins de chances d'allaiter à 12 semaines que celles qui n'occupent pas d'emploi (RR(IC à 95%): 0,89 (0,82-0,98)).

SITUATION FAMILIALE DE L'ENFANT

Situation familiale de l'enfant et Allaitement		
	% d'allaitement à la naissance (n=2596, 5,5%)	% d'allaitement à 12 semaines (n=2279, 17,0%)
"vit avec 1 parent/pouponnière/ 1 autre membre de la famille"	68,4 (n=171)	28,7 (n=143)
"vit avec ses 2 parents/ 1 parent + 1 compagnon"	76,7 (n=2425)	47,5 (n=2136)

BDMS O.N.E., Bilans de santé à 9 mois, nés au 1er trimestre 2003

A la naissance, les bébés qui vivent avec 1 parent ou en pouponnière sont proportionnellement moins allaités que ceux qui vivent avec leurs 2 parents ou un parent + compagnon. Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,05$). Ainsi, les enfants qui vivent avec 1 parent/pouponnière ont 0,9 fois moins de chances d'être allaités (RR (IC 95%) : 0,9 (0,8-1)) que les autres.

A 12 semaines, la différence est encore plus marquée (elle est statistiquement très significative ($p < 0,001$)). Les bébés qui vivent avec leurs 2 parents ou un parent + compagnon continuent à être proportionnellement nettement plus allaités que ceux qui vivent avec 1 parent ou en pouponnière. A côté des situations où la séparation de la mère et de l'enfant rendent l'allaitement impossible, les autres situations d'isolement familial constituent probablement un frein au maintien de l'allaitement. Statistiquement, à 12 semaines les bébés qui vivent avec 1 parent ont 0,6 fois moins de chances d'être allaités que les autres (RR à 95%:0,6 (0,46-0,79)).

⁹ Voir le "Carnet des parents", ONE

POIDS DU BÉBÉ À LA NAISSANCE (GRAMMES)

Poids du bébé (grammes)		
	% d'allaitement à la naissance (n=2612, inconnues:4,9%)	% d'allaitement à 12 semaines (n=2293, inconnues:16,5%)
"≤2500"	67,4 (n=190)	39,4 (n=165)
">2500"	76,7 (n=2422)	46,8 (n=2128)

BDMS O.N.E., Bilans de santé à 9 mois, nés au 1er trimestre 2003

À la naissance, la différence entre la proportion des enfants allaités de "moins de 2500g" et de "2500g et plus" est statistiquement très significative ($p < 0,001$).

Les enfants de "moins de 2500g" ont 0,9 fois moins de chances d'être allaités que ceux de "2500g et plus" (RR(IC95%): 0,9 (0,8-1)). Ces résultats sont peu surprenants puisqu'il s'agit de bébés essentiellement prématurés. Ceux-ci séjournant dans la plupart des cas en Néonatalogie, il paraît dès lors évident que l'allaitement est plus compliqué (stress dû à la situation, organes immatures, ...) même s'il est toujours possible de tirer son lait, de le conserver ou de le transmettre directement au corps soignant.

À 12 semaines, la proportion de bébés allaités qui ont ">2500g" reste proportionnellement plus importante que les bébés de "≤2500g" mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

ALIMENTATION ADAPTÉE

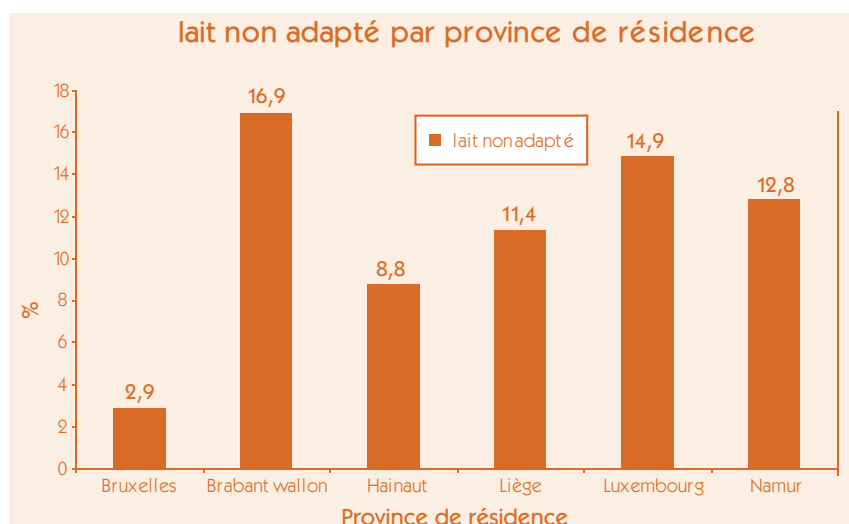
ENFANTS BÉNÉFICIANT D'UNE ALIMENTATION ADAPTÉE À 9 MOIS

Enfants bénéficiant d'une alimentation adaptée à 9 mois		
	n	%
Lait artificiel adapté	1954	82,5
Lait maternel exclusif	203	7,8
Lait non adapté	211	9,7
Total	2492	100

BDMS O.N.E., Bilans de santé à 9 mois, nés au 1er trimestre 2003

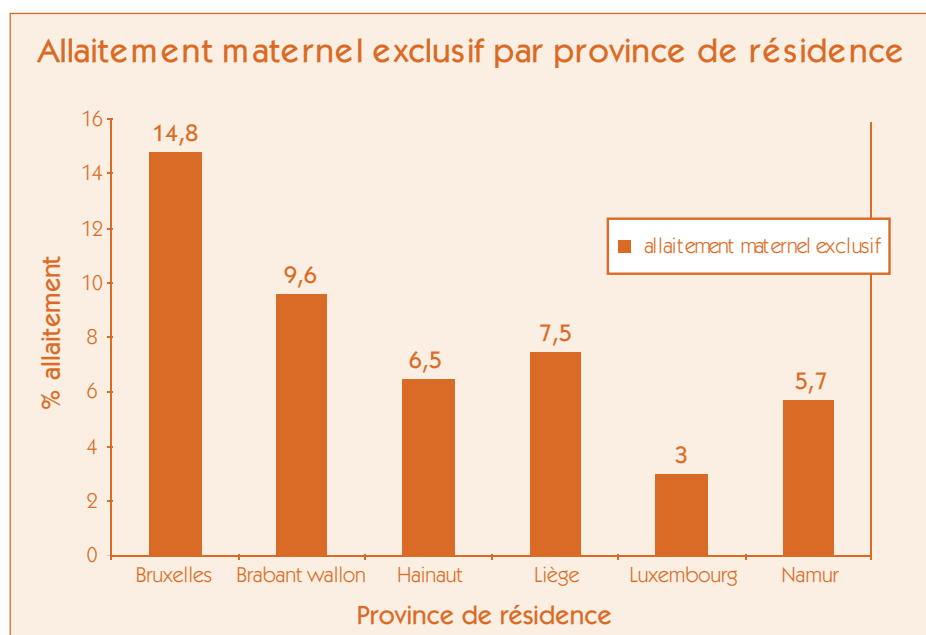
Plus de 90% des enfants de notre population reçoivent du lait adapté (naturel ou artificiel) pour moins de 10% d'enfants qui reçoivent du lait non adapté.

RÉPARTITION DU LAIT INADAPTÉ (AUTRE QUE LAIT ARTIFICIEL ADAPTÉ ET MATERNEL EXCLUSIF) PAR PROVINCE DE RÉSIDENCE.



L'histogramme montre qu'il y a des différences d'alimentation entre les provinces. Bruxelles compterait seulement 2,9% d'enfants faisant partie de la population O.N.E. qui ne recevrait ni un allaitement maternel exclusif ni un lait adapté artificiellement. Par contre, le Brabant wallon compterait 16,9% d'enfants recevant du lait non adapté à leur âge. Ce qui est plutôt surprenant étant donné que cette dernière est une province plus aisée (au niveau socio-économique). Les chiffres particulièrement bas des communes de Bruxelles pourraient eux s'expliquer par une grande partie de la population qui fréquentent les structures de l'O.N.E. qui est d'origine et/ou de nationalité étrangère et qui comme on l'a vu précédemment allaitent en moyenne plus souvent et plus longtemps que les Belges. L'histogramme semble montrer une cohérence dans la répartition des provinces de type rurale ou urbaine. Une explication qui devrait être vérifiée serait que les pratiques alimentaires dans les provinces plus rurales seraient encore imprégnées par la croyance à tort que le lait de vache constitue le meilleur lait pour le bébé. Un autre élément explicatif serait que les grandes villes : Bruxelles suivi de la province du Hainaut avec Charleroi puis de Liège, sont habitées par une proportion étrangère importante. Ce qui expliquerait un taux très bas de lait non adapté au profit d'un taux élevé d'allaitement maternel. L'histogramme suivant montre la proportion d'allaitement maternel exclusif par province.

ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF À 9 MOIS



L'histogramme montre en effet que Bruxelles présente une proportion élevée d'allaitement maternel exclusif (presque 15%). Le Brabant wallon montre 9,6%, suivi de Liège (7,5%).

Les 2 histogrammes ci-dessus montrent qu'une province avec un taux bas de lait non adapté présente un allaitement maternel exclusif élevé. Ceci pourrait être étayé par une comparaison des communes plus favorisées avec des communes moins favorisées de Bruxelles capitale. Par ailleurs, l'indicateur nationalité issu des fiches "Avis de Naissance" pourrait servir de repère par rapport à la fréquence des nationalités dans les communes bruxelloises.

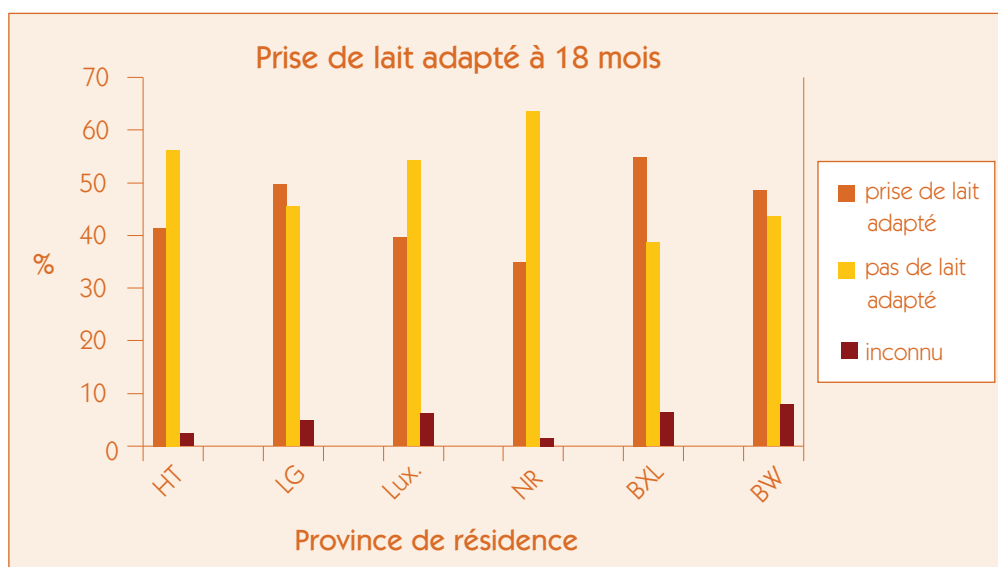
PRISE DE LAIT ADAPTÉ À 18 MOIS

Prise de lait adapté à 18 mois		
	n	%
oui	1183	48,9
non	1238	51,1
Total	2421	100

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 18 mois", nés en septembre et octobre 2001, inconnues:4,7%

À 18 mois, il n'y a que la ½ des enfants qui reçoivent une alimentation adaptée. Ce taux devra être amélioré afin de se rapprocher des recommandations (lait adapté jusqu'au moins 18 mois) de l'OMS.

PRISE DE LAIT ADAPTÉ À 18 MOIS, PAR PROVINCE DE RÉSIDENCE



Bruxelles présente le taux le plus haut de prise de lait adapté avec plus de 50% tandis que Namur a le taux le plus bas (environ 30%) suivi par le Luxembourg et le Hainaut.

Les données ne permettent pas de donner le pourcentage d'enfants recevant encore du lait maternel à 18 mois.

Anne LIESSE - Direction études et stratégies

OBJECTIFS PRIORITAIRES

ALLAITER, C'EST OFFRIR LA MEILLEURE ALIMENTATION À SON BÉBÉ

L'allaitement maternel, donné exclusivement, répond à tous les besoins du bébé jusqu'à l'âge de 6 mois. L'ensemble des avantages du lait maternel est unique. La prolongation de l'allaitement maternel exclusif autant que la mère le souhaite, est un objectif de santé publique.

- >> Soutenir la mère dans son choix et lui donner confiance en elle et en son enfant.
- >> L'aider à utiliser les possibilités de maintenir un allaitement exclusif.
- >> Informer la mère allaitante des effets négatifs d'un recours trop rapide à des compléments de lait adapté en cas de problème.
- >> Aménager un « coin allaitement » à la consultation ou dans le milieu d'accueil.

POURSUIVRE LE LAIT "DE SUITE" OU LAIT "DE CROISSANCE" JUSQU'À 18 MOIS

Le lait « adapté » apporte une meilleure garantie d'équilibre alimentaire que n'apporte pas le lait de vache, notamment quant aux quantités de protéines, de lipides, d'acide linoléique, de vitamines et minéraux.

C'est le moyen le plus efficace de prévenir l'anémie par carence en fer.

- >> Recommander l'utilisation d'un lait de suite ou d'un lait de croissance au moins jusqu'à l'âge de 18 mois.
- >> Être attentif aux enfants de milieux défavorisés tout en adaptant les objectifs.

ALLAITEMENT MATERNEL DES MÈRES QUI FRÉQUENTENT LES CONSULTATIONS PRÉNATALES DE L'O.N.E.

PROFIL PARTICULIER DES FEMMES QUI FRÉQUENTENT LES PRÉNATALES ONE

La population qui fréquente nos consultations prénatales se situe aux deux extrêmes dans son comportement vis-à-vis de l'allaitement maternel :

- >> On sait qu'une grande partie de notre population est constituée de futures mères socio-économiquement faibles. L'ONE draine en effet une proportion importante de patientèle vulnérable. Cet état de fait est encore renforcé à Bruxelles.¹⁰

Plusieurs éléments expliquent le profil de la population qui fréquente les prénatales ONE. La gratuité des consultations, la proximité des prénatales de quartiers et le travail social des TMS des consultations (actions d'éducation à la santé, la possibilité de bénéficier de visites à domicile pour les mères en difficultés, etc.) attirent particulièrement les femmes à faible ou sans revenus.

Le profil des femmes enceintes qui fréquentent les prénatales ONE s'explique aussi par la volonté de maintenir un service ouvert à tous, tout en accordant une attention particulière aux populations moins favorisées. La volonté de l'ONE est moins d'améliorer la couverture des femmes enceintes dans ses structures que de rester un service accessible aux populations qui en ont le plus besoin. L'objectif étant que toutes les femmes soient suivies par une structure de qualité quelle qu'elle soit.

OR LES CHAPITRES PRÉCÉDENTS MONTRENT QUE CHEZ LES MÈRES BELGES, L'ALLAITEMENT EST MOINS FRÉQUENT DANS LES CATÉGORIES SOCIO-ÉCONOMIQUES FAIBLES.

- >> A l'autre extrême du comportement vis-à-vis de l'allaitement, la population qui fréquente nos consultations prénatales est composée pour une autre partie de femmes immigrées.

OR, ON SAIT QUE LES FEMMES ISSUES DE L'IMMIGRATION ALLAIENT PLUS QUE LES FEMMES BELGES TOUTES CATÉGORIES SOCIO-ÉCONOMIQUES CONFONDUES.

Des recherches ont également pu montrer qu'aborder l'allaitement maternel lors des consultations prénatales augmente la proportion de femmes qui allaitent après la naissance et à la sortie de la maternité.

Nous essayons donc de voir dans les tableaux ci-dessous l'influence du suivi prénatal ONE sur l'allaitement¹¹. **MAIS, DU FAIT DU PROFIL DE LA POPULATION QUI FRÉQUENTE NOS CONSULTATIONS, SI L'ON PREND LA POPULATION GLOBALEMENT, ON NE REMARQUE PAS ÉNORMÉMENT DE DIFFÉRENCE ENTRE LES MÈRES SUIVIES EN PRÉNATALES ONE OU HORS ONE CONCERNANT L'ALLAITEMENT.**

PAR CONTRE, LES MAMANS SANS SUIVI PRÉNATAL ALLAIENT BEAUCOUP MOINS QUE LES AUTRES.

Des recherches ont également pu montrer qu'aborder l'allaitement maternel lors des consultations prénatales augmente la proportion de femmes qui allaitent après la naissance et à la sortie de la maternité.

Il aurait été intéressant de pouvoir sélectionner, par exemple, la population belge de catégorie socio-économique faible fréquentant les consultations prénatales ONE afin de la comparer aux femmes belges de catégorie socio-économique identique suivies en prénatales hors ONE afin de voir l'influence du suivi ONE sur l'allaitement. Malheureusement, les données extraites des " Volets prénatals " et des " Avis de naissance " ne reprennent pas d'indicateur socio-économique.

¹⁰ Ce profil est bien montré par les quatre indicateurs qui proviennent de la BDMS : l'état civil, la situation relationnelle, la situation professionnelle et le niveau d'instruction (voir la partie prénatal dans le suivi de la grossesse, p 29) ainsi que par deux autres indicateurs recueillis en 2003 : le pourcentage estimé de personnes non affiliées à une mutuelle et le pourcentage estimé de femmes avec difficulté d'expression et de compréhension du français. Ces indicateurs montrent avec évidence que les prénatales de l'ONE drainent une proportion importante de patientèle vulnérable. Cet état de fait est encore renforcé à Bruxelles.

¹¹ Comme détaillé dans la partie " Suivi des femmes enceintes ", les consultations prénatales sont chargées de la guidance médico-sociale de la grossesse. Celle-ci consiste notamment en deux types de missions pour les T.M.S. en périnatalité :

>> l'accompagnement psycho-médico-social et le soutien à la parentalité,

>> l'information et la promotion de la santé des parents et la préparation de la naissance.

C'est au cours de ces consultations que les futures mamans reçoivent une information complète sur les différents types d'allaitement.

MISE AU SEIN

Dans les données tirées de l'avis de naissance 2003 (tableau ci-dessous), on remarque que chez les femmes qui ont été suivies dans les prénatales ONE,

- >> la proportion de mise au sein immédiate et précoce est de 70,7 % pour 72,8 % chez les femmes suivies en prénatal ailleurs qu'à l'ONE.
- >> la proportion de mise au sein tardive est de 5,3 % pour 4,8 % chez les autres femmes
- >> la proportion d'allaitement artificiel d'emblée est de 24 % pour 22,3 % chez les autres femmes

LES MAMANS SUIVIES EN PRÉNATALES ONE ONT UN PEU PLUS DE RISQUE DE NE PAS ALLAITER APRÈS L'ACCOUCHEMENT (1,10 FOIS PLUS DE RISQUE) PAR RAPPORT À CELLES SUIVIES EN PRÉNATAL HORS ONE (gynécologue privé, généraliste, polyclinique,...) MAIS L'ASSOCIATION EST FAIBLE.

Le risque relatif (RR) mise au sein "néant" versus mise au sein "immédiate, précoce et tardive" (sans surveillance et inconnues exclues) est de 1,10 (1,04 - 1,16). La relation est statistiquement significative ($p < 0,01$) mais l'association est faible ($RR < 2$).

PAR CONTRE, LES MAMANS SANS SURVEILLANCE PRÉNATALE ONT QUASI 2 FOIS PLUS DE RISQUE DE NE PAS ALLAITER APRÈS L'ACCOUCHEMENT par rapport à celles suivies en consultation prénatale ONE ou hors ONE.

Le risque relatif mise au sein "néant" versus mise au sein "immédiate, précoce et tardive" (inconnues exclues) est de 1,88 (1,31 - 2,70). La relation est statistiquement significative ($p < 0,001$).

		MISE AU SEIN			Total
		Néant	Immédiate et précoce	Tardive	
Suivi prénatal ONE	n	1.974	5.815	434	8.223
	%	24,00%	70,70%	5,30%	100%
Suivi prénatal hors ONE	n	6.166	20.099	1.333	27.598
	%	22,30%	72,80%	4,80%	100%
Sans surveillance	n	46	75	8	129
	%	35,70%	58,10%	6,20%	100%
Total	n	8.186	25.989	1.775	35.950
	%	22,80%	72,30%	4,90%	100%

Source : Avis de naissance 2003, inconnues exclues : 25,7%

RÉGIME ALIMENTAIRE À LA SORTIE DE LA MATERNITÉ

En ce qui concerne le régime alimentaire à la sortie de la maternité, on remarque que

- >> 76,4 % des mamans suivies en consultation prénatale ONE continuent à allaiter (allaitement maternel exclusif ou mixte)
- >> et 78,9% des mamans suivies hors ONE continuent à allaiter (allaitement maternel exclusif ou mixte).

LES MAMANS QUI ONT ÉTÉ SUIVIES EN PRÉNATAL ONE ONT UN PETIT PEU PLUS DE RISQUE DE NE PAS ALLAITER (1,2 fois plus de risque) À LA SORTIE DE LA MATERNITÉ PAR RAPPORT AUX MAMANS SUIVIES HORS ONE MAIS L'ASSOCIATION EST FAIBLE.

Le risque relatif "lait artificiel" versus "allaitement maternel exclusif et mixte" à la sortie de la maternité est de 1,16 (1,09 - 1,22) (sans surveillance et inconnues exclues). La relation est statistiquement significative ($p < 0,001$) mais l'association est faible ($RR < 2$).

Par contre, LES MAMANS NON SUIVIES EN PRÉNATALES, ONT 2 FOIS PLUS DE RISQUE DE NE PAS ALLAITER À LA SORTIE DE LA MATERNITÉ par rapport à celles suivies en consultation prénatale ONE ou hors ONE.

Le risque relatif "lait artificiel" versus "allaitement maternel exclusif et mixte" à la sortie de la maternité est de 2,03 (1,45 - 2,86) (inconnues exclues). La relation est statistiquement significative ($p < 0,001$).

		RÉGIME À LA SORTIE DE LA MATERNITÉ			Total
		Lait artificiel	Allaitement mixte	Allaitement maternel exclusif	
Suivi prénatal ONE	n	2.046	60	6.574	8.680
	%	23,60%	0,70%	75,70%	100%
Suivi prénatal hors ONE	n	6.908	270	25.634	32.812
	%	21,10%	0,80%	78,10%	100%
Sans surveillance prénatale	n	52	2	91	145
	%	35,90%	1,40%	62,80%	100%
Total	n	9.006	332	32.299	41.637
	%	21,60%	0,80%	77,60%	100%

Source : Avis de naissance 2003, inconnues exclues : 13,8%

INFLUENCE DE LA NATIONALITÉ

MISE AU SEIN

Lorsque l'on stratifie la population selon le suivi ONE ou hors ONE ("sans surveillance" exclues), on observe que :

- >> Dans les consultations prénatales ONE (n = 8 223), les mères belges ont quasi 4 fois plus de risque de ne pas allaiter que les mères non-belges.
Le risque relatif mise au sein " néant " versus mise au sein " immédiate, précoce et tardive " est de 3,88 (3,44-4,39).
La relation est statistiquement significative (p<0,001).
- >> Dans les consultations prénatales hors ONE (n = 27 598), les mères belges ont quasi 2 fois plus de risque de ne pas allaiter que les mères non-belges.
Le risque relatif mise au sein " néant " versus mise au sein " immédiate, précoce et tardive " est de 1,83 (1,71-1,96).
La relation est statistiquement significative (p<0,001).

L'INFLUENCE DE LA NATIONALITÉ SUR L'ALLAITEMENT EST BIEN MARQUÉE : les mamans non-belges allaitent plus que les mamans belges.
CECI EST D'AUTANT PLUS MARQUÉ DANS LA POPULATION QUI FRÉQUENTE LES CONSULTATIONS PRÉNATALES ONE : l'influence du profil particulier des femmes qui fréquentent les consultations ONE joue ici un rôle déterminant.

RÉGIME À LA SORTIE DE LA MATERNITÉ

Lorsque l'on stratifie la population selon le suivi ONE ou hors ONE ("sans surveillance" exclues), on observe que :

- >> Dans les consultations prénatales ONE (n = 8 680), les mères belges ont 4 fois plus de risque de ne pas allaiter à la sortie de la maternité que les mères non-belges.
Le risque relatif est de 3,88 (3,44 - 4,39). La relation est statistiquement significative (p<0,001).
- >> Dans les consultations prénatales hors ONE (n = 32 812), les mères belges ont 2 fois plus de risque de ne pas allaiter à la sortie de la maternité que les mères non-belges.
Le risque relatif est de 1,99 (1,88 - 2,11). La relation est statistiquement significative (p<0,001).

L'INFLUENCE DE LA NATIONALITÉ SUR L'ALLAITEMENT À LA SORTIE DE LA MATERNITÉ EST DE NOUVEAU BIEN MARQUÉE : les mamans non-belges allaitent plus que les mamans belges.
CECI EST ÉGALEMENT PLUS MARQUÉ DANS LA POPULATION QUI FRÉQUENTE LES CONSULTATIONS PRÉNATALES ONE.

LA CAMPAGNE ALLAITEMENT MATERNEL DE L'O.N.E.

UNE CAMPAGNE DE PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL est menée par l'O.N.E. durant l'année 2004. Cette campagne se décline sous de multiples aspects.

SES OBJECTIFS SONT DE :

- >> Encourager, protéger et soutenir l'allaitement maternel
- >> Promouvoir la durée de l'allaitement maternel
- >> Veiller à la cohérence des messages en Communauté française.

La campagne vise comme public les professionnels de l'O.N.E., des maternités et des milieux d'accueil ainsi que les parents et leur entourage.

LES DIFFÉRENTES ACTIONS MENÉES JUSQU'À PRÉSENT PAR LES SERVICES DE L'O.N.E. SONT LES SUIVANTES :

- >> Formations des T.M.S. O.N.E. : organisation de 7 séminaires de 4 jours en 2004, reproductibles les années suivantes
- >> Confection d'une affiche O.N.E. à l'attention des parents " On est si bien, si on continuait... "
- >> Dépliant/brochure :
 - >>> diffusion aux parents et aux futurs parents via les T.M.S. et les milieux d'accueil, du folder Infor-allaitement " Vous souhaitez allaiter, vous allaitez déjà ",
 - >>> diffusion du " Guide à l'usage des professionnels " élaboré par le Centre d'Education du Patient ; de la fiche sur la conservation du lait maternel ainsi que du " Répertoire Allaitement maternel en Belgique " réalisé par le Comité fédéral de l'allaitement maternel.
- >> 3 Micro-programmes (mini-émissions télévisuelles thématiques axées sur l'enfance, diffusées plusieurs fois sur une semaine par la RTBF) basés sur l'allaitement
 - >>> Législation sur l'allaitement (pauses-allaitement),
 - >>> Qualité et quantité ? " Ai-je assez de lait ? ",
 - >>> Le sevrage
- >> Site Internet : mise en ligne des fiches " allaitement maternel " contenues dans le Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant.
- >> Etudes ponctuelles locales : projet d'études par des équipes de Huy et du Hainaut.

D'autres initiatives continueront à être mises en place au sein de l'Administration centrale de l'O.N.E. et sur le terrain dans le courant de l'année 2005.

SUR LE TERRAIN, les travailleurs médico-sociaux de l'ONE mettent de nombreuses initiatives en place afin d'accompagner les parents qui se posent des questions relatives au choix de l'allaitement maternel ou afin de soutenir ceux qui en ont déjà fait le choix.

Ces initiatives se présentent sous des formes variées (du soutien individuel à la séance collective) à des moments clés (pendant la grossesse et dès que l'enfant est né).

Ainsi, les TMS organisent régulièrement des séances d'informations pour les futurs parents tout au long de l'année. Elles répondent également aux demandes des parents lors de la visite à domicile programmée pendant la grossesse.

Lorsque le bébé est né, les parents peuvent à nouveau prendre part à des séances d'informations mais aussi recevoir les visites du TMS qui se centrera sur leurs préoccupations " Ai-je assez de lait ?, Combien de temps dois-je attendre entre deux tétées ? A-t-il assez mangé ? Faut-il espacer les repas de l'enfant ? "

A côté de l'information donnée par les professionnels, les (futurs) parents peuvent aussi assister à des groupes de paroles où des pairs partageront avec eux leurs vécus et expériences en matière d'allaitement maternel.

Depuis peu, les consultations de nourrissons aménagent également des " coins allaitement ". Ces espaces sont aménagés agréablement de sorte que la maman s'installe confortablement avec son bébé pour l'allaiter.

L'ensemble de ces initiatives soutiennent les parents afin que cette expérience d'allaitement maternel se prolonge et soit profitable pour le petit enfant.

MANGER C'EST PLUS QUE MANGER

L'allaitement quoi de plus naturel ! Depuis que l'humanité existe, dans tous les pays, des femmes allaitent leurs bébés. Ce geste naturel qui a permis à l'humanité d'exister est aussi profondément ancré dans les cultures et par là fortement influencé par le contexte et les représentations et les normes sociales en vigueur.

Dans notre pays, au cours du XX^{ème} siècle la propension à allaiter les nourrissons a fortement évolué par ailleurs, d'abord présenté comme un devoir moral pour les femmes, l'allaitement est devenu une source d'épanouissement et de bien-être pour l'enfant et pour sa mère.¹²

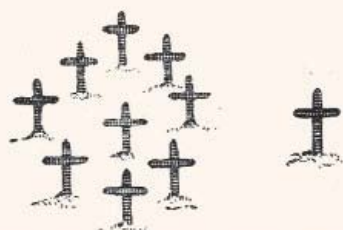
ALLAITER : UN DEVOIR POUR LA MÈRE, UN DROIT POUR L'ENFANT

L'abandon de l'allaitement maternel se généralise en Belgique durant la fin du dix-neuvième siècle et la première moitié du vingtième siècle. Dans les années 30, il n'y avait plus qu'environ 30 % des mères qui donnaient le sein.¹³ L'abandon de l'allaitement maternel était fréquent parmi les femmes de l'aristocratie et de la grande bourgeoisie pour qui s'occuper d'un tout petit était peu compatible avec les activités mondaines ou sociales. Cette tâche ingrate était laissée à la domesticité. D'autres femmes professionnellement actives plaçaient leur enfant chez des nourrices mercenaires qui allaitaient les enfants des autres contre rémunération mais cette pratique n'était semble-t'il guère aussi répandue que chez nos voisins français mais les données ne sont guère précises à ce sujet. Il faut souligner que dans les campagnes la mise en nourrice était relativement courante dans certaines régions de France notamment et que l'enfant devait "partager" le sein de sa nourrice avec d'autres enfants. Le nourrissage précoce par panades et bouillies était également répandu en Flandre notamment de même que le recours au biberon dès les premiers mois de la vie.¹⁴

Dans les familles ouvrières, les conditions de vie étaient particulièrement difficiles au début du vingtième siècle. Le congé de maternité n'était ni obligatoire, ni rémunéré et les jeunes enfants qui n'accompagnaient pas leur mère sur le lieu de travail étaient souvent confiés à des proches : parents ou voisins.

Au début du siècle, on avait assisté à une évolution favorable de la mortalité infantile dans tous les pays industrialisés mais les résultats obtenus par la Belgique ne sont guère brillants, en particulier pour la mortalité des nourrissons. Ils sont près de deux fois supérieurs à ceux de la Hollande par exemple et dans ce dernier pays, l'allaitement maternel étant lui aussi deux fois plus élevé que chez nous. L'abandon de l'allaitement maternel est alors considéré par tous les pédiatres comme la cause principale de la mortalité infantile. Dans les manuels de puériculture de l'époque le ton est très moralisateur. Il s'agit de provoquer la panique et la culpabilité des mères car donner le sein fait la mère. Ainsi : "N'est mère qu'à moitié celle qui n'a pas allaité"¹⁵. La pratique qui consiste à "faire peur en éducation à la santé"¹⁶ est très courante à l'époque mais il faut dire qu'elle prend une acuité particulière dans le domaine de l'allaitement du nourrisson comme on peut le voir dans l'illustration suivante extraite du Vade mecum du à l'initiative des Œuvres de l'enfance du Hainaut.

Jusqu'à 8 mois l'enfant ne digère bien que le lait de sa mère ; un autre lait, une alimentation plus compliquée peuvent amener des maladies et même la mort.



Sur 10 enfants qui meurent avant l'âge de 6 mois, 9 étaient alimentés au lait de vache, 1 recevait le lait maternel.

L'allaitement maternel est considéré comme un devoir pour la mère et un droit pour l'enfant dont la vie est en jeu. Ne pas allaiter constitue une faute. L'allaitement devient une "affaire publique" c'est ainsi, qu'un arrêté du Régent (arrêté du 15 Juillet 1946) impose aux maternités, aux maisons d'accouchement et aux consultations, d'établir un relevé du nombre de mères qui n'allaitent pas et des motifs d'abandon¹⁷. Certaines caisses d'allocations familiales offrent des primes aux mères allaitantes.

La "propagande" pour l'allaitement maternel va constituer la priorité de l'Œuvre Nationale de l'Enfance.

Les infirmières visiteuses reçoivent des consignes strictes en vue de convaincre les mères réticentes et celles qui obtiennent les scores les plus élevés d'allaitement dans leurs consultations sont mises à l'honneur dans la Revue de l'Enfant.

12 Geneviève Delaisi de Perceval, Suzanne Lallemand, L'art d'accommoder

les bébés,

(Editions du Seuil 1980) Editions Odile Jacob, Paris, 2001.

13 Voir la revue L'Enfant 1947

1947

Médecins, infirmières-visiteuses, dirigeants d'œuvres, assistants bénévoles de l'O.N.E., voici nos objectifs communs pour 1947 :

1. — **PROPAGER L'ALLAITEMENT MATERNEL.**
2. — **RALLIER TOUTES LES MAMANS DE BELGIQUE QUI PEUVENT DEVENIR « DONNEUSES DE LAIT » A NOS LACTARIUMS DE BRUXELLES ET DE LIÈGE.**
3. — **OBTENIR DU LAIT SAIN, DISTRIBUÉ AVEC UNE RIGoureuse HYGIENE.**

Ces trois points sont essentiels pour mener à bien notre combat contre la mortalité infantile. En voici un autre :

4. — **ASSURER A L'ENFANT UN MILIEU PROPICE : élimination des habitations malsaines, amélioration de l'hygiène publique, mesures pour favoriser le séjour de la mère au foyer, protection efficace de la famille, LUTTE CONTRE L'IGNORANCE ET LA NÉGLIGENCE DES PARENTS, campagne en faveur d'une hygiène alimentaire rationnelle, etc.**

Les œuvres de protection n'ont d'influence réelle que dans la mesure où elles agissent sur un milieu réceptif, capable de reconnaître leur nécessité et de comprendre leur but.

Dr. Garot,
Médecine Sociale de l'Enfance.

La propagande en faveur de l'allaitement maternel est inséparable durant toute la première moitié du vingtième siècle d'une propagande active contre le travail des mères. Les mères actives professionnellement n'allaitent pas et le travail des mères est considéré comme responsable de la baisse de la natalité et du relâchement des mœurs. Même s'il existe un courant féministe minoritaire favorable au travail des femmes et des nuances dans l'attitude des différentes familles politiques, globalement on peut dire que la pression est forte pour que les mères restent ou rentrent à la maison. Particulièrement durant les périodes de crise et chômage, au cours desquelles des mesures légales sont prises pour limiter le travail féminin. Les Œuvres et les infirmières visiteuses, sont invitées à se mobiliser pour éduquer les mères et leur faire comprendre le véritable intérêt des enfants et des familles. Toutes les forces vives sont mobilisées. Même si l'on évoque beaucoup l'instinct maternel, la maternité devient un métier que les mères devront désormais apprendre auprès des professionnel(le)s. Dans ce contexte, la réglementation des crèches est sévère et il n'est pas question de les

développer car elles risquent de favoriser le travail féminin. Elles sont selon l'expression consacrée un "mal nécessaire" (comme le travail des femmes) et sont réservées aux enfants pauvres et aux mères méritantes.

Pourtant dans les milieux populaires la mère doit souvent encore subvenir aux besoins de la famille et si elle ne travaille plus dans l'industrie, elle exerce des petits boulots à l'extérieur ou à domicile, elle aide son mari à la campagne etc... Le modèle familial qui est imposé par les classes bourgeoises comme le seul modèle valable n'est pas à la portée de toutes. Un sondage d'opinion réalisé en 1950 par l'Institut Universitaire d'Information Sociale et Economique (INSOC),¹⁸ montre que parmi la population de sexe féminin, les opinions à l'égard du travail féminin sont moins défavorables que celles qui sont exprimées par les hommes politiques et que l'idée selon laquelle les femmes doivent avoir la possibilité de travailler soit parce qu'elles le désirent soit par nécessité est largement partagée par les femmes.

Progressivement dans le courant des années cinquante, le ton utilisé dans les livres de puériculture évolue, les professionnels n'imposent plus mais conseillent, et le bonheur réciproque éprouvé par la mère qui allaite et l'enfant rassasié est mis en évidence. Les mères ne sont plus seulement dévouées elles sont heureuses. Bientôt le biberon et la publicité pour les laits artificiels envahissent les documents distribués aux mères. Certes on y vante toujours les bienfaits de l'allaitement maternel mais le bon usage du biberon stérilisé leur est expliqué ainsi que les bienfaits du lait adapté qui vient à la rescousse quand la mère n'a plus suffisamment de lait. L'usage de l'un et l'autre se voit ainsi banalisé. Il est à noter que dans la publicité concernant les laits "artificiels" l'image est toujours celle de la mère qui donne le sein.

ALLAITER OU PAS UN CHOIX PERSONNEL : UNE SOURCE D'ÉPANOUISSEMENT

A la fin des années 60, le contexte social et médical évolue et les risques de mortalité infantile diminuent. Le niveau de vie s'améliore, on est en plein développement économique. Les emplois de bureau se multiplient de même que ceux qui concernent les services aux personnes. Les femmes et les mères surtout les plus scolarisées se stabilisent sur le marché du travail même en présence d'enfants en bas-âge. Les mouvements d'émancipation des femmes trouvent un écho favorable dans la presse féminine. Désormais les femmes veulent décider par elles-mêmes. Elles veulent pouvoir choisir entre le travail et la maternité et avoir des enfants quand et si elles le souhaitent. La maternité devient une affaire strictement privée. Elle cesse d'être l'unique vocation féminine.

¹⁸ Guillaume JACQUEMYS, *Le travail de la femme hors du foyer*, Insoc N°4, 1950.



Dans les livres destinés aux mères, l'allaitement n'est plus présenté comme un sacrifice mais comme une pratique qui peut épanouir la mère dans sa relation avec son enfant. Après 68, il est interdit d'interdire. Les professionnels exposent désormais les avantages et les inconvénients de l'allaitement au sein et au biberon. Dans les ouvrages écrits par les médecins de la PMI la balance penche toujours en faveur de l'allaitement maternel mais de façon discrète et l'on prend soin de ne pas culpabiliser les mères qui donnent le biberon et il est même parfois précisé que les laits artificiels imitent de mieux en mieux le lait maternel. Même les avantages psychologiques de l'allaitement maternel sont relativisés car après tout : "Ne vaut-il pas mieux donner le biberon avec amour que le sein comme une contrainte".

Geneviève Delaisi de Perceval et Suzanne Lallemand relèvent que dans le célèbre ouvrage de Françoise Pernoud "J'éleve mon enfant", le chapitre sur l'alimentation titre dans sa version de 1966, "Vous allaiterez : voici pourquoi", tandis que l'édition de 1977 comporte un chapitre sur l'allaitement au sein et un autre sur le biberon.¹⁹

Les psychologues mettent en évidence les potentialités relationnelles du bébé qui dès son plus jeune âge est considéré comme une personne. Quelque soit le mode d'alimentation adopté il est vivement recommandé de nourrir l'enfant à la demande, alors que précédemment donner la tétée à heures fixes faisait partie des règles

de "l'élevage" du jeune enfant, comme celles qui consistaient à le laisser pleurer et ne pas le bercer. Désormais, les aspects relationnels occupent une place essentielle. Du devoir d'allaiter, on passe à un allaitement source d'épanouissement voire de plaisir pour l'enfant et sa mère. On note même que les mères allaitent plus et durant plus longtemps leur fils que leur fille.²⁰

Les femmes accouchent à la maternité et le personnel prend l'habitude de suggérer le biberon au moindre problème. Même si les affiches apposées sur les murs évoquent encore l'importance de l'allaitement maternel dans la pratique les mères qui veulent allaiter doivent s'accrocher et refuser les suppléments de lait.

Dans une enquête réalisée par la Ligue des Familles, dans les années 80,²¹ on constate que : parmi les mères qui adoptent l'allaitement maternel, un tiers réussit sans problème, un deuxième tiers se débrouille, et le dernier tiers éprouve des difficultés. Ce sont surtout les mères les plus scolarisées qui sont sensibles aux arguments des spécialistes et qui choisissent de donner le sein mais elles devront parfois faire face aux préjugés - aux habitudes. Dans les années 60 les américaines des classes aisées achetaient tout préparé des biberons dans les supers marché et allaiter faisait "pauvre et émigrant" du coup les moins fortunées mettaient aussi un point d'honneur à ne pas donner le sein²². Quelques années plus tard, on assiste à un renversement de tendance : les plus instruites suivront les conseils de leur pédiatre et donnent à nouveau le sein.

ALLAITER : DROIT DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Les femmes sont de plus en plus nombreuses à conjuguer travail et présence d'enfants en bas-âge et sur un plan économique les ménages à deux revenus s'imposent de plus en plus comme norme sociale. Aujourd'hui plus de 60 % des femmes ayant un enfant de moins de trois ans travaillent. L'implication professionnelle des mères et c'est un changement fondamental depuis les années septante, croît désormais en fonction de leur scolarisation. Plus le degré d'instruction augmente et plus la propension à conjuguer travail et maternité est forte. Cela ne signifie pas que les femmes des classes populaires restent nécessairement longtemps au foyer pour s'occuper de leurs enfants mais elles éprouvent plus de difficultés à se stabiliser sur le marché de l'emploi et à maîtriser leurs parcours professionnels. Elles doivent souvent se contenter de petits boulots précaires et d'horaires flexibles qui cadrent mal avec une vie familiale harmonieuse. Pour les femmes les moins qualifiées la maternité reste un facteur de minorisation et l'on constate que la féminisation de la pauvreté augmente suite à la fragilisation des liens familiaux et à la précarisation des emplois.



Colloque Travail - Enfants deux priorités
(Fondation Roi Baudouin - 1990)

Les livres consacrés à la maternité se diversifient et se multiplient. S'y retrouver devient difficile et l'on y dit souvent tout et son contraire. Les spécialistes vont alors avoir tendance à vouloir "redresser" la barre.

Dans les brochures de promotion de la santé outre les avantages pour l'enfant (dont la liste ne cesse de croître) ce qui est désormais à l'ordre du jour c'est le côté commode de la chose (allaiter c'est facile) c'est aussi le côté naturel qui est valorisé sans oublier les avantages économiques et tous les bienfaits secondaires dont la mère et l'enfant vont pouvoir bénéficier. Les pères ne sont plus évincés mais rassurés sur le fait qu'ils peuvent prendre leur place dans d'autres circonstances.

¹⁹ Geneviève Delaisi de Perceval, Suzanne Lallemand, op cit. p. 106

²⁰ I. Lézine, *Propos sur le jeune enfant*, Paris, Mame, 1974.

²¹ La Ligue des Familles, *Devenir mère dans les années 80*, Editions Le Soir, Bruxelles, 1987.

²² Geneviève Delaisi de Perceval, Suzanne Lallemand, Op.Cit p 113

Certains sujets restent malgré tout tabous comme par exemple les éventuelles contre-indications ou les échecs. Pas question non plus de parler des vilaines sucettes. L'allaitement précoce et à la demande est toujours préféré et surtout ce qui est neuf c'est que l'on préconise un allaitement exclusif pendant une plus longue période : une durée qui dépasse de loin celle du congé de maternité. D'une manière générale, il n'est plus guère question d'évoquer les contraintes et la fatigue des mères. L'image de la femme qui allaite est celle d'une femme instruite qui ne se laisse pas bernier par les préjugés et écoute les conseils des professionnels, une femme dynamique, active, confiante en ses propres capacités et heureuse. Si les professionnels de la santé soulignent les effets bénéfiques de l'allaitement maternel, il faut dire que les firmes qui commercialisent le lait sont très présentes et très actives sur le terrain.

L'équation femmes qui travaillent = femmes qui n'allaitent pas ne se vérifie plus dans la pratique. Ce serait même plutôt l'inverse comme on le voit dans les données de la B.D.M.S²³, mais peu de femmes continuent à allaiter lorsqu'elles reprennent le travail et il semble bien (mais l'on ne dispose pas de données précises) que les pauses allaitement ne soient guère utilisées par les travailleuses. La courbe d'allaitement en fonction du degré d'instruction des mères prend la forme d'un U dans laquelle chaque sommet correspond à un modèle d'allaitement. D'un côté, celui des femmes des classes populaires en particulier immigrées qui pratiquent un modèle d'allaitement qui relève de la transmission familiale de l'autre le sommet correspond à un modèle d'allaitement des femmes plus scolarisées qui adoptent les comportements relevant de l'intériorisation des normes "savantes"²³. Un bas niveau d'instruction étant par ailleurs un signe de pauvreté, à l'exception des femmes d'origine immigrées, les enfants des familles pauvres sont moins souvent allaités ce que confirme nos données mais également d'autres études réalisées tant au Québec qu'en France.

Depuis le début des années 90, les partenaires sociaux (employeurs et syndicats) ont inscrit la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale dans leurs préoccupations. Cela se concrétise par diverses mesures les unes développant les possibilités d'interruption de carrière, les autres favorisant l'accueil. Récemment le congé parental a été revalorisé à la fois pour le père et pour la mère et l'on a introduit les pauses allaitement dans les entreprises. Certains préconisent le développement d'un congé d'allaitement mais cette position suscite des controverses et les organisations syndicales privilégient plutôt les mesures favorables aux deux parents. Il faut néanmoins constater selon les données communiquées lors des Etats Généraux des familles que 90 % des congés parentaux sont pris par les femmes et que si le partage du travail familial entre les hommes et les femmes évolue positivement ce sont toujours les femmes qui l'assument majoritairement. D'où la question centrale soulevée par certaines féministes françaises de savoir s'il ne conviendrait pas de tenir compte de la différence entre les sexes et de faire de la maternité une affaire non plus seulement privée mais aussi publique²⁴. Mais il est vrai que l'histoire nous invite en la matière à une grande prudence. L'expérience montre cependant que l'on peut dépasser la contradiction apparente entre droit de la femme et droit de l'enfant. Ainsi, dans les pays nordiques, les femmes sont à la fois plus nombreuses à travailler et à allaiter. et elles font aussi plus d'enfants. Mais il est vrai qu'elles disposent de conditions favorables : congé de maternité plus long, milieux d'accueil plus nombreux etc...

CONCLUSIONS

Ce bref tour d'horizon est loin d'être exhaustif. Il souligne néanmoins combien il est nécessaire d'adopter vis à vis des mères une attitude bienveillante. Les femmes ne sont pas aussi insouciantes et inconscientes que l'on veut bien le dire. Nous devons faire confiance aux mères dans leur souhait de faire au mieux pour leurs enfants : les écouter et les soutenir là où elles sont. Nous devons prendre en compte la fatigue des mères, leurs contraintes quotidiennes et respecter ce qui relève de la vie intime de chacun et de chacune et soutenir celles qui donnent le sein comme celles qui donnent le biberon.

L'allaitement constitue un phénomène naturel mais la manière d'y répondre dépend largement du contexte social, culturel comme nous l'avons vu. Elle est aussi dépendante de variables psychologiques. La grossesse et l'accouchement provoquent des émotions et des souvenirs d'enfance qui peuvent être douloureux pour certaines femmes qui ont besoin d'un soutien particulier.

L'allaitement maternel est un phénomène complexe qu'il faut éviter d'idéaliser. Il ne fait pas à lui seul la maternité. Il ne faut pas confondre la qualité nutritionnelle et la qualité relationnelle et se rappeler que les aspects relationnels ne relèvent pas seulement du sein mais selon l'expression de Françoise Dutray de "l'esprit du sein"²⁵.

La pluridisciplinarité et le pluralisme institutionnel de l'Office ne devraient pas le conduire à adopter une position frileuse, minimaliste, une sorte de plus petit commun dénominateur entre les différents points de vue. Au contraire le fait de pouvoir croiser les regards peut et doit constituer une richesse.

Les données recueillies dans ce dossier déterminent des cibles prioritaires et en particulier l'effort à réaliser dans nos Consultations prénatales auprès des mères plus vulnérables. Certes il reste encore des préjugés à combattre mais les constats que nous faisons montrent aussi les limites de l'action de promotion et la nécessité de politiques croisées entre les différents niveaux de pouvoir afin de créer des contextes favorables.

Myriam SOMMER - Direction études et stratégies

²³ Sévrine Gojard, "Approche sociologique de l'allaitement" in *Cahiers de maternologie, Les visages de l'allaitement maternel*, Juillet-Décembre 2002

²⁴ Yvonne Knibielher, (sous la direction de) *Maternité affaire publique, affaire privée*, Editions Baillard, 2002

²⁵ Françoise Dutray " Biologie du lait maternel et esprit du sein "in *Cahiers de maternologie N° 19 Les visages de l'allaitement* Juillet-Décembre 2002.P. 30-34

CONCILIER RESPONSABILITÉS FAMILIALES ET PROFESSIONNELLES

L'allaitement maternel implique une grande disponibilité des mères dans un contexte où les femmes sont de plus en plus nombreuses à exercer une activité professionnelle.

En effet, même si leur carrière est encore influencée par les événements familiaux en particulier la naissance des enfants, quand les mères quittent le travail c'est de façon temporaire, elles restent candidates à l'emploi. Dans tous les pays européens, l'activité professionnelle des femmes a connu durant les trente dernières années de profonds changements. Il existe cependant une grande diversité de situations. La Belgique occupe en cette matière une position intermédiaire proche de la moyenne européenne. Dans des pays comme le Danemark et la Suède, 90 % des femmes travaillent et dans d'autres pays comme l'Irlande ou le Royaume-Uni, une femme sur deux exerce une activité professionnelle. Chez nous, environ 2/3 de femmes sont actives entre 25 ans et 49 ans.

On comprend que dans ce contexte la question de la conciliation entre les responsabilités familiales et professionnelles se pose de plus en plus. La Commission Européenne a donné en la matière une impulsion aux différents Etats membres notamment à travers des directives, l'une concernant le congé de maternité et la protection de la femme enceinte (92/85/CE), l'autre relative au Congé parental (96/34/CE)²⁶. Ces directives ont amené différents pays européens - dont le nôtre - à revoir à la hausse leurs réglementations.

En nous appuyant principalement sur les résultats d'une étude d'Eiroline²⁷ nous allons passer en revue les 4 principaux congés pour raisons familiales en vigueur dans les pays de l'Union européenne ainsi qu'en Norvège : le congé de maternité, le congé de paternité, le congé parental et le congé pour urgence (on parlera plutôt en Belgique d'un congé pour circonstances exceptionnelles).

Les différences entre les situations dans les pays de l'Union européenne sont importantes et les comparaisons ne sont pas toujours aisées. Il faut dire que les frontières entre ces différents congés sont parfois floues et qu'il vaut mieux comparer les situations en ayant une vue d'ensemble des dispositifs. Ainsi, en Norvège qui constitue l'un des pays pionnier en matière d'égalité entre hommes et femmes, il n'y a pas de congé de maternité : celui-ci est en effet intégré dans le cadre du congé parental qui peut, en partie et à certaines conditions, être pris soit par la mère soit par le père. Par ailleurs, les taux de rémunération de ces différents congés sont également variables et peuvent aller de 0 % à 100 % et ils sont très diversement utilisés.

LE CONGÉ DE MATERNITÉ

En Belgique, ce congé avait été allongé d'une semaine au début des années nonante (passant de 14 à 15) dont une semaine précède obligatoirement le congé de maternité. En général, les règles applicables sont plus généreuses pour les salariées que pour les travailleuses indépendantes c'est le cas chez nous.

La durée du congé de maternité, sa rémunération et les critères d'éligibilité varient d'un pays à l'autre, comme on peut le voir à travers le tableau suivant. Notre pays n'occupe pas une place privilégiée malgré les améliorations récentes. On constate d'ailleurs dans la même étude que les montants des prestations liés aux congés de maternité (allocations et primes de naissance et allocations dans le cadre des congés parentaux) exprimés en pourcentage du revenu national net par habitant sont dans notre pays largement inférieurs à la moyenne européenne : 1,5 contre 0,8).

CONGÉ LÉGAL DE MATERNITÉ - DURÉE ET RÉMUNÉRATION			
Durée (1)	COMPENSATION EN % DU SALAIRE		
	Moins de 80%	Entre 80% et 100%	100%
14-15 semaines	Belgique		Allemagne, Slovaquie
16-18 semaines	Finlande (6)	Danemark	Autriche, France, Grèce, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Espagne
21 semaines		Italie	
24 semaines et +	Hongrie, Irlande, Royaume-Uni (2)	Royaume-Uni (3), Slovaquie (5), Suède (4)	Norvège (4)

(1) Pour le premier enfant - la durée peut être plus longue à partir du deuxième enfant (Pologne) ou du troisième enfant (France et Espagne); (2) pour les 20 semaines suivant les six premières; (3) six premières semaines sur un total de 26 semaines rémunérées; (4) pas de congé de maternité spécifique - le congé de la mère est intégré de fait dans le cadre du congé parental des parents; (5) la rémunération exprimée en % du salaire est toutefois très faible pour la grande majorité des salariés en raison d'un plafond très bas; (6) le niveau de compensation varie, il peut atteindre 100% dans quelques cas.

Source: EIRO.

²⁶ Il faut également mentionner la directive européenne de 1992 sur la Garde des enfants

²⁷ Eiroline, " Le congé pour raisons familiales et les relations industrielles ", 2004.

LE CONGÉ DE PATERNITÉ

Si les congés de maternité se sont développés durant le début du vingtième siècle, le congé de paternité est beaucoup plus récent. En Belgique, un projet de loi avait été déposé en 1994 par Marie-Josée Laloy (présidente alors des Femmes Prévoyantes Socialistes -FPS- et de l'ONE) et une campagne intitulée "C'est dès le début que les bonnes habitudes se prennent" fut organisée par les FPS. Néanmoins, il fallut attendre 2002 pour voir le congé de paternité d'application en Belgique. Pour les travailleurs salariés il a été récemment porté à 10 jours dont 3 rémunérés. Il varie également d'un pays à l'autre et l'on constate que ce congé est plus ou moins utilisé par les pères en fonction de facteurs tels que :

- >> le montant de la rémunération,
- >> la plus ou moins grande protection contre le licenciement dont disposent les travailleurs,
- >> la connaissance ou la méconnaissance du système (notamment dans les pays où la législation est récente).

Les travailleurs indépendants n'ont droit au congé de paternité que dans peu de pays et les pères salariés ne bénéficient pas d'un dispositif légal de congé paternité dans tous les pays étudiés - l'Autriche, l'Allemagne et l'Irlande n'en disposent pas, même s'il peut exister des dispositions dans le cadre de conventions collectives.

CONGÉ LÉGAL DE PATERNITÉ	
Dispositif	Pays
Pas de congé	Autriche, Allemagne, Irlande
Congé très limité	Italie, Pologne, Slovaquie
2 jours	Espagne, Grèce, Luxembourg, Pays-Bas
5 jours	Hongrie, Portugal
Environ 2 semaines	Belgique, Danemark, France, Slovénie (1), Suède, Royaume-Uni
3 semaines ou plus	Finlande, Norvège (2), Slovénie(1)

(1) 15 jours rémunérés et 75 jours supplémentaires non rémunérés. (2) pas de congé de paternité spécifique - le congé du père est intégré de fait dans le cadre du congé parental des parents
Source: EIRO.

LE CONGÉ PARENTAL

La Suède a été le premier pays à instaurer un congé parental en 1974. La directive européenne imposait que ce congé soit un droit individuel et donc qu'il puisse être pris par chacun des parents et qu'il soit d'une durée minimale de trois mois après la naissance ou l'adoption d'un enfant.

La Belgique a dû adapter sa législation pour individualiser ce congé et il a été récemment revalorisé sur le plan pécuniaire. Il reste néanmoins rémunéré selon un forfait souvent trop faible notamment pour les familles monoparentales. Les organisations représentatives des travailleurs souhaitent que ce congé soit d'abord mieux rémunéré pour pouvoir être utilisé. Ensuite, elles souhaitent que l'âge des enfants soit porté de 4 à 6 ans et que la durée soit allongée.

Rémunération du congé parental légal (congé à plein temps)		
Type de rémunération	Pays	
Aucune	Grèce, Irlande, Pays-Bas, Portugal, Espagne Royaume-Uni	
Montant forfaitaire	Sous conditions de ressources	Pologne
	Montant moins élevé pour des revenus plus élevés	Allemagne
	Sans condition de ressource	Autriche, Belgique, France, Finlande (1) Luxembourg, Slovaquie
Montant proportionnel au salaire	Inférieur à 80% du salaire	Finlande (2), Hongrie, Italie
	80-90% du salaire	Danemark, Suède
	100% du salaire	Slovénie, Norvège

(1) après les 26 premières semaines; (2) 26 premières semaines.

Source: EIRO et Commission européenne (COM 2003 (358) final).

À partir de la durée et de la rémunération des congés parentaux, on peut classer les différents types de congés parentaux comme suit.

ON PEUT DISTINGUER 4 GROUPES DE PAYS :

- >> Le premier groupe rassemble les pays dans lesquels le congé parental ne dépasse pas la norme fixée par la directive européenne (3 mois) et dans lesquels il n'y a pas de rémunération. : la Grèce, l'Irlande, le Royaume-Uni, le Portugal, les Pays-Bas.
- >> Le deuxième groupe se conforme à la norme mais avec une faible rémunération : la Belgique, l'Italie et le Luxembourg.
- >> Dans le troisième groupe, le congé est plus long et rémunéré de façon forfaitaire. Implicitement il est destiné aux mères : L'Autriche, la Finlande, la France, la Hongrie, la Pologne, la Slovaquie.
- >> Le quatrième groupe est constitué par le Danemark, la Suède, la Norvège dans lesquels le congé parental est plus long, mieux rémunéré et partageable entre les deux parents.
- >> Enfin certains pays comme l'Espagne et la Slovénie possèdent un système intermédiaire.

LES CONGÉS POUR URGENCE FAMILIALE

La directive européenne sur le congé parental prévoyait aussi, la possibilité pour les parents de s'absenter pour une cause de force majeure mais elle laissait aux différents Etats membres, le soin d'en aménager les conditions. Elles sont très diverses et ne seront pas présentées. En Belgique, il existe différentes formes d'interruption de carrière ou de crédit-temps qui peuvent être utilisées par les travailleurs(-euses) dans diverses circonstances, dont la maladie d'un enfant mais également une formation professionnelle ou l'accompagnement de parents âgés.

Ces différentes formules sont assorties de conditions d'éligibilité et, sur le plan financier, l'allocation attribuée est faible.

Il existe également des congés de courte durée, dit exceptionnels de 4 jours (pour le salarié) qui peuvent être notamment consacrés à la garde d'un enfant malade ou d'un parent malade.

La garde d'un enfant malade pose un problème important pour les parents travailleurs et même s'il existe des services spécialisés (garde d'enfants malades à domicile), les parents préfèrent souvent avoir recours à ce congé surtout durant les premiers jours de maladie. D'une manière générale, ce congé est très majoritairement pris par les mères.

LES PAUSES ALLAITEMENT

Il existe également d'autres mesures prises récemment dans notre pays dont, notamment, les pauses allaitement. Une convention collective (n° 80) accorde à la travailleuse le droit de suspendre ses prestations de travail pour allaiter son enfant. Dans ce cadre, elle peut bénéficier de une ou de deux pause(s) de 30 minutes au cours de la journée de travail pour allaiter son bébé (ou tirer son lait) et cela jusqu'au septième mois après la naissance de l'enfant.

La travailleuse salariée bénéficie d'une pause d'1/2 heure pour une période de prestation de 4 heures et de deux fois trente minutes pour une journée de 7 heures 30. Ces pauses sont rémunérées par l'Inami (80 % du salaire Brut) dans le secteur privé et par l'Etat pour les travailleuses du secteur public.

L'employeur est par ailleurs tenu de fournir à la mère qui allaite un local discret, chauffé, propre, bien aéré et éclairé.

Même s'il n'existe pas d'évaluation de cette pratique, il semble bien que cette mesure n'ait pas suscité l'enthousiasme et qu'elle ne soit pas largement usitée. Lors des Etats Généraux des Familles (2004) les participants ont exprimé le souhait de voir ce système évalué.

Certains souhaitent la mise en place d'un congé d'allaitement mais cette position n'est pas privilégiée par les organisations syndicales qui préfèrent des formules plus égalitaires.

On trouvera un éventail plus complet des mesures prises dans le cadre des congés autour de la naissance dans le carnet destiné aux parents "Devenir Parents" mais aussi dans la brochure éditée par le Ministère Fédéral de l'Emploi "Clés pour le travail et la maternité".

DES REPÈRES AU DELÀ DE LA DIVERSITÉ

La durée des congés pour raisons familiales, leurs conditions d'accès, le montant de la rémunération, l'individualisation du droit et la manière d'impliquer les pères, la protection contre le licenciement dont disposent les parents travailleurs, les possibilités d'adaptation des heures de travail et de carrière mais également l'engagement des Pouvoirs Publics dans la politique d'accueil et celle des entreprises sont très variables et témoignent des consensus ou des compromis établis à un moment dans un pays relativement à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes mais aussi à l'égalité entre les enfants. C'est à l'intérieur de ce cadre global que s'inscrivent les choix individuels.

Ainsi, en France par exemple l'Allocation Parentale d'Education (APE) peut être d'une longue durée et cette mesure s'inscrit dans une perspective nataliste (elle favorise le troisième enfant mais depuis quelques années, elle a été étendue au second). Cette prestation est peu rémunérée. Dans les faits 98 % des APE sont prises par les mères et ce système est considéré comme peu favorable à une réinsertion professionnelle. Par ailleurs, des études montrent également que ce système accentue la disparité déjà marquée entre les femmes peu qualifiées et les femmes qualifiées sur le marché du travail.²⁸

Dans les pays Nordiques, le congé parental est également long mais nettement mieux rémunéré. Depuis quelques années, le système comprend des mesures incitant les pères à le partager avec les mères du moins partiellement (les quotas pères au Danemark par exemple). Par ailleurs, dans ces pays l'Etat a développé tout un réseau de places d'accueil ce qui facilite la reprise du travail. On constate que les pays offrant un dispositif satisfaisant de modes d'accueil, sont également ceux dans lesquels les mères de jeunes enfants sont les mieux insérées sur le marché du travail. Par ailleurs, dans ces pays les pères sont plus nombreux à avoir recours aux congés parentaux même s'ils le font de manière moins intensive que les mères.²⁹

La question est complexe, en l'analysant de façon globale on se rend compte que les mesures de type individuelles (les interruptions de carrière) et les mesures collectives (développement des dispositifs d'accueil et de services aux familles) doivent être analysées en parallèle.

La problématique de la conciliation entre vie privée et vie professionnelle est certainement l'un des défis majeur du XXIème siècle.

De ce point de vue, certaines mesures s'avèrent plus favorables à une perspective d'égalité des chances entre les hommes et les femmes et d'égalité entre les enfants.

Les conditions d'exercice d'une parentalité ne sont pas toujours assurées - la pénurie des places d'accueil demeure récurrente et la flexibilité du temps de travail et des horaires entrent en contradiction avec les besoins de l'enfant.

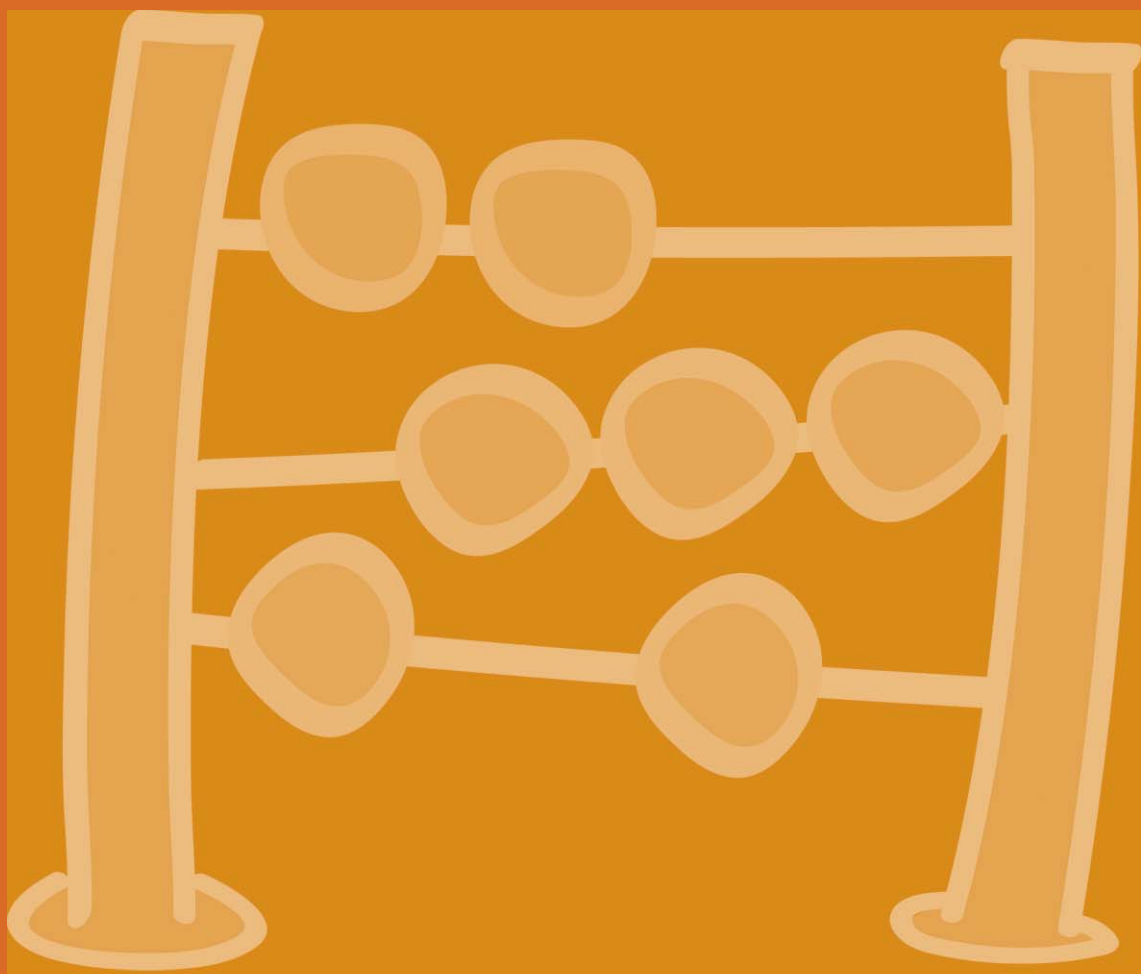
Si comme on le dit souvent, c'est la qualité du temps passé avec l'enfant qui compte, il faut néanmoins reconnaître que la quantité est aussi constitutive de la qualité et que ceci vaut tant pour les mères que pour les pères³⁰.

Myriam SOMMER, Olivier DE BOCK, Cédric DE JONGHE - Direction études et stratégies

²⁸ Hélène PERIVIER, " Emploi des mères et garde des jeunes enfants en Europe ", O.F.C.E, 2004.

²⁹ Hélène FERIVIER op cit. p240.

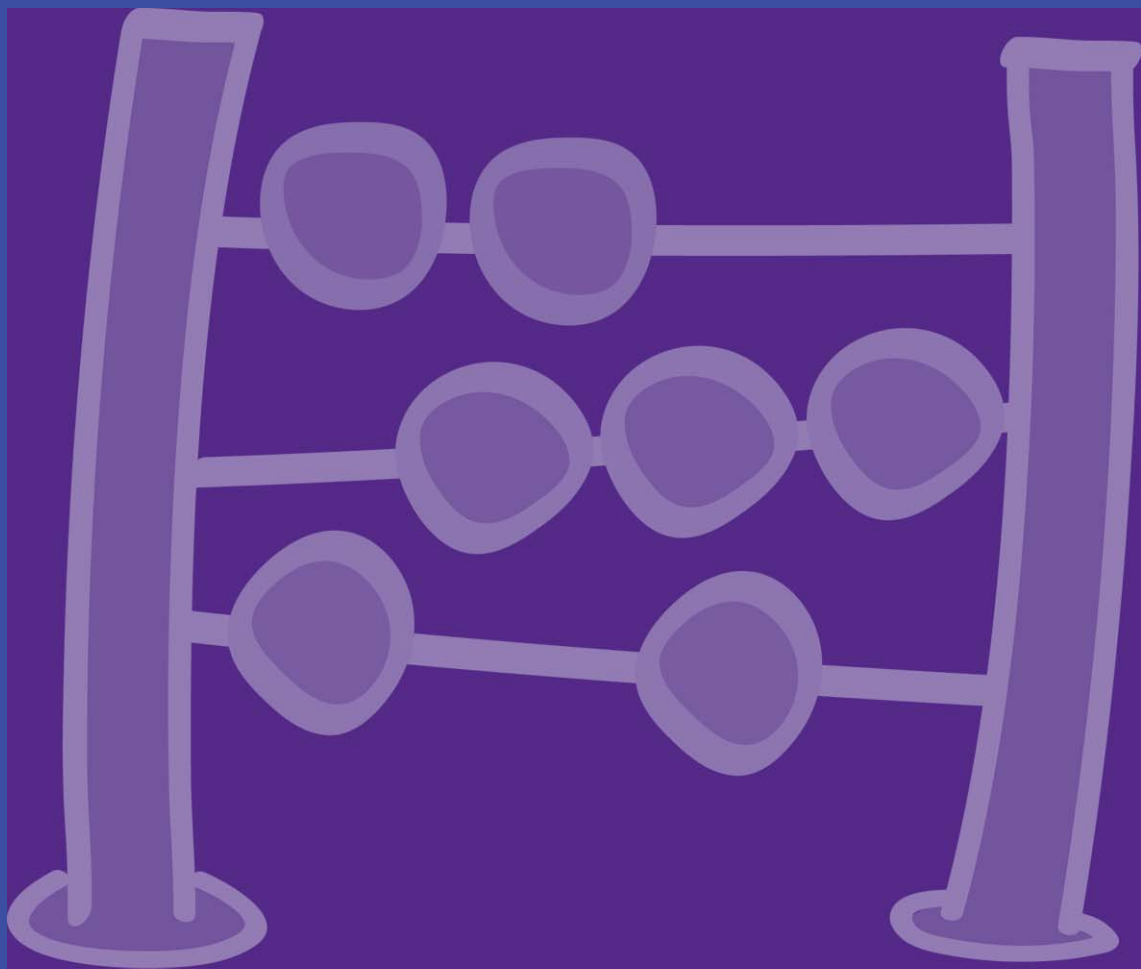
³⁰ F. de Singly, Le soi, le couple et la famille, Paris, Nathan, 1996

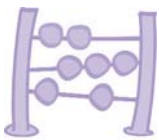


chapitre 3

La surveillance médico-sociale
préventive des enfants







LA SURVEILLANCE MÉDICO-SOCIALE PRÉVENTIVE DES ENFANTS

Le suivi des enfants par l'O.N.E. est réalisé par les équipes médico-sociales de l'O.N.E. (Médecin et TMS) dans les Consultations pour enfants, lors de visites à domicile ainsi que dans les milieux d'accueil collectifs reconnus par l'Office. Ces structures sont réparties sur l'ensemble du territoire de la Communauté française.

L'évaluation de ce suivi médical a dans un premier temps (entre 1996 et 2001) été réalisé grâce à une récolte de données individualisée à deux moments de la vie de l'enfant : lors du premier contact après la sortie de maternité et dans un "volet d'évaluation 0-1an" complété par le médecin et le TMS à la fin de la première année de vie de l'enfant.

Depuis 2003, nous avons opté pour une formule mieux adaptée à la pratique du terrain. La notion de "volet 0-1 an", reprenant des éléments s'étant déroulés pendant toute la première année de vie de l'enfant, est remplacée par la notion de "Bilans de santé" à des âges clefs. Ces "Bilans de santé" doivent idéalement être complétés lorsque l'enfant est examiné à l'âge correspondant, en présence d'un de ses parents. C'est l'occasion de passer en revue les différents programmes de santé définis comme prioritaires à l'O.N.E..

Quelques indicateurs socio-économiques y sont associés.

L'âge de ces bilans de santé a été fixé à 9 mois, 18 mois et 30 mois.

Les Bilans de santé à 9 mois ont été réalisés systématiquement à partir d'octobre 2003. Les bilans de santé à 18 et 30 mois ont chacun fait l'objet d'une période de test de 2 mois en 2003.

LA PREMIÈRE VISITE APRÈS LA SORTIE DE LA MATERNITÉ

Le "Premier Contact" au domicile de l'enfant est proposé à toutes les mères qui ont accouché dans les maternités où l'O.N.E. est présent. Des recoupements avec les registres de naissances communaux (principalement à Bruxelles) sont effectués pour obtenir les coordonnées des naissances survenues en dehors des structures où l'O.N.E. est présent, ce qui permet d'améliorer la couverture du suivi.

L'O.N.E. veille à ce que, le TMS chargé de la surveillance effective de l'enfant réalise ce premier contact le plus rapidement possible, après que la mère et l'enfant aient quitté la maternité.

Ce premier contact se fait selon le souhait des parents, la disponibilité des TMS et les spécificités locales, soit au domicile des parents, soit sous forme d'entretien TMS-Parents dans un local de l'O.N.E., soit lors de la première consultation de suivi médical préventif de l'enfant, soit par téléphone.

Ce premier contact fait l'objet d'une fiche (1er contact). Il reprend les coordonnées de l'enfant, le type d'alimentation et le type de surveillance préventive prévue pour l'enfant (O.N.E. ou privée). Ce dernier a été revu afin de mieux répondre aux besoins du terrain et est opérationnel depuis le 1er avril 2003.

Pour la période qui s'étend d'avril à décembre 2003 en Communauté française, nous avons enregistré 25082 fiches de "1er contact". Ceci représente une couverture d'environ 75% des naissances sur la même période. Ce qui signifie que l'O.N.E. a proposé un premier contact après la sortie de la maternité à 4 nouveau-nés sur 5, soit à domicile soit en consultation soit dans un local prévu à cet effet.

LIEU DU PREMIER CONTACT		
	n	%
À domicile	17694	70,5
En consultation médicale O.N.E.	3363	13,4
Entretien TMS au local	360	1,4
Uniquement contact téléphonique	2263	9
Pas de contact	1402	5,6
Total	25082	100

BDMS O.N.E., "1er contact", 01/04/03-31/12/03, pas d'inconnues

La catégorie "pas de contact" regroupe les refus formels de suivi O.N.E. ainsi que les prises de contact infructueuses avec la famille. Les raisons les plus souvent rencontrées en cas de contact infructueux sont soit une adresse incorrecte soit l'absence de réponse soit un refus lors de la visite à domicile soit aucune possibilité d'entrer en contact avec la famille. Cela concerne 5,6 % des naissances connues.

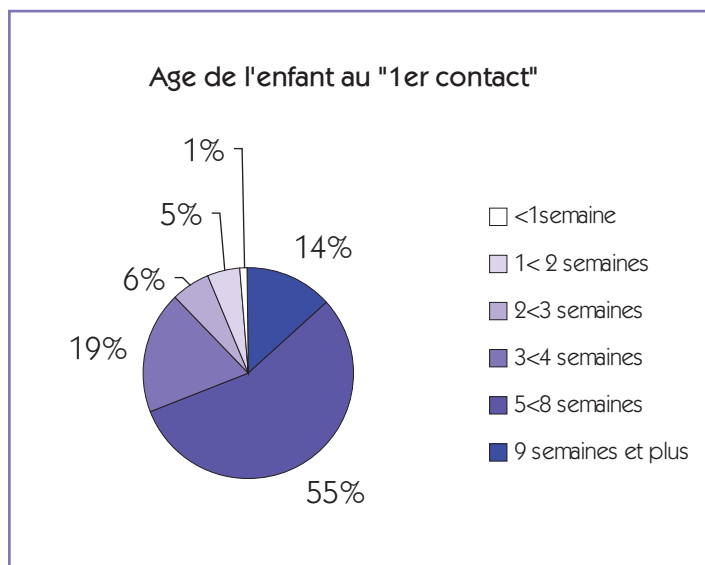
NOMBRE DE JOURS ENTRE LA RÉCEPTION DE L'AVIS DE NAISSANCE PAR LE TMS DE TERRAIN ET LE 1 ^{ER} CONTACT			
	n	%	% cumulé
0 jour	4414	17,8	17,9
1 jour	2643	10,7	28,5
2-3 jours	4339	17,6	46,1
4-7 jours	7544	30,5	76,6
8-10 jours	2704	10,9	87,5
11-15 jours	1680	6,8	94,3
16-31 jours	956	3,9	98,2
>31 jours	427	1,7	100
Total	24707	100	

BDMS O.N.E., "1er contact", 01/04/03-31/12/03, inconnues : 1,5%

¾ des enfants ont une visite dans les 7 jours suivant la réception de l'Avis de Naissance par le terrain. Le délai moyen est de 6 jours entre la transmission de l'information de la naissance au TMS et le jour du contact.

AGE DE L'ENFANT LORS DU "1 ^{ER} CONTACT"			
	n	%	% cumulé
<1 semaine	3374	13,6	13,6
1<2 semaines	13712	55,2	68,8
2<3 semaines	4756	19,1	87,9
3<4 semaines	1484	6	93,9
5<8 semaines	1255	5	98,9
9<12 semaines	155	0,6	99,5
13<16 semaines	62	0,2	99,7
17<20 semaines	22	0,1	99,8
21<24 semaines	10	0	99,8
25 semaines<1an	17	0,1	99,9
1an et plus	26	0,1	100
Total	24873	100	

BDMS O.N.E., "1er contact", 01/04/03-31/12/03, inconnues : 0,8%



Nous observons que 69 % des enfants bénéficient d'un contact avec l'O.N.E. après leur sortie de la maternité au cours de leurs 2 premières semaines de vie et 88 % dans les 3 premières semaines.

ACCOMPAGNEMENT O.N.E. PRÉVU		
	n	%
oui	20623	89,3
non	2473	10,7
Total	23096	100

Les parents de 9 enfants sur 10 marquent l'intention de fréquenter une consultation pour enfants de l'O.N.E..

LES BILANS DE SANTÉ À 9, 18 ET 30 MOIS.

LES BILANS DE SANTÉ

- Le bilan de santé à 9 mois est le premier bilan. Il est réalisé dans les faits entre 7 et 11 mois. Il pose les questions de l'alimentation, de la Mort Subite Inexpliquée du Nourrisson, des premières vaccinations et de la situation socio-familiale,
- Le bilan à 18 mois est un bilan intermédiaire effectué entre 18 et 20 mois. Il s'intéresse à la suite des vaccinations, aux premiers dépistages et à la situation socio-familiale,
- Le bilan à 30 mois correspond au bilan réalisé avant d'entrer à l'école et est réalisé entre 30 et 32 mois. Il fait le point sur le développement psychomoteur et les dépistages bucco-dentaires, audition et langage, vision et allergies ainsi que sur la situation socio-familiale.

Un pré-test des 3 bilans de santé a été réalisé dans un échantillon de consultations pour nourrissons et dans les milieux d'accueil, au mois d'octobre 2002. Les résultats tout à fait favorables de ce pré-test ont montré une meilleure adaptation du document à la réalité du terrain.

Un test pour les bilans de santé à 18 et 30 mois a été réalisé sur une période de 2 mois pour chacun en 2003. Le "bilan de santé à 18 mois" pour tous les enfants nés en septembre et octobre 2001. Le "bilan de santé à 30 mois" pour tous les enfants nés en novembre et en décembre 2000. Ceci correspond à un test sur 1/6 de la population. L'analyse de ces tests a permis d'apporter des améliorations qui seront intégrées dans les versions suivantes dès leur mise en route définitive prévue pour 2005. Les bilans de santé à 9 mois ont quant à eux été mis définitivement en route en octobre 2003 dans toutes les structures de l'O.N.E.

REPRÉSENTATIVITÉ DES BILANS DE SANTÉ

L'analyse des données par structure et par province permet d'objectiver la proportion et la répartition des enfants pour lesquels on possède des données. Les proportions obtenues montrent que les acteurs de terrain ont largement participé aux 3 premiers mois de mise en routine des bilans de santé à 9 mois ainsi qu'aux tests des bilans de santé à 18 et à 30 mois. Néanmoins, ces couvertures devront être améliorées dans les milieux d'accueils et dans la plupart des provinces.

BILANS DE SANTÉ À 9 MOIS

Les résultats des "bilans de santé à 9 mois" présentés ci-dessous concernent les enfants nés en janvier, février et mars 2003. Ces données représentent 30%¹ des enfants réellement suivis à l'O.N.E.

STRUCTURE FRÉQUENTÉE PAR L'ENFANT		
	n	%
Suivi Enfant Domicile	50	1,8
Consultation Nourrisson	1875	70,5
Consultation Périodique	64	2,4
Car	377	14,2
Crèche	269	10,1
Maison Communale Accueil Enfance	24	0,9
Accueil spécifique ou alternatif	3	0,1
Total	2662	100

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 9 mois", nés au 1^{er} semestre 2003, inconnus : 3,1%

¹ Sur base des statistiques des CŒuvres portant sur les inscrits annuels.

VOLETS RENTRÉS PAR PROVINCE

Le nombre attendus de bilans de santé à 9 mois est calculé par rapport aux naissances de la période considérée (3 mois) et par rapport à une estimation des enfants de 9 mois suivis dans les structures O.N.E..

VOLETS RENTRÉS PAR PROVINCE			
	Nombre reçus de Bilans de santé à 9 mois	Nombre attendus de bilans de santé à 9 mois	Couverture des bilans de santé*
Bruxelles	739	2372	31,2%
Brabant wallon	393	573	68,6%
Hainaut	272	2589	10,5%
Liège	569	2085	27,3%
Luxembourg	456	557	81,9%
Namur	268	976	27,5%
Total	2746	9152	29,5%

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 9mois", nés au 1er trimestre 2003, pas d'inconnue

*nombre de bilans reçus par rapport au nombre de bilans attendus

La couverture des "bilans de santé à 9 mois " diffère fortement selon les provinces. Les données récoltées pour la province du Luxembourg et le Brabant wallon couvrent plus de 2/3 de la population des enfants de 9 mois suivis à l'O.N.E.. Par contre, nous n'avons que 10% des données sur les enfants suivis dans la province du Hainaut.

BILANS DE SANTÉ À 18 MOIS

Les résultats des "bilans de santé à 18 mois" regroupent les enfants nés en septembre et en octobre 2001. Ces données représentent presque 60%² des enfants réellement suivis à l'O.N.E.

Proportion de réponses dans les milieux d'accueil: 20%

Proportion de réponses dans les consultations: 80%

STRUCTURE FRÉQUENTÉE PAR L'ENFANT		
	n	%
Consultation Nourrisson	1819	71,6
Car	203	8,0
Pouponnière	2	0,1
Crèche	384	15,1
Prégardiennat	26	1,0
Maison Communale Accueil Enfance	19	0,7
Centre d'accueil agréé	2	0,1
Total	3455	100

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 18 mois", nés en septembre et octobre 2001, inconnues:3,2%

VOLETS RENTRÉS PAR PROVINCE

Le nombre attendus de bilans de santé à 18 mois est calculé par rapport aux naissances de la période considérée (2 mois) et par rapport à une estimation des enfants de 18 mois suivis dans les structures O.N.E..

VOLETS RENTRÉS PAR PROVINCE			
	Nombre reçus de Bilans de santé à 18 mois	Nombre attendus de bilans de santé à 18 mois	Couverture des bilans de santé*
Bruxelles	677	1186	57,1%
Brabant wallon	163	287	56,8%
Hainaut	703	1294	54,3%
Liège	543	1043	52,1%
Luxembourg	240	278	86,3%
Namur	192	488	39,3%
Total	2518	4576	58,9%

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 18 mois", nés en septembre et octobre 2001, inconnues:0,9%

*nombre de bilans reçus par rapport au nombre de bilans attendus

La proportion de fiches rentrées par rapport aux fiches attendues est de presque 60% pour l'ensemble de la Communauté française avec toutefois 86,3% pour la province du Luxembourg et 39,3% pour la province de Namur.

BILANS DE SANTÉ À 30 MOIS

Les résultats des "bilans de santé à 30 mois" regroupent les enfants nés en novembre et en décembre 2000. Ces données représentent plus d'1/4³ des enfants réellement suivis à l'O.N.E.

Proportion de réponses dans les milieux d'accueil: 37%

Proportion de réponses dans les consultations: 63%

STRUCTURE FRÉQUENTÉE PAR L'ENFANT		
	n	%
Consultation Nourrisson	583	57,0
Car	65	6,4
Pouponnière	3	0,3
Crèche	252	24,6
Prégardiennat	71	6,9
Maison Communale Accueil Enfance	12	1,2
Comité d'accueil agréé	2	0,2
Total	988	100

BDMS O.N.E., "Bilan de santé 30 mois", nés en novembre et décembre 2000, inconnues:3,4%

VOLETS RENTRÉS PAR PROVINCE

Le nombre attendus de bilans de santé à 30 mois est calculé par rapport aux naissances de la période considérée (2 mois) et par rapport à une estimation des enfants de 30 mois suivis dans les structures O.N.E..

VOLETS RENTRÉS PAR PROVINCE			
	Nombre reçus de Bilans de santé à 30 mois	Nombre attendus de bilans de santé à 30 mois	Couverture des bilans de santé*
Bruxelles	302	988	30,6%
Brabant wallon	76	239	31,8%
Hainaut	254	1079	23,5%
Liège	217	869	25,0%
Luxembourg	84	232	36,2%
Namur	72	407	17,7%
Total	1005	3813	26,4%

BDMS O.N.E., "Bilan de santé 30 mois", nés en novembre et décembre 2000, inconnues:1,8%

*nombre de bilans reçus par rapport au nombre de bilans attendus

La proportion de fiches rentrées par rapport aux fiches attendues est d'environ 30% pour l'ensemble de la Communauté française avec toutefois 36,2% pour la province du Luxembourg et 17,7% pour la province de Namur.

QUELQUES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES FAMILLES ET DES ENFANTS

Nous rappelons que les populations d'enfants pour lesquels des bilans de santé à 9 mois, 18 mois et 30 mois ont été réalisés constituent des échantillons différents.

SITUATION SOCIO-FAMILIALE

D'après les données de l'INS⁴, présentées dans l'article "Indicateurs de la situation socio-économique de l'enfance, Grandir à Bruxelles", 16% des enfants de moins de 6 ans vivent dans une famille avec un seul parent à Bruxelles. Cette proportion varie du simple au double selon les communes, avec un minimum de 10% à Woluwé-St-Pierre, et un maximum de 24% à Ixelles

L'ENFANT VIT AU QUOTIDIEN AVEC			
	Bilans à 9 mois	Bilans à 18 mois	Bilans à 30 mois
	n (%)	n (%)	n (%)
1 seul parent	148 (5,5)	209 (8,6)	100 (9,8)
Ses 2 parents	2495 (92,9)	2193 (89,8)	863 (85,0)
1 parent+1 beau parent	17 (0,6)	20 (0,8)	10 (1,0)
Pouponnière/home/famille d'accueil	11 (0,4)	8 (0,3)	4 (0,4)
1 ou +sieurs autres membre(s) de la famille	16 (0,6)	13 (0,5)	8 (0,8)
Total	2687 (100)	2443 (100)	1015 (100)
inconnues	2,10%	3,80%	3,70%

On note une diminution progressive du nombre d'enfants qui vivent avec leurs deux parents.

A 30 mois, 15% des enfants ne vivent plus avec leurs deux parents et ceci principalement au profit de la famille monoparentale qui passe de 5,5% à 9 mois à 9,8% à 30 mois. La situation où l'enfant vit avec 1 parent et 1 beau-parent reste marginale (<1%).

BDMS O.N.E., "bilans de santé"

LE NIVEAU D'ENSEIGNEMENT DE LA MÈRE

LE NIVEAU D'ENSEIGNEMENT DE LA MÈRE			
	Bilans à 9 mois	Bilans à 18 mois	Bilans à 30 mois
	n (%)	n (%)	n (%)
Primaire (achevé ou non)	148 (6,6)	148 (7,3)	63 (7,7)
Secondaire inférieur	502 (22,4)	509 (25,1)	166 (20,3)
Secondaire supérieur	774 (34,6)	685 (33,8)	240 (29,4)
Supérieur	814 (36,4)	682 (33,7)	347 (42,5)
Total	2238 (100)	2024 (100)	816 (100)
inconnues	18,50%	20,30%	20,2%

BDMS O.N.E., "bilans de santé"

LES GRANDES TENDANCES QUI SE DÉGAGENT SONT:

>> une proportion importante d'inconnues (+20%)

>> une répartition relativement homogène et constante des différents niveaux d'enseignement des mères.

Ceci traduit la volonté de l'O.N.E. d'offrir ses services à un large public et de manière universelle.

On note une sur représentation des mères ayant un niveau d'enseignement supérieur, ce qui résulte probablement du taux élevé d'inconnus correspondant probablement à des niveaux d'enseignement moins élevés.

La comparaison des données sur le niveau d'instruction de la mère avec d'autres études n'est pas totalement superposable. Néanmoins, les données recueillies dans le cadre du "Point d'appui panel démographie familiale" pour l'année 2002 en Communauté française montrent qu'il y a 9 % des enfants âgés de 0-16ans dont la mère a un niveau d'éducation primaire, 50 % des enfants âgés de 0-16ans dont la mère a un niveau d'éducation secondaire et 41% de enfants âgés de 0-16ans dont la mère a un niveau d'éducation pour la catégorie supérieure. Ce qui correspond à ce que nous trouvons dans nos données.

⁴ Recensement 1991, tableaux 06.01.c

⁵ Point d'appui panel démographie familiale 1992-2002, Université de Liège.

LA SITUATION D'EMPLOI DE LA MÈRE

LA SITUATION D'EMPLOI DE LA MÈRE		
	n	%
Occupe un emploi	1277	50
chômeuse	454	17,8
Aide sociale, indemnité mutuelle, revenu insertion	123	4,8
Mère au foyer	601	23,5
Étudiante	41	1,6
Sans ressources fixes	42	1,6
Autre	17	0,7
Total	2555	100

La moitié des mères occupent un emploi, un quart sont des mères au foyer, le dernier quart se répartit en mères au chômage ou bénéficiant d'une aide sociale. 1,6% des mères n'ont pas de ressources fixes.

BDMS O.N.E., Bilans à 9 mois, nés au 1er trimestre 2003, inconnues:7,0%

D'après les données d'Eurostat, le taux d'emploi des femmes de 25 à 54 ans est de 66,8% en 2002 pour la Belgique⁶. De manière générale, la situation d'emploi en Communauté française étant moins favorable sur le plan de l'emploi que celle de la Communauté flamande, on s'attend à un taux inférieur pour la Communauté française. En effet, le "Panel Study on Belgian Households", observe 58% d'enfants dont la mère travaille en 2002 pour la Communauté française.

En ce qui concerne le chômage, si on se réfère aux chiffres de l'INS de 2003, 8,2% des femmes de 25 à 49 ans sont au chômage (définition BIT) soit 2 fois moins que dans nos données.

Les données recueillies à travers les bilans de santé montrent que nous avons une part moins importante de mères qui occupent un emploi au détriment d'une proportion plus importante de mères qui sont au chômage.

FAMILLE ET REVENU

LA FAMILLE VIT AVEC		
	n	%
1 revenu professionnel	877	34,2
2 revenus professionnels	1339	52,1
Uniquement 1 (des) revenu(s) remplacement(s)	311	12,1
Pas de revenu fixe	41	1,6
Total	2568	100

La moitié des familles bénéficient de deux revenus professionnels, 34% d'un seul revenu professionnel. 12% des familles vivent de revenus de remplacement et 1,6% des familles n'ont pas de revenus fixes.

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 9 mois", nés au 1er trimestre 2003, inconnues:6,5%

POIDS DE NAISSANCE DE L'ENFANT

POIDS DE NAISSANCE DE L'ENFANT			
	Bilan à 9 mois	Bilan à 18 mois	Bilan à 30 mois
	n(%)	n(%)	n(%)
<2500g	199(7,4)	186(7,5)	74 (7,5)
>2500g	2504(92,6)	2297 (92,5)	914 (92,5)
Total	2703(100)	2483 (100)	988 (100)
Inconnues	1,50%	2,20%	3,40%

La proportion d'enfants de petits poids de naissance est légèrement inférieure à la proportion observée dans l'ensemble des naissances en Communauté française (Avis de Naissance 2000 à 2002 : 7,8% à 7,9%).

BDMS O.N.E., "Bilans de santé"

AGE DES MÈRES

Age des mères		
	n	%
12-15 ans	2	0,1
16-19 ans	80	3
20 à 24 ans	517	19,7
25 à 29 ans	907	34,5
30 à 34 ans	743	28,3
35 à 39 ans	302	11,5
> de 40 ans	77	2,9
Total	2628	100

BDMS O.N.E., "Bilans à 9 mois", nés au 1er trimestre 2003, inconnues:7,0%

LES VACCINATIONS

Au delà de l'immunisation individuelle, la vaccination est un enjeu de santé publique puisqu'il s'agit de protéger l'ensemble de la collectivité en limitant la circulation des agents pathogènes.

Depuis 2002, la Communauté française recommande de vacciner tous les enfants contre les maladies suivantes : poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, hémophilus influenzae, hépatite B, rougeole, rubéole, oreillons, méningocoque C.

Les données de la dernière enquête réalisée en décembre 2003 par le Dr Swennen, PROVAC-ULB confirment les données des autres années : l'Office vaccine plus de 55 % de la population infantile et particulièrement les enfants issus des milieux les plus défavorisés (77,8% des revenus les plus bas (<2500euros)).

CHOIX DU VACCINATEUR SUIVANT LES REVENUS DU MÉNAGE						
Revenus	O.N.E.		Généraliste		Pédiatre	
	n	%	n	%	n	%
<750 euros	12	85,7	0	0	2	14,3
750 et 1250 euros	111	77,1	6	4,2	27	18,8
1250 et 2000 euros	110	58,5	8	4,3	70	37,2
>2000 euros	93	40,3	11	8	127	55
Refus de réponse	54	56,8	5	5,3	36	37,9

Données "Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Communauté française (Bruxelles excepté)", décembre 2003, Provac, ULB (Rapport, tableau 57, p.36)

Bien que nous ayons pu constater chaque fois une décroissance rapide de l'incidence de la maladie concernée suite à l'introduction d'une vaccination, nous devons rester particulièrement vigilants. En effet, l'expérience nous montre que lorsque les taux de vaccination diminuent (soit par refus de la population d'adhérer aux programmes vaccinaux, soit suite à des dégradations dans les services de soins de santé comme cela s'est passé en Europe de l'Est), les maladies réapparaissent rapidement. Pour qu'un programme de vaccination à l'échelle d'une population soit efficace en terme de santé publique, il est nécessaire d'atteindre un taux de couverture d'au moins 95% . Pour atteindre un tel taux de couverture, il faut que l'accès à la vaccination (au produit et au vaccinateur) soit totalement gratuit et aisé. En 2003, ce taux est atteint dans la population fréquentant les structures de l'Office pour la polio, la diphtérie, la coqueluche et le tétanos. Il est de 91% pour l'hémophilus influenzae, 75% pour l'hépatite B, et 80% pour la rougeole.

En Belgique, seule la vaccination contre la poliomyélite est légalement obligatoire (arrêté royal du 26/10/66 entré en vigueur le 16/12/1966, modifié par les arrêtés royaux du 18 et 22 septembre 2000).

Cependant, pour fréquenter les milieux d'accueil, l'O.N.E. exige la vaccination des enfants qui les fréquentent au nom du droit

de la collectivité à une protection efficace. Actuellement, les vaccins exigés sont : Poliomyélite (Polio), Diphtérie-Tétanos-Coqueluche (DiTePer), Rougeole, Rubéole, Oreillons (RRO). Début 2004, l'hémophilus Influenzae (Hib) a été ajouté à cette liste. De plus, les vaccins contre l'hépatite B (HB) et le méningocoque de type C, s'ils ne sont pas obligatoires, sont fortement recommandés.

A côté de cela, l'O.N.E. promeut et applique le schéma vaccinal de base recommandé par le Conseil Supérieur d'Hygiène de la Communauté française.

Par ailleurs, l'on constate l'émergence de souches de pneumocoques résistants aux antibiotiques. Un vaccin efficace existe. Il est commercialisé en Belgique depuis 2004 et sera probablement intégré au calendrier vaccinal dans les années à venir. Le prix actuellement très élevé de ce vaccin ne permet qu'à une toute petite frange de la population d'y avoir accès. Nous ne disposons pas encore de chiffres concernant cette vaccination.

DONNÉES POPULATION O.N.E.

Les données vaccinales dont nous disposons actuellement proviennent de plusieurs sources :

- >> le Volet 0-1 an (1996-2002)
- >> le Bilan de santé à 9 mois pour les enfants nés au 1er trimestre 2003
- >> le Bilan de santé à 18 mois pour les enfants nés en septembre et en octobre 2001
- >> les enquêtes PROVAC : enquêtes de couverture vaccinale réalisées périodiquement en Communauté française (ProVac) avec le concours des TMS de l'O.N.E..

Les données de l'O.N.E. concernent tous les enfants suivis dans ses structures.

Les données Provac sont recueillies sur base d'un échantillonnage en grappes avec probabilité proportionnelle à la taille². La dernière enquête date de décembre 2003.

Les bilans de santé recueillent des informations quant aux vaccinations dans les bilans à 9 mois pour le DiTePer-Polio, le Hib, l'HB et dans le bilan à 18 mois pour l'ensemble des vaccinations recommandées par la Communauté française (DiTePer-Polio, le Hib, l'HB, Méningocoque C et RRO).

LES TABLEAUX CI-DESSOUS PRÉSENTENT LES ENFANTS CORRECTEMENT VACCINÉS POUR LEUR ÂGE.

POLIOMYÉLITE

La poliomyélite a heureusement disparu de notre paysage quotidien mais son éradication à l'échelle planétaire n'est pas totale. C'est la raison pour laquelle le Conseil Supérieur d'Hygiène recommande le maintien du programme vaccinal obligatoire anti poliomyélite. Le passage au vaccin tué injectable vise la disparition des cas de poliomyélite vaccinale, même si le risque est minime (estimation d'un cas en Belgique tous les 7-10 ans).

Le taux de couverture vaccinale reste stable. Il reflète le pourcentage d'enfants dont nous sommes certains qu'ils sont correctement vaccinés. Les proportions restantes regroupent des inconnues, des incomplètement vaccinés et des non-vaccinés.

Depuis 2001, le vaccin polio se fait sous forme intramusculaire dans la même injection que le DiTePer.

DiTePer

Le DiTePer est un vaccin combiné contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.

La diphtérie : 3 cas ont été déclarés en Belgique entre 1980 et 1989. L'épidémie de diphtérie survenue dans les pays de l'est en 1990 et les dizaines de milliers de morts qu'elle a causés rappellent tout l'intérêt de ce type de vaccin. L'état sérologique de la population adulte belge souligne par ailleurs la nécessité d'un renforcement de la protection par les vaccinations de rappel. Le tétanos : quelques cas sont déclarés annuellement, ils concernent essentiellement des personnes âgées et surtout des femmes. La prévention de la maladie est possible, elle repose sur la protection vaccinale individuelle. La maladie ne se transmet pas de personne à personne.

La coqueluche : l'incidence de la coqueluche a régressé depuis les campagnes de vaccination lancées dans les années 60. Actuellement, les adolescents et les adultes représentent la principale source d'infection pour les nourrissons. Bien que les vaccins à cellules entières aient permis le contrôle de la coqueluche dans nos populations, des avantages nets par rapport à la tolérance sont obtenus depuis le passage au vaccin acellulaire en 2001.

DiTePer-Polio				
	Bilan à 9 mois		Bilan à 18 mois	
Nombre de doses	n	%	n	%
0	23	0,8	27	1,1
1	5	0,2	1	0
2	28	1	1	0
3	2688	97,9	152	6
4	2	0,1	2354	92,7
inconnues	0	0	5	0,2
Total	2746	100	2540	100

BDMS O.N.E., "Bilans de santé"

HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TYPE B (Hib)

Le germe de l'Haemophilus influenzae de type b (vecteur de méningites et d'épiglottites) était la première cause de méningite bactérienne chez l'enfant de moins de 5 ans. Avant l'introduction du vaccin en 1993, l'incidence des infections invasives chez les enfants de moins de 5 ans en Communauté française était de 44/100.000. Actuellement, elle a pratiquement disparu. Dans les pays où la couverture vaccinale atteint plus de 90 %, la maladie a été éradiquée.

Haemophilus influenzae de type b (Hib)				
	Bilan à 9 mois		Bilan à 18 mois	
Nombre de doses	n	%	n	%
0	23	1,8	35	1,4
1	5	0,2	16	0,6
2	28	2,9	12	0,5
3	2688	94,9	175	6,9
4	2	0,1	2296	90,4
inconnues	0	0	6	0,2
Total	2746	100	2540	100

BDMS O.N.E., "Bilans de santé"

HÉPATITE B

La Belgique est une zone de faible endémie pour l'hépatite B mais son incidence aiguë et la prévalence de ses formes chroniques la rangent parmi les pathologies infectieuses les plus préoccupantes.

Le nombre de porteurs du virus de l'hépatite B en Belgique est estimé à 70.000.

Les risques spécifiques de la contamination chez le jeune enfant, l'adolescent et l'adulte ne sont pas négligeables.

Hépatite B				
	Bilan à 9 mois		Bilan à 18 mois	
Nombre de doses	n	%	n	%
0	314	11,4	347	13,7
1	131	4,8	102	4,0
2	2160	78,7	457	18,0
3	133	4,8	1611	63,4
4	2	0,1	12	0,5
5	6	0,2	1	0,0
inconnues	0	0	10	0,4
Total	2746	100	2540	100

BDMS O.N.E., "Bilans de santé"

ROUGEOLE -RUBÉOLE -OREILLONS

La rougeole, la rubéole et les oreillons : l'incidence de la rougeole et des oreillons évaluée à partir du réseau de médecins vigies de l'Institut Scientifique de la Santé Publique (I.S.P.) a fortement diminué depuis l'introduction du vaccin trivalent en 1985 (sauf pour Bruxelles).

Il n'existe pas de données complètes et fiables pour la rubéole. La rubéole congénitale qui seule fait l'objet d'une déclaration systématique, a pratiquement disparu ces dernières années.

La première dose RRO étant auparavant recommandée quand l'enfant avait 15 mois, nous ne disposons pas de cette information via nos "volet 0-1 ans".

Une étude rétrospective réalisée sur un échantillon d'enfants suivis à l'O.N.E. et nés en mars 1997 montrait que 92,1% étaient correctement vaccinés pour leur âge.

Les taux de couverture vaccinale enregistrés par les différentes études PROVAC montrent les chiffres suivants :

RRO (n=767)	n	%
Couverture	633	82,5

Données "Enquête de couverture vaccinale en Communauté française (Bruxelles excepté)", Rapport Provac-ULB, p17, 2003

Depuis 2003, l'âge recommandé pour cette vaccination a été avancé à 1 an.

Notre échantillon de "bilans de santé à 18 mois" nous montre les résultats suivants :

Nombre de doses	n	%
0	490	19,3
1	2029	79,9
2	2	0,1
inconnues	19	0,7
Total	2540	100

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 18 mois", nés en septembre et octobre 2001

Environ 80% des enfants ont reçu 1 dose RRO, ce qui correspond à un taux insuffisant pour éviter les épidémies. Il convient de rester vigilant et de tout mettre en œuvre pour augmenter cette couverture vaccinale.

MÉNINGOCOQUE DE TYPE C

Selon l'Institut de Santé Publique, la Belgique a connu en 1971 un premier pic d'infections invasives dues au méningocoque ; plus de 500 cas furent alors déclarés soit une incidence de la maladie de 5 cas pour 100.000 habitants.

Entre 1976 et 1992, l'incidence s'est maintenue autour de 1 cas pour 100.000 habitants.

De 1993 à 2001, on notait une augmentation constante du nombre d'infections invasives graves dues au méningocoque, principalement de type B et C.

Ainsi, en 1999, 297 cas étaient signalés. L'incidence estimée était alors de **3 cas pour 100.000** habitants; l'incidence réelle compte tenu de cas non déclarés se situant probablement un peu plus haut à 4 cas pour 100.000 habitants.

Une propagation similaire de la maladie s'observait alors dans les pays limitrophes, d'abord en Angleterre et au Pays-Bas puis en France.

Cette augmentation semblait concerner principalement les méningocoques de type C (33 % des cas en 2000).

La répartition par âge montrait une plus grande fréquence de la maladie chez les enfants de moins de 5 ans (40 % des cas) et chez les adolescents (20 % des cas).

Les infections invasives dues au méningocoque peuvent revêtir deux formes différentes :

>> Une méningite avec risques de séquelles cérébrales.

>> Une septicémie fulgurante évoluant vers un syndrome de coagulation intravasculaire disséminée, cause de décès et d'importantes séquelles physiques.

La transmission de la maladie est exclusivement humaine, via les sécrétions naso-pharyngées par contact avec soit un porteur sain soit un malade.

La bactérie est incapable de survivre en dehors de l'organisme humain.

Depuis 2001, un vaccin contre le méningocoque de type C est disponible en Belgique. Il n'existe toujours pas de vaccin contre le méningocoque de type B.

A partir de l'âge de un an, une seule dose de vaccin permet de protéger efficacement l'enfant.

Avant 2002, un certain nombre d'enfants (estimé à 20 %) avaient donc déjà été vaccinés soit dans le cadre de l'O.N.E. soit par leur médecin privé mais le coût élevé du vaccin (36 euros) ne permettait pas de garantir à tous son accessibilité et donc la couverture vaccinale ne permettait pas d'enrayer la recrudescence de cette maladie.

En 2002, un accord entre le Gouvernement Fédéral et le Gouvernement de la Communauté française a permis de financer l'achat de 200.000 doses de vaccins destinées à offrir la vaccination gratuite aux enfants nés entre 1997 et 2000. L'O.N.E. a largement contribué à la mise en œuvre de cette campagne de rattrapage vaccinal (voir rapport BDMS 2002-2003).

Si on se rapporte aux "Avis de Naissance", l'O.N.E. a vacciné en 2002, **23,8 %** de la population des enfants **nés en 1997** (43.589), **24,3 %** de la population des enfants **nés en 1998** (43.252), **29,1 %** de la population des enfants **nés en 1999** (44.031) et **39,7 %** de la population des enfants **nés en 2000** (44.604).

Il faut tenir compte du fait qu'une partie de cette population était déjà vaccinée avant la campagne sur base volontaire et payante. Cette dernière population est estimée à 20 %.

DONNÉES O.N.E., ENFANTS NÉS EN 2001

Nombre de doses	n	%
0	502	19,8
1	1956	77
2	12	0,5
3	54	2,1
inconnues	16	0,6
Total	2540	100

Méningocoque C (n=767)	n	%
Couverture	633	82,5

Données "Enquête de couverture vaccinale en Communauté française (Bruxelles excepté)", Rapport Provac-ULB, p16, 2003

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 18 mois", nés en septembre et octobre 2001

PRÉVENTION DE LA MORT SUBITE DU NOURRISSON

La Mort Subite est définie comme un décès soudain, qui est inattendu au vu de l'histoire de l'enfant et qui demeure inexplicable malgré les examens qui sont réalisés après la mort. Une autopsie complète est indispensable au diagnostic, car elle apporte une explication dans plus de 15% des décès. Seules les morts pour lesquelles aucune cause n'est connue sont appelées "morts subites".

Les décès surviennent essentiellement avant l'âge de 6 mois : 80% des accidents se produisent entre 2 et 6 mois, moins de 10% s'observent avant l'âge de 6 semaines, et moins de 1% des accidents surviennent après 1 an.

L'hypothèse actuellement admise est que les accidents de mort subite sont le fruit de l'accumulation de facteurs pré-néonataux et post-nataux. La combinaison de ces facteurs "fragilise" le nourrisson, qui est alors plus exposé que d'autres à des circonstances défavorables après la naissance.

On peut schématiser les causes de mort subite en trois grands groupes : les trois "grands M": Maturation, Maladies, Milieu.

Une étude menée par l'O.N.E. en 1982, montrait que la prévalence des accidents de morts subites était de 1,7 cas pour 1.000 naissances vivantes. Ce chiffre était comparable à ceux des pays limitrophes.

Actuellement, grâce aux campagnes de prévention menées au cours des dernières années, il est tombé à moins de 0,8 pour 1000 naissances.

Des données plus récentes recueillies à l'O.N.E. grâce au "cadastre des événements médicaux graves" relevées à partir des milieux d'accueil montre qu'il y a eu 3 décès par mort subite sur une période de 9 mois en 2001, 1 mort subite en 2002 et 1 en 2003. Cependant, ces chiffres doivent être pris avec beaucoup de prudence puisque le recueil concerne uniquement les milieux d'accueil en Communauté française et que sa déclaration est volontaire.

DANS LE CADRE DE SES ACTIONS DE PRÉVENTION, L'O.N.E. INTERVIENT À DIFFÉRENTS NIVEAUX :

En ce qui concerne la maturation et les maladies, l'O.N.E. sensibilisera les parents à consulter leur médecin en cas de maladie et encourage les parents à faire réaliser les divers examens demandés dont les polysomnographies lorsque les enfants sont considérés "à risque" de mort subite.

Les données recueillies par la BDMS nous permettent d'avoir une approche de la pratique des examens polysomnographiques de sommeil, réalisés dans un but de dépistage des enfants "à risque" et de la mise sous monitoring d'enfants considérés "à risque" suite à un dépistage positif. La pratique du dépistage par examen polysomnographique n'est recommandée que dans le cadre d'un bilan global de la santé de l'enfant et suivant des critères médicaux précis (prématurité, transpiration anormale, antécédents familiaux,...)

RISQUES MSIN		POLYSOMNOGRAPHIE POSITIVE			
		sans objet	oui	non	Total
oui	n	19	43	71	133
	%	14,3	32,3	53,4	100
non	n	517	20	1675	2212
	%	23,4	0,9	75,7	100
Total	n	536	63	1746	2345
	%	22,9	2,7	74,5	100

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 9 mois", nés premier trimestre 2003, inconnues:14,6%

Au vu de ce tableau, on observe que 133 enfants ont été décelés comme étant à risque de MSIN. Parmi eux, 43 ont eu une polysomnographie positive. On observe également que 63 enfants ont eu une polysomnographie positive dont 1/3 n'étaient pas identifiés comme étant à risque de MSIN.

La donnée concernant la surveillance par monitoring n'est plus recueillie dans le bilan de 9 mois. En effet, le remboursement INAMI de la surveillance par monitoring étant limité aux enfants ayant une polysomnographie positive, on peut considérer que le nombre d'enfants ayant bénéficié de cette surveillance se rapproche fort du nombre d'enfants ayant une polysomnographie positive.

Les signes d'alarmes de la mort subite sont détaillés dans le "Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant". Dans le cadre de cette analyse, nous avons sélectionné 3 facteurs de risque:

- >> le tabagisme passif dans l'habitation du nourrisson,
- >> le petit poids de naissance,
- >> l'alimentation du nourrisson à 3 mois.

TABAGISME PASSIF ET MORT SUBITE

Au moins 1 personne du ménage fume quotidiennement dans l'habitation

	n	%
Oui	703	25,6
Non	1723	62,7
Total	2426	88,3

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 9 mois", nés premier trimestre 2003, inconnues:11,7%

En ce qui concerne les enfants fréquentant les structures de l'O.N.E., l'analyse des "Bilans de santé à 9 mois" montre que 25% des enfants vivent encore dans une habitation enfumée.

Ceci montre que la recommandation d'éviter le tabagisme passif pendant la grossesse ensuite d'éviter que le bébé séjourne dans des pièces enfumées reste difficile à appliquer.

TABLEAU CROISÉ TABAGISME PASSIF ET ENFANTS À RISQUE DE MSIN				
TABAGISME PASSIF		ENFANTS À RISQUE MSIN		Total
		oui	non	
Oui	n	66	605	671
	%	9,8	90,2	100
Non	n	61	1580	1641
	%	3,7	96,3	100
Total	n	127	2185	2312
	%	5,5	94,5	100

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 9 mois", nés premier trimestre 2003, inconnues:15,8%

Les données de la BDMS de l'O.N.E. montrent que le tabagisme passif est statistiquement hautement associé à un risque de MSIN ($P < 0,001$).⁸

Le Risque Relatif que l'enfant soit à risque de Mort Subite lorsqu'il vit dans une habitation enfumée est 2,6 fois plus élevé que s'il ne vivait pas dans une habitation enfumée (IC à 95%:1,9-3,7).

Ces données doivent être prises avec prudence puisqu'elles reflètent entre autre le fait que le tabagisme passif est reconnu comme facteur de risque par les intervenants de terrain.

TABLEAU CROISÉ TABAGISME PASSIF ET POLYSOMNOGRAPHIE POSITIVE					
TABAGISME PASSIF		POLYSOMNOGRAPHIE POSITIVE			Total
		sans objet	oui	Non	
oui	n	161	26	455	642
	%	25,1	4	70,9	100
non	n	343	30	1160	1533
	%	22,4	2	75,7	100
Total	n	504	56	1615	2175
	%	23,2	2,6	74,3	100

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 9 mois", nés premier trimestre 2003, inconnues:20,8%

Le test de proportion (χ^2) est statistiquement significatif ($p < 0,05$).

Le Risque Relatif lorsqu'un enfant subit un tabagisme passif d'avoir une polysomnographie positive est 2,07 fois plus élevé que lorsqu'il ne vit pas dans une habitation avec fumeur (IC à 95%:1,23-3,47)

PETIT POIDS DE NAISSANCE ET MORT SUBITE

TABLEAU CROISÉ PETITS POIDS DE NAISSANCE ET ENFANTS À RISQUE DE MSIN				
PPN		ENFANTS À RISQUE DE MSIN		TOTAL
		oui	non	
oui	n	52	138	190
	%	27,4	72,6	100
non	n	85	2266	2351
	%	3,6	96,4	100
Total	n	137	2404	2541
	%	5,4	94,6	100

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 9 mois", nés premier trimestre 2003, inconnues:7,5%

L'analyse de nos données confirme une forte association statistique entre un petit poids de naissance et le risque de MSIN ($P < 0,001$). Le calcul du Risque Relatif montre qu'un enfant avec un poids de naissance inférieur à 2500g a 7,6 fois plus de risque d'être victime de Mort subite qu'un enfant de plus de 2500g (IC à 95% : 5,5-10,3). Les données reflètent le fait que le petit poids de naissance est probablement reconnu comme facteur de risque par les intervenants de terrain.

TABLEAU CROISÉ PETITS POIDS DE NAISSANCE ET POLYSOMNOGRAPHIE POSITIVE					
PETIT POIDS DE NAISSANCE		POLYSOMNOGRAPHIE POSITIVE			Total
		sans objet	oui	Non	
<2500g	n	31	29	122	182
	%	17	15,9	67	100
>2500g	n	506	35	1669	221
	%	22,9	1,6	75,5	100
Total	n	537	64	1791	2392
	%	22,4	2,7	74,9	100

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 9 mois", nés premier trimestre 2003, inconnues:12,9%

Le test des proportions (χ^2) est statistiquement significatif ($p < 0,001$).

Lorsqu'un enfant a un poids de naissance inférieur à 2500g, il a 10,06 fois plus de chance d'avoir une polysomnographie positive qu'un enfant de poids de naissance de 2500g ou plus.

⁸ La valeur de p permet de savoir si une différence est statistiquement significative ou non. Si cette valeur est inférieure à 0.05, la différence est significative. Dans le cas contraire ($p > 0,05$) on ne peut pas parler de différence significative et la différence que l'on peut éventuellement observer entre les catégories peut alors être due au hasard.

ALLAITEMENT MATERNEL ET MORT SUBITE

ALLAITEMENT MATERNEL ET MORT SUBITE				
		À RISQUE DE MORT SUBITE		Total
		oui	non	
ALLAITEMENT MATERNEL	n	93	1919	2012
	%	4,6	95,4	100
PAS D'ALLAITEMENT MATERNEL	n	49	564	613
	%	8,0	92,0	100

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 9 mois", nés premier trimestre 2003, inconnues:9,2%

L'analyse des proportions montre qu'il y a une association statistiquement très significative ($p < 0.001$) entre l'allaitement maternel et le risque de mort subite. Le calcul des risques relatifs montre que les enfants qui reçoivent du lait maternel ont 0,6 fois moins de risques d'être à risque de mort subite que les enfants qui ne reçoivent pas de lait maternel.

TABLEAU CROISÉ ALLAITEMENT MATERNEL ET POLYSOMNOGRAPHIE POSITIVE					
ALLAITEMENT MATERNEL		POLYSOMNOGRAPHIE POSITIVE			Total
		sans objet	oui	Non	
oui	n	427	48	1415	1890
	%	22,6	2,5	74,9	100
non	n	129	19	434	582
	%	22,2	3,3	74,6	100
Total	n	556	67	1849	2472
	%	22,5	2,7	74,8	100

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 9 mois", nés premier trimestre 2003, inconnues:14,5%

Les enfants allaités ont 0,78 fois moins de risque d'avoir une polysomnographie positive que ceux qui ne reçoivent pas de lait maternel.

Il serait intéressant d'effectuer une analyse multivariante pour prédire le risque de mort subite/ polysomnographie positive en fonction du poids de naissance, de l'allaitement maternel et du tabagisme passif. Ceci devrait faire l'objet d'une étude ultérieure.

LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

La prévalence du syndrome du biberon sucré aux Etats-Unis est de 3 à 6 % chez les enfants de 1 à 3 ans (HOROWITZ 1998). Dans les pays occidentaux, la prévalence est inférieure ou égale à 5% (JOHNSON et MESSER 1994).

Les études notent une grande variation de pays à pays, et dans un même pays, d'une région à l'autre.

Le facteur favorisant principal est le niveau socio-économique défavorable de la famille.

Une étude récente réalisée à Gand (Belgique) par MARTENS et al. en 2004, chez des enfants de 2 à 3 ans, donnait une prévalence de 18,3% !

Les objectifs de l'O.N.E. en ce qui concerne la santé bucco-dentaire visent sur le plan général à prévenir l'apparition de caries dentaires et de manière plus spécifique, à modifier des comportements en matière d'alimentation, à favoriser l'acquisition d'habitudes d'hygiène bucco-dentaire, à généraliser la pratique des soins dentaires préventifs, précoces et réguliers, et à prévenir le syndrome du biberon (Caries sévères, apparaissant avant 2 ans et entraînant une destruction des dents de lait).

L'O.N.E. intervient par des conseils alimentaires et recommande le brossage régulier des dents avec un dentifrice adapté à l'âge de l'enfant et une visite annuelle préventive chez le dentiste dès l'âge de 2,5 à 3 ans.

LES DONNÉES CONCERNANT LE SYNDROME DU BIBERON SUCRÉ SONT RÉCOLTÉES LORS DU BILAN DE 18 MOIS.

SYNDROME DU BIBERON SUCRÉ

SYNDROME DU BIBERON SUCRÉ		
	n	%
oui	88	3,6
non	2373	96,4
Total	2461	96,9

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 18 mois", nés en septembre et octobre 2001, inconnues:3,1%

Le syndrome du biberon sucré consiste en l'apparition de caries sévères du tout jeune enfant (avant 2 ans) entraînant une destruction des dents de lait. 3,6 % des enfants de notre échantillon présentent déjà un tel syndrome.

TABLEAU CROISÉ NIVEAU D'ÉTUDES ET SYNDROME DU BIBERON SUCRÉ				
ETUDE		SYNDROME DU BIBERONSUCRÉ		Total
		oui	Non	
Primaire (achevé ou non)	n	5	140	145
	%	3,4	96,6	100
Secondaire inférieur	n	33	467	500
	%	6,6	93,4	100
Secondaire supérieur	n	15	650	665
	%	2,3	97,7	100
Supérieur	n	20	642	662
	%	3,0	97,0	100

Le test (Chi²) de Pearson montre une association statistiquement significative (P<0,001) entre le niveau d'instruction de la mère et le syndrome du biberon sucré chez l'enfant.

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 18 mois", nés en septembre et octobre 2001, inconnues : 22,4%

LE PROGRAMME EST ÉGALEMENT ÉVALUÉ LORS DU BILAN DE SANTÉ À 30 MOIS.

CARIES DENTAIRES

L'ENFANT PRÉSENTE DES CARIES DENTAIRES (SOIGNÉES OU NON)		
	n	%
0	929	90,8
1 à 2	23	2,2
3 et plus	5	0,5
Total	957	93,5

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000, Bilan de santé 30 mois, inconnues : 6,5%

De façon étonnante, la proportion d'enfants ayant des caries dentaires à 30 mois est inférieure à la proportion des enfants présentant un syndrome du biberon sucré. Il ne s'agit évidemment pas des mêmes enfants, mais dans les deux cas de population d'enfants suivis à l'O.N.E.. Cette discordance devra être contrôlée lors des prochains recueils de données.

Une attention toute particulière devra être apportée au suivi de cette situation. En effet, il est extrêmement important de vérifier que le fait d'avoir renoncé en 2002 à la supplémentation systématique des enfants en fluor par voie orale (voir directive de la Santé publique) ne s'accompagne pas d'une recrudescence des caries dentaires.

LE BROSSAGE DES DENTS

L'ENFANT SE BROSSÉ LES DENTS MINIMUM 1X/JOUR		
	n	%
oui	764	74,7
non	126	12,3
Total	890	87,0

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000, inconnues:13,0%

Il s'agit d'une recommandation de base reprise dans le programme " promotion de la santé bucco-dentaire ". Les réponses sont fournies par la personne qui présente l'enfant à la consultation. Il est probable que les réponses positives soient surestimées.

TABLEAU CROISÉ "SE BROSSER LES DENTS MINIMUM 1*/JOUR"
ET "PRÉSENTE DES CARIES DENTAIRES SOIGNÉES OU NON"

BROSSE	CARIES					
	Oui		non		Total	
	n	%	n	%	n	%
oui	18	2,5	713	97,5	731	100
non	8	6,7	110	93,3	118	100
Total	26		823		849	

Il existe une différence statistiquement significative ($P < 0,01$) entre les enfants qui se brossent les dents au moins une fois par jour et la présence des caries dentaires.

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000

TABLEAU CROISÉ "PRÉSENTE DES CARIES DENTAIRES SOIGNÉES
OU NON" ET "NIVEAU D'ÉTUDES DE LA MÈRE"

NIVEAU D'ÉTUDES DE LA MÈRE		CARIES		
		0	1 à 2	3 et plus
Primaire	n	53	3	1
	%	5,7	13,0	20,0
Secondaire inférieur	n	145	6	4
	%	15,6	26,1	80,0
Secondaire supérieur	n	223	5	0
	%	24,0	21,7	0,0
Supérieur	n	331	4	0
	%	35,6	17,4	0,0
Autre	n	177	5	0
	%	19,1	21,7	0,0
Total	n	929	23	5
	%	100	100	100

On observe un gradient entre le niveau d'études et la présence de caries. Au plus le niveau d'études est élevé, au moins on observe l'incidence de caries et inversement.

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000

L'ALLERGIE

De nombreuses études mettent en évidence une augmentation des pathologies allergiques, au cours des dernières décennies, dans le monde occidental. Ainsi, au cours de cette période, la prévalence de toutes les affections allergiques telles l'eczéma atopique, la rhinite et l'asthme a été multipliée par deux voire trois.

Les études épidémiologiques estiment la prévalence cumulée des allergies chez l'enfant à 25-30 %. La prévalence de la dermatite atopique est évaluée à 15-20 %, l'asthme à 7-10% et la rhinite et la conjonctivite allergique autour de 15-20%. Chez le nourrisson atopique, l'allergie alimentaire est la première à apparaître. L'absence ou une durée trop courte de l'allaitement maternel peut-être responsable de l'allergie aux protéines de lait de vache. Ce type d'allergie atteint 2-7 % des enfants de moins de 2 ans soit environ 2000 enfants par an en Communauté française.

Le tabagisme passif dès avant la naissance est un important facteur de risque d'allergie.

Un article récent du British Medical Journal évalue le coût annuel de l'allergie en Grande Bretagne à 13 milliards d'euros.

Une étude réalisée en 2000 chez les enfants de 12-15 mois fréquentant les Consultations pour Nourrissons à Bruxelles et dans le Brabant Wallon confirme largement l'importance du problème dans notre population.

L'allergie est une maladie multifactorielle résultant d'une prédisposition génétique et de facteurs en rapport avec l'environnement.

LES DONNÉES DE LA POPULATION FRÉQUENTANT LES STRUCTURES DE L'O.N.E. ONT ÉTÉ RECUEILLIES DE MANIÈRE PONCTUELLE À DIFFÉRENTS MOMENTS

- 1) Lors d'une enquête rétrospective réalisée auprès des enfants nés en mars 1997 (ils avaient 3 ans au moment du relevé des données) qui ont consulté une structure O.N.E. au moins une fois après l'âge d'un an (voir Rapport BDMS 2001). L'enquête a porté sur 806 enfants.
- 2) Ensuite, une enquête "allergie" beaucoup plus fouillée a été réalisée auprès d'un échantillon de 314 enfants âgés de 11 à 15 mois, fréquentant les consultations de l'O.N.E. à Bruxelles et dans le Brabant wallon, du 15 novembre au 31 décembre 2000. Il s'agit donc d'enfants nés en 1999. (Dr Liliane Gilbert ; Dr Marianne Winkler, Dr Yves Coppieters). (cf rapport BDMS 2001)
- 3) Dans le Bilan de santé à 30 mois. Il s'agit d'enfants nés en 2000.

ENFANTS AYANT DES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX D'ALLERGIE

La littérature internationale montre, chez des enfants de 7 ans, qu'en l'absence de manifestations allergiques chez leurs parents ou dans leur fratrie, seuls 11% d'entre eux avaient des manifestations allergiques. Lorsqu'un parent était atteint d'allergies, 25% des enfants avaient également des manifestations, lorsqu'un membre de la fratrie en était atteint, le pourcentage chez les autres enfants de la fratrie est de 30%, enfin, si les deux parents sont allergiques 50% de leurs enfants en seront atteints⁹. Ainsi, les enfants de parents allergiques sont plus à risque de développer des manifestations allergiques au cours de leur vie. Enfin, la taille de la famille est un facteur à prendre en compte. Ainsi, les enfants issus de familles nombreuses ont moins de manifestations allergiques tant respiratoires que cutanées.

Antécédents familiaux d'allergie L'enfant a au moins 1 parent/frère/sœur allergique	Enfants nés en 1997			Enfants nés en 1999		Enfants nés en 2000	
	Volet 0-3 ans			Enquête Bx. et Br W.		Bilan de santé à 30 mois	
	Oui	Douteux	Total	Oui	Total	Oui	Total
	180	7	806	182	314	351	1023
	22,3	0,9	100%	58%	100%	34,3%	100%
	Inconnues					Inconnues	
	23,4%					8,8%	

LES SYMPTÔMES DE L'ALLERGIE

ENFANTS NÉS EN 1997-VOLET 0-3 ANS

18 % des enfants ont présenté des signes cliniques évoquant le diagnostic d'allergie,
10 % ont été diagnostiqués "allergique"

Parmi les enfants qui ont manifesté des signes cliniques d'allergie (positifs et douteux):

- >> 113/141 (80,1%) avaient des antécédents familiaux d'allergie,
- >> 28/141 (19,9%) n'en avaient pas

⁹ Nilssen, L. : Risk factors for atopic desian in childerhood (Linköping University Medical) Dissertation n°556 Linköping, university 1998.

ENFANTS NÉS EN 1999 - ENQUÊTE À BRUXELLES ET DANS LE BRABANT WALLON

Le tableau ci-dessous présente la ventilation des symptômes apparus dans l'échantillon de la population d'enfants interrogés.

N =316	NOMBRE DE SYMPTÔMES	% D'ENFANTS CHEZ QUI ON RETROUVE CES SYMPTÔMES
Eczéma	69	22
Sifflements respiratoires	48	15,2
Bruit nasal ou ronflement	42	13,3
Bronchiolite	68	21,6
Otitites aiguës (>= 3 épisodes)	31	9,8
Asthme	9	2,9
Régurgitations importantes	71	22,5

L'enquête montre que les symptômes les plus fréquents sont des régurgitations importantes, de l'eczéma, et la bronchiolite. Parmi les 68 déclarations de bronchiolite, 19 enfants indiquent avoir eu au moins 3 bronchiolites.

ENFANTS NÉS EN 2000

A l'âge de 2,5 ans, il est bien souvent difficile de poser un diagnostic d'allergie avec certitude. En effet, il existe une multitude de prédispositions et de symptômes qui conduisent parfois à une surévaluation des enfants allergiques.

Dans le cadre de la récolte de données des bilans de santé à 30 mois, nous avons posé une question sur les prédispositions génétiques : "l'enfant a au moins un parent et/ou frère/sœur allergique" et deux questions sur les symptômes : "l'enfant a eu au moins 3 épisodes de bronchiolite depuis sa naissance" et "L'enfant a présenté un eczéma atopique depuis sa naissance".

L'ENFANT A AU MOINS UN PARENT ET/OU FRÈRE/SŒUR ALLERGIQUE		
	n	%
Oui	351	37,6
Non	582	62,4
Total	933	100

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000, inconnues:8,8%

L'ENFANT A EU AU MOINS 3 ÉPISODES DE BRONCHIOLITES DEPUIS SA NAISSANCE		
	n	%
Oui	120	11,7
Non	827	80,8
Total	947	92,6

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000, inconnues:7,4%

L'ENFANT A PRÉSENTÉ DE L'ECZÉMA ATOPIQUE DEPUIS SA NAISSANCE		
	n	%
Oui	168	16,4
Non	794	77,6
Total	962	94,0

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000, inconnues:6,0%

Comme on le sait, l'allergie est une maladie dont les causes sont multifactorielles. Au plus l'enfant cumule les facteurs de risque, au plus il sera à risque d'allergie. Dans l'analyse, nous avons donc voulu analyser le nombre d'enfants qui présentent 1, 2 ou 3 facteurs de risque. Ces résultats sont présentés sous forme de score.

SCORE ALLERGIE		
FACTEURS DE RISQUE	n	%
0	558	54,5
1	307	30
2	142	13,9
3	16	1,6
Total	1023	100

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000, pas d'inconnue

INFLUENCE DES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX D'ALLERGIE

TABLEAU CROISÉ ALLERGIES FAMILIALES ET 3 ÉPISODES DE BRONCHIOLITE AU MOINS				
ALLERGIES FAMILIALES		AU MOINS 3 BRONCHIOLITES		
		oui	non	Total
oui	n	61	280	341
	%	17,9	82,1	100
non	n	49	516	565
	%	8,7	91,3	100

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000, inconnues:11,4%

L'association antécédents familiaux d'allergies et la présence d'au moins 3 bronchiolites est statistiquement significative ($p < 0,001$).

Les enfants avec des antécédents familiaux d'allergies ont 2,1 fois plus de risque d'avoir au moins 3 bronchiolites que les autres (RR (IC95%) : 2,1 (1,5-2,9)).

TABLEAU CROISÉ ALLERGIES FAMILIALES ET ECZÉMA ATOPIQUE				
ALLERGIES FAMILIALES		ECZÉMA ATOPIQUE		
		oui	non	Total
oui	n	104	242	346
	%	30,1	69,9	100
non	n	52	522	574
	%	9,1	90,9	100

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000, inconnues:10,1%

L'analyse des données montre que l'association "allergies familiales" et "l'eczéma atopique" est statistiquement significative ($p < 0,001$).

Les enfants qui ont des antécédents familiaux d'allergies ont 3,3 fois plus de risque d'avoir de l'eczéma atopique que les autres (RR (IC95%) : 3,3 (2,4-4,5)).

INFLUENCE DU NIVEAU SOCIO-ÉCONOMIQUE

TABLEAU CROISÉ ETUDES DE LA MÈRE ET AU MOINS 3 BRONCHIOLITES				
Niveau d'études de la mère		AU MOINS 3 BRONCHIOLITES		
		Oui	Non	Total
Primaire (achevé ou non)	n	8	52	60
	%	13,3	86,7	100
Secondaire inférieur	n	19	139	158
	%	12,0	88,0	100
Secondaire supérieur	n	29	197	226
	%	12,8	87,2	100
Supérieur universitaire ou non	n	42	280	322
	%	13,0	87,0	100

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000, inconnues:25,1%

Dans notre population d'enfants suivis, on ne note pas d'association entre les bronchiolites répétées (au moins 3) et le niveau d'enseignement de la mère.

TABLEAU CROISÉ ETUDES DE LA MÈRE ET ECZÉMA ATOPIQUE				
Niveau d'études de la mère		ECZÉMA ATOPIQUE		
		Oui	Non	Total
Primaire (achevé ou non)	n	6	54	60
	%	10,0	90,0	100
Secondaire inférieur	n	19	141	160
	%	11,9	88,1	100
Secondaire supérieur	n	56	176	232
	%	24,1	75,9	100
Supérieur universitaire ou non	n	58	269	327
	%	17,7	82,3	100
Total	n	139	640	779
	%	17,8	82,2	100

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000, inconnues:23,9%

L'analyse des données montre qu'il y a une association statistiquement significative ($p < 0,05$) entre le " Niveau d'étude de la mère " et l' " eczéma atopique ".

INFLUENCE DU SÉJOUR EN MILIEU D'ACCUEIL COLLECTIF

Ces résultats doivent être pris avec prudence, en effet, dans le groupe " consultations pour enfants ", on trouve des enfants qui séjournent également en milieu d'accueil (soit accueil collectif de type maison d'enfants, soit accueillante à domicile) ; les autres ne fréquentant pas de milieu de garde en dehors de leur famille.

Dans le groupe " milieu d'accueil ", on ne trouve que des enfants fréquentant un milieu d'accueil collectif.

TABLEAU CROISÉ TYPE DE STRUCTURE ET AU MOINS 3 BRONCHIOLITES				
TYPE DE STRUCTURE		AU MOINS 3 BRONCHIOLITES		
		oui	non	Total
consultations pour enfants	n	61	549	610
	%	10,0	90,0	100
milieu d'accueil	n	57	249	306
	%	18,6	81,4	100

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000, inconnues:10,5%

On observe qu'il y a proportionnellement plus d'enfants qui ont eu au moins 3 bronchiolites dans le groupe "milieu d'accueil" par rapport aux enfants du groupe "consultations pour enfants". Cette différence est statistiquement significative ($p < 0.05$).

TABLEAU CROISÉ TYPE DE STRUCTURE ET ECZÉMA ATOPIQUE				
TYPE DE STRUCTURE		ECZÉMA ATOPIQUE		
		oui	non	Total
consultations pour enfants	n	116	498	614
	%	18,9	21,1	100
milieu d'accueil	n	47	268	315
	%	17,5	82,5	100

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000, inconnues:9,2%

Dans notre échantillon, il n'y a pas d'association statistiquement significative entre le type de structure et la présence d'eczéma atopique.

INFLUENCE DE L'ENVIRONNEMENT

ENFANTS NÉS EN 1999 - ENQUÊTE BRUXELLES. ET BRABANT WALLON

L'étude montre que les facteurs de risque environnementaux sont encore bien présents dans la population étudiée : 20% des mères et 36% des pères fument.

ENFANTS NÉS EN 2000- BILAN DE SANTÉ 30 MOIS

AU MOINS 1 PERSONNE DU MÉNAGE FUME QUOTIDIENNEMENT DANS L'HABITATION		
	n	%
oui	292	28,5
non	551	53,9
Total	843	82,4

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000, inconnues:17,6%

TABLEAU CROISÉ " TABAGISME PASSIF " - " BRONCHIOLITE "				
TABAGISME PASSIF		AU MOINS 3 BRONCHIOLITES		
		oui	non	Total
oui	n	40	235	275
	%	14,5	85,5	100
non	n	63	460	523
	%	12,0	88,0	100

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000, inconnues:22,0%

Le test d'hypothèse d'égalité des proportions est accepté. Dans notre population, les enfants vivant dans une habitation où un membre du ménage fume quotidiennement n'ont pas plus de bronchiolites que les autres. Il faut cependant noter la proportion d'inconnues élevée, laquelle pourrait biaiser les proportions réelles des réponses. En effet, la question sur le tabac reste une question sensible car elle est souvent imprégnée de culpabilité, les conséquences du tabac et du tabagisme passif n'étant plus à démontrer.

TABLEAU CROISÉ "TABAGISME PASSIF" - "ECZÉMA"				
TABAGISME PASSIF		ECZÉMA ATOPIQUE		
		oui	non	Total
oui	n	46	236	282
	%	16,3	81,5	100
non	n	97	428	525
	%	18,5	81,5	100
Total	n	143	664	807
	%	17,7	82,3	100

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000, inconnues: 21,1%

L'analyse des données montre qu'il n'y a pas d'association statistiquement significative entre le tabagisme passif et l'eczéma atopique dans notre échantillon.

TABLEAU CROISÉ "TABAGISME PASSIF" ET "ALLERGIES FAMILIALES"				
TABAGISME PASSIF		ALLERGIES FAMILIALES		
		oui	non	Total
oui	n	105	167	272
	%	38,6	61,4	100
non	n	203	315	518
	%	39,2	60,8	100

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000, inconnues:22,8%

L'analyse des données montre qu'il n'y a pas d'association statistiquement significative entre le tabagisme passif et la présence d'allergie dans la famille.

DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

BILANS DE SANTÉ 9 MOIS

Dans le bilan de santé à 9 mois, il est demandé au médecin de donner une information globale sur le développement psychomoteur de l'enfant : une anomalie est-elle constatée "oui" ou "non" sur base d'un examen neurologique général du nourrisson (cf. Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant de l'O.N.E.).

ANOMALIE CONSTATÉE

ANOMALIE CONSTATÉE		
	n	%
Oui	96	3,7
Non	2510	96,3
Total	2606	100

On observe que 96 enfants (soit 3,7 %) sont considérés comme ayant une anomalie du développement psychomoteur à l'âge de 9 mois.

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 9 mois", nés au 1er trimestre 2003, inconnues:5,1%

ANOMALIE CONFIRMÉE

ANOMALIE CONFIRMÉE		
	n	%
Oui	51	91,1
Non	5	8,9
Total	56	100

Parmi les 96 enfants chez qui on a constaté une anomalie, 51/56 anomalies ont été confirmées. Cependant, pour plus de 40 % des enfants, il n'existe pas d'information concernant la confirmation ou non de ce retard et à fortiori pas d'information sur une éventuelle prise en charge. Les raisons de ce nombre important d'inconnues devront être étudiées.

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 9mois", nés au 1er trimestre 2003, inconnues exclues:41,7%

BILANS DE SANTÉ 18 MOIS

Lors du bilan de santé à 18 mois, le développement psychomoteur de l'enfant est analysé à travers quelques tests objectifs.

MARCHE DE L'ENFANT À 18 MOIS

Il est admis que la marche apparaît en moyenne à 13 mois, avec de larges variations. Cependant, elle doit être acquise avant l'âge de 18 mois.

MARCHE		
	n	%
Oui	2308	96,4
Non	85	3,6
Total	2393	100

Plus de 96% des enfants ont acquis la marche entre 16 et 20 mois. Il reste cependant 4% qui ne savent pas marcher au jour du bilan de santé. Afin d'identifier précisément les enfants qui ont au delà de 18 mois, nous avons recherché leurs âges exacts.

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 18 mois", nés en septembre et octobre 2001, inconnues :5,8%

AGE DES ENFANTS (N=85) QUI NE MARCHENT PAS SEULS		
AGE (MOIS)	n	%
16	16	18,8
17	31	36,5
18	25	29,4
19	12	14,1
20	1	1,2
Total	85	100,0

Le tableau montre qu'il y a 13 enfants (soit 0,5% parmi tous les enfants) qui ont plus de 18 mois et qui ne savent pas marcher. Notons cependant qu'il est probable que la proportion réelle soit légèrement en dessous de 0,5% puisque ici nous n'avons pas vérifié si toutes les naissances étaient à terme. Dans le cas d'une naissance prématurée, il faut soustraire le nombre de semaines de naissance anticipées à l'âge réel de l'enfant (âge ajusté) afin de pouvoir estimer son développement psychomoteur.

MOTS PRONONCÉS À 18 MOIS

L'apparition du langage constitue également un indicateur important du développement psychomoteur.

On considère qu'à 12 mois, l'enfant doit pouvoir répéter quelques mots à bon escient, qu'à 15 mois, il peut prononcer 4 à 6 mots et qu'à 18 mois, il peut prononcer environ 10 mots.

NOMBRE DE MOTS PRONONCÉS		
	n	%
0	77	3,4
1-3	422	18,5
4-5	686	30,1
6-9	509	22,3
+10	584	25,6
Total	2278	100,0

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 18 mois", nés en septembre et octobre 2001, inconnues:10,3%

Dans notre échantillon, plus de 3% des enfants ne prononcent aucun mot au moment du bilan de santé de 30 mois. Parmi eux 34/77 ont 18 mois et plus. Ce qui correspond à 1,5 % des enfants de notre échantillon qui ne savent prononcer aucun mot à l'âge de 18 mois.

AGE DES ENFANTS (MOIS) QUI NE PRONONCENT AUCUN MOT		
	n	%
16	16	20,8
17	27	35,1
18	21	27,3
19	13	16,9
Total	77	100,0

SCORE DE DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Le cumul chez un même enfant d'un retard dans différents domaines constitue un élément d'aggravation du retard psychomoteur. Généralement, les pédiatres de l'O.N.E. considèrent qu'un enfant a un retard psychomoteur lorsqu'il présente un retard pour au moins 2 items de développement psychomoteur (voir à ce propos le Dossier médical de l'O.N.E.).

C'est pourquoi nous avons cumulé les deux indicateurs "l'enfant marche seul" et "le nombre de mots que l'enfant peut prononcer" recueillis à l'âge de 18 mois pour constituer un score de développement psychomoteur.

Le "score 0" correspond aux enfants qui ne présentent **aucun retard**.

Le "score 1" correspond aux enfants qui présentent **soit un retard pour la marche soit un retard pour le langage**.

Le "score 2" correspond aux enfants qui présentent **à la fois un retard dans la marche et dans le langage**.

SCORE		
	n	%
0	2390	94,1
1	138	5,4
2	12	0,5
Total	2540	100,0

5,4% des enfants présentent un retard dans un indicateur de développement et 0,5% cumulent un retard dans les 2 indicateurs de développement testés lors du bilan de santé à 18 mois.

BILANS DE SANTÉ 30 MOIS

Lors du bilan de santé à 30 mois, le développement psychomoteur de l'enfant est analysé à travers 5 tests objectifs :

- >> Un premier test qui devrait être acquis à l'âge de 24 mois : L'enfant construit une phrase de 3 mots (sujet, verbe, complément) dans sa langue maternelle
- >> Quatre tests qui devraient être acquis à 30 mois : L'enfant saute à pieds joints, il imite un trait vertical, il imite un cercle et il utilise le " je "

Ces tests sont extraits de l'échelle du développement de Denver et ont été choisis pour leurs simplicités et leurs faisabilités en consultation. Néanmoins, la coopération de l'enfant n'est pas toujours facile à obtenir. Dans certains cas, le test est impossible à réaliser vu le refus de l'enfant. Dans ce cas, on retrouve ces enfants dans la catégorie "test non réalisé".

L'ENFANT CONSTRUIT UNE PHRASE DE 3 MOTS

L'ENFANT CONSTRUIT UNE PHRASE DE 3 MOTS (SUJET ,VERBE, COMPLÉMENT) DANS SA LANGUE MATERNELLE		
	n	%
Oui	756	73,9
Non	168	16,4
Non réalisé	99	9,7
Total	1023	100

Environ 16% des enfants de notre échantillon ne savent pas construire une phrase de 3 mots dans leur langue au jour du bilan.

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000

L'ENFANT UTILISE LE "JE"

L'ENFANT UTILISE LE "JE"		
	n	%
Oui	518	50,6
Non	405	39,6
Non réalisé	100	9,8
Total	1023	100

Environ la ½ des enfants savent utiliser le "je" au moment du bilan de santé à 30 mois.

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000

L'ENFANT SAUTE À PIEDS JOINTS

L'ENFANT SAUTE À PIEDS JOINTS		
	n	%
Oui	784	76,6
Non	87	8,5
Non réalisé	152	14,9
Total	1023	100

Environ $\frac{3}{4}$ des enfants savent sauter à pieds joints au moment du bilan. Un peu moins de 10% ne savent pas sauter pieds joints.

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000

L'ENFANT IMITE UN TRAIT VERTICAL

L'ENFANT IMITE UN TRAIT VERTICAL		
	n	%
Oui	637	62,3
Non	143	14,0
Non réalisé	243	23,8
Total	1023	100

62% des enfants de notre échantillon savent imiter un trait vertical au moment du bilan. 14% des enfants de notre échantillon ne savent pas imiter un trait vertical au moment du bilan.

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000

L'ENFANT IMITE UN CERCLE

L'ENFANT IMITE UN CERCLE		
	n	%
Oui	571	55,8
Non	194	19,0
Non réalisé	258	25,2
Total	1023	100

Plus de la $\frac{1}{2}$ des enfants savent imiter un cercle au moment du bilan de santé. 19% des enfants ne savent pas imiter un cercle au moment du bilan de santé.

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000

SCORE DE DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Pour les mêmes raisons qui sont expliquées dans la partie score du développement psychomoteur à 18 mois, nous avons cumulé 3 indicateurs de développement psychomoteur. En effet, c'est le cumul d'au moins 2 d'entre eux qui indiquent un retard éventuel dans le développement psychomoteur.

Le "score 0" correspond aux enfants qui **ne présentent aucun retard**.

Le "score 1" correspond aux enfants qui **présentent soit un retard pour "le saut à pieds joints" soit un retard pour "imiter un trait vertical" soit un retard pour "imiter un cercle"**.

Le "score 2" correspond aux enfants qui **présentent 2 retards (quels qu'ils soient) à la fois**.

Le "score 3" correspond aux enfants qui **présentent les 3 retards en même temps**.

SCORE		
	n	%
0	752	73,5
1	155	15,2
2	76	7,7
3	37	3,6
Total	1023	100,0

Le tableau nous indique que les $\frac{3}{4}$ des enfants ne présentent aucun retard et qu'un peu plus de 10% présentent 2 ou 3 retards à la fois.

LE DÉPISTAGE VISUEL

10 % des enfants de 15 mois à 3 ans sont atteints d'un problème visuel. Le traitement est particulièrement efficace si l'enfant est diagnostiqué et traité avant l'âge de trois ans. Le dépistage des troubles visuels, testé par l'O.N.E. depuis 1997 a démontré tout son intérêt. Chez 75 % des enfants dépistés positifs à l'O.N.E., un trouble est confirmé par l'ophtalmologue et un traitement est entrepris. Il s'agit donc d'un programme de dépistage particulièrement efficace.

Fin 2002, le Conseil d'Administration de l'Office a décidé de généraliser progressivement ce dépistage à l'ensemble de la Communauté française. Cette généralisation, se met en route progressivement pour des raisons à la fois budgétaire et conjoncturelles. L'O.N.E. a choisi de faire réaliser les dépistages par un personnel paramédical spécialisé dans ce domaine. Il s'agit des orthoptistes. Or, il en existe très peu en Communauté Française où cette formation n'est pas dispensée. Les orthoptistes engagés ont donc majoritairement reçu leur formation en France.

Les résultats des dépistages réalisés en 2003 nous permettent de prévoir que fin 2004, lorsque les 4 Equivalents Temps Plein prévus pourront fonctionner à plein régime, l'Office devrait être en mesure d'offrir le dépistage à 25 - 30 % de la population cible (les enfants de 15 mois à 3 ans).

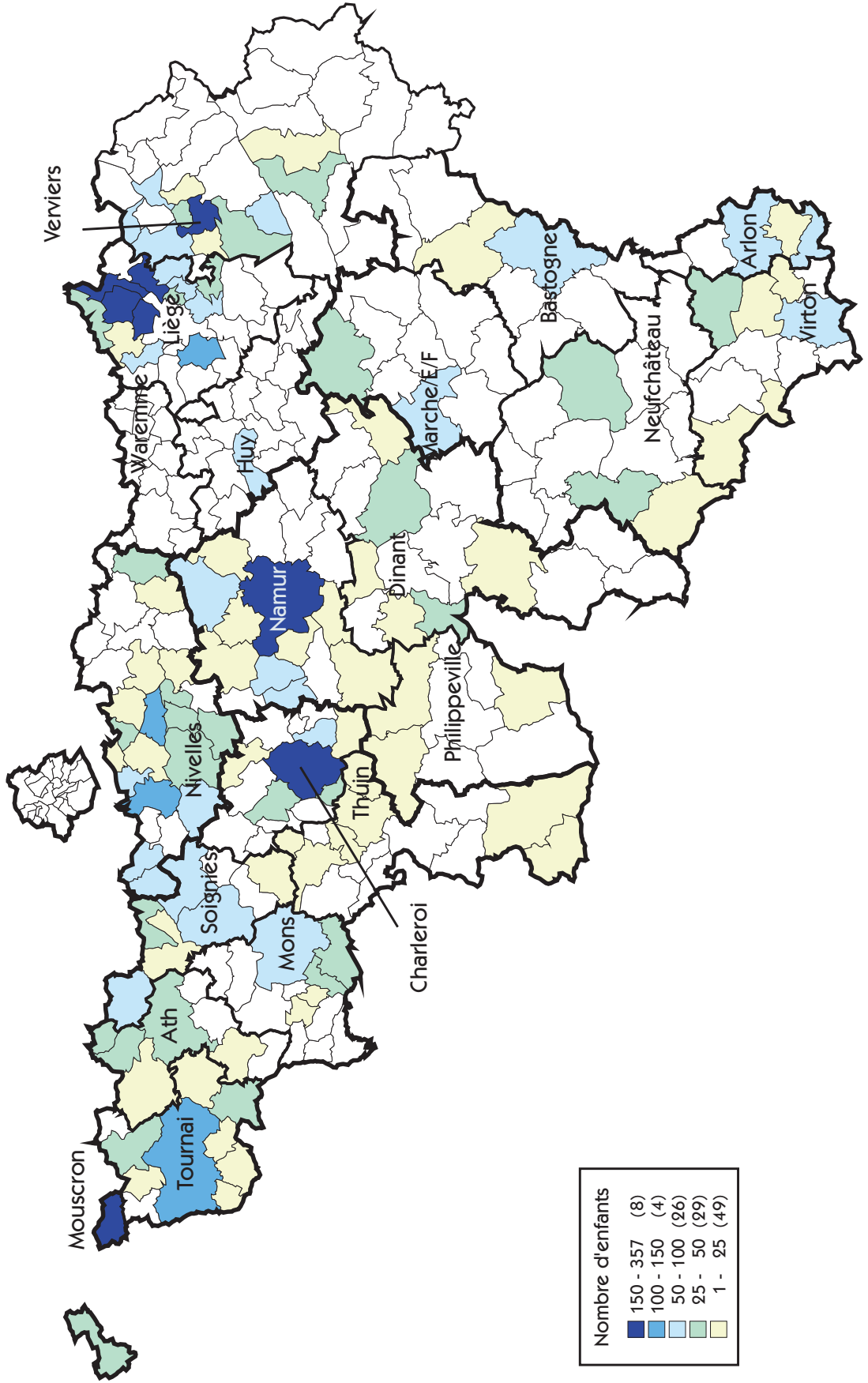
EN 2005, L'OFFICE SOUHAITE SE FIXER POUR OBJECTIF DE DÉPISTER 60 % DE LA POPULATION.

BILAN DES DÉPISTAGES VISUELS RÉALISÉS EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE PAR L'O.N.E.

De 1997 à 2002					
Province	Années de dépistage	Nombre d'enfants examinés	Nombre d'enfants sans trouble visuel détecté	Nombre d'enfants adressés à l'ophtalmologue examens anormaux ou douteux	Nombre d'exams irréalises
Brabant Wallon	Juin 1997 à mai 1998	1520	1359	161	
	Juin 1998 à mai 1999	1929	1735	194	
	Juin 1999 à mai 2000	2139	1907	232	
	Juin 2000 à mai 2001	2038	1839	199	
	Juin 2001 à mai 2002	2037	1836	201	
	Juin 2002 à décembre 2002	1119	1007	112	
Hainaut	2002	1600	1341	248	11
Total		12.382	11.024 89%	1347 10,90%	

En 2003					
	Nombre d'enfants vus	Normal	Douteux	Anormal	Irréalises
Hainaut	2443	1806	206	251	152
Namur	432	320	11	75	26
Brabant Wallon	923	691	55	130	45
Liège	1485	1170	84	223	8
Total	5283	4017 76%	356 6,7%	679 12,8%	231 4,3%

Répartition du nombre d'enfants vus par les orthoptistes de janvier à juin 2004



premier semestre 2004					
	Nombre d'enfants vus	Normal	Douteux	Anormal	Irréalizable
Hainaut	1703	1147	193	135	224
Luxembourg	538	372	89	15	62
Namur	684	511	47	47	79
Brabant Wallon	855	643	73	60	79
Liège	2496	1908	167	112	271
Total	6276	4581 73%	569 9%	369 5,9%	715 11,4%

La cartographie ci-jointe permet de visualiser la répartition des tests en Communauté française au premier semestre 2004.

SUIVI PRÉVENTIF DES ENFANTS

Nous avons connaissance des résultats du suivi par un ophtalmologue (soit directement par un mot de l'ophtalmo soit indirectement par la directrice du milieu d'accueil, ou par le TMS) de 203 enfants leur ayant été adressés suite au dépistage.

Sur ces 203 enfants, dans **148 cas (73%)**, l'anomalie est **confirmée**, dans **44 cas (22%)**, l'anomalie n'est pas confirmée. **11 situations** restent **douteuses** et doivent être revues ultérieurement par l'ophtalmologue.

Nous pouvons donc conclure sur base des données actuelles, que 3 enfants sur quatre, envoyés chez l'ophtalmologue suite au dépistage, présentent effectivement un trouble visuel.

BILANS DE SANTÉ 30 MOIS

Les deux indicateurs figurant ci-dessous, relevés dans les bilans de santé 30 mois, nous confirment qu'un grand nombre d'enfants de 30 mois ayant un trouble de la vue ne sont pas encore dépistés à l'âge de 30 mois. La littérature et notre expérience nous montre en effet que si tous les enfants bénéficiaient du dépistage, nous devrions trouver 9 à 11 % d'enfants de 30 mois présentant un trouble visuel. Cette situation devrait donc s'améliorer dans les années à venir parallèlement à l'instauration d'un dépistage systématique de tous les enfants autour de l'âge de deux ans.

L'ENFANT PRÉSENTE UN TROUBLE VISUEL		
	n	%
Oui	65	7
Non	859	93
Total	924	100

Parmi les 65 enfants qui ont présentés un trouble visuel, 30 enfants sur 35 ont été traités. Malheureusement, nous n'avons pas d'information pour les 30 autres enfants. Les raisons du nombre très élevé d'inconnues pour le traitement des troubles visuels devront être investiguées.

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000, inconnues:9,7%

Le fait d'entendre peu ou pas du tout au cours des premières années de vie interfère grandement avec l'ensemble du développement psycho-affectif, cognitif et du langage. C'est pourquoi, le dépistage de la surdité doit faire partie des priorités des services de médecine préventive. Un premier dépistage des surdités néonatales (principalement des surdités de perception) devrait être réalisé chez tous les enfants, en période néonatale et de manière objective. Ensuite, au cours des premières années de vie, une attention particulière doit être accordée au repérage des surdités de transmission qui peuvent se développer particulièrement chez les enfants ayant des affections ORL répétées.

LE DÉPISTAGE DES SURDITÉS NÉONATALES OU SURDITÉS DE PERCEPTION

La prévalence des surdités néonatales permanentes ou surdités de perception est estimée **entre 2 à 3/1000 naissances**. Il est indispensable de dépister ces surdités le plus rapidement possible (dans les premiers mois de vie) afin de permettre **la mise en place de mesures thérapeutiques adéquates** qui influenceront grandement le développement ultérieur de l'enfant particulièrement en ce qui concerne le développement du langage et l'éveil intellectuel. Le dépistage des troubles auditifs doit donc être **systématique, précoce, objectif et accessible à tous les nouveau-nés**. Deux types de tests sont reconnus comme " objectifs " par les autorités scientifiques, il s'agit des PEA (potentiels évoqués auditifs) et des OEA (oto émissions acoustiques). D'autres modèles de dépistage basés sur l'observation des réactions du nouveau-né aux bruits sont considérés comme " subjectifs " et peu fiables.

En 2003, l'O.N.E. a envoyé un questionnaire aux 51 maternités de la Communauté française et de Bruxelles. Le nombre de questionnaires reçus en retour s'élève à 38, ce qui correspond à un **taux de réponse de +/-74,5 %**. Parmi les 38 maternités qui nous ont renvoyé un questionnaire correctement rempli, 13 soit 34% ne réalisent aucun dépistage. **Une forme de dépistage de la surdité néonatale est réalisé dans 25 de ces 38 maternités**, c'est-à-dire dans +/-66 % d'entre elles mais ceci de manière très inégale d'une maternité à l'autre.

Parmi les établissements dans lesquels le dépistage est organisé :

- >> 10 maternités réalisent un **dépistage systématique** mais **seules 4 d'entre-elles utilisent de manière systématique un test objectif**.
- >> 15 maternités ne dépistent que les **enfants ayant au moins un facteur de risque de surdité**. 10 maternités sur 15 utilisent un test objectif.

Le **test** de dépistage est généralement effectué **entre la naissance et le 5^{ème} jour de vie** de l'enfant.

En conclusion de cette étude, on peut constater que **seules 4 maternités réalisent un dépistage systématique, précoce, objectif et accessible à tous les nouveau-nés** tel que recommandé.

La plupart des **difficultés** qui ont amené les maternités à arrêter ou à ne pas pratiquer le dépistage sont liées au non remboursement de l'acte technique. L'obstacle à la réalisation du dépistage semble être principalement d'ordre **financier**. Pratiquer le test gratuitement revient trop cher pour l'hôpital (cela demande une grande disponibilité de personnel). Certaines maternités ont décidé de le proposer aux parents moyennant paiement, d'autres se refusent à introduire ce genre de discrimination.

Quelques maternités évoquent également la brièveté du séjour de la mère et de l'enfant à la maternité. Cependant, ces maternités semblent prêtes à rendre le test systématique si on leur en donne les moyens.

Les consultations de l'Office ne disposent actuellement ni des appareils permettant le dépistage objectif ni des moyens humains permettant sa mise en œuvre. Selon l'avis de nombreux experts ORL ou pédiatres, il apparaît que le séjour à la maternité constitue une période favorable à la pratique de ce dépistage.

En 2004-2005, l'O.N.E. étudiera les modalités pratiques de développement d'un tel dépistage en partenariat avec les organismes assureurs, les services de maternité et d'ORL des hôpitaux et les Travailleurs Médico-sociaux implantés, la structure la plus indiquée pour développer un tel programme.

DÉPISTAGE DES SURDITÉS DE TRANSMISSION

En plus des surdités néonatales, des surdités de transmission peuvent apparaître pendant les premières années de vie de l'enfant. Il s'agit alors, le plus souvent, de surdités partielles, secondaires à des infections de la sphère ORL qui conduisent à la présence de liquide plus ou moins visqueux derrière les tympans. Ces surdités, bien que partielles, doivent également être dépistées.

En effet, ces surdités:

- >> sont curables sans grosses difficultés soit par médicaments soit grâce à une petite intervention ORL (pose de drains trans-tympaniques).
- >> interfèrent (si non traitées) avec l'apprentissage du langage et de la socialisation de l'enfant à un âge particulièrement important au risque de générer d'importants troubles du développement et du comportement.

Pour étudier ce problème, deux indicateurs figurent dans le "Bilans de santé 30 mois".

Test de la voix chuchotée		
	n	%
Entend bien	812	79,4
Entend mal	9	0,9
Non réalisé	202	19,7
Total	1023	100

Le " Test de la voix chuchotée " peut être réalisé à partir de l'âge de 2 ans ½ - 3 ans. Ce test, aisément et largement réalisable, n'exige aucun matériel. Il s'agit d'un test peu précis mais très utile. En cas de doute, il demande à être complété par une mise au point plus objective et plus fine. 20% des enfants de l'échantillon n'ont pas bénéficié de ce test. Les raisons devront en être étudiées.

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000

L'enfant a ou a eu des drains transtympaniques		
	n	%
oui	58	5,7
non	903	88,3
inconnu	62	6,1
Total	1023	100

Il existe peu de données sur l'incidence des surdités de transmission à cet âge. Le fait que près de 6% des enfants de notre échantillon ont été traités par pose de drains transtympaniques nous montre que le problème mérite d'être étudié plus en détail.

BDMS O.N.E., "Bilans de santé à 30 mois", nés en novembre et décembre 2000

EXCÈS PONDÉRAL

L'excès pondéral et l'obésité sont des problèmes croissants dans nos pays industrialisés, y compris chez les enfants. La tendance générale de l'incidence aux USA et en Europe est à l'augmentation.

Une enquête réalisée en 1996 et 2002 dans la province de Liège auprès de 200 enfants de 2 à 6 ans fréquentant les consultations de l'O.N.E. montre une prévalence de l'excès de poids respectivement de 8% et 13% (IMC>P97). L'augmentation du pourcentage d'excès de poids entre 2 et 6 ans par rapport témoigne de ce rebond précoce d'adiposité de certains enfant, plus souvent observé vers 3 et 4 ans.

D'autres chiffres proviennent du réseau scolaire et des observatoires de la santé. D'après M.Guillaume (observatoire de la santé du Luxembourg), dès l'âge de 4 ans, en province de Luxembourg, on observe une prévalence de l'excès de poids de 15 %. Les données du service PSE de la ville de Liège (Dr Ben Mouna) renseignent une prévalence d'obésité de 5 % dans l'enseignement maternel.

Certaines enquêtes mettent en évidence une relation entre un rebond d'adiposité précoce (c'est à dire une augmentation de l'Indice de Masse Corporelle avant l'âge de 6 ans) et une obésité chez le grand enfant persistant à l'âge adulte.

Bien qu'on évitera de catégoriser un enfant comme étant obèse même s'il présente un Indice de Masse Corporelle élevé, il convient de surveiller sa croissance afin de pouvoir intervenir si sa corpulence progresse vers des percentiles plus élevés.

En effet, un rebond d'adiposité précoce avant l'âge de 5 ans ½ pronostique un excès pondéral en fin de croissance définissant ainsi un tel enfant comme étant à risque d'obésité future. En outre, l'excès de masse grasse est associé à des complications à court et à long terme. Sur le plan psychosocial, plusieurs études ont montré l'association entre l'excès de poids chez les enfants et la perception négative de l'image de ceux-ci par leurs pairs (voir guide de Médecine Préventive, p105, O.N.E.).

Les nomogrammes que nous utilisons sont ceux de Roland Cachera actualisés en 1991. L'IMC ou Indice de Masse Corporelle (poids (kg)/taille²(m)) diminue de l'âge de 1 an jusque l'âge de 6 ans pour remonter ensuite jusqu' à l'âge adulte et se distribue dans la population normale en centiles représentés par les différents percentiles de la courbe. Le percentile 97 de la courbe correspond au seuil de l'excès de poids correspondant à la valeur de 25 chez l'adulte. Ces seuils ont été définis par l'international Obesity Task Force (Childhood Obesity Working Group de l'OMS). Les seuils de l'obésité (valeur 30 pour l'adulte) sont nettement au dessus de ce percentile 97. Nous parlerons donc dans nos statistiques de la BDMS d'excès de poids et non d'obésité chez l'enfant en bas âge.

L'indice de Masse Corporelle (poids (kg)/taille² (m)) a été calculé pour les enfants de 9, 18 et 30 mois suivis dans nos consultations. Nous avons retenu les P50, P90 et P97.

BILAN DE SANTÉ À 9 MOIS

Indice de Masse Corporelle à 9 mois (moyenne filles et garçons) n=2781		
	Rolland-Cachera	BDMS
P50	17,4	17,2
P90	19,4	19,3
P97	20,5	20,4

A l'âge de 9 mois, les IMC concernant la population de l'O.N.E. sont légèrement inférieurs à ceux recueillis par Rolland-Cachera. Lorsque nous reportons les données O.N.E. sur les courbes de Rolland-Cachera, 8,5% des enfants de 9 mois (pour lesquels on possède des données) suivis dans les structures O.N.E. sont au-delà du P90 et 2,6% sont au-delà du P97.

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 9mois", nés au 1er trimestre 2003, Inconnues:3,8%

BILAN DE SANTÉ À 18 MOIS

Indice de Masse Corporelle à 18 mois (moyenne filles et garçons) n=2586		
	Rolland-Cachera	BDMS
P50	16,9	16,8
P90	18,5	18,8
P97	19,6	19,9

A l'âge de 18 mois, les IMC concernant la population de l'O.N.E. sont légèrement supérieurs à ceux recueillis par Rolland-Cachera pour ce qui est des percentiles 90 et 97. Les données O.N.E. reportées dans les courbes de Rolland-Cachera montrent que 12,6% des enfants de 18 mois (pour lesquels on possède des données) suivis dans les structures O.N.E. sont au-delà du P90 et 3,8% sont au-delà du P97.

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 18 mois", nés en septembre et octobre 2001, inconnues:3,8%

BILAN DE SANTÉ À 30 MOIS

Indice de Masse Corporelle à 30 mois (moyenne filles et garçons) n=1089		
	Rolland-Cachera	BDMS
P50	16,1	16,1
P90	17,8	18,0
P97	18,5	19,1

A l'âge de 30 mois, la différence au niveau des IMC entre la population de l'O.N.E. et les courbes de Rolland-Cachera se marque particulièrement pour le percentile 97. (+ 0.6)

Les données O.N.E. reportées dans les courbes de Rolland-Cachera montrent que 12,3% des enfants de 30 mois (pour lesquels on possède des données) suivis dans les structures O.N.E. sont au-delà du P90 et 5,6% sont au-delà du P97.

BDMS O.N.E., "Bilan de santé à 30mois", nés en novembre et décembre 2003, inconnues:5,2%

On peut donc estimer approximativement à 5 % la prévalence de l'excès de poids (IMC>P97) chez les enfants de 30 mois fréquentant les consultations de l'O.N.E.. Ce pourcentage augmente avec l'âge, de 9 mois à 18 et 30 mois (respectivement 2,6 %, 3,8 % et 5,6 %)

Un relevé statistique généralisé de l'IMC à l'âge de 4 ans permettrait certainement de cibler au plus près l'âge idéal de dépistage et de prise en charge précoce des enfants avec excès de poids.

CONCLUSIONS

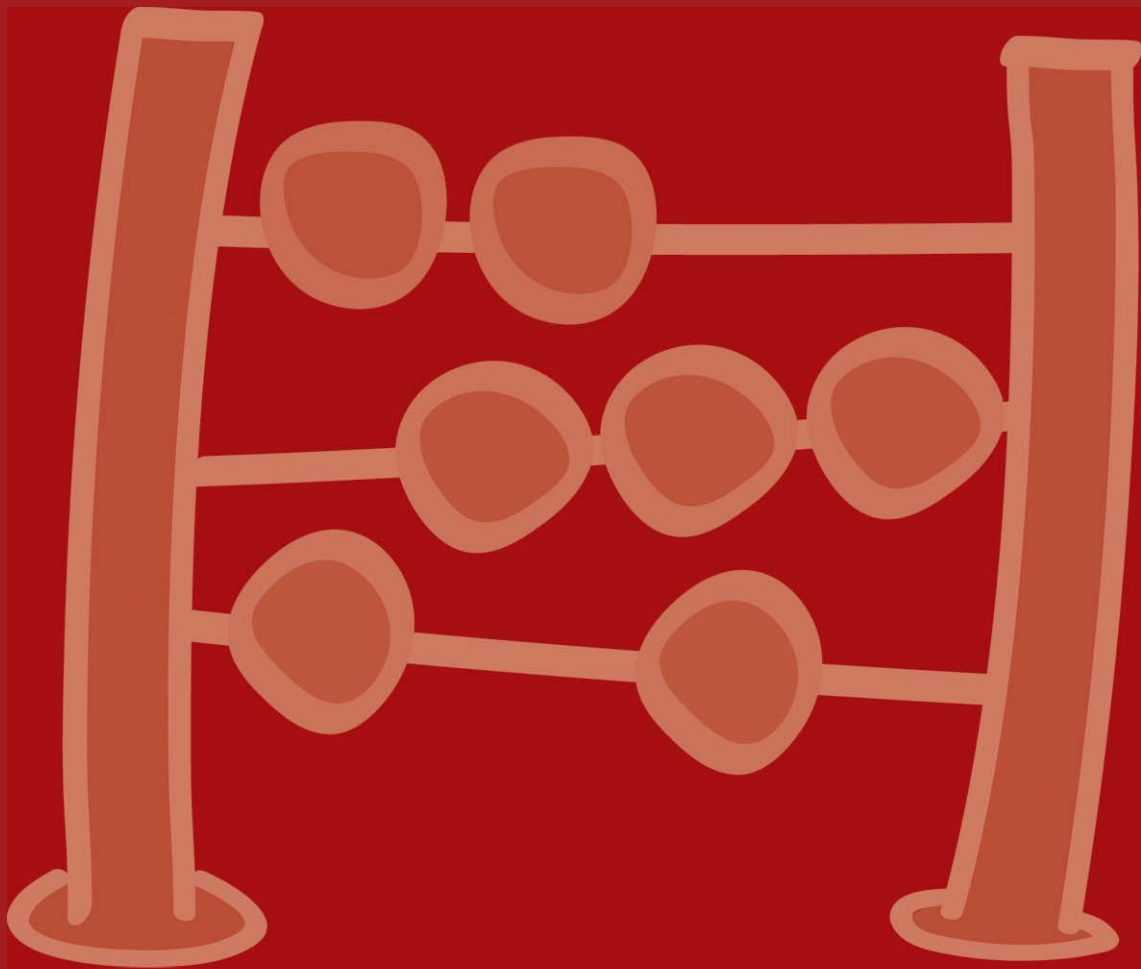
Pour ce rapport, nous disposions des données des "bilans de santé" uniquement pour une partie des enfants suivis à l'O.N.E. L'analyse des données de ces échantillons devra donc être confortée par la suite avec des données plus complètes s'étendant sur l'ensemble de l'année. Le temps d'adaptation nécessaire à la mise en route et à la transition de documents devrait être régularisé dès l'année prochaine et devrait permettre d'obtenir des informations plus solides.

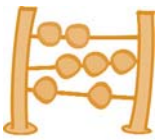
Néanmoins, les "Bilans de santé" à 9, 18 et 30 mois qui ont remplacé les "Volets 0-1an" nous apportent des informations précieuses sur presque tous les programmes de prévention de l'O.N.E. En effet, nous recueillons maintenant des données complètes sur les vaccinations, la mort subite du nourrisson, l'alimentation, l'audition, le langage, la vision, le développement psychomoteur de l'enfant, les allergies, la santé bucco-dentaire ainsi que des données plus complètes sur la situation socio-familiale de l'enfant au moment du bilan de santé.

Anne LIESSE - Direction Etudes et Stratégies
Dr. MAUROY - Médecin Coordinateur

Conclusions et perspectives







Conclusions et perspectives

CONCLUSIONS

En 2000, le premier rapport de la BDMS comptait 55 pages, puis 57 en 2001, 65 en 2002-2003 et 107 pages dans le rapport 2004.

Il ne s'agit pas ici de faire des statistiques sur le nombre de pages mais d'émettre quelques hypothèses sur sa signification. Un rapide parcours du document permet de constater que deux parties se sont étoffées : il s'agit du " suivi des enfants " et du dossier thématique.

Le premier chapitre " Naissance et suivi prénatal " a été peu modifié depuis le premier rapport. Reprenant chaque année, les mêmes indicateurs, il constitue un socle stable, une référence qui permet de suivre les tendances. Cette année, il reprend l'évolution des indicateurs de santé de la mère et du nouveau-né sur dix ans.

La décision de consacrer cette année le chapitre thématique à l'allaitement maternel s'imposait. En 2004, l'ONE a largement participé à la campagne de promotion de l'allaitement maternel développée par la Communauté française et le Centre d'Education du Patient. A cette occasion, nous avons pu constater l'intérêt de tous les professionnels oeuvrant dans ce domaine ainsi que des responsables politiques pour les données collectées par l'ONE. Nous avons saisi l'occasion pour nous pencher sur l'historique des représentations et des recommandations en matière d'allaitement maternel, étroitement liées à celle de la condition de la femme. Faire le point sur les diverses réglementations édictées ces dernières années pour favoriser la disponibilité des parents auprès de leur enfant ainsi que l'utilisation qui en est faite, nous a paru fort utile. Ce travail nous permet de constater une augmentation constante du nombre de mères choisissant l'allaitement maternel. Le ralentissement de cette croissance ces dernières années s'explique par le fait que nous atteignons 80 % de jeunes mères choisissant d'allaiter leur enfant. Les 20 % des mères choisissant encore actuellement de nourrir leur enfant au lait adapté, sont majoritairement d'origine belge et vivent souvent des situations socio-économiques défavorables. Elles méritent bien entendu toute la sollicitude et le soutien des équipes médico-sociales de l'ONE dans le respect de leur choix. L'étude des durées d'allaitement nous montre que notre effort doit également se porter sur le soutien, l'information, l'amélioration des conditions de vie et de travail des parents.

Le dernier chapitre " Suivi des enfants " s'est particulièrement étoffé en 2004 grâce à la généralisation du " Bilan de santé à 9 mois " et aux tests des " bilans de santé 18 et 30 mois ".

Pour la première fois, nous disposons d'indicateurs concernant presque chaque programme prioritaire de santé.

Afin de faire de ce rapport un outil vivant et favorisant le dialogue avec le terrain, toutes les données figurant dans ce rapport sont disponibles sur CD rom à l'intention des Conseillers Pédiatres et des Coordonnateurs qui désirent les utiliser dans le cadre de réunions avec les équipes médico-sociales.

PERSPECTIVES

Bien sûr, ce rapport est loin d'être parfait.

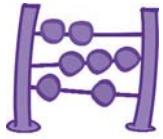
Certaines données sont incomplètes, d'autres ne constituent qu'un point de départ, mais des signaux très encourageants, nous montrent que les mentalités évoluent :

- >> En ce qui concerne les " avis de naissance " et les " volets prénataux " des consultations prénatales hospitalières, un grand pas a été franchi. L'année 2004 a permis l'élaboration de conventions entre l'ONE et les maternités. Ces conventions seront passées avec la plupart des maternités collaborant avec l'ONE pour fin 2005. Le rôle du TMS de l'ONE en ce compris le recueil de données, y est clairement défini. Et nous voyons poindre un désir d'ouverture de la part des quelques maternités qui ne collaborent pas encore avec l'ONE. Les premières expériences de saisie automatisée des données à partir des dossiers médicaux informatisés (en parfaite conformité avec la législation en la matière) seront mises en place en 2005.
- >> Au niveau des différents bilans de santé de l'enfant, 2005 verra la généralisation des bilans à 9 mois, 18 mois et 30 mois. Ces bilans ont été revus de manière à correspondre aux recommandations du Guide de Médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant aux différents âges retenus. Ils peuvent de ce fait être très rapidement complétés et ce de manière fiable. Nous ne pouvons que féliciter et remercier toutes celles et ceux qui ont compris l'importance de cet aspect un peu rebutant de leur travail et s'appliquent à le réaliser avec rigueur.

- >> La BDMS doit continuer à évoluer. Suite à de nombreuses pannes survenues en 2003 et 2004 sur le réseau Intranet et le logiciel BDMS, pour la première fois depuis 10 ans, les données " Avis de Naissance " bien que représentatives, sont incomplètes pour la région de Liège. Une fois de plus, nous mesurons toute l'importance de disposer de collaborateurs informaticiens disposant du temps et des moyens indispensables à l'entretien et au développement de ce bel outil. Nous mettons beaucoup d'espoir dans l'élaboration d'une collaboration plus fructueuse entre l'ONE et l'ETNIC ainsi que dans la collaboration avec le responsable des Techniques de l'Information et de la Communication qui devrait bientôt rejoindre l'ONE.

Encore merci à tou(te)s celles et ceux qui permettent jour après jour à la BDMS d'exister.

Dr M-C Mauroy



Composition de l'équipe de la Banque de Données Médico-Sociales

SUR LE TERRAIN

L'ensemble des Travailleurs Médico-Sociaux (TMS de l'ONE et Milieux d'Accueil), des Coordinatrices accompagnement et des Coordinatrices accueil, des Médecins et des Conseillers Médicaux de l'ONE.

DANS LES COMITÉS SUBRÉGIONAUX

Les Encodeurs et les Secrétaires

L'ÉQUIPE DE RÉDACTION

Dr M-C Mauroy : Maître du Fichier et Médecin coordonnateur

M. Sommer : Directrice de la Direction Etudes et Stratégies

A-F Bouvy : Service Etudes

C. De Jonghe : Service Etudes

A. Liesse : Service Etudes

S. Ndamè Ebonguè : Service Etudes

F. Dexpert: Secrétariat

NOUS REMERCIONS PARTICULIÈREMENT :

Les membres du Comité Directeur de la BDMS, Dr Ph Hennart, Mme P. Humblet, Mme Masuy-Stroobant, pour leurs conseils avisés.

Le Dr L. Gilbert, Conseillère Médicale Pédiatre, pour la partie "Dépistage des troubles visuels", "Allergie" et le chapitre "Allaitement".

Le Dr P. Delvoye, Conseiller Médical Gynécologue pour sa contribution au chapitre "Indicateurs de base concernant les naissances".

Le Dr J.M. Dubru, Conseiller Médical Pédiatre pour sa contribution à la partie "Développement psychomoteur".

Le Dr M. Winkler, Conseillère Médicale Pédiatre, pour sa contribution à la partie "Santé bucco-dentaire" et "Allergie".

Le Dr Sauveur, Conseillère Médicale Pédiatre, pour sa participation à la partie "Excès pondéral".

Le Dr R. Lorenzo, Conseillère Médicale Pédiatre, pour le chapitre "Vaccinations".

Le Dr N. Mélice, Conseillère Médicale Pédiatre, pour sa contribution au "Dépistage auditif".

Madame S. Collard du Service Education à la santé pour la partie "Campagne sur l'allaitement maternel"

Les membres des Collèges médicaux et du Conseil d'avis pour leurs conseils et leurs contributions.

SERVICE INFORMATIQUE

Th. Specka

PHOTOCOMPOSITION

D. Vincent